transfer
unternehmen für soziale innovation

Datenreport zur Pflegestrukturplanung

im Landkreis Mainz-Bingen

JUNI 2017

Impressum

Auftraggeber

Kreisverwaltung Mainz-Bingen
Geschäftsbereich Jugend und Soziales
Georg-Rückert-Straße 11
55218 Ingelheim am Rhein

Verfasser

transfer – Unternehmen für soziale Innovation
Eva Maria Keßler
Claudia Hennes
Thomas Schmitt-Schäfer
Schlossplatz 5
54516 Wittlich
0 65 71 – 9 63 43
mail@transfer-net.de
www.transfer-net.de

Gestaltung

hana+nils · Büro für Web- und Textgestaltung
www.hananils.de

transfer
unternehmen für soziale innovation

Datenreport zur Pflegestrukturplanung

im Landkreis Mainz-Bingen

JUNI 2017

Inhalt

1 Vorwort 8

2 Pflegestrukturplanung im Landkreis Mainz-Bingen 12

3 Die gesetzlichen Grundlagen 16

3.1 Das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur 16
3.2 Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe 17
3.3 Pflegestärkungsgesetze 18
3.4 Fazit 21

4 Der Landkreis 24

4.1 Bevölkerung 24
4.2 Haushaltsstrukturen 26
4.3 Daseinsvorsorge 29
4.3.1 Indexbildung 29
4.3.2 Stadt Bingen 32
4.3.3 Stadt Ingelheim 32
4.3.4 Verbandsfreie Gemeinde Budenheim 33
4.3.5 Verbandsgemeinde Bodenheim 33
4.3.6 Verbandsgemeinde Gau-Algesheim 33
4.3.7 Verbandsgemeinde Heidesheim 33
4.3.8 Verbandsgemeinde Nieder-Olm 33
4.3.9 Verbandsgemeinde Rhein-Nahe 34
4.3.10 Verbandsgemeinde Rhein-Selz 34
4.3.11 Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen 34
4.3.12 Zu Hause alt Werden 35
4.4 Fazit 37

5 Nutzerstruktur Pflege 40

5.1 Pflegebedürftige Personen 40
5.2 Inanspruchnahmeraten unterschiedlicher Leistungen 44
5.3 Indikator „ambulant vor stationär“ 46
5.4 Pflegebedürftige Personen nach Leistungsarten 48
5.4.1 Pflegesachleistung 48
5.4.2 Pflegegeld 51
5.4.3 Stationäre Versorgung 53

5.5 Hilfe zur Pflege 57
5.6 Fazit 60

6 Infrastruktur Pflege 64

6.1 Dienste und Einrichtungen nach dem SGB XI 64
6.1.1 Ambulante Pflegedienste 65
6.1.2 (Teil)Stationäre Einrichtungen 83
6.1.3 Qualität der Dienste und Einrichtungen im Landkreis Mainz-Bingen 102
6.2 Alternative Wohnangebote für ältere Menschen und niedrigschwellige Unterstützungs- und Betreuungsangebote 107
6.2.1 Exkurs: Hospize 107
6.3 Ärztliche Versorgung und Apotheken 107
6.4 Pflegestützpunkte 109
6.5 Exkurs: Demenzielle Erkrankungen 112
6.6 Fazit 114

7 Prognose 120

7.1 Bevölkerungsprognose 120
7.2 Pflegepotential 122
7.3 Prognose zukünftiger Pflegebedarfe 124
7.3.1 Basisszenario 125
7.3.2 Szenario Nachfragereduktion 127
7.3.3 Szenario Professionalisierung 129
7.3.4 Szenario Ambulantisierung 130
7.3.5 Kombiniertes Szenario 131
7.4 Prognose Personalbedarf 132
7.5 Fazit 134

8 Was bisher geschah 138

8.1 Ergebnisse der Pflegestrukturplanung 2010 138
8.2 Aktivitäten der Kreisverwaltung Mainz-Bingen 139
8.2.1 Regionale Pflegekonferenz 139
8.2.2 Seniorenbeirat 139
8.2.3 Finanzielle Förderung 140
8.2.4 Enquete-Kommission Demografischer Wandel 141
8.2.5 Fallmanagement in der Kreisverwaltung 141
8.2.6 Weitere Projekte im Bereich Pflege, Seniorenarbeit und Demografie 141

8.3 Fazit 142

9 Handlungsempfehlungen 144

9.1 Zielsetzungen der Zukunftskonferenz 144
9.2 Handlungsempfehlungen 144
9.2.1 Informelle und Formelle Pflege 145
9.2.2 Barrierefreiheit 147
9.2.3 Gemeinsam Leben im Ort 148

10 Verzeichnisse 152

10.1 Tabellenverzeichnis 152
10.2 Abbildungsverzeichnis 153
10.3 Verzeichnis Gemeinden und Postleitzahlen 157
10.4 Literaturverzeichnis 158

1 Vorwort

1 Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Landkreis Mainz-Bingen verfolgt seit vielen Jahren das Anliegen, den demografischen Wandel, das Älterwerden unserer Bevölkerung und die damit einhergehenden Herausforderungen konstruktiv und engagiert zu gestalten.

Der nun vorliegende aktuelle Pflegestrukturplan des Landkreises Mainz-Bingen bietet wieder eine gute Grundlage für die oben genannte Aufgabe. Darüber hinaus kommen wir hiermit den Anforderungen des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur nach.

Der Datenbericht zur Pflegestrukturplanung bietet einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Pflege im Landkreis, die Situation in den Gemeinden, die Arbeit der Kreisverwaltung und einen prognostischen Blick auf die zukünftigen Bedarfe. Im Rahmen der Erstellung waren zahlreiche Akteure, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, Einrichtungen und Dienste sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreisverwaltung beteiligt. Allen an der Erstellung des Pflegestrukturplans Beteiligten sei ausdrücklich für ihre Mitwirkung und Unterstützung gedankt.

Auf der Grundlage der zusammengestellten Daten haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der „Zukunftskonferenz“ in der Kreisverwaltung gemeinsame Ziele und zu bearbeitende Themenbereiche entwickelt. Die Ergebnisse bestätigen die bisherigen Aktivitäten in der Altenhilfe des Landkreises, zeigen jedoch auch weitere Herausforderungen auf.

Vorrangiges Ziel ist es weiterhin, Pflege- und Unterstützungsbedürftigen möglichst lange ein eigenständiges und selbstbestimmtes Wohnen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Damit dies gelingt, ist es notwendig, ambulante Pflege und Betreuungsangebote, aber auch nachbarschaftliche Hilfen und den Aufbau ambulanter alternativer Wohnmöglichkeiten, wie beispielsweise Wohn-Pflege-Gemeinschaften, weiter zu stärken und zu entwickeln. Auch teilstationäre Angebote wie die Tagespflege sollten – auch im Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – ausgebaut werden.

Entscheidend für den Erhalt der pflegerischen Qualität in der stationären Altenhilfe und eines guten Angebotes der ambulanten Versorgung wird in den nächsten Jahren die Gewinnung einer ausreichenden Anzahl an Pflegefachkräften sein, zumal der Fachkräftemangel inzwischen auch in der ambulanten Altenpflege spürbar ist. Tätigkeiten in der Altenpflege müssen nicht nur attraktiver werden, daneben sind auch die Möglichkeiten zur Ausbildung zum Altenpfleger und zur Altenpflegerin auszubauen.

Claus Schick
Landrat

Ursula Hartmann-Graham
Zweite Kreisbeigeordnete

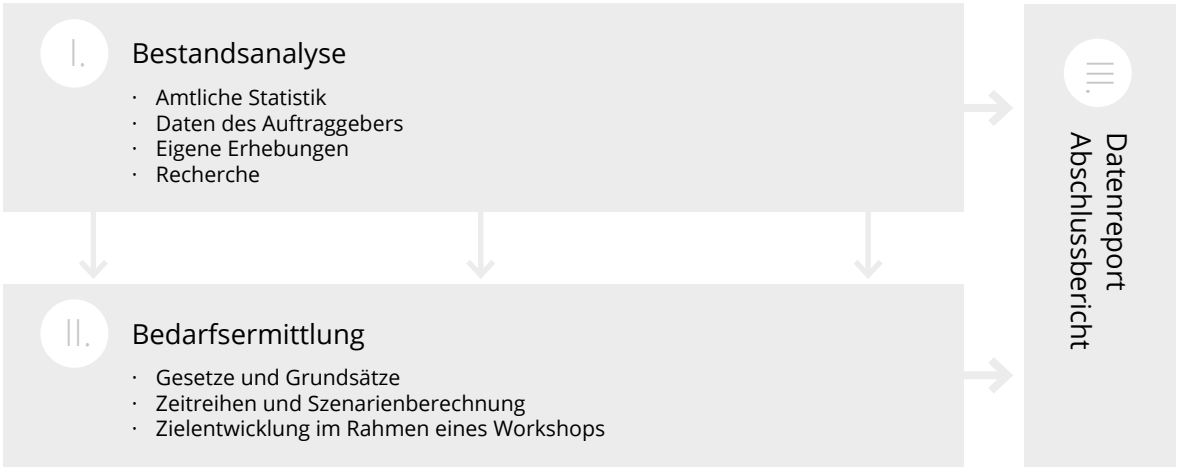
2 Pflegestrukturplanung im Landkreis Mainz-Bingen

2 Pflegestrukturplanung im Landkreis Mainz-Bingen

Der hier vorgelegte Bericht ist nach 2007 und 2011 die nunmehr dritte Pflegestrukturplanung des Landkreises Mainz-Bingen und schließt an die vorherigen Planungen an.

Die Pflegestrukturplanung beinhaltete dabei folgende Arbeitsschritte:

Abbildung 1 **Schema der Pflegestrukturplanung 2017**



Quelle: *transfer* 2016

Die Pflegestatistik sowie Daten der Kreisverwaltung wurden durch eigene Erhebungen bei den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen ergänzt und mit einer eigenen Recherche zu einer Bestandsaufnahme vervollständigt. Zentrale rechtliche Rahmenbedingungen werden dargestellt, Szenarien für eine zukünftige Entwicklung berechnet. Wesentliche Ergebnisse dieses Vorgehens wurden im Rahmen einer Zukunftskonferenz vorgestellt, diskutiert und als Grundlage für eine Zielentwicklung genutzt.

Alle Ergebnisse finden sich nun in diesem Abschlussbericht. Eine zentrale Datengrundlage war dabei die Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes. Die Daten dieser alle zwei Jahre erhobenen Statistik konnten in der aktuellsten Fassung vom 15./31. Dezember 2015 zur Verfügung gestellt und ausgewertet werden.

Der Bericht enthält zehn Kapitel.

In Kapitel 3 werden die gesetzlichen Grundlagen dargestellt und ein Einblick in die aktuelle Gesetzgebung gegeben.

Kapitel 4 stellt den Landkreis mit seiner Bevölkerung und Haushaltstrukturen vor und geht auf die Daseinsvorsorge in den Verbandsgemeinden ein.

Kapitel 5 beinhaltet die Nutzerstruktur der pflegebedürftigen Personen im Landkreis, Kapitel 6 die Daten der ambulanten Dienste, teilstationären und vollstationären Einrichtungen und weiterer Akteure der Pflegelandschaft.

In Kapitel 7 werden unterschiedliche Szenarien berechnet, die eine Prognose bezüglich der Bevölkerungsentwicklung und der Entwicklung von Angebotsstrukturen und Personalbedarf ermöglichen.

In Kapitel 8 werden die Ergebnisse und Ziele der letzten Pflegestrukturplanung skizziert, anschließend die Aktivitäten des Landkreises der letzten Jahre vorgestellt.

Kapitel 9 beinhaltet letztlich – unter Rückgriff auf die Ergebnisse der Zukunftskonferenz – Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegestruktur im Landkreis.

Kapitel 10 beinhaltet die verschiedenen Verzeichnisse.

3 Die gesetzlichen Grundlagen

3.1 Das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur 16

3.2 Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe 17

3.3 Pflegestärkungsgesetze 18

3.4 Fazit 21

3 Die gesetzlichen Grundlagen

3.1 Das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur

Grundlage der Pflegestrukturplanung ist das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) vom 25. Juli 2005 sowie die aktuelle Landesverordnung zur Durchführung des Gesetzes (LPflegeASGD-VO) vom 14. Dezember 2016.

> *„Ziel dieses Gesetzes ist die Sicherstellung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Angebotsstruktur und deren bedarfsgerechte Weiterentwicklung in den Bereichen der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege und der komplementären Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege (pflegerische Angebotsstruktur), um die Pflege und die damit zusammenhängende soziale Betreuung nachhaltig für Menschen zu gewährleisten, die aufgrund ihres Alters oder wegen Krankheit, Behinderung oder aus anderen Gründen hierauf angewiesen sind."* (§ 1 (1) LPflegeASG)

Die Landkreise und die kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz sind dazu aufgefordert, für ihr Gebiet Pflegestrukturpläne aufzustellen und diese regelmäßig fortzuschreiben (§ 3 Abs. 1 LPflegeASG). Hierzu sind die folgenden, in § 1 Abs. 2 benannte Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Die Angebotsstruktur soll sich an den Bedürfnissen der auf die Hilfen angewiesenen Menschen und ihrer Angehörigen orientieren.
2. Die Leistungen sollen ortsnah, aufeinander abgestimmt, kooperativ und unter Berücksichtigung der Trägervielfalt angeboten werden.
3. Der Zugang zu den Angeboten soll durch eine flächendeckende Beratungsstruktur sichergestellt werden.
4. Die Angebotsstruktur ist unter Berücksichtigung der Grundsätze der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie neuer Wohn- und Pflegeformen weiterzuentwickeln.
5. Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation ist zu berücksichtigen; auf eine Inanspruchnahme entsprechender Leistungen ist hinzuwirken.
6. Dem Vorrang der ambulanten vor den stationären Leistungen soll durch die Weiterentwicklung entsprechender ambulanter Angebote wie Sozialstationen und weitere ambulante Pflegedienste und die Entwicklung sonstiger Angebote, die die auf Hilfen angewiesenen Menschen zu einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung außerhalb von stationären Einrichtungen befähi-

gen, Rechnung getragen werden.
7. Unterschiedlichen geschlechts- oder kulturspezifischen Bedürfnissen von pflegebedürftigen Menschen soll im Rahmen der Leistungserbringung angemessen Rechnung getragen werden.
8. Pflegende Angehörige, soziale Netzwerke und in der Pflege bürgerschaftlich engagierte Menschen sind zu unterstützen und in die Angebotsstrukturen einzubeziehen.

Im Rahmen der Pflegestrukturplanung sowie der Fortschreibung ist

- → der vorhandene Bestand an Diensten und Einrichtungen zu ermitteln,
- → zu prüfen, ob ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Versorgungsangebot in den einzelnen Leistungsbereichen unter Berücksichtigung der Trägervielfalt zur Verfügung steht und
- → über die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur zu entscheiden.

Ferner wird darauf verwiesen, dass sich Pflegestrukturplanung auch auf die komplementären Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege, die Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und die Entwicklung neuer Formen pflegerischer Angebote zu erstrecken hat.

Das Landesgesetz sieht darüber hinaus die Einrichtung Regionaler Pflegekonferenzen (§ 4) sowie von Beratungs- und Koordinierungsstellen (§ 5) vor und beinhaltet Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteuren (§ 6). Die Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes regelt die nähere Umsetzung des Gesetzes und insbesondere die Aufgabenbereiche und Gestaltung der Pflegestützpunkte.

3.2 Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe

Das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) hat das Ziel, ältere Menschen, volljährige Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige volljährige Menschen zu schützen und ihre Rechte zu stärken. Darüber hinaus soll die Qualität der Wohnformen und anderer Unterstützungsleistungen gesichert und weiterentwickelt werden. Das LWTG definiert hierfür Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (§ 4) und Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtung (§ 5) und formuliert für diese unter anderem bestimmte Anforderungen der Teilhabe und Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Anforderungen an die Einrichtungen in Bezug auf Personalentwicklung, Qualitätsmanagement und das Vorgehen zur Beratung und Prüfung der Einrichtungen durch die Prüfbehörde und dem Umgang mit

festgestellten Mängeln.

§ 15 enthält Anforderungen an Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot, zu denen auch die Einrichtungen der stationären Dauerpflege gehören, formuliert Voraussetzungen für den Betrieb einer solchen Einrichtung. In der zum 01. März 2016 in Kraft getretenen Fassung des LWTG wurde die Notwendigkeit eines Nachweises über die erfolgte Abstimmung mit dem örtlich zuständigen Landkreis / der kreisfreien Stadt im Rahmen der regionalen Pflegestrukturplanung festgehalten (§ 15 (2) Satz 6 LWTG 2016).

3.3 Pflegestärkungsgesetze

Seit 2015 sind nunmehr drei Pflegestärkungsgesetze in Kraft getreten, welche die Situation von Pflegebedürftigen, Angehörigen sowie Mitarbeitenden in der Pflege verbessern sollen. Im Folgenden werden die bedeutsamsten Inhalte skizziert.

Das **Erste Pflegestärkungsgesetz** (PSG I, in Kraft seit 01.01.2015) beinhaltete eine Ausweitung und Individualisierung von Pflegeleistungen, sowie eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung und die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds, durch den mittels einer kontinuierlichen Einzahlung von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge künftige Steigerungen des Beitragssatzes abgemildert werden sollen.

Das **Zweite Pflegestärkungsgesetz** (PSG II, in Kraft seit 01.01.2017) führte einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein neues Begutachtungsinstrument ein. § 14 PSG III definiert Pflegebedürftigkeit nun wie folgt:

> *„(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“*

Hierdurch soll insbesondere auch der Situation von Menschen mit Demenz verstärkt Rechnung getragen werden.

Die Pflegebedürftigkeit wird nun nicht mehr in drei Pflegestufen sondern in fünf Pflegegraden bemessen. Das entsprechende Begutachtungsinstrument berücksichtigt dabei Beeinträchtigungen in 64 Kriterien in den sechs Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, sowie Gestaltung des Alltags-

lebens und sozialer Kontakte (§ 14 (2)). Heiber[1] sieht in diesem neuen Vorgehen einen transparenteren Weg, als den bisher zu Grunde gelegten Zeitaufwand. Gleichzeitig könnten aufgrund der Komplexität des Instruments bestimmte Fragestellungen erst in der Praxis aufgeworfen und beantwortet werden können. Der Gesetzgeber spreche von einem „lernenden System" (Heiber 2016, S. 50 ff.). Inwieweit eine pflegebedürftige Person durch dieses neue System mehr oder weniger Leistungen erhalte, könne nicht pauschal beantwortet werden. Durch eine „großzügige" Überleitungspraxis von Pflegestufen zu Pflegegraden würden sich die Leistungsbeträge im ambulanten Bereich in nahezu jedem Fall ausweiten. Eine Schlechterstellung werde in keinem Fall stattfinden (ebd., S. 191 ff.).

Im Hinblick auf die weitere (statistische) Pflegestrukturplanung auch des Landkreises ist durch die Überleitung in Pflegegrade festzuhalten, dass bei künftigen Datenerhebungen kein direkter Vergleich mehr zu den letzten Jahren möglich sein wird.

Neben dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit gab es unter anderem auch Änderungen/Neufassungen der Beratungspflicht sowie der Angebote zur Unterstützung im Alltag.

In § 7 wurde die im SGB XI festgehaltene *Beratungspflicht* der Pflegekassen klarer definiert. So müssen die Pflegekassen nun den Versicherten/Pflegebedürftigen die konkret für sie zuständigen Pflegeberater oder Beratungsstellen benennen, eine Beratung muss nun auch die Entlastungsleistungen, die Leistungen zur sozialen Sicherheit und weiteres mehr beinhalten (§ 7a SGB XI). § 7b SGB XI formuliert den Anspruch auf einen konkreten Beratungstermin innerhalb von 14 Tagen auch bei Folgeanträgen.

§ 45a *Angebote zur Unterstützung im Alltag* fasst die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen neu. Benannt werden die Betreuungsangebote der pflegebedürftigen Personen, die Angebote zur Entlastung der Pflegepersonen sowie die Angebote zur Entlastung im Alltag. Hierunter fallen beispielsweise auch konkrete hauswirtschaftliche Leistungen. Eine Finanzierung der Entlastungsleistungen für die Pflegebedürftige kann aus verschiedenen Quellen erfolgen: § 45b sieht einen monatlichen Entlastungsbetrag von 125 Euro vor. Pflegebedürftige, die mindestens einen Pflegegrad 2 haben, können zudem Leistungen der Verhinderungspflege nutzen sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – ihre Sachleistungsansprüche bis zu 40 Prozent umwandeln.

Für die Erbringung (bzw. Abrechnung) dieser *umgewandelten* Leistungen ist eine Zulassung nach Landesrecht notwendig. Die entsprechenden Anforderungen werden im Gesetz festgehalten. Rheinland-Pfalz hat die entsprechende Richtlinie noch nicht

---

1 Andreas Heiber ist unter anderem Fachbuchautor und hat mehrere Bücher zu den Pflegestärkungsgesetzen verfasst. Siehe auch Literaturverzeichnis.

der aktuellen Gesetzgebung angepasst (wie die anderen Bundesländer auch) (ebd., S. 130 ff.).

§ 45c beinhaltet die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts. Die Pflegekassen stellen hierfür jährlich 25 Millionen Euro Fördergelder bereit, welche jedoch nur abrufbar sind, wenn in gleicher Höhe Landeszuschüsse oder Zuschüsse kommunaler Gebietskörperschaften eingebracht werden (ebd., S. 145).

Nachfolgend eine tabellarische Übersicht über die aktuellen Leistungen pflegebedürftiger Personen.

Tabelle 1 **Leistungen der Pflegeversicherung ab dem 01.01.2017**

Leistung	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Sachleistung § 36	keine	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Freiwillige Beratungsbesuche § 37.3	2 × pro Jahr			4 × pro Jahr	
Pflegegeld § 37	keine	316 €	545 €	728 €	901 €
Wohngruppenzuschlag § 38a					214 €
Verhinderungspflege § 39	keine	bis 1.612 €			
		zusätzlich bis 50 % der Kurzzeitpflege (806 €) nutzbar, max. 2.418 €			
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen § 40					
Pflegeverbrauchsmittel					40 €
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen					4.000 €
Entlastungsbetrag § 45 b					125 €
Tagespflege § 41	keine	698 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
		keine Anrechnung bei ambulanten Leistungen			
Kurzzeitpflege § 42	keine	bis 1.612 €			
		zusätzlich freie Leistungen der Verhinderungspflege nutzbar			
Vollstationäre Pflege § 43	keine	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Quelle: Heiber 2016

Die Leistungen bei Pflegegrad 1 werden in § 28a geregelt. Heiber betont hierbei, dass der Pflegegrad 1 eine geringere Beeinträchtigung als die bisher übliche Pflegestufe 0 beinhaltet und keinen Sachleistungen beinhalte. Der Gesetzgeber gehe davon aus, dass bei einem Pflegegrad 1 eher beratende und edukative Unterstützungsangebote notwendig seien. Daher werde auch keine Entlastung von Angehörigen beispielsweise

durch Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege vorgesehen. Heiber empfiehlt daher eine klare Trennung zwischen Pflegegrad 1, demnach keine „richtige“ Pflegestufe, und den anderen Pflegegraden (Heiber 2016:79 ff).

Das **Dritte Pflegestärkungsgesetz** (PSG III, stufenweises In-Kraft-Treten, überwiegender Teil seit 01.01.2017) bezieht sich nun insbesondere auf die Rolle der Kommunen. Diese bekommen ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten (an denen sie sich finanziell beteiligen müssen), sie können Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung einlösen und auf Wunsch auch Bezieher von Pflegegeld beraten. In 60 Kommunen sollen für fünf Jahre kommunale Beratungsstellen erprobt und evaluiert werden (Deutscher Bundestag 2016).

Darüber hinaus können sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse sowie regionale Pflegeausschüsse eingerichtet werden. Die Pflegekassen müssen sich hieran beteiligen. Den Ausschüssen kommt zukünftig ein besonderer Stellenwert zu, da sie Pflegestrukturplanungsempfehlungen abgeben sollen, welche beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen zu berücksichtigen sind (§ 8a PSG III) (Deutscher Bundestag 2016).

Bedeutsam ist auch, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ebenfalls im Recht auf Hilfe zur Pflege und im Bundesversorgungsgesetz verankert wird, um auch finanziell Bedürftigen eine entsprechende pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Insbesondere auch eine zeitgleiche Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe soll besser miteinander verzahnt werden – die entsprechenden Leistungsträger sind zur Zusammenarbeit verpflichtet (ebd., § 10).

3.4 Fazit

Es ist davon auszugehen, dass sich die Pflegelandschaft durch das In-Kraft-Treten der Pflegestärkungsgesetze II und III (schrittweises Inkrafttreten) verändern wird. Durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie eines neuen Begutachtungsinstrumentes soll insbesondere auch der Situation von Menschen mit Demenz verstärkt Rechnung getragen werden. Die Pflegebedürftigkeit wird nun in fünf Pflegegraden bemessen, wobei der Pflegegrad I von Heiber als keine „richtige“ Pflegestufe bewertet wird, da die hiermit verbundenen Leistungen deutlich hinter den Leistungen der bisherigen Pflegestufe 0 zurückblieben (Heiber 2016).

Mit dem PSG II wurden neben den grundsätzlichen Änderungen der Leistungen der Pflegeversicherung verschiedene weitere leistungsrechtliche Bestimmungen verabschiedet:

- Beratungspflicht der Pflegekassen und Beratungsanspruch innerhalb von 14 Tagen,
- Angebote zur Unterstützung im Alltag können neben dem monatlichen Entlastungsbetrag auch aus Leistungen der Verhinderungspflege und einem Anteil der Sachleistungsansprüche genutzt werden. Für die Erbringung dieser umgewandelten Leistungen ist eine Zulassung nach Landesrecht notwendig.
- Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts.

Das Pflegestärkungsgesetz III bezieht sich insbesondere auf die Rolle der Kommunen. Im Überblick bedeutet dies

- ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten,
- die Möglichkeit, Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung einzulösen und Bezieher von Pflegegeld beraten zu können,
- die Möglichkeit, in regionalen Pflegeausschüssen Empfehlungen für eine Pflegestrukturplanung abzugeben, die beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen von den Pflegekassen berücksichtigt werden müssen.

Im Hinblick auf die weitere (statistische) Pflegestrukturplanung auch des Landkreises ist durch die Überleitung in Pflegegrade festzuhalten, dass bei künftigen Datenerhebungen kein direkter Vergleich mehr zu den letzten Jahren möglich sein wird und besondere Anstrengungen zur Anschlussfähigkeit der bisherigen Daten und Ergebnisse unternommen werden müssen.

Im Hinblick auf die weitere Rolle des Landkreises als Gestalter der Versorgungsstruktur gilt es, die neuen Möglichkeiten und Aufgaben zu prüfen und zu nutzen.

4 Der Landkreis

4.1 Bevölkerung 24

4.2 Haushaltsstrukturen 26

4.3 Daseinsvorsorge 29

4.4 Fazit 37

4 Der Landkreis

Der 606 km² große Landkreis Mainz-Bingen entstand 1969 aus dem Zusammenschluss der Kreise Mainz und Bingen, knapp 19 Prozent der Fläche ist Siedlungs- und Verkehrsfläche, 61 Prozent der Fläche wird landwirtschaftlich genutzt (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015:12).

Der Landkreis besteht aus den Städten Bingen am Rhein und Ingelheim am Rhein, der verbandsfreien Gemeinde Budenheim sowie sieben Verbandsgemeinden mit insgesamt 64 Ortsgemeinden. Im Jahr 2014 kam es zu einer Gebietsreform, bei der die bei der letzten Planung noch aufgeführten Verbandsgemeinden Guntersblum und Nierstein-Oppenheim zu der Verbandsgemeinde Rhein-Selz wurden (vgl. Homepage des Landkreises Mainz-Bingen 2016).

4.1 Bevölkerung

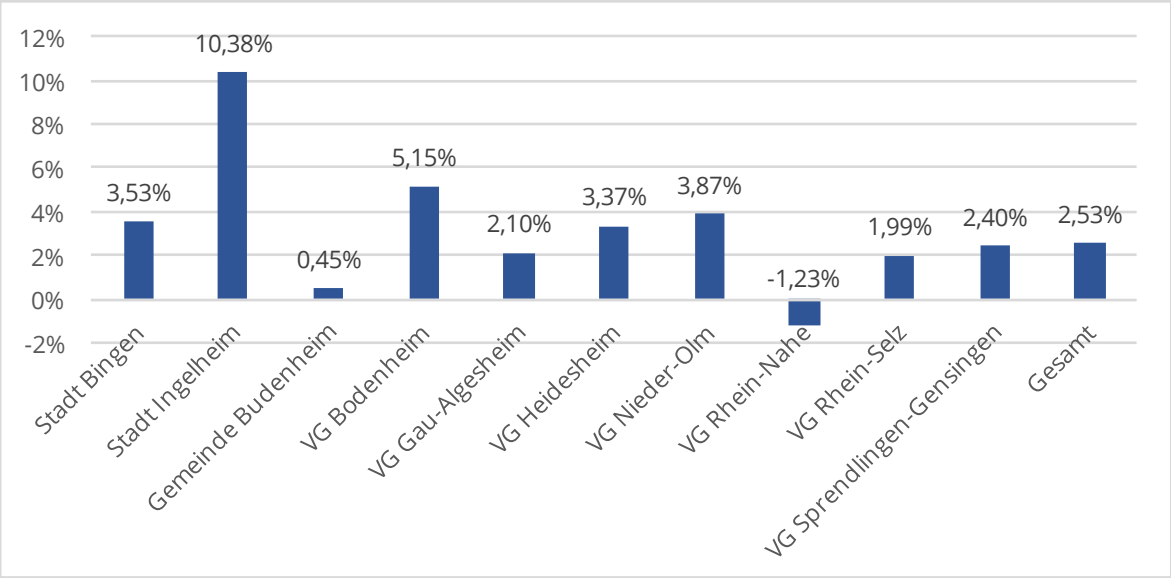
Zum 31. Dezember 2015 lebten im Landkreis Mainz-Bingen 208.749 Einwohnerinnen und Einwohner.

Im Vergleich zu dem letzten Datenbericht mit 201.583 Einwohnerinnen und Einwohnern am 31. Dezember 2009 wuchs damit die Bevölkerung im Landkreis weiter an (+3,72 %). Dieses Bevölkerungswachstum ist trotz eines Geburtendefizits aufgrund von Wanderungsgewinnen zustande gekommen. Der Landkreis ist somit einer der drei rheinland-pfälzischen Landkreise, die einen Zuwachs verzeichnet haben (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015).

Der Anteil der nichtdeutschen Einwohnerinnen und Einwohner ist von 6,2 Prozent in 2009 auf 9,2 Prozent in 2015 angestiegen und liegt knapp unter dem Wert in Rheinland-Pfalz von 9,5 Prozent. Die Geschlechterverteilung ist nahezu gleich geblieben: 2009 lag der Frauenanteil bei 51 Prozent, 2015 bei 50,6 Prozent (ebd.).

Von dem Bevölkerungswachstum profitierten nahezu alle Kommunen des Landkreises, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Während die Stadt Ingelheim seit 2009 um gut zehn Prozent gewachsen ist, verzeichnete die Gemeinde Budenheim nur einen Zuwachs von unter einem Prozent. Lediglich in der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe gab es einen Rückgang von 34 Bewohnerinnen und Bewohnern (-1,23 %).

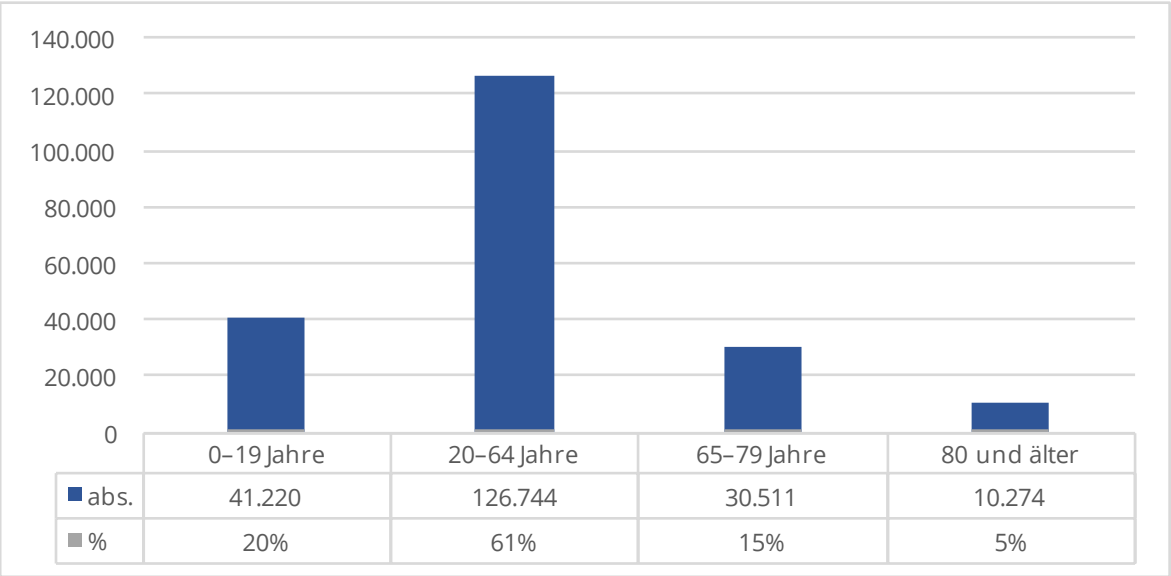
Abbildung 2 **Veränderungen der Bevölkerungszahl in den Kommunen in Prozent von 2009 bis 2015**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

Im Landkreis waren 41.220 Einwohnerinnen und Einwohner unter 20 Jahre alt (20 %), 126.744 Personen waren zwischen 20 und 64 Jahren (61 %), 30.511 Personen zwischen 65 und 79 Jahren (15 %) und 10.274 Personen waren über 80 Jahre alt (5 %).

Abbildung 3 **Altersstruktur der Bevölkerung des Landkreises zum 31.12.2015**



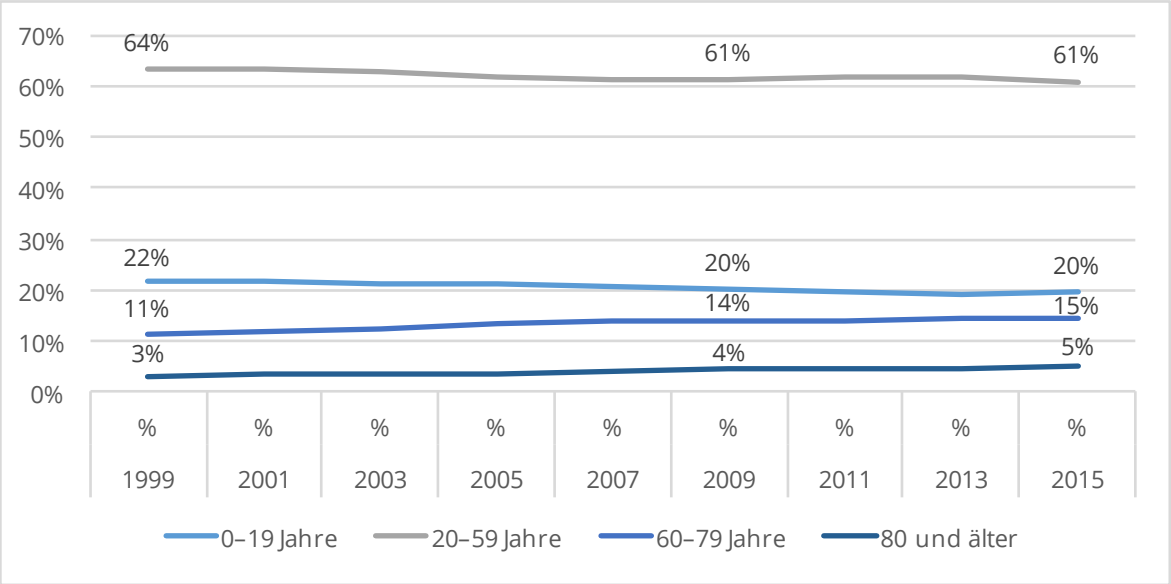
	0–19 Jahre	20–64 Jahre	65–79 Jahre	80 und älter
abs.	41.220	126.744	30.511	10.274
%	20%	61%	15%	5%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

Diese Altersstruktur ist insgesamt jünger als die von Rheinland-Pfalz und der Bundesrepublik. In Rheinland-Pfalz sind 18 Prozent der Bevölkerung unter 20 Jahre alt, dafür 22 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 60 und 79 Jahre und sechs Prozent über 80 Jahre alt. Gleiches gilt für die Bundesrepublik.

Im Zeitverlauf zeigt sich in der Altersstruktur des Landkreises eine Änderung in der Altersstruktur der Bevölkerung. Der Anteil der über 60-Jährigen hat in dem hier betrachteten Zeitraum kontinuierlich zu, der Anteil der unter 60-Jährigen kontinuierlich abgenommen.

Abbildung 4 **Anteile der Bevölkerung: Altersgruppen im Zeitverlauf, jeweils zum Stichtag 31.12.**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

Ende 2015 waren fünf Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner 80 Jahre und älter, dies sind 10.274 Personen gewesen. Während im Jahr 1999 der Anteil der 60 bis 79-Jährigen noch bei elf Prozent lag, lag er im Jahr 2015 bei 15 Prozent.[2]

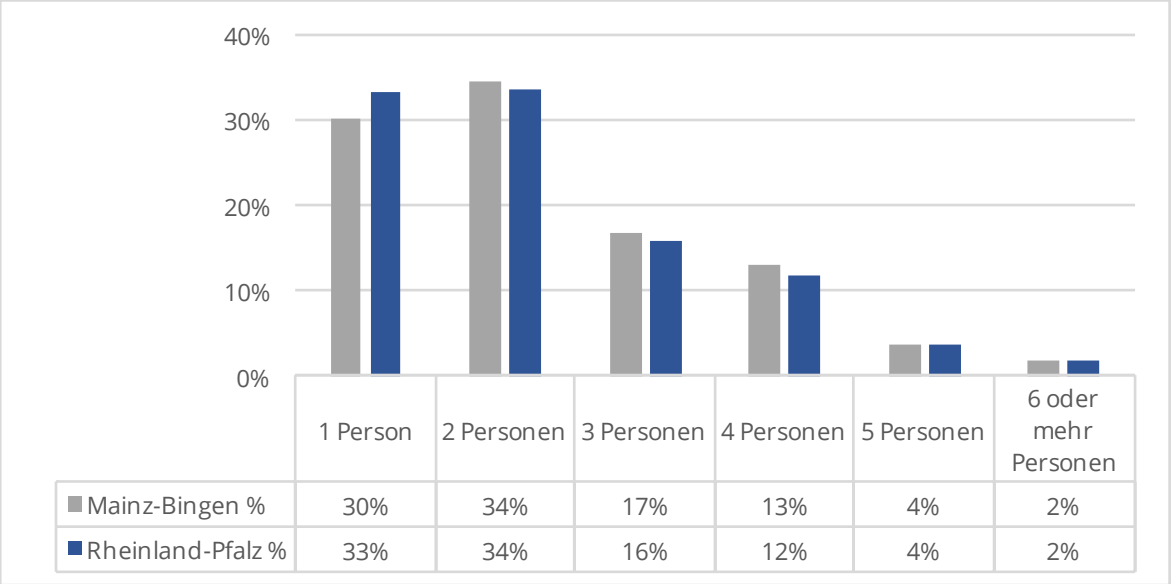
4.2 Haushaltsstrukturen

Kenntnisse über die Haushaltsstrukturen im Landkreis sind bedeutsam, da das Leben in der eigenen Häuslichkeit insbesondere für alleinlebende, pflegebedürftige Personen eine Herausforderung darstellen kann.

2 Die Bevölkerungszahlen basieren bis einschließlich 2010 auf der Fortschreibung der Volkszählung von 1987, ab 2011 auf der Fortschreibung des Zensus 2011.

Das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz hat im Rahmen des Zensus 2011 Daten zu den Haushaltsstrukturen veröffentlicht. Insgesamt wurden 88.332 Haushalte im Landkreis Mainz-Bingen gezählt. Mit 34 Prozent die größte Gruppe waren Zwei-Personen-Haushalte. Insgesamt wohnten im Landkreis weniger Personen alleine als in Rheinland-Pfalz.

Abbildung 5 **Haushaltstrukturen im Landkreis Mainz-Bingen und Rheinland-Pfalz zum 09. Mai 2011**



	1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen	5 Personen	6 oder mehr Personen
Mainz-Bingen %	30%	34%	17%	13%	4%	2%
Rheinland-Pfalz %	33%	34%	16%	12%	4%	2%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Zensus 2011), Berechnung *transfer*

Bezogen auf die Verbandsgemeinden beziehungsweise die Städte und die verbandsfreie Gemeinde Budenheim zeigt sich in der Verteilung der Haushaltsgrößen ein ähnliches Bild. In den drei verbandsfreien Gemeinden beziehungsweise Städten dagegen bilden die Ein-Personen-Haushalte den größten oder gleich großen Anteil und zeigen damit ein urbaneres Bild:

In Bingen am Rhein stehen 41 Prozent Ein-Personen-Haushalte 33 Prozent Zwei-Personen-Haushalten entgegen. In Ingelheim am Rhein gab es 36 Prozent Ein-Personen-Haushalte und 34 Prozent der Haushalte mit zwei Personen. In der verbandsfreien Gemeinde Budenheim halten sich die Ein- und Zwei-Personen-Haushalte mit jeweils 35 Prozent die Waage.

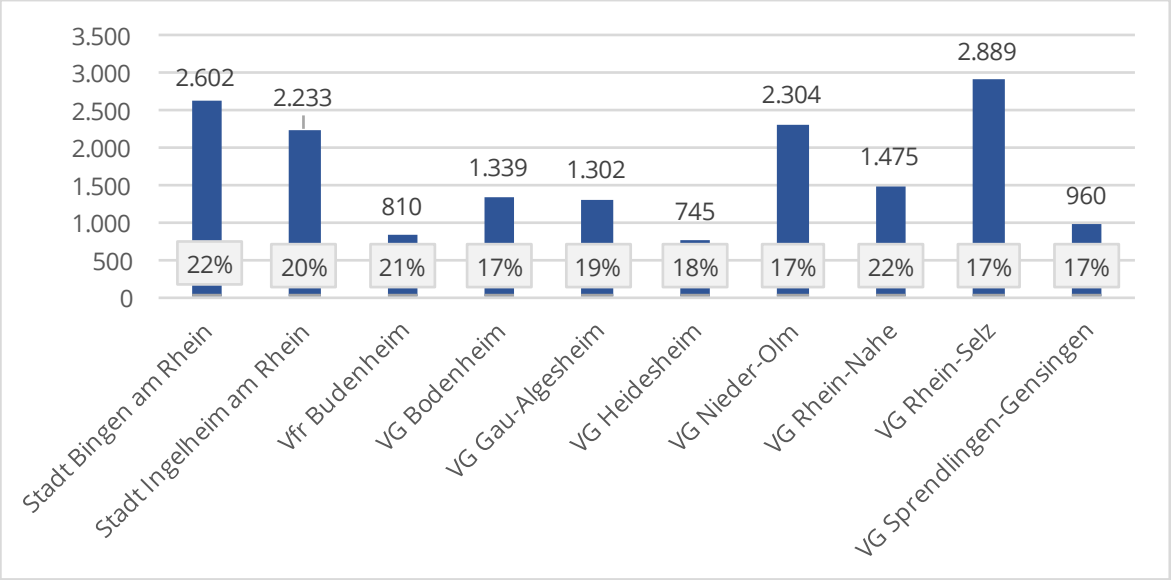
Der Zensus 2011 weist die Haushalte auch in Bezug auf den „Seniorenstatus“[3] aus. Von den 88.332 Haushalten im Landkreis wurden 16.659 Haushalte ausschließlich

3 „Als ‚Senioren‘ gelten diejenigen Personen, welche zum Zensusstichtag 09. Mai 2011 das 65. Lebensjahr vollendet haben.“ (Zensus 2011)

durch Senioren und Seniorinnen begründet (19 %), 9.100 Haushalte bestanden aus Senioren beziehungsweise Seniorinnen und jüngeren Personen (10 %).

Bezogen auf die Verbandsgemeindeebene beziehungsweise die Städte und die verbandsfreie Gemeinde Budenheim schwankt der Anteil der ausschließlich durch Seniorinnen und Senioren begründeten Haushalte (unabhängig von der Anzahl der Personen) zwischen 17 und 22 Prozent bei großen Unterschieden in den absoluten Zahlen.

Abbildung 6 **Haushalte mit ausschließlich Seniorinnen und Senioren absolut und relativ, Zensus 2011**



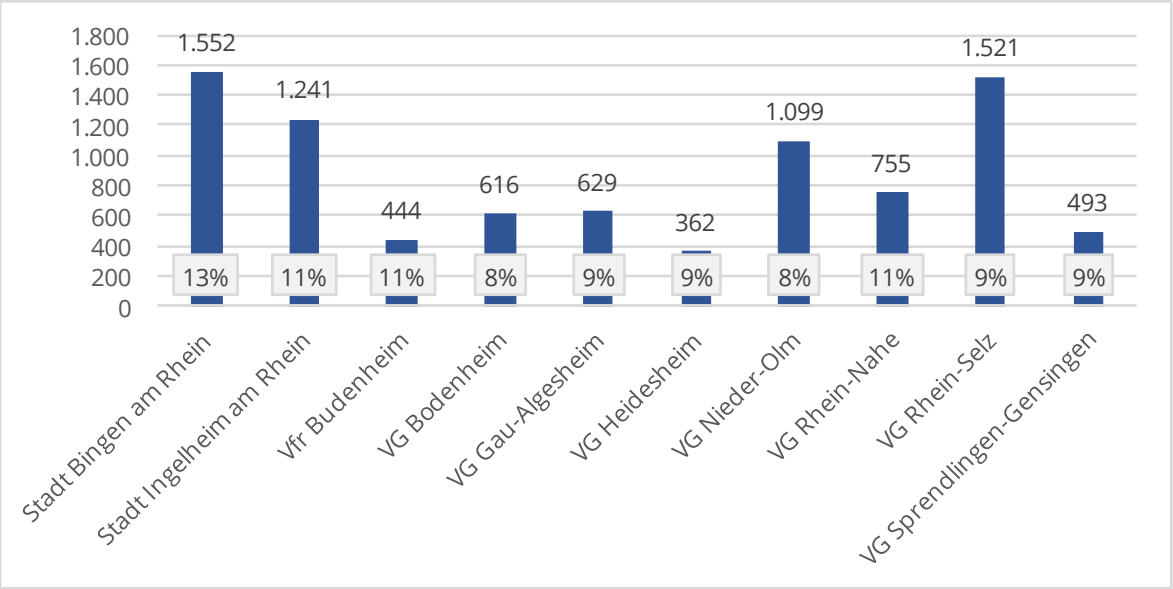
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

Insbesondere für alleinlebende Seniorinnen und Senioren kann die tägliche und pflegerische Versorgung, aber auch der Bezug zu Nachbarn und der Gemeinde eine Herausforderung bedeuten.

Zum 09. Mai 2011 bestanden zehn Prozent der Haushalte im Landkreis aus alleinlebenden Seniorinnen und Senioren (8.712 Haushalte). In Rheinland-Pfalz waren es zwölf Prozent.

Bezogen auf die Verbandsgemeindeebene beziehungsweise die Städte und die verbandsfreie Gemeinde Budenheim schwankt der Anteil der ausschließlich durch Seniorinnen und Senioren begründeten *Ein-Personen*-Haushalte zwischen acht und 13 Prozent bei ebenfalls großen Unterschieden in den absoluten Zahlen.

Abbildung 7 **Haushalte mit alleinlebenden Seniorinnen und Senioren absolut und relativ, Zensus 2011**



Quelle: Zensus 2011, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

Die höchsten Anteile an alleinlebenden Seniorinnen und Senioren gab es in der Stadt Bingen (13 %) und der Stadt Ingelheim, der verbandsfreien Gemeinde Budenheim und der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe mit jeweils elf Prozent.

4.3 Daseinsvorsorge

Im Jahr 2015 wurde durch den Demografiebeauftragten des Landkreises ein umfangreicher Demografiecheck bei den 64 Ortsgemeinden des Landkreises durchgeführt, an dem sich 56 Gemeinden beteiligt haben (88 %). Der Demografiecheck beinhaltete 37 Fragen zu Infrastruktur, Angeboten und Plänen für junge Familien, ältere Mitbürger und Bewohner im ländlichen Raum.

Im Rahmen der Pflegestrukturplanung sollten die Ergebnisse des Demografiechecks aufgegriffen und vertieft werden, um hieraus Ansatzpunkte für eine kommunale Pflegeplanung zu gewinnen.

Insgesamt haben sich nach einer Datenbereinigung 39 der 66 Ortsgemeinden an der Erhebung beteiligt, dies entspricht einem Rücklauf von 59 Prozent.

4.3.1 Indexbildung

Ein Aspekt der Erhebung war eine konkrete Erfassung der vorhandenen Einrichtungen zur Versorgung mit Artikeln des täglichen Bedarfs in den Gemeinden, da diese für vie-

le in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen eine Voraussetzung für das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit darstellen. Insgesamt 33 Gemeinden gaben hierzu Auskunft (50 %).

