

Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern

LOS 1 und LOS 2 – Teilbericht A: Gesamtgutachten

STUDIEN
BERICHT

Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern

LOS 1 und LOS 2 – Teilbericht A: Gesamtgutachten

Grit Braeseke
Claudia Pflug
Thorsten Tisch
Lukas Wentz
Cornelia Schauber
Annabel Zettl
Nina Lingott
Ulrike Pörschmann-Schreiber
Heidi Kulas
Elena Burgart
Karl Nauen

Endbericht

für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Berlin, November 2020

Autoren

Dr. Grit Braeseke

Elena Burgart

Heidi Kulas

Nina Lingott

Claudia Pflug

Ulrike Pörschmann-Schreiber

Thorsten Tisch

Lukas Wentz

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

Cornelia Schauber

Annabel Zettl

YOUSE GmbH

Theresienhöhe 1

80339 München

Karl Nauen

Dr. Heilmaier & Partner GmbH

Carl-Wilhelm-Str. 16

47798 Krefeld

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel der Untersuchung	34
2.	Rechtlicher Rahmen der Pflege und Richtlinien in Bayern	37
2.1	Leistungen der Pflegeversicherung	37
2.2	Landesrechtliche Grundlagen für die Akteure und Leistungserbringer in Bayern	38
2.3	Kommunale Seniorenpolitik	41
3.	Methodisches Vorgehen	45
3.1	Analyse der Versorgungs- und Beratungsstrukturen	45
3.1.1	Analyse auf Ebene der Planungsregionen Bayerns	45
3.1.2	Analyse auf Ebene der Kreise und Regierungsbezirke Bayerns	49
3.2	Befragungen im Rahmen des Projektes	54
3.2.1	Online-Befragung	54
3.2.2	Interviews	63
3.3	Methodik der Pflegebedarfsprognose	64
3.3.1	Überblick	64
3.3.2	Datengrundlage der Prognose der Pflegebedarfsentwicklung	70
3.3.3	Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit	72
3.3.4	Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung des Versorgungsbedarfs	73
3.3.5	Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs	76
3.3.6	Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung des Pflegeplatzbedarfs	85
3.3.7	Limitationen	86
3.3.8	Modellvarianten	89
3.3.9	Ausblick: Aktualisierung und Erweiterung der Prognosemodelle für die Entwicklung des Pflegebedarfs 2021	94
4.	Versorgungs- und Personalsituation in Pflegeeinrichtungen in Bayern	96
4.1	Vollstationäre Dauerpflege	96
4.1.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	96
4.1.2	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	109
4.1.3	Zusammenfassung	134
4.2	Kurzzeitpflege	135
4.2.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	135
4.2.2	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	139
4.2.3	Zusammenfassung	149
4.3	Teilstationäre Pflege	150
4.3.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	150
4.3.2	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	155
4.3.3	Zusammenfassung	184
4.4	Ambulante Versorgung	184

4.4.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	184
4.4.2	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	192
4.4.3	Zusammenfassung	218
4.5	Alternative Wohnformen und Dienstleistungen	218
4.5.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	219
4.5.2	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	234
4.5.3	Zusammenfassung	243
4.6	Außerklinische Intensivpflege	243
4.6.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	244
4.6.2	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	251
4.6.3	Zusammenfassung	254
4.7	Beratungs- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und Ihre Angehörigen in Bayern	255
4.7.1	Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse	255
4.7.2	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	264
4.7.3	Zusammenfassung	279
4.8	Zielgruppenspezifische Angebote	280
4.8.1	Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen	280
4.8.2	(junge) Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen	284
4.8.3	Menschen mit demenziellen Erkrankungen	288
4.8.4	Menschen mit Behinderung	292
4.8.5	Menschen mit psychischen Erkrankungen	297
4.8.6	Menschen mit palliativen Bedarfen	300
4.8.7	Andere Zielgruppen	303
4.9	Ausbildung in der Pflege	308
4.9.1	Regelungen zur Pflegeausbildung	308
4.9.2	Entwicklung der Ausbildungszahlen der Pflegeberufe im Zeitraum 2007 – 2017 an den Berufsfachschulen	312
4.9.3	Auszubildende in Pflegeeinrichtungen im Jahr 2017	340
4.9.4	Ergebnisse der empirischen Datenerhebung	354
4.9.5	Zusammenfassung zur Ausbildungssituation	380
5.	Ergebnisse der Pflegebedarfsprognose bis 2050	382
5.1	Prognose der Bevölkerungsentwicklung	384
5.2	Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	389
5.3	Prognose der Entwicklung des Versorgungsbedarfs	394
5.3.1	Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld	397
5.3.2	Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung	400
5.3.3	Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung	403
5.3.4	Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ganztägige Verhinderungspflege	406

5.3.5	Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege	408
5.3.6	Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege	412
5.3.7	Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege	415
5.4	Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs	420
5.5	Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen	427
6.	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	435
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	435
6.2	Pflegepolitische Maßnahmen und Aktivitäten der Pflegeeinrichtungen in Bayern	442
6.2.1	Maßnahmen zur Verringerung des Fachkräftemangels in der Pflege	443
6.2.2	Maßnahmen in Bayern zur Förderung der pflegerischen Versorgung	446
6.2.3	Anregungen aus Befragungen	449
6.3	Handlungsempfehlungen	464
6.3.1	Verbesserung der kommunalen Planung	464
6.3.2	Stärkung der Pflegeausbildung	466
6.3.3	Stärkung der häuslichen Pflege	468
6.3.4	Maßnahmen zur Sicherung des Pflegepersonals	472
6.3.5	Ausbau der Pflegeberatung	473
6.3.6	Neue Pflegewohnformen und Quartiersentwicklung	476
7.	Anhang	478
A1	Anhang 1: Übersicht der Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte und Pflegebedarfsprognosen	479
A2	Anhang 2: Fragebogen vollstationäre Pflegeeinrichtungen	485
A3	Anhang 3: Fragebogen teilstationäre Pflegeeinrichtungen	511
A4	Anhang 4: Fragebogen ambulante Pflegeeinrichtungen	526
A5	Anhang 5: Fragebogen Beratungsstellen	540
A6	Anhang 6: Fragebogen Berufsfachschulen im Gesundheitswesen	552
A7	Anhang 7: Interviewleitfäden	563
A8	Anhang 8: vollstationäre Plätze im Pflegeheim 2007-2017	571
A9	Anhang 9: Kreistabellen Bedarf Pflegeplätze und Pflegepersonal bis 2025 bzw. 2030	575
	Literaturverzeichnis	583
	Abbildungen	6
	Tabellen	22
	Abkürzungsverzeichnis	31

Abbildungen

Abbildung 1:	Bevölkerungsentwicklung in den Regierungsbezirken Bayerns	34
Abbildung 2:	Zuwachs der Bevölkerung in den Altersgruppen ab 65 Jahren bis 2037 nach Bezirken (in Personen, Ausgangsjahr 2017)	35
Abbildung 3:	Prävalenz Pflegebedarf in Deutschland 2015	35
Abbildung 4:	Berücksichtigte Handlungsfelder bei der Konzepterstellung durch die Landkreise und kreisfreien Städte (n = 63) (Okt. 2015)	43
Abbildung 5:	Übersicht der 18 Planungsregionen mit den zugehörigen regionalen Planungsverbänden in Bayern	45
Abbildung 6:	Beispielrechnung zur Einschätzung der Versorgungssituation in der Stadt München	59
Abbildung 7:	Beispielrechnung zur Einschätzung von Versorgungsengpässen für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in der Stadt München	61
Abbildung 8:	Beispielrechnung zur Einschätzung, ob das Beratungsangebot ausreichend sei, in der Stadt München	62
Abbildung 9:	Entwicklung der Kapazitäten vollstationär und deren Nutzung im Zeitraum 2007 bis 2017 in Bayern	97
Abbildung 10:	Auslastung vollstationäre Pflegeheimplätze 2015/16, Deutschland, Kreisebene	98
Abbildung 11:	Entwicklung der Personalausstattung in der vollstationären Pflege nach Bundesländern 2015 - 2017	108
Abbildung 12:	Entwicklung des Pflegegradmix in der vollstationären Dauerpflege in Bayern 2017 bis 2019 (Anteil in %)	109
Abbildung 13:	Rücklauf der vollstationären Einrichtungen (Anzahl) nach Kreis (n = 240)	110
Abbildung 14:	Anteil der Pflegeheime nach Trägerschaft (n = 240) im Vergleich zur Grundgesamtheit in Bayern (n = 1.885) (Stand 2017)	111
Abbildung 15:	Zusammensetzung Rücklauf vollstationär nach Größenklassen (n = 235, n = 5 fehlend) (Stichtag 31.12.2018)	111
Abbildung 16:	Angebot in den Pflegeeinrichtungen nach Versorgungsart (n = 240, Mehrfachnennung möglich)	112
Abbildung 17:	geplante Veränderungen der vollstationären Kapazitäten in der Dauerpflege innerhalb der nächsten 5 Jahre (Stand 2020) (n = 240)	113
Abbildung 18:	Gründe für den Abbau von Dauerpflegeplätzen in vollstationären Einrichtungen (n = 43; Mehrfachnennung möglich)	114

Abbildung 19: Zustimmung Monate mit besonders hoher Nachfrage nach vollstationären Dauerpflegeplätzen (n = 56, Mehrfachnennung möglich)	115
Abbildung 20: Wiederbelegung von freiwerdenden Dauerpflegeplätzen (n = 240)	115
Abbildung 21: Ablehnung von Anfragen nach Dauerpflegeplätzen in den Jahren 2017 (n = 235) und 2018 (n = 237)	116
Abbildung 22: Gründe für Ablehnungen von Anfragen für Dauerpflegeplätze (n = 229; Mehrfachnennung möglich)	116
Abbildung 23: Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Dauerpflegeplätzen nach Region (n = 240)	118
Abbildung 24: Gründe für Anfragen nach Dauerpflegeplätzen, die nicht aus dem näheren Einzugsgebiet kommen (n = 237)	119
Abbildung 25: Angebot vollstationäre Dauerpflegeplätze nach Altersgruppen (n = 240; Mehrfachnennung möglich)	120
Abbildung 26: Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Dauerpflegeplätzen für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren nach Region (n = 83)	120
Abbildung 27: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege, die eine Ausweitung des Angebots für bestimmte Zielgruppen planen (n = 42; Mehrfachnennung möglich)	122
Abbildung 28: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit offenen/unbesetzten Stellen, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (Stand Januar 2020)	123
Abbildung 29: Zeitraum, in dem eine offene Stelle im Durchschnitt unbesetzt ist, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (n = 240)	125
Abbildung 30: Einsatz von Personal aus Fremdfirmen (Leasingkräfte) in Einrichtungen der Dauerpflege (n = 240)	126
Abbildung 31: Einschätzung zum zukünftigen (vermehrten) Einsatz von Leasingkräften in Einrichtungen der Dauerpflege zur Deckung des Personalbedarfs (n = 240)	126
Abbildung 32: Anteil der Pflegeeinrichtungen, die Pflegepersonal aus dem Ausland zur Sicherung des Personalbedarfs für ihre Pflegeeinrichtung angeworben haben (n = 240)	127
Abbildung 33: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der vollstationären Dauerpflege 2020 und 2025 (Kreis)	131

Abbildung 34:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der vollstationären Dauerpflege 2020 und 2025 (RBZ)	132
Abbildung 35:	Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der Einrichtungen der Dauerpflege (n = 240)	133
Abbildung 36:	Einschätzung der Versorgungsengpässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der Einrichtungen der Dauerpflege (n = 240)	134
Abbildung 37:	Auf- und Abbau von Pflegebetten Januar bis Dezember 2018	135
Abbildung 38:	Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste (stichtagsbezogen) und der zweckgebundenen KZP-Plätze 1999 - 2017 in Bayern	136
Abbildung 39:	Kurzzeitpflegegäste in Bayern 2017, Anteil nach Altersgruppen (n = 3.304)	138
Abbildung 40:	Kurzzeitpflegegäste in Bayern 2017, Anteil nach Pflegegrad (n = 3.304)	139
Abbildung 41:	Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit erstmaligem Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen gem. dem Modell „fix plus x“ nach Monat im Jahr 2018 (n = 27)	140
Abbildung 42:	Monate mit besonders hoher Nachfrage nach fixen Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“ (n = 15; Mehrfachnennung möglich)	141
Abbildung 43:	Häufigkeit der Ablehnung von Anfragen für Kurzzeitpflegeplätze gemäß dem Modell „fix plus x“ im Jahr 2018 (n = 44)	141
Abbildung 44:	Gründe für Ablehnungen von Anfragen für Kurzzeitpflegeplätze gemäß dem Modell „fix plus x“ (n = 34; Mehrfachnennung möglich)	142
Abbildung 45:	Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“ nach Region (n = 45)	143
Abbildung 46:	Gründe für Anfragen nach Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“, die nicht aus dem näheren Einzugsgebiet kommen (n = 42)	144
Abbildung 47:	Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit Angebot Kurzzeitpflege gemäß dem Modell „fix plus x“ nach Altersgruppen (n = 45; Mehrfachnennung möglich)	144
Abbildung 48:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Kurzzeitpflege 2020 und 2025 (Kreis)	147

Abbildung 49:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Kurzzeitpflege 2020 und 2025 (RBZ)	148
Abbildung 50:	Entwicklung der Kapazitäten und Inanspruchnahme teilstationärer Pflege in Bayern 2007 - 2017	150
Abbildung 51:	Pflegebedürftige mit teilstationärer Versorgung 2017 nach Pflegegrad	152
Abbildung 52:	Rücklauf der teilstationären Einrichtungen (Anzahl) nach Kreis (n = 133)	156
Abbildung 53:	Zusammensetzung Rücklauf teilstationär nach Größenklassen (n = 114, n = 19 fehlend) (Stichtag 31.12.2018)	157
Abbildung 54:	Angebot Tagespflegeplätze (solitär/eingestreut) am Wochenende	159
Abbildung 55:	geplante Veränderungen der Kapazitäten in der Tagespflege (solitär/eingestreut) innerhalb der nächsten 5 Jahre (Stand 2020) (n = 133)	159
Abbildung 56:	Wochentage mit besonders hoher Nachfrage nach Tagespflegeplätzen (solitär/eingestreut) (Mehrfachnennung möglich)	160
Abbildung 57:	Einschätzung der durchschnittlichen Auslastung der Tagespflegeplätze (solitär/eingestreut) nach Jahren	161
Abbildung 58:	Monate mit besonders hoher Nachfrage nach Tagespflegeplätzen (solitär/eingestreut) (Mehrfachnennung möglich)	162
Abbildung 59:	Durchschnittliche Zeit bis zur Wiederbelegung freiwerdender Tagespflegeplätze (solitär/eingestreut)	162
Abbildung 60:	Anteil Einrichtungen, die Anfragen nach Tagespflegeplätzen (solitär/eingestreut) ablehnen mussten, nach Jahr	163
Abbildung 61:	Gründe für Ablehnungen von Anfragen für Tagespflegeplätze (solitär/eingestreut) (Mehrfachnennung möglich)	164
Abbildung 62:	Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach solitären Tagespflegeplätzen nach Region (n = 131)	165
Abbildung 63:	Gründe für Anfragen nach solitären Tagespflegeplätzen, die nicht aus dem näheren Einzugsgebiet kommen (n = 43)	166
Abbildung 64:	Bedarf an Nachtpflege in der jeweiligen Region aus Sicht der Tagespflegeanbieter	168
Abbildung 65:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot der Nachtpflege 2020 und 2025 (Kreis)	170

Abbildung 66:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot der Nachtpflege 2020 und 2025 (RBZ)	171
Abbildung 67:	Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach solitären Tagespflegeplätzen für Menschen mit pflegerischen Bedarfen unter 65 Jahren nach Region (n = 110)	173
Abbildung 68:	Anteil Tagespflegen (solitär/eingestreu) mit Angeboten für bestimmte Zielgruppen (n = 133; Mehrfachnennung möglich)	173
Abbildung 69:	Anteil teilstationäre Einrichtungen (solitär/eingestreu), die eine Ausweitung des Angebots für bestimmte Zielgruppen planen (n = 17; Mehrfachnennung möglich)	174
Abbildung 70:	Zeitraum, in dem eine offene Stelle (solitär/eingestreu) im Durchschnitt unbesetzt ist, differenziert nach Pflege- und Betreuungsbereich (n = 133)	176
Abbildung 71:	Einschätzung zum zukünftigen (vermehrten) Einsatz von Leasing-Kräften in Tagespflegen (solitär/eingestreu) zur Deckung des Personalbedarfs (n = 133)	177
Abbildung 72:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Tagespflege 2020 und 2025 (Kreis)	179
Abbildung 73:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Tagespflege 2020 und 2025 (RBZ)	180
Abbildung 74:	Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der teilstationären Einrichtungen (n = 133)	181
Abbildung 75:	Einschätzung der Versorgungsgengpässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der teilstationären Einrichtungen (n = 133)	182
Abbildung 76:	Entwicklung der ambulanten Pflege 2007 bis 2017 in Bayern	185
Abbildung 77:	Pflegebedürftige mit ambulanter Sachleistung 2017 in Bayern nach Pflegegraden	185
Abbildung 78:	Kreise mit positiven durchschn. jährlichen Wachstumsraten der rechnerischen Personalquoten auf Kreisebene im Zeitraum 2009 bis 2017 (in %)	189
Abbildung 79:	Kreise mit negativen durchschn. jährlichen Wachstumsraten der rechnerischen Personalquoten auf Kreisebene im Zeitraum 2009 bis 2017 (in %)	190
Abbildung 80:	Rücklauf der ambulanten Pflegedienste (Anzahl) nach Kreis (n = 293)	193

Abbildung 81:	Anteil der Pflegedienste nach Trägerschaft (n = 293) im Vergleich zur Grundgesamtheit in Bayern (n = 1.996) (Stand 2017)	194
Abbildung 82:	Zusammensetzung Rücklauf ambulant nach Größenklassen (Anzahl der Pflegebedürftigen) (n = 281, n = 12 fehlend) (Dezember 2018)	194
Abbildung 83:	Versorgungsangebot im Verbund ambulanter Pflegedienste (n = 67; Mehrfachnennung möglich)	195
Abbildung 84:	geplante Veränderungen in Bezug auf das Versorgungsangebot in Pflegediensten innerhalb der nächsten 5 Jahre (Stand 2020) (n = 293)	196
Abbildung 85:	Gründe für die Verringerung des Versorgungsangebots in Pflegediensten (n = 34; Mehrfachnennung möglich)	197
Abbildung 86:	Generelle Auslastung des Pflegedienstes (n = 293; Mehrfachnennung möglich)	197
Abbildung 87:	Gründe für Ablehnungen von Anfragen in Pflegediensten (n = 222; Mehrfachnennung möglich)	198
Abbildung 88:	Wartezeit bis ein Pflegedienst die Versorgung eines Pflegebedürftigen übernehmen kann (n = 45)	199
Abbildung 89:	Pflegedienste mit Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen (n = 41; Mehrfachnennung möglich)	200
Abbildung 90:	Anteil Pflegedienste mit offenen/unbesetzten Stellen, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (Stand Januar 2020)	203
Abbildung 91:	Zeitraum, in dem eine offene Stelle im Durchschnitt unbesetzt ist, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (n = 293)	204
Abbildung 92:	Anteil der Pflegedienste, die Pflegepersonal aus dem Ausland zur Sicherung des Personalbedarfs für ihren Pflegedienst angeworben haben (n = 293)	206
Abbildung 93:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der ambulanten Pflege 2020 und 2025 (Kreis)	209
Abbildung 94:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der ambulanten Pflege 2020 und 2025 (RBZ)	210
Abbildung 95:	Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der ambulanten Pflegedienste (n = 293)	212

Abbildung 96: Einschätzung der Versorgungsengpässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der ambulanten Pflegedienste (n = 293)	213
Abbildung 97: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern aus Sicht der Pflegedienste (n = 293) – Teil A	214
Abbildung 98: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pflegedienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2016	214
Abbildung 99: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pflegedienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2016	215
Abbildung 100: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pflegedienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2016	215
Abbildung 101: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pflegedienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2016	216
Abbildung 102: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pflegedienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2016	216
Abbildung 103: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern aus Sicht der Pflegedienste (n = 293) – Teil B	217
Abbildung 104: Alternative Wohnformen außerhalb und Unterstützungsmöglichkeiten in der eigenen Häuslichkeit für ältere Menschen	220
Abbildung 105: Verteilung der Wohngemeinschaften (Anzahl pro Bundesland, 2015)	225
Abbildung 106: Entwicklung und Auslastung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Bayern 2010 - 2018	228

Abbildung 107: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Oberbayern 2010 - 2018	229
Abbildung 108: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Niederbayern 2010 - 2018	229
Abbildung 109: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Oberpfalz 2010 - 2018	230
Abbildung 110: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Oberfranken 2010 - 2018	230
Abbildung 111: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Mittelfranken 2010 - 2018	231
Abbildung 112: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Unterfranken 2010 - 2018	231
Abbildung 113: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Schwaben 2010 - 2018	232
Abbildung 114: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit demenziellen Erkrankungen – Bayern 2010 – 2018	233
Abbildung 115: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot alternativer Wohnformen 2020 und 2025 (Kreis)	241
Abbildung 116: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot alternativer Wohnformen 2020 und 2025 (RBZ)	242
Abbildung 117: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Bayern gesamt 2010 - 2018	247
Abbildung 118: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Oberbayern 2010 - 2018	247
Abbildung 119: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Niederbayern 2010 - 2018	248
Abbildung 120: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Oberpfalz 2010 - 2018	248
Abbildung 121: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Oberfranken 2010 - 2018	249
Abbildung 122: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Mittelfranken 2010 - 2018	249

Abbildung 123: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Unterfranken 2010 - 2018	250
Abbildung 124: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Schwaben 2010 - 2018	250
Abbildung 125: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit Angebot Intensivpflegeplätze (beatmet/nicht beatmet) nach Jahr und Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (mit/ohne Beatmung) jeweils zum Stichtag	251
Abbildung 126: Ablehnung von Anfragen für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (mit/ohne Beatmung) (n = 240)	252
Abbildung 127: Einschätzung der Versorgungsengpässe für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (Kreis und RBZ)	253
Abbildung 128: Anzahl Beratungsangebote je Kreis (rechts), Anzahl Beratungsangebote je 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige über 60 Jahre je Kreis (links) (Stand 2017)	261
Abbildung 129: Anzahl Unterstützungs- und Entlastungsangebote je Kreis (links), Anzahl Unterstützungs- und Entlastungsangebote je 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige über 60 Jahre je Kreis (rechts)	263
Abbildung 130: Rücklauf der Beratungsstellen (Anzahl) nach Kreis (n = 128)	266
Abbildung 131: Stichprobenzusammensetzung nach Art der Beratungsstelle (n = 128)	267
Abbildung 132: Anteil befragter Personen nach beruflicher Grundqualifikation (n = 128)	267
Abbildung 133: Einschätzung zur Erfüllung der Beratungsaufgaben mit den vorhandenen Personalkapazitäten (n = 128)	269
Abbildung 134: Häufigkeit des Wunsches zur Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot seitens der Klientinnen und Klienten (n = 128)	269
Abbildung 135: Maßnahmen zur Unterstützung der Klientinnen und Klienten bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot (n = 103; Mehrfachnennung möglich)	270
Abbildung 136: Maßnahmen und Wege zum Erhalt aktueller Informationen zu freien Kapazitäten in Bezug auf Pflegeangebote (n = 92; Mehrfachnennung möglich)	271

Abbildung 137: Einschätzung zum Erfolg bei der Suche nach passenden Pflegeanbietern (n = 86)	271
Abbildung 138: Angabe zur Anzahl der Fälle, für die es gelingt einen Pflegeplatz zu finden (n = 86)	272
Abbildung 139: Einschätzungen zur Aktualität und Zuverlässigkeit der Daten/Informationen in den Datenbanken/Portale (n = 38)	273
Abbildung 140: Bewertung der Inhalte und Funktionalität der Datenbank entsprechend der Bedürfnisse in der täglichen Arbeit der Beratungsstellen (n = 38)	273
Abbildung 141: Einschätzung zur Häufigkeit der Meldung freier Kapazitäten durch die Einrichtungen (n = 38)	274
Abbildung 142: Einschätzung des Beratungsangebots für Pflegebedürftige und deren Angehörige (Kreis und RBZ)	277
Abbildung 143: Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der Beratungsstellen (n = 128)	278
Abbildung 144: Einschätzung der Versorgungspässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der Beratungsstellen (n = 128)	279
Abbildung 145: Einschätzung der Versorgungspässe für Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen (Kreis und RBZ)	283
Abbildung 146: Einschätzung der Versorgungspässe für (junge) Erwachsene zw. 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen (Kreis und RBZ)	287
Abbildung 147: Einschätzung der Versorgungspässe für Menschen mit gerontopsychiatrischen/demenziellen Erkrankungen (Kreis und RBZ)	290
Abbildung 148: Einschätzung der Versorgungspässe für Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich) (Kreis und RBZ)	291
Abbildung 149: Einschätzung der Versorgungspässe für Menschen mit körperlicher Behinderung (Kreis und RBZ)	295
Abbildung 150: Einschätzung der Versorgungspässe für Menschen mit geistiger Behinderung (Kreis und RBZ)	296
Abbildung 151: Einschätzung der Versorgungspässe für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Kreis und RBZ)	299
Abbildung 152: Einschätzung der Versorgungspässe für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf (Kreis und RBZ)	302

Abbildung 153: Einschätzung der Versorgungsengpässe für Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson) (Kreis und RBZ)	304
Abbildung 154: Einschätzung der Versorgungsengpässe für Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma) (Kreis und RBZ)	305
Abbildung 155: Einschätzung der Versorgungsengpässe für Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.) (Kreis und RBZ)	306
Abbildung 156: Einschätzung der Versorgungsengpässe für Menschen mit HIV-Erkrankung (Kreis und RBZ)	307
Abbildung 157: Neuordnung der Pflegeausbildung mit dem Pflegeberufegesetz 2017	309
Abbildung 158: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	313
Abbildung 159: Anteil der Auszubildenden der Altenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	314
Abbildung 160: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	314
Abbildung 161: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	315
Abbildung 162: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	316
Abbildung 163: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	316
Abbildung 164: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	317
Abbildung 165: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	317
Abbildung 166: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	318
Abbildung 167: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	318

Abbildung 168: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	319
Abbildung 169: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	319
Abbildung 170: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	320
Abbildung 171: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	320
Abbildung 172: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	321
Abbildung 173: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	321
Abbildung 174: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	322
Abbildung 175: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	322
Abbildung 176: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	323
Abbildung 177: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	323
Abbildung 178: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	324
Abbildung 179: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	324
Abbildung 180: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	325

Abbildung 181: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	325
Abbildung 182: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	326
Abbildung 183: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	326
Abbildung 184: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	327
Abbildung 185: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	328
Abbildung 186: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	328
Abbildung 187: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	329
Abbildung 188: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	329
Abbildung 189: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	330
Abbildung 190: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	330
Abbildung 191: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	331
Abbildung 192: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	331
Abbildung 193: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	332
Abbildung 194: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	332

Abbildung 195: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	333
Abbildung 196: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	333
Abbildung 197: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	334
Abbildung 198: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	334
Abbildung 199: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	335
Abbildung 200: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	335
Abbildung 201: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	336
Abbildung 202: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	336
Abbildung 203: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	337
Abbildung 204: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	337
Abbildung 205: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung	338
Abbildung 206: Anzahl der Auszubildenden in Bayern nach Sektor und angestrebtem Ausbildungsabschluss im Jahr 2017	341
Abbildung 207: Einschätzungen der befragten Einrichtungen zur Ausbildungssituation in ihrer Region (Zustimmungswerte)	351
Abbildung 208: Einschätzungen der vollstationären Einrichtungen zur regionalen Ausbildungssituation (n = 240)	352
Abbildung 209: Einschätzungen der teilstationären Einrichtungen zur regionalen Ausbildungssituation (n = 133)	353

Abbildung 210: Einschätzungen der Pflegedienste zur regionalen Ausbildungssituation (n = 293)	353
Abbildung 211: Rücklauf der Berufsfachschulen (Anzahl) nach Kreis (n = 70)	355
Abbildung 212: Anteil Berufsfachschulen mit Ausbildungsangeboten in der Pflege (n = 70; Mehrfachnennung möglich)	356
Abbildung 213: Nachfrage nach Anerkennungskursen/Anpassungslehrgängen für ausländische Pflegefachkräfte (n = 70)	359
Abbildung 214: Entwicklung der Anzahl der genehmigten Schulplätze in den letzten fünf Jahren nach Ausbildungsgang	360
Abbildung 215: Entwicklung der Anzahl der Bewerbungen in den letzten fünf Jahren nach Ausbildungsgang	362
Abbildung 216: Verhältnis von Bewerbungen zur angebotenen Platzzahl im Ausbildungsjahr 2019/2020 nach Ausbildungsgang	363
Abbildung 217: Veränderung der Kompetenzen bei den Bewerberinnen und Bewerbern in den letzten zehn Jahren	365
Abbildung 218: Entwicklung des Anteils der Schülerinnen und Schüler mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung in den letzten Jahren	367
Abbildung 219: Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit erfolgreich abgeschlossener Ausbildung, nach zukünftigem Arbeitsbereich	368
Abbildung 220: Einschätzung der Kooperation mit den Praxiseinrichtungen (n = 70)	369
Abbildung 221: Einschätzungen zu den Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung auf die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen (Pflegefachkräfte) (n = 70)	373
Abbildung 222: Zukünftiger Bedarf an Ausbildungsplätzen in der Pflege in der jeweiligen Region (n = 70)	377
Abbildung 223: Zustimmung zur Ausweitung der Ausbildungskapazitäten in den kommenden Jahren in der jeweiligen Region (n = 70)	378
Abbildung 224: Prognose der Bevölkerungsveränderung in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017	386
Abbildung 225: Prognose der Bevölkerungsveränderung im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	386
Abbildung 226: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017	391
Abbildung 227: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	392

Abbildung 228: Prognose der Veränderung des Versorgungsbedarfs der pflegebedürftigen Personen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017	396
Abbildung 229: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsbedarf Pflegegeld im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	399
Abbildung 230: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	402
Abbildung 231: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung (Pflegegeld und Pflegesachleistung) im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	406
Abbildung 232: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	412
Abbildung 233: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	414
Abbildung 234: Prognose der Veränderung der wochendurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	419
Abbildung 235: Prognose der Veränderung des Personalbedarfs an Pflegefachkräften in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017 in Vollzeitäquivalenten	425
Abbildung 236: Prognose der Veränderung des Personalbedarfs an Pflegefachkräften im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk in Vollzeitäquivalenten	427
Abbildung 237: Prognose der Veränderung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017	431
Abbildung 238: Prognose der Veränderung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk	434
Abbildung 239: Gesamteinschätzung über vier Versorgungsbereiche (Durchschnitt) nach Regierungsbezirk	439
Abbildung 240: Anteil Zustimmung der Aussage: „In unserer Region gibt es ein Potenzial an Pflegekräften, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, die mit geeigneten Maßnahmen wieder für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden können.“, getrennt nach ambulant und vollstationär	449

Abbildung 241: Unterstützungsangebote, die von Pflegepersonen als besonders hilfreich bewertet werden (Anteil der Befragten in %) 470

Tabellen

Tabelle 1:	Übersicht über die aktuellen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung (in Euro pro Monat)	37
Tabelle 2:	Übersicht über die weiteren Leistungsbeträge bei häuslicher Pflege (in Euro)	38
Tabelle 3:	Übersicht der Planungsregionen mit zugehörigen Kreisen und Regionalpläne (Stand Juli 2019)	46
Tabelle 4:	Planungsregionen mit zugehörigen Kreisgewichten	48
Tabelle 5:	Merkmale und Datenquellen Population, Pflegebedürftige und Pflegepersonal - Status-Quo und Bedarf (Prognose)	50
Tabelle 6:	Merkmale und Datenquellen Versorgungsstrukturen - Status-Quo und Bedarf (Prognose)	51
Tabelle 7:	Aufbau der Beschreibungen auf Kreis-, Regierungsbezirk-, - und Planungsebene	52
Tabelle 8:	Überblick zur methodischen Vorgehensweise bei den Online-Befragungen	55
Tabelle 9:	Überblick über den Aufbau der Fragebögen	57
Tabelle 10:	Rücklauf nach Akteursgruppe und Regierungsbezirk	60
Tabelle 11:	Pflegeschlüssel stationäre Pflege – Anzahl Pflegebedürftige je Pflegekraft	78
Tabelle 12:	Pflegeschlüssel stationäre Pflege – Anzahl Pflegekräfte je Pflegebedürftiger	79
Tabelle 13:	Relativgewichte des Soll-Personalbedarfs der vollstationären Dauerpflege (Stand 2019)	80
Tabelle 14:	Soll-Personalbedarfe nach Pflegegrad am Beispiel der Kurzzeitpflege (Stand 2019)	81
Tabelle 15:	Pflegegrad- und versorgungsartabhängige Soll-Personalbedarfe je Pflegeäquivalent bzw. tagesdurchschnittlich versorgtem Pflegebedürftigen	82
Tabelle 16:	Pflegesätze ambulante Pflegesachleistung 2017 und korrespondierende Relativgewichte der Personalaufwandrelation	84
Tabelle 17:	Pflegesachleistungsäquivalent 2: Pflegebedarfsrelation in der ambulanten Pflege (Stand 2019)	84

Tabelle 18:	Parametrisierung der Modellszenarien für die Pflegebedarfsprognosen	93
Tabelle 19:	Gegenüberstellung der vollstationären Dauerpflegeplätze in Pflegeheimen 2007 und 2017 auf Ebene der sieben Regierungsbezirke	98
Tabelle 20:	Kreise mit einem Rückgang der Kapazitäten in der vollstationären Dauerpflege im Zeitraum 2007 bis 2017	99
Tabelle 21:	Prozentuale Veränderung der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen im Zeitraum 2007 – 2017	100
Tabelle 22:	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen der vollstationären Pflege nach Altersgruppen (2007 – 2017)	101
Tabelle 23:	Anzahl vollstationäre Einrichtungen mit zielgruppenspezifischen Angeboten nach Regierungsbezirk (Stand Sept. 2019)	102
Tabelle 24:	Gegenüberstellung der Plätze in vollstationären Hausgemeinschaften in Bayern 2018 und 2019	104
Tabelle 25:	Prozentuale Veränderung des Personals in den Pflegeheimen im Zeitraum 2007 – 2017 nach Regierungsbezirken	104
Tabelle 26:	Personal in Pflegeheimen nach Tätigkeitsbereichen (Bayern insgesamt, 2007 - 2017)	105
Tabelle 27:	Anteil in Vollzeittätigkeit in Pflegeheimen 2017 nach Bundesland	106
Tabelle 28:	Ergebnisse der Berechnungen zur Personalentwicklung in vollstationären Einrichtungen nach dem PSG II (Bund und Bayern)	107
Tabelle 29:	Angebot Dauerpflegeplätze in vollstationären Einrichtungen nach Jahr	113
Tabelle 30:	Auslastung der Pflegeheime 2017 und 2018 in % (n = 235)	114
Tabelle 31:	Versorgungsbedarfe, die abgelehnt werden mussten (n = 57, Anzahl Nennungen)	117
Tabelle 32:	Personelle Ausstattung in Einrichtungen der Dauerpflege, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (Stand Januar 2020)	123
Tabelle 33:	Anzahl offene Stellen in Einrichtungen der Dauerpflege, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (Stand Januar 2020)	124
Tabelle 34:	Rekrutierungsländer EU/Nicht-EU (vollstationär)	127

Tabelle 35:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der vollstationären Dauerpflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise	130
Tabelle 36:	Anzahl zweckgebundener Kurzzeitpflegeplätze nach Regierungsbezirken (2019)	137
Tabelle 37:	Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste in Bayern 2007 bis 2017	138
Tabelle 38:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Kurzzeitpflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise	146
Tabelle 39:	Anzahl zweckgebundener Kurzzeitpflegeplätze nach Regierungsbezirken (2019)	149
Tabelle 40:	Tagespflegekapazitäten in den Regierungsbezirken Bayerns (2019)	151
Tabelle 41:	Veränderung der Pflegebedürftigen in der teilstationären Pflege im Zeitraum 2007 – 2017 nach Regierungsbezirken	151
Tabelle 42:	Anzahl solitäre Tagespflegen mit zielgruppenspezifischen Angeboten nach Regierungsbezirk (Stand Sept. 2019)	154
Tabelle 43:	Angebot Tagespflegeplätze solitär/eingestreut nach Jahr	158
Tabelle 44:	Versorgungsbedarfe, die abgelehnt werden mussten (solitär/eingestreut) (Anzahl Nennungen)	164
Tabelle 45:	Größe des Umkreises, aus dem die Tagespflegegäste (solitär/eingestreut) kommen	167
Tabelle 46:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot der Nachtpflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise	169
Tabelle 47:	Personelle Ausstattung in Einrichtungen der Tagespflege, differenziert nach Pflege- und Betreuungsbereich (Stand Januar 2020)	175
Tabelle 48:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Tagespflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise	178
Tabelle 49:	Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Tagespflegeangebots zur Stärkung der ambulanten Versorgungssituation (n = 132, Anzahl Nennungen)	183
Tabelle 50:	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen der ambulanten Pflegedienste nach Altersgruppen (2007 – 2017)	186

Tabelle 51:	Anzahl ambulanter Pflegedienste mit zielgruppenspezifischen Angeboten nach Regierungsbezirk (Stand Sept. 2019)	187
Tabelle 52:	Entwicklung ambulante Versorgung 2007 bis 2017 nach Regierungsbezirken (Index, 2007 = 100)	188
Tabelle 53:	Personal in ambulanten Pflegediensten nach Tätigkeitsbereichen (Bayern insgesamt, 2007 - 2017)	191
Tabelle 54:	Anteil in Vollzeittätigkeit in Pflegediensten 2017 nach Bundesland	192
Tabelle 55:	Versorgung Klientinnen und Klienten in ambulanten Pflegediensten nach Jahr	196
Tabelle 56:	Geplante (zielgruppenspezifische) Angebotsausweitung der Pflegedienste (n = 74; Anzahl der Nennung)	201
Tabelle 57:	Personelle Ausstattung in Pflegediensten, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (Stand Januar 2020)	202
Tabelle 58:	Anzahl offene Stellen in Pflegediensten, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (Stand Januar 2020)	203
Tabelle 59:	Rekrutierungsländer EU/Nicht-EU (ambulante Pflegedienste)	206
Tabelle 60:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der ambulanten Pflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise	208
Tabelle 61:	Übersicht alternativer/neuer Wohn- und Pflegeformen sowie Dienstleistungen in Bayern	221
Tabelle 62:	Übersicht der Förderprogramme im Rahmen der Richtlinie SeLA	223
Tabelle 63:	Entwicklung der abWGs für Menschen mit demenziellen Erkrankungen nach Regierungsbezirk (Zeitraum 2010 bis 2018)	234
Tabelle 64:	Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot alternativer Wohnformen 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise	240
Tabelle 65:	Anzahl Personen mit außerklinischer Intensivpflege in Bayern, nach Regierungsbezirk	245

Tabelle 66:	Übersicht der Pflegestützpunkte und Fachstellen für pflegende Angehörige (Haupt- und Außenstellen) nach Regierungsbezirk (Stand 10/2020)	258
Tabelle 67:	Angebotsbestand im Bereich Beratung nach Leistungsart	260
Tabelle 68:	Angebotsbestand im Bereich Unterstützung und Entlastung nach Leistungsart	262
Tabelle 69:	Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Regierungsbezirk in Bayern (Stand 30.09.2020)	264
Tabelle 70:	Rücklauf FPA nach Regierungsbezirk	265
Tabelle 71:	Personelle Ausstattung in Beratungsstellen (Anzahl Beschäftigte)	268
Tabelle 72:	Einschätzung des Beratungsangebots für Pflegebedürftige und deren Angehörige nach Anzahl und Anteil der Kreise	276
Tabelle 73:	Anzahl pflegebedürftige Kinder unter 15 Jahre nach Art der Versorgung (bundesweit)	280
Tabelle 74:	Anteil pflegebedürftiger Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre in Bayern, nach Regierungsbezirk	282
Tabelle 75:	Anteil pflegebedürftiger Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre in Bayern, nach Leistungsbezug (Stand 2017)	282
Tabelle 76:	Anzahl (junger) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 15 und 65 Jahren nach Art der Versorgung (bundesweit)	284
Tabelle 77:	Anteil (junger) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren in Bayern, nach Regierungsbezirk	285
Tabelle 78:	Anteil (junger) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren in Bayern, nach Leistungsbezug (Stand 31.12.2017)	286
Tabelle 79:	Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Bayern, nach Regierungsbezirk (Stand 2017)	288
Tabelle 80:	Einrichtungen (ambulant/stationär) mit palliativen Angeboten, nach Regierungsbezirk	301
Tabelle 81:	Entwicklungen hin zur generalistischen Pflegeausbildung	310
Tabelle 82:	Anzahl Personen „mit erfolgreichem Abschluss“ nach Berufen und Regierungsbezirk (2007 und 2017)	339
Tabelle 83:	Anzahl Personen mit abgebrochener Ausbildung nach Berufen und Regierungsbezirk (2017)	340

Tabelle 84:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- bzw. Pflegefachhilfskräfte in Bayern und nach Regierungsbezirken im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	342
Tabelle 85:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Oberbayerns im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	343
Tabelle 86:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Niederbayerns im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	344
Tabelle 87:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen der Oberpfalz im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	345
Tabelle 88:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Oberfrankens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	346
Tabelle 89:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Mittelfrankens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	347
Tabelle 90:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Unterfrankens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	348
Tabelle 91:	Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Schwabens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %	350
Tabelle 92:	Rücklauf Berufsfachschulen im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Pflege, nach Regierungsbezirk	354
Tabelle 93:	Anzahl genehmigter Schulplätze nach Ausbildungsgang	357
Tabelle 94:	Anzahl Pflegeschülerinnen und -schüler nach Ausbildungsgang und Ausbildungsjahr (Stand 03/04 2020)	358
Tabelle 95:	Anteil Schülerinnen und Schüler mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung im Schnitt der letzten Jahre, nach Ausbildungsgang (Angabe in %)	366
Tabelle 96:	Potenzielle Maßnahmen zur Erhöhung der Zahl der Pflegeschülerinnen und -schüler in der Pflege	376
Tabelle 97:	Prognose der Bevölkerungsentwicklung in Bayern	385
Tabelle 98:	Prognose der Bevölkerungsentwicklung nach Regierungsbezirk	388

Tabelle 99:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern	390
Tabelle 100:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern nach Pflegegrad	391
Tabelle 101:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen nach Regierungsbezirk	392
Tabelle 102:	Prognose der Entwicklung des Versorgungsbedarfs der pflegebedürftigen Personen in Bayern	396
Tabelle 103:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld in Bayern	398
Tabelle 104:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld nach Regierungsbezirk	399
Tabelle 105:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung in Bayern	401
Tabelle 106:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung nach Regierungsbezirk	402
Tabelle 107:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung (Pflegegeld und Pflegesachleistung) in Bayern	404
Tabelle 108:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung (Pflegegeld und Pflegesachleistung) nach Regierungsbezirk	405
Tabelle 109:	Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ganztägige Verhinderungspflege in Bayern	407
Tabelle 110:	Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart tageweise ambulante Verhinderungspflege nach Regierungsbezirk	408
Tabelle 111:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege in Bayern	410
Tabelle 112:	Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege nach Regierungsbezirk	411

Tabelle 113:	Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege in Bayern	413
Tabelle 114:	Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege nach Regierungsbezirk	414
Tabelle 115:	Prognose der Entwicklung der wochendurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege in Bayern	418
Tabelle 116:	Prognose der Entwicklung der wochendurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege nach Regierungsbezirk	419
Tabelle 117:	Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs in Bayern nach Qualifikationsniveau in Vollzeitäquivalenten	423
Tabelle 118:	Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs in Bayern nach Einrichtungsart und Qualifikationsniveau in Vollzeitäquivalenten	424
Tabelle 119:	Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs nach Regierungsbezirk und Qualifikationsniveau in Vollzeitäquivalenten	426
Tabelle 120:	Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern nach der Einrichtungsart	430
Tabelle 121:	Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern nach der Art der Versorgung	431
Tabelle 122:	Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen nach Regierungsbezirk und Art der Versorgung	433
Tabelle 123:	Aggregierte Einschätzung* der regionalen Versorgungssituation 2020 aus den Online-Befragungen	440
Tabelle 124:	Möglichkeiten, um als guter Arbeitgeber gesehen zu werden (absteigend nach Anzahl der Nennungen)	451
Tabelle 125:	Potentielle Maßnahmen zur Wiedergewinnung von Pflegekräften für eine Tätigkeit in der Altenpflege (stationär: n = 148; ambulant: n = 222)	452
Tabelle 126:	Umgesetzte bzw. geplante Maßnahmen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken (absteigend nach Anzahl der Nennungen [gesamt])	453
Tabelle 127:	Potentielle Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege aus Sicht der Einrichtungen (unabhängig der Versorgungsart)	457

Tabelle 128:	Übersicht Seniorenpolitische Gesamtkonzepte/Pflegebedarfserhebungen und – prognosen in den 96 Kreisen (Stand Juli 2020)	479
Tabelle 129:	Gegenüberstellung der vollstationären Plätze in Pflegeheimen 2007 und 2017 auf Kreisebene	571
Tabelle 130:	Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen bis 2025 bzw. 2030 nach Kreisen	575
Tabelle 131:	Bedarf an teilstationären Pflegeplätzen bis 2025 bzw. 2030 nach Kreisen und Mehrbedarf gegenüber 2017	579

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
abWG(s)	Ambulant betreute Wohngemeinschaft(en)
AfA	Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung GbR
AGSG	Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze
ALS	amyotrophe Lateralsklerose
AltPflG	Altenpflegegesetz
AltPflAPrV	Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
AS	Außenstelle
AVPfleWoqG	Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BayLplG	Bayerisches Landesplanungsgesetz
BaWü	Baden-Württemberg
Bew.	Bewohnerinnen und Bewohner
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
DEAS	Deutscher Alterssurvey
Destatis	Statistisches Bundesamt
DIGAB	Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung e. V.
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
FPA	Fachstelle(n) für pflegende Angehörige
FPP	Familienpflegepotenzial
FQA	Fachstelle(n) für Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht (eh. Heimaufsicht)

Abkürzung	Erläuterung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV - IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
HIV	Human immunodeficiency virus (Humane Immundefizienz-Virus)
HKP	Häusliche Krankenpflege
HS	Hauptstelle
LfP	Bayerisches Landesamt für Pflege
LfStat	Bayerisches Landesamt für Statistik
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
LK	Landkreis
o. J.	ohne Jahr
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
krfr. St.	kreisfreie Stadt
LEP	Landesentwicklungsprogramm Bayern
LSPK	Landespflegesatzkommission
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MS	Multiple Sklerose
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PBP	Pflegebedarfsplanung/-prognose
PDL	Pflegedienstleitung
PFH	Pflegfachhilfe
PfIAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfleWoqG	Pflege- und Wohnqualitätsgesetz
PG	Pflegegrad
PKV	Private Krankenversicherung e. V.

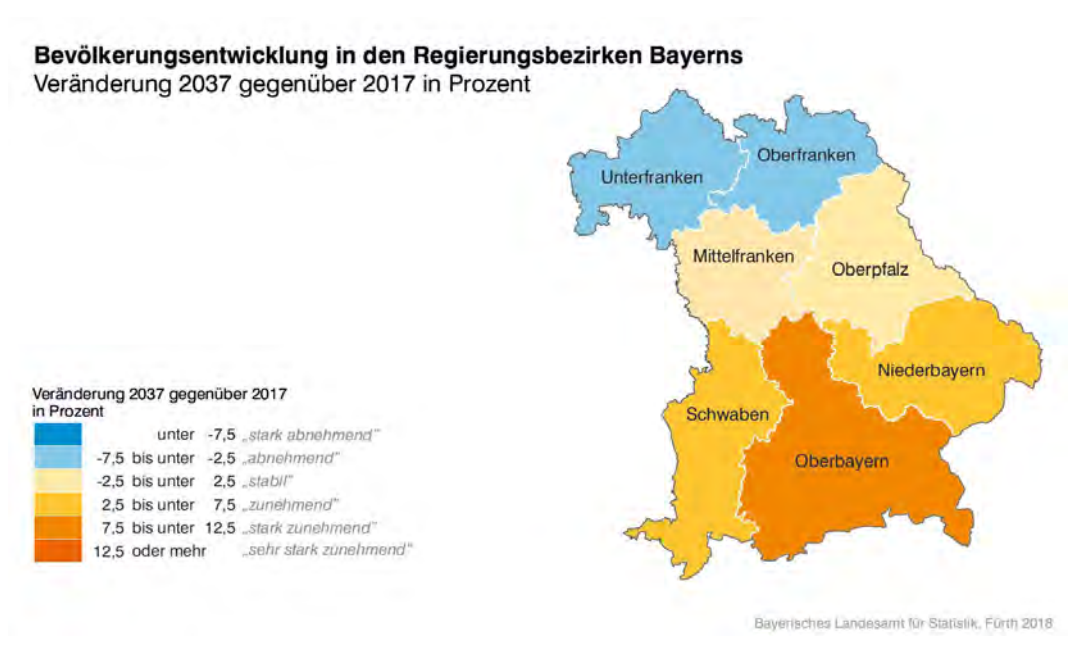
Abkürzung	Erläuterung
PP	Pflegeprävalenz
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PSÄ	Pflegesachleistungsäquivalent
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt(e)
RBZ	Regierungsbezirk
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SeLA	(Richtlinie) Selbstbestimmt Leben im Alter
SGB	Sozialgesetzbuch
SPGK	Seniorenpolitisches Gesamtkonzept
StK	Bayerische Staatskanzlei
StMAS	Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
StMUK	Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
StMWi	Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie
TB	Teilbereich
TBC	Tuberkulose
TP	Tagespflege
UN - BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
vbw	Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft
VdPB	Vereinigung der Pflegenden in Bayern
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WoleRaF	Richtlinie zur Förderung neuer ambulant betreuter Wohngemeinschaften sowie zur Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Lebensqualität und Rahmenbedingungen in der Pflege (kurz: Förderrichtlinie Pflege)

1. Hintergrund und Ziel der Untersuchung

In den kommenden Jahren wird der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung in Deutschland deutlich zunehmen. Zugleich erreichen ältere Menschen häufiger ein sehr hohes Alter. Der Anteil der über 80-Jährigen wird von derzeit 4 Prozent auf rund 12 Prozent im Jahr 2050 ansteigen. Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko, hilfs- und pflegebedürftig zu werden.

In Bayern wird sich die Bevölkerung insgesamt in den nächsten 20 Jahren um 484.000 Personen erhöhen, der Zuwachs in den Alterskohorten 65 Jahre und älter jedoch fällt mit knapp einer Million fast doppelt so hoch aus (bis 2037: + 956.700 Personen (Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) 2018)). Das bedeutet auf der anderen Seite, dass die Bevölkerung in den jüngeren Alterskohorten entsprechend abnehmen wird. Die folgende Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Entwicklung in den einzelnen Regionen Bayerns unterschiedlich verlaufen wird – im Norden Bayerns geht die Bevölkerung insgesamt zurück, in den südlichen Bezirken dagegen wächst sie bis 2037.

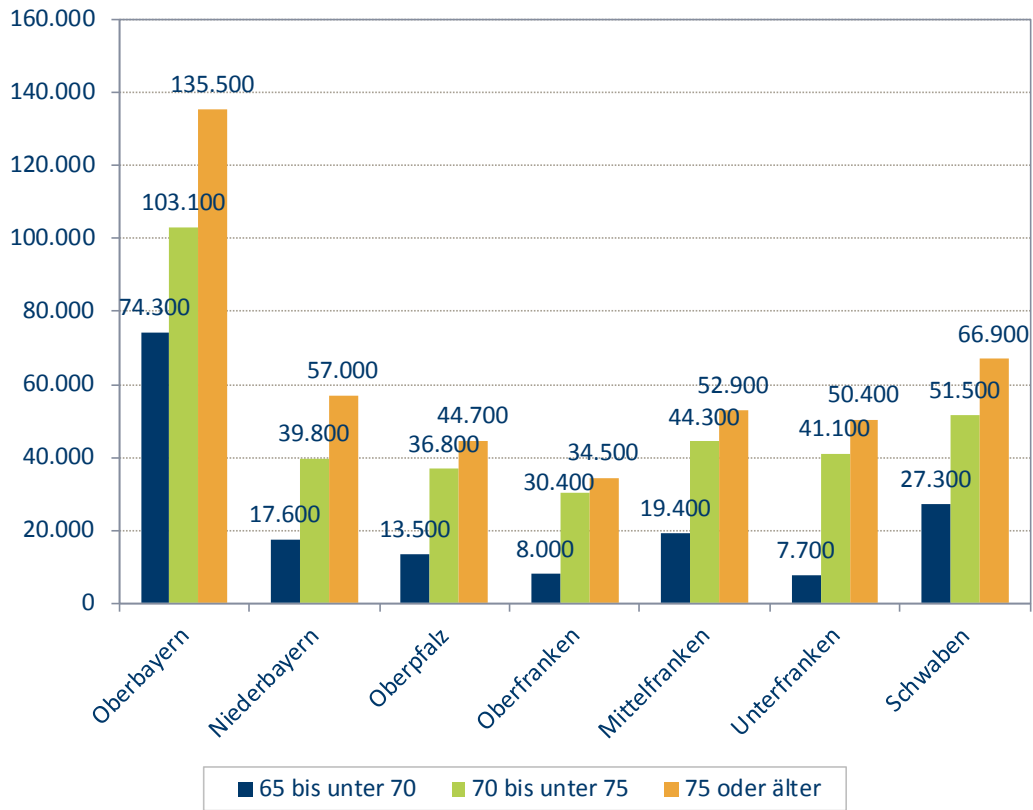
Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung in den Regierungsbezirken Bayerns



Quelle: LfStat 2018: 4

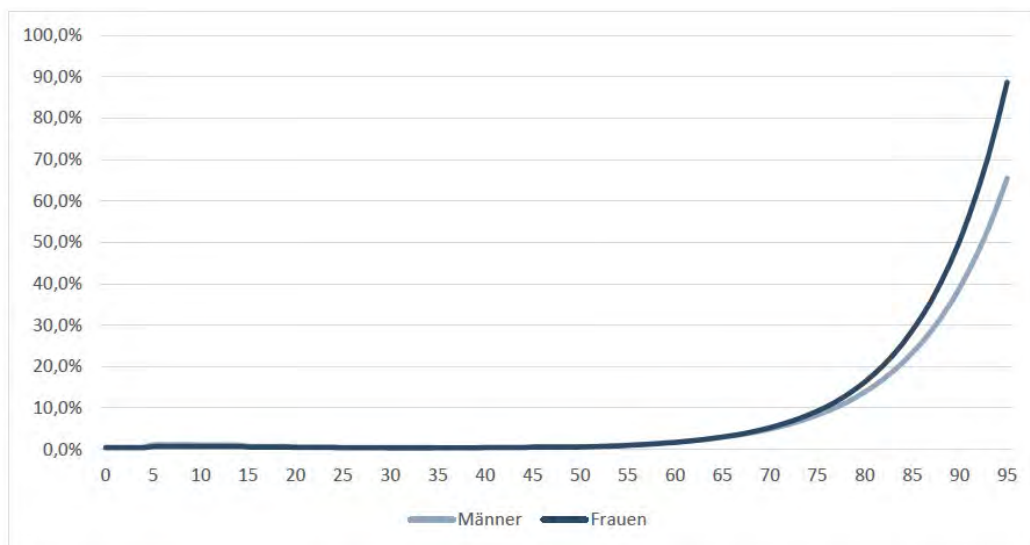
Wie bereits ein Blick auf die Entwicklung der höheren Alterskohorten in Bayern bis 2037 zeigt (s. Abbildung 2), erhöht sich die Zahl der über 75-Jährigen in allen Regierungsbezirken am stärksten – auch in Regionen, deren Bevölkerung insgesamt schrumpfen wird (Ober- und Unterfranken). Da die Prävalenz von Pflegebedarf ab dem Alter von etwa 75 Jahren stark ansteigt (s. Abbildung 3), ist zu erwarten, dass auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird.

Abbildung 2: Zuwachs der Bevölkerung in den Altersgruppen ab 65 Jahren bis 2037 nach Bezirken (in Personen, Ausgangsjahr 2017)



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Abbildung 3: Prävalenz Pflegebedarf in Deutschland 2015



Quelle: Kochskämper 2018: 9

Im Zeitraum 1999 bis 2015 stieg in Bayern die Zahl der Pflegebedürftigen im Bundesländervergleich nur unterdurchschnittlich an – um 26 % (bundesweit um 50 %, in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sogar um über 80 %). 2015 hatte Bayern die niedrigste Pflegeprävalenz – der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung lag bei 2,9 %, bundesweit bei 3,7 %, den höchsten Anteil wies mit 5,1 % Mecklenburg-Vorpommern auf (Kochskämper 2018: 7).

Prognosen zur künftigen Entwicklung der Pflegefallzahlen erwarten für den Freistaat Bayern im Bundesvergleich den höchsten relativen Zuwachs (plus 40 %) an Pflegefällen – von 374.169 (2015) auf 522.070 Personen (2035). Das liegt vor allem am hohen relativen Zuwachs der Hochbetagten, über 80-Jährigen (plus 51 % in Bayern bis 2035, das Spektrum reicht von Berlin + 18 % bis Thüringen + 67 %), aber auch am zu erwartenden Bevölkerungszuwachs bis 2035 in Bayern (zweithöchster Wert nach Berlin), während die Bevölkerung in den ostdeutschen Bundesländern schrumpft. Die Pflegeprävalenz in Bayern wird daher bis 2035 voraussichtlich auf 3,9 % ansteigen (ebd.: 15ff.).

Angesichts einer im bundesweiten Vergleich bereits heute relativ hohen Auslastung der Pflegeheime in Bayern mit knapp 93 % (136.149 Plätze und 126.259 Bewohnerinnen und Bewohner zum Jahresende 2017 (LfStat 2019a) ist damit zu erwarten, dass die vorhandenen Kapazitäten in den nächsten Jahren ausgebaut werden müssen – regional betrachtet allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.

Ziel des Pflegegutachtens Bayern bis 2050 ist es, die aktuelle Ist-Pflegesituation im häuslichen, vollstationären und teilstationären Bereich in Bayern insgesamt, den Regierungsbezirken, Planungsregionen und Landkreisen sowie kreisfreien Städten abzubilden. Weiterhin sollte eine Pflegebedarfsprognose bis zum Jahr 2025 und, in weiteren 5-Jahres-Schritten, eine Prognose ab dem Jahr 2030 bis zum Jahr 2050 erstellt werden, einschließlich des erforderlichen Pflegepersonals.

Der vorliegende Abschlussbericht, Teil A, enthält alle wesentlichen Untersuchungsergebnisse auf der Ebene Bayerns sowie der sieben Regierungsbezirke. Ergänzend sind im Bericht Teil B die Daten für die 18 Planungsregionen und 96 Landkreise/kreisfreien Städte abgebildet. Der Teil A gliedert sich in folgende Abschnitte:

- ◆ Rechtlicher Rahmen der pflegerischen Versorgung (Kapitel 2)
 - ◆ Methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung und -analyse (Kapitel 3)
 - ◆ Darstellung der aktuellen Versorgungssituation nach Versorgungsbereichen (Kapitel 4)
 - ◆ Pflegebedarfsprognose bis 2050 (Kapitel 5)
 - ◆ Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen (Kapitel 6).
-

2. Rechtlicher Rahmen der Pflege und Richtlinien in Bayern

Die rechtlichen Rahmenbedingungen in der Pflege werden sowohl aus Sicht der Leistungsempfängerinnen und -empfänger (s. Abschnitt 2.1) als auch der Aufgabenträger und Leistungserbringer (s. Abschnitt 2.2) dargestellt. In Abschnitt 2.3 wird darüber hinaus ein Überblick zur kommunalen Seniorenpolitik Bayerns gegeben.

2.1 Leistungen der Pflegeversicherung

In Deutschland gilt in der Pflegeversicherung eine Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten. Die Leistungen der sozialen (und privaten) Pflegeversicherung sind bundesweit einheitlich festgelegt und umfassen grundsätzlich Leistungen bei der Pflege zu Hause, im Heim sowie Leistungen für alternative Wohnformen. Die Pflegeversicherung deckt meist nur einen Teil der Kosten der Pflege ab (Teilkostenversicherung), der Rest ist privat zu finanzieren. Die Leistungen der Pflegeversicherung können als Sachleistung, Geldleistung oder eine Kombination aus beidem in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist die Einstufung als „pflegebedürftig“ für voraussichtlich mindestens sechs Monate. Der Grad der Pflegebedürftigkeit (1 bis 5) bestimmt auch die Höhe der Sach- bzw. Geldleistungen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die aktuellen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung (in Euro pro Monat)

Pflegegrad	vollstationäre Versorgung	häusliche Pflege Sachleistung	häusliche Pflege Geldleistung
Pflegegrad 1	125	(-)	(-)
Pflegegrad 2	770	689	316
Pflegegrad 3	1.262	1.298	545
Pflegegrad 4	1.775	1.612	728
Pflegegrad 5	2.005	1.995	901

Quelle: IGES, auf Grundlage von Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2019

Bei ambulanter Versorgung kommen bei Bedarf weitere Leistungen wie Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, teilstationäre Tages- und Nachtpflege (s. im Detail Tabelle 2) sowie ein monatlicher Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro in allen fünf Pflegegraden hinzu. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen werden für alle Leistungsempfangenden mit bis zu 4.000 Euro je Maßnahme bezuschusst.

Pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen (abWGs) haben weiterhin einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich (alle Pflegegrade). Für die Gründung von Pflege-Wohngemeinschaften

(WGs) kann eine Anschubfinanzierung von 2.500 Euro pro Person, max. 10.000 Euro pro WG, gewährt werden.

Tabelle 2: Übersicht über die weiteren Leistungsbeträge bei häuslicher Pflege (in Euro)

Pflegegrad	Verhinderungspflege (bis zu € pro Jahr)	Kurzzeitpflege (bis zu € pro Jahr)	Tages- und Nachtpflege (bis zu € monatlich)
Pflegegrad 2	474/1.612*	1.612	689
Pflegegrad 3	817,50/1.612*	1.612	1.298
Pflegegrad 4	1.092/1.612*	1.612	1.612
Pflegegrad 5	1.351,50/1.612*	1.612	1.995

Quelle: IGES, auf Grundlage von BMG 2019

Anmerkung: *Bei Verhinderungspflege durch nahe Angehörige gilt der niedrigere Betrag, der höhere bei sonstigen Personen.

Zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten Pflegebedürftige mit Hauptwohnsitz in Bayern ab Pflegegrad 2 auf Antrag pro Jahr 1.000 Euro als sog. „Landespflegegeld“. Es konnte erstmals für das Pflegegeldjahr 2017/2018 (01.10.2017 - 30.09.2018) beantragt werden (Bayerisches Landesamt für Pflege (LfP) o. J.).

Alle pflegebedürftigen Personen haben seit 2009 gem. § 7a SGB XI einen „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung)“.

Auch für pflegende Angehörige (Pflegepersonen) sieht die Pflegeversicherung Leistungsansprüche vor. Diese reichen von der Zahlung von Beiträgen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung über Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der Pflegeperson bis hin zu Pflegekursen und individuellen Schulungen, die von den Pflegekassen angeboten werden (BMG 2019: 21).

2.2 Landesrechtliche Grundlagen für die Akteure und Leistungserbringer in Bayern

In § 8 Abs. 1 SGB XI ist die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert, für deren Erfüllung Bund, Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen eng zusammenarbeiten. Konkrete Vorschriften sind für alle genannten Verantwortlichen separat geregelt. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen findet sich in den §§ 12 und 69 SGB XI. Die Pflegekassen sind für die „Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich“. Die Verpflichtung bezieht sich dabei auf eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem

allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung“. Dazu werden Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern geschlossen. Die Pflegekassen sollen auch u. a. durch Pflegestützpunkte (PSP) auf eine Vernetzung der örtlichen Strukturen hinwirken.

Der Auftrag der Bundesländer ist es, gemäß § 9 SGB XI eine „leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur“ vorzuhalten. Die genaue Ausgestaltung dieses Auftrages findet sich in den jeweiligen Landespflegegesetzen, deren Vorgaben in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sind.

Im Freistaat Bayern regelt das Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) vom 8. Dezember 2006 im neunten Teil die Vorschriften für die Soziale Pflegeversicherung mit dem Zweck, „eine bedarfsgerechte, leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten“ (Art. 68 AGSG). Die zuständigen Aufgabenträger auf kommunaler Ebene sind für jede Einrichtungsart in den Artikeln 71 bis 73 genannt. Auf Antrag können kreisangehörige Gemeinden Aufgaben der Landkreise durchführen (Art. 75).

Wesentliche Rechtsgrundlagen für die Betreiber von Pflegeeinrichtungen in Bayern sind das Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PflWoqG) vom 8. Juli 2008, zusammen mit der entsprechenden Ausführungsverordnung (AVPflWoqG) vom 27. Juli 2011. Darin sind insbesondere die baulichen und personellen sowie die Anforderungen an die Qualitätssicherung enthalten.

Konkrete Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten ergeben sich aus dem AVPflWoqG (§§ 15 und 16): Bei mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern muss mindestens jede zweite betreuend tätige Person eine Fachkraft mit mindestens einer dreijährigen Berufsausbildung oder Studium sein (vgl. § 16 AVPflWoqG).

Die Fachkraftquote gilt immer als nicht erfüllt, wenn nicht 50 % der betreuenden und pflegenden Mitarbeitenden, bezogen auf die in der Vergütungsvereinbarung vereinbarten Soll-Vorgaben und Fachkraftquoten, Fachkräfte im Sinne des § 16 AVPflWoqG sind. Das heißt, der vereinbarte Personalschlüssel muss ebenso erfüllt sein wie die vereinbarte Fachkraftquote. Bewohnerinnen und Bewohner, die vorübergehend im Krankenhaus sind, werden bei der Ermittlung der Quoten dennoch einbezogen. Weiterhin müssen in stationären Einrichtungen der Pflege und für ältere Menschen gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte im Verhältnis 1:30, in gerontopsychiatrischen Einrichtungen oder Wohnbereichen entsprechend dem Verhältnis von je einer Fachkraft pro 20 Bewohnerinnen und Bewohnern eingesetzt werden (§ 15 Abs. 3 AVPflWoqG).

Gem. § 75 Abs. 1 SGB XI schließen die Landesverbände der Pflegekassen (mit Beteiligung des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und des Ver-

bandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) mit den Trägern der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. § 75 Abs. 2 SGB XI bestimmt die Inhalte dieser Rahmenvereinbarungen, die damit auch eine Planungsgrundlage für die Kommunen darstellen:

- ◆ den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
 - ◆ die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
 - ◆ Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
 - ◆ die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
 - ◆ Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
 - ◆ den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
 - ◆ die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,
 - ◆ die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
 - ◆ die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können,
 - ◆ die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 2,
-

- ♦ die Anforderungen an die nach § 85 Abs. 3 geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen.

Während es in einigen Bundesländern Rahmenverträge für alle vier Einrichtungsarten (vollstationär, Kurzzeitpflege, teilstationär und ambulante Pflege) gibt, haben die Landesverbände in Bayern nur drei Rahmenvereinbarungen abgeschlossen - für den Bereich der ambulanten Pflege (01. April 1995), der vollstationären Pflege (01. März 2013) und der teilstationären Pflege (01. August 2018).

2.3 Kommunale Seniorenpolitik

Die bayerische Seniorenpolitik begegnete den neuen gesellschaftlichen Herausforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung mit einem seniorenpolitischen Konzept (StMAS 2006). In diesem orientierte sie sich „(...) am Wunsch älterer Menschen, möglichst lange selbstbestimmt in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung leben zu können.“ (StMAS o. J.). Gem. Art. 69 AGSG sind die 96 Kreise seit dem 1. Januar 2007 verpflichtet, integrative regionale seniorenpolitische Gesamtkonzepte (SPGK) zu entwickeln (StMAS 2017: 7).

Die Kommune, als Lebenswelt älterer Menschen, nimmt eine zentrale Rolle ein und steht zunehmend vor Herausforderungen, Strukturen vor Ort aufzubauen und zeitgemäß an die Bedürfnisse dieser heterogenen Zielgruppe anzupassen - sei es durch die Schaffung von barrierefreien Zugängen, Teilhabemöglichkeiten, ausreichender Infrastruktur (Geschäfte, ärztliche Versorgung etc.) oder auch Unterstützungsmöglichkeiten für zu Hause bis hin zu alternativen Wohnformen im Alter (s. auch Abschnitt 4.5) (StMAS o. J.).

Die SPGK bilden den planerischen Rahmen für passgenaue regionale Unterstützungsstrukturen und basieren auf einer Bestandsanalyse sowie Prognosen, um die Herausforderungen für die jeweiligen Kommunen abbilden und diesen aktiv begegnen zu können. Im Eckpunktepapier der Landesregierung wurde inhaltlich eine Differenzierung in elf Handlungsfelder empfohlen (vgl. StMAS 2010: 5):

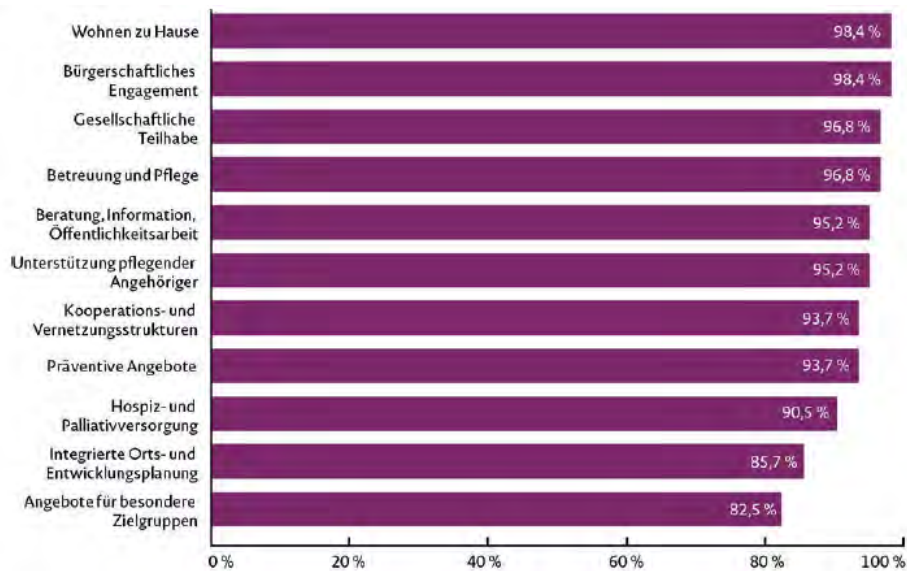
1. **Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung:** Bauleit- und Verkehrsplanung, barrierefreie/-arme Räume, Nahversorgungsinfrastruktur und Einzelhandel, Öffentlicher Personennahverkehr
2. **Wohnen zu Hause:** Angebote von der Wohnberatung bis zu alternativen Wohnformen, besonders wichtig sind das „Wohnen bleiben“ einschl. Wohnraumanpassung, barrierefreies Bauen
3. **Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit:** soll generell den Zugang zu Versorgungseinrichtungen erleichtern – Informationsbroschüren, Anlauf- und Beratungsstellen etc.
4. **Präventive Angebote:** setzt an vorhandenen Ressourcen und an der Selbstverantwortung für ein gesundes und aktives Altern an – sportliche Aktivitäten, Ernährungsberatung, Früherkennung (Hausärztinnen und -ärzte). Sturzprophylaxe und präventive Hausbesuche

5. **Gesellschaftliche Teilhabe:** es sollen vorhandene Kontakte stabilisiert, neue begründet und damit der im Alter häufig zunehmenden Vereinsamung entgegengewirkt werden (Seniorenbeiräte, stadtteilorientierten Alten- und Servicezentren, Volkshochschulen, Mehrgenerationenhäuser etc.)
6. **Bürgerschaftliches Engagement für und von Seniorinnen und Senioren:** Förderung ehrenamtlichen Engagements (Pflegebegleiter, Ausbildungspaten, „Senioren ans Netz“, Kinderbetreuung etc.)
7. **Betreuung und Pflege:** beinhaltet neben den stationären Pflegeplätzen die häusliche Versorgung durch ambulante Dienste, Beratungsangebote wie Wohnberatung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Tagespflege, Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege, Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen zu Hause, ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie unterschiedlichste niedrigschwellige Angebote und Betreuungsformen
8. **Unterstützung pflegender Angehöriger:** Fachstellen für pflegende Angehörige in jedem bayerischen Landkreis, niedrigschwellige Angebote, Betreuungsgruppen etc.
9. **Angebote für besondere Zielgruppen:** Menschen mit demenziellen oder anderen psychischen Erkrankungen, vor allem auch mit Depressionen, Menschen mit Behinderung und Personen mit Migrationshintergrund
10. **Kooperations- und Vernetzungsstrukturen:** träger- und ressortübergreifende Vernetzung, teilräumliche Arbeitsgemeinschaften, auch mit verschiedenen Trägerorganisationen, gemeinsame Fortbildungen
11. **Hospiz- und Palliativversorgung:** sektorenübergreifende, regionale Netzwerke

Die Bedarfsermittlung ist gem. Art. 69 Abs. 2 „(...) Bestandteil eines integrativen, regionalen seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes, das nach dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ die Lebenswelt älterer Menschen mit den notwendigen Versorgungsstrukturen sowie neue Wohn- und Pflegeformen für ältere und pflegebedürftige Menschen im ambulanten Bereich umfasst“.

Die Ergebnisse der Evaluation der SPGK durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2015 zeigten, dass die Mehrheit der in der Evaluation untersuchten Konzepte den Bestand und den Bedarf in den einzelnen Handlungsfeldern gut abbildet, jedoch nur 90 % der 63 Kreise mit SPGK diese elf Handlungsfelder bei der Konzepterstellung berücksichtigten (StMAS 2017: 10f.). Abbildung 4 zeigt die am häufigsten berücksichtigten Handlungsfelder.

Abbildung 4: Berücksichtigte Handlungsfelder bei der Konzepterstellung durch die Landkreise und kreisfreien Städte (n = 63) (Okt. 2015)



Quelle: KDA-Kommunal-Befragung in Bayern 2015 in StMAS 2017: 12

„Wohnen zu Hause“, „Unterstützung pflegender Angehöriger“, und „Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung“ wurden mehrheitlich als zukünftig wichtigste Handlungsfelder eingestuft – hier sah man auch dringenden Entwicklungsbedarf. „Betreuung und Pflege“ wurde an siebter Stelle der dringlichen Handlungsfelder platziert (StMAS 2017: 11).

In den kreisfreien Städten sind für die Umsetzung der SPGK die Städte selbst verantwortlich, während in den Landkreisen die Unterstützung der kreisangehörigen Gemeinden erforderlich ist. Hier zeigte sich, dass im Bereich „Betreuung und Pflege“ mehr Städte (83,3 %; n = 12) Maßnahmen in diesem Handlungsfeld umgesetzt haben als in den kreisangehörigen Gemeinden (15 %; n = 20) (ebd.: 13).

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurden alle verfügbaren kommunalen Alten- und Pflegeberichte, primär die SPGKs sowie Pflegebedarfserhebungen und –planungen (PBP) (Bestands- und Bedarfsermittlung nach Art. 69 Abs. 1 AGSG) der 96 Kreise, durch IGES recherchiert. Der Prozess wurde durch eine Abfrage aller Kreise mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) begleitet, mit dem Ziel, möglichst aktuelle Daten zu den pflegerischen Versorgungsstrukturen auf Kreisebene zu erhalten. In diesem Zuge wurden die Kommunen gebeten, die zuletzt veröffentlichten SPGK sowie PBP zur Verfügung zu stellen und Auskunft über geplante Fortschreibungen zu geben. Nach Rückmeldung aller 96 Kreise war festzustellen, dass sich ein Großteil der Kreise aktuell in der Fortschreibungs-/Aktualisierungsphase befindet und lediglich 18 Kreise über eine PBP aus den Jahren 2017 - 2020 verfügen (s. Anhang 1).

Nach Sichtung der einzelnen SPGKs zeigte sich zudem, dass die Kreise die Konzeptentwicklung unterschiedlich handhaben: 78 % der Kreise wurden dabei durch externe Institute unterstützt. Zukünftig würden jedoch viele Kreise eine Konzeptentwicklung bzw. -fortschreibung und -umsetzung aus eigenen personellen Mitteln anstreben (StMAS 2017: 17). Unterstützend dafür könnte die im Rahmen der Evaluation entwickelte Arbeitshilfe (vgl. StMAS 2017) sein, die als Instrument zur Umsetzung der SPGK dient und auf lokaler Ebene hilft, Ideen, Beispiele und Anleitungen für die Seniorenarbeit zu gewinnen.

3. Methodisches Vorgehen

Im Abschnitt 3.1 erfolgt die jeweilige Darstellung der methodischen Vorgehensweise bei den Analysen für die einzelnen regionalen Ebenen (Planungsregionen, Regierungsbezirke, Kreise). Die ergänzend zu dieser Analyse durchgeführten Befragungen verschiedener Akteure werden im Einzelnen methodisch im Abschnitt 3.2 näher erläutert.

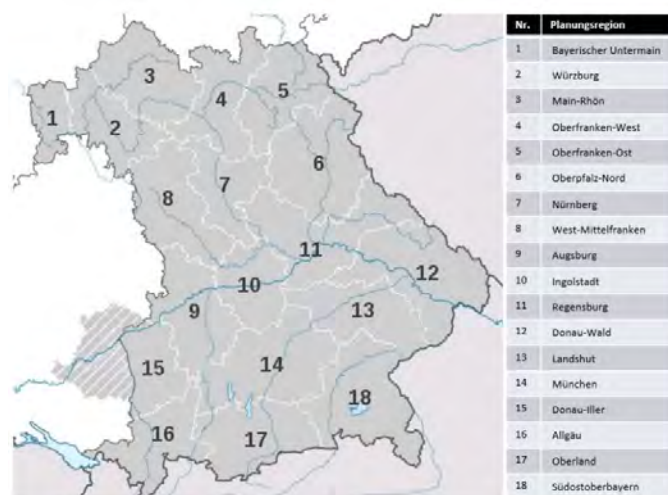
3.1 Analyse der Versorgungs- und Beratungsstrukturen

3.1.1 Analyse auf Ebene der Planungsregionen Bayerns

Gemäß des Bayerischen Landesplanungsgesetzes (BayLplG) vom 25. Juni 2012 ist es Aufgabe der Landesplanung „(...) den Gesamttraum des Freistaates Bayern und seine Teilräume auf Grund einer fachübergreifenden Koordinierung unter den Gesichtspunkten der Raumordnung zu entwickeln, zu ordnen und zu sichern.“ (Art. 1 Abs. 1 S. 1 BayLplG). In diesem Rahmen dient das Landesentwicklungsprogramm Bayern (LEP) gem. Art. 19 BayLplG als Grundlage und Richtschnur und ist als „(...) fachübergreifende[s] Zukunftskonzept der Bayerischen Staatsregierung für die räumliche Ordnung und Entwicklung Bayerns (...)“ zu sehen, welches landesweit raumbedeutsame Festlegungen (Ziele und Grundsätze) beinhaltet (Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie (StMWi) o. J.a).

Basierend auf dem LEP werden gem. Art. 1 Abs. 2 Nr. 1 BayLplG Raumordnungspläne (Regionalpläne) erstellt und bei Bedarf fortgeschrieben. Diese Aufgabe obliegt den Regionalen Planungsverbänden (StMWi o. J.b), wovon es in Bayern 18 gibt (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Übersicht der 18 Planungsregionen mit den zugehörigen regionalen Planungsverbänden in Bayern



Quelle: IGES, Karte: Wikipedia 2019

Die Regionalpläne der 18 Planungsregionen wurden durch IGES recherchiert und in Hinblick auf die zu untersuchenden Themenbereiche (Versorgungsstrukturen und Pflegefachkräfte) analysiert.

