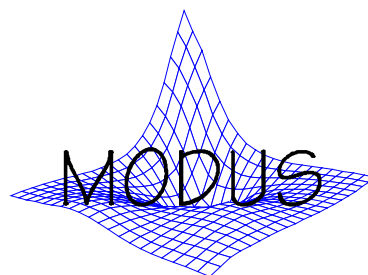


# Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Erlangen-Höchstadt

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



MODUS - Institut für angewandte Wirtschafts- und Sozialforschung,  
Methoden und Analysen  
Dipl.-Pol. Edmund Gärtler

Schillerplatz 6, D-96047 Bamberg  
Tel.: (0951) 26772, Fax: (0951) 26864  
Internet: [www.modus-bamberg.de](http://www.modus-bamberg.de)  
E-mail: [info@modus-bamberg.de](mailto: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 (Bachelor of Arts in Business Administration)

**Erhebungsstichtag:** 31.12.2016

**Veröffentlichung:** Juli 2017

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**

	<b>Seite</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Vorbemerkung zum Seniorenpolitischen Gesamtkonzept.....	1
1.2 Gesetzliche Grundlagen zur Bedarfsermittlung .....	1
1.3 Methodisches Vorgehen bei der Bedarfsermittlung .....	2
<b>2. Bestandsaufnahme der Seniorenhilfe im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Bestandsaufnahme der ambulanten Pflege .....</b>	<b>5</b>
2.1.1 Bestand an ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	5
2.1.2 Dienstleistungsstruktur der ambulanten Dienste .....	6
2.1.3 Personalstruktur der ambulanten Dienste .....	8
2.1.4 Betreutenstruktur der ambulanten Dienste .....	11
2.1.4.1 Alters- und Geschlechterstruktur der Betreuten .....	12
2.1.4.2 Familienstand und Haushaltsstruktur der Betreuten .....	15
2.1.4.3 Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste .....	18
2.1.4.4 Betreuungsintensität (Häufigkeit und Dauer der Betreuung) .....	20
2.1.4.5 Gesundheitszustand der Klienten nach Pflegestufen .....	24
2.1.5 Kostenträger der ambulanten Dienstleistungen .....	27
2.1.6 Refinanzierung der ambulanten Dienste .....	29
<b>2.2 Bestandsaufnahme der teilstationären Pflege .....</b>	<b>32</b>
2.2.1 Vorbemerkung .....	32
2.2.2 Bestandsaufnahme im Bereich der Tagespflege .....	33
2.2.2.1 Vorbemerkung zur Organisationsstruktur im Bereich der Tagespflege ....	33
2.2.2.2 Bestand an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	33
2.2.2.3 Auslastung der Tagespflegeplätze .....	35
2.2.2.4 Struktur der Tagespflegegäste .....	37
2.2.2.4.1 Gesundheitszustand der Tagespflegegäste nach Pflegestufen.....	37
2.2.2.4.2 Herkunft der Tagespflegegäste .....	38
2.2.3 Bestandsaufnahme im Bereich der Kurzzeitpflege .....	39
2.2.3.1 Vorbemerkung zur Organisationsstruktur im Bereich der Kurzzeitpflege ..	39
2.2.3.2 Bestand im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt	40
2.2.3.3 Auslastungsgrad der Kurzzeitpflegeplätze .....	41
2.2.3.4 Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze .....	42

<b>2.3</b>	<b>Bestandsaufnahme der vollstationären Pflege .....</b>	<b>43</b>
2.3.1	Bestand an Heimplätzen .....	43
2.3.2	Belegungsquote .....	45
2.3.3	Ausstattung der stationären Einrichtungen .....	47
2.3.3.1	Wohnraumstruktur .....	47
2.3.3.2	Personalstruktur .....	49
2.3.4	Bewohnerstruktur .....	50
2.3.4.1	Geschlechterverteilung der Heimbewohner .....	50
2.3.4.2	Altersstruktur der Heimbewohner .....	51
2.3.4.3	Eintrittsjahr und Verweildauer der Heimbewohner .....	53
2.3.4.4	Gesundheitszustand der Heimbewohner .....	55
2.3.4.5	Regionale Herkunft der Heimbewohner .....	57
2.3.5	Finanzierung der vollstationären Einrichtungen .....	59
2.3.6	Tagessätze der vollstationären Einrichtungen .....	60
2.3.7	Zukünftige Entwicklungen des Pflegeplatzbestandes im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	61
<b>3.</b>	<b>Bildung und Analyse von Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....</b>	<b>63</b>
<b>3.1</b>	<b>Grundsätzliches .....</b>	<b>63</b>
<b>3.2</b>	<b>Bildung von Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen- Höchstadt .....</b>	<b>64</b>
<b>3.3</b>	<b>Analyse der Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen- Höchstadt .....</b>	<b>67</b>
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 .....	76
3.3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse der kleinräumigen Bestands- analyse .....	81
<b>4.</b>	<b>Demographische Entwicklung .....</b>	<b>82</b>
4.1	Vorbemerkung .....	82
4.2	Bevölkerungsprojektion für die drei Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	83
<b>5.</b>	<b>Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen.....</b>	<b>86</b>
5.1	Vorbemerkung .....	86
5.2	Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	86
5.3	Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen in den einzelnen Versorgungsregionen .....	88

<b>6.</b>	<b>Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose .....</b>	<b>91</b>
<b>6.1</b>	<b>Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege .....</b>	<b>91</b>
6.1.1	Vorbemerkung .....	91
6.1.2	Ermittlung des Bedarfs an Pflegekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	92
6.1.3	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	97
6.1.4	Entwicklung des Bedarfs im Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	99
6.1.5	Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege auf kleinräumiger Ebene .....	101
6.1.6	Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege auf kleinräumiger Ebene .....	103
<b>6.2</b>	<b>Bedarfsermittlung für den Bereich der teilstationären Pflege .....</b>	<b>106</b>
6.2.1	Vormerkung .....	106
6.2.2	Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege .....	106
6.2.2.1	Ermittlung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	106
6.2.2.2	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	109
6.2.2.3	Entwicklung des Bedarfs im Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	110
6.2.2.4	Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege auf kleinräumiger Ebene .....	111
6.2.2.5	Bedarfsprognose für den Bereich der Tagespflege auf kleinräumiger Ebene .....	113
<b>6.2.3</b>	<b>Bedarfsermittlung für den Bereich der Kurzzeitpflege .....</b>	<b>116</b>
6.2.3.1	Ermittlung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	116
6.2.3.2	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	119
6.2.3.3	Entwicklung des Bedarfs im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	120
6.2.3.4	Bedarfsermittlung für den Bereich der Kurzzeitpflege auf kleinräumiger Ebene .....	122
6.2.3.5	Bedarfsprognose für den Bereich der Kurzzeitpflege auf kleinräumiger Ebene .....	123

---

<b>6.3</b>	<b>Bedarfsermittlung für den Bereich der vollstationären Pflege .....</b>	<b>126</b>
6.3.1	Vorbemerkung .....	126
6.3.2	Ermittlung des Bedarfs an Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	128
6.3.3	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	132
6.3.4	Entwicklung des Bedarfs im Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	133
6.3.5	Bedarfsermittlung für den Bereich der vollstationären Pflege auf kleinräumiger Ebene .....	135
6.3.6	Entwicklung des Bedarfs im Bereich der vollstationären Pflege auf kleinräumiger Ebene .....	137
<b>6.4</b>	<b>Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe .....</b>	<b>141</b>
<b>6.5</b>	<b>Zusammenfassung der Bedarfsermittlung .....</b>	<b>145</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>154</b>

**Verzeichnis der Abbildungen**

	<b>Seite</b>
Abb. 2.1: Entwicklung der ambulanten Dienstleistungsangebote .....	6
Abb. 2.2: Entwicklung der Mitarbeiterzahl in den ambulanten Diensten seit 1996.....	9
Abb. 2.3: Entwicklung der Vollzeitstellen von 1996 bis 2016 .....	10
Abb. 2.4: Entwicklung der Betreuten der ambulanten Dienste seit 1996 .....	11
Abb. 2.5: Entwicklung der Geschlechterstruktur der Betreuten seit 1996 .....	12
Abb. 2.6: Altersstruktur der Betreuten nach Geschlecht .....	13
Abb. 2.7: Entwicklung der Altersstruktur der Betreuten .....	14
Abb. 2.8: Familienstand der Betreuten nach Geschlecht .....	15
Abb. 2.9: Haushaltsstruktur der Betreuten nach Geschlecht .....	16
Abb. 2.10: Haushaltsstruktur der Betreuten im Vergleich .....	17
Abb. 2.11: Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste .....	18
Abb. 2.12: Entwicklung des Betreuungszeitraumes seit 1996 .....	19
Abb. 2.13: Häufigkeit der Betreuung durch ambulante Dienste .....	20
Abb. 2.14: Entwicklung der Betreuungshäufigkeit seit 1996 .....	21
Abb. 2.15: Wöchentliche Betreuungsdauer .....	22
Abb. 2.16: Entwicklung der wöchentlichen Betreuungsdauer seit 1996 .....	23
Abb. 2.17: Betreute der ambulanten Dienste nach Pflegestufen und Pflegegrade....	24
Abb. 2.18: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit seit 1996 .....	25
Abb. 2.19: Entwicklung der Kostenträgerstruktur seit 1996 .....	27
Abb. 2.20: Refinanzierung der ambulanten Dienste im Jahr 2016 .....	28
Abb. 2.21: Refinanzierung der ambulanten Dienste seit 1996.....	30
Abb. 2.22: Entwicklung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt ...	33
Abb. 2.23: Auslastung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe des letzten Jahres.....	35
Abb. 2.24: Gesundheitszustand der Tagespflegegäste .....	36
Abb. 2.25: Herkunft der Tagespflegegäste .....	37
Abb. 2.26: Bestandsentwicklung im Bereich der Kurzzeitpflege .....	39
Abb. 2.27: Durchschnittliche Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze im Jahr 2016 .....	40
Abb. 2.28: Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze im Laufe des Jahres 2016 .....	41
Abb. 2.29: Entwicklung der Platzzahlen nach Heimbereichen .....	43
Abb. 2.30: Belegung der Pflegeplätze.....	44
Abb. 2.31: Entwicklung der belegten Pflegeplätze seit 1996 .....	45
Abb. 2.32: Wohnraumstruktur der stationären Einrichtungen .....	46
Abb. 2.33: Entwicklung der stationären Wohnraumstruktur seit 1996 .....	47
Abb. 2.34: Geschlechterverteilung nach Heimbereichen .....	49
Abb. 2.35: Altersstruktur der Bewohner nach Heimbereichen .....	50
Abb. 2.36: Entwicklung der Altersstruktur der Heimbewohner seit 1996 .....	51
Abb. 2.37: Eintrittsjahr der Bewohner nach Heimbereichen .....	52
Abb. 2.38: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer .....	53
Abb. 2.39: Bewohner der stationären Einrichtungen nach Pflegestufen und Pflegegrade .....	54
Abb. 2.40: Entwicklung der Pflegeheimbewohner nach Pflegestufen seit 1996 .....	56
Abb. 2.41: Regionale Herkunft der Heimbewohner .....	57
Abb. 2.42: Entwicklung der Pflegeheimbewohner nach Herkunft seit 1996.....	58
Abb. 2.43: Finanzierung der vollstationären Einrichtungen.....	59
Abb. 2.44: Tagessätze der vollstationären Einrichtungen.....	60
Abb. 2.45: Vergangene und zukünftige Entwicklungen des Pflegeplatzbestandes im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	62

Abb. 3.1: Ambulanter Pfl egetransfer zwischen den Versorgungsregionen .....	64
Abb. 3.2: Ambulante Pflegedienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	66
Abb. 3.3: Personal der ambulanten Dienste nach Versorgungsregionen .....	70
Abb. 3.4: Entwicklung der Pflegefachkräfte in den Versorgungsregionen .....	71
Abb. 3.5: Tages- und Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	73
Abb. 3.6: Teilstationäre Versorgungsstruktur in den Versorgungsregionen .....	74
Abb. 3.7: Vollstationäre Pflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt .....	77
Abb. 3.8: Bestand an Heimplätzen nach Versorgungsregionen .....	78
Abb. 3.9: Entwicklung der Pflegeplätze nach Versorgungsregionen .....	79
Abb. 4.1: Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren bis zum Jahr 2036 in den einzelnen Versorgungsregionen .....	83
Abb. 4.2: Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren bis zum Jahr 2036 in den einzelnen Versorgungsregionen .....	84
Abb. 4.3: Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahren bis zum Jahr 2036 in den einzelnen Versorgungsregionen .....	85
Abb. 5.1: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 65 bzw. 75 Jahren bis zum Jahr 2036 .....	87
Abb. 5.2: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 65 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen .....	89
Abb. 5.3: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 75 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen .....	90
Abb. 6.1: Indikatorenmodell für den Bereich der ambulanten Pflege .....	95
Abb. 6.2: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2016 .....	98
Abb. 6.3: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036 .....	100
Abb. 6.4: Bestand und Bedarf an Pflegekräften in den Versorgungsregionen .....	102
Abb. 6.5: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Höchstadt“ bis zum Jahr 2036.....	103
Abb. 6.6: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ bis zum Jahr 2036 .....	104
Abb. 6.7: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ bis zum Jahr 2036 .....	105
Abb. 6.8: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2016 .....	109
Abb. 6.9: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036 .....	110
Abb. 6.10: Bestand und Bedarf an Tagespflegeplätzen in den Versorgungsregionen .....	112
Abb. 6.11: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2036.....	113
Abb. 6.12: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2036.....	114
Abb. 6.13: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036.....	115
Abb. 6.14: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2016.....	119
Abb. 6.15: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036.....	121
Abb. 6.16: Bestand und Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in den Versorgungsregionen .....	122



Abb. 6.17: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2036 .....	123
Abb. 6.18: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2036.....	124
Abb. 6.19: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036.....	125
Abb. 6.20: Indikatorenmodell für den Bereich der vollstationären Pflege .....	129
Abb. 6.21: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2016 .....	132
Abb. 6.22: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036.....	134
Abb. 6.23: Bestand und Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen in den Versorgungsregionen .....	136
Abb. 6.24: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2036 .....	138
Abb. 6.25: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2036.....	139
Abb. 6.26: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036 ....	140
Abb. 6.27: Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe .....	143

### **Verzeichnis der Tabellen**

	<b>Seite</b>
Tab. 2.1: Entwicklung der ambulanten Pflegedienste nach Trägerschaft seit 1996	5
Tab. 2.2: Ausbildungsstruktur des Personals der ambulanten Dienste .....	8
Tab. 2.3: Vorhandene Plätze in stationären Einrichtungen .....	42
Tab. 2.4: Ausbildungsstruktur der Beschäftigten in stationären Einrichtungen .....	48
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 Kurzzeitpflege in den Versorgungsregionen .....	75
Tab. 3.5: Versorgungsquoten der Tagespflege in den Versorgungsregionen .....	76
Tab. 3.6: Stationäre Versorgungsquoten in den Versorgungsregionen .....	80
Tab. 3.7: Vergleich der Versorgungsregionen anhand der Versorgungsquoten.....	8

## **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 bis zum Jahr 2035 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 31.12.2016 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	8	72,7	3	27,3	11

Quelle: Erhebungen von MODUS-Sozialforschung zu den angegebenen Stichtagen

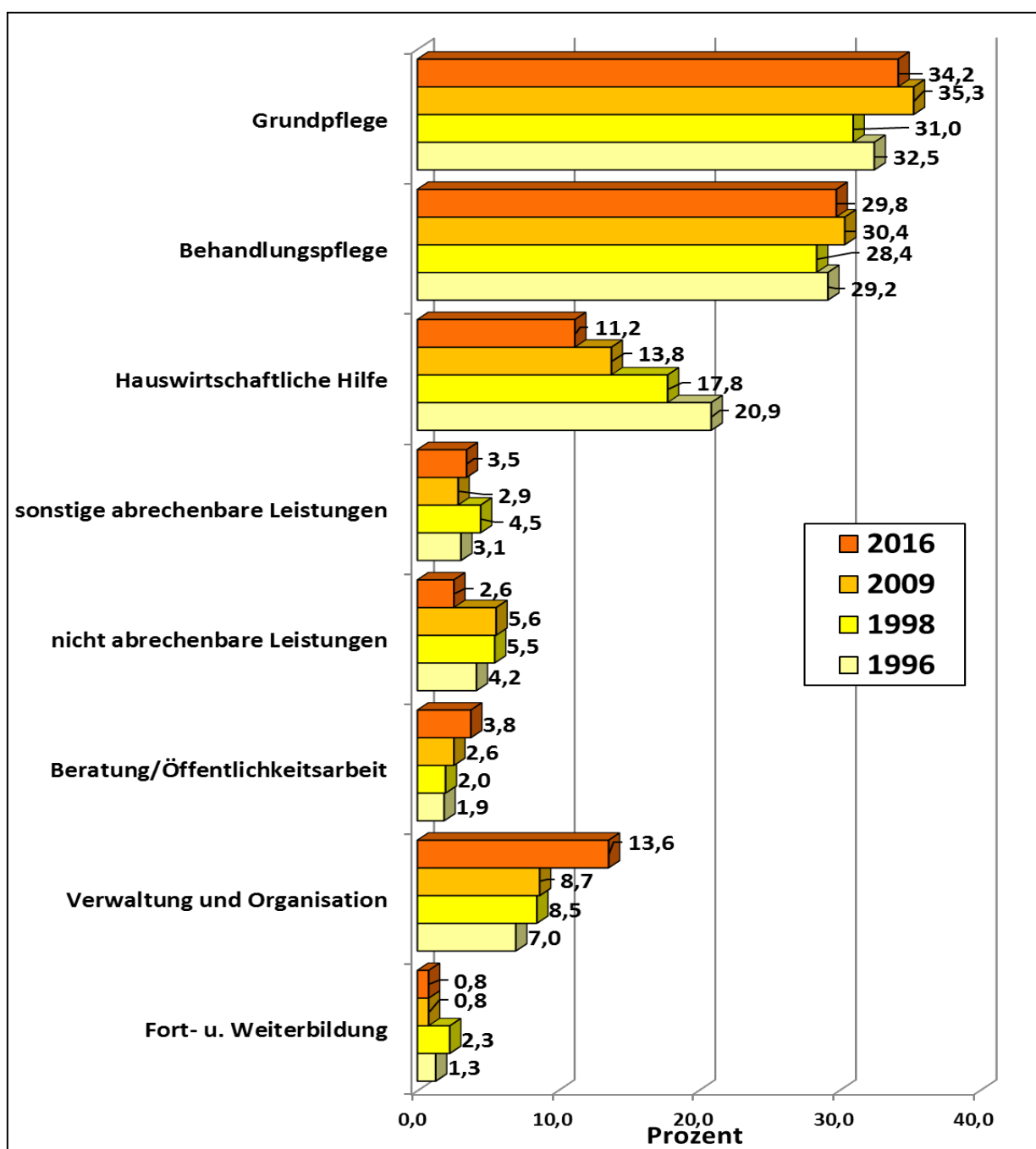
Im Landkreis Erlangen-Höchstadt bestehen derzeit also acht ambulante Pflegedienste unter frei-gemeinnütziger Trägerschaft und drei privat-gewerbliche Pflegedienste. Damit hat sich seit der Erhebung im Jahr 1998 die Zahl der ambulanten Pflegedienste unter gemeinnütziger Trägerschaft um vier Dienste und bei den privaten Trägern um einen Dienst verringert.

Dieses Ergebnis kann als ungewöhnlich bezeichnet werden, denn in anderen Regionen ist die Anzahl der ambulanten Dienste – insbesondere durch private Träger – in den letzten zwanzig Jahren relativ stark angestiegen.

## 2.1.2 Dienstleistungsstruktur der ambulanten Dienste

Wie bei den früheren Bestandserhebungen in den Jahren 1996, 1998 und 2009 wurde auch bei der aktuellen Bestandsaufnahme nicht nur erhoben, welche Dienstleistungen von den bestehenden ambulanten Diensten regelmäßig erbracht werden, sondern auch welchen zeitlichen Umfang die verschiedenen Tätigkeitsbereiche einnehmen. Um hierzu möglichst exakte Angaben zu erhalten, sollten die ambulanten Dienste in den „Personalbögen“ die Arbeitszeit jeder einzelnen MitarbeiterIn auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche aufteilen. Da dieses Vorgehen bereits bei den früheren Bestandserhebungen praktiziert wurde, kann eine vergleichende Gegenüberstellung zur Entwicklung der einzelnen Dienstleistungen erfolgen.

**Abb. 2.1: Entwicklung der ambulanten Dienstleistungen**



Wie aus der Abbildung hervorgeht, hat sowohl der Stellenwert der „Grundpflege“ als auch der Anteil der „Behandlungspflege“ in den letzten sieben Jahren wieder leicht abgenommen. Während der Anteil der „Behandlungspflege“ aber seit 1996 in einem relativ engen Intervall zwischen 29% und 31% schwankt, konnte der Anteil der „Grundpflege“ das höhere Niveau, das zwischen den Jahren 1998 von 31% auf über 35% im Jahr 2009 angestiegen war, bis heute fast aufrechterhalten werden.

Bei den hauswirtschaftlichen Hilfeleistungen ist ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen. Hier fiel der Anteilswert zunächst von fast 21% im Jahr 1996 auf knapp 14% im Jahr 2009 und mittlerweile auf nur noch rund 11%.

Bezüglich der „sonstigen abrechenbaren Leistungen“ hat sich gegenüber der letzten Erhebungen zwar wieder ein leichter Anstieg ereignet, im Vergleich zu den letzten Erhebungen ergibt sich aktuell mit 3,5% aber ein durchschnittlicher Wert.

Der Bereich der „nicht abrechenbaren Leistungen“ hat dagegen erstmals relativ stark abgenommen. Während hier der Anteil zunächst von 4,2% im Jahr 1996 über 5,5% im Jahr 1998 auf 5,6% im Jahr 2009 kontinuierlich anstieg, ist aktuell mehr als eine Halbierung auf nur noch 2,6% festzustellen, was mit Sicherheit auch mit den in den letzten Jahren verbesserten Abrechnungsmöglichkeiten zusammenhängt.

Der Bereich „Verwaltung und Organisation“ nahm innerhalb der ambulanten Dienste bereits in den Jahren von 1996 bis 2009 einen stetig steigenden Umfang ein. So ist der Verwaltungsanteil von 7% im Jahr 1996 über 8,5% im Jahr 1998 auf 8,7% im Jahr 1998 angestiegen. In den letzten sieben Jahren kam nur ein relativ starker Anstieg von fast 5%-Punkten auf mittlerweile 13,6% hinzu.

Auch der Anteilswert von Beratung und Öffentlichkeitsarbeit ist im Erhebungszeitraum kontinuierlich angestiegen, und zwar von 1,9% auf mittlerweile 3,8% der Gesamtarbeitszeit. Da dieser Bereich im weiteren Sinne ebenfalls zu den Verwaltungstätigkeiten zu zählen ist, kann festgestellt werden, dass der Verwaltungsanteil insgesamt von weniger als 9% im Jahr 1996 mittlerweile auf über 17% angestiegen ist.

Der Anteil der Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen nimmt nach wie vor einen sehr geringen Stellenwert in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein. Während hier von 1996 bis 1998 ein Anstieg von 1,3% auf 2,3% zu verzeichnen war, ist der Anteil der Fort- und Weiterbildung von 1998 bis 2009 auf einen Tiefststand von 0,8% gesunken und auch bis heute auf diesem niedrigen Niveau verblieben. Auf die Jahresarbeitszeit einer Vollzeitkraft bezogen ergibt dies, dass im Jahr 2016 in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt durchschnittlich nur 12 Stunden auf die Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen entfielen.



### 2.1.3 Personalstruktur der ambulanten Dienste

In den im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden ambulanten Pflegediensten waren am Stichtag 31.12.2016 insgesamt 276 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	67	24,3	45,8	29,2
Krankenschwestern/-pfleger	74	26,8	41,0	26,1
AltenpflegehelferInnen	7	2,5	3,5	2,2
KrankenpflegehelferInnen	3	1,1	1,8	1,1
Sonstige gelernte Pflegekräfte	5	1,8	3,6	2,3
Hauswirtschaftliche Fachkräfte	36	13,0	18,0	11,5
Hilfskräfte ohne Fachausbildung	59	21,4	25,9	16,5
Verwaltungspersonal	25	9,1	17,2	11,0
<b>Beschäftigte insgesamt</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>156,8</b>	<b>100,0</b>

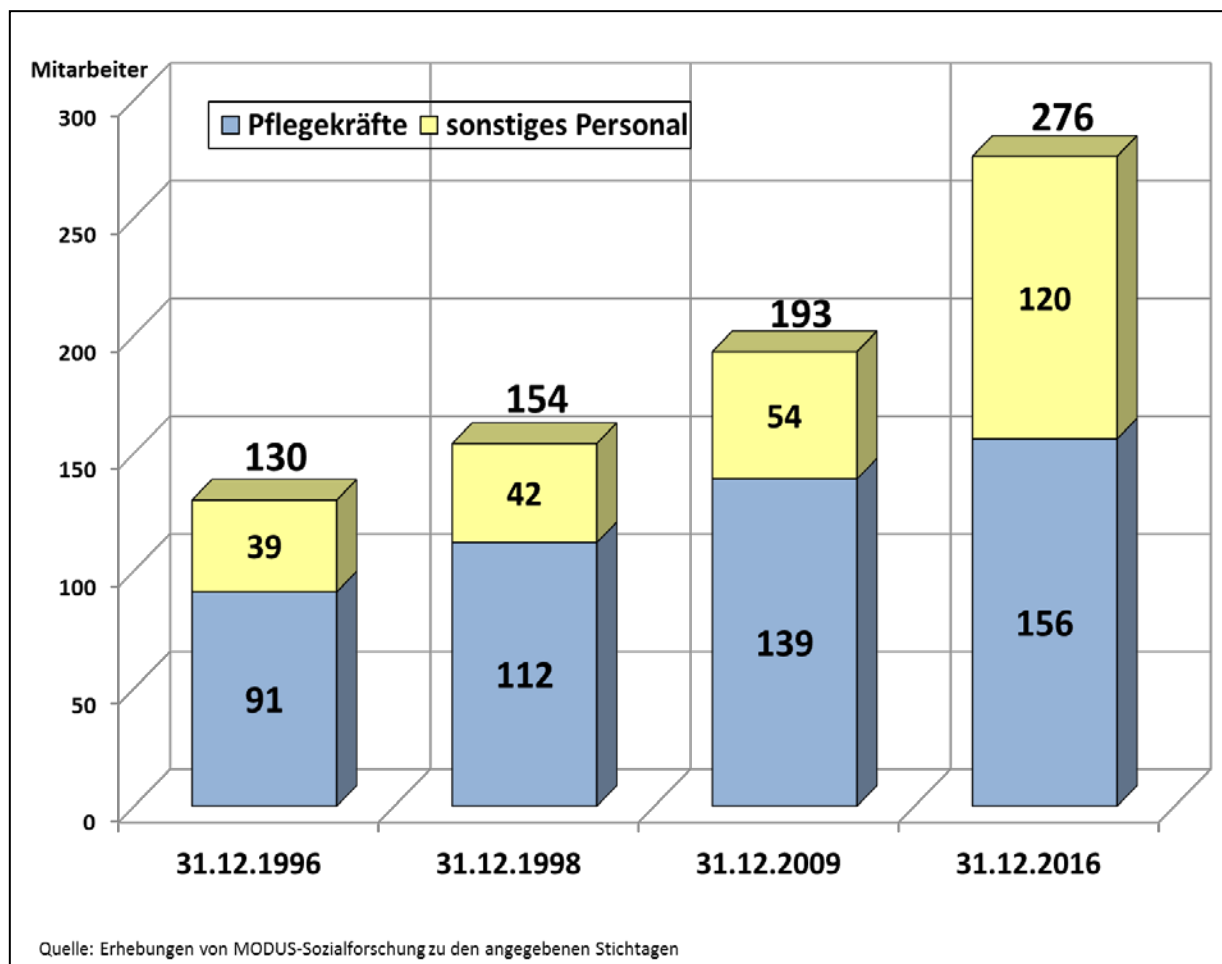
\* Die Umrechnung in Vollzeitkräfte erfolgte auf der Grundlage der tatsächlichen Stundenzahl des Personals  
Quelle: Erhebung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2016

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 156 gelernten Pflegekräften, was einem Anteilswert von 56,5% der Beschäftigten in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt entspricht. Umgerechnet auf Vollzeitkräfte resultiert eine Zahl von insgesamt 95,7 gelernten Pflegekräften, was einem Anteilswert von 61% entspricht.

Es kann somit festgestellt werden, dass die Personalstruktur der ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt durch einen sehr hohen Anteil gelernter Pflegekräfte gekennzeichnet ist.

Wie der folgende Vergleich mit den entsprechenden Bestandsdaten aus den Jahren 1996, 1998 und 2009 zeigt, hat die Anzahl der gelernten Pflegekräfte in den ambulanten Diensten in den letzten Jahren auch relativ stark zugenommen.

**Abb. 2.2: Entwicklung der Mitarbeiterzahl in den ambulanten Diensten seit 1996**

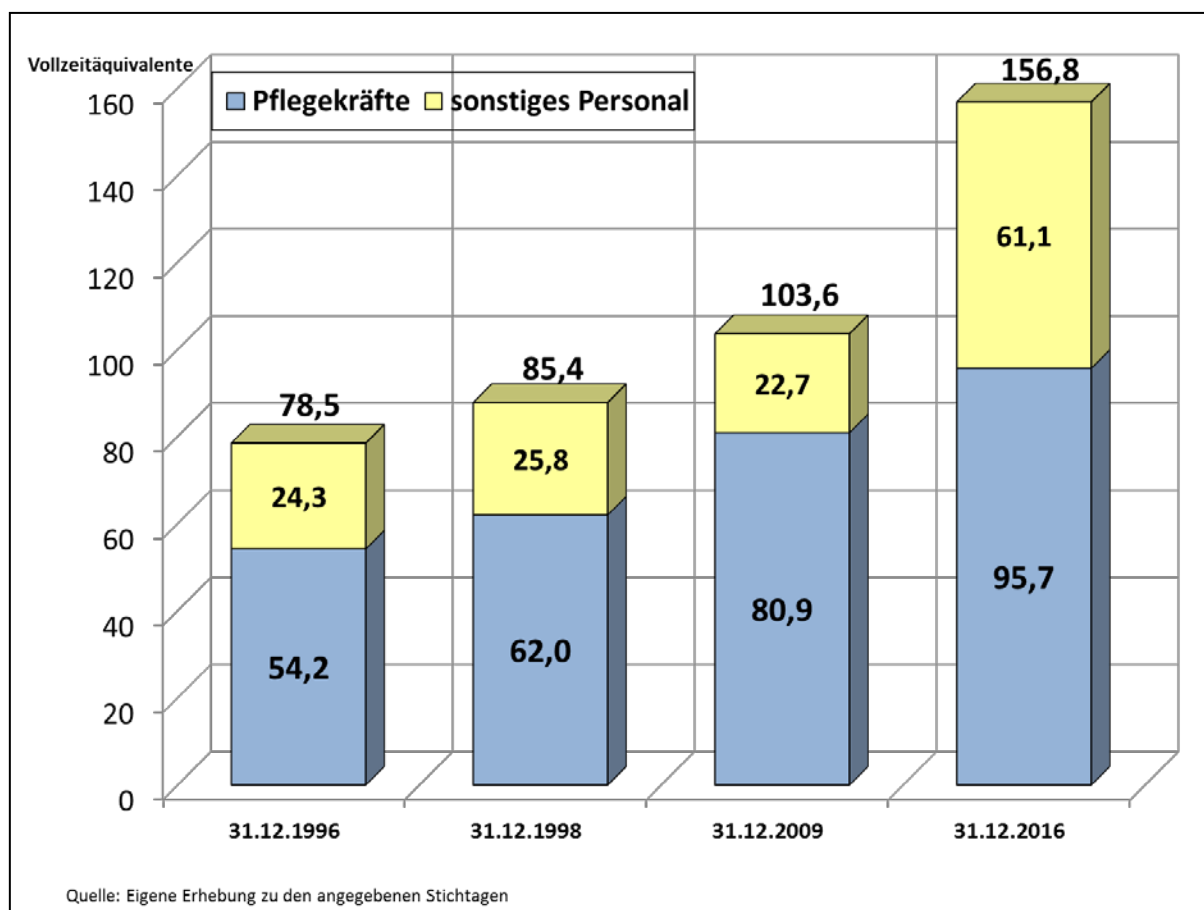


Wie die Abbildung zeigt, hat die Gesamtzahl der MitarbeiterInnen von 1996 bis 1998 um 24 Personen, in den Jahren von 1999 bis 2009 um 39 MitarbeiterInnen und in den Jahren von 2009 bis 2016 sogar um 83 MitarbeiterInnen zugenommen. Damit hat sich die Gesamtmitarbeiterzahl in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt.

Aus der Differenzierung nach Pflegekräften und „sonstigem Personal“ wird allerdings deutlich, dass die Gruppe der Pflegekräfte in den letzten 20 Jahren lediglich um 65 Personen bzw. 71% zugenommen hat, während sich das „sonstige Personal“ verdreifacht 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. 2.3: Entwicklung der Vollzeitstellen von 1996 bis 2016**



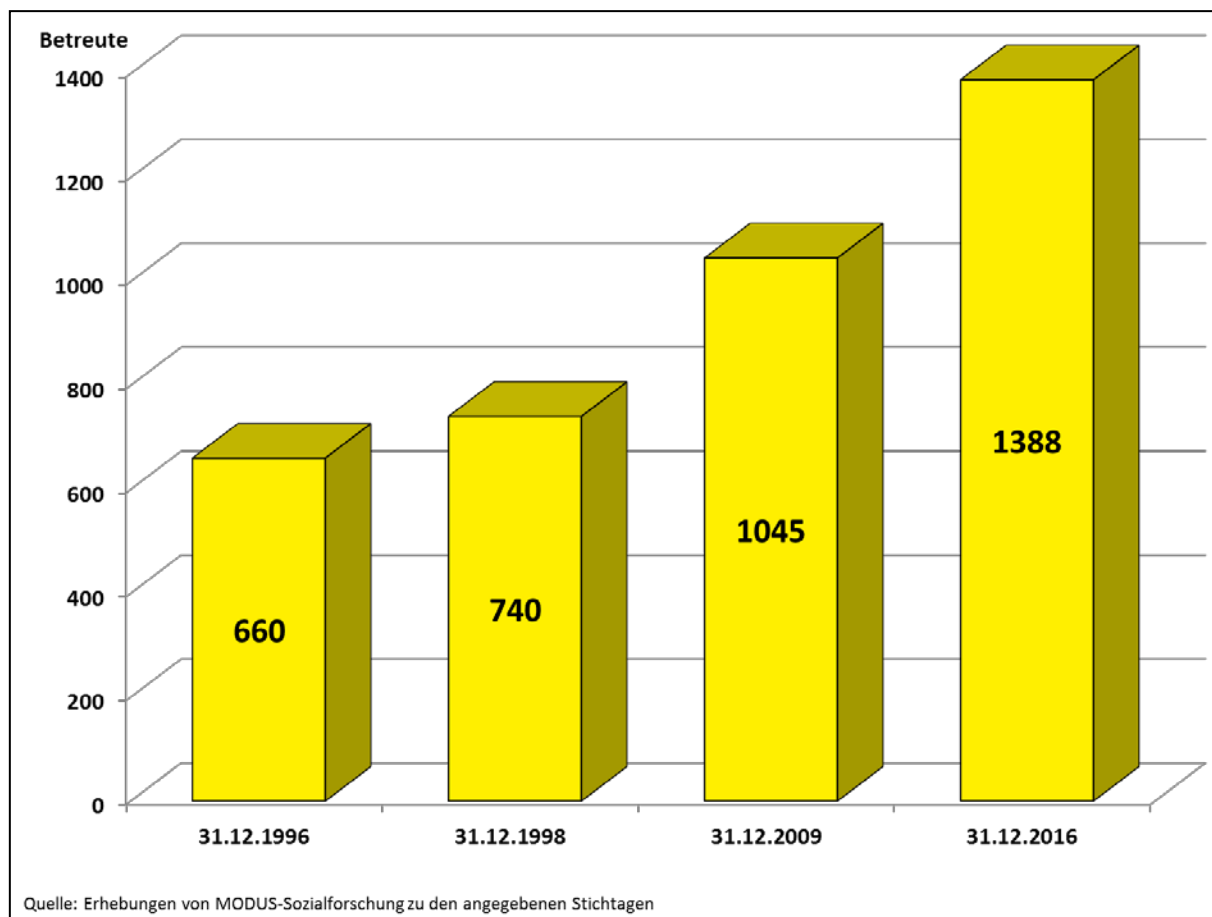
Wie die Gegenüberstellung zeigt, hat die Personalkapazität in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt seit 1996 um insgesamt 78,3 Vollzeitstellen zugenommen, was fast einer Verdoppelung entspricht. Dabei hat die Gruppe der Pflegekräfte in den letzten 20 Jahren um 41,5 Vollzeitstellen zugenommen, während das „sonstige Personal“ um 36,8 Vollzeitstellen angestiegen ist.

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.

### 2.1.4 Betreutenstruktur der ambulanten Dienste

Die ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt betreuen nach eigenen Angaben zum Stichtag 31.12.2016 insgesamt 1.388 Personen. Die folgende Abbildung zeigt, wie sich die Betreuzahl seit 1996 entwickelt hat.

**Abb. 2.4: Entwicklung der Betreuten der ambulanten Dienste seit 1996**



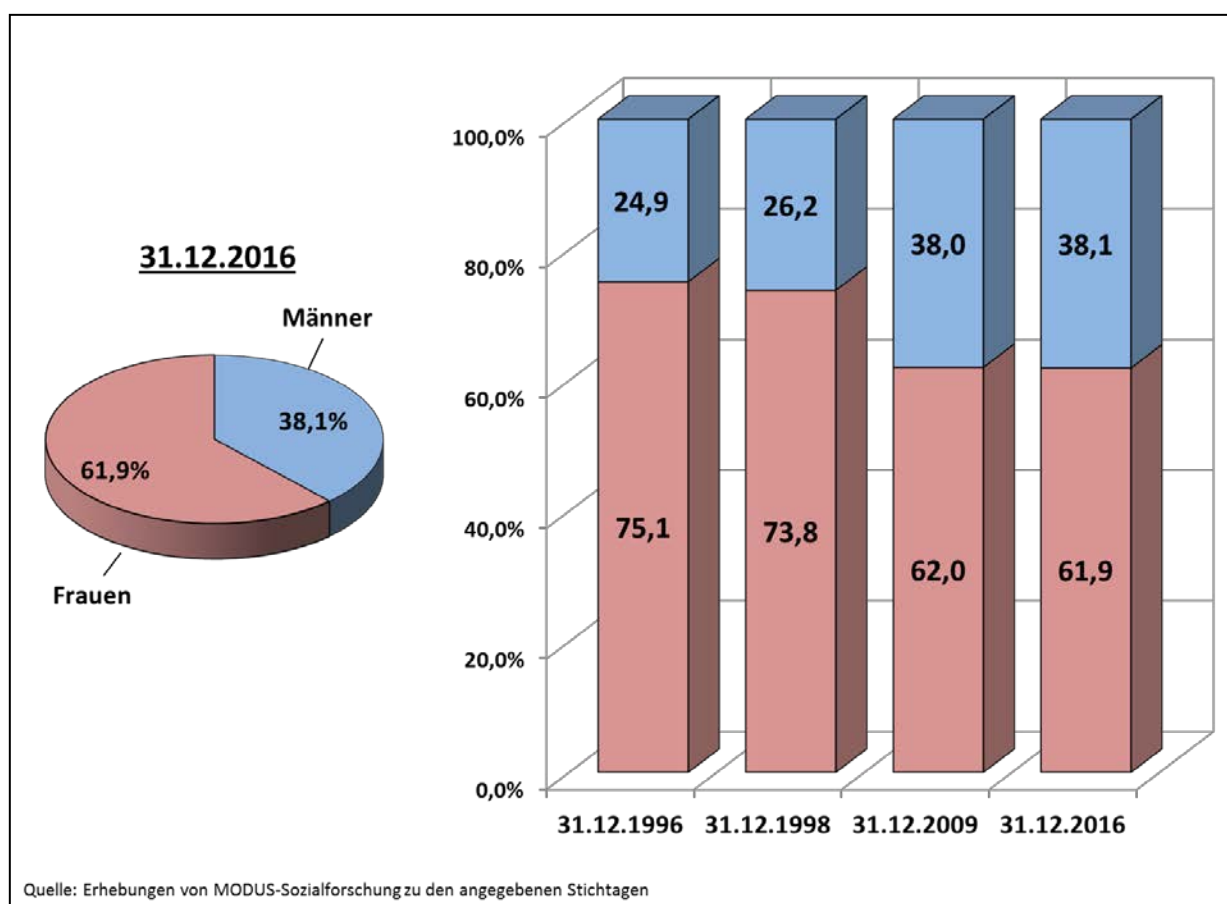
Wie die Abbildung zeigt, ist die Zahl der Betreuten in den Jahren von 1996 bis 1998 um 80 Personen und in den Jahren von 1998 bis 2009 um 305 Personen angestiegen, während ihre Zahl von 2009 bis Ende 2016 um 343 Personen bzw. 33% zugenommen hat. Insgesamt ergibt sich damit seit 1996 ein Anstieg von 728 Personen bzw. 110%.

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

### 2.1.4.1 Alters- und Geschlechterstruktur der Betreuten

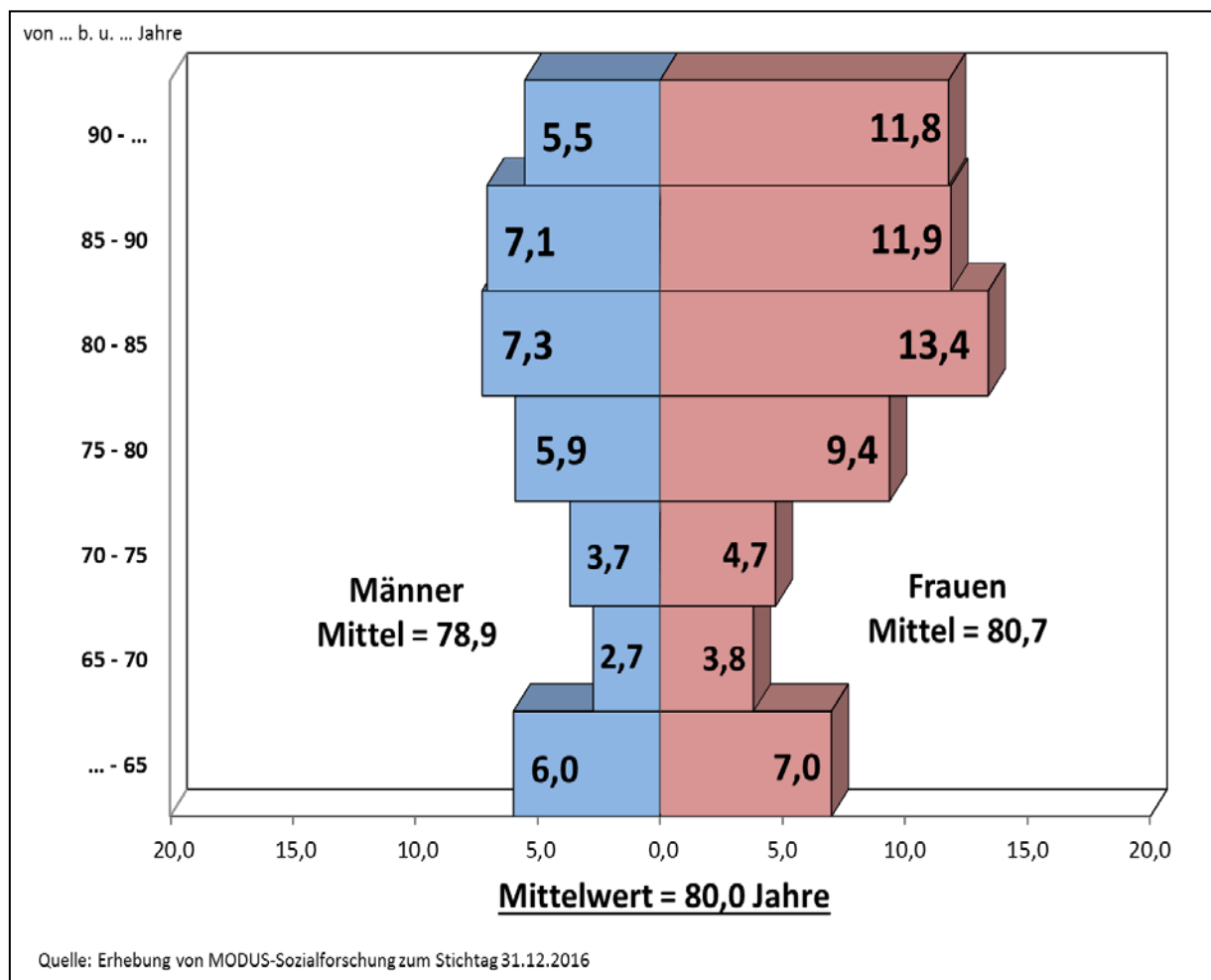
Die folgende Abbildung zeigt zunächst, wie sich die Geschlechterstruktur der Betreuten seit 1996 verändert hat.

**Abb. 2.5: Entwicklung der Geschlechterstruktur der Betreuten seit 1996**



Wie die Abbildung zeigt, hat der Männeranteil unter den Betreuten seit 1996 kontinuierlich zugenommen. Während am 31.12.1996 noch weniger als 25% der Betreuten männlichen Geschlechts waren, ist ihr Anteil bis zum Jahr 2016 bereits auf über 38% angestiegen. Es scheint sich somit ein Trend dahingehend abzuzeichnen, dass auch immer mehr Männer die Hilfe von ambulanten Pflegediensten in Anspruch nehmen.

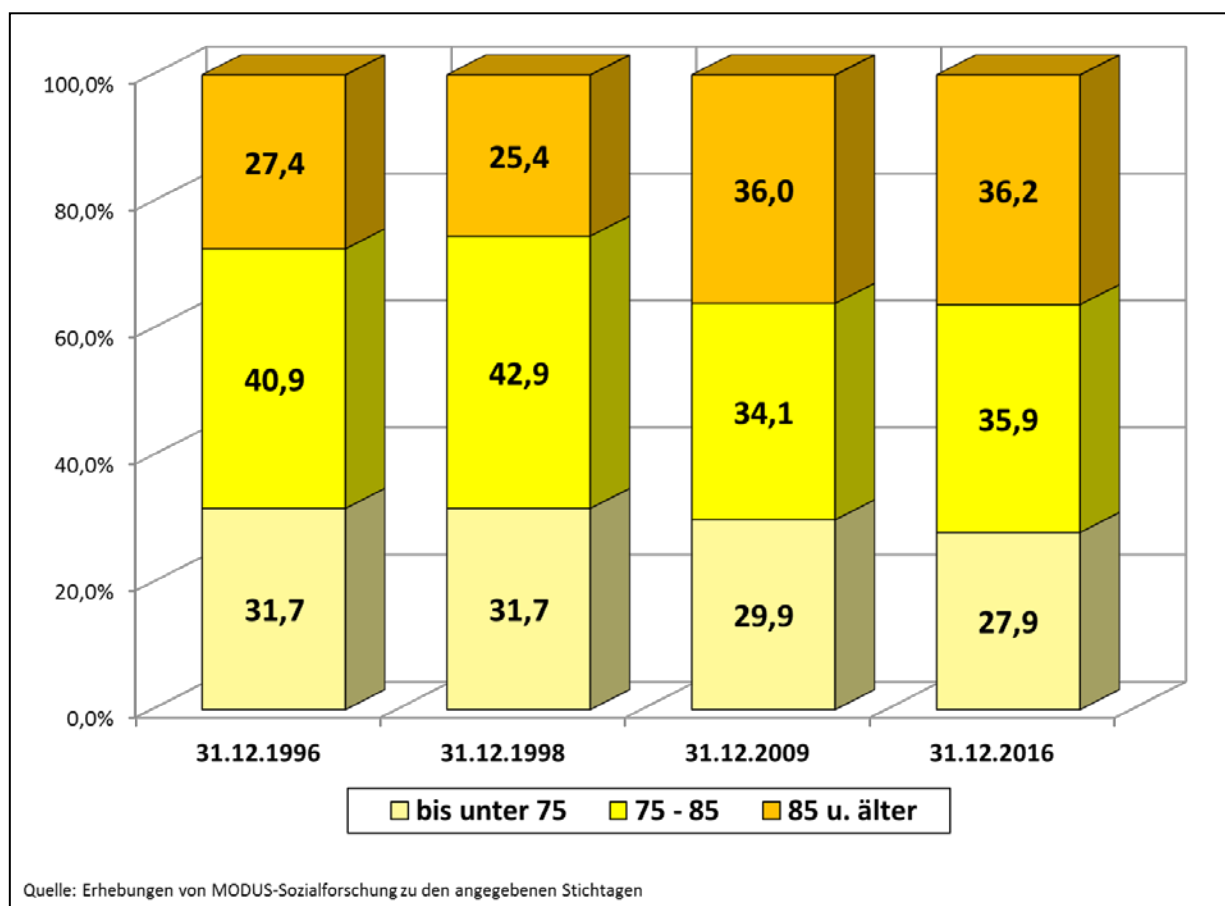
Was die Altersstruktur betrifft, so besteht mit einem Anteilswert von 87% die überwiegende Mehrheit der Betreuten aus Personen ab dem 65. Lebensjahr. Dabei steigt besonders der Anteil der hochbetagten Menschen. Die Altersgruppe ab 85 Jahren macht mit einem Anteil von über 36% schon weit mehr als ein Drittel der Betreuten aus, wie die folgende Abbildung zeigt.

**Abb. 2.6: Altersstruktur der Betreuten nach Geschlecht**

Das Durchschnittsalter der Betreuten beträgt mittlerweile 80 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 Klienten deutlich.

Mit einem Anteilswert von 23,7% stellen die hochbetagten Frauen im Alter ab 85 Jahren bereits fast ein Viertel der Betreuten. Dementsprechend ergibt sich für die weiblichen Betreuten mit fast 81 Jahren ein deutlich höheres Durchschnittsalter als bei den Männern mit weniger als 79 Jahren.

Gegenüber der letzten Erhebung ist das Durchschnittsalter der Betreuten nochmals deutlich angestiegen. Die hierfür verantwortlichen Ursachen können durch folgende Abbildung verdeutlicht werden, die die Entwicklung der Altersstruktur der Betreuten seit 1996 aufzeigt.

**Abb. 2.7: Entwicklung der Altersstruktur der Betreuten**

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 allerdings sehr stark und auch in den letzten Jahren leicht angestiegen.

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 ein sehr starker Rückgang und in den letzten Jahren wieder ein leichter Anstieg ereignet.

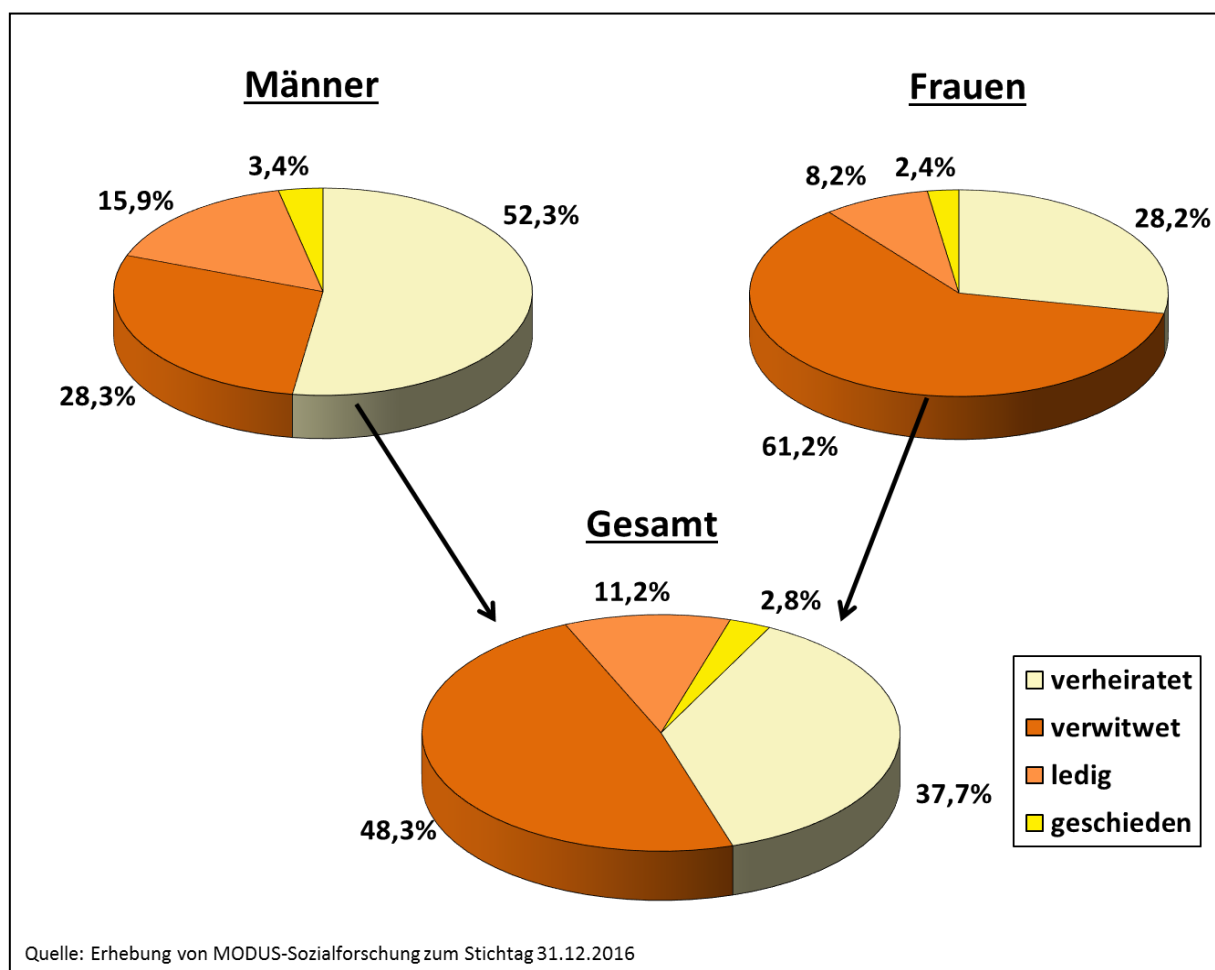
Die Entwicklung der jüngeren Betreuten unter 75 Jahren ist dadurch gekennzeichnet, dass von 1996 bis zum Jahr 1998 zunächst keine Veränderung zu beobachten war, in den letzten 18 Jahren aber ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen ist.

Die beschriebene Entwicklung führte dazu, dass das Durchschnittsalter der Betreuten zunächst von 76,5 im Jahr 1996 auf 76,2 im Jahr 1998 geringfügig zurückging, danach aber bis 2009 zunächst auf 79,7 und bis heute auf 80,0 Jahre anstieg. In den nächsten Jahren ist ein weiterer Anstieg des Durchschnittsalters der Betreuten zu erwarten, da die Zahl der hochbetagten Menschen im Landkreis Erlangen-Höchstadt zukünftig weiter zunehmen wird, wie die im vorliegenden Bericht dargestellte Bevölkerungsprojektion zeigt (vgl. Kap. 4.).

### 2.1.4.2 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. 2.8: Familienstand der Betreuten nach Geschlecht**



Wie die Abbildung zeigt, sind bereits rund 48% der Betreuten verwitwet. Die verheirateten Betreuten machen dagegen weniger als 38% der Betreuten aus und die ledigen und geschiedenen Betreuten kommen zusammen auf einen Anteilswert von 14%.

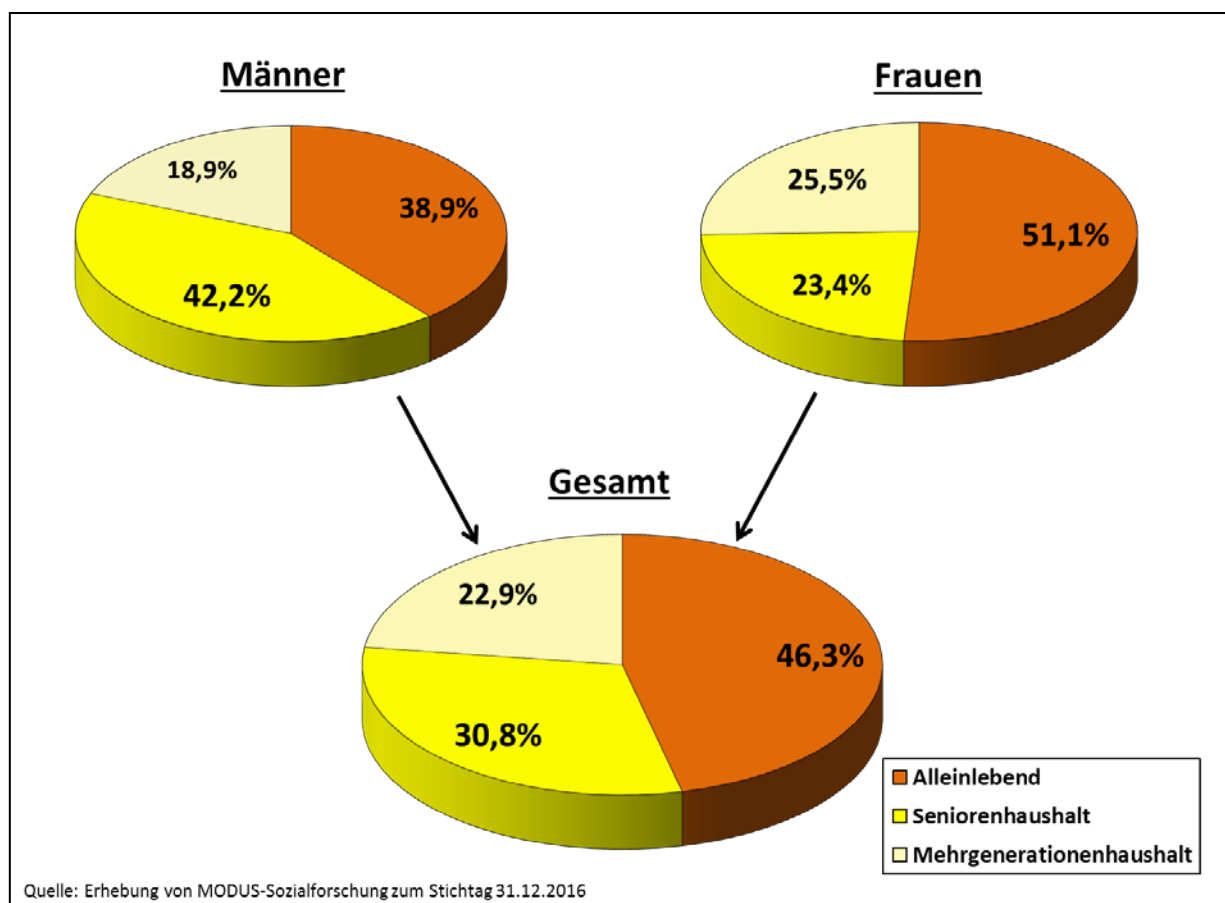
Die geschlechterspezifische Differenzierung zeigt, dass für den hohen Anteil der Verwitweten unter den Betreuten in erster Linie die Frauen verantwortlich sind. Mit einem Anteilswert von 61,2% ist fast zwei Drittel der weiblichen Klienten verwitwet, während dies bei den Männern nur auf rund 28% zutrifft.