Gefragt wurde nach dem Vorhandensein von

- Supermarkt
- Dorfladen
- Metzgerei
- Bäckerei
- Rollende Märkte
- Hausarzt
- Facharzt
- Apotheke
- Bank(Filiale)
- Geldautomat

Für die Auswertung wurde für jede Gemeinde ein Punktwert nach einem 7-Punkte-System ermittelt. Die Höchstpunktzahl wurde erreicht wenn Einkaufsmöglichkeiten für

- Fleisch-/Wurstwaren
- Brotwaren
- sonstige Lebensmittel
- Hygieneartikel
- Medikamente
- Ärztliche Versorgung
- Geldversorgung

vorhanden sind. Fehlt eines der Angebote reduziert sich der Wert um einen Punkt. Dabei wurde bei der Auswertung davon ausgegangen, dass in Supermärkten, Rollenden Märkten und Dorfläden sowohl Fleisch- und Wurstwaren, Brotwaren, sonstige Lebensmittel als auch Hygieneartikel eingekauft werden können. Ist eine der drei Einrichtungen in der Gemeinde vorhanden, erhält die Gemeinde daher vier Punkte. Ist keine der drei Einrichtungen vorhanden, gibt es aber eine Bäckerei oder Metzgerei, wurde diese mit jeweils einem Punkt bewertet. Für das Vorhandensein einer Apotheke, eines Arztes, sowie einer Bank oder eines Geldautomaten wurde jeweils ein weiterer Punkt vergeben.

Diese Indexbildung dient einem ersten Eindruck der Versorgungssituation in den Verbandsgemeinden und verbandsfreien Gemeinden. Alleine über den Indexwert kann keine Aussage über die Art der Versorgung oder die Zugänglichkeit getroffen werden – beispielsweise kann ein Supermarkt am Rand der Gemeinde liegen und für

mobilitätsbeeinträchtigte Personen nicht oder nur schlecht erreichbar sein.

Von den 33 teilnehmenden Gemeinden erreichten neun Gemeinden den Höchstwert von sieben Punkten (27 %). In fünf Gemeinden gibt es keines der erhobenen Versorgungsangebote, diese erhielten den Indexwert von 0 Punkten.

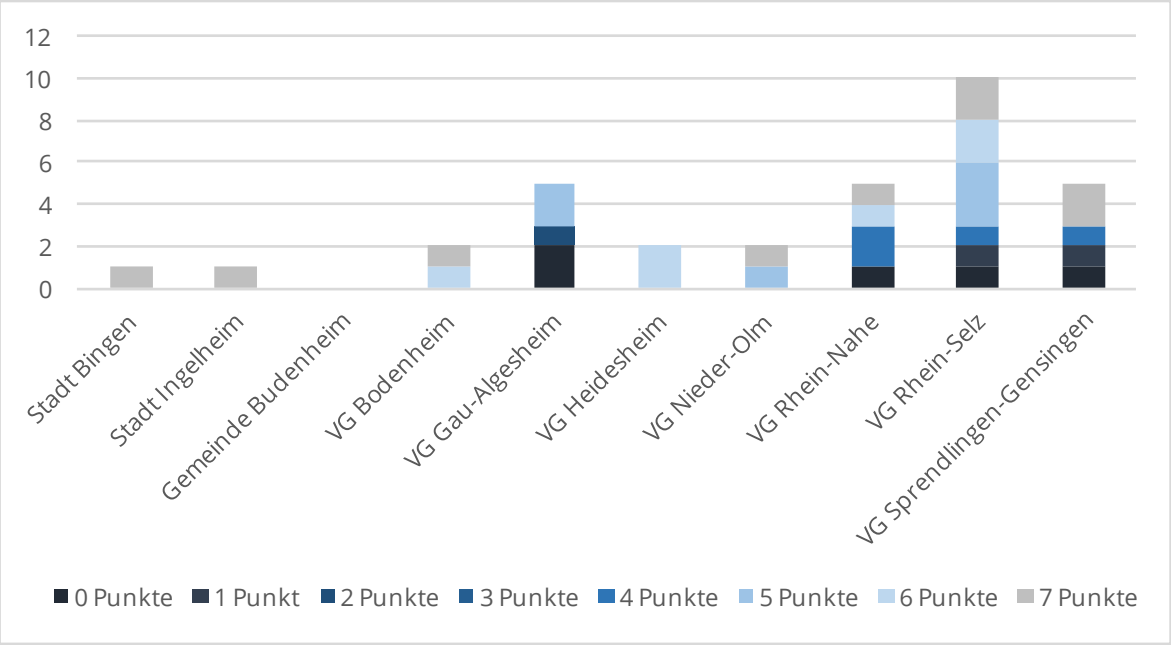
Tabelle 2 **Daseinsvorsorge in den Ortsgemeinden: Indexbildung**

Verbands-gemeinde	Anzahl Ortsgemeinden mit Punktwert								
	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	6 Punkte	7 Punkte	Teilnehmende Gemeinden
Stadt Bingen	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Stadt Ingelheim	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Gemeinde Budenheim	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VG Bodenheim	0	0	0	0	0	0	1	1	2
VG Gau-Algesheim	2	0	1	0	0	2	0	0	5
VG Heidesheim	0	0	0	0	0	0	2	0	2
VG Nieder-Olm	0	0	0	0	0	1	0	1	2
VG Rhein-Nahe	1	0	0	0	2	0	1	1	5
VG Rhein-Selz	1	1	0	0	1	3	2	2	10
VG Sprendlingen-Gensingen	1	1	0	0	1	0	0	2	5
Gesamt	5	2	1	0	4	6	6	9	33
%	15%	6%	3%	0%	12%	18%	18%	27%	100%

Quelle: Eigene Erhebung 2016 *transfer*

Von den 33 beteiligten Gemeinden haben neun Gemeinden den höchsten Indexwert von sieben Punkten erreicht. Acht Ortsgemeinden erreichten einen Wert von weniger als drei Punkten in der Daseinsvorsorge, drei der Gemeinden liegen in der Verbandsgemeinde Gau-Algesheim, jeweils zwei Gemeinden in den Verbandsgemeinden Rhein-Selz und Sprendlingen-Gensingen, eine Gemeinde liegt in der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe.

Abbildung 8 **Daseinsvorsorge in den Ortsgemeinden: Indexbildung**



Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

4.3.2 Stadt Bingen

Die Stadt Bingen beteiligte sich an der Erhebung. Es wurden keine besonderen Veränderungen oder unternommene, konkrete Schritte seit dem Demografiecheck angegeben.

In Bezug auf die Daseinsfürsorge sind alle abgefragten Angebote in der Stadt vorhanden und nach Einschätzung der Stadt Bingen auch für die nächsten fünf Jahre gesichert.

Weitere zentrale Aspekte für ein Alt werden in der Gemeinde für die Stadt Bingen wären eine Verbesserung der Stadtteilversorgung sowie die Schaffung eines Hospizes.

4.3.3 Stadt Ingelheim

Die Stadt Ingelheim beteiligte sich an der Erhebung. Nach wie vor sei seniorengerechter Wohnraum ein Thema, insbesondere auch für die Personen, die Grundsicherung beziehen. Die Versorgung sei durch die städtische Struktur vorhanden und auch für die nächsten Jahre gesichert. Es gebe eine gute Altenhilfestruktur, die Bürger würden über Stadtteilkonferenzen einbezogen. Der als gut eingeschätzte ÖPNV soll mit der Neuausschreibung weiter verbessert werden.

Konkrete Initiativen wurden im Bereich der Gesundheitsförderung durch gezielte Angebote für Senioren (bspw. Spaziergangsgruppe) und die Einführung eines Nachtbusses unternommen.

4.3.4 Verbandsfreie Gemeinde Budenheim

Die verbandsfreie Gemeinde Budenheim beteiligte sich nicht an der eigenen Erhebung.

4.3.5 Verbandsgemeinde Bodenheim

Aus der Verbandsgemeinde Bodenheim beteiligten sich zwei Ortsgemeinden. Beide Gemeinden nannten gute Versorgungsmöglichkeiten für Seniorinnen und Senioren, auch durch Vereine und die Gemeinden selbst, aber insbesondere auch durch das SoNah-Projekt der Caritas. Die Mobilität wurde durch den Bürgerbus der Verbandsgemeinde verbessert.

Schwierig sei das fehlende Angebot für eine Tagesbetreuung und fehlende Räumlichkeiten für Seniorenangebote. Ein Nachbarschaftshilfeverein sei wünschenswert und auch das Thema Wohnraum, auch für junge Menschen, wurde als wichtig genannt.

4.3.6 Verbandsgemeinde Gau-Algesheim

Aus der Verbandsgemeinde Gau-Algesheim beteiligten sich fünf Ortsgemeinden an der Erhebung. In Bezug auf Wohnraum und Wohnangebote sind seit dem Demografiecheck ein Flächennutzungsplan in Arbeit, ein Neubaugebiet befindet sich in Planung und ein Bauantrag für barrierefreie Wohnanlage wurde gestellt. Für Senioren wurden Bewegungsangebote geschaffen und ein Pendelverkehr eingerichtet.

Als wichtige Faktoren für ein Alt werden zu Hause wurden unter anderem die Verkehrsanbindung, die medizinische Versorgung sowie ein Ansprechpartner bei gesundheitlichen oder sozialen Problemen und ein Mehrgenerationenhaus benannt.

4.3.7 Verbandsgemeinde Heidesheim

Aus der Verbandsgemeinde Heidesheim hat sich eine Ortsgemeinde beteiligt, diese hat bis auf die Angabe konkreter Versorgungsangebote keine weiteren Anmerkungen festgehalten.

4.3.8 Verbandsgemeinde Nieder-Olm

Aus der Verbandsgemeinde Nieder-Olm haben sich drei Ortsgemeinden beteiligt.

Seit dem Demografiecheck sei im Bereich Wohnraum/Wohnangebote ein gemeinschaftliches und ein barrierefreies Wohnprojekt in Planung, ein Baugebiet wurde bebaut. In zwei Ortsgemeinden gab es Gespräche und Planungen in Bezug auf ein generationsübergreifendes beziehungsweise seniorengerechtes Wohnen.

Darüber hinaus wurden Outdoor-Fitnessgeräte aufgestellt und eine Einwohnerversammlung durchgeführt, ein Lieferservice mit dem örtlichen CAP-Markt und der Apotheke eingerichtet, sowie Veranstaltungen des örtlichen Seniorenbeirats durchgeführt.

2017 soll ein Demenz Café eröffnet werden.

Darüber hinaus wurde das „Alleinsein“ älterer Bürgerinnen und Bürger, die Sensibilisierung der dörflichen Vereine und Gremien für das Thema als weitere zu bewältigende Aufgaben genannt. Eine Ortsgemeinde betonte, dass das Wohnen in gemeinschaftlichen Wohnformen erwünscht sei.

4.3.9 Verbandsgemeinde Rhein-Nahe

Aus der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe liegen sechs Erhebungsbögen von Ortsgemeinden vor.

Im Bereich der Mobilität ist seit dem Demografiecheck ein Bürgerbus eingerichtet bzw. geplant worden, im Bereich Wohnraum entstehen in einer Ortsgemeinde 20 neue Mietwohnungen.

Um zu Hause alt werden zu können wurde der seniorengerechte Wohnraum, eine gute Mobilität, Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung, soziale Betreuung und Familienangehörige vor Ort als wichtige Faktoren benannt.

4.3.10 Verbandsgemeinde Rhein-Selz

Aus der Verbandsgemeinde Rhein-Selz haben sich 14 Ortsgemeinden beteiligt.

In Bezug auf den Wohnraum wurden neue Baugebiete erschlossen, behindertengerechte Wohnungen gebaut, weiter geplant und generell von einer Zunahme an Wohnraum berichtet.

Die tägliche Versorgung wird überwiegend durch Einkaufsfahrten und mobile Möglichkeiten gedeckt, eine Ortsgemeinde gab an, einen Supermarkt und einen Discounter zu haben.

Fünf Ortsgemeinden gaben an, über eine gute ärztliche Versorgung zu verfügen, in einer Gemeinde konnten neue Ärzte angesiedelt werden. Sieben Gemeinden berichteten von verschiedenen Kultur- und Freizeitangeboten beispielsweise einer E-Bike-Verleihstation, Sportangeboten oder einem Seniorentreff, der Bau von barrierefreien Veranstaltungsorten ist geplant.

Zentrale Faktoren für ein Alt werden zu Hause seien unter anderem die Nahversorgung, entsprechender Wohnraum, Unterstützung im Haus und Alltag, Transportmöglichkeiten, Ausbau ehrenamtlicher Strukturen et cetera.

4.3.11 Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen

In der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen haben sich sechs Gemeinden an der Erhebung beteiligt. Neubaugebiete wurden entwickelt, ein Altenpflegeheim ist in der Realisierungsphase. Eine Ortsgemeinde beteiligt sich an einem Städtebausanierungsprogramm. Im Bereich der Versorgung wurde in einer Ortsgemeinde ein neuer Supermarkt gebaut.

Gefragt nach den wichtigsten Faktoren für ein Alt werden zu Hause wurde neben notwendigen Wohnangeboten, täglicher Versorgung und Mobilität auch die Stärkung des Dorflebens angegeben.

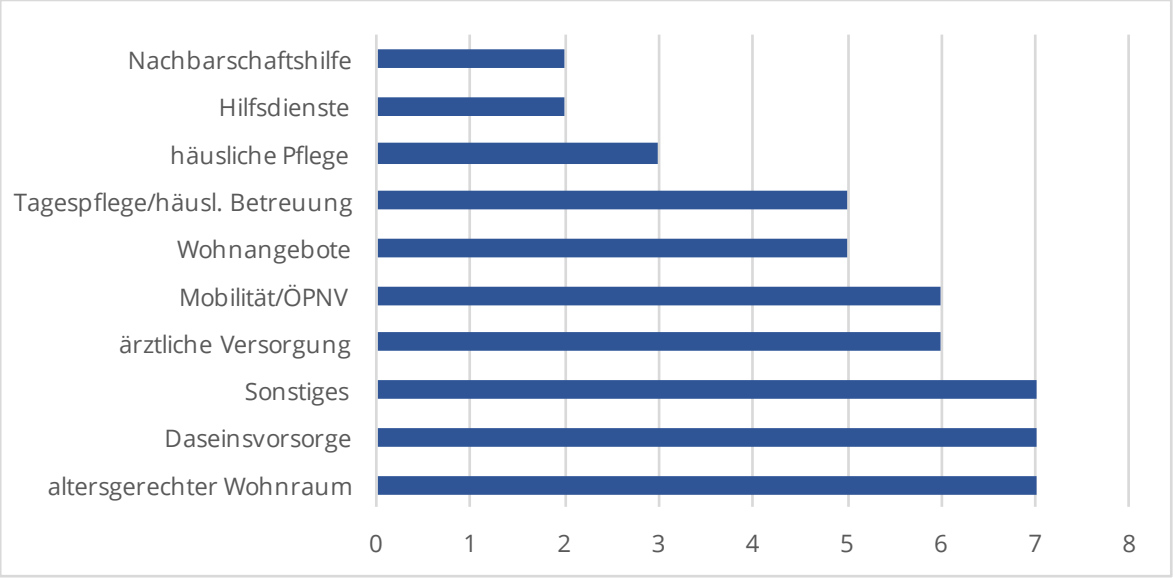
4.3.12 Zu Hause alt Werden

Im Rahmen der eigenen Erhebungen wurden sowohl die Ortsgemeinden, als auch die ambulanten Dienste und vollstationären Einrichtungen nach den drei wichtigsten Faktoren gefragt, die sich in der Gemeinde/im Landkreis verbessern müssten, um den Bürgerinnen und Bürgern einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Die gegebenen Antworten wurden unterschiedlichen Kategorien zugeordnet.

Mit jeweils sieben Nennungen wurde insbesondere der altersgerechte Wohnraum sowie die Daseinsvorsorge als wichtig und verbesserungswürdig angesehen, gefolgt von Fragen der Mobilität und spezifischer Wohnangebote und häuslicher Betreuung mit jeweils sechs Nennungen.

Abbildung 9 **Erhebung bei den Ortsgemeinden: Was sind die drei wichtigsten Dinge, damit in Ihrer Gemeinde Menschen zu Hause alt werden können? (n=28 beteiligte Ortsgemeinden)**

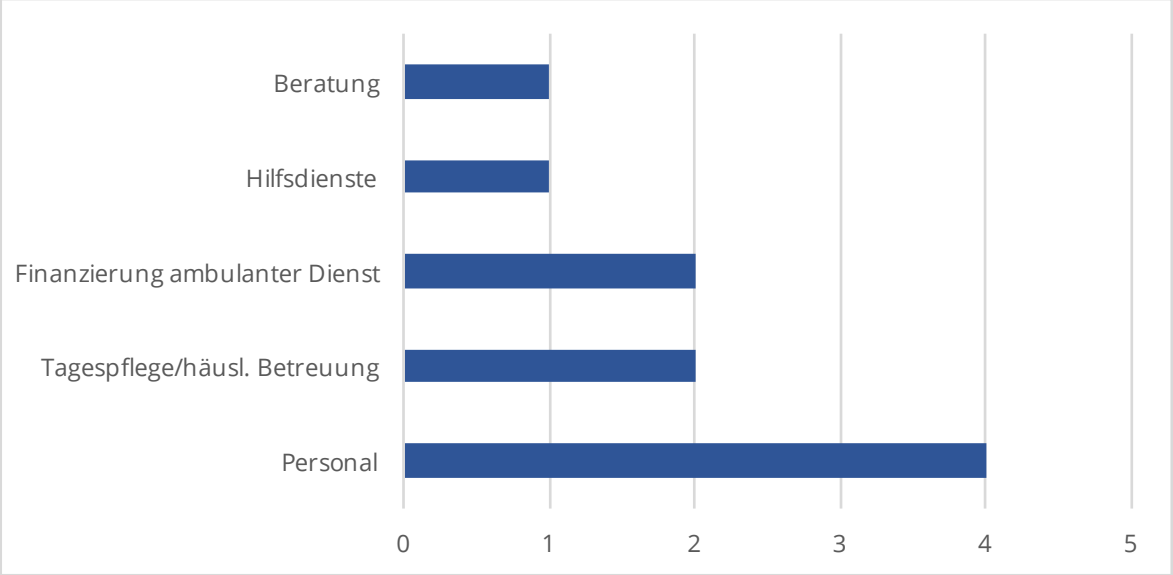


Quelle: Eigene Erhebung 2016 *transfer*

Von den ambulanten Diensten haben nur vier Dienste auf diesen Fragenbereich der eigenen Erhebung geantwortet. Von allen vier Diensten wurde das Personal der ambulanten Pflegedienste als wichtigen Faktor benannt, insbesondere die Gewinnung von Pflegefachkräften sei bedeutsam. Jeweils zwei Dienste nannten Fragen der Tages-

pflege beziehungsweise der häuslichen Betreuung sowie die Finanzierung ambulanter Dienste in einem Flächenlandkreis als wichtige Faktoren.

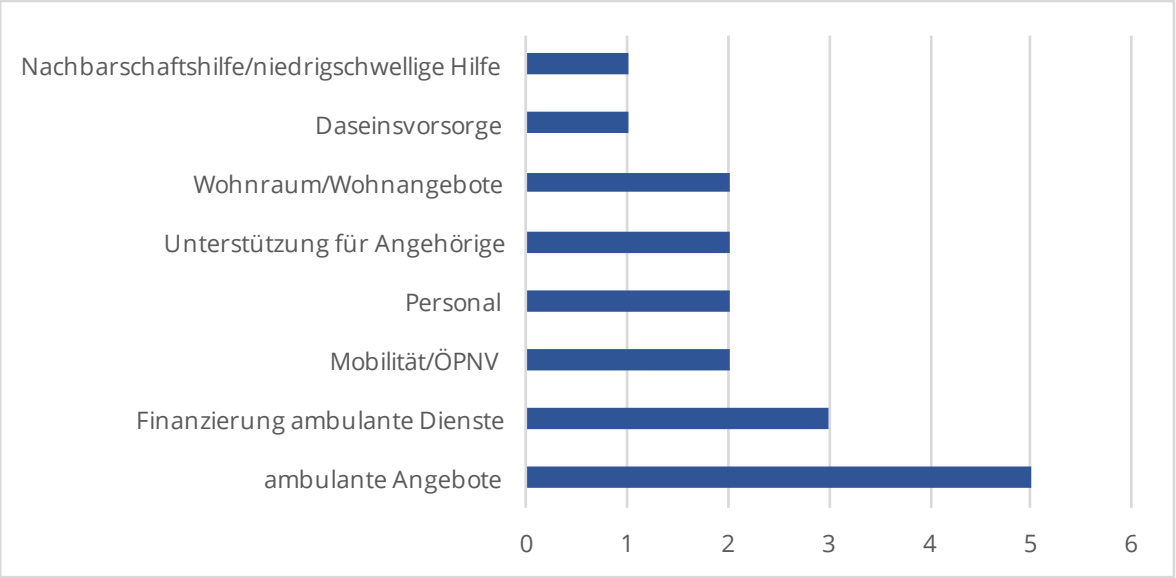
Abbildung 10 **Erhebung bei den ambulanten Diensten: Was sind die drei wichtigsten Dinge, um zu Hause alt werden zu können? (n=4 beteiligte Dienste)**



Quelle: Eigene Erhebung 2016 *transfer*

Bei den vollstationären Einrichtungen wurden die ambulanten Angebote mit fünf Nennungen am häufigsten angegeben, wobei hierunter sowohl Demenzbetreuung, Tagespflege und weitere ambulante Unterstützungsmöglichkeiten gefasst wurden. Die Finanzierung ambulanter Dienste wurde von drei Einrichtungen als bedeutsam angegeben.

Abbildung 11 **Erhebung bei den vollstationären Einrichtungen: 3 wichtigsten Faktoren, um zu Hause alt werden zu können (n=6 beteiligte Einrichtungen)**



Quelle: Eigene Erhebung 2016 *transfer*

4.4 Fazit

Der Landkreis Mainz-Bingen ist einer von drei rheinland-pfälzischen Landkreisen, die einen Zuwachs der Bevölkerung verzeichnen können. Von diesem Zuwachs profitierten alle Verbandsgemeinden mit Ausnahme der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe. Zum 31. Dezember 2015 lebten im Landkreis Mainz-Bingen 208.743 Einwohnerinnen und Einwohner, dies sind 7.485 Personen mehr als zum Zeitpunkt der letzten Pflegestrukturplanung 2011 (+3,72 %).

Diese Altersstruktur des Landkreises ist insgesamt jünger als die von Rheinland-Pfalz und der Bundesrepublik. Im Landkreis waren 30.511 Personen zwischen 65 und 79 Jahre alt (15 %), 10.274 Personen waren älter als 79 Jahre (5 %). Die Menschen sind älter geworden: 1999 lag der Anteil der 65- bis 79-Jährigen noch bei elf Prozent (vgl. Kap. 4.1).

Bei der Zensuszählung im Jahr 2011 wurden 88.332 Haushalte im Landkreis gezählt, 34 Prozent davon bildeten Zwei-Personen-Haushalte. In 16.659 Haushalten davon lebten ausschließlich Seniorinnen und Senioren (19 %), in 8.712 aller Haushalte lebten Seniorinnen und Senioren (10 %) allein. Diese Werte liegen unter den Werten von Rheinland-Pfalz, allerdings gibt es innerhalb des Landkreises Unterschiede.

In der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe gab es 1.475 Haushalte, die ausschließlich von Seniorinnen und Senioren begründet wurden. Dies entspricht 22 Prozent aller dortigen Haushalte, der höchste Wert unter den Verbandsgemeinden. In Kombination mit

der (leicht) schrumpfenden Bevölkerung könnte dies auf eine besondere Problemlage hindeuten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Bevölkerung des Landkreises insgesamt günstiger entwickelt und in Bezug auf ihre Altersstruktur zusammensetzt als Rheinland-Pfalz insgesamt. Der Landkreis wird voraussichtlich bis 2035 weiter wachsen und hat eine jüngere Bevölkerung als das Bundesland. Trotzdem zeigt sich im Landkreis auch der demografische Wandel. Der Altenquotient wird weiter steigen und die Zahl der alleinwohnenden Seniorinnen und Senioren zunehmen. In zehn Prozent der Haushalte (Anzahl: 8.712) leben alleinstehende Seniorinnen und Senioren. Des Weiteren verläuft die Entwicklung regional unterschiedlich.

Insbesondere in den Städten, der verbandsfreien Gemeinde Budenheim sowie der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe liegt der Anteil der alleinstehenden Seniorinnen und Senioren jeweils über dem landkreisweiten Durchschnitt von zehn Prozent aller Haushalte.

In Bezug auf die **Daseinsvorsorge** in den Ortsgemeinden zeigte die eigene Erhebung ein differenziertes Bild. Von den 33 Gemeinden, die sich an der eigenen Erhebung beteiligten, verfügten sieben Gemeinden über eine Versorgungsmöglichkeit mit Gütern des täglichen Bedarfs sowie über eine ärztlichen Versorgung und eine Geldversorgung. Acht Gemeinden kamen jedoch auf einen Index-Wert von unter drei Punkten, was einer eher eingeschränkten Versorgungsmöglichkeit entspricht, fünf Gemeinden haben gar keine Angebote der Daseinsvorsorge. Analog hierzu wurde eine verfügbare Daseinsvorsorge von den Ortsbürgermeistern neben barrierefreiem Wohnraum als einer der wichtigsten Faktoren für ein „Alt werden zu Hause“ angegeben. Hierbei ist zu bedenken, dass die Schaffung altersgerechten Wohnraums eine frühzeitige Bewusstseinsbildung und Intervention erfordert: Bürgerinnen und Bürger müssen, wenn sie noch nicht pflegebedürftig sind, für das Thema sensibilisiert und über barrierefreie Umbaumaßnahmen von Wohnraum informiert werden. Gleichzeitig sollten sie im Rahmen von Gemeinwesenarbeit Gelegenheit haben, sich zu vernetzen und gegenseitig auch im Vorfeld der Pflege zu unterstützen.

5 Nutzerstruktur Pflege

5.1 Pflegebedürftige Personen 40

5.2 Inanspruchnahmeraten unterschiedlicher Leistungen 44

5.3 Indikator „ambulant vor stationär“ 46

5.4 Pflegebedürftige Personen nach Leistungsarten 48

5.5 Hilfe zur Pflege 57

5.6 Fazit 60

5 Nutzerstruktur Pflege

In der Pflegestatistik werden die Leistungen und Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung nach dem SGB XI dargestellt. Die Pflegeversicherung nach SGB XI *„hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind"* (SGB XI § 1 Abs. 4). Die Hilfen werden sowohl als Pflegesachleistungen ambulanter Dienste, als stationäre Pflege in Einrichtungen als auch in Form von Pflegegeld, das direkt an die Pflegebedürftigen ausbezahlt wird, erbracht.

Die Datenqualität der Statistik über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen wird seitens des Statistischen Bundesamtes als gut bewertet. *„Im Rahmen der Statistik über die Pflegeeinrichtungen finden in den Statistischen Landesämtern umfangreiche Plausibilitätsprüfungen und eine durchgehende Qualitätskontrolle statt. Insofern sind die Ergebnisse, zumal die Statistik als Vollerhebung durchgeführt wird, von hoher Aussagekraft und Qualität."* (Statistisches Bundesamt 2007a: 3). Die Einrichtungen und Dienste sind nach § 109, Absatz 1 SGB XI gegenüber den statistischen Ämtern zur Auskunft verpflichtet, einige Angaben sind freiwillig.

Für die Statistik über die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen gilt dies mit Einschränkungen, da Daten der Pflegekassen genutzt werden und die Datenqualität sehr stark von internen Prüfungen der Kassen abhängt. „*Die Qualität der Daten wird im Allgemeinen als gut eingeschätzt – zumal die Meldungen der Pflegekassen auch auf den Statistiken zur sozialen Pflegeversicherung basieren. Allerdings ist die Datenqualität – aufgrund der geringeren Prüfmöglichkeiten für die amtliche Statistik – etwas geringer als im Bereich der Pflegeeinrichtungsstatistik einzuschätzen*" (Statistisches Bundesamt 2007b: 3). Sowohl die Träger der Pflegeversicherung als auch die privaten Versicherungsunternehmen sind zur Auskunft verpflichtet.

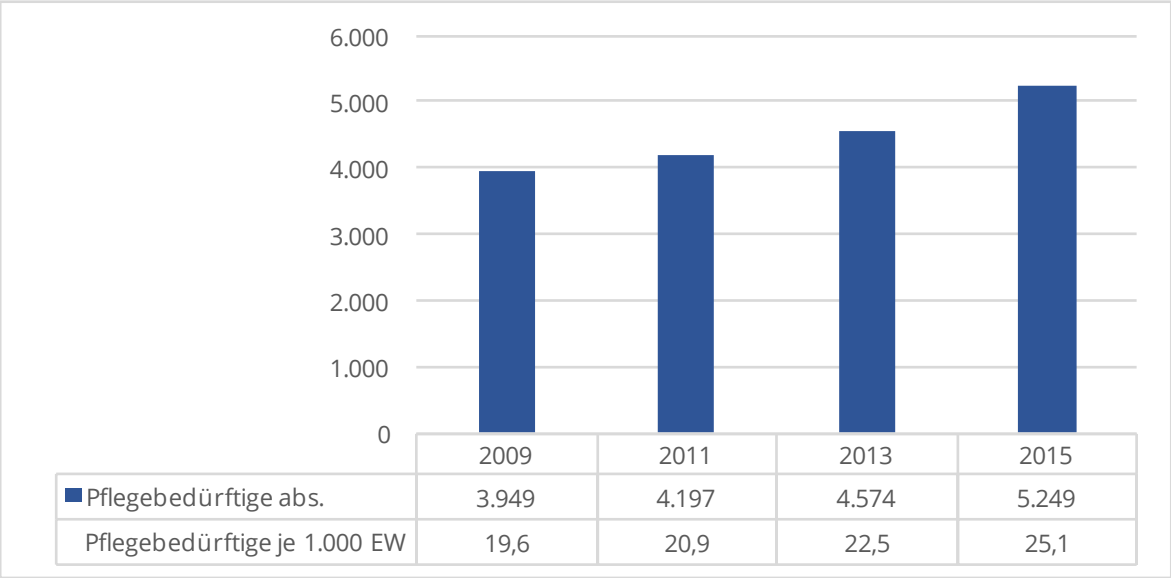
5.1 Pflegebedürftige Personen

Im Landkreis Mainz-Bingen erhielten am 15./31. Dezember 2015 5.249 Personen Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI[4]. Der Anteil der Männer im Leistungsbezug ist mit 36 Prozent deutlich niedriger als der Anteil der Frauen.
5.249 Personen sind 1.300 pflegebedürftige Personen mehr als zum Zeitpunkt der letz-

4 Um die Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen zu berechnen werden die Leistungsbezieherinnen und -bezieher der Dauerpflege, der Sachleistung und des Pflegegeldes addiert. Stichtag der Erhebung waren jeweils der 15.12. bzw. 31.12. (Pflegegeld). Kurzzeitpflege und Tagespflege werden nicht mitgerechnet (Auskunft Statistisches Landesamt März 2017)

ten Planung 2009. Auch in Bezug auf die Einwohnerzahl hat sich der Anteil der pflegebedürftigen Personen deutlich vergrößert, lag er 2009 noch bei 19,6 pflegebedürftigen Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (alle Altersklassen), lag er zum 15./31. Dezember 2015 bei 25,1.

Abbildung 12 **Landkreis Mainz-Bingen: Pflegebedürftige Personen absolut und je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Zeitverlauf**

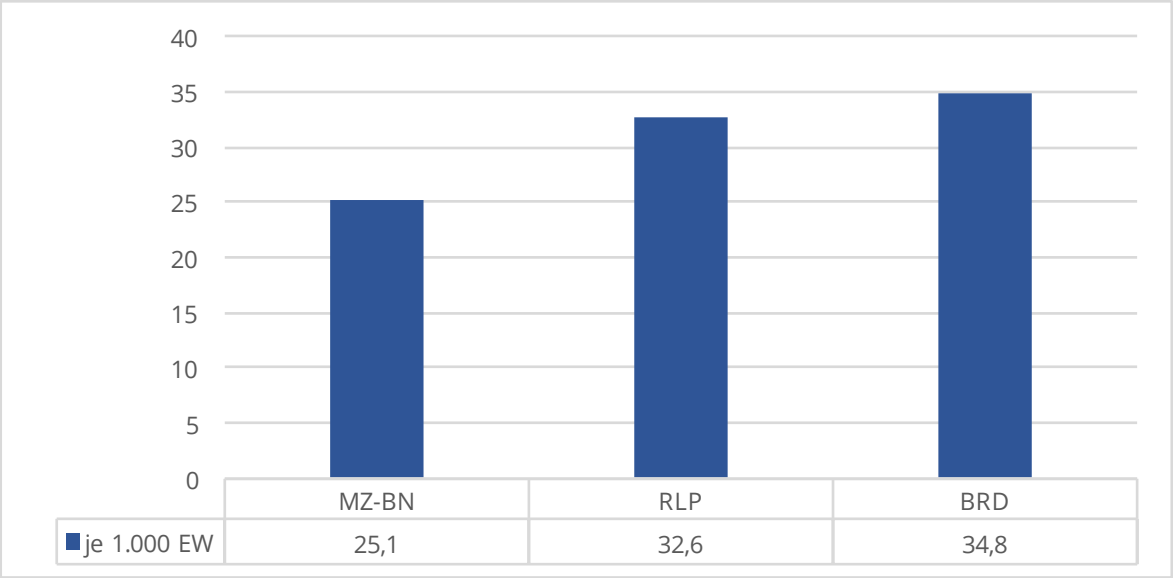


	2009	2011	2013	2015
Pflegebedürftige abs.	3.949	4.197	4.574	5.249
Pflegebedürftige je 1.000 EW	19,6	20,9	22,5	25,1

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Im Vergleich zu den pflegebedürftigen Personen in Rheinland-Pfalz und Deutschland gesamt sind im Landkreis jedoch nach wie vor deutlich weniger Personen pflegebedürftig: in Rheinland-Pfalz waren zum Stichtag 15./31.12.2015 32,6 und in Deutschland 34,8 Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner pflegebedürftig.

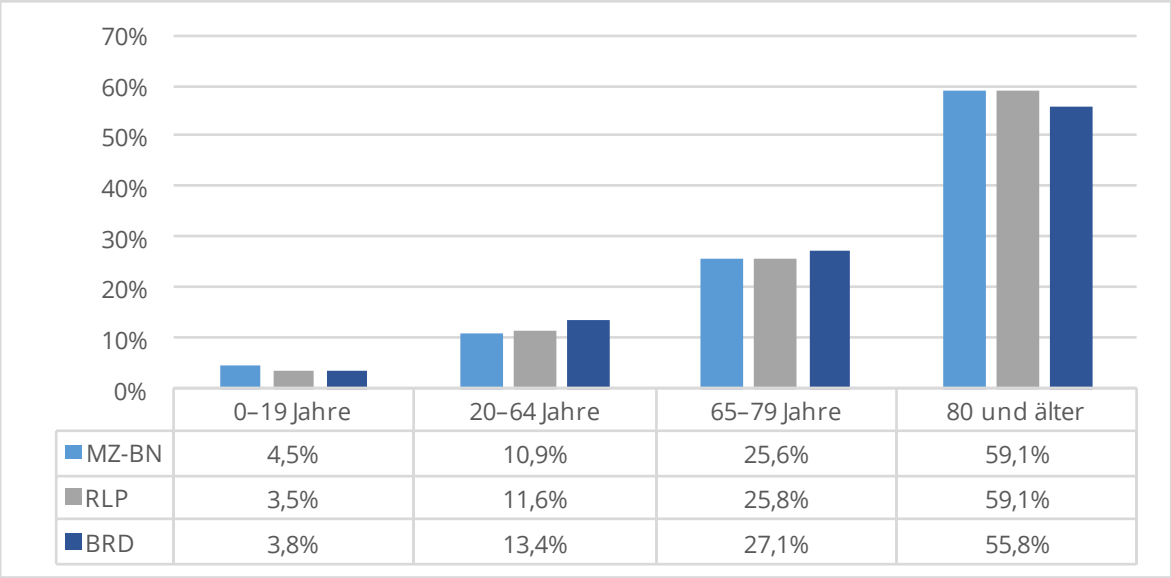
Abbildung 13 **Pflegebedürftige Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner am 15./31.12.2015**



Quelle: Statistisches Landes- und Bundesamt 2016, Berechnung *transfer*

Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Die Verteilung in Altersstufen zeigt, dass 59 Prozent der pflegebedürftigen Personen im Landkreis 80 Jahre und älter sind. Dies sind genauso viele Personen wie in Rheinland-Pfalz und etwas mehr als in Deutschland (55,8 %).

Abbildung 14 **Pflegebedürftige nach Verteilung der Altersgruppen, Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz, Deutschland zum 15./31.12.2015**

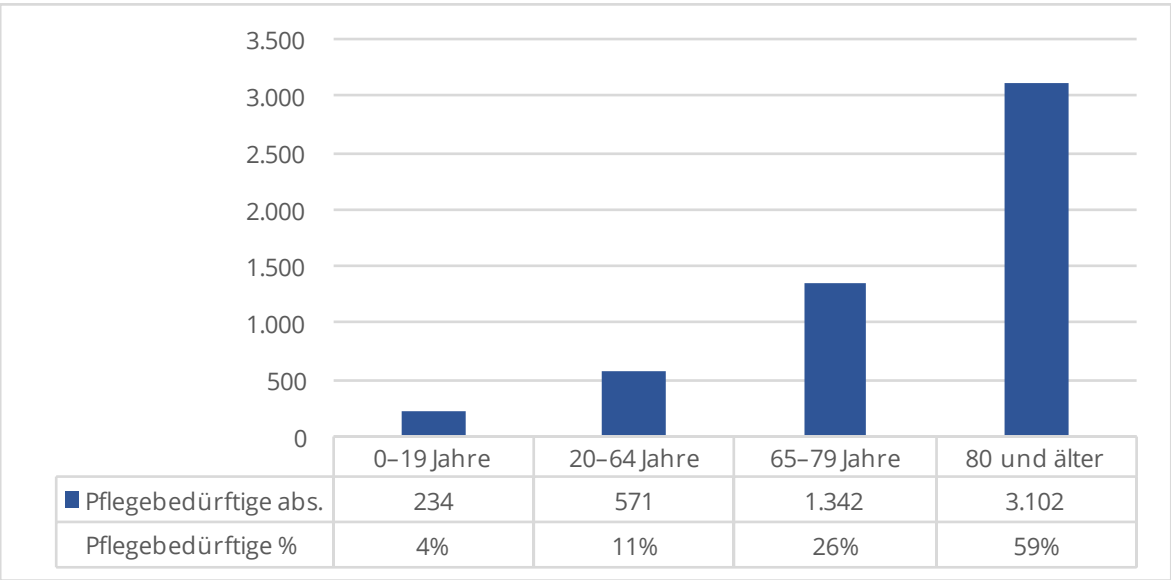


	0–19 Jahre	20–64 Jahre	65–79 Jahre	80 und älter
MZ-BN	4,5%	10,9%	25,6%	59,1%
RLP	3,5%	11,6%	25,8%	59,1%
BRD	3,8%	13,4%	27,1%	55,8%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2016, Berechnung *transfer*

Allerdings erhielten auch 827 Personen unter 64 Jahren Leistungen der Pflegeversicherung, darunter 234 Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 19 Jahren.

Abbildung 15 **Pflegebedürftige nach Altersgruppen in Mainz-Bingen zum Stichtag 15./31.12.2015**



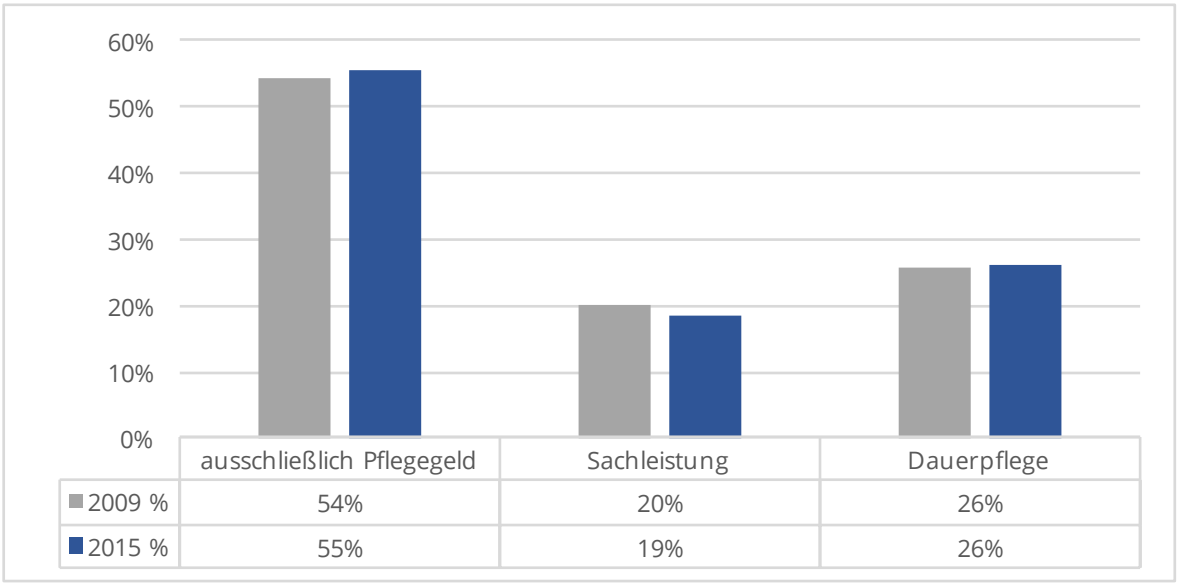
	0–19 Jahre	20–64 Jahre	65–79 Jahre	80 und älter
Pflegebedürftige abs.	234	571	1.342	3.102
Pflegebedürftige %	4%	11%	26%	59%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

5.2 Inanspruchnahmeraten unterschiedlicher Leistungen

Die meisten Personen (2.907 bzw. 55 %) nahmen ausschließlich Pflegegeld in Anspruch, gefolgt von den stationären Leistungen der Dauerpflege, welche von 1.366 Personen (26 %) genutzt wurden. Pflegesachleistungen wurden von 976 Personen (19 %) genutzt. Bereits bei dieser allgemeinen Aufschlüsselung sieht man Veränderungen zu 2009: Die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst ist im Jahresvergleich etwas zurückgegangen, während der Anteil der stationären Dauerpflege mit 26 Prozent stabil geblieben ist.

Abbildung 16 **Landkreis Mainz-Bingen: Anteil der Leistungsarten von 2009 und 2015**



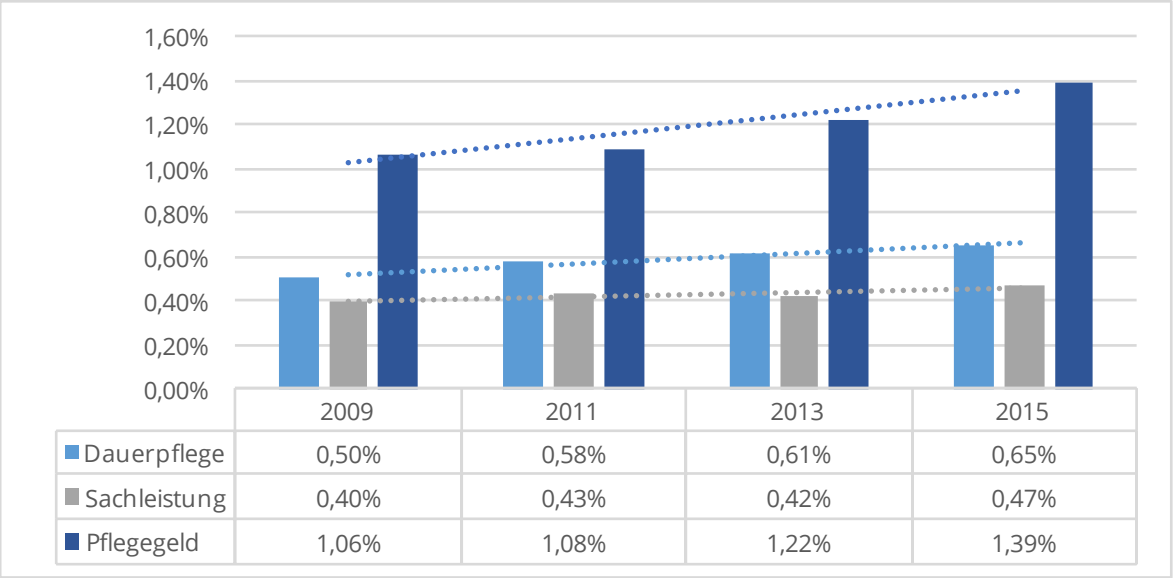
	ausschließlich Pflegegeld	Sachleistung	Dauerpflege
2009 %	54%	20%	26%
2015 %	55%	19%	26%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Eine Kenngröße zur Beurteilung der Entwicklung ist die sogenannte Inanspruchnahmerate, bei der die genutzten Pflegeleistungen in Bezug zu der Anzahl der Bevölkerung gesetzt werden.

Seit 2009 ist die Inanspruchnahmerate für reine Pflegegeldleistungen deutlich angestiegen, dies gilt auch für die Leistungen der stationären Dauerpflege. Dagegen blieb die ambulante Sachleistung in der Inanspruchnahme etwa konstant. Zum 15. Dezember 2015 haben 1,39 Prozent der Bevölkerung des Landkreises Pflegegeld erhalten, 0,65 Prozent Leistungen der Dauerpflege und 0,47 Prozent Sachleistung.

Abbildung 17 **Inanspruchnahmerate nach Leistungsart, alle Altersgruppen von 2009 bis 2015**

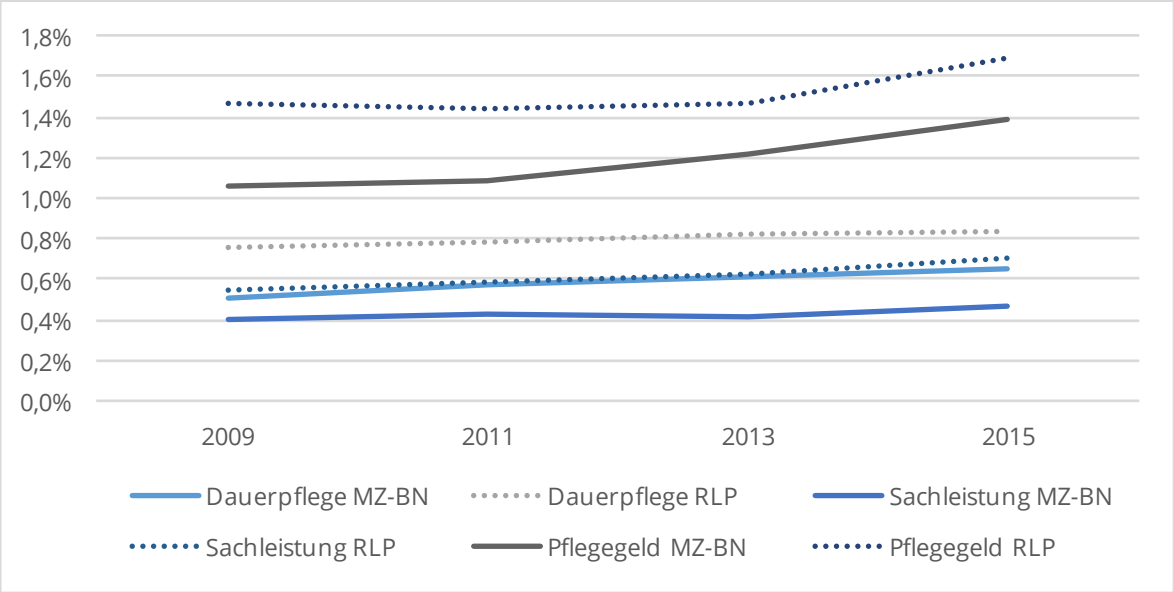


	2009	2011	2013	2015
Dauerpflege	0,50%	0,58%	0,61%	0,65%
Sachleistung	0,40%	0,43%	0,42%	0,47%
Pflegegeld	1,06%	1,08%	1,22%	1,39%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

Die Inanspruchnahmeraten des Landkreises nähern sich denen des Landes Rheinland-Pfalz an, liegen jedoch – bis auf das Pflegegeld – weiterhin deutlich unter diesen.

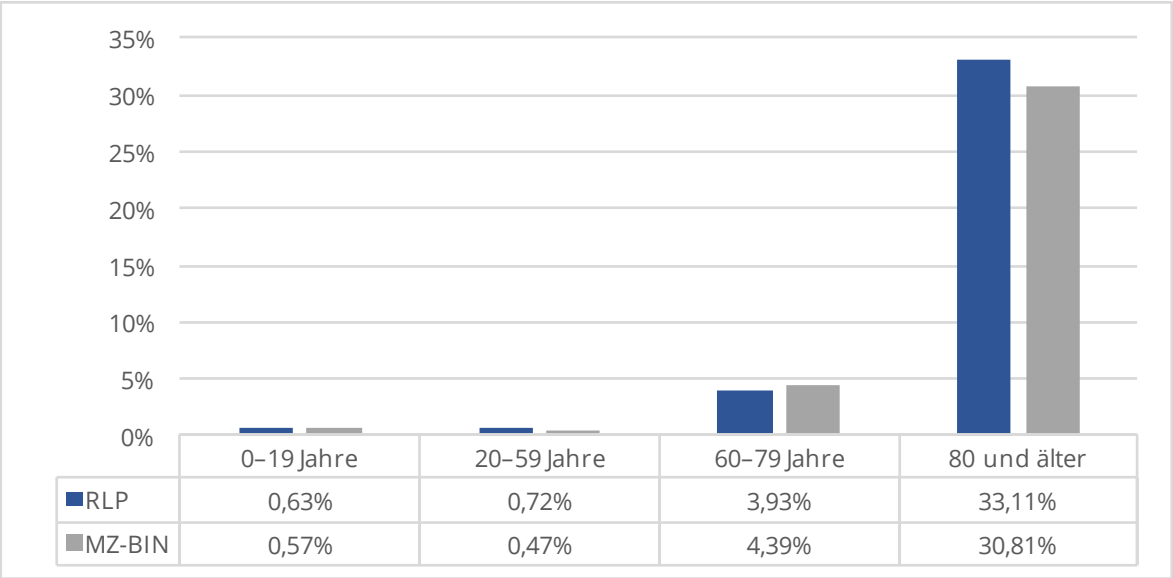
Abbildung 18 **Inanspruchnahmeraten 2009 bis 2015 Landkreis Mainz-Bingen und Rheinland-Pfalz**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Dies gilt auch für die Raten in den Altersgruppen, bei denen die Inanspruchnahme im Landkreis durchgängig niedriger als im Land Rheinland-Pfalz liegt.