Die folgende Tabelle 3 enthält eine Aufstellung der Regionalen Planungsverbände/Planungsregionen mit den zugehörigen Kreisen sowie den zuletzt veröffentlichten Regionalplänen.

Tabelle 3: Übersicht der Planungsregionen mit zugehörigen Kreisen und Regionalpläne (Stand Juli 2019)

Nr.	Planungsregion	Zugehörige Kreise	Regionalplan (Jahr)
1	Bayerischer Untermain	Aschaffenburg (krfr. St.), Aschaffenburg (Lk), Miltenberg (Lk)	2017
2	Würzburg	Würzburg (krfr. St.), Kitzingen (Lk), Main-Spessart (Lk), Würzburg (Lk)	2017
3	Main-Rhön	Schweinfurt (krfr. St.), Bad Kissingen (Lk), Haßberge (Lk), Rhön-Grabfeld (Lk), Schweinfurt (Lk)	2008
4	Oberfranken-West	Bamberg (krfr. St.), Coburg (krfr. St.), Bamberg (Lk), Coburg (Lk), Forchheim (Lk), Kronach (Lk), Lichtenfels (Lk)	1999
5	Oberfranken-Ost	Bayreuth (krfr. St.), Hof (krfr. St.), Bayreuth (Lk), Hof (Lk), Kulmbach (Lk), Wunsiedel im Fichtelgebirge (Lk), Gemeinde Waldershof in Tirschenreuth (Lk)	2015
6	Oberpfalz-Nord	Amberg (krfr. St.), Weiden i. d. Oberpfalz (krfr. St.), Amberg-Sulzbach (Lk), Neustadt a. d. Waldnaab (Lk), Schwandorf (Lk), Tirschenreuth (Lk) (ohne Gemeinde Waldershof)	2019
7	Nürnberg	Erlangen (krfr. St.), Fürth (krfr. St.), Nürnberg (krfr. St.), Schwabach (krfr. St.), Erlangen-Höchstadt (Lk), Fürth (Lk), Nürnberger Land (Lk), Roth (Lk)	1988
8	Westmittelfranken	Ansbach (krfr. St.), Ansbach (Lk), Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lk), Weißenburg-Gunzenhausen (Lk)	2011 (TB: Soziale und kulturelle Planung)
9	Augsburg	Augsburg (krfr. St.), Aichach-Friedberg (Lk), Augsburg (Lk), Dillingen a. d. Donau (Lk), Donau-Ries (Lk)	2007
10	Ingolstadt	Ingolstadt (krfr. St.), Eichstätt (Lk), Neuburg-Schrobenhausen (Lk), Pfaffenhofen	2006

Nr.	Planungsregion	Zugehörige Kreise	Regionalplan (Jahr)
		a. d. Ilm (Lk)	
11	Regensburg	Regensburg (krfr. St.), Cham (Lk), Neu- markt i. d. Opf. (Lk), Regensburg (Lk), Kehlheim (Lk)	2003 (TB: Gesund- heits- und So- zialwesen)
12	Donau-Wald	Straubing (krfr. St.), Passau (krfr. St.), Deggendorf (Lk), Freyung-Grafenau (Lk), Passau (Lk), Regen (Lk), Straubing-Bogen (Lk)	2016
13	Landshut	Landshut (krfr. St.), Dingolfing-Landau (Lk), Landshut (Lk), Rottal-Inn (Lk), Ge- meinden Aiglsbach, Attenhofen, Elsen- dorf, Volkenschwand, Stadt Mainburg in Kelheim (Lk)	2018
14	München	München (krfr. St.), Dachau (Lk), Ebers- berg (Lk), Erding (Lk), Freising (Lk), Für- stenfeldbruck (Lk), Landsberg a Lech (Lk), München (Lk), Starnberg (Lk)	2017
15	Donau-Iller (ländergrenzen- überschreitend)	Ulm (krfr. St.), Alb-Donau-Kreis, Biber- ach (Lk), Memmingen (krfr. St.), Günz- burg (Lk), Neu-Ulm (Lk), Unterallgäu (Lk)	2019
16	Allgäu	Kempton (krfr. St.), Kaufbeuren (krfr. St.), Oberallgäu (Lk), Lindau (Bo- densee) (Lk), Ostallgäu (Lk)	2007
17	Oberland	Bad Tölz-Wolfratshausen (Lk), Garmisch- Partenkirchen (Lk), Miesbach (Lk), Weil- heim-Schongau (Lk)	2019
18	Südostoberbayern	Rosenheim (krfr. St.), Altötting (Lk), Berchtesgadener Land (Lk), Mühldorf a. Inn (Lk), Rosenheim (Lk), Traunstein (Lk)	2017

Quelle: IGES, auf Grundlage von Wikipedia 2019 und jeweilige Internetauftritte der Pla-
nungsverbände

Anmerkungen: *TB = Teilbereich; krfr. St. = kreisfreie Stadt; Lk = Landkreis

Die Analyse der Regionalpläne ergab ein sehr heterogenes Bild: Rd. 55 % der Pläne stammten aus den letzten fünf Jahren, der älteste Regionalplan wurde 1988 (Re-
gionalverband Nürnberg) veröffentlicht und bisher nicht fortgeschrieben.

Inhaltlich wiesen die einzelnen Pläne eine unterschiedliche Strukturierung auf. Pflegerische Versorgungsstrukturen bzw. Versorgungslücken und entsprechende Planungen für den Aufbau neuer Pflege- und Wohneinrichtungen wurden häufig nur rudimentär beschrieben. Dies betraf in der Regel den vollstationären und am-

bulanten Bereich sowie Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen einschließlich Kindern und Jugendlichen sowie für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Verteilung bzw. der Aufbau von Berufsschulen des Gesundheitswesens, wie z. B. Fachschulen für Altenpflege und Berufsschulen für Pflege, wurden in zwei Regionalplänen aufgegriffen. Weitere Aussagen zur Situation der Pflegefachkräfte bzw. der Ausbildung dieser wurden nicht getroffen. In sieben Regionalplänen waren keine Angaben zu den pflegerischen Versorgungsstrukturen enthalten.

Zusammenfassend konnten nur wenige Erkenntnisse aus den Regionalplänen gewonnen werden. Rückschlüsse auf die Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgungsstrukturen sowie die Situation der Pflegefachkräfte in den Planungsregionen sind kaum möglich.

Für eine vergleichbare Datengrundlage wurde daher im Gutachten auf die vorhandenen Daten auf Kreisebene (pflegerische Versorgungsstrukturen einschließlich der Pflegefachkräfte und Prognosen) zurückgegriffen – diese wurden auf Ebene der Planungsregionen entsprechend der zugehörigen Kreise aggregiert. Bei fünf Planungsregionen (Oberfranken-Ost, Oberpfalz Nord, Regensburg, Landshut, Donau-Iller) mussten einzelne Kreise gewichtet werden, da diese nur anteilig zu einer Planungsregion gehörten bzw. gab es eine bundeslandübergreifende Planungsregion – hier wurden entsprechende Gewichtungen der einzelnen bayerischen Kreise vorgenommen (s. Tabelle 4):

Tabelle 4: Planungsregionen mit zugehörigen Kreisgewichten

Planungsregion	Zugehörige Kreise	Gewichteter Kreis	Kreisgewicht
Oberfranken -Ost	Bayreuth (krfr. St.); Hof (krfr. St.); Bayreuth (Lk); Hof (Lk); Kulmbach (Lk); Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lk); + Gemeinde Waldershof in Tirschenreuth (Lk)	Tirschenreuth (Lk)	0,0590815344 424584
Oberpfalz-Nord	Amberg (krfr. St.); Weiden i. d. Oberpfalz (krfr. St.); Amberg-Sulzbach (Lk); Neustadt a. d. Waldnaab (Lk); Schwandorf (Lk); Tirschenreuth (Lk) (ohne Gemeinde Waldershof)	Tirschenreuth (Lk)	0,9409184655 57542
Regensburg	Regensburg (krfr. St.); Cham (Lk); Neumarkt i. d. Oberpfalz (Lk); Regensburg (Lk); Kehlheim (Lk) ohne die Gemeinden Aiglsbach, Attenhofen, Elsendorf, Volkerschwand, Stadt Mainburg	Kelheim (Lk)	0,8177412296 99717
Landshut	Landshut (krfr. St.); Dingolfing-Landau (Lk); Landshut (Lk);	Kelheim (Lk)	0,1822587703 00283

Planungsregion	Zugehörige Kreise	Gewichteter Kreis	Kreisgewicht
	Rottal-Inn (Lk); Gemeinde Aigl- bach, Attenhofen, Elsendorf, Vol- kenschwand, Stadt Mainburg aus Kelheim (Lk)		
Donau-Iller	Ulm (krfr. St.) (BaWü); Alb-Do- nau-Kreis (BaWü); Biberach (Lk); Memmingen (krfr. St.); Günz- burg (Lk), Neu-Ulm (Lk); Unterallgäu (Lk)	Memmingen (krfr. St.); Günz- burg (Lk), Neu- Ulm (Lk); Un- terallgäu (Lk)	2,0733027103 2274

Quelle: IGES

Die Tabellen für die 18 Planungsregionen befinden sich im Teilbericht B – Tabellenband.

3.1.2 Analyse auf Ebene der Kreise und Regierungsbezirke Bayerns

Das Vorgehen zur Analyse der Versorgungsstrukturen auf Ebene der 96 Kreise und sieben Regierungsbezirke in Bayern basiert methodisch auf einem Mix aus Sekundärdatenanalysen und der eigenen Erhebung von Daten mittels Befragungen. Vorab wurden alle verfügbaren Sekundärdatenquellen erschlossen. Vorhandene Lücken bzw. unzureichende Informationen wurden anschließend durch Primärerhebungen in Form von quantitativen und qualitativen Datenerhebungen und -analysen ergänzt (s. auch Abschnitt 3.2).

Die Recherche aller verfügbaren Daten auf Kreisebene erfolgte durch IGES mit Unterstützung des Bayerischen Landesamts für Statistik (LfStat), der AOK Bayern sowie den einzelnen Kommunen. Die in Tabelle 5 und Tabelle 6 aufgelisteten Daten liegen auf Kreisebene vor und wurden in Form von sechs Übersichtstabellen mit ausgewählten Merkmalen aufbereitet (s. Teilbericht B – Tabellenband). Auf Grundlage dieser Daten erfolgte eine Aggregation entsprechend der weiteren regionalen Ebenen (Regierungsbezirke, Planungsregionen).

Prognosen zur Entwicklung des Pflegebedarfs bis zum Jahr 2050 erfolgten auf Basis der vorliegenden Daten aus dem Jahr 2017. Hier wurden ebenfalls alle regionalen Ebenen berücksichtigt. Die Methodik der Pflegebedarfsprognose ist im Abschnitt 3.3 ausführlich beschrieben.

Die in Abschnitt 2.3 aufgeführten SPGKs sowie PBP der einzelnen Kreise wurden aufgrund der geringen Aktualität und Vergleichbarkeit der Daten nur punktuell zur Beschreibung der pflegerischen Versorgungsstrukturen in das Gutachten (Teilbericht A) einbezogen.

Tabelle 5: Merkmale und Datenquellen Population, Pflegebedürftige und Pflegepersonal - Status-Quo und Bedarf (Prognose)

Zeitbezug	Merkmale	Jahr (Daten)	Datenquelle
Bevölkerung			
Status-Quo	Geschlecht	2017	LfStat
	Altersgruppen	2017	LfStat
Prognose	Geschlecht	2018 - 2050	LfStat
	Altersgruppen	2018 - 2050	LfStat
Pflegebedürftige			
Status-Quo	Pflegegrad	2017	LfStat/ AOK Bayern
	Altersgruppen	2017	LfStat/ AOK Bayern
	Geschlecht	2017	LfStat/ AOK Bayern
	Art der Versorgung	2017	LfStat
Prognose	Pflegegrad	2018 - 2050	IGES
	Altersgruppen	2018 - 2050	IGES
	Geschlecht	2018 - 2050	IGES
	Art der Versorgung	2018 - 2050	IGES
Pflegepersonal			
Status-Quo	Art der Versorgung	2017	LfStat
	Fach-/Hilfskräfte	2017	LfStat
Bedarf	Art der Versorgung	2018 - 2050	IGES
	Fach-/Hilfskräfte	2018 - 2050	IGES

Quelle: IGES

Tabelle 6: Merkmale und Datenquellen Versorgungsstrukturen - Status-Quo und Bedarf (Prognose)

Zeitbezug	Merkmal	Jahr (Daten)	Datenquelle
ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)			
Status-Quo	Anzahl allgemein	2017	LfStat
Ambulante betreute Wohnformen (abWGs)			
Status-Quo	Anzahl und Plätze ambulant betreute Wohngemeinschaften insgesamt/Intensivpflege/Demenz/Mischform	2018	LfStat
teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)			
Status-Quo	Anzahl und Plätze solitäre Tagespflegeeinrichtungen	2019	AOK Bayern
	Plätze mit teilstationärer Pflege (eingestreut/solitär)	2017	LfStat
Bedarf	Plätze mit teilstationärer Pflege	2018 - 2050	IGES
Kurzzeitpflege			
Status-Quo	Anzahl und Plätze Einrichtungen mit KZP-Plätzen gem. Modell fix plus x	2019	AOK-Bayern
	Anzahl und Plätze solitäre KZP-Einrichtungen	2019	AOK-Bayern
Bedarf	Plätze mit Kurzzeitpflege	2018 - 2050	IGES
vollstationäre Pflegeeinrichtungen			
Status-Quo	Anzahl und Plätze vollstationäre Einrichtungen (Kurzzeit- und Dauerpflege)	2017	LfStat
Bedarf	Plätze mit Dauerpflege	2018 - 2050	IGES
Beratungsstellen			
Status-Quo	Anzahl Beratungsstellen für pflegende Angehörige	2020	IGES
	Anzahl Pflegestützpunkte	2020	StMGP

Quelle: IGES

Aufbau der Tabellen (Kreis, Regierungsbezirk)

Die Tabellen für die verschiedenen regionalen Ebenen, wie in der folgenden Tabelle 7 dargestellt, sind im Teilbericht B enthalten. Alle im Laufe der Analysen und Prognosen zusammengestellten bzw. errechneten Daten sind in der an das StMGP überlieferten Datenbank verfügbar.

Tabelle 7: Aufbau der Beschreibungen auf Kreis-, Regierungsbezirk, - und Planungsebene

Tabelle	Titel	Inhalte
1	Population (2017 - 2050)	<ul style="list-style-type: none"> Bevölkerung gesamt und nach Altersklassen (unter 18 Jahre, 18 bis unter 65 Jahre, über 80 Jahre); Zeitbezug 2017 – 2025 (einjährig), 2030 – 2050 (fünfjährig)
2	Pflegebedürftige (2017)	<ul style="list-style-type: none"> Pflegebedürftige nach Altersklassen (unter 18 Jahre, 18 bis unter 65 Jahre, über 80 Jahre) und Pflegegrad (1-5, ohne Pflegegrad), Zeitbezug 2017 Pflegebedürftige nach Leistungsbezug (vollstationär versorgt (Dauer- und Kurzzeitpflege), ambulant versorgt, durch Angehörige versorgt (Pflegegeld), ambulant oder durch Angehörige und zusätzlich teilstationär versorgt, ohne Leistungsbezug) und Pflegegrad (1-5, ohne Pflegegrad), Zeitbezug 2017
3	Pflegebedürftige (2017 - 2050)	<ul style="list-style-type: none"> Pflegebedürftige nach Altersklassen (unter 18 Jahre, 18 bis unter 65 Jahre, über 80 Jahre), Zeitbezug 2017 sowie 2025 – 2030 (fünfjährig) und ab 2030 – 2050 (zehnjährig) ausgewiesen als voraussichtlicher Veränderung gegenüber dem Jahr 2017 Pflegebedürftige nach Leistungsbezug (vollstationär versorgt (Dauer- und Kurzzeitpflege), ambulant versorgt, durch Angehörige versorgt (Pflegegeld), ambulant oder durch Angehörige und zusätzlich teilstationär versorgt, ohne Leistungsbezug), Zeitbezug 2017 sowie 2025 – 2030 (fünfjährig) und ab 2030 – 2050 (zehnjährig) ausgewiesen als voraussichtlicher Veränderung gegenüber dem Jahr 2017
4	Versorgungs- und Beratungsangebote im Bereich Pflege (2017)	<ul style="list-style-type: none"> voll- und teilstationäre Angebote (Pflegeheime, Plätze mit vollstationärer Pflege (Kurzzeit- und Dauerpflege), Plätze mit teilstationärer Pflege (eingestreut/solitär) [Zeitbezug jeweils 2017], Plätze mit Kurzzeitpflege (fix plus x), Plätze solitäre Kurzzeitpflege, Plätze solitäre Tagespflege* [Zeitbezug jeweils 2019]) ambulante Versorgungsangebote (Pflegedienste

Tabelle	Titel	Inhalte
		<p>[Zeitbezug 2017], ambulant betreute Wohngemeinschaften (gesamt, für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, für Intensivpflegebedürftige, Mischform) [Zeitbezug 2018]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Beratungsangebote (Fachstellen für pflegende Angehörige (einschl. Außenstellen), Pflegestützpunkte [Zeitbezug jeweils 2020]
5	Platzbedarf (2017 bis 2050)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Plätze vollstationär in Pflegeheimen gesamt und nach Versorgungsart (Dauer- und Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege [Basis- und Nachfragevariante**] Zeitbezug 2017 sowie 2025 – 2030 (fünfjährig) und ab 2030 – 2050 (zehnjährig) ausgewiesen als voraussichtlicher Mehrbedarf gegenüber dem Jahr 2017
6	Bedarf an Pflegepersonal (2017 bis 2050)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Personal in Pflege und Betreuung (PPB) gesamt und nach Versorgungsart (ambulant, stationär [Dauerpflege, Kurzzeitpflege, teilstationär]) nach Anzahl der Beschäftigten (Personen), Zeitbezug 2017 ◆ Personal in Pflege und Betreuung (PPB) gesamt und nach Versorgungsart (ambulant, Dauerpflege, Kurzzeitpflege, teilstationär [Basis- und Nachfragevariante]) in Vollzeitäquivalenten (VZÄ); Zeitbezug 2017 sowie 2025 – 2050 (fünfjährig) ausgewiesen als voraussichtlicher Mehrbedarf gegenüber dem Jahr 2017 ◆ PPB nach Fach- und Hilfskräften nach Versorgungsart (ambulant, stationär) nach Anzahl der Beschäftigten (Personen), Zeitbezug 2017 ◆ PPB nach Fach- und Hilfskräften nach Versorgungsart (ambulant, stationär) in Vollzeitäquivalenten (VZÄ); Zeitbezug 2017 sowie 2025 – 2050 (fünfjährig) ausgewiesen als voraussichtlicher Mehrbedarf gegenüber dem Jahr 2017

Quelle: IGES

Anmerkung: *Zwischen 2017 und 2019 wurde ein enormer Zuwachs an Tagespflegen verzeichnet, weswegen hier zusätzlich die Zahlen von 2019 berichtet werden.
 **Aufgrund der hohen Unsicherheit der tatsächlichen Nachfrage (Häufigkeit der Inanspruchnahme Tagespflege pro Person und Woche) werden zwei Varianten ausgewiesen, um die mögliche Spannweite abzubilden.

Die Darstellungen und Beschreibung der pflegerischen Versorgungsstrukturen auf Kreis- und Regierungsbezirksebene sowie bayernweit werden durch die Ergebnisse aus den Primärdatenerhebungen sowie weiteren Sekundärdatenanalysen ergänzt (s. Kapitel 4).

3.2 Befragungen im Rahmen des Projektes

3.2.1 Online-Befragung

Im Rahmen des Gutachtens wurden ergänzend zur Sekundärdatenanalyse fünf Primärdatenerhebungen in Form von Online-Befragungen durch IGES in Kooperation mit YOUSE durchgeführt. Es wurden folgende Zielgruppen bzw. Akteure in Bayern befragt:

- ◆ vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen,
- ◆ teilstationäre Pflegeeinrichtungen (solitäre Tagespflege),
- ◆ ambulante Pflegedienste,
- ◆ Beratungsstellen (Pflegestützpunkte (PSP), Fachstellen für pflegende Angehörige (FPA) und andere Beratungsstellen im Umfeld von Pflege) sowie
- ◆ Berufsfachschulen im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Pflege (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Generalistik (Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann)).

Ziel war es, ergänzend zu den Sekundärdaten weitere aktuelle Informationen zu den Versorgungs- und Beratungsstrukturen als auch der Personalsituation in der Pflege in den einzelnen Regionen Bayerns zu gewinnen, insbesondere in Hinblick auf die aktuelle Angebots- und Nachfragesituation in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege einschließlich der personellen Ressourcen und Rekrutierungsstrategien. Ferner sollten die Ergebnisse der Befragungen Aussagen zur geplanten Entwicklung der einzelnen Versorgungsbereiche sowie der Einschätzung der Personalsituation in den nächsten Jahren auf Kreisebene ermöglichen.

Die von IGES in Kooperation mit YOUSE entwickelten Fragebögen wurden mit dem Auftraggeber abgestimmt und vorab von ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Zielgruppe getestet. Die Teilnahme an den Befragungen war freiwillig. Sofern personenbezogene Daten erhoben wurden, erfolgte eine entsprechende datenschutzrechtliche Aufklärung. Eine Teilnahme an der Befragung war nur mit Einwilligung dieser möglich.

Weitere Einzelheiten zum methodischen Vorgehen bei den Befragungen sind in der folgenden Tabelle 8 hinterlegt.

Die Ansprache bzw. Kontaktaufnahme zu den ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgte jeweils per E-Mail. Dazu wurden vorab alle verfügbaren E-Mail Adressdaten durch IGES recherchiert und jeweils die Einrichtungsleitung, falls nicht verfügbar ggf. auch die Zentrale, kontaktiert. Nach ca. zwei Wochen erfolgte eine einmalige Erinnerung mit der Bitte, sich an der Befragung zu beteiligen. Die zuständigen Verbände der Pflegeeinrichtungen in Bayern wurden ebenfalls vorab über die Durchführung der Befragungen informiert und darum gebeten diese zu unterstützen.

Tabelle 8: Überblick zur methodischen Vorgehensweise bei den Online-Befragungen

	vollstationäre Pflegeeinrichtungen	teilstationäre Einrichtungen	ambulante Pflegedienste	Beratungsstellen	Berufsfachschulen im Gesundheitswesen
Abstimmungsbeteiligte	StMGP	StMGP	StMGP	StMGP	StMGP, StMUK, YOUSE
Anzahl Einrichtungen Pre-Test	3	3	3	3	3
Zugang zu den Ak- teursgruppen	IGES-Recherche der An- sprechpersonen einschl. Kontaktdaten in den Ein- richtungen	IGES-Recherche der An- sprechpersonen einschl. Kontaktdaten in den Einrichtungen	IGES-Recherche der An- sprechpersonen einschl. Kontaktdaten in den Einrichtungen	Kontaktdaten aller FPA und PSP wurden vom Auftraggeber zur Verfü- gung gestellt	IGES-Recherche der An- sprechpersonen einschl. Kontaktdaten in den Be- rufsfachschulen mit Schwerpunkt Pflege
Kontaktaufnahme	per E-Mail (inkl. Begleitschreiben des Auftraggebers und Link zur Befragung)	per E-Mail (inkl. Begleitschreiben des Auftraggebers und Link zur Befragung)	per E-Mail (inkl. Begleitschreiben des Auftraggebers und Link zur Befragung)	per E-Mail (inkl. Begleitschreiben des Auftraggebers und Link zur Befragung)	per E-Mail (inkl. Begleitschreiben des Auftraggebers, Ge- nehmigung des StMUK und Link zur Befragung)
Einwilligung Daten- schutz	-	-	-	x	x
Befragungszeitraum	17.02.2020 – 13.03.2020	18.02.2020 – 3.03.2020	11.02.2020 – 9.03.2020	12.03.2020-08.04.2020	04.03.2020 – 1.04.2020
Erinnerung	einmalige Erinnerung nach ca. zwei Wochen	einmalige Erinnerung nach ca. zwei Wochen	einmalige Erinnerung nach ca. zwei Wochen	einmalige Erinnerung nach ca. zwei Wochen	einmalige Erinnerung nach ca. zwei Wochen

Quelle: IGES

Anmerkungen: StMGP (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege), StMUK (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus)

Die Befragung der Berufsfachschulen wurde vorab beim Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus (StMUK) beantragt und am 14.02.2020 genehmigt (IV.7-BO9106/110/9). Es wurden ausschließlich Berufsfachschulen mit Schwerpunkt Pflege (Altenpflege, (Kinder)Gesundheits- und Krankenpflege, Generalistische Pflegeausbildung) auf Basis des Suchportals¹ des StMUK recherchiert. Die Schulleitungen wurden jeweils, falls nicht verfügbar ggf. auch die Zentrale, per E-Mail (inkl. Genehmigungsschreiben) kontaktiert. Nach ca. zwei Wochen erfolgte eine einmalige Erinnerung mit der Bitte, sich an der Befragung zu beteiligen.

Die Kontaktaufnahme bei den Beratungsstellen erfolgte zweigleisig: Zum einen wurden die Ansprechpersonen der Fachstellen für pflegende Angehörige (FPA) sowie der Pflegestützpunkte (PSP) einschließlich E-Mail Adresse durch IGES recherchiert (Stand April 2020). Die Ansprechpersonen wurden jeweils, falls nicht verfügbar ggf. auch die Zentrale, per E-Mail kontaktiert. Die FPA und PSP wurden zusätzlich gebeten, den Link zur Online-Befragung an weitere Beratungsstellen im Bereich Pflege bzw. im Umfeld von Pflege in ihrer Region zu leiten. Mit dieser Bitte wurden ebenfalls die Kommunen kontaktiert. Das Ziel dieses Schneeballprinzips war es, ein möglichst breites Spektrum an Beratungsstellen in der jeweiligen Region im Bereich Pflege zu erreichen.

3.2.1.1 Aufbau der Fragebögen

Alle fünf Fragebögen wurden als Online-Befragungen konzipiert. Die Teilnehmenden wurden zu Beginn der Befragung über datenschutzrechtliche Aspekte informiert. In zwei der fünf Befragungen war daraufhin eine aktive Zustimmung bzw. Einwilligung notwendig, um zur Befragung zu gelangen. Hintergrund der Einwilligung war die Erhebung von Daten, die aufgrund der geringen Grundgesamtheit (GG) in der jeweiligen Akteursgruppe eine Zuordnung zu einzelnen Personen ermöglicht hätte. Die Erhebung dieser Daten war erforderlich in Hinblick auf die Stichprobenbeschreibung als auch zur Interpretation der Daten.

Die Online-Fragebögen wurden so programmiert, dass sie jederzeit unterbrochen und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt erneut wiederaufgenommen werden konnte. Dies erfolgte durch die Vergabe eines individuellen Passwortes (Token) nach dem Starten der Befragung für das spätere erneute Login. Für eventuell auftretende Probleme oder Rückfragen wurde eine Ansprechperson bei IGES benannt, die sowohl telefonisch als auch per E-Mail erreichbar war.

Die inhaltlichen Schwerpunkte sowie Umfang und Länge der Befragungen sind in der Tabelle 9 übersichtlich dargestellt.

Am Ende der Befragung bestand für die Teilnehmenden die Möglichkeit einen Ausdruck ihres Fragebogens inkl. Antworten als PDF-Dokument zu generieren.

¹ vgl. <https://www.km.bayern.de/ministerium/schule-und-ausbildung/schulsuche.html?s=&t=46> [Abruf am: 09.04.2020]

Tabelle 9: Überblick über den Aufbau der Fragebögen

		vollstationäre Pflegeeinrichtungen	teilstationäre Einrichtungen	ambulante Pflegedienste	Beratungsstellen	Berufsfachschulen im Gesundheitswesen
	Zeitaufwand (in Min.)	25	25	25	15	20
Inhalte/Themenbereiche	allgemeine Angaben	x	x	x	x	x
	Kapazitäten/Auslastung	x	x	x	(-)	x
	Entwicklung in den letzten Jahren	(-)	(-)	(-)	(-)	x
	zielgruppenspezifische Angebote	x	x	x	(-)	(-)
	Struktur der Bewohner/Gäste/Klienten	x	x	x	(-)	(-)
	Personalsituation	x	x	x	x	(-)
	Versorgungssituation in der Region	x	x	x	x	(-)
	Planung/Entwicklung	x	x	x	(-)	(-)
	Beratungsgeschehen	(-)	(-)	(-)	x	(-)
	Pflegeplatzgarantie	(-)	(-)	(-)	x	(-)
	Kooperation mit der Praxis	(-)	(-)	(-)	(-)	x
	Generalistik/Ausblick	(-)	(-)	(-)	(-)	x
	soziodemographische Angaben	x	x	x	x	x
	vollständiger Fragebogen	Anhang 2	Anhang 3	Anhang 4	Anhang 5	Anhang 6

Quelle: IGES

3.2.1.2 Auswertung der Fragebögen

Die Auswertung der in der Befragung erhobenen Daten wurde unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung durchgeführt. Die Ergebnisse werden im vorliegenden Gutachten anonymisiert und aggregiert berichtet.

Die Auswertung der Online-Befragungen erfolgte vorrangig deskriptiv. Ergebnisse einzelner Fragen bzw. Fragenkomplexe wurden zudem aggregiert über verschiedene Akteursgruppen (ambulant, teil- und vollstationär, Beratungsstellen) hinweg ausgewertet. Dies betraf im Fragebogen insbesondere den Abschnitt zur Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region, in dem alle Akteure – bis auf die Berufsfachschulen -, die gleichen Fragen erhalten haben. Das entsprechende Vorgehen bei der Auswertung wird nachfolgend beispielhaft erläutert.

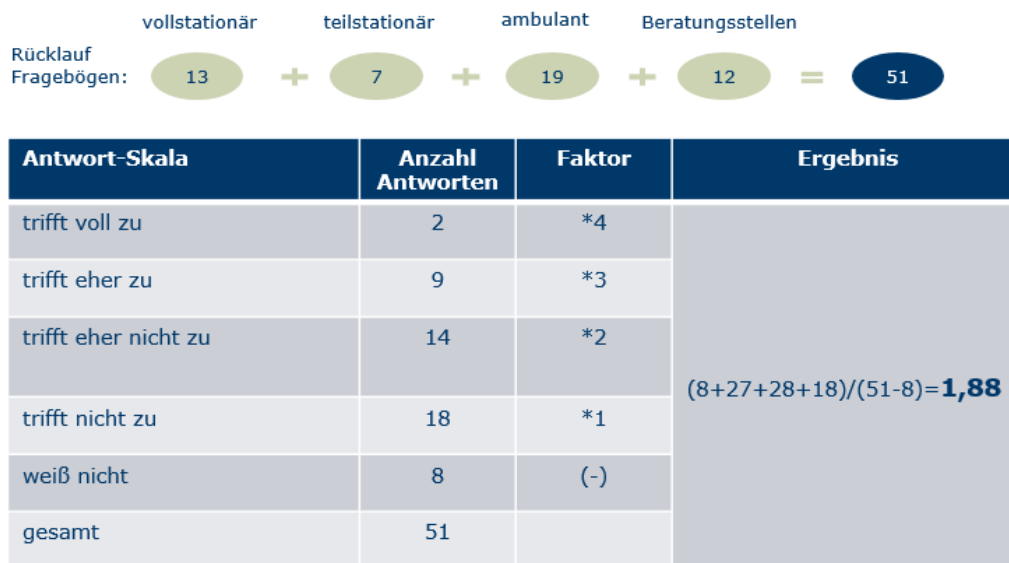
Einschätzung der Versorgungsangebote

Ziel dieses Fragenkomplexes war es eine Einschätzung in Bezug auf die unterschiedlichen Versorgungsangebote – ambulante Pflegedienste, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeplätze, vollstationäre Dauerpflegeplätze sowie alternative Wohnformen² – in den einzelnen Regionen vornehmen zu können, aktuell (2020) sowie zukünftig (2025).

Die einzelnen Akteure wurden somit bspw. gebeten jeweils die Aussage „Das Angebot an vollstationäre Dauerpflegeplätzen ist derzeit ausreichend.“ sowie „Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen wird bis 2025 ausreichend sein.“ mit „trifft voll zu“ (4 Punkte), „trifft eher zu“ (3 Punkte), „trifft eher nicht zu“ (2 Punkte) und „trifft nicht zu“ (1 Punkt) zu bewerten. Alle „weiß nicht“ – Angaben wurden nicht in der Rechnung berücksichtigt. Die Anzahl der jeweiligen Antworten in den Kategorien wurde mit dem entsprechenden Faktor (Punktwert) multipliziert, die Gesamtzahl summiert und anschließend durch die Anzahl aller Akteure, die eine Antwort gegeben haben (außer „weiß nicht“), dividiert. In der Abbildung 6 ist das Vorgehen beispielhaft für die Stadt München aufgeführt. Eine Gewichtung der einzelnen Versorgungsarten wurde nicht vorgenommen, da das Ergebnis lediglich eine Orientierung auf Basis der subjektiven Wahrnehmungen der einzelnen Akteure darstellt.

² Eine Einschätzung zum Angebot alternativer Wohnformen liegt ausschließlich aus Sicht der ambulanten Pflegedienste sowie der Beratungsstellen vor. Alle anderen Akteure wurden dazu nicht befragt.

Abbildung 6: Beispielrechnung zur Einschätzung der Versorgungssituation in der Stadt München



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen

Die Versorgungssituation wurde aus Sicht der verschiedenen Akteure in der Stadt München im Durchschnitt mit 1,88 Punkten bewertet. Die Ergebnisse wurden im Gutachten auf Kreis- und Regierungsbezirksebene kartografisch aufbereitet, dazu wurde folgende Legende verwendet:

- ◆ (grau) – keine Einschätzung möglich
- ◆ 1,00 – 1,49 (dunkelrot) – trifft gar nicht zu
- ◆ 1,50 – 1,99 (hellrot)
- ◆ 2,00 – 2,49 (orange)
- ◆ 2,50 – 2,99 (gelb)
- ◆ 3,00 – 3,49 (hellgrün)
- ◆ 3,50 – 4,00 (dunkelgrün) – trifft voll und ganz zu

Mit Hilfe dieses Vorgehens lagen Einschätzungen zur Versorgungssituation für alle 96 Kreise vor, wobei die Anzahl der Antworten verschiedener Akteure pro Kreis zwischen minimal einer und maximal 51 variierte. Der Durchschnitt lag bei rd. acht Antworten bzw. Rückmeldungen pro Kreis, der Median bei sieben. Auf Regierungsbezirksebene verteilte sich die Anzahl der Rückmeldungen wie folgt (s. Tabelle 10):

Tabelle 10: Rücklauf nach Akteursgruppe und Regierungsbezirk

Regierungs- bezirk	Rücklauf				
	vollstationär	teilstationär	ambulant	Beratungs- stellen	GESAMT
Oberbayern	61	37	99	32	229
Nieder- bayern	28	11	29	16	84
Oberpfalz	32	18	23	17	90
Oberfranken	27	15	28	12	82
Mittelfran- ken	38	18	42	12	109
Unter- franken	32	18	30	14	94
Schwaben	23	16	42	25	106
GESAMT	240	133	293	128	794

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen

Einschätzung der Versorgungsengpässe für verschiedene Zielgruppen

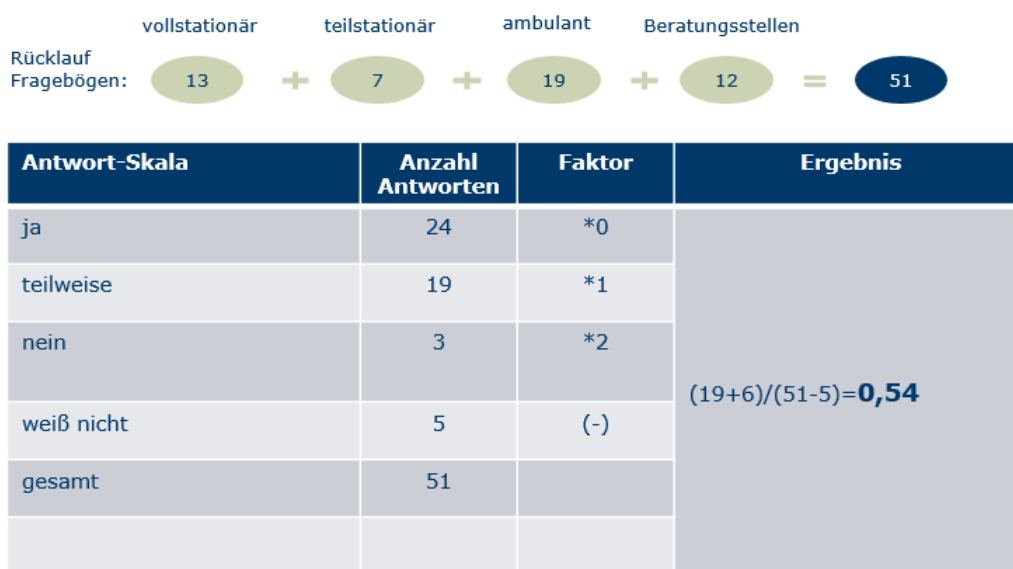
Ein ähnliches Vorgehen wurde für die Einschätzung von Versorgungsengpässen verschiedener Zielgruppen in den jeweiligen Regionen gewählt. Ziel war es, einen aktuellen Überblick (2020) über mögliche Versorgungsengpässe für verschiedene Zielgruppen zu gewinnen, darunter:

- ◆ Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen,
- ◆ Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich),
- ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- ◆ Menschen mit körperlicher Behinderungen,
- ◆ Menschen mit geistiger Behinderung,
- ◆ Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma),
- ◆ Menschen mit HIV-Erkrankung,
- ◆ Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson),
- ◆ Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.),
- ◆ Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf,
- ◆ Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (einschl. außerklinischer Beatmung),

- ◆ Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen und
- ◆ (junge) Erwachsene zwischen 18 bis ca. 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen.

Die einzelnen Akteure wurden gebeten, pro Zielgruppe einzuschätzen, ob es Versorgungsengpässe gäbe und dies mit „ja“ (1 Punkt), „teilweise“ (2 Punkte) oder „nein“ (3 Punkte) zu bewerten. Alle „weiß nicht“ – Angaben wurden nicht in der Rechnung berücksichtigt. Die Anzahl der jeweiligen Antworten in den Kategorien wurde mit dem entsprechenden Faktor (Punktwert) multipliziert, die Gesamtzahl summiert und anschließend durch die Anzahl aller Akteure, die eine Antwort gegeben haben (außer „weiß nicht“), dividiert. In der Abbildung 7 ist das Vorgehen ebenfalls beispielhaft für die Stadt München und die Zielgruppe der Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen aufgeführt. Das Ergebnis stellt lediglich eine Orientierung auf Basis der subjektiven Wahrnehmungen der einzelnen Akteure dar.

Abbildung 7: Beispielrechnung zur Einschätzung von Versorgungsengpässen für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in der Stadt München



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen

Die Versorgungsengpässe für die Zielgruppe der Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wurden aus Sicht der verschiedenen Akteure in der Stadt München im Durchschnitt mit 0,54 Punkten bewertet. Die Ergebnisse wurden im Gutachten auf Kreis- und Regierungsbezirksebene kartografisch aufbereitet, dazu wurde folgende Legende verwendet:

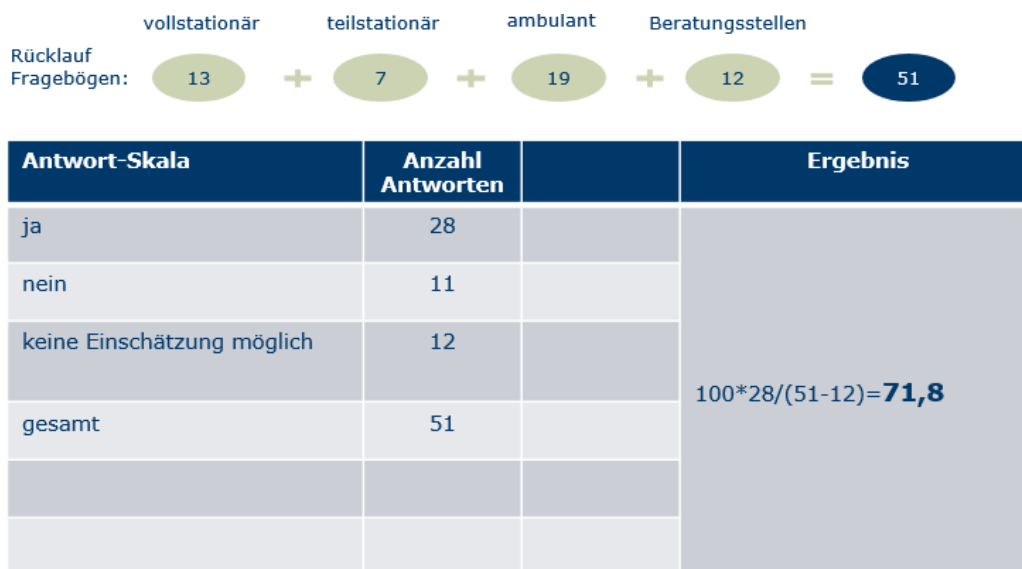
- ◆ (grau) – keine Einschätzung möglich
- ◆ 0,00 – 0,25 (rot) – Versorgungsengpässe vorhanden

- ◆ 0,51 – 0,75 (orange)
- ◆ 0,76 – 1,00 (hellorange)
- ◆ 1,01 – 1,25 (gelb)
- ◆ 1,26 – 1,50 (hellgelb)
- ◆ 1,51 – 1,75 (hellgrün)
- ◆ 1,76 – 2,00 (grün) - keine Versorgungsengpässe vorhanden

Einschätzung der Beratungsangebote

Zur Einschätzung des Beratungsangebots für Pflegebedürftige und deren Angehörige in der Region wurde das oben beschriebene Verfahren methodisch an die Antwortkategorien angepasst. Die einzelnen Akteure wurden gebeten einzuschätzen, ob das Beratungsangebot in der jeweiligen Region ausreichend sei und dies mit „ja“, „nein“ oder „keine Einschätzung möglich“ zu beantworten. Somit wurde, anders als zuvor, der prozentuale Anteil der Zustimmung (alle „ja“ – Antworten) bestimmt. In der Abbildung 8 ist das Vorgehen erneut beispielhaft für die Stadt München aufgeführt. Das Ergebnis stellt auch hier lediglich eine Orientierung auf Basis der subjektiven Wahrnehmungen der einzelnen Akteure dar.

Abbildung 8: Beispielrechnung zur Einschätzung, ob das Beratungsangebot ausreichend sei, in der Stadt München



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen

Das Beratungsangebot wurde aus Sicht der verschiedenen Akteure in der Stadt München im Durchschnitt von 71,8 % als ausreichend bewertet. Die Ergebnisse wurden im Gutachten auf Kreis- und Regierungsbezirksebene kartografisch aufbereitet, dazu wurde folgende Legende verwendet:

- ◆ ≤ 10 % (dunkelrot)

- ◆ 10,1 – 25,0 % (hellrot)
- ◆ 25,1 – 49,9 % (orange)
- ◆ 50,0 – 74,9 % (gelb)
- ◆ 75,0 – 89,9 % (hellgrün)
- ◆ 90,0 – 100 % (dunkelgrün)

Freitextanalysen

In den Befragungen gab es für die teilnehmenden Personen an mehreren Stellen die Möglichkeit, in Form von Freitexten die Antworten näher zu erläutern bzw. gab es Fragen, wo Antworten ausschließlich in Form von Freitexten erhoben wurden.

Handelte es sich um numerische Freitextfelder, wurden in der Regel Wertebereiche vorab vorgegeben, um die Fehleranfälligkeit zu minimieren. Unabhängig davon wurden die Daten vor der Auswertung plausibilisiert, was mitunter zu einer Veränderung der Grundgesamtheit bei einzelnen Frageauswertungen führte.

Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet. Aus den Antworten wurden jeweils Oberkategorien gebildet und die Antworten entsprechend den Kategorien zugeordnet und gezählt.

3.2.2 Interviews

Im Anschluss an die Online-Befragungen wurde im Frühjahr 2020 eine qualitative Erhebung in Form von vertiefenden halbstandardisierten, leitfadengestützten Interviews (Flick 2011: 203) durchgeführt. Die zu befragende Zielgruppe waren Träger ambulant betreuter Wohngemeinschaften (abWGs). Ziel war es einen differenzierteren Einblick in diese Versorgungsform zu erhalten. Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und -partner sowie die Durchführung und Auswertung der Interviews erfolgte durch YOUSE.

Rekrutierung

Der Zugang zur Zielgruppe erfolgte über die Koordinationsstelle ambulant betreuter Wohngemeinschaften. Diese stellte einerseits selbst eine Expertin bzw. einen Experten zur Verfügung und vermittelte andererseits anhand vorgegebener Kriterien (Stadt vs. Land) an weitere Ansprechpersonen/Betreiber von abWGs. Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail inkl. eines beigefügten Informationsschreibens zur Befragung sowie einer Einwilligungserklärung. Die Interviews wurden zwischen Anfang Mai und Anfang Juni 2020 durchgeführt.

Leitfaden

In den halbstandardisierten Interviews mit insgesamt drei Expertinnen bzw. Experten aus dem Bereich abWGs standen folgende Themen im Mittelpunkt und wurden entsprechend in den Leitfäden (s. Anhang 7) berücksichtigt:

- ◆ Hintergrund Expertin bzw. Experte und abWGs,

- ◆ Rahmenbedingungen rund um die Gründung bzw. das Betreiben einer abWG,
- ◆ Angebotsspektrum und Kapazitäten und
- ◆ zukünftige Entwicklungen.

Im Vorfeld des ca. einstündigen Telefoninterviews wurden die Teilnehmenden über datenschutzrechtliche Aspekte informiert und mussten vor Beginn des Interviews ihre Einwilligung zur Teilnahme geben. Die Befragung erfolgte auf freiwilliger Basis.

Am Ende bestand die Möglichkeit, wichtige Aspekte zu ergänzen, die womöglich nicht oder zu kurz angesprochen worden waren.

Auswertung

Die Telefoninterviews wurden nahezu wörtlich transkribiert und pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte angelehnt an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2014). Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zwischen den einzelnen Interviews wurden herausgearbeitet und anhand von Zitaten veranschaulicht. In einzelnen Fällen wurden die Ergebnisse durch die Recherche weiterer Sekundärdaten ergänzt, sodass am Ende ein vertieftes Verständnis der Versorgungsform abWGs gegeben war.

3.3 Methodik der Pflegebedarfsprognose

3.3.1 Überblick

Die Pflegebedarfsprognose beinhaltet Prognosen zur Entwicklung der Anzahl der Pflegegebedürftigen, den hiermit verbundenen Pflegebedarf nach Art der Versorgung (Versorgungsbedarf), den erforderlichen Pflegepersonalbedarf, um die Pflegegebedürftigen mit ihren jeweiligen Versorgungsbedarfen zu versorgen, sowie den Bedarf an Pflegeheimplätzen bzw. Pflegeplätzen in der Tages- und Nachtpflege. Die Prognose erstreckt sich ausgehend vom Jahr 2017 über einen Zeitraum von 33 Jahren bis zum Jahr 2050. Alle Prognosen erfolgen auf Kreisebene als kleinster räumlicher Einheit. Auf dieser Grundlage können die Ergebnisse auch auf Ebene der Regierungsbezirke und Planungsregionen aggregiert dargestellt werden.

Die Prognose der **Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen** erfolgt differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad unter Berücksichtigung kreisspezifischer Unterschiede hinsichtlich der auf Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingten Pflegeprävalenz. Demnach wird bei der Prognose der Pflegebedürftigkeit für jeden Kreis ein individuelles Prognosemodell verwendet, das die kreisspezifischen Besonderheiten der bevölkerungsbezogenen Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Dies beinhaltet sowohl die kreisspezifische Bevölkerungsstruktur im Ausgangsjahr der Prognose sowie die prognostizierte demografische Entwicklung im Zeitverlauf als auch das damit verbundene kreisspezifische Pflegegeschehen.

Die Prognosen beinhalten alle Altersjahre ab einem Alter von Null Jahren. Der Ausweis der Ergebnisse erfolgt gruppiert in vier Altersklassen (bis unter 18 Jahre, 18

bis unter 65 Jahre, 65 bis unter 80 Jahre und über 80 Jahre). Neben den Pflegegraden 1 bis 5 wird im Rahmen der Prognosen auch berücksichtigt, dass zu jedem beliebigen Zeitpunkt ein bestimmter Anteil der Pflegebedürftigen noch keinem Pflegegrad zugeordnet ist (z. B. weil die Begutachtung durch den MDK noch nicht stattgefunden hat). Diese Teilgruppe wird gesondert ausgewiesen. Die Details des Prognosemodells für die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit sind in Abschnitt 3.3.3 aufgeführt.

Auf der Grundlage der prognostizierten Entwicklung der Pflegebedürftigkeit wird die **Entwicklung des Versorgungsbedarfs** prognostiziert. Hierbei wird zwischen folgenden Versorgungsarten differenziert:

- ◆ Pflegegeld (häusliche Pflege durch Angehörige bzw. informelle Pflege),
- ◆ Kombileistung (Kombination aus häuslicher Pflege durch Angehörige und ambulanter Sachleistung durch einen Pflegedienst),
- ◆ Ambulante Sachleistung,
- ◆ Ganztägige ambulante Verhinderungspflege,
- ◆ Vollstationäre Dauerpflege,
- ◆ Kurzzeitpflege.

Die prognostizierten und ausgewiesenen Versorgungsfälle nach Versorgungsart reflektieren den durchschnittlichen Versorgungsbedarf pro Tag. So ist bspw. die Anzahl der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Jahres Kurzzeitpflege nachfragen, deutlich größer als der durchschnittliche Bedarf an Kurzzeitpflege über das ganze Jahr betrachtet, da jeder Kurzzeitpflegeplatz innerhalb eines Jahres von mehreren Pflegebedürftigen genutzt werden kann. Da die Prognose des Versorgungsbedarfs darauf abzielt, eine Abschätzung der für die Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlichen Ressourcen zu ermitteln, stellt der durchschnittliche Versorgungsbedarf pro Tag eine besser geeignete Ziel- und Berichtsgröße dar als die Anzahl unterschiedlicher Pflegebedürftiger mit dem jeweiligen Versorgungsbedarf innerhalb eines Jahres. Dies impliziert, dass es sich bei den sechs oben genannten, im Rahmen der Prognose berücksichtigten Versorgungsarten um disjunkte Teilmengen der Pflegebedürftigen handelt. Eine pflegebedürftige Person kann innerhalb eines Tages nur eine Versorgung nach genau einer der sechs Leistungsarten erhalten, auch wenn Pflegeleistungen der Pflegekasse möglicherweise parallel geleistet werden (bspw. im Zusammenhang mit der ambulanten Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst). Der tagesbezogene Bedarf nach einer der sechs Versorgungsarten schließt einen Bedarf nach den fünf anderen Versorgungsarten aus.

Im Rahmen der Prognose des Versorgungsbedarfs wird der Bedarf an teilstationären Pflegeleistungen als ergänzende Leistungen bei ambulanter Versorgung mit einem gesonderten Prognosemodell modelliert. Bei der Prognose des teilstationären Versorgungsbedarfs wird ausschließlich der Bedarf nach Leistungen der Tagespflege berücksichtigt, da es gemäß Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a) in Bayern im Dezember 2017 kein Angebot an Nachpflegeplätzen gab. Deshalb kann der

Bedarf an teilstationärer Pflege weitestgehend als Bedarf an Tagespflege verstanden werden und die Begriffe werden im Berichtsteil synonym verwendet.

Da die Modellierung der Versorgungsbedarfe auf den Prognosen der Pflegebedürftigkeit basiert, erfolgt auch die Prognose des Versorgungsbedarfs differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad unter Berücksichtigung kreisspezifischer Unterschiede hinsichtlich der auf Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingten Zusammensetzung des Versorgungsbedarfes. Demnach wird bei der Prognose des Versorgungsbedarfs für jeden Kreis ein individuelles Prognosemodell verwendet, das den jeweiligen kreisspezifischen Versorgungsmix der Pflegebedürftigen gemäß Pflegestatistik 2017 berücksichtigt.

Der berichtete Versorgungsbedarf reflektiert die prognostizierte Nachfrage der Pflegebedürftigen nach Versorgungsleistungen und nicht notwendigerweise die prognostizierte Inanspruchnahme, d. h. die realisierbare Nachfrage von Pflegebedürftigen nach Versorgungsleistungen. Die Inanspruchnahme setzt voraus, dass die nachgefragten Leistungen verfügbar sind und die Pflegebedürftigen ihren Bedarf realisieren können, und ist ggf. auch das Ergebnis von Leistungssubstitution bei Nichtverfügbarkeit der nachgefragten Versorgungsart. Da die Prognose des Versorgungsbedarfs jedoch darauf abzielt, eine Abschätzung der Entwicklung der Versorgungsbedarfe zu vermitteln, um die Entwicklung der Nachfrage nach Versorgungsleistungen in der kommunalen Sozialplanung berücksichtigen zu können und dadurch erst die Voraussetzungen zu schaffen, dass Pflegebedürftige entsprechend ihres Versorgungsbedarfs Leistungen in Anspruch nehmen können, erscheint eine gesonderte szenarische Modellierung der prognostizierten Inanspruchnahme nicht zielführend. Die Details des Prognosemodells für die Entwicklung des Versorgungsbedarfs sind in Abschnitt 3.3.4 dargestellt.

Basierend auf der prognostizierten Entwicklung des pflegerischen Versorgungsbedarfs wird die **Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs** prognostiziert. Der Pflegepersonalbedarf reflektiert die personellen Ressourcen, die erforderlich sind, um den pflegerischen Versorgungsbedarf der pflegebedürftigen Bevölkerung zu erfüllen. Ein zentraler Aspekt bei der Modellierung des Pflegepersonalbedarfs ist die Berücksichtigung des je nach Pflegegrad und Versorgungsart unterschiedlichen Personalbedarfs. Da sich die Zusammensetzung der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und Versorgungsart im Zeitverlauf verändert und sich zwischen den Kreisen unterscheidet, werden für die Pflegepersonalbedarfsprognose pflegegrad- und versorgungsartspezifische Personalschlüssel bestimmt, um den Personalbedarf für beliebige Pflegegrad- und Versorgungsartverteilungen berechnen zu können. Der Pflegepersonalbedarf ergibt sich dann als Summe über die häufigkeitsgewichteten pflegegrad- und versorgungsartspezifischen Personalschlüssel.

Bei der Bestimmung der Personalschlüssel auf Kreisebene hat sich gezeigt, dass zwischen den Kreisen ausgeprägte Unterschiede bestehen. Einige Kreise weisen allgemein sehr hohe pflegegrad- und versorgungsartbedingte Personalschlüssel auf, d. h. auf eine Pflegekraft in einer bestimmten Versorgungsart entfallen relativ wenige Pflegebedürftige mit dem jeweiligen Pflegegrad, in anderen Kreisen fallen

die Personalschlüssel deutlich geringer aus, d. h. mehr Pflegebedürftige pro Pflegekraft.

Für die Pflegepersonalbedarfsprognose stellt sich die Frage, ob es sich bei den beobachteten Unterschieden im Personaleinsatz zwischen den bayerischen Landkreisen um kreisspezifische Merkmale des Personalbedarfs handelt, oder ob diese Unterschiede als realisierte Personalanspruchnahme die kreisspezifische Beschäftigungslage reflektieren. Damit verbunden ist die Frage, ob Kreise mit einer vergleichsweise hohen personellen Ausstattung diese zukünftig auch unter sich möglicherweise verändernden Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt beibehalten können, und ob Kreise mit einem vergleichsweise niedrigen Personalschlüssel diesen auf Dauer werden halten können, ohne die Qualitätsanforderungen in der Pflege zu unterschreiten.

Konzeptionell erscheint es nicht überzeugend, bei der Bestimmung des künftigen Pflegepersonalbedarfs anzunehmen, dass für einen Pflegebedürftigen mit einem bestimmten Pflegegrad und einer bestimmten Versorgungsart in dem einen Kreis ein höherer Personalbedarf besteht als in einem anderen Kreis, zumal es in der stationären Versorgung landesweit einheitliche Mindestpersonalschlüssel gibt. Daher werden die pflegegrad- und versorgungsartspezifischen Personalschlüssel nicht auf Kreisebene bestimmt, sondern als landesweiter Durchschnitt über alle bayerischen Landkreise.

Für die Interpretation der Pflegepersonalprognose bedeutet dies, dass die im Ausgangsjahr 2017 ausgewiesenen Personalbedarfe dem tatsächlichen Beschäftigungsstand der jeweiligen Landkreise zu diesem Zeitpunkt entsprechen. Die prognostizierten zukünftigen Mehrbedarfe an Pflegepersonal bis zum Jahr 2050 reflektieren die kreisspezifische Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen und ihre Zusammensetzung nach Pflegegrad und Versorgungsart, wenn diese künftig mit einem landesdurchschnittlichen Personalschlüssel versorgt würden. Die Angaben reflektieren demnach – ausgehend von der tatsächlichen Beschäftigung im Jahr 2017 - den prognostizierten zusätzlichen Personalbedarf, der entsprechend des durchschnittlichen Personalschlüssels in Bayern für eine qualitativ gute Versorgung der kreisspezifischen Versorgungsbedarfe erforderlich ist.

Im Rahmen der Prognose des Pflegepersonalbedarfs werden Pflegekräfte berücksichtigt, die in der körperbezogenen Pflege oder Betreuung tätig sind. Im ambulanten Bereich beinhalten die Pflegepersonalbedarfsprognosen darüber hinaus Pflegedienstleitungen und Beschäftigte mit überwiegendem Tätigkeitsbereich *Hilfe bei der Haushaltsführung*. Im stationären Bereich sind in den Bedarfsprognosen darüber hinaus Beschäftigte mit überwiegendem Tätigkeitsbereich *Zusätzliche Betreuung und Aktivierung* nach § 43b SGB XI enthalten. Die Prognose und der Ausweis der Ergebnisse erfolgt in Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Dabei werden die Pflegekräfte entsprechend ihres Arbeitszeitanteils 2017 gewichtet. Ein Vollzeitäquivalent entspricht einer in Vollzeit beschäftigten Pflegekraft.

Die Prognose des Pflegepersonalbedarfs erfolgt differenziert nach dem Qualifikationsniveau für Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Für diese Differenzierung

werden je nach Einrichtungsart (ambulant, stationär) unterschiedliche Fachkraftquoten zugrunde gelegt. Analog zum Personalschlüssel werden bei der Prognose des Pflegefach- bzw. Pflegehilfskräftebedarfs keine kreisspezifischen Fachkraftquoten zugrunde gelegt, sondern die durchschnittliche Fachkraftquote über alle bayerischen Landkreise. Es erscheint konzeptionell nicht plausibel, bei der Bestimmung des Fach- bzw. Hilfskräftebedarfs anzunehmen, dass für einen Pflegebedürftigen mit einem bestimmten Pflegegrad und einer bestimmten Versorgungsart in dem einen Kreis ein höherer Fachkräftebedarf besteht als in einem anderen Kreis. Demnach reflektieren die Pflegepersonalprognosen nach dem Qualifikationsniveau – ausgehend von der tatsächlichen kreisspezifischen Fachkraftquote im Jahr 2017 - den prognostizierten Mehrbedarf an Fach- bzw. Hilfskräften, der für eine qualitativ gute Versorgung der kreisspezifischen Versorgungsbedarfe erforderlich ist. Die Details des Prognosemodells für die Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs finden sich in Abschnitt 3.3.5.

Die Prognose der **Entwicklung des Pflegeplatzbedarfs** basiert auf der prognostizierten Entwicklung des stationären Versorgungsbedarfs. Hierbei wird zwischen vollstationärer Versorgung im Rahmen der Dauerpflege, (vollstationärer) Kurzzeitpflege und teilstationärem Versorgungsbedarf (Tagespflege) unterschieden. Bei der Prognose des Pflegeplatzbedarfs wird berücksichtigt, dass die Auslastung in Pflegeeinrichtungen nicht 100 % betragen kann, da temporale Schwankungen des Versorgungsbedarfs auftreten und der Wechsel von Pflegeheimbewohnerinnen bzw. -bewohner und Tagespflegegästen stets mit einem kurzzeitigen Leerstand bzw. einer Unterauslastung der vorhandenen Pflegeplätze verbunden ist.

Auch bei der Bestimmung der **Auslastungsquote** der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen auf Kreisebene hat sich gezeigt, dass zwischen den Kreisen ausgeprägte Unterschiede bestehen. Einige Kreise weisen im stationären Bereich eine vergleichsweise hohe Auslastungsquote auf, die annähernd einer Vollbelegung entspricht. Andere Kreise weisen dagegen relativ hohe Leerstände bzw. Unterbelegung auf, die allein durch Fluktuation oder zeitliche Schwankungen des Versorgungsbedarfs nicht erklärt werden können. Für die Pflegeplatzbedarfsprognose stellt sich die Frage, ob es sich bei den beobachteten Auslastungsunterschieden zwischen den bayerischen Landkreisen um kreisspezifische Merkmale des Pflegeplatzbedarfs handelt, oder ob diese Unterschiede einer –möglicherweise auch nur temporär vorherrschenden – kreisspezifischen Angebotssituation geschuldet sind. Damit verbunden ist auch die Frage, ob in Kreisen mit einer vergleichsweise niedrigen Auslastungsquote die Angebotsstruktur dauerhaft wirtschaftlich tragfähig ist und ob in Kreisen mit einer vergleichsweise hohen Auslastung nahe der Vollauslastung auf längere Sicht sich nicht Leistungsanbieter zu einer Ausweitung des Angebots oder den Markteintritt motiviert sehen könnten.

Konzeptionell und unter wirtschaftlichen Aspekten erscheint es auch hier nicht plausibel anzunehmen, dass sich die Auslastungsquote von Pflegeeinrichtungen langfristig zwischen den bayerischen Landkreisen in nennenswertem Umfang unterscheidet. Bei der Prognose des Pflegeplatzbedarfs werden daher nicht kreisspezifische Auslastungsquoten zugrunde gelegt, sondern die landesdurchschnittliche Auslastung der Pflegeeinrichtungen über alle bayerischen Landkreise. Ausgehend

von der tatsächlichen Auslastungsquote im Jahr 2017 reflektieren die prognostizierten Veränderungen des Pflegeplatzbedarfs im weiteren Zeitverlauf die kreis-spezifische Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen mit ihren jeweiligen stationären Versorgungsbedarfen auf der Grundlage einer Auslastungsquote, die dem Durchschnitt über alle bayerischen Landkreise entspricht und somit eine auch aus wirtschaftlichen Aspekten langfristig tragfähige Auslastung widerspiegelt. Die Details des Prognosemodells für die Entwicklung des Pflegeplatzbedarfs lassen sich Abschnitt 3.3.6 entnehmen.

Die Prognose des Pflegebedarfs - insbesondere über einen vergleichsweise langen Zeitraum – ist mit großer Unsicherheit und zahlreichen **Limitationen** verbunden. Die bedeutsamsten Limitationen der Prognosen sind in Abschnitt 3.3.7 aufgeführt.

Um die mit der Prognose des Pflegebedarfs verbundene Unsicherheit zumindest ansatzweise abzubilden, werden alle Prognosen des Pflegebedarfs in fünf unterschiedlichen **Modellvarianten** durchgeführt. Die Modellvarianten beinhalten zunächst ein Basisszenario, das durch die Annahme gekennzeichnet ist, dass die Rahmenbedingungen, die das Pflegegeschehen bestimmen, im Zeitverlauf unverändert bleiben und für den kompletten Prognosezeitraum denen des Ausgangsjahres 2017 entsprechen. Die übrigen vier Modellvarianten beinhalten Annahmen über die zeitliche Entwicklung der allgemeinen Pflegeprävalenz, die Entwicklung des Familienpflegepotenzials und damit zusammenhängend die Entwicklung der teilstationären Pflegeprävalenz. Die Annahmen hinsichtlich der Entwicklung der allgemeinen Pflegeprävalenz reflektieren eine sich möglicherweise ergebende Veränderung der alters- und geschlechtsbedingten relativen Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit, die sich beispielsweise morbiditätsbedingt ergeben könnte oder durch eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einer Veränderung der Anspruchsvoraussetzungen und damit zu einem Anstieg der pflegebedürftigen Personen gem. SGB XI führt.

Die Annahmen bezüglich des Familienpflegepotenzials tragen dem Umstand Rechnung, dass mit Zunahme der Mobilität und der Erwerbstätigkeit bei gleichzeitig nachlassender familiärer Bindung zukünftig die häusliche Pflege durch Angehörige nicht mehr in dem Umfang möglich sein könnte, wie dies heute noch der Fall ist. Die Annahmen hinsichtlich der teilstationären Pflegeprävalenz zielen darauf ab, eine Entwicklung abzubilden, die als Ambulantisierung der Pflege bezeichnet wird, in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des Familienpflegepotenzials steht und durch Verschiebung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich gekennzeichnet ist.

Die Operationalisierung dieser Veränderung der Rahmenbedingungen in den Modellparametern der Prognosemodelle sowie die Spezifizierung der Modellparameter in den fünf Modellszenarien werden in Abschnitt 3.3.8 erläutert.

3.3.2 Datengrundlage der Prognose der Pflegebedarfsentwicklung

3.3.2.1 Fortschreibung der Bevölkerungsvorausberechnung des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Vom LfStat wurde im Auftrag des StMGP für das Pflegegutachten Bayern eine Fortschreibung der Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2050 auf Kreisebene erstellt. Grundlage der Fortschreibung der Bevölkerungsvorausberechnung ist die öffentlich verfügbare Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2017 bis 2037, die vom LfStat unter Beibehaltung der zu Grunde liegenden Annahmen bis 2050 fortgeschrieben wurde. Sie beinhaltet die Prognose der Entwicklung der Bevölkerungsgröße auf Kreisebene differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht.

Die Bevölkerungsfortschreibung basiert auf einem Kohorten-Komponenten-Modell mit den Modellkomponenten Fertilität, Mortalität und Migration. Die Modellparameter basieren auf den Bevölkerungsbeständen 2009 bis 2017, der altersspezifischen Geburtenrate der Jahre 2013 bis 2017 sowie den alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten 2013 bis 2017. Es wird zwischen der Binnenmigration zwischen den bayerischen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten (Datengrundlage aus den Jahren 2010 bis 2017) und den Außenwanderungsraten (Datengrundlage 2010 bis 2014) unterschieden. Bei der Außenwanderung wird zwischen den Wanderungssalden mit dem restlichen Bundesgebiet und dem Ausland differenziert, wobei die Allokation der Zuzüge auf die jeweiligen demographischen Gruppen auf Kreisebene berücksichtigt wird.

Im Rahmen der Bevölkerungsentwicklung wird angenommen, dass bis zum Jahr 2027 eine lineare Entwicklung der Geburtenrate auf den Mittelwert der Jahre 2013 bis 2017 stattfindet und die Geburtenrate im weiteren Verlauf konstant bleibt. Es wird weiterhin angenommen, dass sich bis 2037 die Lebenserwartung der Männer um 2,3 Jahre und der Frauen um 2,0 Jahre erhöht. Diese Entwicklung wird bis 2050 fortgeschrieben. Für die Binnenwegzugsraten wird angenommen, dass sich diese bis 2023 linear auf den Mittelwert der Jahre 2010 bis 2014 entwickeln und im weiteren Verlauf konstant bleiben. Der Außenwanderungssaldo mit dem Ausland beträgt in den Jahren 2018 bis 2037 durchschnittlich 42.400 Personen. Ausgehend von einem erhöhten Saldo in den Anfangsjahren entwickelt sich der Außenwanderungssaldo bis 2021 auf 40.200 Personen pro Jahr und bleibt dann konstant. Der Außenwanderungssaldo mit dem restlichen Bundesgebiet beträgt konstant 7.800 Personen pro Jahr.

3.3.2.2 Ergebnisse der Pflegestatistik 2017

Vom LfStat liegen detaillierte Auswertungen der Pflegestatistik 2017 vor. Diese umfassen unter anderem eine Häufigkeitsverteilung der Pflegebedürftigen in Bayern auf Kreisebene nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegrad und Art der Versorgung (stichtagbezogen). Neben den Pflegegraden 1 bis 5 enthält die Auswertung auch Angaben zu Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, aber noch keinem Pflegegrad zugeordnet sind.

Die Art der Versorgung unterteilt sich in ambulante Pflege, (stationäre) Dauerpflege, Kurzzeitpflege und Bezug von Pflegegeld. Die Inanspruchnahme teilstationärer Pflege bei Pflegegrad 1 ist gesondert ausgewiesen. Nachrichtlich wird die Häufigkeit der Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 mitgeteilt.

Empfängerinnen bzw. Empfänger von Kombileistungen (Pflegesachleistung in Kombination mit häuslicher Pflege bei Pflegegeldbezug) sind in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von ambulanter Pflege enthalten und werden nicht gesondert ausgewiesen. Für die Empfangenden von Kurzzeitpflege ist keine Hauptleistungsart (Pflegesachleistung, Pflegegeld, Kombileistung) angegeben und die ambulante Verhinderungspflege wird in der Pflegestatistik nicht separat erfasst. Da die Pflegestatistik nur Leistungsempfängerinnen bzw. -empfänger gemäß SGB XI enthält, sind Empfängerinnen bzw. Empfänger von häuslicher Krankenpflege (SGB V) und Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 ohne Leistungsbezug in der Statistik nicht enthalten. Dies ist bei den Auswertungen und der Parametrisierung des Prognosemodells zu berücksichtigen (s. Abschnitt 3.3.4).

Darüber hinaus enthalten die Ergebnisse der Pflegestatistik 2017 eine Auswertung des Bayerischen Landesamt für Statistik zum Personalbestand in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Neben der Gesamtpersonalgröße enthalten diese differenzierte Angaben über die Alters- und Geschlechtsstruktur sowie den Tätigkeitsbereich und die Qualifikation der in Pflegeeinrichtungen beschäftigten Pflegekräfte. Diese Angaben werden im Rahmen der Pflegebedarfsprognosen dafür verwendet, den erforderlichen Qualifikationsmix des prognostizierten Pflegepersonalbedarfs abzuschätzen.

3.3.2.3 Ergebnisse der Pflegegeldstatistik 2017

Vom LfStat liegen Ergebnisse der Pflegegeldstatistik 2017 vor. Aus diesen geht hervor, welcher Anteil der Pflegegeldempfängerinnen bzw. -empfänger zusätzlich Pflegesachleistungen in Anspruch genommen hat. Dadurch lässt sich die in der Pflegestatistik 2017 ausgewiesene Inanspruchnahme ambulanter Pflege differenzierter in den Pflegebedarfsprognosen darstellen und berücksichtigen. Insbesondere lässt sich über diesen Datenbestand der Anteil der Empfängerinnen bzw. Empfänger von Kombileistungen quantifizieren.

3.3.2.4 Routinedaten von Versicherten der AOK Bayern

Von der AOK Bayern wurden für das Pflegegutachte Bayern Routinedaten der Versicherten mit Wohnort in Bayern bereitgestellt. Die Daten beinhalten neben den aggregierten Stammdaten aller versicherten Personen (Häufigkeitsverteilung nach Alter, Geschlecht und Kreis) die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sowie den Pflegegrad auf Versichertenebene für den Datenzeitraum Dezember 2017 und Dezember 2018.

Die bereitgestellten Pflegeleistungen umfassen den Bezug von Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistung, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, ambulante bzw.

stationäre Verhinderungspflege und vollstationäre Dauerpflege. Darüber lassen sich den Daten der Bezug des Entlastungsbetrags sowie ein vorliegender Pflegegrad 1 ohne Leistungsanspruchnahme entnehmen. In einem separaten Merkmal ist die Hauptleistungsart (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombileistung, vollstationäre Dauerpflege nach § 43 SGB XI, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI, keine Pflegeleistung) der pflegebedürftigen Versicherten ersichtlich.

Die Daten werden im Rahmen der Pflegebedarfsprognose verwendet, um tief gegliederte stratifizierte Anteilsschätzer für die Art der Versorgung bzw. die differenzierte Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversorgung abzuleiten. Diese werden in einem weiteren Schritt auf die Ergebnisse der Pflegestatistik 2017 angewendet bzw. hochgerechnet und dienen der Parametrisierung des detaillierten Prognosemodells (s. Abschnitt 3.3.4).

3.3.2.5 Weitere Datenbestände

Von der AOK Bayern liegen Daten zu den Angebotsstrukturen der stationären Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2019 vor. Diese beinhalten unter anderem Angaben zur Anzahl der Pflegeplätze für die Dauerpflege, Kurzzeitpflege und stationären Verhinderungspflege. Die Daten werden im Rahmen der Pflegebedarfsprognose verwendet, um die Auslastungsquote zu schätzen und den voraussichtlichen Bedarf an stationären Pflegeplätzen je stationär versorgtem Pflegebedürftigen zu ermitteln.

3.3.3 Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit

Das Grundmodell für die Prognose der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit bzw. der Entwicklung der Anzahl der Personen mit einem Pflegegrad orientiert sich an einem Prognosemodell, das von Schwinger, Klauber und Tsiasioti entwickelt und im Rahmen des Pflege-Report 2019 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) 2019 veröffentlicht wurde (vgl. Schwinger *et al.* 2019). Es basiert auf den nach Alter bzw. Altersgruppe, Geschlecht und Kreis stratifizierten Häufigkeiten von Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 5 sowie Personen, die noch keinem Pflegegrad zugeordnet sind) in Verbindung mit demografischen Angaben zu Bevölkerungsgröße und Bevölkerungsstruktur.

Aus den Ergebnissen der Pflegestatistik 2017 lässt sich die nach Kreis, Alter und Geschlecht stratifizierte Häufigkeitsverteilung der Pflegegrade entnehmen. In Verbindung mit demografischen Angaben zu Bevölkerungsgröße und Bevölkerungszusammensetzung nach Alter und Geschlecht der bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte im Jahr 2017 wird für jede Kombination aus Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad die Prävalenz innerhalb der jeweiligen Bevölkerungsschicht bestimmt. Die bedingten Pflegegradprävalenzen werden auf die Bevölkerungsfortschreibung der Jahre 2018 bis 2050 des LfStat angewandt.

Der Projektion liegt die implizite Annahme zu Grunde, dass im Zeitverlauf keine Veränderungen der auf Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingten Pflegeprävalenzen auftreten. Da diese Annahme sich als möglicherweise zu optimistisch erweisen könnte, werden in Alternativszenarien auch Projektionen für die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit erstellt, bei denen jeweils eine moderate und eine stärkere Zunahme der bedingten Pflegeprävalenz angenommen wird (s. Abschnitt 3.3.8).

3.3.4 Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung des Versorgungsbedarfs

Neben dem Pflegegrad liegen aus den Ergebnissen der Pflegestatistik 2017 Angaben zur Verteilung der Versorgungsart vor. Hierbei wird zwischen ambulanter Pflegesachleistung, vollstationärer Dauerpflege, Kurzzeitpflege und häuslicher Pflege durch Angehörige bei Bezug von Pflegegeld unterschieden. Die Verteilung der Versorgungsart liegt geschichtet nach Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad vor. In Verbindung mit Bevölkerungsangaben für das Jahr 2017 lässt sich für jede Kombination aus Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad die bedingte relative Häufigkeit der Versorgungsarten 2017 bestimmen.

Für die Prognose des Versorgungsbedarfs werden im ersten Schritt die auf Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingte relative Häufigkeitsverteilung der Versorgungsart auf die Ergebnisse der Prognose der Pflegebedürftigkeit angewandt. Dem liegt die implizite Annahme zugrunde, dass die auf Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingte Verteilung der Versorgungsart im Zeitverlauf konstant bleibt (für die Modellszenarien mit hiervon abweichenden Annahmen s. Abschnitt 3.3.8).

Um den Pflegebedarf und die sich hieraus ableitenden Pflegepersonal- und Pflegeplatzbedarfe differenzierter abbilden zu können, ist es in einem zweiten Schritt erforderlich, die relativ breit gefassten Kategorien des Versorgungsbedarfs aus der Pflegestatistik feiner zu untergliedern. So werden Empfängerinnen und Empfänger von Kombileistungen in der Pflegestatistik nicht separat ausgewiesen und von Pflegebedürftigen mit reinem Sachleistungsbezug nicht abgegrenzt. Da Kombileistungen sowohl Pflegesachleistungen als auch Pflegegeld enthalten und ein Teil der pflegerischen Versorgung daher von informell Pflegenden erbracht wird, fällt der Bedarf an Ressourcen der institutionalisierten Pflege bei diesen Personen jedoch geringer aus als bei reinem Sachleistungsbezug.

Auch die Häufigkeit der Inanspruchnahme von ambulanter bzw. stationärer Verhinderungspflege ist in der Pflegestatistik nicht gesondert ausgewiesen. Pflegebedürftige mit stationärer Verhinderungspflege werden in der Pflegestatistik in der Kategorie *Kurzzeitpflege* erfasst, ambulante Verhinderungspflege ist in der Versorgungsart *Ambulante Sachleistung* enthalten. Zudem lässt sich auf Basis der Pflegestatistik Pflegebedürftigen mit diesen Leistungsarten keine Hauptleistungsart zuordnen. Dies ist jedoch relevant, um beispielsweise den durch die

Verhinderungspflege entstehenden zusätzlichen Ressourcenaufwand für die ambulanten Pflegedienste bei der Prognose des Pflegepersonalbedarfs berücksichtigen zu können.

Um die Verteilung der Versorgungsart differenziert darstellen zu können und insbesondere Versorgungsleistungen mit sehr unterschiedlichen Aufwänden, die in der Pflegestatistik in einer gemeinsamen Kategorie zusammengefasst werden, separat zu modellieren, ist es im Bereich der ambulanten Pflege erforderlich abzuschätzen, zu welchen Anteilen sich diese aus Kombileistung, Sachleistung und Verhinderungspflege zusammensetzt. Um mit der Prognose des Versorgungsbedarfs einen möglichst vollständigen Eindruck zu vermitteln, wird darüber hinaus der Anteil der Pflegebedürftigen ohne Leistungsanspruchnahme bestimmt. Hierbei handelt es sich um Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keine Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen und daher von der Pflegestatistik nicht erfasst werden.

Die Schätzung des Anteils der ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit Kombileistung erfolgt auf der Grundlage der Ergebnisse der Pflegegeldstatistik 2017. Die übrigen Anteilsschätzer werden auf Grundlage der Routinedaten der AOK Bayern geschätzt (Datengrundlage s. Abschnitt 3.3.2). Die Schätzung erfolgt stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad. Eine zusätzliche Differenzierung nach dem Kreis war aufgrund der teilweise geringen Fallzahl in den Daten der AOK Bayern nicht zuverlässig möglich.

Schätzung der Häufigkeit von Verhinderungspflege

Verhinderungspflege wird von Pflegebedürftigen in Zeiten in Anspruch genommen, wenn die Pflegeperson verhindert ist. Die Leistungsanspruchnahme ist demnach nicht von Dauer, sondern erstreckt sich über einen Zeitraum von einigen Tagen bzw. Wochen. Für die Bestimmung des Pflegebedarfs relevant ist demnach nicht nur die Anzahl von Pflegebedürftigen, die Verhinderungspflege in Anspruch nehmen, sondern vor allem die Anzahl der Leistungstage. Da es dazu aber keine Anhaltspunkte in Sekundärdaten gibt, wird analog zur Kurzzeitpflege angenommen, dass die durchschnittliche Dauer der tagesweise in Anspruch genommenen Verhinderungspflege im Mittel ca. 21 Tage beträgt. Die Zielgröße für die Bestimmung der Häufigkeit der Verhinderungspflege aus den Routinedaten der AOK Bayern ist die tagesdurchschnittliche Anzahl von Pflegebedürftigen mit Verhinderungspflege. Diese entspricht der Anzahl ganzjähriger Verhinderungspflegeäquivalente, wobei ein Verhinderungspflegeäquivalent 365 Leistungstagen mit Verhinderungspflege entspricht.