Fasst man die Kategorien „verwitwet“, „ledig“ und „geschieden“ zusammen, ist festzustellen, dass unter den Frauen fast drei Viertel, 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 62% 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 „Altenhaushalt“ und „Mehrgenerationenhaushalt“ unterschieden werden. Die folgende Abbildung zeigt zunächst die geschlechterspezifischen Ergebnisse der aktuellen Erhebung.

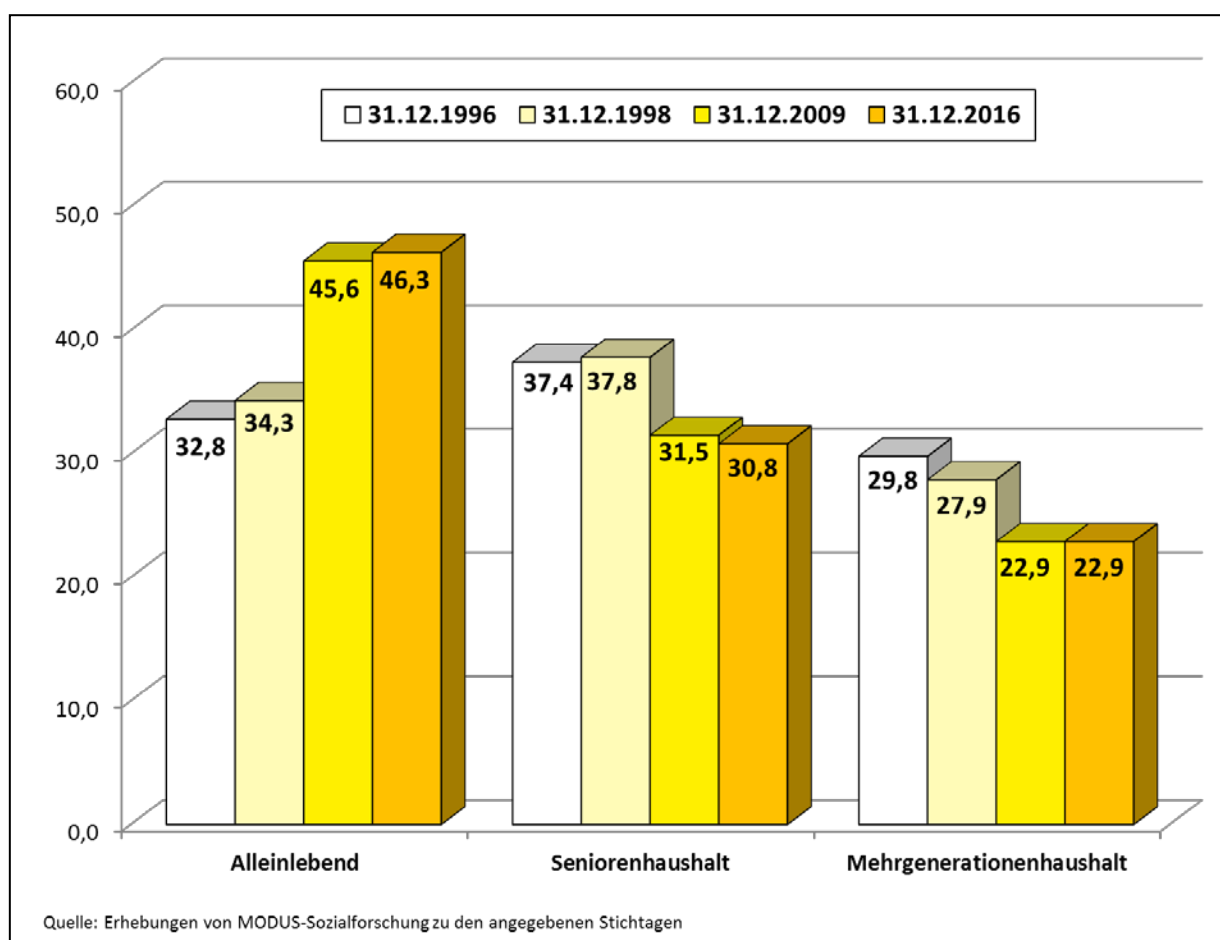
**Abb. 2.9: Haushaltsstruktur der Betreuten nach Geschlecht**



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 42% mit ihrem Ehepartner oder sonstigen älteren Menschen in einem „Altenhaushalt“ leben und weniger als 39% 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 aus den Jahren 1996, 1998 und 2009 festgestellt werden.

**Abb. 2.10: Haushaltsstruktur der Betreuten im Vergleich**



Wie die Abbildung zeigt, hat der Anteil der alleinlebenden Betreuten von 1996 bis zum Jahr 1998 nur leicht zugenommen, von 1998 bis 2009 ist der Anteil allerdings relativ stark angestiegen und liegt jetzt mit rund 46% noch etwas höher als 2009. Relativ stark zurückgegangen ist unter den ambulant Betreuten im Landkreis Erlangen-Höchstadt der Anteil der „reinen Altenhaushalte“, und zwar von knapp 38% im Jahr 1998 bis auf einen aktuellen Wert von 30,8%.

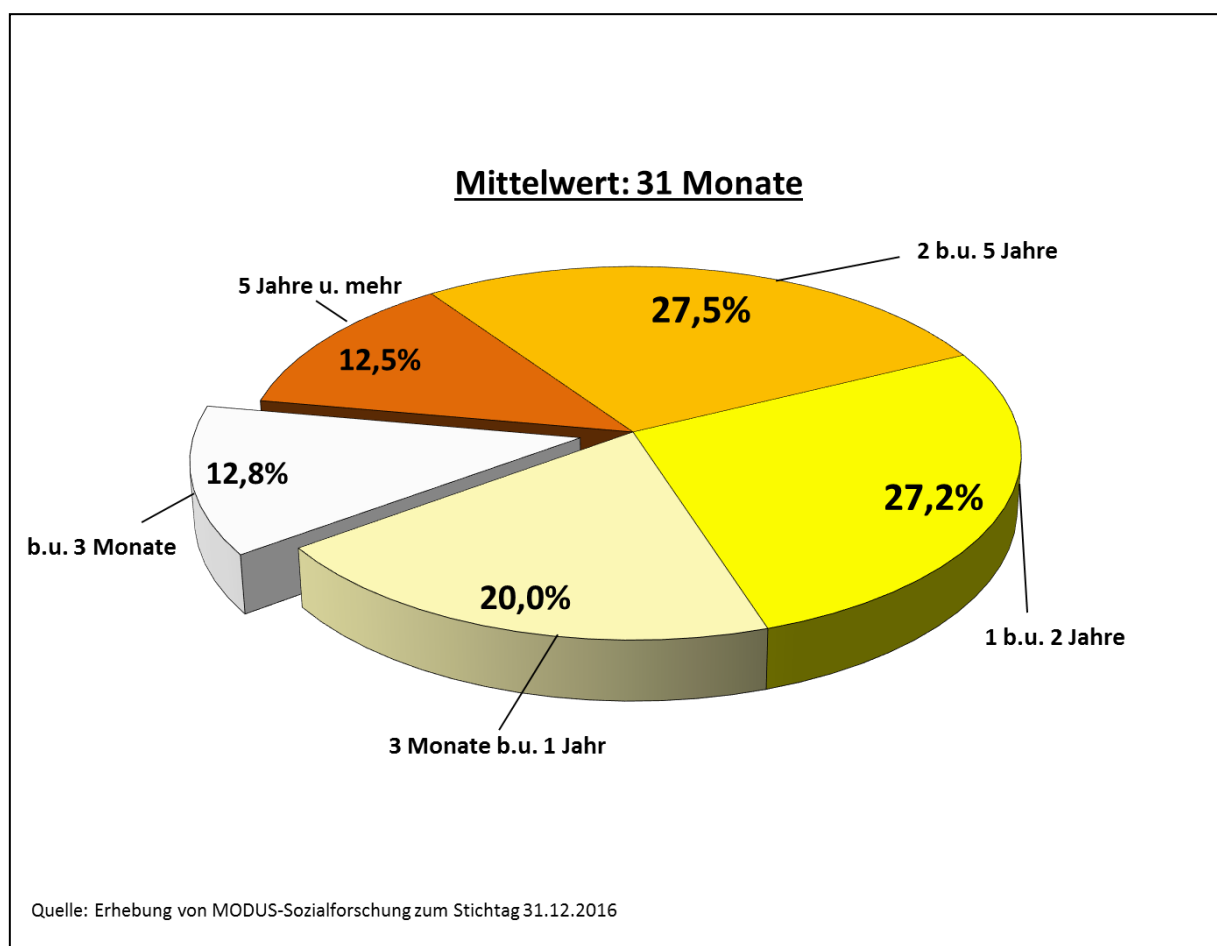
Der Anteil der „Mehrgenerationenhaushalte“ ist von 1996 bis zum Jahr 1998 zunächst auf knapp 28% zurückgegangen und seitdem nochmals um 5%-Punkte auf einen aktuellen Anteil von unter 23% gefallen.

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

### 2.1.4.3 Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste

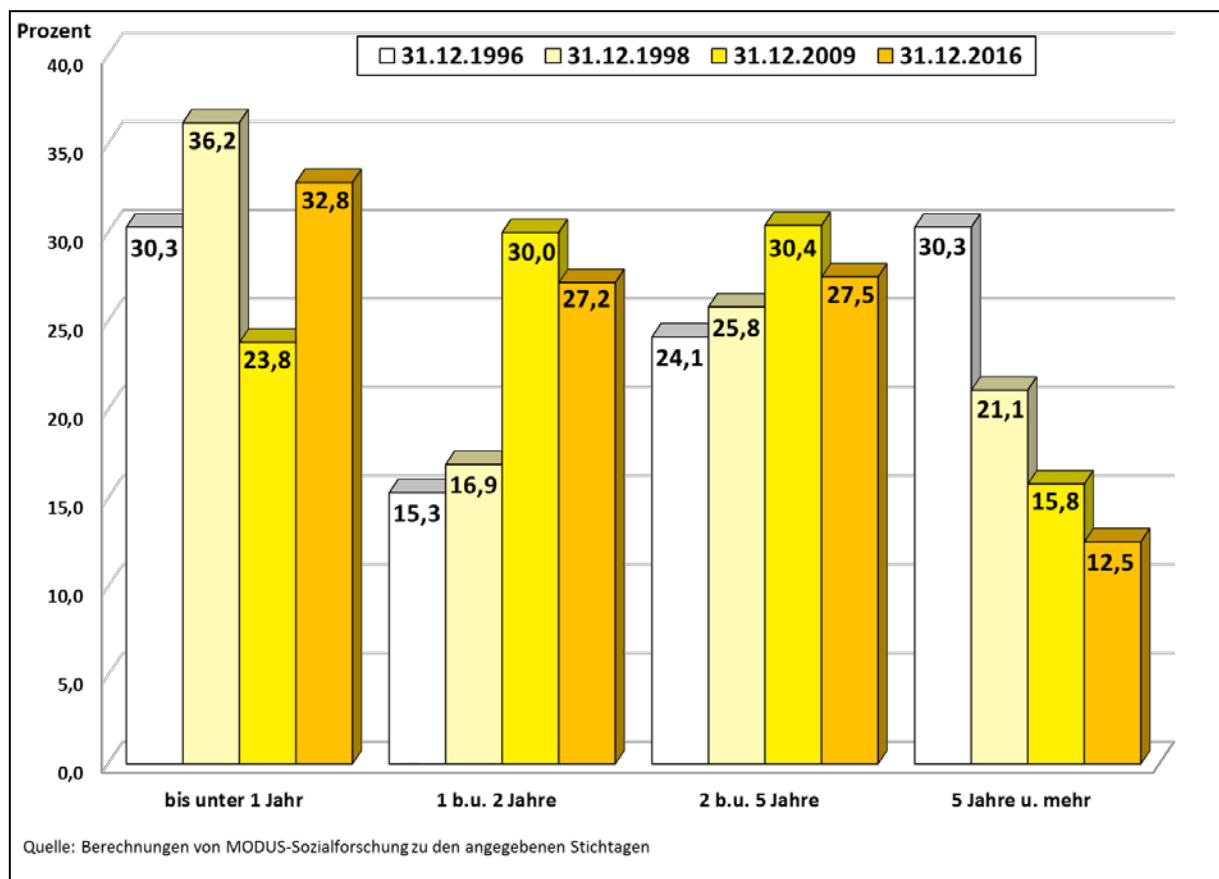
Um die häufig geäußerte Mutmaßung – ambulante Dienste würden lediglich in einem Übergangsstadium vor der Heimunterbringung beansprucht – zu überprüfen, wurde im Rahmen der Bestandsaufnahmen auch der Betreuungszeitraum untersucht. Die folgende Abbildung zeigt zunächst die diesbezüglichen Ergebnisse der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

**Abb. 2.11: Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste**



Die Auswertung der aktuellen Bestandsdaten ergab, dass die Betreuten der ambulanten Dienste im Durchschnitt seit etwa 31 Monaten – also rund zweieinhalb Jahre – betreut wurden. Dabei wurden rund zwei Drittel bereits länger als ein Jahr und rund 40% der Klienten 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. 2.12: Entwicklung des Betreuungszeitraumes seit 1996**



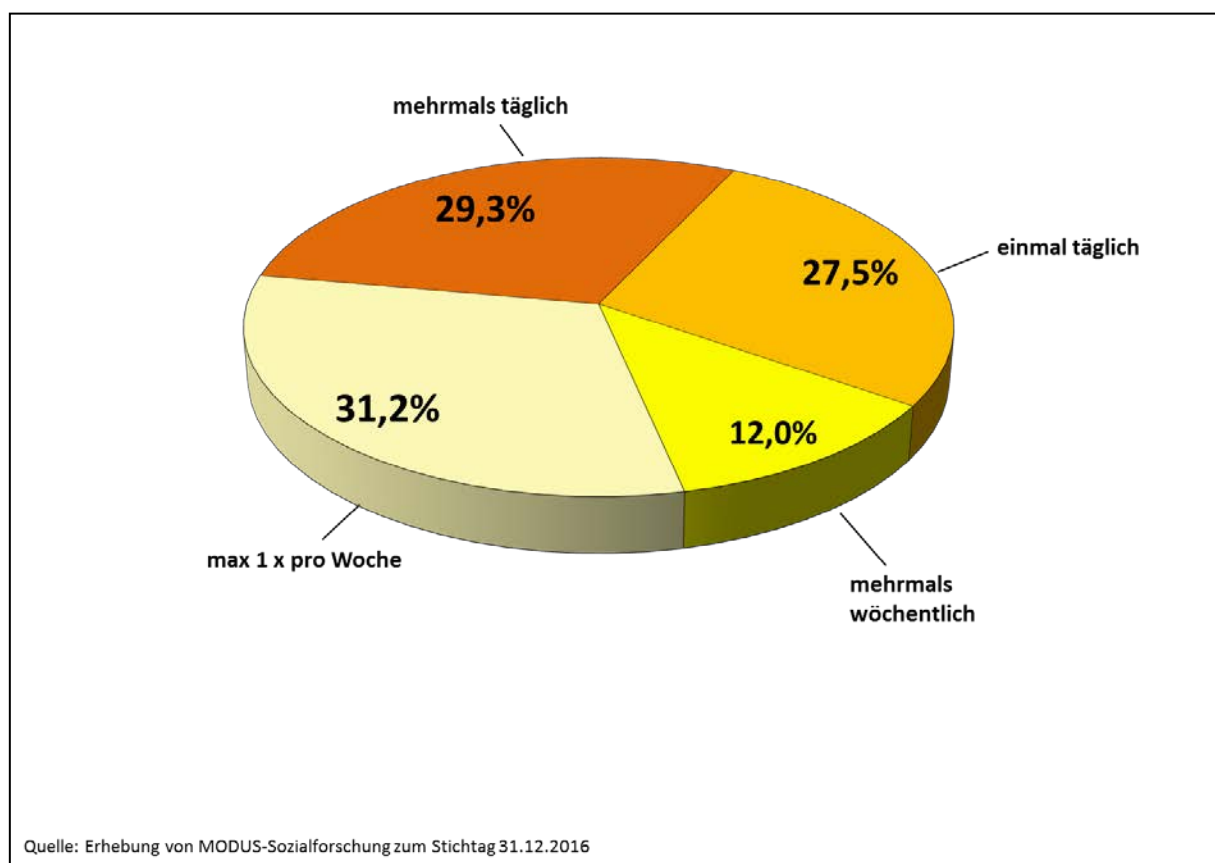
Wie die Gegenüberstellung zeigt, ist der Anteil der „Kurzzeitbetreuungen“ bis zu einem Jahr von 1998 bis 2009 von über 36% bis 2009 auf unter 24% zurückgegangen, in den letzten Jahren aber wieder auf fast 33% angestiegen. Der Anteil der Betreuten mit einem Betreuungszeitraum von 1 bis unter 2 Jahren hat dagegen in den Jahren 1998 bis 2009 um rund 13%-Punkte zugenommen, ist aber in den letzten Jahren wieder einen aktuellen Wert von rund 27% zurückgegangen. Ein ähnlicher Verlauf ist auch beim Betreuungszeitraum von 2 bis unter 5 Jahren festzustellen. Hier hat der Anteil von 1996 bis 2009 zunächst um mehr als 16%-Punkte zugenommen, während in den letzten sieben Jahren ein Rückgang um rund 3%-Punkte stattgefunden hat. Die Gruppe der „Langzeitbetreuungen“ mit mehr als 5 Jahren hat seit 1996 ständig abgenommen und zwar von rund 30% im Jahr 1996 auf unter 16% im Jahr 2009 und bis heute hat sich nochmals ein Rückgang auf einen aktuellen Wert von nur noch 12,5% ereignet.

Insbesondere letztgenannte Entwicklung ist dafür verantwortlich, dass der durchschnittliche Betreuungszeitraum in den letzten 20 Jahren kontinuierlich von 3,7 auf 2,6 Jahre und damit um mehr als ein Jahr zurückgegangen ist.

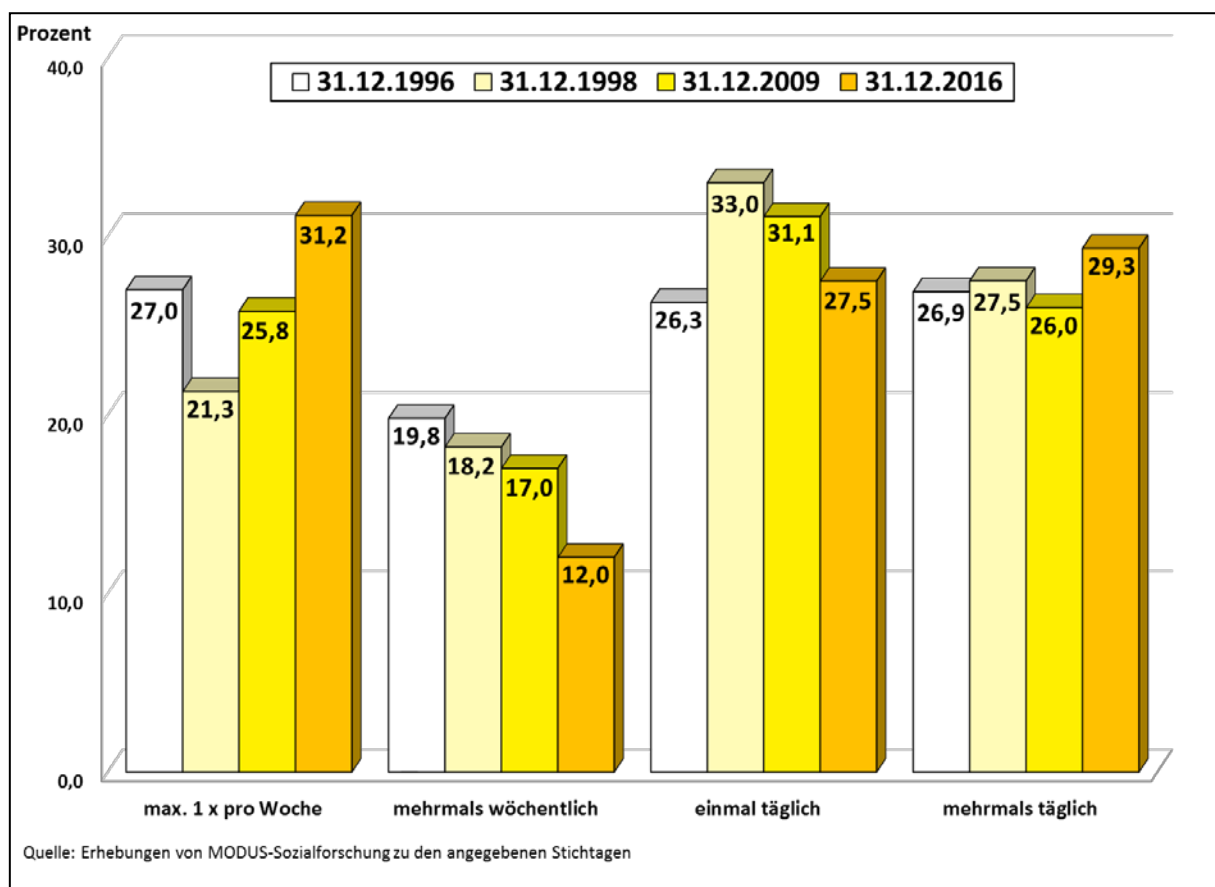
#### 2.1.4.4 Betreuungsintensität (Häufigkeit und Dauer der Betreuung)

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. 2.13: Häufigkeit der Betreuung durch ambulante Dienste**



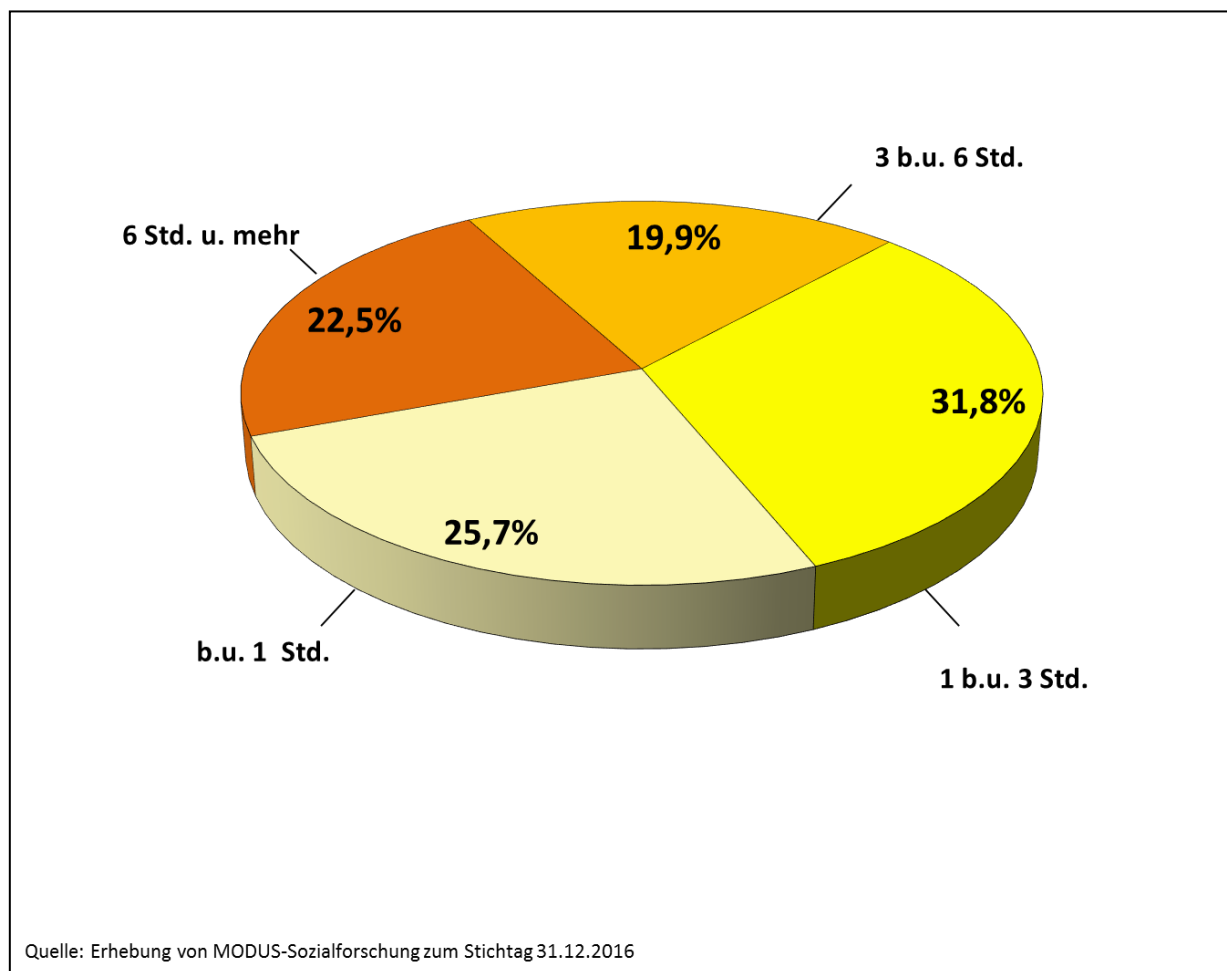
Die Abbildung zeigt, dass mit einem Anteilswert von 56,8% weit mehr als die Hälfte der Betreuten eine tägliche Versorgung erfahren, während weniger als ein Drittel der Klienten lediglich einmal pro Woche oder seltener betreut werden. Die folgende Gegenüberstellung informiert darüber, ob sich die Betreuungshäufigkeit gegenüber den Erhebungen aus den Jahren 1996, 1998 und 2009 verändert hat.

**Abb. 2.14: 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 festzustellen, dass der Anteil in den Jahren von 1996 bis 1998 zunächst zugenommen, dann in den Jahren von 1999 bis 2009 wieder leicht abgenommen, in den letzten Jahren allerdings auf einen Höchstwert von 29,3% zugenommen hat.

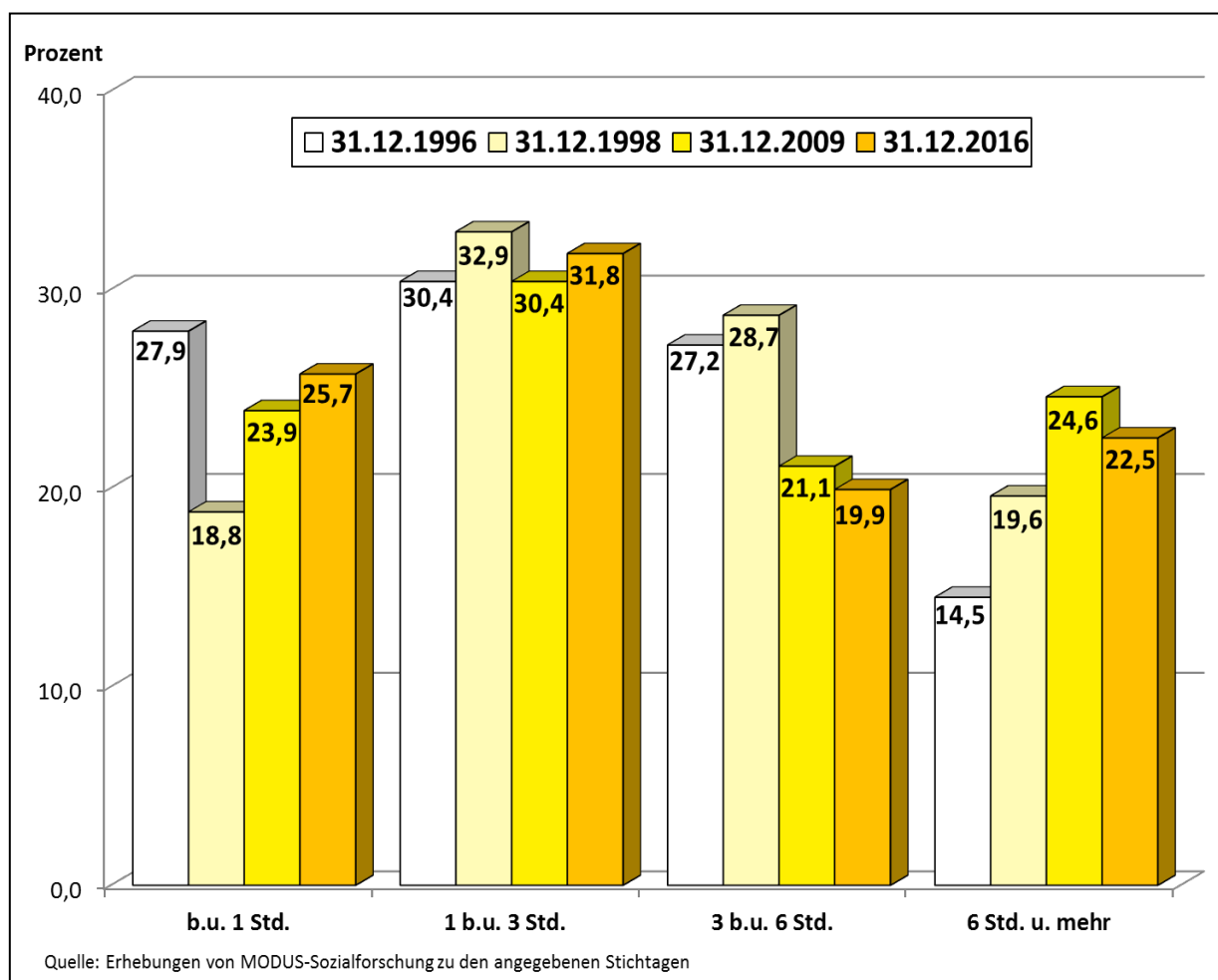
Ganz anders verhält es sich mit der Betreuungshäufigkeit von maximal einmal pro Woche. Hier ist der Anteil der betreuten Personen in den Jahren von 1996 bis 1998 zunächst um fast 6%-Punkte gesunken, dann allerdings bis 2009 wieder um fast 5%-Punkte angestiegen und in den letzten Jahren fand nochmals eine deutlich Steigerung auf einen aktuellen Höchstwert von 31,2% statt.

Aufgrund der genannten Ergebnisse ist in den letzten 20 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. 2.15: 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 benötigen rund 20% der Betreuten. Etwa 32% der Klienten werden zwischen einer und drei Stunden pro Woche betreut. Weniger als eine Stunde Betreuungsdauer pro Woche benötigen fast 26% der Klienten.

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

**Abb. 2.16: Entwicklung der wöchentlichen Betreuungsdauer seit 1996**

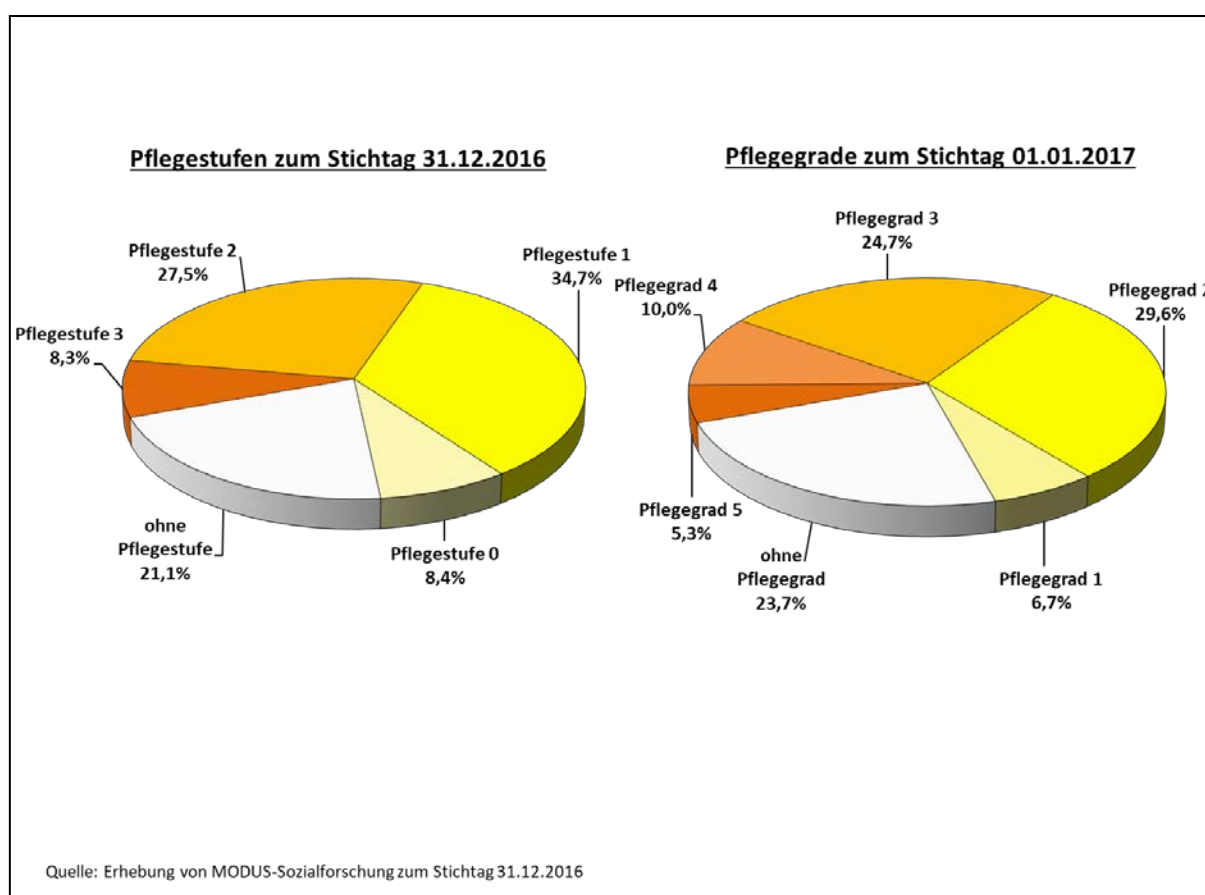
Wie aus der Abbildung hervorgeht, haben sich in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen ereignet, was die wöchentliche Betreuungsdauer betrifft. So sind die Klienten mit einer Betreuungsdauer bis unter einer Stunde pro Woche in den Jahren von 1996 bis 1998 von knapp 28% auf rund 19% zunächst erheblich zurückgegangen, danach allerdings wieder auf einen aktuellen Anteil von fast 26% angestiegen. Der Anteilswert der Klienten mit einer Betreuungsdauer von 1 bis unter 3 Stunden schwankte dagegen in den letzten 20 Jahren nur geringfügig zwischen 30% und 33%. Bei den Klienten mit einer Betreuungsdauer von 3 bis unter 6 Stunden pro Woche ist der Anteilswert von 1996 bis 1998 von rund 27% auf fast 29% angestiegen, danach aber wieder relativ stark auf nur noch rund 20% zurückgegangen. Bei den Intensivbetreuungen von 6 Stunden und mehr pro Woche ist festzustellen, dass der Anteilswert, der im Jahr 1996 lediglich bei rund 14,5% der Betreuten lag, bis zum Jahr 2009 zunächst auf fast 25% angestiegen, in den letzten sieben Jahren aber wieder auf 22,5% gefallen 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, in den letzten sieben Jahren aber wieder geringfügig gefallen ist und aktuell nur noch bei 5,3 Stunden pro Woche liegt.



### 2.1.4.5 Gesundheitszustand der Klienten nach Pflegestufen

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 jedem Antragsteller, ob die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen. Da die vorgegebenen Kriterien zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit jedoch sehr restriktiv waren (vgl. Zehe 1996: 69 ff.), erfüllten bis zur kürzlich stattgefundenen Gesetzesänderung nicht alle Klienten von ambulanten Diensten die Anspruchsvoraussetzungen. Die folgende Abbildung zeigt, dass dies auch unter den Betreuten der ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt der Fall ist.

**Abb. 2.17: Betreute der ambulanten Dienste nach Pflegestufen und Pflegegrade**



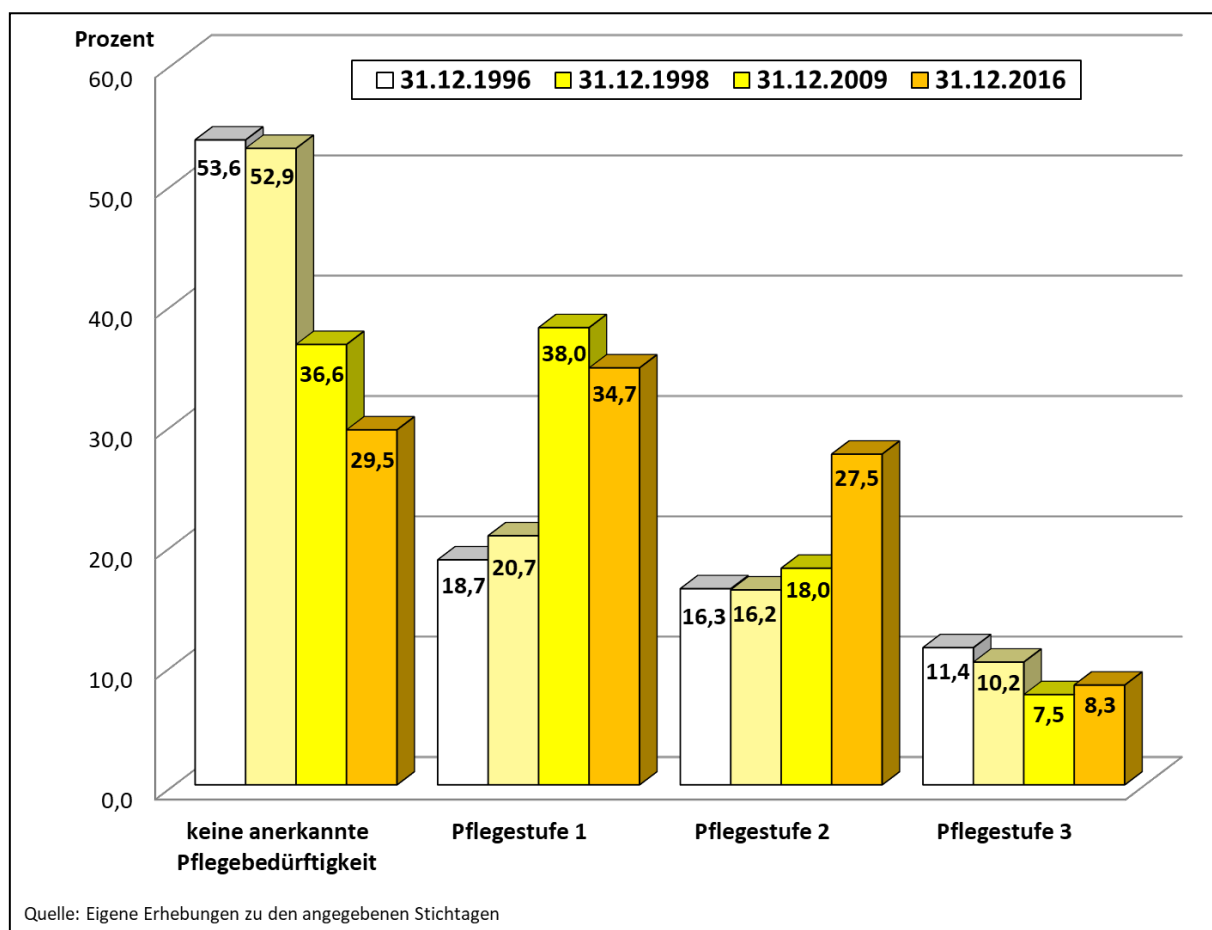
Wie der linke Teil der Abbildung zeigt, waren am 31.12.2016 nach den Angaben der ambulanten Dienste insgesamt 70,4% ihrer Betreuten als pflegebedürftig anerkannt (Pflegestufe 1 bis 3). Zusätzlich waren 8,4% der Betreuten der sogenannten „Pflegestufe 0“ zuzuordnen. Diese Personen wiesen ebenfalls einen Pflegebedarf auf, dieser lag jedoch niedriger als der vom Pflegeversicherungsgesetz geforderte Mindestbedarf von täglich 90 Minuten.

Mangels gesetzlicher Anerkennung der Pflegebedürftigkeit konnte die Finanzierung der Pflege für diese Personen somit nicht über das Pflegeversicherungsgesetz erfolgen. Nicht zur Gruppe der Pflegebedürftigen gehörten am 31.12.2016 die Hilfebedürftigen ohne Pflegestufe, die einen Anteil von 21,1% der Betreuten ausmachen. Diese Teilgesamtheit benötigte entweder ausschließlich Hilfe im Bereich der Behandlungspflege oder im hauswirtschaftlichen Bereich.

Der rechte Teil der Abbildung zeigt die Erhebungsergebnisse zu den seit 01.01.2017 geltenden Pflegegraden. Danach haben 5,3% der Betreuten den Pflegegrad 5, 10,0% der Betreuten den Pflegegrad 4, 24,7% der Betreuten den Pflegegrad 3, 29,6% der Betreuten den Pflegegrad 2 und 6,7% der Betreuten den Pflegegrad 1. Keinen Pflegegrad haben 23,7% der Betreuten erhalten. Dieser Anteil ist um 2,6%-Punkte höher als nach dem alten Begutachtungsverfahren mit den Pflegestufen.

Im Folgenden soll nun überprüft werden, inwieweit sich der Anteil der Pflegebedürftigen unter den Betreuten der ambulanten Dienste innerhalb der letzten Jahre verändert hat. Aus Gründen der Vergleichbarkeit erfolgt dazu eine Gegenüberstellung der entsprechenden Bestandsdaten zu den bisher verwendeten Pflegestufen.

**Abb. 2.18: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von 1996 bis 2016**



Wie die Abbildung zeigt, ist der Anteil der pflegebedürftigen Klienten von 1996 bis 2016 relativ stark angestiegen. Während im Jahr 1996 nur rund 46% der Betreuten als pflegebedürftig anerkannt waren, stieg ihr Anteil unter den ambulant Betreuten bis zum Jahr 2016 auf 70,4%.

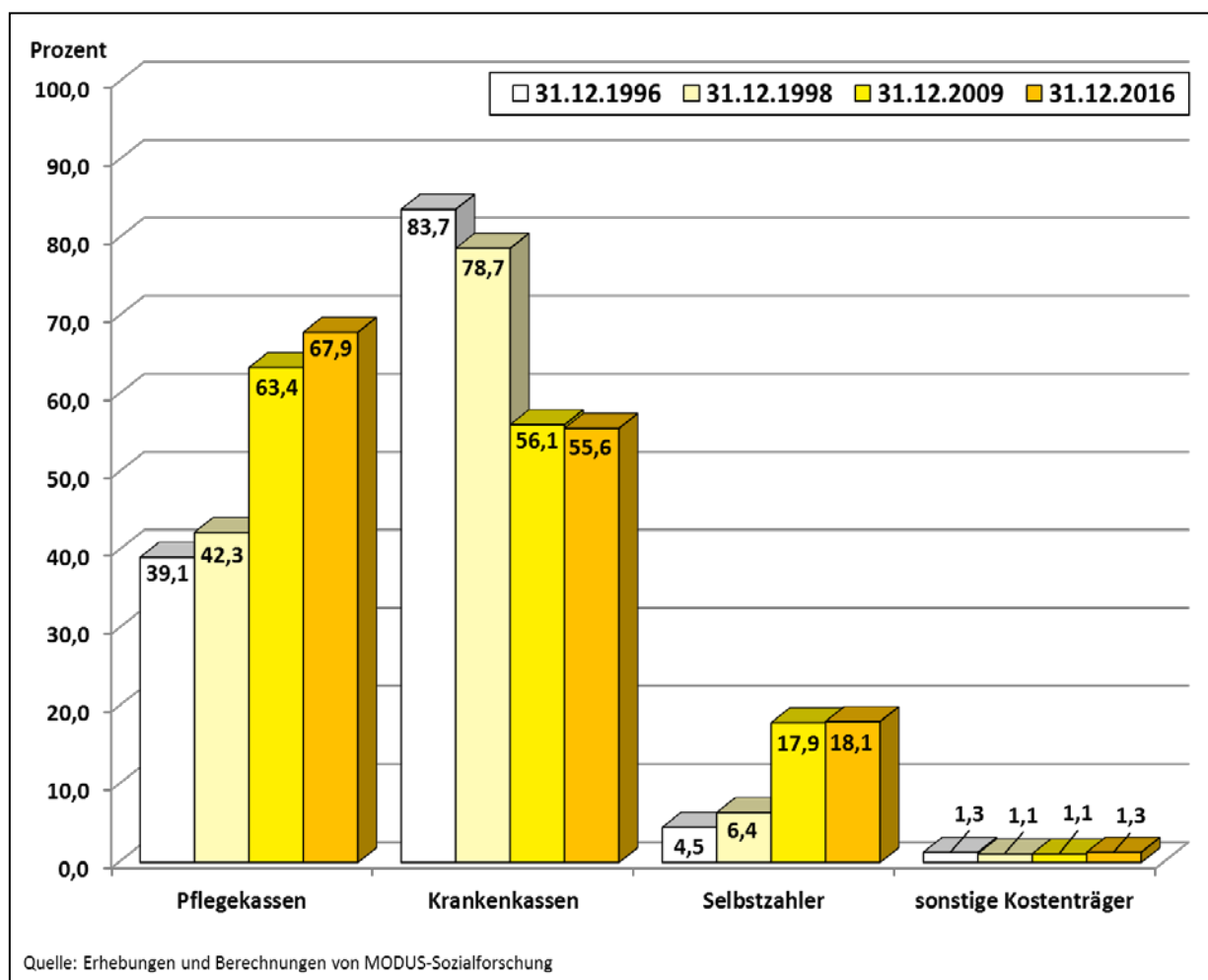
Die Entwicklung der einzelnen Pflegestufen soll im Folgenden zweiteilig dargestellt werden, und zwar zunächst die Entwicklung zwischen 1996 und 2009 und anschließend die neuere Entwicklung innerhalb der letzten sieben Jahre.

Die Entwicklung zwischen 1996 und 2009 stellt sich folgendermaßen dar: Während der Anteilswert der Pflegestufe 2 von 1996 bis 2009 nur leicht zugenommen hat und der Anteilswert der Pflegestufe 3 im genannten Zeitraum um fast 4%-Punkte zurückgegangen ist, ergab sich bei der Pflegestufe 1 eine sehr starke Erhöhung. Hier ist der Anteilswert von weniger als 19% im Jahr 1996 bis zum Jahr 1998 auf fast 21% und bis zum Jahr 2009 auf 38% angestiegen. Der Anteilswert der Pflegebedürftigen mit Stufe 1 hat sich damit von 1996 bis 2009 mehr als verdoppelt. Der Anstieg des Pflegebedürftigenanteils unter den Betreuten der ambulanten Dienste war von 1996 bis 2009 somit größtenteils auf die Zunahme der Betreuten mit Pflegestufe 1 zurückzuführen.

Innerhalb der letzten sieben Jahre hat sich nun eine gänzlich andere Entwicklung vollzogen. So ist der Anteil der ambulant Betreuten mit Pflegestufe 1 erstmals seit langem von 38% auf 34,7% und damit um mehr als 3%-Punkten zurückgegangen, während der Anteil der als Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen insgesamt von 25,5% auf 35,8% und damit um mehr als 10%-Punkten angestiegen ist.

### **2.1.5 Kostenträger der ambulanten Dienstleistungen**

Wie die Auswertung der Dienstleistungsstruktur zeigt, nimmt ein Großteil der Klienten gleichzeitig Grund- und Behandlungspflege in Anspruch. Da die Grundpflege bei anerkannter Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekassen übernommen und die Behandlungspflege durch die Krankenkassen finanziert wird, ist davon auszugehen, dass diese beiden Kostenträger maßgeblich an der Finanzierung der ambulanten Hilfeleistungen beteiligt sind. Dies zeigt sich auch bei folgender Gegenüberstellung der entsprechenden Bestandsdaten, bei denen Mehrfachnennungen zugelassen waren, wenn mehr als ein Kostenträger maßgeblich an der Finanzierung der ambulanten Hilfeleistung beteiligt ist.

**Abb. 2.19: Entwicklung der Kostenträgerstruktur seit 1996**

Wie die Abbildung zeigt, ging der Trend, der sich bereits in den neunziger Jahren abgezeichnet hat, weiter. So hat der Anteil der Betreuten, bei denen die ambulanten Hilfeleistungen unter anderem über die Krankenkassen finanziert werden, seit 1996 erheblich abgenommen, und zwar um mehr als 28%-Punkte auf einen aktuellen Wert von nur noch weniger als 56%.

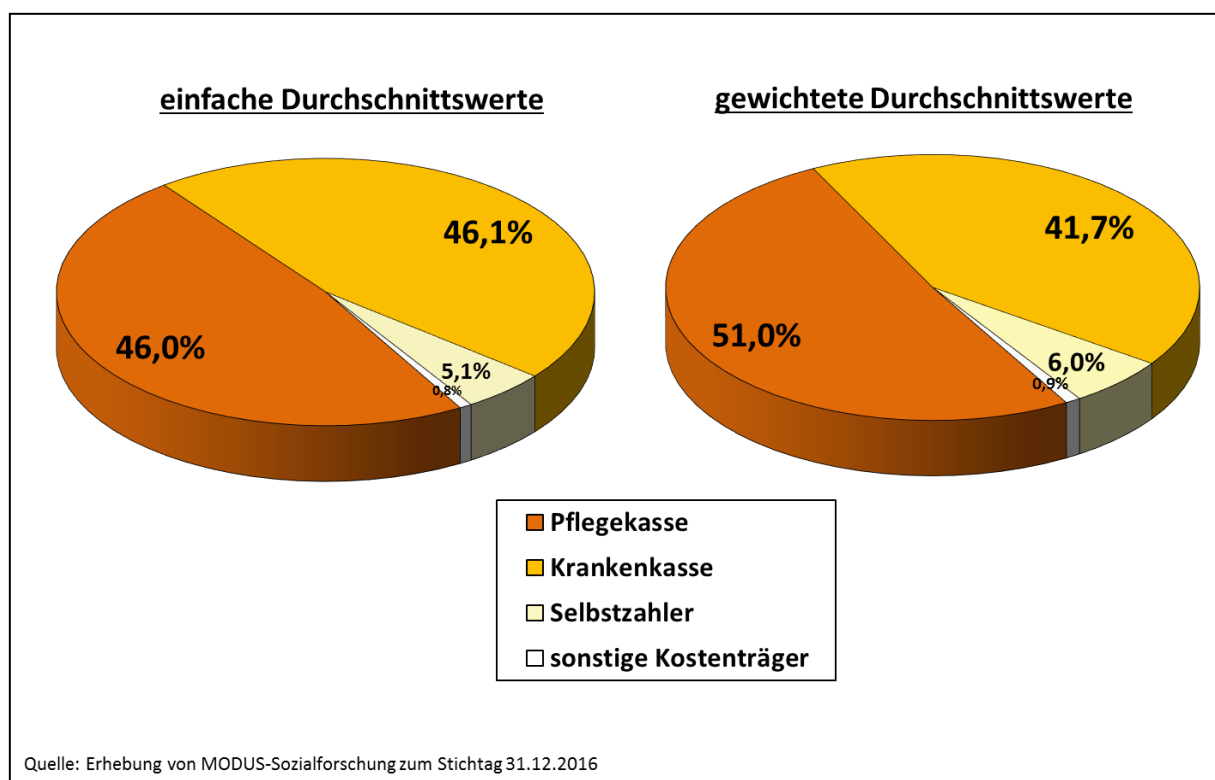
Der Anteil der Pflegekassen ist dagegen von rund 39% im Jahr 1996 bis heute auf fast 68% angestiegen und der Anteil der Selbstzahler hat sich seit 1996 fast vervierfacht, und zwar von 4,5% im Jahr 1996 auf nunmehr über 18%. Der Anteil der „sonstigen Kostenträger“ liegt dagegen nach wie vor bei einem sehr geringen Wert von 1,3%.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass in den letzten 20 Jahren der Anteil der Betreuten, die Leistungen von den Krankenkassen erhalten, relativ stark zurückgegangen ist, während der Anteil der „Selbstzahler“ sehr stark zugenommen hat, obwohl auch der Anteil der Betreuten, die Leistungen von der Pflegekasse erhalten, relativ stark angestiegen ist .

## 2.1.6 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, wie im Kapitel 2.1.5 dargestellt wurde, 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. 2.20: Refinanzierung der ambulanten Dienste im Jahr 2016**



Wie die Abbildung zeigt, finanzieren sich die ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt zu 93% 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 51,0% gegenüber 46,0% etwas höher, d.h. die größeren ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt finanzieren sich etwas stärker über die Pflegekassen als kleinere Dienste.

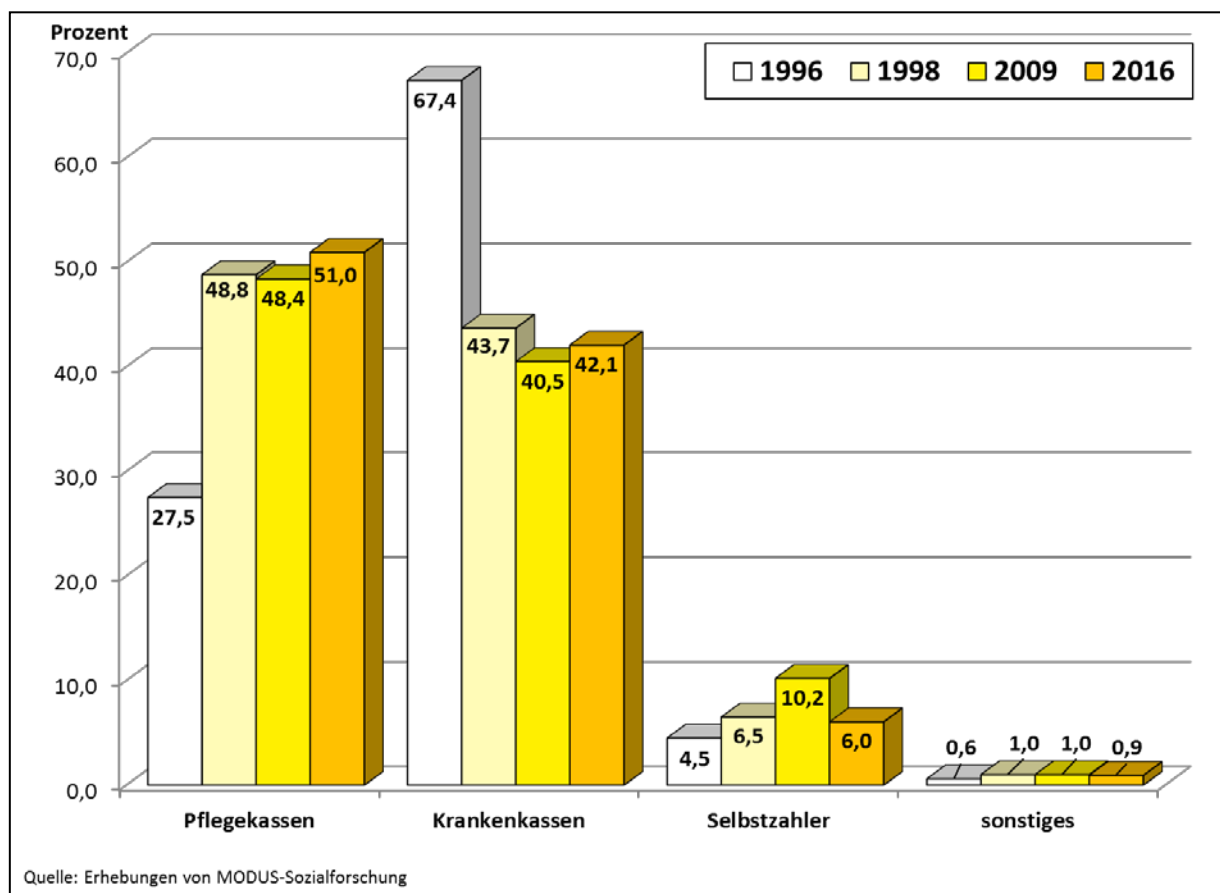
Der Anteilswert der Krankenkassen ist dagegen bei den gewichteten Durchschnittswerten mit 41,7% gegenüber 46,1% etwas niedriger. Die kleineren ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt finanzieren sich also etwas stärker über die Krankenkassen als die größeren Dienste.

Bei den Anteilen der „Selbstzahler“ und der „sonstigen Kostenträger“ sind die Differenzen dagegen 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 aufgrund ihrer anerkannten Pflegebedürftigkeit SGB-XI-Leistungen erhalten, ergibt sich ein Anteil von knapp 68%. 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 46%. Berücksichtigt man bei dieser Durchschnittswertberechnung zusätzlich die Größe der Dienste, ergibt sich ein Anteilswert von 51%.

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. 2.21: 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 leicht auf einen aktuellen Wert von 51% angestiegen. Die Pflegekassen steuern somit heute mehr als fast 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 25%-Punkte auf einen aktuellen Wert von 42,1%.

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 6% 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 31.12.2016 für den Bereich der Tagespflege drei selbstständige bzw. an einen ambulanten Dienst angebundene Einrichtungen mit insgesamt 69 Tagespflegeplätze zur Verfügung. Im Einzelnen sind dies nach den Angaben der jeweiligen Träger:

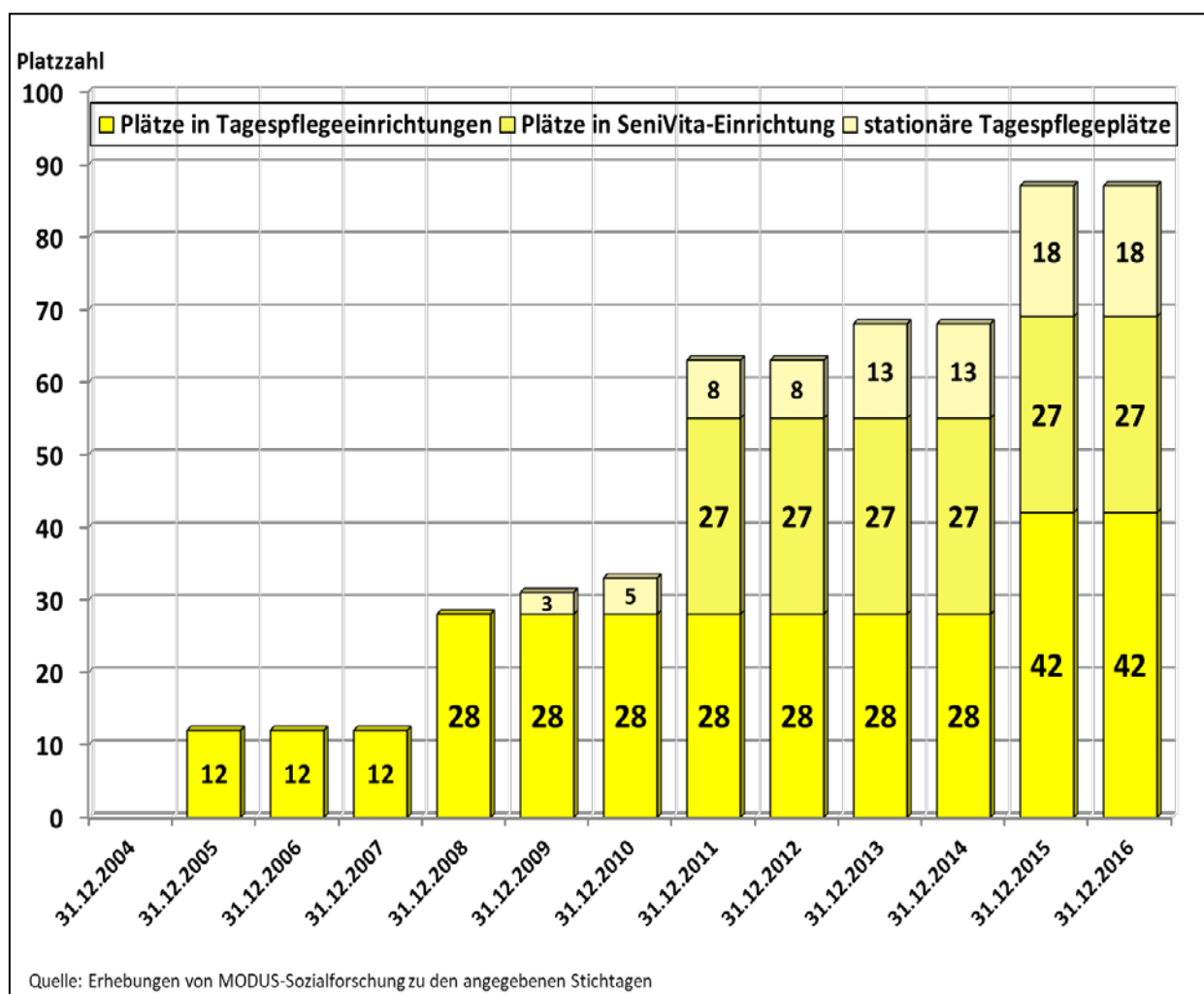
- 28 Tagespflegeplätze in der „Tageseinrichtung für ältere Menschen e.V.“ in Herzogenaurach (seit 2008, davor 12 Tagespflegeplätze seit 2005)
- 27 Tagespflegeplätze in Anbindung an die „SeniVita-Sozialstation St. Martin“ in Baiersdorf seit 2011
- 14 Tagespflegeplätze in der privaten Tagespflegeeinrichtung „Hand in Hand“ in Höchstadt a.d. Aisch seit 2015

Weitere 18 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 „Seniendomizil Haus Heinrich“ in Hemhofen seit 2009
- 10 „zeitweise eingestreute“ Tagespflegeplätze im „Vitanas Seniorenzentrum St. Anna“ in Höchstadt a.d. Aisch seit 2013
- 5 „ganzjährig eingestreute“ Tagespflegeplätze im „Seniorenzentrum Martha-Maria“ in Eckental-Forth seit 2015

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt von 2004 bis heute.