Abbildung 19 **Inanspruchnahmeraten nach Altersgruppen, alle Leistungsarten, Rheinland-Pfalz und Landkreis Mainz-Bingen zum 15.12.2015**



	0–19 Jahre	20–59 Jahre	60–79 Jahre	80 und älter
RLP	0,63%	0,72%	3,93%	33,11%
MZ-BIN	0,57%	0,47%	4,39%	30,81%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

5.3 Indikator „ambulant vor stationär“

Der Grundsatz, dass ambulante Leistungen vorrangig vor stationären Leistungen gewährt werden, findet sich in § 43 SGB XI sowie in den allgemeinen Grundsätzen des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG § 1).

Das Verhältnis zwischen der Anzahl der Personen, die Leistungen der ambulanten Dienste in Anspruch nehmen, zur Anzahl der Personen in stationärer Dauerpflege ist ein Hinweis darauf, wie weit es in einer Region gelungen ist, pflegebedürftigen Personen ein Leben im eigenen Haushalt zu ermöglichen. Ein Wert von „Eins“ bedeutet dabei, dass gleich viele Menschen ambulant betreut werden wie Menschen in stationärer Dauerpflege leben. Ein Wert „geringer Eins“ bedeutet, dass mehr Menschen in stationärer Dauerpflege leben, also der Grundsatz ambulant vor stationär (noch) nicht umgesetzt werden konnte. Ein Wert „größer Eins“ bedeutet, dass mehr Menschen ambulant betreut werden als Menschen in stationärer Dauerpflege leben.

Die Berechnung des Indikators kann auf zwei Wegen erfolgen.

Die Personen, die in stationärer Dauerpflege wohnen, werden mit den Personen in Beziehung gesetzt, die

a) von ambulanten Pflegediensten versorgt werden oder
b) von ambulanten Pflegediensten versorgt werden PLUS den Personen, die Pflegegeld beziehen.

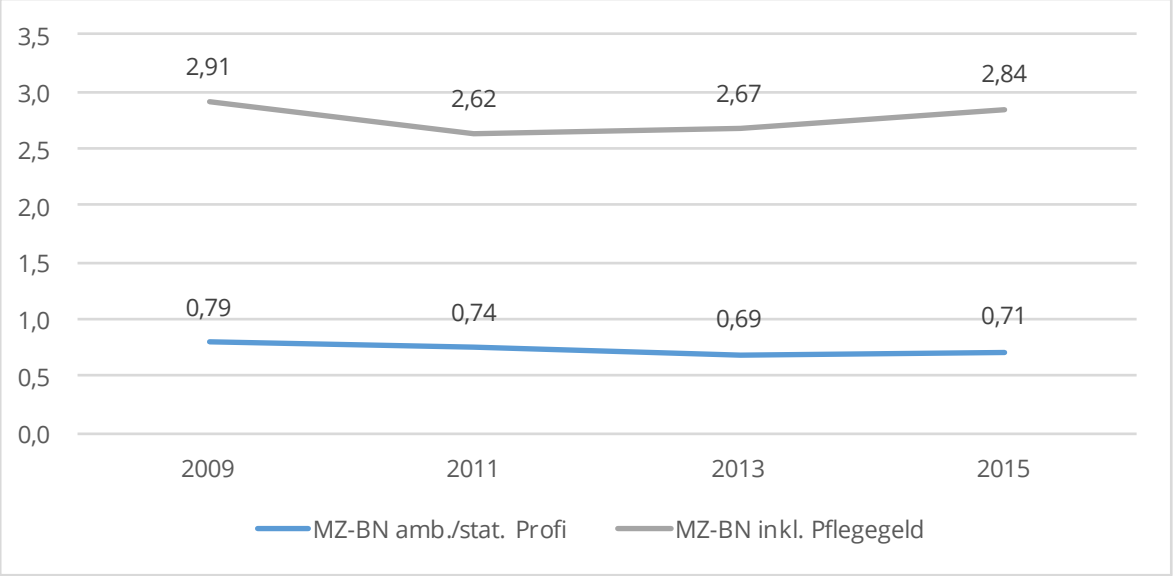
Variante a) gibt dabei Aufschluss über das Verhältnis der professionellen Pflege. Variante b) berücksichtigt dagegen alle pflegebedürftigen Personen, die in der eigenen Häuslichkeit wohnen – unabhängig von der Art der Pflege.

Nach Variante a) lag der berechnete Indikator „ambulant vor stationär“ 2015 im Landkreis Mainz-Bingen bei 0,71. Dieser Wert war damit geringer als 1 und bedeutet, dass mehr Personen in der stationären Dauerpflege als von einem ambulanten Pflegedienst versorgt wurden.

Nach Variante b) lag der berechnete Indikator im Landkreis Mainz-Bingen bei 2,84. Dieser Wert ist deutlich über 1 und bedeutet, dass weniger pflegebedürftige Personen in der stationären Dauerpflege versorgt wurden als in der eigenen Häuslichkeit – unabhängig von der Art der dort geleisteten Pflege.

Beide Indikator-Werte sind seit der letzten Planung in 2009 gesunken. Dies bedeutet, dass 2009 das Verhältnis zwischen ambulant und stationär in beiden Varianten günstiger war, als dies 2015 der Fall war.

Abbildung 20 **Indikator Ambulant vor Stationär von 2009 bis 2015**

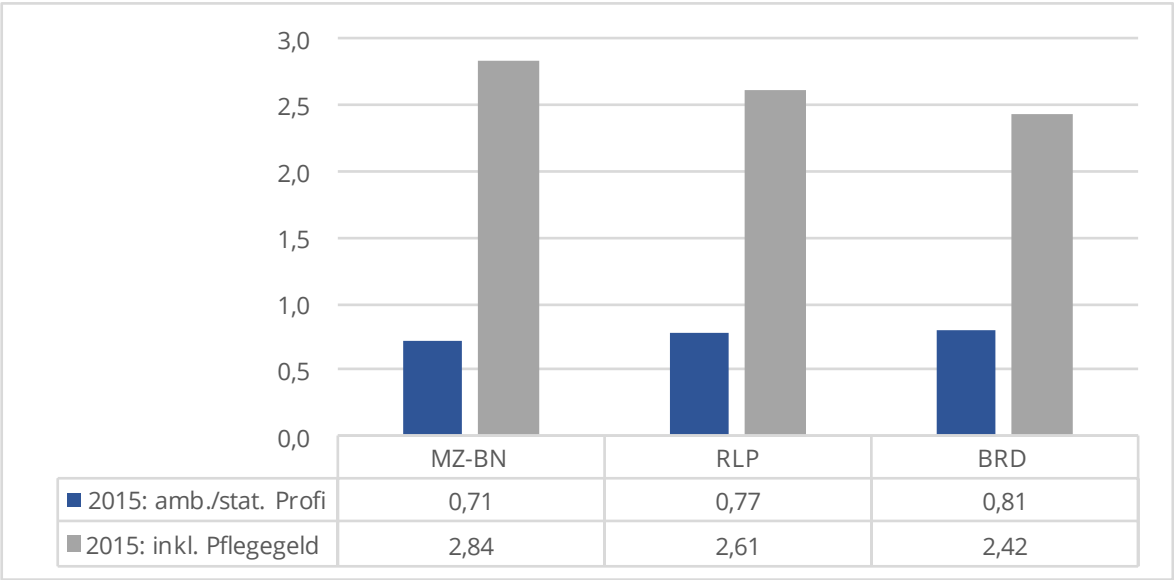


Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Im Vergleich zu Rheinland-Pfalz und der Bundesrepublik Deutschland zeigt sich ein etwas anderes Bild.

Im Jahr 2015 lag der Wert des Landkreises in Bezug auf die Profi-Pflege zwar knapp unter den Werten der Vergleichsregionen, unter Berücksichtigung des reinen Pflegegeldes jedoch deutlich darüber.

Abbildung 21 **Indikator Ambulant vor Stationär, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland 2015**



	MZ-BN	RLP	BRD
2015: amb./stat. Profi	0,71	0,77	0,81
2015: inkl. Pflegegeld	2,84	2,61	2,42

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015, Berechnung *transfer*

Diese Ergebnisse deuten auf eine größere Bedeutung des Pflegegeldes und damit der Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit (durch Pflegedienste, Angehörige, Helferinnen aus dem Ausland oder anderen) als in den Vergleichsregionen hin.

5.4 Pflegebedürftige Personen nach Leistungsarten

Während Kapitel 5.3 Auskunft über das Verhältnis von ambulant und stationär gibt, werden nun die Nutzerinnen und Nutzer unterschiedlicher Pflegeleistungen dargestellt.

5.4.1 Pflegesachleistung

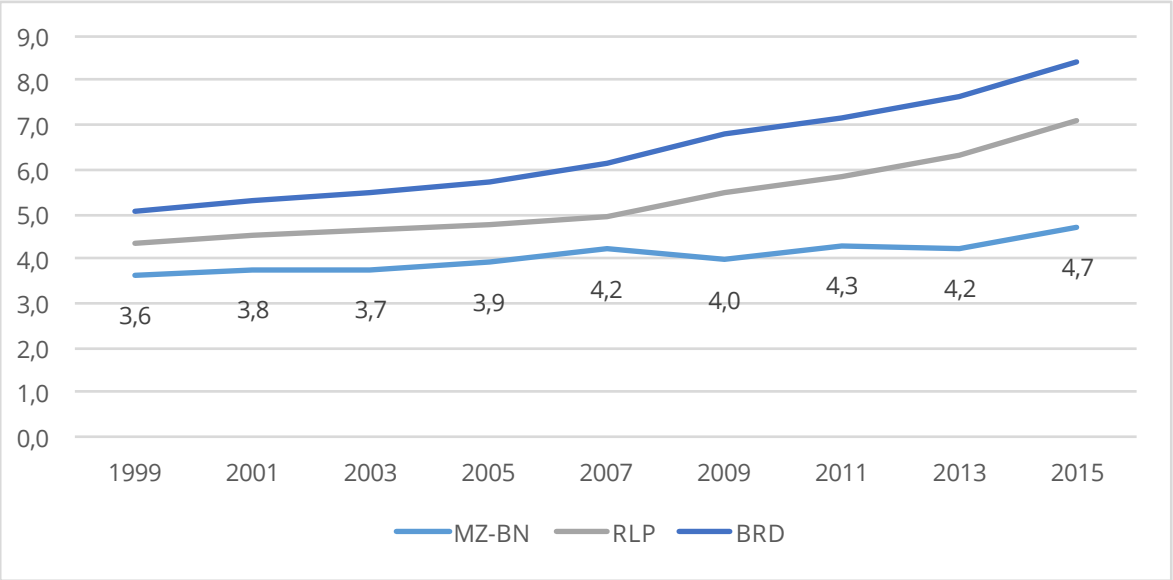
Pflegesachleistungen sind die Leistungen, die durch zugelassene ambulante Dienste nach SGB XI erbracht und abgerechnet werden. Darin enthalten sind auch die Personen, die neben der Sachleistung noch Pflegegeld bezogen haben (sog. Kombileistungen).

Seit der letzten Pflegestrukturplanung sind die absoluten Zahlen der Pflegesachleistungsbezieher von 797 Personen (2009) auf 976 Personen in 2015 gestiegen. 358 Personen waren Männer (37 %), 618 Personen Frauen (62 %).

Zum Stichtag 15.12.2015 erhielten im Landkreis Mainz Bingen 4,7 von 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern Pflegesachleistungen, dies sind deutlich weniger Personen als im landes- und bundesweiten Durchschnitt von 7,1 beziehungsweise 8,4 Bezieherinnen und Bezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Seit der letzten Pflegestrukturplanung ist diese Kennzahl des Leistungsbezugs je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner weiter angestiegen. 2009 lag die Quote bei 4,0. Im Gegensatz zu Rheinland-Pfalz und der Bundesrepublik verläuft der Anstieg der Pflegesachleistungsbezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner jedoch weniger konstant und in geringerem Maße.

Abbildung 22 **Pflegesachleistungsbezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahresvergleich, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

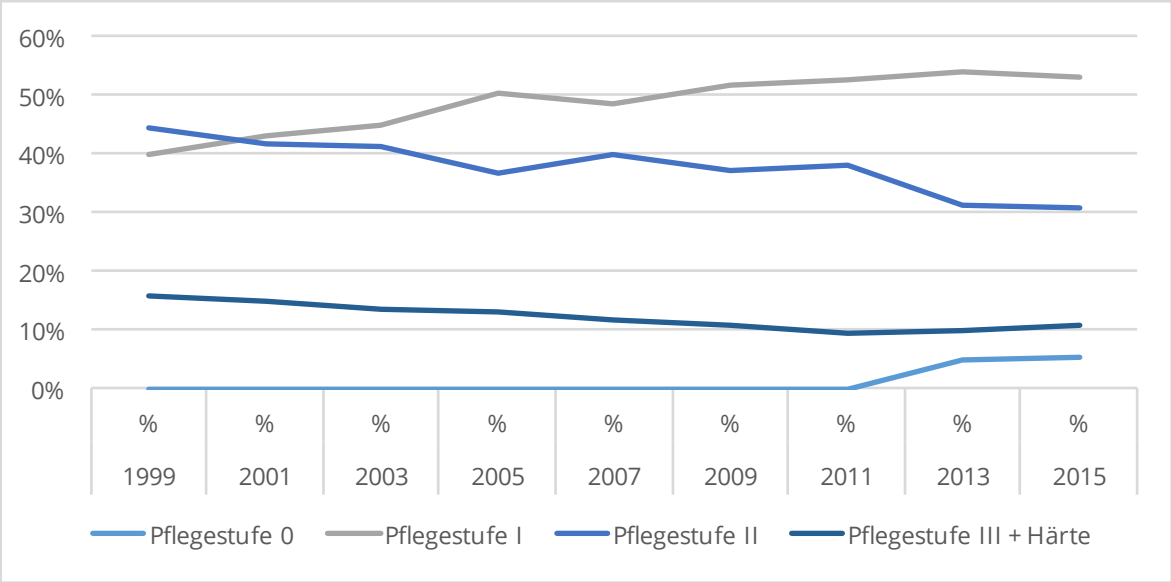
Entsprechend der Inanspruchnahmeraten (siehe Kap. 5.2) waren auch in der Pflegesachleistung zum 15. Dezember 2015 mit 628 Personen die meisten Bezieherinnen und Bezieher 80 Jahre und älter (64 %). Die Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen stellten 25 Prozent der Pflegesachleistungsbezieher (248 Personen), in den jüngeren Altersgruppen gab es 100 Bezieherinnen und Bezieher (11 %).

Einen Hinweis auf den durch die Leistung gedeckten Pflegebedarf gibt die Verteilung der Pflegestufen. Zum 15. Dezember 2015 hatten mit 517 Personen die meisten

Bezieherinnen und Bezieher die Pflegestufe I (53 %), gefolgt von 300 Personen mit Pflegestufe II (31 %) und 105 Personen mit Pflegestufe III und Pflegestufe III + Härtefall (11 %). Zudem erhielten 54 Personen mit Pflegestufe 0 Pflegesachleistungen (6 %).

Im Jahresvergleich sieht man, dass sich die Verteilung der Pflegestufen seit der letzten Pflegestrukturplanung im Trend fortgesetzt hat. Die Pflegestufen II und III (+ Härte) werden anteilig weniger, während der Anteil der Pflegestufen I weiter ansteigt. Seit 2013 erhalten auch Personen mit der Pflegestufe 0 Leistungen der Pflegeversicherung. Durch diesen Reformschritt erhielten im Jahr 2013 43 und im Jahr 2015 54 zusätzliche Personen Zugang zu Pflegeleistungen.

Abbildung 23 **Bezieherinnen und Bezieher von Pflegesachleistung nach Pflegestufe im Jahresvergleich**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

5.4.1.1 Kombinationsleistungen

Eine Untergruppe der Pflegesachleistungsbezieherinnen und -bezieher bilden die Empfängerinnen und Empfänger sogenannter Kombinationsleistungen. Diese Pflegebedürftigen erhalten einen Teil der Leistung der Pflegeversicherung als Sachleistung eines ambulanten Dienstes, einen anderen Teil in Form einer Geldleistung.

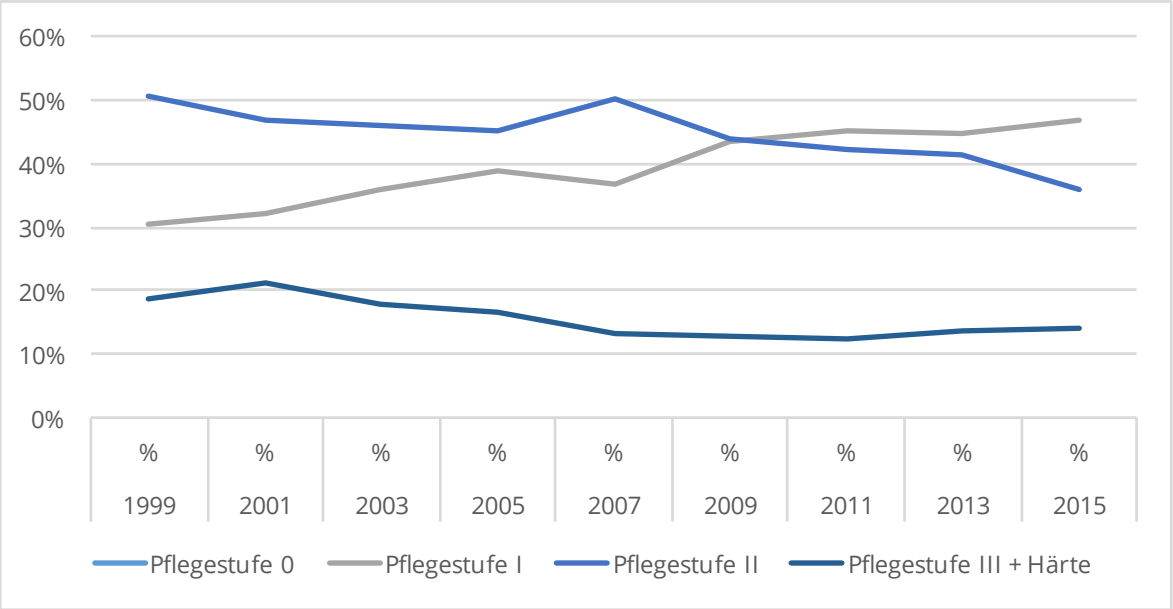
Seit der letzten Pflegestrukturplanung sind die absoluten Zahlen der Bezieherinnen und Bezieher von Kombileistungen von 532 Personen (2009) auf 494 Personen in 2011 und weiter auf 435 Personen zum 15. Dezember 2013 gesunken und haben sich zum 15. Dezember 2015 wieder auf 472 Personen erhöht.

Bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner erhielten zum Stichtag 15.12.2015

2,3 Personen Kombileistungen, 2009 waren es noch 2,6 Personen.

Die Altersverteilung ist im Vergleich zu den Pflegesachleistungsbezieherinnen und -beziehern insgesamt etwas „jünger". 293 Kombileistungsbezieherinnen und -bezieher waren 80 Jahre und älter, dies entspricht einem Anteil von 62 Prozent. Die Verteilung der Pflegestufen stellt sich ähnlich wie bei den reinen Pflegesachleistungsbeziehern dar: auch hier nimmt im Jahresvergleich der Anteil der Pflegestufe I zu während der Anteil der Pflegestufe II sinkt. Der Anteil der Pflegestufe III (+ Härte) ist seit 2009 nahezu konstant und nur leicht ansteigend.

Abbildung 24 **Bezieherinnen und Bezieher von Kombileistung nach Pflegestufe im Jahresvergleich**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

5.4.2 Pflegegeld

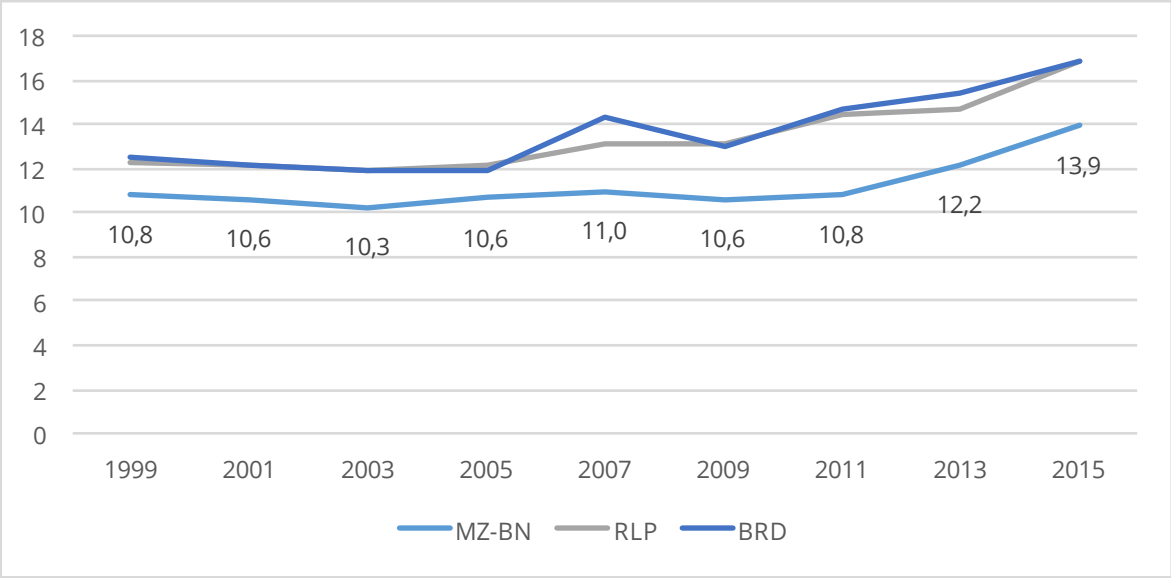
Pflegegeld beinhaltet eine Zahlung durch die Pflegekassen an die pflegebedürftigen Personen, wenn diese anstelle der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen ihre Pflege selbst organisieren – beispielsweise durch Angehörige. Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig von der Pflegestufe der Person. Die Bezieherinnen und Bezieher der Kombileistung sind in den folgenden Daten nicht enthalten (siehe Kap. 5.4.1 und Kap. 5.4.1.1).

Die Zahl der Pflegegeldbezieher ist seit der letzten Pflegestrukturplanung von 2.141 Personen in 2009 auf 2.178 Personen in 2011, 2.472 Personen in 2013 auf nun 2.907 Personen zum 31. Dezember 2015 gestiegen. 1.155 Personen waren Männer (40 %), 1.752 Personen Frauen (60 %).

Zum Stichtag 31.12.2015 erhielten im Landkreis Mainz Bingen 13,9 von 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern Pflegegeld, dies sind weniger Personen als im landes- und bundesweiten Durchschnitt von 16,9 beziehungsweise 16,8 Bezieherinnen und Bezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Seit der letzten Pflegestrukturplanung ist diese Kennzahl der Leistungsbeziehung je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner insbesondere von 2011 auf 2015 stark gestiegen, und folgt damit – auf niedrigerem Niveau – der Entwicklung in Rheinland-Pfalz und Deutschland.

Abbildung 25 **Pflegegeldbezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahresvergleich, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland**



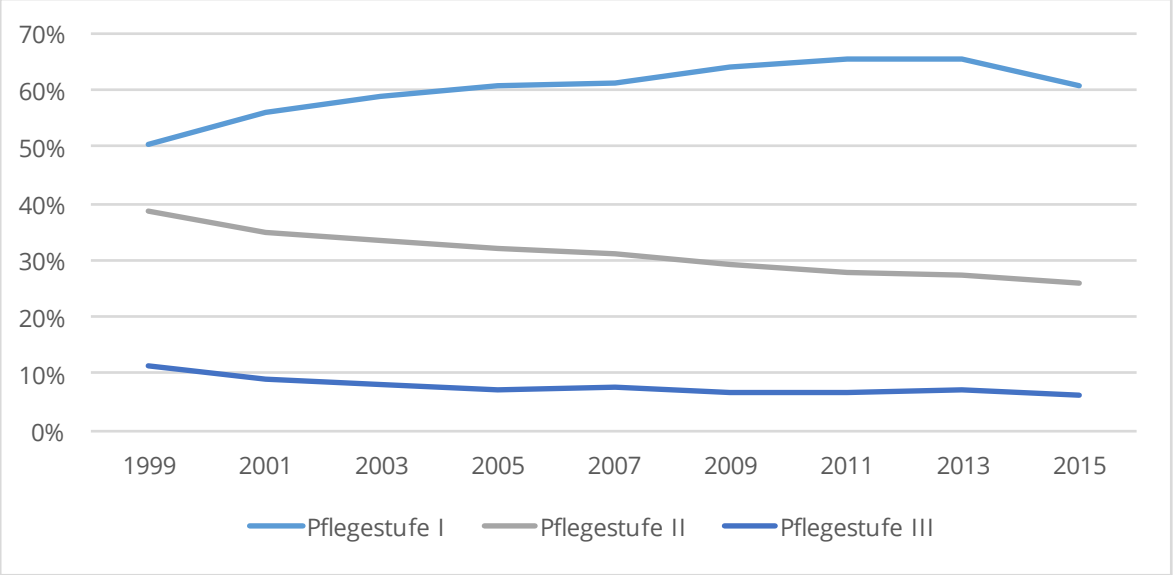
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

In Bezug auf die Altersstruktur der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher sind diese etwas „jünger“ als die Empfängerinnen und Empfänger der Pflegesachleistung: Zwar sind auch beim Pflegegeld die 80- Jährigen und Ältere mit 1.457 Personen die größte Gruppe, sie liegt jedoch nur bei 50 Prozent. 774 Personen waren zwischen 60 und 79 Jahre alt (27 %), 448 Personen zwischen 20 und 59 Jahre (15 %) und 228 Personen unter 20 Jahre alt (8 %).

Einen Hinweis auf den durch die Leistung gedeckten Pflegebedarf gibt auch hier die Verteilung der Pflegestufen. Zum 15. Dezember 2015 hatten mit 1.769 Personen die meisten Bezieherinnen und Bezieher die Pflegestufe I (61 %), gefolgt von 752 Personen mit Pflegestufe II (26 %)und 177 Personen mit Pflegestufe III und Pflegestufe III + Härtefall (6 %).

Im Jahresvergleich sieht man, dass sich die Verteilung der Pflegestufen seit der letzten Pflegestrukturplanung im Trend fortgesetzt hat, allerdings gibt es wiederum einen Knick im Jahr 2013: der Anteil der Pflegestufe I war im Jahr 2015 deutlich geringer.

Abbildung 26 **Landkreis Mainz-Bingen: Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld nach Pflegestufe im Jahresvergleich**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

5.4.3 Stationäre Versorgung

5.4.3.1 Dauerpflege

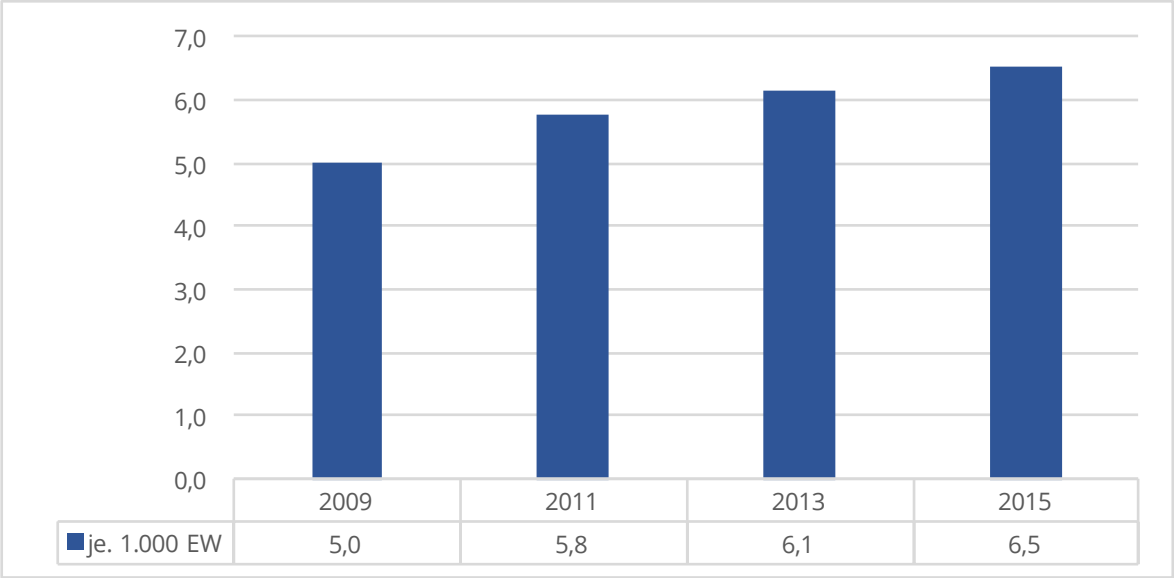
Die stationäre Dauerpflege ist eine weitere Leistung der Pflegeversicherung, welche in einem Pflegeheim erbracht wird und für die Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit einer Aufgabe der eigenen Häuslichkeit einhergeht.

Die Zahl der Personen, die im Rahmen der stationären Dauerpflege versorgt wurden, ist seit der letzten Pflegestrukturplanung von 1.011 Personen (2009) auf 1.366 Personen zum 15. Dezember 2015 gestiegen. 355 Personen waren Männer (26 %), 1.011 Personen Frauen (74 %).

Zum Stichtag 15. Dezember 2015 erhielten im Landkreis Mainz Bingen 6,5 von 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern Leistungen zur stationären Dauerpflege, dies sind weniger Personen als im landes- und bundesweiten Durchschnitt von 8,3 beziehungsweise 9,2 Bezieherinnen und Bezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Auch diese Kennzahl der Leistungsbeziehung je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist seit der letzten Pflegestrukturplanung angestiegen.

Abbildung 27 **Leistungsbezieher stationäre Dauerpflege im Jahresvergleich, Landkreis Mainz-Bingen**



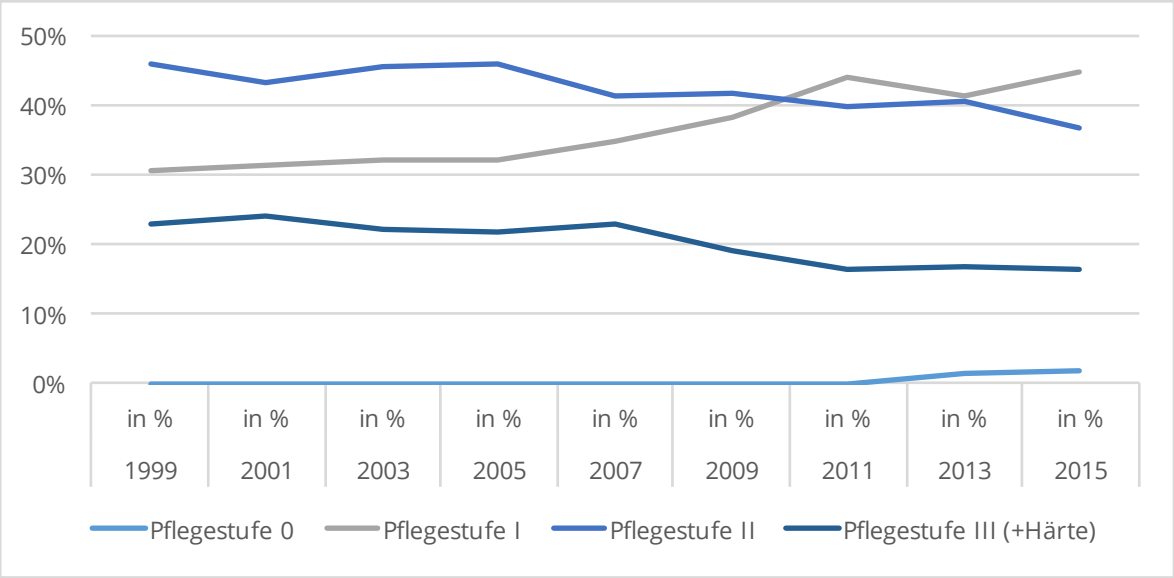
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

In Bezug auf die Altersstruktur der in der stationären Dauerpflege versorgten Personen sind mit 1.017 Personen 74 Prozent der Gepflegten 80 Jahre und älter. 297 Personen sind zwischen 60 und 79 Jahre alt (22 %), 52 Personen zwischen 20 und 59 Jahre (4 %). Das Mindestalter für die Aufnahme in einer Einrichtung der stationären Dauerpflege wird in dem jeweiligen Konzept der Einrichtung festgehalten. Bei einer angedachten Aufnahme einer jüngeren Person ist die Zustimmung der Prüfbehörde erforderlich. Die Einrichtungen, die bei der eigenen Erhebung hierzu Angaben machten, gaben ein Mindestalter von 60 Jahren an (siehe auch Kap. 6.1.2.5).

Einen Hinweis auf den durch die Leistung gedeckten Pflegebedarf gibt auch hier die Verteilung der Pflegestufen. Zum 15. Dezember 2015 hatten mit 610 Personen die meisten Bezieherinnen und Bezieher die Pflegestufe I (45 %), gefolgt von 498 Personen mit Pflegestufe II (36 %) und 223 Personen mit Pflegestufe III und Pflegestufe III + Härtefall (16 %). 25 Personen hatten eine Pflegestufe 0 (2 %), bei sieben Personen lag noch keine Zuordnung einer Pflegestufe vor (1 %).

Im Jahresvergleich sieht man, dass sich die Verteilung der Pflegestufen seit der letzten Pflegestrukturplanung unterschiedlich darstellt. Die Pflegestufen II und III (+ Härte) werden anteilig weniger, während es bei der Pflegestufe I nach einem kontinuierlichen Anstieg von 1999 bis 2011 einen kurzen „Knick“ in 2013 gab.

Abbildung 28 **Landkreis Mainz-Bingen: Stationäre Dauerpflege nach Pflegestufe im Jahresvergleich**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

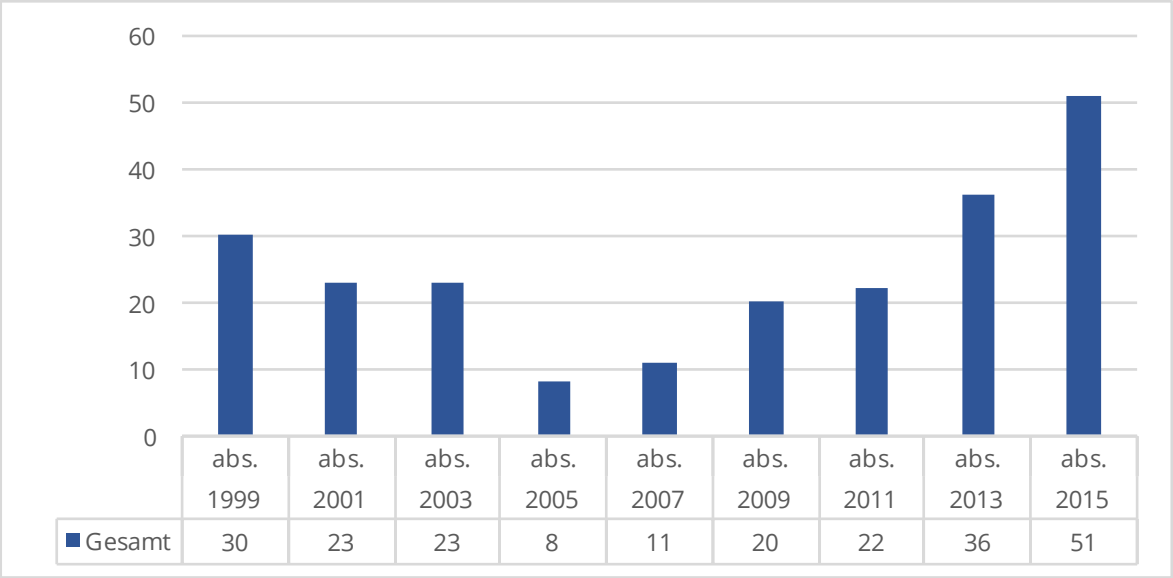
5.4.3.2 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege beinhaltet als weitere Leistung der Pflegeversicherung eine zeitlich begrenzte Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung.

Im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze wurden diese Leistungen erweitert, ab dem 01.Januar 2017 können bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung mit Stichtag 15. Dezember 2015 lag der Anspruch jedoch noch bei vier Wochen je Kalenderjahr (§ 42 (2) SGB XI Stand 01.01.2015), zudem konnte (und kann auch weiterhin) der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch in „anderen geeigneten Einrichtungen", also in einer nicht von den Pflegekassen zugelassenen Pflegeeinrichtung, erbracht werden (§ 42 (3) Stand 01.01.2015). Diese Sachverhalte führen zu einer eingeschränkten Aussagekraft der in der Pflegestatistik erhobenen Stichtagszahlen zum jeweils 15. Dezember eines Jahres in den für Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtungen.

Zwischen 1999 und 2015 lag die Spanne der erhobenen Zahlen zwischen acht und 51 Personen zum Stichtag.

Abbildung 29 **Kurzzeitpflege im Landkreis Mainz-Bingen, jeweils zum Stichtag 15.12.**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Während bei der letzten Pflegestrukturplanung am 15. Dezember 2009 20 Personen in der Kurzzeitpflege gezählt wurden, waren es 2015 51 Personen, 13 Männer (25 %) und 38 Frauen (75 %).

In Bezug auf die Altersstruktur waren 42 Personen 80 Jahre und älter (81 %), elf Personen zwischen 65 und 79 Jahre (34 %).

Zum Stichtag hatten mit 37 Personen die meisten Personen in der Kurzzeitpflege eine Pflegestufe I (73 %), neun Personen die Pflegestufe II (18 %) und fünf Personen die Pflegestufe III (10 %). Eine Person hatte die Pflegestufe 0 (2 %).

Aufgrund der Datenlage wird von einer weiteren, vergleichenden Darstellung der Zahlen abgesehen.

5.4.3.3 Tages- und Nachtpflege

Leistungen zur Tages- und Nachtpflege sind sogenannte teilstationäre Leistungen nach § 41 SGB XI. Die pflegebedürftige Person wohnt weiterhin in ihrer eigenen Häuslichkeit, besucht aber tags- oder nachtsüber eine entsprechende Tages-/Nachtpflegeeinrichtung. Zum Stichtag 15. Dezember 2015 gab es keine teilstationäre Nachtpflege. Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich daher ausschließlich auf die teilstationäre Tagespflege. Diese kann sowohl in einer speziellen Tagespflegeeinrichtung als auch im Rahmen eingestreuter Tagespflegeplätze in Einrichtungen der Dauerpflege stattfinden (siehe auch Kap. 6.1.2.1).

Die in der Pflegestatistik erhobenen Stichtagszahlen zum jeweils 15. Dezember

eines Jahres führen zu einer eingeschränkten Aussagekraft der Daten. Seit 1999 lag die Spanne der erhobenen Zahlen in der Tagespflege zwischen sieben und 62 Personen zum Stichtag. Darüber hinaus können die geringen Fallzahlen an sich nur ein eingeschränktes Bild der Tagespflege im Landkreis vermitteln.

Während bei der letzten Pflegestrukturplanung am 15. Dezember 2009 43 Personen in der Tagespflege gezählt wurden, waren es 2011 15 und 2013 schließlich 62 Personen. 23 davon waren Männer (37 %), 39 waren Frauen (63 %). Zum Stichtag 15. Dezember 2015 sank der Wert um knapp 50 Prozent auf nur noch 32 Personen in der Tagespflege.

In Bezug auf die Altersstruktur waren 21 Personen 80 Jahre und älter (66 %) und elf Personen zwischen 60 und 79 Jahre (34 %).

Zum Stichtag hatten mit 15 Personen die meisten Personen in der Tagespflege eine Pflegestufe I (48 %), direkt gefolgt von 13 Personen mit der Pflegestufe II (42 %) und drei Personen mit der Pflegestufe III (10 %). Eine Person hatte die Pflegestufe 0 (3 %).

Aufgrund der Datenlage wird von einer weiteren, vergleichenden Darstellung der Zahlen abgesehen.

5.5 Hilfe zur Pflege

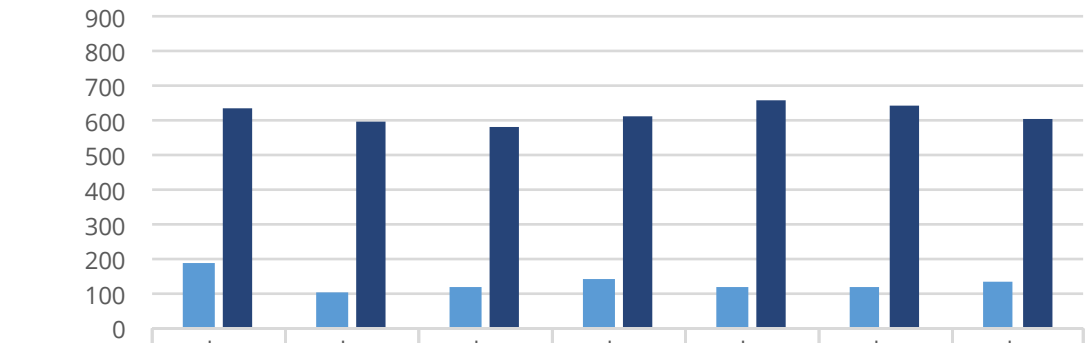
Die „Hilfe zur Pflege“ ist in Kapitel 7 SGB XII (§§ 61ff.) als Teil der Sozialhilfe gesetzlich geregelt. „Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege“ (§ 61 Abs. 2 SGB XII). Die Hilfen werden an Personen geleistet, die den notwendigen Pflegebedarf nicht aus eigenen Mitteln decken können.

Eingliederungshilfe nach dem Kapitel 6 SGB XII (§§ 53ff.) erhalten Personen „die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ (§ 53 Abs. 1 SGB XII).

Hilfe zur Pflege erhielten im Jahr 2015 im Landkreis Mainz-Bingen insgesamt 738 Personen.

2015 erhielten 134 Personen diese Leistungen in ambulanter Form (18 %) und 604 Personen stationär (82 %).

Abbildung 30 **Hilfe zur Pflege: Empfänger nach Leistungsart**



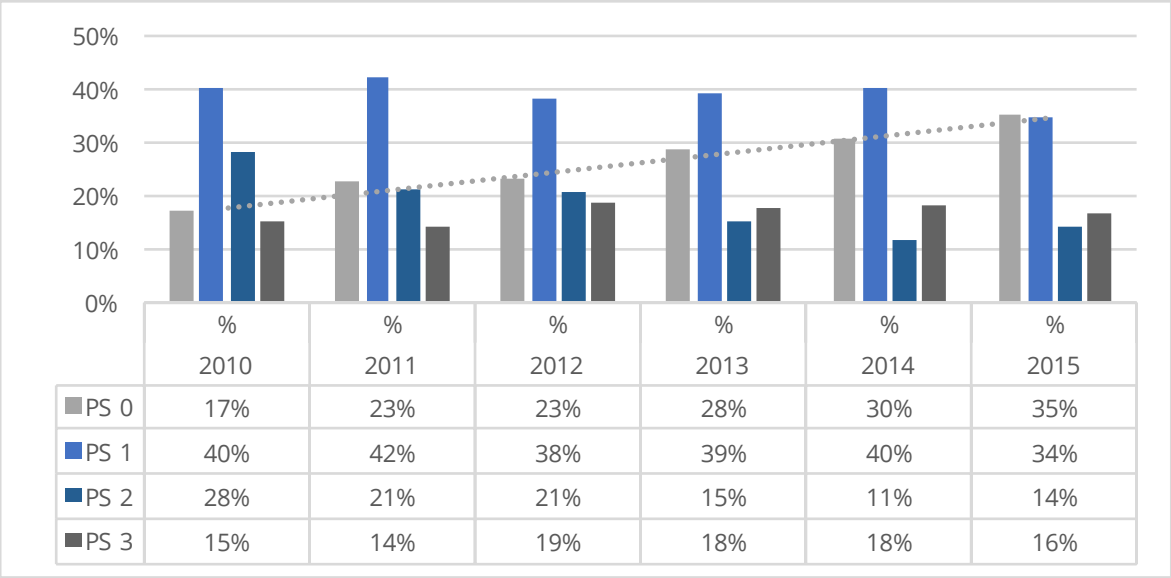
	abs. 2009	abs. 2010	abs. 2011	abs. 2012	abs. 2013	abs. 2014	abs. 2015
ambulant	185	100	119	140	120	122	134
stationär	631	595	580	615	657	641	604
Gesamt	816	695	699	755	777	763	738

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

47 Personen mit ambulanter Unterstützung sowie 29 Personen mit stationären Leistungen hatten die Pflegestufe 0, erhielten also keine Leistungen der Pflegeversicherung.

Während es im stationären Bereich über den Zeitverlauf keinen klaren Abwärts- oder Aufwärtstrend in der Verteilung der einzelnen Pflegestufen gab nahmen im ambulanten Bereich die Personen mit einer Pflegestufe 0 stetig zu, während Personen mit einer Pflegestufe 1 oder 2 kontinuierlich abnahmen.

Abbildung 31 **Hilfe zur Pflege: Ambulante Leistungen: Verteilung der Pflegestufen im Zeitverlauf, Landkreis Mainz-Bingen**

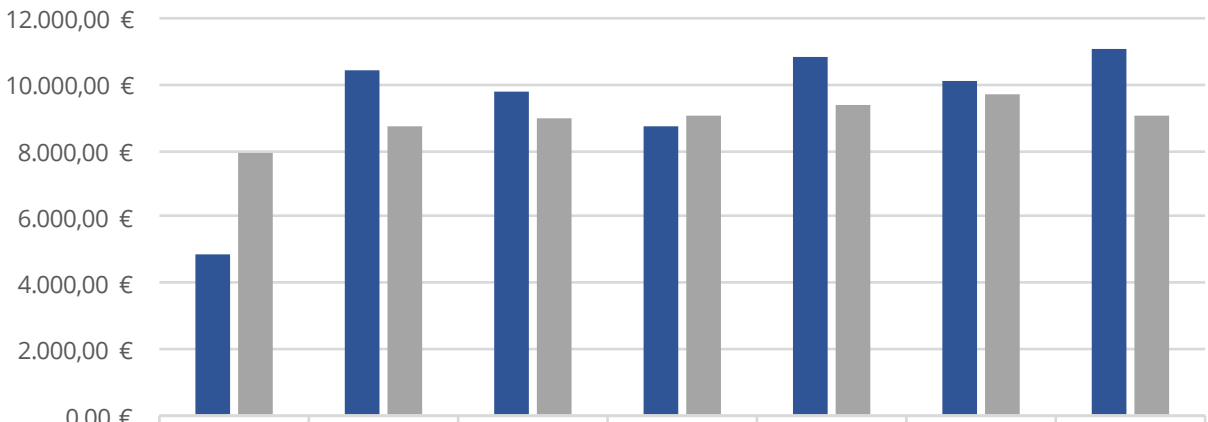


	% 2010	% 2011	% 2012	% 2013	% 2014	% 2015
PS 0	17%	23%	23%	28%	30%	35%
PS 1	40%	42%	38%	39%	40%	34%
PS 2	28%	21%	21%	15%	11%	14%
PS 3	15%	14%	19%	18%	18%	16%

Quelle: Kreisverwaltung Mainz-Bingen 2017, Berechnung *transfer*

Die Kosten für Leistungen der Hilfe zur Pflege betrugen im Jahr 2015 insgesamt 6.966.290 Euro. Pro ambulantem Fall entfielen hiervon 11.048,79 Euro, im stationären Leistungsbezug 9.082,37 Euro im Jahr 2015. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass – nach Auskunft der Kreisverwaltung – in den Kosten der Hilfe zur Pflege seit 2010 auch die Kosten des Modellprojektes Hilfe nach Maß der Eingliederungshilfe enthalten sind.