Da in den bereitgestellten Routinedaten der AOK Bayern keine Angabe über die Dauer der Verhinderungspflege in den Monaten Dezember 2017 bzw. Dezember 2018 vorliegt, sondern lediglich die Angabe, ob von den pflegebedürftigen Versicherten eine Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, kann der Umfang der Verhinderungspflege nicht exakt bestimmt werden. Vielmehr wird die Jahresanspruchnahme aus der Häufigkeit der Verhinderungspflege im Monat Dezember 2017 in Verbindung mit der durchschnittlichen Dauer der Verhinderungspflege von 21 Tagen abgeleitet.

Unter der Annahme einer durchschnittlichen Dauer der Verhinderungspflege \bar{d} ergibt sich die durchschnittliche Anzahl von Tagen mit Verhinderungspflege \bar{d}_m in Monat m mit t Tagen wie folgt:

$$\bar{d}_m = \frac{(t - \bar{d} + 1)}{t + \bar{d} - 1} * \bar{d} + \sum_{i=1}^{\bar{d}-1} \frac{2}{t + \bar{d} - 1} * (\bar{d} - i)$$

In Verbindung mit der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Verhinderungspflege n und der Anzahl aller Pflegebedürftigen N lässt sich der tagesdurchschnittliche Anteil der Pflegebedürftigen a bestimmen, der sich zu einem beliebigen Zeitpunkt eines Jahres in Verhinderungspflege befindet:

$$a = \bar{d}_m * \frac{n}{N * t}$$

Die tagesdurchschnittliche Anzahl der Pflegebedürftigen mit Verhinderungspflege (Verhinderungspflegeäquivalente) N_V ergibt sich zu:

$$N_V = N * a$$

Die auf Basis der Routinedaten der AOK Bayern bestimmten, auf Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingten Anteilsschätzer werden auf die korrespondierenden Teilgruppen der Pflegebedürftigkeitsprognose angewandt.

Im Rahmen der Analyse erfolgte die Bestimmung der Anteilsschätzer differenziert nach stationärer und ambulanter Verhinderungspflege. In diesem Zusammenhang zeigte die Analyse der Routinedaten der AOK Bayern, dass stationäre Verhinderungspflege nur vereinzelt von einer vernachlässigbar geringen Anzahl Pflegebedürftiger in Anspruch genommen wird. In den meisten Fällen dürfte die stationäre Verhinderungspflege in den Routinedaten – wie auch in der Pflegestatistik - unter Kurzzeitpflege subsummiert werden. Dementsprechend konnte diese Versorgungsart bei der Prognose des Pflegebedarfs keine gesonderte Berücksichtigung finden, ist jedoch im Versorgungsbedarf nach Kurzzeitpflege enthalten.

Schätzung der Verteilung der Hauptleistungsart bei ambulanter Verhinderungspflege

Die Verteilung der Hauptleistungsart (Ambulante Pflegesachleistung, Kombileistung, Pflegegeld) der Pflegebedürftigen mit ambulanter Verhinderungspflege wird auf der Grundlage der Routinedaten der AOK Bayern bestimmt. Die sich ergebenden bedingten Verteilungen der Hauptleistungsart werden auf die Ergebnisse der Pflegebedürftigkeitsprognose zur Anzahl der Pflegebedürftigen mit Bedarf nach ambulanter Verhinderungspflege angewandt. Die Schätzung der Verteilung der Hauptleistungsart erfolgt stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad.

Schätzung des Anteils der Kombileistungsempfänger an allen Pflegebedürftigen mit ambulanter Sachleistung

Aus der Pflegegeldstatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik liegen nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegrad stratifizierte Häufigkeitsangaben über den Bezug von Kombileistungen auf Kreisebene vor. In Verbindung mit Angaben

aus der Pflegestatistik 2017 zur Häufigkeit der Versorgung mit ambulanter Sachleistung lässt sich bedingt auf Alter, Geschlecht und Pflegegrad der Anteil der Kombileistungsempfänger bestimmen.³ Die daraus resultierenden bedingten Anteilsschätzer werden auf die Ergebnisse der Pflegebedürftigkeitsprognose angewandt.

Schätzung der Häufigkeit von Pflegegrad 1 ohne Leistungsanspruchnahme

Wie bereits erwähnt werden Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keine Leistungen nach SGB XI in Anspruch nehmen, in der Pflegestatistik nicht erfasst. Da mit der Versorgung dieser Pflegebedürftigen kein Leistungsaufwand verbunden ist, entsteht hierdurch auch keine Nachfrage nach Plätzen oder Personal. Dennoch sollen diese Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegebedarfsprognose abgebildet und ihre Entwicklung bei der Prognose berücksichtigt werden. Dies ist möglich, da auf der Grundlage der Routinedaten der AOK Bayern der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ohne Leistungsanspruchnahme geschätzt werden kann. In Verbindung mit Angaben zu den Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 mit Leistungsanspruchnahme aus der Pflegestatistik 2017 lässt sich aus diesem Anteilsschätzer die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ohne Leistungsanspruchnahme auf die Populationsgrößen der Pflegestatistik hochrechnen. Die Schätzung des Anteils der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ohne Leistungsanspruchnahme erfolgt stratifiziert nach Kreis, Alter und Geschlecht.

3.3.5 Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs

Ein zentraler Aspekt bei der Erarbeitung eines Prognosemodells für die Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs besteht in der Operationalisierung und Messung des Pflegepersonalbedarfs, der mit den jeweiligen Versorgungsarten verbunden ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Personalbedarfe in Abhängigkeit von der Versorgungsart und dem Grad der Pflegebedürftigkeit unterscheiden. Da zu erwarten ist, dass sich die Versorgungsverteilung und die Pflegegradverteilung in Abhängigkeit von der Bevölkerungsentwicklung im Zeitverlauf verändern, ist es erforderlich, beim Pflegepersonalbedarf hinsichtlich dieser Merkmale zu differenzieren.

Prognose des Pflegepersonalbedarfs in der stationären Versorgung

Aus der Pflegestatistik 2017 liegen aggregierte Angaben zum Pflegepersonal in stationären Einrichtungen vor. Darin enthalten ist das Pflegepersonal für die Dauerpflege, die Kurzzeitpflege (inkl. stat. Verhinderungspflege) und die teilstationäre Pflege (Tagespflege). Diese Personalangaben werden zu den Pflegebedürftigen mit Inanspruchnahme dieser Leistungen in Beziehung gesetzt. Hierbei müssen die Unterschiede im Personalbedarf zwischen den Versorgungsarten und zwischen Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Pflegegraden berücksichtigt werden. Da zu erwarten ist, dass sich die Zusammensetzung der Pflegebedürftigen hinsichtlich

³ In der Pflegestatistik werden Kombileistungsempfängerinnen und -empfänger sowie jene mit reiner ambulanter Sachleistung in der Kategorie *Ambulante Sachleistung* zusammengefasst.

Pflegegrad und Versorgungsart aufgrund der Bevölkerungsentwicklung im Zeitverlauf verändert, muss für jede Kombination aus Versorgungsart und Pflegegrad bestimmt werden, welcher Personalbedarf mit der jeweiligen Konstellation verbunden ist.

Der Grundgedanke der Bedarfsbestimmung besteht darin, für jede Kombination aus Pflegegrad und Versorgungsart einen rechnerischen, fiktiven Soll-Personalbedarf zu bestimmen. Dabei müssen die Unterschiede in den Soll-Personalbedarfen die tatsächlichen Unterschiede des für die Versorgung erforderlichen personellen Ressourcenaufwands reflektieren. Werden die Soll-Personalbedarfe mit der Anzahl der Leistungsempfängerinnen bzw. -empfänger der jeweiligen Kombination aus Pflegegrad und Versorgungsart multipliziert und summiert, so ergibt sich der rechnerische Gesamt-Soll-Personalbedarf. Der Quotient aus tatsächlich eingesetztem Personal (Pfleigestatistik 2017) und rechnerischem Gesamt-Soll-Personalbedarf ergibt den rechnerischen Personalüberhangsfaktor. Dieser reflektiert den rechnerischen Personalüberhang, d. h. das über den Soll-Bedarf hinaus eingesetzte Pflegepersonal. Der Personalbedarf, der für die Versorgung einer beliebigen Kombination aus Versorgungsart und Pflegegrad erforderlich ist, ergibt sich demnach aus der Multiplikation des Soll-Personalbedarfs der jeweiligen Konstellation aus Versorgungsart und Pflegegrad mit dem (rechnerischen) Personalüberhangsfaktor. Im Rahmen der Pflegepersonalbedarfsprognose wird angenommen, dass der rechnerische Personalüberhangsfaktor im Zeitverlauf konstant bleibt.

Aus den Pflegekennzahlen für Bayern lassen sich die in Tabelle 11 abgebildeten Soll-Personalbedarfe (Mindestpersonalbedarfe) entnehmen, die als Pflegeschlüssel zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Leistungserbringer vertraglich auf Landesebene vereinbart wurden (WippCARE 2019). Dargestellt sind die Soll-Personalbedarfe für die Dauerpflege, die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege, ausgedrückt als Anzahl der Pflegebedürftigen bzw. (ganzjährige) Pflegeäquivalente je Pflegekraft-Vollzeitäquivalent.⁴

Für die Dauerpflege liegen pflegegradabhängige Pflegepersonalschlüssel vor. Für die übrigen Versorgungsarten liegen die Pflegeschlüssel nur als Durchschnittswerte vor. Die Festlegung der pflegegradunabhängigen Durchschnittswerte dürfte bei Vereinbarung der Personalschlüssel zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Leistungserbringern mit Bezug auf die gegenwärtig zu beobachtende Verteilung der Pflegegrade innerhalb der jeweiligen Versorgungsart erfolgt sein. Es ist daher zu erwarten, dass eine Veränderung der Pflegegradverteilung dementsprechend zu einer Anpassung der pflegegradunabhängigen Durchschnittswerte führen dürfte. Diese Anpassung muss im Rahmen der Pflegebedarfs-

⁴ In der Pfleigestatistik 2017 wird die Häufigkeit von Kurzzeitpflege und stationärer Verhinderungspflege in der Kategorie *Kurzzeitpflege* zusammengefasst. In den Routinedaten der AOK Bayern fällt die Häufigkeit der Inanspruchnahme von stationärer Verhinderungspflege zu gering aus, um den Anteil der stationären Verhinderungspflege zu schätzen. Daher wird die stationäre Verhinderungspflege nicht gesondert als Versorgungsart berücksichtigt, sondern in der Kategorie *Kurzzeitpflege* zusammengefasst. Im Rahmen der Pflegepersonalprognose wird für beide Versorgungsarten der Personalschlüssel der Kurzzeitpflege verwendet, um den Personalbedarf abzuschätzen.

prognose antizipiert und berücksichtigt werden. Es ist daher erforderlich, die pflegegradunabhängigen Soll-Personalbedarfe in pflegegradabhängige Soll-Personalbedarfe zu überführen, damit eine Veränderung der Pflegegradverteilung, die aufgrund der Bevölkerungsentwicklung im Zeitverlauf zu erwarten ist, mit einer entsprechenden Anpassung der prognostizierten Pflegepersonalbedarfe einhergeht.

Tabelle 11: Pflegeschlüssel stationäre Pflege – Anzahl Pflegebedürftige je Pflegekraft

Pflegegrad	Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege
PG 1	6,70	2,40	5,50
PG 2	3,71		
PG 3	2,60		
PG 4	1,98		
PG 5	1,79		
Noch keinem PG zugeordnet	-		

Quelle: IGES, auf Grundlage von WippCARE 2019

In Tabelle 12 sind die Pflegepersonalschlüssel bzw. Soll-Personalbedarfe ausgedrückt in Pflegekräfte-Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftiger bzw. (ganzjähriges) Pflegeäquivalent dargestellt. Für Pflegebedürftige mit Dauerpflege ohne zugeordneten Pflegegrad wird im Rahmen der Personalbedarfsprognose der durchschnittliche, häufigkeitsgewichtete Soll-Personalbedarf der Dauerpflege verwendet. Bei der Häufigkeitsgewichtung wird die im Jahr 2017 vorliegende Pflegegradverteilung der Pflegebedürftigen mit Dauerpflege verwendet, die sich aus der Pflegestatistik 2017 ergibt. Es zeigt sich, dass die Festlegung der pflegegradunabhängigen Durchschnittswerte für den Soll-Personalbedarf der Kurzzeitpflege offensichtlich ebenfalls auf Basis der Pflegegradverteilung der Dauerpflege erfolgte, da diese Werte identisch sind.

Tabelle 12: Pflegeschlüssel stationäre Pflege – Anzahl Pflegekräfte je Pflegebedürftiger

Pflegegrad	Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
PG 1	0,15	0,42	0,18
PG 2	0,27		
PG 3	0,38		
PG 4	0,51		
PG 5	0,56		
Noch keinem PG zugeordnet	0,42*		

Quelle: IGES, auf Grundlage von WippCARE 2019

Anmerkung: *Festlegung IGES im Rahmen der Pflegebedarfsprognose auf der Grundlage der Häufigkeitsverteilung der Pflegegrade bei Dauerpflege und der korrespondierenden Soll-Personalbedarfe

Die Differenzierung der pflegegradunabhängigen Soll-Personalbedarfe in pflegegradabhängige Soll-Personalbedarfe für die Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege erfolgt unter Übernahme der Relation der pflegegradabhängigen Soll-Personalbedarfe der Dauerpflege. Hierfür werden pflegegradspezifische Relativgewichte bestimmt, die ausdrücken, welcher Personalbedarf je Pflegebedürftiger in Relation zu einer Referenzkategorie erforderlich ist. Als Referenzkategorie wird der Personalbedarf je Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 1 verwendet.⁵

Sei $Z_{i, \text{Dauerpflege}}$ der Soll-Personalbedarf der vollstationären Dauerpflege ausgedrückt in Pflegekräften je Pflegebedürftigen mit Pflegegrad i . Dann ergibt sich das Relativgewicht a_i für Pflegegrad i , $i \neq 1$ bezogen auf die Referenzkategorie (Pflegegrad 1) wie folgt:

$$a_i = \frac{Z_{i, \text{Dauerpflege}}}{Z_{1, \text{Dauerpflege}}}$$

wobei $a_1 = 1$.

Die hieraus resultierenden Relativgewichte sind in Tabelle 13 dargestellt. Für die vollstationäre Dauerpflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 beträgt der Personalaufwand das 1,81-fache des Personalaufwandes für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. Für die vollstationäre Dauerpflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 ist das 3,74-fache des Personalaufwandes für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 erforderlich. Diese Personalbedarfsrelation wird auf die pflegegradunabhängigen, durchschnittlichen Soll-Personalbedarfe für die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege übertragen.

⁵ Die Wahl der Referenzkategorie ist beliebig.

Tabelle 13: Relativgewichte des Soll-Personalbedarfs der vollstationären Dauerpflege (Stand 2019)

Pflegegrad	Relativgewicht Dauerpflege
Pflegegrad 1	1,00
Pflegegrad 2	1,81
Pflegegrad 3	2,58
Pflegegrad 4	3,38
Pflegegrad 5	3,74
Noch keinem Pflegegrad zugeordnet	2,79

Quelle: IGES

Die Übertragung der Personalbedarfsrelation der Dauerpflege, ausgedrückt in den Relativgewichten des Soll-Personalbedarfs, erfolgt unter der Maßgabe, dass der versorgungsartsspezifische Soll-Personalbedarf für die Referenzkategorie (Pflegegrad 1) multipliziert mit dem Summenprodukt aus Relativgewichten und der auf die jeweilige Versorgungsart bedingten Pflegegradverteilung, den pflegegradunabhängigen durchschnittlichen Soll-Personalbedarf der jeweiligen Versorgungsart ergibt.

Sei a_i das Relativgewicht von Pflegegrad i der vollstationären Dauerpflege mit $a_1 = 1$, und $h_{i|j}$ die relative Häufigkeit von Pflegegrad i bedingt auf Versorgungsart j mit $\sum_{i=1}^5 h_{i|j} = 1$, und sei c_j der pflegegradunabhängige Soll-Personalbedarf je Pflegebedürftigen bzw. Pflegeäquivalent von Versorgungsart j , dann muss gelten:

$$x_j * \sum_i a_i * h_{i|j} = c_j$$

$$\Rightarrow x_j = \frac{c_j}{\sum_i a_i * h_{i|j}}$$

wobei x_j der Soll-Personalbedarf je Pflegebedürftigen bzw. Pflegeäquivalent von Versorgungsart j mit Pflegegrad 1 ist.

Der Soll-Personalbedarf je Pflegebedürftigen bzw. Pflegeäquivalent $z_{i,j}$ von Versorgungsart j mit Pflegegrad i ergibt sich zu:

$$z_{i,j} = x_j * a_i$$

In Tabelle 14 sind die sich ergebenden pflegegradabhängigen Soll-Personalbedarfe für die Kurzzeitpflege beispielhaft dargestellt. Die Tabelle enthält die pfleggradspezifischen, aus den Soll-Personalbedarfen der Dauerpflege abgeleiteten Relativgewichte, die Pflegegradverteilung der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege in Bayern aus der Pflegestatistik 2017, das Summenprodukt aus Relativgewichten und Pflegegradverteilung (Wert: 2,338) sowie die Soll-Personalbedarfe je ganzjährigem Pflegeäquivalent mit Kurzzeitpflege (ein Pflegeäquivalent entspricht 365 Lei-

stungstagen Kurzzeitpflege). Bei einem pflegegradunabhängigen Soll-Personalbedarf für die Kurzzeitpflege in Höhe von 0,42 Pflegekräften je Pflegebedürftigen (s. Tabelle 12) ergibt sich für den Soll-Personalbedarf je Pflegeäquivalent mit Pflegegrad 1 ein Wert von $0,42/2,338*1,00 = 0,180$ Pflegekräften (VZÄ). Unter Berücksichtigung der Personalbedarfsrelation (Relativgewichte) sind für die Kurzzeitpflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 $0,42/2,338*1,81=0,324$ VZÄ Pflegekräfte erforderlich, aus der Kurzzeitpflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 entsteht ein Personalbedarf von $0,42/2,338*3,74=0,672$ VZÄ Pflegekräften. Werden die pflegegradabhängigen Soll-Personalbedarfe mit den relativen Häufigkeiten der Pflegegrade gewichtet, so ergibt die Summe der gewichteten Soll-Personalbedarfe den pflegegradunabhängigen Soll-Personalbedarf in Höhe von 0,42 VZÄ-Pflegekräften je Pflegeäquivalent, was 2,4 Pflegeäquivalente je VZÄ-Pflegekraft entspricht (s. Tabelle 11).

Tabelle 14: Soll-Personalbedarfe nach Pflegegrad am Beispiel der Kurzzeitpflege (Stand 2019)

Pflegegrad	Relativgewicht	Relative Häufigkeit gem. Pflegestatistik 2017	Relativgewicht *Relative Häufigkeit	Soll-Personalbedarf je ganzjährigem Pflegeäquivalent
PG 1	1,00	4,1 %	0,041	0,180
PG 2	1,81	44,2 %	0,799	0,324
PG 3	2,58	28,6 %	0,736	0,463
PG 4	3,38	12,3 %	0,416	0,608
PG 5	3,74	4,6 %	0,171	0,672
kein PG zugeordnet	2,79	6,3 %	0,175	0,502
Summe	-	100,0 %	2,338	-

Quelle: IGES

In Tabelle 15 sind die im Rahmen der Pflegepersonalbedarfsprognose verwendeten pflegegrad- und versorgungsartabhängigen Soll-Personalbedarfe je ganzjährigem Pflegeäquivalent bzw. je tagesdurchschnittlich versorgtem Pflegebedürftigen dargestellt.⁶ Die Soll-Personalbedarfe werden zur Bestimmung des Pflegepersonal-

⁶ Die Soll-Personalbedarfe in der Kurzzeitpflege fallen etwas höher aus als die Soll-Personalbedarfe in der Dauerpflege. Dies liegt daran, dass bei der vertraglichen Vereinbarung des durchschnittlichen Soll-Personalbedarfs in der Kurzzeitpflege die Pflegegradverteilung der vollstationären Dauerpflege zugrunde gelegt wurde. Die Pflegegradverteilung der Kurzzeitpflege weist jedoch einen höheren Anteil niedrigerer Pflegegrade auf. Dies bedeutet, dass mit dem durchschnittlichen Personalaufwand der vollstationären Dauerpflege in der Kurzzeitpflege Pflegebedürftige versorgt werden, die einen tendenziell niedrigeren Pflegegrad

bedarfs mit dem rechnerischen Personalüberhangsfaktor und der Anzahl der Pflegebedürftigen mit der entsprechenden Kombination aus Pflegegrad und Versorgungsbedarf multipliziert. Der rechnerische Personalüberhangsfaktor wird unabhängig von der Versorgungsart für den gesamten stationären Bereich bestimmt. Hierbei ergibt sich ein Überhangsfaktor in Höhe von 1,12. Dies bedeutet, dass die stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern den Soll-Personalbedarf, der den Mindestpersonalschlüssel reflektiert, um etwa 12 % überschreiten. Im Rahmen der Pflegepersonalbedarfsprognose wird angenommen, dass der rechnerische Personalüberhangsfaktor im Zeitverlauf konstant bleibt.

Im Kontext der teilstationären Pflege wird darüber hinaus berücksichtigt, dass sich die Angaben der Pflegestatistik auf die zum Zeitpunkt der Erhebung vorliegenden Versorgungsverträge zur Inanspruchnahme von Tagespflege beziehen. Da nicht alle Pflegebedürftigen mit teilstationärem Versorgungsbedarf an allen fünf Wochentagen Tagespflege in Anspruch nehmen und sich ggfs. mehrere Pflegebedürftige durch zeitweise oder wechselnde Inanspruchnahme an einzelnen Wochentagen einen Pflegeplatz teilen können, wird bei der Bestimmung des Personalbedarfs aus der Häufigkeit der vertraglichen Inanspruchnahme die Häufigkeit der wöchentlichen Inanspruchnahme abgeleitet. Aus Analysen der Anzahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Versorgung auf der Grundlage der Pflegestatistik 2017 in Verbindung mit dem vorhandenen Angebot an Tagespflegeplätzen in Bayern wird abgeleitet, dass eine pflegebedürftige Person mit teilstationärer Versorgung diese an durchschnittlich 2,5 Tagen pro Woche in Anspruch nimmt.

Tabelle 15: Pflegegrad- und versorgungsartabhängige Soll-Personalbedarfe je Pflegeäquivalent bzw. tagesdurchschnittlich versorgtem Pflegebedürftigen

Pflegegrad	Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
PG 1	0,149	0,180	0,069
PG 2	0,270	0,324	0,124
PG 3	0,385	0,463	0,178
PG 4	0,505	0,608	0,233
PG 5	0,559	0,672	0,258
noch keinem PG zugeordnet	0,417	0,502	0,192

Quelle: IGES

aufweisen. Dadurch fallen die pflegegradabhängigen Soll-Personalbedarfe etwas höher als in der Dauerpflege aus.

Prognose des Pflegepersonalbedarfs in der ambulanten Versorgung

Aus der Pflegestatistik liegen aggregierte Angaben zum Pflegepersonal von ambulanten Pflegediensten vor. Pflegedienste werden von Sachleistungsempfängerinnen bzw. -empfängern, Empfängerinnen bzw. Empfängern von Kombileistungen und von Pflegebedürftigen im Rahmen der ambulanten Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Für die Ermittlung des Personalbedarfs werden die Personalangaben aus der Pflegestatistik zu den Pflegebedürftigen in Beziehung gesetzt. Bei der Prognose des Personalbedarfs ist zu berücksichtigen, dass der Umfang des Personalbedarfs in Abhängigkeit von der Versorgungsart und dem Pflegegrad unterschiedlich hoch ausfällt. Dies ist von Bedeutung, da aufgrund der Bevölkerungsentwicklung erwartet wird, dass sich die Zusammensetzung der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Hinblick auf Versorgungsart und Pflegegrad im Zeitverlauf verändert. Daher ist eine Differenzierung des Personalbedarfs in Abhängigkeit von Versorgungsart und Pflegegrad erforderlich.

Der Grundgedanke bei der differenzierten Abbildung der Pflegepersonalbedarfe besteht darin, für jede Kombination aus Versorgungsart und Pflegegrad den erforderlichen Personalbedarf in Relation zu einer Referenzkategorie auszudrücken. So drückt der Personalfaktor den Personalbedarf der jeweiligen Versorgungsart in Einheiten des Personalbedarfs für die Referenzkategorie *Ambulante Sachleistung* aus. Ferner drücken Relativgewichte den Personalbedarf in Relation zur Referenzkategorie *Pflegegrad 2* aus. Das Produkt aus Personalfaktor und Relativgewicht ergibt für jede Kombination aus Versorgungsart und Pflegegrad das Pflegesachleistungsäquivalent mit Pflegegrad 2 (PSÄ 2). Ein PSÄ 2 entspricht dem Personalbedarf, der für die ambulante Versorgung eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 durch einen ambulanten Pflegedienst erforderlich ist. Die für die unterschiedlichen Kombinationen aus Versorgungsart und Pflegegrad ermittelten PSÄ 2-Werte drücken aus, wieviel Personal in Relation zu Pflegesachleistungsempfängerinnen und -empfängern mit Pflegegrad 2 für die Versorgung einer pflegebedürftigen Person mit der jeweiligen Konstellation erforderlich ist.

Für die Personalfaktoren der Kombileistung und der ambulanten Verhinderungspflege sind Annahmen darüber zu treffen, in welchem Umfang diese Leistungen durch ambulante Pflegedienste und zu welchem Anteil sie von Angehörigen im Rahmen der häuslichen Pflege erbracht werden. Bei Kombileistungen wird angenommen, dass die Leistungserbringung etwa zur Hälfte durch einen ambulanten Pflegedienst erfolgt. Bei der ambulanten Verhinderungspflege wird dieser Anteil deutlich niedriger eingeschätzt. Im Rahmen der Bedarfsprognose wird angenommen, dass 20 % der Leistungsfälle durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden und in 80 % der Leistungsfälle die Ersatzpflege durch Angehörige der Pflegeperson erbracht wird. Demnach ergibt sich für Pflegebedürftige mit Kombileistung ein Personalfaktor von 0,5 und für Pflegebedürftige mit ambulanter Verhinderungspflege ein Personalfaktor von 0,2.

Die Relativgewichte für die Abbildung des Personalbedarfs in Relation zur Versorgung eines Pflegebedürftigen mit PG 2 werden aus den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung für die ambulante Pflege abgeleitet. Dem liegt die Überlegung zu

Grunde, dass die Relation der Pflegeleistungsbeträge approximativ die mit der Versorgung verbundene Personalaufwandsrelation reflektiert. In Tabelle 16 sind die pflegegradabhängigen Leistungsbeträge (Pflegesätze) des Jahres 2017 sowie die damit korrespondierenden Relativgewichte (Referenzkategorie: PG 2) dargestellt.

Tabelle 16: Pflegesätze ambulante Pflegesachleistung 2017 und korrespondierende Relativgewichte der Personalaufwandrelation

Pflegegrad	Pflegesatz	Relativgewicht
PG 1	125,- Euro*	0,18
PG 2	689,- Euro	1,00
PG 3	1.298,- Euro	1,88
PG 4	1.612,- Euro	2,34
PG 5	1.995,- Euro	2,90

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegesätze gem. § 36 Abs. 3 SGB XI

Anmerkung: *Für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 wird hilfsweise der Entlastungsbeitrag zur Quantifizierung der Personalaufwandsrelation angesetzt.

In Tabelle 17 ist abgebildet, welche Werte sich für PSÄ 2 aus Anwendung der Personalfaktoren und der Relativgewichte für die Personalaufwandsrelation ergeben. Beispielsweise ist für eine pflegebedürftige Person mit PG 3 und ambulanter Sachleistung ein 1,88-facher Personalaufwand im Vergleich zur Versorgung einer pflegebedürftigen Person mit PG 2 und ambulanter Sachleistung erforderlich. Für eine pflegebedürftige Person mit PG 5 und Kombileistung ist – trotz des höheren Pflegegrades – nur das 1,45-fache des Personalaufwandes im Vergleich zu einer pflegebedürftigen Person mit PG 2 und ambulanter Sachleistung erforderlich. Der Personalaufwand durch ambulante Pflegedienste fällt bei Kombileistungsbezug geringer aus als bei reiner ambulanter Sachleistung, da ein Teil der Pflegeleistung im Rahmen der häuslichen Pflege durch Angehörige erbracht wird.

Tabelle 17: Pflegesachleistungsäquivalent 2: Pflegebedarfsrelation in der ambulanten Pflege (Stand 2019)

Pflegegrad	Ambulante Sachleistung	Kombileistung	Verhinderungspflege
PG 1	0,18	0,09	0,04
PG 2	1,00	0,50	0,20
PG 3	1,88	0,94	0,38
PG 4	2,34	1,17	0,47
PG 5	2,90	1,45	0,58

Quelle: IGES

Um den Bedarf an Pflegekräften zu bestimmen ist es nun erforderlich, zu ermitteln, welcher Personalbedarf – gemessen in VZÄ-Pflegekräften - mit der Versorgung eines PSÄ 2 verbunden ist. Hierfür wird die Anzahl der bei ambulanten Pflegediensten beschäftigten Pflegekräfte in VZÄ, die der Pflegestatistik 2017 entnommen werden kann, zur Summe der häufigkeitsgewichteten PSÄ 2 in Relation gesetzt. Der sich ergebende PSÄ 2-Quotient drückt aus, wie viele Pflegekräfte für die Versorgung einer pflegebedürftigen Person mit PG 2 und ambulanter Sachleistung (PSÄ 2) erforderlich sind. Der Personalbedarf für eine pflegebedürftige Person mit einer bestimmten Konstellation aus Pflegegrad und Versorgungsart ergibt sich aus dem Produkt von pflegegrad- und versorgungsartspezifischem PSÄ 2-Wert und dem PSÄ 2-Quotient. Im Rahmen der Pflegebedarfsprognosen wird angenommen, dass die pflegegrad- und versorgungsartabhängigen Personalschlüssel und damit die Relation der Personalaufwände im Zeitverlauf konstant bleiben.

3.3.6 Methodik des Prognosemodells für die Entwicklung des Pflegeplatzbedarfs

Der Pflegeplatzbedarf in der stationären Versorgung unterteilt sich in den Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen und den Bedarf an teilstationären Pflegeplätzen. Von der AOK Bayern und aus der Pflegestatistik liegen Angaben zu Angebotsstrukturen von vollstationären Pflegeheimplätzen auf Kreisebene vor (s. Abschnitt 3.3.2). Vollstationäre Pflegeplätze werden belegt von Pflegebedürftigen mit Dauerpflege und Kurzzeitpflege (inkl. stationäre Verhinderungspflege). Beide Angaben lassen sich direkt aus der Pflegestatistik 2017 entnehmen.

Auf Basis dieser Angaben aus der Pflegestatistik lässt sich die rechnerische Auslastungsquote sowie die Anzahl der erforderlichen Pflegeplätze je Pflegebedürftigen mit vollstationärer Pflege bestimmen. Da kurzzeitig auftretende Bedarfsspitzen sowie Friktionen beim Wechsel von Pflegeheimbewohnerinnen bzw. -bewohnern auftreten und durch das vorhandene Pflegeangebot abgedeckt werden müssen, erfolgt die Bestimmung des Pflegeplatzbedarfs unter der Maßgabe, dass für jede pflegebedürftige Person etwas mehr als ein Heimplatz vorgehalten werden muss. Wie in Abschnitt 3.3.1 bereits ausgeführt, erfolgt die Schätzung der Auslastungsquote, die der Pflegeplatzbedarfsprognose zugrunde gelegt wird, nicht kreisbezogen, sondern als landesweiter Durchschnitt über alle bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte. Für Bayern ergibt sich im vollstationären Bereich eine durchschnittliche Auslastungsquote in Höhe von etwas über 90 %. Für die Versorgung einer pflegebedürftigen Person mit vollstationärem Versorgungsbedarf sind demnach etwa 1,11 Pflegeplätze erforderlich. Im Rahmen der Bedarfsprognosen wird angenommen, dass die im Jahr 2017 beobachtete rechnerische Auslastungsquote im Zeitverlauf konstant bleibt.

Die Anzahl der rechnerisch erforderlichen Pflegeplätze in der teilstationären Versorgung wird aus der Häufigkeit der Inanspruchnahme dieser Leistung in Verbindung mit den bestehenden Angebotsstrukturen abgeleitet. Eine exakte Bestimmung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen ist nicht möglich, da ein teilstationärer Pflegeplatz von mehreren Leistungsempfängerinnen bzw. -empfängern an wechselnden Tagen genutzt werden kann.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Inanspruchnahme von Leistungen der teilstationären Pflege lässt sich aus der Pflegestatistik 2017 entnehmen. Die Anzahl der teilstationären Tagespflegeplätze liegt aus Angaben über die Angebotsstrukturen der AOK Bayern vor. Hieraus wird für das Jahr 2017 die rechnerische Anzahl der Tagespflegegäste pro Pflegeplatz bestimmt. Diese enthält implizit eine „Unterauslastungsquote“ in unbekannter Höhe. Im Rahmen der Pflegebedarfsprognose wird davon ausgegangen, dass das Verhältnis aus Tagespflegegästen und teilstationären Pflegeplätzen im Zeitverlauf konstant bleibt. Dies bedeutet, dass die Prognose des Bedarfs an teilstationären Pflegeplätzen unter der Annahme einer konstanten impliziten „Unterauslastungsquote“ erfolgt.

Wie in Abschnitt 3.3.1 bereits ausgeführt, erfolgt die Schätzung des Verhältnisses aus Tagespflegegästen und Tagespflegeplätzen, das der Pflegeplatzbedarfsprognose zugrunde gelegt wird, ebenfalls nicht kreisbezogen, sondern als landesweiter Durchschnitt über alle bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte. Für Bayern ergibt sich im teilstationären Bereich eine durchschnittliche Auslastungsquote in Höhe von 133 %. Dies bedeutet, dass rechnerisch vier Tagespflegegäste auf drei Tagespflegeplätze entfallen und dass für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit teilstationärem Versorgungsbedarf etwa 0,75 Tagespflegeplätze erforderlich sind. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Tagespflegegäste ganztägig an fünf Werktagen pro Woche versorgt werden, sondern möglicherweise nur stundenweise an einzelnen Wochentagen Leistungen der Tagespflege in Anspruch nehmen.

3.3.7 Limitationen

Die Prognosen von Entwicklungen über einen langen Zeitraum sind stets mit Unsicherheit behaftet. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs sind das Ergebnis eines komplexen Gefüges aus wechselseitigen Abhängigkeiten und besonders stark abhängig von zahlreichen Einflussfaktoren, deren Entwicklung wiederum unsicher und teilweise völlig offen ist. Insofern kann die vorliegende Prognose auch bei differenzierter und detaillierter Betrachtung nur einen ungefähren Eindruck von den Entwicklungen vermitteln, mit denen die bayerischen Landkreise in den kommenden Jahren konfrontiert werden. Im Folgenden seien einige der bedeutsamsten Limitationen genannt, in deren Spiegel die Ergebnisse der Projektion zu betrachten sind.

Fortschreibung der Pflegeprävalenz

Schwinger, Klauber und Tsiasioti berichten, dass die altersstandardisierte Pflegeprävalenz in den Jahren 2002 bis 2016 jährlich um 2,2 % ambulant und um 0,2 % stationär gestiegen ist (Schwinger *et al.* 2019). Sie nennen dafür zahlreiche, nicht quantifizierbare mögliche Ursachen mit möglicherweise gegenläufigen Einflüssen bzw. unklarer Wirkrichtung auf die Pflegeprävalenz. Darunter fallen beispielsweise epidemiologische Ursachen (pflegebedingende Morbidität, Morbiditäts- vs. Kompressionstheorie), das Potenzial und die Ausschöpfung des Potenzials von Prävention und Rehabilitation, die Entwicklungen innerhalb des Leistungsangebotskontextes, Erweiterungen des Leistungskatalogs (bspw. Leistungsverbesserung für

Pflegebedürftige mit Demenz), bessere Kenntnisse über Angebote und Leistungen innerhalb der Bevölkerung, Entstigmatisierung der Pflege und die Abnahme des Familienpflegepotenzials sowie kompensatorische, gegenläufige Entwicklungen und Veränderungen im Rahmen der informellen Pflege.

Hinzu kommen die mit der Prognose der Bevölkerungsentwicklung verbundenen Unsicherheit im Hinblick auf die Geburtenrate, Mortalität und die Entwicklung der Lebenserwartung sowie Wanderungsbewegungen.

Fortschreibung der Personalquote

Bereits heute gestalten sich der Personaleinsatz pro pflegebedürftiger Person in der ambulanten Pflege regional sehr unterschiedlich. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Personalquoten im weiteren Zeitverlauf eher auf ein gemeinsames Niveau konvergieren oder sich die Divergenz weiter fortsetzt. Vor dem Hintergrund des bereits heute zu beobachtenden Fachkräftemangels in der Pflege ist zudem unsicher, wie sich die Personalzusammensetzung in der ambulanten Pflege im Hinblick auf die Qualifikation zukünftig entwickeln wird. Auch die Frage bezüglich der Angleichung der Pflegesettings (Ambulantisierung vs. „Heim-sog“) könnte die Entwicklung der Personalquote und -zusammensetzung beeinflussen. Die Wirkungen der Digitalisierung in der Pflege (technische Assistenzsystem, digital unterstützte Pflegeorganisation und -kommunikation) sind ebenfalls unklar.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des Inkrafttretens des Pflegestärkungsgesetzes (PSG) II zum 01.01.2017 ein Bruch in den Datenreihen vorliegt. Die Pflegestatistik 2017 enthält sowohl „Pflegegradüberleitungsfälle“ als auch Neubegutachtungen. Aufgrund des Bestandsschutzes bei der Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade sind Überleitungsfälle tendenziell eher zu hoch eingestuft, womit der Grad der Pflegebedürftigkeit aus den vorliegenden Daten tendenziell eher überschätzt wird. In den nächsten Jahren sind daher c. p. weniger Höherstufungen zu erwarten. Aufgrund der Leistungsausweitung im Zusammenhang mit Pflegegrad 1 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen seit Inkrafttreten des PSG II deutlich erhöht. Beim Aufbau der Angebotsstrukturen für die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ist hingegen eine nachlaufende Entwicklung zu erwarten. Zudem erscheint es plausibel, dass Ende 2016 mit Anträgen nach der alten Rechtslage vermehrt eine bestehende, aber noch nicht festgestellte Pflegebedürftigkeit realisiert wurde, da eine Begutachtung nach der alten Rechtslage und anschließender Überleitung in Pflegetherade kurzfristige finanzielle Vorteile im Vergleich zu einer Begutachtung nach der neuen Rechtslage mit sich brachte. Insgesamt sind die Angaben der Pflegestatistik 2017, auf denen die Prognose basiert, daher mit großer Unsicherheit behaftet und weisen möglicherweise Verzerrungen aufgrund der Gesetzesänderung auf, die erst im Verlauf der nachfolgenden Jahre wieder verschwinden.

Die Projektion des Pflegebedarfs basiert auf den gegenwärtig vorliegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversorgung. Eine Veränderung der gesetzlichen Grundlagen hat weitreichende Folgen für die Entwicklung der Nachfrage nach Pflegeleistungen in den kommenden Jahren und daher hängt die Genauigkeit der Prognose ganz wesentlich von stabilen Rahmenbedingungen ab. Die Auswirkungen von aktuell verabschiedeten Gesetzesvorhaben, wie beispielsweise das Angehörigen-Entlastungsgesetz, oder diskutierte Reformen, wie beispielsweise eine bessere Entlohnung von Pflegefachkräften oder eine veränderte Finanzierung der Pflegeversicherung („Sockel-Spitze-Tausch“), können zum derzeitigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Die derzeit diskutierte Einführung eines Personalbemessungssystems in der stationären Pflege kann zumindest ansatzweise auf Basis des vorliegenden Vorschlags von Rothgang *et al.* 2020 in den Szenarien berücksichtigt werden (s. Abschnitt 5.4).

Modellbezogene Limitationen

Für die Schätzung des Anteils der Pflegeleistungen von Kombigeldempfängerinnen bzw. -empfängern, der von professionell Pflegenden erbracht wird, gibt es gegenwärtig keine geeignete Datengrundlage. Gleiches gilt für die ambulante Verhinderungspflege, bei der zudem die Dauer der Verhinderungspflege (in Stunden oder Tagen) in den bereitgestellten Routinedaten der AOK Bayern nicht enthalten ist. Aus den Routinedaten der AOK Bayern lässt sich zwar abschätzen, welcher Anteil der Pflegebedürftigen Kombileistungen bzw. ambulante Verhinderungspflege in Anspruch nimmt, es liegen jedoch keine Angaben vor, ob die Verhinderungspflege von Angehörigen oder einem ambulanten Pflegedienst erbracht wird und zu welchem Anteil Ressourcen der professionellen Pflege bei Kombileistungsempfängerinnen bzw. -empfängern in Anspruch genommen werden. Daher werden im Rahmen der Pflegebedarfsprognose Annahmen zu den Anteilen bzw. zur Dauer der ambulanten Verhinderungspflege getroffen.

Privat finanzierte Pflegeleistungen der ambulanten Pflegedienste können mit der vorliegenden Datengrundlage nicht berücksichtigt werden, da aus den Routinedaten der AOK Bayern diese Angaben nicht hervorgehen. Insbesondere bei reiner Pflegesachleistung kann davon ausgegangen werden, dass der tatsächliche Pflegebedarf höher ausfällt und diese Leistungen durch Zuzahlungen privat finanziert werden. Eine Berücksichtigung dieser privat finanzierten Leistungen würde sich in einer Verschiebung der Personalbedarfsrelation äußern, bei der im Ergebnis der Personalaufwand bei reinem Sachleistungsbezug in Relation zu Kombileistungsempfängern und Verhinderungspflege höher ausfällt, als gegenwärtig im Modell berücksichtigt. In der Modellspezifikation basiert die Personalbedarfsrelation in der ambulanten Pflege allein auf den Pflegesätzen und nicht auf den tatsächlich erbrachten Leistungen.

Es ist konzeptionell nicht möglich, Wanderungsbewegungen, die durch ein lokal/regional eingeschränktes Angebot an Pflegeleistungen motiviert sind, zu berücksichtigen. Inwieweit Wanderungsbewegungen zwischen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten durch ein eingeschränktes Pflegeangebot induziert sind, kann auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abgeschätzt werden.

Die Auswirkungen eines eventuell abnehmenden Familienpflegepotenzials können zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls nicht abgeschätzt werden. Zwar ist die Abnahme des Familienpflegepotenzials (bezogen auf Personen) im Zeitverlauf aufgrund des Rückgangs der Geburtenraten ab den 60er Jahren evident, allerdings zeigen Studien des Deutschen Alterssurvey (DEAS) und des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), dass der Rückgang des Familienpflegepotenzials (weniger Angehörige stehen für die informelle Pflege zur Verfügung) zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch vollständig durch Mehrleistungen der vorhandenen Angehörigen kompensiert wird (Klaus & Tesch-Römer 2017; Geyer & Schulz 2014). Dies bedeutet, dass trotz des evidenten Rückgangs der Zahl pflegender Angehöriger kaum Auswirkungen auf den Versorgungsmix aus häuslicher Pflege und institutionalisierter Pflege zu beobachten sind. Im weiteren Zeitverlauf wird das Familienpflegepotenzial weiter zurückgehen, es ist jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt völlig offen, ab welcher Schwelle der Rückgang des Familienpflegepotenzials nicht mehr durch Mehrleistung der Angehörigen kompensiert werden kann und welche quantitativen Effekte dies auf die Inanspruchnahme von Ressourcen der institutionalisierten Pflege haben könnte.

Die Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach SGB V löst ebenfalls einen Personalbedarf bei den ambulanten Pflegediensten aus. Die in der Pflegestatistik enthaltenen Personalangaben reflektieren demnach nicht nur den Personalbedarf für die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Leistungen gemäß SGB XI, sondern beinhalten auch Personalaufwände, die im Zusammenhang mit der Erbringung von häuslicher Krankenpflege nach SGB V entstehen. Dieser Personalbedarf ist in den Pflegepersonalbedarfsprognosen implizit enthalten. Dabei wird davon ausgegangen, dass für alle nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungsart geschichteten Teilgruppen ein im Zeitverlauf konstanter Anteil des für die Versorgung erforderlichen Personalaufwandes auf die häusliche Krankenpflege entfällt. Derzeit liegen keine Hinweise vor, dass sich diese bedingte HKP-Inanspruchnahme über- oder unterproportional zum Pflegeaufwand nach SGB XI entwickelt oder entwickeln könnte. Insofern würde eine explizite Berücksichtigung der häuslichen Krankenpflege zum gegenwärtigen Zeitpunkt auch keinen weiterführenden Erkenntnisgewinn beinhalten. Dennoch verbleibt eine Unsicherheit in den Prognosen hinsichtlich der weiteren Entwicklung des HKP-Bedarfs.

3.3.8 Modellvarianten

Aufgrund der in Abschnitt 3.3.7 genannten Einschränkungen und um die daraus resultierende Unsicherheit bei der Prognose der Pflegebedarfsentwicklung abzubilden, werden alle Prognosen des Pflegebedarfs in fünf unterschiedlichen Modellvarianten durchgeführt. Die Modellvarianten beinhalten zunächst ein Basisszenario mit der Annahme, dass die Rahmenbedingungen, die das Pflegegeschehen bestimmen, für den kompletten Prognosezeitraum denen des Ausgangsjahres 2017 entsprechen. Die übrigen vier Modellvarianten beinhalten Annahmen über die zeitliche Entwicklung der allgemeinen Pflegeprävalenz, die Entwicklung des Familienpflegepotenzials und die Entwicklung der teilstationären Pflegeprävalenz.

Die Modellvarianten unterscheiden sich im Hinblick auf bestimmte Modellparameter, bei denen in der Gesamtschau eine erhöhte Unsicherheit vorliegt und die wesentliche Auswirkungen auf den prognostizierten Pflegebedarf haben. Über diese Modellparameter werden die Aspekte allgemeine Pflegeprävalenz, Familienpflegepotenzial und teilstationäre Pflegeprävalenz operationalisiert. Hierzu gehört die Entwicklung der ambulanten und stationären Pflegeprävalenz, der Versorgungsmix der ambulanten Pflege (Anteile von Pflegegeld, ambulanter Pflegesachleistung und Kombileistung), der Anteil der von ambulanten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen mit Verhinderungspflege, der von ambulanten Pflegediensten geleistete Versorgungsanteil bei Bezug von Kombileistung, der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit (stationärer) Kurzzeitpflege und der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit zusätzlich teilstationärer Pflege. Die Variation der Modellparameter erfolgt unabhängig von der jeweiligen demografischen Entwicklung innerhalb der Landkreise. Dies bedeutet, dass die Variation der Modellparameter bedingt auf Alter, Geschlecht und Pflegegrad der Pflegebedürftigen umgesetzt wird. Im Folgenden werden die in den einzelnen Modellvarianten getroffenen unterschiedlichen Annahmen ausführlich erläutert. Ein kompakter Überblick findet sich am Ende des Abschnitts in Tabelle 18.

Bezüglich der ambulanten Pflegeprävalenz wird in Modellszenario V0, dem Basisszenario, angenommen, dass die bedingte ambulante Pflegeprävalenz im Zeitverlauf unverändert bleibt. Die ambulante Pflegeprävalenz enthält alle ambulanten Versorgungsarten einschließlich der häuslichen Pflege durch Angehörige bei Bezug von Pflegegeld. In den Modellszenarien V1 und V2 wird angenommen, dass die bedingte ambulante Pflegeprävalenz über den Prognosezeitraum von 33 Jahren um insgesamt 20 % ansteigt. Dies bedeutet, wenn im Jahr 2017 innerhalb einer bestimmten Kombination aus Altersgruppe und Geschlecht die Prävalenz einer ambulanten Versorgungsart bei Pflegegrad 3 beispielsweise 0,5 % beträgt, so steigt diese Prävalenz über einen Zeitraum von 33 Jahren um 0,1 Prozentpunkte an und erreicht im Jahr 2050 eine Höhe von 0,6 %. Dies entspricht einem geringen Anstieg der ambulanten Pflegeprävalenz. In den Modellszenarien V3 und V4 wird ein starker Anstieg der ambulanten Pflegeprävalenz angenommen. Hier steigt die ambulante Pflegeprävalenz über einen Zeitraum von 33 Jahren um insgesamt 40 % an. Bei einer Ausgangsprävalenz in Höhe von beispielsweise 0,5 % im Jahr 2017 entspricht dies einer Prävalenz in Höhe von 0,7 % im Jahr 2050. Der in den Modellszenarien V3 und V4 operationalisierte starke Anstieg der ambulanten Pflegeprävalenz entspricht etwa der Hälfte der standardisierten, um die demografische Entwicklung bereinigten Steigerungsrate, die in Deutschland im Zeitraum 2002 bis 2016 zu beobachten war. Gemäß Schwinger *et al.* (2019) stieg die alters- und geschlechtsstandardisierte ambulante Pflegeprävalenz im Zeitraum 2002 bis 2016 jährlich um 2,2 %. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 35 % innerhalb eines Zeitraums von 14 Jahren.

Bezüglich der vollstationären Pflegeprävalenz wird in den Modellszenarien V1 und V2 angenommen, dass die bedingte Häufigkeit von vollstationärer Dauerpflege über den Prognosezeitraum von 33 Jahren um insgesamt 10 % ansteigt. Für die bedingte Häufigkeit von Kurzzeitpflege wird in Modellszenario V1 angenommen,

dass sich diese über den Prognosezeitraum ebenfalls um insgesamt 10 % erhöht, in Modellszenario V2 um 20 %. Dies entspricht einem moderaten Anstieg der vollstationären Pflegeprävalenz. In den Modellszenarien V3 und V4 wird ein starker Anstieg der bedingten Prävalenz von vollstationärer Dauerpflege angenommen. Hier steigt die bedingte Häufigkeit von Dauerpflege über einen Zeitraum von 33 Jahren um insgesamt 20 % an. Für die bedingte Häufigkeit von Kurzzeitpflege wird in Modellszenario V3 angenommen, dass sich diese über den Prognosezeitraum um insgesamt 20 % erhöht, in Modellszenario V2 um 40 %. Die Modellszenarien V3 und V4 reflektieren demnach einen starken Anstieg der bedingten vollstationären Pflegeprävalenz. Der in den Modellszenarien V1 und V2 operationalisierte moderate Anstieg der vollstationären Pflegeprävalenz fällt etwas höher aus als die standardisierte, um die demografische Entwicklung bereinigte Steigerungsrate, die in Deutschland im Zeitraum 2002 bis 2016 zu beobachten war. Gemäß Schwinger *et al.* (2019) stieg die alters- und geschlechtsstandardisierte vollstationäre Pflegeprävalenz im Zeitraum 2002 bis 2016 jährlich um 0,2 %. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 3 % über einen Zeitraum von 14 Jahren. Mit den Modellszenarien V3 und V4, in denen der Anstieg der vollstationären Pflegeprävalenz noch etwas stärker ausfällt, wird die mit dem am 01.01.2020 in Kraft getretenen Angehörigen-Entlastungsgesetz geregelte finanzielle Entlastung der Angehörigen von Pflegebedürftigen bei vollstationärer Pflege sowie die aktuelle pflegepolitische Diskussion um die Deckelung der Eigenanteile („Sockel-Spitze-Tausch“) operationalisiert, die Anreize für eine zukünftig verstärkte Nachfrage nach vollstationärer Versorgung setzen.

Die Entwicklung des Familienpflegepotenzials wird über die Zusammensetzung des ambulanten Pflegebedarfs nach Pflegegeld, Kombileistung und ambulanter Sachleistung sowie den Anteil der durch einen ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistung bei Kombileistungsbezug modelliert. Darüber hinaus erfolgt die Operationalisierung des Familienpflegepotenzials über die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege sowie die Prävalenz teilstationärer Pflege. Bei einem Rückgang des Familienpflegepotenzials wird davon ausgegangen, dass bei Pflegegeldbezug in zunehmend geringerem Umfang informelle Pflege geleistet werden kann, da für einen zunehmenden Anteil der Versicherten in ihrer unmittelbaren Umgebung keine Angehörigen als Pflegeperson zur Verfügung stehen oder diese nur in einem zeitlich geringeren Umfang leisten können. Korrespondierend steigt die Nachfrage nach ambulanter Sachleistung durch einen Pflegedienst und Kombileistung, wobei zusätzlich im Rahmen der Kombileistung ein steigender Leistungsanteil durch ambulante Pflegedienste erbracht wird. Aus dem gleichen Grund werden bei einem Rückgang des Familienpflegepotenzials verstärkt Verhinderungspflege und Leistungen der Tagespflege in Anspruch genommen.

In den Modellszenarien V1 und V2 wird angenommen, dass sich der auf Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingte Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegeld über einen Zeitraum von 33 Jahren um insgesamt 15 % verringert. Wenn für eine bestimmte Kombination aus Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad der Pflegegeldanteil im Jahr 2017 beispielsweise 60 % beträgt, so verringert sich unter dieser Annahme der Pflegegeldanteil über einen Zeitraum von 33 Jahren um neun

Prozentpunkte auf 51 % im Jahr 2050. In Modellszenario V1 wird angenommen, dass die Verringerung des Pflegegeldanteils mit einem proportionalen Zuwachs der Anteile von Kombileistung und ambulanter Pflegesachleistung einhergeht. Darüber hinaus wird in Modellszenario V1 angenommen, dass der Leistungsanteil, der bei Kombileistungsbezug durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird, im Prognosezeitraum von 50 % im Jahr 2017 um 20 % auf 60 % im Jahr 2050 ansteigt und sich die Häufigkeit von Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege um 25 % erhöht. In Modellszenario V2 wird dagegen angenommen, dass zusätzlich zum Pflegegeldanteil auch der Anteil mit Kombileistung über einen Zeitraum von 33 Jahren um 10 % sinkt und der Rückgang von Pflegegeld und Kombileistung zu einer entsprechenden Erhöhung des Anteils mit ambulanter Sachleistung führt. Darüber hinaus wird in Modellszenario V2 angenommen, dass der Leistungsanteil, der bei Kombileistungsbezug durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird, im Prognosezeitraum von 50 % im Jahr 2017 um 40 % auf 70 % im Jahr 2050 ansteigt und sich die Häufigkeit von Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege um 50 % erhöht. Über diese Parametrisierungen wird in Modellszenario V1 ein leichter Rückgang des Familienpflegepotenzials und in Modellszenario V2 ein moderater Rückgang des Familienpflegepotenzials operationalisiert.

In den Modellszenarien V3 und V4 wird angenommen, dass sich der auf Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad bedingte Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegeld über einen Zeitraum von 33 Jahren um insgesamt 30 % verringert. Wenn für eine bestimmte Kombination aus Kreis, Alter, Geschlecht und Pflegegrad der Pflegegeldanteil im Jahr 2017 beispielsweise 60 % beträgt, so verringert sich unter dieser Annahme der Pflegegeldanteil über einen Zeitraum von 33 Jahren um 18 Prozentpunkte auf 42 % im Jahr 2050. In Modellszenario V3 wird angenommen, dass die Verringerung des Pflegegeldanteils mit einem proportionalen Zuwachs der Anteile von Kombileistung und ambulanter Pflegesachleistung einhergeht. Darüber hinaus wird in Modellszenario V3 angenommen, dass der Leistungsanteil, der bei Kombileistungsbezug durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird, im Prognosezeitraum von 50 % im Jahr 2017 um 40 % auf 70 % im Jahr 2050 ansteigt und sich die Häufigkeit von Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege um 50 % erhöht. In Modellszenario V4 wird dagegen davon ausgegangen, dass zusätzlich zum Pflegegeldanteil auch der Anteil mit Kombileistung über einen Zeitraum von 33 Jahren um 20 % sinkt und der Rückgang von Pflegegeld und Kombileistung zu einer entsprechenden Erhöhung des Anteils mit ambulanter Sachleistung führt. Darüber hinaus wird in Modellszenario V4 angenommen, dass der Leistungsanteil, der bei Kombileistungsbezug durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht wird, im Prognosezeitraum von 50 % im Jahr 2017 um 60 % auf 80 % im Jahr 2050 ansteigt und sich die Häufigkeit von Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege verdoppelt. Über diese Parametrisierungen wird in Modellszenario V3 ein moderater Rückgang des Familienpflegepotenzials und in Modellszenario V2 ein starker Rückgang des Familienpflegepotenzials operationalisiert.

Grundsätzlich wird im Rahmen der Bedarfsprognosen angenommen, dass die im Ausgangsjahr 2017 dokumentierte Inanspruchnahme von pflegerischen Leistun-

gen dem damaligen pflegerischen Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen entspricht. Insbesondere wird unterstellt, dass in keiner Versorgungsart eine ausgeprägte Unterversorgung bestand, dass also eine vorhandene Nachfrage nach bestimmten pflegerischen Leistungen nicht durch das vorhandene Pflegeangebot gedeckt war. Bei einigen Versorgungsarten wird in der öffentlichen Diskussion thematisiert, dass diese Annahme möglicherweise zu optimistisch ist. So gibt es beispielsweise Berichte von Pflegebedürftigen über Schwierigkeiten, einen ambulanten Pflegedienst für die Verhinderungspflege zu finden, wenn diese nicht bereits durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Darüber hinaus wird über ein eingeschränktes und möglicherweise nicht hinreichendes Angebot an Kurzzeit- und Tagespflege berichtet. Insbesondere in der Tagespflege entwickelt sich das Angebot sehr dynamisch mit jährlich hohen Zuwachsraten (vgl. Abschnitt 4.3.1). Dies dürfte u. a. durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 und den damit einhergehenden Anstieg der Leistungsbezieher in den unteren Pflegegraden noch befördert werden. Um diese Unsicherheit in den Modellszenarien zu berücksichtigen, wird in V1 bis V4 ein Bedarfsüberhang in der teilstationären Pflege bereits im Jahr 2017, dem Ausgangsjahr der Prognosen, angenommen. In den Modellszenarien V1 und V2 beläuft sich dieser auf 50 % der teilstationären Pflegeprävalenz. In den Modellszenarien V3 und V4 wird angenommen, dass der teilstationäre Pflegebedarf doppelt so hoch wie die in der Pflegestatistik dokumentierte Inanspruchnahme 2017 ausfällt.

In Tabelle 18 ist die Parametrisierung der fünf Modellszenarien zusammenfassend dargestellt. Enthalten sind die Veränderungsrate der Modellparameter über einen Zeitraum von 33 Jahren. Der Zuwachs erfolgt linear durch Umlage der jeweiligen Höhe der Gesamtveränderung auf den gesamten Prognosezeitraum.

Tabelle 18: Parametrisierung der Modellszenarien für die Pflegebedarfsprognosen

Parameter	Basisszenario (V0)	V1	V2	V3	V4
Ambulante Pflegeprävalenz (inkl. Pflegegeld)	+/- 0 %	+ 20 %	+ 20 %	+ 40 %	+ 40 %
Prävalenz vollstationäre Dauerpflege	+/- 0 %	+ 10 %	+ 10 %	+ 20 %	+ 20 %
Prävalenz Kurzzeitpflege	+/- 0 %	+ 10 %	+ 20 %	+ 20 %	+ 40 %
Anteil Pflegegeld	+/- 0 %	- 15 %	- 15 %	- 30 %	- 30 %
Anteil Kombineistung	+/- 0 %	Proportionale Erhöhung	- 10 %	Proportionale Erhöhung	- 20 %
Anteil ambulante Sachleistung	+/- 0 %		Restgröße		Restgröße

Parameter	Basisszenario (V0)	V1	V2	V3	V4
Anteil Pflegedienst bei Kombileistung	+/- 0 %	+ 20 %	+ 40 %	+ 40 %	+ 60 %
Prävalenz Verhinderungspflege	+/- 0 %	+ 25 %	+ 50 %	+ 50 %	+ 100 %
Prävalenz Tagespflege	+/- 0 %	+ 50 %	+ 100 %	+ 25 %	+ 50 %
Bedarfsüberhang Tagespflege im Jahr 2017	0 %	50 %	50 %	100 %	100 %

Quelle: IGES

3.3.9 Ausblick: Aktualisierung und Erweiterung der Prognosemodelle für die Entwicklung des Pflegebedarfs 2021

Im ersten Quartal 2021 werden von der AOK Bayern neue Routinedaten von pflegebedürftigen Versicherten bereitgestellt. Diese umfassen den Datenzeitraum 2019 und beinhalten – wie schon die Datenbereitstellung 2019 – Stammdaten der AOK-Versicherten, Angaben über die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sowie die jeweilige Leistungshöhe. Darüber hinaus prüft die AOK Bayern die Möglichkeit, Abrechnungsdaten der Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen. Diese würden den Bruttobetrag, den Zahlbetrag und die Leistungstage der durch die Leistungserbringer zur Abrechnung gebrachten Leistungen enthalten.

Weiterhin liegen im ersten Quartal 2021 die Ergebnisse der Pflegestatistik 2019 vor. Diese Daten werden vom LfStat für das Pflegegutachten bereitgestellt.

Die Daten werden vorrangig verwendet, um alle Modellparameter sowie die Datengrundlage der Pflegebedarfsprognose anzupassen und zu aktualisieren. Sofern eine Bereitstellung von Abrechnungsdaten durch die AOK Bayern möglich ist, könnte das Prognosemodell in zentralen Aspekten präzisiert und erweitert werden. Die vorgesehenen Erweiterungen beinhalten die Bestimmung der Verhinderungspflegeäquivalente auf Basis der tatsächlichen Leistungstage sowie die Bestimmung des Anteils der von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen bei ambulanter Verhinderungspflege bzw. Bezug von Kombileistung. Darüber hinaus könnte die Berechnungsgrundlage für den Personalbedarf der ambulanten Pflege an die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen angepasst werden. Hierbei würden auch privat durch Zuzahlung finanzierte Leistungen der ambulanten Pflegedienste berücksichtigt werden.

Der Grundgedanke der neuen Berechnungsgrundlage für die Bestimmung des Personalbedarfs in der ambulanten Pflege besteht darin, dass der in der Pflegestatistik ausgewiesene Personalbestand neben den ambulanten Sachleistungen der Pflegekasse auch privat finanzierte Pflegeleistungen sowie für jeden Pflegebedürftigen unterschiedliche Leistungsumfänge bei Bezug von Kombileistung reflektiert. Der

tatsächliche Leistungsumfang und damit die tatsächliche Inanspruchnahme personeller Ressourcen der ambulanten Pflegedienste lässt sich wiederum über die abgerechneten Gesamtbeträge der Leistungserbringer (Anteil Pflegekasse und Anteil Privatzahler) messen. Aus der auf die Populationsgrößen der Pflegestatistik hochgerechneten Gesamthöhe der abgerechneten Beträge lässt sich in Verbindung mit den Personalangaben der Pflegestatistik die rechnerische Produktivität der Pflegekräfte bestimmen (Umsatz in Euro pro Pflegekraft). Der Personalbedarf für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit einem bestimmten Pflegegrad und einer bestimmten Versorgungsart (ambulante Sachleistung, Kombileistung, ambulante Verhinderungspflege) ergibt sich aus dem Quotient des korrespondierenden durchschnittlichen Abrechnungsbetrags dieser Teilgruppe und der rechnerischen Produktivität der Pflegekräfte als Anzahl der Pflegekräfte pro Versorgungsfall.

Sei $a_{i,j}$ der durchschnittlich abgerechnete Leistungsbetrag für eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad i und Leistungsart j gemäß Routinedaten der AOK Bayern. Sei $H_{i,j}$ die absolute Häufigkeit von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad i und Leistungsart j aus Pflegestatistik. Dann ergibt sich die Gesamtleistungshöhe aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen L wie folgt:

$$L = \sum_i \sum_j a_{i,j} * H_{i,j}$$

Die Produktivität einer Pflegekraft p ergibt sich aus dem Quotient von Gesamtleistungshöhe L und Gesamtpersonalbestand P :

$$p = \frac{L}{P}$$

Der zusätzliche Personalbedarf für eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad i und Leistungsart j ergibt sich aus $\frac{a_{i,j}}{p}$

Die Aktualisierung und Erweiterung der Prognosemodelle für die Entwicklung des Pflegebedarfs wird im Verlauf des Jahres 2021 erfolgen.

4. Versorgungs- und Personalsituation in Pflegeeinrichtungen in Bayern

In diesem Abschnitt werden der Status Quo der pflegerischen Versorgungsstrukturen, einschließlich der personellen Situation, und die Entwicklung der letzten zehn Jahre für das Land Bayern und die sieben Regierungsbezirke für jede Einrichtungsart (voll-, teilstationär, ambulant und Kurzzeitpflege) dargestellt. Abschnitt 4.5 gibt einen Überblick zu alternativen Wohnformen im Alter, wobei in einem gesonderten Abschnitt (4.6) auf die besondere Form der außerklinischen Intensivpflege eingegangen wird.

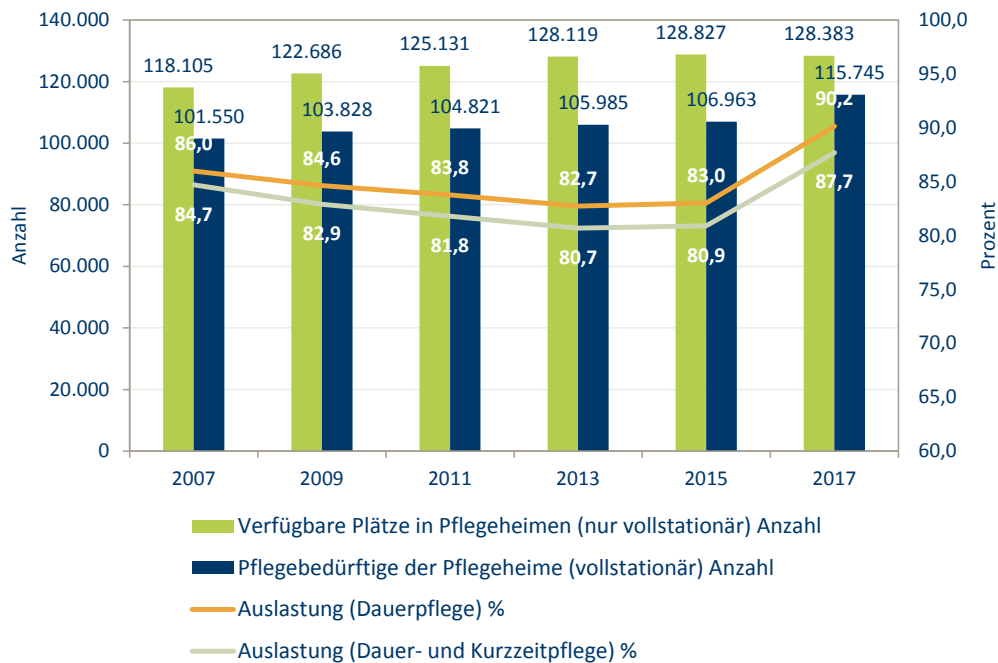
Im Abschnitt 4.7 werden, basierend auf den Ergebnissen der Studie von Prognos AG & KDA (2018) sowie der Online-Befragung der Beratungsstellen, die Strukturen der Pflegeberatung beschrieben. Anschließend werden im Abschnitt 4.8 die Einschätzungen zur Versorgungssituation unterschiedlicher Zielgruppen dargestellt. Der Letzte Abschnitt 4.9 beschäftigt sich mit der Situation der Pflegeausbildung.

4.1 Vollstationäre Dauerpflege

4.1.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

In Bayern hat sich die Zahl der verfügbaren vollstationären Dauerpflegeplätze in Pflegeheimen (einschl. der Pflegeheime für Menschen mit Behinderung, psychischen Erkrankungen und Sterbende) im Zeitraum 2007 bis 2017 um 11.090 Plätze (rund 9,5 %) erhöht. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 0,93 %. Auffällig ist dabei, dass sich das Wachstum der Platzzahlen im Zeitverlauf abschwächt. Die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Dauerpflege hat (jeweils stichtagsbezogen zum 15.12.) um 13 % zugenommen, so dass sich die Auslastung der Einrichtungen im Bereich Dauerpflege von durchschnittlich 85 % auf rund 88 % erhöht hat (s. Abbildung 9).

Abbildung 9: Entwicklung der Kapazitäten vollstationär und deren Nutzung im Zeitraum 2007 bis 2017 in Bayern

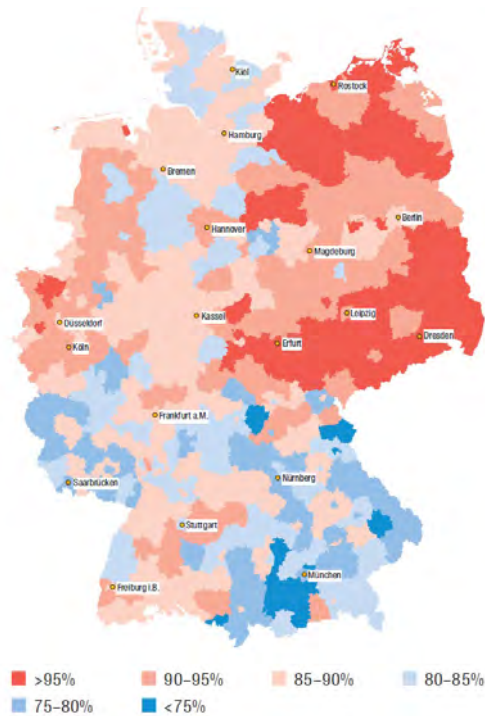


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Da in den Einrichtungen zunehmend auch Kurzzeitpflegegäste in eingestreuten Plätzen versorgt werden, enthält die Abbildung 9 zusätzlich Angaben zur Entwicklung der Auslastung im vollstationären Bereich insgesamt (Dauer- und Kurzzeitpflege zusammen). Diese liegt über den betrachteten Zeitraum um rund 3-Prozentpunkte höher.

Das Phänomen sinkender Auslastungen in Pflegeheimen bis 2011/2013 ließ sich nicht nur in Bayern, sondern infolge vermehrter Markteintritte bundesweit beobachten. Im Ländervergleich weist Bayern bei der Auslastung der Heime insgesamt die niedrigsten Werte aus (s. Abbildung 10).

Abbildung 10: Auslastung vollstationäre Pflegeheimplätze 2015/16, Deutschland, Kreisebene



Quelle: WüestPartner Deutschland 2018: 13

Die folgende Tabelle 19 stellt die Entwicklung der verfügbaren Plätze im vollstationären Bereich im Zeitraum 2007 bis 2017 in den sieben Regierungsbezirken Bayerns dar.

Tabelle 19: Gegenüberstellung der vollstationären Dauerpflegeplätze in Pflegeheimen 2007 und 2017 auf Ebene der sieben Regierungsbezirke

Regierungsbezirk	verfügbare Plätze in Pflegeheimen für vollstationäre Dauerpflege		Veränderung 2007 - 2017	
	12/2007	12/2017	Anzahl Plätze	Anteil in %
Oberbayern	33.259	37.698	4.439	113 %
Niederbayern	12.052	13.727	1.675	114 %
Oberpfalz	12.208	13.558	1.350	111 %
Oberfranken	12.703	13.653	950	107 %
Mittelfranken	18.108	18.543	435	102 %
Unterfranken	12.080	13.745	1.665	114 %
Schwaben	16.633	17.209	576	103 %

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Der Vergleich verdeutlicht, dass nicht in allen Regierungsbezirken gleichermaßen die Kapazitäten der Pflegeheime ausgebaut wurden – insb. in Mittelfranken und Schwaben sind im betrachteten Zeitraum nur wenig neue Plätze entstanden.

Die Entwicklung der Platzzahlen im Bereich Dauerpflege auf Kreisebene im Zeitraum 2007 bis 2017 sind im Anhang 8 zu finden. Daraus geht hervor, dass insgesamt 26 Kreise einen Rückgang der Versorgungskapazitäten zu verzeichnen hatten – dieser summiert sich auf 1.758 Plätze (s. im Detail Tabelle 20).

Die rechte Spalte der Tabelle 20 weist zusätzlich die Differenz der Bewohnerinnen und Bewohner mit Dauerpflege 2017 gegenüber 2007 aus. In neun Regionen war auch diese Zahl rückläufig, so dass angenommen werden kann, dass Überkapazitäten abgebaut wurden. In den anderen Kreisen hat sich die Nachfrage nach Heimplätzen erhöht, teilweise deutlich, wie in der Stadt Nürnberg und den Landkreisen Ansbach und Forchheim. Infolge hat sich dort auch die Auslastung 2017 erhöht und liegt über dem bayerischen Durchschnitt (Nürnberg (krfr. St.) 93 %, Ansbach (Lk): 89 % und Forchheim (Lk): 91 %). Der Rückgang der Platzzahlen ist teilweise auf die Umsetzung der Vorschriften der Ausführungsverordnung des PflWoqG zur Einzelzimmerquote zurückzuführen.

Tabelle 20: Kreise mit einem Rückgang der Kapazitäten in der vollstationären Dauerpflege im Zeitraum 2007 bis 2017

Kreis/kreisfreie Stadt	Regierungsbezirk	Rückgang Platzzahl	Veränd. Bew.* Dauerpflege
Nürnberger Land (Lk)	Mittelfranken	- 231	- 174
Bamberg (krfr. St.)	Oberfranken	- 173	- 3
Würzburg (krfr. St.)	Unterfranken	- 148	- 125
Ingolstadt (krfr. St.)	Oberbayern	- 122	- 56
Ostallgäu (Lk)	Schwaben	- 115	+ 49
Ansbach (krfr. St.)	Mittelfranken	- 113	- 16
Garmisch-Partenkirchen (Lk)	Oberbayern	- 101	- 22
Bayreuth (Lk)	Oberfranken	- 80	+ 121
Lindau (Bodensee) (Lk)	Schwaben	- 77	+ 103
Passau (krfr. St.)	Niederbayern	- 73	- 6
Amberg-Weilburg (Lk)	Oberpfalz	- 69	+ 159
Memmingen (krfr. St.)	Schwaben	- 69	- 15
Oberallgäu (Lk)	Schwaben	- 53	+ 14
Haßberge (Lk)	Unterfranken	- 52	+ 123
Nürnberg (krfr. St.)	Mittelfranken	- 48	+ 630

Kreis/kreisfreie Stadt	Regierungsbezirk	Rückgang Platzzahl	Veränd. Bew.* Dauerpflege
Forchheim (Lk)	Oberfranken	- 41	+ 266
Kitzingen (Lk)	Unterfranken	- 35	+ 26
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lk)	Oberfranken	- 27	+ 140
Kempten (Allgäu) (krfr. St.)	Schwaben	- 27	+ 29
Eichstätt (Lk)	Oberbayern	- 24	+ 226
Kaufbeuren (krfr. St.)	Schwaben	- 21	+ 64
Augsburg (krfr. St.)	Schwaben	- 18	+ 199
Roth (Lk)	Mittelfranken	- 14	+ 160
Ansbach (Lk)	Mittelfranken	- 13	+ 365
Straubing (krfr. St.)	Niederbayern	- 10	+ 22
Amberg (krfr. St.)	Oberpfalz	- 4	- 7

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Anmerkung: *Bew. = Bewohnerinnen und Bewohner

In Mittelfranken und Schwaben, den beiden Bezirken mit den niedrigsten Zuwächsen bei den Heimplätzen, war auch der geringste Zuwachs an Bewohnerinnen und Bewohnern mit Dauerpflege im Zeitraum 2007 bis 2017 zu verzeichnen (s. Tabelle 21). Der höchste relative Zuwachs entfiel auf die Oberpfalz.

Tabelle 21: Prozentuale Veränderung der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen im Zeitraum 2007 – 2017

Regierungsbezirk	Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege
Oberbayern	+ 16,5	+ 42,8
Niederbayern	+ 12,0	+ 53,1
Oberpfalz	+ 20,1	+ 21,9
Oberfranken	+ 9,2	+ 33,0
Mittelfranken	+ 9,1	+ 67,2
Unterfranken	+ 17,3	+ 63,3
Schwaben	+ 8,3	+ 7,2
Bayern	+ 13,4	+ 40,1

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Mit rund 93 % ist die große Mehrheit der pflegebedürftigen Personen im vollstationären Bereich 65 Jahre und älter. Zwischen 20 und 65 Jahren sind rund 6,7 %

und nur vereinzelt sind Kinder und Jugendliche in vollstationärer Dauerpflege – mit stark rückläufiger Tendenz (s. Tabelle 22).

Tabelle 22: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen der vollstationären Pflege nach Altersgruppen (2007 – 2017)

Alter	Pflegebedürftige vollstationäre Pflege (15.12.2007)	Pflegebedürftige vollstationäre Pflege (15.12.2017)	Prozentuale Veränderung
unter 20 Jahre	67	23	- 66
20 bis unter 65 Jahre	6.930	7.766	+ 12
65 Jahre und älter	97.281	107.956	+ 11
Gesamt	104.278	115.745	+ 11

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Spezifische Angebote in vollstationären Einrichtungen

Die folgende Auflistung in Tabelle 23 zeigt, jeweils auf Ebene der Regierungsbezirke, wie viele Einrichtungen derzeit Angebote für spezifische Zielgruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen vorhalten. Es kommt durchaus vor, dass eine Einrichtung mehrere zielgruppenspezifische Angebote vorhält. So kann es bspw. sein, dass Einrichtungen, die auf Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung spezialisiert sind sowohl in der einen als auch in der anderen Kategorie erfasst und somit doppelt gezählt wurden. Die Kategorien entsprechen der Abfrage der AOK Bayern.

Prinzipiell werden in allen Bezirken entsprechende Angebote vorgehalten, inwieweit diese bedarfsgerecht bzw. ausreichend sind, lässt sich aus diesen Zahlen noch nicht ableiten. Daher wurden in den Erhebungen bei den Einrichtungen entsprechende Fragen gestellt (s. auch Abschnitt 4.1.2.3).

Tabelle 23: Anzahl vollstationäre Einrichtungen mit zielgruppenspezifischen Angeboten nach Regierungsbezirk (Stand Sept. 2019)

spezifische Angebote für Menschen mit ...	Oberbayern	Niederbayern	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Schwaben	Bayern
psychischen Alterserkrankungen (u. a. gerontopsychiatrisch verändert)	193	69	58	82	95	41	80	618
Unterbringungsbeschluss/ beschützender Bereich	84	9	5	9	21	12	18	158
chronisch psychischen Erkrankungen	96	68	45	46	63	54	56	428
körperlicher Behinderung	146	87	62	79	85	61	68	588
geistiger Behinderung	78	65	43	44	36	42	47	355
hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma, Appaliker, Hirnschädigungen der Phase F)	50	44	29	27	29	29	31	239
HIV-Erkrankung/AIDS	35	15	9	7	22	13	11	112
neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson)	83	57	42	55	70	41	35	383
MRSA	5	0	1	1	3	1	0	11
GESAMT	770	414	294	350	424	294	346	2.892

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2019

Anmerkung: Die Anzahl der Einrichtungen mit Angeboten für bestimmte Zielgruppen setzt sich zusammen aus den jeweiligen Versorgungsverträgen sowie von den Pflegeheimen an die AOK Bayern gemeldeten Spezialisierungen. Die eigenen Angaben der Einrichtungen sind teilweise nicht trennscharf, weswegen die in der Tabelle angegebene Zahlen nur Richtwerte darstellen. Mehrere Spezialisierungen pro Einrichtung sind möglich.