**Abb. 2.22: Entwicklung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt**



Wie die Abbildung zeigt, hat sich der Bestand an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe der letzten zehn Jahre mehr als versiebenfacht.

### 2.2.2.3 Auslastung der Tagespflegeplätze

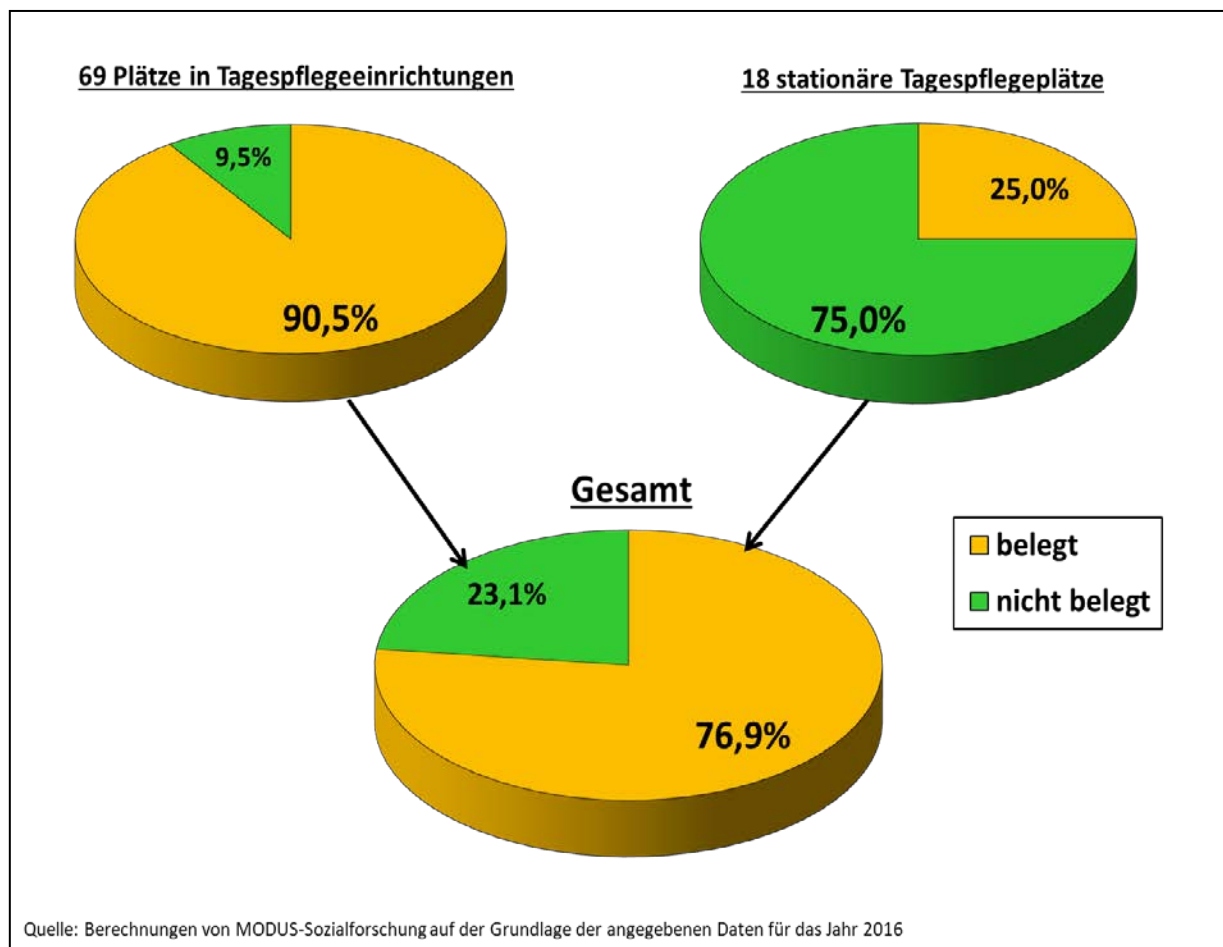
Bei der Tagespflege handelt es sich im Bundesland Bayern immer noch um eine relativ neuartige und daher auch noch weniger bekannte Versorgungsform für ältere Menschen, die sich hier allgemein noch nicht so etablieren konnte wie beispielsweise in den Bundesländern Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen 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 drei selbstständigen Tagespflegeeinrichtung traten die oben beschriebenen Probleme 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-Höchstadt 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 angebundenen Tagespflegeplätze zutrifft, die in folgender Abbildung der Auslastung der „autonomen“ Tagespflegeplätze gegenübergestellt ist.

**Abb. 2.23: Auslastung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe des letzten Jahres**



Wie die Abbildung zeigt, war die Auslastung der 69 „autonomen“ Tagespflegeplätze mit fast 91% wesentlich besser als bei den 18 Tagespflegeplätzen in den verschiedenen stationären Einrichtungen, für die sich im Laufe des letzten Jahres insgesamt lediglich ein Auslastungsgrad von 25% ergibt. Während von den 69 „autonomen“ Tagespflegeplätzen im Jahresdurchschnitt also rund 62 belegt waren, ergibt sich aus den Daten in den verschiedenen stationären Einrichtungen lediglich eine Zahl von nur rund 4,5 belegten Plätzen.

Insgesamt waren die im Landkreis Erlangen-Höchstadt vorhandenen Tagespflegeplätze im Laufe des letzten Jahres im Durchschnitt zu rund 77% ausgelastet, d.h. es waren nur 67 der 87 vorhandenen Plätze belegt.

Damit war die Gesamtbelegung der im Landkreis Erlangen-Höchstadt vorhandenen Tagespflegeplätze wesentlich höher als bei der letzten Bestandserhebung im Jahr 2009, denn damals wurden noch weniger als 29 Plätze belegt.

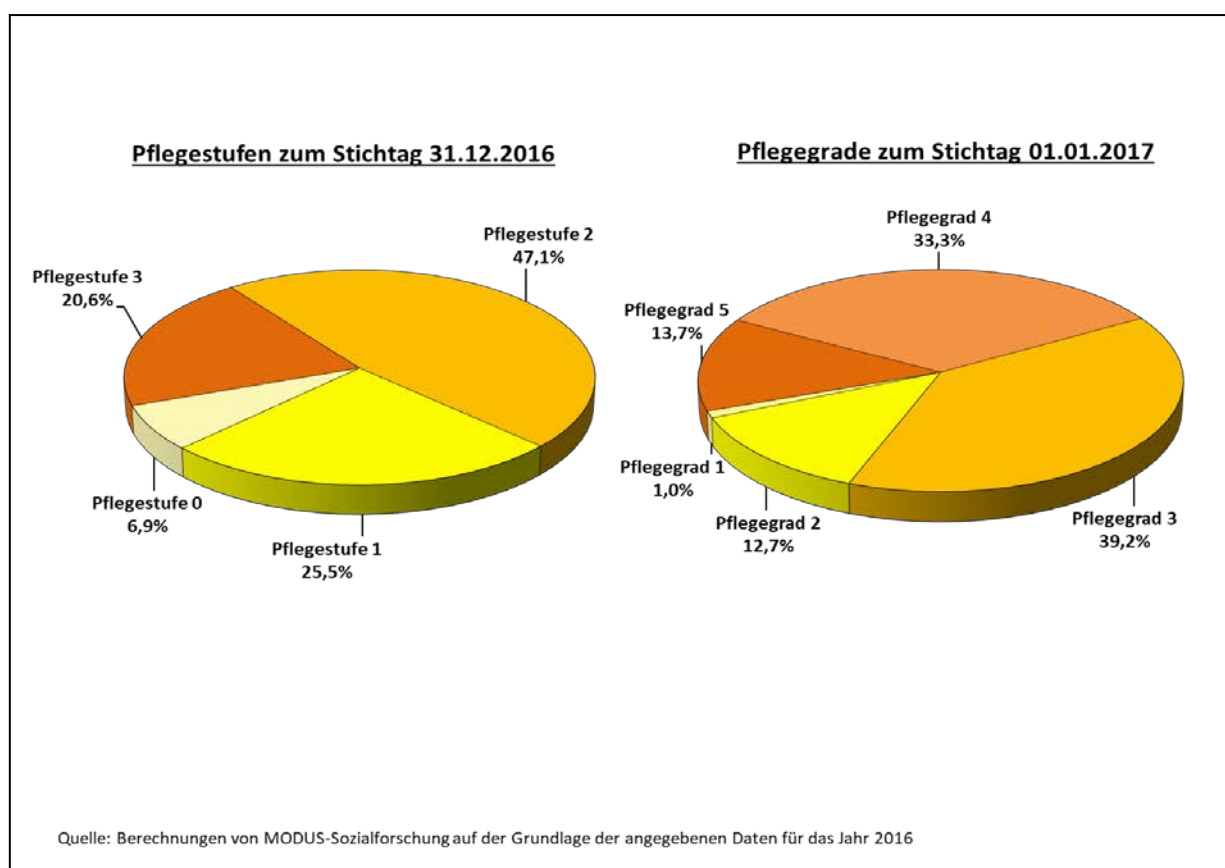
### 2.2.2.4 Struktur der Tagespflegegäste

Die drei selbstständigen Tagespflegeeinrichtungen wurden nach Angaben der jeweiligen Träger im Laufe des Jahres 2016 von insgesamt 104 Personen in Anspruch genommen. Die Zahl der Tagespflegegäste ist somit um einiges höher als die Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze. Für diese 104 Tagespflegegäste wurden von den Trägern Angaben zur Verteilung der Betreuten nach ihren Pflegestufen bzw. Pflegegraden sowie zur regionalen Herkunft gemacht, die im Folgenden dargestellt sind.

#### 2.2.2.4.1 Gesundheitszustand der Tagespflegegäste nach Pflegestufen

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 ist deshalb nicht unbedingt zu erwarten, dass alle Nutzer der Tagespflege pflegebedürftig sind. Die Tagespflegeeinrichtung in Herzogenaurach wurde im letzten Jahr jedoch ausschließlich von pflegebedürftigen Personen beansprucht, wie folgende Abbildung zeigt.

**Abb. 2.24: Gesundheitszustand der Tagespflegegäste**



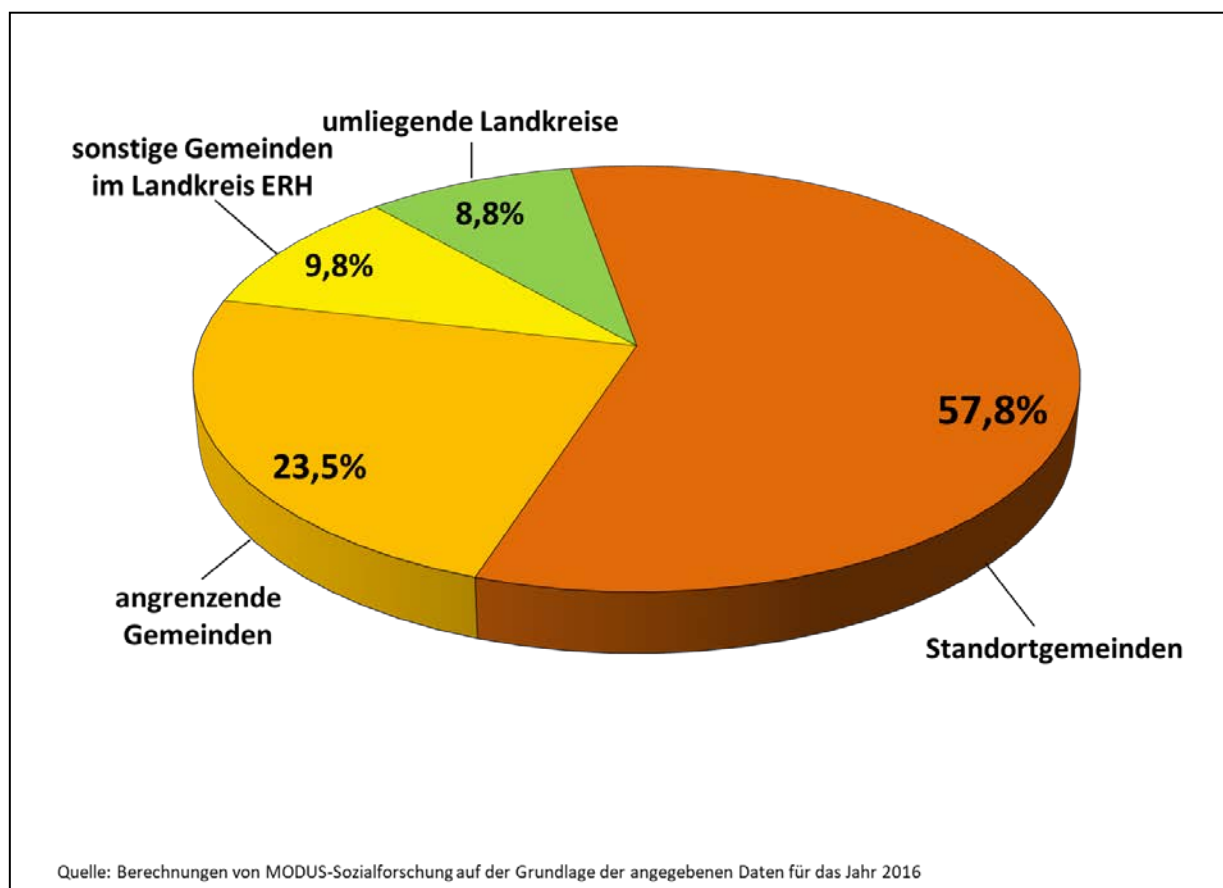
Wie die Abbildung zeigt, gehört die überwiegende Mehrheit der Tagespflegegäste, die im letzten Jahr eine der drei selbstständigen Tagespflegeeinrichtungen genutzt haben, der Pflegestufen 1 bis 3 bzw. Pflegegrade 3 bis 5 an.

Vergleicht man allerdings die Anteile der Pflegestufen 1 bis 3 mit den Anteilen der Pflegegrade, ist festzustellen, dass der Pflegegrad 5 mit weniger als 14% schwächer besetzt ist als die 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 ist.

#### 2.2.2.4.2 Herkunft der Tagespflegegäste

Da „längere“ Anfahrtswege die Inanspruchnahme von Tagespflegeeinrichtungen 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**



Wie die Abbildung zeigt, waren mit einem Anteil von fast 58% mit Abstand die meisten der Tagespflegegäste in der jeweiligen Standortgemeinde wohnhaft. Dahinter rangieren mit einem Anteil von 23,5% die an den Standort angrenzenden Gemeinden, während aus den „sonstigen Gemeinden im Landkreis Erlangen-Höchstadt“ weniger als 10% der Tagespflegegäste kommen. Die restlichen knapp 9% der Tagespflegegäste kommen aus der Stadt Erlangen sowie dem Landkreis Fürth.

## **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.

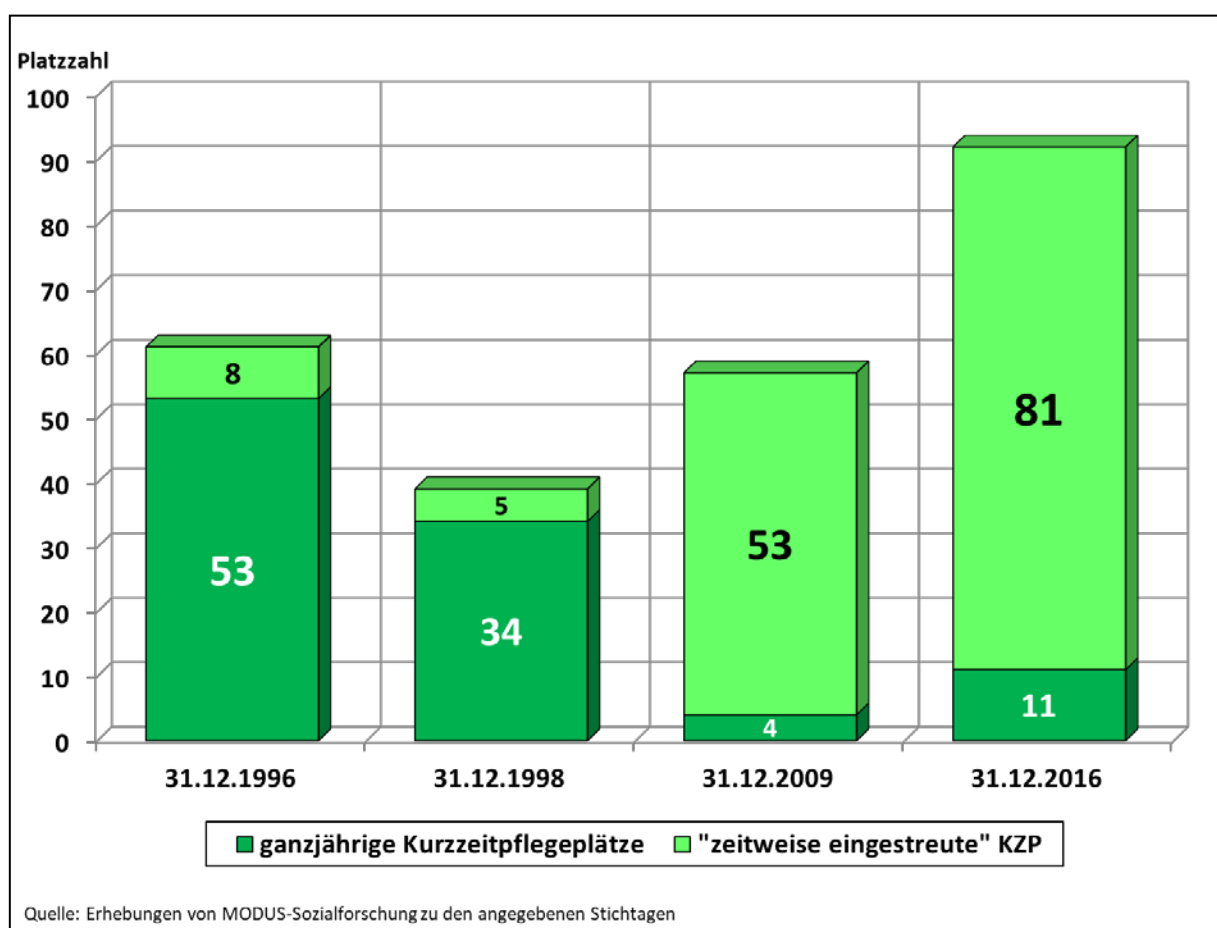
Um den tatsächlich an einem bestimmten Stichtag in einer Region zur Verfügung stehenden Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen adäquat ermitteln zu können, ist deshalb im Bereich der Kurzzeitpflege innerhalb von vollstationären Einrichtungen zu unterscheiden ...

- 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 31.12.2016 bestanden nach Auskunft der Träger der vollstationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 92 „eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze. Von diesen Plätzen werden allerdings lediglich elf „ganzjährig“ angeboten. Die restlichen 81 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**



Wie die Abbildung zeigt, hat sich der Bestand an ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt – nach der Verringerung in den Jahren 1996 bis 2009 – in den letzten Jahren erstmals wieder von 4 auf 11 Plätze erhöht. Einschließlich der „zeitweise eingestreuten Plätze“ hat der Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt mit insgesamt 92 Plätzen einen Höchstwert erreicht.

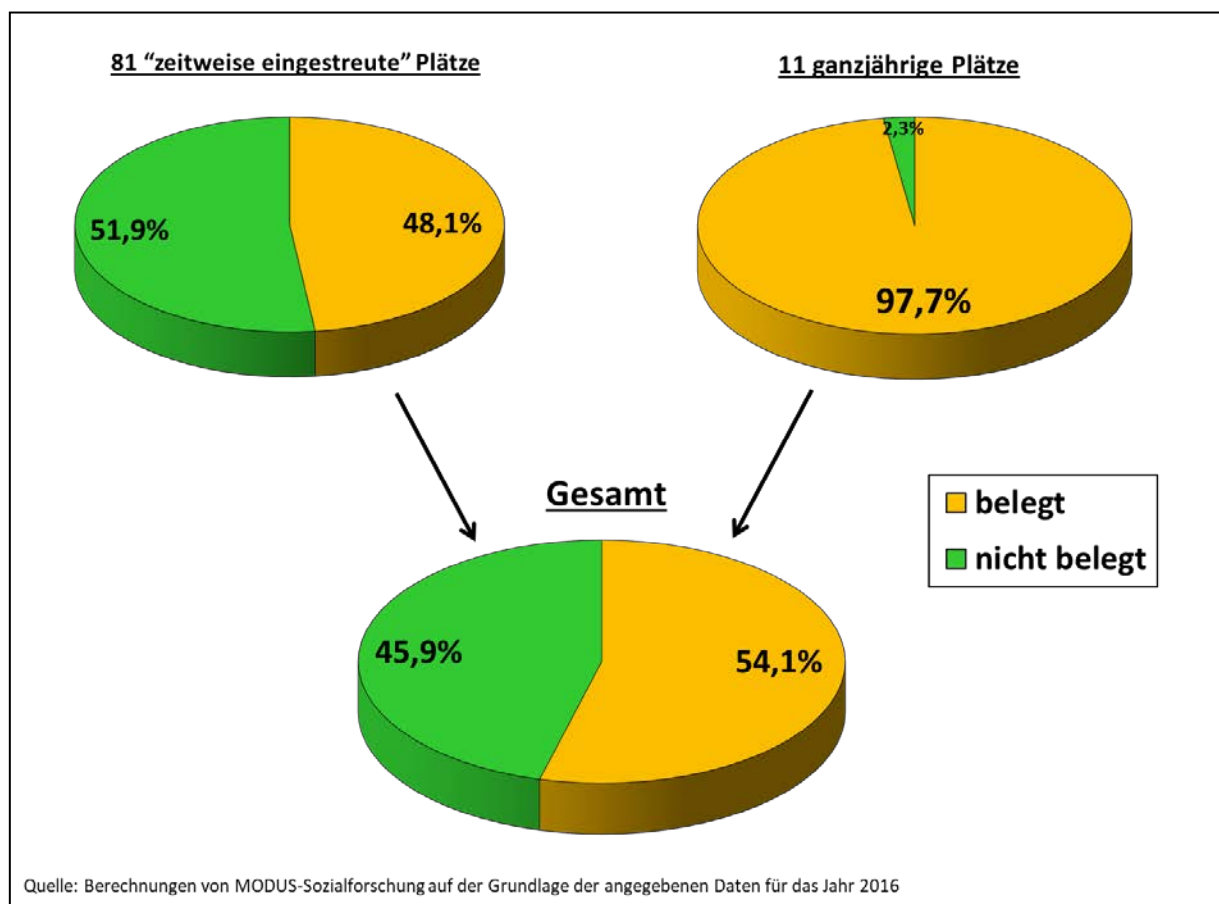


### 2.2.3.3 Auslastungsgrad der Kurzzeitpflegeplätze

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 2016**

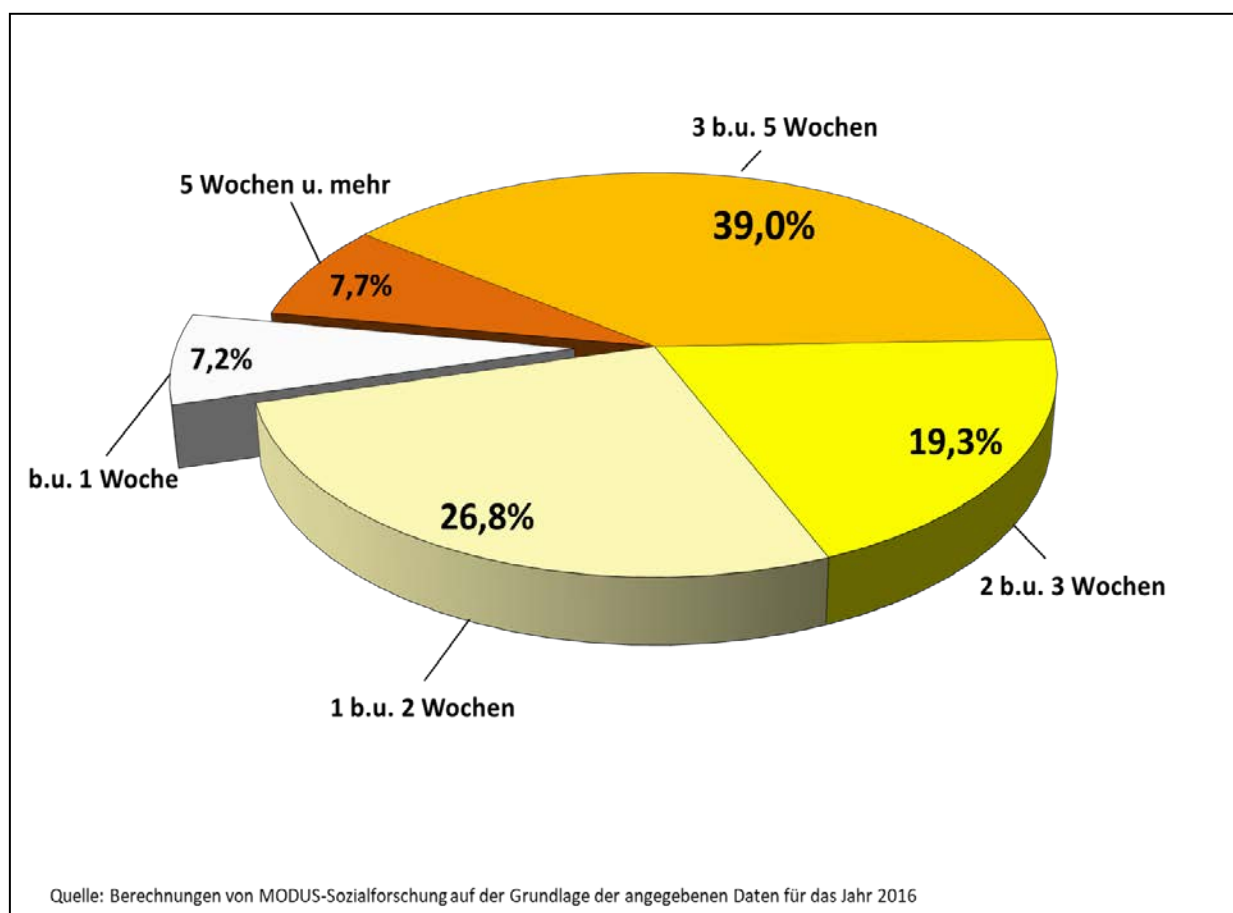


Wie die Abbildung zeigt, ergibt sich für die ganzjährig zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze ein durchschnittlicher Auslastungsgrad von fast 98%. Die „zeitweise eingestreuten Plätze“ waren im Jahr 2016 dagegen mit rund 48% wesentlich seltener belegt. Werden diese in die Berechnung einbezogen, reduziert sich der durchschnittliche Auslastungsgrad der im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze für das Jahr 2016 auf rund 54%.

### 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 2016**



Wie die Abbildung zeigt, konzentriert sich die Nutzungsdauer schwerpunktmäßig auf einen Zeitraum von einer Woche bis fünf Wochen. Diese Nutzungsdauer trifft auf rund 85% der Personen zu, die die Kurzzeitpflegeplätze im Laufe des Jahres 2016 genutzt haben.

Für die durchschnittliche Nutzungsdauer ergibt sich für die Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Wert von 21 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.

## 2.3 Bestandsaufnahme der vollstationären Pflege

### 2.3.1 Bestand an Heimplätzen

Zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2016 standen nach Auskunft der Träger im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 1.264 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
Seniorenzentrum Adelsdorf	Adelsdorf	68	68
SeniVita Seniorenhaus St. Martin	Baiersdorf	84	84
Caritas Alten- und Pflegeheim St. Franziskus	Bubenreuth	97	86
Seniorenzentrum Martha-Maria	Eckental-Forth	111	111
Seniorenheim Haus Heinrich	Hemhofen	107	107
PHÖNIX Seniorenzentrum Fronmüllerstraße GmbH - Haus Gründlach	Heroldsberg	101	101
Kursana Domizil Herzogenaurach - Haus Martin	Herzogenaurach	105	105
Liebfrauenhaus Herzogenaurach	Herzogenaurach	102	101
CURANUM Seniorenresidenz Tuchmachergasse	Herzogenaurach	43	20
BRK Wohnen und Leben Etzelskirchen	Höchstadt a.d. Aisch	159	159
Vitanas Seniorenzentrum St. Anna	Höchstadt a.d. Aisch	161	161
Parkwohnanlage für Senioren	Uttenreuth	126	126
<b>Gesamtzahl der Plätze</b>		<b>1.264</b>	<b>1.229</b>

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

Quelle: Eigene Erhebung zum Stichtag: 31.12.2016

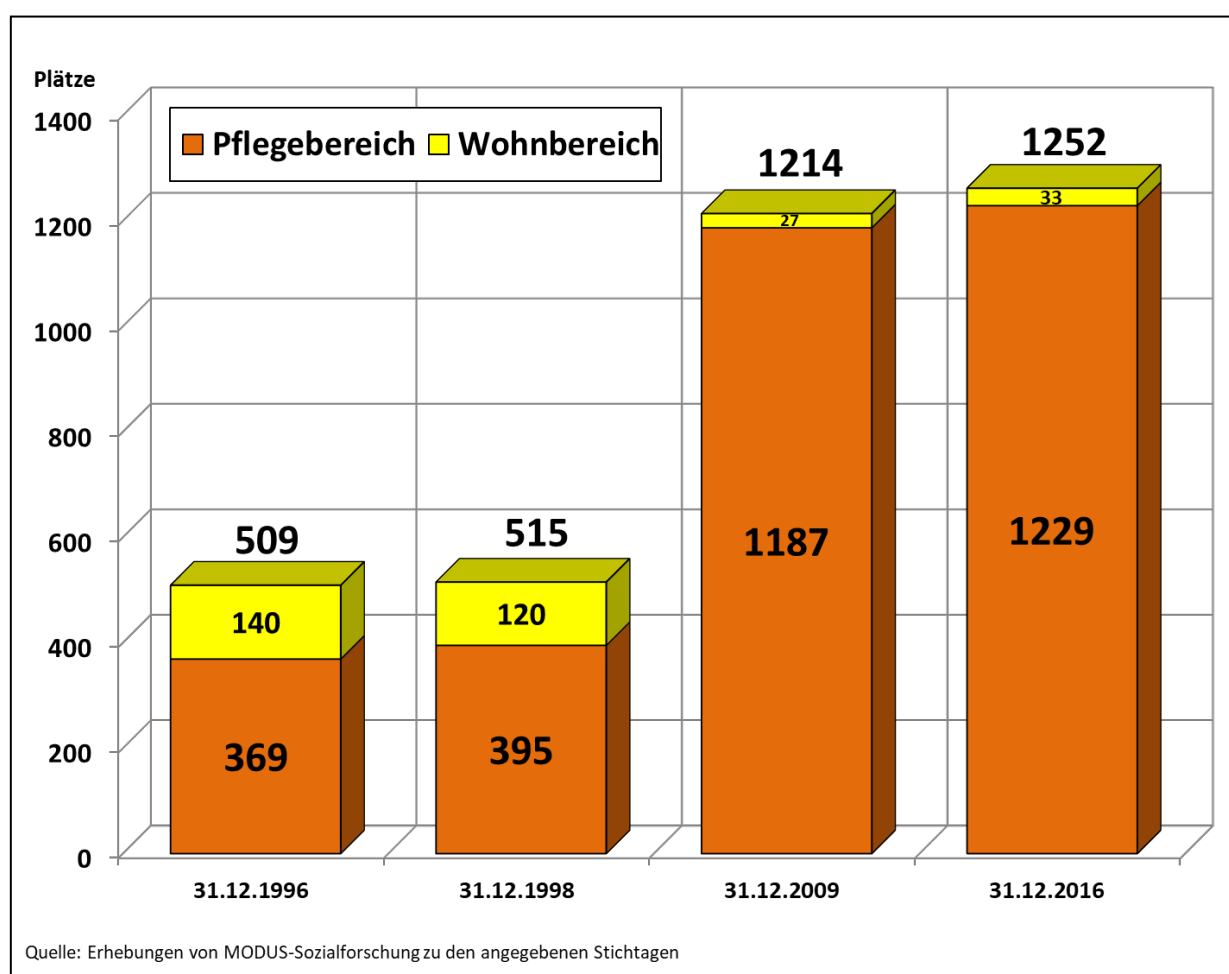
Bei einer Differenzierung nach Heimbereichen zeigt sich, dass fast alle bestehenden Einrichtungen ausschließlich über Pflegeplätze verfügen. Insgesamt ergibt sich für den Pflegebereich eine Zahl von 1.229 Plätzen. Den Pflegeplätzen wurden dabei auch die 66 zur Verfügung stehenden „beschützenden Plätze“ zugeordnet, da diese ausnahmslos mit pflegebedürftigen Heimbewohnern belegt sind.

Einschließlich der „beschützenden Plätze“ machen die Pflegeplätze einen Anteil von 97,2% aller im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden Plätze aus.

Damit ist der Pflegeplatzanteil in den letzten 18 Jahren um mehr als 20%-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. 2.29: Entwicklung der Platzzahlen nach Heimbereichen**



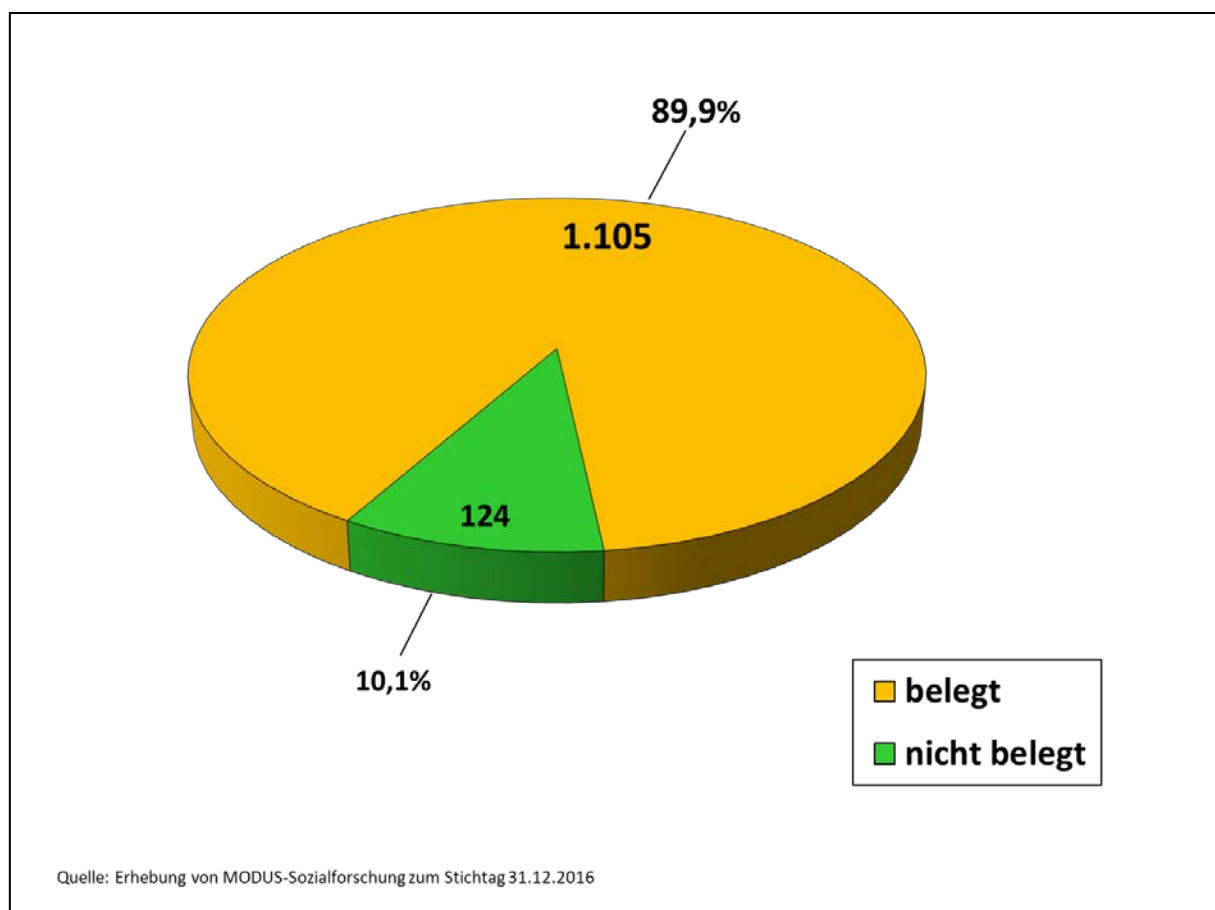
Wie die Gegenüberstellung zeigt, hat die Gesamtzahl der Plätze in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt von Ende 1996 bis Ende 1998 nur um 6 Plätze zugenommen. Von 1998 bis 2009 ist die Gesamtzahl der stationären Heimplätze allerdings um 699 Plätze angestiegen und hat sich damit mehr als verdoppelt. In den letzten sieben Jahren ist der Platzbestand nur geringfügig angestiegen, und zwar insgesamt lediglich um 38 Plätze.

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, während die Platzzahl im Wohnbereich im gleichen Zeitraum von 140 auf nur noch 27 Plätze zurückging. In den letzten sieben Jahren ist der Platzbestand in beiden Bereichen nur geringfügig angestiegen, und zwar um 42 Plätze im Pflegebereich und sechs Plätze im Wohnbereich.

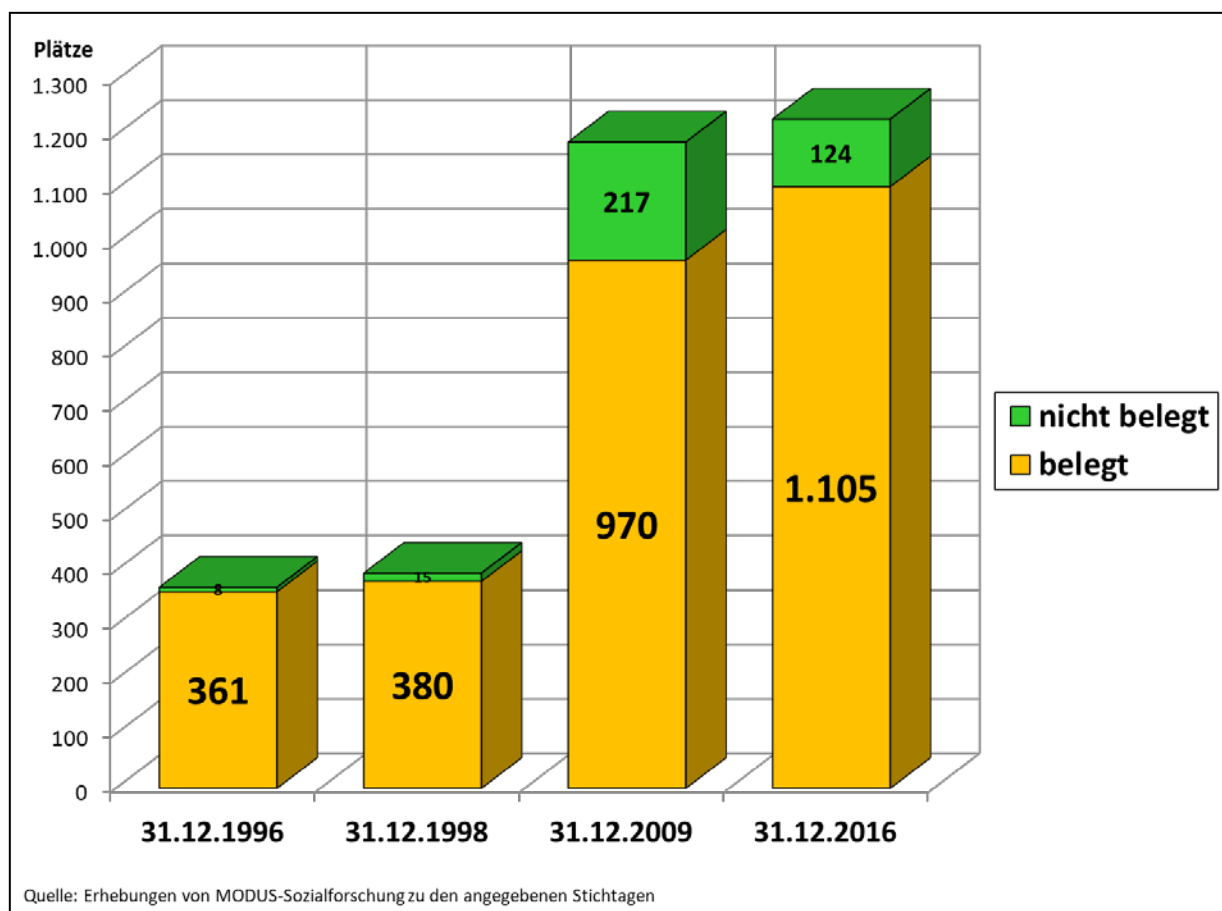
### 2.3.2 Belegung der Pflegeplätze

Zum Stichtag 31.12.2016 lag die Belegungsquote in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Pflegebereich bei knapp 90%.

**Abb. 2.30: Belegung der Pflegeplätze**



Wie sich die freien Plätze in den stationären Einrichtungen im Vergleich zu den Erhebungsjahren 1996, 1998 und 2009 im Landkreis Erlangen-Höchstadt entwickelt haben, zeigt folgende Abbildung.

**Abb. 2.31: Entwicklung der belegten Pflegeplätze seit 1996**

Wie die Abbildung zeigt, hat sich die Gesamtzahl der belegten Plätze gegenüber den neunziger Jahren erheblich erhöht. Während in den neunziger Jahren im Landkreis Erlangen-Höchstadt weniger als 400 Heimplätze belegt waren, waren es 2009 schon 970 und aktuell bereits 1.105 belegte Pflegeplätze. Da überrascht es nicht, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund des starken Platzanstiegs zwischen 1998 und 2009 derzeit noch immer 124 Pflegeplätze nicht belegt sind.

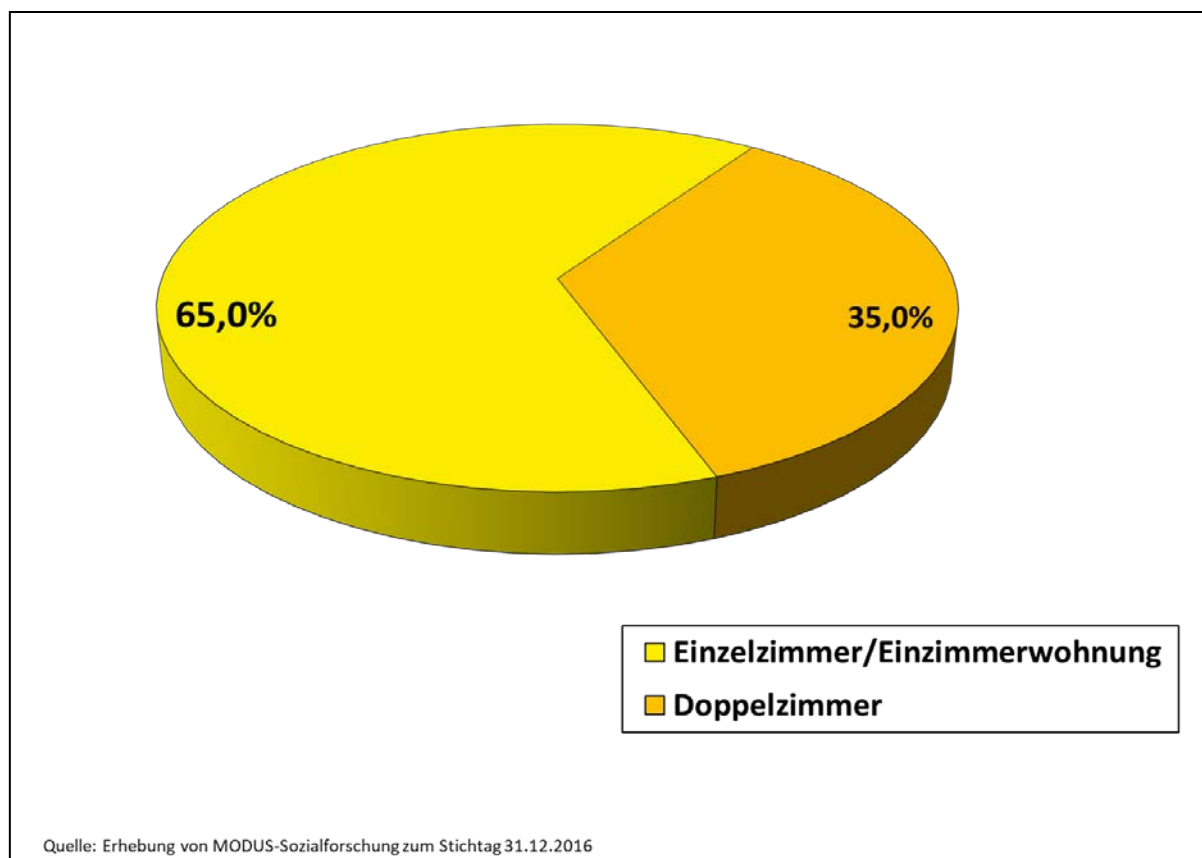
Die geschilderte Entwicklung kann zwar bereits als erster Hinweis für eine sehr gute Versorgung des Landkreises Erlangen-Höchstadt im stationären Bereich gewertet werden. In welcher Größenordnung sich die gute Versorgung allerdings genau bewegt, kann jedoch nicht allein aus den Belegungsquoten abgeleitet 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 Ausstattung der stationären Einrichtungen

### 2.3.3.1 Wohnraumstruktur

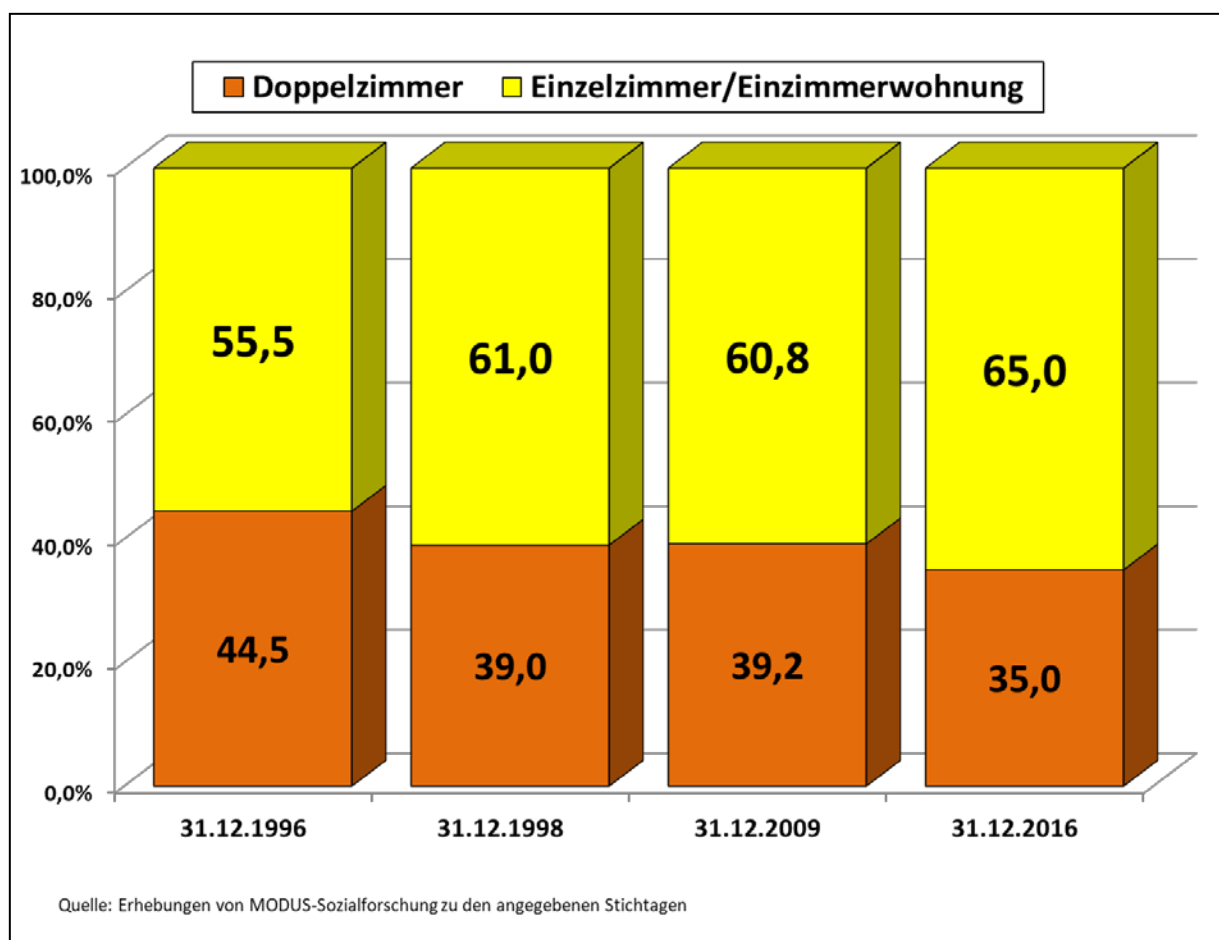
Die Wohnraumstruktur ist i.d.R. sehr stark vom Heimbereich abhängig. Während im Wohnbereich hauptsächlich Einzelzimmer oder häufiger sogar mehrere Zimmer zur Verfügung stehen sind im Pflegebereich neben Einzelzimmern auch noch relativ oft Doppelzimmer üblich. Da es in den stationären Einrichtungen im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

**Abb. 2.32: Wohnraumstruktur der stationären Einrichtungen**



Bezüglich der Wohnraumstruktur in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt sich für die Einzelzimmer ein Anteilswert von 65% und für Doppelzimmer ein Anteil von 35%.

Die folgende Gegenüberstellung der aktuellen Bestandsdaten mit den entsprechenden Vergleichsdaten aus den Jahren von 1996 bis 2009 informiert darüber, inwieweit sich die Wohnraumstruktur in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den letzten Jahren verändert hat.

**Abb. 2.33: 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 erheblich verändert. Während die Einzelzimmer im Jahr 1996 lediglich einen Anteil von 55,5% ausmachten, ist ihr Anteil aktuell schon auf 65% und damit fast um 10%-Punkte angestiegen. Der Vergleich mit den älteren Bestandsdaten zeigt somit, dass der Trend im Pflegebereich eindeutig in Richtung Einzelzimmer geht.



### 2.3.3.2 Personalstruktur

In den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt waren zum Stichtag 31.12.2016 insgesamt 753 MitarbeiterInnen beschäftigt. Die folgende tabellarische Darstellung informiert über die Ausbildungsstruktur der Beschäftigten. Da das Beschäftigungsverhältnis (vollzeit-, teilzeit-, stundenweise beschäftigt) erhoben wurde, konnte auch eine Umrechnung des Personals in Vollzeitäquivalente erfolgen und in folgender Tabelle zusätzlich ausgewiesen werden.

**Tab. 2.4: Ausbildungsstruktur der Beschäftigten in stationären Einrichtungen**

Ausbildungsabschluss	Mitarbeiter		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
AltenpflegerInnen	210	27,9	188,8	31,5
Krankenschwestern/-pfleger	48	6,4	39,5	6,6
Alten-/KrankenpflegehelferInnen	150	20,0	115,9	19,3
un-/angelernte HelferInnen im pflegerischen Bereich	132	17,6	91,0	15,2
medizinisches und therapeutisches Personal	20	2,7	15,6	2,6
pädagogisches Personal	15	2,0	9,4	1,6
außerhalb der Pflege und Therapie tätiges Personal	176	23,4	139,1	23,2
<b>Beschäftigte insgesamt</b>	<b>751</b>	<b>100,0</b>	<b>599,2</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Erhebung von MODUS-Sozialforschung (Stichtag: 31.12.2016)

Aufgrund der Umrechnung der 751 Mitarbeiter in Vollzeitäquivalente ergibt sich ein Wert von 599,2. Im Pflegebereich sind in der Tabelle mit einem Anteilswert von 27,9% bzw. 31,5% die AltenpflegerInnen als größte Berufsgruppe ausgewiesen. Addiert man hierzu noch die anderen 198 beschäftigten Pflegekräfte, die ebenfalls über eine pflegerische Fachausbildung verfügen (Krankenschwestern bzw. -pfleger sowie Alten- und KrankenpflegehelferInnen), ergibt sich für die Berufsgruppe der 408 gelernten Pflegekräfte ein Anteil von 54,3% bzw. nach der Umrechnung in Vollzeitäquivalente ein Anteil von 57,4% bei insgesamt 344,2 Vollzeitstellen.

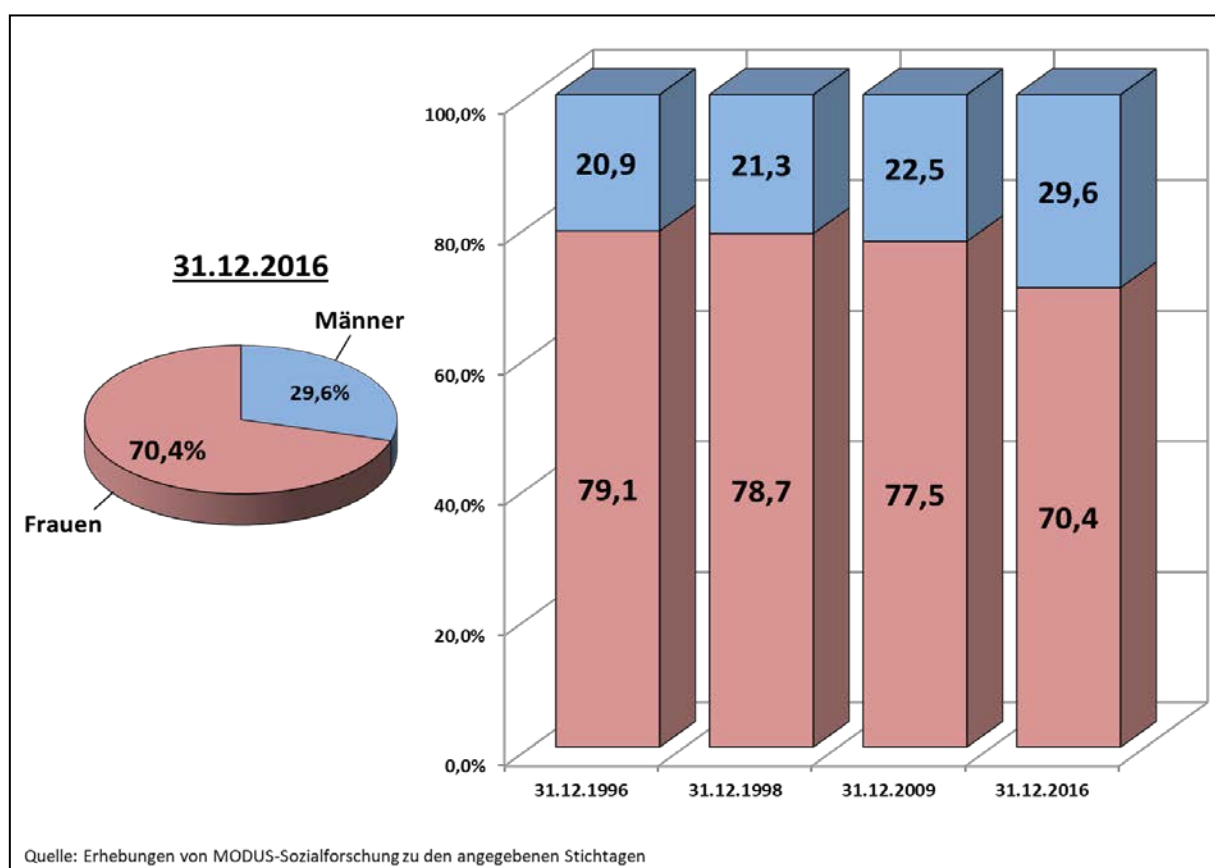
Betrachtet man ausschließlich die MitarbeiterInnen des pflegerischen Bereichs, die fast 72% der Personalkapazität ausmachen, ist diesbezüglich in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Fachkräfteanteil von 52,5% festzustellen. Berücksichtigt man zusätzlich die Alten- und KrankenpflegehelferInnen, die ebenfalls über eine pflegerische Fachausbildung verfügen, ergibt sich ein Verhältnis von 79 gelernten Pflegekräften zu 21 ungelerten Kräften. Damit ist der Anteil der gelernten Pflegekräfte seit dem Jahr 1998 relativ stark angestiegen, denn damals ergab sich noch ein Verhältnis von 63 gelernten Pflegekräften zu 37 ungelerten Kräften. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt eine vergleichsweise qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung der Heimbewohner besteht.

## 2.3.4 Bewohnerstruktur

### 2.3.4.1 Geschlechterverteilung der Heimbewohner

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 erhöht hat.