Abbildung 32 **Hilfe zur Pflege: Fallbezogene Kosten im Jahr 2015**



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ambulant	4.871,78 €	10.379,14 €	9.734,34 €	8.763,12 €	10.781,95 €	10.103,37 €	11.048,79 €
stationär	7.903,75 €	8.735,85 €	8.938,58 €	9.024,90 €	9.354,63 €	9.703,08 €	9.082,37 €

Quelle: Kreisverwaltung Mainz-Bingen 2017, Berechnung *transfer*

5.6 Fazit

Zum 15. Dezember 2015 gab es im Landkreis Mainz-Bingen 5.249 pflegebedürftige Personen, dies waren 1.300 Personen mehr als zum Zeitpunkt der letzten Planung. Auch in Bezug auf die Einwohnerzahl hat sich der Anteil pflegebedürftiger Personen von im Jahr 2009 19,6 pflegebedürftigen Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf 25,1 in 2015 deutlich erhöht. Der Landkreis liegt jedoch weiterhin unter Rheinland-Pfalz mit 32,6 und Deutschland mit 34,8 pflegebedürftigen Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. (vgl. Kap. 5.1)

In Bezug auf die unterschiedlichen Pflegeleistungen nahmen zum 15. Dezember 2015 2.907 Personen ausschließlich Pflegegeld (55 %), 1.366 Personen Leistungen der Dauerpflege (26 %) und 976 Personen ambulante Sachleistungen (19 %) in Anspruch. Die Entwicklung der Inanspruchnahmeraten der einzelnen Pflegeleistungen deuten auf eine zunehmende Bedeutung des Pflegegeldes hin: die Inanspruchnahmerate des Pflegegeldes stieg seit der letzten Planung 2009 von 1,06 Prozent auf 1,39 Prozent in 2015 am stärksten an, gefolgt von der Dauerpflege von 0,50 Prozent auf 0,65 Prozent und –mit dem geringsten Zuwachs – in der Sachleistung von 0,40 Prozent auf 0,47 Prozent. Diese Entwicklungen können auf eine zunehmende Bedeutung einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung hinweisen, die entweder in Wohnheimen oder zu Hause beispielsweise mit Unterstützung einer ausländischen Betreuungskraft organisiert wird. Ambulante Pflegedienste konnten von der Zunahme der Anzahl der pflegebedürftigen

Personen in nur geringem Maße profitieren. Mögliche Gründe hierfür könnten in fehlenden Kapazitäten und einer als nicht auskömmlich beschriebenen Finanzierung der Leistungen sowie einem Verbesserungspotential in der Qualität ambulanter Pflegeleistungen liegen (siehe auch Kap. 6.1.1.4 und Kap. 6.2). (vgl. Kap. 5.2)

Dies zeigt auch der Indikator „ambulant vor stationär" im Bereich der ambulanten und stationären Profi-Pflege (Dauerpflege und Sachleistung), der seit 2009 von 0,79 auf 0,71 in 2015 gesunken ist. Unter Berücksichtigung des Pflegegeldes ist der Indikator von 2,91 auf 2,84 gesunken – allerdings nach einem deutlicheren Rückgang in 2011 von 2,62. (vgl. Kap. 5.3)

Im Jahr 2015 erhielten 738 Personen im Landkreis Mainz-Bingen Hilfe zur Pflege, 134 Personen davon in ambulanter (18 %) und 604 Personen in stationärer Form (82 %). 76 Personen hatten die Pflegestufe 0, erhielten also keine Leistungen der Pflegeversicherung. Die Daten in Bezug auf die Kosten der Hilfe zur Pflege sind nur eingeschränkt aussagefähig, da hier nach Angabe der Kreisverwaltung Kosten des Modellprojektes Hilfe nach Maß der Eingliederungshilfe seit 2010 mit eingerechnet wurden. Insgesamt betrugen die Kosten im Jahr 2015 6.966.290 Euro. (vgl. Kap. 5.5)

Gemäß der Generali Altersstudie 2013 ist die Autonomie auch im hohen Lebensalter ein Leitmotiv der älteren Generation. Damit dies gelinge, sei die Erhaltung der eigenen Gesundheit wichtiger Schlüsselfaktor, gefolgt von einer altersgerechten Gestaltung der Wohnung. So weit wie möglich solle die eigene Selbstständigkeit mit Unterstützung der Familie und der Inanspruchnahme von Dienstleistungen erhalten bleiben. *„Entsprechend wird es immer mehr zu einer Herausforderung, die unterstützenden Dienstleistungen für die Haushaltsführung und Pflege systematisch auszubauen."* (Köcher et al., S. 251 ff)

6 Infrastruktur Pflege

6.1 Dienste und Einrichtungen nach dem SGB XI 64

6.2 Alternative Wohnangebote für ältere Menschen und niedrigschwellige Unterstützungs- und Betreuungsangebote 107

6.3 Ärztliche Versorgung und Apotheken 107

6.4 Pflegestützpunkte 109

6.5 Exkurs: Demenzielle Erkrankungen 112

6.6 Fazit 114

6 Infrastruktur Pflege

Das Thema Infrastruktur Pflege umfasst auf der einen Seite Angaben zu den Diensten und Einrichtungen, die im Landkreis Mainz-Bingen Leistungen der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen nach dem Sozialgesetzbuch XI erbringen. Diese Angaben beruhen auf der Pflegestatistik sowie auf einer eigens durchgeführten Erhebung bei den Einrichtungen und Diensten.

Auf der anderen Seite werden komplementäre Dienste im Vorfeld der Pflege und der medizinischen Versorgung dargestellt.

6.1 Dienste und Einrichtungen nach dem SGB XI

Gemäß den Angaben der Pflegestatistik gab es zum 15. Dezember 2015 23 ambulante Dienste und 17 stationäre Einrichtungen der Dauerpflege, vier Einrichtungen der Kurzzeit- und sechs Einrichtungen der Tagespflege im Landkreis Mainz-Bingen. Die Zahl der stationären Einrichtungen der Dauerpflege ist im Vergleich zu der letzten Pflegestrukturplanung 2011 damit um fünf Einrichtungen, die Zahl der ambulanten Dienste um zwei Dienste gewachsen.

Die Verteilung der Dienste und Einrichtungen im Landkreis stellt sich unterschiedlich dar. In den (Verbands-)Gemeinden Budenheim und Heidesheim gibt es eine stationäre Einrichtung, jedoch keinen ansässigen Pflegedienst. In der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe gibt es weder eine Einrichtung noch einen ambulanten Dienst.

Bezogen auf die jeweilige Bevölkerung sind damit ein Dienst beziehungsweise eine Einrichtung rein rechnerisch für unterschiedlich viele Einwohnerinnen und Einwohner zuständig.

Tabelle 3 **Dienste und Einrichtungen nach SGB XI im Landkreis Mainz-Bingen zum 15.12.2015**

Verbandsgemeinde 31.12.2013	ambulante Dienste	stationäre Einrichtungen	Einwohner	Einwohner / Dienst	Einwohner / Einrichtung
Stadt Bingen	4	4	24.987	6.247	6.247
Stadt Ingelheim	4	2	26.546	6.637	13.273
Gemeinde Budenheim	0	1	8.526	–	8.526
VG Bodenheim	2	1	19.632	9.816	19.632
VG Gau-Algesheim	1	1	16.532	16.532	16.532
VG Heidesheim	0	1	10.126	–	10.126
VG Nieder-Olm	2	4	32.393	16.197	8.098
VG Rhein-Nahe	0	0	14.963	–	–
VG Rhein-Selz	8	2	40.768	5.096	20.384
VG Sprendlingen-Gensingen	2	1	14.276	–	14.276
Gesamt	23	17	208.749	9.076	12.279

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

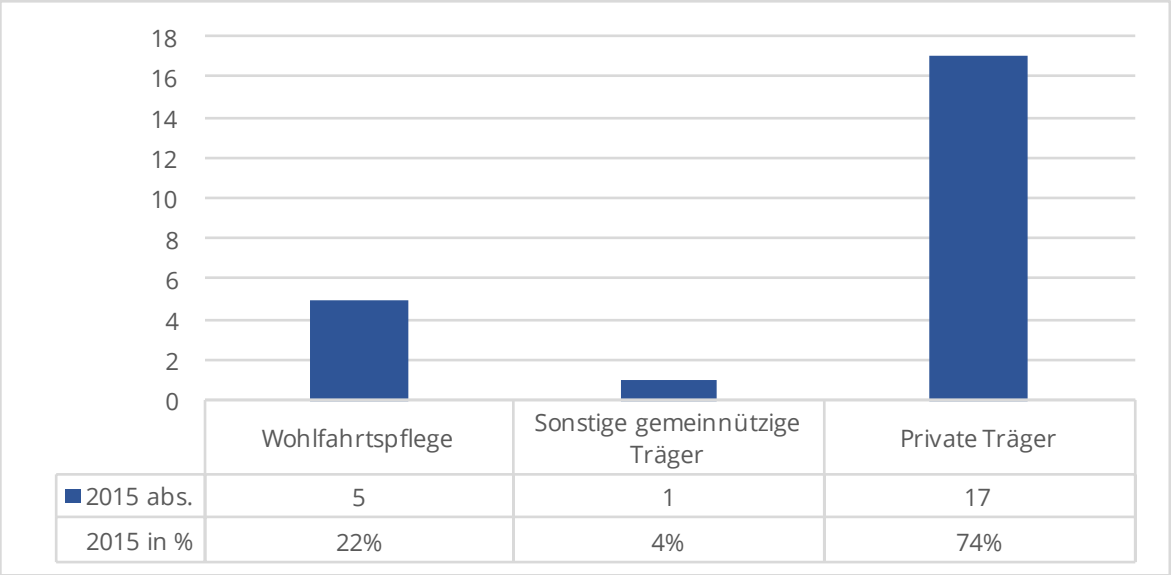
In der Stadt Ingelheim gibt es das günstigste Verhältnis zwischen der Anzahl ambulanter Dienste, in der Gemeinde Budenheim zwischen den stationären Einrichtungen und der Einwohnerzahl.

6.1.1 Ambulante Pflegedienste

Im Landkreis Mainz-Bingen gab es am 15. Dezember 2015 23 ambulante Pflegedienste, seit der letzten Pflegestrukturplanung mit 20 Diensten sind so drei neue Dienste hinzugekommen – nach einem Absinken auf 18 Dienste im Jahr 2013.

Während es 2009 noch acht Pflegedienste in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege gab, waren dies im Jahr 2015 nur noch fünf Dienste. Dagegen haben sich private Dienste von elf Diensten im Jahr 2009 auf 17 Dienste in 2015 erhöht. In sonstiger gemeinnütziger Trägerschaft befand sich gemäß den Angaben der Pflegestatistik wie in 2009 lediglich ein Dienst.

Abbildung 33 **Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft, Landkreis Mainz-Bingen zum 15.12.2015**

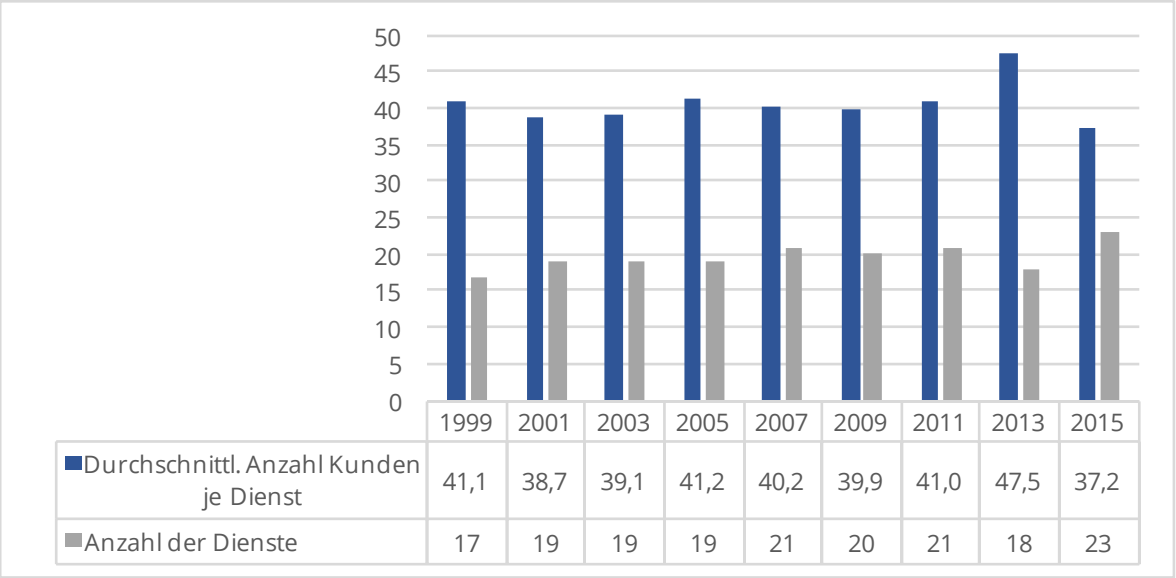


	Wohlfahrtspflege	Sonstige gemeinnützige Träger	Private Träger
2015 abs.	5	1	17
2015 in %	22%	4%	74%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Gemessen an den 976 pflegebedürftigen Personen, die zum 15. Dezember 2015 Pflegesachleistungen in Anspruch genommen haben (vgl. Kap. 5.4.1) versorgte ein Dienst rein rechnerisch 37,2 Personen. Dies ist – nach einer Spitze von 47,5 Personen im Jahr 2013 – der höchste Wert seit 1999 und spiegelt augenscheinlich die Neugründungen ambulanter Dienste wieder.

Abbildung 34 **Ambulante Dienste im Landkreis: Anzahl und Kunden je Dienst im Jahresverlauf**



	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Durchschnittl. Anzahl Kunden je Dienst	41,1	38,7	39,1	41,2	40,2	39,9	41,0	47,5	37,2
Anzahl der Dienste	17	19	19	19	21	20	21	18	23

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

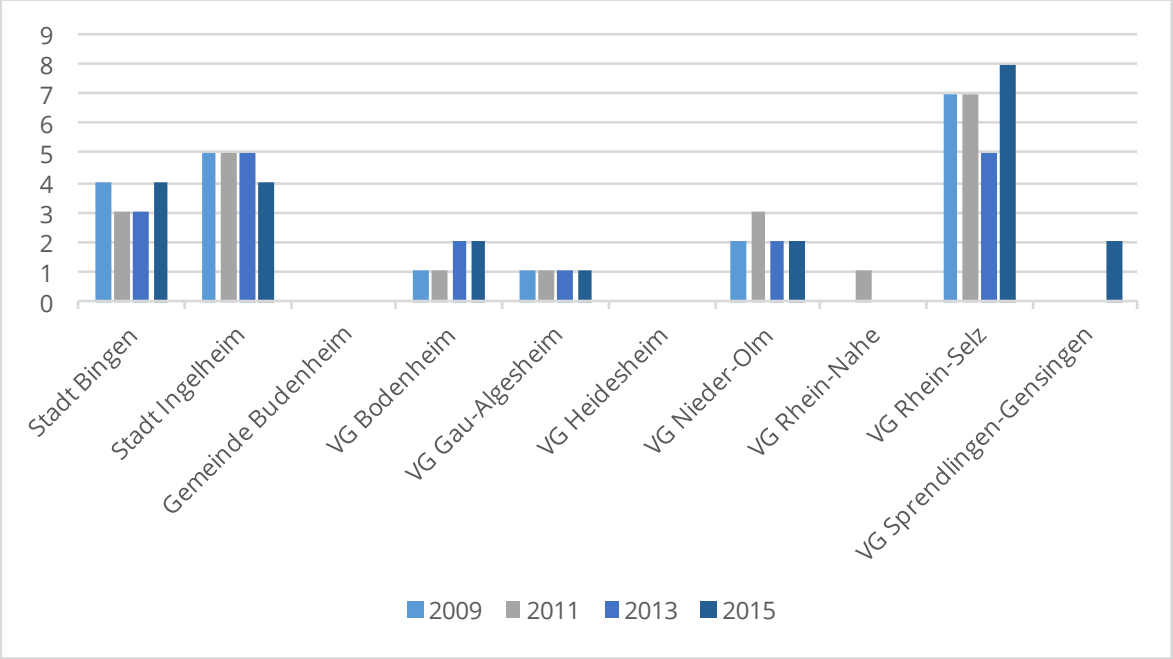
Die Dienste im Landkreis Mainz-Bingen liegen damit wieder deutlich unter den Werten von Rheinland-Pfalz mit 59 und in Deutschland mit 52 Kunden je Dienst, was auf ein weiteres Ausbaupotenzial hinweisen kann.

6.1.1.1 Sitz der ambulanten Dienste

In der regionalen Verteilung zeigt sich die unterschiedliche Situation in den Verbandsgemeinden: in der Verbandsgemeinde Rhein-Selz hatten zum 15. Dezember 2015 acht ambulante Dienste ihren Sitz, in den Städten Bingen und Ingelheim jeweils vier der 23 Dienste.

Zwei neue Dienste sind seit 2011 in der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen hinzugekommen. In der Gemeinde Budenheim sowie in den Verbandsgemeinden Heidesheim und Rhein-Nahe gab es zum 15. Dezember 2015 keinen Pflegedienst.

Abbildung 35 **Sitz der Pflegedienste nach Verbandsgemeinde im Zeitverlauf**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

6.1.1.2 Einzugsgebiet/Herkunft der Kundinnen und Kunden

Von den 976 Kundinnen und Kunden der ambulanten Dienste kamen zum 15. Dezember 2015 831 Personen aus dem Landkreis Mainz-Bingen (85 %), 145 Personen kamen aus Gemeinden außerhalb des Landkreises (15 %). Untenstehende Tabelle zeigt die Herkunft der Kundinnen und Kunden nach Sitz des ambulanten Dienstes. Da die Postleitzahlen in Bezug auf die Herkunft unabhängig der Grenzen der Verbandsgemeinden sind, findet sich im Anhang eine Übersicht aller Ortsgemeinden und dazugehörigen Postleitzahlen.

Tabelle 4 **Herkunft der Kundinnen und Kunden ambulanter Dienste zum 15.12.2015**

Herkunft der Personen	Sitz des Dienstes	Stadt Bingen	Stadt Ingelheim	Budenheim	VG Bodenheim	VG Gau-Algesheim	VG Heidesheim	VG Nieder-Olm	VG Rhein-Nahe	VG Rhein-Selz	VG Sprendlingen-Gensingen	Gesamt
55218		0	158	0	0	6	0	0	0	0	0	164
55257		0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	4
55262		0	32	0	0	2	0	0	0	0	0	34
55263		0	10	0	0	0	0	0	0	1	0	11
55268		0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	19
55270		0	22	0	0	1	0	31	0	0	0	54
55271		0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5
55276		0	0	0	2	0	0	0	0	36	0	38
55278		0	0	0	2	0	0	2	0	57	0	61
55283		0	0	0	0	0	0	0	0	30	0	30
55294		0	0	0	33	0	0	0	0	6	0	39
55296		0	0	0	4	0	0	1	0	8	0	13
55299		0	0	0	14	0	0	0	0	7	0	21
55411		92	1	0	0	18	0	0	0	0	14	125
55413		25	0	0	0	8	0	0	0	0	8	41
55422		0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
55424		11	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12
55425		18	1	0	0	0	0	0	0	0	4	23
55435		0	21	0	0	26	0	0	0	0	0	47
55437		0	15	0	0	14	0	0	0	0	0	29
55457		7	0	0	0	1	0	0	0	0	15	23
55459		3	0	0	0	1	0	0	0	0	6	10
55576		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
55578		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67583		0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	18
67585		0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
67586		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
67587		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
innerhalb des Landkreises		159	263	0	55	80	0	58	0	167	49	831
außerhalb des Landkreises		3	1	0	27	2	0	9	0	77	26	145
Gesamt		162	264	0	82	82	0	67	0	244	75	976

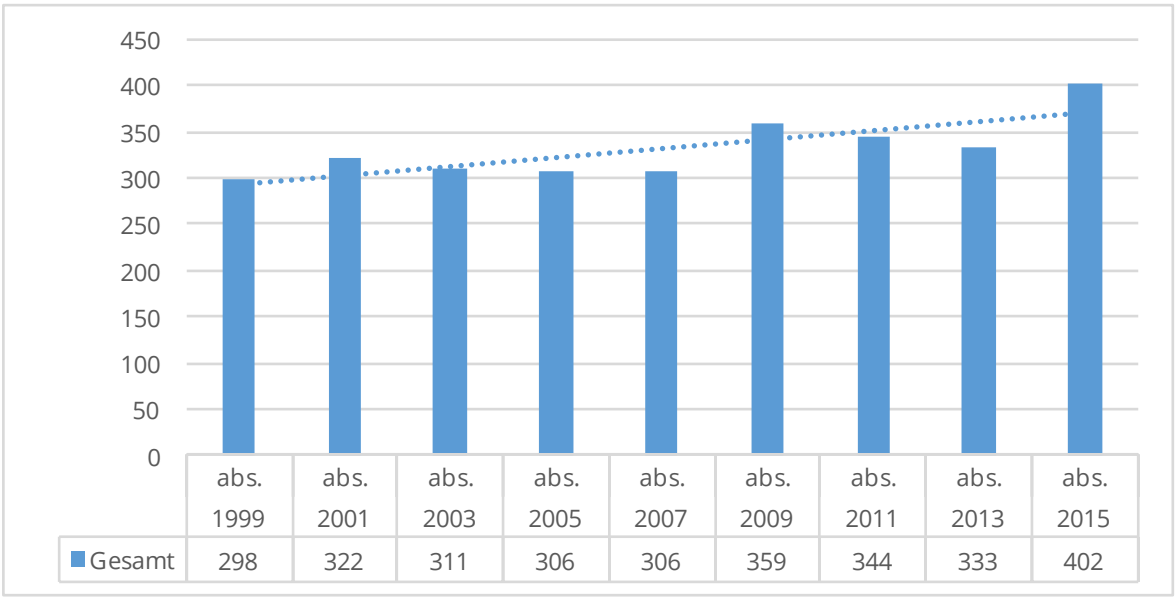
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Aus dem Postleitzahlenbereich 55578 (Sankt Johann und Wolfsheim, Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen) wurde zum Stichtag keine Person durch einen ambulanten Dienst mit Sitz im Landkreis versorgt.

6.1.1.3 Beschäftigte in ambulanten Diensten

Zum 15. Dezember 2015 haben 402 Beschäftigte bei ambulanten Pflegediensten des Landkreises gearbeitet, dies sind 43 Mitarbeitende mehr als zum Zeitpunkt der letzten Pflegestrukturplanung 2009. Folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen seit 1999.

Abbildung 36 **Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Diensten, alle Beschäftigungsverhältnisse**



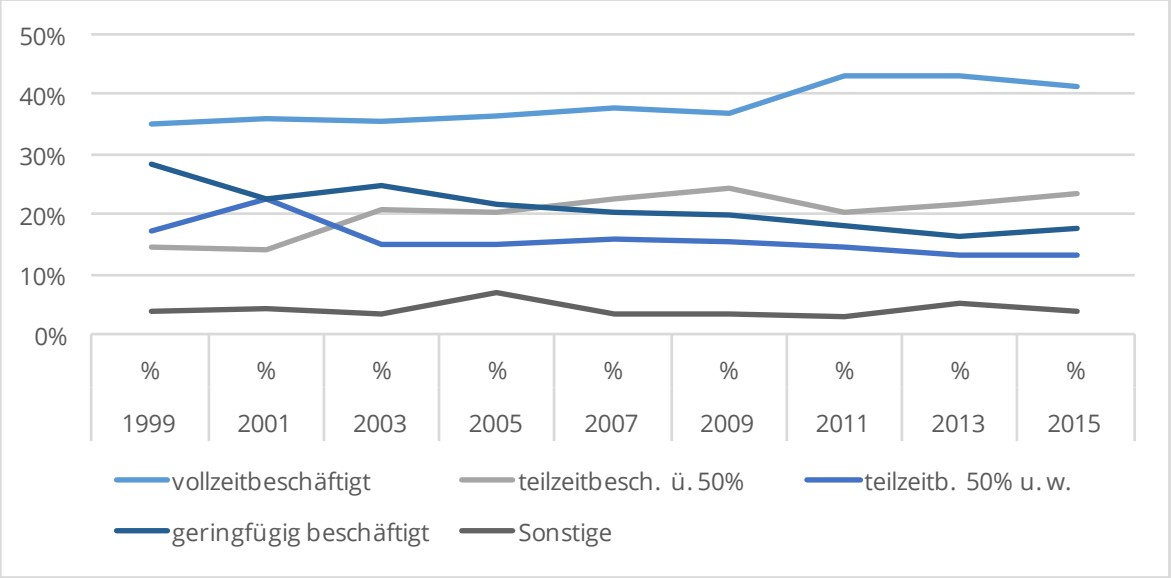
	abs. 1999	abs. 2001	abs. 2003	abs. 2005	abs. 2007	abs. 2009	abs. 2011	abs. 2013	abs. 2015
Gesamt	298	322	311	306	306	359	344	333	402

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Auch hat sich die Art der Beschäftigungsverhältnisse verändert: Die Anzahl der vollzeitbeschäftigten Personen ist von 133 in 2009 auf 166 in 2015 gestiegen und entspricht nun einem Anteil von 41 Prozent (2009: 37 %). Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Personen ist dagegen anteilig gesunken.

Damit wird der Trend im Landkreis seit 1999 weitestgehend fortgeführt.

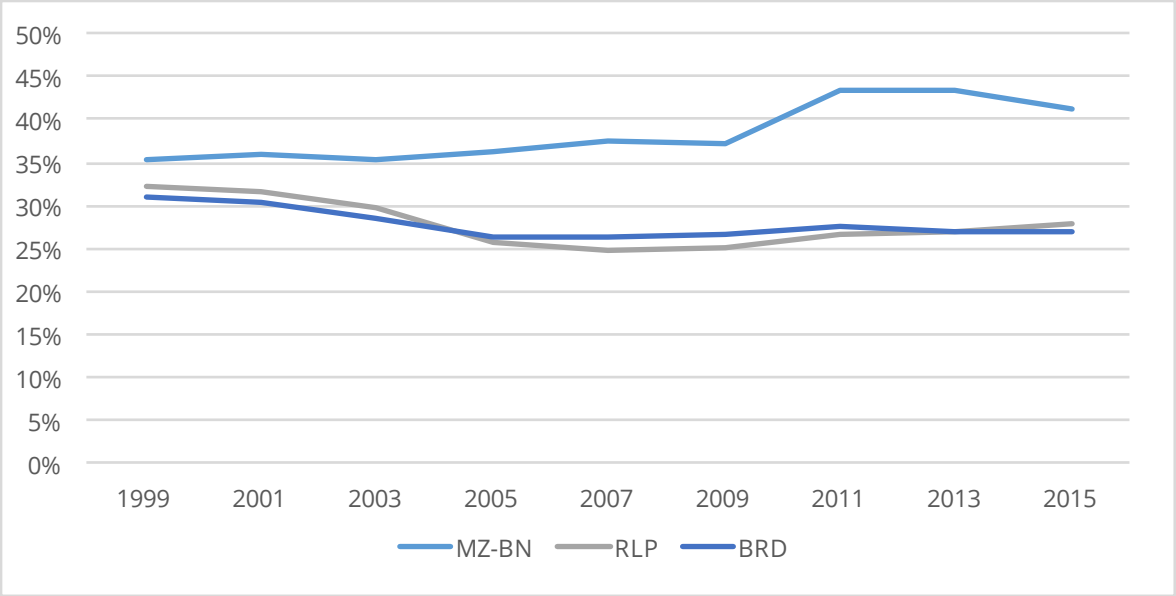
Abbildung 37 **Art der Beschäftigungsverhältnisse von 1999 bis 2015, prozentual**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Diese Entwicklung der Arten der Beschäftigungsverhältnisse ist gegenläufig zu den Entwicklungen in Rheinland-Pfalz und der Bundesrepublik: in beiden Vergleichsregionen ist seit 1999 ein Rückgang der Vollzeitbeschäftigung in ambulanten Pflegediensten zu verzeichnen, in Rheinland-Pfalz mit einer schleichenden Erholung in den letzten Jahren.

Abbildung 38 **Entwicklung der Vollzeitbeschäftigung in ambulanten Pflegediensten, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz, Deutschland**

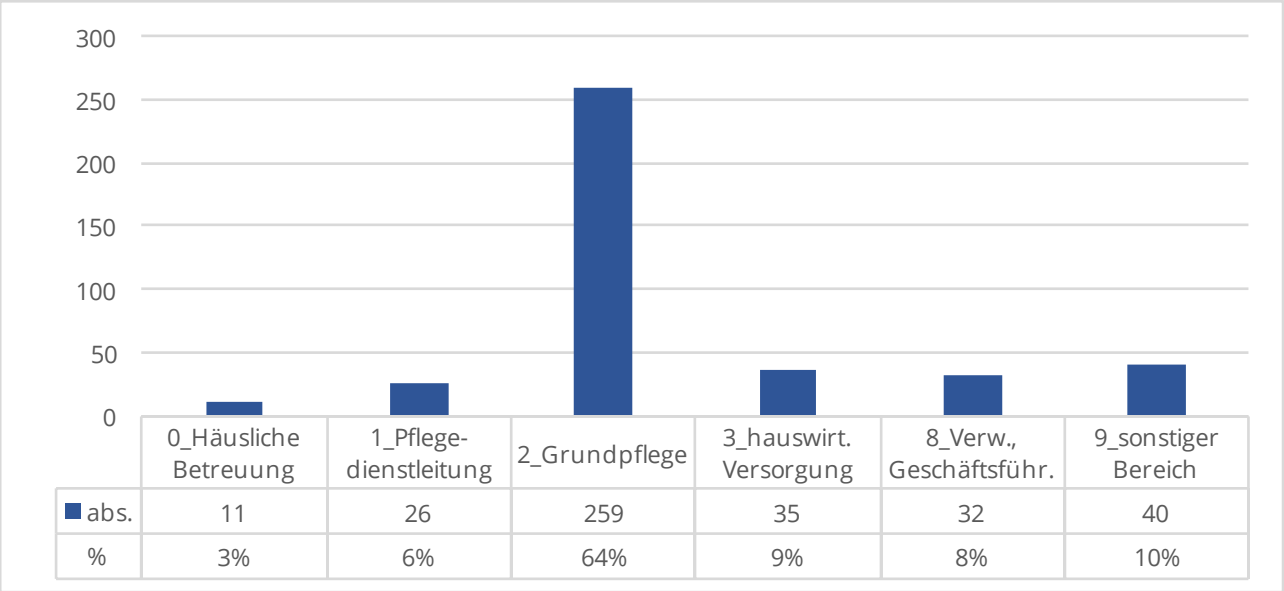


Quelle: Statistisches Bundesamt und Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

6.1.1.3.1 Qualifikation und Tätigkeitsfelder

Von den 403 Mitarbeitenden der ambulanten Dienste waren mit 259 Personen 64 Prozent im Tätigkeitsfeld der Grundpflege eingesetzt. Die weiteren Tätigkeitsfelder waren mit jeweils unter 40 Mitarbeitenden deutlich weniger stark besetzt, was auf die originäre Arbeit der Pflegedienste hinweist.

Abbildung 39 **Beschäftigte in ambulanten Diensten nach Tätigkeitsfeldern zum 15.12.2015**

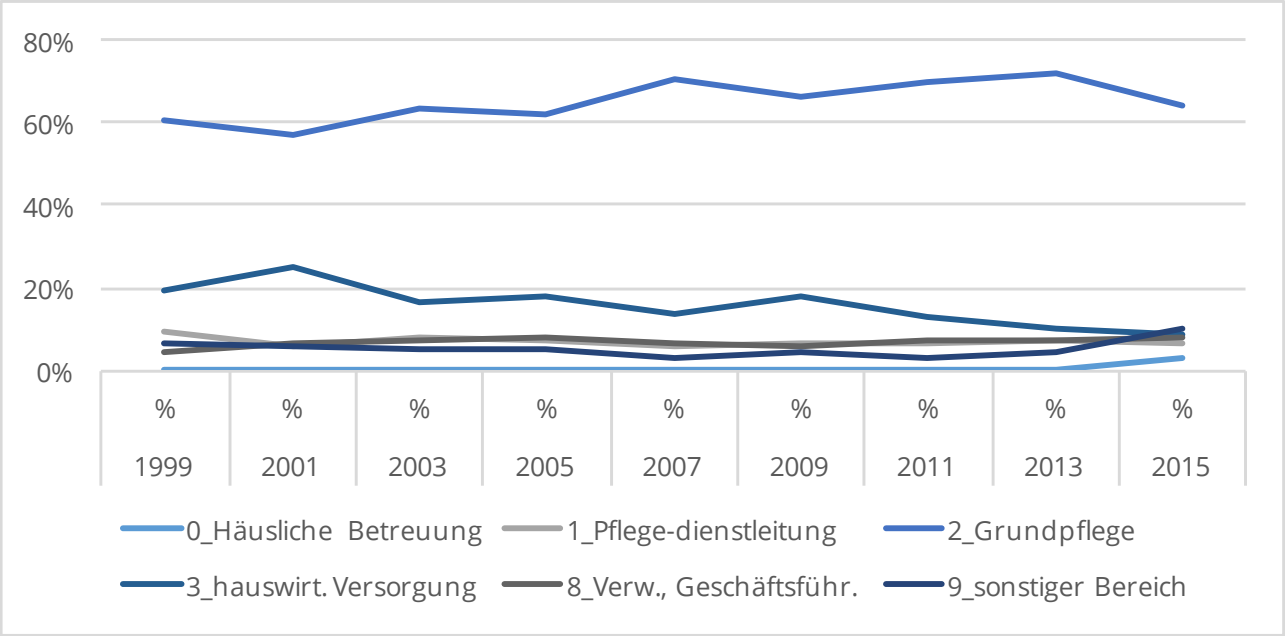


	0_Häusliche Betreuung	1_Pflege-dienstleitung	2_Grundpflege	3_hauswirt. Versorgung	8_Verw., Geschäftsführ.	9_sonstiger Bereich
abs.	11	26	259	35	32	40
%	3%	6%	64%	9%	8%	10%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Im Jahresverlauf sieht man die anteiligen Veränderungen der Tätigkeitsbereiche: Die Grundpflege stieg tendenziell in ihrer Bedeutung an, nahm seit 2013 jedoch wieder ab (wobei zeitgleich die Sammelkategorie „sonstiger Bereich“ anstieg). Der Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung dagegen nahm seit 1999 kontinuierlich in ihrer Bedeutung ab, Leitung und Verwaltung blieb auf einem konstanten Niveau von unter 10 Prozent.

Abbildung 40 **Beschäftigte in ambulanten Diensten nach Tätigkeitsfeldern im Jahresverlauf**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

6.1.1.4 Eigene Erhebung

Im Rahmen der Pflegestrukturplanung wurde eine eigene Erhebung bei den ambulanten Diensten durchgeführt. Der Fragebogen wurde im Entwurf im Rahmen der Pflegekonferenz im Oktober 2016 vorgestellt, diskutiert und angepasst.

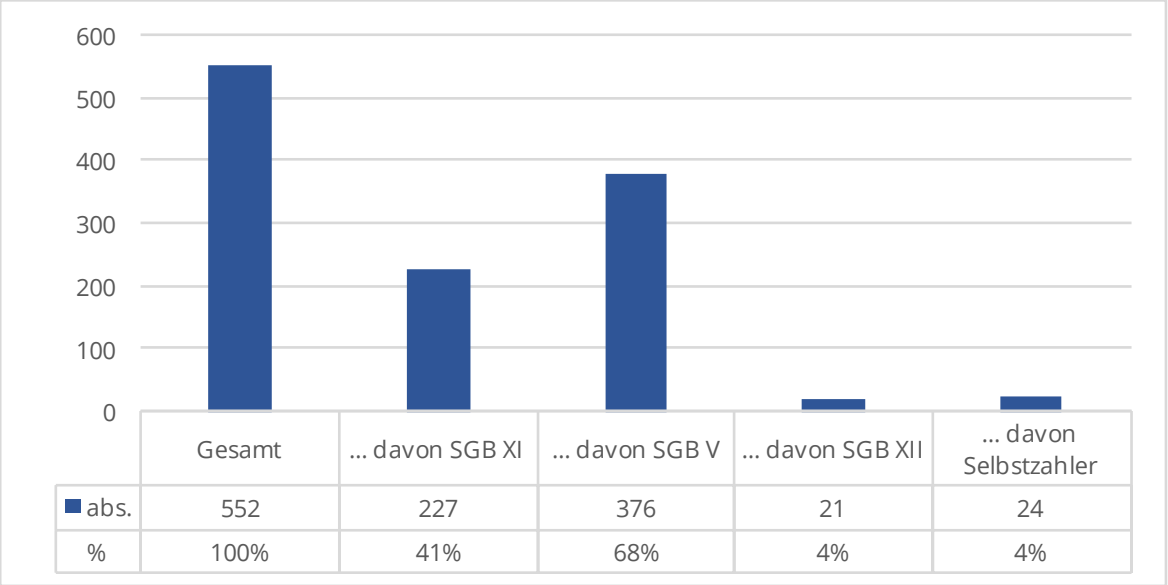
Alle zum Erhebungszeitpunkt Oktober 2016 existierenden 25 Pflegedienste erhielten per Email Zugang zu dem Erhebungsbogen und wurden um eine Teilnahme gebeten.

Insgesamt 13 Dienste beteiligten sich an der Erhebung, dies entspricht einem Rücklauf von 50 Prozent. Allerdings machten nicht alle Dienste auch zu allen Fragen (vollständige) Angaben. Darüber hinaus wurden alle eingehenden Fragebögen einer Plausibilitätsprüfung unterzogen, in deren Folge zahlreiche Items nicht in die Analyse einbezogen werden konnten oder bestimmte Dienste bei manchen Fragestellungen nicht berücksichtigt wurden. Die Anzahl der Dienste, auf deren Auskunft die jeweiligen Daten beruhen wird jeweils im Text und (soweit vorhanden) im Titel der Abbildungen benannt.

Acht Dienste machten Angaben zu der Anzahl ihrer Kundinnen und Kunden. Diese acht Dienste versorgten zum Stichtag 15. Dezember 2015 insgesamt 552 Personen. Damit versorgten diese acht Dienste 57 Prozent aller am 15. Dezember 2015 in der Pflegestatistik ausgewiesenen Kundinnen und Kunden der ambulanten Dienste im Landkreis.

Für lediglich 227 Kundinnen und Kunden wurde eine Leistung nach dem SGB XI angegeben (41 %), dagegen bei 376 Personen Leistungen nach dem SGB V (68 %).

Abbildung 41 **Anzahl der Kunden ambulante Pflegedienste (n=8 Dienste) zum 15.12.2015**



	Gesamt	… davon SGB XI	… davon SGB V	… davon SGB XII	… davon Selbstzahler
abs.	552	227	376	21	24
%	100%	41%	68%	4%	4%

Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

6.1.1.4.1 Beendete Maßnahmen

Fünf Dienste gaben Auskunft über den Grund der beendeten Maßnahme bei 169 Personen. 76 dieser Personen sind im Jahr 2015 verstorben (45 %), 46 sind in ein stationäres Angebot umgezogen (27 %). Bei zwölf Personen wurde die Pflege durch Angehörige oder andere Personen übernommen (sieben %), drei Kunden wechselten zu einem anderen Pflegedienst (2 %). Bei den übrigen 32 Personen wurden sonstige Gründe für die Beendigung angegeben (19 %).

6.1.1.4.2 Abgelehnte Anfragen

Neun Dienste gaben Auskunft darüber, ob sie im Jahr 2015 Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern des Landkreises ablehnen mussten. Dies war bei vier Diensten der Fall, bei vier Diensten nicht (jeweils 31 %). Ein Dienst wusste dies nicht.

Zwei der vier Dienste, die Anfragen ablehnen mussten, gaben an, dass dies im Jahr 2015 zwei bzw. 16 Mal der Fall gewesen sei. Als Gründe für eine Ablehnung gaben alle vier Dienste fehlende Kapazitäten, zwei Dienste zudem ein fehlendes passendes Angebot und ein Dienst eine fehlende Finanzierung an.

6.1.1.4.3 Mitarbeitende der Dienste

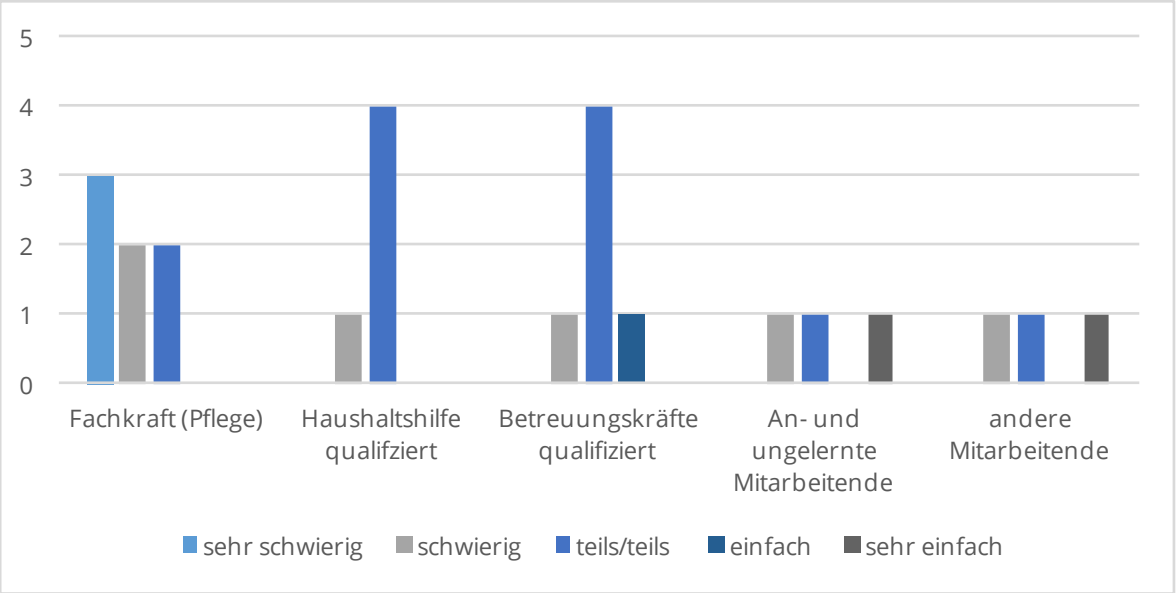
In den insgesamt sieben Diensten, die Angaben zu ihren Mitarbeitenden machten, arbeiteten zum Stichtag 111 Personen, dies waren 28 Prozent aller am Stichtag 15. Dezember 2015 in der Pflegestatistik festgehaltenen Mitarbeitenden ambulanter Dienste. 42 davon hatten eine Vollzeitbeschäftigung (42 %), 24 arbeiteten über 50 Prozent (22 %), 18 Personen waren unter 50 Prozent teilzeitbeschäftigt (16 %) und 22 Personen geringfügig beschäftigt (20 %). (siehe Kap. 6.1.1.2) Mit 87 Personen bestanden die Mitarbeitenden der sieben Dienste zu 78 Prozent aus Fachkräften der Pflege. Darüber hinaus wurden jeweils sieben qualifizierte Betreuungskräfte sowie andere Mitarbeitende (jeweils 6 %) und fünf qualifizierte Haushaltshilfen sowie an- und ungelernte Mitarbeitende (jeweils 5 %) angegeben.

6.1.1.4.4 Freie Stellen

Acht Dienste machten Angaben zu eventuell freien Stellen. Davon suchen insgesamt sechs Dienste aktuell Fachkräfte der Pflege, sowohl in Voll- als auch in Teilzeit. Qualifizierte Haushaltshilfen und Betreuungskräfte werden von insgesamt vier Diensten gesucht. Offene Stellen für an- und ungelernte oder andere Mitarbeitende gibt es aktuell bei einem Dienst.

Das Finden geeigneter Mitarbeitender wird unterschiedlich eingeschätzt. Drei Dienste gaben an, dass es sehr schwierig sei, geeignete Pflegefachkräfte zu finden, zwei Dienste fanden dies schwierig. Bei den anderen Berufsgruppen variiert die Einschätzung stärker.

Abbildung 42 **Personalgewinnung: Einschätzung der Dienste (Anzahl der Nennungen, n=7)**



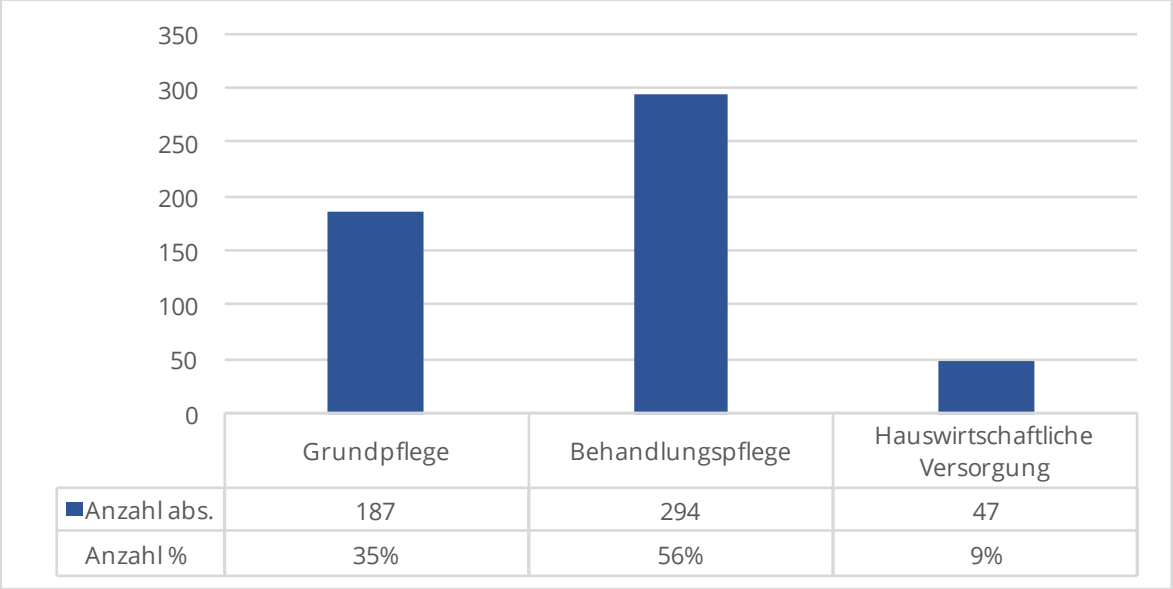
Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

Neun Dienste gaben Auskunft über die von ihnen (nicht) durchgeführten Maßnahmen zur Personalgewinnung und -haltung. Die häufigste Maßnahme ist mit sieben Nennungen die Öffentlichkeitsarbeit und das Schalten von Stellenanzeigen (78 %), gefolgt von betrieblicher Vorsorge (6 Nennungen; 67 %), sowie der Fort- und Weiterbildung (5 Nennungen, 56 %). Vier Dienste gaben an, selbst auszubilden (44 %), drei werben Mitarbeitende im Ausland an (33 %) und zwei Dienste versuchen, über finanzielle Anreize Personal zu gewinnen bzw. zu halten (22 %).

6.1.1.4.5 Leistungsangebot

Fünf Dienste gaben Auskunft darüber, wie viele Leistungen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung am Stichtag 15. Dezember 2015 durch sie erbracht wurden. Von den insgesamt 528 Leistungen in diesen Bereichen entfielen 294 Leistungen (56 %) auf die Behandlungs- und 187 Leistungen (35 %) auf die Grundpflege. Eine hauswirtschaftliche Versorgung fand in 47 Fällen statt (9 %).

Abbildung 43 **Anzahl der Leistungen am 15.12.2015 (n=5)**



	Grundpflege	Behandlungspflege	Hauswirtschaftliche Versorgung
Anzahl abs.	187	294	47
Anzahl %	35%	56%	9%

Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

Darüber hinaus wurden im Jahr 2015 313 Betreuungs- und Entlastungangebote nach § 45 SGB XI durchgeführt (5 Dienste) und 565 ausschließliche Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 2 SGB XI (6 Dienste).

Nachstehendes Schaubild gibt Auskunft über die sonstigen Leistungen, die am 15. Dezember 2015 von sechs Diensten erbracht beziehungsweise vorgehalten wurden. Alle sechs Dienste gaben an, Grund- und Behandlungspflege erbracht beziehungsweise vorgehalten zu haben. Die hauswirtschaftliche Versorgung, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die Versorgung von Pflegebedürftigen unter 60 Jahren sowie die Verhinderungspflege wurden von jeweils fünf Diensten angegeben.

Dem gegenüber wurden die Unterstützungsdienste wie Essen auf Rädern, Hol- und Bring-Dienste, die Hilfen zur Aufrechterhaltung und Erweiterung von Kontakten zur Umwelt, Fahrdienste und auch der Hausnotruf seltener erbracht beziehungsweise vorgehalten. Auch besondere pflegerische Anforderungen im Rahmen der Palliativpflege, der kulturspezifischen Pflege sowie der Pflege von Kindern und Jugendlichen und Menschen mit apallischem Syndrom wurden seltener angegeben.

Leistungen zur Erschließung und Stärkung ehrenamtlicher und familiärer Unterstützung in unterschiedlichen Facetten, sowie die nächtliche Pflege wurden von keinem Dienst als am Stichtag erbracht oder vorgehalten angegeben. Ebenso gab kein Dienst an, ein Demenzkonzept erarbeitet zu haben.

Abbildung 44 **Erbrachte bzw. vorgehaltene Leistungen am 15.12.2015 (n=6)**

Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

Als Ergänzung gab ein Dienst an, dass er einen Wahl- und Wunschleistungskatalog habe, der unabhängig von den Leistungen der Kassen abgerufen werden könne. Zudem gebe es Bereitschaftsdienste, sowohl am Tag als auch in der Nacht, dies entspricht dem geltenden Recht aller ambulanten Pflegedienste.

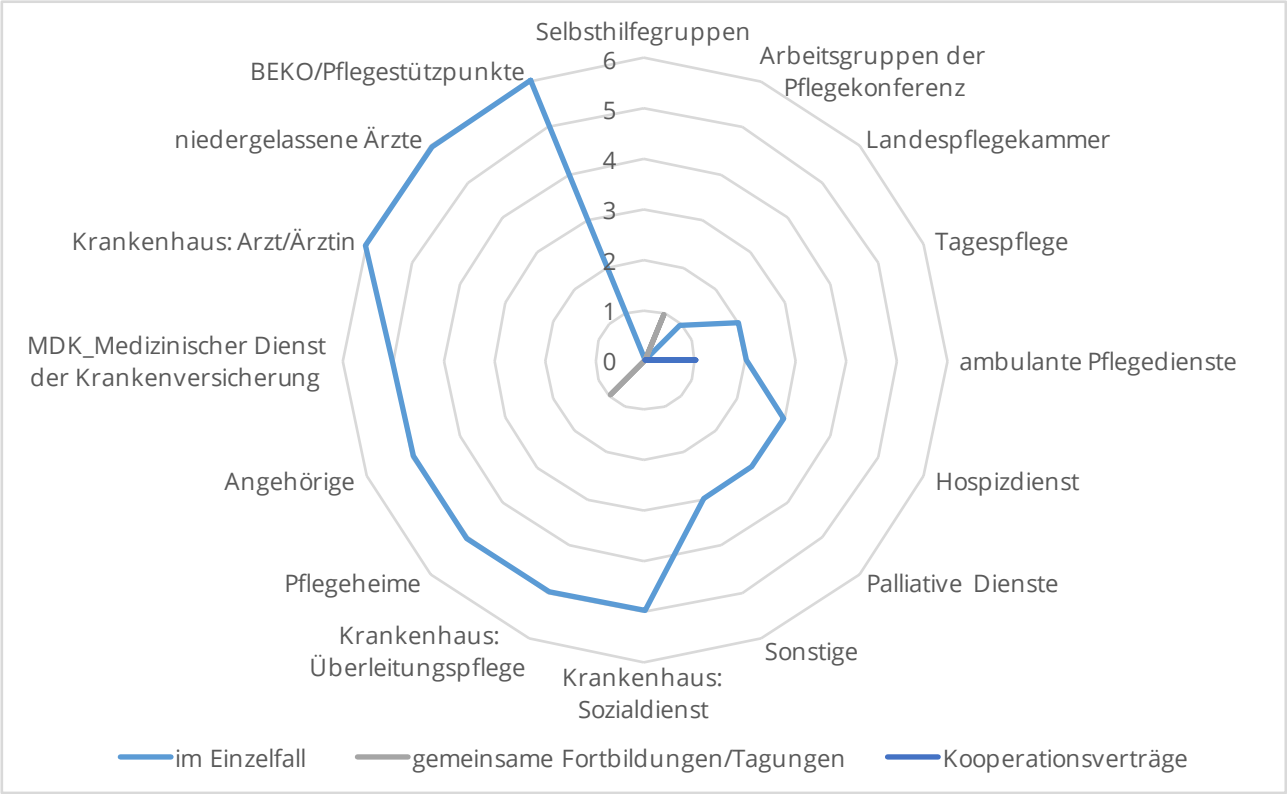
Eine geplante Erweiterung des Leistungsspektrums wurde von einem Dienst angegeben. Von diesem ist die Gründung einer Wohngemeinschaft mit Intensivpflege und außerklinischer Beatmung geplant, darüber hinaus sollen für die Kundinnen und Kunden Fahrdienste angeboten werden.