Hausgemeinschaften

„Hausgemeinschaften werden, anders als die Wohngemeinschaften, als zugelassene und pflegesatzfinanzierte vollstationäre Einrichtung betrieben. Als Heime unterliegen sie unter anderem dem Heimgesetz.“ (AOK Bayern 2003: 1)

Des Weiteren wird in dem Bericht der AOK Bayern (2003) beschrieben, dass in Hausgemeinschaften bis zu 15 ältere und pflegebedürftige Menschen leben. Alle Leistungen rund um Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft, die nicht von den Bewohnerinnen und Bewohnern oder Angehörigen/Freunden geleistet werden können, werden über die Präsenzkkräfte im Rahmen der Tagesaktivitäten und/oder vom hauseigenen pflegerischen Dienst erbracht bzw. organisiert.

Als sinnvoll erweist sich die Zusammenfassung mehrerer (zwei bis vier) Hausgemeinschaftswohnungen zu einer Einheit (Haus), sodass eine räumliche sowie organisatorische Vernetzung möglich wird. In diesem Zuge ist auch die Anbindung an eine vollstationäre Einrichtung möglich. Grundsätzlich ist eine Hausgemeinschaft jedoch autonom und versorgt sich weitgehend selbst. Ziel ist es mit dieser Wohnform Betroffenen nach einem oftmals „unfreiwilligen Umzug“ ein weitestgehend „normales“ Leben wie in der vorherigen Wohnung zu ermöglichen (vgl. ebd.). Insbesondere Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen könnten von dem Angebot profitieren, da ein Umzug wenig Veränderungen des bisherigen Alltags mit sich bringen würde im Vergleich zum Pflegeheimbetrieb (AOK Bayern 2003: 7).

Die Präsenzkraft stellt die zentrale Bezugsperson in der Hausgemeinschaft dar und unterstützt die Bewohnerinnen und Bewohner bei verschiedensten Verrichtungen. Mögliche Ausbildungen sind: staatl. geprüfte Fachhauswirtschafter/-in, Altenpfleger/-in sowie Heilerziehungspfleger/-in, Dorfhelfer/-in und Familienpfleger/-in jeweils mit Zusatzqualifikation. Erfahrene Pflegehilfskräfte und Kräfte mit hauswirtschaftlicher Grundausbildung und Pflegeerfahrung sind ebenfalls geeignet (z. B. Sozialbetreuer/-in, Seniorenbetreuer/-in) (ebd.: 3).

Notwendige Pflegeleistungen werden je nach Bedarf durch Fachkräfte eines (hausinternen) Pflegedienstes erbracht. Der Nachtdienst wird von einer Pflegefachkraft besetzt. Da es sich um eine vollstationäre Einrichtung handelt, gelten die Bestimmungen der Heimpersonalverordnung (HeimPersV), sodass eine Rund-um-die-Uhr Betreuung/Versorgung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet sein muss (ebd.: 2f.).

Den Daten der AOK Bayern zufolge gab es im Jahr 2018 in zehn Kreisen insgesamt 616 Plätze in Hausgemeinschaften, 2019 konnte eine Zunahme auf 775 Plätze verzeichnet werden (s. auch Tabelle 24). Die Angebote verteilen sich auf nahezu alle Regierungsbezirke, mit Ausnahme der Oberpfalz.

Tabelle 24: Gegenüberstellung der Plätze in vollstationären Hausgemeinschaften in Bayern 2018 und 2019

Regierungsbezirk	Kreis	Anzahl Plätze (12.06.2018)	Anzahl Plätze (19.09.2019)
Oberbayern	München (krfr. St.)	52	52
	Rosenheim (Lk)	88	88
	Altötting (Lk)	62	62
Schwaben	Dillingen a. d. Donau (Lk)	56	112
Mittelfranken	Nürnberg (krfr. St.)	42	42
	Weißenburg-Gunzenhausen (Lk)	27	27
Niederbayern	Rottal-Inn (Lk)	49	49
Oberfranken	Bayreuth (krfr. St.)	48	48
Unterfranken	Würzburg (krfr. St.)	37	140
	Würzburg (Lk)	75	75
Bayern		616	775

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2018 und 2019

Personalsituation im stationären Bereich

Die Personalausstattung im stationären Bereich (einschließlich teilstationär) hat sich im Zeitraum 2007 bis 2017 um 28 % erhöht. Die Entwicklung nach Regierungsbezirken ist der Tabelle 25 zu entnehmen.

Tabelle 25: Prozentuale Veränderung des Personals in den Pflegeheimen im Zeitraum 2007 – 2017 nach Regierungsbezirken

Regierungsbezirk	Personal in Pflegeheimen 2007	Personal in Pflegeheimen 2017	Veränderung der Anzahl des Personals in %
Oberbayern	23.615	30.659	+ 30 %
Niederbayern	8.820	11.877	+ 35 %
Oberpfalz	8.424	11.358	+ 35 %
Oberfranken	9.306	11.512	+ 24 %
Mittelfranken	12.105	14.807	+ 22 %
Unterfranken	8.959	11.672	+ 30 %
Schwaben	12.270	14.872	+ 21 %
Bayern	83.499	106.757	+ 28 %

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Die folgende Tabelle 26 zeigt die Personalentwicklung der Pflegeheime im Zeitraum 2007 bis 2017 nach Tätigkeitsbereichen. Den höchsten durchschnittlichen Zuwachs über den gesamten Zeitraum wies der sonstige Bereich auf (+ 9 % p. a.), gefolgt von der Betreuung mit + 8 % p. a. Die Zahl der erst seit 2009 ausgewiesenen zusätzlichen Betreuungskräfte (§ 43b SGB XI) hat sich bis 2017 kontinuierlich stark erhöht mit durchschnittlich 21 % p. a.

§ 43b SGB XI besagt, dass Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung haben, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Wie aus der rechten Spalte in Tabelle 26 ersichtlich, werden mit rund 61 % die meisten stationär tätigen Pflegekräfte im Bereich der körperbezogenen Pflege eingesetzt, gefolgt von ca. 17 % der Beschäftigten im Bereich Hauswirtschaft. Der Anteil der in der pflegerischen Betreuung eingesetzten Beschäftigten lag 2017 bei rund 12 % (Summe aus Betreuung und zusätzliche Betreuung).

Tabelle 26: Personal in Pflegeheimen nach Tätigkeitsbereichen
(Bayern insgesamt, 2007 - 2017)

Tätigkeitsbereich	2007 (Personen)	2017 (Personen)	durchschn. jährlicher Zu- wachs	Anteil an Per- sonal gesamt 2017
körperbezogene Pflege	58.127	65.412	1,2 %	61,3 %
Betreuung	2.735	5.721	7,7 %	5,4 %
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)*	---	7.406	20,8 %**	6,9 %
Hauswirtschaftsbereich	15.330	18.135	1,7 %	17,0 %
haustechnischer Bereich	2.001	2.275	1,3 %	2,1 %
Verwaltung, Geschäftsführung	4.410	5.620	2,5 %	5,3 %
sonstiger Bereich	896	2.188	9,3 %	2,0 %

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Anmerkung: *zusätzliche Betreuungskräfte (§ 43b SGB XI) werden in der Pflegestatistik erst ab 2009 ausgewiesen

**im Zeitraum 2009 bis 2017

2017 waren in den Pflegeheimen Bayerns (einschließlich teilstationäre Pflege) nur knapp 36 % des Personals (ohne Auszubildende) in Vollzeit tätig. Damit liegt Bayern über dem Bundesdurchschnitt (31 %) und im Bundesländervergleich an fünfter Stelle (s. Tabelle 27). Allerdings wird deutlich, dass hier noch Potenziale für die künftige Erhöhung des Arbeitszeitvolumens der vorhandenen Beschäftigten bestehen – beim Spitzenreiter Saarland sind 48 % in Vollzeit tätig.

Potenziale bestehen vor allem bei den Teilzeitbeschäftigten, die weniger als die Hälfte der regulären Arbeitszeit tätig sind: In Bayern waren 2017 rund 8 % geringfügig beschäftigt und weitere 15 % in Teilzeit mit weniger als 50 %.

Bei der Betrachtung der Personalentwicklung in Pflegeheimen ist zu berücksichtigen, dass im Personal gesamt auch die teilstationären Einrichtungen bzw. eingestreuten Tagespflegeplätze mit enthalten sind. In diesem Bereich hat in dem betrachteten Zeitraum eine sehr dynamische Entwicklung mit sehr hohen Zuwachsraten, insbesondere bei den solitären Tagespflegen, stattgefunden (s. dazu Abschnitt 4.3). Rechnet man das Personal der solitären Einrichtungen heraus, so verringert sich der Personalzuwachs im vollstationären Bereich für Bayern auf 25 % (von 82.700 Personen 2007 auf 103.266 Personen 2017).

Tabelle 27: Anteil in Vollzeittätigkeit in Pflegeheimen 2017 nach Bundesland

Bundesland	Anteil der in Vollzeit tätigen Beschäftigten in %
Saarland	48
Berlin	43
Hamburg	42
Schleswig-Holstein	37
Bayern	36
Hessen	35
Rheinland-Pfalz	33
Deutschland	31
Sachsen-Anhalt	30
Baden-Württemberg	30
Niedersachsen	29
Brandenburg	29
Nordrhein-Westfalen	27
Thüringen	27
Bremen	25
Mecklenburg-Vorpommern	25

Quelle: IGES, auf Grundlage von Statistisches Bundesamt 2019 (www.gbe-bund.de)

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) zum 01.01.2017 wurden im Zuge der Umstellung der Pflegepersonalschlüssel in den Vereinbarungen auf Landesebene Zuschläge für voraussichtliche Kostensteigerungen vereinbart, die häufig an einen Personalmehreinsatz gekoppelt waren. Rothgang & Wagner untersuchten Anfang 2019 im Auftrag des BMG, inwieweit sich

- a) die Personalziffern und -schlüssel für vollstationäre Pflegeeinrichtungen der Dauerpflege und
- b) die tatsächliche Personalausstattung in Pflegeheimen

in den einzelnen Bundesländern in Folge des PSG II verändert haben (Rothgang & Wagner 2019: 5). Um dies zu ergründen, wählten die Autoren drei verschiedene Ansätze zur Ermittlung des Personals für eine Einrichtung mit 100 Bewohnerinnen bzw. Bewohnern im Juli 2016 und im Mai 2018:

Ansatz 1: Ermittlung der Stellenschlüssel für die jeweilige durchschnittliche Bewohnerschaft auf Basis der seinerzeit gültigen Schlüssel basierend auf Pflegestufen und für die durchschnittliche Bewohnerschaft auf Basis der Pflegegrade

Ansatz 2: Um etwaige Veränderungen im Case-Mix auszuschließen, wird für die hypothetisch übergeleitete Bewohnerschaft zum Dezember 2015 anhand der neuen Personalschlüssel aus dem Mai 2018 eine Personalmenge errechnet, die der anhand der alten Personalschlüssel aus dem Juli 2016 gegenübergestellt wird.

Ansatz 3: Vergleicht die tatsächliche Personalausstattung gem. Pflegestatistik 2015 und 2017

Dabei werden jeweils zum einen die bundesweite Verteilung (Variante a) und zum anderen die landesspezifische Bewohnerzusammensetzung (Variante b) zugrunde gelegt. Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse für die verschiedenen Ansätze, jeweils mit dem landesspezifischen Case-Mix, für Deutschland und Bayern.

Tabelle 28: Ergebnisse der Berechnungen zur Personalentwicklung in vollstationären Einrichtungen nach dem PSG II (Bund und Bayern)

Ansatz	Bund	Bayern
Veränderung der Stellenschlüssel bei jeweiliger Bewohnerstruktur, Mai 2018 gegenüber Juli 2016 (Ansatz 1b*)	+ 6,2 %	+ 2,0 %
Veränderung der Stellenschlüssel bei Bewohnerstruktur 2016 und Umrechnung Pflegestufen in Pflegegrade, Mai 2018 gegenüber Juli 2016 (Ansatz 2b*)	+ 7,9 %	+ 4,4 %
Veränderung der Personalsituation gem. Pflegestatistik, Dezember 2017 gegenüber Dezember 2015 (Ansatz 3)	+ 1,7 %	- 0,4 %

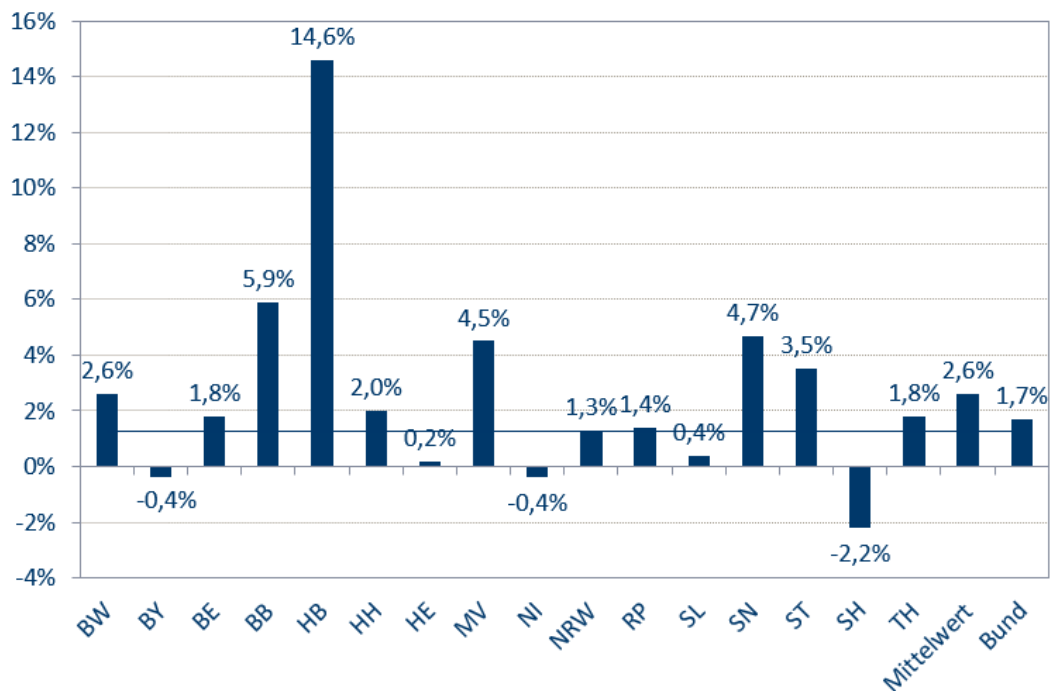
Quelle: IGES, auf Grundlage von Rothgang & Wagner 2019

Anmerkung: *jeweils bezogen auf die Bewohnerstruktur gem. Landesdurchschnitt

Daraus geht hervor, dass in allen drei Ansätzen in Deutschland insgesamt ein höherer Personalzuwachs ermittelt wurde als in Bayern. Aus den Daten der Pflegestatistik zur tatsächlichen Personalausstattung ergibt sich für Bayern sogar ein leichter Personalarückgang. Wie die folgende Abbildung 11 zeigt, konnten die meisten Bundesländer einen, z. T. deutlichen, relativen Personalzuwachs verzeichnen,

nur in Schleswig-Holstein und Niedersachsen verlief die Entwicklung ebenfalls negativ.

Abbildung 11: Entwicklung der Personalausstattung in der vollstationären Pflege nach Bundesländern 2015 - 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von Rothgang & Wagner 2019

In Bayern gelten seit dem 01.10.2017 folgende Pflegepersonalschlüssel in der vollstationären Pflege (auf Basis einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden):

Pflegegrad 1 = 1: 6,70

Pflegegrad 2 = 1: 3,71

Pflegegrad 3 = 1: 2,60

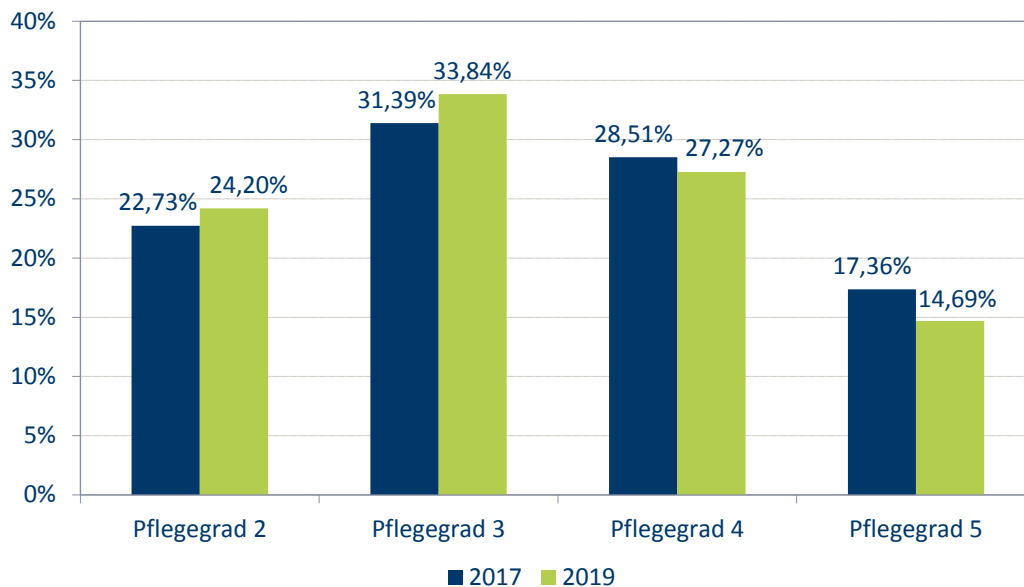
Pflegegrad 4 = 1: 1,98

Pflegegrad 5 = 1: 1,79

Infolge der Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade am 01.01.2017 hat sich zunächst ein tendenziell höherer Pflegegradmix ergeben, als es bei einer Neubegutachtung der Leistungsbeziehenden der Fall gewesen wäre. Daher war allgemein erwartet worden, dass sich im Verlaufe der Zeit durch Neuzugänge und Sterbefälle ein niedrigerer Pflegegradmix einstellen wird. In Bayern wurde deshalb vereinbart, die Entwicklung regelmäßig zu erfassen und ggf. die Personalschlüssel anzupassen. Die folgende Abbildung 12 zeigt, dass sich im Zeitraum 2017 bis September 2019 die Anteile der Pflegegrade 4 und 5 verringert und entsprechend die Anteile in den

niedrigeren Pflegegraden erhöht haben. Da die durchschnittliche Veränderung einen vorab definierten Korridor nicht überschritten hat, wurden die Personalschlüssel bisher nicht angepasst.

Abbildung 12: Entwicklung des Pflegegradmix in der vollstationären Dauerpflege in Bayern 2017 bis 2019 (Anteil in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2019a und Schwan & Partner 2019: 1

4.1.2 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

Die in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf die Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen.

Ergebnisse zur Einschätzung der Versorgungssituation (Abschnitt 4.1.2.5) werden teilweise aggregiert aus den Ergebnissen weiterer Online-Befragungen (ambulante, teilstationäre, Beratungsstellen) berichtet, s. auch Abschnitt 3.2.1.2.

4.1.2.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

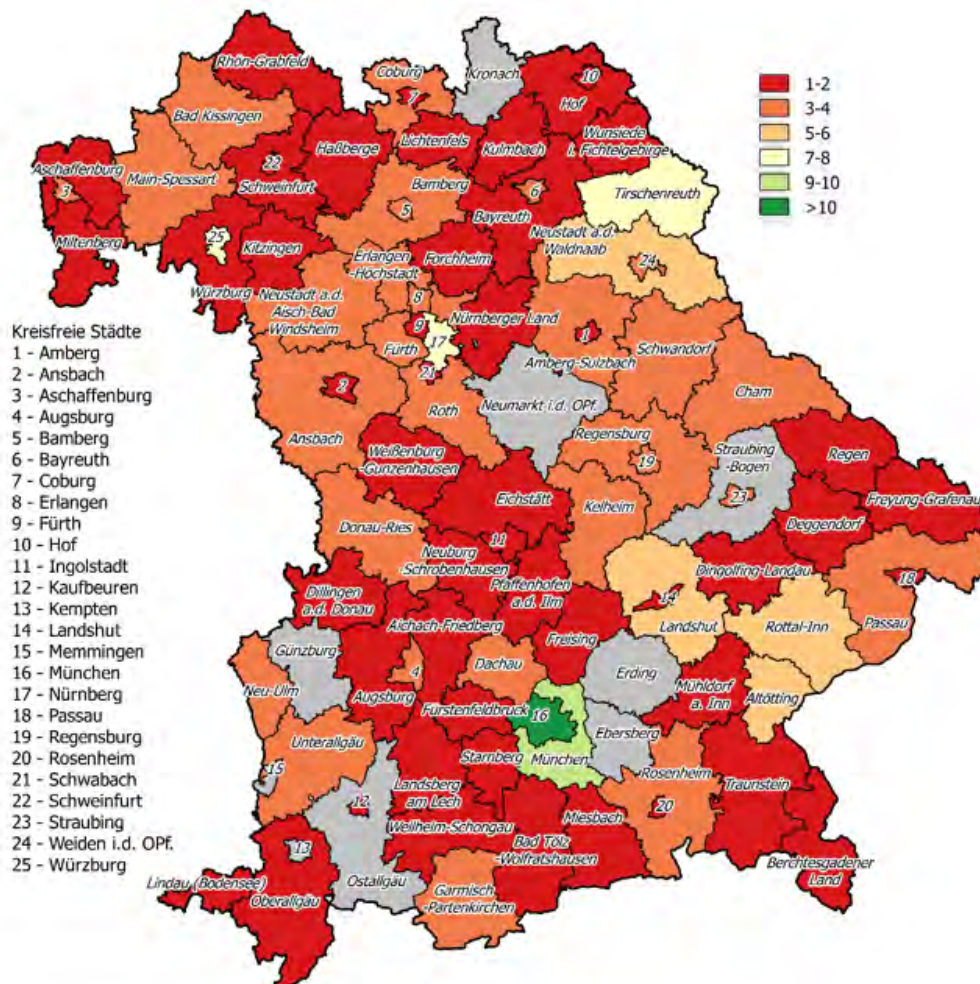
Es wurden 1.462 vollstationäre Einrichtungen bayernweit angeschrieben. Den Fragebogen beantworteten $n = 240$ Einrichtungen, die Rücklaufquote lag somit bei 16,4 %.

Beschreibung der Stichprobe

Aus den 96 Kreisen in Bayern nahmen 87 Kreise mit mindestens einer Einrichtung pro Kreis teil (Mittelwert: 2,7; Median: 2) (s. Abbildung 13). Die Landeshauptstadt München war mit $n = 13$ Einrichtungen am häufigsten vertreten, gefolgt von dem Landkreis München ($n = 9$), der kreisfreien Stadt Nürnberg ($n = 8$) und mit jeweils

n = 7 Einrichtungen die kreisfreie Stadt Würzburg sowie der Landkreis Tirschenreuth. Aus den anderen Kreisen nahmen jeweils n = 1 bis n = 5 Einrichtungen teil.

Abbildung 13: Rücklauf der vollstationären Einrichtungen (Anzahl) nach Kreis (n = 240)

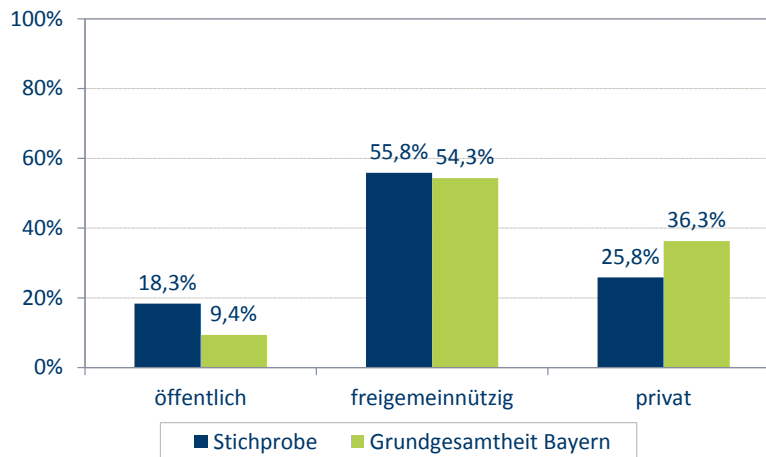


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: grau = kein Rücklauf

Der Großteil der teilnehmenden Einrichtungen war freigemeinnützig (55,8 %), gefolgt von Einrichtungen in privater (25,8 %) und öffentlicher (18,3 %) Trägerschaft (s. Abbildung 14). Im Vergleich zur Grundgesamtheit aller vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bayern (1.885 Einrichtungen – Pflegestatistik 2017) sind private Träger unter- und öffentliche Träger überrepräsentiert.

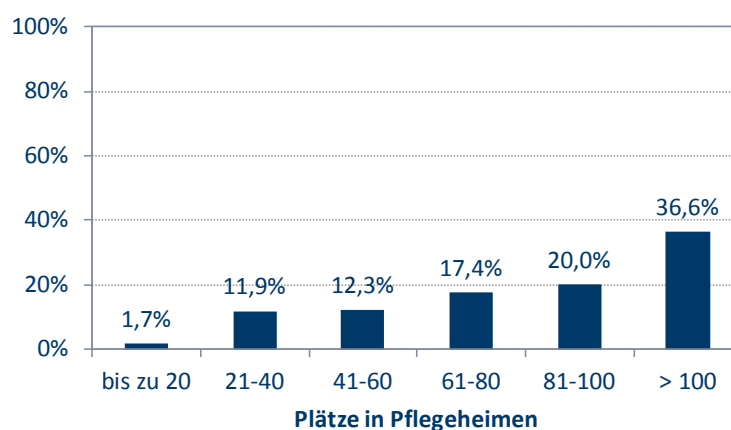
Abbildung 14: Anteil der Pflegeheime nach Trägerschaft (n = 240) im Vergleich zur Grundgesamtheit in Bayern (n = 1.885) (Stand 2017)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen und Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

98 % der Einrichtungen waren zum Zeitpunkt der Befragung mehr als drei Jahre am Markt. Insgesamt fünf Einrichtungen gaben an, erst jüngst – „im Jahr 2018“ oder „2019 bzw. vor Kurzem“ - den Betrieb aufgenommen zu haben. Bei der Zusammensetzung der Einrichtungen nach Größenklassen zeigt sich, dass über die Hälfte der in der Stichprobe vertretenen Einrichtungen 81 und mehr Plätze hatten (Min: 13; Max: 248; Mittelwert: 88; Median: 89) (s. Abbildung 15).

Abbildung 15: Zusammensetzung Rücklauf vollstationär nach Größenklassen (n = 235, n = 5 fehlend) (Stichtag 31.12.2018)



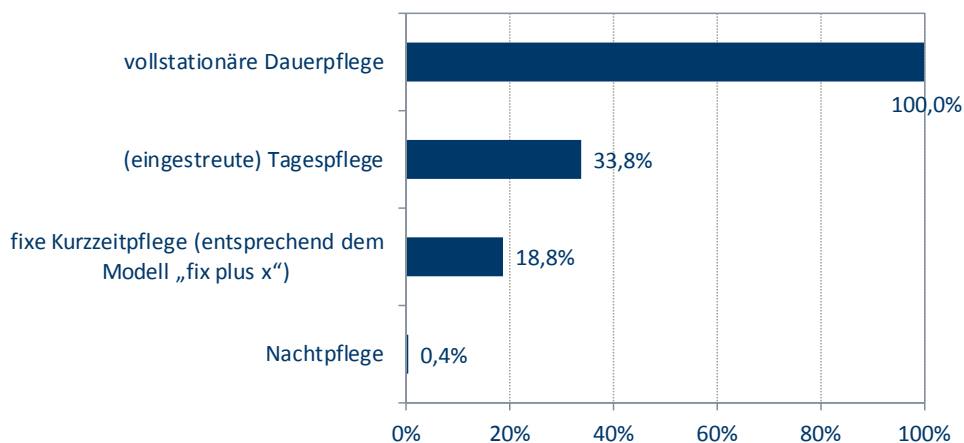
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: n = 5 fehlend: n = 2 nach Plausibilisierung ausgeschlossen; n = 3 Einrichtungen öffneten „im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem“ und sind hier nicht ausgewiesen, da keine Angaben zur Platzzahl vorliegen

Die befragten Personen in den Einrichtungen waren mehrheitlich länger als zehn Jahre im Bereich stationäre Pflege tätig (75,8 %) und überwiegend aus der Geschäftsführung/Einrichtungsleitung (85,0 %) sowie der Pflegedienstleitung (einschl. Stellvertretung) (10,8 %).

Das Angebotsspektrum der Pflegeeinrichtungen ist in Abbildung 16 dargestellt: Neben Plätzen für die vollstationäre Dauerpflege boten rd. 34 % der Einrichtungen zusätzlich (eingestreute) Tagespflege an (Befragungsergebnisse s. Abschnitt 4.3.2) und/oder knapp 19 % der Einrichtungen Kurzzeitpflegeplätze nach dem Modell „fix plus x“ (Befragungsergebnisse s. Abschnitt 4.2.2). Eine Einrichtung gab zudem an, ein Nachtpflegeangebot (Landkreis Bad Tölz-Wolfratshaus) vorzuhalten (Befragungsergebnisse s. Abschnitt 4.3.2).

Abbildung 16: Angebot in den Pflegeeinrichtungen nach Versorgungsart (n = 240, Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

4.1.2.2 Kapazitäten, Angebot und Nachfrage

Das Angebot an Dauerpflegeplätzen in den vollstationären Einrichtungen hat im Jahr 2018 gegenüber dem Jahr 2017 im Durchschnitt leicht abgenommen (- 1 Platz), obwohl neue Einrichtungen im Jahr 2018 eröffnet wurden (s. Tabelle 29).

Diese Annahme bestätigt sich auch bei näherer Betrachtung der in der Stichprobe vertretenen Einrichtungen, die bereits 2017 in Betrieb waren. Diese wurden gebeten, die Anzahl ihrer Plätze jeweils zum Stichtag 31.12.2017 sowie 31.12.2018 anzugeben. Bei der Mehrheit der Einrichtungen (rd. 66 %) war tendenziell eher ein Abbau zwischen einem und bis zu 30 Plätzen zu verzeichnen (Mittelwert: - 6, Median: - 3), während die übrigen Einrichtungen einen Zuwachs zwischen einem und bis zu 29 Plätzen (Mittelwert: + 6, Median: + 3) verzeichneten. Insgesamt ließ sich eine Veränderung der Kapazitäten innerhalb eines Jahres bei rd. 14 % der Einrichtungen (in 24 Kreisen) feststellen.

Tabelle 29: Angebot Dauerpflegeplätze in vollstationären Einrichtungen nach Jahr

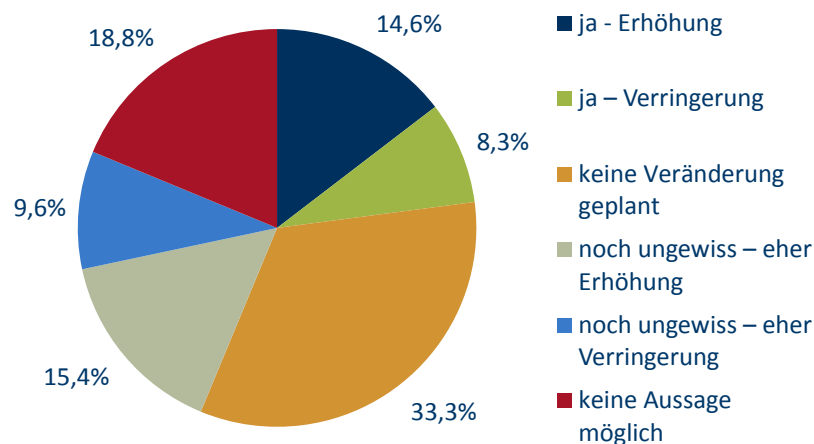
	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
31.12.2017	n = 233	n = 2	89	90	13	254
31.12.2018	n = 235	n = 2	88	89	13	248

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: n = 3 Einrichtungen öffneten „im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem“ und sind dementsprechend hier nicht ausgewiesen

30 % der Pflegeeinrichtungen berichteten, in den nächsten fünf Jahren ihre Kapazitäten (tendenziell) erhöhen zu wollen, im Durchschnitt um rd. 46 Plätze (n = 27; n = 8 fehlend; Min: 6; Max: 120; Median: 40). Die Mehrheit gab an, keine Veränderung der Platzkapazitäten zu planen (33,3 %) bzw. sprach sich (tendenziell) für eine Verringerung der Kapazitäten (17,9 %), im Durchschnitt um rd. 20 Plätze (n = 18; n = 2 fehlend; Min: 3; Max: 53; Median: 18), aus (s. Abbildung 17).

Abbildung 17: geplante Veränderungen der vollstationären Kapazitäten in der Dauerpflege innerhalb der nächsten 5 Jahre (Stand 2020) (n = 240)

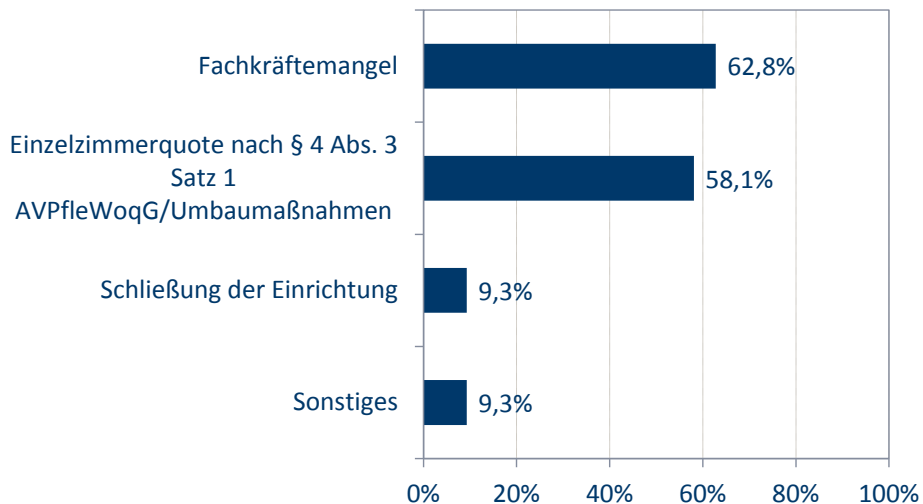


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Einrichtungen, die zukünftig keine Veränderung ihrer Kapazitäten anstreben, führten dies in ihren Anmerkungen vorrangig auf eine unsichere Personalsituation zurück, teils sei dies auch baulich nicht möglich sowie die Umsetzung der Einzelzimmerquote nach § 4 Abs. 3 Satz 1 AVPfleWoqG ein weiterer Grund. Andere Einrichtungen wiederum würden sich dagegen eher auf die Errichtung „neuerer“ bzw. alternativer Wohnformen (s. auch Abschnitt 4.5) fokussieren und daher ihre Kapazitäten nicht verändern.

Die am häufigsten genannten Gründe für den Abbau von Dauerpflegeplätzen waren mit 62,8 % der Fachkräftemangel (s. Abbildung 18), aber auch mit fast 60 % Zustimmung die Umsetzung der Einzelzimmerquote nach § 4 Abs. 3 Satz 1 AVPfleWoqG sowie weitere Umbaumaßnahmen. Vier Einrichtungen gaben zudem an zukünftig zu schließen.

Abbildung 18: Gründe für den Abbau von Dauerpflegeplätzen in vollstationären Einrichtungen (n = 43; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Auslastung und Nachfrage

Sowohl zum Stichtag 31.12.2017 sowie 31.12.2018 lag die Auslastung der Pflegeheime, die bereits 2017 in Betrieb waren (n = 235), im Durchschnitt bei rd. 91 % (s. Tabelle 30).

Tabelle 30: Auslastung der Pflegeheime 2017 und 2018 in % (n = 235)

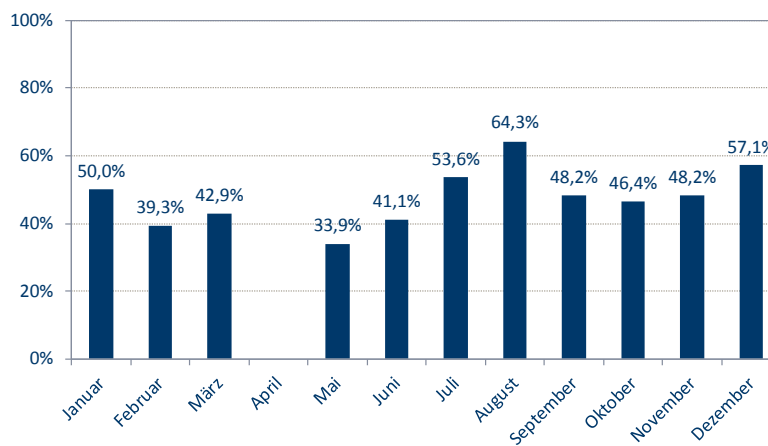
	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
31.12.2017	n = 218	n = 17	90,9	97	3	133
31.12.2018	n = 218	n = 17	91,4	97	2	133

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Größere Schwankungen der Auslastungen der Dauerpflege im Jahresverlauf stellen entsprechend der Ergebnisse allerdings eher die Ausnahme dar, wie rd. drei Viertel der Einrichtungen bestätigten. Unter Sonstiges wurde ergänzt, dass die Nachfrage im Jahresverlauf tendenziell eher durchgehend hoch sei.

Knapp ein Viertel der Einrichtungen, die dem nicht zustimmten, wurden gebeten anzugeben, in welchen Monaten die Nachfrage nach vollstationären Dauerpflegeplätzen besonders hoch sei: Bis auf den Monat April (0 %), lag die Spannweite der Zustimmung zwischen minimal 33,9 % im Monat Mai und maximal 64,3 % im Monat August. Über die Hälfte der Einrichtungen bestätigte eine besonders hohe Nachfrage in den Monaten Januar, Juli und Dezember zu haben (s. Abbildung 19).

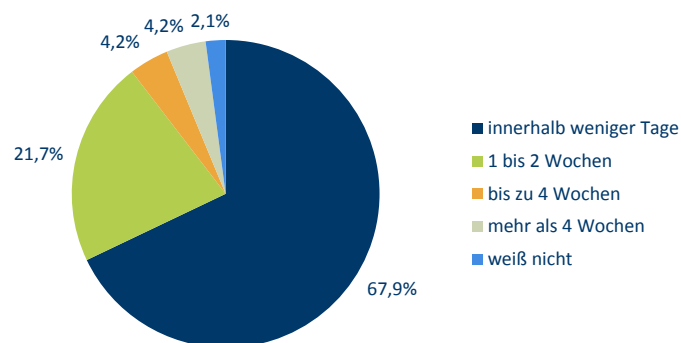
Abbildung 19: Zustimmung Monate mit besonders hoher Nachfrage nach vollstationären Dauerpflegeplätzen (n = 56, Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Auch die Angaben der Einrichtungen zur Wiederbelegung freiwerdender Dauerpflegeplätze deuten auf eine hohe Nachfrage hin. Die Pflegeeinrichtungen berichteten, dass es ihnen möglich sei, freiwerdende Dauerpflegeplätze im Durchschnitt innerhalb weniger Tage wieder belegen zu können (rd. 68 %). Rd. 22 % gaben an, dass dies innerhalb von ein bis zwei Wochen gelänge (s. Abbildung 20).

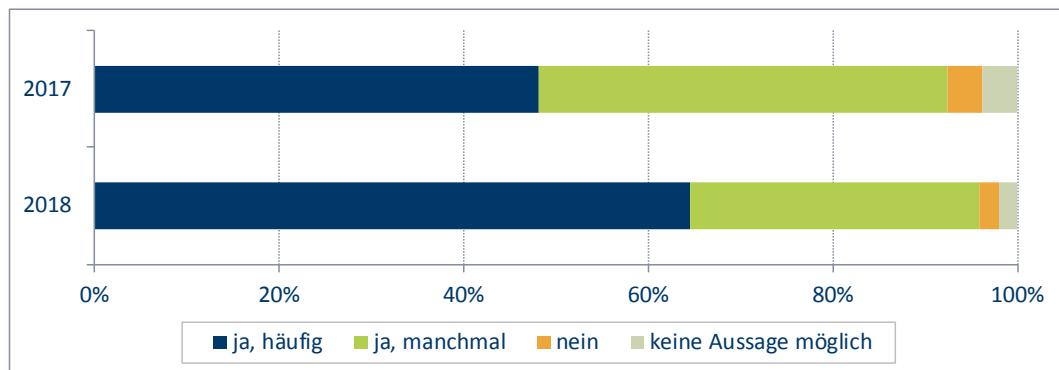
Abbildung 20: Wiederbelegung von freiwerdenden Dauerpflegeplätzen (n = 240)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Aufgrund der durchschnittlich über 90 %igen Auslastung der Dauerpflegeplätze sowie der Wiederbelegung i. d. R. innerhalb weniger Tage, scheint es nicht verwunderlich, dass knapp 50 % der Einrichtungen (n = 235) im Jahr 2017 häufig Anfragen nach vollstationärer Dauerpflege ablehnen mussten, im Jahr 2018 bestätigten dies sogar rd. 65 % (n = 237) (s. Abbildung 21).

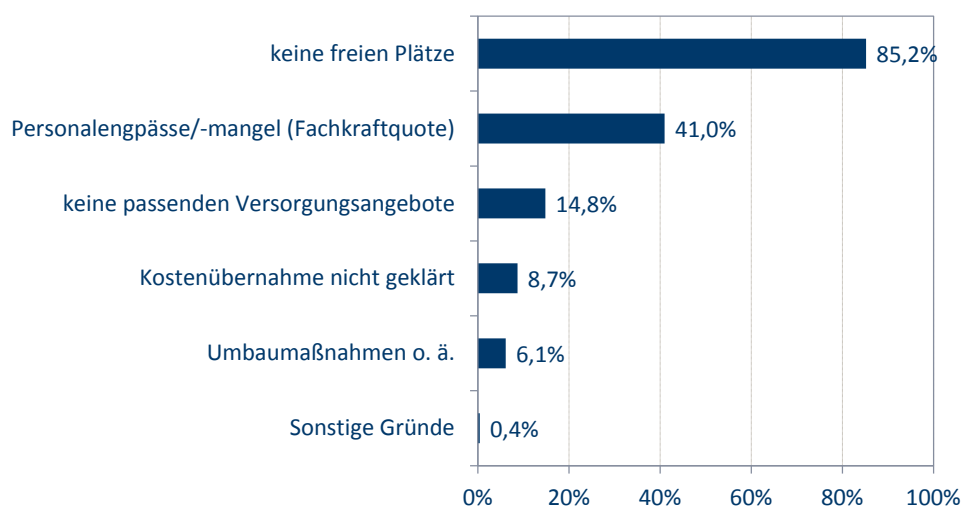
Abbildung 21: Ablehnung von Anfragen nach Dauerpflegeplätzen in den Jahren 2017 (n = 235) und 2018 (n = 237)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Ein Mangel an freien Plätzen (85,2 %) und personelle Engpässe (41,0 %) waren die am häufigsten genannten Gründe, aus denen Anfragen abgelehnt werden mussten (s. Abbildung 22).

Abbildung 22: Gründe für Ablehnungen von Anfragen für Dauerpflegeplätze (n = 229; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Bei Ablehnungen aufgrund nicht passender Versorgungsangebote handelte es sich nach eigenen Angaben der Einrichtungen (Freitextanalyse) am häufigsten um Anfragen für Menschen mit Bedarf an einer beschützenden Unterbringung bzw. Hinlauftendenz sowie um Menschen mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten (einschl. Suchterkrankungen) (s. Tabelle 31). Die jeweiligen Einrichtungen konnten die entsprechenden Versorgungsbedarfe nicht bedienen. Hier zählten auch spezifische Versorgungsanfragen, wie z. B. für Menschen mit Beatmung, im Wachkoma oder Isolationsbedarf (Infektionskrankheiten) dazu. Jüngere Pflegebedürftige (unter 65 Jahre) wurden teilweise ebenfalls abgelehnt sowie Anfragen von Frauen, wenn es sich explizit um einen vorgehaltenen Platz für einen Mann handelte oder umgekehrt. Sonstige Gründe für Ablehnungen wurden nicht weiter ausgeführt.

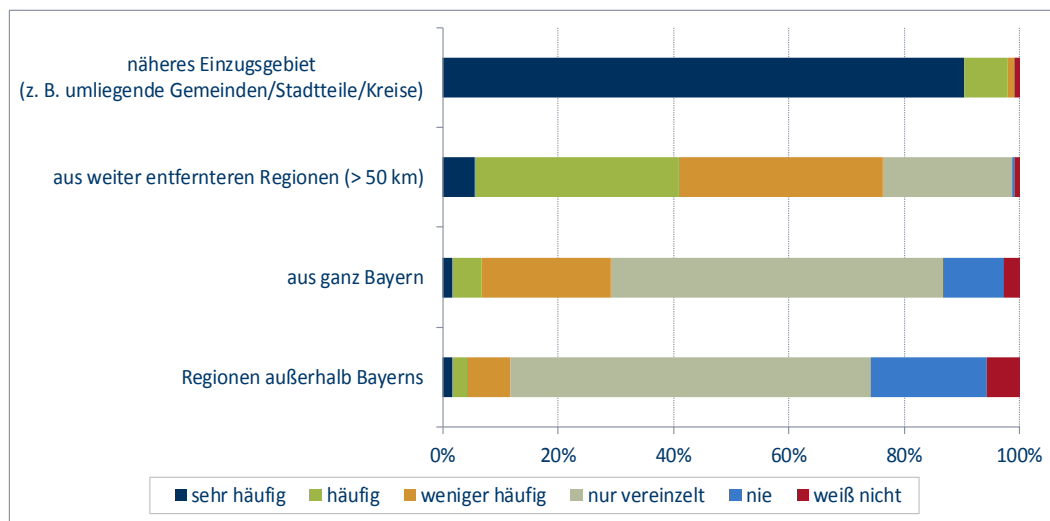
Tabelle 31: Versorgungsbedarfe, die abgelehnt werden mussten (n = 57, Anzahl Nennungen)

Versorgungsbedarfe	Anzahl Nennungen
Menschen mit Bedarf an beschützender Unterbringung (Hin-/Weglauftendenz)	17
Menschen mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten (einschl. Suchterkrankungen)	12
sonstige spezifische Versorgungsbedarfe (z. B. Übergewicht [150kg]; Einzelzimmerwunsch; freiheitsentziehende Maßnahmen)	9
Altersgruppen (unter 60 bzw. 65 Jahre)	5
Menschen mit Isolationsbedarf (z. B. MRE; andere Infektionskrankheiten)	5
Beatmung	4
Wachkoma	3
Geschlecht	2

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Rd. 98 % der Einrichtungen berichteten, dass die Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach vollstationären Dauerpflegeplätzen „häufig“ bis „sehr häufig“ aus dem näheren Einzugsgebiet stammen. Rd. 41 % bestätigten auch „häufig“ bis „sehr häufig“ Anfragen aus weiter entfernten Regionen (> 50 km) zu erhalten sowie aus ganz Bayern (rd. 7 %) und Regionen außerhalb Bayerns (rd. 4 %) (s. Abbildung 23).

Abbildung 23: Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Dauerpflegeplätzen nach Region (n = 240)

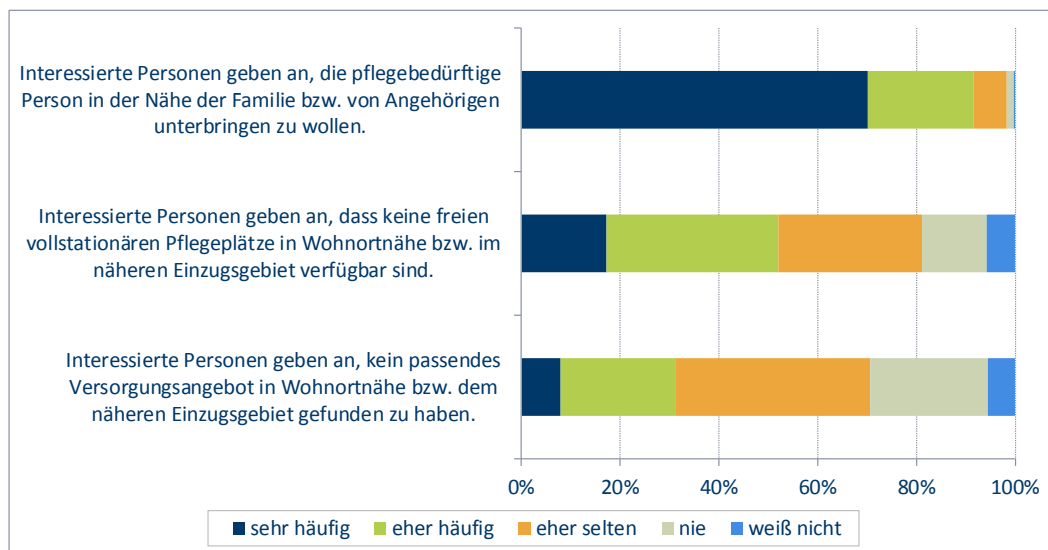


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

„Häufig“ bis „sehr häufig“ liegen die Gründe der interessierten Personen für Anfragen nach Dauerpflegeplätzen aus weiter entfernten Regionen, d. h. nicht aus dem näheren Einzugsgebiet, darin, dass eine Unterbringung der pflegebedürftigen Person in der Nähe der Familie bzw. von Angehörigen angestrebt wird. Dies berichteten rd. 92 % der Einrichtungen. Knapp über die Hälfte der Einrichtungen bestätigte zudem, dass „sehr häufig“ bis „häufig“ begrenzte Kapazitäten in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet der interessierten Personen Anlass geben, auf weiter entfernte Einrichtungen auszuweichen. Es ist zudem anzunehmen, dass sich auch die Suche nach passenden Versorgungsangeboten in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet der Interessentinnen und Interessenten schwierig gestaltet, da knapp ein Drittel der Einrichtungen bestätigte, dass dies „sehr häufig“ bis „häufig“ ein Grund für Anfragen aus weiter entfernten Gebieten Bayerns sei (s. Abbildung 24).

Als weitere Gründe für Anfragen aus weiter entfernten Regionen wurde in der Kategorie „sehr häufig“ angegeben, dass bspw. eine Weiterversorgung der pflegebedürftigen Person in der bereits versorgenden Einrichtung nicht weiter stattfinden könne oder fehlendes Personal zu Aufnahmestopps führe. In der Kategorie „häufig“ wurden u. a. Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land angeführt („kostengünstiger als Großstadt“), aber auch „Empfehlungen von Bekannten“ sowie die Spezialisierung einer Einrichtung auf spezifische Versorgungsbedarfe, in diesem Falle für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Abbildung 24: Gründe für Anfragen nach Dauerpflegeplätzen, die nicht aus dem näheren Einzugsgebiet kommen (n = 237)



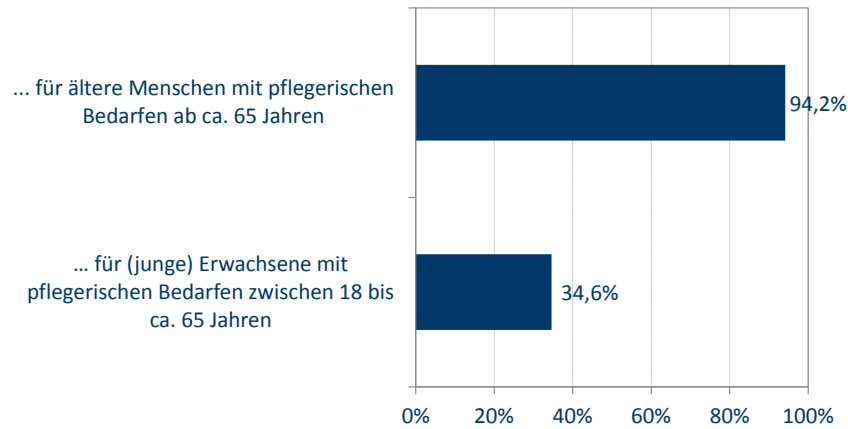
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

4.1.2.3 Zielgruppenspezifische Angebote

Das Angebot der vollstationären Einrichtungen richtete sich primär an ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren (94,2 %). Diese Altersgruppe stelle die Hauptklientel dar. Allerdings versorgen auch knapp über ein Drittel der Einrichtungen (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren (s. Abbildung 25). Nach Aussage der Einrichtungen sei dies laut Rahmenvertrag i. d. R. nicht vorgesehen und geschehe daher häufig nur bei Bedarf bzw. in Ausnahmefällen, bspw. bei Menschen mit Behinderung oder bestimmten Diagnosen/Erkrankungen, wie z. B. frühzeitig einsetzender Demenz, psychische Erkrankungen, Sucht, Multiple Sklerose (MS), Krebs, etc. oder sofern von der Einrichtung gesetzte Voraussetzungen erfüllt werden, wie z. B. das Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2 oder 3. Ergänzend wurde von einzelnen Einrichtungen angemerkt, dass sie potentielle Bewohnerinnen und Bewohner ab 50 Jahren aufnehmen. Anfragen von unter 50-Jährigen stellten eher die Ausnahme dar.

Diejenigen Einrichtungen, die sowohl Angebote für ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren als auch für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren vorhielten (n = 82), wurden gefragt, ob es Unterschiede in den Wartezeiten auf einen freien Platz zwischen den beiden genannten Altersgruppen gäbe – dies verneinten 92,7 %.

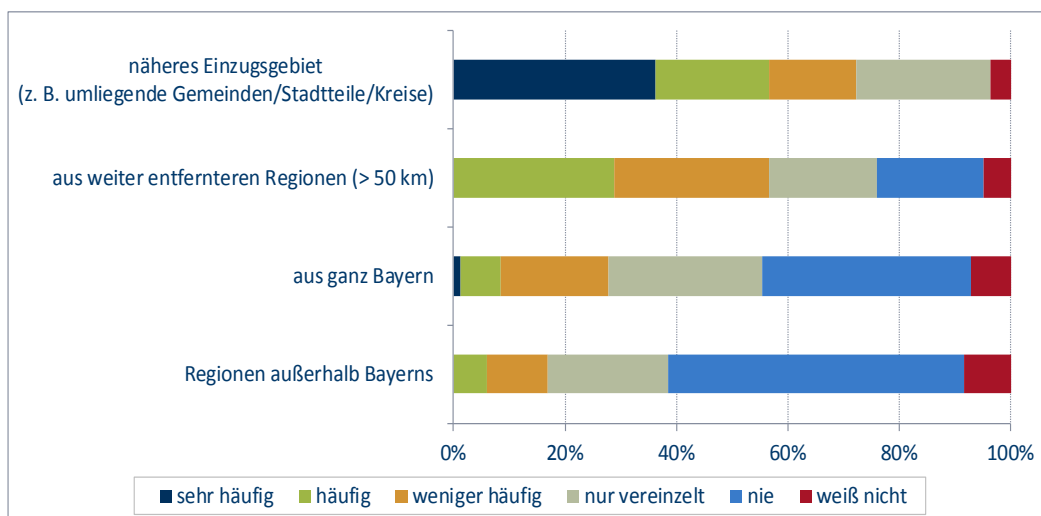
Abbildung 25: Angebot vollstationäre Dauerpflegeplätze nach Altersgruppen (n = 240; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Rd. 57 % der Einrichtungen berichteten, dass die Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach vollstationären Dauerpflegeplätzen für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren „häufig“ bis „sehr häufig“ aus dem näheren Einzugsgebiet stammen. Rd. 29 % bestätigten auch „häufig“ bis „sehr häufig“ Anfragen aus weiter entfernten Regionen (> 50 km) zu erhalten sowie aus ganz Bayern (rd. 8 %) und Regionen außerhalb Bayerns (rd. 6 %) (s. Abbildung 26).

Abbildung 26: Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Dauerpflegeplätzen für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren nach Region (n = 83)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund

Rd. 88 % der Einrichtungen berichteten, keine spezifischen Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund in der vollstationären Dauerpflege vorzuhalten. Dies läge primär an der bisher geringen Nachfrage als auch dem geringen Bedarf („*Personen bereits lange in Deutschland und ‚gut eingebürgert‘*“), da nur wenige Bewohnerinnen und Bewohner und wenn auch nur vereinzelt in den Einrichtungen versorgt würden – so die Anmerkungen einzelner Pflegeheime. Eine zukünftige Ausrichtung auf diese Zielgruppe werde nach Aussage einzelner Einrichtungen für nötig befunden.

Einrichtungen, die bestätigten, entsprechende Angebote vorzuhalten (rd. 10 %), erläuterten als Beispiele über „*[ein] kultursensibles Leitbild, [ein] Betreuungskonzept, migrationsspezifische Fallgespräche, Angebote in der Muttersprache, Veranstaltungen mit interkulturellem Charakter, einen hausinternen Dolmetscherdienst*“ zu verfügen und entsprechende Anpassungen in der Speiserversorgung bei Bedarf vornehmen zu können. Häufig würden die Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund von der Multikulturalität der Beschäftigten profitieren: „*Je nach Nachfrage können alle Angebote aus dem Betreuungsbereich und Pflege in unterschiedlichen Sprachen geleistet werden. Mitarbeiter sind multikulturell aufgestellt. Z. B. Bosnien, Italien, Türkei, Philippinen, Polen Rumänen, alle Russischen Staaten, Ungarn, usw.*“

In Abhängigkeit der Herkunft der Beschäftigten könnten dementsprechend Angebote in anderen Sprachen vorgehalten werden, wie z. B. italienisch, türkisch, russisch, polnisch, etc. Dies sei jedoch eher die Ausnahme als die Regel: Angebote in anderen Sprachen werden lediglich in 10 von 25 Einrichtungen, die spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund bereitstellen, offeriert.

Angebote im beschützenden Bereich

Etwas mehr als ein Viertel der Einrichtungen (27,9 %) bestätigte, über einen beschützenden Bereich zu verfügen. Die Größe des Angebots je Einrichtung variierte zwischen minimal sechs bis maximal 69 Plätzen, wobei der Durchschnitt bei 22 Plätzen lag (Median: 21 Plätze). Unter Sonstiges berichteten drei Einrichtungen über einen teilbeschützenden Bereich zu verfügen und zwei weitere Einrichtungen, dass sie Wohnbereiche mit spezieller Ausrichtung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen vorhielten, dies jedoch kein beschützender Bereich sei.

Deutlich mehr als die Hälfte der Einrichtungen, die über einen beschützenden Bereich verfügte, gab an, die Nachfrage in diesem Bereich in der Regel nicht befriedigen zu können (63,5 %). Ergänzend erläuterten die Einrichtungen, dass die Nachfrage nach beschützenden Plätzen das Angebot deutlich übersteige. Das Angebot in der jeweiligen Region sei häufig nicht ausreichend, Wartelisten würden zunehmend länger und personelle Engpässe das Angebot zusätzlich limitieren.

Palliative Versorgung in Einrichtungen der Dauerpflege

In den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege werden in der Regel gemäß Versorgungsvertrag keine Palliativplätze angeboten. Ausnahmen wurden von zwei

Einrichtungen (0,8 %) berichtet, wovon eine Einrichtung zwei verhandelte Plätze und die andere Einrichtung zehn verhandelte Plätze anbietet.

Unter Sonstiges ergänzten die Einrichtungen, dass eine palliative Versorgung jedoch nicht unüblich sei. Die Versorgung werde in diesem Fall entweder in Zusammenarbeit mit einem Hospizverein und/oder einem Team für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gewährleistet. Diese Versorgung werde bei Bedarf erbracht, ohne explizit Plätze dafür vorzuhalten bzw. gemäß Versorgungsvertrag verhandelt zu haben.

17,5 % der Einrichtungen bestätigten bzw. planen zukünftig ihre Angebote für Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen auszuweiten, insbesondere für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen als auch Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf (jeweils 57,1 %). Knapp ein Drittel plant, Angebote im beschützenden Bereich für Menschen mit einem Unterbringungsbeschluss auszuweiten, während jeweils rd. 14 % ihr Angebot für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege als auch für (junge) Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen ausweiten möchte (s. Abbildung 27). Weitere Angebote speziell für Menschen mit HIV-Erkrankung sowie Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen wären dagegen in keiner der befragten Einrichtungen geplant.

Abbildung 27: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege, die eine Ausweitung des Angebots für bestimmte Zielgruppen planen (n = 42; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

4.1.2.4 Personal

Die Verteilung der Personalausstattung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im Bereich Pflege und Betreuung, getrennt nach Pflegefach- und -hilfskräften, ist Tabelle 32 zu entnehmen. Im Mittel beschäftigte eine Einrichtung im Januar 2020 rund 18 Pflegefachkräfte und 17 Pflegehilfskräfte (in VZÄ).

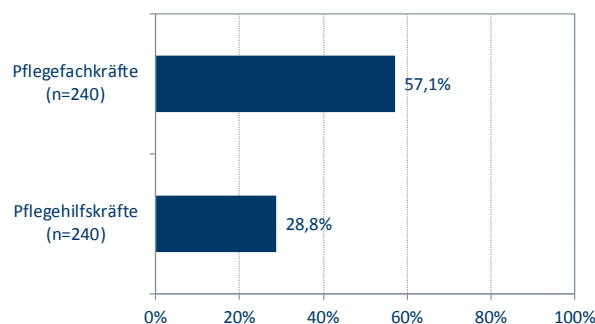
Tabelle 32: Personelle Ausstattung in Einrichtungen der Dauerpflege, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (Stand Januar 2020)

		Anzahl gültig	Fehlend	Mittel- wert	Median	Min	Max
Pflegefach- kräfte	Anzahl Beschäftigte	n = 225	n = 15	23	22	4	79
	in Vollzeit- stellen	n = 216	n = 24	17,88	17,05	0,75	54,93
Pflegehilfs- kräfte	Anzahl Beschäftigte	n = 221	n = 19	25	23	4	99
	in Vollzeit- stellen	n = 213	n = 27	16,93	16,65	1,75	57,84

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Über die Hälfte der Einrichtungen (57,1 %) bestätigte offene bzw. unbesetzte Stellen für Pflegefachkräfte zu haben (Stand Januar 2020) (s. Abbildung 28). Die Auswertung der Ergebnisse nach Kreisen ergab, dass dies auf 73 der insgesamt 87 in der Stichprobe vertretenen Kreise, d. h. rd. 83 %, zutraf. In Summe fehlten 346 Stellen, in Vollzeitstellen entsprach dies nach Angaben der Einrichtungen 299,77 VZÄ.

Abbildung 28: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit offenen/unbesetzten Stellen, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (Stand Januar 2020)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Für den gleichen Zeitraum berichteten 28,8 % der Einrichtungen ebenfalls offene bzw. unbesetzte Stellen für Pflegehilfskräfte zu haben. Die Auswertung der Ergebnisse nach Kreisen ergab, dass dies im Vergleich zu den Pflegefachkräften auf nur 40 der insgesamt 87 in der Stichprobe vertretenen Kreise, d. h. rd. 46 %, zutrifft. In Summe fehlten 130 Stellen, in Vollzeitstellen entsprach dies nach Angaben der Einrichtungen 91,22 VZÄ.

Die Anzahl unbesetzter Stellen für Pflegefachkräfte lag nach Angaben der Einrichtungen im Januar 2020 im Durchschnitt bei drei Stellen (Personen) (Min: 1; Max: 15; Median: 2), in Vollzeitstellen entsprach dies im Durchschnitt etwa 2,40 VZÄ pro Einrichtung (Min: 0,50; Max: 15,00; Median: 2,00). Bei den Pflegehilfskräften lag die Anzahl unbesetzter Stellen im Januar 2020 im Durchschnitt bei zwei Stellen (Personen) (Min: 1; Max: 10; Median: 2), in Vollzeitstellen entsprach dies im Durchschnitt etwa 1,64 VZÄ pro Einrichtung (Min: 0,50; Max: 6,87; Median: 1,00) (s. Tabelle 33).

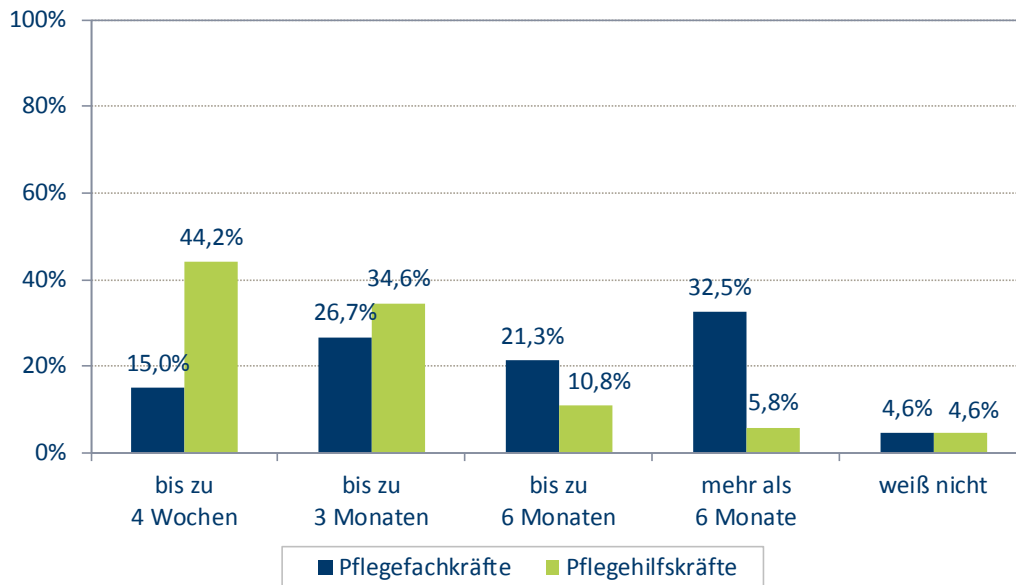
Tabelle 33: Anzahl offene Stellen in Einrichtungen der Dauerpflege, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (Stand Januar 2020)

		Anzahl gültig	Fehlend	Mittel- wert	Median	Min	Max
Pflege- fachkräfte	Anzahl	n = 128	n = 9	3	2	1	15
	in Vollzeit- stellen	n = 125	n = 12	2,40	2,00	0,50	15
Pflege- hilfskräfte	Anzahl	n = 61	n = 8	2	2	1	10
	in Vollzeit- stellen	n = 58	n = 11	1,64	1,00	0,50	6,87

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Nach Schätzung der Einrichtungen sei eine offene Stelle für Pflegefachkräfte häufig mehr als sechs Monate unbesetzt, lediglich 15 % gaben an eine solche Stelle innerhalb eines Monats neu besetzen zu können. Bei der Wiederbesetzung offener Stellen für Pflegehilfskräfte gestaltete sich dies umgekehrt – rd. 44 % der Einrichtungen berichteten diese Stellen innerhalb eines Monats neu besetzen zu können, während lediglich rd. 6 % einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten angaben (s. Abbildung 29).

Abbildung 29: Zeitraum, in dem eine offene Stelle im Durchschnitt unbesetzt ist, differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften (n = 240)



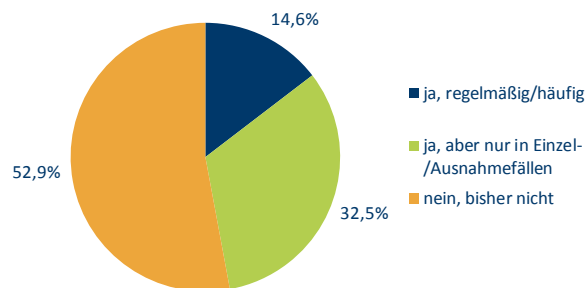
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Personal aus Fremdfirmen/Arbeitnehmerüberlassungen

Knapp über die Hälfte der Einrichtungen (52,9 %) setzte bisher kein Personal aus Fremdfirmen ein, der übrige Anteil nutzte Leasingkräfte dagegen „in Einzel-/Ausnahmefällen“ (32,5 %) (s. Abbildung 30). Diese Einzel- und Ausnahmesituationen traten laut Freitextanalyse ein, wenn Beschäftigte „kurzfristig“ aufgrund von Krankheitswellen und/oder Urlaubszeiten sowie Kündigungen und Schwangerschaften/Mutterschutz/Elternzeit ausfielen. In diesem Zuge, aber auch teilweise unabhängig davon, musste Leasingpersonal häufig bei Unterschreiten der Fachkraftquote eingesetzt werden. Weiterhin gestaltete sich eine Neubesetzung aufgrund mangelnder bzw. geeigneter Bewerbungen schwierig, wie bereits erläutert. Aus den Freitexten ging ebenfalls hervor, dass die Einrichtungen bemüht waren Ausfälle primär intern zu kompensieren (z. B. durch Stundenerhöhungen, Nutzung von Springerpools), bevor Arbeitnehmerüberlassungen angefragt wurden.

Abbildung 30 zeigt, dass knapp 15 % der Einrichtungen sogar „regelmäßig/häufig“ Leasingpersonal einsetzten. In diesen Einrichtungen betrage der Anteil am monatlichen Arbeitsvolumen, der durch Leasingkräfte abgedeckt werden muss, im Durchschnitt 10,3 % (n = 35; Min: 1; Max: 100; Median: 5).

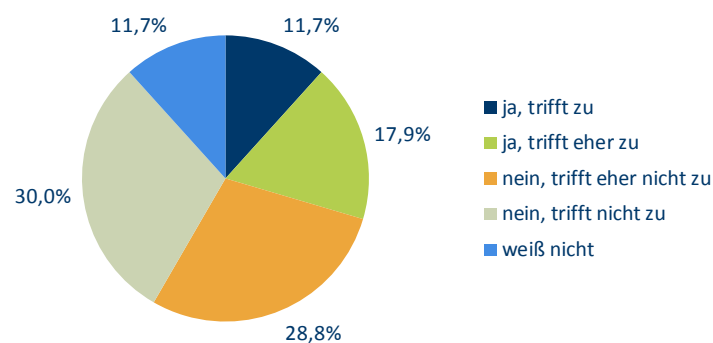
Abbildung 30: Einsatz von Personal aus Fremdfirmen (Leasingkräfte) in Einrichtungen der Dauerpflege (n = 240)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Auf die Frage, ob in den Einrichtungen zukünftig (mehr) Leasingpersonal eingesetzt werden müsse, um den Personalbedarf in der jeweiligen Einrichtung decken zu können, antworteten knapp 60 % hier keinen (weiteren) Bedarf zu sehen. Knapp 30 % der Einrichtungen schätzte dagegen, dass ihre Einrichtung ohne den Einsatz von Leasingpersonal wahrscheinlich zukünftig nicht auskäme bzw. die Personalbedarfe nicht gedeckt werden könnten (s. Abbildung 31).

Abbildung 31: Einschätzung zum zukünftigen (vermehrten) Einsatz von Leasingkräften in Einrichtungen der Dauerpflege zur Deckung des Personalbedarfs (n = 240)

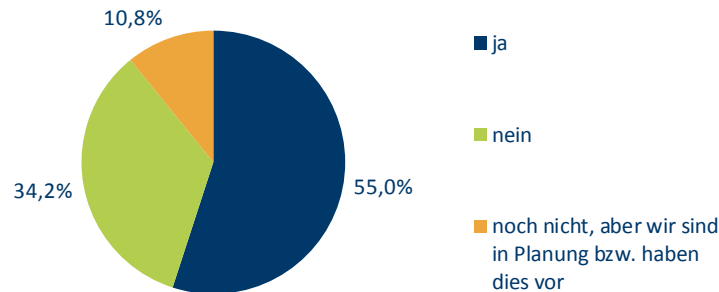


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Arbeitsmöglichkeiten für Pflegepersonal aus dem Ausland

Mehr als die Hälfte der Einrichtungen der Dauerpflege (55 %) bestätigte in der Vergangenheit (aktiv) Pflegepersonal aus dem Ausland für ihre Pflegeeinrichtung angeworben zu haben, um den Personalbedarf sichern zu können, bei rd. 11 % sei dies aktuell in Planung (s. Abbildung 32).

Abbildung 32: Anteil der Pflegeeinrichtungen, die Pflegepersonal aus dem Ausland zur Sicherung des Personalbedarfs für ihre Pflegeeinrichtung angeworben haben (n = 240)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Knapp über ein Drittel der Einrichtungen (34,2 %) gab an, bisher kein Pflegepersonal aus dem Ausland angeworben zu haben. Primär wäre dies nach eigenen Angaben nicht notwendig, da die Stellen besetzt seien bzw. „*der Bedarf bisher aus der Region gedeckt werden konnte*“. Andere Einrichtungen wiederum befanden den Aufwand zu groß, sei es finanziell, zeitlich als auch bürokratisch. Zudem würden die Abschlüsse in Deutschland nicht anerkannt und die Anerkennungsverfahren zu lange dauern. Häufig fehlende Sprachkenntnisse stellten weitere Hürden dar. Dabei hielt es sich in etwa die Waage, ob Personal aus Ländern der EU (45,6 %, n = 158) – primär Spanien, Kroatien und Rumänien - bzw. Ländern außerhalb der EU (54,4 %) – vorrangig Bosnien, Serbien, Albanien - rekrutiert wurde (s. Tabelle 34).

Tabelle 34: Rekrutierungsländer EU/Nicht-EU (vollstationär)

EU	Anzahl Nennung	Außerhalb der EU	Anzahl Nennung
Spanien	16	Bosnien	35
Kroatien	13	Serbien	21
Rumänien	13	Albanien	18
Polen	6	Mexiko	13
Tschechien	6	Philippinen	13
andere osteuropäische Länder	8	Indien	8
Italien	5	Mazedonien	7
Griechenland	4	Vietnam	7
Portugal	1	Tunesien	6

EU	Anzahl Nennung	Außerhalb der EU	Anzahl Nennung
Lettland	1	China	5
Österreich	1	Kosovo	5
		Ukraine	5
		Russland	3
		Weißrussland	2
		Ägypten	1
		Armenien	1
		Aserbajdschan	1
		Brasilien	1
		Georgien	1
		Kolumbien	1
		Marokko	1
		Thailand	1
		Togo	1

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Die Rekrutierungsmaßnahmen wurden aus Sicht der Einrichtungen überwiegend als erfolgreich bewertet (47,1 %; n = 132). Die Beschäftigten aus dem Ausland wären gut integriert und verblieben häufig im Unternehmen. Sie wären kompetent, gut ausgebildet, motiviert, fleißig und zuverlässig. Der Einsatz einer Vermittlungsagentur wurde zudem von den Einrichtungen als sehr förderlich für die Rekrutierungsmaßnahme empfunden.

Etwas mehr als ein Drittel (34,1 %) konnte zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Einschätzung vornehmen. Der übrige Anteil von knapp ein Viertel (24,1 %) bewertete die Maßnahmen als weniger erfolgreich und führte in diesem Zusammenhang als Gründe hohe Hürden und einen hohen Aufwand an bis das Personal arbeitsfähig sei. Dies betreffe insbesondere die Anerkennungsverfahren („zu hohe Hürden der Anerkennung. Die Menschen warten nicht 1 1/2 Jahre auf eine Arbeitserlaubnis.“), aber auch die Bereitstellung von Visa („Sehr lange Wartezeiten auf Arbeitsvisa. Bei der letzten Mitarbeiterin haben wir 19 Monate auf ein Visum gewartet. Momentan warten wir für eine Bosnische Krankenschwester schon wieder bereits 16 Monate auf ein Visum. und insgesamt die Kosten für solch eine Maßnahme.“)

Ein weiteres Problem stelle die häufige Abwanderung der Fachkräfte nach der Anerkennung oder Ausbildung dar, sei es in Großstädte („ländlicher Raum ist nicht attraktiv genug - unzureichender öffentlicher Nahverkehr - kulturelle Angebote, fehlender Kontakt zu Landsleuten“), in den klinischen Bereich („Die Fachkräfte ha-

ben nach kurzer Zeit unsere Einrichtung verlassen und an Krankenhäusern mit attraktiveren Konditionen gearbeitet.“) oder zurück in die Heimat. Weitere Schwierigkeiten stellen insbesondere unzureichende Sprachkenntnisse sowie ein anderes Pflegeverständnis dar.

Unabhängigkeit der Rekrutierungsmaßnahmen gab die Mehrheit der Einrichtungen an, Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten für Geflüchtete in ihrer Einrichtung anzubieten (58,8 %) bzw. dies aktuell zu planen (16,3 %). Bei der Erläuterung dieses Angebots zeichneten sich jedoch deutliche Unterschiede in den Einrichtungen ab, in welchen Bereichen und unter welchen Voraussetzungen Ausbildungs- und/oder Arbeitsmöglichkeiten für Geflüchtete angeboten werden: Die Möglichkeit eine Ausbildung im Altenpflegebereich (Pflegefach- und Pflegehilfskräfte) zu absolvieren, wurde sehr häufig genannt. Andere Einrichtungen würden dagegen bspw. ausschließlich Arbeitsmöglichkeiten anbieten oder nur in bestimmten Bereichen eine Einstellung vornehmen, z. B. nur im Bereich Pflege oder nur im Bereich Küche/Hauswirtschaft/Haustechnik. Geflüchtete würden häufig als Pflegehilfskraft/Pflegeassistentin angestellt, Anstellungen als Pflegefachkräfte wurden seltener genannt. Ein Teil der Einrichtungen erläuterte Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten für jeden, unabhängig der Herkunft, anzubieten, sofern ein grundlegendes Interesse sowie eine Eignung bestünde. Die Einrichtungen wiesen, trotz dieser Angebote, daraufhin, dass die Umsetzung häufig Hürden mit sich bringe, bspw. um eine Arbeitserlaubnis zu bekommen oder von Amts wegen unerwartete Schwierigkeiten auftreten (*„ein Flüchtling [...] arbeitet als Pflegehilfskraft, kann leider seit zwei Jahren die Ausbildung nicht anfangen da die Ausländerbehörde [...] stark ausgelastet ist und sehr lange Bearbeitungszeiten hat. Der betreffende MA musste zweimal eingestellt werden, da nicht rechtzeitig eine gültige Arbeitserlaubnis ausgestellt werden konnte. Dadurch kommt es zu Dienstplanengpässen. Da sollte die Bearbeitung unbürokratischer und auch durchaus freundlicher erbracht werden. Meine Mitarbeiter haben vor den Mitarbeitern der Behörde Angst!“*). Viele Einrichtungen stellen daher nur Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten bereit, wenn bestimmte Voraussetzungen bereits erfüllt seien, wie z. B. das Vorhandensein ausreichender Sprachkenntnisse und/oder einer Arbeitserlaubnis- und Aufenthaltsgenehmigung.

4.1.2.5 Einschätzung der Versorgungssituation

Die Antworten zur Einschätzung der Versorgungssituation für die Jahre 2020 und 2025 wurden für den Bereich der Dauerpflege, wie in Abschnitt 3.2.1.2 beschrieben, aggregiert ausgewertet, d. h. es flossen auch Einschätzungen anderer Akteure (Vertreterinnen bzw. Vertreter ambulanter und teilstationärer Pflege sowie der Beratungsstellen) ein.

Die Abbildung 33 zeigt jeweils eine grafische Darstellung der 96 Kreise Bayerns mit Einschätzung des Angebots in der vollstationären Dauerpflege auf Kreisebene für die Jahre 2020 und 2025 aus Sicht verschiedener Akteure. Die Ergebnisse wurden aggregiert und farblich unterschiedenen Kategorien zugeordnet. Das Spektrum der Einschätzungen zu der Aussage „Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.“ reicht von „trifft gar nicht zu“

(Farbe: dunkelrot) bis „trifft voll und ganz zu“ (Farbe: dunkelgrün). Abbildung 34 veranschaulicht dies gleichermaßen auf Ebene der Regierungsbezirke.

Im Jahr 2020 schätzten die befragten Akteure das Angebot in der vollstationären Dauerpflege in 16 Kreisen (16,7 %) als nicht ausreichend ein, darunter die kreisfreien Städte Amberg, Ansbach, Fürth und Kempten (Allgäu) sowie die Landkreise Erding, Freising, Fürstenfeldbruck, Garmisch-Partenkirchen, Weilheim-Schongau, Amberg-Sulzbach, Bamberg, Hof, Wunsiedel i. Fichtelgebirge, Kitzingen, Dillingen a. d. Donau und Oberallgäu. Für das Jahr 2025 betraf dies 25 Kreise, was mehr als einem Viertel aller Kreise entsprach. In keinem Kreis wurde das Angebot im Jahr 2020 als auch im Jahr 2025 als voraussichtlich ausreichend eingeschätzt (s. Tabelle 35).