**Abb. 2.34: Geschlechterverteilung nach Heimbereichen**

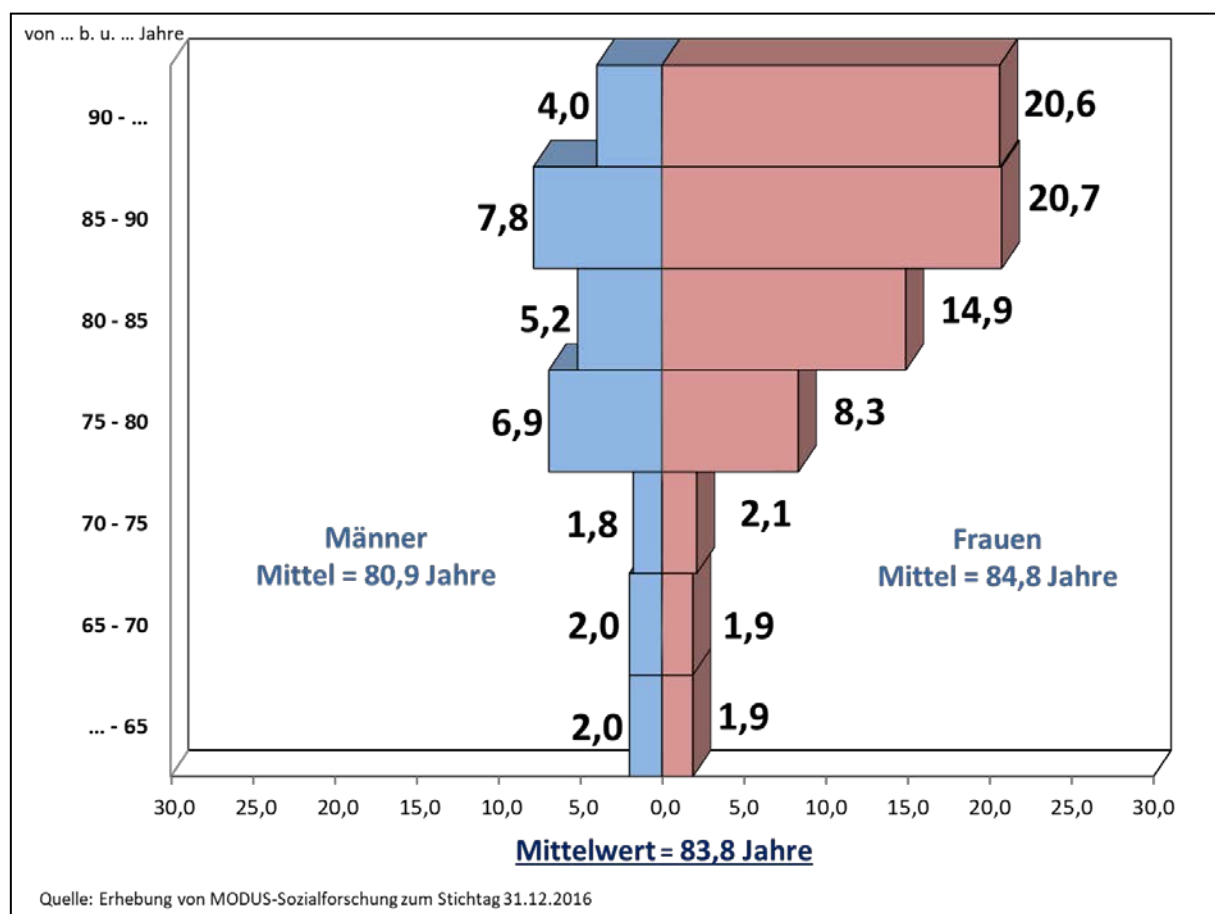


Der in der Abbildung dargestellte Vergleich mit den entsprechenden Bestandsdaten aus den Jahren 1996 bis 2009 zeigt, dass der Männeranteil in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt kontinuierlich zugenommen hat. Besonders innerhalb der letzten sieben Jahre ist der Männeranteil von 22,5% im Jahr 2009 auf einen Höchstwert von 29,5%, und damit um fast 7%-Punkte angestiegen.

### 2.3.4.2 Altersstruktur der Heimbewohner

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

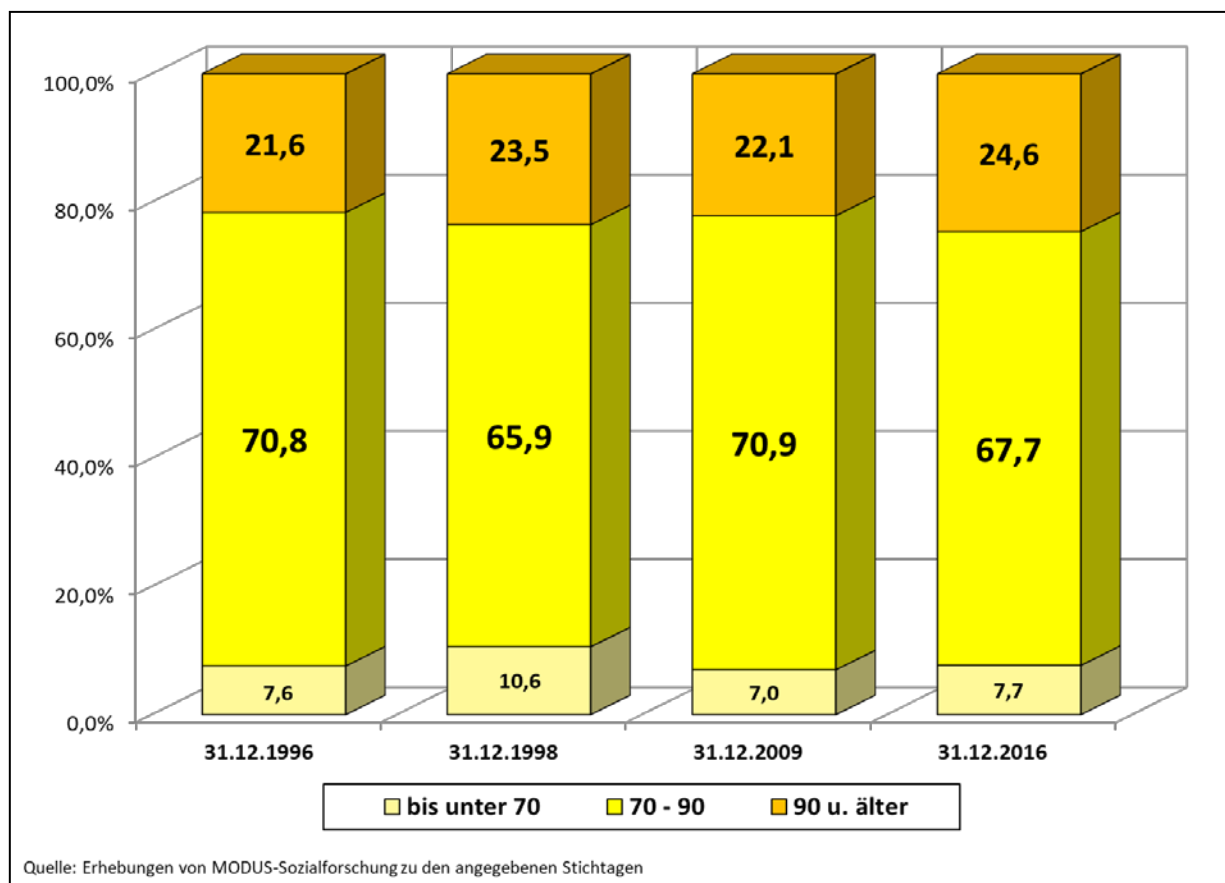
**Abb. 2.35: Altersstruktur der Bewohner nach Heimbereichen**



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 von mehr als 56% deutlich höher ist als bei den Männern mit nur 17%.

Der hohe Anteil an hochbetagten Frauen ist auch der Hauptgrund dafür, dass das Durchschnittsalter in den letzten 20 Jahren von 81,8 auf 83,8 Jahre um ganze zwei Jahre angestiegen ist, wie folgender Vergleich mit den älteren Erhebungsdaten zeigt.

**Abb. 2.36: Entwicklung der Altersstruktur der Heimbewohner seit 1996**



Wie die Abbildung zeigt, unterlag der Anteil der hochbetagten Menschen ab 90 Jahren unter den Heimbewohnern im Landkreis Erlangen-Höchstadt zwar einer Wellenbewegung, die Tendenz ist jedoch klar steigend. So ist ihr Anteil von 1996 bis 1998 zunächst fast 2%-Punkte angestiegen, anschließend bis zum Jahr 2009 aber wieder um 1,4% gefallen. In den letzten sieben Jahren ist der Anteil der hochbetagten Menschen ab 90 Jahren unter den Betreuten im Landkreis Erlangen-Höchstadt aber wieder um 2,5%-Punkte auf fast 25% angestiegen und erreicht damit seinen bisherigen Höchstwert.

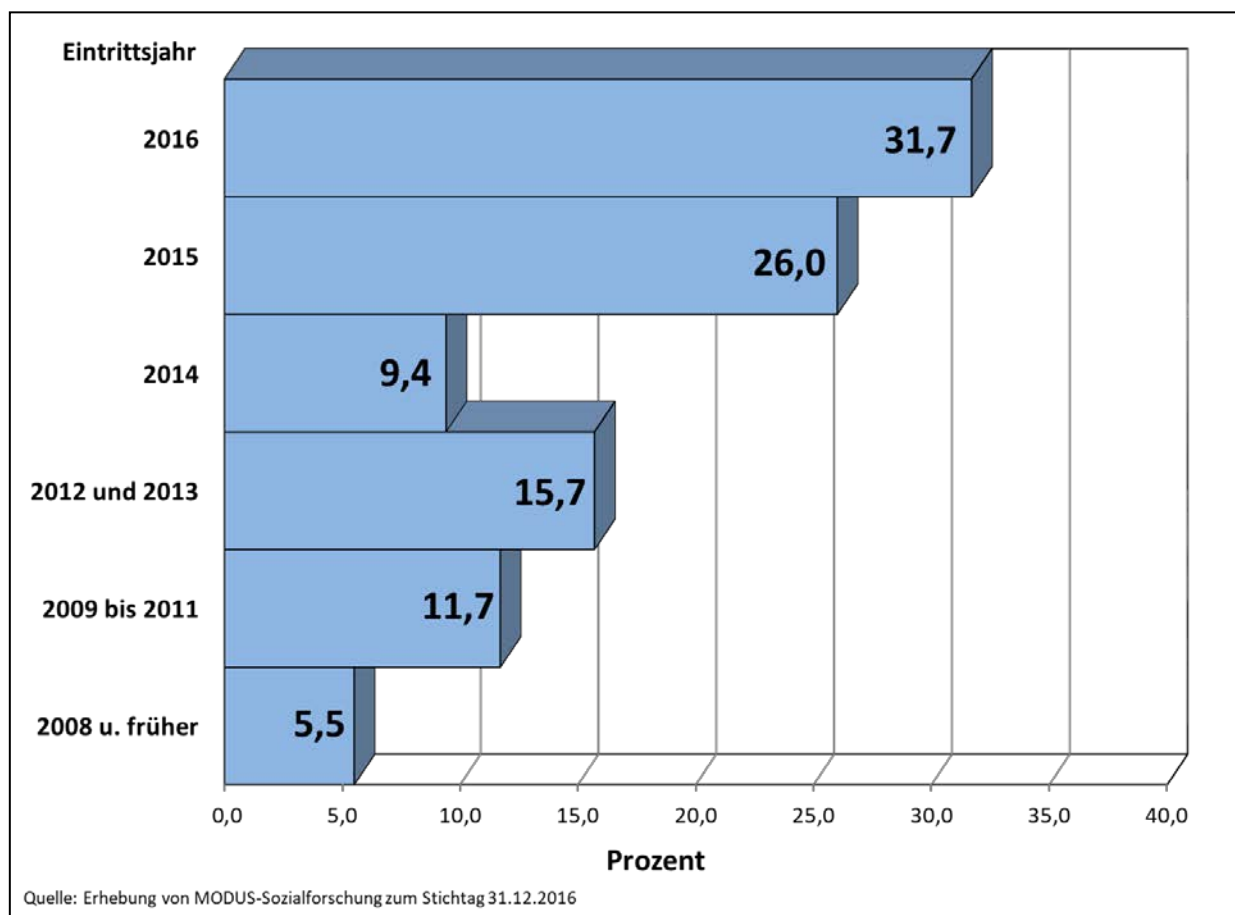
Umgekehrt verlief die Wellenbewegung in der Altersgruppe zwischen 70 und 90 Jahren. Hier ist den letzten vier Jahren nun wieder ein Rückgang um mehr als 3%-Punkte zu beobachten.

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 zwischen 7% und 8% in den letzten 20 Jahren zu verzeichnen ist.

### 2.3.4.3 Eintrittsjahr und Verweildauer der Heimbewohner

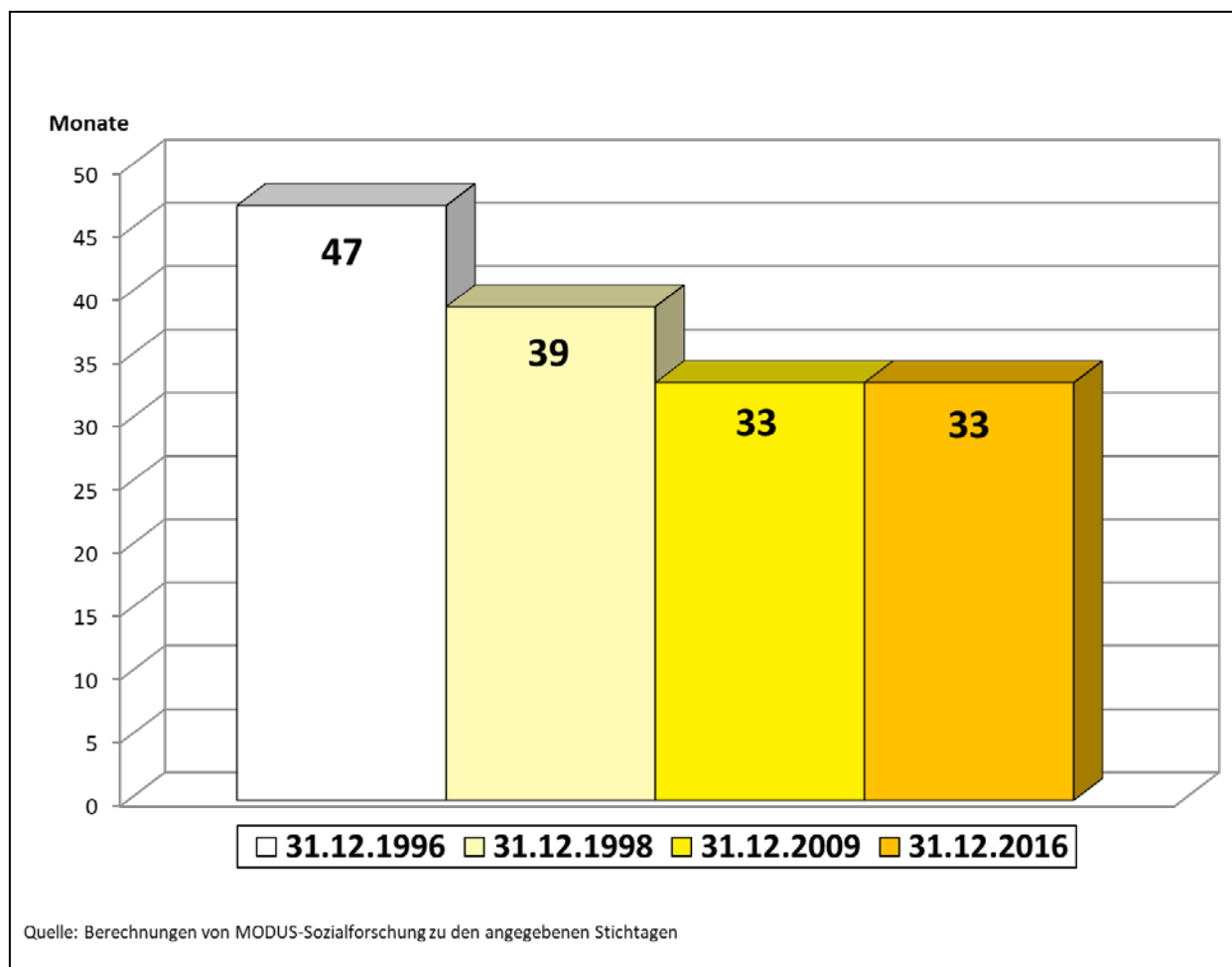
Neben den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht und Alter der Heimbewohner wurde auch das Eintrittsjahr erhoben, um daraus die durchschnittliche Verweildauer zu ermitteln. In folgender Abbildung wird zunächst das Eintrittsjahr der Bewohner dargestellt.

**Abb. 2.37: Eintrittsjahr der Bewohner nach Heimbereichen**



Wie die Abbildung zeigt, sind weit mehr als die Hälfte der Pflegeheimbewohner erst im Laufe der letzten zwei Jahre eingezogen, während nur rund 17% schon länger als fünf Jahre in der Einrichtung leben. Dementsprechend ergibt sich eine relativ niedrige durchschnittliche Verweildauer von 33 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-Höchstadt in den letzten 20 Jahren um einiges abgenommen hat.

**Abb. 2.38: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer nach Heimbereichen**

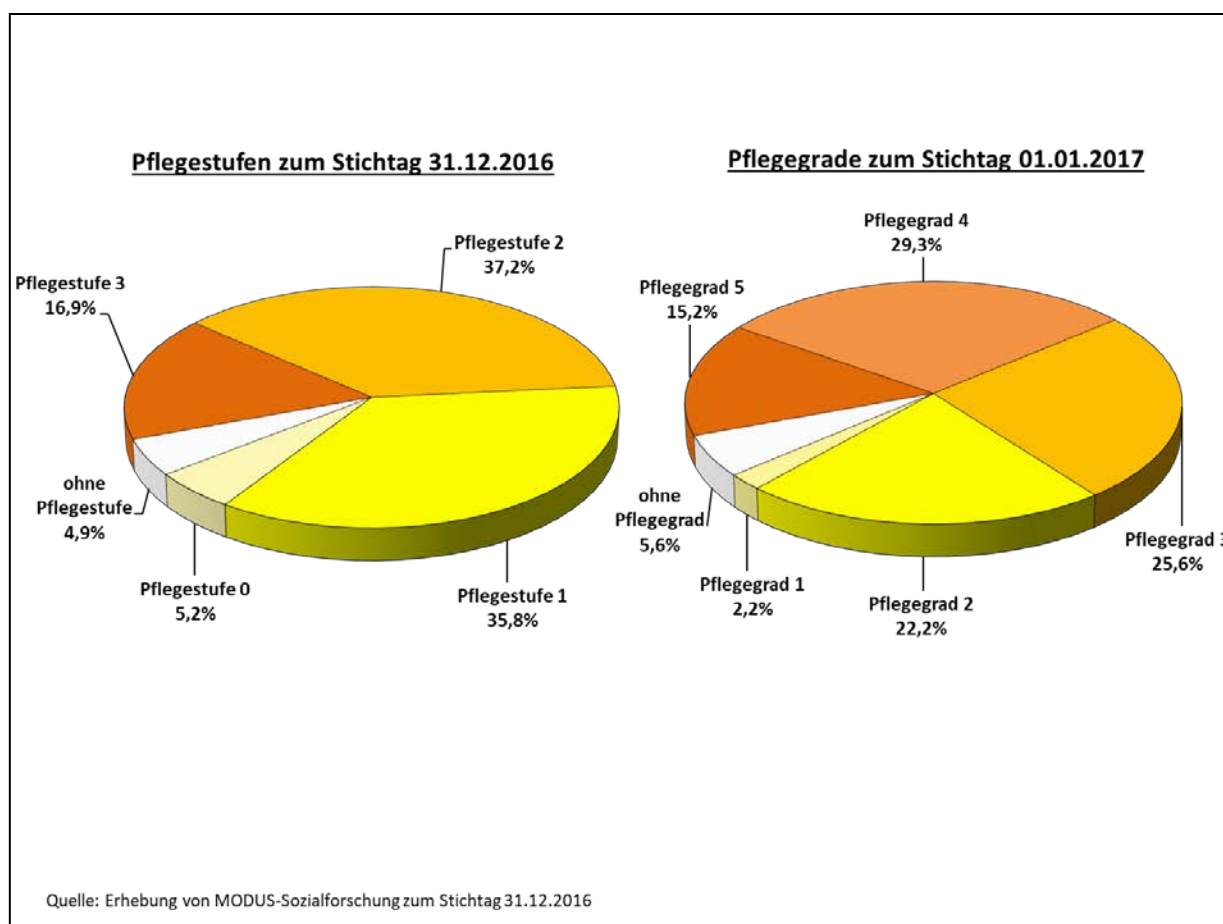
Insgesamt hat die durchschnittliche Verweildauer der Heimbewohner von 47 Monaten im Jahr 1996 zunächst bis zum Jahr 1998 auf 42 Monate und danach bis zum Jahr 2009 auf einen Wert von 33 Monaten abgenommen, wo er auch heute noch liegt. Damit ist die durchschnittliche Verweildauer im Betrachtungszeitraum um 14 Monate, also um mehr als ein Jahr zurückgegangen.

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 und mittlerweile eine Stabilisierung bei einer relativ kurzen durchschnittlichen Verweildauer von zweieindreiviertel Jahren eingetreten ist.

### 2.3.4.4 Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner

Die zweite Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes 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. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Einteilung in die verschiedenen Pflegestufen ein gutes Bild über den Gesundheitszustand der Heimbewohner wiedergibt. Mit folgender Abbildung soll deshalb ein Überblick über die Anteile der Bewohner bezüglich der einzelnen Pflegestufen gegeben werden.

**Abb. 2.39: Bewohner der stationären Einrichtungen nach Pflegestufen und Pflegegrade**



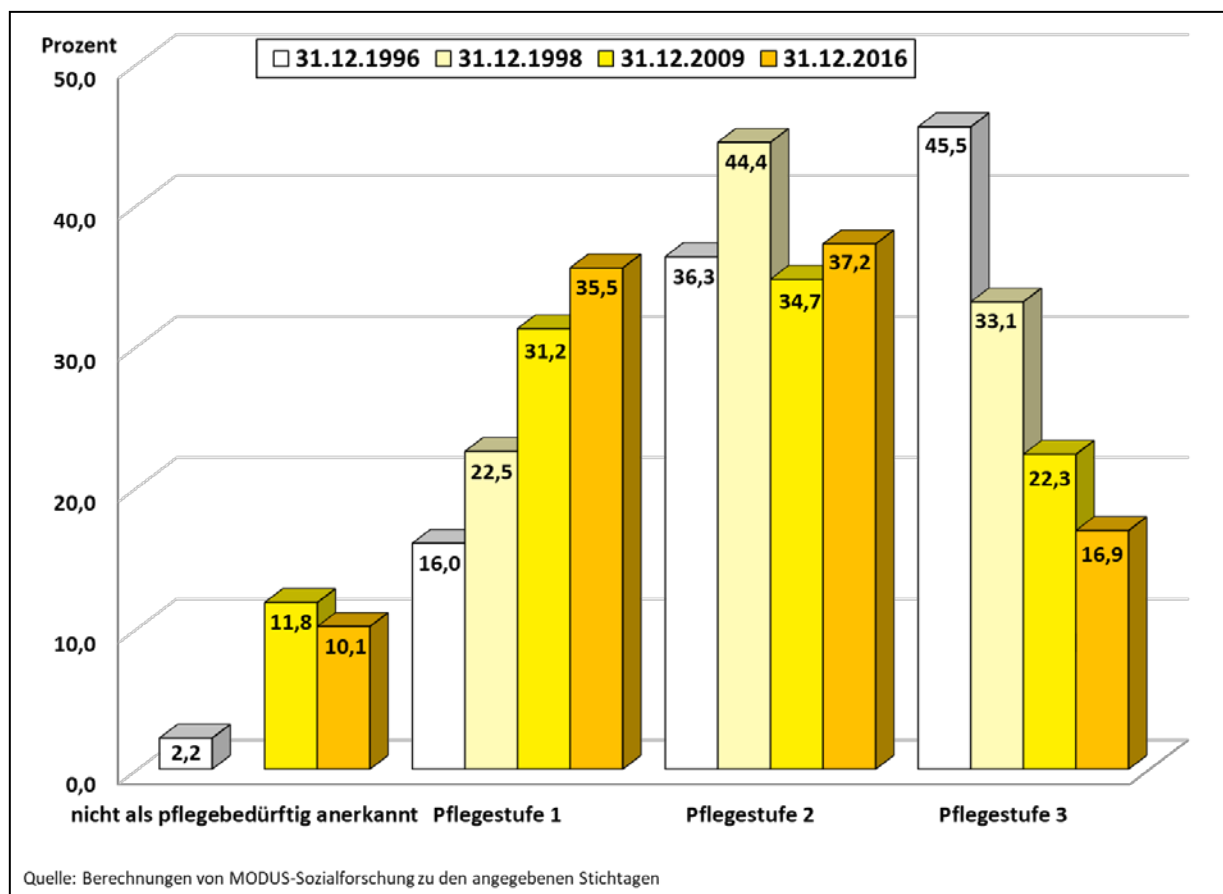
Wie der linke Teil der Abbildung zeigt, waren am 31.12.2016 nach den Angaben der Träger in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt nur rund 95% pflegebedürftige Heimbewohner untergebracht. Dies stellt heutzutage keine Ausnahme mehr dar, weil die Heimbereiche zum einen immer mehr verschmelzen und zum anderen in den letzten Jahren viele Träger die Wohnplätze in ihren Einrichtungen abgebaut bzw. vollständig in Pflegeplätze umgewidmet haben.

Die geschilderte Entwicklung führte dazu, dass im Pflegebereich auch Personen untergebracht sind, die nach dem Gesetz nicht als pflegebedürftig anerkannt sind. Addiert man zu den nicht pflegebedürftigen Personen diejenigen mit Pflegestufe 0, ergab sich am 31.12.2016 unter den Pflegeheimbewohnern im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Anteil von 10,1%, die nicht als pflegebedürftig anerkannt sind. Damit waren absolut gesehen am 31.12.2016 in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt 111 nicht als pflegebedürftig anerkannte Personen untergebracht. Wären die Pflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt also alle nur mit Heimbewohnern belegt, die als pflegebedürftig anerkannt sind, hätte sich einschließlich der 124 freien Pflegeplätze (vgl. Kap. 2.3.2) zum Stichtag der Bestandserhebung – rein rechnerisch – eine Zahl von 235 freien Pflegeplätzen ergeben.

Der rechte Teil der Abbildung zeigt die Erhebungsergebnisse zu den seit 01.01.2017 geltenden Pflegegraden. Danach haben 15,2% der Bewohner den Pflegegrad 5, 29,3% der Bewohner den Pflegegrad 4, 25,6% der Bewohner den Pflegegrad 3, 22,2% der Bewohner den Pflegegrad 2 und 2,2% der Bewohner den Pflegegrad 1. Keinen Pflegegrad haben 5,6% der Bewohner erhalten. Dieser Anteil ist um 0,7%-Punkte höher als nach dem alten Begutachtungsverfahren mit den Pflegestufen.

Inwieweit sich die Pflegebedürftigenstruktur innerhalb der letzten Jahre in den Pflegeheimen im Landkreis Erlangen-Höchstadt verändert hat, zeigt folgende Gegenüberstellung, wobei hier aus Gründen der Vergleichbarkeit die entsprechenden Bestandsdaten zu den bisher verwendeten Pflegestufen verwendet wurden.



**Abb. 2.40: Entwicklung der Pflegeheimbewohner nach Pflegestufen seit 1996**

Die Gegenüberstellung zeigt, dass sich die Anteile der einzelnen Pflegestufen innerhalb der letzten Jahre erheblich verändert haben. Während im Jahr 1996 noch fast 46% der Pflegeheimbewohner der Pflegestufe 3 zugeordnet waren, waren es am 31.12.1998 lediglich noch 33,1%, am 31.12.2009 nur noch 22,3% und am 31.12.2016 waren unter den Pflegeheimbewohnern nur noch 16,9% mit Pflegestufe 3. Die Anteilswerte der Pflegestufe 1 haben sich dagegen kontinuierlich erhöht, und zwar von 16% im Jahr 1996 über 22,5% im Jahr 1998 und 31,2% im Jahr 2009 auf mittlerweile 35,5%.

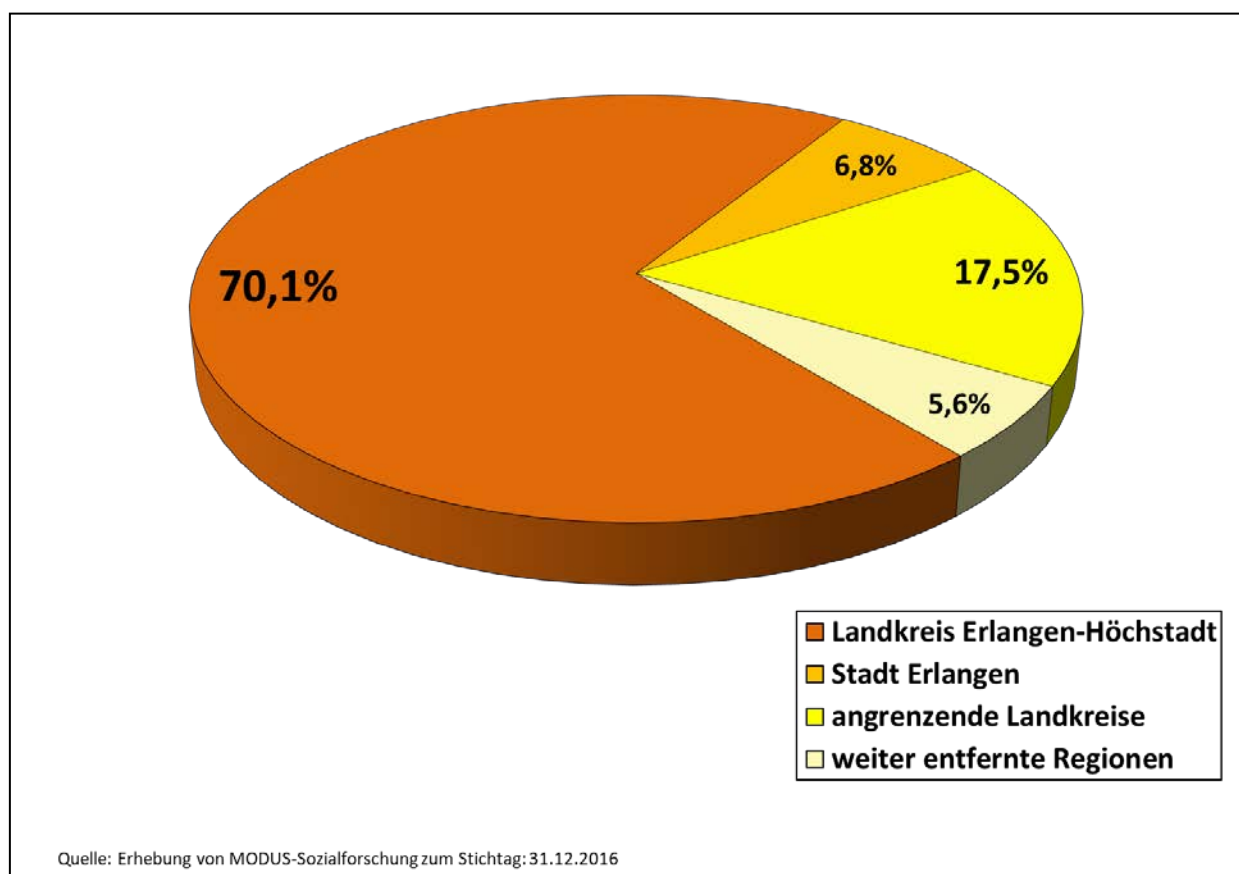
Es lässt sich damit im stationären Bereich eine ähnliche Entwicklung wie im ambulanten Bereich konstatieren, dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit Stufe 1 in den letzten Jahren deutlich zu- und die Schwerstpflegebedürftigen der Stufe 3 deutlich abgenommen hat (vgl. Kap. 2.1.4.5). Es ist deshalb mit einiger Sicherheit davon auszugehen, dass die Kriterien für die Anerkennung der Pflegestufe 1 in den letzten Jahren gelockert wurden, während die Kriterien für die Anerkennung der „Schwerstpflegebedürftigkeit“ in den letzten Jahren deutlich verschärft wurden.

Welche Veränderungen sich durch die neu geschaffenen Pflegegrade ergeben werden, kann erst in paar Jahren bei entsprechenden Vergleichsuntersuchungen festgestellt werden.

### 2.3.4.5 Regionale Herkunft der Heimbewohner

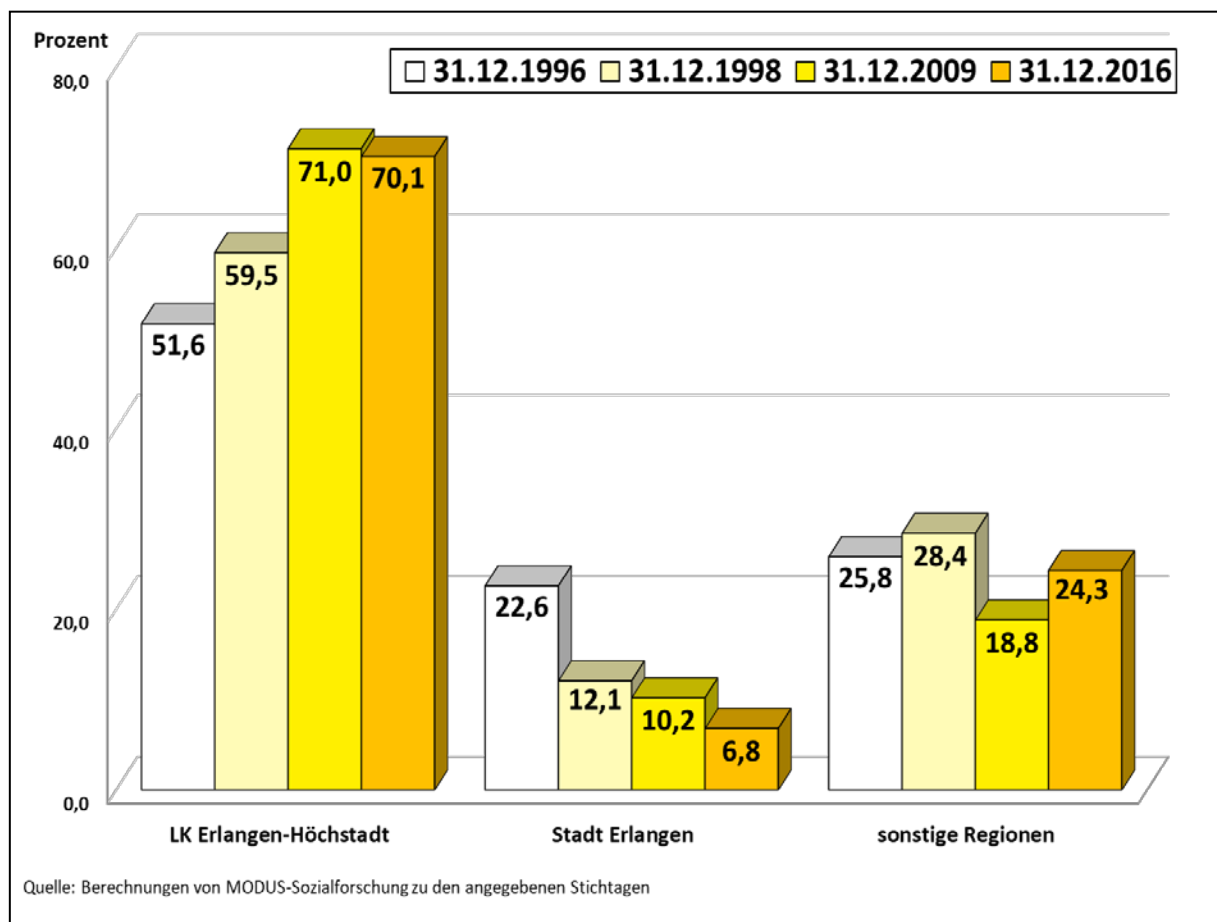
Ebenfalls ein wichtiger Indikator zur Einschätzung der Versorgungsstruktur ist die sogenannte „Fremdbelegungsquote“. Es wurde deshalb im Rahmen der Bestandsaufnahme zusätzlich erhoben, aus welchen Regionen die Bewohner der stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt stammen. Die folgende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

**Abb. 2.41: Regionale Herkunft der Heimbewohner**



Der Anteil der „auswärtigen Bewohner“ liegt in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt bei fast 30%. Davon stammt mit einem Anteilswert von rund 24% der größte Teil aus der Stadt Erlangen und den angrenzenden Landkreisen. Aus weiter entfernten Regionen stammen weniger als 6%.

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

**Abb. 2.42: Entwicklung der Pflegeheimbewohner nach Herkunft seit 1996**

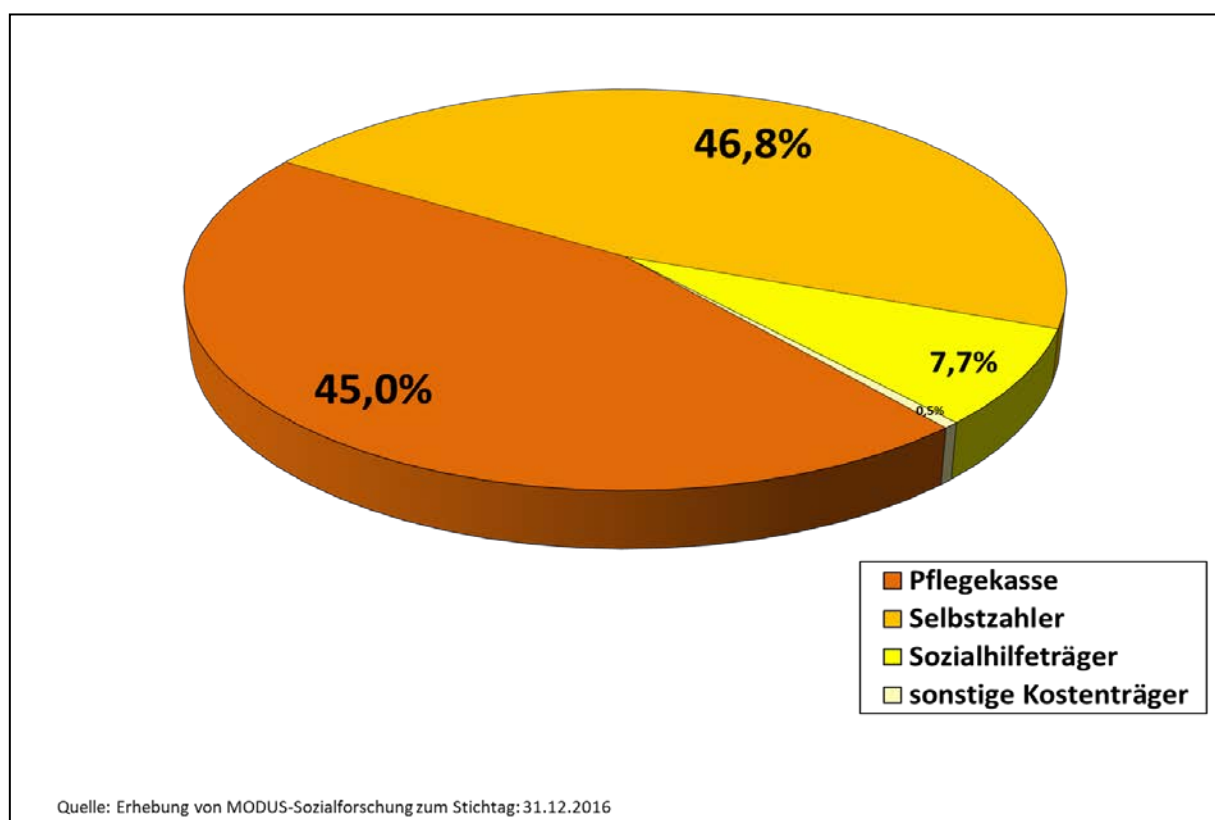
Wie die Abbildung zeigt, hat sich in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bezüglich der Pflegetransferleistungen im Bereich der stationären Pflege eine kontinuierliche Entwicklung vollzogen. Es wird deutlich, dass in den Jahren von 1996 bis 2009 immer mehr „Einheimische“ in den 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.

In den letzten sieben Jahren hat sich nun eine Änderung dahingehend vollzogen, dass sich die Fremdbelegungsquote nach dem kontinuierlichen Rückgang in den Jahren von 1996 bis 2009 erstmals wieder leicht erhöht hat. Diese Entwicklung liegt aber keineswegs am Zuzug von Pflegebedürftigen aus der Stadt Erlangen, deren Anteil sich weiter auf unter 7% verringert hat, sondern ausschließlich am Zuzug von Pflegebedürftigen aus den umliegenden Landkreisen, deren Anteil von knapp 19% mittlerweile auf über 24% angestiegen ist.

### 2.3.5 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. 2.43: Finanzierung der vollstationären Einrichtungen**



Wie die Abbildung zeigt, finanzieren sich die stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt zu 45% durch die Leistungsentgelte der Pflegekassen, zu fast 47% durch die Beiträge von Selbstzahlern und die Sozialhilfeträger steuern knapp 8% 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 Pflegekassen heute rund 4%-Punkte mehr als noch vor sieben Jahren zur Finanzierung beitragen und zum anderen auch der Selbstzahleranteil um fast 5%-Punkte angestiegen ist. Andererseits hat sich dafür der Anteil der Sozialhilfeträger in den letzten sieben Jahren fast halbiert.

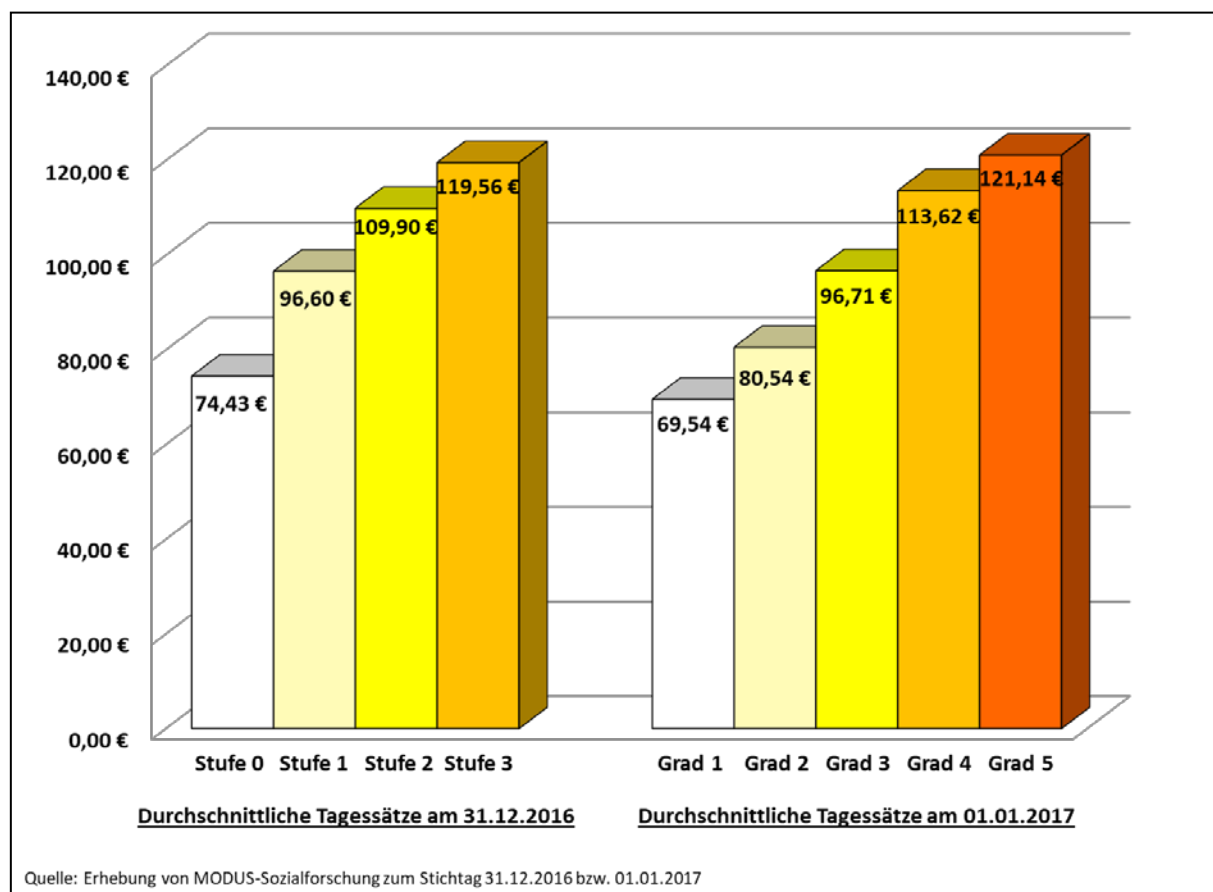
### 2.3.6 Tagessätze der vollstationären Einrichtungen

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-Höchstadt für die am 31.12.2016 noch geltenden Pflegestufen ergeben, als auch die Mittelwerte, die für die seit 01.01.2017 geltenden Pflegegrade resultieren.

**Abb. 2.44: Tagessätze der vollstationären Einrichtungen**



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 119,56 €, bei Pflegestufe 2 lag der Durchschnittswert bei 109,90 € und bei Pflegestufe 1 ergab sich im Durchschnitt ein Tagessatz von 96,60 €. Deutlich niedriger lag der Tagessatz bei Pflegestufe 0, hier ergab sich am 31.12.2016 im Durchschnitt lediglich ein Tagessatz von 74,43 €.

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 37 € pro Tag. Davon entfielen auf die „Unterkunft und Verpflegung“ rund 20 €, auf die „Investitionskosten“ knapp 16 € und auf die „Ausbildungskosten“ rund 1 € pro Tag.

Der rechte Teil der Abbildung zeigt den in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt ab dem 01.01.2017 geltenden Tagessatz aufgrund der neu eingeführten Pflegegrade. Danach ergibt sich für den Pflegestufe 5 ein durchschnittlicher Tagessatz von 121,14 €, bei Pflegestufe 4 liegt der Durchschnittswert bei 113,62 €, bei Pflegestufe 3 bei 96,71 €, bei Pflegestufe 2 bei 80,54 € und bei Pflegestufe 1 ergibt sich im Durchschnitt ein Tagessatz von 69,54 €.

Die Tagessätze in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund der neu eingeführten Pflegegrade unterscheiden also nur geringfügig von den alten Tagessätzen, wobei die Spanne mit 69,54 € bis 121,14 € etwas breiter als bei den alten Tagessätzen mit einer von Spanne mit 74,43 € bis 119,56 € ist.

### **2.3.7 Zukünftige Entwicklung des Pflegeplatzbestandes im Landkreis Erlangen-Höchstadt**

Seit Einführung der zweiten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes haben viele Träger von stationären Einrichtungen ihre Rüstigen- und Wohnplätze in Pflegeplätze umgewidmet. Schon allein dadurch hat sich der Pflegeplatzbestand in den letzten Jahren bayernweit relativ stark erhöht.

Auch im Landkreis Erlangen-Höchstadt hat dieser Umwidmungsprozess stattgefunden, so dass sich der Pflegeplatzbestand hierdurch erhöhte. Zusätzlich wurden im Landkreis Erlangen-Höchstadt seit Ende 1998 allerdings insgesamt sechs neue stationäre Einrichtungen geschaffen, wodurch die Gesamtzahl der stationären Heimplätze um 737 Plätze angestiegen ist und sich die Platzzahl damit mehr als verdoppelt hat (vgl. Kap. 2.3.1).

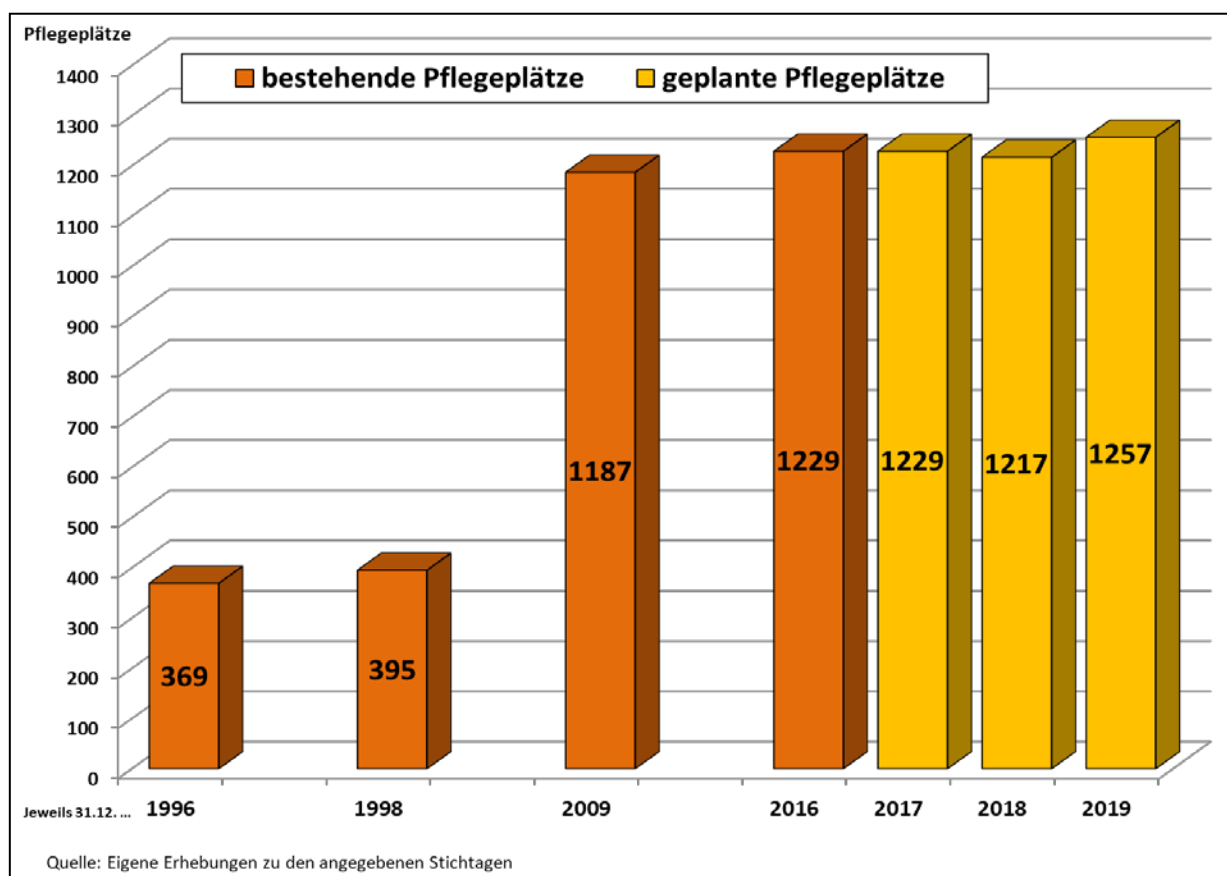
In den nächsten Jahren wird sich der Pflegeplatzbestand allerdings voraussichtlich nur noch geringfügig erhöhen. Folgende Planungen wurden im Rahmen der Bestandserhebung angegeben:

- Für das Liebfrauenhaus Herzogenaurach soll im Laufe des Jahres 2018 ein Ersatzneubau mit 89 Pflegeplätzen und einem ganzjährigen Kurzzeitpflegeplatz entstehen. Gegenüber dem heutigen Stand wird sich der Pflegeplatzbestand im Landkreis Erlangen-Höchstadt durch diesen Ersatzneubau also im Laufe des Jahres 2018 um 12 Langzeitpflegeplätze reduzieren.

- In der Parkwohnanlage für Senioren in Uttenreuth soll im Laufe des Jahres 2019 zusätzlich insgesamt 40 Pflegeplätzen geschaffen werden.
- Für das Caritas Alten- und Pflegeheim St. Franziskus in Bubenreuth soll voraussichtlich bis zum Jahr 2022 ein Ersatzneubau entstehen, wobei im Rahmen der Bestandserhebung aber noch keine konkreten Angaben zur Platzzahl gemacht wurden.

Unter der Bedingung, dass alle genannten Maßnahmen entsprechend den Angaben der Träger realisiert werden, wird sich der Pflegeplatzbestand im Landkreis Erlangen-Höchstadt folgendermaßen entwickeln.

**Abb. 2.45: Vergangene und zukünftige Entwicklung des Pflegeplatzbestandes im Landkreis Erlangen-Höchstadt**



Wie die Abbildung zeigt, wird sich der Pflegeplatzbestand im Landkreis Erlangen-Höchstadt zunächst auf 1.217 Plätze verringern, anschließend im Laufe des Jahres 2019 aber auf 1.257 Plätze erhöhen. Damit wird der Pflegeplatzbestand im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis Ende des Jahres 2019 gegenüber dem derzeitigen Bestand also lediglich um 28 Pflegeplätze bzw. 2,3% ansteigen. Inwieweit eine Steigerung in dieser Größenordnung angesichts des in den nächsten Jahren zu erwartenden Bedarfsanstiegs ausreicht, wird im Rahmen des vorliegenden Berichtes durch eine entsprechende Bedarfsprognose geklärt (vgl. Kap. 6.3).

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

#### **3.1 Grundsätzliches**

Der Landkreis Erlangen-Höchstadt gehört mit 564,52 km<sup>2</sup> 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.

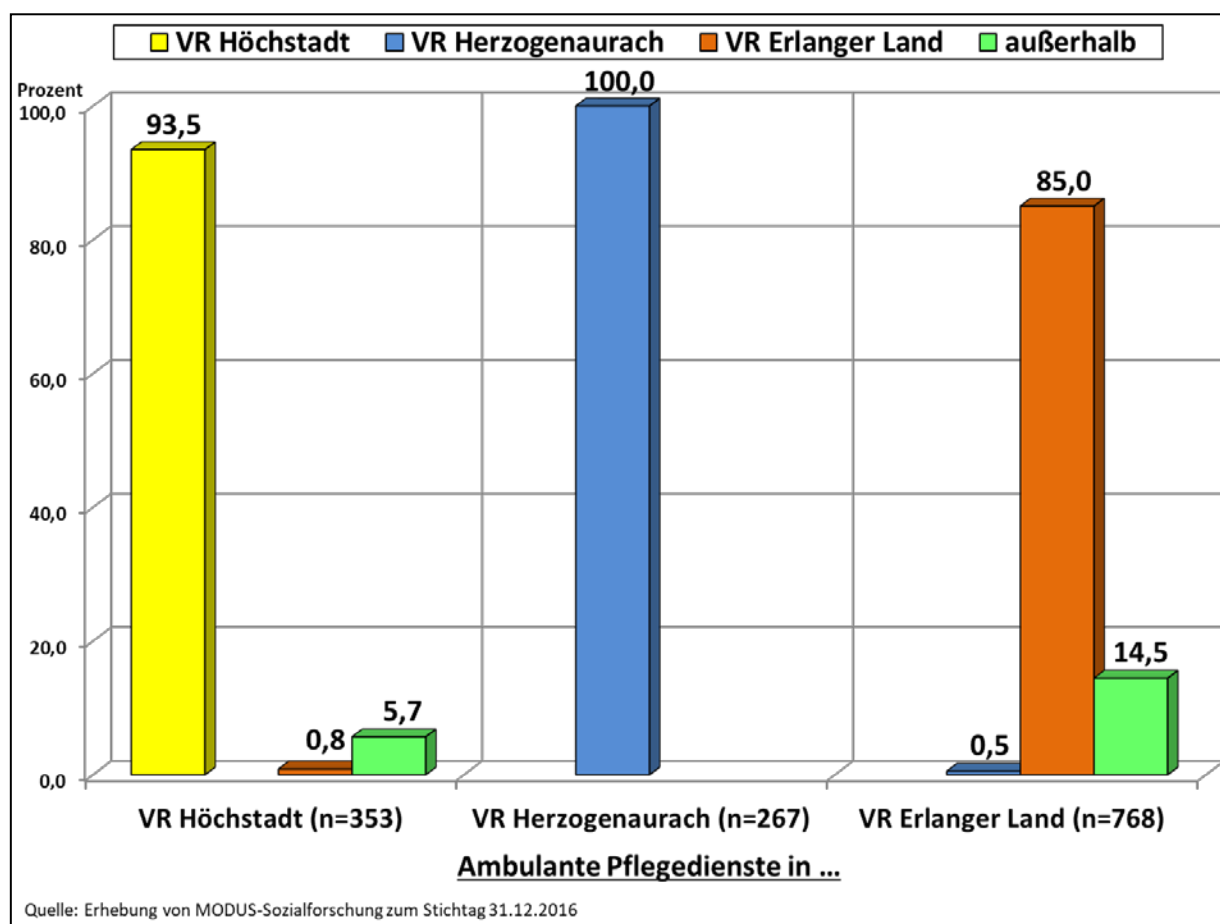


### 3.2 Bildung von Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

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 Pfl egetransfer zwischen den drei ermittelten Versorgungsregionen.

**Abb. 3.1: Ambulanter Pfl egetransfer 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 „Herzogenaurach“ ist es sogar so, dass ausschließlich Personen betreut werden, die auch in der jeweiligen Region wohnen, in denen die ambulanten Dienste ihren Standort haben.

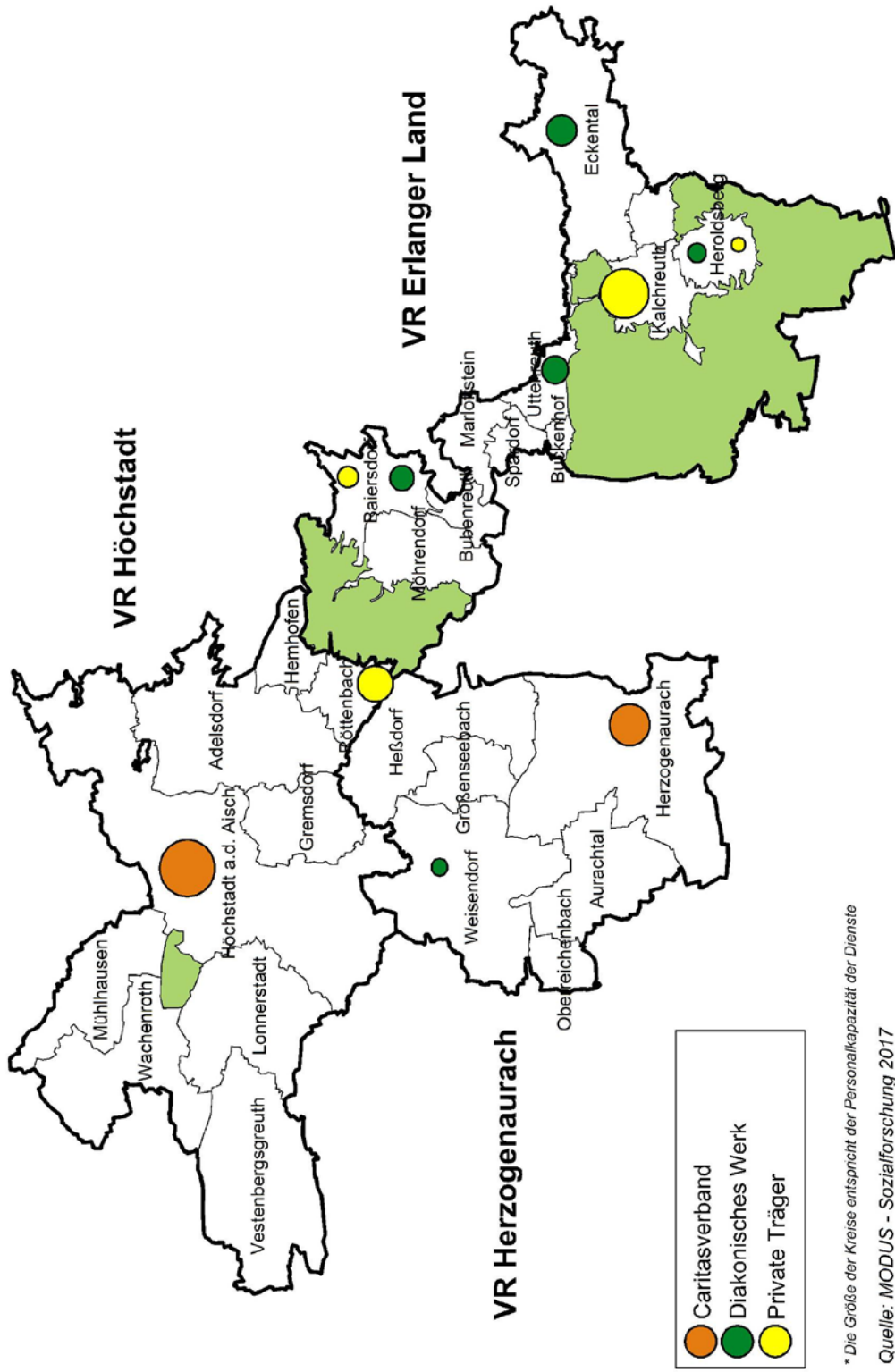
Auch in der Versorgungsregion „Höchstadt“ sind nur sehr geringe Pflegetransferleistungen zu beobachten. Hier stammen fast 94% der Betreuten aus der eigenen Versorgungsregion. Die ambulanten Transferleistungen beziehen sich hier allerdings fast ausschließlich auf Gebiete außerhalb des Landkreises Erlangen-Höchstadt, und zwar nach Angaben des betreffenden Dienstes auf die Stadt Nürnberg.