6.1.1.4.6 Kooperation und Vernetzung

Sechs Dienste machten Angaben zu der im Jahr 2015 stattgefundenen Kooperation mit unterschiedlichen Akteuren. Das untenstehende Schaubild zeigt, dass eine Kooperation fast ausschließlich auf der Ebene des Einzelfalls stattfand. Insbesondere wurde

mit den Pflegestützpunkten, medizinischen Akteuren, wie beispielsweise den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie den Angehörigen und Pflegeheimen zusammen gearbeitet. Gemeinsame Fortbildungen/Tagungen wurden von einem Dienst angegeben, ebenso die Arbeitsgruppen der Pflegekonferenz. Ein Kooperationsvertrag mit einem (anderen) ambulanten Dienst wurde ebenfalls einmal angegeben.

Abbildung 45 **Kooperation und Vernetzung (n=6)**



Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

6.1.1.4.7 Einsatzorte

In Bezug auf die Einsatzorte der ambulanten Dienste haben sich – je nach Ort – zwischen sieben und vier Diensten geäußert. Das Ergebnis zeigt die untenstehende Tabelle: Von den 66 Ortsgemeinden gibt es neun Gemeinden, bei denen keiner der teilnehmenden Dienste angab, diese anzufahren oder dazu bereit wäre. Vier dieser Orte liegen in der Verbandsgemeinde Bodenheim, drei dieser Orte in der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen.

Allerdings haben die beiden Pflegedienste, die ihren Sitz in der Verbandsgemeinde Bodenheim und der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen haben, keine Angaben zu ihren Einsatzorten gemacht.

Tabelle 5 **Einsatzorte der ambulanten Dienste**

VG	Einsatzorte	Fahren wir an	Würden wir anfahren	Würden wir nicht anfahren	keine Angabe
	Stadt Bingen	3	0	4	5
	Stadt Ingelheim	3	1	3	5
	Gemeinde Budenheim	0	0	5	7
Bodenheim	Bodenheim	0	0	5	7
	Gau-Bischofsheim	0	0	5	7
	Harxheim	0	0	5	7
	Lörzweiler	0	0	5	7
	Nackenheim	2	0	4	6
Gau-Algesheim	Appenheim	2	1	2	7
	Bubenheim	1	0	2	9
	Engelstadt	2	0	2	8
	Gau-Algesheim	2	1	2	7
	Nieder-Hilbersheim	2	0	2	8
	Ober-Hilbersheim	3	0	2	7
	Ockenheim	4	0	2	6
	Schwabenheim a. d. Selz	2	0	2	8
Heidesheim	Heidesheim	1	0	4	7
	Wackernheim	1	0	4	7
Nieder-Olm	Essenheim	1	0	4	7
	Jugenheim	1	0	4	7
	Klein-Winternheim	1	0	4	7
	Nieder-Olm, Stadt	1	0	3	8
	Ober-Olm	1	0	4	7
	Sörgenloch	1	0	4	7
	Stadtecken-Elsheim	1	0	4	7
	Zornheim	1	0	4	7
Rhein-Nahe	Bacharach, Stadt	2	0	4	6
	Breitscheid	0	0	4	8
	Manubach	1	0	4	7
	Münster-Sarmsheim	3	0	3	6
	Niederheimbach	2	1	3	6
	Oberdiebach	1	0	4	7

VG	Einsatzorte	Fahren wir an	Würden wir anfahren	Würden wir nicht anfahren	keine Angabe
Rhein-Nahe	Oberheimbach	1	0	4	7
	Trechtingshausen	2	1	3	6
	Waldalgesheim	2	0	3	7
	Weiler bei Bingen	2	0	3	7
Rhein-Selz	Dalheim	2	0	4	6
	Dexheim	2	0	4	6
	Dienheim	2	0	4	6
	Dolgesheim	1	0	5	6
	Dorn-Dürkheim	1	0	5	6
	Eimsheim	1	0	5	6
	Friesenheim	1	0	5	6
	Guntersblum	2	0	4	6
	Hahnheim	1	0	5	6
	Hillesheim	1	0	5	6
	Köngernheim	1	0	5	6
	Ludwigshöhe	2	0	4	6
	Mommenheim	1	0	5	6
	Nierstein, Stadt	2	0	4	6
	Oppenheim, Stadt	2	0	4	6
	Selzen	1	0	5	6
	Uelversheim	1	0	5	6
	Undenheim	2	0	4	6
	Weinolsheim	1	0	5	6
	Wintersheim	1	0	5	6
Sprendlingen-Gensingen	Aspisheim	1	1	3	7
	Badenheim	0	0	4	8
	Gensingen	1	1	3	7
	Grolsheim	1	1	3	7
	Horrweiler	1	0	4	7
	Sankt Johann	0	0	4	8
	Sprendlingen	1	0	4	7
	Welgesheim	1	0	5	6
	Wolfsheim	0	0	5	7
	Zotzenheim	1	0	5	6

Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

Die Dienste wurden explizit gefragt, ob es Orte gibt, die aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr angefahren werden. Zwei Dienste mit Sitz in Ingelheim und der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen haben dies verneint, die anderen Dienste haben hierzu keine Angaben gemacht.

Gemäß § 38 des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI über die ambulante pflegerische Versorgung in Rheinland-Pfalz ist die Grundlage für die Feststellung der örtlichen Einzugsbereiche die kreisfreie Stadt oder der Landkreis. Andere Regionen können zusammengefasst werden, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung anzubieten (Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI ohne Datum).

Die oben dargestellten Ergebnisse sollten mit den Diensten daher näher geprüft werden, um eine eventuell bestehende Versorgungslücke identifizieren und beheben zu können.

6.1.1.4.8 Zu Hause alt werden

Die ambulanten Pflegedienste sind Experten in Bezug auf die Versorgung pflegebedürftiger Personen in der eigenen Häuslichkeit. Diesbezüglich wurden sie gebeten, die aus ihrer Sicht drei wichtigsten Faktoren zu benennen, die sich in dem jeweiligen Einzugsgebiet verbessern müssten, um einen möglichst langen Verbleib pflegebedürftiger Personen in der eigenen Wohnung zu gewährleisten. Vier Dienste haben sich hierzu geäußert. Drei Dienste nannten geeignetes Personal (Pflegefachkräfte und Betreuungskräfte) als wichtigen Faktor, zwei Dienste die Betreuungsangebote, zwei Dienste sprachen die Bezahlung beziehungsweise die Berücksichtigung der Fahrtkosten in einem Flächenland an. Jeweils eine weitere Nennung bezog sich auf die hauswirtschaftliche Versorgung und die Beratung vorab.

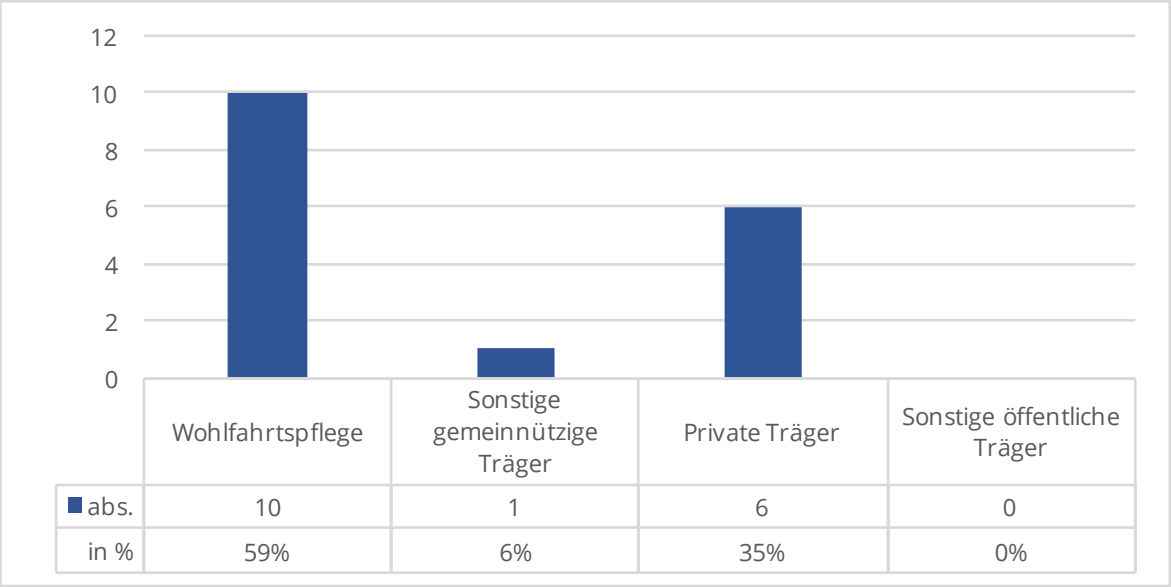
6.1.2 (Teil)Stationäre Einrichtungen

6.1.2.1 Strukturdaten

Gemäß den Angaben der Pflegestatistik boten zum 15. Dezember 2015 17 Einrichtungen Leistungen der Dauerpflege an, sechs Einrichtungen Tagespflege (eine davon ausschließlich Tagespflege) und vier Einrichtungen Kurzzeitpflege. Nachtpflege wurde von keiner Einrichtung angeboten. Die Anzahl der Einrichtungen der Dauerpflege hat sich somit seit 1999 mit sieben Einrichtungen mehr als verdoppelt, seit der letzten Pflegestrukturplanung 2009 sind fünf neue Einrichtungen hinzugekommen.

Von den 17 Einrichtungen der Dauerpflege waren zehn der Wohlfahrtspflege (59 %), sechs Einrichtungen einer privaten (35 %) und eine Einrichtung einer sonstigen gemeinnützigen Trägerschaft (6 %) zuzuordnen.

Abbildung 46 **Einrichtungen der Dauerpflege nach Trägerschaft, LK Mainz-Bingen zum 15.12.2015**



	Wohlfahrtspflege	Sonstige gemeinnützige Träger	Private Träger	Sonstige öffentliche Träger
abs.	10	1	6	0
in %	59%	6%	35%	0%

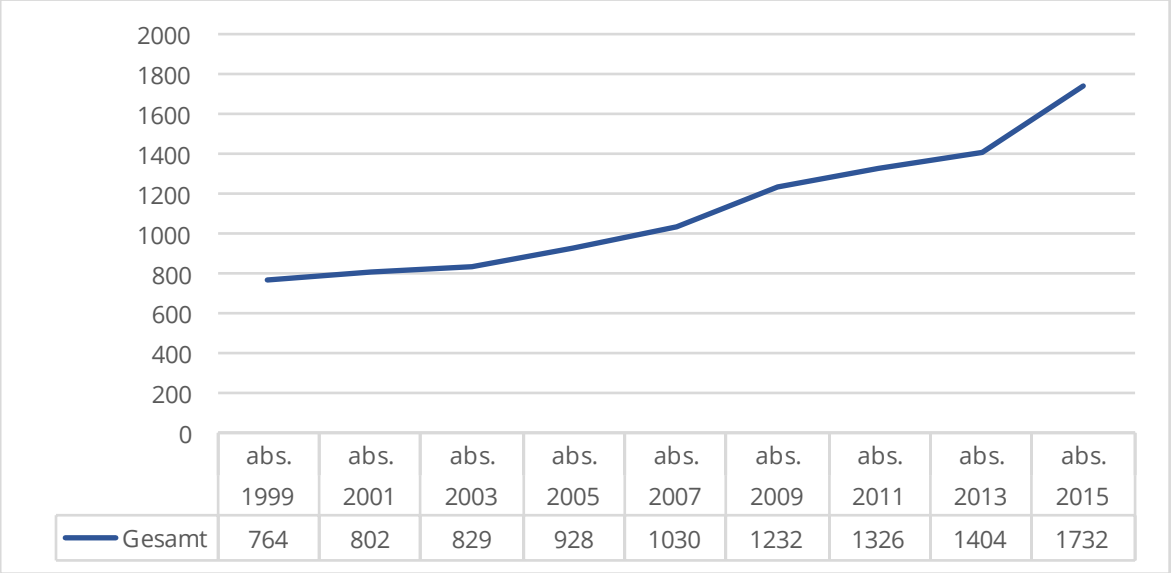
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

In der Kurzzeitpflege wurden zum 15. Dezember 2015 20 Plätze ausgewiesen, allerdings werden für die Kurzzeitpflege oftmals Plätze „eingestreut", sprich gerade freie Plätze der Dauerpflege genutzt.

In der Tagespflege waren 29 Plätze ausgewiesen, dies sind fünf Plätze mehr als bei der letzten Pflegestrukturplanung 2009.

Seit der letzten Pflegestrukturplanung hat sich auch die Anzahl der Dauerpflegeplätze im Landkreis weiter erhöht, von 1.232 Plätzen (2009), über 1.326 Plätze (2011) und 1.404 Plätze (2013) auf 1.732 Plätze zum 15. Dezember 2015. Dies sind 500 Plätze mehr als zum Zeitpunkt der letzten Planung.

Abbildung 47 **Plätze der Dauerpflege von 1999 bis 2015**

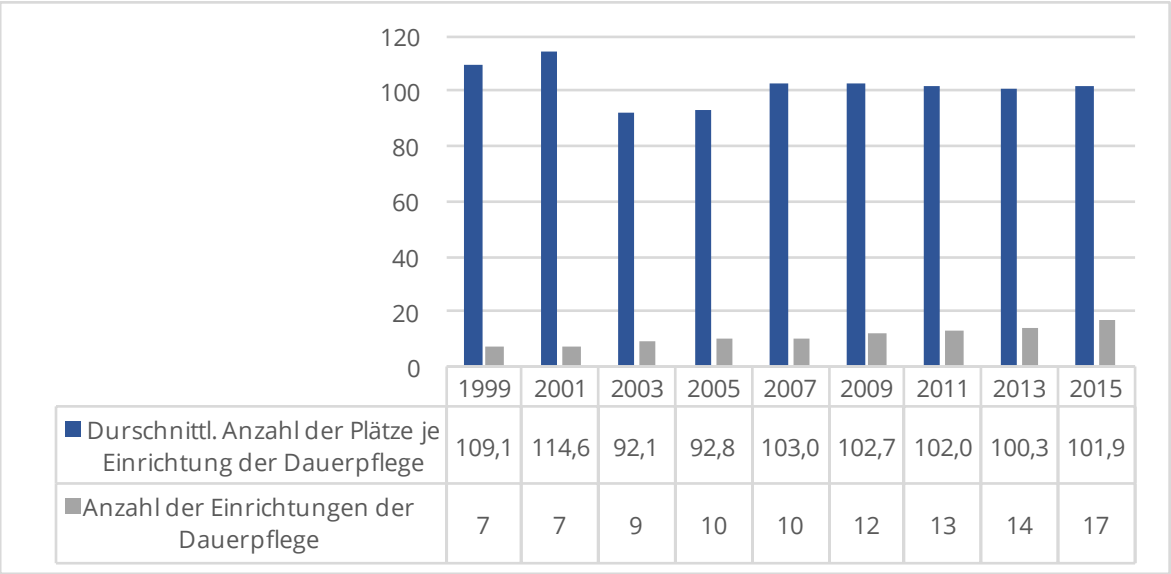


	abs. 1999	abs. 2001	abs. 2003	abs. 2005	abs. 2007	abs. 2009	abs. 2011	abs. 2013	abs. 2015
Gesamt	764	802	829	928	1030	1232	1326	1404	1732

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Bezogen auf die Anzahl der Einrichtungen ist die Anzahl der Plätze je Einrichtung nur geringfügig gesunken, von 102,7 Plätzen je Einrichtung in 2009 auf 101,9 Plätze je Einrichtung in 2015, es fand demnach mit den neu eröffneten Einrichtungen offenbar keine kleinräumigere, dezentralere Angebotserweiterung statt.

Abbildung 48 **Einrichtungen der Dauerpflege: Platzzahl je Einrichtung im Jahresverlauf**

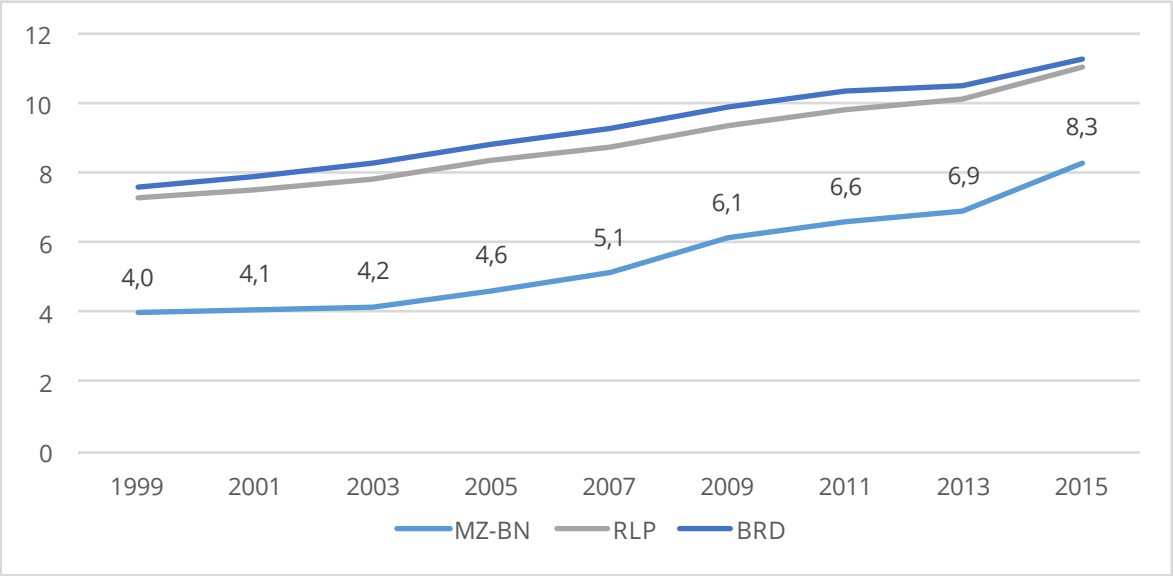


	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Durschnittl. Anzahl der Plätze je Einrichtung der Dauerpflege	109,1	114,6	92,1	92,8	103,0	102,7	102,0	100,3	101,9
Anzahl der Einrichtungen der Dauerpflege	7	7	9	10	10	12	13	14	17

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

In Bezug auf die Einwohnerzahl des Landkreises hat die Platzzahl dementsprechend stetig zugenommen, von 3,96 Plätzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 1999 auf 8,3 Plätze im Jahr 2015.

Abbildung 49 **Dauerpflegeplätze je 1.000 Einwohner aller Altersgruppen im Jahresverlauf, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland von 1999 bis 2015**



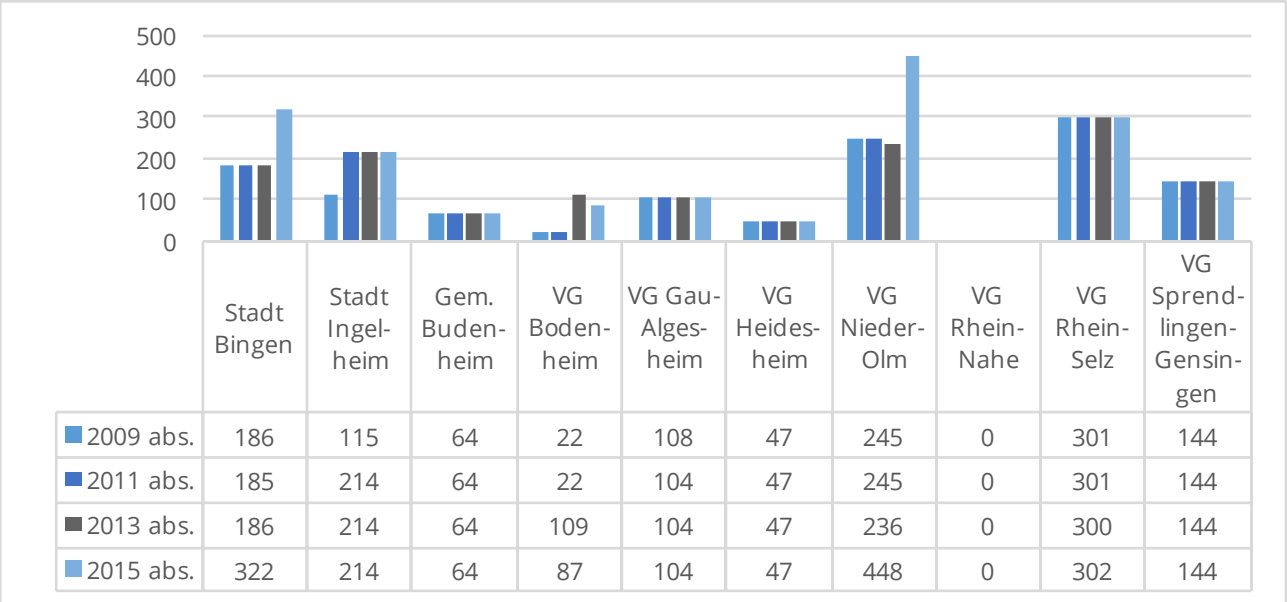
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Die Platzdichte in Mainz-Bingen hat sich mit den Neueröffnungen in 2013 dem Niveau in Rheinland-Pfalz mit elf und Deutschland mit 11,3 Dauerpflegeplätzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner angenähert.

Die Einrichtungen der Dauerpflege boten für ihre Bewohnerinnen und Bewohner Ein- und Zwei-Bett-Zimmer an. Zum 15. Dezember 2015 gab es 1.034 Plätze in Ein-Bett-Zimmern (60 %) und 698 Plätze in Zwei-Bett-Zimmern (40 %). Dieses Verhältnis blieb seit 1999 weitestgehend konstant.

Die Plätze der Dauerpflege verteilen sich unterschiedlich in den Städten und Gemeinden des Landkreises und auch die Dynamik seit der letzten Pflegestrukturplanung ist unterschiedlich. In der Stadt Ingelheim und in der Verbandsgemeinde Bodenheim ist jeweils eine Einrichtung der Dauerpflege hinzugekommen, was eine deutliche Zunahme der Platzzahlen erklärt.

Abbildung 50 **Plätze der Dauerpflege, Verteilung in den Gemeinden im Jahresverlauf**



	Stadt Bingen	Stadt Ingelheim	Gem. Budenheim	VG Bodenheim	VG Gau-Algesheim	VG Heidesheim	VG Nieder-Olm	VG Rhein-Nahe	VG Rhein-Selz	VG Sprendlingen-Gensingen
2009 abs.	186	115	64	22	108	47	245	0	301	144
2011 abs.	185	214	64	22	104	47	245	0	301	144
2013 abs.	186	214	64	109	104	47	236	0	300	144
2015 abs.	322	214	64	87	104	47	448	0	302	144

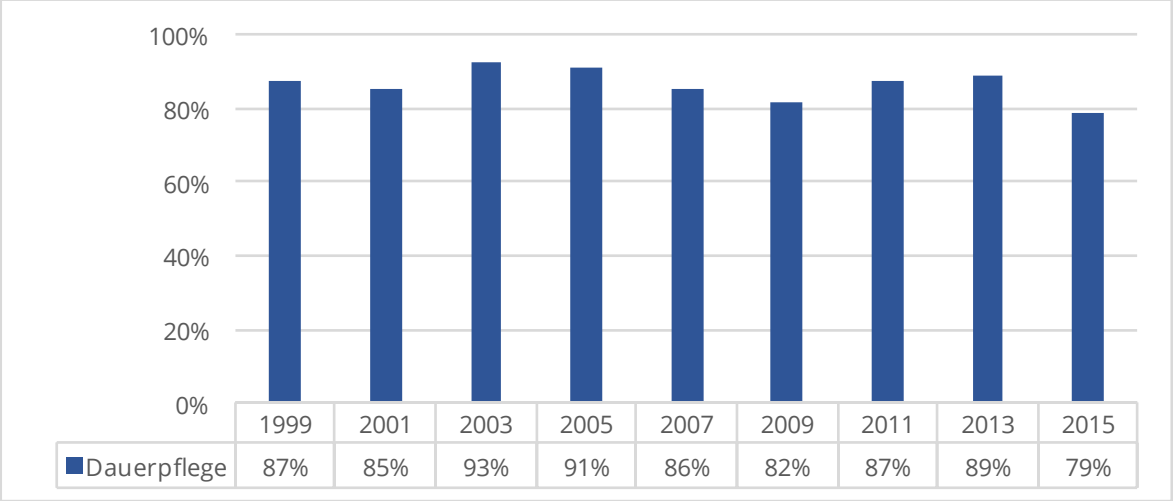
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

In den anderen Gemeinden blieb das Platzangebot gleich oder wurde geringfügig reduziert. Die meisten Plätze der Dauerpflege gab es in der Verbandsgemeinde Nieder-Olm.

Der Auslastungsgrad einer Einrichtung berechnet sich nach dem Quotienten der Anzahl der Menschen, die Leistungen der stationären Dauerpflege, der Kurzzeitpflege oder der teilstationären Pflege erhalten, in Relation zu den jeweils verfügbaren Plätzen in stationären Einrichtungen. Dabei zu beachten ist, dass lediglich Personen berücksichtigt werden, die Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI erhalten. Leistungsberechtigte der sogenannten „Pflegestufe 0“ werden nicht erfasst. Der Pflegebedarf dieses Personenkreises liegt unterhalb des Bedarfs der Pflegestufe I, daher erhalten diese Personen keine Leistungen der Pflegeversicherung. Der tatsächliche Auslastungsgrad liegt daher vermutlich über den im Folgenden dargestellten Werten.

Zum 15. Dezember 2015 waren von den 1.732 Plätzen der Dauerpflege 1.366 Plätze durch Bewohnerinnen und Bewohner belegt, die Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Dies entspricht einer Auslastung von 79 Prozent und war damit der niedrigste Wert seit 1999. Dies deutet auf eine verstärkte Konkurrenzsituation durch die seit 2013 neu eröffneten Einrichtungen und eine eventuelle Sättigung des Landkreises in Bezug auf stationäre Plätze hin.

Abbildung 51 **Auslastung in der Dauerpflege im Jahresverlauf**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Die Auslastungsgrade der Mainz-Bingener Einrichtungen der Dauerpflege lagen zum 15. Dezember 2015 über dem Niveau von Rheinland-Pfalz (75 Prozent) und unter dem Niveau Deutschlands (82 %).

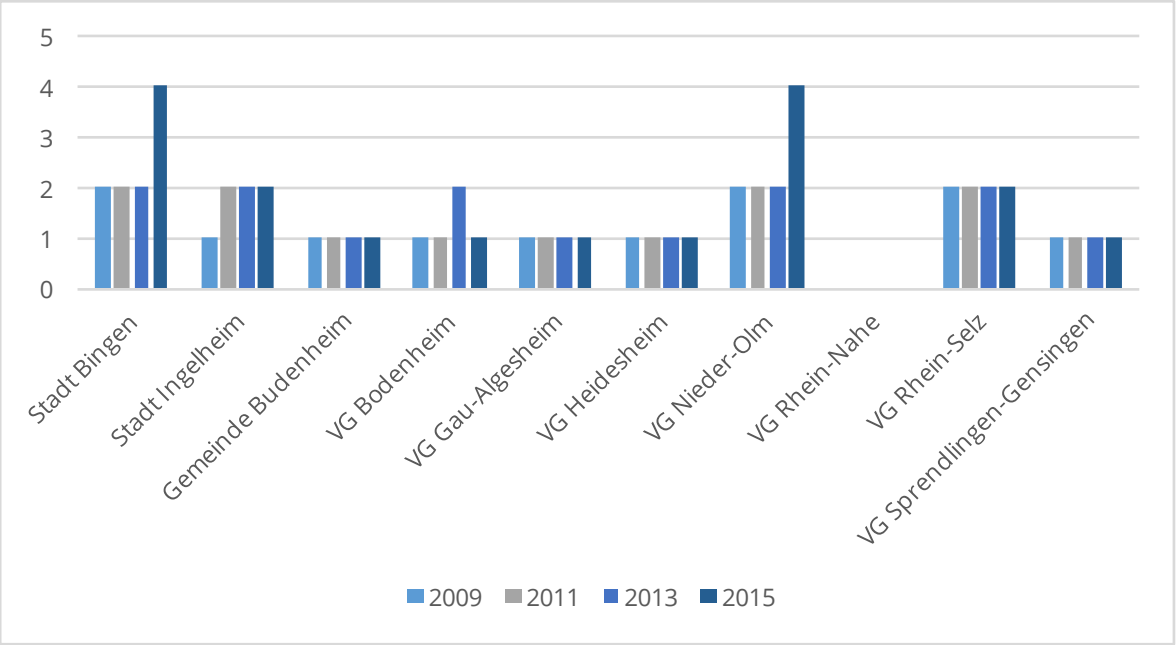
Für die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege wird aufgrund der Datenlage (siehe Kap. 5.4.3.3 und Kap. 5.4.3.2) auf eine Darstellung der Auslastungsgrade verzichtet.

6.1.2.2 Sitz der stationären Einrichtungen

In der regionalen Verteilung zeigt sich die unterschiedliche Situation in den Verbandsgemeinden: in der Stadt Bingen und der Verbandsgemeinde Nieder-Olm hatten zum 15. Dezember 2015 jeweils vier Einrichtungen der Dauerpflege ihren Sitz, in der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe gab es keine Einrichtung.

Der Zuwachs von fünf neuen Einrichtungen kam durch Neueröffnungen in Bingen, Ingelheim und Nieder-Olm zustande.

Abbildung 52 **Sitz der Einrichtungen der Dauerpflege nach Verbandsgemeinde im Zeitverlauf**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

6.1.2.3 Einzugsgebiet/Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner

Von den 1.450 Bewohnerinnen und Bewohner[5] der (teil-)stationären Einrichtungen kamen zum 15. Dezember 2015 816 Personen aus dem Landkreis Mainz-Bingen (56 %), 634 Personen kamen aus Gemeinden außerhalb des Landkreises (44 %). Untenstehende Tabelle zeigt die Herkunft der Kundinnen und Kunden nach Sitz der Einrichtung. Da die Postleitzahlen in Bezug auf die Herkunft unabhängig der Grenzen der Verbandsgemeinden sind, findet sich im Anhang eine Übersicht aller Ortsgemeinden und dazugehörigen Postleitzahlen.

5 Gezählt wurden Bewohnerinnen und Bewohner der Dauerpflege sowie Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeit- und Tagespflege. Eine differenzierte Auswertung nur für die Dauerpflege ist nicht möglich.

Tabelle 6 **Herkunft der Kundinnen und Kunden teilstationärer und vollstationärer Einrichtungen zum 15.12.2015**

Herkunft der Personen	Sitz des Dienstes	Stadt Bingen	Stadt Ingelheim	Budenheim	VG Bodenheim	VG Gau-Algesheim	VG Heidesheim	VG Nieder-Olm	VG Rhein-Nahe	VG Rhein-Selz	VG Sprendlingen-Gensingen	Gesamt
55218		5	137	2	0	0	0	10	0	0	0	154
55257		0	0	32	0	0	0	1	0	0	0	33
55262		0	4	1	0	0	46	2	0	1	0	54
55263		0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
55268		0	0	1	0	0	0	24	0	0	0	25
55270		2	7	0	0	0	0	45	0	1	0	55
55271		0	0	0	0	0	0	10	0	1	0	11
55276		0	0	0	1	0	0	0	0	52	0	53
55278		0	0	0	1	0	0	13	0	28	0	42
55283		0	0	0	2	0	0	2	0	48	0	52
55294		0	0	0	15	0	0	1	0	9	0	25
55296		0	0	0	3	0	0	2	0	4	0	9
55299		0	0	0	16	0	0	3	0	2	0	21
55411		188	2	1	0	0	0	1	0	1	0	193
55413		26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
55422		5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
55424		9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
55425		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
55435		2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
55437		5	3	0	0	0	0	1	0	0	0	9
55457		6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
55459		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
55576		2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4
55578		0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	6
67583		0	0	0	1	0	0	0	0	8	0	9
67585		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67586		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67587		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
innerhalb des Landkreises		256	159	38	39	0	46	121	0	157	0	816
außerhalb des Landkreises		59	36	26	29	106	0	169	0	81	128	634
Gesamt		315	195	64	68	106	46	290	0	238	128	1450

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

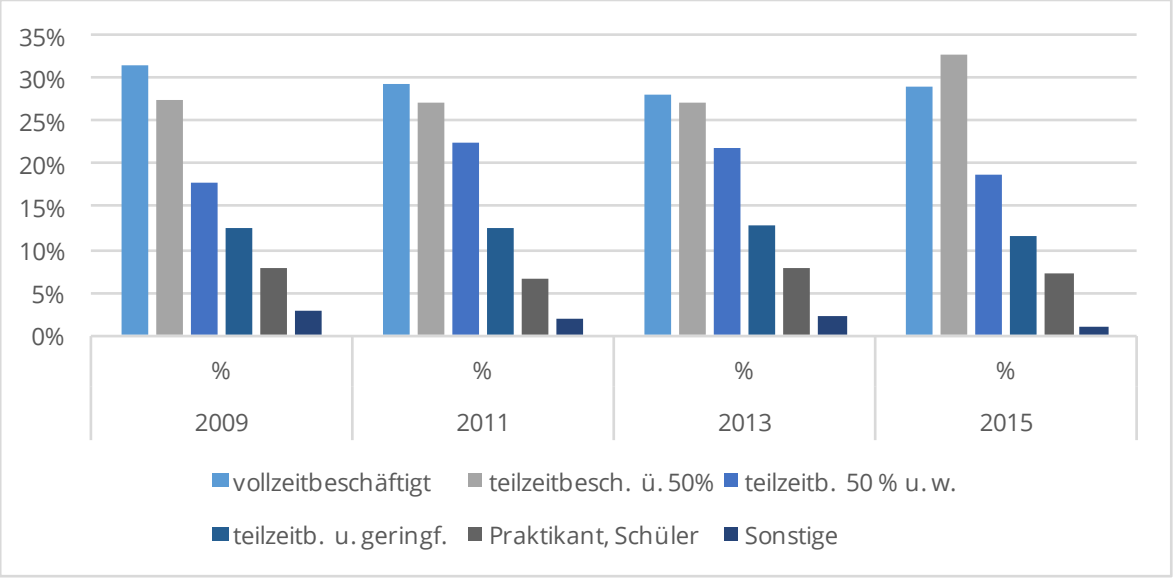
Inwieweit die Einrichtungen Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreises aufnehmen stellt sich unterschiedlich dar. Der Anteil der auswärtigen Bewohnerinnen und Bewohner ist in den Einrichtungen der Stadt Bingen und Ingelheim sowie der Verbandsgemeinde Heidesheim eher gering. Die Einrichtungen der Verbandsgemeinde Gau-Algesheim, Rhein-Nahe und Sprendlingen-Gensingen hatten zum Stichtag ausschließlich Bewohnerinnen und Bewohner, die ursprünglich außerhalb des Landkreises lebten.

6.1.2.4 Beschäftigte in teilstationären und vollstationären Einrichtungen

Zum 15. Dezember 2015 waren 1.269 Personen in den teilstationären und vollstationären Einrichtungen des Landkreises beschäftigt. Dies sind 427 Beschäftigte mehr als bei der letzten Pflegestrukturplanung 2009 (842 Beschäftigte).

Allerdings hat sich der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in diesem Zeitraum etwas verringert. Waren es 2009 noch 31 Prozent, waren es 2015 nur noch 29 Prozent. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit 50 Prozent oder höherem Stellenanteil hat sich dagegen erhöht.

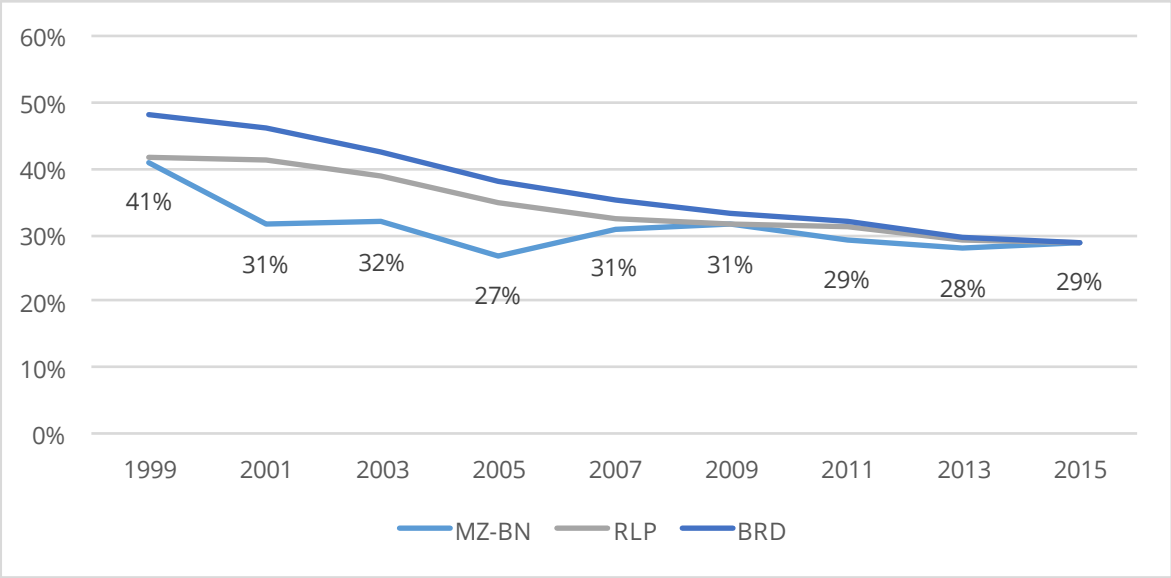
Abbildung 53 **Beschäftigte in teilstationären und vollstationären Einrichtungen nach Art des Beschäftigungsverhältnisses**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten lag im Jahr 2015 mit 29 Prozent exakt auf den Werten von Rheinland-Pfalz und Deutschland, auch die Tendenz im Jahresverlauf ist – im Gegensatz zu den Entwicklungen in den ambulanten Diensten – ähnlich.

Abbildung 54 **Anteil Vollzeitbeschäftigung im Jahresverlauf, Landkreis, Land und Bund**

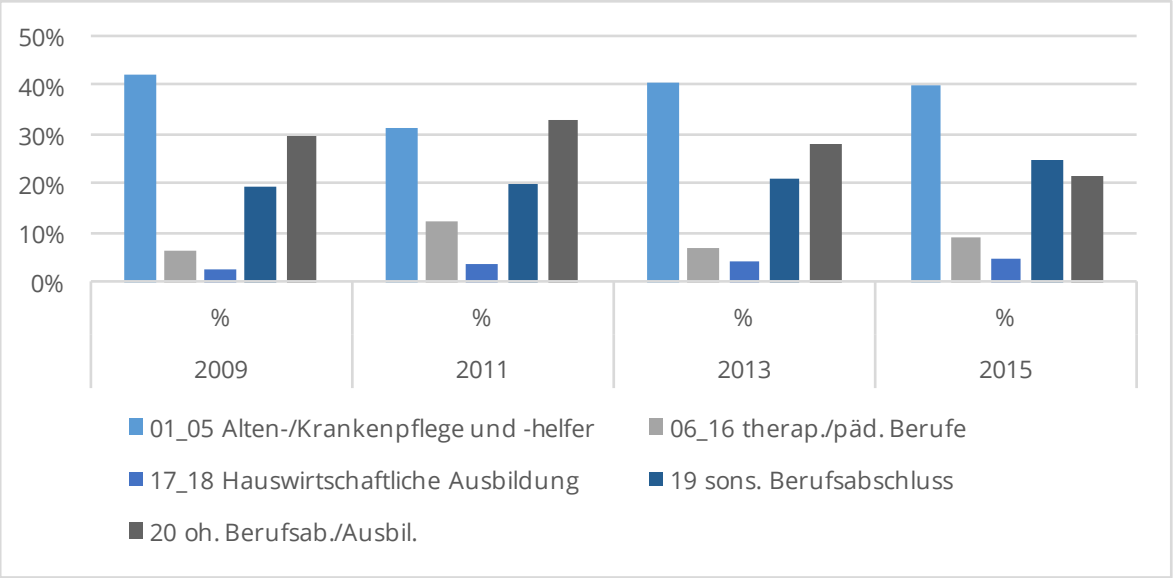


Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Die Beschäftigten in der Altenhilfe verfügen über eine große Bandbreite an Berufsabschlüssen. Den größten Anteil machten die alten- und krankenpflegerischen Abschlüsse mit 504 Beschäftigten (40 %) aus, gefolgt von den 317 Beschäftigten mit sonstigen Berufsabschlüssen (25 %) und 273 Beschäftigten ohne einen Berufsabschluss (22 %).

Seit der letzten Pflegestrukturplanung ist insbesondere das Jahr 2011 auffällig. Hier wurde ein Rückgang der Alten- und Krankenpflegeberufe von neun Prozent gegenüber 2009 verzeichnet, bei gleichzeitigem Anstieg insbesondere der therapeutisch und pädagogischen Berufe. Im Jahr 2013 und 2015 hat sich dies wieder umgekehrt.

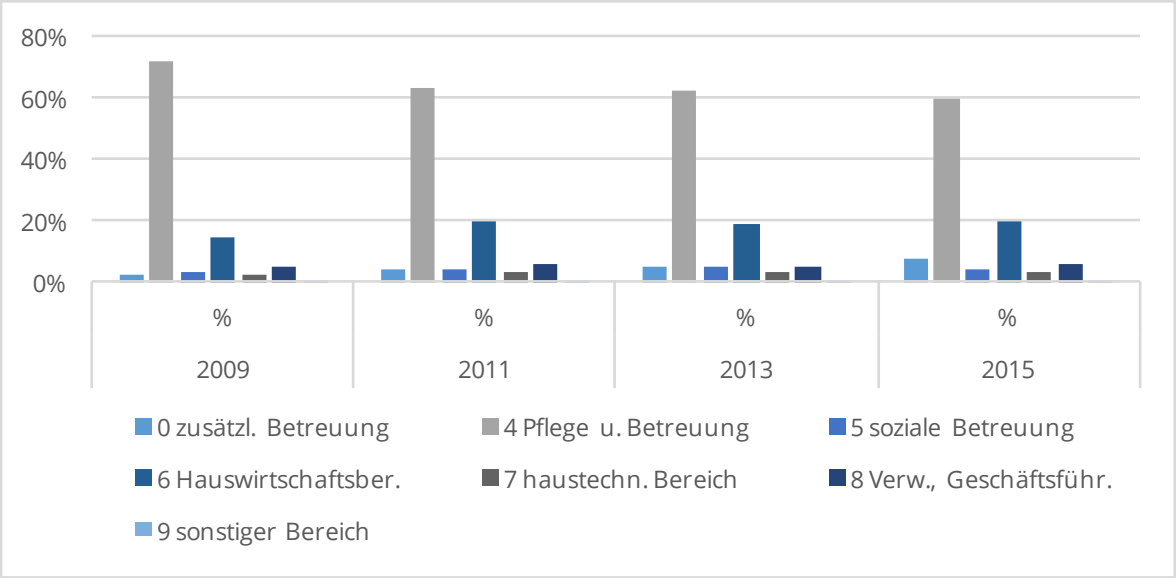
Abbildung 55 **Anteile der Berufsabschlüsse in teilstationären und vollstationären Einrichtungen**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Differenziert nach Tätigkeitsbereichen (unabhängig von der Qualifikation) zeigt sich, dass mit 757 Personen (60 %) die meisten Beschäftigten überwiegend in Pflege und Betreuung tätig sind. Dieser Wert hat sich jedoch seit 2009 um zwölf Prozentpunkte verringert – zugunsten der zusätzlichen und sozialen Betreuung (auf niedrigem Niveau) sowie der Hauswirtschaft.

Abbildung 56 **Anteil der Beschäftigte in teilstationären und vollstationären Einrichtungen nach überwiegenden Tätigkeitsbereichen**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

Der Bereich der zusätzlichen Betreuung wurde mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das am 01. August 2008 in Kraft trat, neu geschaffen.[6] Die Anzahl der dort Beschäftigten hat sich von 2009 mit 17 Beschäftigten bis 2015 mit 94 Beschäftigten mehr als vervierfacht.

6.1.2.5 Eigene Erhebung

Im Rahmen der Pflegestrukturplanung wurde eine eigene Erhebung bei den stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Der Fragebogen wurde im Entwurf im Rahmen der Pflegekonferenz im Oktober 2016 vorgestellt, diskutiert und ergänzt.

Alle zum Erhebungszeitpunkt Oktober 2016 existierenden 17 Altenpflegeheime erhielten per Email Zugang zu dem Erhebungsbogen und wurden um eine Teilnahme gebeten.

Zwölf Einrichtungen beteiligten sich an der Erhebung, dies entspricht einem Rücklauf von knapp 71 Prozent.

---

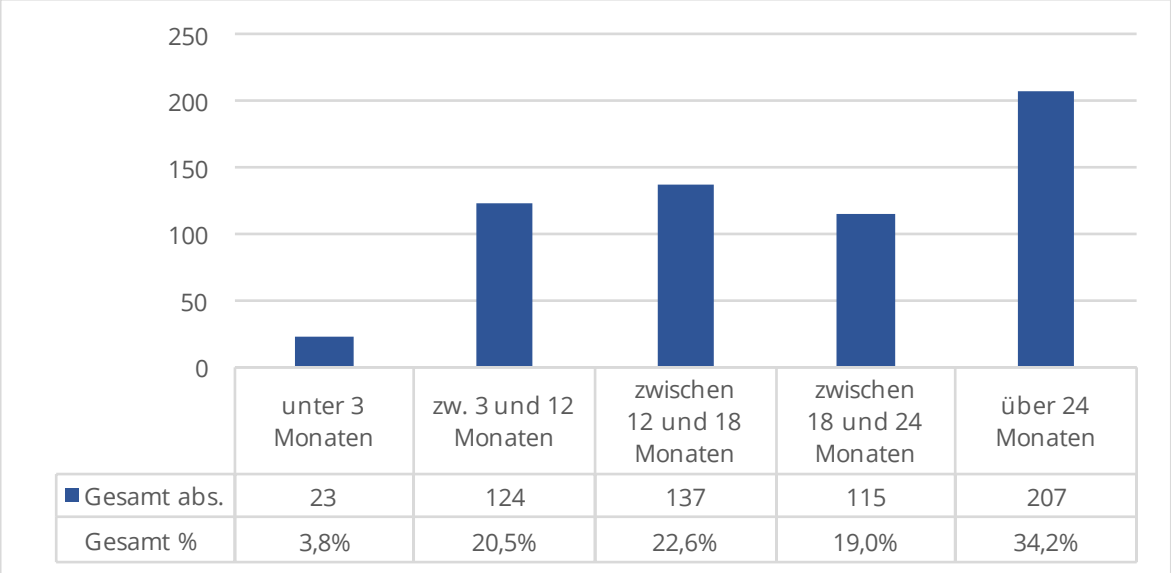
6 Nach § 14 Abs. 2 WTGDVO gilt: „In Einrichtungen im Sinne des § 4 LWTG ist bei der Personalbemessung sicherzustellen, dass im Jahresdurchschnitt insgesamt mindestens die Hälfte der in den Vereinbarungen oder Rechtsverordnungen nach Absatz 1 Satz 2 für die Erbringung von Pflege-, Teilhabe- und anderen Unterstützungsleistungen vorgesehenen Kräfte Fachkräfte sind (Fachkraftquote), soweit in den Vereinbarungen oder Rechtsverordnungen keine andere Fach-kraftquote festgelegt ist. Dabei sind Teilzeitkräfte in Vollzeitäquivalente umzurechnen.“ Land Rheinland-Pfalz 19.04.2013: § 14, Abs. 2.

Allerdings machten nicht alle Einrichtungen auch zu allen Fragen (vollständige) Angaben. Darüber hinaus wurden alle eingehenden Fragebögen einer Plausibilitätsprüfung unterzogen, in deren Folge einige Items nicht in die Analyse einbezogen oder bestimmte Einrichtungen bei manchen Fragestellungen nicht berücksichtigt werden konnten. Die Anzahl der Einrichtungen, auf deren Auskunft die jeweiligen Daten beruhen wird jeweils im Text und (soweit vorhanden) im Titel der Abbildungen benannt.