Auf Ebene der Regierungsbezirke schnitten Oberfranken, Oberpfalz und Schwaben (jeweils hellrot) gegenüber den anderen vier Regierungsbezirken (jeweils orange) im Jahr 2020 schlechter ab. Bis zum Jahr 2025 wurde das Angebot für alle Regierungsbezirke als tendenziell eher nicht ausreichend – alle jeweils hellrot - eingeschätzt (s. Abbildung 34).

Tabelle 35: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der vollstationären Dauerpflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise

	2020				2025			
	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.				Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.			
	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt
dunkelrot (trifft gar nicht zu)	4	12	16	16,7 %	5	20	25	26,0 %
hellrot	9	23	32	33,3 %	11	27	38	39,6 %
orange	9	29	38	39,6 %	6	19	25	26,0 %
gelb	2	4	6	6,3 %	3	4	7	7,3 %
hellgrün	1	3	4	4,2 %	(-)	1	1	1,0 %
dunkelgrün (trifft voll und ganz zu)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
GESAMT	25	71	96	100 %	25	71	96	100 %

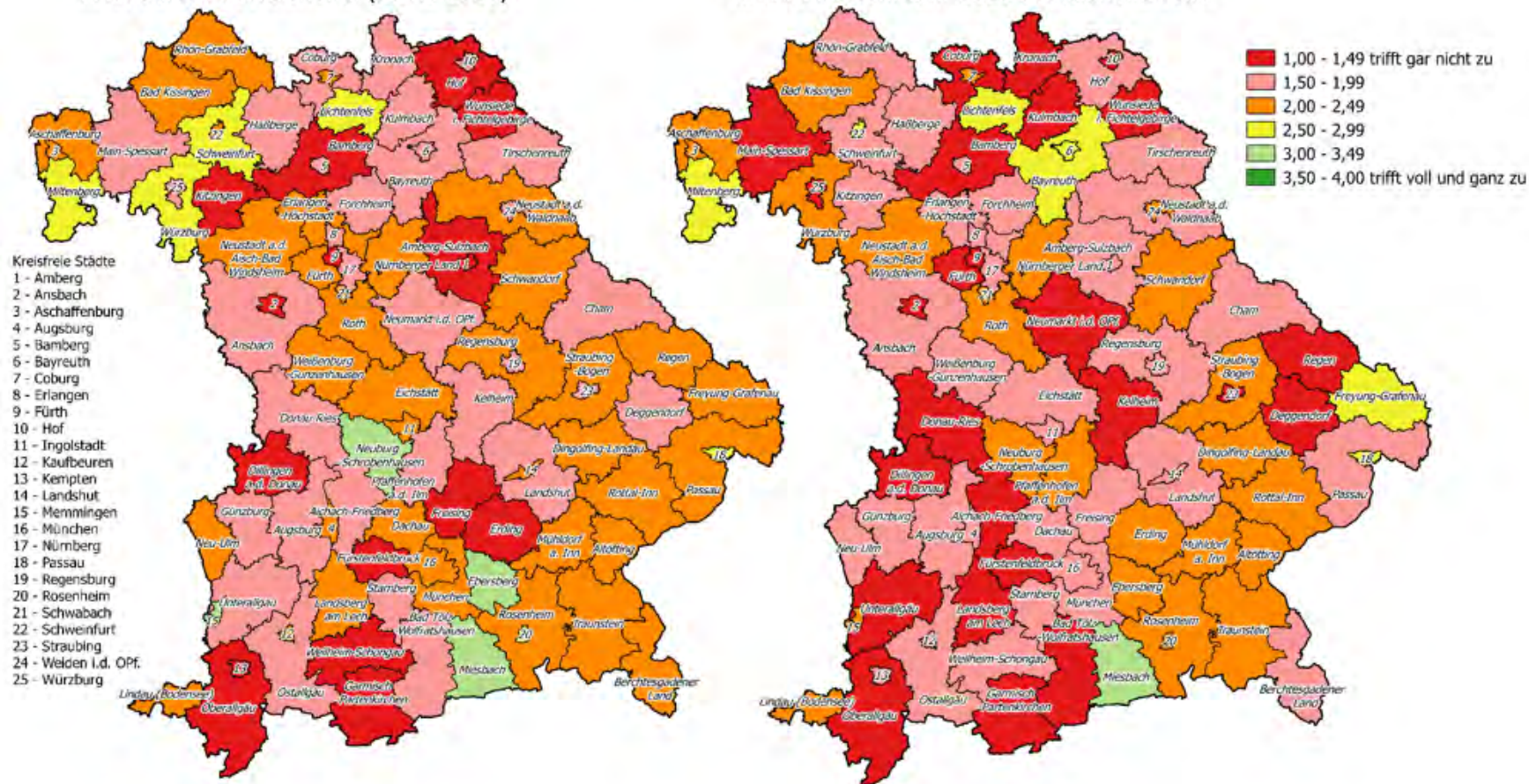
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Abbildung 33: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der vollstationären Dauerpflege 2020 und 2025 (Kreis)

Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



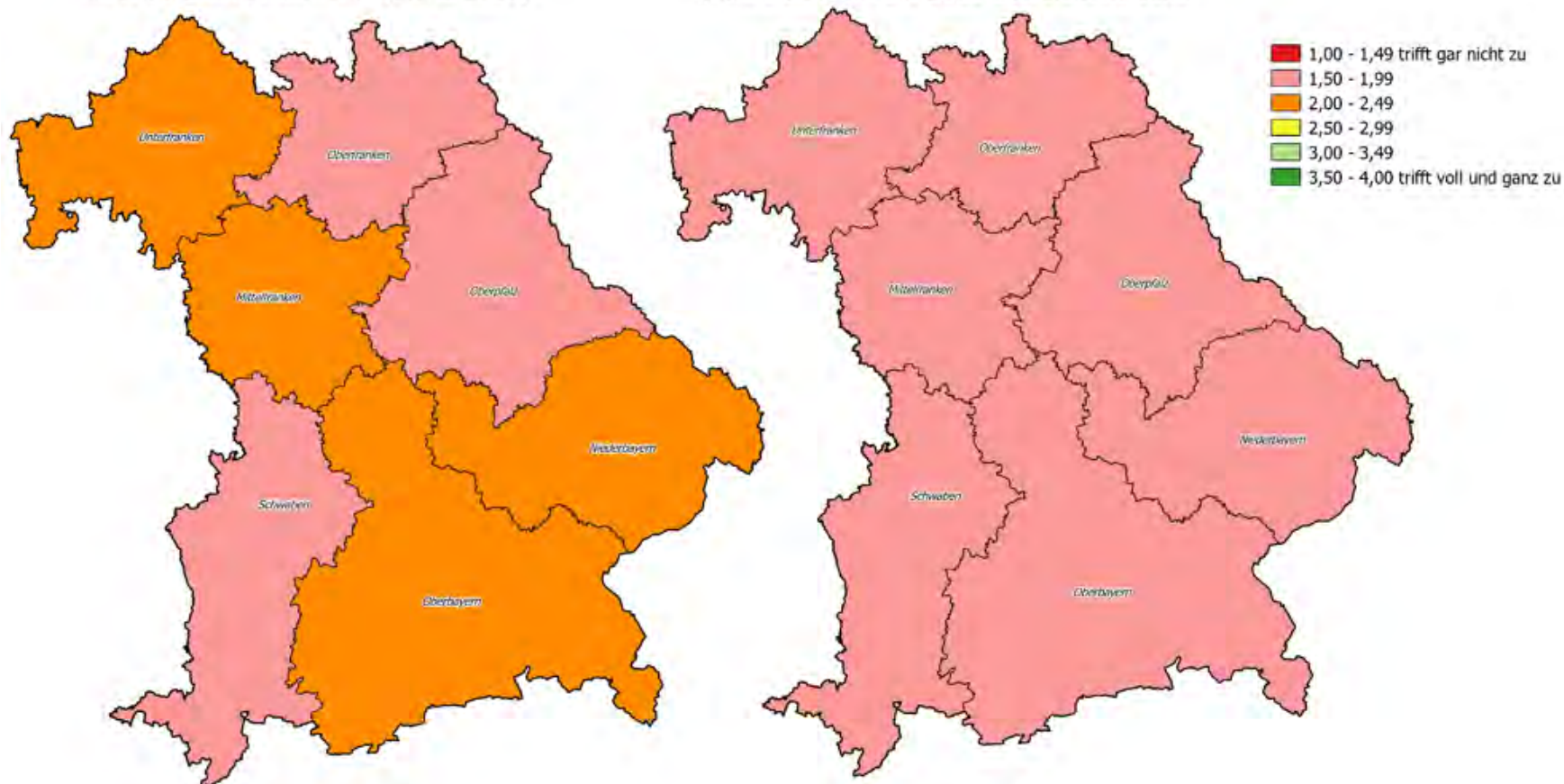
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 34: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der vollstationären Dauerpflege 2020 und 2025 (RBZ)

Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

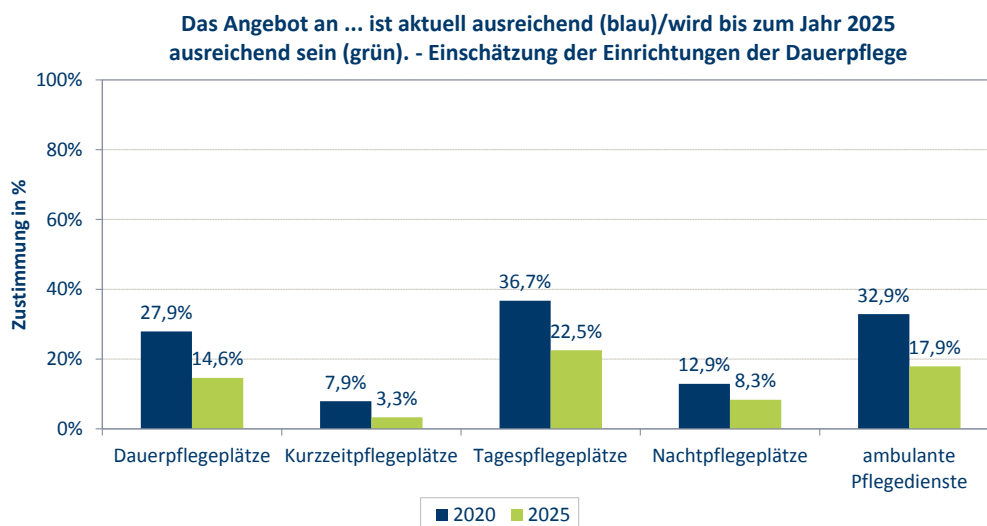
... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Die vollstationären Einrichtungen wurden gebeten, auch eine Einschätzung der Versorgungssituation in weiteren Pflegebereichen in ihrer Region vorzunehmen. Im stationären Bereich schätzten nur etwas mehr als ein Viertel der Einrichtungen das Angebot an Dauerpflegeplätzen als ausreichend ein, bei der Kurzzeitpflege waren dies lediglich 7,9 % (s. Abbildung 35). Im teilstationären Bereich wurde das Angebot der Tagespflege mit einer Zustimmung von 36,7 % über alle Kreise hinweg am häufigsten als aktuell ausreichend beschrieben, wohingegen Nachtpflegeangebote mit einer Zustimmung von 12,9 % deutlich schlechter abschnitten. Etwa ein Drittel der Einrichtungen schätzte das Angebot im ambulanten Bereich (ambulante Pflegedienste) aktuell als ausreichend ein. Die Zustimmungswerte im Jahr 2025 gegenüber dem Jahr 2020 fallen über alle Versorgungsbereiche hinweg, im Minimum um 4,6-Prozentpunkte (jeweils Kurzzeit- und Nachtpflege) bis maximal 15-Prozentpunkte (ambulante Pflegedienste).

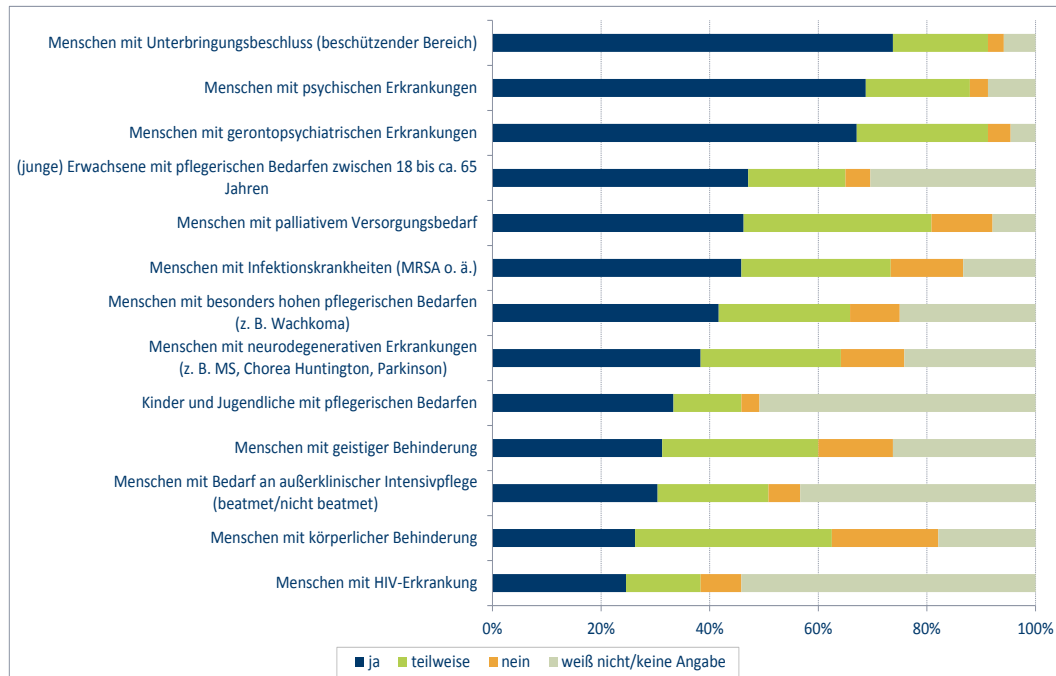
Abbildung 35: Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der Einrichtungen der Dauerpflege (n = 240)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Am häufigsten wurden aus Sicht der vollstationären Einrichtungen Versorgungsengpässe für Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich) (73,8 %) sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen (68,8 %) und Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (67,1 %) berichtet (s. Abbildung 36).

Abbildung 36: Einschätzung der Versorgungsengpässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der Einrichtungen der Dauerpflege (n = 240)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

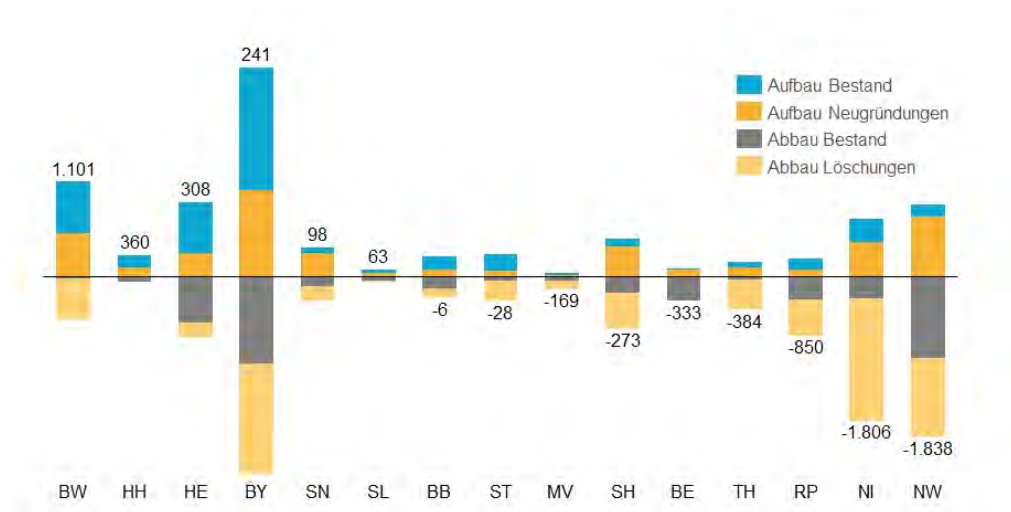
4.1.3 Zusammenfassung

Bei Betrachtung der Entwicklung des vollstationären Pflegesektors in Bayern in den Jahren 2007 bis 2017 entsteht der Eindruck, dass der Markt zu Beginn der betrachteten Periode eher von Überkapazitäten geprägt war. Diese wurden im Zeitverlauf tendenziell abgebaut bzw. die demografisch bedingt steigende Nachfrage führte in den letzten fünf Jahren zu einer steigenden Auslastung.

Regional betrachtet verlief die Entwicklung sehr unterschiedlich – von rückläufigen Kapazitäten über den gesamten Zeitraum in einem Viertel aller Kreise bis hin zu Steigerungen der Platzzahlen für die stationäre Dauerpflege um über 50 % (in den Landkreisen Coburg und Pfaffenhofen a. d. Ilm). Bayernweit entwickelten sich die Platzzahlen lediglich mit einer durchschnittlichen Zuwachsrate von 0,9 % pro Jahr. Seit 2015 scheinen die Kapazitäten insgesamt eher zu stagnieren.

Auch für das Jahr 2018 bestätigt sich das Bild von einer vergleichsweise hohen Dynamik bei Zu- und Abgängen von Plätzen bei einem relativ niedrigen positivem Saldo (s. Abbildung 37). Eine Ursache läge, nach Aussagen der Einrichtungen, in der Umsetzung der Einzelzimmerquote nach § 4 Abs. 3 Satz 1 AVPfleWoqG.

Abbildung 37: Auf- und Abbau von Pflegebetten Januar bis Dezember 2018



Quelle: pm pflegemarkt.com GmbH

Nach Einschätzung der Pflegeeinrichtungen (ambulant, teil- und vollstationär) sowie Beratungsstellen ist das Angebot an vollstationärer Dauerpflege in 86 Kreisen (fast 90 % aller Kreise) derzeit (eher) nicht ausreichend. Dennoch gaben die meisten Einrichtungen an, in nächster Zeit eher keine Ausweitung des Platzangebotes zu planen - primär aufgrund der unsicheren Personalsituation. Teilweise wurde aber auch auf die Errichtung „neuerer“ Wohnformen verwiesen.

Mehrheitlich berichteten in der Stichprobe vertretene Einrichtungen von offenen Stellen für Pflegefachkräfte, die häufig mehr als sechs Monate unbesetzt bleiben. Arbeitsangebote für Pflegehilfskräfte dagegen könnten innerhalb relativ kurzer Zeiträume wiederbesetzt werden.

Die Bereitschaft der Einrichtungen zur Sicherung der Fachkräftebasis auch Personal im Ausland zu rekrutieren, scheint hoch zu sein, allerdings werden vor allem der bürokratische Aufwand und nicht nachvollziehbar lange Wartezeiten bei den Visa bemängelt. In der Regel sind die Einrichtungen mit den ausländischen Mitarbeitenden zufrieden, wenn diese nach teilweise langen Vorbereitungszeiten (Sprachausbildung, Anerkennung der Abschlüsse, Anpassungslehrgänge etc.) als Fachkräfte eingesetzt werden können. Umso frustrierender ist es, diese danach teilweise in den besser bezahlten Akutbereich abwandern zu sehen.

4.2 Kurzzeitpflege

4.2.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Die Plätze in der Kurzzeitpflege in Bayern werden in drei Kategorien unterteilt:

- ♦ **solitäre Kurzzeitpflegeplätze** (Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten),

- ◆ **fixe Kurzzeitpflegeplätze** entsprechend dem Modell „fix plus x“ (Plätze in stationären Dauerpflegeeinrichtungen nur für Kurzzeitpflegeleistungen),
- ◆ **eingestreute Kurzzeitpflegeplätze** (Plätze in Einrichtungen der stationären Dauerpflege, die flexibel, im Rahmen freier Platzkapazitäten, auch für Kurzzeitpflege genutzt werden können) (Braeseke *et al.* 2019a: 18).

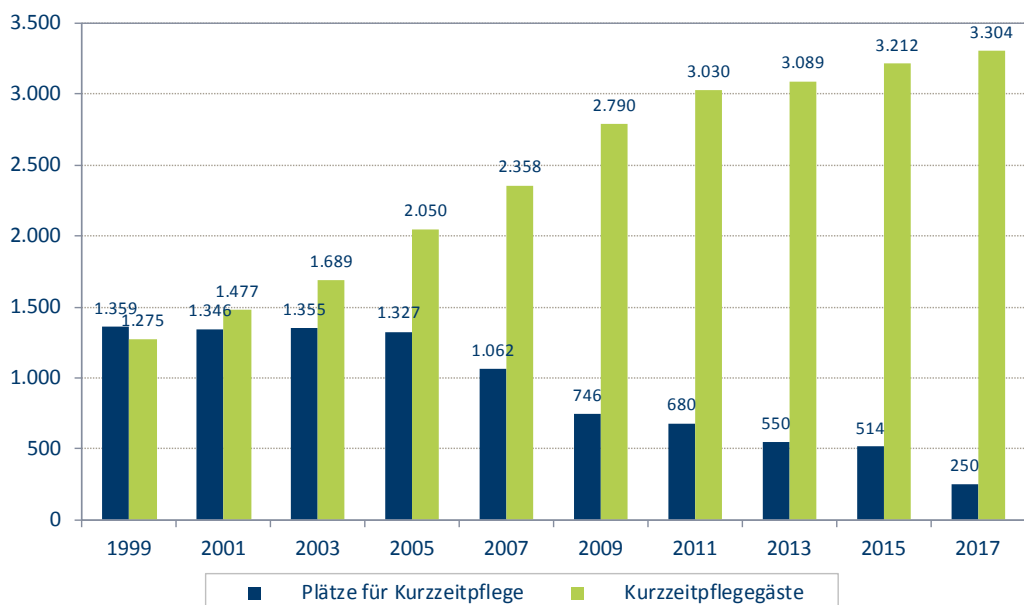
Kapazitäten

Die Ermittlung der Kapazitäten für Kurzzeitpflege erweist sich als schwierig, da sie teilweise von der Auslastung im Dauerpflegebereich abhängen.

In Bayern stieg die Zahl der Kurzzeitpflegegäste (stichtagsbezogen zum 15.12.) im Zeitraum 2007 bis 2017 um 40 % an (s. Abbildung 38). Die Anzahl der ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze hat sich im selben Zeitraum drastisch verringert – auf nur noch 250 Plätze im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018). Die Pflegestatistik 2015 wies für Bayern 5.750 flexibel für die Kurzzeitpflege nutzbare Plätze in Pflegeheimen aus. 2017 waren es nur noch 5.470 Plätze (LfStat 2017).

Nach Daten der AOK Bayern gab es im Juni 2018 bayernweit 181 solitäre Kurzzeitpflegeplätze in 12 Pflegeeinrichtungen. Die Anzahl hat sich zum Stand September 2019 nicht verändert. Angaben zu eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen können seitens der AOK nicht gemacht werden, da diese nach einem Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände Bayerns aufgrund geringer Aussagekraft nicht mehr erhoben werden (Braeseke *et al.* 2019a: 23).

Abbildung 38: Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste (stichtagsbezogen) und der zweckgebundenen KZP-Plätze 1999 - 2017 in Bayern



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

In einigen Regionen Bayerns gibt es Hinweise auf Engpässe bei Kurzzeitpflegeplätzen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken hat die Landespflegesatzkommission im Oktober 2017 verbesserte Rahmenbedingungen für das Angebot an eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen beschlossen: Träger, die sich bereiterklären, mindestens zwei Plätze zweckgebunden („fix“) für Kurzzeitpflege vorzuhalten, sollen ab 2018 „verbesserte wirtschaftliche Rahmenbedingungen bei der Preisbildung“ (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) 2017) erhalten. Bis zum 15. November 2018 haben 171 Pflegeheime (11 % der stationären Dauerpflegeeinrichtungen Bayerns) zusammen 454 Plätze als fixe Kurzzeitpflegeplätze gemeldet (Braeseke *et al.* 2019a: 24). Etwas weniger als ein Jahr später waren es bereits 633 fixe Kurzzeitpflegeplätze in 243 Pflegeheimen (AOK Bayern 2019).

Die zweckgebunden zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze verteilten sich entsprechend den Angaben in Tabelle 36 auf die einzelnen Regierungsbezirke (Stand September 2019). Es zeigt sich, dass es in drei Regierungsbezirken (Niederbayern, Oberfranken und Oberpfalz) gar keine solitären Kurzzeitplätze gibt und dies auch nicht durch mehr fixe Plätze ausgeglichen wird. Daher ist die Zahl der pro 1.000 ambulant versorgte pflegebedürftige Personen zweckgebunden verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze in diesen Regionen ebenfalls am niedrigsten. Die vergleichsweise beste Ausstattung mit 4,6 Plätzen pro 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige liegt im Regierungsbezirk Schwaben vor – im Schnitt für ganz Bayern sind es 2,8 Plätze.

Tabelle 36: Anzahl zweckgebundener Kurzzeitpflegeplätze nach Regierungsbezirken (2019)

Regierungsbezirk	Anzahl gemeldeter fixer KZP-Plätze (Stand 23.09.19)	Anzahl solitäre KZP-Plätze (Stand: 23.09.19)	KZP-Plätze pro 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige*
Mittelfranken	53	24	2,2
Niederbayern	48	0	1,3
Oberbayern	256	55	3,8
Oberfranken	49	0	1,7
Oberpfalz	41	0	1,5
Schwaben	110	69	4,6
Unterfranken	76	33	3,0
Bayern gesamt	633	181	2,8

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2019

Anmerkung: *Die Zahl der ambulant bzw. zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen wurde durch Abzug der in stationärer Dauerpflege versorgten Personen von allen Pflegebedürftigen ermittelt (Daten: LfStat 2019a).

Inanspruchnahme

Nach Angaben der Pflegestatistik 2017 gab es in Bayern am 15.12.2017 in den vollstationären Einrichtungen 3.304 Personen in Kurzzeitpflege – drei Prozent mehr als am Jahresende 2015. Darunter waren zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer.

Die Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste zum Jahresende zeigt über die letzten zehn Jahre einen steigenden Trend, aber mit abnehmenden Zuwachsraten (s. Tabelle 37). Dies könnte ein Hinweis auf Kapazitätsengpässe sein, denn gerade im Zeitraum 2013 bis 2017 stieg die Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen in Bayern um knapp 27-Prozentpunkte.

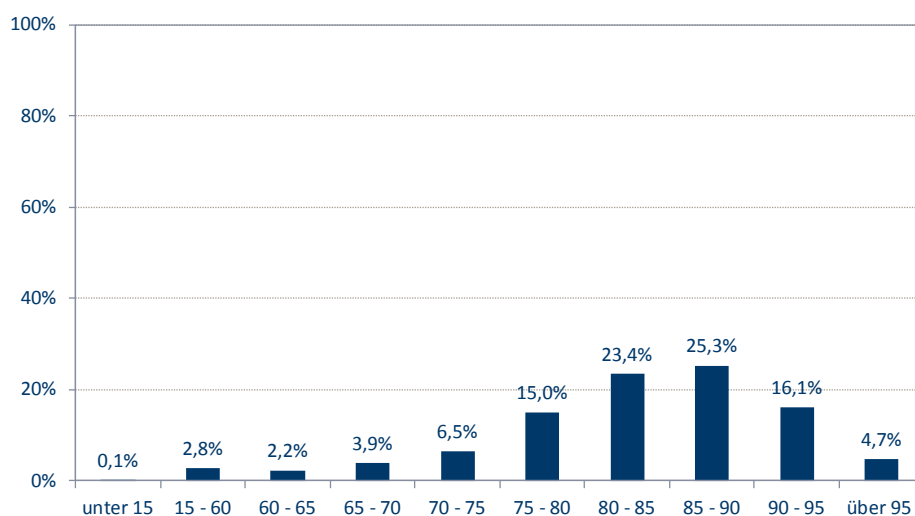
Tabelle 37: Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste in Bayern 2007 bis 2017

Jahr	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Kurzzeitpflegegäste zum Jahresende (Anzahl)	2.358	2.790	3.030	3.089	3.212	3.304
Veränderung. gegenüber vorherigem Zeitraum (%)	115	118	109	102	104	103

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Nur 5 % der Kurzzeitpflegegäste in Bayern Ende 2017 war jünger als 65 Jahre, wie die folgende Abbildung 39 zur Alterszusammensetzung der Kurzzeitpflegegäste zeigt. Weiterhin wird deutlich, dass auch in Bayern die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in höherem Maße erst in der Altersgruppe ab 75 Jahren zu verzeichnen ist.

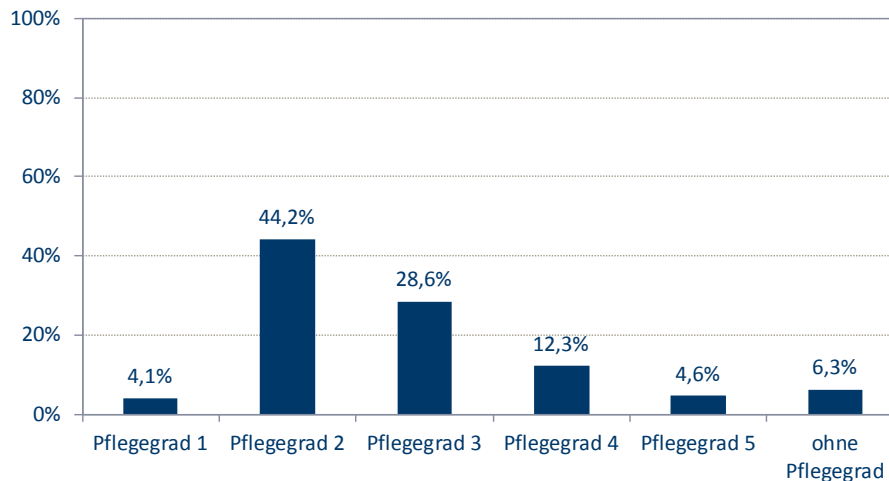
Abbildung 39: Kurzzeitpflegegäste in Bayern 2017, Anteil nach Altersgruppen (n = 3.304)



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2019a

Über 70 % der Kurzzeitpflegegäste haben Pflegegrad 2 oder 3. Nur ca. sechs Prozent haben (noch) keinen Pflegegrad (s. Abbildung 40).

Abbildung 40: Kurzzeitpflegegäste in Bayern 2017, Anteil nach Pflegegrad (n = 3.304)



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2019a

Personalsituation in der Kurzzeitpflege

Aus den Daten der Pflegestatistik lassen sich keine gesonderten Angaben zur Personalausstattung in der Kurzzeitpflege entnehmen.

In Anerkennung der besonderen Situation in der Kurzzeitpflege, die durch einen höheren pflegerischen Aufwand im Vergleich zur vollstationären Dauerpflege gekennzeichnet ist, hat die Landespflegesatzkommission in Bayern am 24. Januar 2017 einen Beschluss zur Verbesserung der Personalsituation in der Kurzzeitpflege gefasst (Braeseke *et al.* 2019a: 37).

Bei **eingestreuter** Kurzzeitpflege gilt für Vergütungsvereinbarungen ab 1. Februar 2017 für die Pflegegrade 2 bis 5 ein Einheits-Pflegepersonalschlüssel von 1:2,40 und damit ein „pflegegradunabhängiger Pflegesatz.“ Der einheitliche Personalschlüssel von 1:2,40 entspricht in etwa dem stationären Schlüssel zwischen Pflegegrad 3 und dem Pflegegrad 4 in Bayern. Für **solitäre** Kurzzeitpflegeeinrichtungen gilt ein Personalschlüssel von 1:2,1, sie können in Einzelverhandlungen auch noch einen besseren Pflegepersonalschlüssel vereinbaren. Der Beschluss beinhaltet auch eine Übertragung der Regelung auf die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (Landespflegesatzkommission (LSPK) 2017) (ebd.).

4.2.2 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

Die empirische Datenerhebung im Rahmen dieses Gutachtens fokussierte auf die Darstellung der Entwicklung des Modells „fix plus x“ in den vollstationären Einrichtungen, welches auf Basis der neuen Regelung für die Kurzzeitpflege im Oktober

2017 durch die LSPK beschlossen wurde. Die Beschreibung der Stichprobe sowie der Rücklauf entsprechen der Befragung der vollstationären Einrichtungen (n = 240), s. auch Abschnitt 4.1.2.1.

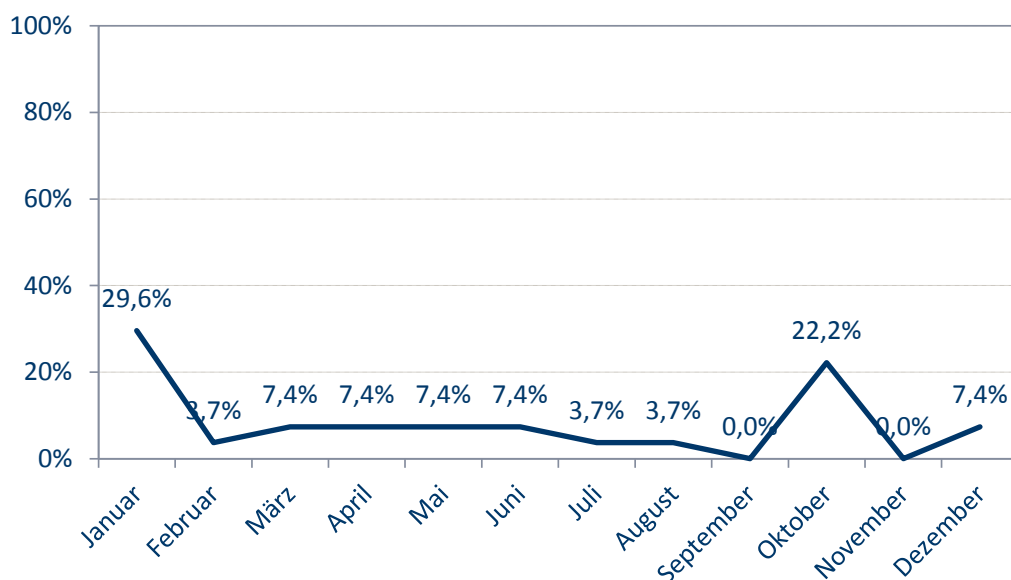
Ergebnisse zur Einschätzung der Versorgungssituation (Abschnitt 4.2.2.3) werden teilweise aggregiert aus den Ergebnissen weiterer Online-Befragungen (ambulant, teilstationär, Beratungsstellen) berichtet.

Darüber hinausgehende Untersuchungen und Ergebnisse zur Situation der Kurzzeitpflege in Bayern wurden ausführlich in der Studie von Braeseke *et al.* 2019a dargestellt.

4.2.2.1 Kapazitäten, Angebot und Nachfrage

18,8 % der Pflegeeinrichtungen berichteten neben der Dauerpflege auch Kurzzeitpflegeplätze nach dem Modell „fix plus x“ vorzuhalten (Stand 2020). Im Zuge der Abfrage zur Anzahl der vorgehaltenen Plätze im Jahr 2018 zeigte sich jedoch, dass 12 Einrichtungen zu diesem Zeitpunkt noch keine Plätze anboten. Die anderen Einrichtungen hielten im Durchschnitt drei Kurzzeitpflegeplätze (n = 32; Min: 1; Max: 16; Median: 2) vor. Ein Großteil der Einrichtungen führte erstmalig dieses Angebot im Januar 2018 ein (29,6 %), während eine zweite Welle erst im Oktober 2018 folgte (22,2 %) (s. Abbildung 41).

Abbildung 41: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit erstmaligem Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen gem. dem Modell „fix plus x“ nach Monat im Jahr 2018 (n = 27)

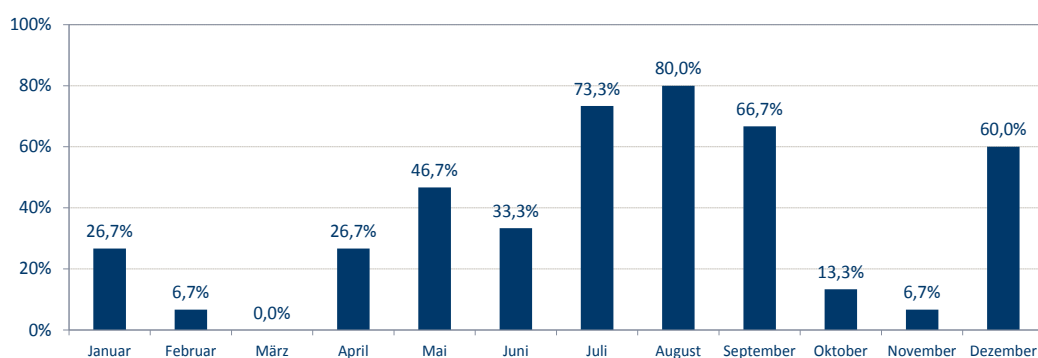


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: n = 11 ohne Angabe, n = 6 weiß nicht – in Abbildung nicht berichtet

Die durchschnittliche Auslastung der fixen Kurzzeitpflegeplätze betrug am Stichtag 31.12.2018 rund 89 % (n = 15; n = 29 fehlend; Min: 50; Max: 100; Median: 98). Über die Hälfte der Einrichtungen berichtete keine (größeren) Schwankungen der Auslastung der fixen Kurzzeitpflegeplätze gemäß dem Modell „fix plus x“ im Jahresverlauf zu verzeichnen (54,5 %; n = 44), wohingegen knapp über ein Drittel dies bejahte (34,1 %). In den Monaten Juli (73,3 %) und August (80,0 %) sowie im Dezember (60 %) sei die Nachfrage besonders hoch (s. Abbildung 42).

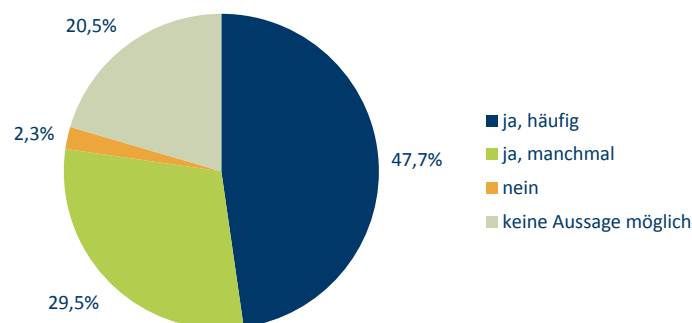
Abbildung 42: Monate mit besonders hoher Nachfrage nach fixen Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“ (n = 15; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Mehr als drei Viertel der Einrichtungen bestätigte, „häufig“ bzw. „manchmal“ Anfragen nach Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“ ablehnen zu müssen, lediglich 2,3 % verneinten dies (s. Abbildung 43).

Abbildung 43: Häufigkeit der Ablehnung von Anfragen für Kurzzeitpflegeplätze gemäß dem Modell „fix plus x“ im Jahr 2018 (n = 44)

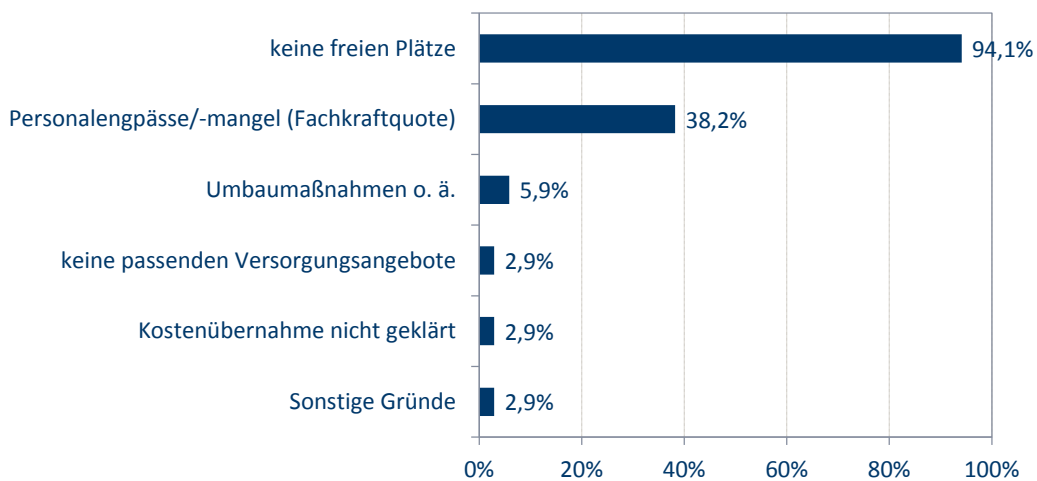


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Keine freien Plätze (94,1 %) sowie personelle Engpässe (38,2 %) wurden als häufigste Gründe für Ablehnungen angeführt, unter „sonstige Gründe“ (2,9 %) wurde angegeben, dass der Zeitraum für die Anfrage nicht passte (s. Abbildung 44).

Eine Einrichtung musste Anfragen ablehnen, weil sie keine passenden Versorgungsangebote bereitstellen konnte. In diesen Fällen handelte es sich bspw. um Menschen mit speziellen Erkrankungen, wie z. B. MS, amyotrophe Lateralsklerose (ALS) oder Tuberkulose (TBC), für die eine entsprechende Versorgung nicht möglich war oder auch Fälle, bei denen die Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung vorlag.

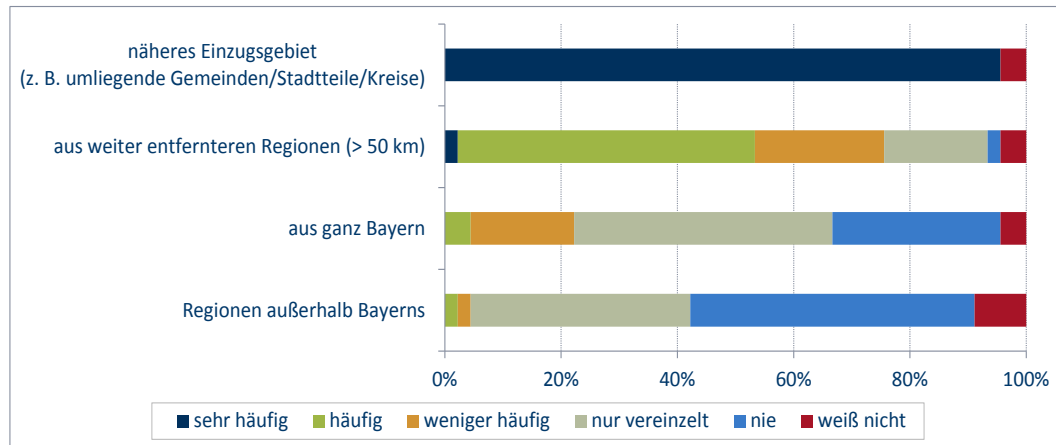
Abbildung 44: Gründe für Ablehnungen von Anfragen für Kurzzeitpflegeplätze gemäß dem Modell „fix plus x“ (n = 34; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Rd. 96 % der Einrichtungen berichteten, dass die Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“ „häufig“ bis „sehr häufig“ aus dem näheren Einzugsgebiet stammen. Rd. 53 % bestätigten auch Anfragen „häufig“ bis „sehr häufig“ aus weiter entfernten Regionen (> 50 km) zu erhalten. Aus ganz Bayern kämen „nur vereinzelt“ Anfragen (rd. 44 %), ähnlich auch aus Regionen außerhalb Bayerns (rd. 38 %) (s. Abbildung 45).

Abbildung 45: Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“ nach Region (n = 45)

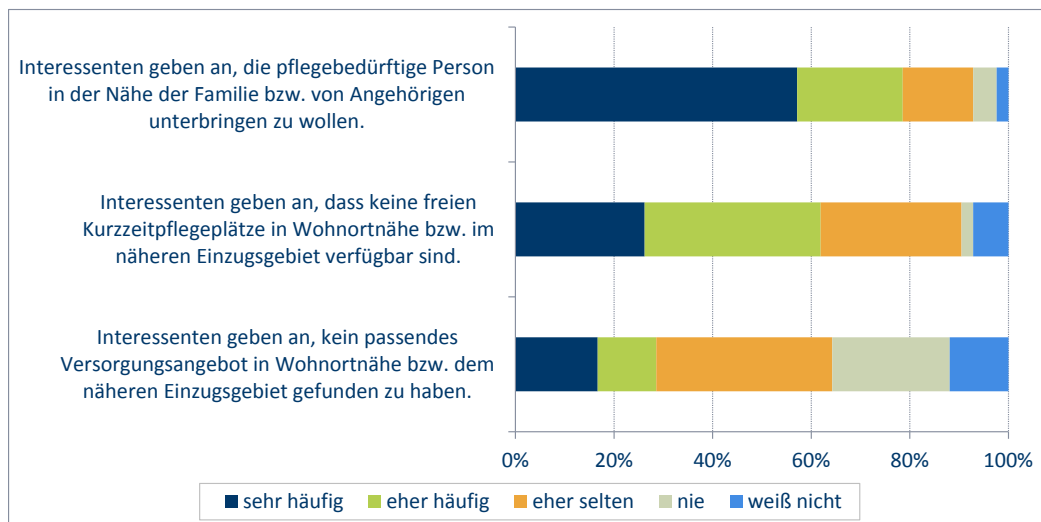


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

„Häufig“ bis „sehr häufig“ liegen die Gründe der interessierten Personen für Anfragen nach Kurzzeitpflegeplätzen aus weiter entfernten Regionen darin, dass eine Unterbringung der pflegebedürftigen Person in der Nähe der Familie bzw. von Angehörigen angestrebt wird. Dies berichteten rd. 79 % der Einrichtungen. Über die Hälfte der Einrichtungen bestätigte zudem, dass „sehr häufig“ bis „häufig“ begrenzte Kapazitäten in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet der interessierten Personen Anlass geben, auf weiter entfernte Einrichtungen auszuweichen. Es ist zudem anzunehmen, dass sich auch die Suche nach passenden Versorgungsangeboten in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet der Interessentinnen und Interessenten schwierig gestaltet, da über ein Viertel der Einrichtungen bestätigte, dass dies „sehr häufig“ bis „häufig“ ein Grund für Anfragen aus weiter entfernten Gebieten Bayerns sei (s. Abbildung 46).

Als weiterer Grund für Anfragen aus weiter entfernten Regionen wurde in der Kategorie „Sonstiges“ als „sehr häufig“ bspw. angegeben, dass ein Urlaub mit der Familie in der Region geplant sei.

Abbildung 46: Gründe für Anfragen nach Kurzzeitpflegeplätzen gemäß dem Modell „fix plus x“, die nicht aus dem näheren Einzugsgebiet kommen (n = 42)

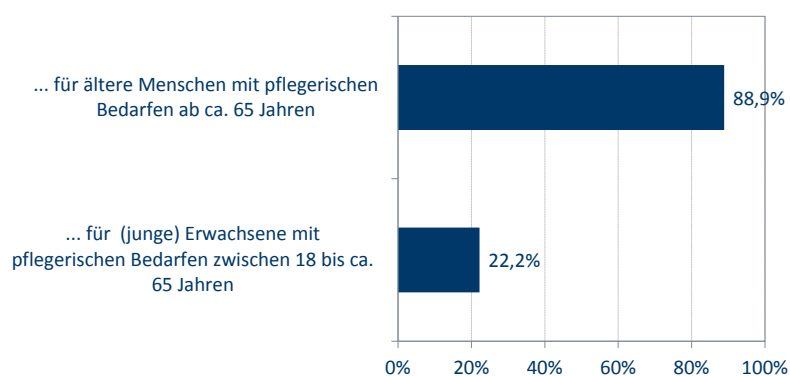


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

4.2.2.2 Zielgruppenspezifische Angebote

Das Angebot im Bereich Kurzzeitpflege gemäß dem Modell „fix plus x“ richtete sich, wie auch in der Dauerpflege, primär an ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren (88,9 %). Allerdings versorgen auch rd. 22 % der Einrichtungen (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren (s. Abbildung 47).

Abbildung 47: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit Angebot Kurzzeitpflege gemäß dem Modell „fix plus x“ nach Altersgruppen (n = 45; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Diejenigen Einrichtungen, die sowohl Angebote für ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren als auch für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren vorhielten (n = 10), wurden gefragt, ob es Unterschiede bei den Wartezeiten auf einen freien Kurzzeitpflegeplatz zwischen den beiden genannten Altersgruppen gäbe – dies wurde von allen verneint.

Zur Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten für Kurzzeitpflegeplätze gemäß dem Modell „fix plus x“ für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und ca. 65 Jahre nach Region (z. B. näheres Einzugsgebiet oder ganz Bayern) machten die Einrichtungen keine Angaben.

4.2.2.3 Einschätzung der Versorgungssituation

Die Antworten zur Einschätzung der Versorgungssituation für die Jahre 2020 und 2025 wurden u. a. für den Bereich der Kurzzeitpflege, wie in Abschnitt 3.2.1.2 beschrieben, aggregiert ausgewertet, d. h. es flossen auch Einschätzungen anderer Akteure (Vertreterinnen bzw. Vertreter ambulanter und teilstationärer Pflege sowie der Beratungsstellen) ein.

Die Abbildung 48 zeigt jeweils eine grafische Darstellung der 96 Kreise Bayerns mit Einschätzung des Angebots in der Kurzzeitpflege auf Kreisebene für die Jahre 2020 und 2025 aus Sicht verschiedener Akteure. Die Ergebnisse wurden aggregiert und farblich unterschiedenen Kategorien zugeordnet. Das Spektrum der Einschätzungen zu der Aussage „Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.“ reicht von „trifft gar nicht zu“ (Farbe: dunkelrot) bis „trifft voll und ganz zu“ (Farbe: dunkelgrün). Abbildung 49 veranschaulicht dies gleichermaßen auf Ebene der Regierungsbezirke.

Im Jahr 2020 schätzten die befragten Akteure das Angebot in der Kurzzeitpflege in 68 Kreisen (70,8 %) als nicht ausreichend ein, für das Jahr 2025 gestaltete sich dies etwas besser (60 Kreise [62,5 %]) (s. Tabelle 38). Insgesamt lässt die positivere Einschätzung für das Jahr 2025 vermuten, dass in Folge der Neuregelungen und Förderungen in der Kurzzeitpflege zukünftig mehr Plätze in den Kreisen zur Verfügung stehen werden. Nichtsdestotrotz wurde das Angebot in keinem der 96 Kreise als ausreichend bewertet, weder im Jahr 2020 noch im Jahr 2025.

Auf Ebene der Regierungsbezirke wurde das Angebot sowohl im Jahr 2020 als auch für das Jahr 2025 über alle Regierungsbezirke hinweg als nicht ausreichend – alle jeweils dunkelrot – eingeschätzt (s. Abbildung 49).

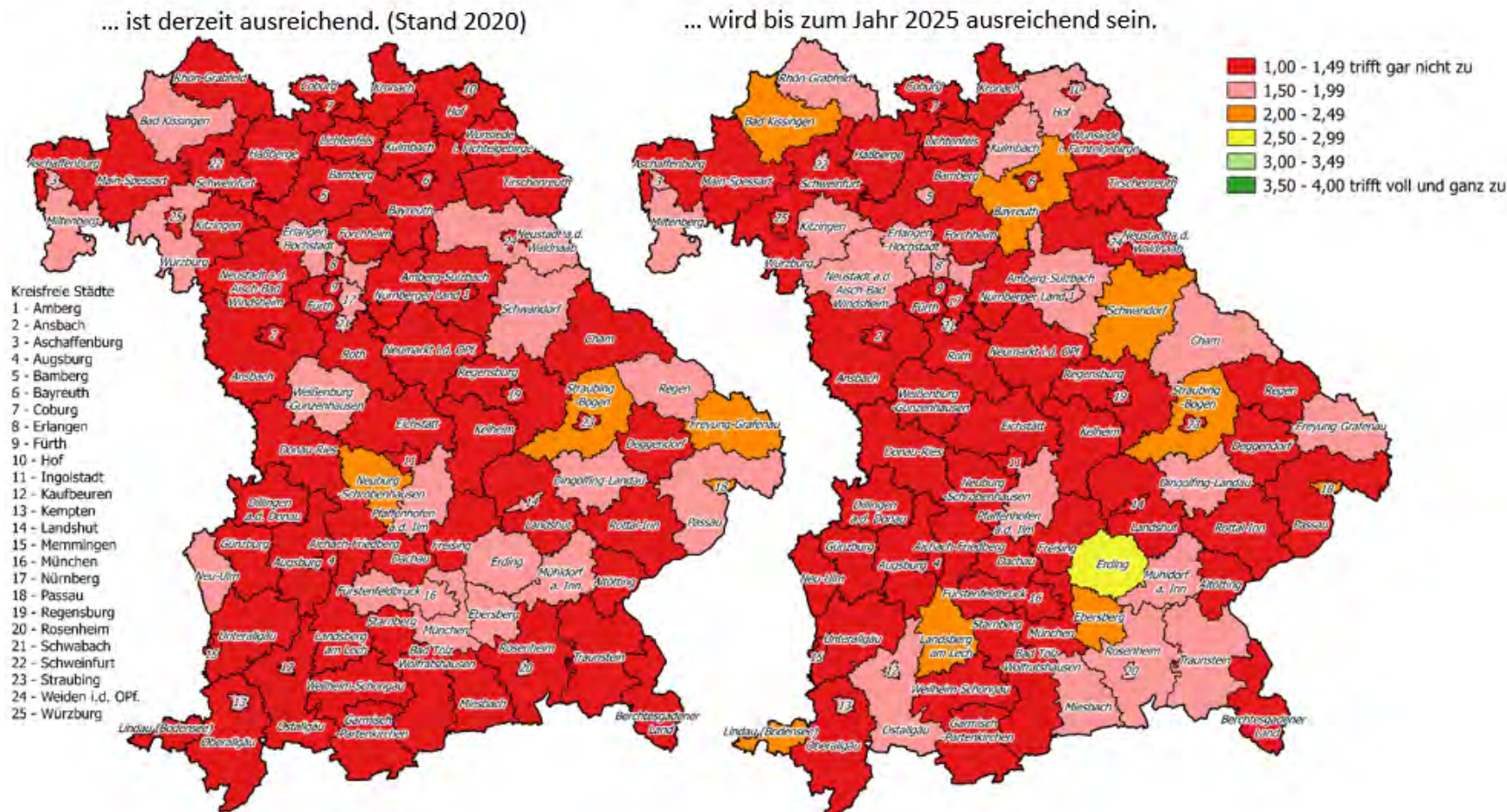
Tabelle 38: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Kurzzeitpflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise

	2020 Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.				2025 Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.			
	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt
dunkelrot (trifft gar nicht zu)	17	51	68	70,8 %	14	46	60	62,5 %
hellrot	7	17	24	25,0 %	10	17	27	28,1 %
orange	1	3	4	4,2 %	1	7	8	8,3 %
gelb	(-)	(-)	(-)	(-)	0	1	1	1,0 %
hellgrün	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
dunkelgrün (trifft voll und ganz zu)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
GESAMT	25	71	96	100 %	25	71	96	100 %

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Abbildung 48: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Kurzzeitpflege 2020 und 2025 (Kreis)

Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ...



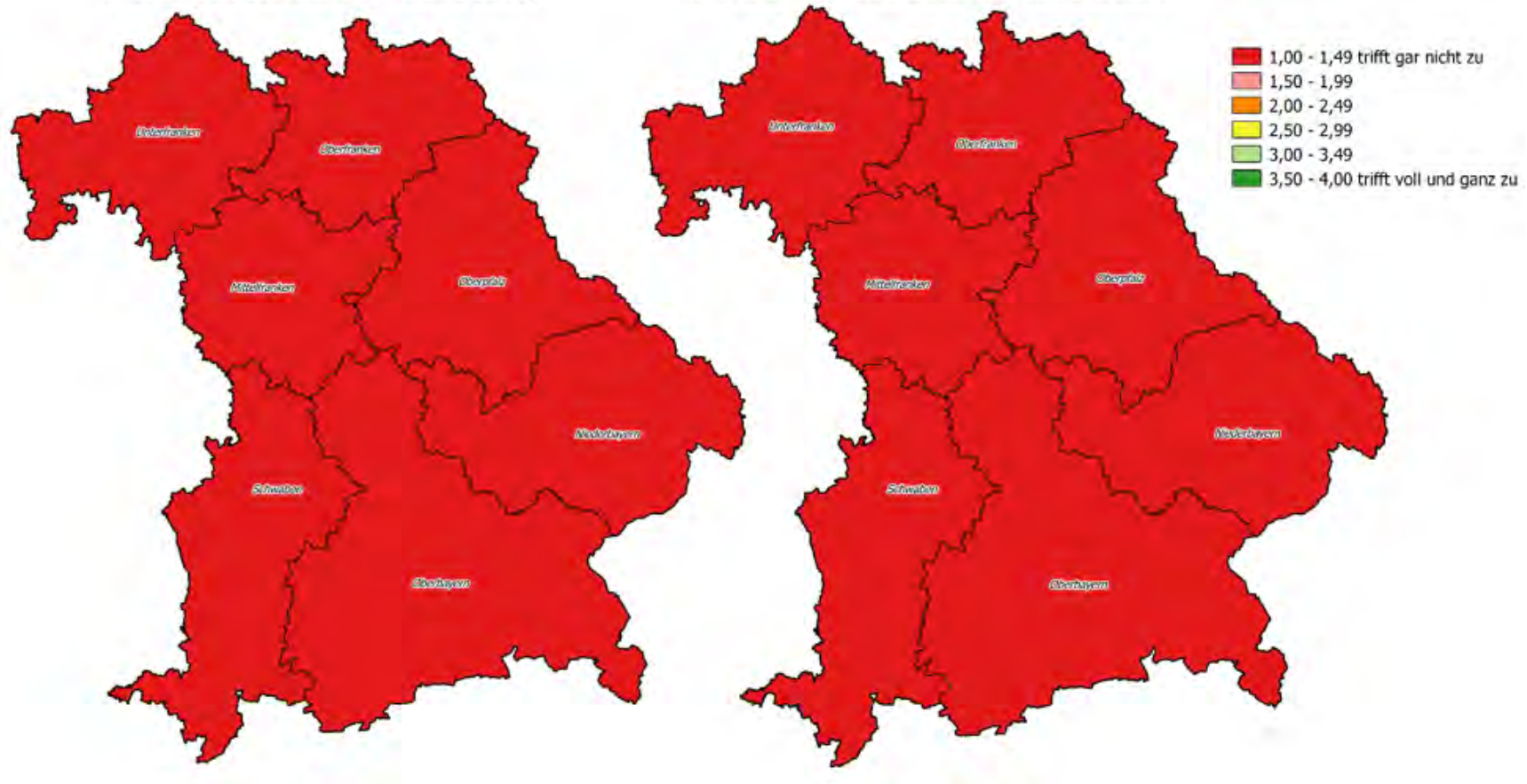
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 49: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Kurzzeitpflege 2020 und 2025 (RBZ)

Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.2.3 Zusammenfassung

Die Situation der Kurzzeitpflege in Bayern wurde erst 2018/19 ausführlich durch IGES im Auftrag des StMGP untersucht. Im Ergebnis der Untersuchung zeigte sich, dass die Kapazitäten für Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen in Bayern insgesamt nicht ausreichten, um den Bedarf decken zu können. Das galt auch für die große Mehrheit der Landkreise und kreisfreien Städte – nur wenige Regionen hatten keinen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen.

Obwohl zwischenzeitlich sowohl auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger als auch durch die Landesregierung Maßnahmen zur Stärkung der Kurzzeitpflege ergriffen wurden, hat sich die Einschätzung zur Kurzzeitpflege in den Regionen bisher nicht verbessern können, wie die Abbildung 48 eindrücklich zeigt. Auch müssen die Pflegeeinrichtungen weiterhin häufig Anfragen nach Kurzzeitpflege ablehnen.

Positiv zu bewerten ist der Zuwachs an zweckgebunden vorgehaltenen Plätzen für Kurzzeitpflege nach dem Modell „fix plus x“ – innerhalb eines Jahres stieg deren Zahl bayernweit von 454 Plätzen auf 633 Plätze (+ 39 %, s. Tabelle 39). Ein besonders hoher Zuwachs war in der Oberpfalz zu verzeichnen, so dass nun Niederbayern die niedrigste Versorgungsquote aufweist.

Tabelle 39: Anzahl zweckgebundener Kurzzeitpflegeplätze nach Regierungsbezirken (2019)

Regierungsbezirk	Anzahl gemeldeter fixer KZP-Plätze (Stand 23.09.19)	Zuwachs gegenüber Stand: 18.11.18	KZP-Plätze pro 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige*
Mittelfranken	53	+ 83 %	2,2 (1,5)
Niederbayern	48	+ 26 %	1,3 (1,0)
Oberbayern	256	+ 22 %	3,8 (3,2)
Oberfranken	49	+ 69 %	1,7 (1,0)
Oberpfalz	41	+ 156 %	1,5 (0,6)
Schwaben	110	+ 41 %	4,6 (3,8)
Unterfranken	76	+ 41 %	3,0 (2,4)
Bayern gesamt	633	+ 39 %	2,8 (2,2)

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2019

Anmerkung: *Werte in Klammern Stand 11/2018

Inwieweit sich diese Entwicklung fortsetzen lässt und welche weiteren Maßnahmen auch auf Bundesebene zur Stärkung der Kurzzeitpflege getroffen werden, ist derzeit noch nicht absehbar. Aber der bundesweite Mangel an Kurzzeitpflege und die zwischenzeitlich vorgelegten Studienergebnisse (s. u. a. Deckenbach & Pflug 2019) haben das Problembewusstsein auch im BMG geschärft.

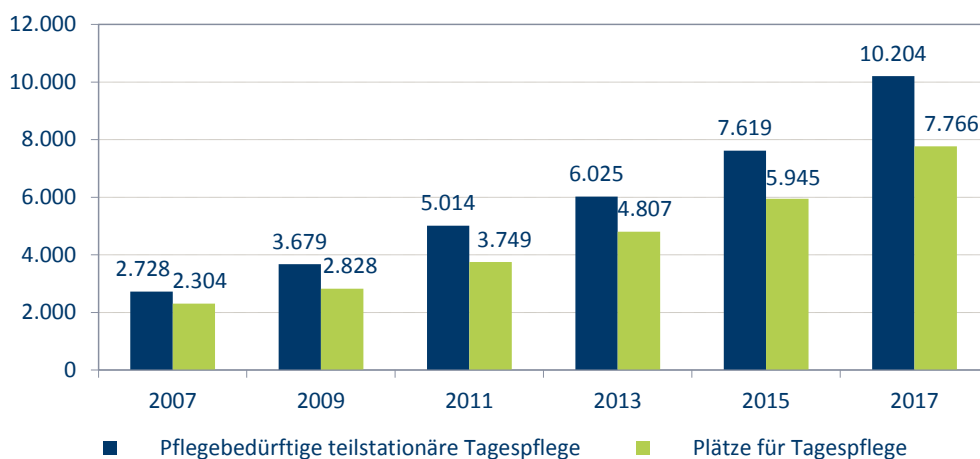
4.3 Teilstationäre Pflege

4.3.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Als teilstationär werden Angebote der Tages- und Nachtpflege bezeichnet, wobei es in Bayern Ende 2017 kein einziges Angebot für teilstationäre Nachtpflege gab. Die Tagespflege wird in Bayern sowohl in Form eingestreuter Plätze in vollstationären Einrichtungen als auch in Form solitärer Tagespflegeeinrichtungen, die ausschließlich Tagespflege anbieten, vorgehalten.

Das Angebot an Tagespflegeplätzen hat sich seit 2007 sehr dynamisch entwickelt, u. a. weil sich in diesem Zeitraum auch die Leistungen der Pflegeversicherung für teilstationäre Pflege deutlich erhöht haben. In Bayern hat sich die Platzzahl (eingestreut und solitär) mehr als verdreifacht, die Zahl der Tagespflegegäste (jeweils zum Stichtag 15.12.) fast vervierfacht (s. Abbildung 50). Hinzu kamen 2017 weitere 222 Personen mit Pflegegrad 1 und tagespflegerischer Versorgung. Da die Tagespflege von vielen Versicherten nur an einzelnen Wochentagen besucht wird, liegt die Zahl der Tagesgäste mit Vertrag am Stichtag i. d. R. über der insgesamt verfügbaren Platzzahl. Die Ermittlung einer Auslastung der Kapazitäten ist daher nicht möglich.

Abbildung 50: Entwicklung der Kapazitäten und Inanspruchnahme teilstationärer Pflege in Bayern 2007 - 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Seit 2017 hat sich das Angebot an Tagespflege um weitere 4.459 Plätze erhöht (Stand September 2019, Daten AOK Bayern). Allein im Zeitraum 2018 bis September 2019 weisen die AOK-Daten neue Verträge für solitäre Tagespflege im Umfang von 4.227 Plätzen aus. Die regionale Verteilung nach Regierungsbezirken ist der folgenden Tabelle 40 zu entnehmen. Dort ist auch ersichtlich, dass die Versorgungsquote bei der Tagespflege, ermittelt aus der Platzzahl pro 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige, deutlich variiert – in Oberfranken stehen fast doppelt so viele Tagespflegeplätze zu Verfügung als in Niederbayern.

Tabelle 40: Tagespflegekapazitäten in den Regierungsbezirken Bayerns (2019)

Regierungs- bezirk	solitäre Tagespflege		eingestreute Tagespflege		Plätze Tagespflege	Plätze Tagespflege
	Einrich- tungen (Anzahl)	Plätze (An- zahl)	Einrich- tungen (Anzahl)	Plätze (Anzahl)	Gesamt	pro 1.000 Pflegebedürf- tige*
Oberbayern	112	2.075	178	931	3.006	36,7
Nieder- bayern	53	935	75	376	1.311	35,7
Oberpfalz	40	728	65	305	1.033	38,1
Ober- franken	68	1.560	63	286	1.846	62,3
Mittel- franken	75	1.341	62	281	1.622	45,3
Unter- franken	83	1.674	62	332	2.006	54,3
Schwaben	66	1.036	63	365	1.401	36,3
GESAMT	497	9.349	568	2.876	12.225	42,6

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2019

Anmerkung: *Die Zahl der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen wurde durch Abzug der in stationärer Dauerpflege versorgten Personen von allen Pflegebedürftigen ermittelt (Daten: LfStat 2019a).

Auch der Zuwachs der Anzahl der Tagespflegegäste fiel im Vergleich der Regierungsbezirke im Zeitraum 2007 bis 2017 sehr unterschiedlich aus – mit einer Verzehnfachung der Nachfrage in Niederbayern und der Oberpfalz am oberen Ende bis zu einer „nur“ um 157 % gestiegenen Nachfrage in Schwaben (s. Tabelle 41).

Tabelle 41: Veränderung der Pflegebedürftigen in der teilstationären Pflege im Zeitraum 2007 – 2017 nach Regierungsbezirken

Regierungsbezirk	Personen mit TP 2007	Personen mit TP 2017	Pflegebedürftige teilsta- tionär, Zuwachs in %
Oberbayern	850	2.523	+ 190 %
Niederbayern	86	1.150	+ 1.237 %
Oberpfalz	62	765	+ 1.134 %
Oberfranken	153	1.315	+ 760 %
Mittelfranken	421	1.379	+ 228 %
Unterfranken	530	1.826	+ 244 %
Schwaben	606	1.556	+ 157 %

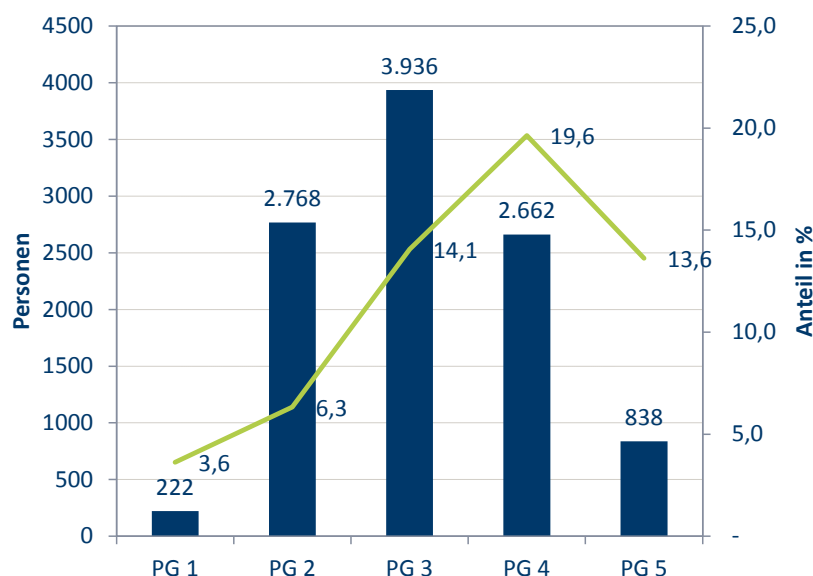
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Die Zusammensetzung der Tagespflegegäste nach Pflegegrad (2017) ist der folgenden Abbildung 51 zu entnehmen. Der niedrige Anteil mit PG 1 dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass diesen Personen aus der Pflegeversicherung lediglich 125 Euro (Entlastungsbetrag) zur Verfügung stehen und daher die Tagespflege aus privaten Mitteln bestritten werden muss. Den Personen mit Pflegegraden 2 bis 5 stehen dafür deutlich mehr Mittel aus der Pflegeversicherung zur Verfügung (PG 2 bis zu 689 Euro pro Monat und PG 5 bis zu 1.995 Euro pro Monat, s. auch Tabelle 2, S. 38).

Die grüne Linie in Abbildung 51 zeigt jeweils den Anteil der Personen eines Pflegegrades mit Tagespflege im Jahr 2017. Dieser Anteil ist mit fast 20 % bei Personen mit Pflegegrad 4 am höchsten. Die Anteile in den Pflegegraden 3 und 5 sind mit jeweils rund 14 % annähernd gleich – das zeigt, dass auch noch Personen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit teilstationär versorgt werden können. Als Ausschlusskriterien für die Tagespflege werden vor allem folgende Punkte genannt (AOK Bayern 2019):

- ◆ Bettlägerigkeit,
- ◆ Seniorinnen und Senioren mit erheblicher Suchtproblematik,
- ◆ Seniorinnen und Senioren mit akuter Fremd- und Selbstgefährdung,
- ◆ Seniorinnen und Senioren mit starker Weglauftendenz;
- ◆ beatmungspflichtige Personen,
- ◆ infektiöse Personen bzw. Personen mit MRSA,
- ◆ Kinder und Jugendliche.

Abbildung 51: Pflegebedürftige mit teilstationärer Versorgung 2017 nach Pflegegrad



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Analog zur dynamischen Entwicklung der Tagespflegekapazitäten hat sich auch das Personal entsprechend vervielfacht – gesondert ausgewiesen wird nur das Personal in Einrichtungen, die ausschließlich Tagespflege anbieten (solitäre Tagespflege). Im Zeitraum 2007 bis 2017 stieg die Personalausstattung insgesamt von 799 auf 3.491 Beschäftigte an (+ 337 %).

Spezifische Angebote in teilstationären Einrichtungen

Die folgende Auflistung in Tabelle 42 zeigt, jeweils auf Ebene der Regierungsbezirke, wie viele Tagespflegen (solitär) derzeit Angebote für spezifische Zielgruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen vorhalten. Es kommt durchaus vor, dass eine Einrichtung mehrere zielgruppenspezifische Angebote vorhält. So kann es bspw. sein, dass Einrichtungen, die auf Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung spezialisiert sind sowohl in der einen als auch in der anderen Kategorie erfasst und somit doppelt gezählt wurden. Die Kategorien entsprechen der Abfrage der AOK Bayern.

Prinzipiell werden in allen Bezirken entsprechende Angebote vorgehalten, inwieweit diese bedarfsgerecht bzw. ausreichend sind, lässt sich aus diesen Zahlen noch nicht ableiten. Daher wurden in den Erhebungen bei den Einrichtungen entsprechende Fragen gestellt (s. auch Abschnitt 4.3.2.3).

Tabelle 42: Anzahl solitäre Tagespflegen mit zielgruppenspezifischen Angeboten nach Regierungsbezirk (Stand Sept. 2019)

spezifische Angebote für Menschen mit ...	Oberbayern	Niederbayern	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Schwaben	Bayern
psychischen Alterserkrankungen (u. a. gerontopsychiatrisch verändert)	43	11	14	31	33	15	22	169
chronisch psychischen Erkrankungen	52	22	16	22	24	10	20	166
körperlicher Behinderung	59	26	19	34	34	19	29	220
geistiger Behinderung	30	18	7	16	18	9	15	113
hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Hirnschädigungen der Phase F)	6	3	0	3	2	1	3	18
HIV-Erkrankung/AIDS	7	2	0	8	3	2	4	26
neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS)	36	16	9	20	19	8	20	128
GESAMT	233	98	65	134	133	64	113	840

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2019

Anmerkung: Die Anzahl der Einrichtungen mit Angeboten für bestimmte Zielgruppen setzt sich zusammen aus den jeweiligen Versorgungsverträgen sowie von den Tagespflegen an die AOK Bayern gemeldeten Spezialisierungen. Die eigenen Angaben der Einrichtungen sind teilweise nicht trennscharf, weswegen die in der Tabelle angegebene Zahlen nur Richtwerte darstellen. Mehrere Spezialisierungen pro Einrichtung sind möglich.

4.3.2 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

Die in den folgenden Abschnitten dargestellten Ergebnisse zur teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) beziehen sich zum einen auf die Online-Befragung der solitären Tagespflegeeinrichtungen. Zum anderen wurden die vollstationären Einrichtungen ebenfalls zu ihrem Tages- (eingestreute Tagespflege) und Nachtpflegeangebot befragt.

Ergebnisse zur Einschätzung der Versorgungssituation (s. Abschnitt 4.3.2.5) werden teilweise aggregiert aus den Ergebnissen weiterer Online-Befragungen (ambulant, vollstationär, Beratungsstellen) berichtet, s. auch Abschnitt 3.2.1.2.

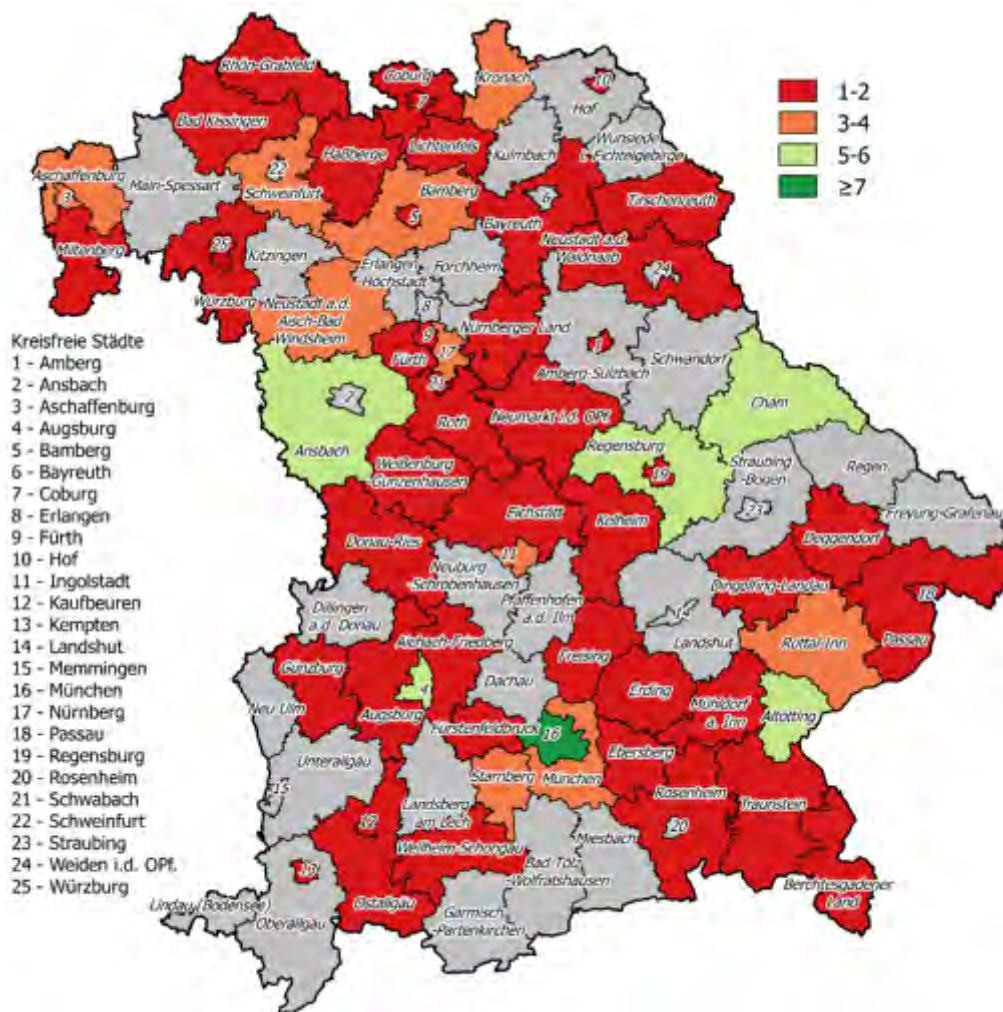
4.3.2.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Es wurden insgesamt 501 teilstationäre Pflegeeinrichtungen (solitäre Tagespflegen) bayernweit angeschrieben. Den Fragebogen beantworteten $n = 133$ Einrichtungen, die Rücklaufquote lag somit bei 26,5 %.

Beschreibung der Stichprobe

Aus 62 von insgesamt 96 Kreisen in Bayern liegen Angaben von mindestens einer Einrichtung pro Kreis vor (Mittelwert: 2,0; Median: 2) (s. Abbildung 52). Die Landeshauptstadt München war mit $n = 7$ Einrichtungen am häufigsten vertreten, gefolgt von den Landkreisen Altötting, Cham und Regensburg mit jeweils $n = 6$ Einrichtungen sowie dem Landkreis Ansbach und der kreisfreien Stadt Augsburg mit jeweils $n = 5$ Einrichtungen. Aus den anderen Kreisen nahmen jeweils $n = 1$ bis $n = 4$ Einrichtungen teil.

Abbildung 52: Rücklauf der teilstationären Einrichtungen (Anzahl) nach Kreis (n = 133)



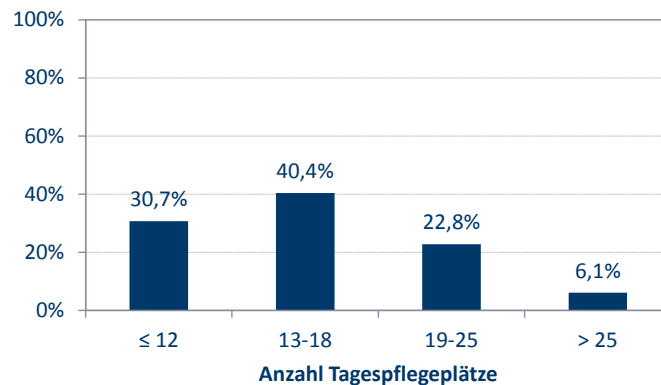
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Anmerkung: grau = kein Rücklauf

Knapp über die Hälfte der teilstationären Einrichtungen war freigemeinnützig (51,9 %), gefolgt von Einrichtungen in privater (30,8 %) und öffentlicher (17,3 %) Trägerschaft.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 78,2 % der teilstationären Einrichtungen mehr als bzw. drei Jahre am Markt. 29 der 133 Einrichtungen gaben an erst jüngst – „im Jahr 2018“ oder „2019 bzw. vor Kurzem“ - den Betrieb aufgenommen zu haben. Bei der Zusammensetzung der Einrichtungen nach Größenklassen zeigte sich, dass der größte Anteil (40,4 %) der in der Stichprobe vertretenen Einrichtungen 13 bis 18 Plätze hatte. Knapp 31 % waren eher kleinere Einrichtungen mit 12 Plätzen und weniger (Min: 7; Max: 56; Mittelwert: 17; Median: 16) (s. Abbildung 53).