Lediglich in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ sind größere ambulante Pflegetransferleistungen zu beobachten. Hier stammen nur weniger als 82% der Betreuten aus der eigenen Versorgungsregion. Die ambulanten Transferleistungen beziehen sich auch hier fast ausschließlich auf Gebiete außerhalb des Landkreises Erlangen-Höchstadt, und zwar in erster Linie auf den Landkreis Forchheim und auf die Stadt Erlangen.

Insgesamt kann somit festgestellt werden, dass zwei der drei Versorgungsregionen absolut „trennscharf“ und nur in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ geringfügige ambulante Pflegetransferleistungen stattfinden. Dementsprechend ergibt sich bei einer bivariaten Korrelationsmessung anhand des Zusammenhangsmaßes Cramers V mit 0,99 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 \*



\* Die Größe der Kreise entspricht der Personalkapazität der Dienste  
 Quelle: MODUS - Sozialforschung 2017

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

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 <sup>2</sup>	224,3	39,7	139,6	24,7	200,6	35,5
Einwohner ab 65 Jahren	7.524	27,8	7.352	27,2	12.173	45,0

Quelle: Berechnungen von MODUS-Sozialforschung auf der Grundlage der Gemeindedaten 2016

Von der Bevölkerung her gesehen handelt es sich bei der Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit 45% der Bevölkerung ab 65 Jahren um die größte Versorgungsregion. Die kleineren Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Herzogenaurach“ liegen mit 27% bzw. 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 km<sup>2</sup> um die größte Versorgungsregion. Die Versorgungsregion „Erlanger Land“ kommt auf rund fast 201 km<sup>2</sup> und die Region „Herzogenaurach“ stellt mit knapp 140 km<sup>2</sup> 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.

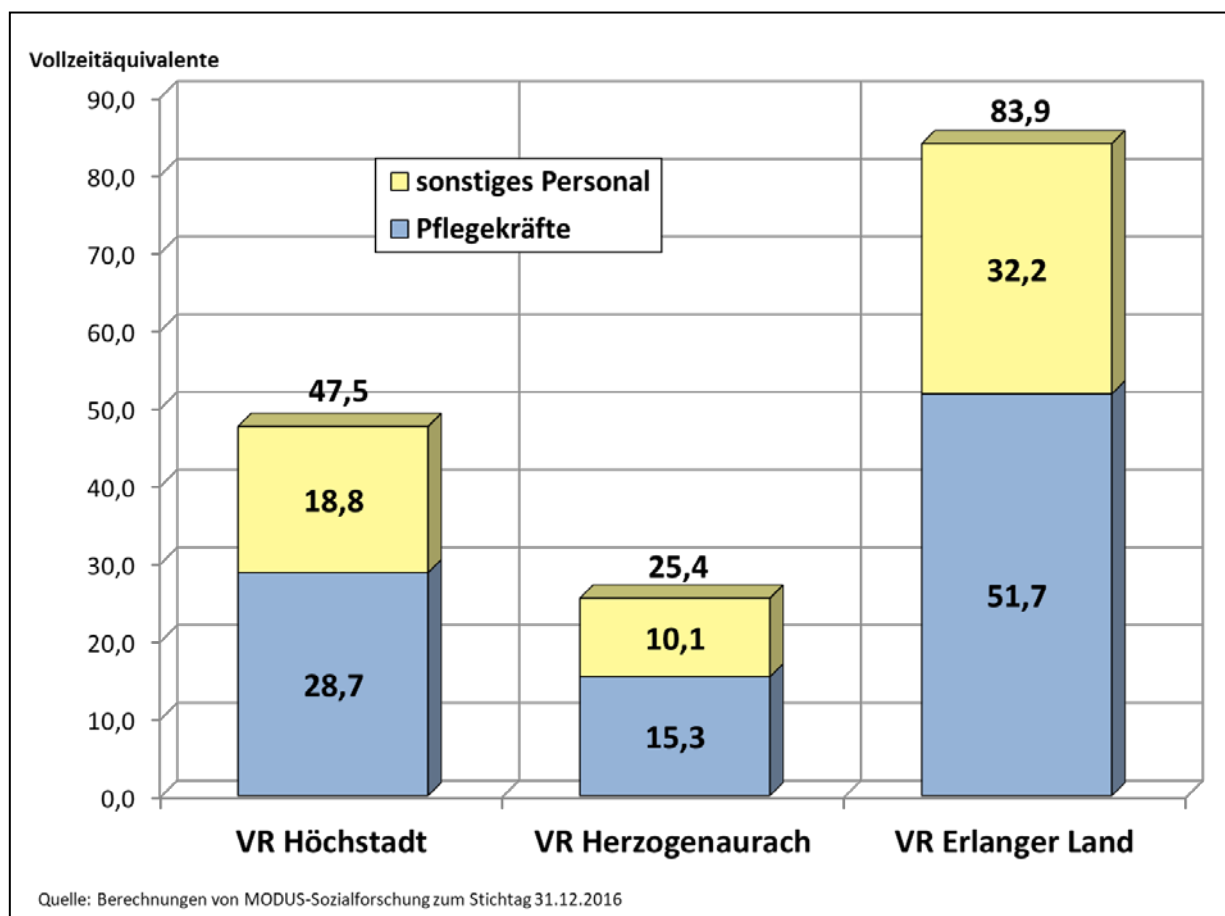
### 3.3.2 Ambulante Versorgungsstruktur in den einzelnen Versorgungsregionen

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 kaum Pflegetransferleistungen 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“ sieben Dienste, während in den Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Herzogenaurach“ nur jeweils zwei 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.

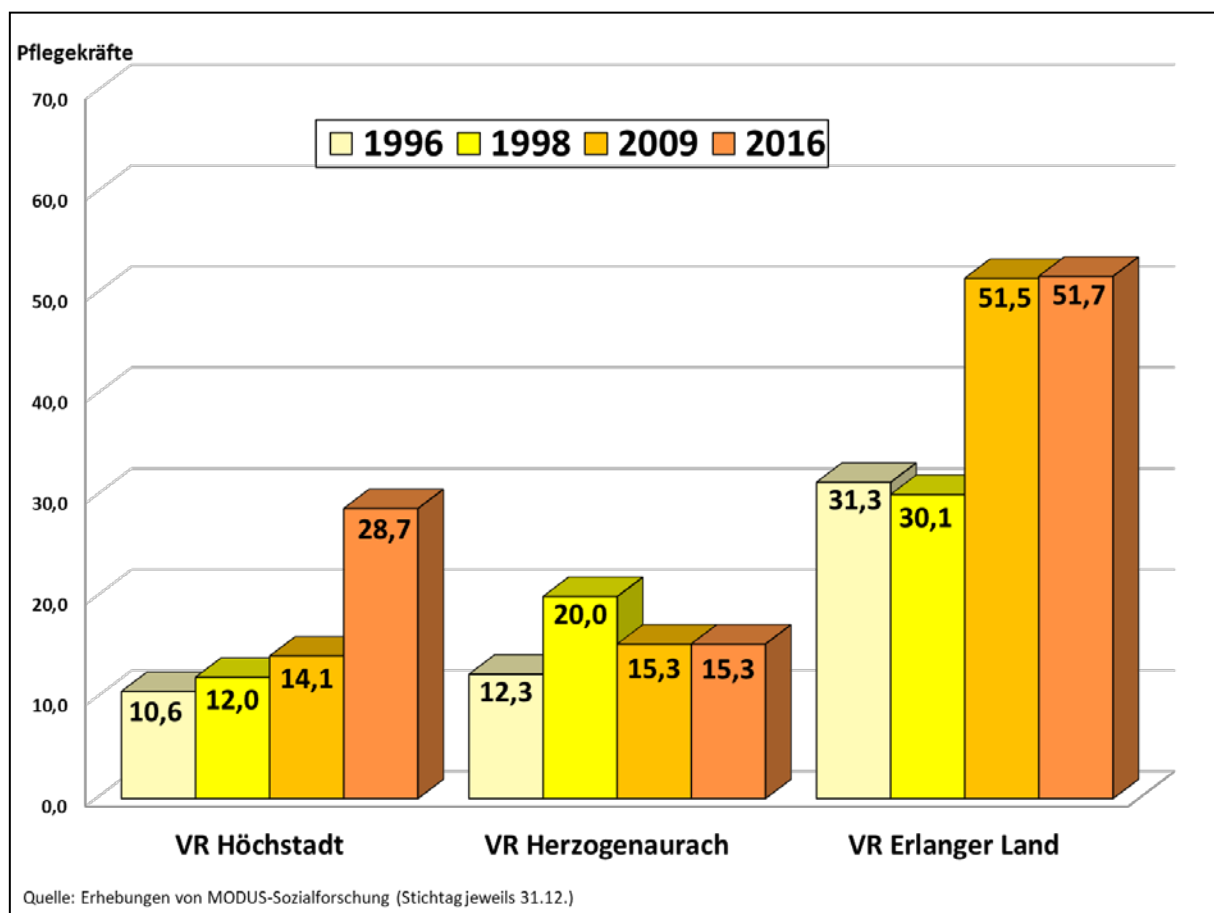
Die Kapazitäten der einzelnen Dienste können am besten durch die Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter dargestellt werden. Die folgende Abbildung informiert dementsprechend über die Zahl der Vollzeitstellen, die in den ambulanten Diensten in den einzelnen Versorgungsregionen am Stichtag 31.12.2016 zur 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.

Bei den beiden kleineren Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Herzogenaurach“ ist durch die Umrechnung des Personals in „Vollzeitäquivalente“ festzustellen, dass in der Versorgungsregion „Höchstadt“ fast doppelt so viele Vollzeitstellen zur Verfügung stehen als in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“. Betrachtet man nur die Pflegekräfte, kommt die Versorgungsregion „Höchstadt“ auf 13,4 Vollzeitstellen mehr als die Versorgungsregion „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. In den letzten sieben Jahren hat sich die Zahl der zur Verfügung stehenden Pflegekräfte durch die Eröffnung eines privaten Dienstes jedoch mehr als verdoppelt. 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 sieben Jahren ergab sich in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ keine quantitative Veränderung. 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 ist somit primär auf den Anstieg der ambulanten Pflegekräfte in der Versorgungsregion „Höchstadt“ 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	7.524	28,7	3,8
Herzogenaurach	7.352	15,3	2,1
Erlanger Land	12.173	51,7	4,2
<b>Gesamt</b>	<b>27.049</b>	<b>95,7</b>	<b>3,5</b>

\* Vollzeitpflegekräfte pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre

Quelle: Erhebung und Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2016

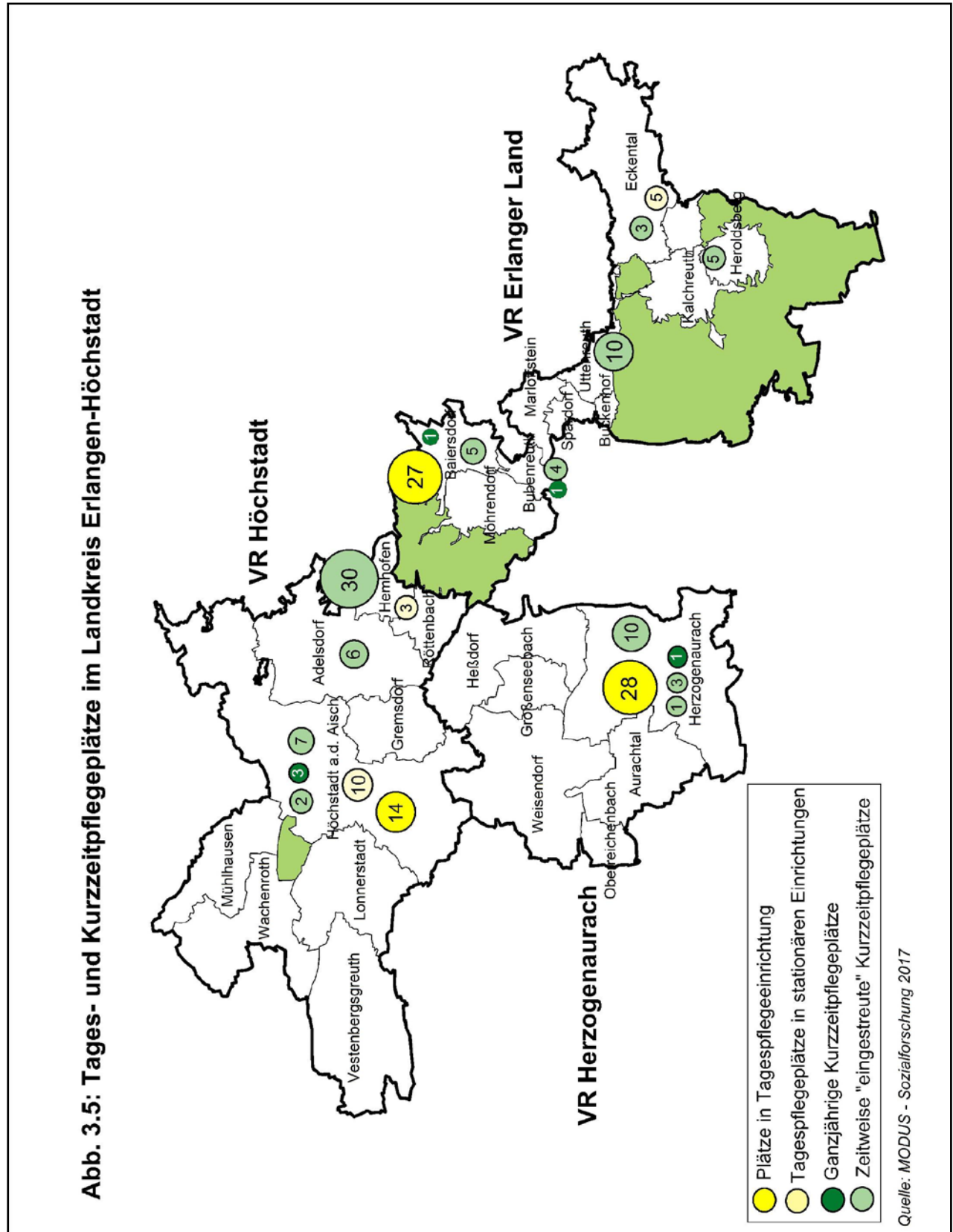
Wie ein Vergleich der Versorgungsquoten zeigt, ist der ambulante Bereich in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit Abstand am besten mit Pflegekräften ausgestattet. Hier stehen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre 4,2 Vollzeitstellen für Pflegekräfte zur Verfügung, während die Versorgungsregion „Höchstadt“ mit 3,8 Vollzeitstellen auf einen etwas geringeren kommt, aber in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ mit nur 2,1 Vollzeitstellen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre sehr viel weniger Pflegekräfte zur Verfügung stehen.

Bei einem Vergleich mit dem Landkreisdurchschnitt ist demnach festzustellen, dass die Versorgungsregionen „Erlanger Land“ und „Höchstadt“ ungefähr doppelt so gut mit ambulanten Pflegekräften ausgestattet sind als die Versorgungsregion „Herzogenaurach“.

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 bestandsunabhängige 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.

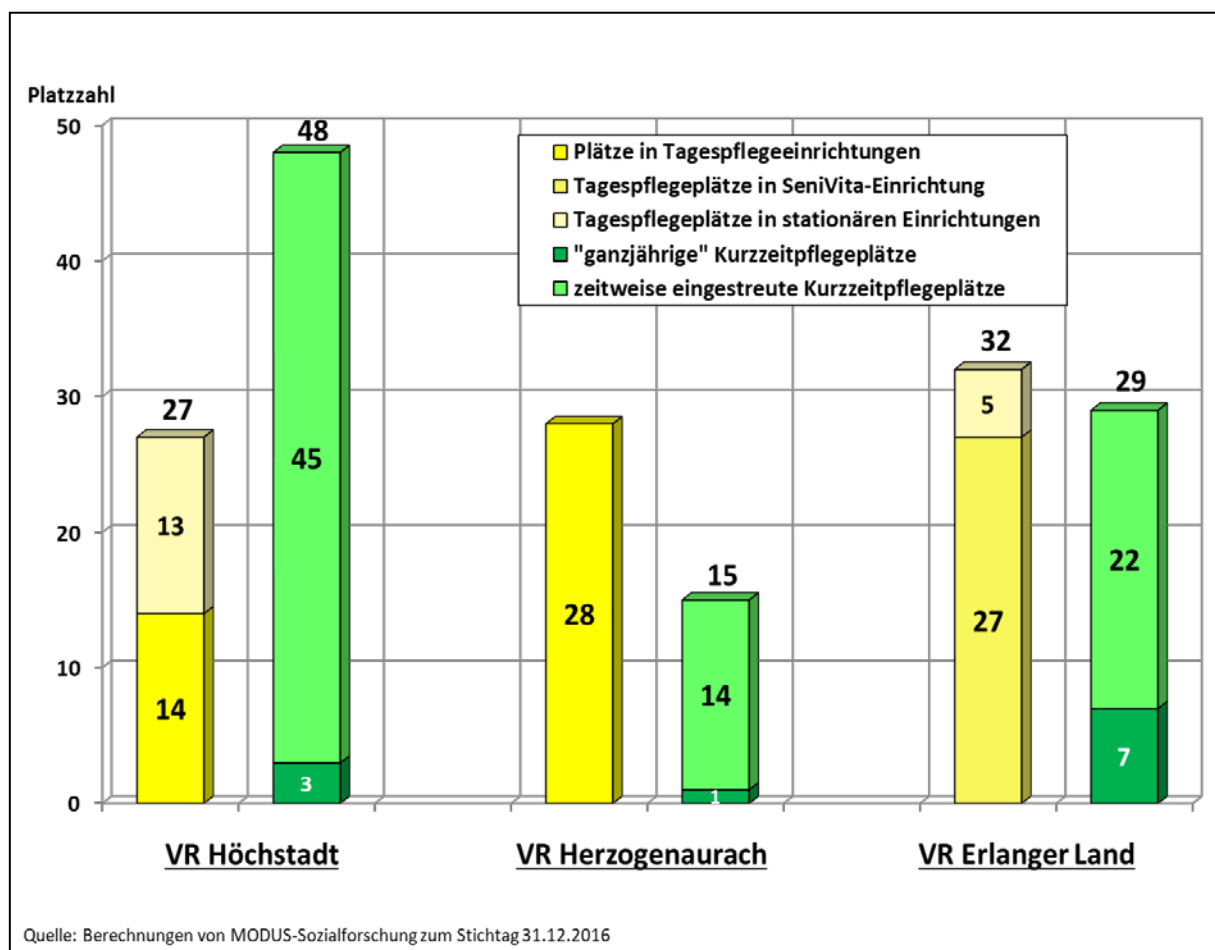


Wie die kartographische Abbildung verdeutlicht, existierte zum Stichtag der Bestands-erhebung in allen drei Versorgungsregionen jeweils eine größere Tagespflegeeinrichtung. Daneben bestehen in zwei Versorgungsregionen noch einige Tagespflegeplätze in vollstationären Einrichtungen.

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 regionale 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 zwischen den „ganzjährigen“ Angeboten und den Plätzen, die in den stationären Einrichtungen bei bestehenden freien Plätzen für die Kurzzeitpflege genutzt werden, unterschieden werden muss.

**Abb. 3.6: Teilstationäre Versorgungsstruktur in den Versorgungsregionen**



Was die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze betrifft, so steht in den Versorgungsregionen „Höchstädt“ drei Plätze, in der Region „Herzogenaurach“ ein Platz und in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ bestehen sieben ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze.

Einschließlich der „zeitweise eingestreuten Plätze“ stehen in der Versorgungsregion „Höchstädt“ insgesamt 48 Plätze zur Verfügung, in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ sind es 15 Plätze und in der östlichen Region „Erlanger Land“ bestehen 29 Kurzzeitpflegeplätze. Somit scheint die Versorgungsregion „Höchstädt“ auf den ersten Blick am besten mit Kurzzeitpflegeplätzen ausgestattet zu sein. Dies zeigt sich auch, wenn man für die einzelnen Regionen die Versorgungsquote auf der Basis der Bevölkerung ab 75 Jahre berechnet.

**Tab. 3.4: Versorgungsquoten der Kurzzeitpflege in den Versorgungsregionen**

Versorgungsregion	Bevölkerung ab 75 Jahre	Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze	Versorgungsquote*
Höchstädt	3.562	3 + (45)	0,8 – 13,5
Herzogenaurach	3.550	1 + (14)	0,3 – 4,2
Erlanger Land	6.463	7 + (22)	1,1 – 4,5
<b>Gesamt</b>	<b>13.575</b>	<b>11 + (81)</b>	<b>0,8 – 6,8</b>

\* Plätze pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahre

Quelle: Erhebung und Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2016

Bei den in der Tabelle ausgewiesenen Versorgungsquoten schneidet die Versorgungsregion „Höchstädt“ am besten ab. Hier stehen einschließlich der „eingestreuten Plätze“ pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren 48 Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Damit resultiert in dieser Region mit einem Wert von 13,5 eine wesentlich höhere Versorgungsquote als in der Region „Erlanger Land“, für die sich ein Wert von 4,5 ergibt, und in der Region „Herzogenaurach“, in der lediglich 4,2 Kurzzeitpflegeplätze pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren zur Verfügung stehen.

Betrachtet man nur die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze, schneidet die Versorgungsregion „Erlanger Land“ besser ab als die anderen beiden Regionen. So resultiert hier eine Versorgungsquote von 1,1, während sich in der Region „Höchstädt“ lediglich ein Wert von 0,8 und in der Region „Herzogenaurach“ nur ein 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-Höchstädt im Osten zwar am besten mit ganzjährigen Kurz-

zeitpflegeplätzen versorgt ist, insgesamt sich im Bereich der Kurzzeitpflege allerdings die beste Versorgung im Nordwesten ergibt.

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

**Tab. 3.5: Versorgungsquoten der Tagespflege in den Versorgungsregionen**

Versorgungsregion	Bevölkerung ab 75 Jahre	Anzahl der Tagespflegeplätze	Versorgungsquote*
Höchstadt	3.562	14 + (13)	3,9 – 7,6
Herzogenaurach	3.550	28 + (0)	7,9
Erlanger Land	6.463	27 + (5)	4,2 – 5,0
<b>Gesamt</b>	<b>13.575</b>	<b>69 + (18)</b>	<b>5,1 – 6,4</b>

\* Plätze pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahre

Quelle: Erhebung und Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2016

Zum Stichtag der Bestandserhebung stand lediglich in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ eine selbstständige Tagespflegeeinrichtung 28 Plätzen zur Verfügung, woraus sich in dieser Region eine Versorgungsquote von 7,9 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren ergibt.

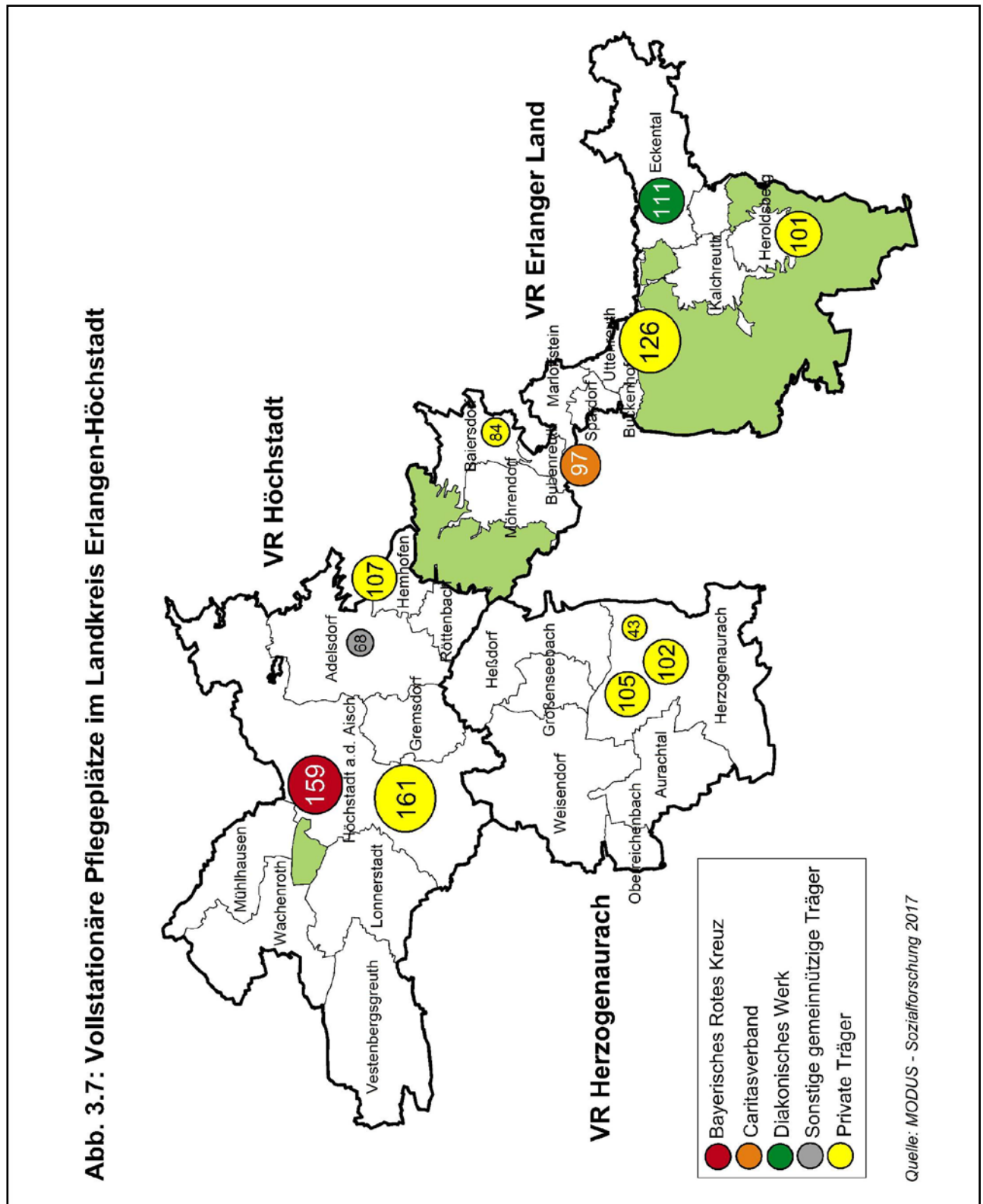
Für die Versorgungsregion „Höchstadt“, in der eine Tagespflegeeinrichtung mit 14 Plätzen und zusätzlich 13 Tagespflegeplätze in zwei vollstationären Einrichtungen existieren, resultiert für die Tagespflegeeinrichtung eine Versorgungsquote von 3,9 Plätzen und einschließlich der 13 Plätze in den stationären Einrichtungen eine Versorgungsquote von 7,6 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren.

In der Versorgungsregion „Erlanger Land“ ergibt sich aufgrund der 27 Plätze in der Senivita-Tagespflege eine Quote von 4,2 Plätzen und einschließlich der fünf „stationären Tagespflegeplätze“ eine Versorgungsquote von 5,0 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren ergeben.

Es kann anhand des Vergleichs der Versorgungsquoten somit zusammenfassend festgestellt werden, dass im Bereich der Kurzzeitpflege einschließlich der „eingestreuten Plätze“ die Region „Höchstadt“ besser abschneidet als die anderen beiden Regionen und im Bereich der Tagespflege die Region „Herzogenaurach“ etwas 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.

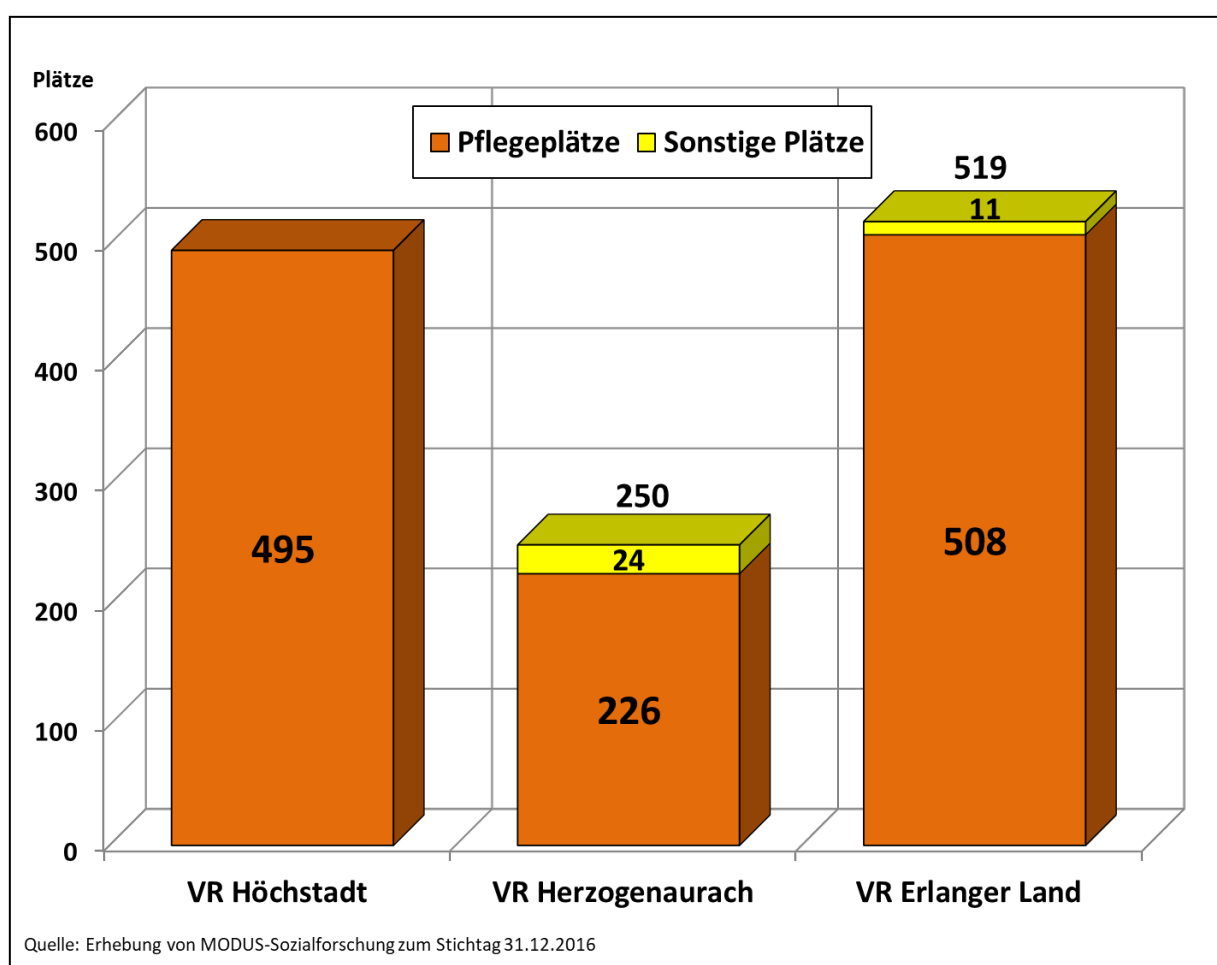
### 3.3.4 Stationäre Versorgungsstruktur in den einzelnen Versorgungsregionen

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.



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 nördlichen 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 Heimplätzen nach Versorgungsregionen**



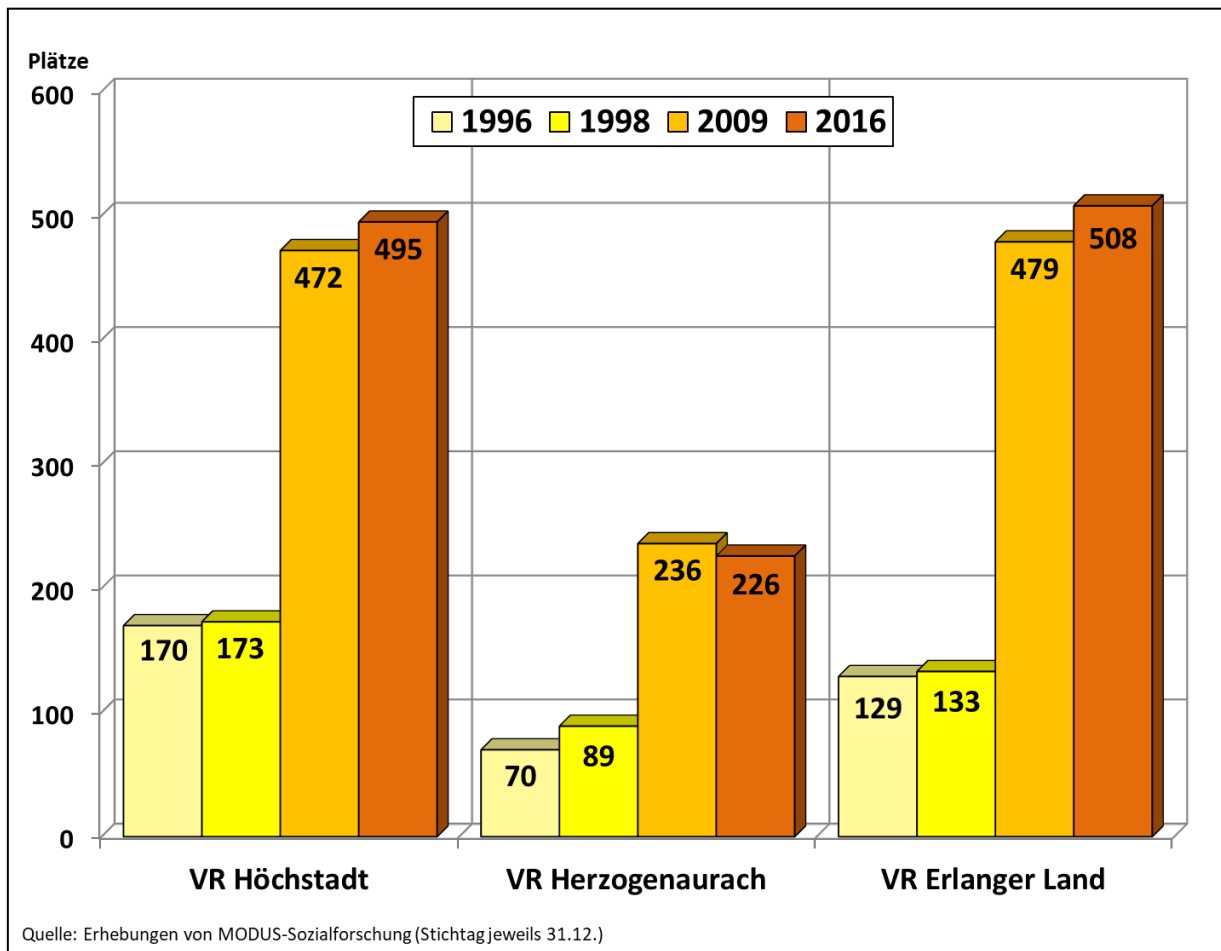
Mit einer Zahl von insgesamt 519 Plätzen stehen in der nördlichen Versorgungsregion „Erlanger Land“ die meisten stationären Plätze zur Verfügung, gefolgt von der Versorgungsregion „Höchstadt“ mit insgesamt 495 Plätzen und die Versorgungsregion „Herzogenaurach“ stellt mit „nur“ 250 stationären Plätzen 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 „Höchstadt“ mit 495 Plätzen knapp hinter der Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit 508 stationären Pflegeplätzen. In der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ stehen dagegen nur rund 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 in allen Versorgungsregionen sehr stark zugenommen. Der höchste Anstieg ereignete sich dabei in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit insgesamt 379 zusätzlichen Pflegeplätzen, was einer Steigerung um 294% entspricht, während in den anderen beiden Versorgungsregionen lediglich Steigerungsraten von 223% und 191% 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	1.802	495	27,5
Herzogenaurach	1.782	226	12,7
Erlanger Land	3.336	508	15,2
<b>Gesamt</b>	<b>6.920</b>	<b>1.229</b>	<b>17,8</b>

\* Pflegeplätze pro 100 Einwohner ab 80 Jahre

Quelle: Erhebung und Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2016

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 27,5 Pflegeplätze zur Verfügung, während die Versorgungsregion „Erlanger Land“ lediglich auf einen Wert von rund 15 Plätzen kommt und in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ sich mit einem Wert von weniger als 13 Pflegeplätzen pro 100 Einwohner ab 80 Jahren die niedrigste Versorgungsquote ergibt.

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) noch 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
<b>Ambulante Pflege</b>	- -	- -	+ +
<b>Tagespflege</b>	∅	+ +	- -
<b>Kurzzeitpflege */**</b>	∅ / + +	- - / -	+ + / -
<b>Stationäre Pflege</b>	+ +	-	-

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

+ + = weit über dem Landkreisdurchschnitt (> 35%); + = leicht über dem Landkreisdurchschnitt (10 bis 35%);  
∅ = entspricht etwa dem Landkreisdurchschnitt (< 10%); - = leicht unter dem Landkreisdurchschnitt (10 bis 35%); - - = weit unter dem Landkreisdurchschnitt (> 35%).

Quelle: Berechnungen von MODUS-Sozialforschung 2017

Vergleicht man die einzelnen Versorgungsregionen anhand des Landkreisdurchschnitts, so stellt sich heraus, dass die Versorgungsregion „Höchstadt“ in den Bereichen der vollstationären Pflege und einschließlich der „zeitweise eingestreuten Plätze auch im Bereich der Kurzzeitpflege erheblich über und im Bereich ambulanten Pflege weit unter dem Landkreisdurchschnitt liegt.

Die Versorgungsregion „Herzogenaurach“ liegt dagegen - mit Ausnahme der Tagespflege - in allen untersuchten Bereichen unter dem Landkreisdurchschnitt.

Auch für die Versorgungsregion „Erlanger Land“ ergeben sich mit Ausnahme der ambulanten Pflege in den anderen Bereichen Werte, die z.T. erheblich unter dem Landkreisdurchschnitt liegen.

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 Altenbevölkerung 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 Altenhilfe 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.

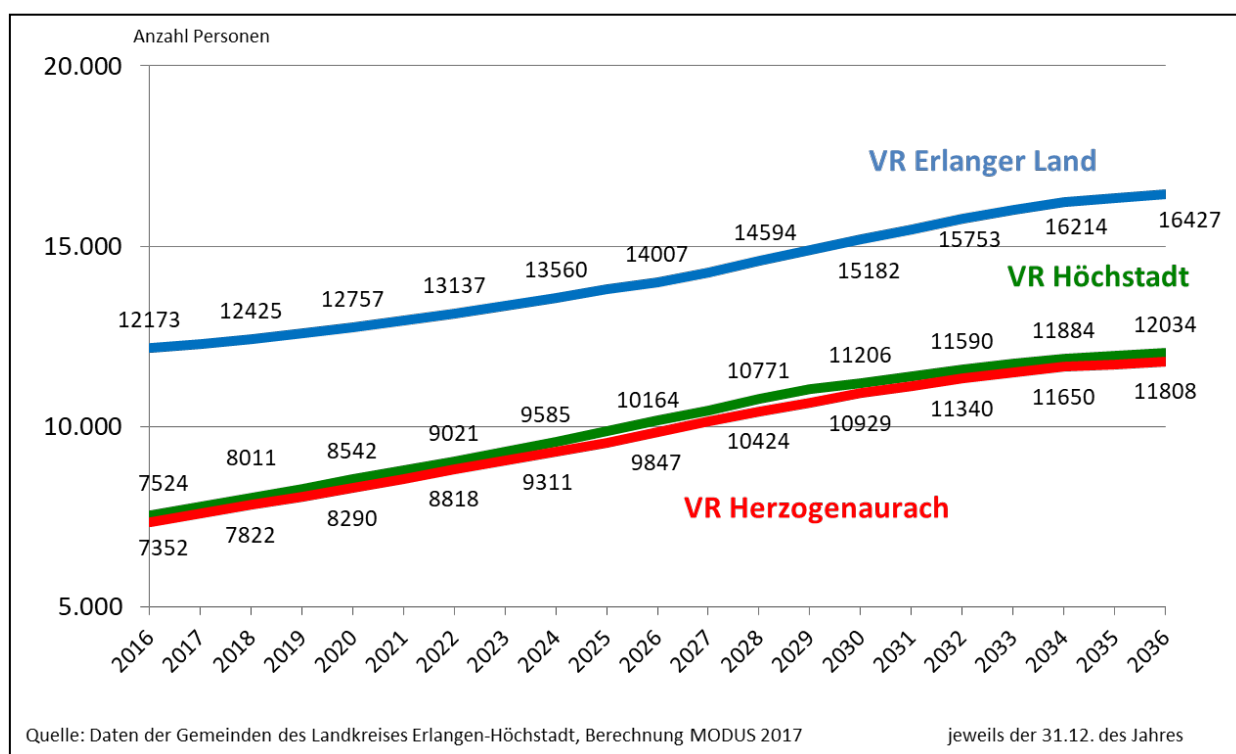
Für den Landkreis Erlangen-Höchstadt wurde parallel zu dieser Bedarfsermittlung eine kleinräumige Bevölkerungsprojektion erstellt. Die Berechnung wurde unter Verwendung zahlreicher Parameter (Fertilität, Mortalität, Migration, Bautätigkeit etc.) nach der Komponentenmethode durchgeführt. Grundlage sind die Daten der amtlichen Statistik sowie Daten der einzelnen Gemeinden hinsichtlich der relevanten Parameter. Somit sind nicht nur Aussagen über den Gesamtlandkreis, sondern auch Aussagen auf kleinräumiger Ebene sowie für spezifische Altersgruppen möglich. Die Methode und die ausführlichen Ergebnisse finden sich im Bericht: „Kleinräumige Bevölkerungsprojektion für den Landkreis Erlangen-Höchstadt“.

Im Folgenden werden lediglich 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

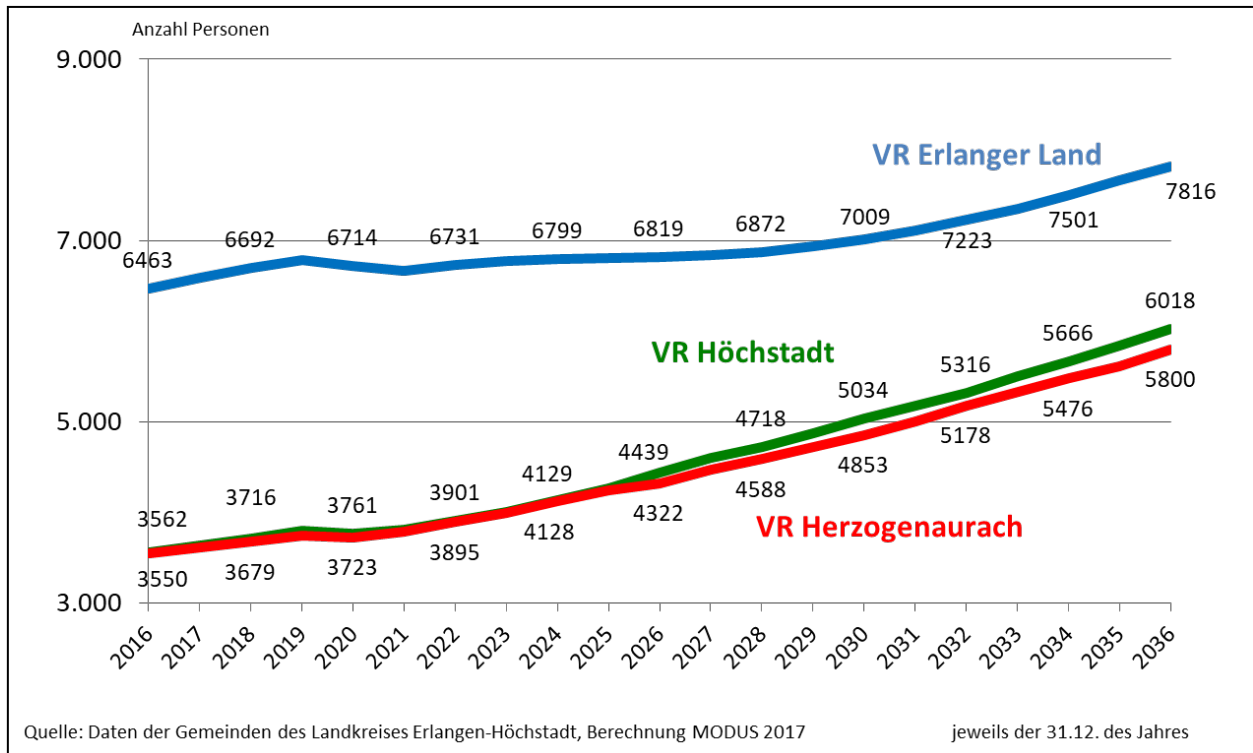
Die Entwicklung der Personen ab 65 Jahren ist für die drei Versorgungsregionen in der folgenden Abbildung dargestellt.

**Abb. 4.1: Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren bis zum Jahr 2036 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 2036 steigt die Bevölkerung ab 65 Jahren in der Versorgungsregion Erlanger Land kontinuierlich von 12.173 Personen auf 16.427 Personen an, was einer Steigerung um 34,9% entspricht. In der Versorgungsregion Höchststadt nimmt die Zahl der Personen ab 65 Jahren ebenfalls bis zum Jahr 2036 zu, und zwar um 59,9%. In der Versorgungsregion Herzogenaurach liegt die Zunahme bei 60,6%.

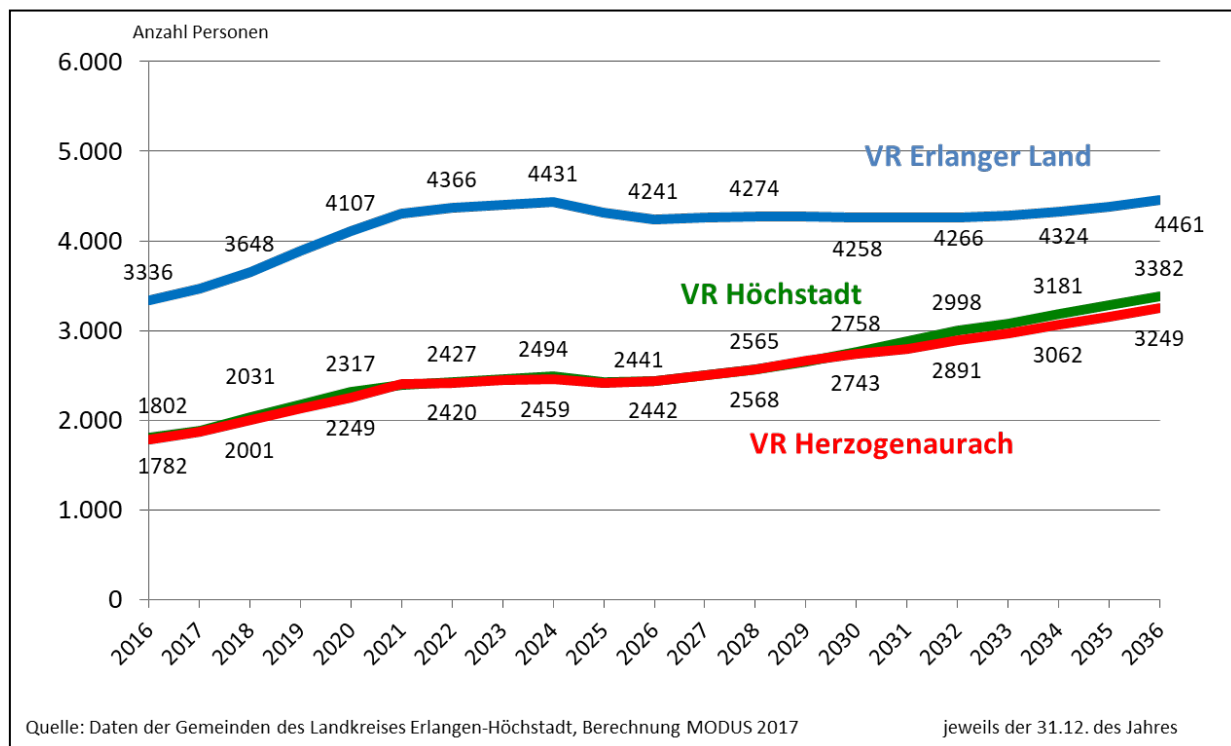
Neben der Bevölkerung ab 65 Jahren als Zielgruppe für die ambulante Versorgung ist auch die Entwicklung der Personen ab 75 Jahren als Hauptzielgruppe für die teilstationäre Versorgung von Bedeutung. Die folgende Abbildung beschreibt die Entwicklung dieser Bevölkerungsgruppe für die vier Versorgungsregionen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

**Abb. 4.2: Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren bis zum Jahr 2036 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 20,9%. In den Versorgungsregionen Höchststadt und Herzogenaurach ist eine sehr ähnliche Entwicklung in der Altersgruppe ab 75 Jahren bis zum Jahr 2036 zu prognostizieren. In der Versorgungsregion Höchststadt liegt der Zuwachs bei 69,0% und in der Versorgungsregion Herzogenaurach bei 63,4%. Aufgrund der Tatsache, dass die Geburten in den letzten Kriegsjahren des 2. Weltkrieges und danach deutlich zurückgegangen sind, zeigt sich ein leichter Rückgang der Bevölkerungszahlen in den Jahren von 2019 bis 2021 bei den ab 75-Jährigen.

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 2036 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 2016 bis zum Jahr 2036 in der Versorgungsregion Höchstadt mit einer Steigerung um 87,7% zu rechnen. Die Steigerung in der Versorgungsregion Herzogenaurach liegt bei 82,3%. Die Versorgungsregionen Erlanger Land hat mit einer deutlich niedrigeren Steigerung um 33,7% 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

Vor einigen Jahren noch wurde der Pflegebedarf auf der Grundlage von Ergebnissen der bundesweiten Repräsentativerhebungen von *Socialdata* (1980) und *Infratest* (1993) abgeschätzt. Durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 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 neuerdings Zahlen zur Pflegebedürftigkeit, die auf der Grundlage medizinischer Untersuchungen basieren und somit den Ergebnissen von Repräsentativerhebungen vorzuziehen sind. Bei einem Vergleich der Datenquellen zeigt sich zudem, dass nicht nur die Erhebung von *Socialdata*, sondern noch stärker die Studie von *Infratest* trotz weniger restriktiver Kriterien das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit erheblich unterschätzt hat.

### 5.2 Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

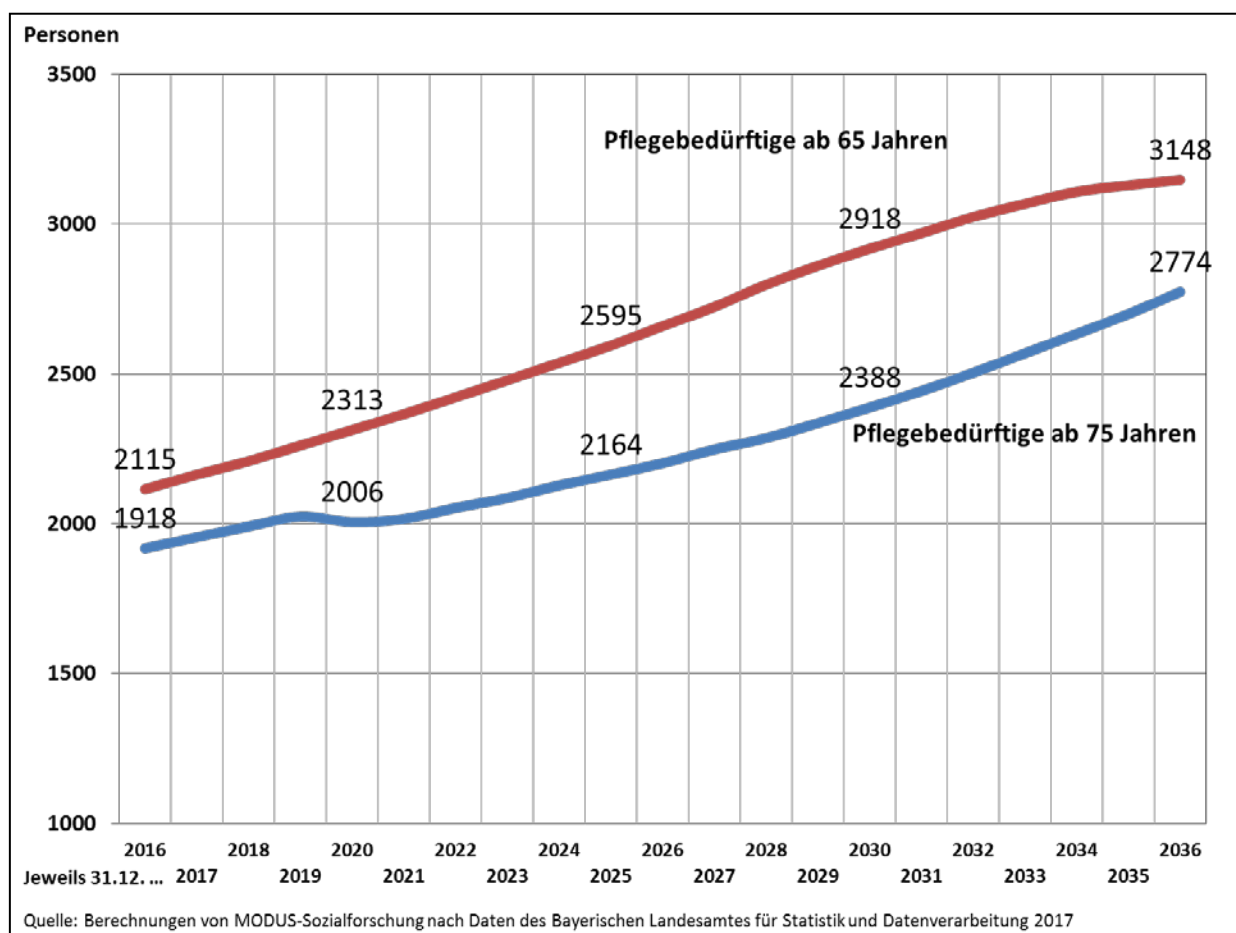
Aufgrund der aktuellen amtlichen Pflegestatistik ist davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 2.889 Menschen leben, die nach dem Gesetz als pflegebedürftig anerkannt sind. Der größte Teil der anerkannten Pflegebedürftigen setzt sich aus der älteren Bevölkerung zusammen. Mit einer Zahl von insgesamt 2.115 sind 73,2% der anerkannten Pflegebedürftigen 65 Jahre oder älter. Im Alter ab 75 Jahren sind insgesamt 1.918 Personen, was einem Anteilswert von 66,4% entspricht. Da die älteren Menschen ab 65 bzw. 75 Jahren die Hauptzielgruppe für die institutionelle Seniorenhilfe darstellen, müssen die Bedarfsermittlungen für die verschiedenen Dienste und Einrichtungen auf der Basis der genannten Zahlen durchgeführt werden.

Um im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht nur eine Status-Quo-Aussage zu treffen, sondern gleichzeitig den Diensten 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 Grundlagen für eine derartige Prognose bilden neben den Pflegebedürftigkeitsdaten die Ergebnisse der dargestellten Bevölkerungsprojektion. 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 Landkreisen 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 Begutachtungsdaten des MDK Bayern 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 Pflegestufen 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. 5.1: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 65 bzw. 75 Jahren bis zum Jahr 2036**





Wie die Abbildung zeigt, wird die Zahl der älteren pflegebedürftigen Menschen im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den nächsten 20 Jahren voraussichtlich relativ stark ansteigen. Während im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2016 lediglich 2.115 Menschen ab 65 Jahren als pflegebedürftig anerkannt waren, wird sich ihre Zahl in den nächsten 10 Jahren auf 2.660 Personen und in den nächsten 20 Jahren voraussichtlich auf 3.148 Personen erhöhen. Damit ergibt sich für die Pflegebedürftigen ab 65 Jahren im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036 eine Steigerung um fast 49%.

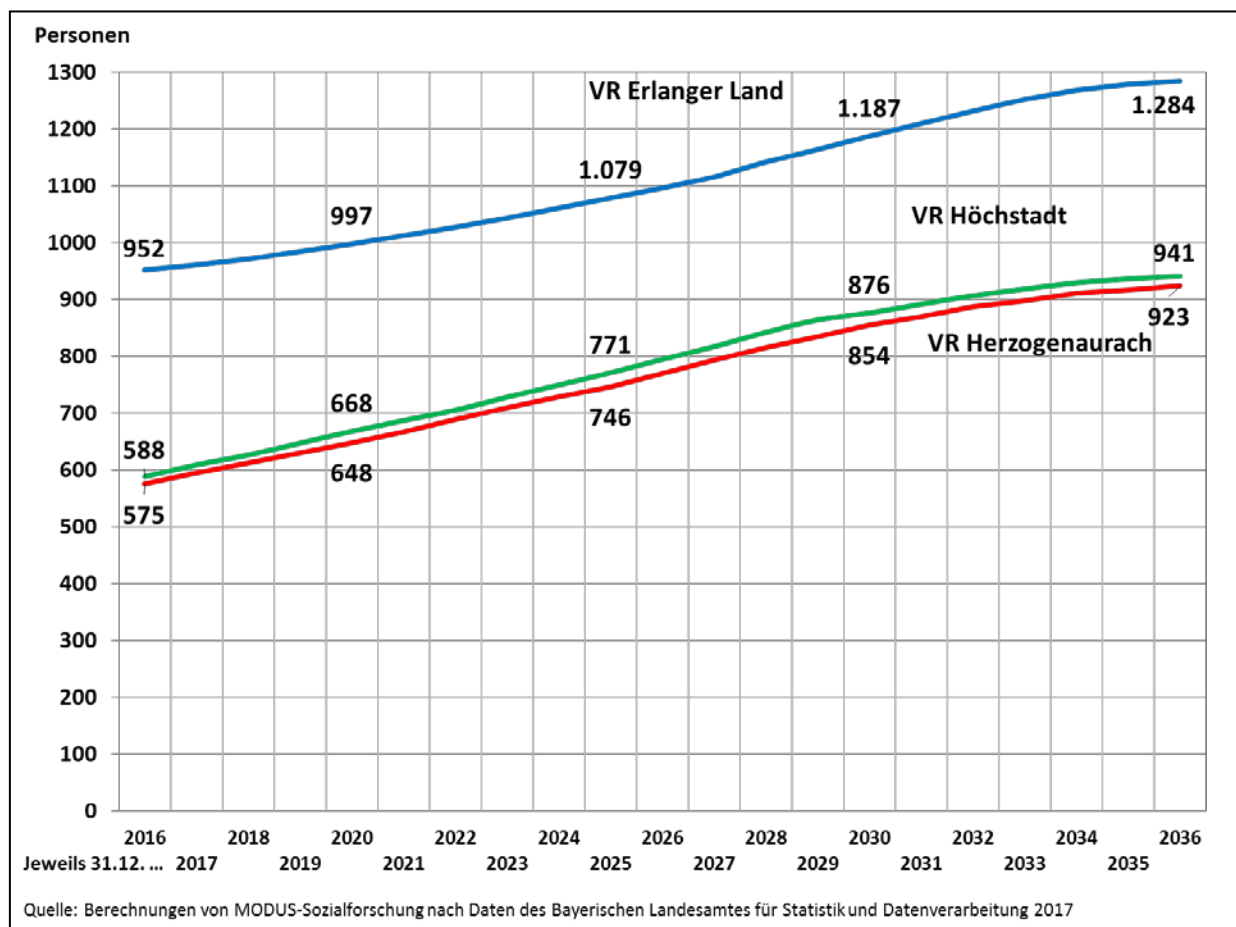
Wie die Abbildung ebenfalls zeigt, ist die Entwicklung der betagten Pflegebedürftigen im Landkreis Erlangen-Höchstadt weniger linear. Ihre Zahl wird in den nächsten Jahren zwar ebenfalls ansteigen, danach ab dem Jahr 2019 aber wieder leicht zurückgehen, bevor sie ab dem Jahr 2021 wieder ansteigt, und zwar voraussichtlich auf 2.774 Personen bis zum Jahr 2036. Aufgrund dieser etwas schwankenden Entwicklung fällt die Steigerung der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren gegenüber den Ausgangsdaten aus dem Jahr 2016 im Laufe des Projektionszeitraumes bis zum Jahr 2036 mit weniger als 45% etwas geringer aus als bei den Pflegebedürftigen ab 65 Jahren.