Sechs der Einrichtungen machten Angaben zu der Anzahl ihrer Bewohnerinnen und Bewohner. Zum Stichtag 15. Dezember 2016 wohnten in diesen sechs Einrichtungen 606 Personen, 119 davon Männer (19,6 %). Diese Einrichtungen repräsentierten somit 44 Prozent der in der Pflegestatistik erfassten Bewohnerinnen und Bewohner.

207 Bewohnerinnen und Bewohner wohnten zum Stichtag seit über zwei Jahren in den Einrichtungen (43,2 %), 23 Personen wohnten seit unter drei Monaten dort (3,8 %).

Abbildung 57 **Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Dauerpflege nach Verweildauer zum 31.12.2015 (n=6)**



	unter 3 Monaten	zw. 3 und 12 Monaten	zwischen 12 und 18 Monaten	zwischen 18 und 24 Monaten	über 24 Monaten
Gesamt abs.	23	124	137	115	207
Gesamt %	3,8%	20,5%	22,6%	19,0%	34,2%

Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

6.1.2.5.1 Plätze und Leistungen

Die zwölf Einrichtungen verfügten zum 15. Dezember 2015 über 1.105 Plätze der Dauerpflege, dies entspricht einem Anteil von 64 Prozent aller am 15. Dezember 2015 in der Pflegestatistik enthaltenen Plätze sowie über 48 Kurzzeitplätze. Eine Einrichtung gab an, dass sie eingestreute Plätze zur Kurzzeitpflege nutze.

Fünf der zwölf Einrichtungen verfügten über eine angeschlossene Tagespflege (42 %) mit insgesamt 87 Plätzen, zwei Einrichtungen über eine entsprechende Nachtpflege (17 %) mit insgesamt 64 Plätzen.

An vier Einrichtungen gab es insgesamt 141 angegliederte Seniorenwohnungen, bei denen die Mieterinnen und Mieter auch Dienstleistungen nutzen konnten.

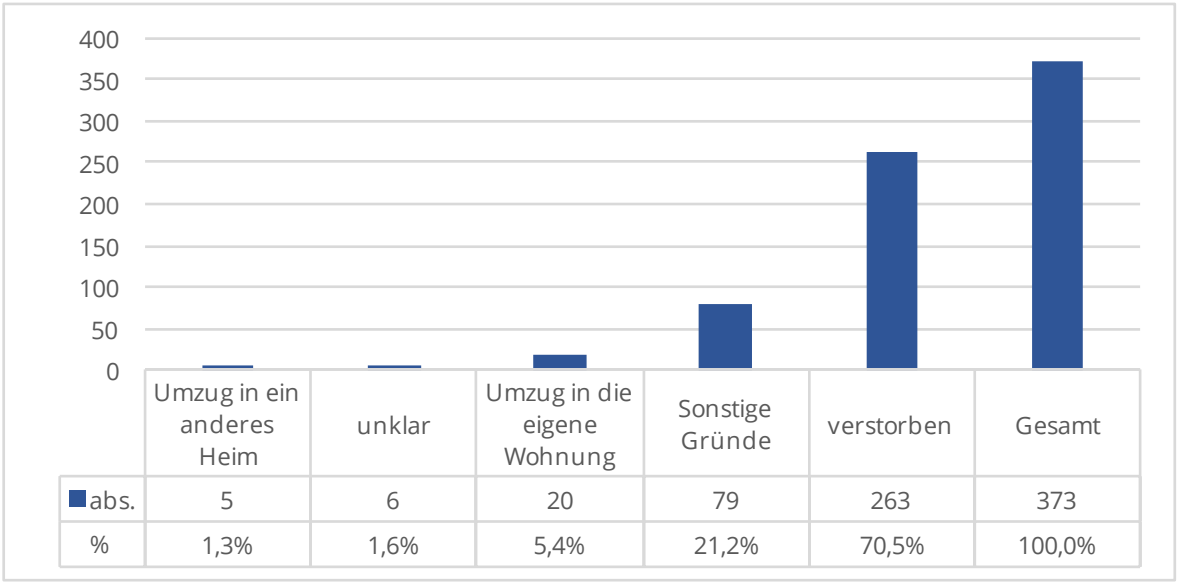
Bei allen vier Anlagen konnten Hausmeisterdienste genutzt werden, drei Anlagen boten darüber hinaus pflegerische, hauswirtschaftliche und sonstige Leistungen, wie beispielsweise Verpflegung, Betreuung oder den Hausnotruf an.

Drei Einrichtungen gaben an, eine Veränderung ihres Leistungsangebotes zu planen, dies betraf zweimal die Erweiterung einer Tagespflege sowie die Kooperation mit einem Seniorenwohnen im räumlichen Umfeld und die Einrichtung eines ambulanten Dienstes. Eine Einrichtung plant die Errichtung einer Wohngemeinschaft und circa 20 Servicewohnungen, sowie eine Reduzierung der Doppelzimmer und Schaffung von bis zu 34 neuer Einzelzimmer.

6.1.2.5.2 Beendete Maßnahmen

Im Jahr 2015 wurden von sieben Einrichtungen, die hierzu Angaben machten, 373 Maßnahmen beendet, davon die meisten aufgrund des Todes der Bewohnerinnen und Bewohner (70,5 %). 20 Personen zogen aus dem Pflegeheim in eine eigene Wohnung (5,4 %).

Abbildung 58 **Beendete Maßnahmen im Jahr 2015 nach Endegrund (n=7)**



	Umzug in ein anderes Heim	unklar	Umzug in die eigene Wohnung	Sonstige Gründe	verstorben	Gesamt
abs.	5	6	20	79	263	373
%	1,3%	1,6%	5,4%	21,2%	70,5%	100,0%

Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

6.1.2.5.3 Abgelehnte Anfragen

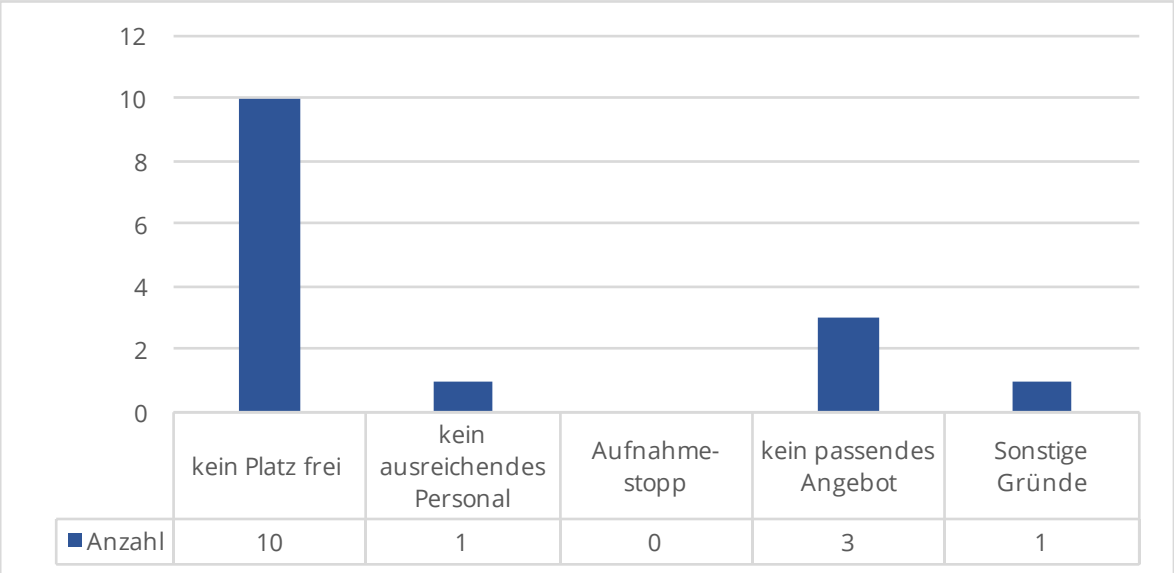
Zehn Einrichtungen gaben an, im Jahr 2015 Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern aus dem Landkreis Mainz-Bingen abgelehnt zu haben. Eine Einrichtung verneinte dies.

Von den zehn Einrichtungen, die Anfragen ablehnen mussten, gaben fünf Einrich-

tungen die (ungefähre) Anzahl der Ablehnungen an. Dies waren insgesamt 124 abgelehnte Anfragen in Bezug auf einen Platz der Dauerpflege und zehn Anfragen in Bezug auf Kurzzeitpflege. In Bezug auf die Tagespflege wurde keine Anzahl der Ablehnungen angegeben.

Die Gründe für eine Ablehnung lagen bei allen Einrichtungen (auch) im fehlenden Platzangebot. Eine Einrichtung gab zudem fehlendes Personal, drei Einrichtungen ein fehlendes passendes Angebot als Grund für eine Ablehnung an. Eine Einrichtung musste die Versorgung eines Beatmungspatienten ablehnen, da Nachfrage- und Angebotszeitpunkt nicht kongruent waren (sonstiger Grund).

Abbildung 59 **Gründe für Ablehnungen (n=10)**



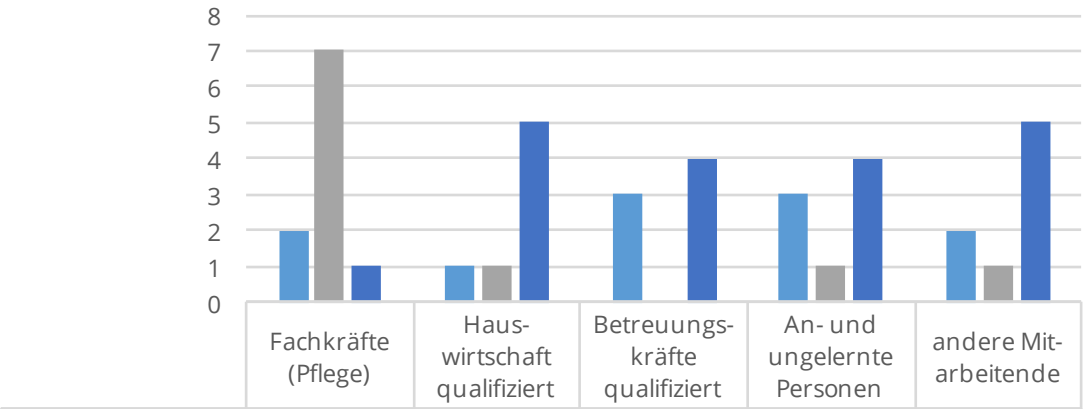
Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

6.1.2.5.4 Freie Stellen

Zwischen sieben und zehn Einrichtungen machten je gesuchter Qualifikation Angaben zu offenen Stellen in ihrer Einrichtung.

Fachkräfte der Pflege sind demnach am gesuchtesten: neun Einrichtungen gaben an, dass sie diese aktuell suchen. Weniger offene Stellen gab es für Hauswirtschafter, hier gaben lediglich zwei Einrichtungen an, entsprechendes Personal zu suchen.

Abbildung 60 **Offene Stellen in Einrichtungen (n=7 bis 10)**

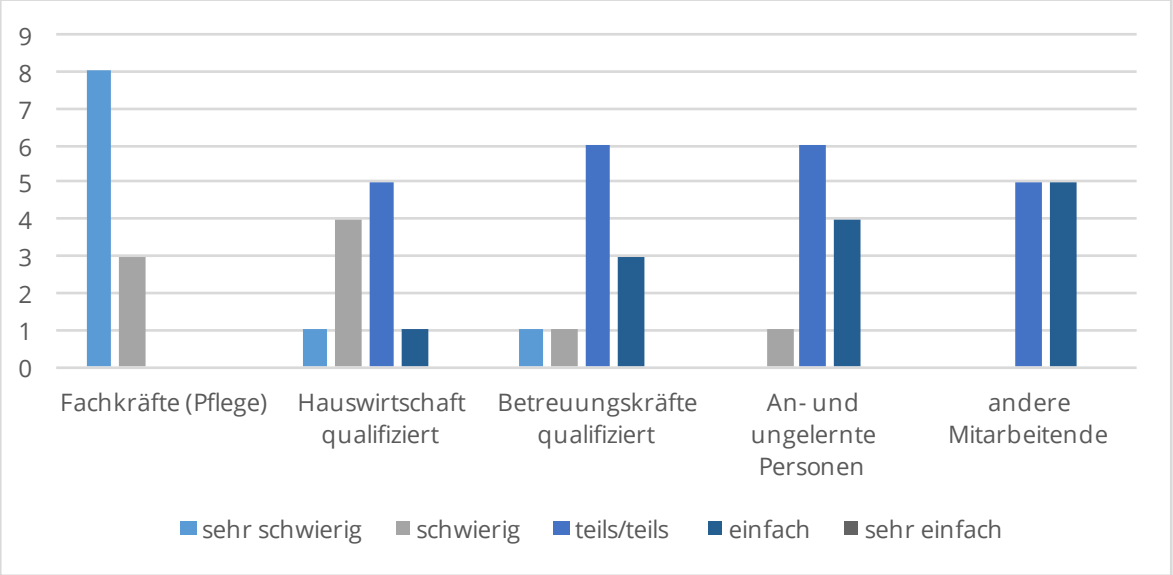


	Fachkräfte (Pflege)	Haus-wirtschaft qualifiziert	Betreuungs-kräfte qualifiziert	An- und ungelernte Personen	andere Mit-arbeitende
Teilzeit	2	1	3	3	2
Voll- und Teilzeit	7	1	0	1	1
keine offene Stelle	1	5	4	4	5

Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

Das Finden geeigneter Mitarbeitender stellt sich nach Einschätzung der Einrichtungen je nach Qualifikation unterschiedlich dar. Acht von elf teilnehmenden Einrichtungen schätzten die Suche nach Pflegefachkräften als sehr schwierig, drei Einrichtungen als schwierig ein. Auch das Finden einer qualifizierten Hauswirtschaftskraft ist insgesamt eher schwierig, dagegen scheint es keine größeren Probleme bei dem Finden von qualifizierten Betreuungskräften oder an- und ungelernten Personen zu geben.

Abbildung 61 **Personalgewinnung: Einschätzung der Dienste (n=11)**



Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

Alle elf teilnehmenden Einrichtungen gaben Auskunft über die Maßnahmen, die sie zur Personalgewinnung einsetzen. Alle Einrichtungen gaben an, dass sie selbst Personal ausbilden und in die Fort- und Weiterbildung investieren. Zehn Einrichtungen betreiben darüber hinaus Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel in Form von Stellenanzeigen (91 %). Um Personal zu halten setzen acht Einrichtungen auf betriebliche Vorsorge (73 %). Fünf Einrichtungen gaben an, Personal auch im Ausland anzuwerben (45 %), finanzielle Anreize werden von drei Einrichtungen geboten (27 %).

Darüber hinaus helfen Einrichtungen beispielsweise bei der Wohnungssuche, werben mit Gemeinschaftsaktivitäten und Dienstplansicherheit und einer mitarbeiterorientierten Führung.

6.1.2.5.5 Leistungsangebot

In Bezug auf ihr Leistungsangebot machten zwischen sieben und zehn Einrichtungen Angaben. Neun Einrichtungen gaben an, über ein Demenzkonzept zu verfügen (82 %), vier Einrichtungen bieten sozialräumliche Angebote auch für externe Quartiersbewohnerinnen und Quartiersbewohner an (36 %). Lediglich eine Einrichtung gab an, dass bei ihr auch Personen mit einem apallischen Syndrom versorgt werden können (9 %), ein Konzept für kulturspezifische Pflege wurde von keiner Einrichtung angegeben.

Jeweils eine Einrichtung gab an, darüber hinaus über ein Angebot der Aufnahme für junge pflegebedürftige Menschen zu verfügen sowie über eine Kooperation zur palliativen Versorgung und Sterbebegleitung

Die Mindestaltersgrenze für die Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern

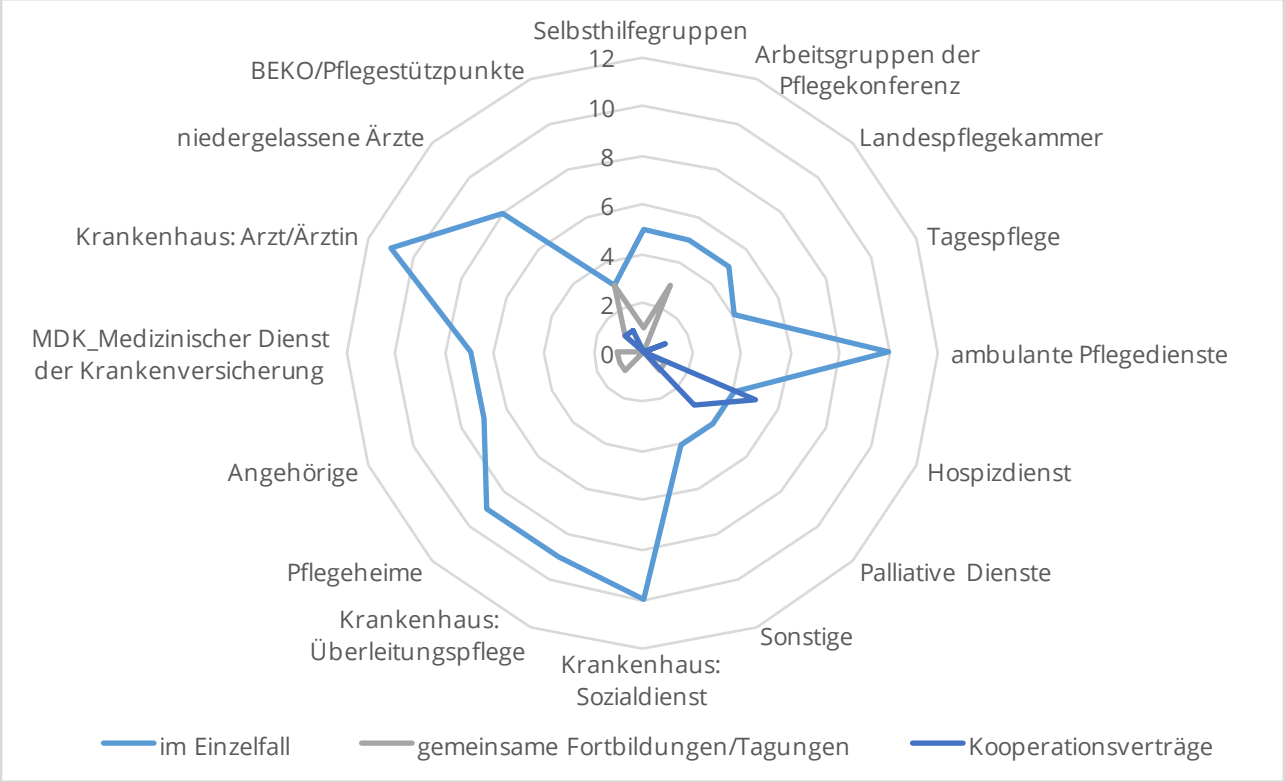
wurde von sechs Einrichtungen (55 %) auf 60 Jahre festgelegt. Fünf Einrichtungen haben in ihrem Konzept keine Mindestaltersgrenze aufgenommen. Diese ist rechtlich bedeutsam: ist die Aufnahme einer jüngeren Person geplant, muss die Beratungs- und Prüfbehörde hinzugezogen werden.

Drei der sechs Einrichtungen mit einer Mindestaltersgrenze haben im Jahr 2015 jeweils eine Bewohnerin beziehungsweise einen Bewohner unter 60 Jahren aufgenommen.

6.1.2.5.6 Kooperation und Vernetzung

In Bezug auf ihre Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren gaben alle elf Einrichtungen insbesondere Kooperationen auf der Ebene des Einzelfalls an. Kooperationsverträge mit einem Hospizdienst und/oder einem Palliativdienst wurden von acht Einrichtungen benannt.

Abbildung 62 **Stationäre Einrichtungen Kooperation und Vernetzung (n=11)**



Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

6.1.2.5.7 Heimaufnahme

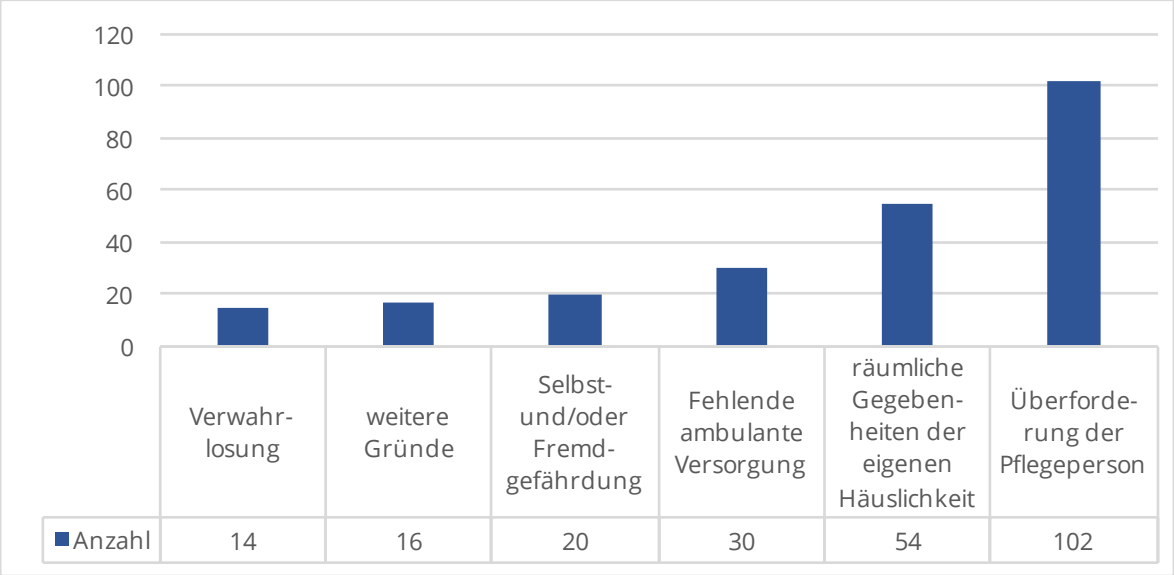
Neun Einrichtungen gaben an, wie viele Personen im Jahr 2015 neu bei ihnen eingezogen sind. Insgesamt zogen 427 neue Bewohnerinnen und Bewohner in diese neun

Heime, dies sind durchschnittlich 47,4 Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung.

Die geringste Anzahl an neuen Bewohnerinnen und Bewohnern betrug 16 (dies war in einem neu eröffneten Pflegeheim der Fall), die größte 82 Personen.

Für 236 neue Bewohnerinnen und Bewohner wurden Gründe für die Heimaufnahme angegeben. Diese lag mit 102 Nennungen am häufigsten in der Überforderung der Pflegeperson (43 %) und mit 54 Nennungen in den räumlichen Gegebenheiten in der eigenen Häuslichkeit (23 %). Ein fehlendes ambulantes Versorgungsangebot wurde für 30 Personen als Ursache für den Einzug ins Pflegeheim angegeben (13 %).

Abbildung 63 **Gründe für eine Heimaufnahme**



Quelle: Eigene Erhebung 2016, *transfer*

6.1.2.5.8 Zu Hause alt werden

Die stationären Einrichtungen können wichtige Hinweise geben, welche Voraussetzungen für einen Verbleib pflegebedürftiger Personen in der eigenen Häuslichkeit gegeben sein müssen. Diesbezüglich wurden sie gebeten, die aus ihrer Sicht drei wichtigsten Faktoren zu benennen, die sich in dem jeweiligen Einzugsgebiet verbessern müssten, um einen möglichst langen Verbleib pflegebedürftiger Personen in der eigenen Wohnung zu gewährleisten. Sechs Einrichtungen gaben hierzu Auskunft.

Drei Einrichtungen nannten eine bessere Bezahlung der ambulanten Leistungen als Gelingensfaktor, gute und verfügbare ambulante Angebote im dörflichen Umfeld wurden ebenfalls von drei Einrichtungen genannt. Weitere Nennungen bezogen sich auf die Nahversorgung und die Mobilität, die Stärkung von Familien und pflegenden Angehörigen, sowie eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

6.1.2.5.9 Weitere Anmerkungen und Hinweise

Weitere Anmerkungen und Hinweise wurden insbesondere im Hinblick auf den Mangel an Pflegefachkräften gemacht, dieses auch im Hinblick auf „zu viele neue stationäre Pflegeeinrichtungen" beziehungsweise „neue Mitbewerber". Eine weitere Einrichtung gab an, dass es genügend Altenheime, aber zu wenig Tages- und Nachtpflegeplätze im Landkreis gebe.

6.1.3 Qualität der Dienste und Einrichtungen im Landkreis Mainz-Bingen

Nach § 114 SGB XI sind die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, regelmäßige Prüfungen aller Pflegeeinrichtungen *„durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige"* (§ 114 Deutscher Bundestag 26.05.1994) zu veranlassen. Seit dem Jahr 2011 muss die Prüfung mindestens einmal jährlich stattfinden. Zudem müssen die Prüfergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI *„verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden"* (ebd., § 115 SGB XI).

Seit Einführung der Qualitätsprüfungen ist das Instrument umstritten und wird kontrovers diskutiert. Daher haben sich die Vertragspartner nach § 113 SGB XI entschlossen, die Pflege-Transparenzvereinbarungen für die ambulante und stationäre Pflege wissenschaftlich evaluieren zu lassen. Das Ergebnis dieser Evaluation liegt seit August 2010 vor (vgl. Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Die Autoren der Studie kommen zu dem Schluss, dass die wissenschaftlichen Qualitätskriterien nur eingeschränkt gültig sind bzw. nicht beurteilt werden können.

„Zum jetzigen Zeitpunkt kann dem Verfahren eine eingeschränkte Objektivität attestiert werden. Weitere Analysen zum Nachweis der Objektivität erscheinen notwendig. Des Weiteren können gegenwärtig keine verlässlichen Aussagen zur Reliabilität des Verfahrens gemacht werden. Die Zuverlässigkeit des Verfahrens im Sinne der Messgenauigkeit kann damit nicht bewertet werden. (...) Derzeit ist kein Nachweis der Validität des Verfahrens gegeben, um zu belegen, ob das Verfahren tatsächlich Pflegequalität misst" (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010: V).

Insbesondere die Bewohner- und Kundenbefragung wird kritisch hinterfragt. *„National und international ist kein ausreichend validiertes Instrument zur Befragung von Bewohnern und Kunden vorhanden. (...) Es ist fraglich, ob eine Benotung der Bewohner-/Kundenbefragung sinnvoll ist und aus diesem Grunde auf andere Verfahren ausgewichen werden sollte, um die Perspektive der Bewohner und Kunden zu erfassen und zu präsentieren"* (ebd.: VI).

Seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz wird die Einschätzung der Autoren des Gutachtens geteilt. Er empfiehlt eine dauerhaft

angelegte Evaluation des Verfahrens, um aus den Evaluationsergebnissen langfristig ein objektives, reliables und valides Instrument zur Beurteilung der Qualität der Pflegeeinrichtungen entwickeln zu können. Da das derzeitige Instrument dies nicht leistet, wird den Versicherten nahegelegt, *„sich die bereitstehenden Transparenzbewertungen insbesondere auf der Ebene der Einzelfragen anzuschauen und sich möglichst selbst einen eigenen Eindruck von den infrage kommenden Einrichtungen zu verschaffen“* (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz).

Die genannten Mängel und Diskussion um das Instrument führten im Pflegestärkungsgesetz II zu einigen Neuerungen:

Die „Schiedsstelle Qualität“ wird zu einem „Qualitätsausschuss“, der die Beschlüsse nach § 37.5 (Maßstäbe für Beratungsbesuche), § 113, 113a (Expertenstandards), § 115 und § 115a zu treffen hat. Leistungsanbieter und Kostenträger sind mit maximal zehn Vertretern beteiligt, unparteiische Vorsitzende können hinzugezogen werden. Im Gesetz wurden folgende Projekte explizit benannt, die der Qualitätsausschuss beziehungsweise die einzurichtende unabhängige und wissenschaftlich ausgestattete Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses zu entwickeln und vorzulegen hat:

- Entwicklung von Instrumenten zur stationären Qualitätsprüfung und Berichterstattung auf der Basis des indikatorengestützten Modells einschließlich der praktischen Abwicklung (bis 31. März 2017)
- Entwicklung eines vergleichbaren ambulanten Modells bis 30. Juni 2017, Erprobung bis 31. März 2018
- Entwicklung von ergänzenden Instrumenten zur Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität
- Umsetzung der indikatorengestützten Qualitätsberichterstattung evaluieren und notwendige Anpassungen empfehlen
- Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen.

(Darstellung nach Heiber 2016: 157 ff)

Heiber sieht in der Ausgestaltung des § 113b Qualitätsausschuss eine massive Beschneidung der Selbstverwaltung ihrer bisherigen Entscheidungskompetenzen. Die engen zeitlichen Vorgaben sowie die Möglichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit jederzeit zu intervenieren oder selbst zu entscheiden sprechen für den *„‚Frust‘ des Gesetzgebers über die bisherigen Abläufe und die Arbeit auf Bundesebene“* (ebd. S. 158). Durch die Neuerungen sei erwartbar, dass sich auch in der ambulanten Pflege die zukünftigen Qualitätsprüfungen am stationären Indikatorenmodell orientieren werden. Wie eine einheitliche Qualitätssicherung in neuen Wohnformen bei 16 unterschiedlichen Landesregelungen zu deren Definition (Wohn- und Teilhabegesetze) realisieren lassen soll, bleibt unklar (ebd.).

Um diese vorgesehene Neustrukturierung der Qualitätsprüfungen, die damit einhergehende Neufassung der Transparenzvereinbarungen aber auch die neue Einstufungspraxis zu gestalten, wurden in § 115a entsprechende Übergangsregelungen ins Gesetz mit aufgenommen. Demnach gilt ab 01. Januar 2017 eine neue Transparenzvereinbarung. (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2016)

Trotz aller methodischer Mängel und ihrer eingeschränkten Aussagekraft werden an dieser Stelle die verfügbaren Transparenzberichte für den Landkreis Mainz-Bingen anonymisiert veröffentlicht. Prüfgrundlage war bei den meisten Einrichtungen das Jahr 2014, hier kann ein Vergleich mit dem landesweiten Durchschnittswert zumindest erste Anhaltspunkte für die Qualität der Einrichtungen und Dienste liefern. In drei Einrichtungen war die Prüfgrundlage das Jahr 2017. Es ist kein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Prüfgrundlagen möglich.

Von den 17 stationären Einrichtungen liegen 15 Transparenzberichte vor. Drei Einrichtungen schneiden besser ab als alle Einrichtungen im landesweiten Durchschnitt von 1,3, acht Einrichtungen liegen unter diesem Wert, eine Einrichtung liegt genau im landesweiten Durchschnitt. Die drei Einrichtungen mit der Prüfgrundlage 2017 können weder mit dem landesweiten Durchschnitt noch mit den anderen Einrichtungen in Mainz-Bingen verglichen werden.

Tabelle 7 **Pflegenoten stationäre Einrichtungen Landkreis Mainz-Bingen**

Einrichtung	Ø RLP	Pflegenoten d. Einrich-tungen in Mainz-Bingen	Pflege u. medizinische Versorgung	Umgang Demenz	Soziale Betreuung und Alltag	Wohnen, Hauswirtschaft	Befragung Bewohner	Anzahl Bewohner	in Prüfung einbezogene Bewohner	befragte Bewohner	Prüfgrundlage
1	1,4	1,4	1,8	1	1	1	1	108	9	5	2014
2	1,4	1,8	1	1	1	1	1	108	9	5	2014
3	1,4	1,0	1	1	1	1	1	130	9	5	2014
4	1,4	2,3	2,7	2,3	1	2,5	1,8	82	9	3	2014
5	1,4	2,4	3,4	1,2	1	1,7	1,1	54	9	7	2014
6	1,4	1,6	1,9	1	1,7	1	1	91	9	8	2014
7	1,4	1,5	1,6	1,7	1	1,7	1,8	42	11	8	2014
8	1,4	1,3	1,6	1	1	1	1	106	9	7	2014
9	1,4	1,7	2,5	1	1	1	1	75	9	5	2014
10	1,4	1,2	1,4	1,1	1	1	1	98	9	8	2014
11	1,4	1,9	2,4	1,7	1	1	1	83	9	6	2014
12	1,4	1,6	2,2	1,3	1	1	1	19	8	6	2016
13	_	1,5	2,2	1	1	1	1	62	9	5	2017
14	_	1,5	1,9	1	1	1	1,1	113	9	6	2017
15	_	2,8	3,6	1,2	2,5	1,7	1,2	87	9	7	2017

Quelle: www.pflegelotse.de, letzter Aufruf: 21.03.2017

Von 19 der 25 Pflegedienste liegen Pflegenoten mit Prüfgrundlage 2016 vor. Die Pflegenoten von sechs ambulanten Dienste liegen besser oder gleich dem landesweiten Durchschnitt, 13 Dienste haben ein vergleichsweise schlechteres Ergebnis erzielt.

Tabelle 8 **Pflegenoten ambulante Dienste Landkreis Mainz-Bingen**

Dienst	Ø RLP	Pflegenoten der ambulanten Dienste in Mainz-Bingen	Pflegerische Leistungen	Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	Dienstleistung und Organisation	Befragung Bewohner	Anzahl Kunden	einbezogene Bewohner	befragte Bewohner
1	1,3	1,6	1,7	1,0	1,9	1,0	151	5	5
2	1,3	1,6	3,7	4,1	1,0	1,0	57	5	4
3	1,3	1,6	2,7	1,3	1,0	1,0	57	5	4
4	1,3	2,5	4,1	1,0	1,9	1,0	60	5	5
5	1,3	1,6	1,5	1,0	1,9	1,0	27	3	2
6	1,3	1,2	1,7	1,0	1,0	1,0	44	5	5
7	1,3	1,4	1,0	5,0	1,0	1,0	16	2	2
8	1,3	1,3	1,7	1,7	1,0	1,0	51	5	5
9	1,3	1,2	1,0	1,0	1,3	1,0	116	5	5
10	1,3	1,5	3,1	17	1,0	1,0	76	5	5
11	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	97	5	4
12	1,3	1,6	2,7	1,7	1,0	1,0	195	9	8
13	1,3	1,4	2,9	1,0	1,0	1,0	28	6	5
14	1,3	1,6	1,1	5,0	1,0	1,0	71	5	5
15	1,3	1,4	3,4	1,1	1,0	1,0	97	5	5
16	1,3	3,0	4,1	2,2	2,1	1,0	4	3	3
17	1,3	3,0	4,5	1,0	2,3	1,0	17	2	2
18	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	98	5	5
19	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	97	6	5

Quelle: www.pflegelotse.de, die Noten wurden zwischen 2015 und 2016 erhoben, letzter Aufruf: 21.03.2017

6.2 Alternative Wohnangebote für ältere Menschen und niedrigschwellige Unterstützungs- und Betreuungsangebote

Im Landkreis Mainz-Bingen gibt es in der Stadt Ingelheim, in der verbandsfreien Gemeinde Budenheim, in der Verbandsgemeinde Bodenheim, Nieder-Olm und Rhein-Selz insgesamt acht Angebote des Service-Wohnens/Betreuten Wohnens für ältere Menschen. In den barrierefreien Wohnungen/Appartements können die Mieterinnen und Mieter verschiedene Service-Angebote, wie Hausnotruf, Mittagstisch und hauswirtschaftliche Unterstützung in Anspruch nehmen.

Neben dem Service-Wohnen werden gemeinschaftliche Wohnangebote bedeutsamer. Im Landkreis gibt es vier Anbieter für Senioren-Wohngemeinschaften, in der Stadt Ingelheim, der Verbandsgemeinde Bodenheim und Heidesheim, sowie ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenzerkrankungen in der Stadt Bingen und der Verbandsgemeinde Gau-Algesheim, hier ist auch ein weiteres Wohnprojekt in Planung.

Verschiedene Dienste im Landkreis bieten niedrigschwellige Angebote für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige an.

Hierzu gehören Besuchs- und Begleitdienste, Erzähl-Cafés für Menschen mit Demenz, Tagesbetreuung, aber auch nachbarschaftliche Hilfeleistungen und Selbsthilfevereine (Informationen der Kreisverwaltung, Februar 2017).

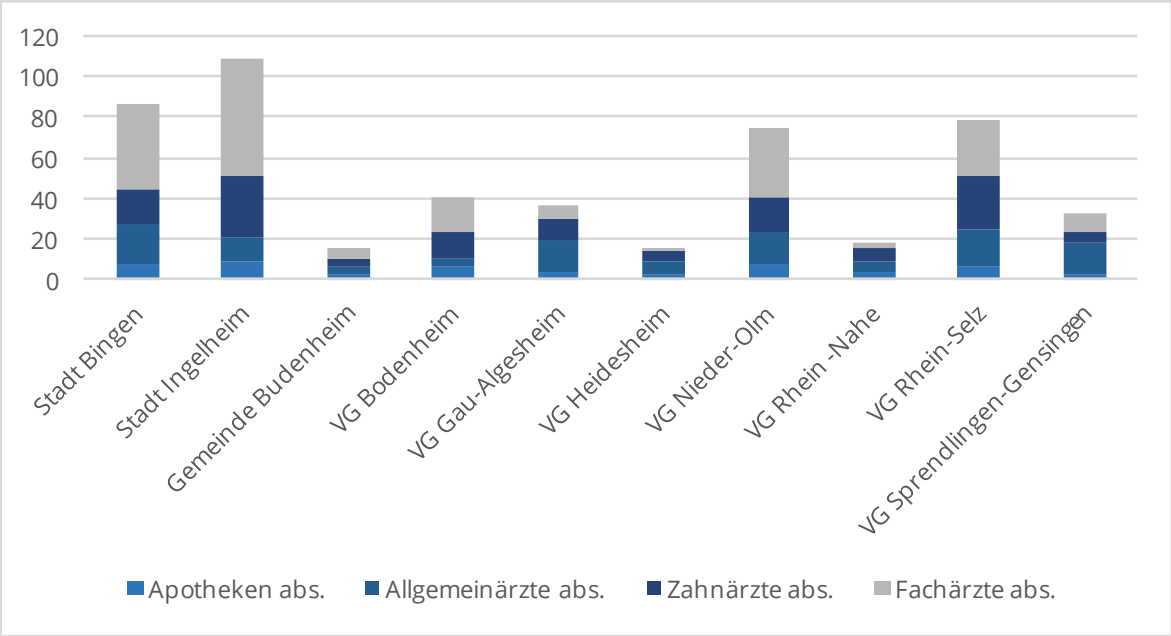
6.2.1 Exkurs: Hospize

Palliative Behandlung und Pflege sowie psychosoziale und spirituelle Begleitung sind die vier zentralen Anliegen der Hospiz-Arbeit. Im Landkreis Mainz-Bingen gibt es gemäß dem Hospiz- und Palliativverband Rheinland-Pfalz e. V. sowie der Auskunft der Kreisverwaltung zwei Hospizdienste in Bingen sowie jeweils eine Hospizgruppe in Ingelheim und in Oppenheim. (Hospiz- und Palliativverband Rheinland-Pfalz e. V.: ohne Datum; Kreisverwaltung Mainz-Bingen:2017)

6.3 Ärztliche Versorgung und Apotheken

In der Infothek des statistischen Landesamtes waren im Landkreis Mainz-Bingen zum 14. November 2016 116 Allgemeinärzte, 133 Zahnärzte und 204 Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen sowie 53 Apotheken verzeichnet. In jeder Verbands- beziehungsweise verbandsfreien Gemeinde gab es mindestens eines der genannten Versorgungsangebote.

Abbildung 64 **Anzahl der Apotheken und Ärzte in den Verbands- bzw. Verbandsfreien Gemeinden November 2016**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

Über den Indikator „Arzt- beziehungsweise Apothekendichte" kann dargestellt werden, wie viele Einwohnerinnen und Einwohner rechnerisch von einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt oder einer Apotheke versorgt werden. Hierfür wird die Einwohnerzahl einer Gebietskörperschaft durch die Anzahl der Arztpraxen und Apotheken geteilt.

Auf eine Apotheke kamen insgesamt knapp 4.000 Einwohnerinnen und Einwohner. In der Stadt Ingelheim war der Wert mit 2.950 Einwohnerinnen und Einwohnern pro Apotheke am geringsten, in der Verbandsgemeinde Rhein-Selz mit 5.824 Einwohnerinnen und Einwohnern am höchsten.

1.800 Einwohnerinnen und Einwohner wurden rechnerisch von einer Allgemeinärztin beziehungsweise einem Allgemeinarzt versorgt. Der niedrigste Wert wurde hier in der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen mit 952 Einwohnerinnen und Einwohner und der höchste Wert in der Verbandsgemeinde Bodenheim mit 3.926 Einwohnerinnen und Einwohner pro Allgemeinarzt ermittelt.

1.570 Einwohnerinnen und Einwohner kamen rechnerisch auf eine Zahnärztin beziehungsweise einen Zahnarzt (min. 885, max. 2.855) und 1.023 Einwohnerinnen und Einwohner auf eine Fachärztin beziehungsweise einen Facharzt (min. 466, max. 10.126).

Tabelle 9 **Medizinische Versorgungsstruktur und Versorgungsdichte im Landkreis Mainz-Bingen**

	31.12.2015	Apotheken		Allgemein-ärzte		Zahnärzte		Fachärzte	
Gemeinde	**Einwohner**	**abs.**	**Dichte**	**abs.**	**Dichte**	**abs.**	**Dichte**	**abs.**	**Dichte**
Stadt Bingen	24.987	8	3.123	19	1.315	17	1.470	42	595
Stadt Ingelheim	26.546	9	2.950	12	2.212	30	885	57	466
Gemeinde Budenheim	8.526	2	4.263	4	2.132	4	2.132	5	1.705
VG Bodenheim	19.632	6	3.272	5	3.926	12	1.636	17	1.155
VG Gau-Algesheim	16.532	4	4.133	16	1.033	10	1.653	7	2.362
VG Heidesheim	10.126	2	5.063	7	1.447	5	2.025	1	10.126
VG Nieder-Olm	32.393	8	4.049	15	2.160	18	1.800	34	953
VG Rhein -Nahe	14.963	4	3.741	5	2.993	6	2.494	3	4.988
VG Rhein-Selz	40.768	7	5.824	18	2.265	26	1.568	28	1.456
VG Sprendlingen-Gensingen	14.276	3	4.759	15	952	5	2.855	10	1.428
Gesamt	**208.749**	**53**	**3.939**	**116**	**1.800**	**133**	**1.570**	**204**	**1.023**

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

6.4 Pflegestützpunkte

In Rheinland-Pfalz gibt es 135 Pflegestützpunkte, die auf Grundlage der seit 1995 bestehenden Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos) ab Juli 2008 geschaffen wurden. Für privat Versicherte wird die Pflegeberatung durch die Compass Private Pflegeberatung GmbH des Verbandes der privaten Krankenversicherung durchgeführt. Gesetzliche Grundlage zur Einrichtung der Pflegestützpunkte ist § 92c des SGB XI, der mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) zum 01. Juli 2008 neu in Kraft getreten ist. Darin werden folgende Aufgaben der Pflegestützpunkte beschrieben:

1. *„umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,*
2. *Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungs-*

angebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,

3. *Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote."* (Deutscher Bundestag 26.05.1994 § 92c, Abs. 2 SGB XI).

Die Pflegestützpunkte sollen als wohnortnahe Anlaufstellen pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige beraten und in der Organisation der Pflege unterstützen.

Die Durchführungsverordnung zum Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASGDVO) beinhaltet unter anderem nähere Regelungen zu Aufgabenbereichen, Ausstattung, Qualifikation und Förderung der Pflegestützpunkte.

Im Landkreis Mainz-Bingen nehmen sechs Pflegestützpunkte mit Sitz in Bingen, Ingelheim, Gau-Algesheim, Nieder-Olm, Bodenheim und Nierstein-Oppenheim diese Aufgaben wahr. Träger der Pflegestützpunkte sind Wohlfahrtsverbände, private Pflegedienste sowie die Pflegekassen. Je Pflegestützpunkt sind Mitarbeitende mit 1,5 Vollzeitstellenäquivalent eingesetzt.

Tabelle 10 **Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-Bingen**

Sitz des Pflegestützpunktes	Träger	Versorgungsgebiet	EinwohnerInnen
Bingen	Caritasverband Mainz e. V. und VdEK	Stadt Bingen Verbandsgemeinde Rhein-Nahe	Ca. 42.100 EW
Ingelheim	Trägerverbund: Zweite Hilfe GmbH, Mission Leben im Alter GmbH, Ev. Sozialstation Ingelheim gem. GmbH und VdEK	Stadt Ingelheim Ortsgemeinde Wackernheim	Ca. 29.200 EW
Gau Algesheim/ Sprendlingen-Gensingen	Trägerverbund: Zweite Hilfe GmbH, Ev. Sozialstation Ingelheim gem. GmbH und VdEK	Verbandsgemeinde Gau-Algesheim Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen	Ca. 32.000 EW
Nieder-Olm	Trägerverbund: Sozialstation Mainz-Bingen DRK, Kreisverband Mainz-Bingen e. V. mit GFAmbH und BKK	Verbandsgemeinde Nieder-Olm	Ca. 33.700 EW
Bodenheim/ Budenheim	Caritasverband Mainz e. V. und VdEK	Verbandsgemeinde Bodenheim Gemeinde Budenheim Ortsgemeinde Heidesheim	Ca. 36.800 EW
Oppenheim	Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim gGmbH (GPR) und VdEK	Verbandsgemeinde Rhein-Selz	Ca. 41.800 EW

Quelle: Kreisverwaltung Mainz-Bingen 2017

Die Arbeit der Pflegestützpunkte reicht von einer Kurzberatung bis hin zu einer umfassenden Fallbegleitung.

Nach einer internen Erfassung findet die Kontaktaufnahme überwiegend durch Angehörige pflegebedürftiger Personen statt. Etwa 45 Prozent der Beratungsfälle sind 80 Jahre oder älter. Klienten mit Migrationshintergrund machen weniger als fünf Prozent der Beratungsfälle aus. Die meisten Beratungen finden bei den Klienten zu Hause statt.

Nach Wahrnehmung der Pflegestützpunkte nimmt die Komplexität der Fälle und somit auch die Einbindung weiterer Akteure, wie beispielsweise der Hausärzte, der Betreuungsbehörden oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu. Ebenfalls nehme der Betreuungsbedarf für Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit zu.

Gemäß der Präsentation zur Arbeit der Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-

Bingen bei der Pflegekonferenz am 27. September 2016 besteht insbesondere ein Bedarf an Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die Tagespflege als teilstationäres Angebot wird als wichtiger Bestandteil einer Versorgungssituation benannt. Ebenso steige die Nachfrage nach alternativen Wohnformen, wie beispielsweise dem Betreuten Wohnen und Wohnen mit Serviceleistungen (AG der Pflegestützpunkte, Präsentation im Rahmen der Pflegekonferenz, 27.09.2016).

6.5 Exkurs: Demenzielle Erkrankungen

Mit steigendem Alter, insbesondere bei Hochaltrigkeit, steigt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens multimorbider Erkrankungen. Neben körperlichen Gebrechen treten bei einem Patienten gleichzeitig weitere Erkrankungen wie psychische oder soziale Beeinträchtigungen auf. Eine altersgerechte Versorgung rückt zunehmend unter dem Gesichtspunkt der „Geriatrisierung der Medizin" in den Fokus (vgl. Wurm und Saß 2014: 15). Demenzen gehören gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. Das Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und des Robert-Koch-Instituts gibt hierzu einen spezifischen Einblick in die aktuelle Datenlage und Forschung zu Demenz. Einige Ergebnisse werden im Folgenden kurz skizziert:

Die Diagnostik demenzieller Erkrankungen sind insbesondere im Frühstadium eine Herausforderung, da sie oft einen schleichenden Beginn haben und von den Veränderungen kognitiver Leistungsfähigkeit des normalen Alterns nicht einfach zu unterscheiden sind. Demenz ist dabei ein Oberbegriff, der mehrere Krankheitsbilder mit unterschiedlicher Ursache umfasst, die häufigste Form ist die Demenz vom Alzheimer Typ. Gemäß der ICD-10 erfordert eine entsprechende Diagnose folgende Merkmale:

- Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens
- Erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Schleichender Beginn der Symptomatik mit langsamer Verschlechterung
- Ausschluss von Hinweisen auf andere Ursachen eines demenziellen Syndroms
- Fehlen eines plötzlichen Beginns oder neurologischer Symptome

Die Diagnostik erfordert eine umfassende Anamneseerhebung, körperliche und neurologische Untersuchungen und weitere Test- und bildgebende Verfahren.

Frauen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung und eines höheren Erkrankungsrisikos deutlich stärker betroffen als Männer. (Weyerer 2007: 7)

Präventionsmöglichkeiten werden insbesondere in der Vermeidung allgemeiner Risikofaktoren gesehen, wie beispielsweise Bluthochdruck, Rauchen, Alkoholmissbrauch, Diabetes mellitus. Einer ausgewogenen Ernährung werden weitere protektive Effekte zugesprochen. (ebd.: 11)

In Bezug auf die Prävalenz, also die Häufigkeit einer Krankheit in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt, gibt es unterschiedliche Studien. Bickel (2016) hat in einer Metaanalyse auf Grundlage neuerer europäischer Feldstudien (EuroCoDe-Daten von Alzheimer Europe) mittlere Prävalenzraten geschätzt, diese erfolgten unter der Annahme, dass es innerhalb der europäischen Ländern keine grundlegenden Unterschiede im Vorkommen der Demenzerkrankung gebe.

Die Prävalenzraten wurden für Ende des Jahres 2014 in 5-Jahres-Kohorten ab 65 Jahren ermittelt. Menschen zwischen 65 und 69 Jahren haben eine Prävalenz von 1,6 %, bei den über 90-Jährigen wären über 40 % der Personen erkrankt. Für den Landkreis Mainz-Bingen wären nach den Berechnungen zum Stichtag 15. Dezember 2015 knapp 3.703 Menschen über 65 Jahre von demenziellen Veränderungen betroffen. Dies wären neun Prozent der Bevölkerung ab 65 Jahren.