Abbildung 53: Zusammensetzung Rücklauf teilstationär nach Größenklassen (n = 114, n = 19 fehlend) (Stichtag 31.12.2018)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Anmerkung: n = 19 fehlend: n = 1 nach Plausibilisierung ausgeschlossen; n = 18 Einrichtungen öffneten „im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem“ und sind hier nicht ausgewiesen, da keine Angaben zur Platzzahl vorliegen

30,8 % der befragten Personen in den Einrichtungen war mehr als 10 Jahre in der teilstationären Pflege tätig, ähnlich hoch war auch der Anteil der Personen, die sowohl fünf bis 10 Jahre (33,8 %) als auch weniger als fünf Jahre (35,3 %) in diesem Bereich arbeiteten. Jeweils knapp die Hälfte der befragten Personen war in der Pflegeleitung (einschl. Stellvertretung) (48,9 %) oder in der Geschäftsführung/Einrichtungsleitung (48,1 %) tätig.

Bei n = 2 Einrichtungen handelte es sich nach eigenen Angaben um vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten Tagespflegeplätzen. Diese Antworten werden im Folgenden ausschließlich bei der Darstellung der Ergebnisse der eingestreuten Tagespflege berücksichtigt. Die Grundgesamtheit der solitären Tagespflegen beläuft sich somit auf n = 131. Aussagen zur eingestreuten Tagespflege liegen von n = 81 Einrichtungen der Dauerpflege aus der Befragung der vollstationären Einrichtungen sowie von n = 2 Einrichtungen aus der Befragung der teilstationären Einrichtungen vor.

Eine Einrichtung der Dauerpflege gab an, ein Nachpflegeangebot vorzuhalten, während die solitären Tagespflegeeinrichtungen dies durchgehend verneinten. Sowohl in der Befragung der vollstationären Einrichtungen (n = 240) als auch in der Befragung der teilstationären Einrichtungen (n = 131) wurden weitere Fragen zum Nachpflegeangebot und möglichen Bedarfen gestellt, deren Ergebnisse im Abschnitt 4.3.2.2 erläutert werden.

4.3.2.2 Kapazitäten, Angebot und Nachfrage

Das Angebot an solitären Tagespflegeplätzen hat im Jahr 2018 gegenüber dem Jahr 2017 im Durchschnitt leicht zugenommen (+ 1 Platz). Bei den Einrichtungen mit

eingestreuten Tagespflegeplätzen ist es im selben Zeitraum in etwa gleichgeblieben (s. Tabelle 43).

Tabelle 43: Angebot Tagespflegeplätze solitär/eingestreut nach Jahr

	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
solitäre Tagespflege*						
31.12.2017	n = 101	n = 1	15,9	15	7	56
31.12.2018	n = 112	n = 1	16,8	16	7	56
eingestreuete Tagespflege**						
31.12.2017	n = 71	n = 11	4,9	4	1	16
31.12.2018	n = 71	n = 11	5,0	4	1	17

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: *n = 18 Einrichtungen öffneten „im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem“ und sind dementsprechend hier nicht ausgewiesen

**n = 1 Einrichtung öffnete „im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem“ und ist dementsprechend hier nicht ausgewiesen

Die in der Stichprobe vertretenen solitären Tagespflegeeinrichtungen, die bereits 2017 in Betrieb waren (n = 101; n = 1 fehlend), wurden gebeten die Anzahl ihrer Plätze jeweils zum Stichtag 31.12.2017 sowie 31.12.2018 anzugeben. Bis auf eine Einrichtung (Abbau von einem Platz) verzeichneten alle solitären Tagespflegen einen Zuwachs zwischen einem und bis zu 20 Plätzen (Mittelwert: + 5,6, Median: + 5). Insgesamt ließ sich eine Veränderung der Kapazitäten innerhalb eines Jahres bei rd. 16 % der solitären Tagespflegen feststellen - 15 Kreise waren davon betroffen.

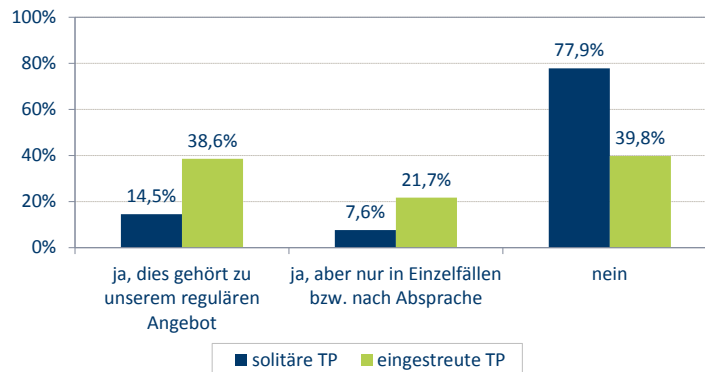
Weitere 11 solitäre Tagespflegen (neun Kreise) aus der Stichprobe wurden im Jahr 2018 mit sieben (Min) und bis zu 35 Plätzen (Max) eröffnet (Mittelwert: 17,3; Median: 18). 18 Tagespflegen (12 Kreise) gaben an, erst „im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem“ in Betrieb gegangen zu sein. Hier liegen keine Angaben zur Größe der Einrichtung vor.

Bei den in der Stichprobe vertretenen Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege, die bereits 2017 in Betrieb waren (n = 71; n = 11 fehlend), verzeichnete jeweils die Hälfte der Einrichtungen zwischen den o. g. Stichtagen einen Zuwachs (Min: + 1; Max: + 6; Mittelwert: + 2,6, Median: + 2) bzw. einen Abbau an Tagespflegeplätzen (Min: - 1; Max: - 2; Mittelwert: - 1,6, Median: - 2). Insgesamt ließ sich eine Veränderung der Kapazitäten innerhalb eines Jahres bei rd. 18,4 % der Einrichtungen feststellen - 12 Kreise waren davon betroffen.

Ein Großteil der Einrichtungen bietet keine Tagespflegeplätze am Wochenende an, wobei die Ergebnisse in Abbildung 54 Unterschiede zwischen Anbietern solitärer

Tagespflegen und Einrichtungen mit eingestreuten Tagespflegeplätzen aufzeigen: Rd. 78 % der solitären Tagespflege bieten grundsätzlich keine Plätze am Wochenende an, während es bei den Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege nur knapp 40 % sind. Bei knapp 39 % der Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege gehört dies dagegen zum regulären Angebot, in der solitären Tagespflege nur bei rd. 15 %.

Abbildung 54: Angebot Tagespflegeplätze (solitär/eingestreut) am Wochenende

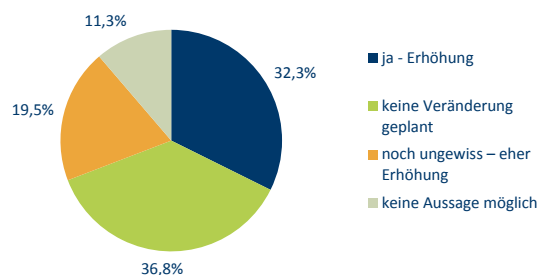


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 131; eingestreuete TP: n = 83

Die Ergebnisse spiegeln den in den letzten Jahren beobachteten Trend des Ausbaus von Tagespflegeeinrichtungen wider und auch zukünftig scheint diese Entwicklung anzuhalten: So berichteten 32,3 % der Tagespflegen (eingestreut/solitär) in den nächsten fünf Jahren ihre Kapazitäten erhöhen zu wollen, im Durchschnitt um rd. 21 Plätze (n = 38; n = 5 fehlend; Min: 2; Max: 50; Median: 20). 19,5 % der Tagespflegen waren sich noch unsicher, planen jedoch eher eine Erhöhung. Keine Einrichtung gab an, ihre Kapazitäten verringern zu wollen (s. Abbildung 55).

Abbildung 55: geplante Veränderungen der Kapazitäten in der Tagespflege (solitär/eingestreut) innerhalb der nächsten 5 Jahre (Stand 2020) (n = 133)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

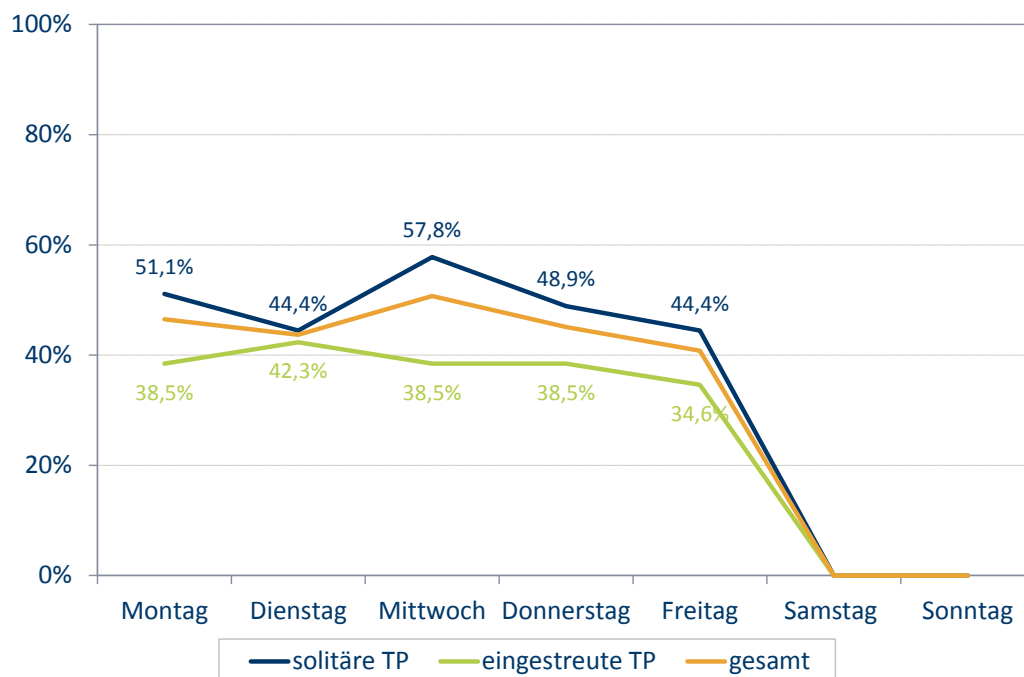
Anmerkung: GG: setzt sich zusammen aus n = 131 (solitäre TP) und n = 2 (eingestreuete TP)

Tagespflegen, die zukünftig keine Veränderung ihrer Kapazitäten anstreben, ergänzten, dass dies aufgrund begrenzter räumlicher Kapazitäten nicht weiter möglich sei bzw. das Angebot in der Region bereits ausreichend wäre.

Auslastung und Nachfrage

Jeweils knapp ein Drittel der solitären Tagespflegen (34,4 %; n = 131) sowie der Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (31,3 %; n = 83) berichteten (größere) Schwankungen der Auslastung der Tagespflegeplätze im Wochenverlauf zu verzeichnen. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Wochentage fielen, bis auf Mittwoch, keine größeren Abweichungen auf (s. Abbildung 56). Für diesen Tag bestätigten knapp über 50 % aller Einrichtungen (solitär/eingestreu), die Schwankungen verzeichneten (n = 71), dass die Nachfrage besonders hoch sei, wobei dies bei den solitären Tagespflegen höher war (57,8 %) als bei den Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (38,5 %). Letztere beobachteten eine besonders hohe Nachfrage eher an Dienstagen (42,3 %).

Abbildung 56: Wochentage mit besonders hoher Nachfrage nach Tagespflegeplätzen (solitär/eingestreu) (Mehrfachnennung möglich)



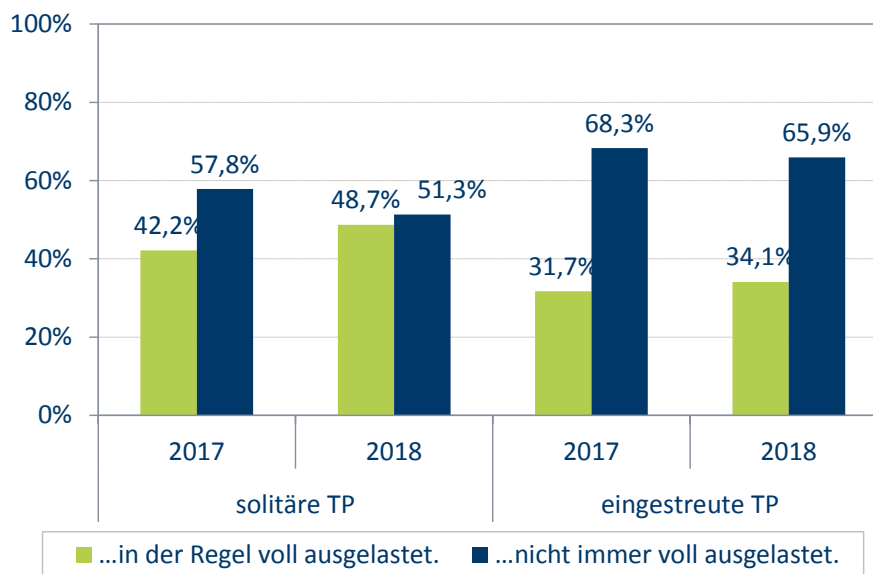
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 45 (n = 8: keine Angabe möglich); eingestreuete TP: n = 26 (n = 12: keine Angabe möglich)

Die solitären Tagespflegen als auch die Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege wurden des Weiteren nach ihrer Einschätzung der durchschnittlichen Auslastung der Tagespflegeplätze in den Jahren 2017 und 2018 gefragt. Der Abbildung 57 ist zu entnehmen, dass im Jahr 2018 gegenüber dem Jahr 2017 mehr solitäre

Tagespflegen (+ 6,5 %) als auch Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (+ 2,4 %) berichteten, in der Regel voll ausgelastet zu sein. Weitere Unterschiede zeichneten sich in der Inanspruchnahme zwischen solitären Tagespflegen und Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege ab: Während bei den solitären Tagespflegen knapp über die Hälfte (51,3 %) im Jahr 2018 angab nicht immer voll ausgelastet zu sein, waren es bei den Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege knapp zwei Drittel (65,9 %).

Abbildung 57: Einschätzung der durchschnittlichen Auslastung der Tagespflegeplätze (solitär/eingestreut) nach Jahren

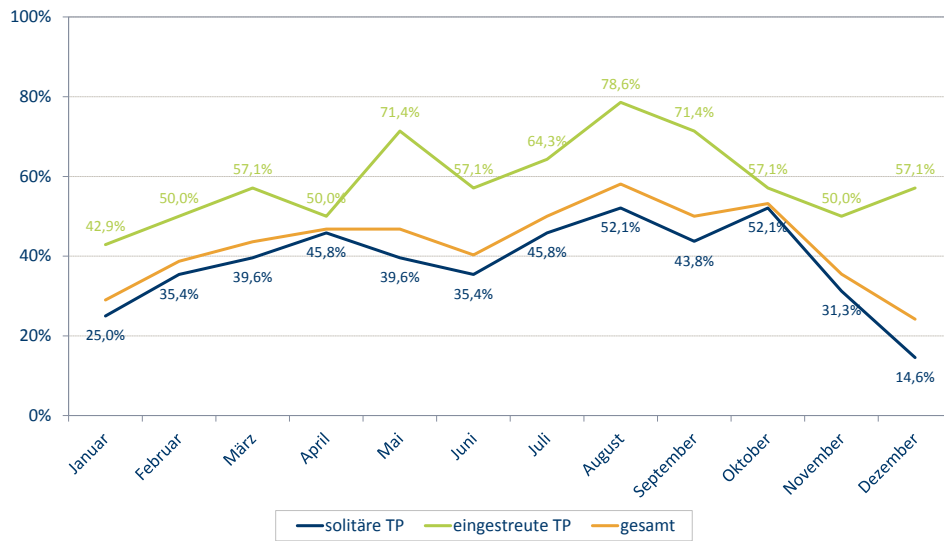


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 102 (2017), n = 113 (2018); eingestreuete TP: n = 82

(Größere) Schwankungen der Auslastung der Tagespflegeplätze im Jahresverlauf gäbe es bei knapp über der Hälfte der solitären Tagespflegen (54,0 %) und über drei Viertel der Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (78,0 %) nicht. Bei den Einrichtungen, die dies bejahten, war der Anteil der solitären Tagespflegen (42,5 %) deutlich höher als der Anteil der Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (17,1 %). Bei näherer Betrachtung der einzelnen Monate fiel auf, dass sowohl die solitären Tagespflegen (52,1 %) als auch die Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (78,6 %) berichteten im August eine besonders hohe Nachfrage zu verzeichnen (s. Abbildung 58).

Abbildung 58: Monate mit besonders hoher Nachfrage nach Tagespflegeplätzen (solitär/eingestreu) (Mehrfachnennung möglich)

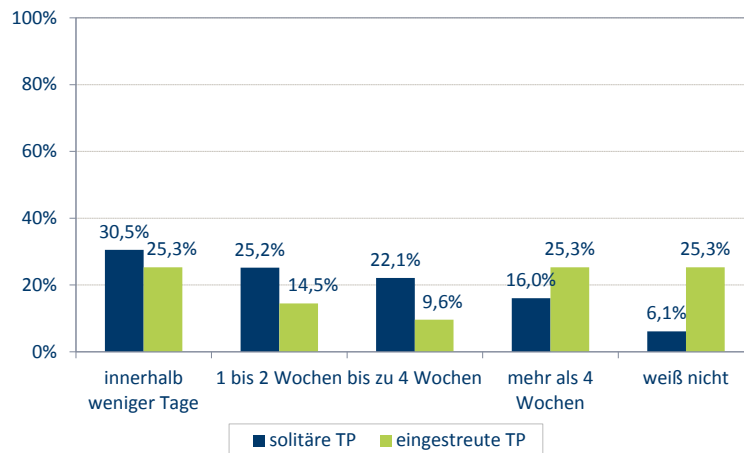


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 48 (n = 9: keine Angabe möglich); eingestreuete TP: n = 14

Knapp ein Drittel der solitären Tagespflegen berichtete, meist innerhalb weniger Tage freiwerdende Tagespflegeplätze wiederbelegen zu können, während dies bei den Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege nur ein Viertel bestätigen konnte (s. Abbildung 59).

Abbildung 59: Durchschnittliche Zeit bis zur Wiederbelegung freiwerdender Tagespflegeplätze (solitär/eingestreu)

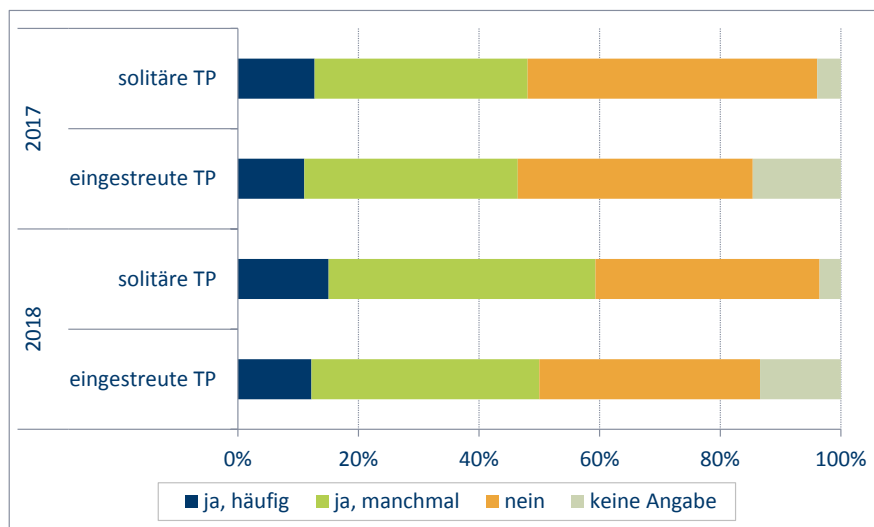


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 131; eingestreuete TP: n = 83

In den Jahren 2017 bzw. 2018 mussten im Durchschnitt rd. 38 % der Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege sowie 43 % der solitären Tagespflegen keine Anfragen nach Tagespflegeplätzen abweisen. Nichtsdestotrotz hat der Anteil der solitären Tagespflegen (+ 11,3 %) sowie der Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (+ 3,6 %), die insgesamt Anfragen nach Tagespflegeplätzen „häufig“ bzw. „manchmal“ ablehnen mussten, im gleichen Zeitraum zugenommen (s. Abbildung 60).

Abbildung 60: Anteil Einrichtungen, die Anfragen nach Tagespflegeplätzen (solitär/eingestreut) ablehnen mussten, nach Jahr



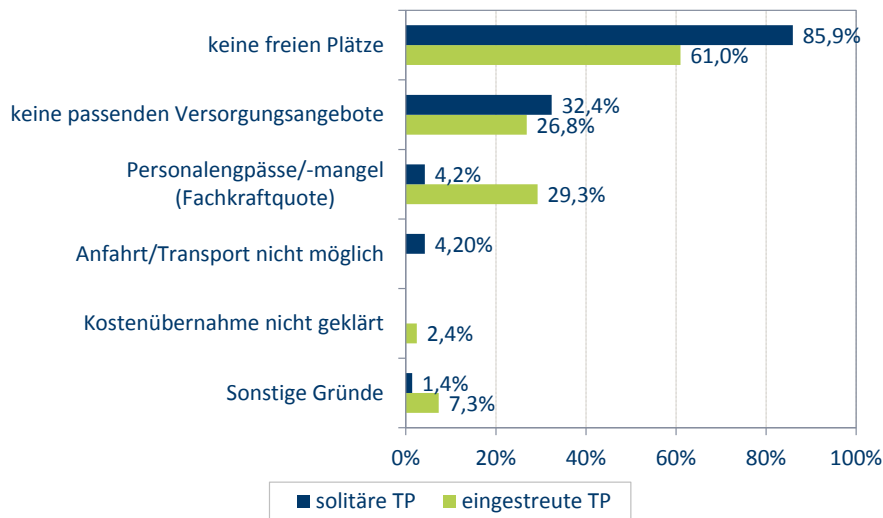
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 102 (2017), n = 113 (2018); eingestreute TP: n = 82

Ein Mangel an freien Plätzen war bei den solitären Tagespflegen (85,9 %) und den Einrichtungen mit eingestreuten Tagespflegeplätzen (61,0 %) der am häufigsten genannte Grund, aus dem Anfragen abgelehnt werden mussten (s. Abbildung 61). Während personelle Engpässe in Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (29,3 %) der zweithäufigste Grund für Ablehnungen war, spielte dieser Aspekt in solitären Tagespflegen (4,2 %) kaum eine Rolle. Häufiger mussten dagegen Anfragen aufgrund nicht passender Versorgungsangebote abgelehnt werden.

Bei Ablehnungen aufgrund nicht passender Versorgungsangebote handelte es sich nach eigenen Angaben der Einrichtungen (Freitextanalyse) bei den solitären Tagespflegen und den Einrichtungen mit eingestreuten Tagespflegeplätzen am häufigsten um Anfragen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und ggf. Hinlauftendenz bzw. Bedarf an einer beschützenden Unterbringung (s. Tabelle 44). Die jeweiligen Einrichtungen konnten die entsprechenden Versorgungsbedarfe nicht bedienen. Hier zählten auch Versorgungsanfragen, wie z. B. für Menschen mit herausfordernden Verhaltensauffälligkeiten sowie hohen Pflegebedarfen.

Abbildung 61: Gründe für Ablehnungen von Anfragen für Tagespflegeplätze (solitär/eingestreu) (Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 71; eingestreuete TP: n = 41

Tabelle 44: Versorgungsbedarfe, die abgelehnt werden mussten (solitär/eingestreu) (Anzahl Nennungen)

solitäre Tagespflege		eingestreuete Tagespflege	
Versorgungsbedarfe		Versorgungsbedarfe	
Menschen mit Demenz/Hin-/Weg-lauftendenz	9	Hin-/Weglauftendenz (beschüt-zende Unterbringung notwendig)	8
Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen (z. B. aggressives/abwehrendes Verhalten)	4	starke Verhaltensauffälligkeiten	2
hoher Pflegebedarf/besondere Ver-sorgung notwendig (z. B. Beatmung, MS)	4	hoher Pflegebedarf (ggf. Benöti-gung eines Bettes)	2
Versorgungszeiten nicht passend (z.B. nachts/am Wochenende)	2	junge Menschen mit Behinderung	1
junge pflegebedürftige Menschen	1		
kein passendes Betreuungsperso-nal/-struktur vorhanden (z. B. für psychisch erkrankten Menschen)	1		

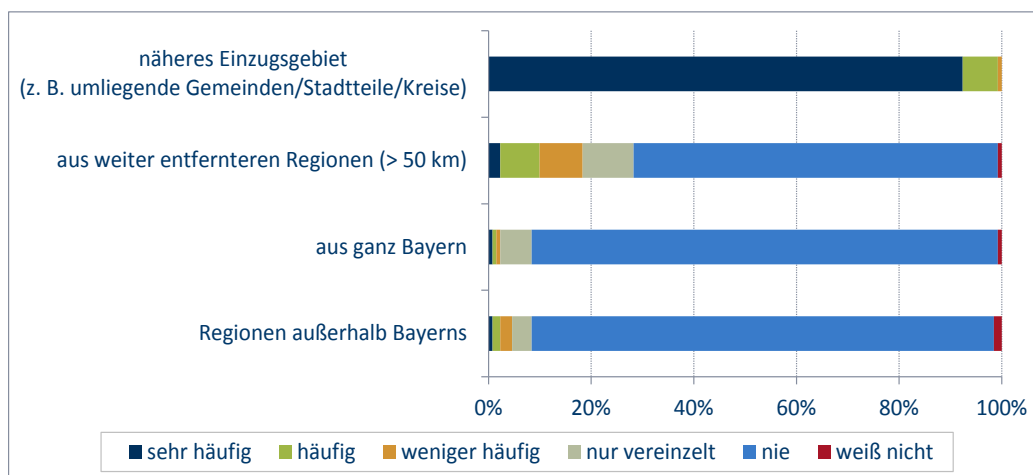
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Weniger problematisch scheint die Erfüllung des gewünschten Betreuungsumfanges (Anwesenheitstage pro Woche) zu sein. Nur 7,6 % der solitären Tagespflegen berichteten dies in der Regel nicht erfüllen zu können, mit der Begründung nicht ausreichend Kapazitäten/Plätze zu haben. Als weitere Begründung wurden mangelnde Transportmöglichkeiten angeführt. Dies wurde bereits häufiger auch als einer der Gründe für Ablehnungen von Anfragen bei den solitären Tagespflegen genannt (s. Abbildung 61).

Fast alle solitären Tagespflegen berichteten, dass die Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Tagespflegeplätzen „häufig“ bis „sehr häufig“ aus dem näheren Einzugsgebiet stammen. Rd. 10 % bestätigten jedoch auch „häufig“ bis „sehr häufig“ Anfragen aus weiter entfernten Regionen (> 50 km) zu erhalten sowie aus ganz Bayern (1,5 %) und Regionen außerhalb Bayerns (2,3 %) (s. Abbildung 62).

Bei den Einrichtungen mit eingestreuten Tagespflegeplätzen (n = 2) kamen die Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Tagespflegeplätzen zu 100 % „häufig“ bis „sehr häufig“ aus dem näheren Einzugsgebiet. Eine Einrichtung erhielt auch „vereinzelt“ Anfragen aus weiter entfernten Regionen (> 50 km), die andere Einrichtung dagegen „nie“, ebenso wenig wie aus ganz Bayern oder Regionen außerhalb Bayerns.

Abbildung 62: Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach solitären Tagespflegeplätzen nach Region (n = 131)



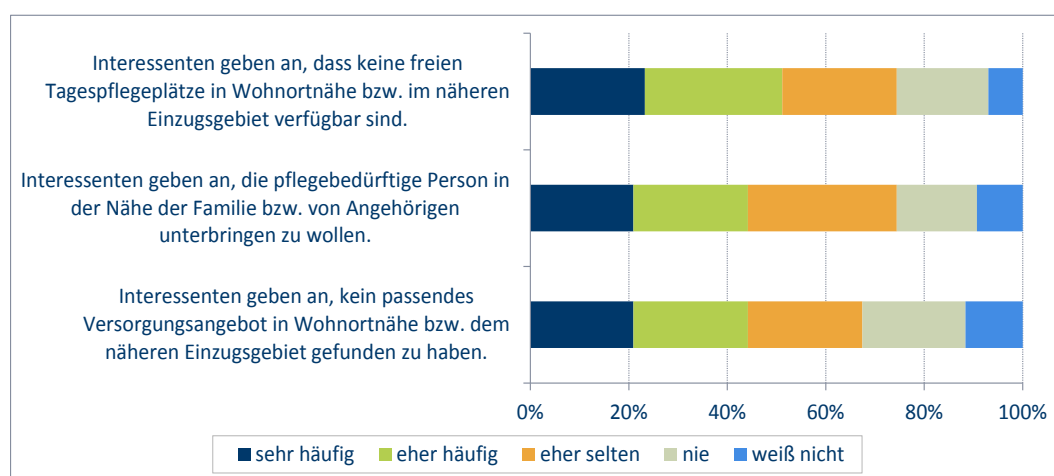
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

„Häufig“ bis „sehr häufig“ liegen die Gründe der interessierten Personen für Anfragen nach solitären Tagespflegeplätzen aus weiter entfernten Regionen darin, dass begrenzte Kapazitäten in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet der interessierten Personen Anlass geben, auf weiter entfernte Einrichtungen auszuweichen (rd. 51 %) (s. Abbildung 63). Jeweils rd. 44 % der solitären Tagespflegen bestätigten zudem, dass eine Unterbringung der pflegebedürftigen Person in der

Nähe der Familie bzw. von Angehörigen angestrebt wird als auch die Suche nach passenden Versorgungsangeboten in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet der Interessentinnen und Interessenten sich schwierig gestalten, weshalb Anfragen aus weiter entfernten Gebieten Bayerns kämen.

Als weitere Gründe für Anfragen aus weiter entfernten Regionen wurde in der Kategorie „sehr häufig“ angegeben, dass bspw. die Qualität der Versorgung gut sei („sehr gute Pflege und Versorgung“) oder ein spezifisches Versorgungsangebot, wie z. B. eine Gruppe für „jüngere“ Gäste, vorhanden sei.

Abbildung 63: Gründe für Anfragen nach solitären Tagespflegeplätzen, die nicht aus dem näheren Einzugsgebiet kommen (n = 43)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Der Umkreis, aus dem die Tagespflegegäste kommen, ist nach Angaben der Einrichtungen bei den solitären Tagespflegen im Durchschnitt größer als bei den Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (s. Tabelle 45). Die größten Entfernungen, die Tagespflegegäste zurücklegen müssten, lägen bei den solitären Tagespflegen bei 68 km (Landkreis Regensburg – Siedlungsstrukturtyp [SST⁷ 3]), 45 km (Berchtesgadener Land – SST 3) und 42 km (Landkreis Tirschenreuth – SST 4). Alle drei Kreise zählen nach SST zu den ländlichen bzw. dünn besiedelten ländlichen Kreisen.

⁷ Raumeinteilung der laufenden Raumbeobachtung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2017): 1 = kreisfreie Großstädte, 2 = städtische Kreise, 3 = ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelte ländliche Kreise.

Tabelle 45: Größe des Umkreises, aus dem die Tagespflegegäste (solitär/eingestreu) kommen

	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
solitäre Tagespflege	n = 131	(-)	19,4	18	5	68
eingestreuete Tagespflege	n = 77	n = 6	13,8	15	1	35

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Nachtpflege

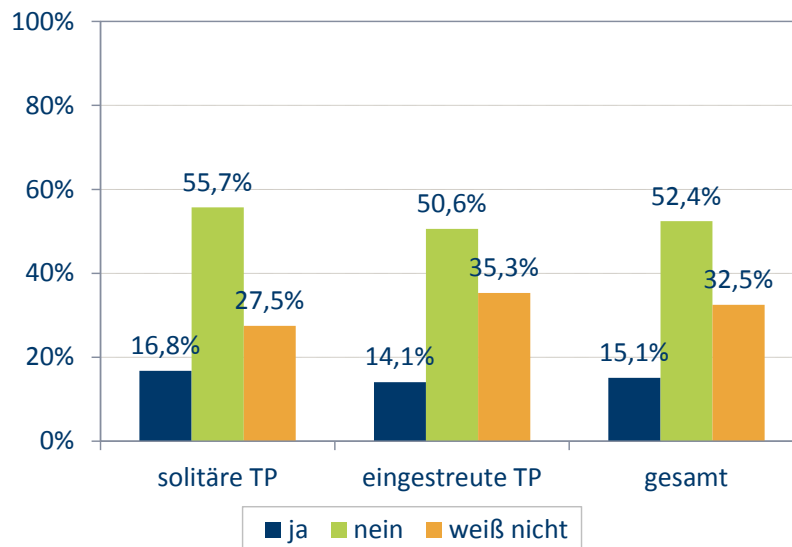
Die befragten solitären Tagespflegen halten nach eigenen Angaben kein Nachtpflegeangebot vor. Eine bisher geringe bzw. keine Nachfrage als auch fehlende personelle Ressourcen wurden als häufigste Gründe angeführt. Ein weiterer Grund sei eine nichtadäquate räumliche Ausstattung, wie z. B. kein Platz für Betten. Zudem wurde die wirtschaftliche Rentabilität in Frage gestellt.

Eine Einrichtung der Dauerpflege gab an, ein Nachtpflegeangebot (Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen) vorzuhalten. Auf die Frage, wieviel Nachtpflegegäste die Einrichtung im Schnitt pro Monat betreue, war die Antwort keinen Gast. Die Frage, ob Anfragen nach Nachtpflege abgelehnt werden mussten, konnte nicht beantwortet werden.

Die Einrichtungen der Dauerpflege, die kein Nachtpflegeangebot vorhielten, führten ähnliche Gründe wie die solitären Tagespflegen an, wobei hier am häufigsten fehlende Kapazitäten, d. h. fehlende Betten, genannt wurden. Zudem wären Plätze für die Dauerpflege rentabler und Nachtpflegeplätze nicht ausreichend (re-)finanziert. Fehlende personelle Ressourcen würden ein weiteres Problem darstellen. Eine zu geringe bzw. keine Nachfrage wurde nur vereinzelt als Grund angeführt. Eine Einrichtung berichtete, Nachtpflege im Jahr 2023 in ihrem Neubau anbieten zu wollen, sofern die personellen Anforderungen erfüllt werden könnten: „Ab dem Jahr 2023 möchten wir das in unserem Neubau anbieten, wenn nicht hohe personelle Anforderungen gestellt werden. Man kann nicht für 2 Nachtgäste eine komplette Betreuungskraft verlangen, bzw. vorhalten.“

Aus Sicht der Tagespflegeanbieter (solitär/eingestreu) (rd. 15 %) werde ein Bedarf an Nachtpflege/-betreuung in der jeweiligen Region wahrgenommen. Knapp ein Drittel aller Einrichtungen (32,5 %) konnte hierzu keine Einschätzung abgeben (s. Abbildung 64).

Abbildung 64: Bedarf an Nachtpflege in der jeweiligen Region aus Sicht der Tagespflegeanbieter



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teil- und vollstationären Einrichtungen

Anmerkung: TP = Tagespflege; solitäre TP: n = 131; eingestreute TP: n = 241

Die Antworten zur Einschätzung der Versorgungssituation für die Jahre 2020 und 2025 im Bereich der Nachtpflege wurden, wie in Abschnitt 3.2.1.2 beschrieben, aggregiert ausgewertet, d. h. es flossen auch Einschätzungen anderer Akteure (Vertreterinnen bzw. Vertreter ambulanter und vollstationärer Pflege sowie der Beratungsstellen) ein.

Die Abbildung 65 zeigt jeweils eine grafische Darstellung der 96 Kreise Bayerns mit Einschätzung des Angebots der Nachtpflege auf Kreisebene für die Jahre 2020 und 2025 aus Sicht verschiedener Akteure. Die Ergebnisse wurden aggregiert und farblich hervorgehoben. Das Spektrum reicht von der Einschätzung der Aussage „Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.“ mit „trifft gar nicht zu“ (Farbe: dunkelrot) bis „trifft voll und ganz zu“ (Farbe: dunkelgrün). Abbildung 66 veranschaulicht dies gleichermaßen auf Ebene der Regierungsbezirke.

Im Jahr 2020 schätzten die befragten Akteure das Angebot in der Nachtpflege in 48 Kreisen (50,0 %) als nicht ausreichend ein. Für das Jahr 2025 traf dies zwar auf einen etwas geringeren Anteil zu (43,8 %), allerdings wurde die Situation in insgesamt 95,5 % der Kreise (rot, hellrot, orange) und damit deutlich mehr als im Jahr 2020 als (tendenziell) nicht ausreichend bewertet. Ausschließlich der Landkreis Erding erhielt für das Jahr 2025 ein positives Votum (s. Tabelle 46).

Auf Ebene der Regierungsbezirke schnitten Ober- und Unterfranken (jeweils dunkelrot) gegenüber den anderen fünf Regierungsbezirken (jeweils hellrot) im Jahr 2020 schlechter ab. Bis zum Jahr 2025 würde sich aus Sicht der befragten Akteure

die Situation nicht verändern, in Oberbayern sogar weiter verschlechtern (dunkelrot) (s. Abbildung 66).

Tabelle 46: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot der Nachtpflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise

	2020 Das Angebot an Nachtpflege in unserer Region ist derzeit ausreichend.				2025 Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.			
	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt
dunkelrot (trifft gar nicht zu)	14	34	48	50,0 %	10	32	42	43,8 %
hellrot	7	26	33	34,4 %	11	30	41	42,7 %
orange	4	7	11	11,5 %	3	6	9	9,4 %
gelb	0	2	2	2,1 %	(-)	(-)	(-)	(-)
hellgrün	(-)	(-)	(-)	(-)	0	1	1	1,0 %
dunkelgrün (trifft voll und ganz zu)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
keine Einschätzung möglich	0	2	2	2,1 %	1	2	3	3,1 %
GESAMT	25	71	96	100 %	25	71	96	100 %

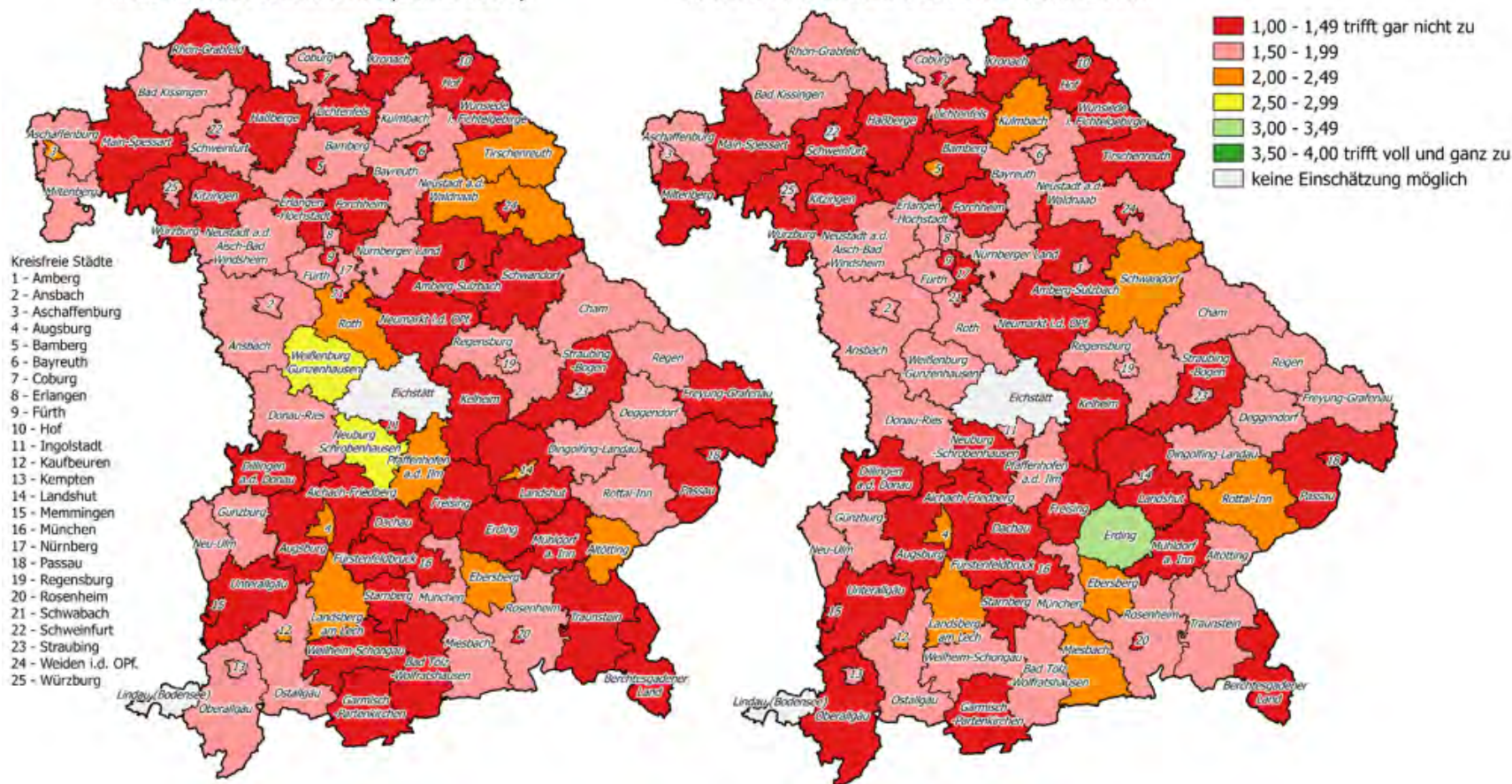
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Abbildung 65: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot der Nachtpflege 2020 und 2025 (Kreis)

Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region ...

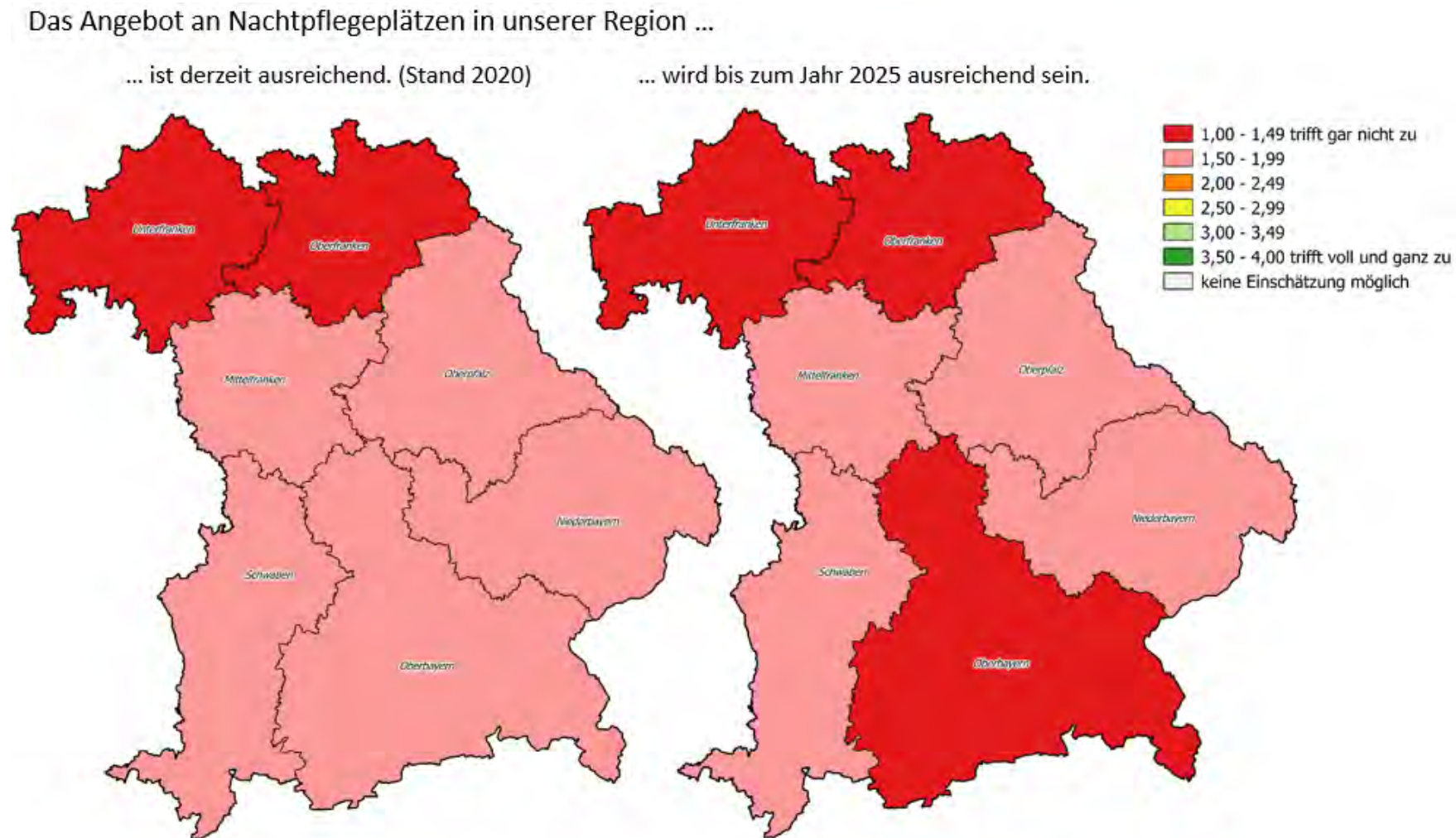
... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 66: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot der Nachtpflege 2020 und 2025 (RBZ)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.3.2.3 Zielgruppenspezifische Angebote

Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege adressieren ihre Angebote primär an ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren (81,5 %; n = 81), während Angebote für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren dagegen von etwa einem Fünftel der Einrichtungen (20,5 %; n = 83) vorgehalten würden. Grundsätzlich wären einige Einrichtungen nach eigenen Aussagen auch offen für jüngere Klientel, wobei es bisher keine bzw. kaum Anfragen diesbezüglich gegeben hätte.

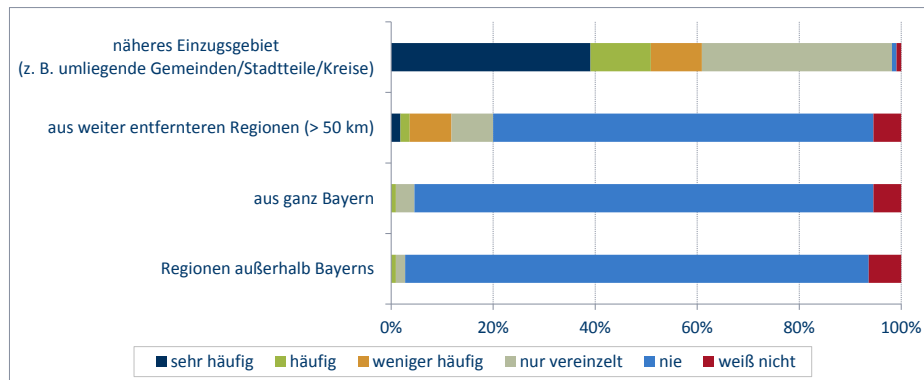
Anders verhält sich dies bei den solitären Tagespflegen, die zu 84 % berichteten auch Betreuung für Menschen mit pflegerischen Bedarfen unter 65 Jahren anzubieten. Dies sei häufig abhängig vom Krankheitsbild bzw. den Bedürfnissen des potentiellen Gastes sowie der Gruppenzusammenstellung in der Tagespflege. So gebe es solitäre Tagespflegen, die bspw. auch jüngere Menschen mit demenziellen, psychischen Erkrankungen oder Behinderung sowie MS mitbetreuen. Zwei Einrichtungen berichteten keine unter 18-Jährigen zu betreuen. Anfragen von unter 65-Jährigen würden eher die Ausnahme darstellen, während eine Einrichtung berichtete, dass solche Anfragen zunähmen.

Sowohl die solitären Tagespflegen als auch die Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege berichteten, dass es keine Unterschiede bei den Wartezeiten auf einen freien Tagespflegeplatz zwischen älteren Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren als auch für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren gebe.

Rd. 51 % der solitären Tagespflegen gaben an, dass die Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach Tagespflegeplätzen für Menschen mit pflegerischen Bedarfen unter 65 Jahren „häufig“ bis „sehr häufig“ aus dem näheren Einzugsgebiet stammen. Rd. 4 % berichteten „häufig“ bis „sehr häufig“ auch Anfragen aus weiter entfernten Regionen (> 50 km) zu erhalten, während aus ganz Bayern (rd. 94 %) und Regionen außerhalb Bayerns (rd. 93 %) „nur vereinzelt“ bis „nie“ Anfragen kämen (s. Abbildung 67).

Die Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (n = 2) berichteten jeweils zu 50 % „nur vereinzelt“ bis „nie“ Anfragen von Interessentinnen und Interessenten für Tagespflegeplätze für Menschen mit pflegerischen Bedarfen unter 65 Jahre aus dem näheren Einzugsgebiet zu erhalten. Aus Regionen außerhalb ihres Einzugsgebiets erhielten sie keine Anfragen für diese Zielgruppe.

Abbildung 67: Häufigkeit der Anfragen von Interessentinnen und Interessenten nach solitären Tagespflegeplätzen für Menschen mit pflegerischen Bedarfen unter 65 Jahren nach Region (n = 110)

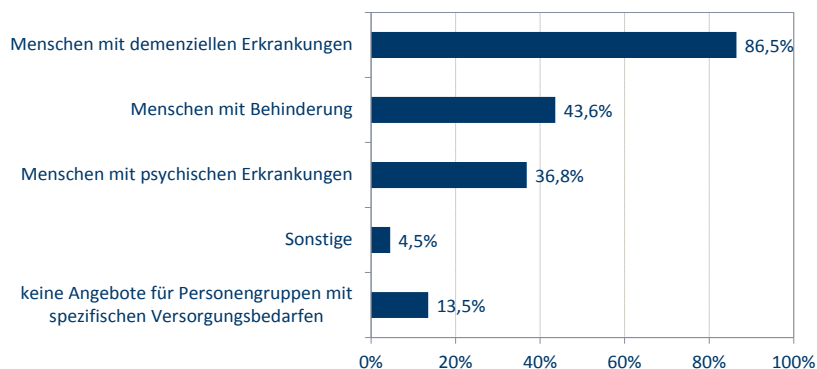


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Die überwiegende Mehrheit der Tagespflegen halte Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen vor (rd. 87 %), während etwas weniger als die Hälfte Angebote für Menschen mit Behinderung und über ein Drittel Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen offeriere (s. Abbildung 68). Unter „Sonstiges“ wurden seitens der solitären Tagespflegen weitere Personengruppen, wie z. B. Menschen mit MS, Parkinson und Schlaganfall, aufgeführt.

Unterschiede zwischen Anbietern solitärer Tagespflege und eingestreuter Tagespflege konnten nicht festgestellt werden. Alle Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (n = 2) würden die aufgeführten Versorgungsbedarfe bedienen können, bis auf n = 1 Einrichtung, die kein Angebot für Menschen mit Behinderung bereitstellen könne.

Abbildung 68: Anteil Tagespflegen (solitär/eingestreut) mit Angeboten für bestimmte Zielgruppen (n = 133; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Anmerkung: GG: setzt sich zusammen aus n = 131 (solitäre TP) und n = 2 (eingestreute TP)

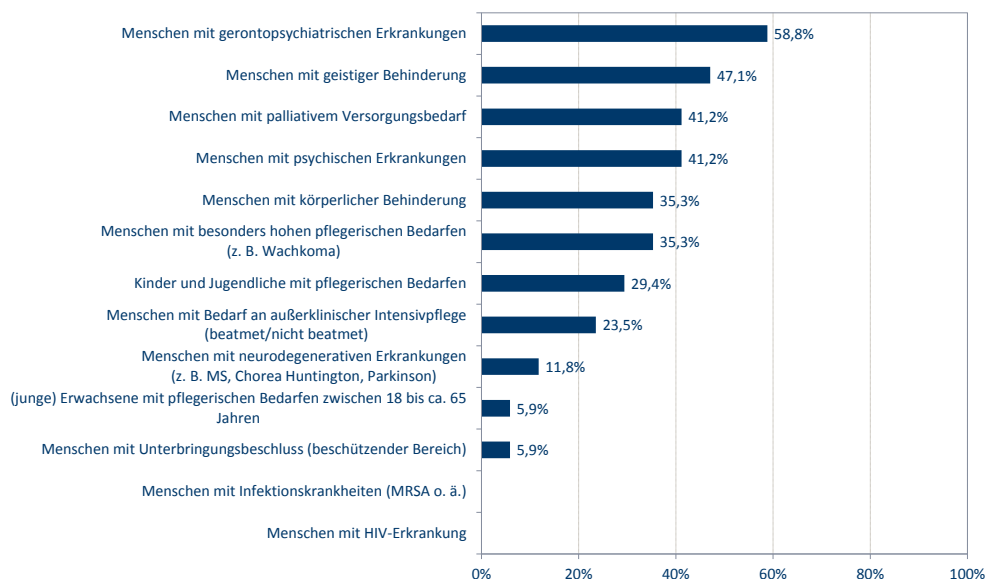
Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund

Spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund halte die deutliche Mehrheit der Tagespflegen (solitär/eingestreut gesamt – 88 %) nicht vor. Dies läge primär an der bisher geringen Nachfrage als auch dem geringen Bedarf bzw. einem geringen Anteil an Gästen mit Migrationshintergrund.

Mit 14,3 % war der Anteil der solitären Tagespflegen, die entsprechende Angebote bereitstellten allerdings deutlich größer als bei den Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege (3,6 %). Bei Bedarf würden Angebote angepasst, wie z. B. bei den Mahlzeiten. Darüber hinaus könnten Beschäftigte in der Tagespflege teilweise verschiedene Sprachen bedienen (absteigend nach Anzahl der Nennung): Russisch, Rumänisch, Persisch, Türkisch, Arabisch, Bosnisch, Kurdisch, etc. Sollte eine zukünftige Ausrichtung auf diese Zielgruppe jedoch nötig werden, werde nach Aussage einzelner Einrichtungen eine entsprechende Anpassung der Angebote stattfinden.

12,8 % der Tagespflegen (solitär/eingestreut) planen, zukünftig ihre Angebote für Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen auszuweiten, insbesondere für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (58,8 %). Knapp die Hälfte plane, Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung (47,1 %) sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen (41,2 %) auszuweiten (s. Abbildung 69). Weitere Angebote speziell für Menschen mit HIV-Erkrankung sowie Menschen mit Infektionskrankheiten sind dagegen in keiner der befragten Einrichtungen vorgesehen.

Abbildung 69: Anteil teilstationäre Einrichtungen (solitär/eingestreut), die eine Ausweitung des Angebots für bestimmte Zielgruppen planen (n = 17; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

4.3.2.4 Personal

Die folgende Tabelle 47 enthält eine Übersicht zur personellen Ausstattung der Tagespflegeeinrichtungen (Stand Januar 2020):

Tabelle 47: Personelle Ausstattung in Einrichtungen der Tagespflege, differenziert nach Pflege- und Betreuungsbereich (Stand Januar 2020)

		Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
solitäre Tagespflege							
Pflegebereich	Anzahl Beschäftigte	n = 126	n = 5	5,6	5	1	14
	in Vollzeitstellen	n = 119	n = 12	3,16	2,87	1,00	9,00
Betreuungsbereich	Anzahl Beschäftigte	n = 125	n = 6	2,5	2	1	11
	in Vollzeitstellen	n = 118	n = 13	1,26	1,00	0,32	4,30
eingestreuete Tagespflege							
Pflegebereich	Anzahl Beschäftigte	n = 2	(-)	5,5	5,5	5	6
	in Vollzeitstellen	n = 2	(-)	4,12	4,12	2,25	6,00
Betreuungsbereich	Anzahl Beschäftigte	n = 2	(-)	2,5	2,5	1	4
	in Vollzeitstellen	n = 2	(-)	1,50	1,50	1,00	2,00

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

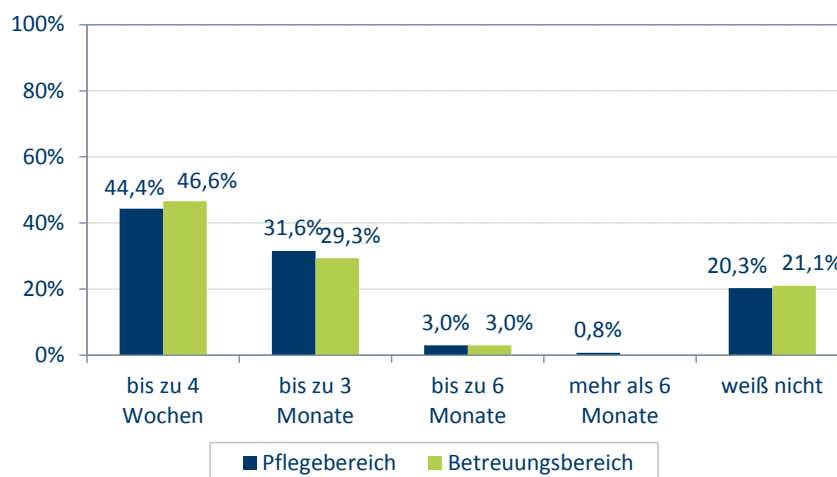
Im Vergleich zu den Einrichtungen der Dauerpflege berichtete nur ein Bruchteil der Tagespflegeeinrichtungen offene bzw. unbesetzte Stellen im Pflege- sowie Betreuungsbereich zu haben (ca. 7 %, Stand Januar 2020). Dies betraf ausschließlich die solitären Tagespflegen. Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege hätten zudem Zeitpunkt keine offenen Stellen gehabt.

In Summe fehlten im Pflegebereich 11 Stellen (Personen), in Vollzeitstellen entsprach dies nach Angaben der solitären Tagespflegen 5,45 VZÄ (Min: 0,25; Max: 1,00; Mittelwert: 0,68; Median: 0,60). Im Betreuungsbereich war die Summe der

fehlenden Stellen (Personen) mit sieben noch geringer. In Vollzeitstellen entsprach dies nach Angaben der solitären Tagespflegen 3,39 VZÄ (Min: 0,25; Max: 1,00; Mittelwert: 0,57; Median: 0,50).

Nach Schätzung der Einrichtungen sei eine offene Stelle im Pflege- sowie Betreuungsbereich häufig „bis zu 4 Wochen“ unbesetzt. Unterschiede zwischen dem Pflege- bzw. Betreuungsbereich ließen sich kaum feststellen (s. Abbildung 70). Eine Einrichtung mit eingestreuter Tagespflege berichtete, dass eine Neubesetzung in beiden Bereichen „bis zu 3 Monaten“ dauern könne, während die andere Einrichtung dies nicht einschätzen konnte.

Abbildung 70: Zeitraum, in dem eine offene Stelle (solitär/eingestreut) im Durchschnitt unbesetzt ist, differenziert nach Pflege- und Betreuungsbereich (n = 133)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

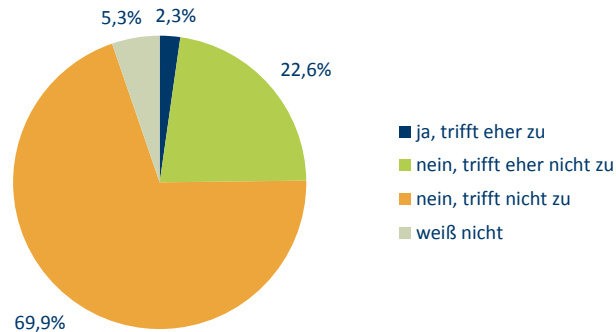
Anmerkung: GG setzt sich zusammen aus n = 131 (solitäre TP) und n = 2 (eingestreuete TP)

Personal aus Fremdfirmen/Arbeitnehmerüberlassungen

In den solitären Tagespflegen sowie den Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege werde in der Regel kein Personal aus Fremdfirmen (Leasingkräfte) eingesetzt. Zwei solitäre Tagespflegen berichteten in Einzel-/Ausnahmefällen Leasingkräfte einzusetzen. Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege hätten bisher keinen Bedarf gehabt.

Auf die Frage, ob in den Tagespflegen zukünftig (mehr) Leasingpersonal eingesetzt werden müsse, um den Personalbedarf in der jeweiligen Einrichtung decken zu können, antworteten 92,5 % hier keinen (weiteren) Bedarf zu sehen. Rd. 2 % der Tagespflegen schätzte dagegen, dass ihre Einrichtung ohne den Einsatz von Leasingpersonal zukünftig wahrscheinlich nicht auskäme bzw. die Personalbedarfe nicht gedeckt werden könnten (s. Abbildung 71) – dies betraf ausschließlich die solitären Tagespflegen.

Abbildung 71: Einschätzung zum zukünftigen (vermehrten) Einsatz von Leasing-Kräften in Tagespflegen (solitär/eingestreu) zur Deckung des Personalbedarfs (n =133)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Anmerkung: GG setzt sich zusammen aus n = 131 (solitäre TP) und n = 2 (eingestreute TP)

Lediglich 19,0 % der solitären Tagespflegen bilden in Ihrer Einrichtung Pflegeschülerinnen und -schüler aus, während 29,0 % dies zukünftig planen. Die Einrichtungen mit eingestreuter Tagespflege bilden dagegen weder aus noch haben sie dies zukünftig vor. Im aktuellen Ausbildungsjahr (Stand Februar/März 2020) konnte die Anzahl der in den solitären Tagespflegen angebotenen Ausbildungsplätze bei knapp 36 % (n = 25) der Einrichtungen nicht vollumfänglich besetzt werden.

4.3.2.5 Einschätzung der Versorgungssituation

Die Antworten zur Einschätzung der Versorgungssituation für die Jahre 2020 und 2025 wurden für den Bereich der Tagespflege, wie in Abschnitt 3.2.1.2 beschrieben, aggregiert ausgewertet, d. h. es flossen auch Einschätzungen anderer Akteure (Vertreterinnen bzw. Vertreter vollstationärer und ambulanter Pflege sowie der Beratungsstellen) ein.

Die Abbildung 72 zeigt jeweils eine grafische Darstellung der 96 Kreise Bayerns mit Einschätzung des Angebots in der Tagespflege auf Kreisebene für die Jahre 2020 und 2025 aus Sicht verschiedener Akteure. Die Ergebnisse wurden aggregiert und farblich unterschiedenen Kategorien zugeordnet. Das Spektrum der Einschätzungen zu der Aussage „Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.“ reicht von „trifft gar nicht zu“ (Farbe: dunkelrot) bis „trifft voll und ganz zu“ (Farbe: dunkelgrün). Abbildung 73 veranschaulicht dies gleichermaßen auf Ebene der Regierungsbezirke.

Im Jahr 2020 schätzten die befragten Akteure das Angebot in der Tagespflege in fünf Kreisen (5,2 %) als nicht ausreichend ein, darunter die Landkreise Freising, Landshut, Kulmbach, Dillingen a. d. Donau und Donau Ries. Für das Jahr 2025 betraf dies 9 Kreise (9,4 %), darunter ebenfalls die Landkreise Freising, Landshut und Kulmbach sowie Dachau, Garmisch-Partenkirchen, Neuburg-Schrobenhausen und

Wunsiedel i. Fichtelgebirge sowie die kreisfreien Städte Landshut und Fürth. Während in zwei Kreisen - Landkreis Straubing-Bogen und kreisfreie Stadt Bamberg [Einschätzung deckt sich mit der Erhebung der Stadt Bamberg (2019)] das Angebot in der Tagespflege 2020 als ausreichend bewertet wurde, traf dies für das Jahr 2025 nur noch auf den Landkreis Straubing-Bogen zu (s. Tabelle 48).

Auf Ebene der Regierungsbezirke wurde das Angebot in Oberfranken im Jahr 2020 tendenziell eher als ausreichend beschrieben (gelb), während in allen anderen Regierungsbezirken (orange), außer Oberbayern (hellrot), das Angebot eher nicht ausreichend sei. Für das Jahr 2025 wurde das Angebot für alle Regierungsbezirke als tendenziell eher nicht ausreichend beschrieben, wobei die Regierungsbezirke im Norden (Ober-, Unter- und Mittelfranken, Oberpfalz – jeweils orange) etwas besser abschnitten als die Bezirke im Süden (Schwaben, Ober- und Niederbayern – jeweils hellrot) (s. Abbildung 73).

Tabelle 48: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Tagespflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise

	2020 Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.				2025 Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.			
	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt
dunkelrot (trifft gar nicht zu)	0	5	5	5,2%	2	7	9	9,4 %
hellrot	4	13	17	17,7%	6	17	23	24,0%
orange	9	35	44	45,8%	10	30	40	41,7 %
gelb	8	9	17	17,7%	5	14	19	19,8 %
hellgrün	3	8	11	11,5%	2	2	4	4,2 %
dunkelgrün (trifft voll und ganz zu)	1	1	2	2,1%	0	1	1	1,0 %
GESAMT	25	71	96	100 %	25	71	96	100 %

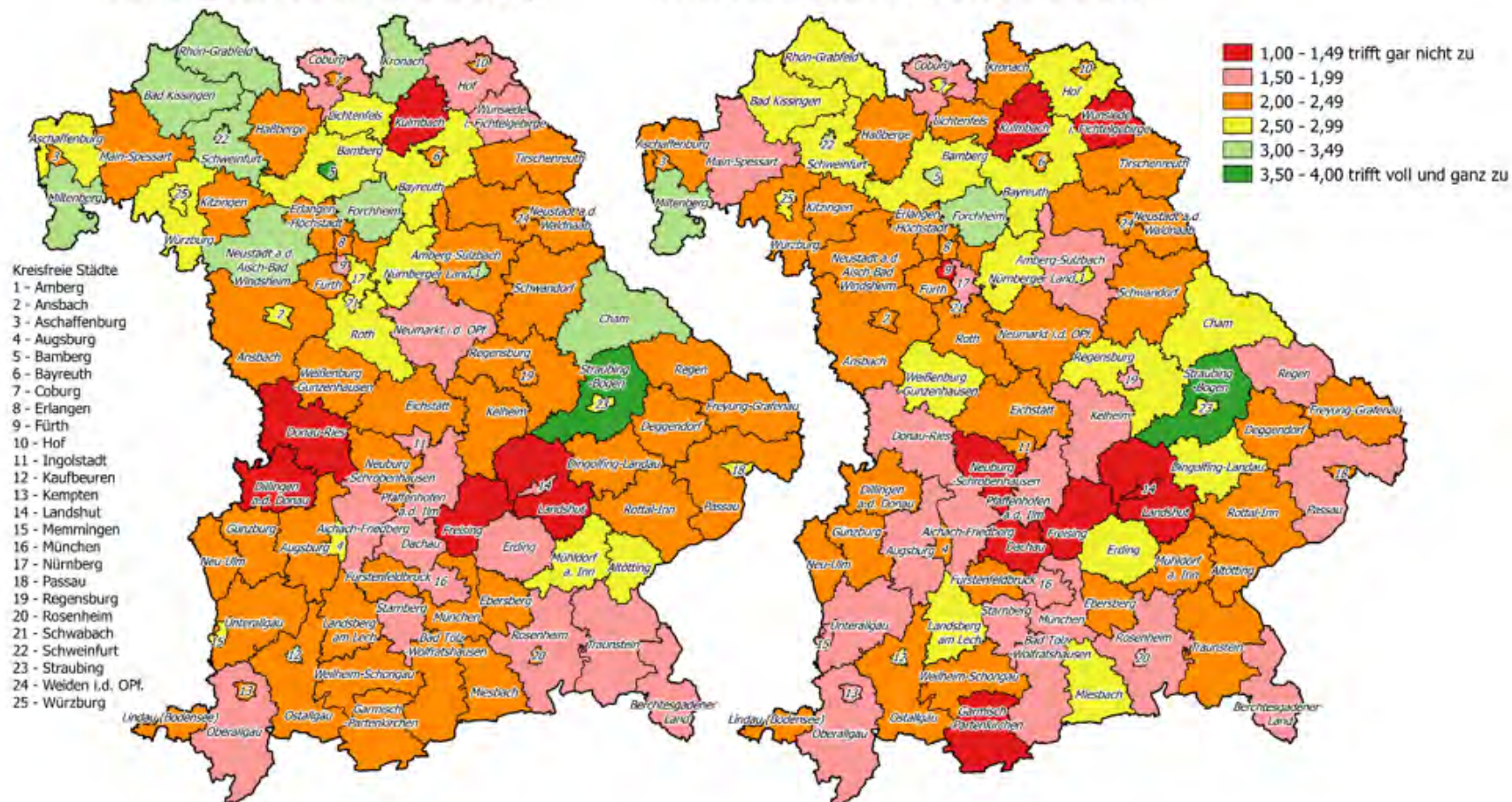
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Abbildung 72: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Tagespflege 2020 und 2025 (Kreis)

Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

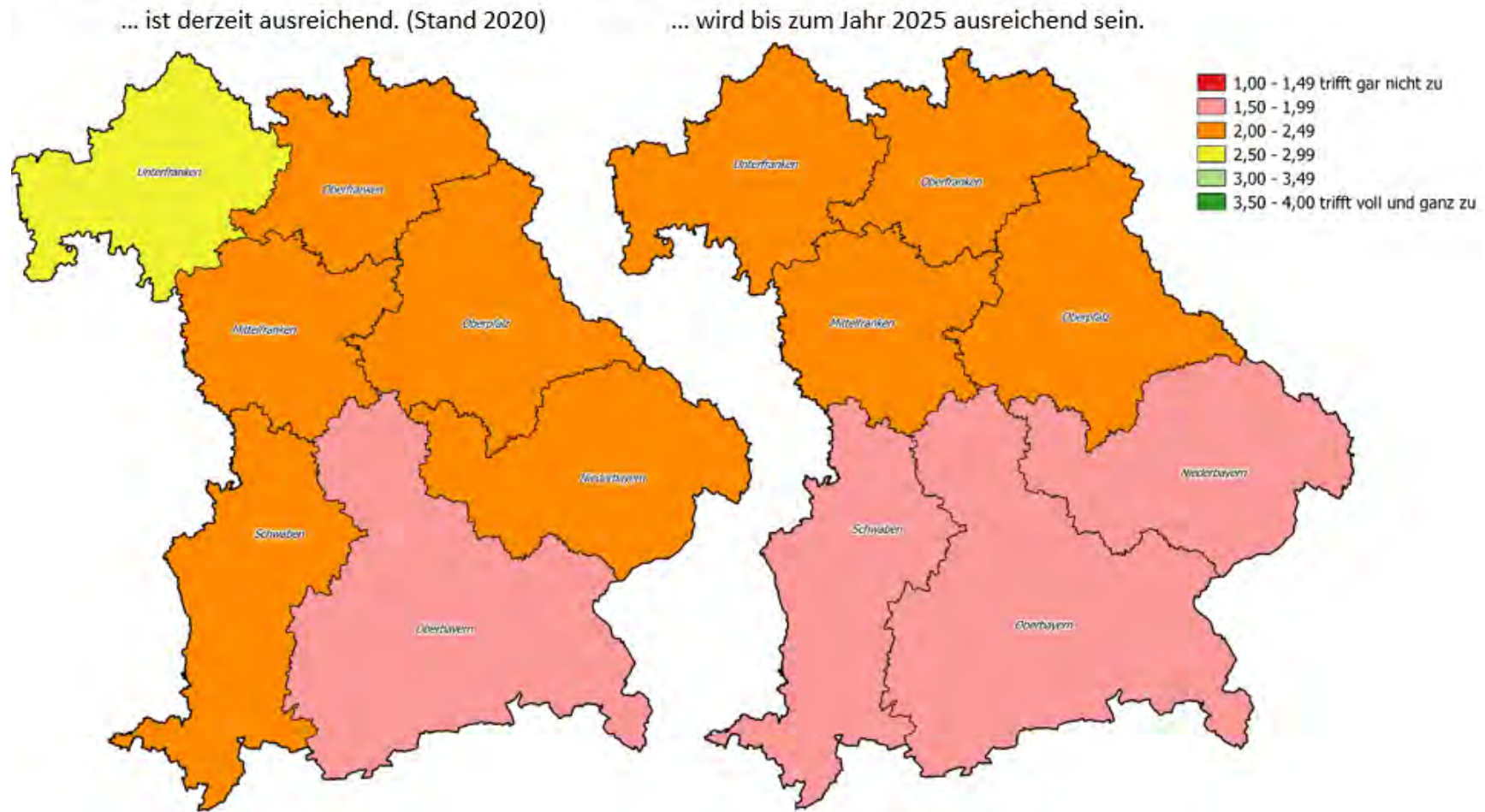
... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 73: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der Tagespflege 2020 und 2025 (RBZ)

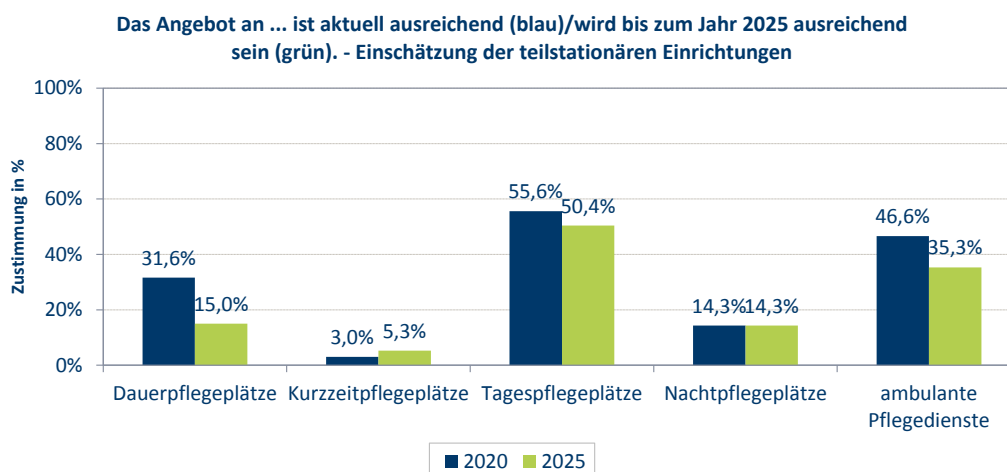
Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Die Tagespflegen wurden gebeten, auch eine Einschätzung der Versorgungssituation für weitere Pflegebereiche in ihrer Region vorzunehmen. Im teilstationären Bereich schätzten mehr als die Hälfte der Tagespflegen (55,6 %) das Angebot als ausreichend ein, bei der Nachtpflege waren dies lediglich 14,3 % (s. Abbildung 74). Das Angebot ambulanter Pflegedienste wurde mit einer Zustimmung von 46,6 % über alle Kreise hinweg am häufigsten als aktuell ausreichend beschrieben, wohingegen der vollstationäre Bereich mit einer Zustimmung von 31,6 % in der Dauerpflege und lediglich 3,0 % in der Kurzzeitpflege deutlich schlechter abschnitt. Die Zustimmungswerte im Jahr 2025 gegenüber dem Jahr 2020 fallen, bis auf das Nachtpflegeangebot (± 0) sowie das Kurzzeitpflegeangebot (+ 2,3 %), über alle Versorgungsbereiche hinweg im Minimum um 5,2-Prozentpunkte in der Tagespflege bis maximal 16,6-Prozentpunkte in der Dauerpflege.

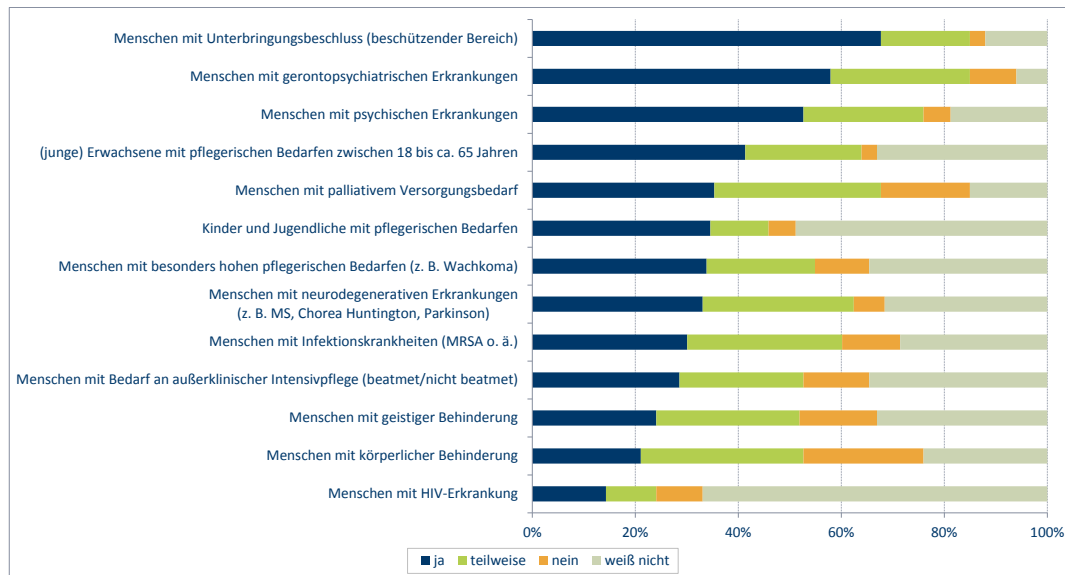
Abbildung 74: Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der teilstationären Einrichtungen (n = 133)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Am häufigsten wurden aus Sicht der teilstationären Einrichtungen, ähnlich wie bei den vollstationären Einrichtungen, Versorgungsengpässe für Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich) (67,7 %) sowie Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (57,9 %) und Menschen mit psychischen Erkrankungen (52,6 %) berichtet (s. Abbildung 75).

Abbildung 75: Einschätzung der Versorgungsengpässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der teilstationären Einrichtungen (n = 133)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Weiterentwicklung des Tagespflegeangebots

Die teilstationären Einrichtungen wurden gebeten, Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Tagespflegeangebots zu benennen, mit denen die Versorgungssituation im ambulanten Setting wirkungsvoller gestärkt werden könnte. Dazu gehörte primär der Ausbau von Tagespflegeangeboten, insbesondere in Bezug auf die Öffnungszeiten – diese müssten stärker „den Arbeitszeiten der Kinder/Angehörigen angepasst sein, bzw. flexibel sein“ und auch Wochenenden miteinbeziehen. Insbesondere längere Öffnungszeiten könnten vor allem berufstätigen Angehörigen mehr Entlastung bieten – so wurde auch der Aspekt der Nachtpflege vereinzelt aufgegriffen (s. Tabelle 49).

Als weiterer Punkt spielten Vergütungs-, Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten eine zentrale Rolle. In diesem Zuge wurden verschiedene Aspekte, u. a. die Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Tagespflegegastes, angesprochen: *„Als erstes müssten in meinen Augen die 15 möglichen Abwesenheitstage erhöht werden, damit es in Zukunft auch noch Tagespflege gibt. Im Pflegeheim wird für ein leeres Bett (wenn Bew. im KH oder Reha ist) drei Tage lang zu 100 Prozent bezahlt und ab dem vierten Tag 75 Prozent bezahlt. Ein Kindergartenplatz muss auch für ein Jahr bezahlt werden. Benachteiligt sind da die teilstationären Einrichtungen sehr. Für die vielen kurzfristigen Absagen können die Einrichtungen nichts. Wir haben mit alten kranken Menschen zu tun. Da ist es auch schwer, kurzfristig bei Absagen Ersatzgäste am selben Tag zu bekommen. fast unmöglich ...“.*

Zusätzlich sollten die Eigenanteile für die Tagespflege reduziert oder abgeschafft werden: *„Viele Menschen können sich das nicht leisten, täglich einen Eigenanteil von ca. 24 € zuzuzahlen. Die würden gerne mehr in Anspruch nehmen, wenn sie wenig bis keinen Anteil hätten.“* In diesem Zusammenhang wäre eine Reduktion der Fahrtkosten für die Gäste ebenfalls erstrebenswert: *„Die Fahrtkosten müssten deutlich günstiger sein, teilweise sind diese so hoch, wie die Rechnung an Besuchstagen selbst.“*

Aus Sicht der Tagespflegen bedürfte es zudem einer weiteren Ausdifferenzierung des Betreuungsangebots, um die Bedürfnisse von spezifischen Zielgruppen, wie z. B. Menschen mit demenziellen Erkrankungen als auch jüngeren Pflegebedürftigen, zu adressieren – dies beinhaltet auch die entsprechende Ausbildung und Schulung des Betreuungspersonals sowie die Aufstockung von Pflegefachkräften in der Betreuung. Therapeutische Angebote sollten in diesem Zuge ebenfalls ausgebaut werden. Tagespflegeanbieter sähen in dem Ausbau von Kooperationen einen weiteren Ansatz zur Entwicklung der Tagespflege, bspw. zwischen Pflegediensten und Tagespflegen, aber auch zwischen Betreutem Wohnen und der Tagespflege.