Die dargestellte Entwicklung wird sich auf den künftigen Bedarf an institutionalisierten Pflegeleistungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt auswirken. Im Folgenden soll nun anhand von kleinräumigen Prognosen untersucht werden, ob sich hierbei Unterschiede in den Versorgungsregionen zeigen.

### **5.3 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.

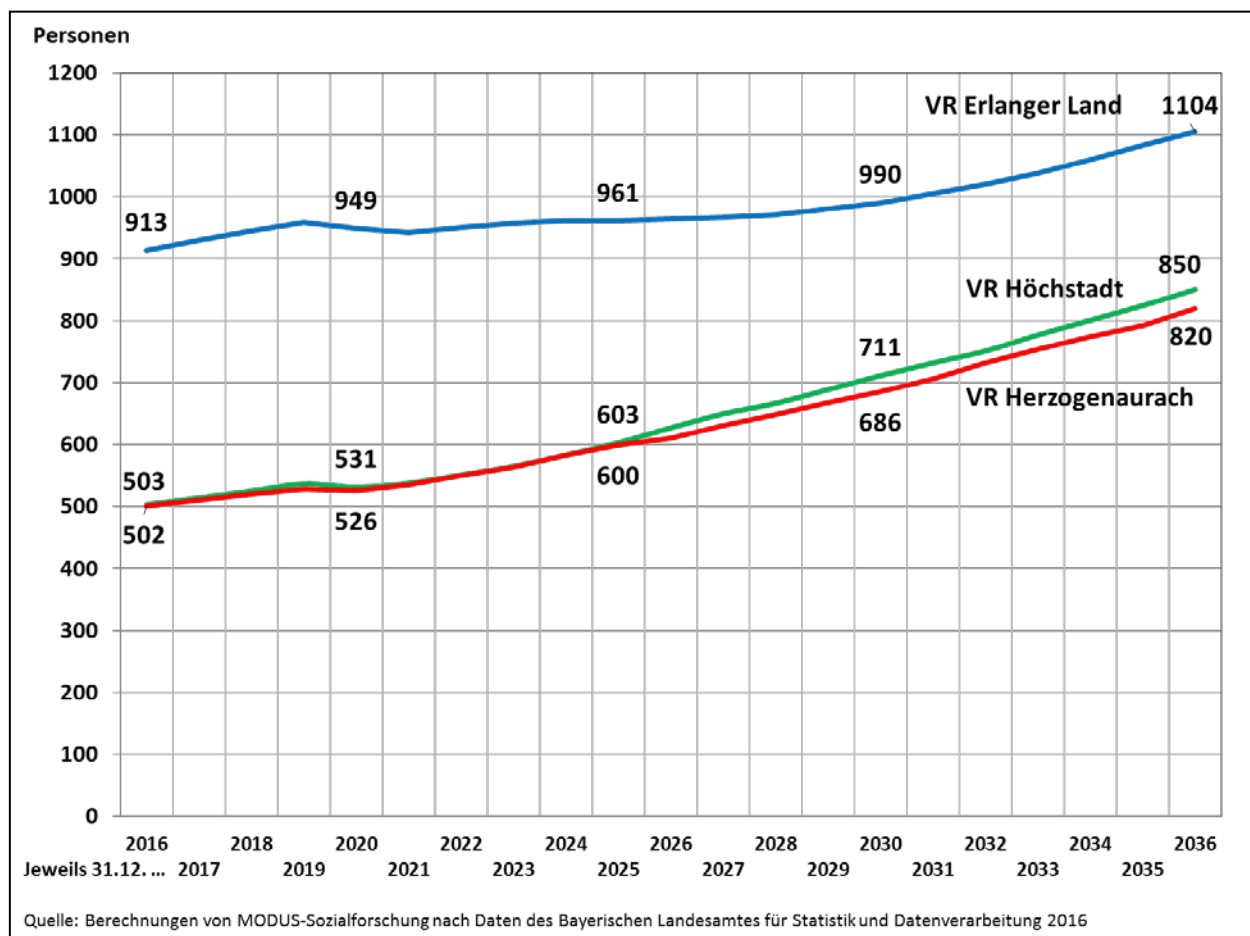
**Abb. 5.2.: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 65 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen**



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 östlichen Region bis Ende des Jahres 2036 mit weniger als 35% eine deutlich geringere Zunahme als in den beiden anderen Region zu erwarten, da die pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren hier voraussichtlich um rund 60% bzw. 61% ansteigen werden.

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

**Abb. 5.3: 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 weniger kontinuierlicher Verlauf als bei den jüngeren Senioren ab 65 Jahren zu erwarten. So ergibt sich hier in der Versorgungsregion „Höchstadt“ bis zum Jahr 2036 eine Zuwachsrate von fast 69% und auch in der Region „Herzogenaurach“ fällt der entsprechende Wert mit rund 63% sehr hoch aus, während die Zahl der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren in der Region „Erlanger Land“ bis Ende des Jahres 2036 voraussichtlich um weniger als 21% 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 Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege**

#### **6.1.1 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 Diensten zur Verfügung stehenden Pflegekräfte als Bestandsindikator für die Bedarfsermittlung herangezogen.

Es ist also zunächst exakt zu ermitteln, wie viele Pflegekräfte zur bedarfsgerechten Versorgung in einer Region notwendig sind (Soll-Wert). Eine Aussage, inwieweit eine Bedarfsdeckung mit 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 Pflegekräfte und deren Umrechnung in Vollzeitäquivalente. Als Pflegekräfte gelten zum einen Pflegekräfte mit drei- bzw. zweijähriger Fachausbildung (AltenpflegerInnen, Krankenschwestern und -pfleger) und zum anderen Altenpflege- und KrankenpflegehelferInnen, da auch diese über eine einjährige Fachausbildung verfügen.

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

### 6.1.2 Ermittlung des Bedarfs an 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 Klientenstruktur 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 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 rund 87% (vgl. Kap. 2.1.4.1). 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 1.010 anerkannte pflegebedürftige Menschen ab 65 Jahren in Privathaushalten leben.

Die Pflegestatistik aufgrund der MDK-Daten kann jedoch nicht das ganze Spektrum der Pflegebedürftigkeit abbilden, da bekanntlich die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit erst bei einem Pflegebedarf von täglich 90 Minuten stattfindet. Sehr viele Klienten von ambulanten Diensten erreichen diese Mindestanforderung jedoch nicht.

Da durch die Betreuung dieser Personen bei den ambulanten Diensten ebenfalls ein erheblicher Pflegeaufwand anfällt, werden sie bei einer umfassenden Bedarfsermittlung für den Bereich der häuslichen Pflege ebenfalls in die Analyse einbezogen. Um dies zu ermöglichen, müssen zusätzliche Datenquellen herangezogen werden.

Wie eine detaillierte Überprüfung verschiedener Datenquellen ergab, können die pflegebedürftigen Personen der Stufe 0 aus den Repräsentativergebnissen der bundesweit durchgeführten *Infratest*-Untersuchung (1993) abgeleitet werden. Während bei dieser Studie die höheren Pflegestufen erheblich unterschätzt wurden, konnten die pflegebedürftigen Personen der Stufe 0 relativ exakt ermittelt werden.

Die im Landkreis Erlangen-Höchstadt lebenden pflegebedürftigen Personen der Stufe 0 wurden auf der Grundlage der örtlichen Bevölkerungsstruktur berechnet. Danach ist im Landkreis Erlangen-Höchstadt von 403 Personen ab 65 Jahren auszugehen, die einen regelmäßigen Pflegebedarf haben, der unter 90 Minuten täglich liegt.

Als potentiell Klientel der ambulanten Pflegedienste mit regelmäßigem grundpflegerischem Hilfebedarf ergibt sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt somit eine Zahl von insgesamt 1.413 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 der Auswertung der entsprechenden Daten in 40 bayerischen Landkreisen und Städten durchgeführten Bedarfsermittlungen, ergab sich eine durchschnittliche Inanspruchnahmequote von 36,9%. Dabei fällt bei den Landkreisen und Städten, bei denen in den letzten Jahren eine Fortschreibung durchgeführt wurde, auf, dass sich die durchschnittliche Inanspruchnahmequote in den letzten Jahren überproportional erhöht hat, was mit Sicherheit mit den aufgrund der stattgefundenen Gesetzesänderungen verbesserten finanziellen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege zusammenhängt.

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 30,7 und als Obergrenze ein Wert von 44,5.

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 Diensten wird anschließend mit dem Pflegeaufwand multipliziert. Der Pflegeaufwand ergibt sich dabei aus der Kombination der Pflegehäufigkeit (Einsätze pro Woche) und Pflegeintensität (Dauer des Einsatzes) bei regelmäßig Pflegebedürftigen.

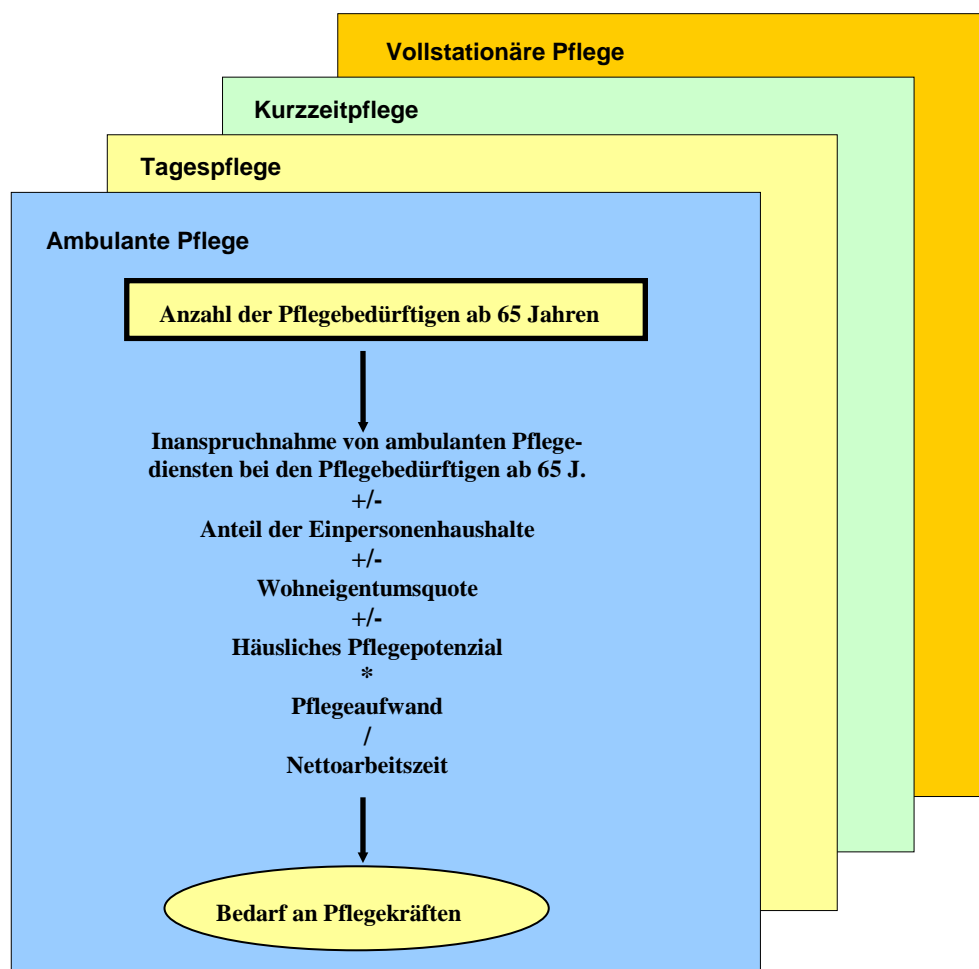
Hier ergab sich aufgrund der Auswertungen der entsprechenden Daten in den bayerischen Landkreisen und Städten, die im Rahmen der vom Bamberger Forschungsverbund durchgeführten Bedarfsermittlungen erhoben wurden, ein durchschnittlicher Pflegeaufwand von 5,1 Stunden pro Woche. Auch hier ist festzustellen, dass bei den Landkreisen und Städten, bei denen in den letzten Jahren 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 Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 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 4,6 Stunden und als Obergrenze ein Wert von 5,6 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-Höchststadt 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 Diensten 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. 6.1: 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 nach den vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass der Anteil der Einpersonenhaushalte unter der älteren Bevölkerung im Landkreis Erlangen-Höchstadt mehr als 2,5%-Punkte niedriger ist als der bayerische Durchschnittswert, ist von einer etwas geringeren Inanspruchnahme von Pflegeleistungen auszugehen. Die durchschnittliche Inanspruchnahmequote ist nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* in diesem Fall um 1%-Punkt zu verringern (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 31.12.2016 insgesamt 22.864 Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren und die Wohnbevölkerung ab 80 Jahren lag bei 6.920 Personen. Setzt man diese beiden Werte in Beziehung, ergibt sich das Verhältnis von 3,3:1, das etwas günstiger ist als der bayerische Durchschnittswert. Da die Abweichung allerdings kleiner als 0,5 ist, reicht hier nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* (vgl. MAGS 1995, S. 205) eine Verringerung der durchschnittlichen Versorgungsquote um 1%-Punkt aus.

Um nun die regionale Versorgungsquote zu ermitteln, werden die genannten Hilfsindikatoren zur Modifikation der durchschnittlichen Versorgungsquote verwendet. Im Landkreis Erlangen-Höchstadt liegt die regionale Versorgungsquote danach zwischen 26,7% (Minimum) und 40,5% (Maximum).

Um nun den Mindestpersonalbedarf im Bereich der ambulanten Pflege ermitteln zu können, wird anstatt der durchschnittlichen Versorgungsquote die regionale Mindestversorgungsquote von 26,7% und der Mindestpflegeaufwand von 4,6 Stunden pro Woche in die Formel zur Bedarfsermittlung eingesetzt.

Danach ergibt sich folgender Mindestpersonalbedarf an Pflegekräften in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt.

$$\text{Mindestpersonalbedarf} = \frac{1.413 \times 26,7 \times 4,6}{30 \times 100} = 57,8 \text{ Pflegekräfte}$$

Nach den Ergebnissen der Bedarfsanalyse werden im Landkreis Erlangen-Höchstadt unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten derzeit mindestens 57,8 ambulante Pflegekräfte benötigt. Dieser Bedarfswert kann dann als ausreichend angesehen 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.

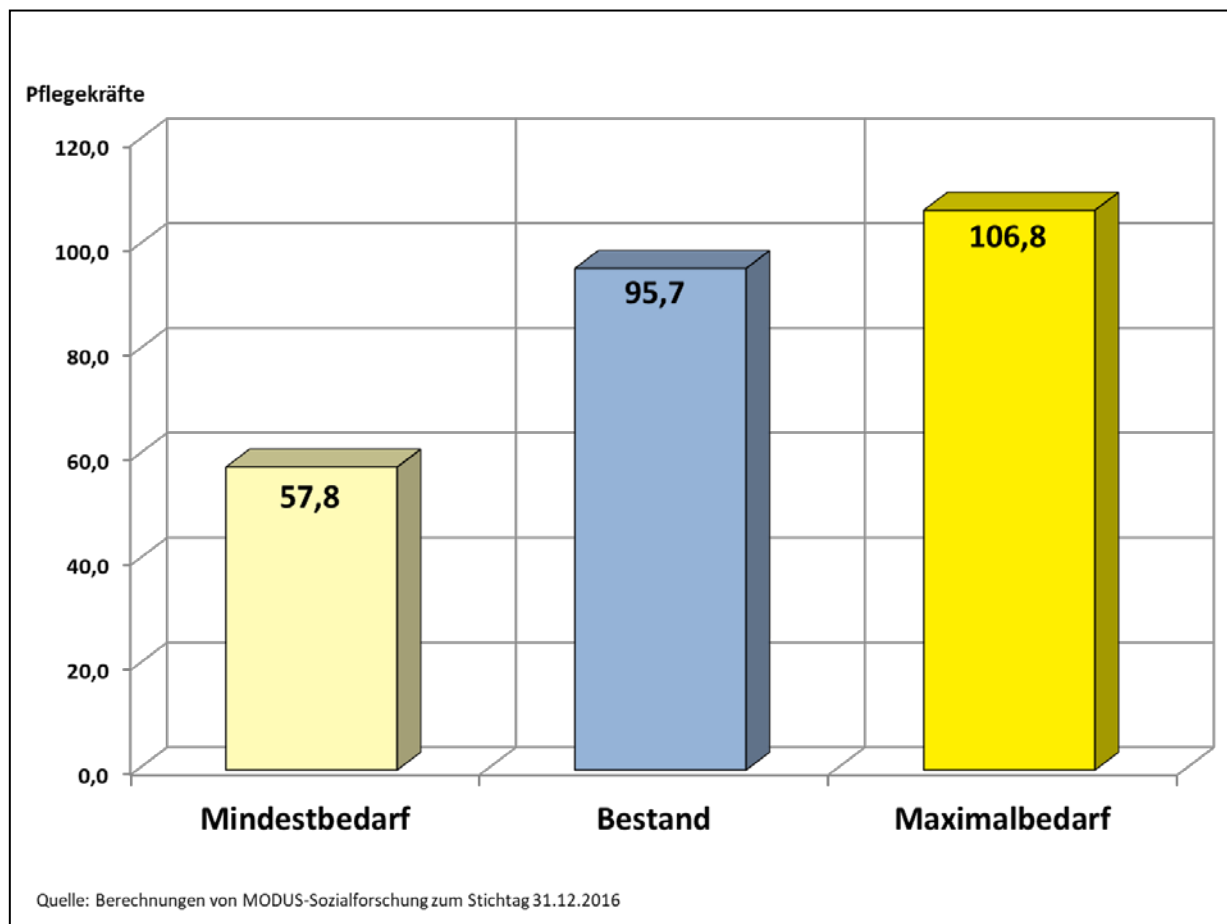
Einen Anhaltspunkt hierfür gibt der Maximalpersonalbedarf. Um diesen zu ermitteln, wird die regionale Maximalversorgungsquote von 40,5% und ein Pflegeaufwand von 5,6 Stunden pro Woche in die Formel zur Bedarfsermittlung eingesetzt. Danach ergibt sich folgender Maximalpersonalbedarf an Pflegekräften in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt.

$$\text{Maximalpersonalbedarf} = \frac{1.413 \times 40,5 \times 45,6}{30 \times 100} = 106,8 \text{ Pflegekräfte}$$

### **6.1.3 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 57,8 und maximal 106,8 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 resultierte.

**Abb. 6.2: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2016**



Durch die Bestandsaufnahme wurde am 31.12.2016 im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Bestand von insgesamt 95,7 Vollzeitpflegekräften bei den ambulanten Diensten ermittelt (vgl. Kap. 2.1.3). Wie die Abbildung zeigt, liegt dieser Wert näher am Maximal- als am Mindestbedarf. Es kann somit derzeit im Landkreis Erlangen-Höchstadt von einer sehr guten Versorgung im Bereich der ambulanten Pflege ausgegangen werden.

Inwieweit angesichts der voraussichtlichen Bedarfsentwicklung zukünftig eine Steigerung im Bereich der ambulanten Pflege sinnvoll und notwendig ist, zeigt die im folgenden Kapitel dargestellte Bedarfsprognose.

#### **6.1.4 Entwicklung des Bedarfs im Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt**

Die Träger der ambulanten Dienste sind nach eigenen Angaben jederzeit 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, werden jedoch auch kurzfristig zusätzliche MitarbeiterInnen eingestellt.

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 2036 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.

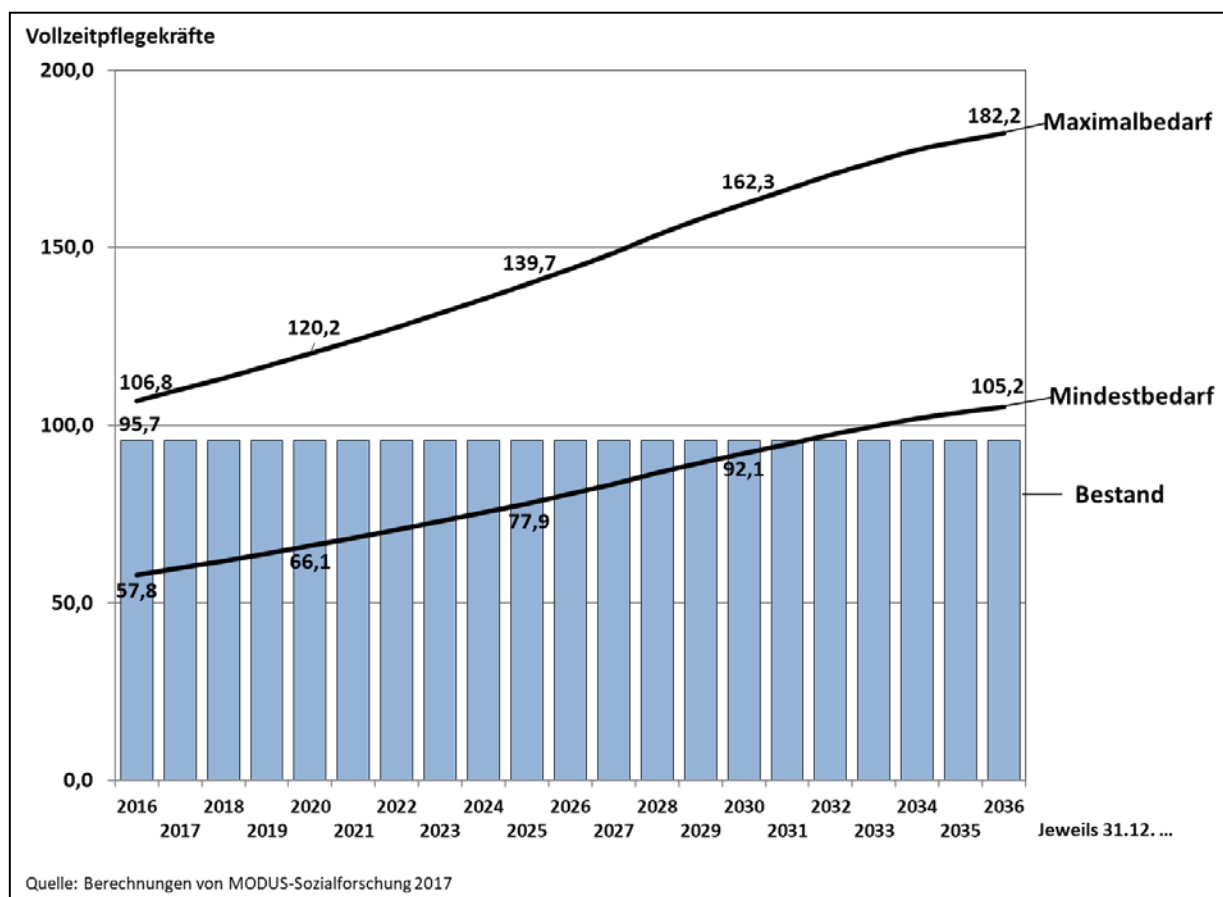
Um mit der folgenden Prognose den Personalbedarf im Bereich der ambulanten Pflege realitätsgetreu abschätzen zu können, muss zunächst ermittelt werden, wie sich die Hauptzielgruppe der ambulanten Dienste zukünftig entwickeln wird. Genauso wie bereits bei der aktuellen Bedarfsermittlung ist dabei die Zahl der anerkannten Pflegebedürftigen ab 65 Jahren einerseits um die pflegebedürftigen Heimbewohner zu reduzieren und andererseits um die pflegebedürftigen Menschen der Pflegestufe 0 zu erweitern, da auch durch diese Personen ein erheblicher Pflegeaufwand bei den ambulanten Diensten anfällt.

Nach den Ergebnissen der Projektion wird die Zahl der in Privathaushalten lebenden pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren bis zum Jahr 2036 kontinuierlich ansteigen. Während bei der aktuellen Bedarfsermittlung für den Landkreis Erlangen-Höchstadt eine Zahl von 1.413 potentieller Klienten von ambulanten Diensten zugrunde gelegt wurde, ist nach den Ergebnissen der Bedarfsprojektion davon auszugehen, dass ihre Zahl bis zum Ende des Projektionszeitraums voraussichtlich auf 2.103 Personen im Jahr 2036 zunehmen wird.

Seit Einführung der ersten Stufe 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 Diensten 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 Diensten ergibt sich damit für die nächsten Jahre der in folgender Abbildung dargestellte Personalbedarf an Pflegekräften.

**Abb. 6.3: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036**



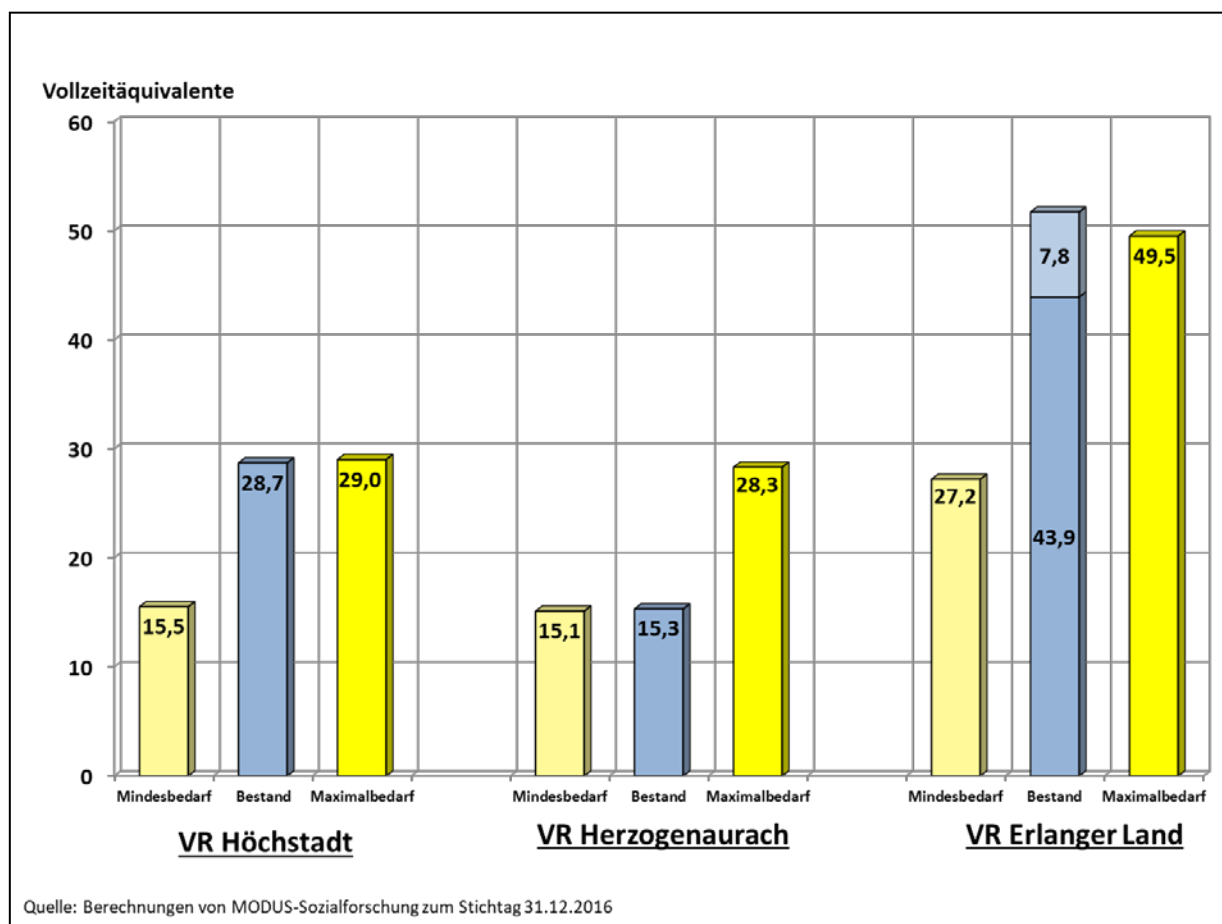
Um die bedarfsgerechte Ausgestaltung der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt auch in Zukunft aufrechterhalten zu können, wird nach der durchgeführten Bedarfsprognose zukünftig eine wesentlich größere Zahl an Pflegekräften notwendig sein als heute. So ergibt die Prognose für das Jahr 2025 bereits eine Zahl von mindestens 77,9 bis maximal 139,7 Vollzeitstellen für Pflegekräfte. Bis zum Ende des Projektionszeitraumes im Jahr 2036 ist aufgrund des weiter ansteigenden Klientenpotenzials voraussichtlich eine Personalausweitung auf 105,2 bis maximal 182,2 Pflegekräfte nötig, um eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt aufrechterhalten zu können.

Da der Bestand aktuell näher am Maximal- als am Mindestbedarf liegt und auch mittelfristig noch deutlich über dem Mindestbedarf liegt, kann bei einer Gesamtbetrachtung des Landkreises Erlangen-Höchstadt somit von einer mittelfristig abgesicherten Bedarfsdeckung im Bereich der ambulanten Pflege ausgegangen werden.

### **6.1.5 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 6.1.2 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 3,6, der deutlich unter den Werten der anderen beiden Versorgungsregionen liegt, die beide auf einen deutlich höheren Wert von 4,2 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 2,8%-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 27,9% bis 41,7% und für die anderen beiden Versorgungsregionen ein Intervall von 25,7% bis 39,5%. Auf dieser Grundlage kann nun der Bedarf an ambulanten Pflegekräften für die einzelnen Versorgungsregionen ermittelt und den erhobenen Bestandswerten gegenübergestellt werden.

**Abb. 6.4: Bestand und Bedarf an Pflegekräften in den Versorgungsregionen**

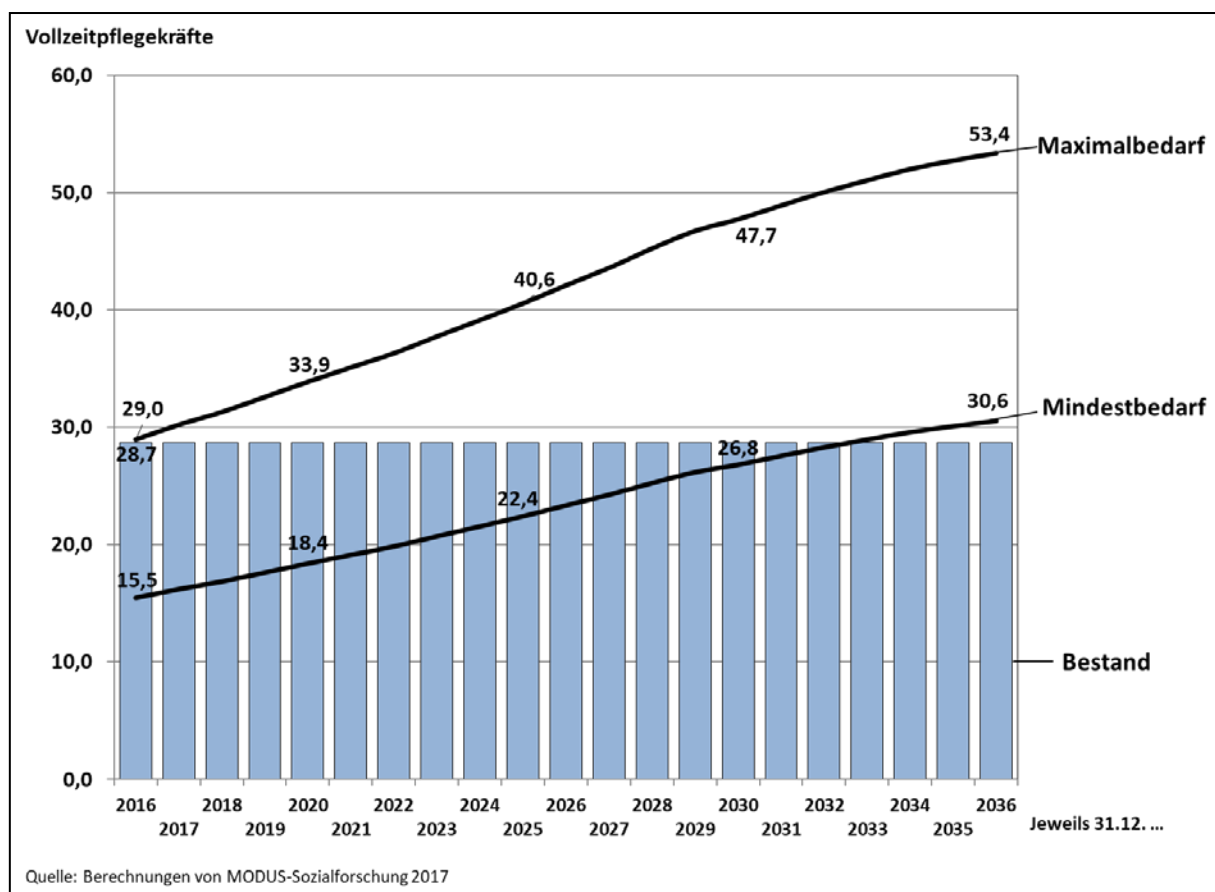
Wie die Abbildung zeigt, liegt der Bestand an Pflegekräften in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ nur knapp über dem ermittelten Mindestbedarf. Dieser Versorgungsregion kann somit zum 31.12.2016 nur eine knapp ausreichende ambulante Versorgungsstruktur bescheinigt werden.

Ganz anders sieht es dagegen in den Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Erlanger Land“ aus. So liegt der Bestandswert in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ um 2,2 Pflegekräfte über dem ermittelten Maximalbedarf. Nach den Ergebnissen der kleinräumigen Bedarfsermittlung wäre somit in dieser Region bereits von einer „Überversorgung“ im ambulanten Bereich auszugehen. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass insbesondere die ambulanten Dienste in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ auch einen relativ großen Anteil an Personen außerhalb ihrer Region betreuen. Berücksichtigt man diesen Sachverhalt und bereinigt den Bestand an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ entsprechend, ergibt sich mit einem Bestand von 43,9 Pflegekräften ein Wert, der wie auch in der Versorgungsregion „Höchstadt“ nur leicht unter dem ermittelten Maximalbedarf liegt. Es ist somit festzustellen, dass in den Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Erlanger Land“ – im Gegensatz zur Versorgungsregion „Herzogenaurach“ im Bereich der ambulanten Pflege eine sehr gute Versorgung gegeben ist.

### 6.1.6 Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege 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 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 „Höchstadt“ dargestellt.

**Abb. 6.5: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2036**



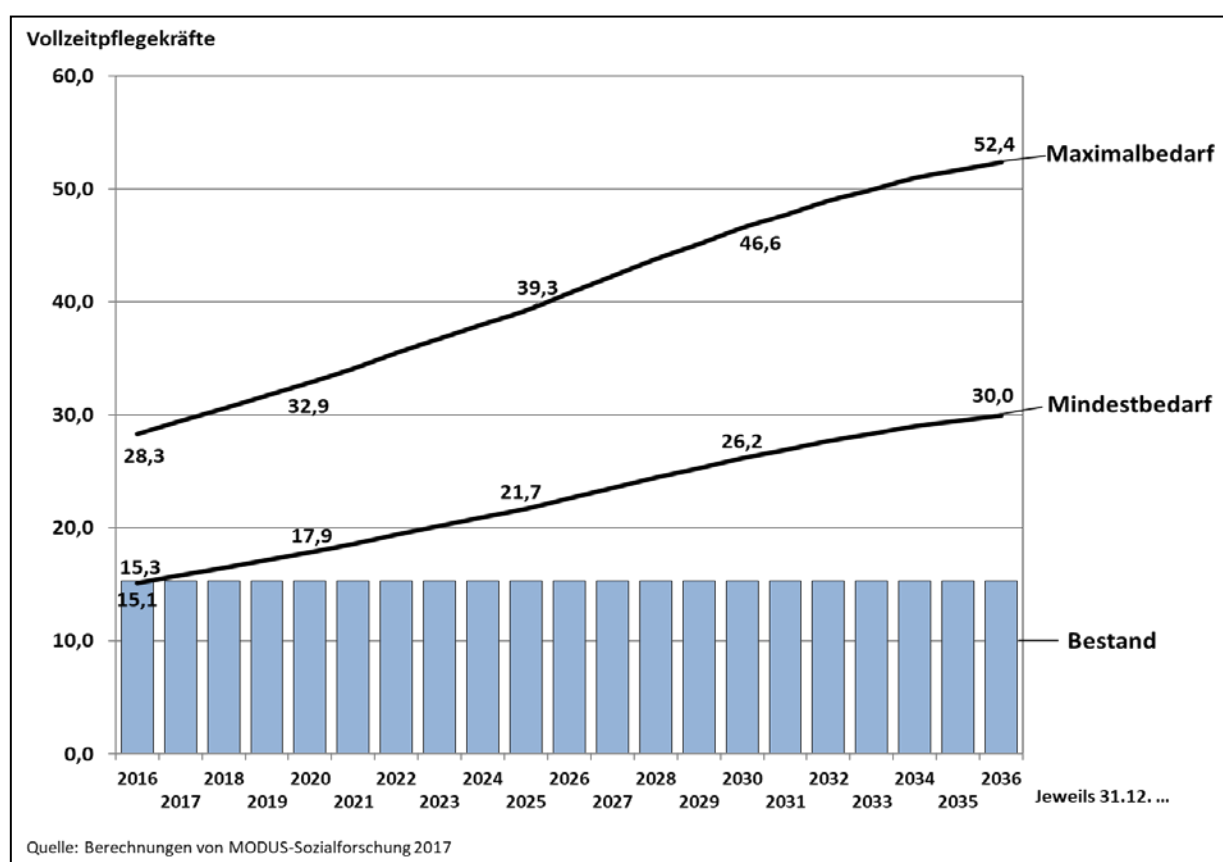
Wie bereits festgestellt, lag der zum 31.12.2016 in der Versorgungsregion Höchstadt festgestellte Bestand an ambulanten Pflegekräften nur knapp unter dem ermittelten Maximalbedarf. Mittel- bis langfristig ist jedoch in dieser Region mit einem kontinuierlich ansteigenden ambulanten Pflegebedarf zu rechnen. So werden im Jahr 2036 voraussichtlich bereits 30,6 bis 53,4 Vollzeitstellen für Pflegekräfte notwendig sein, um den Bedarf in dieser Region vollständig abdecken zu können.



Um das derzeit bestehende ambulante Versorgungsniveau aufrechterhalten zu können, ergibt sich in dieser Region daraus die Notwendigkeit einer Aufstockung der Pflegekräfte um rund eine Vollzeitstelle pro Jahr.

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

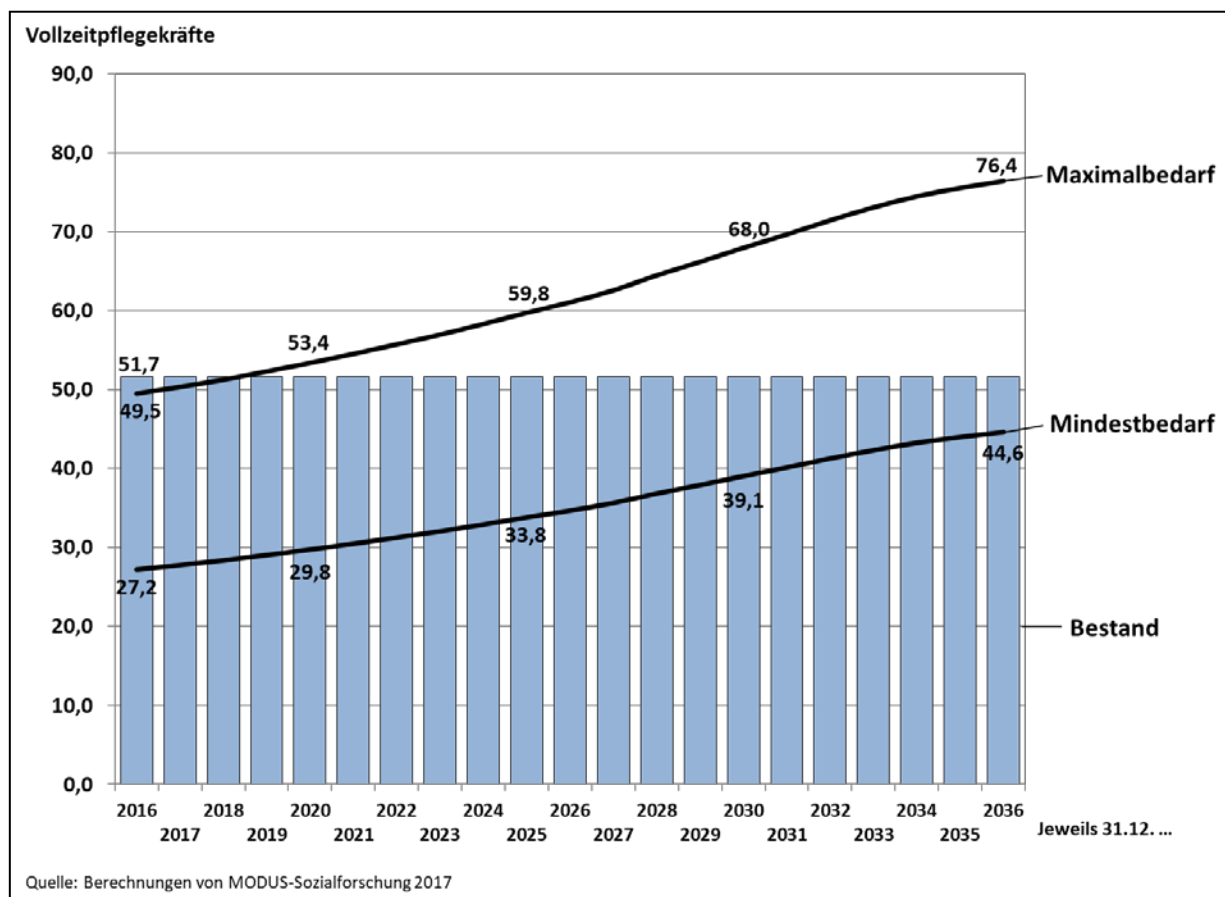
**Abb. 6.6: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2036**



Wie bereits festgestellt, lag der Bestand am 31.12.2016 nur um 0,2 Pflegekräfte über dem festgestellten Mindestbedarf. Nach der durchgeführten Bedarfsprognose werden in dieser Versorgungsregion im Jahr 2025 bereits 21,7 bis 39,3 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig sein und bis 2036 wird sich der Bedarf voraussichtlich auf 30,0 bis 52,4 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte erhöhen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Aufstockung der ambulanten Pflegekräfte um mindestens eine Vollzeitstelle pro Jahr. Da auch in dieser Region der Bestand derzeit nur leicht über dem ermittelten Mindestbedarf liegt, ist hier eine etwas stärkere Personalaufstockung um rund eineinhalb Vollzeitstellen pro Jahr zu empfehlen, um in dieser Region langfristig eine durchschnittliche Bedarfsdeckung zu erreichen.

In der Versorgungsregion Erlanger Land herrscht bereits eine sehr gute ambulante Versorgungsstruktur. Hier liegt der festgestellte Bestand an ambulanten Pflegekräften um einiges über dem ermittelten Maximalbedarf.

**Abb. 6.7: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036**



In der Versorgungsregion Erlanger Land werden im Jahr 2036 voraussichtlich 44,6 bis 76,4 Vollzeitstellen für Pflegekräfte notwendig sein, um den Bedarf in dieser Region abdecken zu können. Wie die Abbildung zeigt, kann der für die Versorgungsregion Erlanger Land ermittelte Mindestbedarf mit den zur Verfügung stehenden Pflegekräften aufgrund der bereits bestehenden sehr guten Versorgung auch langfristig ausreichend abgedeckt werden.

## 6.2 Bedarfsermittlung für den Bereich der teilstationären Pflege

### 6.2.1 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).

### 6.2.2 Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege

#### 6.2.2.1 Ermittlung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Der Bereich der Tagespflege befindet sich bundesweit bisher noch im Aufbaustadium. Es muss deshalb bei einer praxisorientierten Ermittlung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen besonders behutsam vorgegangen werden, damit einerseits keine Bedarfswerte 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.

Für eine praxisorientierte und zugleich wissenschaftlich fundierte Bedarfsermittlung auf kommunaler Ebene ist es 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 überversorgt 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 Diensten betreut werden. Die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* geht 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). Dementsprechend errechnete die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* den Bedarf an Tagespflegeplätzen anhand folgender Formel:

<b>Platzbedarf =</b> $\frac{\text{Pflegebedürftige ab 75 J.} \times \text{Inanspruchnahme von häuslicher Pflege}}{10}$
--

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 973 Personen. Diese Zahl wird mit der Versorgungsquote aus dem Bereich der ambulanten Pflege gewichtet. Damit der Bedarf an Tagespflegeplätzen dabei weder über- noch unterschätzt wird, sondern dem tatsächlichen Bedarf entspricht, muss hierbei von der gewichteten Versorgungsquote ausgegangen werden, die sich aufgrund der regionalen Gegebenheiten (häusliches Pflegepotenzial, Anteil der Einpersonenhaushalte, Wohneigentumsquote) für den Bereich der ambulanten Pflege für den Landkreis Erlangen-Höchststadt ergeben hat (vgl. Kap. 6.1.2).

Um dabei die Substitutionswirkung angemessen berücksichtigen zu können, wird wiederum ein Bedarfsintervall berechnet. Dieses Intervall wird im Wesentlichen von folgenden drei verschiedenen 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 des Intervalls für die Inanspruchnahmequote der häuslichen Pflege wurde bereits in Kap. 6.1.2 ausführlich erläutert und liegt zwischen 26,7% (Minimum) und 40,5% (Maximum).

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

Diese Größenordnung erwies sich bis vor einigen Jahren realistisch. Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und der beiden Pflegestärkungsgesetze wurde jedoch das Budget für die Tagespflege schrittweise erhöht, wodurch in vielen Regionen ein wahrer Boom im Bereich der Tagespflege ausgelöst wurde. Dies hatte zur Folge, dass nicht nur ein Zehntel, sondern teilweise schon 20% dieser Personengruppe eine Tagespflegeeinrichtung besuchen. Um diese aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen, wird deshalb für das Minimum des Bedarfsintervalls ein Wert von 10% und für das Maximum ein Wert von 20% angesetzt.

Auch der dritte Indikator, die durchschnittliche Inanspruchnahme der Tagespflege pro Woche wird wesentlich von den verbesserten Bedingungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beeinflusst. Bevor dieses Gesetz in Kraft getreten ist, wurde vom Bamberger Forschungsverbund 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 zwei Jahren allerdings erheblich angestiegen. Aufgrund der entsprechenden Daten der Tagespflegeeinrichtungen, die in den letzten Jahren vom Bamberger Forschungsverbund im Rahmen der Bedarfsermittlung untersucht wurden, ergibt sich hierfür pro Tagespflegegast nun eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 2,6 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 2,3 Tage und als Obergrenze ein Wert von 2,9 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.

$$\text{Mindestplatzbedarf} = \frac{973 \times 26,7\% \times 2,3}{10 \times 5} = 12,0 \text{ Tagespflegeplätze}$$

Wenn man davon ausgeht, dass jeder Zehnte der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren, der ambulante Pflegeleistungen benötigt, Tagespflegeeinrichtungen nutzt, sind im Landkreis Erlangen-Höchstadt derzeit also mindestens 12 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 ein Zehntel, sondern bereits 20% der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren, die ambulante Pflegeleistungen benötigen, eine Tagespflegeeinrichtung besuchen, ergibt sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt für den Bereich der Tagespflege folgender Maximalbedarf:

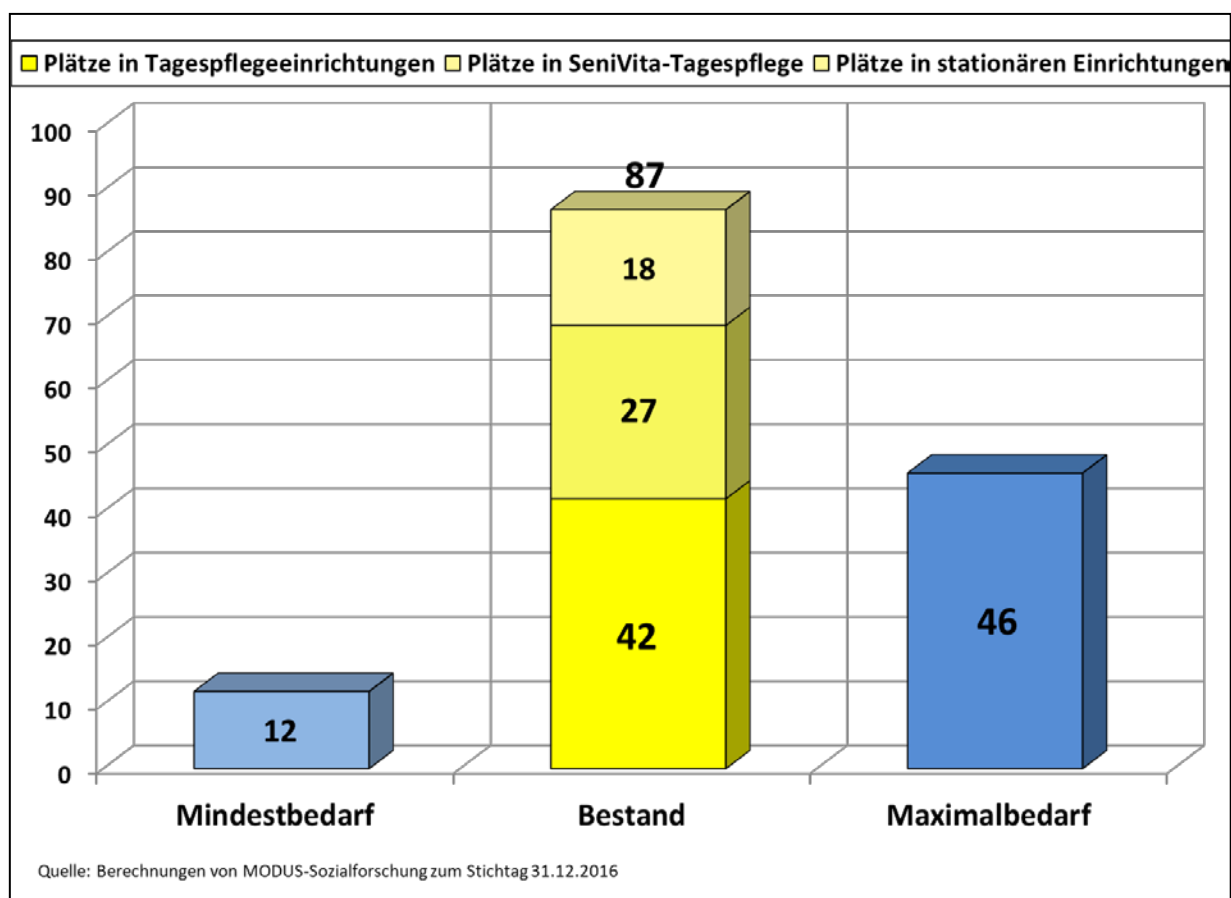
$$\text{Maximaler Platzbedarf} = \frac{973 \times 40,5\% \times 2,9}{5 \times 5} = 45,7 \text{ Tagespflegeplätze}$$

Für den Bereich der Tagespflege resultiert nach dem modifizierten Indikatorenmodell für den Landkreis Erlangen-Höchstadt also ein aktueller Maximalbedarf von 46 Tagespflegeplätzen.

### 6.2.2.2 Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Für die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Bereichs der Tagespflege sind im Landkreis Erlangen-Höchstadt nach der durchgeführten Bedarfsermittlung mindestens 12 bis maximal 46 Plätze notwendig. In der folgenden Abbildung wird diesen Werten der Bestand an Tagespflegeplätzen gegenübergestellt.

**Abb. 6.8: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2016**



Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde am 31.12.2016 einschließlich der SeniTagepflege und der Tagespflegeplätze in den stationären Einrichtungen ein Bestand von 87 Plätzen im Bereich der Tagespflege ermittelt. Wie die Abbildung zeigt, liegt dieser Wert weit über dem ermittelten Maximalbedarf. Wenn man den Landkreis Erlangen-Höchstadt als Ganzes betrachtet, kann derzeit somit von einer sehr guten Versorgung im Bereich der Tagespflege ausgegangen werden.

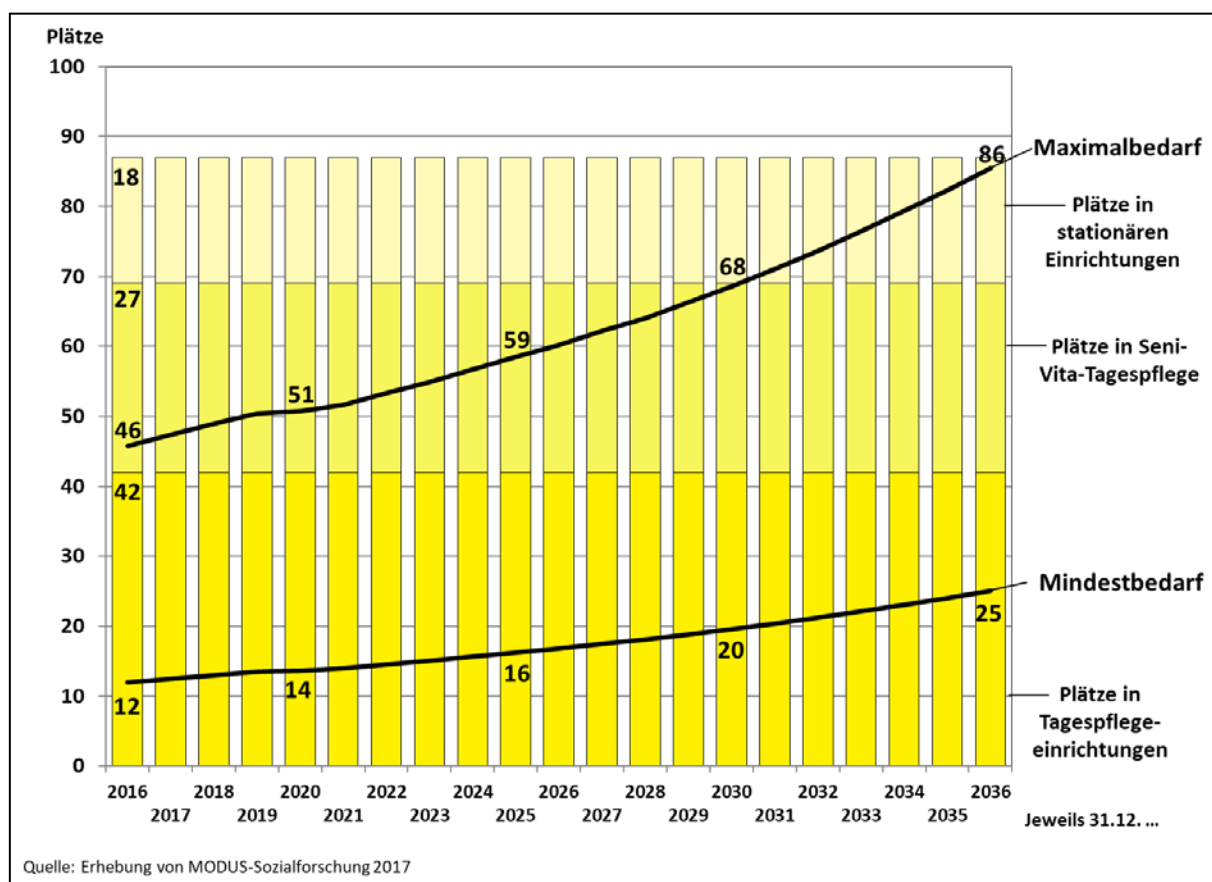
Wie sich der Bedarf im Bereich der Tagespflege in den nächsten Jahren voraussichtlich entwickeln wird, zeigt die im folgenden Kapitel dargestellte Bedarfsprognose.

### 6.2.2.3 Entwicklung des Bedarfs im Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt

An der in Kapitel 5. dargestellten Prognose der Zahl anerkannt pflegebedürftiger Menschen ist zu erkennen, dass sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren in den nächsten Jahren kontinuierlich erhöhen wird. Zur Bestimmung der potentiellen Klienten für die Tagespflege wurde aus diesen Werten die Zahl der stationär betreuten pflegebedürftigen Personen ab 75 Jahren herausgerechnet.

Danach wird sich die Zahl der potentiellen Klienten der Tagespflege von derzeit 973 bis zum Jahr 2025 auf 1.097 Personen erhöhen und bis zum Ende des Projektionszeitraums auf 1.407 Personen ansteigen. Auf dieser Grundlage und einer sukzessiven Erhöhung der örtlichen Versorgungsquote um 0,6%-Punkte ergibt sich für die nächsten Jahre der in folgender Abbildung dargestellte Platzbedarf im Bereich der Tagespflege.

**Abb. 6.9: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs im Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036**



Um die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt mittel- bis langfristig sicherstellen zu können, wird nach der durchgeführten Bedarfsprognose eine wesentlich größere Anzahl an Tagespflegeplätzen notwendig sein als heute.

Während sich bei der aktuellen Bedarfsermittlung für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Bedarfsintervall von 12 bis 46 Tagespflegeplätzen ergibt, steigt das Intervall bis zum Jahr 2025 bereits auf mindestens 16 bis maximal 59 Plätze und bis zum Jahr 2036 ist voraussichtlich eine Erhöhung der Platzzahl auf 25 bis 86 Plätze nötig.