Tabelle 11 **Prävalenz von Demenz nach Altersgruppen**

Altersgruppe	Bevölkerung 15.12.2015	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe	geschätzte Anzahl demenziell Erkrankter im Landkreis Mainz-Bingen
65–69	11.265	1,60%	180
70–74	9.474	3,50%	332
75–79	9.772	7,31%	714
80–84	5.456	15,60%	851
85–90	3.287	26,11%	858
90 und älter	1.531	40,95%	627
Gesamt	40.785	9,08%	3.703

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Bickel 2016, eigene Berechnung *transfer*

Keiner der sechs ambulanten Diensten, die im Rahmen der eigenen Erhebung Angaben zu ihrem Leistungsangebot gemacht haben, hatten ein Demenzkonzept, von den elf stationären Einrichtungen, von denen Angaben hierzu vorliegen, bejahten neun Einrichtungen das Vorliegen eines Demenzkonzeptes.

Seit 2006 setzt sich das Netzwerk Demenz Mainz-Bingen im Landkreis mit zahlreichen Maßnahmen und Initiativen für eine möglichst lange ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz in der häuslichen Umgebung ein. Zweimal im Jahr initiiert das Netzwerk den Runden Tisch Demenz, zu dem alle Anbieter des Landkreises Mainz-Bingen, die mit Menschen mit Demenz zu tun haben, eingeladen werden. (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. ohne Datum)

6.6 Fazit

Zum 15. Dezember 2015 gab es im Landkreis 23 ambulante Dienste und 17 stationäre Einrichtungen der Dauerpflege, vier Einrichtungen der Kurzzeit- und sechs Einrichtungen der Tagespflege im Landkreis Mainz-Bingen, eine hiervon eine reine Tagespflegeeinrichtung. Die Zahl der stationären Einrichtungen der Dauerpflege ist im Vergleich zu der letzten Pflegestrukturplanung 2011 damit um fünf Einrichtungen, die Zahl der ambulanten Dienste um zwei Dienste gewachsen. In der Gemeinde Budenheim, und den Verbandsgemeinden Heidesheim, Sprendlingen-Gensingen sowie Rhein-Nahe ist kein ambulanter Dienst angesiedelt. Die Verbandsgemeinde Rhein-Nahe ist die einzige Verbandsgemeinde, in der es zudem keine stationäre Einrichtung gibt. (vgl. Kap. 6)

Bei den **ambulanten Diensten** waren zum 15. Dezember 2015 17 Dienste privat, fünf Dienste wurden von der Wohlfahrtspflege betrieben, ein Dienst befand sich in sonstiger gemeinnütziger Trägerschaft.

85 Prozent der Kundinnen und Kunden hatten ihren Wohnsitz innerhalb des Landkreises, 15 Prozent kamen von außerhalb.

In den Diensten waren 402 Beschäftigte verzeichnet, dies sind 43 Mitarbeitende mehr als zum Zeitpunkt der letzten Pflegestrukturplanung und der höchste Wert seit 1999. Bemerkenswert ist, dass es von 2009 bis 2013 einen Rückgang der Anzahl der ambulanten Dienste und somit auch der Beschäftigtenzahlen gab. Von 2013 auf 2015 kam es dann zu einem starken Zuwachs von 333 Beschäftigten, in 2013 auf 402 Beschäftigte in 2015. Bemerkenswert ist auch, dass die Anzahl der vollzeitbeschäftigten Personen weiter angestiegen ist und mit 41 Prozent deutlich über den Vergleichswerten von Rheinland-Pfalz und Deutschland mit knapp über 25 Prozent liegt.

Mit 259 Personen sind 64 Prozent der Beschäftigten in der Grundpflege eingesetzt, der Anteil ist damit gesunken – gleichzeitig ist die Sammelkategorie „Sonstiger Bereich" und – in geringem Umfang – die häusliche Betreuung als Tätigkeitsfelder angestiegen.

Bei den ambulanten Diensten wurde eine eigene Online-Erhebung durchgeführt, an der sich jedoch nur 13 Dienste (50 %) beteiligten und nur wenige vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung standen.

Vier Dienste gaben an, dass sie im Jahr 2015 Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern aus dem Landkreis ablehnen mussten – in allen vier Diensten war ein Grund hierfür die fehlende Kapazität, darüber hinaus ein fehlendes passendes Angebot sowie eine fehlende Finanzierung.

In Bezug auf die Personalgewinnung suchten zum Zeitpunkt der Erhebung sechs Dienste Fachkräfte der Pflege, fünf Dienste suchten weitere Mitarbeitende. Die Schwierigkeit der Personalgewinnung wurde unterschiedlich eingeschätzt, wobei von fünf Diensten angegeben wurde, dass insbesondere die Gewinnung von Fachkräften schwierig oder sehr schwierig sei. Eine Personalgewinnung und -bindung findet insbe-

sondere über Öffentlichkeitsarbeit, Stellenanzeigen und betriebliche Vorsorge statt. Vier Dienste gaben an, selbst auszubilden, drei Dienste werben Mitarbeitende im Ausland an. Zwei Dienste bieten finanzielle Anreize.

Die Dienste wurden gefragt, welche Leistungen sie zum Stichtag 15. Dezember 2015 erbracht bzw. vorgehalten haben. Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie Pflegeberatungen wurden von mehreren Diensten entsprechend angegeben. Demgegenüber wurden allgemeine Unterstützungsdienste wie Essen auf Rädern, Fahrtdienste oder der Hausnotruf seltener angeboten, gleiches gilt für besondere pflegerische Anforderungen im Rahmen der Palliativpflege, kulturspezifischen Pflege oder der Pflege von Kindern. Leistungen zur Erschließung und Stärkung ehrenamtlicher und familiärer Unterstützung in unterschiedlichen Facetten, sowie die nächtliche Pflege wurden von keinem Dienst als am Stichtag erbracht oder vorgehalten angegeben. Ebenso gab kein Dienst an, ein Demenzkonzept erarbeitet zu haben.

Eine Kooperation mit anderen Akteuren fand nahezu ausschließlich auf der Ebene des Einzelfalls statt, beispielsweise mit Pflegestützpunkten, Krankenhäusern oder Ärzten und Angehörigen.

In Bezug auf die Einsatzorte wurden von den 66 Ortsgemeinden des Landkreises für neun Gemeinden von keinem Dienst angegeben, dass diese angefahren werden würden. Vier dieser Orte liegen in der Verbandsgemeinde Bodenheim, drei dieser Orte in der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen. Allerdings haben die beiden Pflegedienste, die ihren Sitz in der Verbandsgemeinde Bodenheim und der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen haben, keine Angaben zu ihren Einsatzorten gemacht.

Nach Einschätzung vier ambulanter Dienste wäre für einen möglichst langen Verbleib zu Hause geeignetes Personal in den Pflegediensten, Betreuungsangebote und eine auskömmliche Bezahlung der Pflegedienste in einem Flächenland notwendig. Darüber hinaus wurden die hauswirtschaftliche Versorgung und die Beratung vorab genannt. (vgl. Kap. 6.1.1)

Bei den **stationären Einrichtungen** boten zum 15. Dezember 2015 17 Einrichtungen Leistungen der Dauerpflege, sechs Einrichtungen Tagespflege (eine davon ausschließlich Tagespflege) und vier Einrichtungen Kurzzeitpflege an. Nachtpflege wurde von keiner Einrichtung angeboten. Seit der letzten Pflegestrukturplanung 2009 sind fünf neue Einrichtungen der Dauerpflege hinzugekommen. Zehn Einrichtungen waren der Wohlfahrtspflege, sechs einer privaten und eine Einrichtung einer sonstigen gemeinnützigen Trägerschaft zuzuordnen.

56 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner kamen aus dem Landkreis Mainz-Bingen. 44 Prozent wohnten ursprünglich außerhalb des Landkreises. Einige Einrichtungen hatten zum Stichtag ausschließlich Bewohnerinnen und Bewohner von außerhalb des Landkreises.

In den Einrichtungen waren 1.269 Beschäftigte verzeichnet, dies sind 427 Mitarbeitende mehr als zum Zeitpunkt der letzten Pflegestrukturplanung. Die Anteile vollzeit- oder teilzeitbeschäftigter Personen entsprechen denen von Rheinland-Pfalz und Deutschland.

Bei den Einrichtungen wurde eine eigene Online-Erhebung durchgeführt, an der sich zwölf Einrichtungen (71 %) beteiligten, wobei jedoch nicht immer alle Fragen der Erhebung beantwortet wurden.

Zehn Einrichtungen gaben an, im Jahr 2015 Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern in Bezug auf Dauer- und Kurzzeitpflege aus dem Landkreis Mainz-Bingen abgelehnt zu haben. Eine Einrichtung verneinte dies. Die Gründe für eine Ablehnung lagen bei allen Einrichtungen (auch) im fehlenden Platzangebot.

In Bezug auf die Personalgewinnung suchten zum Zeitpunkt der Erhebung neun Einrichtungen Fachkräfte der Pflege, weitere Mitarbeitende wurden seltener gesucht. Die Schwierigkeit der Personalgewinnung wurde unterschiedlich eingeschätzt, wobei von allen elf teilnehmenden Einrichtungen angegeben wurde, dass insbesondere die Gewinnung von Fachkräften schwierig oder sehr schwierig sei und deckt sich damit mit den Einschätzungen der ambulanten Dienste. Eine Personalgewinnung und -bindung findet insbesondere über eigene Ausbildung und Investition in Fort- und Weiterbildung statt. Fünf Einrichtungen gaben eine Anwerbung im Ausland an, drei Einrichtungen finanzielle Anreize. In Bezug auf das jeweilige Leistungsangebot gaben neun Einrichtungen an, über ein Demenzkonzept zu verfügen, auch sozialräumliche Angebote für externe Quartiersbewohner und vereinzelt Angebote für die Aufnahme junger pflegebedürftiger Menschen sowie die Kooperation zur palliativen Versorgung und Sterbebegleitung wurden benannt. (vgl. Kap. 6.1.2)

Die Auswertung der Qualitätsberichte gibt Hinweise auf mögliche Verbesserungen in der Qualität der ambulanten Dienste, gleiches gilt für die stationären Einrichtungen. (vgl. Kap. 6.1.3)

Im Landkreis gibt es nach Angaben der Kreisverwaltung acht Angebote des Service-Wohnens/Betreuten Wohnens für ältere Menschen, vier Anbieter für Senioren-Wohngemeinschaften sowie für betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenzerkrankungen. Verschiedene Dienste bieten niedrigschwellige Angebote für pflegebedürftige Personen und deren Angehörigen an, es wurden drei Hospizdienste im Landkreis gezählt. (vgl. Kap. 6.2)

In jeder Verbands- beziehungsweise verbandsfreien Gemeinde gab es mindestens einen Arzt und/oder eine Apotheke, im Landkreis insgesamt 116 Allgemein-, 133 Zahn- und 204 Fachärzte sowie 53 Apotheken. (vgl. Kap. 6.3)

Ebenso gibt es im Landkreis sechs Pflegestützpunkte. Berichtet wird, dass die meisten Kontaktaufnahmen durch Angehörige pflegebedürftiger Personen stattfinde, etwa 45 Prozent der Beratungsfälle sind 80 Jahre oder älter. (vgl. Kap. 6.4)

Die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen nimmt mit steigender Lebenserwartung eine zunehmende Bedeutung in der Pflege- und Betreuungslandschaft ein. Gemäß den Prävalenzraten für Demenz wären im Landkreis Mainz-Bingen zum 15. Dezember 2015 knapp 3.700 Personen über 65 Jahren von demenziellen Veränderungen betroffen. Seit 2006 setzt sich das Netzwerk Demenz Mainz-Bingen für eine möglichst lange ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz ein. (vgl. Kap. 6.5)

Die dargestellten Erhebungsergebnisse sollten im Gespräch mit den Einrichtungen und vor allem den ambulanten Diensten plausibilisiert werden. Sie zeigen auf der einen Seite, dass das Angebot an stationärer Dauerpflege über den aktuellen Bedarf der Bevölkerung des Landkreises hinausgeht und es scheint plausibel, dass der Ausbau der stationären Dauerpflege ein Grund für die als schwierig eingeschätzte Gewinnung von Pflegefachpersonal ist. Die Ergebnisse deuten aber auch an, dass es Potenziale in der Weiterentwicklung der Qualität der ambulanten Dienste gibt; die Entwicklung niederschwelliger Angebotsformen, Betreuungsangebote und spezieller Konzepte beispielsweise im Umgang mit demenziell erkrankten Personen sowie die räumliche Versorgung im Landkreis inbegriffen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Einschätzungen der ambulanten Dienste im Rahmen der eigenen Erhebung in Bezug auf eine auskömmliche Vergütung Berücksichtigung finden.

7 Prognose

7.1 Bevölkerungsprognose 120

7.2 Pflegepotential 122

7.3 Prognose zukünftiger Pflegebedarfe 124

7.4 Prognose Personalbedarf 132

7.5 Fazit 134

7 Prognose

7.1 Bevölkerungsprognose

Das statistische Landesamt Rheinland-Pfalz hat im Juli 2015 eine neue Bevölkerungsprojektion vorgelegt: „Rheinland-Pfalz 2060 – Vierte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2013)“ (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015)[7]. Diese Daten können jedoch aufgrund unterschiedlicher Zeiträume nicht direkt mit der im letzten Datenreport dargestellten Bevölkerungsprognose abgeglichen werden (siehe Hennes et al. 2011). In den aktuellen Zahlen werden verschiedene Szenarien in Bezug auf das im Bezugsraum stark gestiegene Wanderungsgeschehen berechnet. *„In diesem Korridor würden sich die Bevölkerungszahl und der Altersaufbau entwickeln, wenn sich die aktuellen demografischen Trends in der Zukunft fortsetzen.“* (ebd. 53)
Alle drei Varianten gehen von einer Geburtenrate von 1,4 und einer identischen Lebenserwartung von 88,7 Jahren (bei Frauen) beziehungsweise 84,8 Jahren (bei Männern) aus. Unterschiede wurden bei der Annahme eines Wanderungssaldos vorgenommen: die untere Variante geht von einer geringeren Zuwanderung in die Regionen aus als die mittlere und obere Variante. (ebd.)

In allen drei Varianten würde die Bevölkerung bis zum Jahr 2035 (mehr oder weniger stark) wachsen, bis 2060 jedoch unter den Basiswert von 2013 zurückfallen.

Tabelle 12 **Bevölkerungsprognose Landkreis Mainz-Bingen 2035 und 2060**

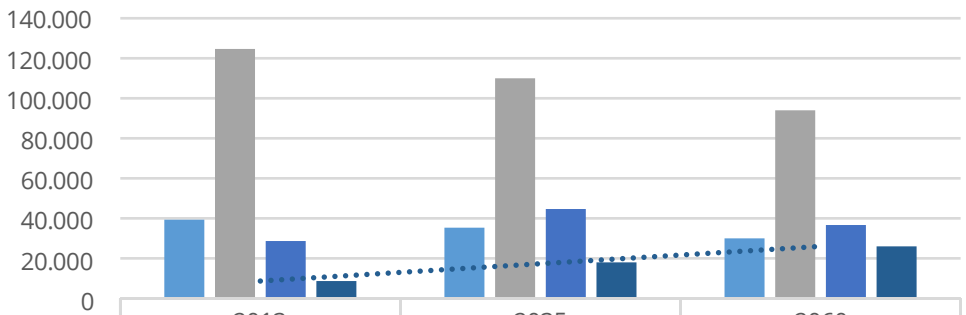
		Untere Variante		Mittlere Variante		Obere Variante	
	Basisjahr 2013	2035	2060	2035	2060	2035	2060
LK Mainz-Bingen	203.338	203.497	172.718	209.526	188.692	213.010	198.819

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015

In Bezug auf die Alterszusammensetzung der Bevölkerung wächst der Anteil der älteren Personen in allen drei Varianten. Untenstehendes Schaubild zeigt die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung der *mittleren* Variante.

7 Hinweise zum methodischen Vorgehen siehe ebenda.

Abbildung 65 **Bevölkerungsprognose Landkreis Mainz-Bingen: Altersgruppen**



	2013 Basisjahr	2035 Mittlere Variante	2060 Mittlere Variante
unter 20 Jahre	39.462	36.186	30.453
20–64 Jahre	125.182	110.120	94.675
65–79 Jahre	29.223	45.099	37.116
80 Jahre und älter	9.468	18.121	26.448

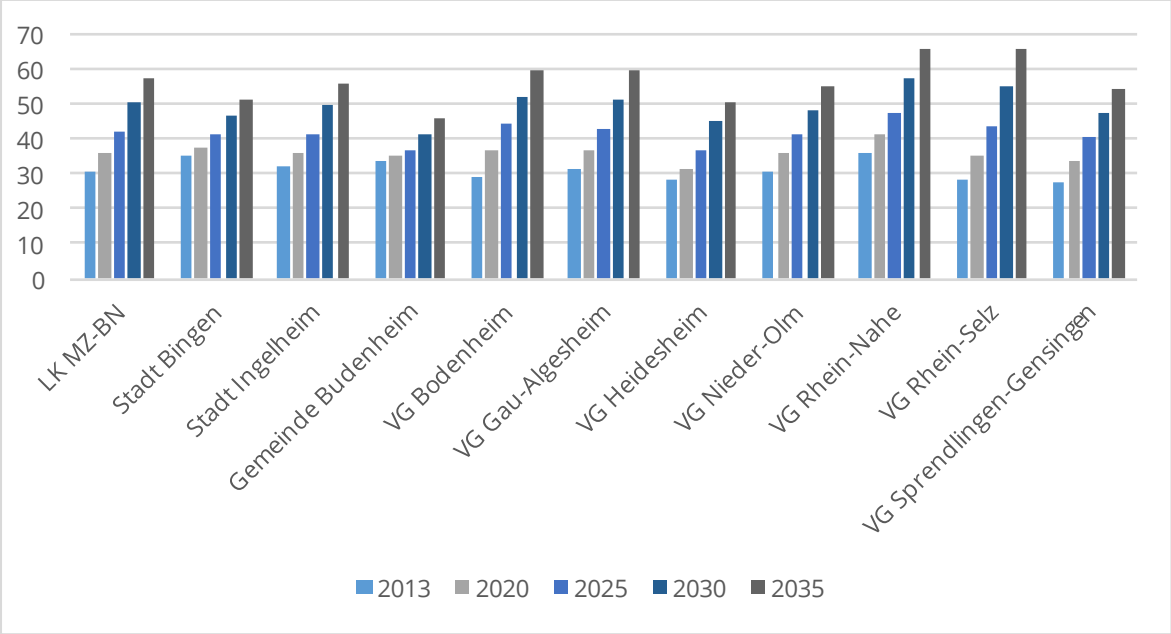
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015, Berechnung *transfer*

Für die Pflegestrukturplanung ist das Verhältnis der älteren Bevölkerung zu jüngeren Bevölkerungsgruppen und der Gesamtbevölkerung von Bedeutung. Hierzu wird der sogenannte Altenquotient gebildet. Dieser gibt die Zahl der 65-jährigen und älteren Personen auf 100 Personen im Alter von 20 und 65 Jahren (bei denen eine Erwerbstätigkeit angenommen wird) an und soll – in Verbindung mit dem Jugendquotienten – einen Eindruck von den ökonomischen Lasten des demografischen Wandels ermöglichen.

Im Landkreis Mainz-Bingen lag der Altenquotient im Jahr 2013 bei 30,9 und lag damit aber immer noch deutlich unter dem Altenquotienten von Rheinland-Pfalz mit 33,8. Prognostisch wird nach der mittleren Variante im Jahr 2035 ein Altenquotient von 57, 2060 von über 60 angenommen (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015, S. 91).

In den einzelnen Verbandsgemeinden wurde die Bevölkerungsprognose in 5-Jahresschritten von 2020 bis 2035 erstellt, Basisjahr war auch hier das Jahr 2013. Der Altenquotient war im Jahr 2013 in der Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen mit 27,4 am niedrigsten, in der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe mit 36,2 Prozent am höchsten. Auch 2035 wird prognostisch die Verbandsgemeinde Rhein-Nahe den höchsten Altenquotienten von 65,9 haben, allerdings gemeinsam mit der Verbandsgemeinde Rhein-Selz, deren Altenquotient von 28,2 im Jahr 2013 auf 65,5 im Jahr 2035 ansteigen könnte (Statistisches Landesamt RLP 2016).

Abbildung 66 **Verbandsgemeinden: Altenquotient 2013–2035**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2015, Berechnung *transfer*

7.2 Pflegepotential

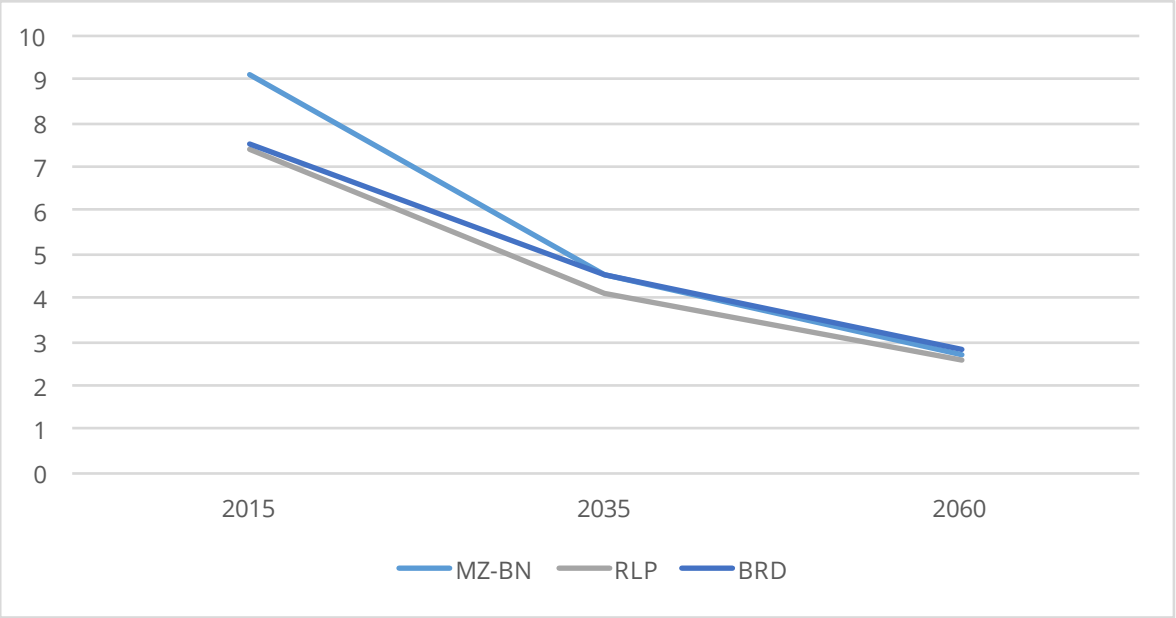
Der Indikator „Pflegepotential“ gibt an, wie hoch der Anteil der 35–65-Jährigen im Verhältnis zu den 80-Jährigen und älteren Personen ist.

Er ist Maß für die gesellschaftlichen Ressourcen, die potentiell zur Pflege der älteren Menschen zur Verfügung stehen. Ob dieser Personenkreis tatsächlich in der Pflege oder Betreuung tätig ist oder wird, bleibt dabei offen und wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst (beispielsweise Singularisierung der Gesellschaft, steigende Erwerbstätigkeit von Frauen, größere Mobilität von Kindern, siehe auch (IEGUS-Institut und RWI 2015: 58).

Allerdings ist unbestritten, dass ein schrumpfender Anteil jüngerer Menschen dazu führt, dass es einerseits für Einrichtungen und Dienste zunehmend schwieriger wird Personal zu finden und andererseits für die häusliche Pflege weniger Angehörige zur Verfügung stehen.

Im Landkreis Mainz-Bingen hat sich das Pflegepotential von 10,1 im Jahr 2011 auf 9,1 im Jahr 2015 verringert. Dies bedeutet, dass aktuell etwa neun Personen im Alter von 35 bis 65 Jahren einem älteren Menschen gegenüber stehen. Entsprechend der Bevölkerungsprognose (siehe Kap. 7.1) wird dieser Wert auf 4,5 im Jahr 2035 und 2,7 im Jahr 2060 sinken. Demnach würde sich das Pflegepotential, welches im Jahr 2015 noch deutlich über dem Wert von Rheinland-Pfalz und Deutschland befindet, den entsprechenden Vergleichsregionen anpassen.

Abbildung 67 **Pflegepotential im Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland**[8]

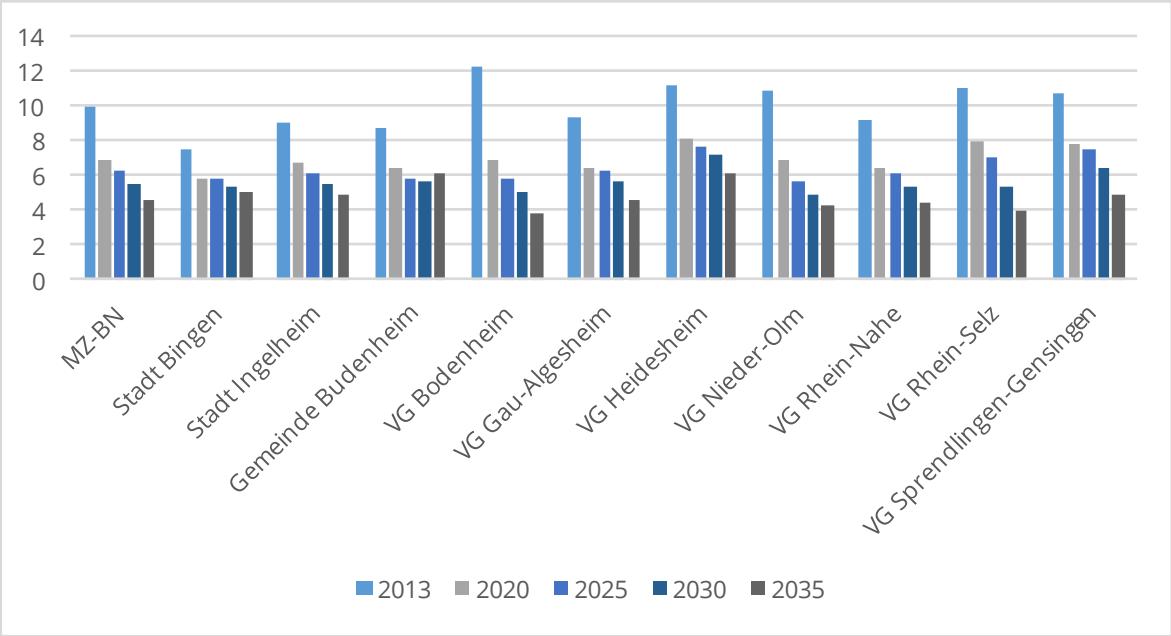


Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

Auf Ebene der Verbandsgemeinden wird das Pflegepotential in allen Regionen bis 2035 abnehmen, jedoch mit Unterschieden im Niveau und der Dramatik des Rückgangs. So hatte die Verbandsgemeinde Bodenheim im Jahr 2013 ein Pflegepotential von 12,2, für das Jahr 2035 ist ein Pflegepotential von 3,9 prognostiziert, der niedrigste Wert im Landkreis. Dagegen startet die Stadt Bingen im Jahr 2013 mit dem niedrigsten Wert von 7,4, sinkt bis zum Jahr 3035 aber nur bis auf 5,1 ab und liegt damit höher als zahlreiche andere Verbandsgemeinden und der Landkreis insgesamt.

8 Bevölkerungsvorausberechnung für MZ-BN und RLP: mittlere Variante; Bevölkerungsvorausberechnung für BRD: Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung. Siehe hierzu auch: www.destatis.de

Abbildung 68 **Pflegepotential in den Verbandsgemeinden des Landkreises von 2013 bis 2035**



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2016, Berechnung *transfer*

7.3 Prognose zukünftiger Pflegebedarfe

Zukünftige Pflegebedarfe, notwendige Unterstützung und Pflege, die Ausgestaltung des Pflegeangebots – dies alles findet seinen Ansatzpunkt in der demografischen Entwicklung des Landkreises (vgl. Kap. 7.1). Mit der prognostizierten Zunahme älterer Menschen wird – so die Annahme – auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen, gleichzeitig nimmt die Anzahl der potentiell pflegenden und unterstützenden Angehörigen in jüngeren Altersgruppen ab. Im Rahmen einer Prognose zukünftiger Pflegebedarfe kann ein Ausblick auf die mögliche Gestaltung der Pflegelandschaft unter klar definierten Kriterien gegeben werden. Wie bei jeder Prognose, die weit in die Zukunft geht, ist dabei zu bedenken, dass die berechneten Entwicklungen nur einen geringen und singulären Teil potentieller Einflussfaktoren, gesellschaftlichen Wandels und Veränderungen abbilden. Während die oben skizzierten Annahmen zu einer erhöhten Nachfrage professioneller Pflege führen würden, *„würde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes älterer Menschen diesen Nachfragezuwachs dämpfen“*. Ebenso könne der medizinisch-technische Fortschritt, technische Hilfsmittel in der Häuslichkeit und weitere Faktoren die Notwendigkeit einer stationären Versorgung mindern (IEGUS-Institut und RWI 2015: 58).

Nachfolgend werden fünf definierte Szenarien für den Landkreis Mainz-Bingen berechnet. Überträgt man die relativen Anteile der Pflegeleistungen auf die Anzahl der

jeweiligen Altersklassen im Jahr 2035, so kann vorausberechnet werden, wie hoch die Anzahl von Pflegegeldbeziehern, Leistungsbezieherinnen und -beziehern ambulanter Pflege oder stationärer Dauerpflege, Kurzzeit- und Tagespflege jeweils wäre. Basisjahr ist das Jahr 2013. Es wird in allen Szenarien die mittlere Variante der Bevölkerungsentwicklung zu Grunde gelegt. Unterschiede in den Pflegequoten nach Geschlecht werden nicht berücksichtigt.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die angenommenen Szenarien.

Tabelle 13 **Übersicht über Prognoseszenarien**

Szenario	Entwicklung	Annahmen
Basisszenario	Alterung der Gesellschaft	Konstante Pflegequoten
Nachfragereduktion	Technischer Fortschritt – Hilfsmittel, die ein eigenständiges Leben erleichtern und Pflegebedürftigkeit vermeiden (Apps, Telemedizin), oder die ambulante Pflege länger möglich machen und so stationäre Pflegebedürftigkeit vermeiden (technische Hilfsmittel für Pfleger und Pflegebedürftige, Hausnotrufsysteme);	Sinkende Pflegequoten von 2013 bis 2035 um 2 %; sinkende Verweildauer in Pflege von 2013 bis 2030 um 2 %
Professionalisierung	Pflegepotenzial der Familie sinkt (Singularisierung der Gesellschaft, steigende Erwerbstätigkeit von Frauen, geringere Kinderzahl und größere Mobilität von Kindern), möglicherweise geringere Pflegebereitschaft der Familie, steigende Akzeptanz professioneller Pflege	Verschiebung von Pflegegeldempfänger zu professioneller Pflege von 2013 bis 2035 um 10 %; Verteilung jeweils 50 % auf ambulant und 50 % auf stationär
Ambulantisierung	Wunsch der Pflegebedürftigen im eigenen Wohnumfeld zu verbleiben; leichtere Realisierung dieses Wunsches durch technische Hilfsmittel und altersgerechte Wohnformen; gesetzliche Regelungen und Unterschiede bei der Förderung von ambulanten und stationären Leistungen	Verschiebung von vollstationär zu ambulant von 2013 bis 2035 um 10 %; Verteilung jeweils 50 % auf Sachleistung und 50 % auf Pflegegeld
Kombiniertes Szenario	Gleichzeitiges Auftreten von Nachfragereduktion, Professionalisierung und Ambulantisierung	Kombination aller Annahmen

Quelle: IEGUS-Institut und RWI 2015: S. 60

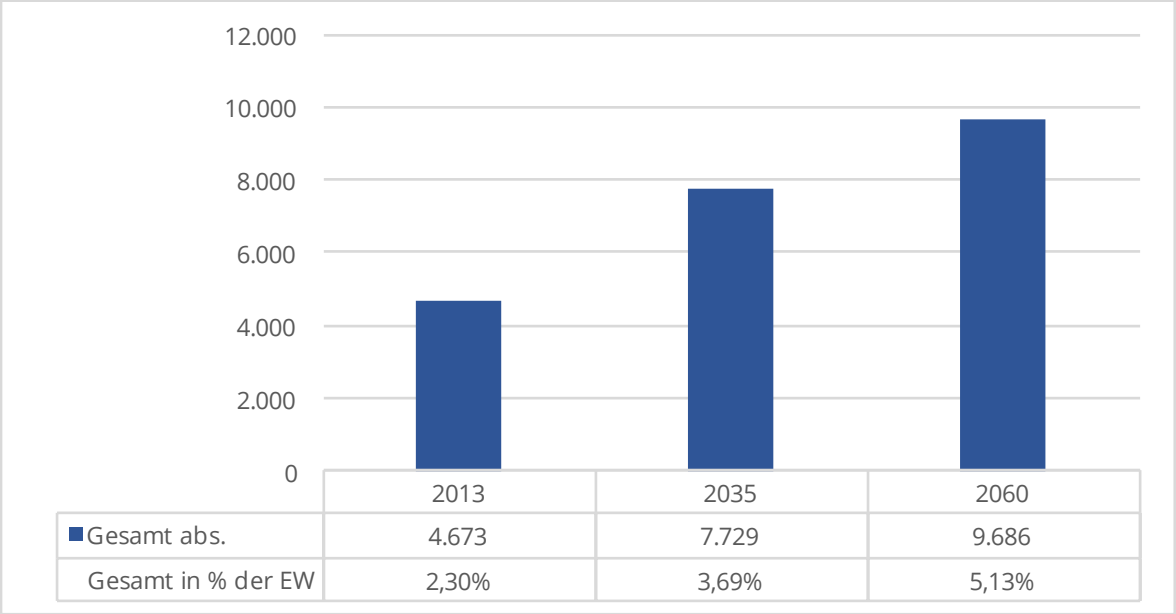
7.3.1 Basisszenario

Das Basisszenario rechnet die Pflegequoten aus dem Jahr 2013 entsprechend der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung bis 2035 und 2060 hoch. Die Annahme ist, dass es keine Veränderungen in der Inanspruchnahme der einzelnen Leistungsarten geben wird. Dieses Basisszenario ist Grundlage für die Berechnung der weiteren Szenarien. Die weiteren Szenarien wurden jeweils bis zum Jahr 2035 berechnet.

Gemäß dem Basisszenario würde die Anzahl der pflegebedürftigen Personen von 4.673 Personen im Jahr 2013 auf 7.729 Personen im Jahr 2035 und auf 9.686 Personen

im Jahr 2060 anwachsen. Der Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung würde von 2,3 über 3,69 bis auf 5,13 Prozent anwachsen.

Abbildung 69 **Basisszenario Pflegebedarf Anzahl Pflegebedürftiger gesamt**

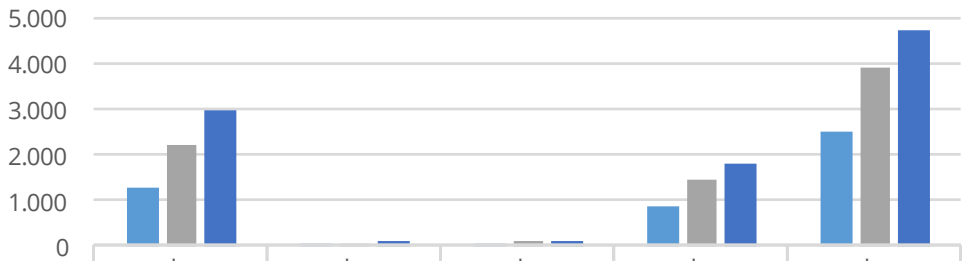


	2013	2035	2060
Gesamt abs.	4.673	7.729	9.686
Gesamt in % der EW	2,30%	3,69%	5,13%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

In Bezug auf die Inanspruchnahme der einzelnen, heute existierenden Pflegeleistungen würde sich die Anzahl der Fälle dementsprechend in allen Bereichen erhöhen. Bis 2035 gäbe es einen Zuwachs an Personen in der stationären Dauerpflege von 983, bis 2060 von 1.710 Personen, in der ambulanten Sachleistung von 575 beziehungsweise 933 und Pflegegeld würde von 1.423 beziehungsweise 2.254 zusätzlichen Personen bezogen werden.

Abbildung 70 **Basisszenario Pflegebedarf Leistungsarten**



	abs. Dauer-pflege	abs. Kurzzeit-pflege	abs. Tages-pflege	abs. Sach-leistung	abs. Pflege geld
2013	1.247	37	62	855	2.472
2035	2.230	65	108	1.430	3.895
2060	2.957	82	134	1.788	4.726
Diff. 2013–2035	983	28	46	575	1.423
Diff. 2013–2060	1.710	45	72	933	2.254

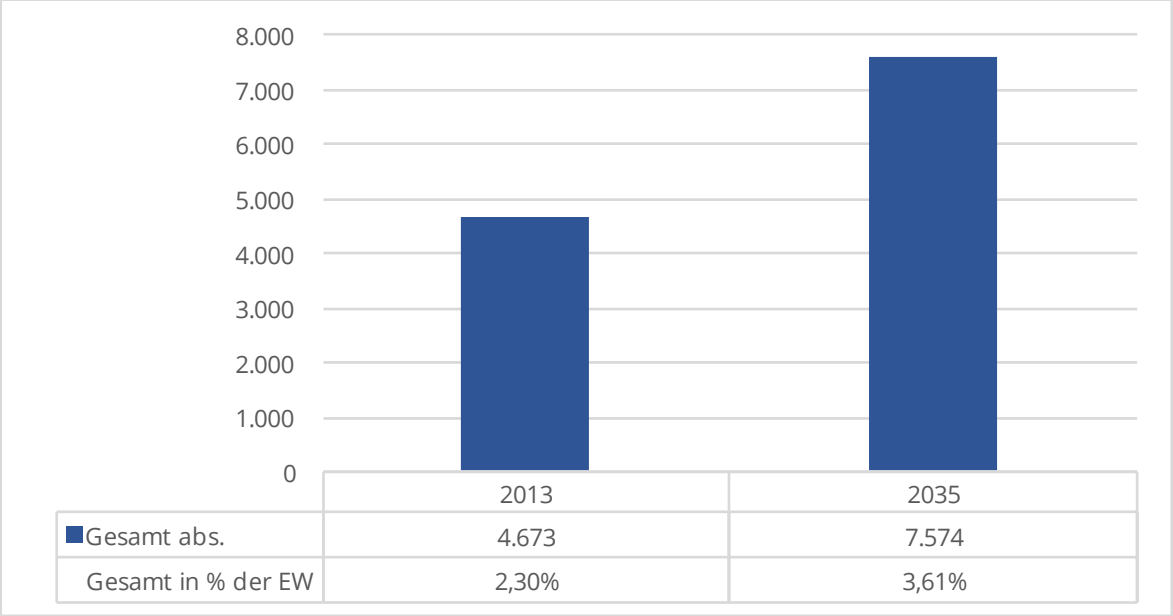
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

7.3.2 Szenario Nachfragereduktion

Das Szenario Nachfragereduktion berechnet die Auswirkungen eines aufgrund technischen Fortschritts sinkenden Pflegebedarfs von zwei Prozent in allen Leistungsarten.

Demnach gäbe es im Jahr 2035 7.574 pflegebedürftige Personen im Landkreis Mainz-Bingen, 155 Personen weniger als im Basisszenario berechnet. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung läge bei 3,61 Prozent.

Abbildung 71 **Nachfragereduktion Pflegebedarf Anzahl Pflegebedürftiger Gesamt**

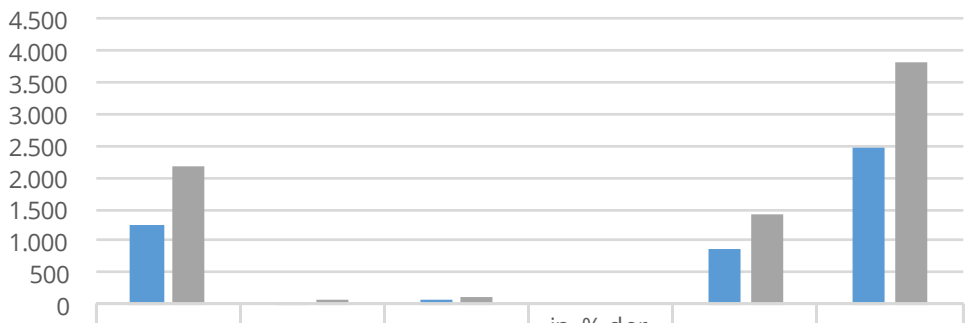


	2013	2035
Gesamt abs.	4.673	7.574
Gesamt in % der EW	2,30%	3,61%

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

In Bezug auf die Inanspruchnahme der einzelnen, heute existierenden Pflegeleistungen würde sich die Anzahl der Fälle dementsprechend etwas weniger stark erhöhen als im Basisszenario. Bis 2035 gäbe es einen Zuwachs an Personen in der stationären Dauerpflege von 938, in der ambulanten Sachleistung von 547 und Pflegegeld würde von 1.345 zusätzlichen Personen bezogen werden.

Abbildung 72 **Nachfragereduktion Pflegebedarf Leistungsarten**



	abs. Dauer-pflege	abs. Kurzzeit-pflege	abs. Tages-pflege	in % der EW Tages-pflege	abs. Sach-leistung	abs. Pflege-geld
2013	1.247	37	62	0,03%	855	2.472
2035	2.185	64	106	0,05%	1.402	3.817
Diff. 2013–2035	938	27	44	0,02%	547	1.345

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

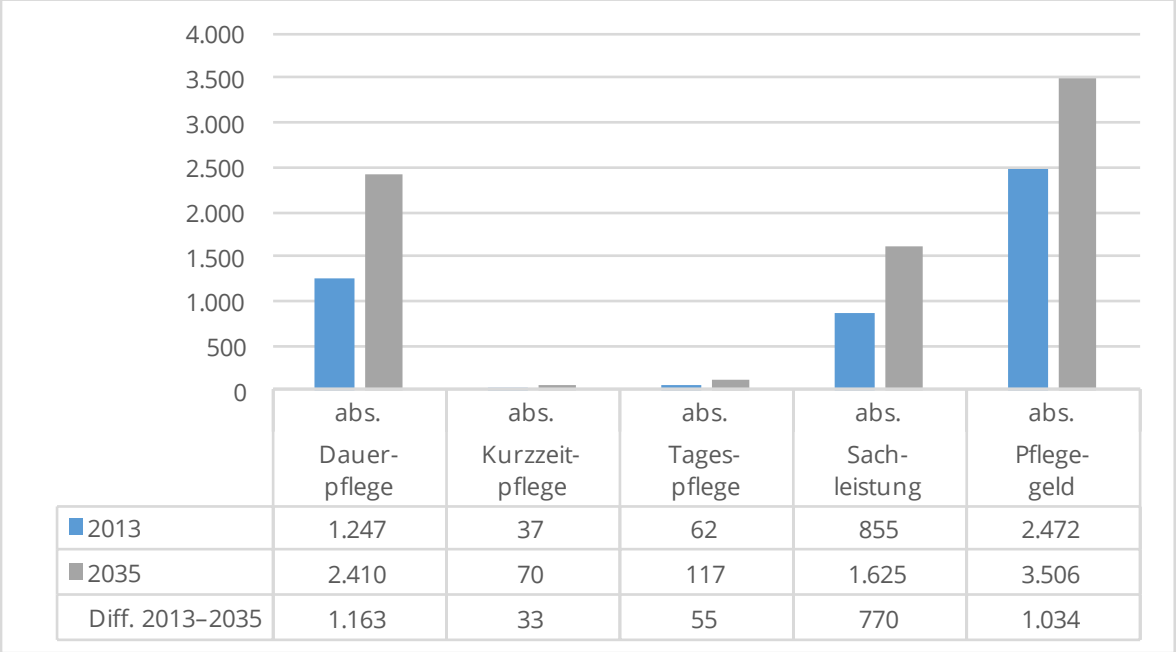
7.3.3 Szenario Professionalisierung

Das Szenario Professionalisierung berechnet die Auswirkungen eines sinkenden familiären Pflegepotentials und einer steigenden Akzeptanz professioneller Pflege. Angenommen wird, dass es eine Verschiebung von Pflegegeldempfängern zu professioneller Pflege um 10 Prozent geben wird, wobei sich jeweils 50 Prozent dieser Verschiebung bei der ambulanten beziehungsweise stationären Pflege wiederfinden würde.

Die Anzahl aller pflegebedürftigen Personen entspricht dem Basisszenario und läge bei 7.729 Personen. In Bezug auf die Inanspruchnahme der einzelnen, heute existierenden Pflegeleistungen würde sich die Verteilung der Fälle verschieben. Im Jahr 2035 gäbe es 3.506 Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld, dies wären 1.034 Personen mehr als im Basisjahr 2013.

Dementsprechend würde die Anzahl von Personen in der stationären Pflege und in der Sachleistung ansteigen: 2.410 Personen wären in der stationären Dauerpflege (+1.163), 1.625 Personen würden von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden (+770).

Abbildung 73 **Professionalisierung Pflegebedarf Leistungsarten**



	abs. Dauer-pflege	abs. Kurzzeit-pflege	abs. Tages-pflege	abs. Sach-leistung	abs. Pflege-geld
2013	1.247	37	62	855	2.472
2035	2.410	70	117	1.625	3.506
Diff. 2013–2035	1.163	33	55	770	1.034

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

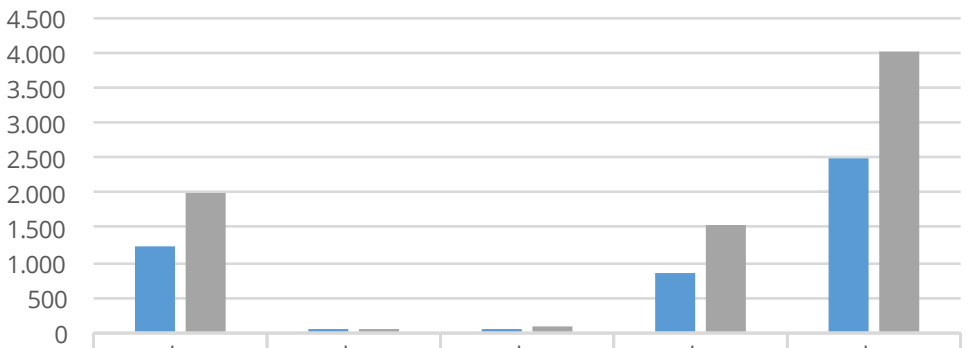
7.3.4 Szenario Ambulantisierung

Das Szenario Ambulantisierung berechnet die Auswirkungen einer zunehmenden Versorgung in der alten Häuslichkeit aufgrund von altersgerechten Wohnungen, technischen Hilfsmitteln und gesetzlichen Regelungen zum Grundsatz „ambulant vor stationär“. Angenommen wird, dass es eine Verschiebung von stationär zu ambulant betreuten Personen um 10 Prozent geben wird, wobei sich die Verschiebung zu je 50 Prozent auf die Sachleistung und das Pflegegeld verteilen werde.

Die Anzahl aller pflegebedürftigen Personen entspricht dem Basisszenario und läge bei 7.729 Personen. In Bezug auf die Inanspruchnahme der einzelnen, heute existierenden Pflegeleistungen würde sich die Verteilung der Fälle verschieben. Im Jahr 2035 gäbe es 2.007 Personen in der stationären Dauerpflege, dies wären 760 Personen mehr als im Jahr 2013, aber weniger Personen als im Basisszenario.

Dementsprechend würde die Anzahl von Personen beim Pflegegeld und in der Sachleistung ansteigen: 4.015 Personen erhielten Pflegegeld (+1.543), 1.551 Personen würden von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden (+696).

Abbildung 74 **Ambulantisierung Pflegebedarf Leistungsarten**



	abs. Dauer-pflege	abs. Kurzzeit-pflege	abs. Tages-pflege	abs. Sach-leistung	abs. Pflege-geld
2013	1.247	37	62	855	2.472
2035	2.007	58	97	1.551	4.015
Diff. 2013–2035	760	21	35	696	1.543

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

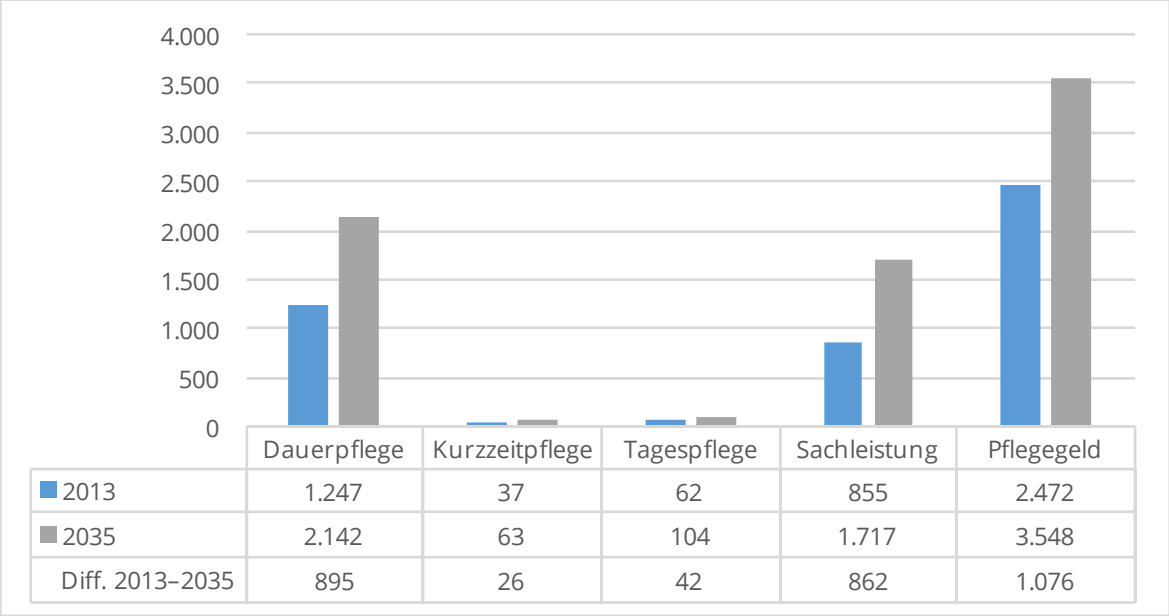
7.3.5 Kombiniertes Szenario

Das kombinierte Szenario berechnet die Auswirkungen eines gleichzeitigen Auftretens von Nachfragereduktion, Professionalisierung und Ambulantisierung.