Einzelne Anregungen bezogen sich letztlich u. a. auf die Räumlichkeiten bzw. die Ausstattung der Tagespflegen, bspw. in Form des Ausbaus eigener Gartenbereiche, welche der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet wurden.

Tabelle 49: Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Tagespflegeangebots zur Stärkung der ambulanten Versorgungssituation (n = 132, Anzahl Nennungen)

Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Tagespflegeangebots	Anzahl Nennungen
Ausbau des Tagespflegeangebots (Ausweitung der Öffnungszeiten [nachfrageorientiert/flexibel]; Wochenendangebote, Nachtpflege)	52
Verbesserung der Vergütungs-, Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten	21
Ausbau und Differenzierung von Betreuungsangeboten/-strukturen (zielgruppenspezifische Angebote)	17
Ausbau von therapeutischen Angeboten (z. B. Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie)	11
Erhöhung der Personalbesetzung in Betreuung und Pflege	9
Ausbau/Förderung von Kooperation und Vernetzung (z. B. zwischen Pflegediensten und Tagespflegen)	8
Ausbau von Informations-/Beratungsangeboten zum Angebot der Tagespflege	4
Reduktion von Auflagen und Regelungen	3
Sonstiges	7

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

4.3.3 Zusammenfassung

Die Entwicklung der Kapazitäten für die teilstationäre Versorgung in Bayern ist, im Zusammenhang mit Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung, im Zeitraum 2007 bis 2017 durch sehr hohe Zuwachsraten gekennzeichnet. Dieser Trend scheint sich auch 2018/19 fortzusetzen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich der Markt weiterhin in einer Phase der angebotsinduzierten Nachfrageentwicklung befindet, d. h. jedes neue Angebot ist auch in kurzer Zeit ausgelastet.

Wie zu erwarten, gibt es auch im Bereich der Tagespflege regionale Unterschiede in den Versorgungsquoten, die zunächst auf unterschiedliche Bedarfe zurückzuführen sein könnten. Nach Einschätzung der Pflegeeinrichtungen (ambulant, teil- und vollstationär) sowie der Beratungsstellen ist jedoch das Angebot an teilstationärer Versorgung in 66 Kreisen (69 % aller Kreise) derzeit (eher) nicht ausreichend. Ein Drittel der Tagespflegeeinrichtungen plant künftig eine Erhöhung des Angebots.

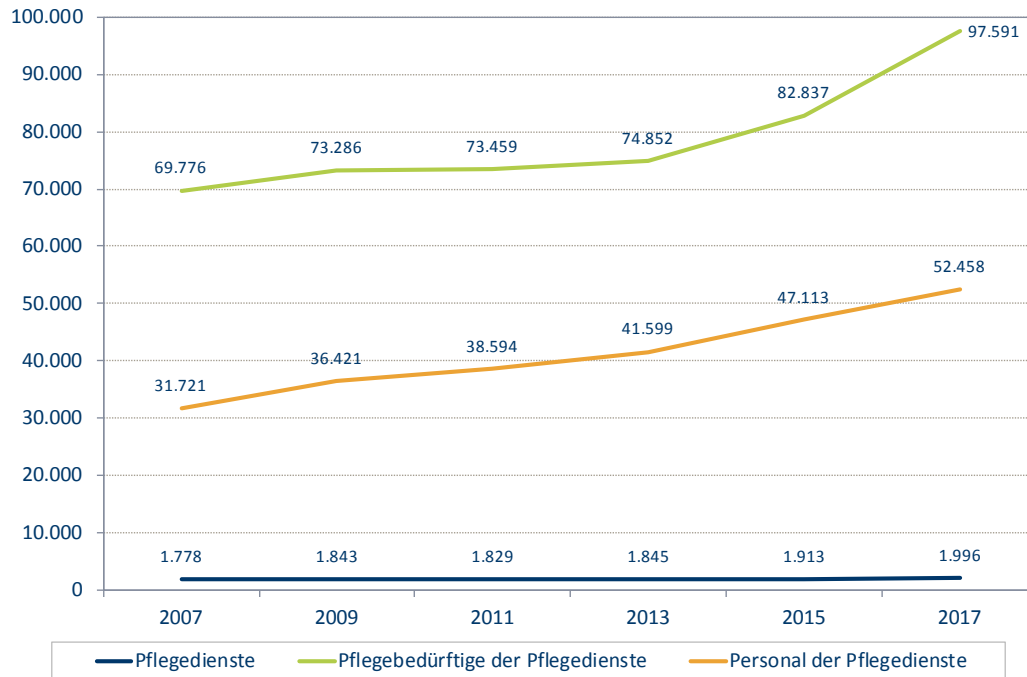
Die Tagespflegen sind kleine Einrichtungen mit fünf Beschäftigten im Bereich Pflege und weiteren zwei in der Betreuung (Medianwerte). Die größten Werte in der Stichprobe waren 14 Mitarbeitende in der Pflege und 11 in der Betreuung. Ganz anders als im vollstationären Bereich berichteten nur wenige teilstationäre Einrichtungen von Personalengpässen. Dies dürfte u. a. den vergleichsweise angenehmen Arbeitsbedingungen in der Tagespflege (keine Schicht- und Wochenenddienste) geschuldet sein.

4.4 Ambulante Versorgung

4.4.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Die Zahl der Sozialstationen in Bayern ist im Zeitraum 2007 bis 2017 um 12 % gestiegen. Mit rund 65 % mehr Personal (bezogen auf Personen, nicht Vollzeitkräfte) versorgten sie 2017 ca. 40 % mehr pflegebedürftige Personen als 2007 (s. Abbildung 76).

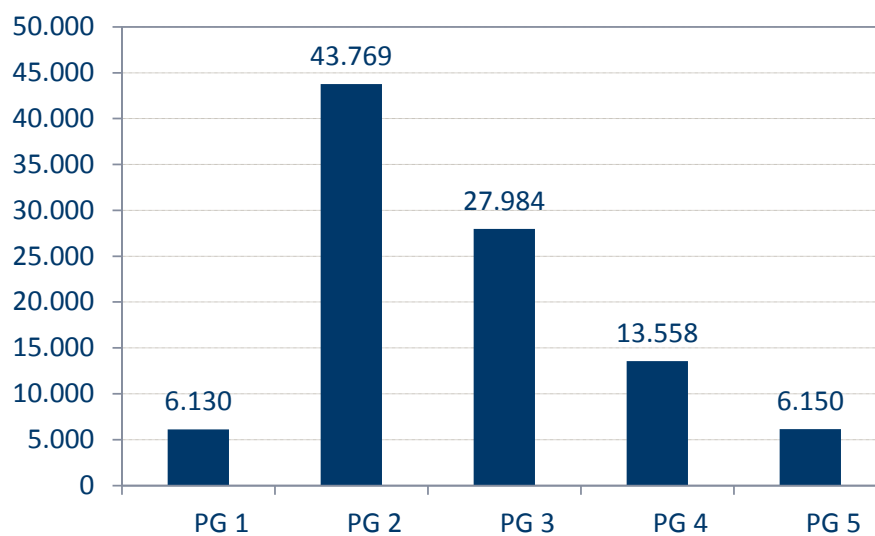
Abbildung 76: Entwicklung der ambulanten Pflege 2007 bis 2017 in Bayern



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Rund 45 % der von den Sozialstationen versorgten pflegebedürftigen Personen hatte 2017 Pflegegrad 2, weitere 29 % Pflegegrad 3 (s. Abbildung 77).

Abbildung 77: Pflegebedürftige mit ambulanter Sachleistung 2017 in Bayern nach Pflegegraden



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Die von ambulanten Pflegediensten versorgten pflegebedürftigen Personen sind meist zwischen 75 und 95 Jahre alt (78 % im Jahr 2017). Der Anteil jüngerer pflegebedürftiger Personen ist in der professionellen ambulanten Versorgung etwas höher als im stationären Bereich – knapp 10 % sind in der Altersgruppe 20 bis 65 Jahre, mit überdurchschnittlicher Steigerungsrate, und 1,3 % sind Kinder und Jugendliche (s. Tabelle 50).

Tabelle 50: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen der ambulanten Pflegedienste nach Altersgruppen (2007 – 2017)

Alter	Pflegebedürftige ambulanter Pflegedienste (15.12.2007)	Pflegebedürftige ambulanter Pflegedienste (15.12.2017)	Prozentuale Veränderung
unter 20 Jahre	1.076	1.234	+ 15 %
20 bis unter 65 Jahre	6.106	9.495	+ 56 %
über 65 Jahre	62.594	86.862	+ 39 %
Gesamt	69.776	97.591	+ 40 %

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Spezifische Angebote ambulanter Pflegedienste

Die folgende Auflistung in Tabelle 51 zeigt, jeweils auf Ebene der Regierungsbezirke, wie viele ambulante Pflegedienste derzeit Angebote für spezifische Zielgruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen vorhalten. Es kommt durchaus vor, dass ein Pflegedienst mehrere zielgruppenspezifische Angebote vorhält. So kann es bspw. sein, dass ambulante Pflegedienste, die auf Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung spezialisiert sind sowohl in der einen als auch in der anderen Kategorie erfasst und somit doppelt gezählt wurden. Die Kategorien entsprechen der Abfrage der AOK Bayern.

Prinzipiell werden in allen Bezirken entsprechende Angebote vorgehalten, inwieweit diese bedarfsgerecht bzw. ausreichend sind, lässt sich aus diesen Zahlen noch nicht ableiten. Daher wurden in den Erhebungen bei den Einrichtungen entsprechende Fragen gestellt (s. auch Abschnitt 4.4.2.3).

Tabelle 51: Anzahl ambulanter Pflegedienste mit zielgruppenspezifischen Angeboten nach Regierungsbezirk (Stand Sept. 2019)

spezifische Angebote für Menschen mit ...	Oberbayern	Niederbayern	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Schwaben	Bayern
Intensivpflegebedarf	64	18	15	12	12	11	15	147
Kinder und Jugendliche	13	6	4	7	4	5	7	46
chronisch psychischen Erkrankungen	34	6	9	19	16	6	19	109
körperlicher Behinderung	53	10	13	22	22	12	24	156
geistiger Behinderung	36	7	9	10	17	8	17	104
Behinderungen (überwiegender Anteil der Klientel)	2	0	0	1	0	1	4	8
hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Hirnschädigungen der Phase F)	41	7	7	10	12	8	14	99
HIV-Erkrankung/AIDS	22	5	5	8	11	5	9	65
neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS,)	49	7	9	20	20	8	17	130
GESAMT	314	66	71	109	114	64	126	864

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2019

Anmerkung: Die Anzahl der ambulanten Dienste mit Angeboten für bestimmte Zielgruppen setzt sich zusammen aus den jeweiligen Versorgungsverträgen sowie von den ambulanten Diensten an die AOK Bayern gemeldeten Spezialisierungen. Die eigenen Angaben der ambulanten Dienste sind teilweise nicht trennscharf, weswegen die in der Tabelle angegebene Zahlen nur Richtwerte darstellen. Mehrere Spezialisierungen pro Dienst sind möglich.

Personal

Die folgende Tabelle 52 zeigt die regionalen Unterschiede in der Entwicklung der professionellen ambulanten Pflege. Der höchste Zuwachs sowohl bei den Klientinnen bzw. Klienten als auch dem Personal ist erneut in der Oberpfalz zu verzeichnen.

Tabelle 52: Entwicklung ambulante Versorgung 2007 bis 2017 nach Regierungsbezirken (Index, 2007 = 100)

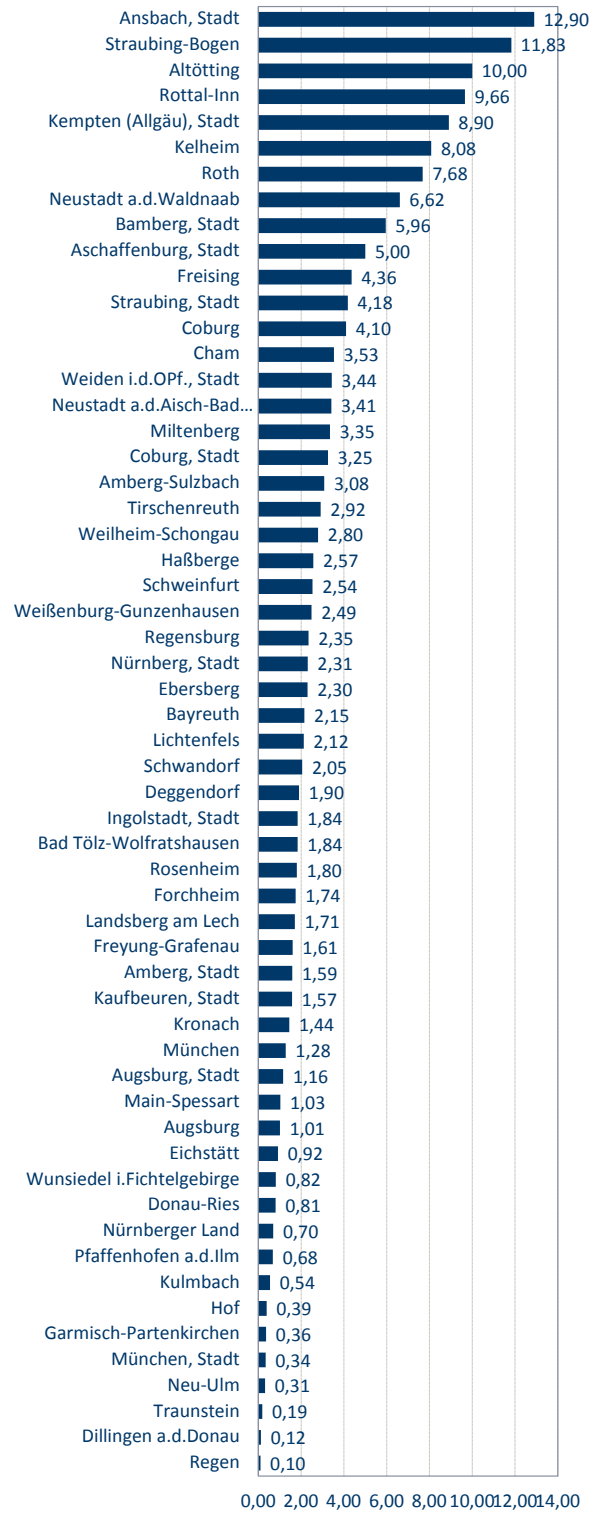
Regierungsbezirk	Anzahl Pflegedienste	Pflegebedürftige der Pflegedienste	Personal (gesamt) der Pflegedienste
Oberbayern	116	135	152
Niederbayern	123	134	192
Oberpfalz	104	156	192
Oberfranken	113	148	174
Mittelfranken	110	130	167
Unterfranken	104	147	152
Schwaben	110	142	165
GESAMT	112	140	165

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Die regionalen Unterschiede in der Personalausstattung ambulanter Pflegedienste sind groß: 2017 lag die Anzahl des Personals (insgesamt) in Pflegediensten pro 100 ambulant versorgte Pflegebedürftige zwischen dem Minimum von 30 Beschäftigten in der kreisfreien Stadt Hof und im Landkreis Coburg und dem Maximum von 157 Beschäftigten im Landkreis Kelheim (der damit sogar im bundesweiten Vergleich an erster Stelle lag). Diese große Spannweite der regionalen Versorgungsquoten ist allerdings wenig aufschlussreich, da sich dahinter große Unterschiede verbergen können, u. a. in dem Leistungsumfang je Klientin bzw. Klient, der von einem Einsatz pro Woche bis zu mehreren Einsätzen täglich variiert, den Vollzeit- bzw. Teilzeitquoten, den Anteilen von Pflegefach- und -hilfskräften bzw. weiteren Qualifikationen und Tätigkeitsbereichen, den Versorgungsanteilen von ausschließlich SGB V-Patientinnen und Patienten mit häuslicher Krankenpflege sowie der Anzahl der außerhalb des Kreises versorgten Klientinnen und Klienten (und umgekehrt der von nicht kreisansässigen Pflegediensten versorgten Personen).

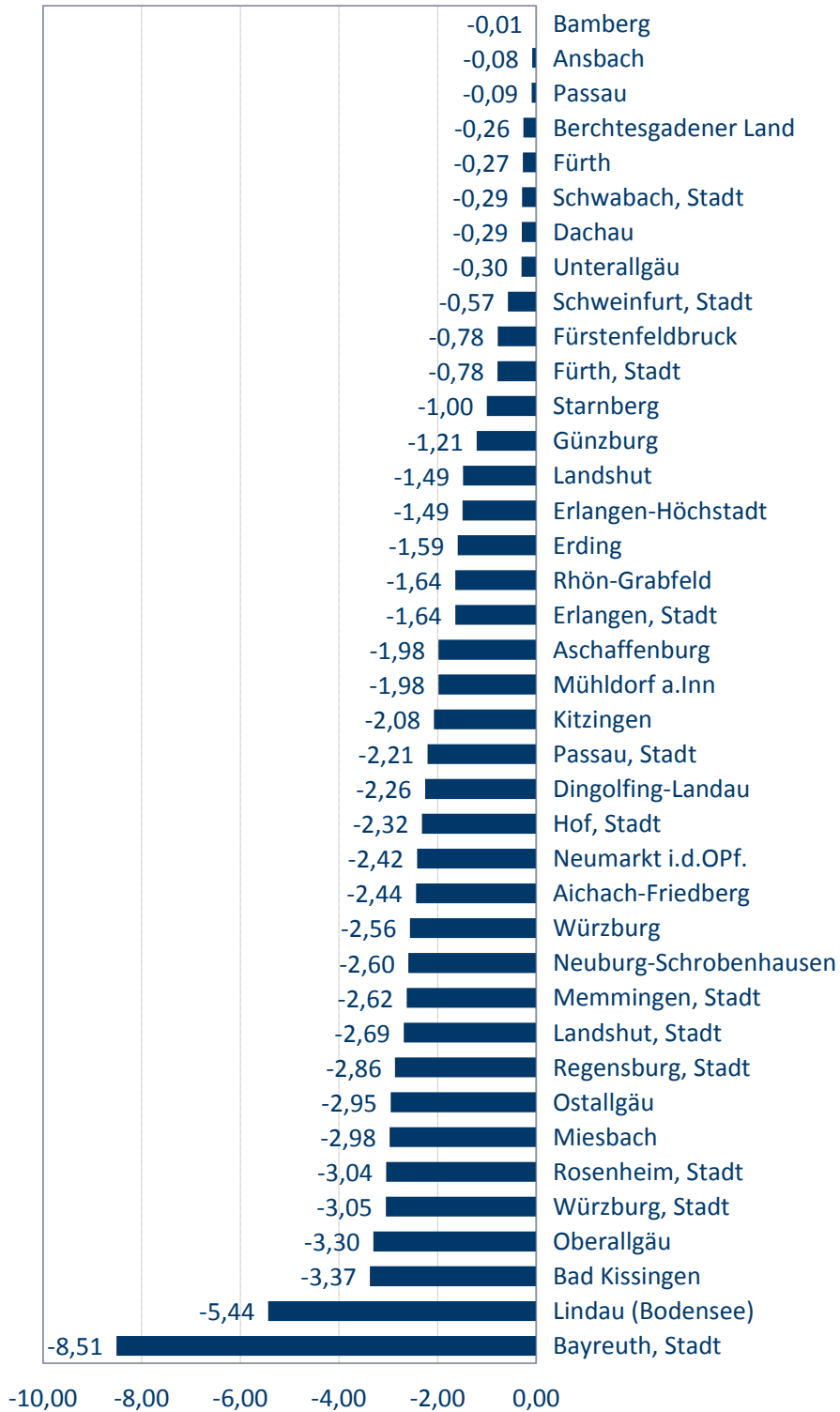
Eine ähnlich große Varianz ergibt sich bezgl. der Entwicklung der rechnerischen Personalquoten in den letzten Jahren. Die folgende Abbildung 78 enthält die 57 Kreise, deren Personalquoten in der ambulanten Pflege je ambulant versorgte pflegebedürftige Person im Zeitraum 2009 bis 2017 zugenommen haben. Danach listet Abbildung 79 jene 39 Kreise auf, deren Personalquoten in diesem Zeitraum rückläufig waren.

Abbildung 78: Kreise mit positiven durchschn. jährlichen Wachstumsraten der rechnerischen Personalquoten auf Kreisebene im Zeitraum 2009 bis 2017 (in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Abbildung 79: Kreise mit negativen durchschn. jährlichen Wachstumsraten der rechnerischen Personalquoten auf Kreisebene im Zeitraum 2009 bis 2017 (in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Ob und inwieweit diese beobachtbaren Personalentwicklungen jeweils die regional veränderten Bedarfe abbildet oder auf Versorgungsengpässe schließen lässt, ist ohne weiteres nicht zu beurteilen. Daher wurde in den Befragungen der Einrichtungen auch um deren Einschätzung zur regionalen Versorgungssituation gebeten (s. Abschnitt 4.4.2.5).

Die folgende Tabelle 53 zeigt die Personalentwicklung der ambulanten Pflegedienste im Zeitraum 2007 bis 2017 für Bayern insgesamt nach Tätigkeitsbereichen. Den höchsten durchschnittlichen Zuwachs über den gesamten Zeitraum wies der sonstige Bereich auf, gefolgt von der körperbezogenen Pflege. Die Zahl der erst seit 2013 ausgewiesenen Betreuungskräfte hat sich bis 2017 stark erhöht, sie lag allerdings 2015 noch über dem Wert von 2017 (2015: 2.064 Personen).

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen gem. § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB XI „Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

- ◆ bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
- ◆ bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
- ◆ durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.“

Wie aus der rechten Spalte in Tabelle 53 ersichtlich, werden mit rund 70 % die meisten ambulant tätigen Pflegekräfte im Bereich der körperbezogenen Pflege eingesetzt, gefolgt von ca. 11 % im Bereich Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Anteil der in der pflegerischen Betreuung eingesetzten Beschäftigten lag 2017 bei 3,8 %.

Tabelle 53: Personal in ambulanten Pflegediensten nach Tätigkeitsbereichen (Bayern insgesamt, 2007 - 2017)

Tätigkeitsbereich	2007 (Personen)	2017 (Personen)	durchschn. jährlicher Zu- wachs	Anteil an Per- sonal gesamt 2017
Pflegedienstleitung	1.954	2.619	3,0 %	5,0 %
Körperbezogene Pflege	22.676	36.778	5,0 %	70,1 %
Betreuung (§ 36 Abs. 2 S. 3 SGB XI)*	---	1.975	12,4 %**	3,8 %
Hilfen bei der Haushalts- führung	3.924	5.880	4,1 %	11,2 %
Verwaltung, Geschäftsführung	1.688	2.377	3,5 %	4,5 %
sonstiger Bereich	1.479	2.829	6,7 %	5,4 %

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

Anmerkung: *Betreuungskräfte werden in der Pflegestatistik erst ab 2013 ausgewiesen.

**im Zeitraum 2013 bis 2017

2017 waren nur rund 26 % des Personals der ambulanten Pflegedienste in Bayern in Vollzeit tätig. Damit liegt Bayern unterhalb des Bundesdurchschnitts (29 %) und im Vergleich der Bundesländer an 12. Stelle. Das sich daraus für die künftige Entwicklung ergebende Arbeitspotenzial ist erheblich. Beim Spitzenreiter Sachsen-Anhalt waren immerhin 38 % der Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Vollzeit tätig (s. Tabelle 54).

Weiterhin waren in Bayern rund 24 % der Beschäftigten ambulanter Dienste geringfügig beschäftigt, weitere 18 % in Teilzeit mit weniger als 50 % der Arbeitszeit.

Tabelle 54: Anteil in Vollzeittätigkeit in Pflegediensten 2017 nach Bundesland

Bundesland	Anteil der in Vollzeit tätigen Beschäftigten in %
Sachsen-Anhalt	38
Berlin	38
Thüringen	38
Mecklenburg-Vorpommern	36
Brandenburg	35
Hessen	32
Sachsen	32
Rheinland-Pfalz	31
Nordrhein-Westfalen	30
Hamburg	30
Saarland	29
Deutschland	29
Bayern	26
Schleswig-Holstein	23
Niedersachsen	22
Baden-Württemberg	20

Quelle: IGES, auf Grundlage von Statistisches Bundesamt 2019 (www.gbe-bund.de)

4.4.2 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

Die in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf die Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste.

Ergebnisse zur Einschätzung der Versorgungssituation (s. Abschnitt 4.4.2.5) werden teilweise aggregiert aus den Ergebnissen weiterer Online-Befragungen (vollstationär, teilstationär, Beratungsstellen) berichtet, s. auch Abschnitt 3.2.1.2.

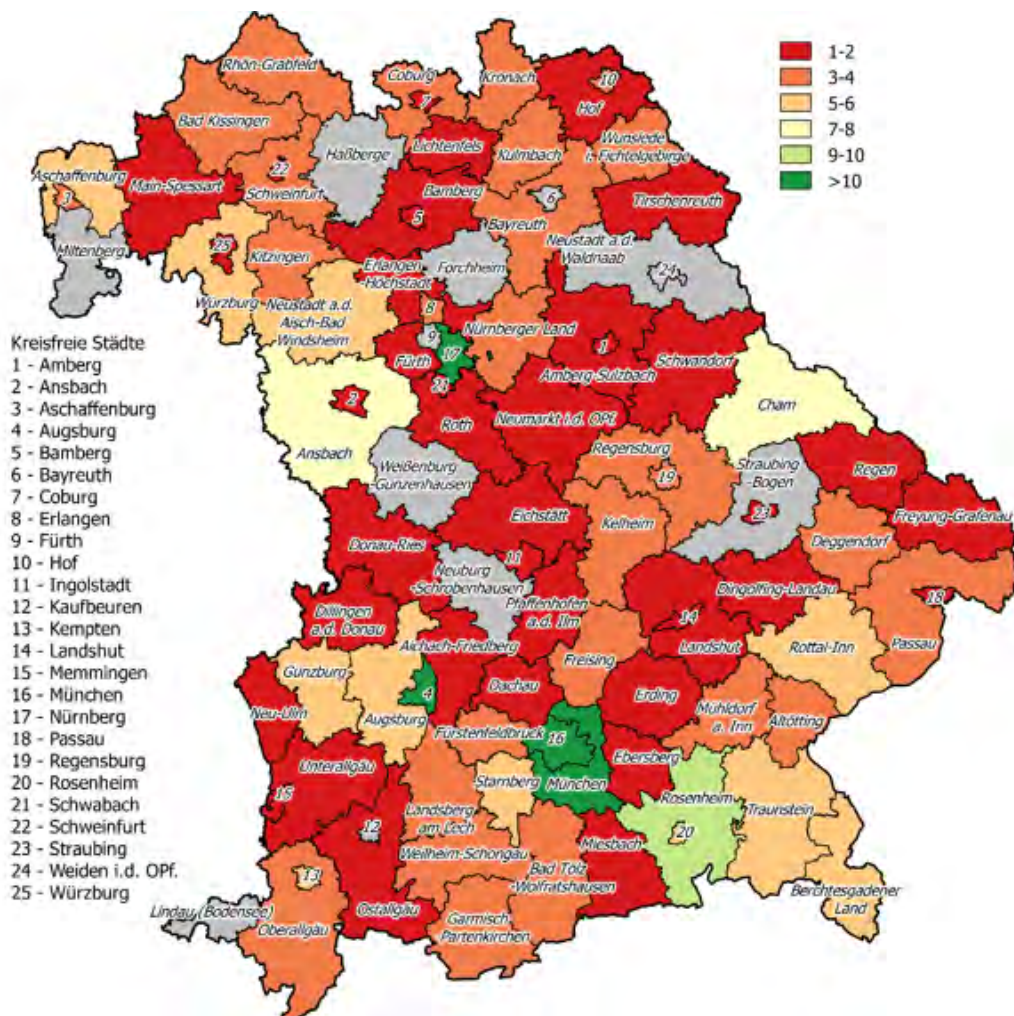
4.4.2.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Es wurden insgesamt 2.078 ambulante Pflegedienste bayernweit angeschrieben. Den Fragebogen beantworteten $n = 293$ Einrichtungen, die Rücklaufquote lag somit bei 14,1 %.

Beschreibung der Stichprobe

Aus den 96 Kreisen in Bayern nahmen 84 Kreise mit mindestens einem Pflegedienst pro Kreis teil (Mittelwert: 3,5; Median: 3) (s. Abbildung 80). Die Landeshauptstadt München war mit $n = 19$ Pflegediensten am häufigsten vertreten, gefolgt von dem Landkreis München ($n = 15$) sowie den kreisfreien Städten Nürnberg ($n = 14$) und Augsburg ($n = 11$). Aus den anderen Kreisen nahmen jeweils $n = 1$ bis $n = 9$ Pflegedienste teil.

Abbildung 80: Rücklauf der ambulanten Pflegedienste (Anzahl) nach Kreis ($n = 293$)

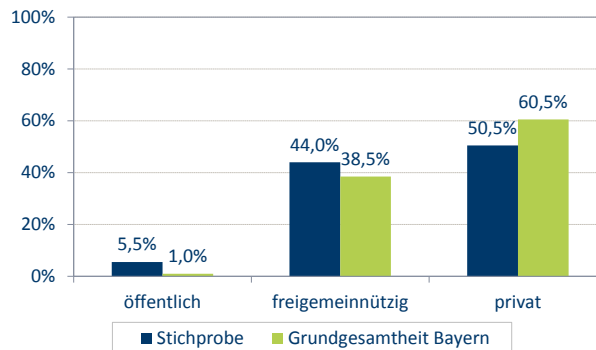


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Anmerkung: grau = kein Rücklauf

Der Großteil der teilnehmenden Pflegedienste war in privater Trägerschaft (50,5 %), gefolgt von Pflegediensten in freigemeinnütziger (44,0 %) und öffentlicher (5,5 %) Trägerschaft (s. Abbildung 81). Im Vergleich zur GG aller Pflegedienste in Bayern (1.996 Einrichtungen – Pflegestatistik 2017) sind öffentliche und freigemeinnützige Träger (leicht) über- und private Träger unterrepräsentiert.

Abbildung 81: Anteil der Pflegedienste nach Trägerschaft (n = 293) im Vergleich zur Grundgesamtheit in Bayern (n = 1.996) (Stand 2017)

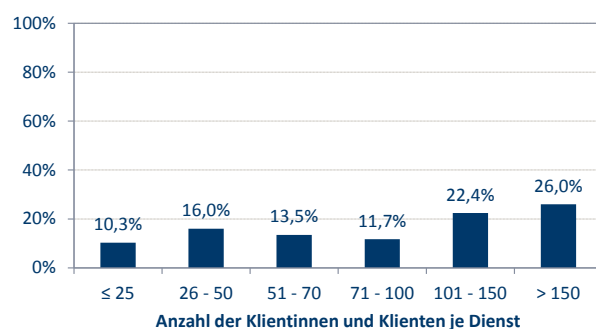


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste und Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

93,2 % der Pflegedienste waren zum Zeitpunkt der Befragung mehr als bzw. drei Jahre am Markt, während rd. 3 % erst jüngst – „im Jahr 2018“ bzw. knapp 4 % erst „2019 bzw. vor Kurzem“ - den Betrieb aufgenommen haben.

Etwa ein Viertel der in der Stichprobe vertretenen Pflegedienste waren größere Pflegedienste, die im Dezember 2018 jeweils mehr als 150 Klientinnen bzw. Klienten betreuten bzw. versorgten. Etwa 10 % waren kleinere Pflegedienste mit ≤ 25 zu betreuenden Klientinnen bzw. Klienten (s. Abbildung 82).

Abbildung 82: Zusammensetzung Rücklauf ambulant nach Größenklassen (Anzahl der Pflegebedürftigen) (n = 281, n = 12 fehlend) (Dezember 2018)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

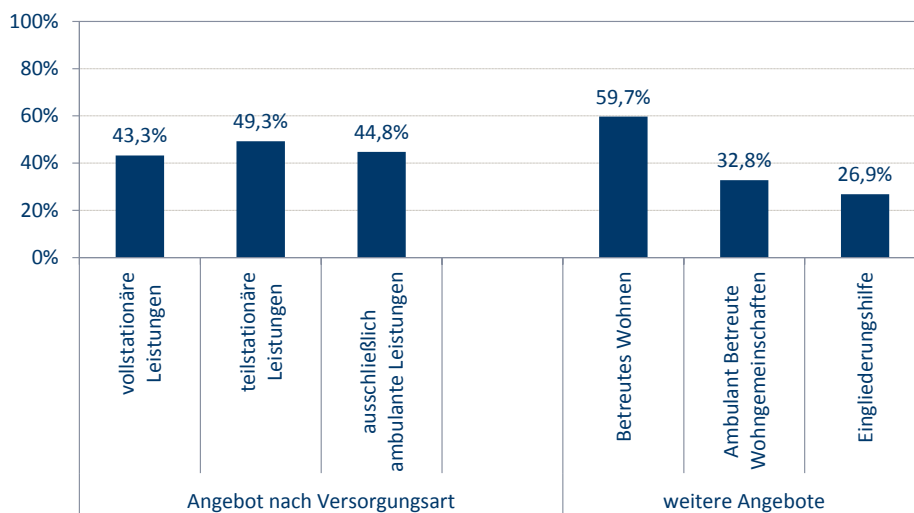
Die befragten Personen waren mehrheitlich länger als zehn Jahre (71,7 %), jeweils rd. 14 % „5-10 Jahre“ und „weniger als 5 Jahre“ im Bereich der ambulanten Pflege tätig und zu rd. 87 % aus der Geschäftsführung, pflegerischen Leitung bzw. sowohl Geschäftsführung und pflegerische Leitung in Personalunion.

Pflegedienste im Verbund

Rd. 77 % berichteten, eigenständige Pflegedienste mit ausschließlich ambulanten Versorgungsangeboten zu sein, während sich 22,9 % als Teil eines Verbundes (Träger mit mehreren Pflegeeinrichtungen) zuordnete (n = 293; Mehrfachnennung möglich).

Während 44,8 % der Pflegedienste in Verbänden angab, Teil eines Verbundes mit ausschließlich ambulanten Leistungen zu sein, befanden sich ebenfalls knapp die Hälfte der Pflegedienste in einem Verbund mit teilstationären Leistungsanbietern (49,3 %) und/oder mit Anbietern vollstationärer Leistungen (43,3 %) (s. Abbildung 83). Darüber hinaus befinden sich rd. 60 % der Pflegedienste in Verbänden, die Angebote im Bereich Betreutes Wohnen vorhalten sowie knapp ein Drittel in Verbänden mit Angeboten im Bereich ambulant betreute Wohngemeinschaften. Über Angebote im Bereich der Eingliederungshilfe im Verbund berichteten etwas mehr als ein Viertel der Pflegedienste.

Abbildung 83: Versorgungsangebot im Verbund ambulanter Pflegedienste (n = 67; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

4.4.2.2 Kapazitäten, Angebot und Nachfrage

In nahezu allen Pflegediensten werden Leistungen nach SGB XI (Ausnahme n = 2 Einrichtungen) als auch Leistungen nach SGB V (Ausnahme n = 8 Einrichtungen) angeboten.

Die Anzahl der in den Pflegediensten versorgten Klientinnen und Klienten hat im Jahr 2018 gegenüber dem Jahr 2017 im Durchschnitt leicht zugenommen (im Mittel + 8 Klientinnen bzw. Klienten) (s. Tabelle 55). Bei der Mehrheit der Pflegedienste (rd. 75 %) war (tendenziell eher) ein Zuwachs zwischen einem und bis zu 450 Klientinnen bzw. Klienten zu verzeichnen (Mittelwert: + 22,4, Median: + 14), während die übrigen Pflegedienste von einem Rückgang zwischen einem und bis zu 61 Klientinnen bzw. Klienten (Mittelwert: - 12,8, Median: - 7) berichteten.

Tabelle 55: Versorgung Klientinnen und Klienten in ambulanten Pflegediensten nach Jahr

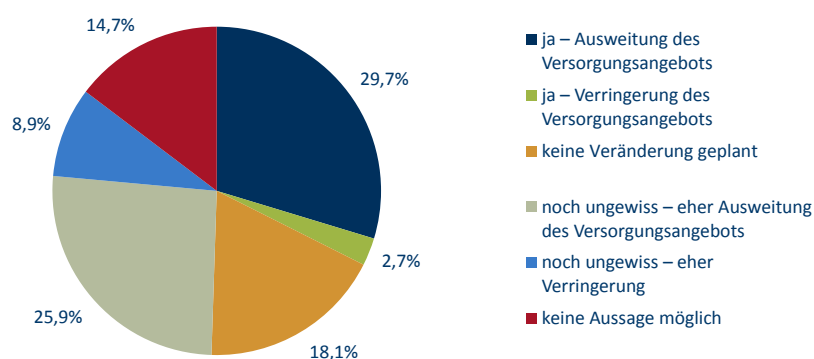
	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
31.12.2017	n = 271	n = 2	123,2	90	1	961
31.12.2018	n = 281	n = 1	130,9	100	1	1052

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Anmerkung: n = 11 Pflegedienste öffneten „im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem“ und sind dementsprechend hier nicht ausgewiesen

Während knapp über die Hälfte der Pflegedienste (tendenziell) eine Ausweitung des Versorgungsangebots in den nächsten fünf Jahren plane, berichteten 18,1 % ihr Angebot nicht bzw. 11,6 % (tendenziell) verringern zu wollen (s. Abbildung 84).

Abbildung 84: geplante Veränderungen in Bezug auf das Versorgungsangebot in Pflegediensten innerhalb der nächsten 5 Jahre (Stand 2020) (n = 293)

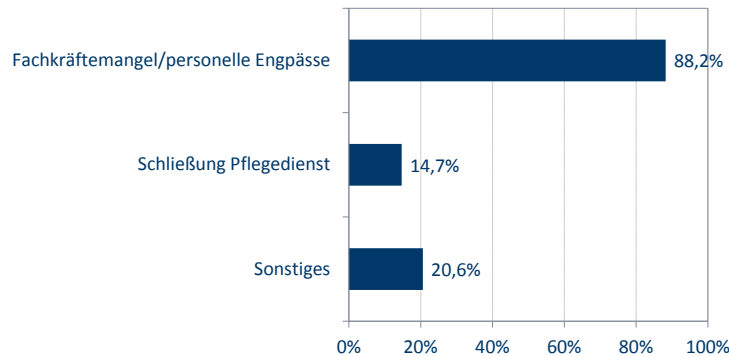


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Pflegedienste, die ihr Angebot nicht ausweiten bzw. verringern werden, begründeten dies primär mit dem Fachkräftemangel bzw. personellen Engpässen („Die Hälfte der MA geht in den nächsten 4 Jahren in Rente, wo dann Ersatz herkommen soll ist mir schleierhaft“) sowie mit geplanten Schließungen von Pflegediensten,

teils aus Altersgründen (s. Abbildung 85). Als weitere Gründe wurden u. a. „erschwerte Bürokratie der Pflegekassen“ und „immer kompliziertere Vorschriften“ sowie „zu lange Anfahrten“ (nicht rentabel) angeführt. Ein Teil der Pflegedienste entscheide sich jedoch auch bewusst gegen eine Ausweitung, um bspw. „familiär“ zu bleiben bzw. die Qualität mit dem vorhandenen Personal hochzuhalten.

Abbildung 85: Gründe für die Verringerung des Versorgungsangebots in Pflegediensten (n = 34; Mehrfachnennung möglich)

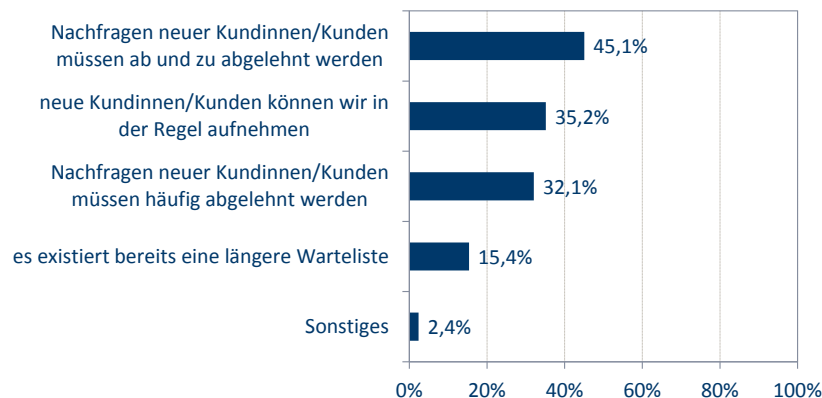


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Auslastung und Nachfrage

Etwas mehr als ein Drittel der Pflegedienste könne in der Regel neue Kundinnen bzw. Kunden aufnehmen, gleichzeitig müssten knapp die Hälfte der Pflegedienste Nachfragen potentieller Kundinnen und Kunden „ab und zu“ ablehnen. Häufige Ablehnungen wären bei 32,1 % der Fall, 15,4 % berichteten Wartelisten zu haben (s. Abbildung 86).

Abbildung 86: Generelle Auslastung des Pflegedienstes (n = 293; Mehrfachnennung möglich)

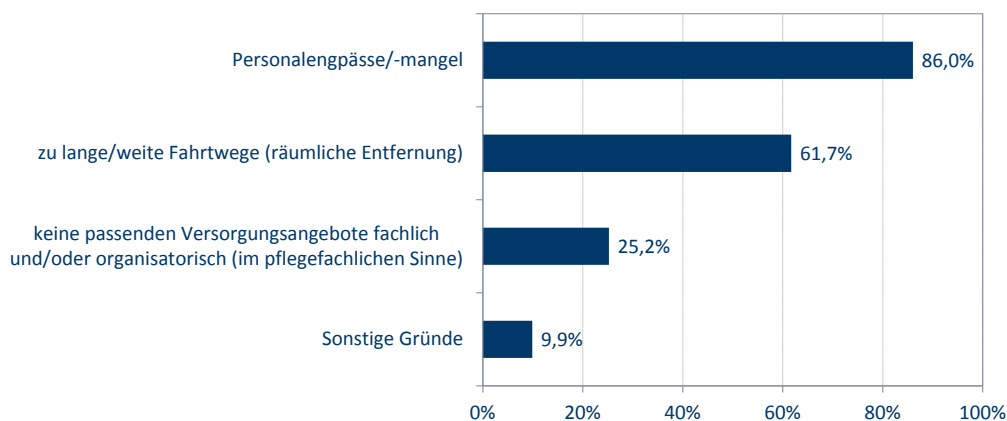


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Der Großteil der Anfragen werde aufgrund von personellen Engpässen (86,0 %) sowie zu langen/weiten Fahrtwegen (61,7 %) abgelehnt (s. Abbildung 87). Beide Aspekte stellten bereits bei den zukünftigen Planungen zur Ausweitung der Versorgungsangebote der Pflegedienste ein Hemmnis dar.

Etwa ein Viertel der Pflegedienste hätte Anfragen aufgrund nicht passender Versorgungsangebote (fachlich/organisatorisch) ablehnen müssen, dazu gehörten primär Anfragen mit behandlungspflegerischen Bedarfen, wie z. B. Port, Tracheostoma, PEG, spezielle Wundverbände oder Stomapflege. Anfragen zur Versorgung von Personen mit intensivpflegerischen Bedarfen, wie z. B. Personen mit Beatmung oder speziellen Schmerzpumpen, hätten ebenfalls abgelehnt werden müssen. Die Versorgung könne aufgrund fehlender Pflegefachkräfte nicht erbracht werden. Dazu zählten auch vereinzelte Anfragen zur Versorgung von Kindern mit und ohne intensivpflegerische Bedarfe. Die Versorgung von Personen mit palliativen Bedarfen hätte ebenfalls in Einzelfällen abgelehnt werden müssen.

Abbildung 87: Gründe für Ablehnungen von Anfragen in Pflegediensten (n = 222; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

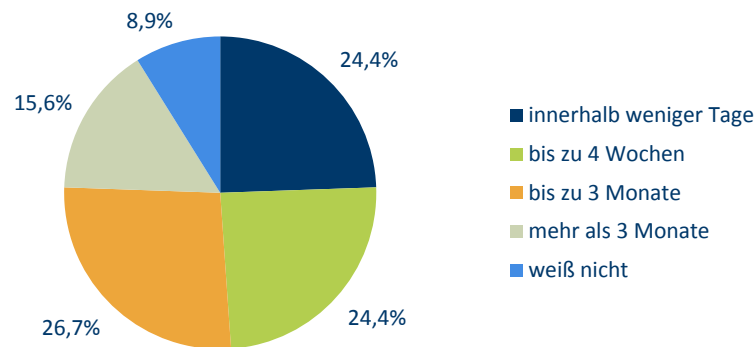
Weitere Ablehnungen erfolgten häufig für Anfragen (ausschließlich) zu hauswirtschaftlichen Leistungen bzw. die Erbringung von Entlastungsleistungen – der Leistungsumfang sei hier zu gering und lohne sich nicht: *„Die Nachfragen für den Entlastungsbetrag § 45b SGB XI für die Hauswirtschaft werden abgelehnt, wir nehmen nur noch Klienten, die wir auch in der Pflege haben, da ergibt sich eine Mischkalkulation. Ansonsten rechnet sich das nicht und man schreibt rote Zahlen aufgrund des Stundensatzes und den Stundenlohn der Hauswirtschaft. Man ist teilweise auf dem Land 20 min. (einfach) unterwegs und auch das zählt zur Arbeitszeit.“*

Aus der Freitextanalyse ließ sich zudem entnehmen, dass die Nachfrage in diesem Bereich sehr hoch sei, da einige Pflegedienste von Wartelisten speziell für den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung berichteten.

Pflegedienste könnten des Weiteren die Wunschzeiten der Klientinnen bzw. Klienten nicht immer bedienen – die Anfragen seien zu speziell und die Wünsche nicht in die vorhandenen Touren integrierbar, teils zeitlich („Die Kunden möchten alle zwischen 8 und 10 Uhr versorgt werden.“), teils aufgrund des Weges (lange Anfahrt, zu viele Anfahrten, nicht Teil des Einzugsgebiets).

Die ungefähre Wartezeit, bis ein Pflegedienst die Betreuung bzw. Versorgung einer neuen Klientin bzw. eines neuen Klienten übernehmen könne, verteilte sich mit jeweils rd. einem Viertel der Pflegedienste auf „innerhalb weniger Tage“, „bis zu 4 Wochen“ und „bis zu 3 Monaten“. Ein geringerer Anteil von 15,6 % berichtete von einer Wartezeit von „mehr als 3 Monaten“ (s. Abbildung 88).

Abbildung 88: Wartezeit bis ein Pflegedienst die Versorgung eines Pflegebedürftigen übernehmen kann (n = 45)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Schwankungen der Nachfrage nach ambulanter Pflege im Jahresverlauf wurden weder eindeutig verneint (47,2 %) noch bejaht (45,4 %), rd. 7 % konnten hierzu keine Aussage treffen. Aus Sicht der Pflegedienste würden Schwankungen bspw. zu Urlaubs- und Ferienzeiten sowie an Feiertagen auftreten. Pflegenden Angehörige nehmen in diesen Zeiten häufig Verhinderungspflege zur Entlastung in Anspruch oder hätten „(...) mehr Zeit und Muße sich um eine professionelle Versorgung zu kümmern“. Zusätzlich würden bestimmte Zeiträume, wie z. B. Ende Juni (Entlastungsleistungen verfallen) oder Ende des Jahres (Budget Verhinderungspflege muss ausgeschöpft werden), u. a. verstärkt genutzt, um die vorhandenen Budgets aufzubrechen.

Jahreszeitliche Schwankungen in Bezug auf das Wetter – bspw. Erkältungszeiten und Unfälle im Winter, Hitzewellen im Sommer sowie Depressionen im Herbst als auch Aufnahmestopps anderer Pflegedienste oder ausgelasteter Pflegeheimen sowie das Entlassmanagement der Krankenhäuser („Entlassungen aus Klinik vor Feiertagen“) beeinflussen ebenfalls die Nachfrage.

4.4.2.3 Zielgruppenspezifische Angebote

Die überwiegende Mehrheit der Pflegedienste (86,0 %) berichtete auf keine bestimmte Zielgruppe spezialisiert zu sein. Unter den Pflegediensten, die Angebote für bestimmte Zielgruppen vorhielten, war knapp die Hälfte auf Menschen mit intensivpflegerischer Versorgung spezialisiert (48,8 %) sowie knapp 30 % auf Menschen mit Behinderung. Auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (17,1 %) sowie jungen Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen (19,5 %) war ein geringerer Anteil spezialisiert. Ambulante Versorgungsangebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen als auch Menschen mit psychischen Erkrankungen stellten eher die Ausnahme dar (jeweils 9,8 %) (s. Abbildung 89).

Abbildung 89: Pflegedienste mit Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen (n = 41; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund

Rd. 92 % der Pflegedienste berichteten, keine spezifischen Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund (einschließlich Angebote in anderen Sprachen) vorzuhalten. Pflegedienste, die spezifisch auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet wären, gaben an, dass dies folgende Herkunftsländer betreffe (sortiert nach Anzahl der Nennung absteigend):⁸ Russland (13); Polen (10); Türkei (7); Rumänien (6); Bosnien und Herzegowina und Kroatien (jeweils 4); Ukraine (3); Albanien, Griechenland, Serbien und Ungarn (jeweils 2).

⁸ Die Ergebnisse der Freitextanalyse legen die Vermutung nahe, dass die Pflegedienste nicht grundsätzlich auf die genannten Länder spezialisiert sind, sondern Beschäftigte u. a. diese Sprache sprechen, weshalb diese Klientel versorgt/betreut werden kann.

Darüber hinaus wurden vereinzelt Länder, wie z. B. Indien, genannt bzw. bestimmte kulturelle Gruppen (z. B. Menschen aus muslimisch geprägten Ländern) aufgeführt.

18,4 % der Pflegedienste bestätigten bzw. planen, zukünftig ihre Angebote für Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen auszuweiten - insbesondere im Bereich der Intensivpflege, darunter auch für Kinder und Jugendliche mit Beatmung sowie (ältere) Menschen mit Behinderung und Menschen mit palliativen Bedarfen (s. Tabelle 56). Dies betrifft vor allem den Bereich der Tagespflege sowie die Errichtung von abWGs, u. a. für Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie intensivpflegerischen Bedarfen, als auch den Ausbau Betreuter Wohnanlagen. Vereinzelt wurde der Ausbau im Bereich der Nachtpflege, Verhinderungspflege und Hauswirtschaft genannt.

Tabelle 56: Geplante (zielgruppenspezifische) Angebotsausweitung der Pflegedienste (n = 74; Anzahl der Nennungen)

(geplante) Ausweitung der Angebote der Pflegedienste	Anzahl der Nennungen
nach Zielgruppe	
Intensivpflege (außerklinisch/stationär – u. a. auch für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene)	16
(ältere) Menschen mit Behinderung (körperlich/geistig)	8
Menschen mit palliativen Bedarfen	6
Menschen mit demenziellen Erkrankungen/gerontopsychiatrisch verändert	5
Ältere und alleinstehende Menschen mit Hilfebedarf	4
Familienbetreuung	2
Menschen mit psychischen Erkrankungen	1
nach Leistung	
Tagespflege (darunter auch kultursensible Angebote)	10
ambulant betreute Wohngruppen (u. a. Demenz und Intensivpflege)	7
Betreutes Wohnen	7
vollstationäre Einrichtungen	2
Hauswirtschaft	1
Nachtpflege	1
Verhinderungspflege	1
Sonstiges	3

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste (Freitextanalyse)

4.4.2.4 Personal

Eine Übersicht zur Personalausstattung der an der Befragung teilnehmenden Pflegedienste ist in Tabelle 57 enthalten. Auffällig ist, dass 76 ambulante Dienste (26 % der Stichprobe) kein Personal im Bereich Betreuung (§ 36 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) beschäftigt.

Im Mittel beschäftigten die ambulanten Pflegedienste Anfang 2020 rund 24 Pflegekräfte im Bereich Pflegedienstleitung/körperbezogene Pflege und sieben Personen im Bereich Betreuung. Die Spannweite lag zwischen zehn und 130 Vollzeitstellen (körperbezogene Pflege/PDL) bzw. 1,5 und 31,5 Vollzeitstellen (Betreuung).

Tabelle 57: Personelle Ausstattung in Pflegediensten, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (Stand Januar 2020)

		Anzahl gültig	Fehlend	Mittel- wert	Median	Min	Max
körperbezogene Pflege/PDL	Anzahl Beschäftigte	n = 285	n = 8	23,8	16	2	150
	in Vollzeit- stellen	n = 276	n = 17	13,86	9,54	1,22	130,00
Betreuung*	Anzahl Beschäftigte	n = 203	n = 14	6,8	4	1	55
	in Vollzeit- stellen	n = 184	n = 33	2,68	1,50	0,10	31,50

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

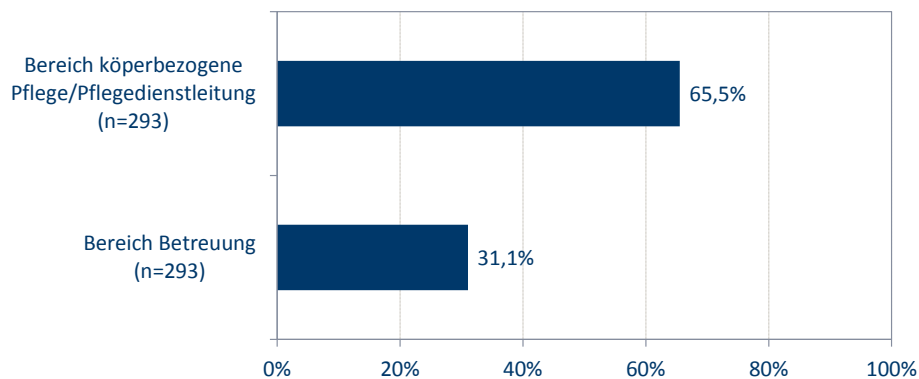
Anmerkung: PDL = Pflegedienstleitung; *n = 76 Pflegedienste gaben an, kein Personal im Bereich Betreuung zu beschäftigen

Rd. zwei Drittel der Pflegedienste (65,5 %) gab an, zum Zeitpunkt der Befragung offene Stellen im Bereich körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung zu haben (Stand Januar 2020) (s. Abbildung 90). Die Auswertung der Ergebnisse nach Kreisen ergab, dass dies auf 72 der insgesamt 84 in der Stichprobe vertretenen Kreise, d. h. rd. 86 %, zutraf. In Summe fehlten 521 Stellen, in Vollzeitstellen entsprach dies nach Angaben der Pflegedienste 395,11 VZÄ.

Für den gleichen Zeitraum berichteten 31,1 % der Pflegedienste ebenfalls offene bzw. unbesetzte Stellen im Bereich Betreuung zu haben (s. Abbildung 90). Die Auswertung der Ergebnisse nach Kreisen ergab, dass dies im Vergleich zum Personal im Bereich der körperbezogenen Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung auf nur 55 der insgesamt 84 in der Stichprobe vertretenen Kreise, d. h. rd.

66 %, zutraf. In Summe fehlten 154 Stellen, in Vollzeitstellen entsprach dies nach Angaben der Pflegedienste 94,34 VZÄ.

Abbildung 90: Anteil Pflegedienste mit offenen/unbesetzten Stellen, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (Stand Januar 2020)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Die Anzahl unbesetzter Stellen im Bereich der körperbezogenen Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung lag nach Angaben der Pflegedienste im Januar 2020 im Durchschnitt bei rd. drei Stellen (Personen) (Min: 1; Max: 10; Median: 2), in Vollzeitstellen entsprach dies im Durchschnitt etwa 2,23 VZÄ pro Pflegedienst (Min: 0,50; Max: 40,00; Median: 1,50). Im Bereich der Betreuung lag die Anzahl unbesetzter Stellen im Januar 2020 im Durchschnitt bei zwei Stellen (Personen) (Min: 1; Max: 15; Median: 1), in Vollzeitstellen entsprach dies im Durchschnitt etwa 1,26 VZÄ pro Pflegedienst (Min: 0,15; Max: 10,00; Median: 1,00) (s. Tabelle 58).

Tabelle 58: Anzahl offene Stellen in Pflegediensten, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (Stand Januar 2020)

		Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
körperbezogene Pflege/PDL	Anzahl Beschäftigte	n = 184	n = 8	2,8	2	1	10
	in Vollzeitstellen	n = 169	n = 15	2,23	1,50	0,50	40,00

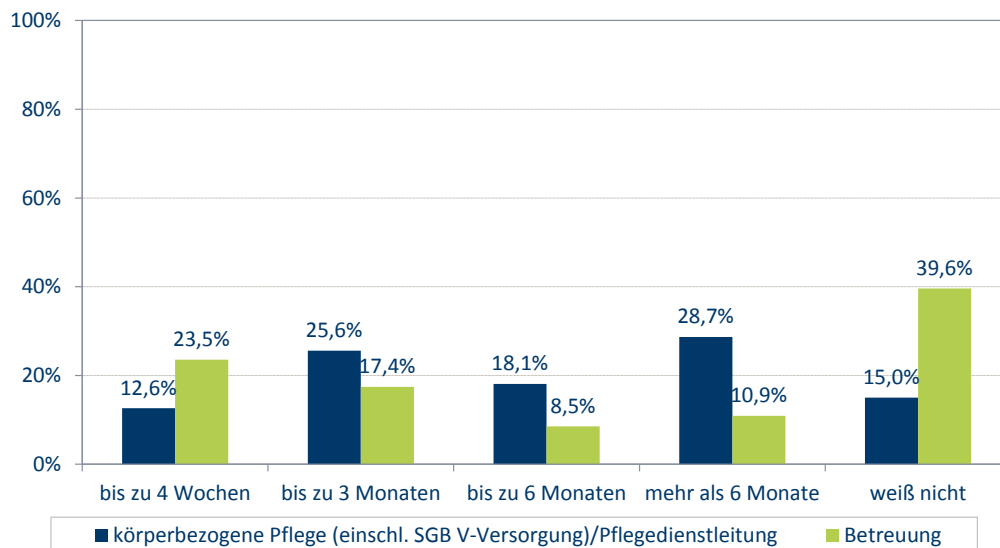
		Anzahl gültig	Fehlend	Mittel- wert	Median	Min	Max
Betreuung	Anzahl Beschäftigte	n = 78	n = 13	2,0	1	1	15
	in Vollzeit- stellen	n = 75	n = 16	1,26	1,00	0,15	10,00

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Anmerkung: PDL = Pflegedienstleitung

Nach Schätzung der Pflegedienste sei eine offene Stelle im Bereich körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung z. T. mehr als sechs Monate unbesetzt (28,7 %), lediglich 12,6 % gaben an, eine solche Stelle innerhalb eines Monats neu besetzen zu können. Bei der Wiederbesetzung offener Stellen im Bereich Betreuung gestaltete sich dies nahezu umgekehrt – 23,5 % der Pflegedienste berichteten, diese Stellen innerhalb eines Monats neu besetzen zu können, während 10,9 % einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten angaben (s. Abbildung 91).

Abbildung 91: Zeitraum, in dem eine offene Stelle im Durchschnitt unbesetzt ist, differenziert nach Bereichen (körperbezogene Pflege (einschl. SGB V-Versorgung)/Pflegedienstleitung und Betreuung) (n = 293)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Personal aus Fremdfirmen/Arbeitnehmerüberlassungen

Die deutliche Mehrheit der Pflegedienste (87,0 %) setzte bisher kein Personal aus Fremdfirmen ein. Aus den Anmerkungen ging hervor, dass Leasingkräfte nicht wirtschaftlich seien bzw. der Stundenlohn zu hoch sei. Zudem würden viele Pflegedienste den Einsatz von Leasing-Personal grundsätzlich ablehnen und hätten in der Vergangenheit tendenziell eher schlechte Erfahrungen gemacht (z. B. nicht zuverlässig, unzureichend ausgebildet). Des Weiteren sei es aufgrund der Versorgungsverträge mit den Kassen nicht erlaubt: *„Lt. Vertrag mit den Krankenkassen dürfen die Leistungen von Leasingkräften nicht abgerechnet werden, nur bei Festangestellten.“* Einzelne Pflegedienste berichteten, ihren Bedarf an Leasingkräften teils über geringfügig Beschäftigte zu kompensieren.

Dagegen bestätigten knapp 1 % „regelmäßig/häufig“ bzw. 12,3 % „in Einzel-/Ausnahmefällen“ auf Leasing-Personal zurückzugreifen. Diese Einzel- und Ausnahmesituationen traten laut Freitextanalyse ein, wenn Beschäftigte längere Zeit krank wären bzw. Krankheitsfälle in der Belegschaft gehäuft auftreten würden, bei Schwangerschaften als auch in Urlaubszeiten. Einzelne Dienste berichteten z. B. für die Versorgung von intensivpflegebedürftigen Personen Leasingkräfte einzusetzen.

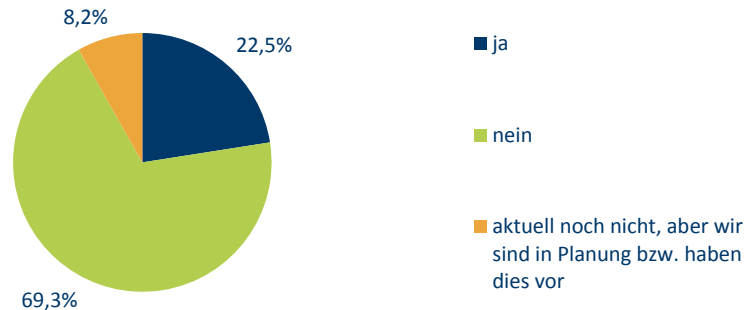
Bei $n = 2$ Pflegediensten, die „regelmäßig/häufig“ Leasingpersonal einsetzen müssten, betrage der Anteil am monatlichen Arbeitsvolumen, der dadurch abgedeckt werden müsse, im Durchschnitt 2,9 % (Min: 2,5; Max: 3,2).

Arbeitsmöglichkeiten für Pflegepersonal aus dem Ausland

Knapp ein Viertel der Pflegedienste (22,5 %) bestätigte, in der Vergangenheit (aktiv) Pflegepersonal aus dem Ausland für ihren Pflegedienst angeworben zu haben, um den Personalbedarf sichern zu können, bei rd. 8 % sei dies aktuell in Planung (s. Abbildung 92).

Der Großteil der Pflegedienste berichtete dagegen, bisher kein Pflegepersonal aus dem Ausland angeworben zu haben. Nach eigenen Angaben wäre dies bisher nicht notwendig gewesen bzw. konnte der Bedarf aus der Region gedeckt werden. Andere Pflegedienste wiederum befanden den organisatorischen (hohe Bürokratie, keine Wohnmöglichkeiten) und finanziellen Aufwand als zu groß. Die Aus-/Fort- und Weiterbildung ausländischer Pflegekräfte könne häufig nicht gewährleistet werden. Zusätzlich wären die Sprachkenntnisse zu gering und für die ambulante Versorgung nicht ausreichend. Es käme auch vor, dass Kundinnen bzw. Kunden, teilweise auch Beschäftigte der Pflegedienste, Personal aus dem Ausland ablehnen. Ländliche Regionen wären zudem als Arbeits- und Lebensort nicht attraktiv genug.

Abbildung 92: Anteil der Pflegedienste, die Pflegepersonal aus dem Ausland zur Sicherung des Personalbedarfs für ihren Pflegedienst angeworben haben (n = 293)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Bei den Pflegediensten mit Erfahrung bei der Auslandsrekrutierung hielt es sich in etwa die Waage, ob Personal aus Ländern der EU (53,3 %, n = 90) – primär Kroatien und Tschechien - bzw. Ländern außerhalb der EU (46,7 %) – vorrangig Serbien und Bosnien - angeworben wurde (s. Tabelle 59).

Tabelle 59: Rekrutierungsländer EU/Nicht-EU (ambulante Pflegedienste)

EU	Anzahl Nennung	Außerhalb der EU	Anzahl Nennung
Kroatien	11	Serbien	11
Tschechien	10	Bosnien	10
Ungarn	5	Philippinen	2
Polen	5	Syrien	1
Spanien	2	Albanien	1
Slowakei	2	Kosovo	1
Rumänien	2	China	1
Portugal	1		
Lettland	1		
Slowenien	1		

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Die Rekrutierungsmaßnahmen wurden aus Sicht der Pflegedienste überwiegend als erfolgreich bewertet (63,6 %; n = 66). Offene Stellen hätten mit motiviertem und qualifiziertem Personal besetzt werden können.

16,7 % konnten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Einschätzung zum Erfolg der Rekrutierungsmaßnahmen vornehmen. Der übrige Anteil von knapp 20 % bewertete die Anwerbungen als weniger erfolgreich und führte in diesem Zusammenhang u. a. als Gründe auf, dass viele Beschäftigte aus dem Ausland das Unternehmen wieder verlassen würden, sei es um in den Krankenhaussektor zu wechseln („*Fachkräfte, die nicht nach deutschen Standards ausgebildet sind und spätestens nach 1/2 Jahren ins Krankenhaus abwandern, um dort ihrer Ausbildung entsprechend arbeiten zu können.*“) oder aus Unzufriedenheit mit den Arbeits- und Lebensbedingungen. Andere Einrichtungsvertreterinnen bzw. -vertreter berichteten von Problemen bei der betrieblichen Integration ausländischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Weitere Schwierigkeiten stellten insbesondere unzureichende Sprachkenntnisse und hohe bürokratische Aufwände (Anerkennungsverfahren) dar.

Unabhängigkeit von den Rekrutierungsmaßnahmen bieten 6,5 % der Pflegedienste Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten für Geflüchtete an bzw. haben 4,8 % dies künftig vor. Voraussetzungen dafür wären geringe Sprachbarrieren bzw. eine hohe Motivation, die deutsche Sprache zu lernen, als auch Erfahrungen im pflegerischen Bereich. Ein Teil der Einrichtungsvertreterinnen bzw. -vertreter nannte eine pflegerische Ausbildung als Mindestvoraussetzung. Andere Einsatzmöglichkeiten, ob Ausbildung, Freiwilliger Dienst, Praktikum oder eine Beschäftigung im Hauswirtschafts- oder Betreuungsbereich etc., kämen in einigen Einrichtungen - je nach Einzelfall - ebenfalls in Betracht.

4.4.2.5 Einschätzung der Versorgungssituation

Die Antworten zur Einschätzung der Versorgungssituation in ihrer Region für die Jahre 2020 und 2025 wurden für den Bereich der ambulanten Pflege, wie in Abschnitt 3.2.1.2 beschrieben, aggregiert ausgewertet, d. h. es flossen auch Einschätzungen anderer Akteure (Vertreterinnen bzw. Vertreter voll- und teilstationärer Pflege sowie der Beratungsstellen) ein.

Die Abbildung 93 zeigt jeweils eine grafische Darstellung der 96 Kreise Bayerns mit Einschätzung zum Angebot in der ambulanten Pflege auf Kreisebene für die Jahre 2020 und 2025 aus Sicht verschiedener Akteure. Die Ergebnisse wurden aggregiert und farblich unterschiedenen Kategorien zugeordnet. Das Spektrum der Einschätzungen zu der Aussage „Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ist derzeit ausreichend.“ reicht von „trifft gar nicht zu“ (Farbe: dunkelrot) bis „trifft voll und ganz zu“ (Farbe: dunkelgrün). Abbildung 94 veranschaulicht dies gleichermaßen auf Ebene der Regierungsbezirke.

Im Jahr 2020 schätzten die befragten Akteure das Angebot in der ambulanten Pflege in fünf Kreisen (5,2 %) als nicht ausreichend ein, darunter die Landkreise Freising, Weilheim-Schongau, Deggendorf und Kulmbach sowie die kreisfreie Stadt Bayreuth. Für das Jahr 2025 betreffe dies 16 Kreise (16,7 %), darunter ebenfalls die Landkreise Freising, Deggendorf und Kulmbach sowie Garmisch-Partenkirchen, Landsberg am Lech, Coburg, Haßberge, Aichach-Friedberg, Augsburg, Dillingen a. d. Donau, Unterallgäu, Donau-Ries und Oberallgäu sowie die kreisfreien Städte

Hof, Fürth und Schweinfurt. Während in zwei Kreisen (Landkreis Straubing-Bogen und Lindau (Bodensee)) das Angebot in der ambulanten Pflege 2020 als ausreichend bewertet wurde, traf dies für das Jahr 2025 nur noch auf den Landkreis Straubing-Bogen zu (s. Tabelle 60).

Auf Ebene der Regierungsbezirke wurde das Angebot im Jahr 2020 in Niederbayern (gelb) etwas besser – dennoch tendenziell eher nicht ausreichend – als in den anderen Regierungsbezirken eingeschätzt. Bis zum Jahr 2025 wurde das Angebot für alle Regierungsbezirke schlechter als im Jahr 2020 bewertet. Das Angebot werde tendenziell nicht ausreichend sein, insbesondere in Oberfranken, Schwaben und Oberbayern (jeweils hellrot). Die Situation in den übrigen vier Bezirken (Unter- und Mittelfranken, Oberpfalz und Niederbayern –jeweils orange – wurde nur graduell besser bewertet (s. Abbildung 94).

Tabelle 60: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der ambulanten Pflege 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise

	2020 Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ist derzeit ausreichend.				2025 Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.			
	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt
dunkelrot (trifft gar nicht zu)	1	4	5	5,2 %	3	13	16	16,7 %
hellrot	2	9	11	11,5 %	6	23	29	30,2 %
orange	14	28	42	43,8 %	13	25	38	39,6 %
gelb	4	20	24	25,0 %	3	6	9	9,4 %
hellgrün	4	8	12	12,5 %	(-)	3	3	3,1 %
dunkelgrün (trifft voll und ganz zu)	(-)	2	2	2,1 %	(-)	1	1	1,0 %
GESAMT	25	71	96	100 %	25	71	96	100 %

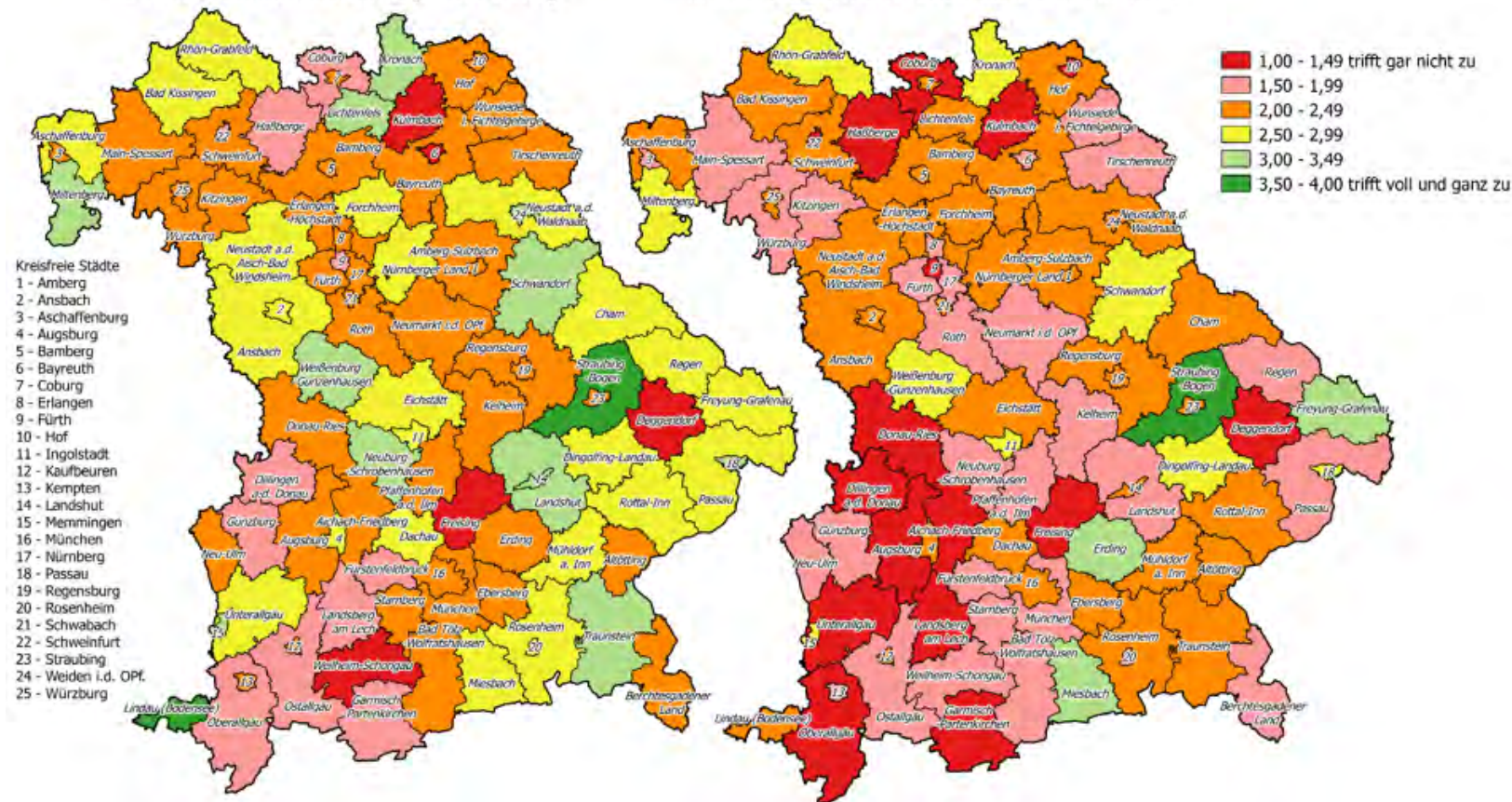
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Abbildung 93: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der ambulanten Pflege 2020 und 2025 (Kreis)

Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



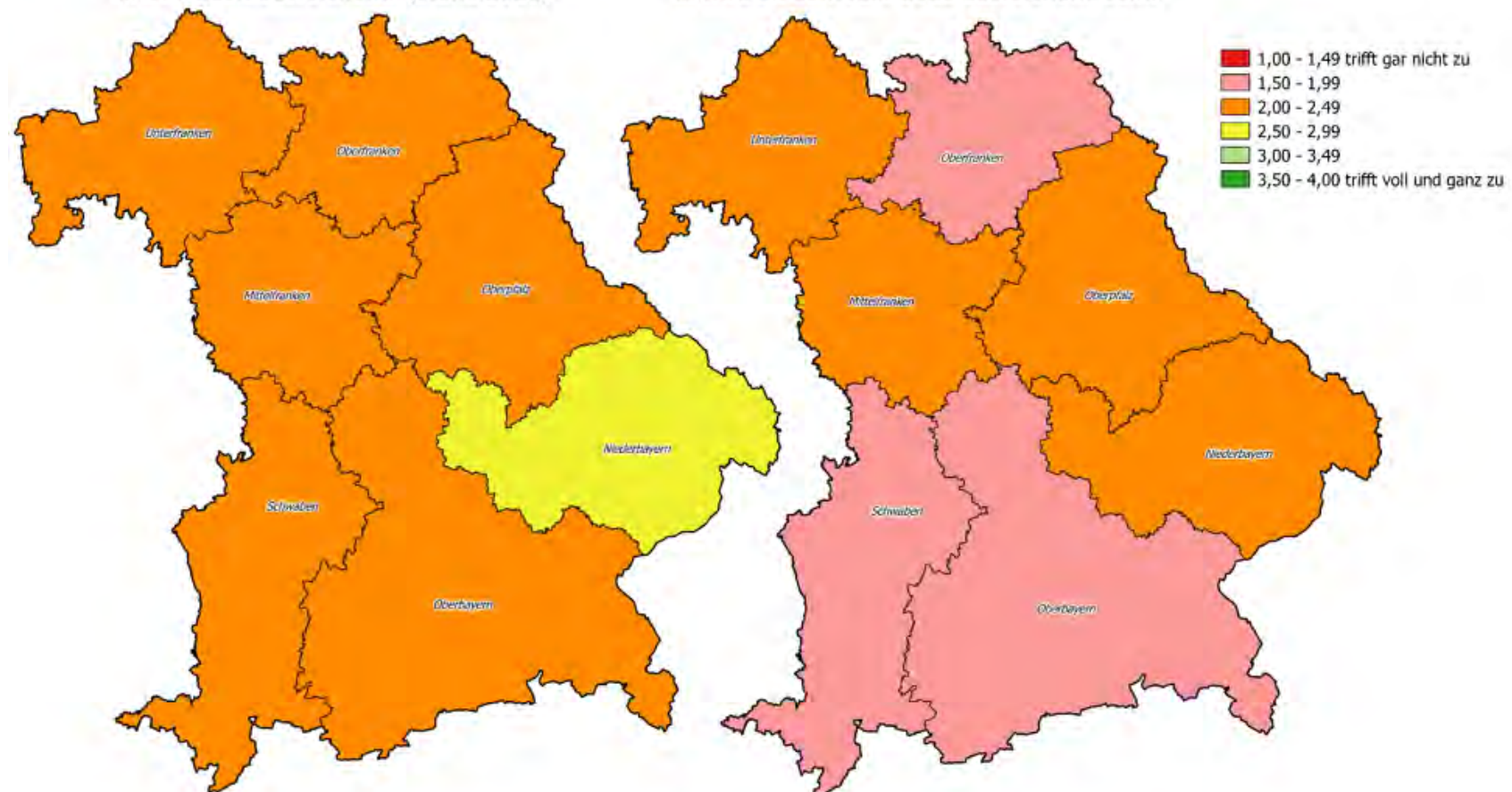
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 94: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot in der ambulanten Pflege 2020 und 2025 (RBZ)

Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

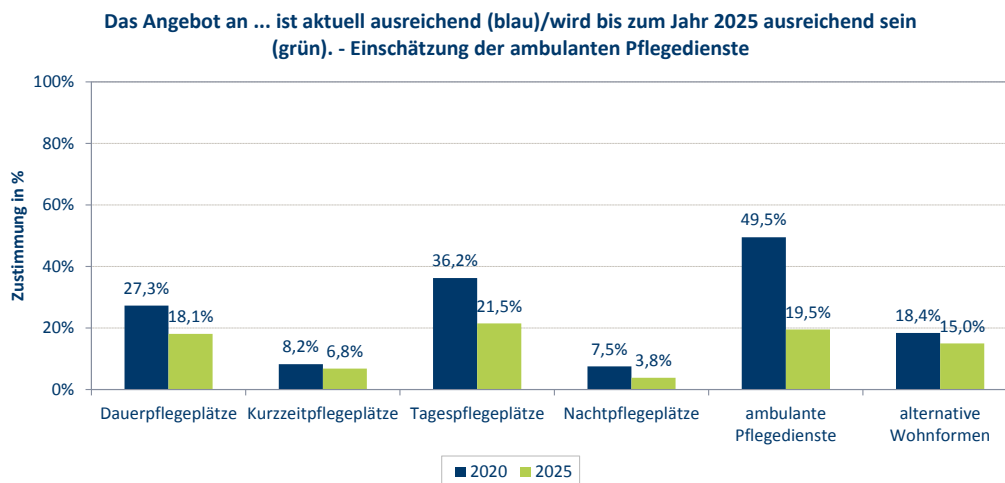
Ein statistischer Zusammenhang zwischen der Einschätzung der ambulanten Versorgungssituation 2020 je Kreis und der kreisspezifischen Personalquote pro pflegebedürftiger Person 2017 bzw. deren Entwicklung im Zeitraum 2009 bis 2017 (s. Abschnitt 4.4.1) besteht nicht. Dies sei an zwei Beispielen veranschaulicht:

- ◆ **Lindau am Bodensee:** Trotz sehr niedriger Personalquote von 36 Beschäftigten ambulanter Pflegedienste pro 100 ambulant versorgte Pflegebedürftige auf Kreisebene 2017 sowie einer im Zeitraum 2009 bis 2017 rückläufigen Personalquote (durchschnittlich minus 5,4 % p. a.) erreichte der Kreis bei der Einschätzung der ambulanten Versorgungssituation („derzeit ausreichend“) zusammen mit dem Landkreis Straubing-Bogen den höchsten Zustimmungswert von 4,0.
- ◆ Die **Region Ansbach** (Landkreis und kreisfreie Stadt) wurde bezgl. der Versorgungssituation fast identisch eingeschätzt (2,67 für die Kreisfreie Stadt, 2,65 für den Landkreis – gelbe Kategorie). Sie sind jedoch bezgl. der Personalausstattung bzw. -entwicklung sehr unterschiedlich: Die kreisfreie Stadt wies mit 47 Beschäftigten ambulanter Pflegedienste pro 100 ambulant versorgte Pflegebedürftige 2017 einen relativ niedrigen Wert auf und auch die Entwicklung im Zeitraum 2009 bis 2017 war leicht rückläufig (mit minus 0,8 % p. a.). Ganz anders verlief dagegen die Entwicklung im Landkreis Ansbach: Mit + 12,9 % pro Jahr stieg die Personalquote und lag 2017 bei 107 Beschäftigten ambulanter Pflegedienste pro 100 ambulant versorgte pflegebedürftige Personen. Hier dürften vor allem zwei Faktoren eine Rolle spielen: Einmal die weiteren Wege im Landkreis und zum anderen wahrscheinlich auch die Versorgung von Klientinnen und Klienten in der Stadt Ansbach durch im Landkreis ansässige Pflegedienste.