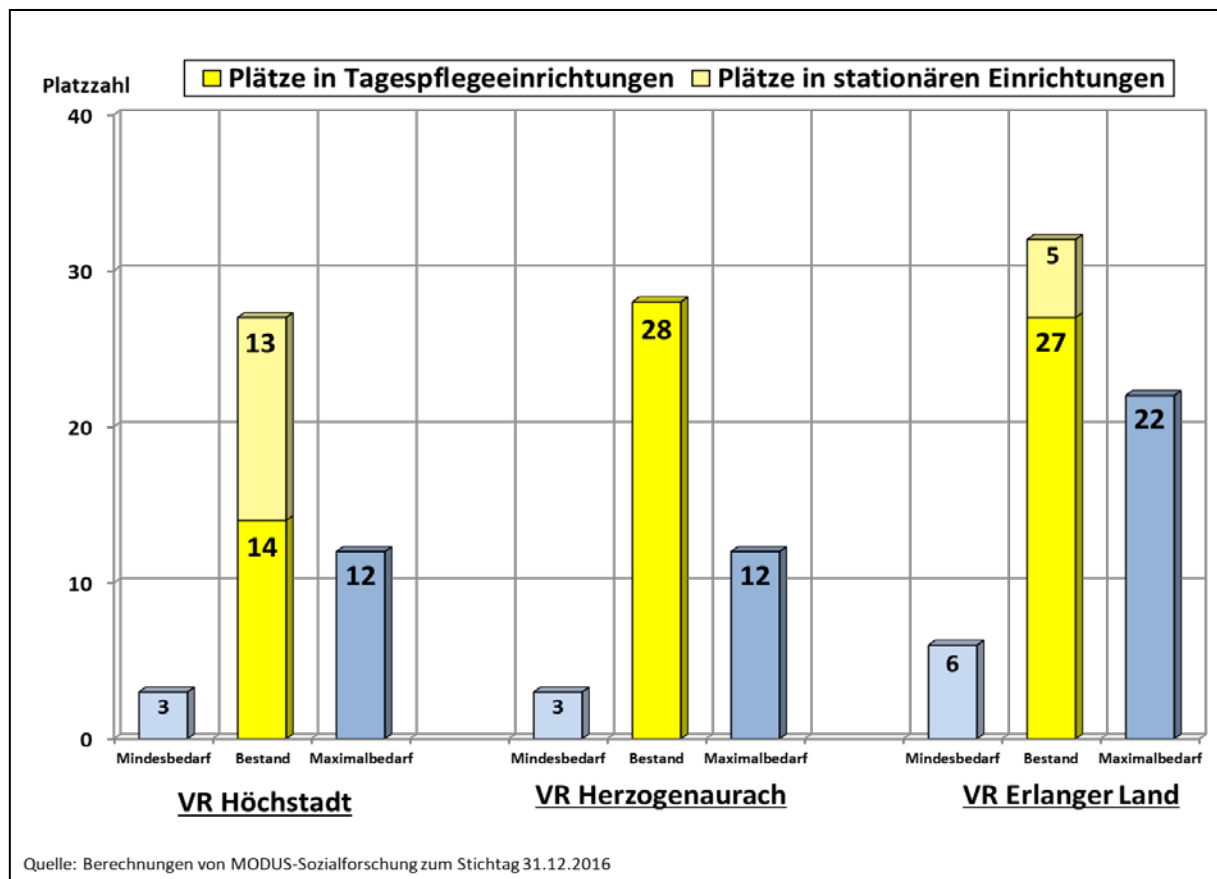
Aufgrund der aktuell bereits guten Versorgung, kann der Bedarf mit den derzeit im Landkreis Erlangen-Höchstadt vorhandenen Tagespflegeplätzen aber trotz der relativ großen Bedarfssteigerung voraussichtlich auch mittel- bis langfristig ausreichend abgedeckt werden.

#### **6.2.2.4 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 übertversorgt 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 Annahme, dass zwischen 10% und 20% der pflegebedürftigen Personen ab 75 Jahren, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen, einen Tagespflegebedarf aufweisen, ergibt sich auf der Basis der in Kapitel 6.1.5 für die einzelnen Versorgungsregionen ermittelten Versorgungsquoten folgender Platzbedarf im Bereich der Tagespflege.



**Abb. 6.10: Bestand und Bedarf an Tagespflegeplätzen in den Versorgungsregionen**

Zum Stichtag 31.12.2016 standen in der nordwestlichen Versorgungsregion Höchststadt 14 Plätze in der eigenständigen Tagespflegeeinrichtung und zusätzlich 13 „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung. Wie die Abbildung zeigt, liegen die Plätze in der eigenständigen Tagespflegeeinrichtung in etwa in der Höhe des ermittelten Maximalbedarfs, so dass dieser Region zum Stichtag 31.12.2016 – auch ohne die Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen – eine sehr gute Versorgung im Bereich der Tagespflege bescheinigt werden kann.

In der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach existierten zum Stichtag 31.12.2016 im Bereich der Tagespflege 28 Plätze. Damit wird hier der ermittelte Maximalbedarf bereits sehr stark überschritten, was für die potentiellen Kunden ebenfalls eine sehr gute Versorgungssituation bedeutet.

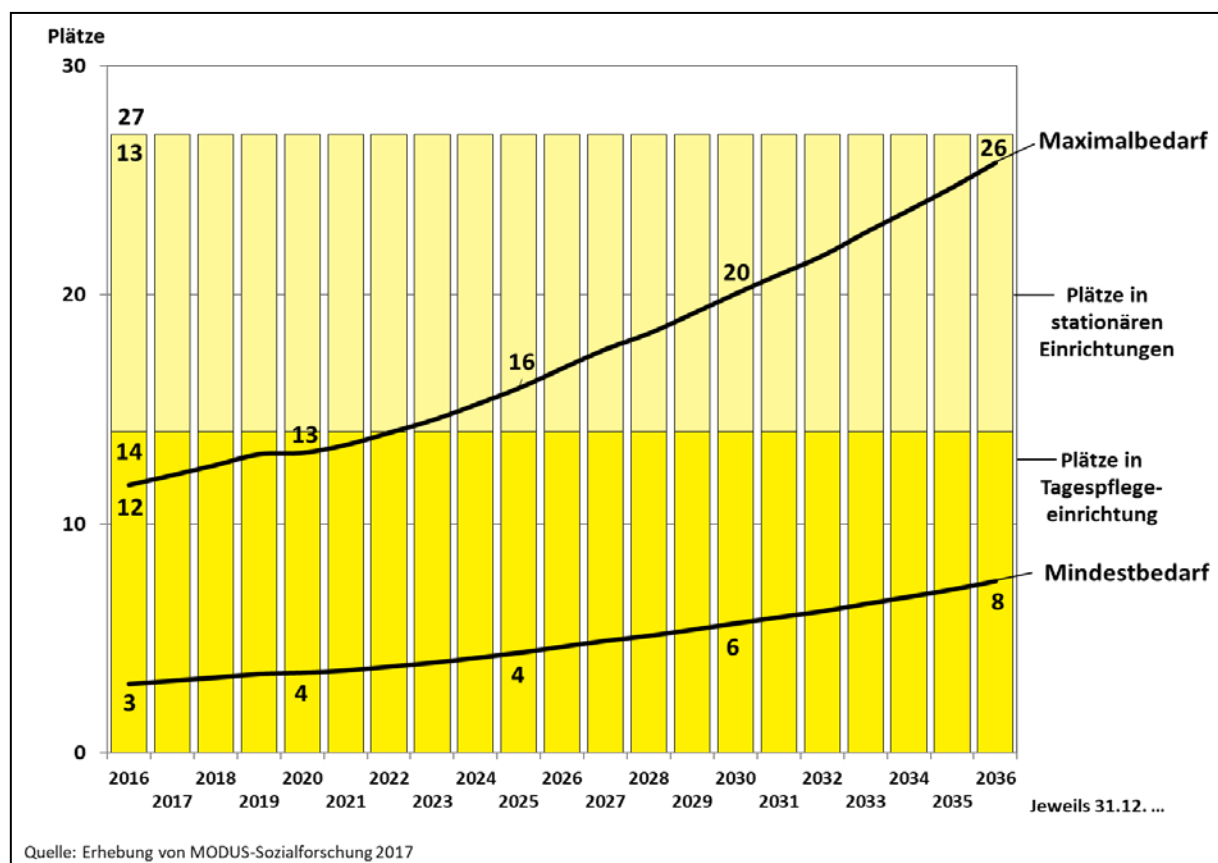
In der östlichen Versorgungsregion Erlanger Land stehen neben den 27 Plätzen in der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung zusätzlich acht Tagespflegeplätze in zwei stationären Einrichtungen zur Verfügung. Wie die Abbildung zeigt, liegen auch hier die 27 Plätze in der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung bereits oberhalb des ermittelten Maximalbedarfs, so dass auch dieser Region zum Stichtag 31.12.2016 – selbst ohne die Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen – rein rechnerisch eine sehr gute Versorgung im Bereich der Tagespflege bescheinigt werden kann.

Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass es sich bei der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung um eine „Tagespflege-Sonderform“ handelt. So kommt der Großteil der Tagespflegegäste aus der trägereigenen Einrichtung, während zum Befragungszeitpunkt nur zwei „externe Tagespflegegäste“ betreut wurden. Obwohl sich also rein rechnerisch in der Versorgungsregion Erlanger Land eine sehr gute Versorgung im Bereich der Tagespflege ergibt, kann es aufgrund der beschriebenen Sondersituation in dieser Region zu Engpässen im Bereich der Tagespflege kommen.

### 6.2.2.5 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 0,6%-Punkte ergibt sich für die Versorgungsregion Höchststadt folgende Bedarfsentwicklung im Bereich der Tagespflege.

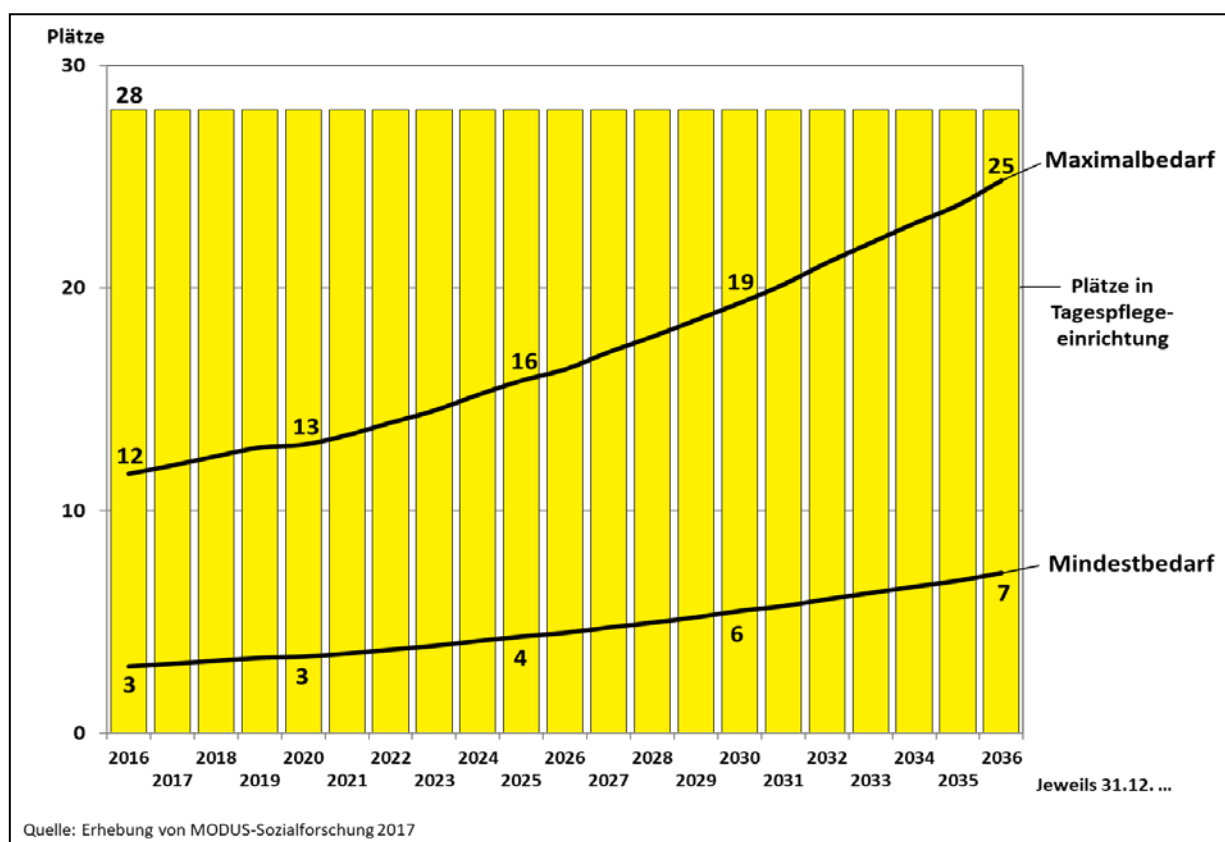
**Abb. 6.11: Entwicklung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2036**



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 2025 auf 4 bis 16 und bis zum Jahr 2036 auf 8 bis 26 Plätze. Da in der Versorgungsregion Höchststadt 14 Plätze in einer eigenständigen Tagespflegeeinrichtung und zusätzlich 13 „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung stehen, kann also trotz der zu erwartenden Bedarfssteigerung davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 27 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, stehen damit bereits weit mehr Tagespflegeplätze zur Verfügung als für die Bevölkerung in dieser Region notwendig wären. Inwieweit dies aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstieges auch in Zukunft noch der Fall sein wird, zeigen die Ergebnisse der Bedarfsprognose für diese Versorgungsregion.

**Abb. 6.12: Entwicklung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2036**

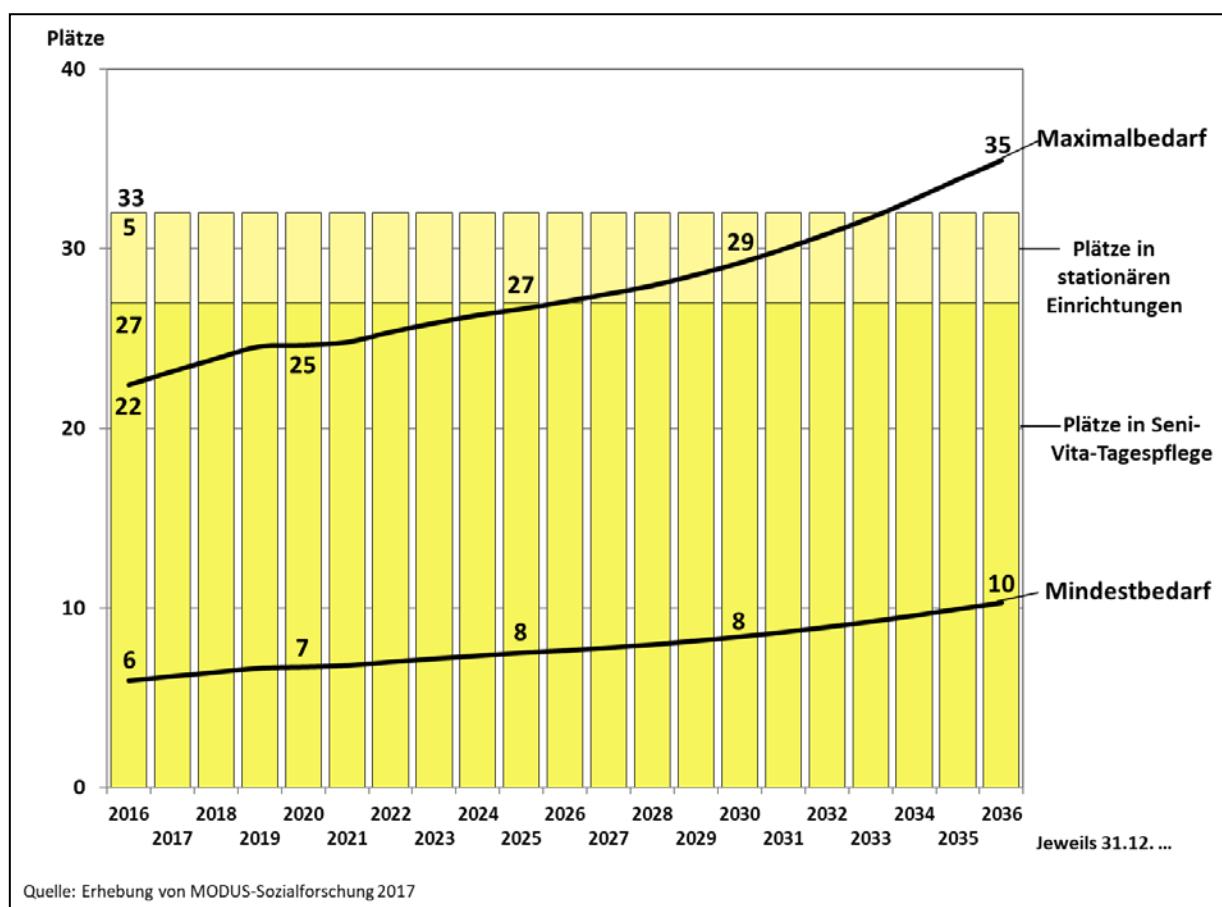


Wie bereits festgestellt, lag der Bestand an Tagespflegeplätzen in der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach am 31.12.2016 bereits um 16 Plätze über dem ermittelten Maximalbedarf.

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 4 bis 16 Plätze bis zum Jahr 2025 und bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 7 bis 25 Plätze. Es kann also trotz der zu erwartenden Bedarfssteigerung davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 28 Tagespflegeplätzen in der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach der regionale Bedarf im Bereich der Tagespflege auch mittel- bis langfristig sehr gut abgedeckt werden kann.

In der östlichen Versorgungsregion Erlanger Land stehen neben den 27 Plätzen in der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung zusätzlich acht Tagespflegeplätze in zwei stationären Einrichtungen zur Verfügung. Die aktuelle Bedarfsermittlung hat hier aktuell einen Bedarf von mindestens sechs Tagespflegeplätzen ergeben, der in den nächsten Jahren noch relativ stark ansteigen wird, wie folgende Abbildung zeigt.

**Abb. 6.13: Entwicklung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036**



Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich auch in der Versorgungsregion Erlanger Land in den nächsten Jahren der Bedarf an Tagespflegeplätzen kontinuierlich erhöhen, und zwar voraussichtlich bis zum Jahr 2025 auf 8 bis 27 Plätze und langfristig auf mindestens 10 bis 35 Plätze.

Obwohl in der Versorgungsregion Erlanger Land rein rechnerisch eine gute Versorgung im Bereich der Tagespflege besteht, sollte aufgrund der Sondersituation mit der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung, in der der Großteil der Tagespflegegäste aus der trügereigenen Einrichtung kommt und damit kaum Platz für „externe Tagespflegegäste“ ist, kurz- bis mittelfristig eine zusätzliche Tagespflegeeinrichtung geschaffen werden, um den Bedarf der Bevölkerung in dieser Region adäquat abdecken zu können.

### **6.2.3 Bedarfsermittlung für den Bereich der Kurzzeitpflege**

#### **6.2.3.1 Ermittlung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt**

Genauso wie im Bereich der Tagespflege muss auch bei der Kurzzeitpflege berücksichtigt werden, dass sich dieser Bereich ebenfalls noch im Aufbaustadium 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 Einwohner ab 65 Jahren auf den aktuellen Bevölkerungsbestand im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Bedarf von 81 Kurzzeitpflegeplätzen ergeben. Der tatsächliche Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen hängt jedoch nicht primär von der Bevölkerungszahl 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 von Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind dabei diejenigen zu sehen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz als pflegebedürftig anerkannt sind. Für diese Personengruppe werden von der Pflegekasse i.d.R. maximal 4 Wochen als sogenannte Urlaubspflege finanziert. Die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* geht deshalb bei der Kurzzeitpflege von einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 28 Tagen aus (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.

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

Neben der durchschnittlichen Nutzungsdauer und dem durchschnittlichen Auslastungsgrad liegt der Kernpunkt der Bedarfsermittlung in der Frage, wie viele pflegebedürftige Menschen eine Kurzzeitpflege beanspruchen bzw. wie viele Haushalte eine Entlastung durch die Kurzzeitpflege benötigen.

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 konstatierten Zielgruppe nicht durch Angehörige, sondern durch ambulante Dienste gepflegt und dementsprechend wird keine 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 73% bis maximal 83% bei Pflegestufe 3, bei Pflegestufe 2 mindestens 53% bis maximal 63% und bei Pflegestufe 1 mindestens 33% bis maximal 43% einmal jährlich eine Kurzzeitpflegeeinrichtung beanspruchen. Aus den Pflegebedürftigkeitsdaten des MDK ergibt sich für den definierten Personenkreis im Landkreis Erlangen-Höchstadt eine Zahl von mindestens 421 bis maximal 518 potentiellen Nutzern von Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Diese beiden Werte werden nun jeweils in die Berechnungsformel eingesetzt, um das Bedarfsintervall für den Bereich der Kurzzeitpflege bestimmen zu können. Hierbei werden die Werte mit der durchschnittlichen Nutzungsdauer multipliziert und anschließend durch den jährlichen Auslastungsgrad dividiert.

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

Im Rahmen der vom Bamberger Forschungsverbund durchgeführten Bedarfsermittlungen in 31 bayerischen Landkreisen und Städten wurde die Nutzungsdauer von mehr als 200 Kurzzeitpflegeplätzen untersucht.

Dabei ergab sich lediglich eine durchschnittliche Nutzungsdauer von 23 Tagen. Im Rahmen der Seniorenhilfeplanung in mehreren mittelfränkischen Landkreisen bestand die Möglichkeit, bei einigen eigenständigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen über zwei Jahre hinweg eine detaillierte Untersuchung der Nutzungsdauer anhand von Beleglisten durchzuführen. Da diese Einrichtungen im Laufe der zwei Jahre von mehr als 1.000 Kurzzeitpflegegästen genutzt wurden, liegt eine ausreichende Datengrundlage für die exakte Berechnung der durchschnittlichen Nutzungsdauer vor. Hier resultierte insgesamt eine durchschnittliche Nutzungsdauer von 18,2 Tagen. Da dieser Wert weit unter dem oben erwähnten Durchschnittswert liegt, ist davon auszugehen, dass die durchschnittliche Nutzungsdauer im Bereich der Kurzzeitpflege noch niedriger ist als von vielen Einrichtungen angegeben wurde.

Es kann deshalb mit hoher Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* zugrunde gelegte durchschnittliche Nutzungsdauer 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:

$$\text{Mindestplatzbedarf} = \frac{421 \times 18}{85\% \times 365} = 24,4 \text{ Kurzzeitpflegeplätze}$$

Nach den Ergebnissen der Bedarfsermittlung werden für den Landkreis Erlangen-Höchstadt auf der Basis einer durchschnittlichen Auslastung von 85% und einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 18 Tagen derzeit mindestens 24 Kurzzeitpflegeplätze benötigt, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Für die Ermittlung des maximalen Platzbedarfes im Bereich der Kurzzeitpflege wird eine Zahl von 518 Kurzzeitpflegegästen und eine durchschnittliche Nutzungsdauer von 23 Tagen angesetzt. Es ergibt sich somit folgende Berechnungsgrundlage:

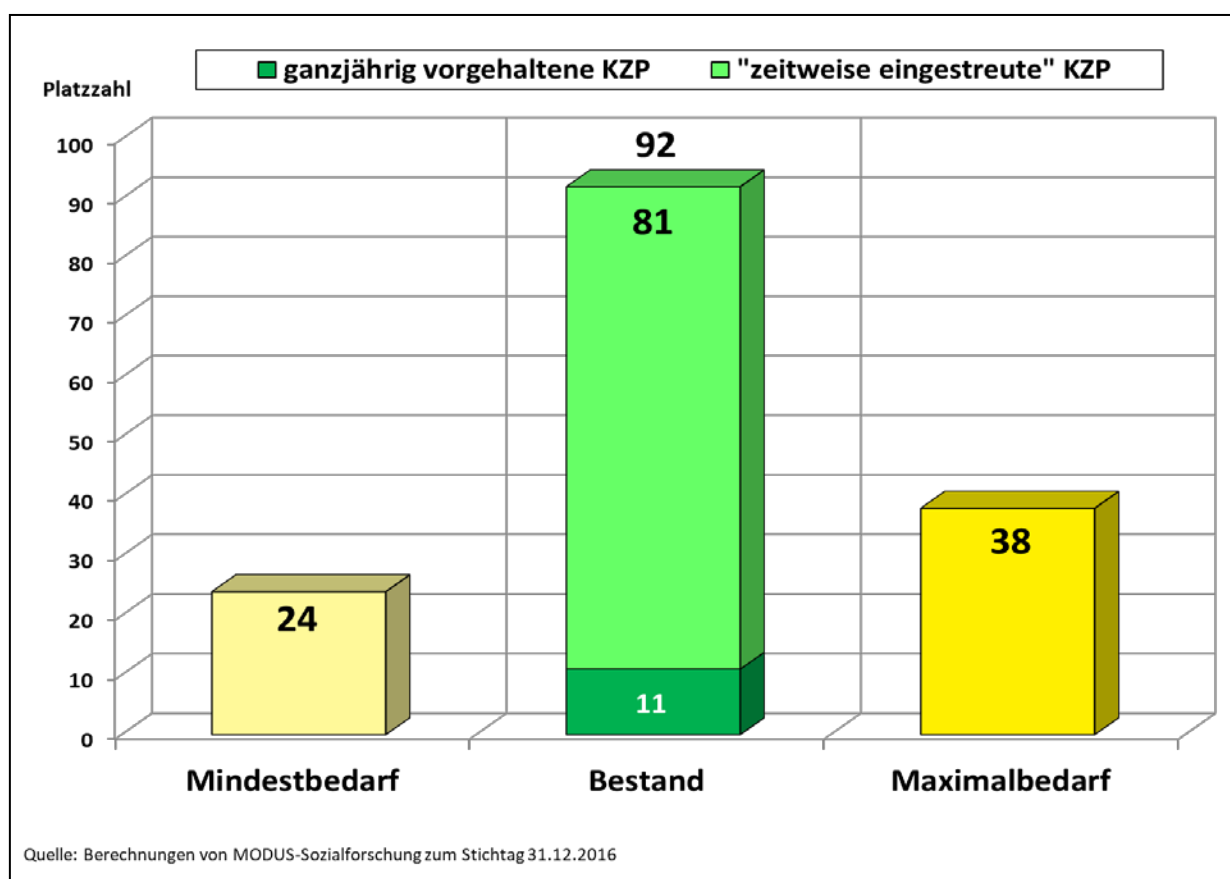
$$\text{Maximaler Platzbedarf} = \frac{518 \times 23}{85\% \times 365} = 38,4 \text{ Kurzzeitpflegeplätze}$$

Nach den Ergebnissen der Bedarfsermittlung werden für den Landkreis Erlangen-Höchstadt auf der Basis einer durchschnittlichen Auslastung von 85% und einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 23 Tagen derzeit maximal 38 Kurzzeitpflegeplätze benötigt, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

### 6.2.3.2 Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2016 standen nach Auskunft der Träger im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt nur elf Kurzzeitpflegeplätze ganzjährig zur Verfügung. Darüber hinaus stehen in den stationären Einrichtungen insgesamt 81 „zeitweise eingestreute“ Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung, wenn freie Plätze in der Einrichtung vorhanden sind (vgl. Kap. 2.2.3.2). In folgender Abbildung werden diese Bestandszahlen den ermittelten Bedarfswerten gegenübergestellt.

Abb. 6.14: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege zum 31.12.2016



Aufgrund der Bedarfsermittlung ergeben sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt zum Stichtag 31.12.2016 ein Mindestbedarf von 24 und ein Maximalbedarf von 38 Kurzzeitpflegeplätzen. Wie die Abbildung zeigt, liegt der Bestand der ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze erheblich unter dem ermittelten Mindestbedarf. Einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Plätze ergibt sich allerdings ein Bestand, der deutlich über dem ermittelten Maximalbedarf liegt. Insgesamt gesehen kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt damit nur unter der Bedingung, dass mindestens ein Viertel der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze auch tatsächlich zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht werden, eine ausreichende Versorgung im Bereich der Kurzzeitpflege unterstellt werden.



Wie die Bestandserhebung ergeben hat, waren im Laufe des Jahres 2016 fast 52% der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze belegt (vgl. Kap. 2.2.3.3), so dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Bereich der Kurzzeitpflege von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden kann.

### **6.2.3.3 Entwicklung des Bedarfs im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt**

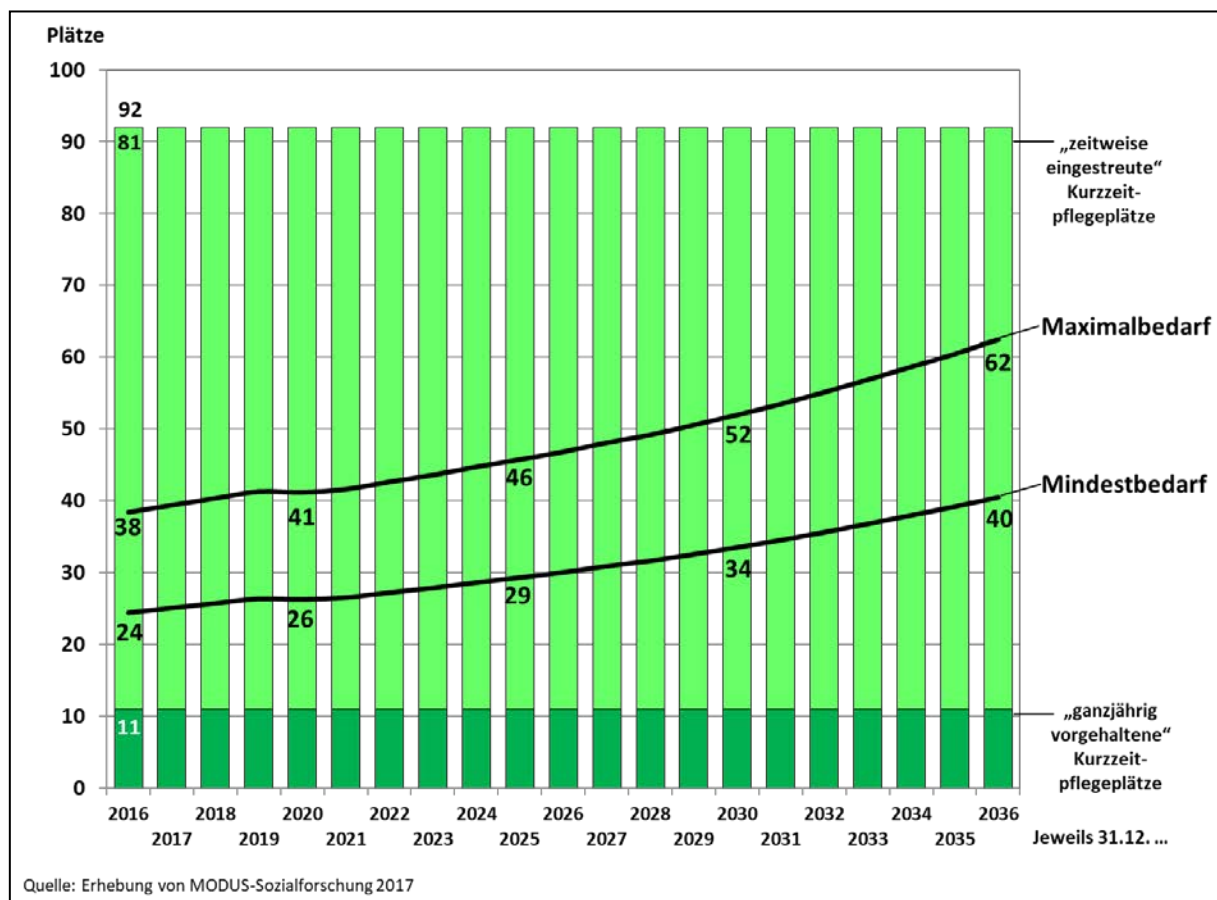
Wie bereits ausgeführt, wird sich der Pflegebedarf im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den nächsten Jahren kontinuierlich erhöhen. Während im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2016 insgesamt 973 anerkannte pflegebedürftige Personen ab 75 Jahren in Privathaushalten lebten, ist aufgrund der Bedarfsprognose davon auszugehen, dass sich ihre Zahl bis zum Jahr 2025 auf 1.097 Personen erhöhen und bis zum Ende des Projektionszeitraums auf 1.407 Personen ansteigen wird.

Bei einer Bedarfsprognose für den Bereich der Kurzzeitpflege ist jedoch nicht nur die zahlenmäßige Entwicklung der Zielgruppe, sondern zusätzlich auch zu berücksichtigen, dass sich aufgrund der seit einigen Jahren in den Krankenhäusern eingeführten DRG's (Diagnosis Related Groups) die Verweildauer der Patienten kontinuierlich verringert. Experten gehen davon aus, dass dadurch insbesondere bei älteren Menschen öfters die Notwendigkeit einer institutionellen Nachbetreuung entsteht, die zu einer Bedarfssteigerung im Bereich der Kurzzeitpflege führen kann.

Wie der Bamberger Forschungsverbund im Rahmen der Auftragstätigkeit für andere Landkreise und kreisfreie Städte festgestellt hat, macht sich der beschriebene Sachverhalt bisher allerdings zwar noch nicht so stark bemerkbar, mittel- bis langfristig muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die DRG's den Nutzungsgrad von Kurzzeitpflegeeinrichtungen 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 Basis 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. 6.15: Entwicklung des Bedarfs im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036**



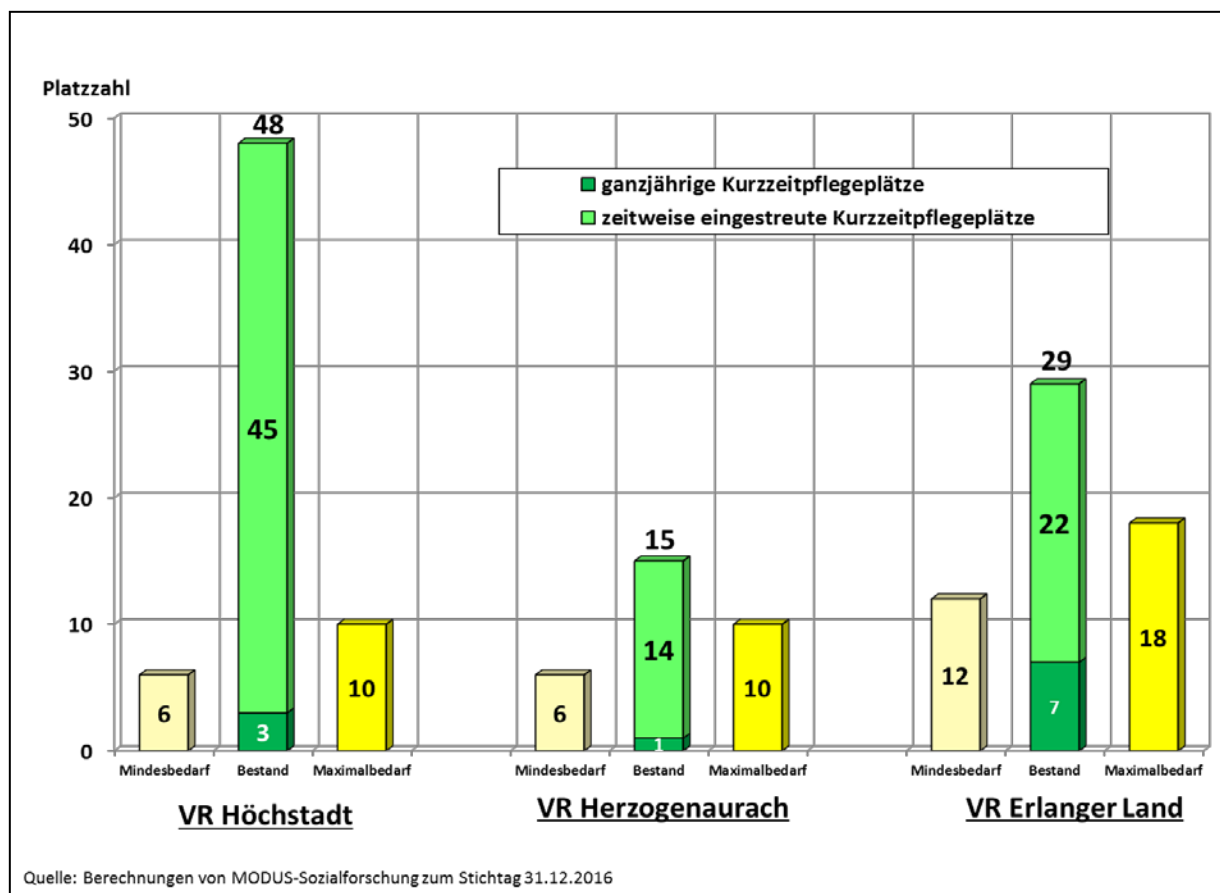
Wie die Abbildung zeigt, wird die zur bedarfsgerechten Ausgestaltung benötigte Platzzahl im Bereich Kurzzeitpflege nach der durchgeführten Bedarfsprognose in den nächsten Jahren ansteigen, und zwar bis zum Jahr 2025 auf mindestens 29 bis maximal 46 Plätze und bis zum Ende des Projektionszeitraumes voraussichtlich auf mindestens 40 bis maximal 62 Kurzzeitpflegeplätze.

Einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze könnte der Maximalbedarf zwar auch fast bis zum Ende des Projektionszeitraumes vollständig abgedeckt werden, will man jedoch mittel- bis langfristig das jetzige Versorgungsniveau aufrechterhalten, wäre es notwendig, mittelfristig insbesondere die Anzahl der ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze auszubauen. In welchen Regionen des Landkreises aus sozialplanerischer Sicht eine Erhöhung der Platzzahl am sinnvollsten ist, darüber kann die im Folgenden dargestellte kleinräumige Bedarfsermittlung und die daran anschließende kleinräumige Bedarfsprognose Auskunft geben.

### 6.2.3.4 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 6.2.3.1 dargestellten Verfahrens. Danach ergeben sich für die einzelnen Versorgungsregionen folgende Werte:

**Abb. 6.16: Bestand und Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in den Versorgungsregionen**

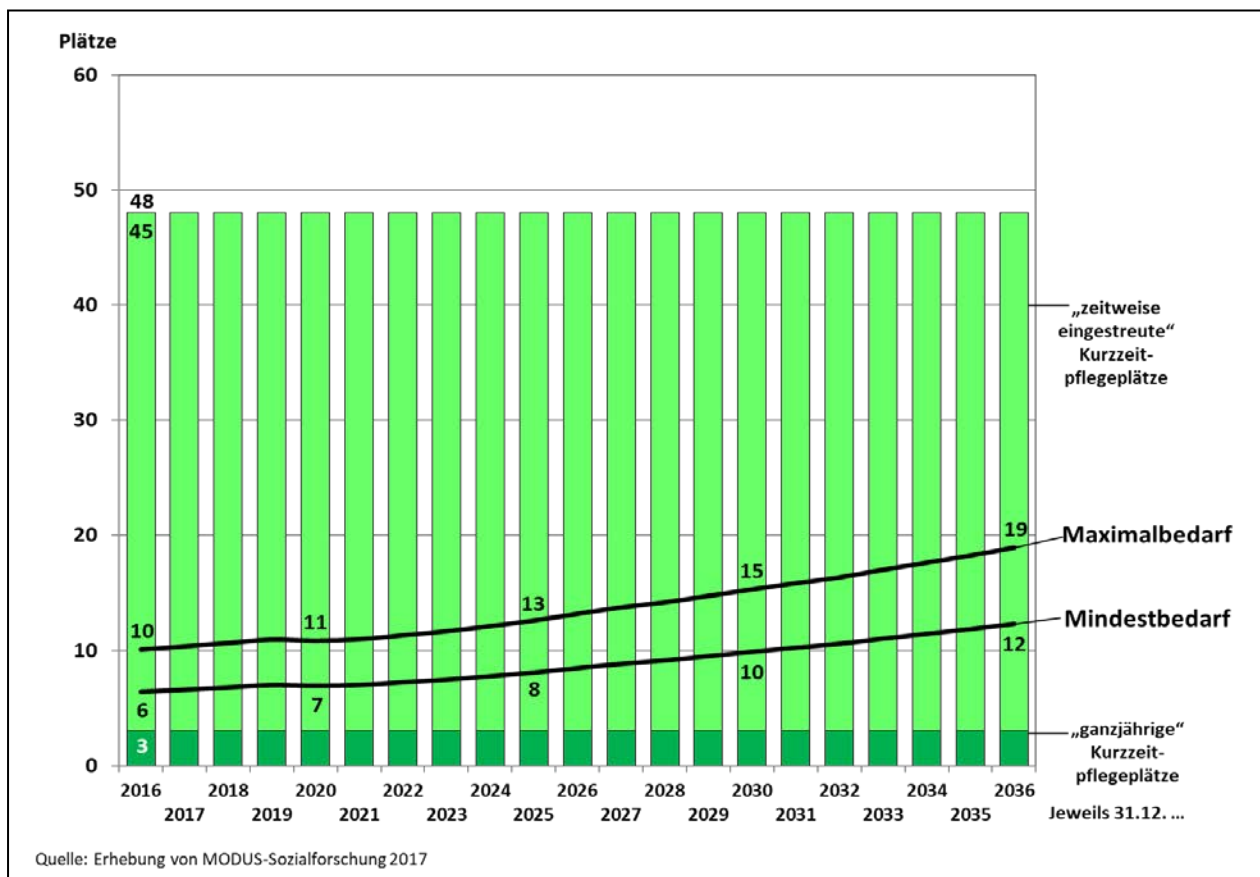


Berücksichtigt man bei dem Ist-Soll-Vergleich nur die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt keine Versorgungsregion als bedarfsgerecht eingestuft werden. Bezieht man allerdings die „zeitweise eingestreuten“ Plätze in die Betrachtung mit ein, liegt der Bestand in allen drei Versorgungsregionen über dem ermittelten Maximalbedarf. Unter Berücksichtigung der „zeitweise eingestreuten“ Plätze kann somit auch kleinräumig betrachtet allen Regionen eine ausreichende Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen bescheinigt werden.

### 6.2.3.5 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.

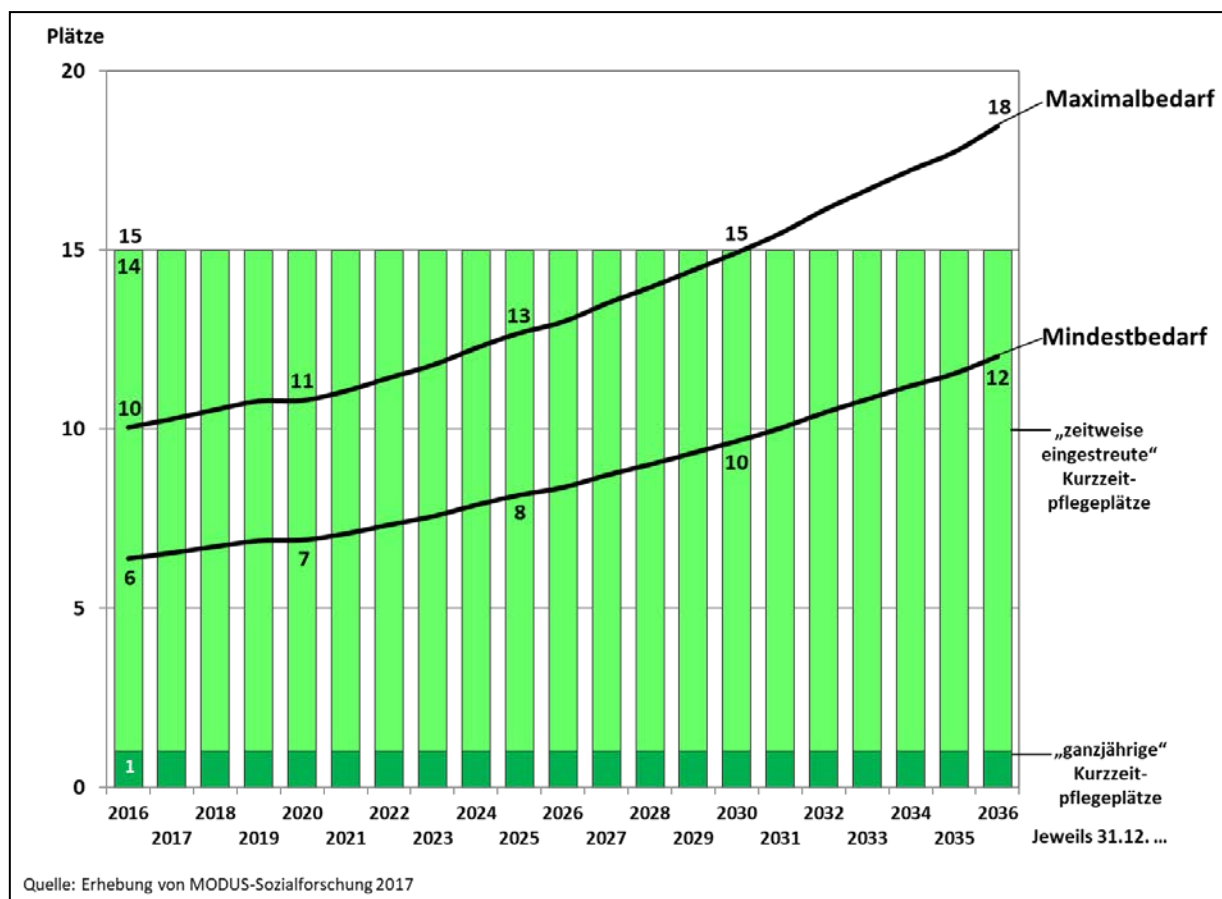
**Abb. 6.17: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2036**



Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 12 bis 19 Plätze erhöhen. Wie die Abbildung zeigt, reicht der Bestand in der Versorgungsregion Höchststadt aus, um den Bedarf auch langfristig vollständig abzudecken. Dies setzt allerdings voraus, dass auch zukünftig mindestens ein Viertel der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze auch tatsächlich belegt werden können.

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

**Abb. 6.18: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2036**

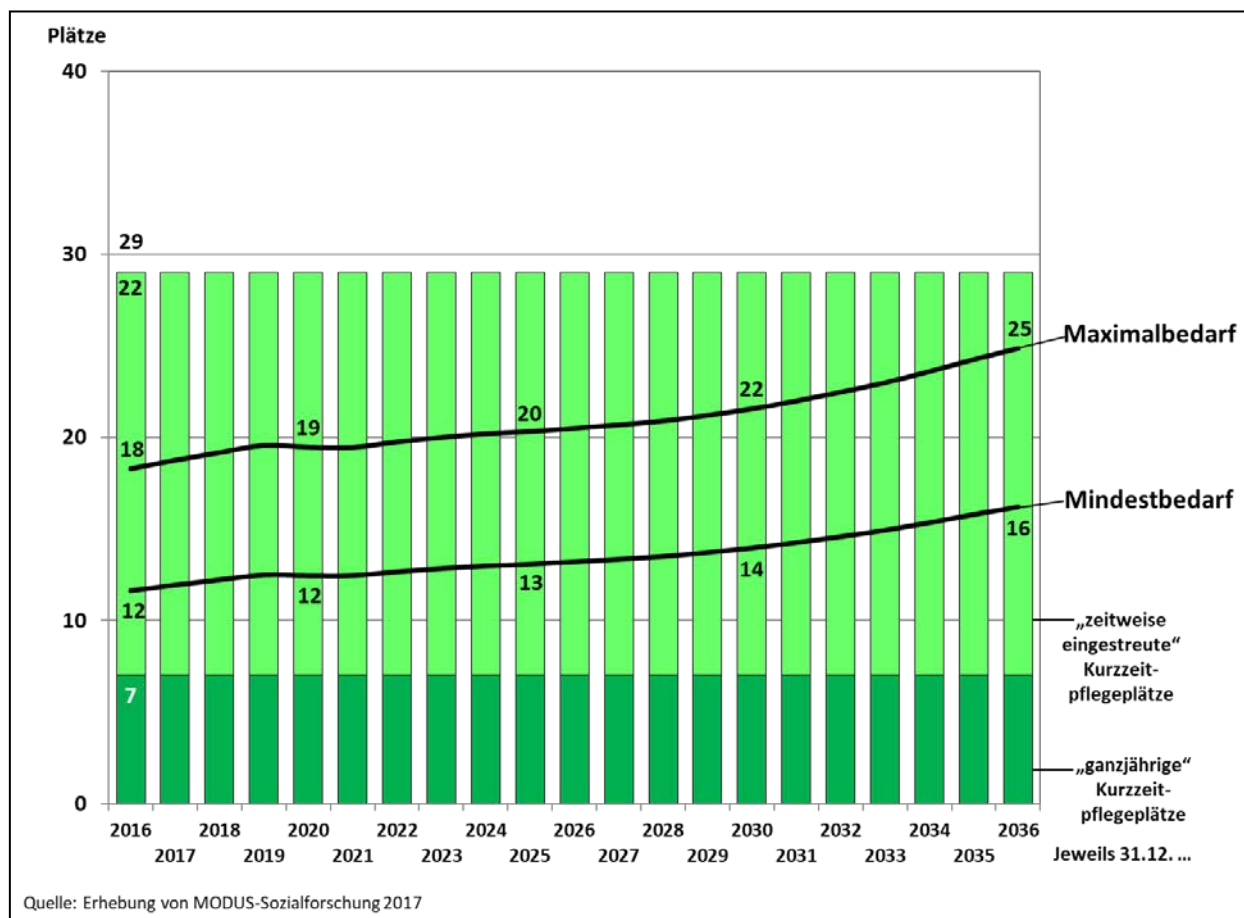


Wie die Abbildung illustriert, wird auch in der Versorgungsregion Herzogenaurach in den nächsten Jahren der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege ansteigen und zwar bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 12 bis 18 Plätze.

Aktuell kann mit den zur Verfügung stehenden 15 Plätzen zwar der ermittelte Maximalbedarf 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.

Die folgende Abbildung zeigt die im Bereich der Kurzzeitpflege zu erwartende Bedarfsentwicklung in der größten Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036.

**Abb. 6.19: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036**



In der Versorgungsregion Erlanger Land wird nach der durchgeführten Prognose der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2036 auf 16 bis 25 Plätze ansteigen.

Wie die Abbildung zeigt, könnte mit dem derzeitigen Bestand der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege langfristig nur noch gut abgedeckt werden, wenn mindestens die Hälfte der derzeit zur Verfügung stehenden „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze auch tatsächlich für die Kurzzeitpflege genutzt werden können.

## 6.3 Bedarfsermittlung für den Bereich der vollstationären Pflege

### 6.3.1 Vorbemerkung

Im Gegensatz zum teilstationären Bereich, der sich in Bayern immer noch im Aufbaustadium befindet, wurde der vollstationäre Bereich in Bayern in den letzten fünfundzwanzig Jahren sehr stark ausgebaut. Auch wenn das Pflegeversicherungsgesetz dem ambulanten und teilstationären Bereich deutlich den Vorrang gegenüber der vollstationären Seniorenhilfe 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 werden allerdings dazu führen, dass stationäre Einrichtungen künftig primär dann beansprucht werden, wenn häusliche oder teilstationäre Betreuung eine Unterversorgung bedeuten würde. Dementsprechend wird sich das durchschnittliche Eintrittsalter in stationäre Einrichtungen voraussichtlich in noch stärkerem Maße erhöhen, als dies in den letzten Jahren der Fall war. Es ist somit davon auszugehen, dass die Plätze in stationären Einrichtungen in erster Linie von der Hochbetagtenbevölkerung genutzt werden. Wie die Bestandsaufnahme der stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchststadt gezeigt hat, lag das Durchschnittsalter am 31.12.2016 hier bereits bei fast 84 Jahren (vgl. Kap. 2.3.4.2).

Das Indikatorenmodell zur kommunalen Bedarfsermittlung berücksichtigt die beschriebene Entwicklung, indem der stationäre Versorgungsbedarf nicht – wie bisher üblich – von der Bevölkerungszahl der Menschen ab 65 Jahren abgeleitet wird, sondern als Basisindikator findet die Bevölkerung ab 80 Jahren Verwendung. 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 allgemeinen Versorgungsbedarfs sind bestimmte Sachverhalte zu berücksichtigen. So sind zum einen die veränderten Bedingungen seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes zu beachten. Seitdem werden die nicht mehr nachgefragten Wohnplätze sukzessive in Pflegeplätze umgewandelt, wodurch sich der stationäre Pflegeplatzbestand – auch ohne die Schaffung neuer Einrichtungen – wesentlich erhöht hat.

Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass sowohl die Anzahl der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze als auch die Anzahl der Wohnplätze in den verschiedenen Regionen in Bayern immer noch sehr unterschiedlich ist, da bei der Bestimmung des stationären Versorgungsbedarfs bisher 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 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.

Der Bamberger Forschungsverbund verfügt durch die jahrzehntelange Begutachtungspraxis in 40 verschiedenen bayerischen Landkreisen und Städten über differenzierte Bestandsdaten von über 400 stationären Einrichtungen. Auf dieser Basis konnten differenzierte Bedarfsabschätzungen für den vollstationären Bereich in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten abgeleitet werden.

Da der Bamberger Forschungsverbund in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten auch mit der Fortschreibung der Bedarfsermittlung bzw. der weiterführenden Seniorenhilfeplanung beauftragt wurde, liegen immer aktuelle Bestandsdaten vor, auf dessen Grundlage auch immer die aktuellen Entwicklungen der Pflegeversicherung in die Analysen einbezogen und das Verfahren zur Bedarfsermittlung systematisch weiterentwickelt werden können.



### 6.3.2 Ermittlung des Bedarfs an Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

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 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.

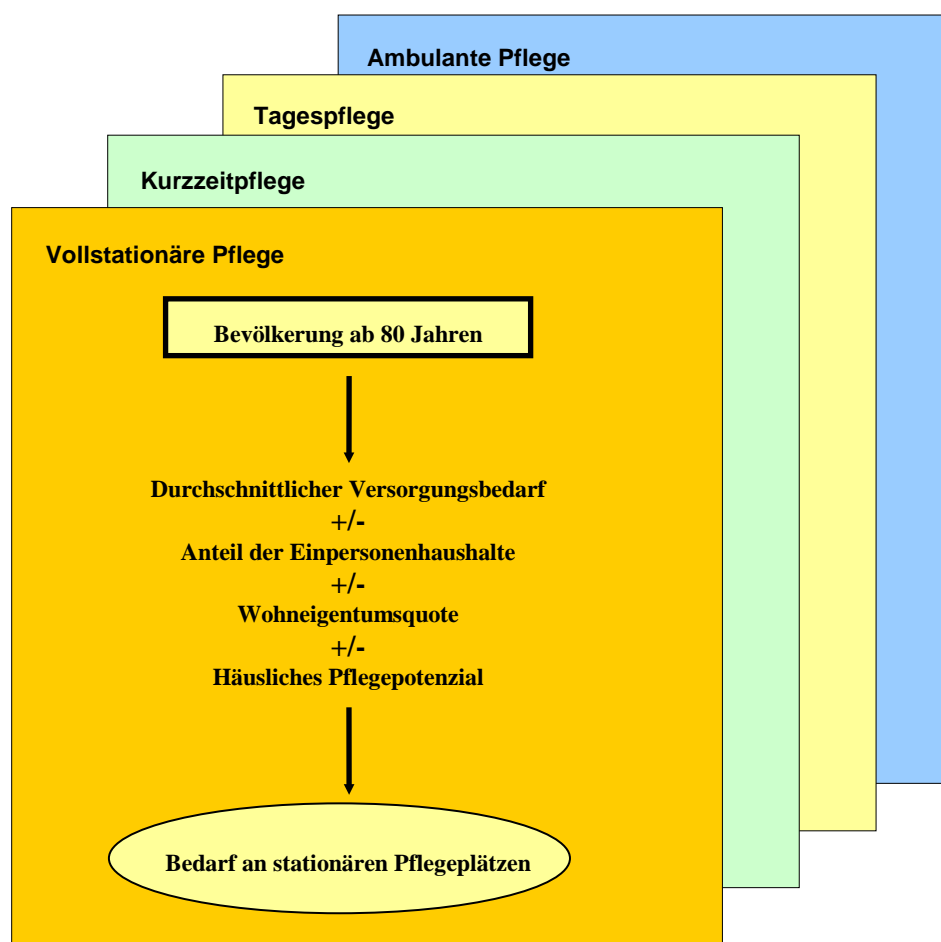
Der Ansatzpunkt der vorliegenden Bedarfsermittlung liegt also bei den pflegebedürftigen Menschen, die in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung umziehen müssen, weil eine ambulante und/oder teilstationäre Betreuung eine Unterversorgung darstellen würde. Ihre Zahl ist allerdings keinesfalls gleichzusetzen mit der Zahl der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze, 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 der Bamberger Forschungsverbund die Bedarfsermittlung in den letzten Jahren durchgeführt hat, befanden sich insgesamt 28.442 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.

Damit ist der durchschnittliche Versorgungsbedarf im Bereich der vollstationären Pflege in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, obwohl auch die anderen Bereiche der Seniorenhilfe relativ stark ausgebaut wurden. Der Grund für diese Tatsache ist mit hoher Wahrscheinlichkeit in dem zunehmend zurückgehenden familiären Pflegepotenzial zu sehen. Damit ist schon der erste wichtige Indikator für eine fundierte Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfes angesprochen: das häusliche Pflegepotenzial. Je größer dieses Pflegepotenzial ist, desto weniger stationäre Pflegeplätze werden benötigt. Der regionale Versorgungsbedarf ist somit abhängig vom zur Verfügung stehenden häuslichen Pflegepotenzial. Um also den regionalen Versorgungsbedarf bestimmen zu können, ist der ermittelte durchschnittliche Versorgungsbedarf um einen bestimmten Faktor zu erhöhen oder zu verringern.

Neben dem zur Verfügung stehenden häuslichen Pflegepotenzial sind jedoch weitere Indikatoren zur Generierung des regionalen Versorgungsbedarfes aus dem durchschnittlichen Versorgungsbedarf in die Analyse einzubeziehen, um den nachweisbaren Stadt-Land-Unterschied bei der Bedarfsermittlung für den Bereich der stationären Pflege angemessen berücksichtigen zu können. In folgender Abbildung sind die notwendigen Indikatoren, die hierbei von Bedeutung sind, zusammenfassend dargestellt.

**Abb. 6.20: 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 6.1.2 des vorliegenden Berichtes bereits ausführlich erläutert.

Da der Anteil der Einpersonenhaushalte unter der älteren Bevölkerung im Landkreis Erlangen-Höchstadt mehr als 2,5%-Punkte niedriger ist als der bayerische Durchschnittswert, ist von einer geringeren Inanspruchnahme von Pflegeleistungen auszugehen. Die durchschnittliche Inanspruchnahmequote ist nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* in diesem Fall um 0,4%-Punkte zu verringern (vgl. MAGS 1995, S. 181).

Der zweite Indikator, die Wohneigentumsquote, ist 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 0,8%-Punkte notwendig (vgl. MAGS 1995, S. 181).

Als dritter Indikator ist das vorhandene häusliche Pflegepotenzial im Versorgungsgebiet zu berücksichtigen. Hier ergibt sich aufgrund der aktuellen Altersstrukturdaten für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Wert, der etwas günstiger ist als der bayerische Durchschnittswert. Da die Abweichung allerdings kleiner als 0,5 ist, reicht hier nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* eine Verringerung der durchschnittlichen Versorgungsquote um 0,4%-Punkte aus (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 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 mit einer Sicherheit von 95% berechnet. Als Untergrenze resultierte für dieses Konfidenzintervall ein Wert von 17,0 und als Obergrenze ein Wert von 21,8.