Die Anzahl aller pflegebedürftigen Personen entspricht dem Szenario der Nachfragereduktion und läge bei 7.574 Personen. In Bezug auf die Inanspruchnahme der einzelnen, heute existierenden Pflegeleistungen würde sich die Verteilung der Fälle wie folgt darstellen:

2.142 Personen wären in der stationären Dauerpflege (+895 zu 2013), 1.717 Personen würden durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt werden (+862), 3.548 Personen erhielten Pflegegeld (+1.076).

Abbildung 75 **Kombiniertes Szenario Pflegebedarf Leistungsarten**



	Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Sachleistung	Pflegegeld
2013	1.247	37	62	855	2.472
2035	2.142	63	104	1.717	3.548
Diff. 2013–2035	895	26	42	862	1.076

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Zensus 2011, Berechnung *transfer*

7.4 Prognose Personalbedarf

Mit der wachsenden Zahl an Menschen, die Betreuung und Pflegeleistungen benötigen, steigt auch der Bedarf an Personen, die diese Leistungen unterstützend erbringen. Mit den vorliegenden Zahlen zur Beschäftigung im ambulanten und stationären Bereich kann der Bedarf an Personal nachvollzogen werden, der benötigt wird, um die Versorgung der Pflegebedürftigen im Jahr 2035 und 2060, bei gleichen Beschäftigungsstrukturen und gleichen Präferenzen des Bezugs an Leistungen der Pflegeversicherung, sicherzustellen.

Der zusätzliche Personalbedarf wird berechnet, indem der im Jahr 2015 vorgefundene Personalschlüssel auf das Jahr 2030 und 2060 des Basisszenarios (siehe Kap. 7.3.1) übertragen wird.

Zum 15. Dezember 2015 erhielten 976 Personen *ambulante Sachleistungen* durch einen Pflegedienst. Insgesamt arbeiteten in den Pflegediensten 402 Mitarbeitende in unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen, 166 davon beispielsweise in Vollzeitbeschäftigung. Dies sind 17 Prozent der Anzahl der Kunden. Dieser „Pflegeschlüssel" kann auf die wachsende Anzahl pflegebedürftiger Sachleistungsbezieher gemäß dem Basisszenario hochgerechnet werden. Hieraus ergibt sich dann eine Notwendigkeit von 243 Vollzeitbeschäftigten im Jahr 2035, um die dann 1.430 erwarteten Kundinnen und Kunden zu versorgen. Dies wären 77 Vollzeitstellen mehr, als es 2015 der Fall war.

Analog kann für alle weiteren Beschäftigungsarten verfahren werden. In der Summe ergibt sich für das Jahr 2035 ein Personalbedarf im ambulanten Bereich von 589 Personen, für das Jahr 2060 von 736 Personen bei den folgend dargestellten Stellenanteilen.

Tabelle 14 **Prognose des Personalbedarfs in der ambulanten Pflege orientiert an prognostizierten Leistungsberechtigten (Basisszenario)**

Jahr			**2015**	**2035**	**2060**
Anzahl Kunden			976	1.430	1.788
Beschäftigte in …	Vollzeit	166	17%	243	304
	Teilzeit über 50 %	95	10%	139	174
	Teilzeit 50 % und weniger	53	5%	78	97
	geringfügig beschäftigt	72	7%	106	132
	Sonstige	16	2%	23	29
	Gesamt	402	41%	589	736

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

In der *stationären Pflege*[9] wurden zum 15. Dezember 2015 1.447 Personen im Rahmen der Dauer-, Kurzzeit- und Tagespflege von insgesamt 1.254 Beschäftigten versorgt. Mit obigem Vorgehen in der Berechnung ergibt sich für das Jahr 2035 ein Personalbedarf von 2.082 Personen, für das Jahr 2060 von 2.749 Personen bei den folgend dargestellten Stellenanteilen.

9 Dies beinhaltet Dauer-, Kurzzeit- und Tagespflege, da die Personaldaten nur für die stationäre Pflege gesamt ausgewiesen sind und keine Differenzierung möglich ist.

Tabelle 15 **Prognose des Personalbedarfs in der stationären Pflege orientiert an prognostizierten Leistungsberechtigten (Basisszenario)**

Jahr			2015	2035	2060
Anzahl Kunden			1.447	2.403	3.172
Beschäftigte in …	Vollzeit	367	25%	609	805
	Teilzeit über 50 %	413	29%	686	905
	Teilzeit 50 % und weniger	235	16%	390	515
	geringfügig beschäftigt	147	10%	244	322
	Sonstige	92	6%	153	202
	Gesamt	1.254	1	2.082	2.749

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017, Berechnung *transfer*

7.5 Fazit

Prognostisch wird der Landkreis bis zum Jahr 2035 weiter wachsen, bis 2060 jedoch unter den Basiswert von 2013 zurückfallen. Der Anteil der älteren Personen wird über die Jahre hinweg weiter anwachsen, wenn auch geringer als im rheinland-pfälzischen Durchschnitt. Angenommen wird, dass der Altenquotient (bildet das Verhältnis der über 64 Jährigen zu 100 Personen von 20- bis 64-Jährigen ab) im Landkreis prognostisch von 30,9 im Jahr 2013 auf 55 im Jahr 2035 und auf über 60 im Jahr 2060 ansteigen wird. (vgl. Kap. 7.1)

Der Indiaktor „Pflegepotential" zeigt, dass sich das Verhältnis von 35–65-Jährigen zu den 80-Jährigen und älteren Personen in den nächsten Jahren weiter angleichen wird. Das Verhältnis von 9,1 in 2015 wird auf 4,5 im Jahr 2035 zurückgehen. (vgl. Kap. 7.2)

Die Prognose zukünftiger Pflegebedarfe wird mit unterschiedlichen Szenarien berechnet.

Das Basisszenario rechnet die Pflegequoten aus dem Jahr 2013 entsprechend der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung bis 2035 und 2060 hoch. Demnach würde die Anzahl pflegebedürftiger Personen von 4.673 Personen im Jahr 2013 auf 7.729 Personen im Jahr 2035 und auf 9.686 Personen im Jahr 2060 anwachsen. Der Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung würde von 2,3 über 3,69 bis auf 5,13 Prozent anwachsen. Die Anzahl der Fälle nach den heute existierenden Pflegeleistungen würde sich in allen Bereichen dementsprechend erhöhen.

Die Szenarien der Nachfragereduktion aufgrund technischen Fortschritts und stei-

gender Gesundheit der Bevölkerung, der Professionalisierung aufgrund eines sinkenden familiären Pflegepotentials und einer steigenden Akzeptanz professioneller Pflege sowie das Szenario der Ambulantisierung aufgrund einer zunehmenden Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zeigen verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten auf, wie sich die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen in den nächsten Jahrzehnten verhalten könne. Diese bieten einen Anhaltspunkt für weitere Zielsetzungen und Aktivitäten des Landkreises im Hinblick auf die Stärkung ambulanter Unterstützungsformen. (vgl. Kap. 7.3)

Gemessen an dem Basisszenario wurde der Personalbedarf prognostiziert. In der ambulanten Pflege ergebe sich demnach für das Jahr 2035 ein Personalbedarf von 589 Personen in unterschiedlichen Stellenanteilen, dies sind 187 Personen mehr als 2015. In der stationären Pflege ergebe sich ein Personalbedarf von 2.082 Beschäftigten, dies sind 828 Personen mehr als 2015. (vgl. Kap. 7.4)

Die Gewinnung von Personal und die Generierung von weiteren, auch bürgerschaftlichen Unterstützungssettings ist demnach in jedem Fall eine weitere Aufgabe.

8 Was bisher geschah

8.1 Ergebnisse der Pflegestrukturplanung 2010 138

8.2 Aktivitäten der Kreisverwaltung Mainz-Bingen 139

8.3 Fazit 142

8 Was bisher geschah

8.1 Ergebnisse der Pflegestrukturplanung 2010

In der letzten Pflegestrukturplanung 2010 (Hennes et al. 2011) wurde festgehalten, dass die Bevölkerung des Landkreises im Vergleich zu Rheinland-Pfalz etwas jünger war, weniger Menschen Leistungen der Pflegeversicherung bezogen und weiterhin einen Bevölkerungszuwachs verzeichnete. Deutlich geprägt wurde die Pflegestruktur durch den Ausbau stationärer Dauerpflege, dies auch zu Lasten der ambulanten Versorgung durch Pflegedienste.

In den stationären Einrichtungen kamen 25 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner ursprünglich nicht aus dem Landkreis Mainz-Bingen.

Berechnet wurde, dass das Pflegepotential in den nächsten zehn Jahren sinken würde, wobei zwischen den Verbandsgemeinden deutliche Unterschiede festgestellt wurden.

Der Kreisverwaltung wurden Handlungsempfehlungen in verschiedenen Bereichen mit auf den Weg gegeben:

1. Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger und lokaler Akteure
2. Gewinnung von Auszubildenden/Mitarbeitenden in der Pflege
3. Vernetzung der Einzelfallsachbearbeitung mit den Pflegestützpunkten; Fallmanagement in der Altenhilfe einführen
4. Kooperation und Vernetzung ausbauen:
   a) Regionale Pflegekonferenz nutzen
   b) themenspezifische Arbeitskreise intensivieren
   c) strategische Ziele und Maßnahmen vereinbaren
5. Erkenntnisse fortschreiben und vertiefen
   a) Controlling durchgeführter Maßnahmen
   b) Verknüpfung bestimmter Daten: Merkmal „allein wohnend“, Haushaltseinkommen und Daten zur pflegerischen Versorgung
6. Ressourcen der Verwaltung bündeln
   a) Workshop mit der Verwaltungsspitze zur gemeinsamen Strategieentwicklung

8.2 Aktivitäten der Kreisverwaltung Mainz-Bingen

8.2.1 Regionale Pflegekonferenz

Nach dem Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) bildet jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt in Rheinland-Pfalz *„zur Unterstützung bei der Umsetzung der ihm oder ihr nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch und diesem Gesetz obliegenden Aufgaben eine Regionale Pflegekonferenz."* (Landtag Rheinland-Pfalz 25.07.2005: § 4, Abs. 1).

Die Regionalen Pflegekonferenzen sollen die kommunalen Gebietskörperschaften bei der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur, der Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und der Bildung von kooperativen Netzwerken auf der örtlichen Ebene unterstützen (vgl. ebd.).

Seit der Vorstellung der letzten Pflegestrukturplanung im Juni 2011 tagte die regionale Pflegekonferenz insgesamt fünf Mal (einmal pro Jahr). Themen waren insbesondere der Fachkraftmangel bzw. die Frage, wie attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Altenpflege gestaltet werden können, sowie ehrenamtliche Hilfen und Berichte aus den Pflegestützpunkten.

8.2.1.1 Arbeitskreise

In den letzten fünf Jahren waren drei themenspezifische Arbeitskreise angesetzt worden. Während der Arbeitskreis „Ambulante Pflege" mangels Beteiligung nicht zustande kam, trafen sich die Arbeitskreise „Stationäre Pflege" sowie „Pflegestützpunkte" jeweils fünf Mal.

In der „Stationären Pflege" ging es insbesondere um den Fachkräftemangel und dessen Folgen. In diesem Zuge wurde auch das Forschungsprojekt Initiativkreis Procedo zur Entwicklung eines Personalentwicklungsprogramms für Anbieter ambulanter und stationärer Pflegeleistungen vorgestellt. Darüber hinaus wurden bürgerschaftliches Engagement, die Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus, sowie Fragen der Pflegequalität aufgegriffen.

Der Arbeitskreis „Pflegestützpunkte" beschäftigte sich mit Fragen des bürgerschaftlichen Engagements, der Pflegeversorgung in den Randgebieten des Landkreises, gesetzlichen Veränderungen sowie spezifischen Projekten wie der Gemeindeschwester plus.

8.2.2 Seniorenbeirat

Nach der Landkreisordnung Rheinland-Pfalz kann *„der Kreistag (...) für bestimmte Aufgabenbereiche zur Vorbereitung seiner Beschlüsse oder zur abschließenden Entscheidung Ausschüsse bilden"* (Landtag Rheinland-Pfalz 31.01.1994: § 37, Abs. 1). Von diesem Recht hat der Kreistag des Landkreises Mainz-Bingen Gebrauch gemacht und einen Senioren-

beirat gegründet. Ihm gehören in der aktuellen Legislaturperiode 15 Mitglieder an. Er ist die Interessenvertretung der Seniorinnen und Senioren des Landkreises und berät die Organe des Landkreises in allen Aspekten, die ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger betreffen. Projekte des Seniorenbeirates sind beispielsweise die Vermittlungsstelle für Seniorenjobs, die Koordinierung der Beratungstermine „Barrierefrei Bauen und Planen", aber auch die Veranstaltung von Tages- und Mehrtagesausflügen für Senioren. (Kreisverwaltung Mainz-Bingen ohne Datum)

8.2.3 Finanzielle Förderung

Der Landkreis Mainz-Bingen fördert auf unterschiedliche Art und Weise soziale Projekte. Gemäß der **Ehrenamtsförderrichtlinie**, die am 07. Dezember 2015 im Kreisausschuss beschlossen wurde, standen für das Jahr 2016 insgesamt 1 Million Euro zur Verfügung, um in „Wahrnehmung seiner Ergänzungs- und Ausgleichsaufgabe nachhaltige Projekte und Einrichtungen ehrenamtlicher Initiativen" zu fördern. Seit 2007 wurden insgesamt 3.655.047 Euro im Rahmen der Ehrenamtsförderung ausgezahlt, mit 2.463.470 Euro der größte Anteil an Angeboten zur Ansiedlung junger Familien (67 %). 1.146.508 Euro gingen an Projekte, die das ehrenamtliche Engagement von oder für Senioren, die Begegnung zwischen den Generationen, die Teilhabe und Bildung Älterer sowie das Wohnen im Alter/Generationen-Wohnen/Barrierefreier Zugang in den Blick nahmen (31 %). 45.069 Euro kam organisierter Nachbarschaftshilfe zu Gute (1 %).

Das **Demografieförderprogramm** verfolgt das Ziel „politische Konsequenzen aus den Veränderungen der Bevölkerungsstruktur zu ziehen und eine nachhaltige Infrastruktur im Landkreis aufzubauen, um ein Miteinander der Generationen zu gewährleisten und keine Region unseres Landkreises außen vor zu lassen." Im Jahr 2016 standen hierfür 50.000 Euro zur Verfügung, von denen 46.700 Euro abgerufen wurden. Für Angebote zur Ansiedlung junger Familien wurden 800 Euro ausgegeben (2 %), 500 Euro für die organisierten Nachbarschaftshilfen (1 %). Der größte Anteil ging mit 45.400 Euro an Projekte, die sich auf das ehrenamtliche Engagement von oder für Senioren, die Begegnung zwischen den Generationen, die Teilhabe und Bildung Älterer sowie das Wohnen im Alter/Generationen-Wohnen/Barrierefreier Zugang bezogen (97 %).

Neben diesen Förderprogrammen verfügen sowohl der Seniorenbeirat als auch der Demografiebeauftragte über bestimmte Verfügungsmittel. Im Jahr 2016 gab der **Seniorenbeirat** 9.322 Euro aus, um beispielsweise die Seniorentage 2016 in der Stadt Bingen sowie die Ingelheimer Seniorentage 2016 zu unterstützen, Referentinnen und Referenten für Bildungsangebote oder das Catering für Fachtage zu bezahlen.

Weitere 6.000 Euro nutzte der **Demografiebeauftragte** im Jahr 2016, um verschiedene Anbieter bei ihrer Seniorenarbeit zu unterstützen.

8.2.4 Enquete-Kommission Demografischer Wandel

Im April 2015 konstituierte sich die Enquetekommission „Demografischer Wandel" des Kreistages. Ziel ist die „Erarbeitung von Vorschlägen für Maßnahmen zur Anpassung der Infrastruktur des Landkreises an die demografische Entwicklung.

- Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Altenhilfe im Landkreis Mainz- Bingen. Ausbau unterstützender Angebote für Ältere. Gewinnung von Pflegepersonal.
- Gewinnung von Arbeitskräften, insbesondere von Fachkräften aus dem In- und Ausland.
- Förderung des Zuzugs und der Unterstützung junger Familien.
- Analyse der Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf den zukünftigen Bedarf an Kindertagesstätten und Schulen.
- Weiterentwicklung des Ehrenamtes.
- Organisatorische Anpassung der Kreisverwaltung an die demografische Entwicklung.

Die Enquete-Kommission wurde bis zum Ende der Legislaturperiode 2014/2019 eingerichtet und tagt jährlich 3-mal in einer öffentlichen Sitzung. Neben Mitgliedern des Kreises und des Kreistages sind der Demografiebeauftragte und ständige Expertinnen und Experten zu unterschiedlichen Themenbereichen stimmberechtigt. (Kreisverwaltung Mainz-Bingen, 2016, Richtlinien).

8.2.5 Fallmanagement in der Kreisverwaltung

Durch die Einführung des Pflege-Stärkungsgesetzes wurden die Abteilungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege zum 01.Januar 2017 zusammengelegt. Geplant ist der Aufbau eines Fallmanagements in der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege.

8.2.6 Weitere Projekte im Bereich Pflege, Seniorenarbeit und Demografie

Im Jahr 2013/2014 beteiligte sich der Landkreis Mainz-Bingen an einer Fachkräfteoffensive der LIGA der Wohlfahrtsverbände in Kooperation mit der Stadt Mainz. In diesem Zuge wurde der Arbeitsbereich Altenpflege in Real- und Integrierten Gesamtschulen vorgestellt.

Die Kreisvolkshochschule führte seit 2011 insgesamt fünf Qualifizierungsmaßnahmen zur Pflegehilfskraft mit insgesamt 67 erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen durch.

2014 wurde der Demografie-Atlas des Landkreises veröffentlicht, der Seniorenwegweiser wurde im Februar 2015 neu aufgelegt.

In Planung und Vorbereitung findet sich ein Projekt zur Schaffung eines freiwilligen Qualitätsverbundes für stationäre Altenpflegeeinrichtungen des Landkreises, das voraussichtlich im Herbst 2017 starten wird. Nach aktuellem Stand werden sich acht Einrichtungen hieran beteiligen.

In Planung und Vorbereitung befindet sich in der Kreisverwaltung die Einrichtung eines patientenorientierten Case Managements für ältere, chronisch kranke Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt. Die Aufnahme in ein Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz wurde beantragt.

Unabhängig davon wurden zwei Mitarbeitende eingestellt, die in Kooperation mit unterschiedlichen Akteuren und den pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen ambulante Pflege- und Unterstützungsarrangements zur Vermeidung einer Heimaufnahme nach einem Krankenhausaufenthalt prüfen und beraten (Information der Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Juni 2017)

8.3 Fazit

Die Kreisverwaltung Mainz-Bingen hat die Ergebnisse und Empfehlungen der letzten Pflegestrukturplanung aufgegriffen und in ihrer kontinuierlichen Gestaltung des demografischen Wandels berücksichtigt.

Unter anderem hat sich die Regionale Pflegekonferenz in themenspezifischen Arbeitskreisen konkreten Aufgaben angenommen, der Seniorenbeirat vertrat weiterhin die Interessen der Seniorinnen und Senioren des Landkreises. Im Rahmen verschiedener Förderungsprogramme wurden Projekte im Landkreis unterstützt, zum Beispiel für das ehrenamtliche Engagement von oder für Seniorinnen und Senioren.

2015 konstituierte sich die Enquetekommission „Demografischer Wandel“ des Kreistages, wodurch das Thema auch auf politischer Ebene verankert wurde.

Diese Vielzahl an Aktivitäten zeigt eindrücklich, dass die Gestaltung des demografischen Wandels im Landkreis Mainz-Bingen einen hohen Stellenwert hat und auf gewachsene Strukturen zurückgreifen kann. Diese gilt es weiterhin wirkungsorientiert und zielgerichtet zu nutzen.

9 Handlungsempfehlungen

9.1 Zielsetzungen der Zukunftskonferenz 144

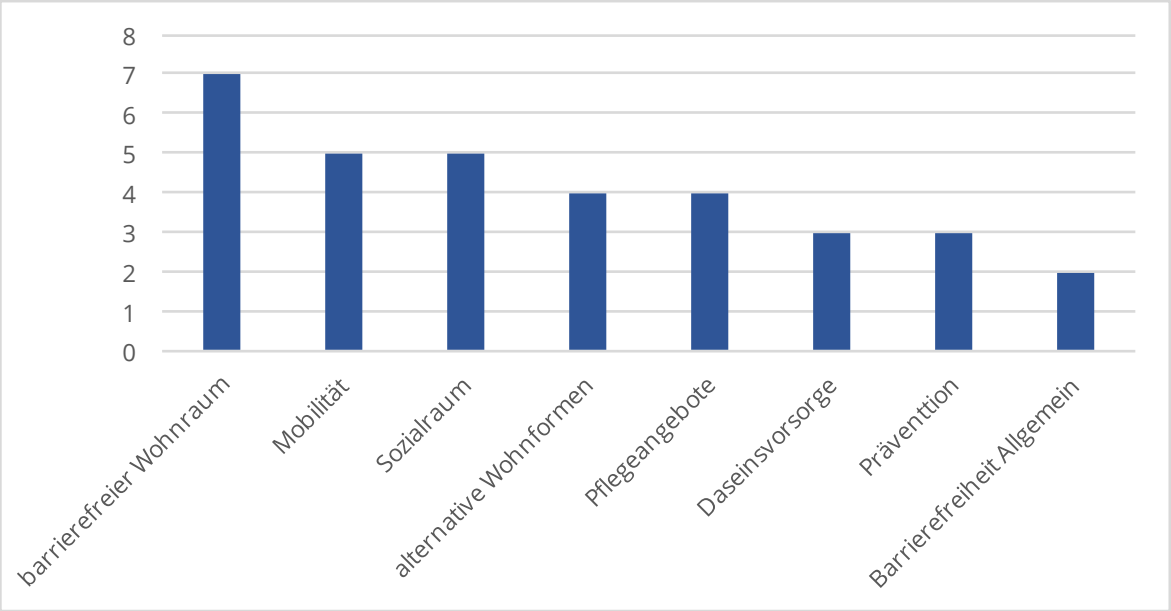
9.2 Handlungsempfehlungen 144

9 Handlungsempfehlungen

9.1 Zielsetzungen der Zukunftskonferenz

Im Rahmen der Zukunftskonferenz am 08. März 2017 wurden zentrale Ergebnisse der ausgewerteten Daten den Akteuren des Landkreises vorgestellt, Erfahrungen von Projekten aus dem Landkreis berichtet und diskutiert. An acht Arbeitstischen entwickelten Akteure aus den Verbandsgemeinden auf Grundlage dieser Ergebnisse Ziele und Handlungsfelder. (Gesamtdokumentation siehe Anhang) Bestimmte Themen wurden dabei häufiger benannt als andere und erlangen somit eine besondere Bedeutung.

Abbildung 76 **Handlungsfelder in der Zielentwicklung, Anzahl Nennungen (n=8)**



Quelle: Zukunftskonferenz 08.03.2017

Diese Zielfelder wurden unter Berücksichtigung der empirischen Ergebnisse in die Formulierung der Handlungsempfehlungen einbezogen.

9.2 Handlungsempfehlungen

Der Landkreis Mainz-Bingen hat in den letzten Jahren zahlreiche Anstrengungen unternommen, den demographischen Wandel zu gestalten. Diese Anstrengungen gilt es fortzusetzen.

Gemäß den obigen Ergebnissen und den Zielsetzungen der Zukunftskonferenz werden im Folgenden drei zentrale Handlungsfelder skizziert, die für ein „Gut alt wer-

den im Landkreis Mainz-Bingen“ schwerpunktmäßig beachtet und gestaltet werden sollten.

9.2.1 Informelle und Formelle Pflege

Ältere Menschen möchten zu Hause alt werden können. Damit dies möglich ist, werden individuelle Unterstützungssettings organisiert. Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) unterscheidet hierbei formelle Pflege (privat oder über die Pflegeversicherung finanzierte professionelle angebotene Hilfe- und Pflegeleistungen) und informelle Pflege (alle Formen von Hilfe und Pflege, die unentgeltlich im privaten Umfeld erbracht werden) und untersuchte in einer Studie entsprechende Einflussfaktoren für die Organisation.

Formelle Pflege wird oftmals dann in Anspruch genommen, wenn die sozialen Netzwerke nicht ausreichen und/oder das Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen der Pflegebedürftigen stärker werden (ZQP 2014).

Der Landkreis hat die Aufgabe, pflegerische Infrastruktur zu gestalten und hierbei die Grundsätze des LPflegeASG zu berücksichtigen, hierin sind sowohl Anforderungen für die formelle Pflege als auch für die Unterstützung von Angehörigen und sozialen Netzwerken formuliert.

In Bezug auf die Weiterentwicklung der formellen Pflege werden gemäß den Ergebnissen insbesondere zwei Ansatzpunkte gesehen:

1. Ambulante Dienste

   Die Ergebnisse der Pflegestrukturplanung zeigen an, dass es im Landkreis Potenziale in der Weiterentwicklung der ambulanten Dienste gibt. Dies bezieht sich neben qualitativen Aspekten insbesondere auch auf die konzeptionelle Ausrichtung und die im Zuge des PSG II nun mögliche Entwicklung niederschwelliger Angebotsformen und Betreuungsleistungen über die ambulante Sachpflege nach § 36 SGB XI.

   In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass ambulante Dienste über die gängigen Formen der Zusammenarbeit im Rahmen der Pflegekonferenz und deren Arbeitskreise nur unzureichend erreicht werden konnten.

   Es wird empfohlen, die einzelnen ambulanten Dienste persönlich zu kontaktieren und deren Anliegen und Fragestellungen zu erheben und gleichzeitig die Anliegen der Kreisverwaltung zu kommunizieren. Auf dieser Grundlage können gezielte Angebote oder Maßnahmen zur Unterstützung und Weiterentwicklung der Strukturen ambulanter Versorgungssysteme konzipiert werden, seien es beispielsweise Fortbildungsangebote vor Ort mit externen Referenten oder Beratungsangebote.

2. Stationäre Einrichtungen

   Es wird empfohlen, die enge und konstruktive Kooperation mit den stationären Einrichtungen fortzusetzen und sie in der Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung ihrer Angebote zu unterstützen.

In Kooperation mit ambulanten und (teil-)stationären Leistungsanbietern gilt es darüber hinaus, die Gewinnung von Pflegepersonal weiter zu unterstützen und gemeinsame Strategien hierfür zu entwickeln.

In Bezug auf die Unterstützung und Gestaltung informeller Pflege sollte insbesondere die Situation von alleinlebenden Seniorinnen und Senioren in den Blick genommen werden:

3. Soziale Teilhabe und Unterstützung

   Die Städte Ingelheim, Bingen sowie die verbandsfreie Gemeinde Budenheim und die Verbandsgemeinde Rhein-Nahe haben die höchsten Anteile an alleinlebenden Seniorinnen und Senioren. Es wird empfohlen, in diesen Kommunen verstärkt den Aufbau von nachbarschaftlichen Hilfen und Begegnungsmöglichkeiten im Rahmen von wirkungsorientierten Projekten zu unterstützen. Hierbei gilt es, ehrenamtlich Interessierte aus unterschiedlichen Bevölkerungsschichten anzusprechen, mögliche Einsatzfelder attraktiv zu gestalten und ehrenamtliche Kräfte inhaltlich zu begleiten und für ihren Einsatz zu befähigen. Für eine über das Ehrenamt hinausgehende Koordination und Unterstützung könnte die Vermittlungsstelle für Seniorenjobs der Kreisverwaltung hinzugezogen werden.

Einer Vereinzelung und einem Wegbrechen sozialer Beziehung kann durch kleine, sozialräumlich orientierte Wohnangebote in den Gemeinden begegnet werden. Alternative Wohnprojekte können somit eine wichtige Schnittstelle zwischen formeller und informeller Pflege darstellen und den Verbleib in der Heimatgemeinde ermöglichen. Die Erfahrung im Landkreis Mainz-Bingen zeigen aber auch, dass Wohnprojekte wie beispielsweise ein Mehrgenerationenwohnen oder Wohn-Pflege-Gemeinschaften auf der einen Seite Zeit, auf der anderen Seite ein hohes Maß an Engagement von interessierten Bürgerinnen und Bürgern, aber auch Verwaltung benötigen.

4. Alternative Wohnmöglichkeiten

   Es wird empfohlen, in interessierten und engagierten Orts- und Verbandsgemeinden Informationsveranstaltungen zu alternativen Wohnformen zu initiieren, um so potentiell interessierte Personen (Bauwillige, Investoren, Architekten,

Bürgerinnen und Bürger) miteinander ins Gespräch und in Aktion zu bringen. Entstehende Projekte können über die Bereitstellung von in der Kreisverwaltung bestehender Expertise, Moderation und wirkungsorientierter Förderung begleitet und unterstützt werden.

5. Information und Vernetzung

   Es wird empfohlen, eine „Landkarte guter Beispiele“ im Landkreis zu gestalten und bei einem Markt der Möglichkeiten vorzustellen. Die vorhandenen Projekte und Erfahrungen können so im Sinne eines lernenden Landkreises vernetzt und genutzt werden. Für eine Verankerung auf örtlicher Ebene sollten hierbei auch die Ortsbürgermeisterinnen und Ortsbürgermeister eingeladen werden.

9.2.2 Barrierefreiheit

Die Herstellung einer barrierefreien öffentlichen Infrastruktur und die Schaffung barrierefreien Wohnraums ist eine kontinuierliche Aufgabe, die über längere Zeithorizonte angegangen werden muss. Dementsprechend ist hier die Zielgruppe nicht ausschließlich im Bereich der Seniorinnen und Senioren zu suchen. Vielmehr sind die Vorteile einer barrierefreien Gestaltung von Infrastruktur und Wohnraum für alle Bürgerinnen und Bürger sichtbar zu machen und im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit, Information und Beratung eine Sensibilisierung zu erreichen. Zudem liegt hier eine wichtige Schnittstelle zu den Aktionsplänen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, die auch die Bedarfe älter werdender Menschen mit Behinderungen in den Blick nehmen sollten.

1. Barrierefreie öffentliche Infrastruktur

   Empfohlen wird, innerhalb der Kreisverwaltung die Notwendigkeit und den Nutzen einer barrierefreien Gestaltung des öffentlichen Raums als Querschnittsaufgabe weiterhin zu etablieren und bei allen baulichen Um- und Neugestaltungen zu berücksichtigen. Die Verbands- und Ortsgemeinden werden für die barrierefreie Gestaltung sensibilisiert und bei entsprechenden Maßnahmen auch über Finanzierungsmöglichkeiten beraten.

2. Zukunftsorientierter Wohnraum

   Gemäß der Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege ist ein Haushaltsvorstand in einem Haushalt, der Umbaumaßnahmen für altersgerechtes Wohnen vorgenommen hat, durchschnittlich gut 61 Jahre alt (ZQP 2014:122). Um auch jüngere Altersgruppen zu erreichen wird empfohlen, im Rahmen der Erschließung neuer Baugebiete und bei der Beantragung von Baugenehmigungen regelhaft über Möglichkeiten des barrierefreien Bauens zu informieren. Die Beratungs-

termine „Barrierefrei Bauen und Planen“ sollen gezielt auch für jüngere Zielgruppen beworben werden. Nach Angabe der Kreisverwaltung ist diese, aktuell einmal im Monat stattfindende Beratung in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz in der Regel Wochen vorher ausgebucht. Gegebenenfalls ist eine – dezentrale – Ausweitung des Beratungsangebots zu prüfen.

Grundsätzlich sollte bei der Schaffung von barrierefreien oder altengerechten Mietwohnungen / alternativen Wohnmöglichkeiten die Situation von Menschen ohne hohes Einkommen/hohen Alterseinkünften besondere Berücksichtigung finden.

9.2.3 Gemeinsam Leben im Ort

Unabhängig von informellen Netzwerken und Unterstützungsangeboten sind Möglichkeiten zur Daseinsvorsorge sowie die Gesunderhaltung und Prävention zwei weitere zentrale Themen für ein gemeinsames Leben im Ort. In beiden Bereichen sollten grundsätzlich digitale Möglichkeiten mit in die Überlegungen einbezogen werden (bspw. Online-Bestellungen oder Tele-Medizin).

1. Daseinsvorsorge

   In den Verbandsgemeinden Gau-Algesheim, Rhein-Selz, Sprendlingen-Gensingen und Rhein-Nahe gibt es eine oder mehrere Ortsgemeinden mit einem Index der Daseinsvorsorge von unter drei Punkten. Es wird empfohlen in den betroffenen Verbands- und Ortsgemeinden verstärkt den Aufbau von nachbarschaftlichen Hilfen und Strategieentwicklungen zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge im Rahmen von wirkungsorientierten Projekten zu unterstützen. Hierbei sollte an bestehende Aktivitäten, wie beispielsweise den Bürgerbussen angeknüpft werden.

2. Gesunderhaltung und Prävention

   Entsprechend der Bedeutung von Gesundheit bei der Inanspruchnahme von formeller Pflege und der Teilhabe am Leben in der Gemeinde wurde die Gesunderhaltung und Prävention als wichtiges Ziel in Rahmen der Zukunftskonferenz formuliert. Bei dem Aufbau nachbarschaftlicher Hilfen und Begegnungsmöglichkeiten sollte daher auch ein Augenmerk auf bewegungsorientierte Angebote gelegt werden. Hierzu hat die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. ein Angebot entwickelt, dass von einzelnen Akteuren, Vereinen, Verbänden oder Kommunen beworben oder genutzt werden könnte. (https://www.lzg-rlp.de/de/kampagne-ich-bewege-mich-mir-geht-es-gut.html)

Ein weiteres Handlungsfeld, welches im Rahmen der Pflegestrukturplanung nicht detailliert betrachtet werden konnte, ist die Kooperation zwischen Krankenhäusern und ambulanter medizinischer Behandlung und pflegerischer Unterstützung insbesondere im Rahmen eines Entlassungsmanagements. Es wird empfohlen, die diesbezüglichen, bereits begonnenen Aktivitäten (siehe Kapitel 8.2.6) weiter zu verfolgen.

10 Verzeichnisse

10.1 Tabellenverzeichnis 152

10.2 Abbildungsverzeichnis 153

10.3 Verzeichnis Gemeinden und Postleitzahlen 157

10.4 Literaturverzeichnis 158

10 Verzeichnisse

10.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Leistungen der Pflegeversicherung ab dem 01.01.2017	20
Tabelle 2	Daseinsvorsorge in den Ortsgemeinden: Indexbildung	31
Tabelle 3	Dienste und Einrichtungen nach SGB XI im Landkreis Mainz-Bingen zum 15.12.2015	65
Tabelle 4	Herkunft der Kundinnen und Kunden ambulanter Dienste zum 15.12.2015	69
Tabelle 5	Einsatzorte der ambulanten Dienste	81
Tabelle 6	Herkunft der Kundinnen und Kunden teilstationärer und vollstationärer Einrichtungen zum 15.12.2015	90
Tabelle 7	Pflegenoten stationäre Einrichtungen Landkreis Mainz-Bingen	105
Tabelle 8	Pflegenoten ambulante Dienste Landkreis Mainz-Bingen	106
Tabelle 9	Medizinische Versorgungsstruktur und Versorgungsdichte im Landkreis Mainz-Bingen	109
Tabelle 10	Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-Bingen	111
Tabelle 11	Prävalenz von Demenz nach Altersgruppen	113
Tabelle 12	Bevölkerungsprognose Landkreis Mainz-Bingen 2035 und 2060	120
Tabelle 13	Übersicht über Prognoseszenarien	125
Tabelle 14	Prognose des Personalbedarfs in der ambulanten Pflege orientiert an prognostizierten Leistungsberechtigten (Basisszenario)	133
Tabelle 15	Prognose des Personalbedarfs in der stationären Pflege orientiert an prognostizierten Leistungsberechtigten (Basisszenario)	134

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Schema der Pflegestrukturplanung 2017	12
Abbildung 2	Veränderungen der Bevölkerungszahl in den Kommunen in Prozent von 2009 bis 2015	25
Abbildung 3	Altersstruktur der Bevölkerung des Landkreises zum 31.12.2015	25
Abbildung 4	Anteile der Bevölkerung: Altersgruppen im Zeitverlauf, jeweils zum Stichtag 31.12.	26
Abbildung 5	Haushaltstrukturen im Landkreis Mainz-Bingen und Rheinland-Pfalz zum 09. Mai 2011	27
Abbildung 6	Haushalte mit ausschließlich Seniorinnen und Senioren absolut und relativ, Zensus 2011	28
Abbildung 7	Haushalte mit alleinlebenden Seniorinnen und Senioren absolut und relativ, Zensus 2011	29
Abbildung 8	Daseinsvorsorge in den Ortsgemeinden: Indexbildung	32
Abbildung 9	Erhebung bei den Ortsgemeinden: Was sind die drei wichtigsten Dinge, damit in Ihrer Gemeinde Menschen zu Hause alt werden können? (n=28 beteiligte Ortsgemeinden)	35
Abbildung 10	Erhebung bei den ambulanten Diensten: Was sind die drei wichtigsten Dinge, um zu Hause alt werden zu können? (n=4 beteiligte Dienste)	36
Abbildung 11	Erhebung bei den vollstationären Einrichtungen: 3 wichtigsten Faktoren, um zu Hause alt werden zu können (n=6 beteiligte Einrichtungen)	37
Abbildung 12	Landkreis Mainz-Bingen: Pflegebedürftige Personen absolut und je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Zeitverlauf	41
Abbildung 13	Pflegebedürftige Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner am 15./31.12.2015	42
Abbildung 14	Pflegebedürftige nach Verteilung der Altersgruppen, Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz, Deutschland zum 15./31.12.2015	43
Abbildung 15	Pflegebedürftige nach Altersgruppen in Mainz-Bingen zum Stichtag 15./31.12.2015	43
Abbildung 16	Landkreis Mainz-Bingen: Anteil der Leistungsarten von 2009 und 2015	44
Abbildung 17	Inanspruchnahmerate nach Leistungsart, alle Altersgruppen von 2009 bis 2015	45
Abbildung 18	Inanspruchnahmeraten 2009 bis 2015 Landkreis Mainz-Bingen und Rheinland-Pfalz	45

Abbildung 19 Inanspruchnahmeraten nach Altersgruppen, alle Leistungsarten, Rheinland-Pfalz und Landkreis Mainz-Bingen zum 15.12.2015 46
Abbildung 20 Indikator Ambulant vor Stationär von 2009 bis 2015 47
Abbildung 21 Indikator Ambulant vor Stationär, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland 2015 48
Abbildung 22 Pflegesachleistungsbezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahresvergleich, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland 49
Abbildung 23 Bezieherinnen und Bezieher von Pflegesachleistung nach Pflegestufe im Jahresvergleich 50
Abbildung 24 Bezieherinnen und Bezieher von Kombileistung nach Pflegestufe im Jahresvergleich 51
Abbildung 25 Pflegegeldbezieher je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahresvergleich, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland 52
Abbildung 26 Landkreis Mainz-Bingen: Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld nach Pflegestufe im Jahresvergleich 53
Abbildung 27 Leistungsbezieher stationäre Dauerpflege im Jahresvergleich, Landkreis Mainz-Bingen 54
Abbildung 28 Landkreis Mainz-Bingen: Stationäre Dauerpflege nach Pflegestufe im Jahresvergleich 55
Abbildung 29 Kurzzeitpflege im Landkreis Mainz-Bingen, jeweils zum Stichtag 15.12. 56
Abbildung 30 Hilfe zur Pflege: Empfänger nach Leistungsart 58
Abbildung 31 Hilfe zur Pflege: Ambulante Leistungen: Verteilung der Pflegestufen im Zeitverlauf, Landkreis Mainz-Bingen 59
Abbildung 32 Hilfe zur Pflege: Fallbezogene Kosten im Jahr 2015 60
Abbildung 33 Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft, Landkreis Mainz-Bingen zum 15.12.2015 66
Abbildung 34 Ambulante Dienste im Landkreis: Anzahl und Kunden je Dienst im Jahresverlauf 67
Abbildung 35 Sitz der Pflegedienste nach Verbandsgemeinde im Zeitverlauf 68
Abbildung 36 Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Diensten, alle Beschäftigungsverhältnisse 70
Abbildung 37 Art der Beschäftigungsverhältnisse von 1999 bis 2015, prozentual 71

Abbildung 38 Entwicklung der Vollzeitbeschäftigung in ambulanten Pflegediensten, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz, Deutschland 72
Abbildung 39 Beschäftigte in ambulanten Diensten nach Tätigkeitsfeldern zum 15.12.2015 73
Abbildung 40 Beschäftigte in ambulanten Diensten nach Tätigkeitsfeldern im Jahresverlauf 74
Abbildung 41 Anzahl der Kunden ambulante Pflegedienste (n=8 Dienste) zum 15.12.2015 75
Abbildung 42 Personalgewinnung: Einschätzung der Dienste (Anzahl der Nennungen, n=7) 77
Abbildung 43 Anzahl der Leistungen am 15.12.2015 (n=5) 78
Abbildung 44 Erbrachte bzw. vorgehaltene Leistungen am 15.12.2015 (n=6) 79
Abbildung 45 Kooperation und Vernetzung (n=6) 80
Abbildung 46 Einrichtungen der Dauerpflege nach Trägerschaft, LK Mainz-Bingen zum 15.12.2015 84
Abbildung 47 Plätze der Dauerpflege von 1999 bis 2015 85
Abbildung 48 Einrichtungen der Dauerpflege: Platzzahl je Einrichtung im Jahresverlauf 85
Abbildung 49 Dauerpflegeplätze je 1.000 Einwohner aller Altersgruppen im Jahresverlauf, Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland von 1999 bis 2015 86
Abbildung 50 Plätze der Dauerpflege, Verteilung in den Gemeinden im Jahresverlauf 87
Abbildung 51 Auslastung in der Dauerpflege im Jahresverlauf 88
Abbildung 52 Sitz der Einrichtungen der Dauerpflege nach Verbandsgemeinde im Zeitverlauf 89
Abbildung 53 Beschäftigte in teilstationären und vollstationären Einrichtungen nach Art des Beschäftigungsverhältnisses 91
Abbildung 54 Anteil Vollzeitbeschäftigung im Jahresverlauf, Landkreis, Land und Bund 92
Abbildung 55 Anteile der Berufsabschlüsse in teilstationären und vollstationären Einrichtungen 93
Abbildung 56 Anteil der Beschäftigte in teilstationären und vollstationären Einrichtungen nach überwiegenden Tätigkeitsbereichen 94
Abbildung 57 Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Dauerpflege nach Verweildauer zum 31.12.2015 (n=6) 95
Abbildung 58 Beendete Maßnahmen im Jahr 2015 nach Endegrund (n=7) 96
Abbildung 59 Gründe für Ablehnungen (n=10) 97

Abbildung 60	Offene Stellen in Einrichtungen (n=7 bis 10)	98
Abbildung 61	Personalgewinnung: Einschätzung der Dienste (n=11)	99
Abbildung 62	Stationäre Einrichtungen Kooperation und Vernetzung (n=11)	100
Abbildung 63	Gründe für eine Heimaufnahme	101
Abbildung 64	Anzahl der Apotheken und Ärzte in den Verbands- bzw. Verbandsfreien Gemeinden November 2016	108
Abbildung 65	Bevölkerungsprognose Landkreis Mainz-Bingen: Altersgruppen	121
Abbildung 66	Verbandsgemeinden: Altenquotient 2013–2035	122
Abbildung 67	Pflegepotential im Landkreis Mainz-Bingen, Rheinland-Pfalz und Deutschland	123
Abbildung 68	Pflegepotential in den Verbandsgemeinden des Landkreises von 2013 bis 2035	124
Abbildung 69	Basisszenario Pflegebedarf Anzahl Pflegebedürftiger gesamt	126
Abbildung 70	Basisszenario Pflegebedarf Leistungsarten	127
Abbildung 71	Nachfragereduktion Pflegebedarf Anzahl Pflegebedürftiger Gesamt	128
Abbildung 72	Nachfragereduktion Pflegebedarf Leistungsarten	129
Abbildung 73	Professionalisierung Pflegebedarf Leistungsarten	130
Abbildung 74	Ambulantisierung Pflegebedarf Leistungsarten	131
Abbildung 75	Kombiniertes Szenario Pflegebedarf Leistungsarten	132
Abbildung 76	Handlungsfelder in der Zielentwicklung, Anzahl Nennungen (n=8)	144

10.3 Verzeichnis Gemeinden und Postleitzahlen

VG	Gemeinde	PLZ
	Stadt Bingen	55411
	Stadt Ingelheim	55218
	Gemeinde Budenheim	55257
Bodenheim	Bodenheim	55294
	Gau-Bischofsheim	55296
	Harxheim	55296
	Lörzweiler	55296
	Nackenheim	55299
Gau-Algesheim	Appenheim	55437
	Bubenheim	55270
	Engelstadt	55270
	Gau-Algesheim	55435
	Nieder-Hilbersheim	55437
	Ober-Hilbersheim	55437
	Ockenheim	55437
	Schwabenheim a. d. Selz	55270
Heidesheim	Heidesheim	55262
	Wackernheim	55263
Nieder-Olm	Essenheim	55270
	Jugenheim	55270
	Klein-Winternheim	55270
	Nieder-Olm, Stadt	55268
	Ober-Olm	55270
	Sörgenloch	55270
	Stadtecken-Elsheim	55271
	Zornheim	55270
Rhein-Nahe	Bacharach, Stadt	55422
	Breitscheid	53547
	Manubach	55413
	Münster-Sarmsheim	55424
	Niederheimbach	55413
	Oberdiebach	55413
	Oberheimbach	55413
	Trechtingshausen	55413
	Waldalgesheim	55425
	Weiler bei Bingen	55413
Rhein-Selz	Dalheim	55278
	Dexheim	55278
	Dienheim	55276
	Dolgesheim	55278
	Dorn-Dürkheim	67585
	Eimsheim	55278
	Friesenheim	55278
	Guntersblum	67583
	Hahnheim	55278
	Hillesheim	54576
	Köngernheim	55278
	Ludwigshöhe	55278
	Mommenheim	55278
	Nierstein, Stadt	55283
	Oppenheim, Stadt	55276
	Selzen	55278
	Uelversheim	55278
	Undenheim	55278
	Weinolsheim	55278
	Wintersheim	67587
Sprendlingen-Gensingen	Aspisheim	55459
	Badenheim	55576
	Gensingen	55457
	Grolsheim	55459
	Horrweiler	55457
	Sankt Johann	55578
	Sprendlingen	55576
	Welgesheim	55576
	Wolfsheim	55578
	Zotzenheim	55576

10.4 Literaturverzeichnis

Heiber, Andreas (2016): Das Pflege-Stärkungsgesetz 2. Pflegeversicherung 2.0 – die Änderungen meistern. Hannover: Vincentz Network.

Hennes, Claudia; Weydert, Daniel; Schmitt-Schäfer, Thomas (2011): Pflegestrukturplanung 2010. Fortschreibung der Pflegestrukturplanung im Landkreis Mainz-Bingen. Hg. v. Kreisverwaltung Mainz-Bingen.

Hospiz- und Palliativverband Rheinland-Pfalz e. V. (ohne Datum): Hospiz-Suche, online verfügbar unter http://www.hpv-rlp.de/hospiz-suche/, zuletzt geprüft am 17.05.2017

Kreisverwaltung Mainz-Bingen (ohne Datum): Seniorenbeirat, online verfügbar unter http://www.mainz-bingen.de/deutsch/politik/gremien/beirat_senioren.php, zuletzt geprüft am 10.04.2017

Köcher, Renate; Bruttel, Oliver; Heinze, Rolf G. (Hg.): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Originalausgabe. (18935).

Landkreistag Rheinland-Pfalz; Städtetag Rheinland-Pfalz; Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz (Hg.) (2006): Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG). Dokumentation der Informationsveranstaltung zum LPflegeASG.

Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG)

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (ohne Datum): online verfügbar unter https://www.lzg-rlp.de/demenz/netsmap/netzwerkprofil_details.php?id=1881, zuletzt geprüft 21.03.2017

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2016): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI1, online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Pflegetransparenz/16_08_11_PTVS_ab2017_incl_Anlagen.pdf, zuletzt geprüft 10.04.2017

Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die ambulante pflegerische Versorgung in Rheinland-Pfalz (ohne Datum: Online verfügbar unter https://www.vdek.com/LVen/RLP/Vertragspartner/Pflege/Ambulante_Pflege/_jcr_content/par/download_1/file.res/Rahmenvertrag_ambulant.pdf, zuletzt geprüft 10.04.2017

Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI über die ambulante pflegerische Versorgung in Rheinland-Pfalz (ohne Datum: Online verfügbar unter https://www.vdek.com/LVen/RLP/Vertragspartner/Pflege/Ambulante_Pflege/_jcr_content/par/download_1/file.res/Rahmenvertrag_ambulant.pdf, zuletzt geprüft 10.04.2017

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: www.infothek.statistik.rlp.de. Online verfügbar unter www.infothek.statistik.rlp.de, zuletzt geprüft am 09.11.2016.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2015): Rheinland-Pfalz 2060 – Vierte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2013), zuletzt geprüft am 10.11.2016.

ZQP-Zentrum für Qualität in der Pflege (2014): Einflussfaktoren auf Versorgungssettings in Deutschland, www.zqp.de