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:

$$\text{Mindestplatzbedarf} = \frac{(17,0 - 0,4 - 0,8 - 0,4) \times 6.920}{100} = 1.066 \text{ Pflegeplätze}$$

Für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt sich auf der Basis der regionalen Versorgungsquote von 15,4 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren ein Versorgungsbedarf von 1.066 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 21,5 Pflegeplätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren berechnet. Damit ergibt sich für den Maximalbedarf an stationären Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt folgende Berechnungsgrundlage:

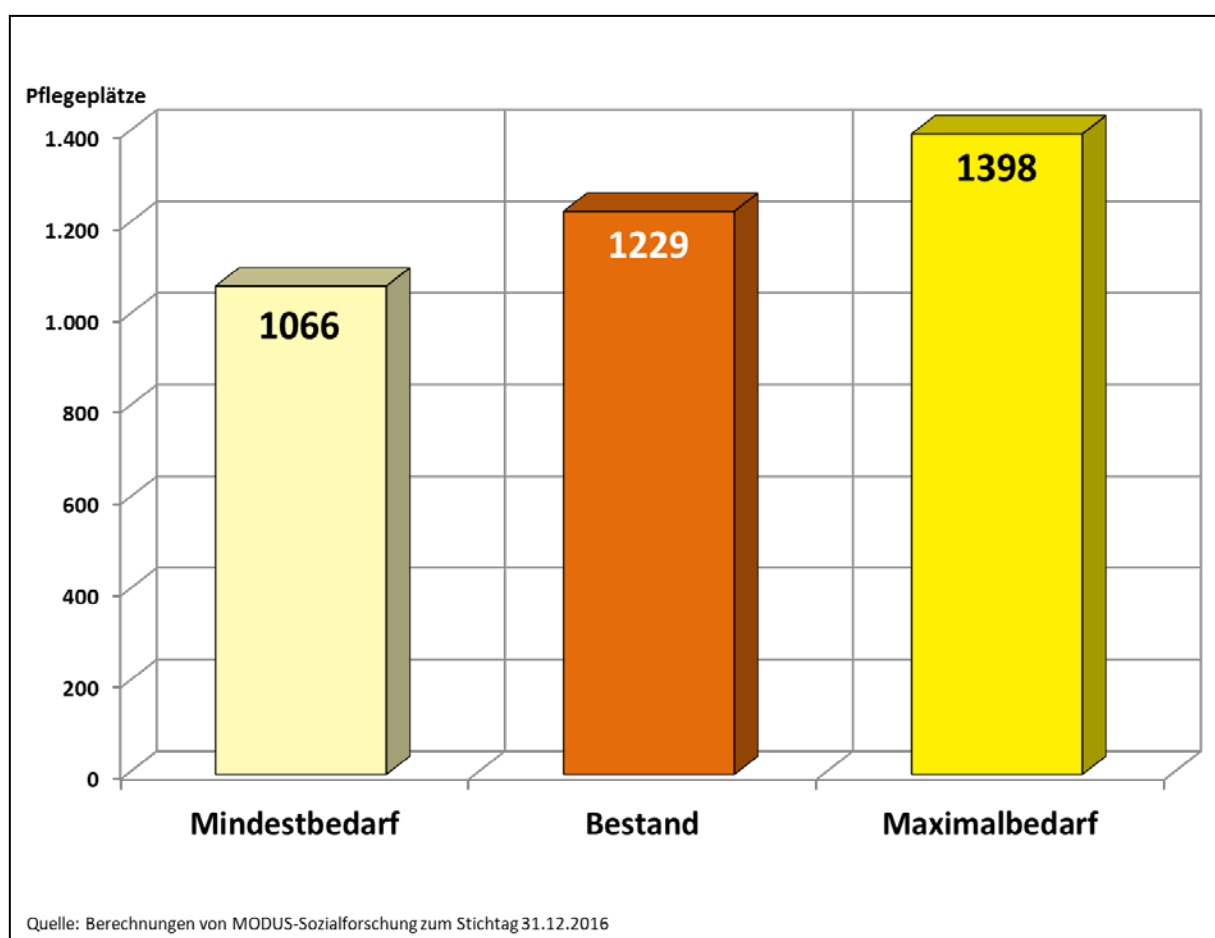
$$\text{Mindestplatzbedarf} = \frac{(21,8 - 0,4 - 0,8 - 0,4) \times 6.920}{100} = 1.389 \text{ Pflegeplätze}$$

Für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt sich auf der Basis der regionalen Versorgungsquote von 20,2 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren ein Versorgungsbedarf von 1.398 Pflegeplätzen. Diese Pflegeplatzzahl ist dann als bedarfsgerecht einzustufen, wenn im ambulanten oder teilstationären Bereich noch keine vollständige Bedarfsdeckung erreicht ist.

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

Wie die Bestandsaufnahme gezeigt hat, standen am 31.12.2016 in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 1.229 Plätze im Bereich der stationären Pflege zur Verfügung. Dieser Wert wird in folgender Abbildung den ermittelten Bedarfswerten gegenübergestellt.

**Abb. 6.21: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2016**



Aufgrund der Bedarfsermittlung ergibt sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Maximalbedarf von 1.398 Pflegeplätzen. Der Bestand von 1.229 Pflegeplätzen liegt somit in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls. Es ist dementsprechend davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt derzeit eine durchschnittliche Bedarfsdeckung im Bereich der stationären Pflege gegeben ist.

Inwieweit angesichts der voraussichtlichen Bedarfsentwicklung im Landkreis Erlangen-Höchstadt dennoch ein Ausbau im Bereich der vollstationären Pflege sinnvoll und notwendig ist, zeigt die im folgenden Abschnitt dargestellte Bedarfsprognose.

### **6.3.4 Entwicklung des Bedarfs im Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt**

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, setzt sich seit Einführung der zweiten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes verstärkt fort. Damit steigt der Anteil der pflegebedürftigen Heimbewohner kontinuierlich an. Es werden dementsprechend immer mehr Pflegeplätze und immer weniger Wohnplätze nachgefragt. Die Träger vieler stationärer Einrichtungen reagieren auf diese Entwicklung mit der Umwidmung ihrer Wohnplätze in Pflegeplätze. Diese Entwicklung hat auch im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den letzten Jahren stattgefunden (vgl. Kap. 2.3.1).

In vielen Regionen werden zusätzlich stationäre Pflegeplätze durch Neubauten geschaffen. Inwieweit dies auch 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 in den nächsten Jahren deutlich ansteigen. Während am 31.12.2016 im Landkreis Erlangen-Höchstadt lediglich 6.920 Menschen ab 80 Jahren lebten, wird ihre Zahl bereits bis zum Jahr 2025 auf 9.163 Personen und bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 11.093 Personen zunehmen (vgl. Kap. 4.4).

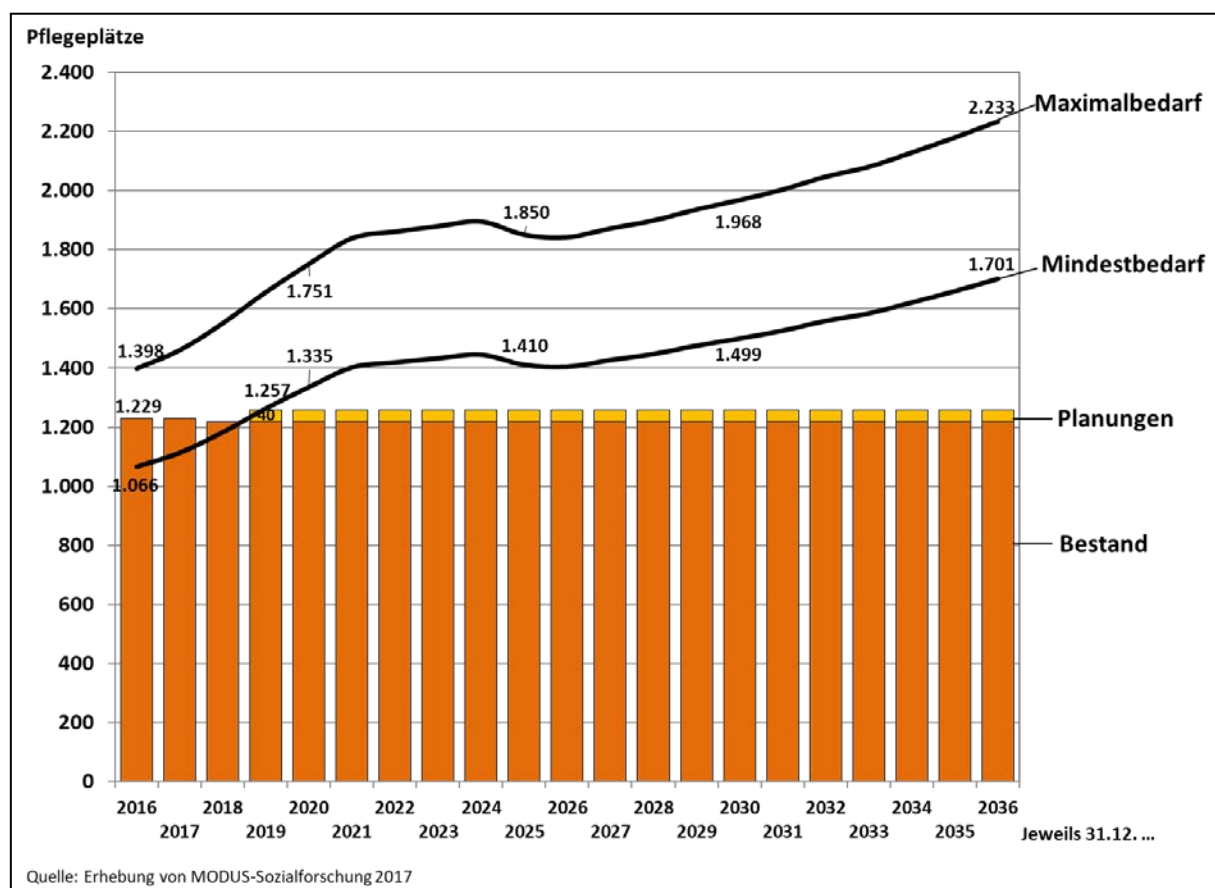
Aufgrund der Bevölkerungsprojektion ist somit davon auszugehen, dass der Bedarf an stationären Pflegeplätzen zumindest bis zum Jahr 2025 weiter ansteigen wird. Die vom Bamberger Forschungsverbund durchgeführten Auswertungen der Bedarfsentwicklungen der letzten Jahre zeigen zudem, dass die durchschnittliche Versorgungsquote im Bereich der stationären Pflege seit 1996 überproportional stark angestiegen ist, und das, obwohl gleichzeitig der ambulante und teilstationäre Sektor der Seniorenpflege relativ stark ausgebaut wurde. Der Grund für diese Tatsache ist zum einen in dem zurückgehenden familiären Pflegepotenzial zu sehen, zum anderen spielt aber auch der medizinische Fortschritt eine wichtige Rolle. Zwar gehen die Menschen immer später ins Heim, gleichzeitig bleiben sie aber auch länger dort, weil die Lebenserwartung immer mehr ansteigt. Nicht zu vernachlässigen ist in diesem Zusammenhang auch die Einführung der DRG's (Diagnosis Related Groups).

Da sich hierdurch die Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern verringert und somit auch behandlungsbedürftige Pflegefälle früher wieder entlassen werden, ist auch hierdurch eine Steigerung der Verweildauer in den Pflegeheimen zu erwarten.

Um die genannten Aspekte zu berücksichtigen, wurde bei den früher von MODUS durchgeführten Bedarfsprognosen davon ausgegangen, dass der Bedarf an Pflegeplätzen demographieunabhängig um einen bestimmten Prozentsatz ansteigen wird. In den letzten Jahren wurde jedoch zunächst durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und anschließend durch die beiden Pflegestärkungsgesetze die ambulanten und teilstationäre Versorgung gestärkt, wodurch die älteren Menschen in den letzten Jahren tendenziell wieder später in Heim gehen. Da hierdurch eine Verringerung der Verweildauer in den Pflegeheimen zu erwarten ist, wodurch die oben beschriebenen Aspekte kompensiert werden, wird die Versorgungsquote im Gegensatz zu früheren Bedarfsberechnungen für den stationären Bereich bis auf weiteres konstant gehalten.

Auf der Grundlage der Bevölkerungsprojektion sowie der dargestellten Annahmen wird sich die Anzahl der bedarfsnotwendigen Pflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt folgendermaßen entwickeln.

**Abb. 6.22: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs im Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2036**



Wie die Abbildung zeigt, wird sich auch der Pflegeplatzbedarf im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den nächsten Jahren sehr stark erhöhen. So wird das Bedarfsintervall bereits bis zum Jahr 2024 auf 1.445 bis 1.895 Plätze ansteigen. Danach ist aufgrund der im Landkreis Erlangen-Höchstadt zu erwartenden Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahren zwar von einem geringfügigen Rückgang des Pflegeplatzbedarfs auszugehen, bis zum Ende des Projektionszeitraumes ist jedoch voraussichtlich wieder ein relativ starker Anstieg auf 1.701 bis 2.233 Pflegeplätze zu erwarten. Während derzeit der Bestand an Pflegeplätzen also in etwa in der Mitte des berechneten Bedarfsintervalls liegt, wird die Platzzahl aufgrund des kurzfristig zu erwartenden starken Bedarfsanstiegs voraussichtlich – auch einschließlich der zusätzlich geplanten Pflegeplätze – bereits im Laufe des Jahres 2019 unter den ermittelten Mindestbedarf fallen.

Bei einer Gesamtbetrachtung des Landkreises kann aufgrund des Vergleichs der Bestands- und der Bedarfsentwicklung zwar in den nächsten Jahren im Bereich der stationären Pflege noch von einer ausreichenden Bedarfsdeckung ausgegangen werden, bereits ab dem Jahr 2019 wird im Landkreis Erlangen-Höchstadt jedoch ein weiterer Ausbau des Pflegeplatzbestandes notwendig, wenn nicht sowohl der ambulante, als auch der teilstationäre Bereich massiv ausgebaut werden. Inwieweit diese Aussage auf die drei Versorgungsregionen gleichermaßen zutrifft, wird im Folgenden mit entsprechenden kleinräumigen Bedarfsprognosen geklärt.

### **6.3.5 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 2036 durchzuführen.

Die Grundlage dieser Bedarfsermittlung bildet dabei die in Kapitel 6.3.1 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.



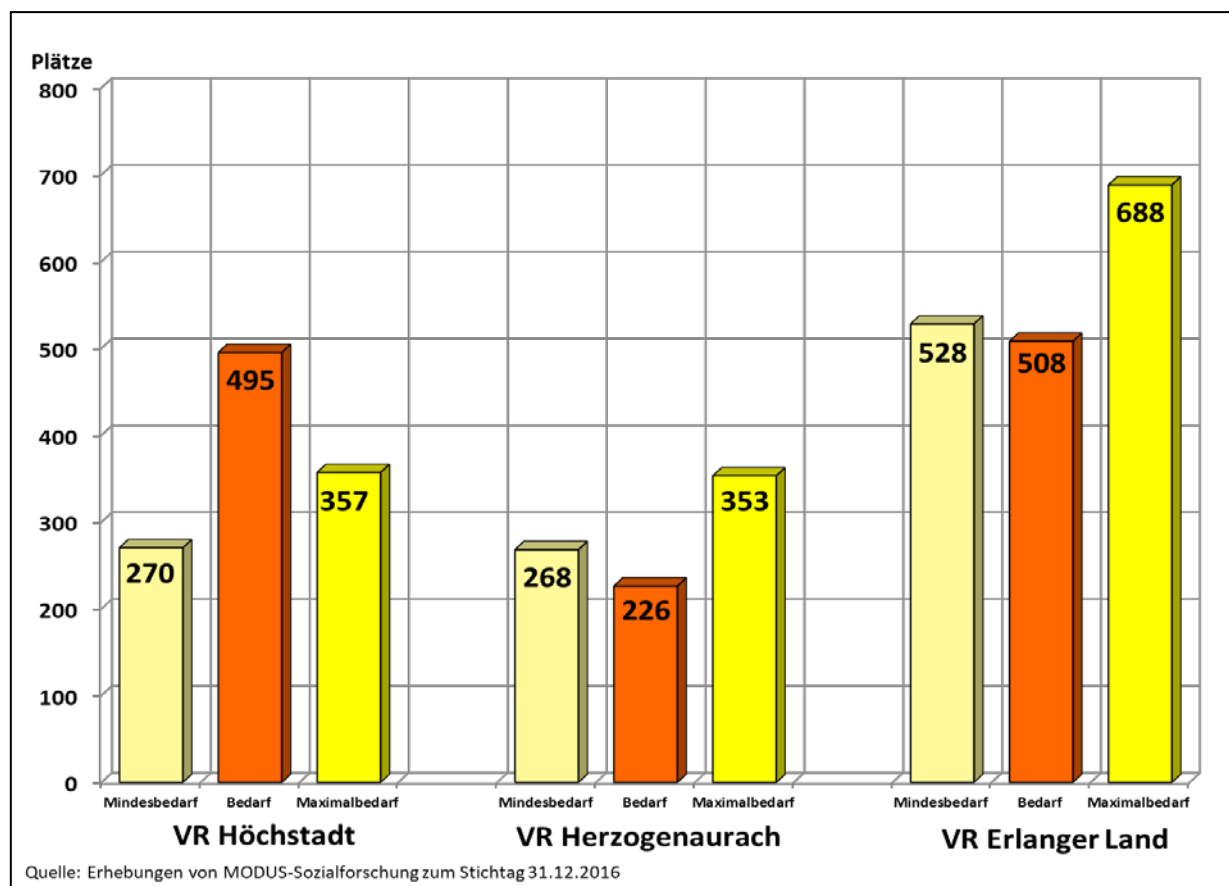
Stattdessen wird auch für die Ermittlung des Bedarfs der in den einzelnen Versorgungsregionen zur Bedarfsdeckung notwendigen Pflegeplätze das Indikatorenmodell verwendet.

Da die Vorgehensweise und die Ausprägung der einzelnen Indikatoren in den einzelnen Versorgungsregionen bereits in Kapitel 6.1.5 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 verringert wurde.

Entgegen der Versorgungsquote, die für den Gesamtlandkreis benutzt wurde, wird für die Versorgungsregion „Erlanger Land“ somit eine etwas höhere Versorgungsquote von 15,36 bis 19,96 verwendet, während für die anderen beiden Versorgungsregionen ein Intervall von 14,5 bis 19,1 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 31.12.2016 ergeben haben.

**Abb. 6.23: Bestand und Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen in den Versorgungsregionen**



Wie bereits festgestellt, besteht im Landkreis Erlangen-Höchstadt – als „Ganzes“ betrachtet – eine gute Versorgung mit Pflegeplätzen, da der derzeitige Pflegeplatzbestand in etwa in der Mitte des berechneten Bedarfsintervalls liegt.

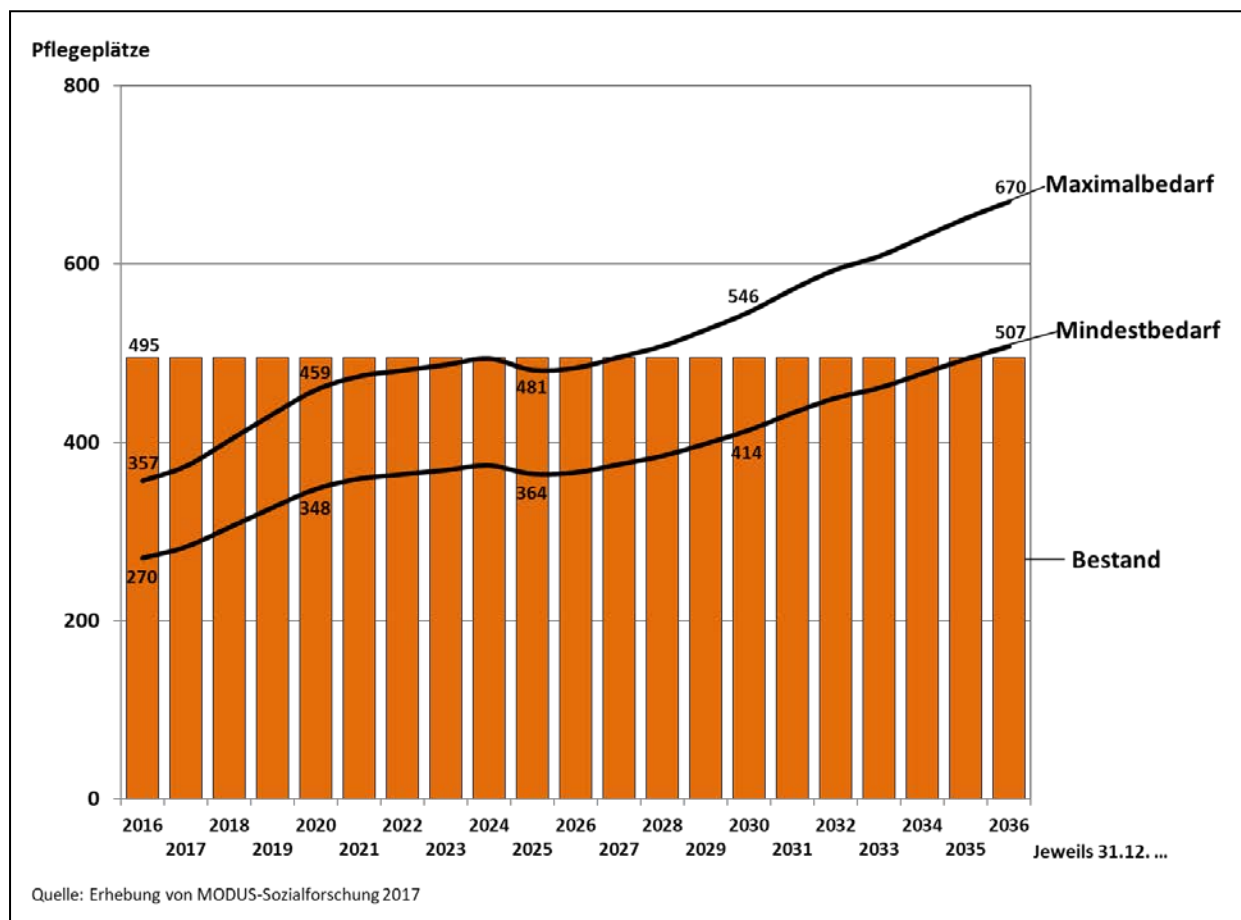
Die kleinräumige Bedarfsermittlung zeigt nun, dass sich die gute Versorgung mit Pflegeplätzen ausschließlich auf die Versorgungsregion Höchstadt bezieht. So übersteigt der Bestand in der Versorgungsregion Höchstadt den ermittelten Maximalbedarf um 138 Plätze, während der Bestand in der Region Herzogenaurach aktuell um 42 Plätze und in der Versorgungsregion Erlanger Land um 20 Pflegeplätze unter dem ermittelten Mindestbedarf liegt, weshalb in diesen beiden Regionen 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.

### **6.3.6 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 Höchstadt.

**Abb. 6.24: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2036**

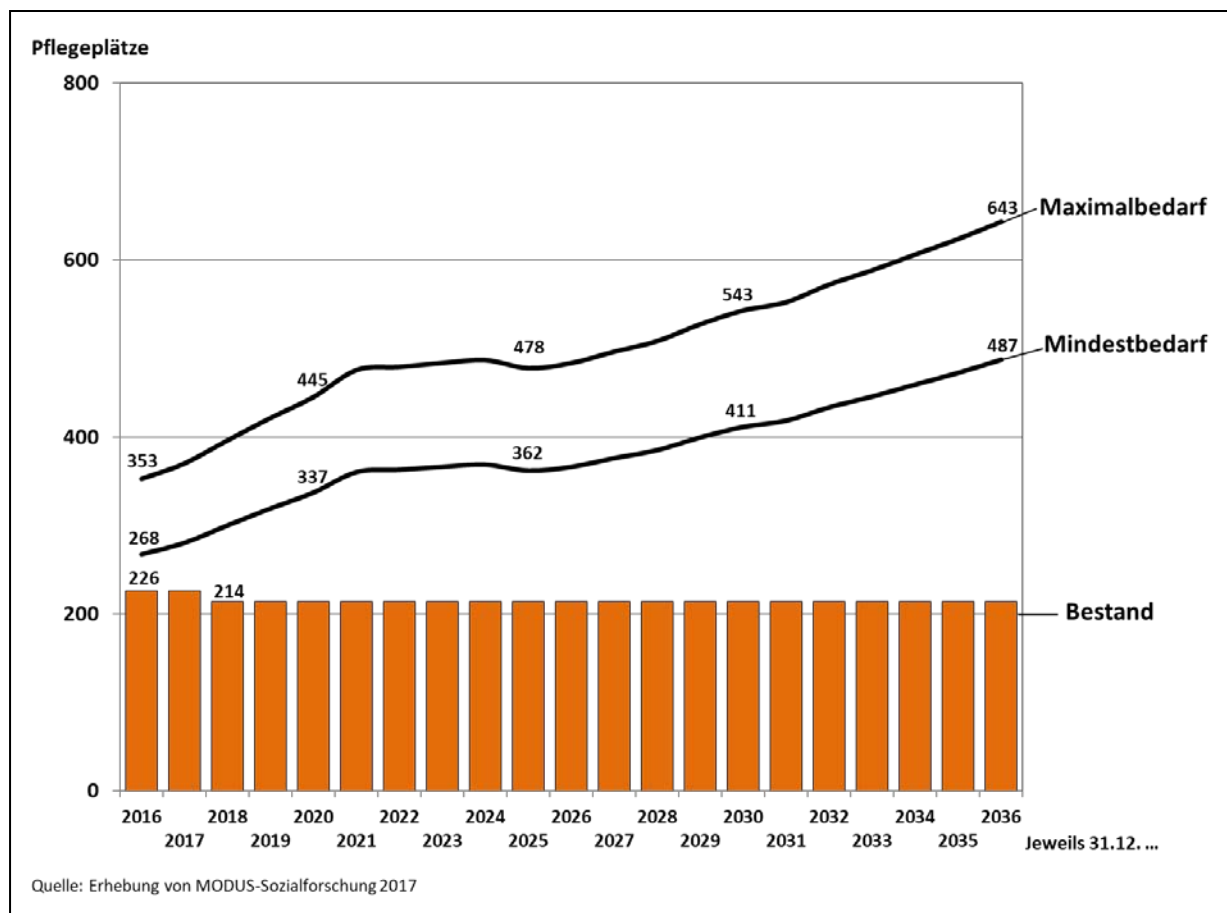


Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2025 bereits auf 364 bis 481 Pflegeplätze und bis zum Jahr 2036 auf 507 bis 670 Pflegeplätze ansteigen.

Wie bereits festgestellt, liegt der Bestand an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt mit 495 Pflegeplätzen derzeit bereits um 138 Plätze über 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 abgedeckt werden.

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

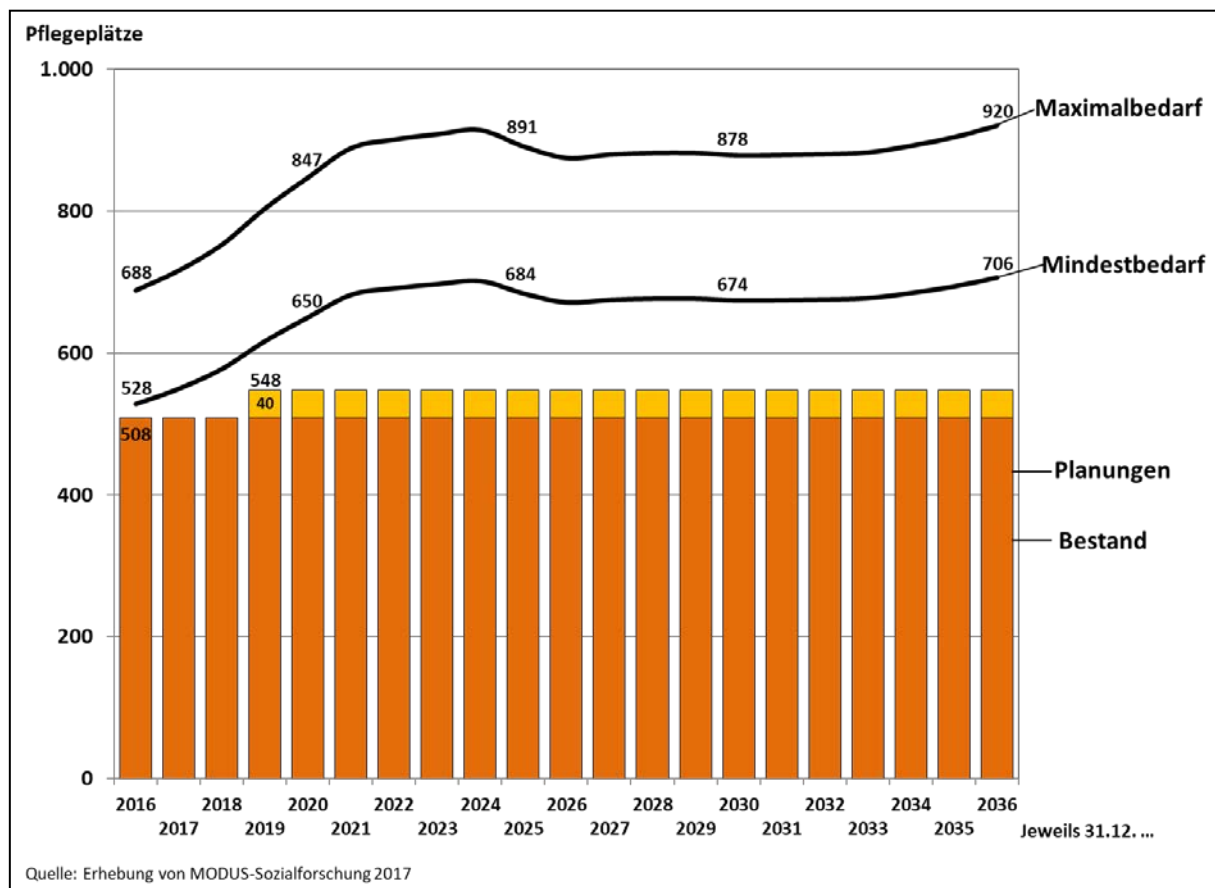
**Abb. 6.25: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2036**



Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2025 auf 362 bis 478 Pflegeplätze und anschließend bis zum Jahr 2036 auf 487 bis 643 Pflegeplätze ansteigen. In dieser Region wird somit bereits kurzfristig ein Ausbau der Pflegeplätze notwendig, um den regionalen Bedarf an stationären Pflegeplätzen vollständig abdecken zu können.

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

**Abb. 6.26: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2036**



Wie die Abbildung zeigt, wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2025 auf 684 bis 891 Pflegeplätze und bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 706 bis 920 Pflegeplätze ansteigen.

Durch den in der „Parkwohnanlage für Senioren“ in Uttenreuth bis Ende des Jahres 2019 geplanten Ausbau um 40 Pflegeplätzen wird der Bestand zwar auf insgesamt 548 Pflegeplätze erhöht, dies reicht aufgrund des steigenden Bedarfs allerdings nicht aus, um den Bedarf in dieser Region vollständig abzudecken.

In den nächsten Jahren wird somit auch in dieser Region ein weiterer Ausbau der Pflegeplätze notwendig, um den Bedarf an stationären Pflegeplätzen vollständig abzudecken zu können.

## 6.4 Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe

Im Rahmen der vorliegenden Bedarfsermittlung wurden für die Bereiche der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege aktuelle Bedarfsanalysen durchgeführt. Darüber hinaus wurden für die genannten Bereiche auf der Grundlage der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung und der vorliegenden Daten zur Pflegebedürftigkeit langfristige Bedarfsprognosen bis zum Jahr 2036 erstellt, die den Trägern der vorhandenen Dienste 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.

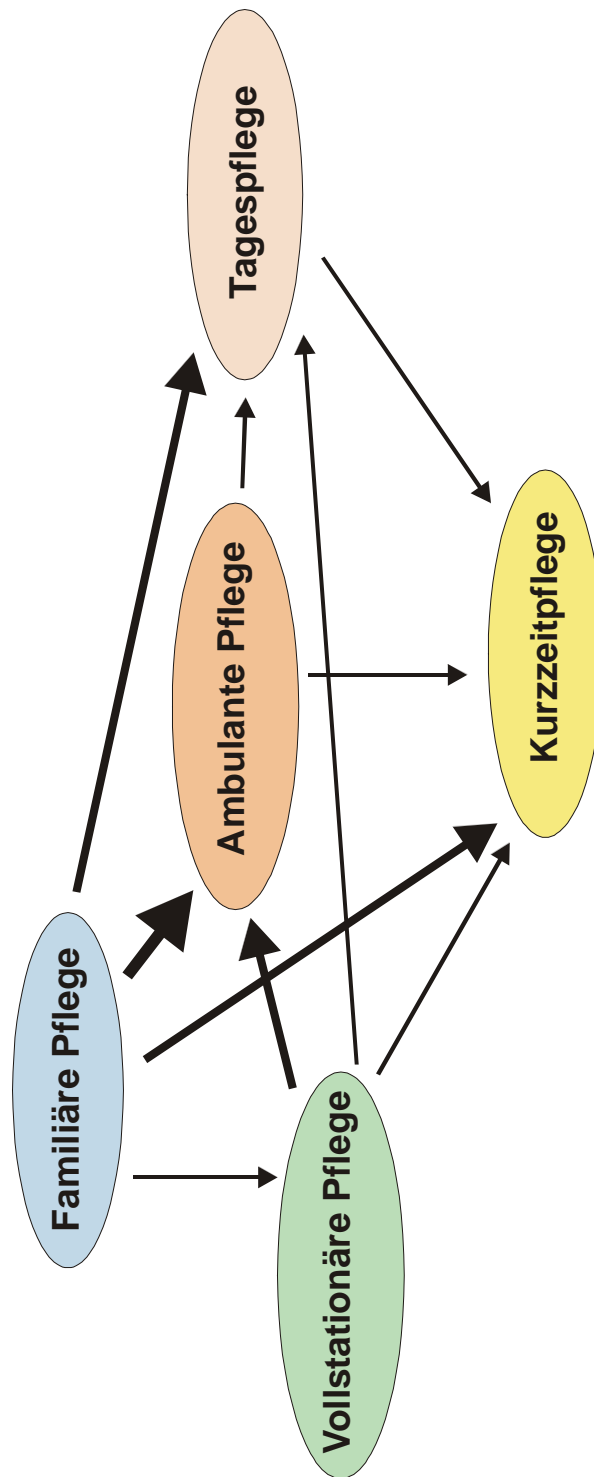
Die dargestellten Bedarfsprognosen orientieren sich an diesem Grundsatz. Dementsprechend wurde bei der Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege eine kontinuierliche Erhöhung der Versorgungsquote zugrunde gelegt. Das gleiche gilt für den teilstationären Bereich der Seniorenhilfe. Auch hier wurde von einer kontinuierlichen Erhöhung der Inanspruchnahme ausgegangen. Da sich der teilstationäre Bereich allerdings im Bundesland Bayern derzeit noch im Aufbaustadium befindet, wurde der Anfangswert in diesem Bereich bewusst unter den bundesweit üblichen Richtwerten angesetzt, um dem Anspruch einer praxisorientierten Bedarfsermittlung gerecht werden zu können.

Der vollstationäre Bereich der Seniorenhilfe ist dagegen im Bundesland Bayern schon sehr stark ausgebaut. Seit der Einführung der zweiten Stufe der gesetzlichen Pflegeversicherung wandeln die Träger der stationären Einrichtungen zudem ihre immer weniger nachgefragten Rüstigen- und Wohnplätze in Pflegeplätze um. Dadurch sind in den letzten Jahren zahlreiche zusätzliche Pflegeplätze geschaffen worden. Zusätzlich drängen seitdem auch verstärkt private Anbieter auf den Markt und bauen neue Pflegeheime. Andererseits zeigt sich jedoch seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung auch eine demographieunabhängige Steigerung der Nachfrage. Aus diesem Grund wurde auch für den stationären Bereich eine kontinuierliche Erhöhung der Versorgungsquote über den gesamten Prognosezeitraum angenommen, die aber wesentlich niedriger als in den beiden anderen Bereichen angesetzt wurde.

Um die Substitutionswirkungen bei der regionalen Ausgestaltung der Pflegeinfrastruktur angemessen berücksichtigen zu können, wurden 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 Anfangsstadium 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. 6.27: Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe





Zusätzlich zu den beschriebenen Substitutionswirkungen zwischen den ambulanten, voll- und teilstationären Bereichen der Seniorenpflege kann sich auch durch neuere 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 stationäre Unterbringung. Bei entsprechender Ausgestaltung des „Betreuten Wohnens“ ist deshalb von einer Substitutionswirkung dieses Angebotes auf den stationären Sektor der Seniorenhilfe auszugehen. Dies gilt aber nur dann, wenn der ältere Mensch – der ursprünglichen Konzeption dieser neuen Wohnform entsprechend – auch bei Pflegebedürftigkeit in der „betreuten Wohnung“ verbleiben und gepflegt werden kann. In der Praxis sieht es jedoch oft so aus, dass die Bewohner von betreuten Wohneinrichtungen nur bei leichter Pflegebedürftigkeit „ambulant“ betreut werden und bei „Schwerpflegebedürftigkeit“ oder spätestens bei „Schwerstpflegebedürftigkeit“ in ein Pflegeheim verlegt werden.

Auf die vorliegende Bedarfsermittlung hat der Ausbau des „Betreuten Wohnens“ 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.

Ähnlich sieht es mit der neuartigen Versorgungsform, 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. Deshalb führt auch das Ausbreiten dieser Versorgungsform primär zu einer Expansion des ambulanten Sektors, was sich einerseits wiederum bei der Bestandserhebung niederschlägt und andererseits durch die stärker zunehmende Steigerungsrate bei der Bedarfsprognose für den ambulanten 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.

## 6.5 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 40 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 2036 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 31.12.2016 insgesamt 156 Pflegekräfte beschäftigt waren. Umgerechnet auf Vollzeitäquivalente resultiert daraus eine Zahl von 95,7 Pflegekräften (vgl. Kap. 2.1.3).

Nach den Ergebnissen der Bedarfsermittlung wären unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten zum Stichtag 31.12.2016 im Landkreis Erlangen-Höchstadt zwischen 57,8 und 106,8 Pflegekräfte im Bereich der ambulanten Pflege notwendig gewesen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Der Bestand an Pflegekräften liegt damit näher am Maximal- als am Mindestbedarf. Es kann somit derzeit im Landkreis Erlangen-Höchstadt von einer sehr guten Versorgung im Bereich der ambulanten Pflege ausgegangen werden (vgl. Kap. 6.1.3).

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 der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ nur knapp über dem ermittelten Mindestbedarf. Dieser Versorgungsregion kann somit zum 31.12.2016 nur eine knapp ausreichende ambulante Versorgungsstruktur bescheinigt werden. Ganz anders sieht es dagegen in den Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Erlanger Land“ aus. So liegt der Bestandswert in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ um 2,2 Pflegekräfte über dem ermittelten Maximalbedarf. Nach den Ergebnissen der kleinräumigen Bedarfsermittlung wäre somit in dieser Region bereits von einer „Überversorgung“ im ambulanten Bereich auszugehen. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass insbesondere die ambulanten Dienste in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ auch einen relativ großen Anteil an Personen außerhalb ihrer Region betreuen. Berücksichtigt man diesen Sachverhalt und bereinigt den Bestand an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ entsprechend, ergibt sich mit einem Bestand von 43,9 Pflegekräften ein Wert, der wie auch in der Versorgungsregion „Höchstadt“ nur leicht unter dem ermittelten Maximalbedarf liegt. Es ist somit festzustellen, dass in den Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Erlanger Land“ – im Gegensatz zur Versorgungsregion „Herzogenaurach“ im Bereich der ambulanten Pflege eine sehr gute Versorgung gegeben ist (vgl. Kap. 6.1.5).

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 2036 in der Versorgungsregion Höchstadt voraussichtlich bereits 30,6 bis 53,4 Vollzeitstellen für Pflegekräfte notwendig sein, um den Bedarf in dieser Region vollständig abdecken zu können. Um das derzeit bestehende ambulante Versorgungsniveau aufrechterhalten zu können, ergibt sich in dieser Region daraus die Notwendigkeit einer Aufstockung der Pflegekräfte um rund eine Vollzeitstelle pro Jahr (vgl. Kap. 6.1.6).

In der Versorgungsregion Herzogenaurach ist davon auszugehen, dass im Jahr 2036 mindestens 30,0 bis maximal 52,4 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig sind. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Aufstockung der ambulanten Pflegekräfte um mindestens eine Vollzeitstelle pro Jahr. Da auch in dieser Region der Bestand derzeit nur leicht über dem ermittelten Mindestbedarf liegt, ist auch hier eine etwas stärkere Personalaufstockung um rund eineinhalb Vollzeitstellen pro Jahr zu empfehlen, um in dieser Region langfristig eine durchschnittliche Bedarfsdeckung zu erreichen (vgl. Kap. 6.1.6).

In der Versorgungsregion Erlanger Land werden im Jahr 2036 voraussichtlich bereits 44,6 bis 76,4 Vollzeitstellen für Pflegekräfte notwendig sein, um den Bedarf in dieser Region vollständig abdecken zu können.

Aufgrund der bereits bestehenden sehr guten ambulanten Versorgungsstruktur kann der für die Versorgungsregion Erlanger Land ermittelte Bedarf voraussichtlich auch mittel- bis langfristig sehr gut abgedeckt werden (vgl. Kap. 6.1.6).

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 31.12.2016 drei Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 69 Plätzen und zusätzlich 18 Tagespflegeplätze in drei stationären Einrichtungen zur Verfügung standen. Einschließlich der Tagespflegeplätze in den stationären Einrichtungen ergibt sich also ein Bestand von insgesamt 87 Plätzen im Bereich der Tagespflege (vgl. Kap. 2.2.2.2). Da die im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden Tagespflegeplätze – selbst ohne die Plätze in den stationären Einrichtungen – weit über dem ermittelten Maximalbedarf liegen, kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt als Ganzes betrachtet somit derzeit von einer sehr guten Versorgung im Bereich der Tagespflege ausgegangen werden (vgl. Kap. 6.2.2.2).

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 2036 voraussichtlich auf mindestens 25 bis maximal 86 Plätze ansteigen. Mit den derzeit vorhandenen Tagespflegeplätzen kann der landkreisweite Bedarf im Bereich der Tagespflege also auch langfristig ausreichend abgedeckt werden (vgl. Kap. 6.2.2.3).

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 31.12.2016 zum einen 14 Plätze in einer eigenständigen Tagespflegeeinrichtung und zusätzlich 13 „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung. Da die Plätze in der eigenständigen Tagespflegeeinrichtung in etwa in der Höhe des ermittelten Maximalbedarfs liegen, kann dieser Region zum Stichtag 31.12.2016 – auch ohne die Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen – eine sehr gute Versorgung im Bereich der Tagespflege bescheinigt werden (vgl. Kap. 6.2.2.4).

In der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach stehen neben den 27 Plätzen in der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung zusätzlich acht Tagespflegeplätze in zwei stationären Einrichtungen zur Verfügung. Auch hier liegen die 27 Plätze in der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung bereits über dem ermittelten Maximalbedarf, so dass

auch dieser Region zum Stichtag 31.12.2016 – selbst ohne die Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen – rein rechnerisch eine sehr gute Versorgung im Bereich der Tagespflege bescheinigt werden kann. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass es sich bei der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung um eine „Tagespflege-Sonderform“ handelt. So kommt der Großteil der Tagespflegegäste aus der trägereigenen Einrichtung, während zum Befragungszeitpunkt nur zwei „externe Tagespflegegäste“ betreut wurden. Obwohl sich also rein rechnerisch in der Versorgungsregion Erlanger Land eine sehr gute Versorgung im Bereich der Tagespflege ergibt, kann aufgrund der beschriebenen Sondersituation in dieser Region zu Engpässen im Bereich der Tagespflege kommen (vgl. Kap. 6.2.2.4).

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 Höchststadt bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 8 bis 26 Plätze erhöhen. Da in der Versorgungsregion Höchststadt 14 Plätze in einer eigenständigen Tagespflegeeinrichtung und zusätzlich 13 „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung stehen, kann also trotz der zu erwartenden Bedarfssteigerung davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 27 Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt der regionale Bedarf im Bereich der Tagespflege auch mittel- bis langfristig ausreichend abgedeckt werden kann (vgl. Kap. 6.2.2.5).

In der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach lag der Bestand an Tagespflegeplätzen am 31.12.2016 bereits leicht über dem ermittelten Maximalbedarf. Nach den Ergebnissen der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich der Bedarf an Tagespflegeplätzen in dieser Region allerdings bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 7 bis 25 Plätze erhöhen. Es kann aber trotz der zu erwartenden Bedarfssteigerung davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 28 Tagespflegeplätzen in der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach der regionale Bedarf im Bereich der Tagespflege auch mittel- bis langfristig sehr gut abgedeckt werden kann (vgl. Kap. 6.2.2.5).

In der östlichen Versorgungsregion Erlanger Land wird der Bedarf im Bereich der Tagespflege bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 10 bis 35 Plätze ansteigen. Obwohl in der Versorgungsregion Erlanger Land rein rechnerisch eine gute Versorgung im Bereich der Tagespflege besteht, sollte aufgrund der Sondersituation mit der Seni-Vita-Tagespflegeeinrichtung, in der der Großteil der Tagespflegegäste aus der trägereigenen Einrichtung kommt und damit kaum Platz für „externe Tagespflegegäste“ ist, zusätzlich eine eigenständige Tagespflegeeinrichtung geschaffen werden, um den Bedarf der Bevölkerung auch in dieser Region adäquat abdecken zu können (vgl. Kap. 6.2.2.5).

Für den Bereich der **Kurzzeitpflege** standen im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2016 insgesamt nur elf Plätze ganzjährig zur Verfügung. Darüber hinaus stehen in den stationären Einrichtungen insgesamt 81 „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 92 Kurzzeitpflegeplätze erhöht, wenn die Einrichtungen in die Betrachtungen einbezogen werden, die dann Kurzzeitpflege anbieten, wenn freie Plätze in den Einrichtungen vorhanden sind (vgl. Kap. 2.2.3.2).

Bei der Bedarfsermittlung resultierten für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Mindestbedarf von 24 und ein Maximalbedarf von 38 Kurzzeitpflegeplätzen. Damit liegt der Bestand der „ganzjährigen“ Kurzzeitpflegeplätze erheblich unter dem ermittelten Mindestbedarf. Einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Plätze ergibt sich allerdings ein Bestand, der deutlich über dem ermittelten Maximalbedarf liegt. Insgesamt gesehen kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt damit nur unter der Bedingung, dass mindestens ein Viertel der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze auch tatsächlich zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht werden, eine ausreichende Versorgung im Bereich der Kurzzeitpflege unterstellt werden. Wie die Bestandserhebung ergeben hat, waren im Laufe des Jahres 2016 fast 52% der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze belegt (vgl. Kap. 2.2.3.3), so dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Bereich der Kurzzeitpflege von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden kann (vgl. Kap. 6.2.3.2).

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 2036 voraussichtlich auf mindestens 40 bis maximal 62 Kurzzeitpflegeplätze (vgl. Kap. 6.2.3.3).

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 beim kleinräumigen 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 allen drei Versorgungsregionen über dem ermittelten Maximalbedarf. Unter Berücksichtigung der „zeitweise eingestreuten“ Plätze kann somit auch kleinräumig betrachtet allen Regionen eine ausreichende Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen bescheinigt werden (vgl. Kap. 6.2.3.4).

Nach der kleinräumigen Bedarfsprognose wird sich der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in der Region Höchstadt bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 12 bis 19 Plätze erhöhen. Einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze reicht der derzeitige Bestand von insgesamt 48 Plätzen in der Region Höchstadt allerdings aus, um den Bedarf auch langfristig vollständig abzudecken. Dies setzt allerdings voraus, dass auch zukünftig mindestens ein Viertel der „zeitweise eingestreuten“ Plätze auch tatsächlich mit Kurzzeitpflegegästen belegt werden können (vgl. Kap. 6.2.3.5).

In der Versorgungsregion Herzogenaurach wird der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 12 bis 18 Plätze ansteigen. Aktuell kann mit den zur Verfügung stehenden 15 Plätzen zwar der ermittelte Maximalbedarf 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. 6.2.3.5).

In der Versorgungsregion Erlanger Land wird nach der durchgeführten Prognose der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2036 auf 16 bis 25 Plätze ansteigen. Mit dem derzeitigen Bestand von insgesamt 29 Plätzen könnte der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege langfristig nur noch gut abgedeckt werden, wenn mindestens die Hälfte der derzeit zur Verfügung stehenden „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze auch tatsächlich für die Kurzzeitpflege genutzt werden können.

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 (31.12.2016) standen in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 1.264 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 1.229 Plätzen (vgl. Kap. 2.3.1).

Auf der Grundlage des Indikatorenmodells zur kommunalen Bedarfsermittlung resultierte für den Landkreis Erlangen-Höchstadt unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten ein Mindestbedarf von 1.066 und ein Maximalbedarf von 1.398 Pflegeplätzen. Da der aktuelle Bestand von 1.229 Pflegeplätzen in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls liegt, ist davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt derzeit eine durchschnittliche Bedarfsdeckung im Bereich der stationären Pflege gegeben ist (vgl. Kap. 6.3.3).

Nach den Ergebnissen der Bedarfsprognose wird sich der Pflegeplatzbedarf aufgrund der Zunahme der Hochbetagtenbevölkerung ab 80 Jahren als Hauptzielgruppe von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt allerdings in den nächsten Jahren deutlich erhöhen. So wird das Bedarfsintervall bereits bis zum Jahr 2024 auf 1.445 bis 1.895 Plätze ansteigen.

Danach ist aufgrund der im Landkreis Erlangen-Höchstadt zu erwartenden Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahren zwar von einem geringfügigen Rückgang des Pflegeplatzbedarfs auszugehen, bis zum Ende des Projektionszeitraumes ist jedoch voraussichtlich wieder ein relativ starker Anstieg auf 1.701 bis 2.233 Pflegeplätze zu erwarten. Während derzeit der Bestand an Pflegeplätzen also in etwa in der Mitte des berechneten Bedarfsintervalls liegt, wird die Platzzahl aufgrund des kurzfristig zu erwartenden starken Bedarfsanstiegs voraussichtlich – auch einschließlich der zusätzlich geplanten Pflegeplätze – bereits im Laufe des Jahres 2019 unter den ermittelten Mindestbedarf fallen. Bei einer Gesamtbetrachtung des Landkreises kann aufgrund des Vergleichs der Bestands- und der Bedarfsentwicklung zwar in den nächsten Jahren im Bereich der stationären Pflege noch von einer ausreichenden Bedarfsdeckung ausgegangen werden, bereits ab dem Jahr 2019 wird im Landkreis Erlangen-Höchstadt jedoch ein weiterer Ausbau des Pflegeplatzbestandes notwendig, wenn nicht sowohl der ambulante, als auch der teilstationäre Bereich massiv ausgebaut werden (vgl. Kap. 6.3.4).

Inwieweit diese Aussage auf alle drei Versorgungsregionen gleichermaßen zutrifft, wurde wiederum mit entsprechenden kleinräumigen Bedarfsermittlungen und Bedarfsprognosen geklärt.

Durch die kleinräumige Bedarfsermittlung zeigt sich, dass sich die gute Versorgung mit Pflegeplätzen ausschließlich auf die Versorgungsregion Höchstadt bezieht. So übersteigt der Bestand in der Versorgungsregion Höchstadt den ermittelten Maximalbedarf um 138 Plätze, während der Bestand in der Region Herzogenaurach aktuell um 42 Plätze und in der Versorgungsregion Erlanger Land um 20 Pflegeplätze unter dem ermittelten Mindestbedarf liegt, weshalb in diesen beiden Regionen ein Ausbau des Pflegeplatzbestandes zur bedarfsgerechten Abdeckung der wohnortnahen Versorgung notwendig erscheint (vgl. Kap. 6.3.5).

Aufgrund der kleinräumigen Bedarfsprognosen zeigte sich, dass der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2025 bereits auf 364 bis 481 Pflegeplätze und bis zum Jahr 2036 auf 507 bis 670 Pflegeplätze ansteigen wird. Angesichts des derzeit bereits bestehenden hohen Bestands von 495 Pflegeplätzen kann der örtliche Bedarf im Bereich der stationären Pflege in dieser Region ohne einen weiteren Ausbau auch mittelfristig sehr gut abgedeckt werden (vgl. Kap. 6.3.6).



Eine etwas andere Situation ist in der Versorgungsregion Herzogenaurach gegeben, da hier der Bestand aktuell um 42 Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf liegt. Nach der kleinräumigen Bedarfsprognose wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2025 auf 362 bis 478 Pflegeplätze und anschließend bis zum Jahr 2036 auf 487 bis 643 Pflegeplätze ansteigen. In dieser Region wird somit bereits kurzfristig ein Ausbau der Pflegeplätze notwendig, um den regionalen Bedarf an stationären Pflegeplätzen vollständig abdecken zu können (vgl. Kap. 6.3.6).

In der Versorgungsregion Erlanger Land wird der stationäre Pflegebedarf bis zum Jahr 2025 auf 684 bis 891 Pflegeplätze und bis zum Jahr 2036 voraussichtlich auf 706 bis 920 Pflegeplätze ansteigen. Durch den in der „Parkwohnanlage für Senioren“ in Uttenreuth bis Ende des Jahres 2019 geplanten Ausbau um 40 Pflegeplätzen wird der Bestand zwar auf insgesamt 548 Pflegeplätze erhöht, dies reicht aufgrund des steigenden Bedarfs allerdings nicht aus, um den Bedarf in dieser Region vollständig abzudecken (vgl. Kap. 6.3.6).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, dass der Landkreis Erlangen-Höchstadt als Ganzes betrachtet derzeit in den allen Pflegebereichen gut bis sehr gut 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 den Bereichen der ambulanten Pflege sowie der Tagespflege eine gute Versorgungssituation besteht.

In der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ existiert eine eigenständige Tagespflegeeinrichtung, die von ihrer Kapazität her auch mittel- bis langfristig den Bedarf im Bereich der Tagespflege abdecken kann. Im Bereich der stationären Versorgung sieht es in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ dagegen weniger gut aus, da hier bereits zum jetzigen Zeitpunkt der Bedarf nicht mehr vollständig wohnortnah abgedeckt werden kann. Auch der Bereich der ambulanten Pflege ist hier noch nicht so gut ausgebaut wie in den anderen beiden Versorgungsregionen, weshalb auch hier ein Nachholbedarf besteht.

Auch in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ ergibt sich aufgrund des zukünftig zu erwartenden Bedarfsanstieges mit Ausnahme der ambulanten Pflege in allen anderen Bereichen kurz- bis mittelfristig ein Ausbaubedarf.

Dies trifft insbesondere auf die Bereiche der Tagespflege und der vollstationären Pflege zu, weil hier der Bedarf bereits zum jetzigen Zeitpunkt nicht vollständig wohnortnah abgedeckt werden kann und der Platzbedarf in den nächsten Jahren voraussichtlich sehr stark ansteigen wird. Durch die Schaffung einer Tagespflegeeinrichtung könnte in dieser Region auch ein Teil des zu erwartenden Bedarfsanstieges im vollstationären Bereich abgefangen werden.

In welcher Größenordnung der Ausbau der verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten im Landkreis Erlangen-Höchstadt notwendig und 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 Gutachtens verwendete Indikatorenmodell eröffnet diese Möglichkeit der gezielten und kontinuierlichen Bedarfsplanung und eignet sich somit dazu, Fehlinvestitionen zu vermeiden.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Bayerische Ausführungsverordnung zum Pflegeversicherungsgesetz (AVPflegeVG)** vom 10. Januar 1995
- Bayerisches Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz (AGPflegeVG)** vom 7. April 1995
- Bayerisches Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG)** vom 7. Dezember 2007
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung** (Hrsg.) 2017: Bevölkerung in Bayern 2016. München
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung** 1994: Die Alten der Zukunft - Bevölkerungsstatistische Datenanalyse (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 32). Stuttgart, Berlin, Köln
- Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.) 1992: Häusliche Pflege. Bonn
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit** (Hrsg.) 1986: Die Situation der älteren Menschen in der Familie, Vierter Familienbericht. Bonn
- Bundesministerium für Familie und Senioren** (Hrsg.) 1993: Erster Altenbericht - Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn
- Bundesministerium für Familie und Senioren** (Hrsg.) 2004: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn
- Bundesministerium für Familie und Senioren** (Hrsg.) 2005: Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn
- Deutscher Bundestag** 1998: Endbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ - Herausforderung unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Bonn
- Deutscher Bundestag** 1994: Pflegeversicherung. Bonn
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge** (Hrsg.) 1986: Handbuch der örtlichen Sozialplanung, Bd. 265. Frankfurt
- Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.** (Hrsg.) 1991: Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 82). Berlin
- Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit** (Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVG) vom 25. Mai 1994
- Infratest** 1993: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 20.2). Stuttgart, Berlin, Köln
- Kuratorium Deutsche Altershilfe** (Hrsg.) 1991: Ambulante sozialpflegerische Dienste leistungsschwächer als vor 20 Jahren?. In: KDA Presse- und Informationsdienst. Folge 6/91, S.4-7
- Kuratorium Deutsche Altershilfe** (Hrsg.) 1992: Schrumpfendes „Töchter-Pflegepotential“. In: KDA Presse- und Informationsdienst. Folge 1/92, S.1
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) 1995: Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und -arbeit in Nordrhein-Westfalen. Dortmund
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) 1997: Tagespflege in NRW – Ergebnisse einer Studie des KDA. Düsseldorf
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen** (Hrsg.) 1998: Indikatoren gestütztes Planungsmodell zur Pflegeinfrastruktur. Düsseldorf
- MODUS/Prof. Dr. Pieper** 2010: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Lichtenfels
- MODUS/Prof. Dr. Pieper** 2011: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Erlangen-Höchstadt

- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2013: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Forchheim
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2013: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Neustadt a.d. Aisch – Bad Windsheim
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2013: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Nürnberger Land
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2014: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Hof
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2014: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Reggen
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2014: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Rhön-Grabfeld
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2015: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Fürth
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2015: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Kitzingen
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2016: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Bad Kissingen
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2016: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für den Landkreis Bayreuth
- MODUS/**Prof. Dr. Pieper** 2017: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Bamberg
- Naegele, G.** 1985: Voran mit der familiären Pflege - Ein Weg zurück! in: WSI - Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts des Deutschen Gewerkschaftsbundes GmbH 7/85, S. 394-403
- Naegele, G.; Tews, H.-P.** 1993a: Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik. Opladen
- Naegele, G.; Schmidt, W.** 1993b: Zukünftige Schwerpunkte kommunalpolitischen Handelns in Altenpolitik und Altenarbeit auf dem Hintergrund des soziokulturellen Wandels des Alters. In: Kühnert, S.; Naegele, G. (Hrsg.): Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit (Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Bd. 1). Hannover, S. 1-26
- Naegele, G.** 1993c: Standards in der kommunalen Altenplanung - Die Zeit der einfachen Antworten ist vorbei! In: Kühnert, S.; Naegele, G. (Hrsg.): Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit (Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Bd. 1). Hannover, S. 171-196
- Naegele, G.** 1993d: Neue Aspekte in der Pflege? Zur vorgesehenen Qualitätssicherung im Pflegeversicherungsgesetz. In: Soziale Sicherheit 8-9/84, S. 236-243
- Schneider, H.** 1992: Entwicklungsstand und -perspektiven der kommunalen Sozialberichterstattung und indikatorengestützten Sozialplanung. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 7, 1992, S. 258-266
- Socialdata - Institut für empirische Sozialforschung GmbH** 1980: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 80). Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
- Statistisches Bundesamt** 1992: Im Blickpunkt: Ältere Menschen. Wiesbaden
- Stratmann, J.; Korte E.** 1993: Aspekte der Entwicklung von Bedarfsrichtwerten für soziale Dienste und Einrichtungen der örtlichen Altenarbeit und ihrer kleinräumigen Planung. In: Kühnert, S.; Naegele, G.: Perspektiven moderner Altenpolitik und Altenarbeit (Dortmunder Beiträge zur Gerontologie, Band 1). Hannover
- Winter, U.** 1997: Tagespflege: planen, aufbauen, finanzieren. Hannover
- Zehe, M.** 1996: Hilfebedürftigkeit im Alter - Analyse des Bedarfs an ambulanten Diensten und deren Funktion im Rahmen der Seniorenhilfe. München