Das bestätigt die Vermutung, dass zur Einschätzung der Gesamtsituation neben der Personalausstattung und -entwicklung weitere Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind (wie in Abschnitt 4.4.1 bereits benannt).

Die Pflegedienste wurden gebeten, auch eine Einschätzung der Versorgungssituation für weitere Pflegebereiche in ihrer Region vorzunehmen. Im ambulanten Bereich schätzten knapp die Hälfte der Pflegedienste (49,5 %) das Angebot als ausreichend ein, bei der Nachtpflege waren dies lediglich 7,5 % (s. Abbildung 95). Die Angebote im teilstationären (36,2 %) und Dauerpflegebereich (27,3 %) schnitten insgesamt schlechter ab als der ambulante Bereich, jedoch deutlich besser als die Kurzzeitpflege (8,2 %). 18,4 % schätzten das Angebot im Bereich alternative Wohnformen als aktuell als ausreichend ein. Die Zustimmungswerte im Jahr 2025 gegenüber dem Jahr 2020 fallen über alle Versorgungsbereiche hinweg im Minimum um 1,4-Prozentpunkte in der Kurzzeitpflege bis maximal 30,0-Prozentpunkte in der ambulanten Pflege.

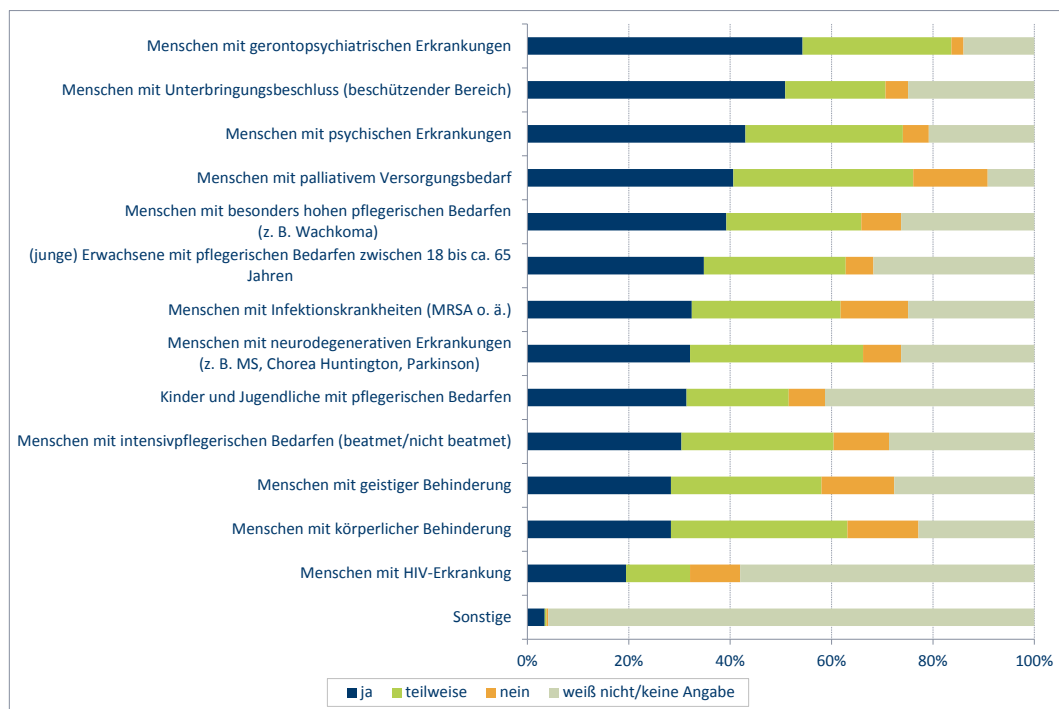
Abbildung 95: Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der ambulanten Pflegedienste (n = 293)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

Am häufigsten wurden aus Sicht der ambulanten Pflegedienste, ähnlich wie bei den teil- und vollstationären Einrichtungen, Versorgungsengpässe für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (54,3 %), Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich) (50,9 %) sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen (43,0 %) berichtet (s. Abbildung 96).

Abbildung 96: Einschätzung der Versorgungsengpässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der ambulanten Pflegedienste (n = 293)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

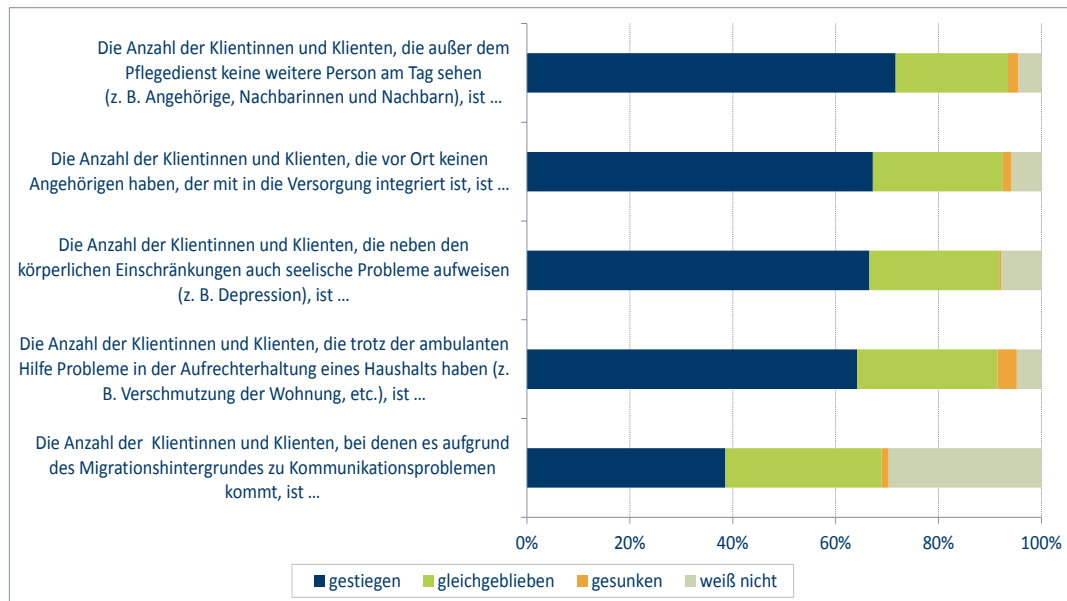
Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit

Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflegedienste wurden, in Anlehnung an die bundesweite Befragung im Rahmen des Pflege thermometer 2016 (vgl. Isfort *et al.* 2016), auch gefragt, wie sie die Entwicklung der Lebens- und Versorgungssituation Älterer mit Pflegebedarf insgesamt einschätzen. Dabei ging es konkret um soziale Isolation bzw. private Unterstützungsnetzwerke, psychische Beeinträchtigungen und Verwahrlosung. Wie aus der folgenden Abbildung 97 ersichtlich ist, schätzten jeweils mehr als 60 % der Befragten ein, dass die Zahl der Klientinnen bzw. Klienten gestiegen ist, die

- ◆ außer dem Pflegedienst keine weitere Person am Tag sehen,
- ◆ vor Ort keine Angehörigen haben, die sich an der Versorgung beteiligen,
- ◆ neben körperlichen auch seelische Probleme haben sowie
- ◆ trotz professioneller Hilfe (Pflegedienst) Probleme bei der Aufrechterhaltung ihres Haushalts haben.

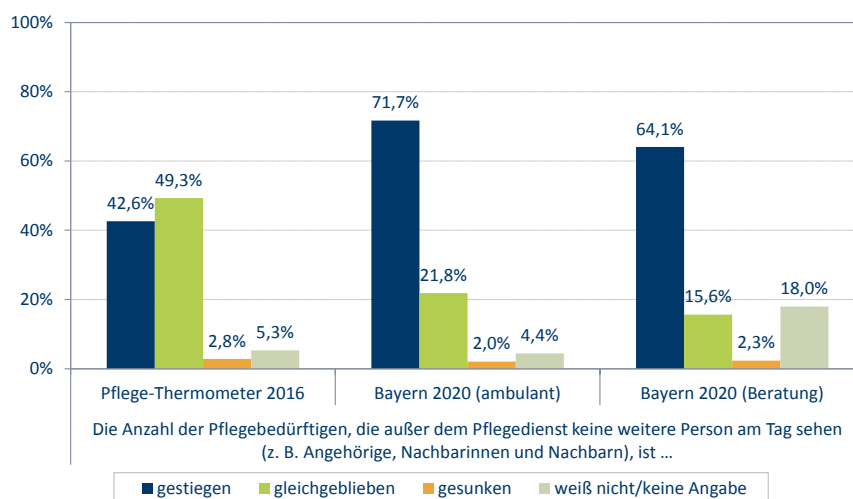
Der Vergleich mit den Antworten des Pflege thermometer 2016 zeigt, dass in Bayern Anfang 2020 jeweils ein, zum Teil deutlich größerer Anteil der Teilnehmenden einen Anstieg wahrnahm, wie aus den folgenden Gegenüberstellungen hervorgeht (s. Abbildung 98 bis Abbildung 102).

Abbildung 97: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pfle-gebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern aus Sicht der Pflegedienste (n = 293) – Teil A



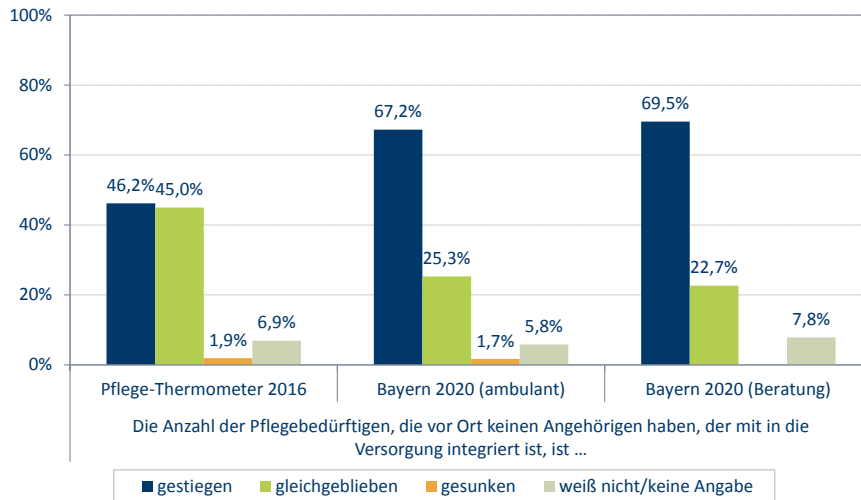
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste, Items auf Basis Isfort *et al.* 2016 – Pflge-thermometer 2016

Abbildung 98: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pfle-gebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pflege-dienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermome-ter 2016



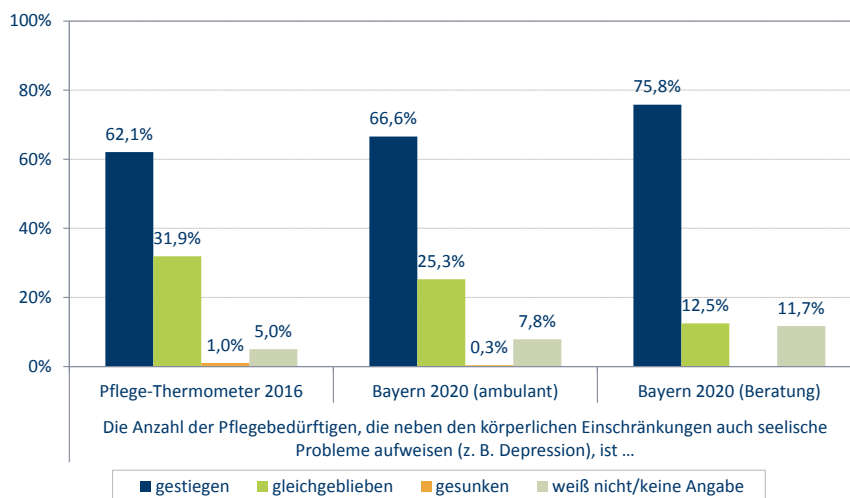
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflege-dienste und Beratungsstellen, Items auf Basis Isfort *et al.* 2016 – Pflge-thermometer 2016

Abbildung 99: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pfle-gebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pfl-ge-dienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermome-ter 2016



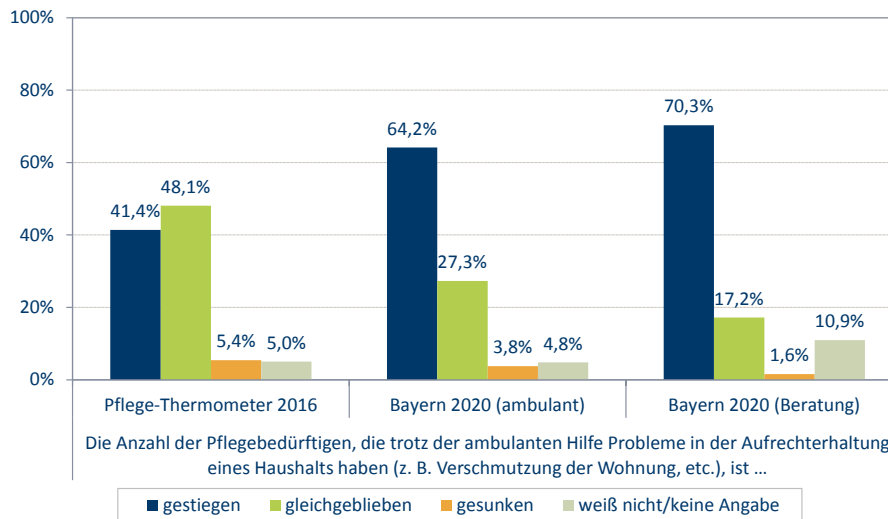
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pfl-ge-dienste und Beratungsstellen, Items auf Basis Isfort *et al.* 2016 – Pflege-ther-mometer 2016

Abbildung 100: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pfle-gebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pfl-ge-dienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermome-ter 2016



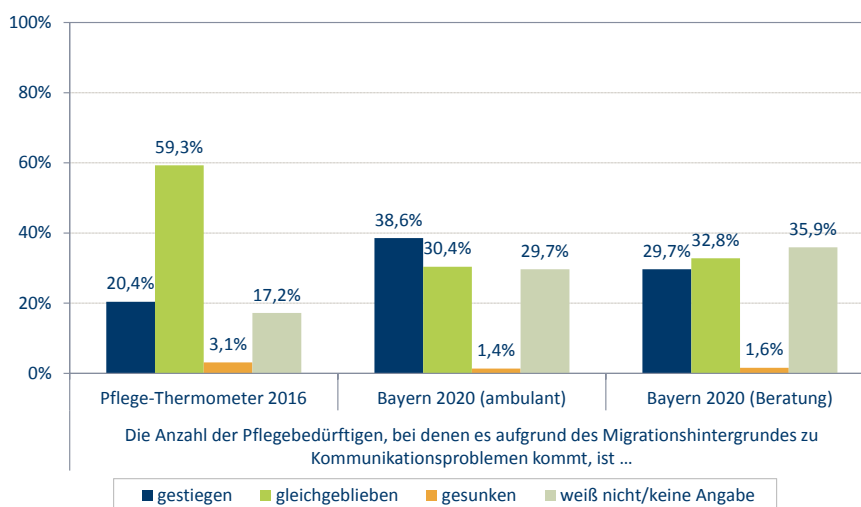
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pfl-ge-dienste und Beratungsstellen, Items auf Basis Isfort *et al.* 2016 – Pflege-ther-mometer 2016

Abbildung 101: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pfle-
gebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren
in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pfl-
gedienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermome-
ter 2016



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pfl-
gedienste und Beratungsstellen, Items auf Isfort *et al.* 2016 – Pfl-
gethermometer 2016

Abbildung 102: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pfle-
gebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren
in Bayern – Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Sicht der Pfl-
gedienste/Beratungsstellen im Vergleich zum Pflege-Thermome-
ter 2016



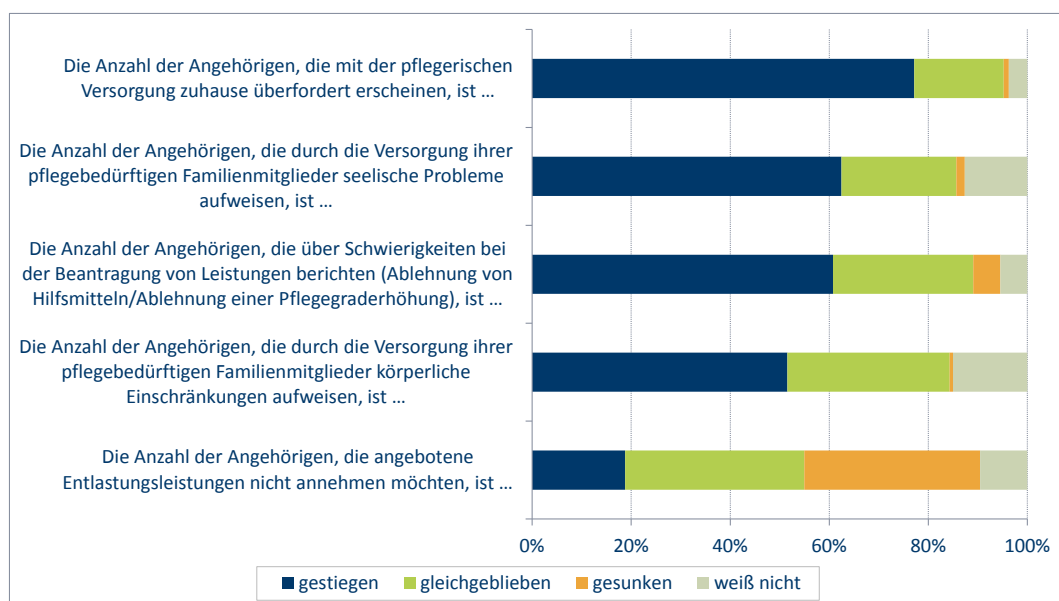
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pfl-
gedienste und Beratungsstellen, Items auf Basis Isfort *et al.* 2016 – Pfl-
gethermometer 2016

Hohe Zustimmungswerte dafür, dass ebenfalls Anstiege zu verzeichnen seien, erreichten auch folgende Aussagen (s. Abbildung 103):

- ◆ Die Zahl Angehöriger, die mit der pflegerischen Versorgung überfordert sind, ist angestiegen.
- ◆ Die Zahl Angehöriger, die aufgrund der Pflegesituation seelische Probleme aufweisen, ist angestiegen.
- ◆ Die Zahl Angehöriger, die über Schwierigkeiten bei der Beantragung von Sozialversicherungsleistungen berichten, ist angestiegen.
- ◆ Die Zahl Angehöriger, die aufgrund der Pflegesituation körperliche Probleme aufweisen, ist angestiegen.

Die einzige Aussage mit einem höheren Anteil in der Antwortkategorie „ist gesunken“ war die Aussage bezgl. der (beabsichtigten) Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen.

Abbildung 103: Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren in Bayern aus Sicht der Pflegedienste (n = 293) – Teil B



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste, Items auf Basis Isfort *et al.* 2016 – Pflgeethermometer 2016

Die Gegenüberstellung der Antworten aus Bayern 2020 mit denen des Pflgeethermometers 2016 hat keine großen Unterschiede ergeben. In Bayern stimmte lediglich in der ersten Aussage (Anzahl Angehöriger mit Überforderung ist gestiegen) ein deutlich höherer Anteil (+ 16-Prozentpunkte) zu.

4.4.3 Zusammenfassung

Im Bereich der ambulanten Versorgung ist festzustellen, dass im betrachteten Zeitraum 2007 bis 2017 sowohl die Zahl der Pflegedienste als auch deren Personal (Personen) zugenommen hat, bei gleichzeitigem höherem Zuwachs der Zahl der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen.

Aufgrund des stark variierenden Versorgungsumfangs pro Klientin bzw. Klient im ambulanten Bereich ist es schwierig, eine belastbare Einschätzung zur Bedarfsgerechtigkeit der Entwicklung abzuleiten. Nach Einschätzung der Pflegeeinrichtungen (ambulant, teil- und vollstationär) sowie der Beratungsstellen ist das Angebot an ambulanten Pflegediensten in 58 Kreisen (60 % aller Kreise) derzeit (eher) nicht ausreichend. Dennoch wollen nur knapp 30 % der ambulanten Pflegedienste ihr Angebot in den nächsten fünf Jahren ausweiten. Die anderen führten fast ausschließlich Personalengpässe bzw. den Fachkräftemangel als Hinderungsgrund an, so dass auch hier das fehlende Arbeitsangebot der limitierende Faktor für die Entwicklung darstellt.

Potenziale im Personalbereich lassen sich in der ambulanten Pflege beim Beschäftigungsumfang erkennen: Im bundesweiten Vergleich hatte Bayern einen relativ niedrigen Vollzeitanteil von 26 % im Jahr 2017 – im Vergleich zu 38 % in Sachsen-Anhalt, Berlin und Thüringen.

4.5 Alternative Wohnformen und Dienstleistungen

Sich verändernde Lebensbedingungen und eine steigende Lebenserwartung tragen u. a. dazu bei, dass ältere und/oder pflegebedürftige Menschen längere Zeit in der eigenen Häuslichkeit und dem bekannten Wohnumfeld verbleiben (können) (StMAS 2019a: 6). Der Wunsch nach selbstständiger und selbstbestimmter Lebensführung sowie der Erhalt einer möglichst unabhängigen Wohnsituation in der jeweiligen gewohnten sozialen Umgebung mit entsprechenden Unterstützungsangeboten sind in diesem Lebensabschnitt und bis ins hohe Alter von zentraler Bedeutung (StMAS 2014: 9; StMAS 2019a: 7).

Im Jahr 2013 kündigte die Bayerische Staatsregierung daher ein umfassendes Programm zum Thema „Selbstbestimmt älter werden“ mit den zentralen Themen „Teilhabe und Ehrenamt“, „alternative Wohn- und Unterstützungsformen“ und „kommunale Seniorenpolitik“ an. In diesem Zuge erfolgte eine erste Bestandsaufnahme zur Abbildung des Angebotsspektrums von Wohn- und Betreuungsformen mit dem Ziel, den Ausbau gezielt voranzutreiben und den zukünftigen Herausforderungen im Bereich der Seniorenpolitik wirksam zu begegnen (StMAS 2014: 7ff.).

Darauf aufbauend wurden in den letzten Jahren viele neue Wohnformen, -konzepte, -projekte und Dienstleistungen entwickelt, um den Ansprüchen und Wünschen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden, angefangen bei der barrierefreien Wohnung, über bürgerschaftlich engagierte Nachbarschaftshilfen und nachhaltige Quartierskonzepte bis hin zu Seniorengenossenschaften, Betreutes Wohnen und ambulant betreuten Wohnformen (StMAS 2019a: 7ff.).

Der folgende Abschnitt 4.5.1 zeigt überblicksartig das Angebotsspektrum sowie Finanzierungsmöglichkeiten auf, während im Abschnitt 4.5.1.2 die Wohnform ambulant betreute Wohngruppen (abWGs) gem. Art. 2 Abs. 3 PflWoqG näher erläutert wird. Ergänzend gibt der Abschnitt 4.5.2, basierend auf Interviews mit Expertinnen bzw. Experten von abWGs, einen differenzierteren Einblick in diese Versorgungsform.

4.5.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Bei dem Auf- und Ausbau unterschiedlicher/neuer Wohn- und Pflegeformen müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, darunter bspw. sozialräumliche Gegebenheiten (Einkaufsmöglichkeiten, Mobilität) unter Beachtung von Stadt- und Landunterschieden als auch die Ressource pflegende Angehörige, die bisher häufig ein Garant für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit darstellte. Zukünftig ist zu erwarten, dass der Anteil pflegender Angehöriger abnehmen wird. Für diesen Fall bedarf es der Schaffung anderer Unterstützungsstrukturen, die finanzierbar und nachhaltig sind. In der Verantwortung der Kommunen liegt es daher, die regionalen Bedarfe zu erkennen und in eine entsprechende Sozialraumplanung, wie z. B. in Form der SPGK oder anderer familienpolitischer Konzepte, zu überführen (StMAS 2014: 6).

Weitere zu berücksichtigende Faktoren im Aufbau alternativer Wohn- und Pflegeformen sind die Einrichtung von Begegnungsmöglichkeiten, wie z. B. Seniorenbegegnungsstätten/-clubs, sowie Besuchsdiensten als auch die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements, um die Teilhabe älterer Menschen zu fördern. Hierzu wurde im Jahr 2014 eine „Seniorenakademie“ gegründet, um das bürgerschaftliche Engagement durch Schulungsmaßnahmen zu stärken (vgl. www.seniorenakademie.bayern). Darüber hinaus tragen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Mehrgenerationenhäuser sowie die Fachstellen für pflegende Angehörige (FPA) und PSP mit ihren örtlichen und regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten (s. auch Abschnitt 4.7) ebenfalls dazu bei, den Verbleib der älteren Personen in ihrer Häuslichkeit bzw. dem näheren Wohnumfeld zu ermöglichen (ebd.: 12f.).

Senioren- bzw. generationengerechtes Wohnen sicherzustellen bedeutet auch, den öffentlichen Raum barrierefrei zu gestalten. Mit dem Programm „Bayern barrierefrei“ aus dem Jahr 2013 sollen bis zum Jahr 2023 insbesondere Barrieren im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) abgebaut werden (vgl. www.barrierefrei.bayern.de). Diese Maßnahme stellt gleichermaßen eine wesentliche Zielrichtung des bayerischen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) dar (ebd.: 11).

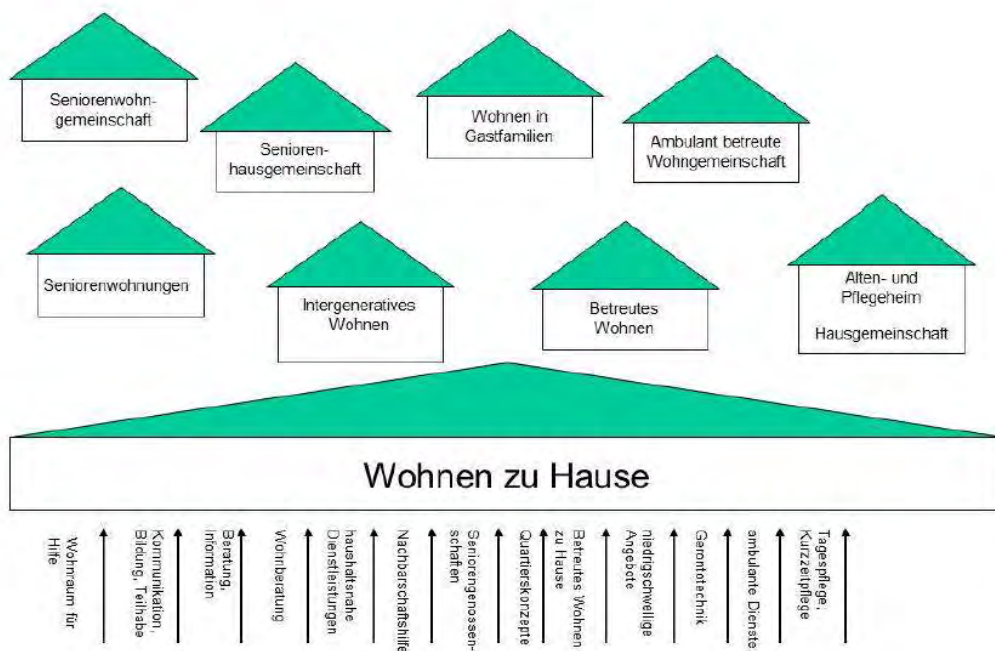
4.5.1.1 Angebotsspektrum und Fördermöglichkeiten in Bayern

Die entwickelten Ansätze und Ideen im Bereich alternativer/neuer Wohn- und Betreuungsformen werden in zwei Kategorien unterteilt:

- a) häusliche Unterstützungsleistungen (Wohnen in der eigenen Häuslichkeit) und
- b) außerhäusliche Wohnformen.

Die Abbildung 104 stellt die verschiedenen Wohn- und Pflegeformen sowie Unterstützungsmöglichkeiten grafisch dar und verdeutlicht damit die vorhandene Vielfalt in diesem Bereich.

Abbildung 104: Alternative Wohnformen außerhalb und Unterstützungsmöglichkeiten in der eigenen Häuslichkeit für ältere Menschen



Quelle: StMAS 2014: 21

In Ergänzung zur Abbildung 104 erfolgt in der folgenden Tabelle 61 eine kurze Erläuterung der Unterstützungsleistungen und Wohnformen, sortiert nach den o. g. Kategorien. Hinweise zu weiterführenden Informationen sowie die Anzahl der bisher in Bayern vorhandenen Angebote werden, sofern Zahlen vorliegen, ebenfalls aufgeführt.

Tabelle 61: Übersicht alternativer/neuer Wohn- und Pflegeformen sowie Dienstleistungen in Bayern

Angebot/ Unterstützungslei- stung	Beschreibung	Informationen	Anzahl ... in Bayern (Stand)
Häusliche Unterstützungsleistungen/Wohnen in der eigenen Häuslichkeit			
Wohnberatung und Wohnungsanpassung	Analyse der bisherigen Wohnsituation sowie Aufzeigen von Veränderungspotenzialen und Finanzierungsmöglichkeiten.	Landesarbeitsgemeinschaft Wohnberatung in Bayern	86 Stellen (2019)
Bürgerschaftlich engagierte Nachbarschaftshilfe	Gegenseitige durch Vereine, Kommunen oder kirchliche Institutionen organisierte bürgerschaftliche Hilfe.	https://www.stmas.bayern.de/wohnen-im-alter/nachbarschaftshilfen/index.php	(-)
Seniorenengenossenschaft	Mitglieder erbringen Hilfeleistungen füreinander. Dafür können sie ein Entgelt erhalten oder zu einem späteren Zeitpunkt selbst Hilfeleistungen in Anspruch nehmen.	https://www.wohnen-alter-bayern.de/senioren-genossenschaften.html	14 Genossenschaften (2017)
Betreutes Wohnen zu Hause	In individuellen Betreuungsverträgen mit Dienstleistungsanbietern (z.B. ambulanter Pflegedienst, Kommune, Verein) werden Grund- und Wahlleistungen vereinbart. Die Versorgungssicherheit wird in regelmäßigen Hausbesuchen durch geschulte bürgerschaftlich Engagierte überprüft.	https://www.wohnen-alter-bayern.de/betreutes-wohnen-zu-hause.html	(-)
Wohnen für Hilfe	Studierende und Auszubildende wohnen mietpreisfrei bei älteren Menschen. Dafür erbringen sie Hilfeleistungen gegenüber ihren älteren Mitbewohnerinnen und -bewohnern.	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnen für Hilfe - Deutschland	8 Projektträger (2016)
Quartierskonzepte	Ziel ist die Stärkung des nachbarschaftlichen Wohnens in Gemeinden oder Stadtvierteln. Die Konzepte verknüpfen und ergänzen bestehende Versorgungsstrukturen in Hinblick auf die Versorgungssicherheit der älteren Menschen im Quartier.	https://www.wohnen-alter-bayern.de/quartierskonzepte.html	(-)
Angebote zur Unterstützung im Alltag	Entlastungsangebote für pflegende Angehörige nach § 45a SGB XI. Sie werden von geschulten Ehrenamtlichen unter fachlicher Anleitung durchgeführt	http://www.unterstuetzung-alltag-bayern.de/	rd. 650 Angebote

Angebot/ Unterstützungslei- stung	Beschreibung	Informationen	Anzahl ... in Bayern (Stand)
Außerhäusliche Wohnformen („Wohnen (wie) zu Hause“)			
Seniorenhausge- meinschaften	Ältere Menschen leben inner- halb eines Hauses in ihren eigen- en Wohnungen und unterstüt- zen sich bei Alltagsaufgaben gegenseitig. Bei weiterem Be- darf können Dienstleister hinzu- gezogen werden. Darüber hin- aus existieren Gemeinschaftsräume für Aktivi- täten und Veranstaltungen.	https://www.wohnen-alter-bayern.de/seniorenhausgemeinschaften.html	in allen Re- gierungs- bezirken gibt es diese Wohnform
Generationenüber- greifende Wohnfor- men (intergenerative Hausgemeinschaften)	Menschen verschiedener Gene- rationen leben innerhalb eines Hauses in ihren eigenen Woh- nungen. Es existieren Gemein- schaftsräume, die Raum für Be- gegnungen und vielfältige, gegenseitige Unterstützungs- leistungen bieten, z. B. Kinder- betreuung durch ältere Bewoh- nerinnen und Bewohner oder Einkaufshilfen durch die jün- gere Hausbewohnerschaft.	https://www.wohnen-alter-bayern.de/generationsuebergreifende-wohnformen.html	Projekte in zahlrei- chen Städ- ten und Gemein- den vor- handen
Betreutes Woh- nen/Wohnen mit Service	Ältere Menschen leben in spezi- ellen seniorenrechtlichen Wohn- anlagen in ihren eigenen Woh- nungen. Sie sind verpflichtet Betreuungsleistungen, z. B. Hausnotruf oder soziale Betreu- ung von einem festen Anbieter abzunehmen. Darüberhinaus- gehende Dienstleistungen kön- nen frei gewählt werden.	https://www.wohnen-alter-bayern.de/betreutes-wohnen.html	542 Einrichtun- gen (2017)
Ambulant betreute Wohngemeinschaften	Menschen mit Pflegebedarf le- ben selbstbestimmt zusammen in einem gemeinsamen Haus- halt und können externe Pflege- und/oder Betreuungs- leistungen gegen Entgelt in An- spruch nehmen (Rund-um-die- Uhr- Betreuung möglich).	https://www.ambulant-betreute-wohngemeinschaften.de/infomaterial.html	363 ab- WGs (2018)

Quelle: IGES, auf Grundlage von Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung GbR (AfA) o. J.; StMAS 2014; LfStat 2019

Fördermöglichkeiten

In der Richtlinie Selbstbestimmt Leben im Alter (SeLA) des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales erfolgt eine Beschreibung aller Förderprogramme (StMAS 2019b: 2) (s. Tabelle 62).

Anschubfinanzierungen werden in unterschiedlicher Höhe, entweder bis zu 10.000 Euro, 40.000 Euro oder 80.000 Euro gewährt. Für jede Unterstützungsform ist ein eigener Antrag zu stellen und die Befürwortung der jeweiligen Kommune erforderlich, um die Einbindung vor Ort sicherzustellen (ebd.: 6).

Der Förderzeitraum umfasst in der Regel zwei Jahre, lediglich bei den Quartierskonzepten ist eine Förderlänge von bis zu vier Jahren möglich. Förderfähig sind Personal- und Sachkosten (Koordination und Organisation, kontinuierliche fachliche Begleitung), Ausgaben für die Öffentlichkeitsarbeit sowie Ausstattungsgegenstände der Gemeinschaftsräume, sofern besondere Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vorliegen (ebd.: 6f.).

AbWGs werden, aufgrund des Zuständigkeitsbereichs, vom StMGP gefördert. Die Fördersumme kann bis zu 40.000 Euro für zwei Jahre betragen.

Tabelle 62: Übersicht der Förderprogramme im Rahmen der Richtlinie SeLA

	Anschubfinanzierung bis zu ... (Angaben in Euro)			Anmerkung
	10.000	40.000	80.000	
Wohnberatung und Wohnungsanpassung		x		Förderung als „Sonstiges innovatives Konzept für ein selbstbestimmtes Leben im Alter“ nach Nr. 2.2 der Förderrichtlinie SeLA möglich. Höhe der Förderung richtet sich nach dem Umfang der Beratungstätigkeit.
Bürgerschaftlich engagierte Nachbarschaftshilfe	x			Einmalige Anschubfinanzierung für den Aufbau einer bürgerschaftlich engagierten Nachbarschaftshilfe für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren möglich.
Seniorenengossenschaft		30.000		Förderung der Gründung von Seniorenengossenschaften im Rahmen einer befristeten staatlichen Förderung.
Betreutes Wohnen zu Hause	x			Förderung der Gründung von Angeboten des Betreuten Wohnens zu Hause im Rahmen einer befristeten staatlichen Förderung.
Wohnen für Hilfe	-	-	-	-
Quartierskonzepte			x	Unterstützung der Entwicklung von Quartierskonzepten im Rahmen einer befristeten staatlichen Förderung i. H. v. bis zu vier Jahre.
Seniorenhausgemeinschaften		x		Förderfähig sind u. a. Personal und Sachkosten für die Koordination und Organisation sowie kontinuierliche Begleitung (z. B. die Moderation),

	Anschubfinanzierung bis zu ... (Angaben in Euro)			
				notwendige Ausgaben für die Öffentlichkeitsarbeit oder Ausgaben für Ausstattungsgegenstände der Gemeinschaftsräume
Generationenübergreifende Wohnformen (intergenerative Hausgemeinschaften)		x		Förderfähig sind u.a. Personal und Sachkosten für die Koordination und Organisation sowie kontinuierliche Begleitung (z.B. die Moderation), notwendige Ausgaben für die Öffentlichkeitsarbeit oder Ausgaben für Ausstattungsgegenstände der Gemeinschaftsräume.
Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service	-	-	-	-

Quelle: IGES, auf Grundlage von StMAS 2019b: 6f.

4.5.1.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Als Alternative zur „klassischen“ stationären Versorgung in Pflegeheimen wurde 1996 in Berlin die erste abWG für Menschen mit demenziellen Erkrankungen gegründet, vom Verein „Freunde-alter-Menschen“ bzw. dessen Vorsitzendem Klaus Pawletko (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2015). Vorbild waren Wohngemeinschaften für geistig behinderte oder psychisch kranke Menschen, die gemäß den Grundsätzen der Sozialgesetzgebung eine möglichst hohe Normalität, Individualität und Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner bieten. In diesem Sinne stehen abWGs „(...) für eine wohnortnahe Versorgung in Kleingruppen, für eine am Normalitätsprinzip orientierte Pflege und Begleitung.“ (Klie *et al.* 2017: 15).

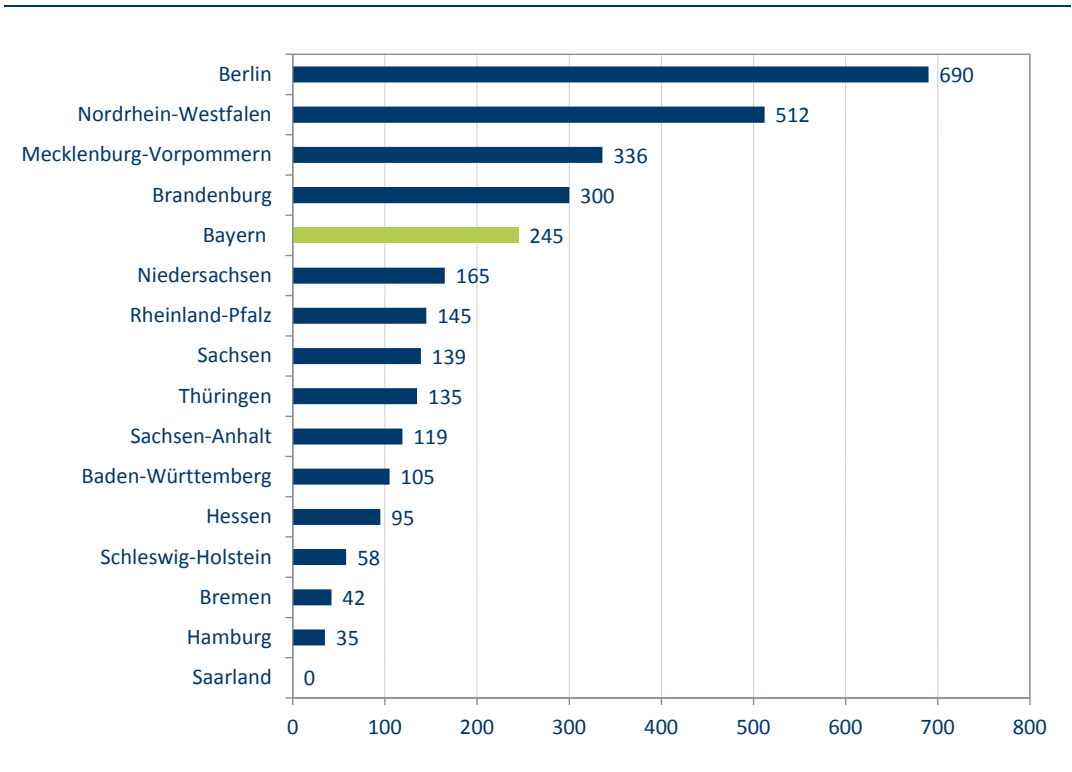
Somit profitieren Personengruppen, deren Unterstützungsbedarf in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr angemessen befriedigt werden kann und „für die eine ambulante Versorgung durch eine koordinierte Inanspruchnahme von Diensten ermöglicht werden soll“ (Wolf-Ostermann *et al.* 2017: 80), von diesem Angebot. Eine ständige Präsenz von Betreuungspersonal ist in der Regel erforderlich (ebd.).

Das Konzept von abWGs ist grundsätzlich gekennzeichnet durch die Schaffung familienähnlicher und alltagsnaher Strukturen, einen Stadtteil-/Umfeldbezug, die Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Wohlbefinden, den Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit und den Einbezug der Angehörigen (Fischer *et al.* 2011: 101f.) und wurde insbesondere auch für Menschen mit demenziellen Erkrankungen konzipiert (Wolf-Ostermann *et al.* 2017: 81).

Nach Schätzung von Klie *et al.* läge die Anzahl deutschlandweit bei etwas mehr als 3.100 abWGs, wenn auch nicht flächendeckend und regional ungleich verteilt. Dies verdeutliche, dass sich diese Versorgungsform zu einer wichtigen Ergänzung zu den etablierten ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen entwickle (Klie *et al.* 2017: 95).

Besonders viele abWGs hätten sich bis zum Zeitpunkt der Erhebung in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern (ostdeutscher Raum) sowie im westlichen Teil – in Nordrhein-Westfalen – etabliert. Bayern lag im deutschlandweiten Vergleich an vierter Stelle (s. Abbildung 105).

Abbildung 105: Verteilung der Wohngemeinschaften (Anzahl pro Bundesland, 2015)



Quelle: IGES, auf Grundlage von Klie *et al.* 2017: 94

Anmerkung: Die Angaben basieren auf einem ermittelten Schätzergebnis (Klie *et al.* 2017: 87), laut LfStat gab es zu diesem Zeitpunkt insgesamt 268 ambulant betreute Wohngemeinschaften zum Stichtag 31.12.2015.

Wie auch der Hintergrund der Studie zeigt, scheint das Angebotsspektrum hinsichtlich der Betriebsbedingungen, der Konzepte und Finanzierung sowie der Zielgruppen divers (Klie *et al.* 2017: 15). Der Forschungsstand zur Quantität und Qualität von abWGs ist nach wie vor lückenhaft, wenn auch viele unterschiedliche Bestrebungen in den vergangenen Jahren zu neuen Erkenntnissen geführt haben. So konnten bspw. Klie *et al.* (2017) vor dem Hintergrund, dass es keine bundeseinheitliche Meldepflicht und keine gesonderte Erfassung der abWGs in der Pflegestatistik gibt, deutschlandweit einen Überblick zu den konzeptionellen und organisatorischen Ausprägungen von abWGs geben (ebd.: 22).

Ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern

In Bayern nehmen die abWGs eine Sonderstellung unter den alternativen Wohnformen ein, da sie in den Anwendungsbereich des PflWoqG fallen.

Des Weiteren wurde im Jahr 2012 eine eigene **Koordinationsstelle ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern** geschaffen, vergleichbar mit der Koordinationsstelle Wohnen im Alter des damaligen Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Die AfA ist Träger des Projektes. Die Fachberatung ambulant betreuter Wohngemeinschaften ist seit August 2020 Teil des Projekts „Koordinationsstelle Pflege und Wohnen“.

In den Aufgabenbereich der Koordinationsstelle fallen die Beratung zum Konzept und Fördermöglichkeiten sowie die Vernetzung der Akteure und Öffentlichkeitsarbeit in Form von Organisation von Fachtagen und Veranstaltungen (vgl. www.ambulant-betreute-wohngemeinschaften.de).

Bereits 2006 entstand auf Initiative des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen die Koordinationsstelle „Wohnen zu Hause“, die seit 2012 als „Koordinationsstelle Wohnen im Alter“ weitergeführt wird und bei der AfA in München angesiedelt ist. Die Koordinationsstelle ist für die Themenbereiche „Wohnen zu Hause“ und „Wohnen wie zu Hause“ zuständig. Kernaufgaben sind Information, Beratung, Unterstützung und Begleitung von Initiatorinnen und Initiatoren bei Ideen und Projekten rund um das Wohnen im Alter, dazu gehören u. a.:

- a) Beratung zu Wohnformen, Betreuungs- und Wohnkonzepten im Alter und Fördermöglichkeiten,
- b) Vernetzung mit und von Expertinnen und Experten,
- c) Information der Öffentlichkeit und Förderung des Fachaustausches.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit organisierte bspw. das StMAS in Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle bereits zum dritten Mal die Aktionswoche „Zu Hause daheim“, die aus Forum zum Austausch von Fachleuten und Interessierten dient. Ausführliche Informationen sind unter www.wohnen-alter-bayern.de zu finden.

Rahmenbedingungen der abWGs in Bayern

Die abWGs fallen unter das Bayerische Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes von 2008 (PflWoqG), das eindeutige Abgrenzungskriterien zwischen kleinen stationären Einrichtungen und abWGs definiert (Art. 2 PflWoqG).

Gem. Art. 2 Abs. 4 PflWoqG leben max. 12 pflege- bzw. betreuungsbedürftige Personen in einer Wohnung oder einem Haus zusammen, um gemeinsam die notwendigen Unterstützungsleistungen zu organisieren bzw. einzukaufen. Alle Mieterinnen und Mieter haben ein eigenes Zimmer als individuellen Wohn-/Schlafbereich. Zusätzlich gibt es Gemeinschaftsräume wie Wohn-/Esszimmer und Küche, die gemeinsam gestaltet und von allen genutzt werden. Die Mieterinnen und Mieter haben das Hausrecht, die Schlüsselgewalt und können ihren Tagesablauf weitgehend als im Pflegeheim frei gestalten.

In Bayern liegt dem Konzept einer abWG ein Paradigmenwechsel von einer trägergesteuerten hin zu einer nutzergesteuerten Wohnform zugrunde (s. Art. 22 PflegeWoG): Gemeinsam entscheiden die Mieterinnen und Mieter bzw. deren Angehörige im sogenannten „Gremium der Selbstbestimmung“, wie das Zusammenleben gestaltet und was an Pflege- bzw. Betreuungsleistungen eingekauft werden soll. In der Regel wird die Betreuung bzw. Pflege von einem ambulanten Pflegedienst sowie einem Team aus Angehörigen und Ehrenamtlichen übernommen. Dabei schließen die Mieterinnen und Mieter individuelle Verträge ab, die durch „gepoolte“ Leistungen ergänzt werden können (Synergieeffekte in der Finanzierung). Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen ist der Pflegedienstleister also nicht „Herr im Haus“ einer WG (auch wenn er diese ggf. initiiert hat), sondern hat als beauftragter Dienstleister lediglich Gaststatus und kann bei Unzufriedenheit durch die Mieterinnen und Mieter jederzeit gekündigt werden (was in der Praxis durchaus vorkommt).

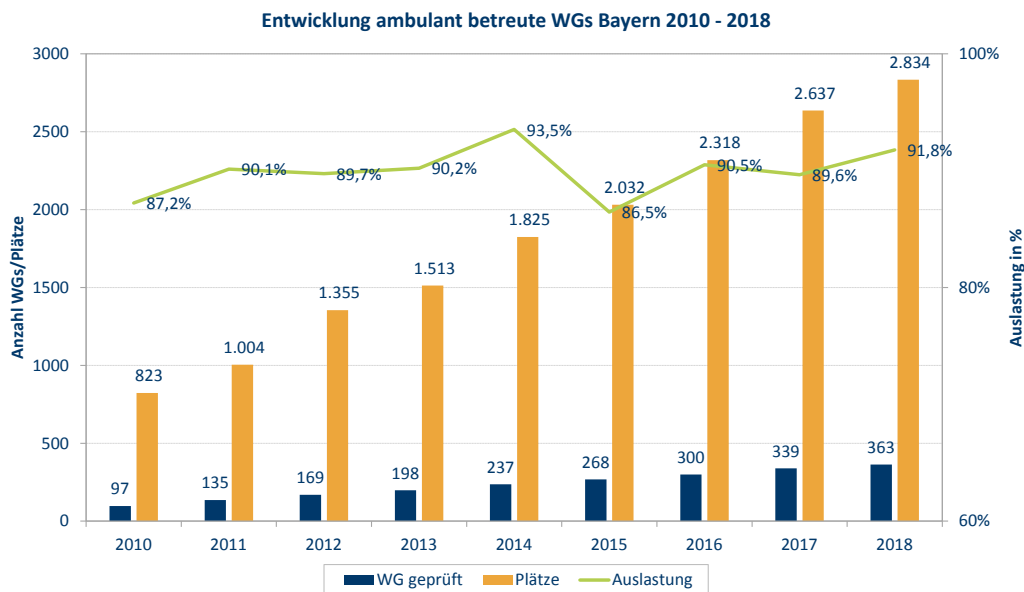
Das Hauptaugenmerk in abWGs liegt nicht allein auf den notwendigen pflegerischen Leistungen (die zweifelsohne in adäquater Qualität sichergestellt werden müssen), sondern auf einem passenden Betreuungsangebot, das auf die noch vorhandenen Kompetenzen bzw. Vorlieben der Mieterinnen und Mieter eingeht und diese bei anfallenden Haushaltstätigkeiten, wie bei der Auswahl der Speisen, der Essenszubereitung oder der Blumenpflege, einbindet. Durch die gemeinsame Freizeitplanung und einen partizipativ gestalteten Alltag kann auch bei fortschreitender Demenz ein gewisser Grad an Normalität aufrechterhalten werden, der laut Einschätzung der beteiligten Fachkräfte die Erkrankung für alle Beteiligten erträglicher macht.

Die Angehörigen nehmen bei abWGs eine wichtige, aktive Rolle ein: Sie bringen sich in die Versorgung ein (was zu Kosteneinsparungen führen kann), gewährleisten das Mitspracherecht der Mieterinnen und Mieter und üben eine gewisse Kontrolle über die Qualität der gebuchten Dienstleistungen aus. Ein solches Engagement setzt voraus, dass die Angehörigen in der Nähe der Einrichtung wohnen und regelmäßig vor Ort sein können.

Entwicklung der abWGs in Bayern und den Regierungsbezirken im Zeitraum 2010 bis 2018

Zwischen 2010 und 2018 konnte ein kontinuierliches jährliches Wachstum der abWGs verzeichnet werden (s. Abbildung 106). Die durchschnittliche Wachstumsrate betrug in diesem Zeitraum 17 % p. a., was in Zahlen einer Zunahme von 97 abWGs (823 Plätze) im Jahr 2010 auf 363 abWGs (2.834 Plätze) im Jahr 2018 entsprach. Die Auslastung betrug im Durchschnitt über die acht Jahre 90 % (Min: 86,5 %; Max: 93,5 %).

Abbildung 106: Entwicklung und Auslastung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Bayern 2010 - 2018



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Der Anteil pflegebedürftiger Personen in abWGs an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen (Sachleistungs- und Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger) lag 2017 in Bayern bei unter einem Prozent (0,9 %).

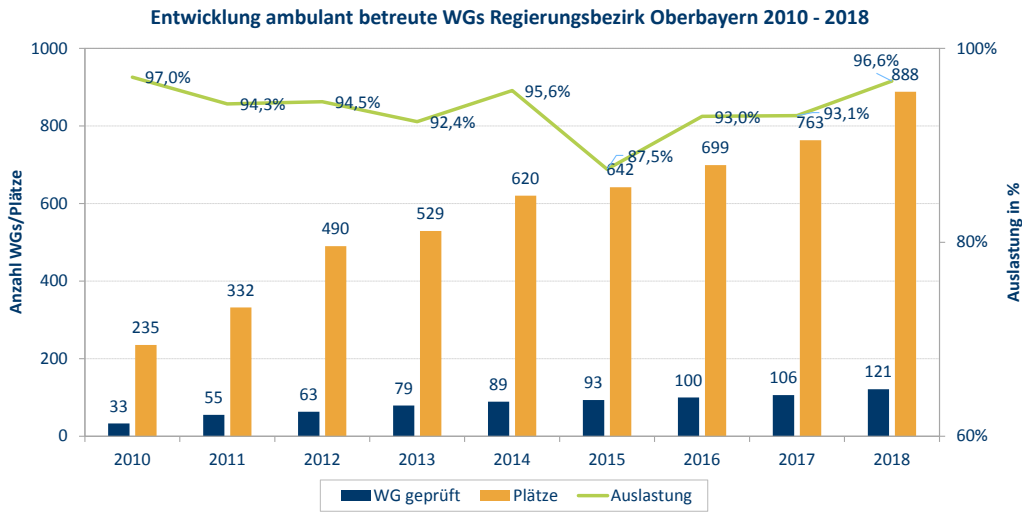
In den einzelnen Regierungsbezirken ist die Anzahl der abWGs sehr unterschiedlich: Oberbayern verfügt - als größter Regierungsbezirk – mit 121 (2018) über die meisten abWGs. In den anderen Regierungsbezirken gab es im gleichen Jahr zwischen minimal 30 (Oberfranken) bis maximal 50 abWGs (Oberpfalz).

Oberfranken (+ 750 %) verzeichnete dagegen im Vergleich der Regierungsbezirke den größten Zuwachs von vier (2010) auf 30 abWGs (2018). In den anderen Regierungsbezirken lag der Zuwachs bei minimal 281 % (Schwaben) bis maximal 490 % (Mittelfranken).

Die geringste Auslastung in den Regierungsbezirken verzeichnete Unterfranken mit durchschnittlich 83,2 % im Zeitraum 2010 bis 2018. Schwaben verfügte mit durchschnittlich 95 % über die höchste Auslastung.

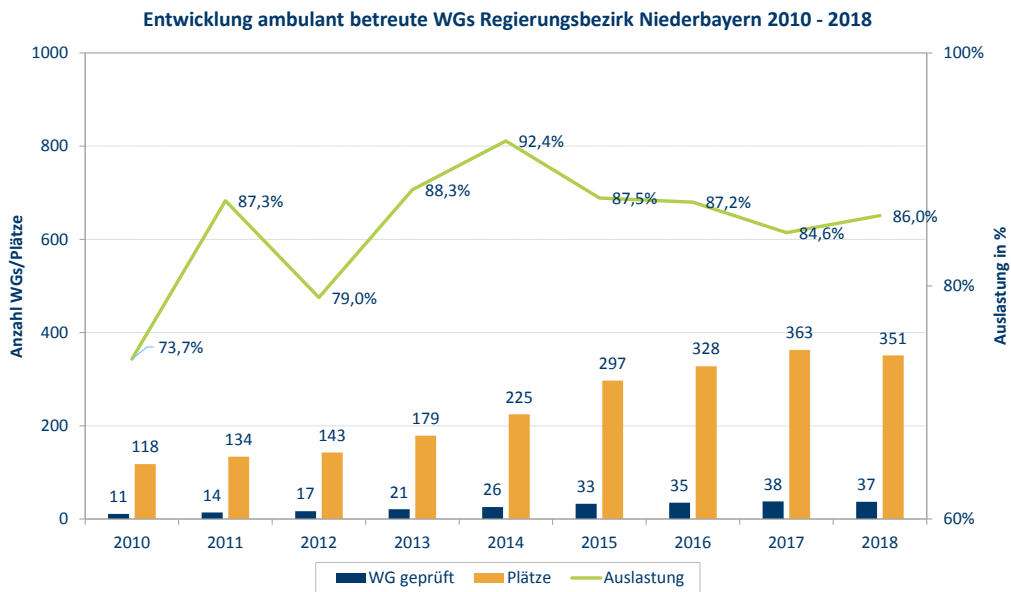
Die Entwicklung der abWGs (Anzahl, Plätze und Auslastung) in den einzelnen Regierungsbezirken im Zeitraum 2010 bis 2018 ist den folgenden Abbildungen zu entnehmen.

Abbildung 107: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt –
Regierungsbezirk Oberbayern 2010 - 2018



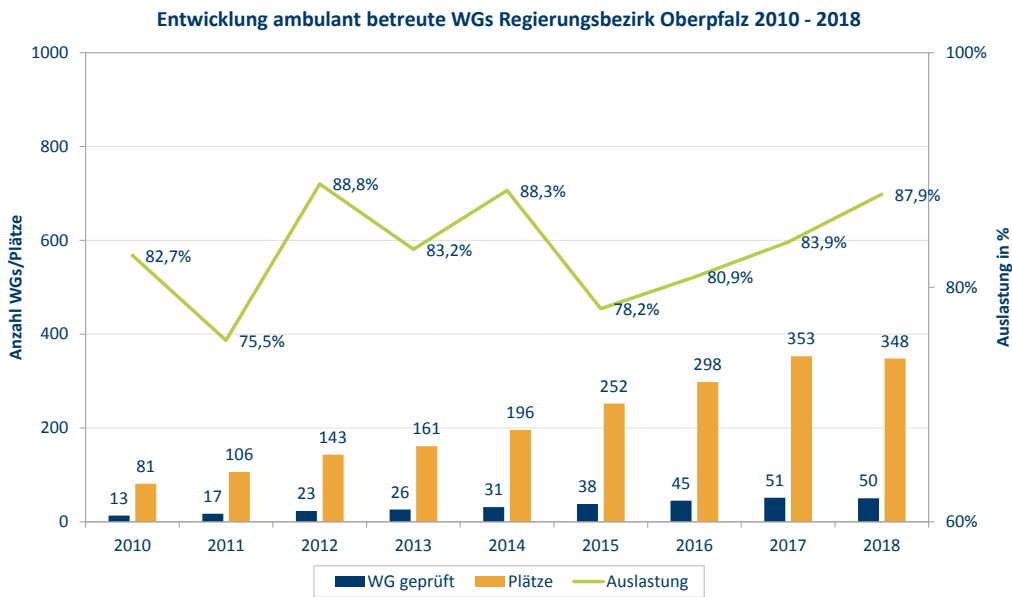
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 108: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt –
Regierungsbezirk Niederbayern 2010 - 2018



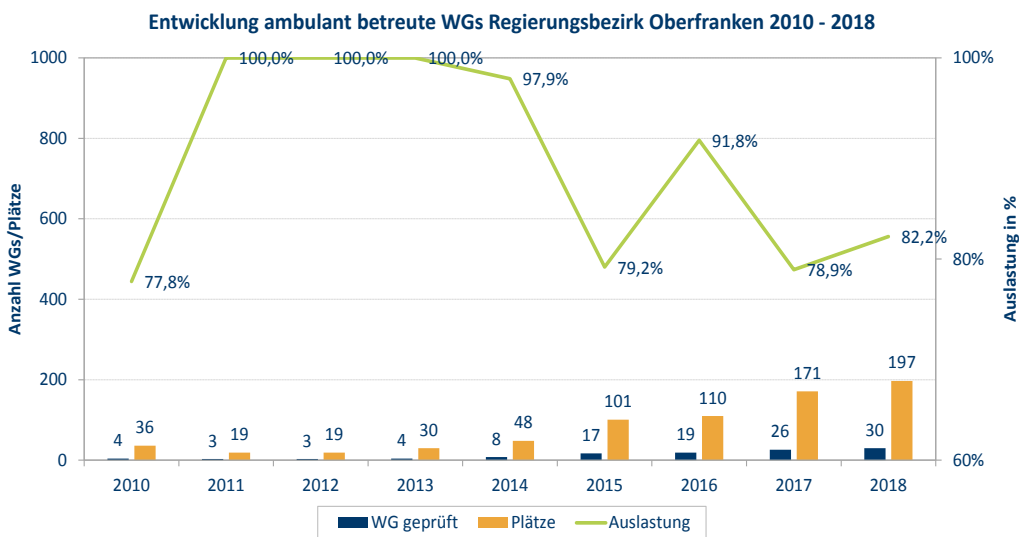
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 109: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Oberpfalz 2010 - 2018



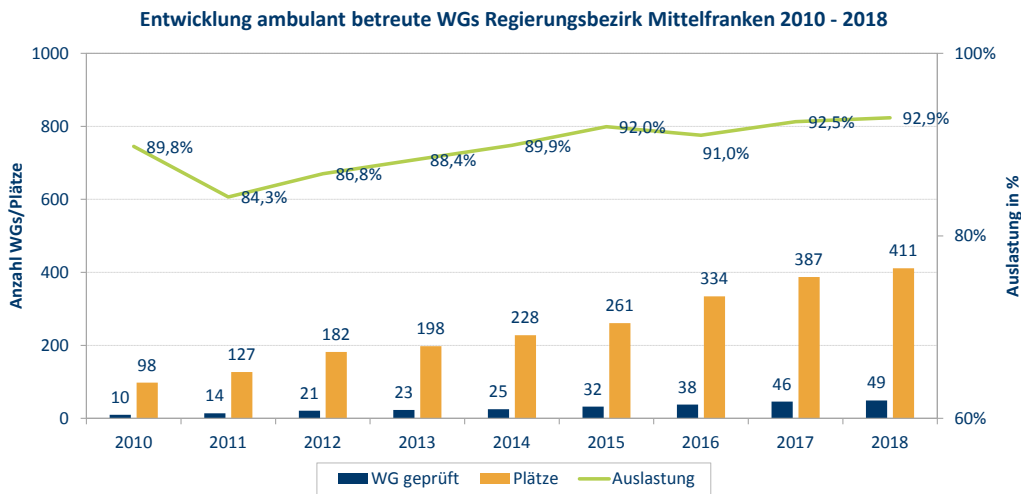
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 110: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt – Regierungsbezirk Oberfranken 2010 - 2018



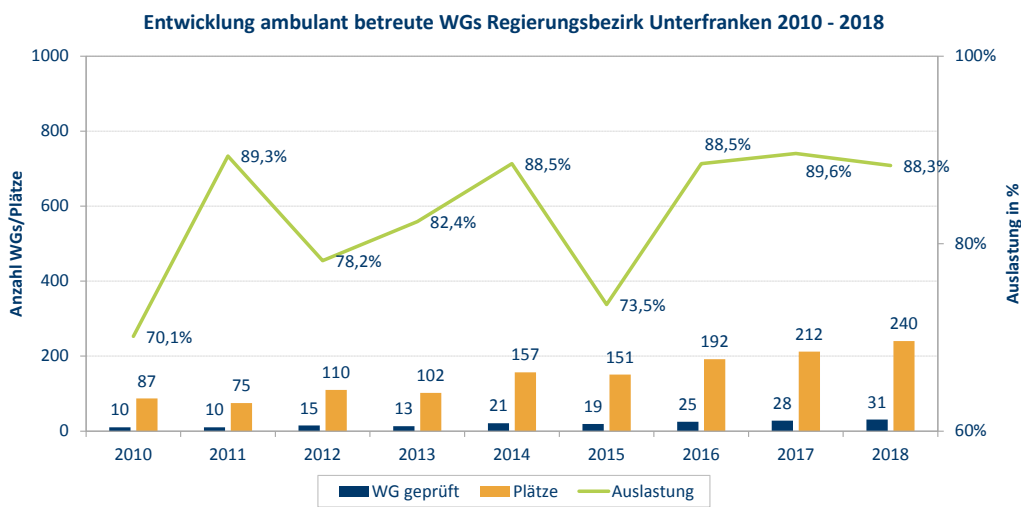
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 111: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt –
Regierungsbezirk Mittelfranken 2010 - 2018



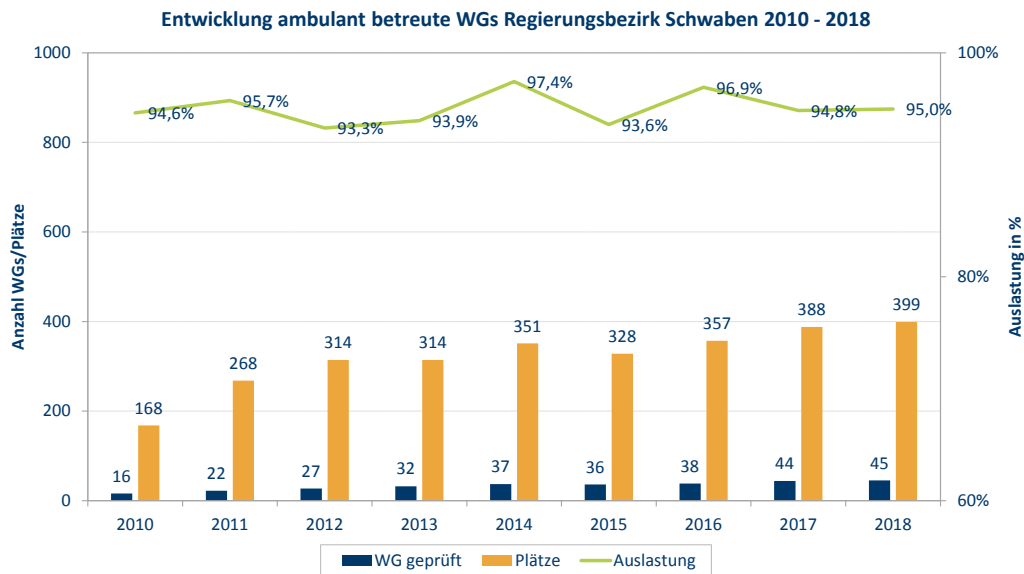
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 112: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt –
Regierungsbezirk Unterfranken 2010 - 2018



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 113: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften gesamt –
Regierungsbezirk Schwaben 2010 - 2018



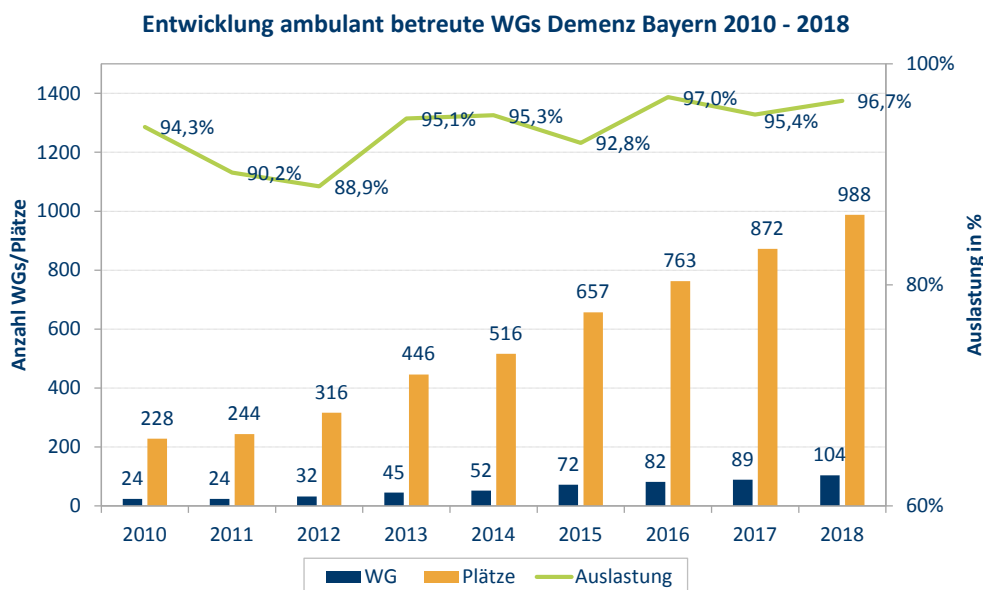
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für besondere Zielgruppen

Wie bereits eingehend erläutert, wurden abWGs auch für besondere Zielgruppen konzipiert: Zum einen profitieren Menschen mit Behinderung besonders von dem Angebot, sofern sie ambulante Pflegeleistungen erhalten. Im Bundesdurchschnitt ist der Anteil für diese Zielgruppe mit 3,6 % jedoch sehr gering (Klie *et al.* 2017: 96). Zum anderen wurde diese Versorgungsform vorrangig auf die Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgerichtet.

Der Anteil der abWGs für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, gemessen an der Gesamtzahl der Plätze, betrug im Jahr 2018 rd. 35 %. Zwischen 2010 und 2018 verzeichnete Bayern einen Zuwachs von 333 % - von 24 abWGs (228 Plätze) im Jahr 2010 auf 104 abWGs (988 Plätze) im Jahr 2018. Die Auslastung lag im Durchschnitt bei 94 % (s. Abbildung 114).

Abbildung 114: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit demenziellen Erkrankungen – Bayern 2010 - 2018



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Die Anzahl der abWGs für Menschen mit demenziellen Erkrankungen fällt in den einzelnen Regierungsbezirken sehr unterschiedlich aus: Oberbayern verfügt mit 48 (2018) über die meisten abWGs in diesem Bereich. Die anderen Regierungsbezirke hielten im gleichen Jahr zwischen minimal einer (Oberfranken) bis maximal 20 abWGs (Mittelfranken) vor.

Oberpfalz (+ 700 %) und Oberbayern (+ 685 %) verzeichneten innerhalb der Regierungsbezirke den größten Zuwachs. In der Oberpfalz von einer abWG (2010) auf sieben abWGs (2018) und in Oberbayern von sieben abWGs (2010) auf 48 abWGs (2018). In den anderen Regierungsbezirken lag der Zuwachs bei minimal 100 % (Oberfranken) bis maximal 317 % (Schwaben).

Die geringste Auslastung in den Regierungsbezirken verzeichnete Niederbayern mit durchschnittlich 70,0 % im Zeitraum 2010 bis 2018. Schwaben verfügte mit durchschnittlich rd. 96 % über die höchste Auslastung.

Die Entwicklung der abWGs für Menschen mit demenziellen Erkrankungen (Anzahl, Plätze und Auslastung) in den einzelnen Regierungsbezirken im Zeitraum 2010 bis 2018 ist der folgenden Tabelle 63 zu entnehmen.

Tabelle 63: Entwicklung der abWGs für Menschen mit demenziellen Erkrankungen nach Regierungsbezirk (Zeitraum 2010 bis 2018)

Regierungsbezirk	Anzahl WG		Anzahl Plätze		Auslastung (%)	
	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Oberbayern	7	48	56	398	98,2	99,2
Niederbayern	1	3	7	36	85,7	86,1
Oberpfalz	1	7	5	69	100,0	94,2
Oberfranken	0	1	0	12	-	91,7
Mittelfranken	7	20	75	206	93,3	97,1
Unterfranken	2	6	22	68	100,0	82,4
Schwaben	6	19	63	199	90,5	99,0
Gesamt	24	104	228	988	Ø 94,6	Ø 92,8
Zuwachs	+ 333 %		+ 333 %			

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Eine Sonderstellung nimmt die abWG für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen ein: Der Anteil dieser liegt bundesweit geschätzt bei 12 % - in Bayern und Baden-Württemberg ist er jedoch überdurchschnittlich hoch (Klie *et al.* 2017: 97). Im Jahr 2018 lag dieser bspw. bei rd. 48 %, gemessen an der Gesamtzahl der abWGs in Bayern, und machte damit den größten Anteil aus. Aufgrund der Sonderstellung wird dieser Teil im Abschnitt 4.6 näher betrachtet.

4.5.2 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

Der folgende Abschnitt basiert auf einer Zusammenfassung der Ergebnisse mit drei Expertinnen bzw. Experten aus dem Bereich abWGs und gibt einen vertieften Einblick in diese Versorgungsform in Bayern (s. auch Abschnitt 3.2.2).

Ambulant betreute WGs vs. stationäre Unterbringung

Grundsätzlich unterscheiden sich abWGs von Pflegeheimen darin, dass der Mietvertrag und der Pflege- bzw. Betreuungsvertrag getrennt voneinander abgeschlossen werden. Wie bereits erwähnt, kann somit der Pflegedienst von den Mieterinnen und Mietern (einvernehmlich) gewechselt werden, ohne dass ein Umzug erforderlich ist.

Bezüglich der Versorgung profitieren die Mieterinnen und Mieter in der Regel vom guten Personalschlüssel und der kleinen Gruppengröße, die eine individuelle Versorgung deutlich erleichtern und der Wohnform einen familiären Charakter verleihen.

Im Hinblick auf das Konzept steht die Selbständigkeit der pflegebedürftigen Personen und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Vordergrund. Die Mieterinnen und Mieter bleiben in ihrem Stadtviertel eingebunden (Stichwort „soziale

Teilhaber“). Die Auswahl oder auch Nachbesetzung von freien Plätzen wird gemeinschaftlich bestimmt. All dies ist im Rahmen der vorgegebenen Regularien in großen stationären Einrichtungen kaum möglich.

Gleichzeitig können aber auch Abstimmungsprobleme im Gremium auftreten, oder es kann aufgrund „schwieriger“ Mieterinnen und Mieter in fortgeschrittenem Krankheitsstadium zu Unstimmigkeiten kommen, bspw. wenn ein freigewordener Platz neu vergeben werden soll.

Die Kosten für einen Platz in einer abWG entsprechen nach Aussagen der Interviewpartnerinnen bzw. -partner in etwa denen eines Pflegeheims. Die Qualität der Versorgung ist in der Regel sehr gut (Angaben seitens der Aufsichtsbehörde), wobei die Kontrollfunktion der Angehörigen sicherlich einen positiven Effekt hat.

Zielgruppen

Diese Wohnform ist ideal für Menschen, für die ein Verbleib im bisherigen Zuhause nicht möglich und die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nicht gewünscht oder notwendig ist. Hauptzielgruppe sind Menschen mit demenziellen Erkrankungen (vor allem Frühbetroffene profitieren von diesem Format), aber auch andere pflegebedürftige Erwachsene. Das Leben in einer kleinen Wohngruppe bietet Sicherheit und Geborgenheit und ermöglicht eine individuelle Versorgung. Es können auch Menschen mit unterschiedlichem bzw. sehr hohem Hilfs- und Pflegebedarf in gemischten WGs versorgt werden. In einer gut organisierten und geplanten WG können die Mieterinnen und Mieter bis zu ihrem Tod verbleiben, ohne noch einmal umziehen zu müssen.

Wichtig ist zum einen, dass die Pflegebedürftigen sich in einer familienähnlichen Umgebung mit großer sozialer Nähe wohlfühlen. Selbständige Frühbetroffene oder auch „eigenbrötlerische“ Personen profitieren besonders von den individuellen Möglichkeiten einer abWG (O-Ton Interview: *„Wir haben sehr spezielle Herrschaften, die teils aus Heimen kommen, wo sie Amok laufen, weil sie sich nicht verbiegen lassen.“*). Individuelle Tagesrhythmen (z. B. ein späteres Frühstück) oder bestimmte Wünsche an die Körperpflege (z. B. Schminken durch Ehrenamtliche) können leichter berücksichtigt werden. Wenn jedoch keine demenzielle oder psychische Erkrankung vorliegt, fühlen sich pflegebedürftige Personen laut Experteneinschätzung in eigenen, abgeschlossenen Wohneinheiten meistens wohler als in einer Pflege-Wohngemeinschaft.

Zum anderen braucht es für diese Versorgungsform engagierte Angehörige, die die Verantwortung nicht abgeben, sondern mit dem Pflegedienst teilen wollen. Wenn ein solches Engagement nicht möglich oder gewollt ist, sind andere Versorgungsformen geeigneter. Voraussetzung dafür ist, dass die Angehörigen vor Ort wohnen, um regelmäßig vorbeischaun zu können.

Bezüglich des Einzugsgebietes gibt es teilweise Vorgaben, weswegen die Mieterinnen und Mieter normalerweise aus dem näheren Umfeld bzw. Landkreis kommen. Es gibt allerdings auch Anfragen aus anderen Städten/Landkreisen, weil diese Versorgungsform aktuell sehr stark nachgefragt wird. Sofern WGs mit Landes- oder kommunaler Förderung errichtet wurden, können daran Vorgaben bezgl. bevor-

zugter Mieterinnen bzw. Mieter geknüpft sein. So läuft beispielweise die Platzvergabe in München über das städtische Wohnungsamt und nur an Personen, die selbst oder deren Angehörige ihren Wohnsitz in München haben. Darüber hinaus können Angehörigen-Gremien bestimmen, aus welcher Region neue Mieterinnen bzw. Mieter zugelassen werden. Da Angehörige oder Betreuerinnen bzw. Betreuer in den Wohngemeinschaften regelmäßig Aufgaben zu erfüllen haben und z. B. an den Treffen des Gremiums alle zwei Monate teilnehmen sollen (Anwesenheitspflicht), ist eine regionale Nähe unerlässlich (Beispiel aus München).

Initiierung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft

Die Initiierung einer abWG ist ein sehr individuelles, komplexes Unterfangen mit vielen (engagierten) Akteuren und Aspekten, die für das Gelingen gut zusammenspielen müssen. Nicht nur für die Gründungsphase, sondern auch für den dauerhaften Erfolg einer abWG sind folgende Akteure bzw. Schritte wichtig:

- ◆ ausreichend Interessentinnen und Interessenten/potenzielle Mieterinnen und Mieter in der näheren Umgebung mit Pflegestatus bzw. Betreuungsbedarf (max. 12; ideal 8-10),
- ◆ Angehörige bzw. gesetzliche Betreuerinnen bzw. Betreuer, die in der Nähe leben und bereit sind, sich einzubringen,
- ◆ passende Immobilie in der Nähe der Interessentinnen und Interessenten bzw. deren Angehörigen, die baulich komplett von anderen Gebäudeteilen abgetrennt ist; Fragen des Baurechts sind mit zuständiger Bauaufsichtsbehörde abzustimmen,
- ◆ wichtige Aspekte für Investoren (für Neu-/Umbau) bzw. Vermieter, die die Suche nach den Erstmieterinnen und -mietern organisieren und in finanzielle Vorleistung gehen sind: bauliche Kosten, Projektplanung, Fördermittelakquirierung, Öffentlichkeitsarbeit, Einrichtungsgegenstände der Gemeinschaftsräume (teilweise Förderung möglich – Programm PflegesoNah, Programm WoleRaF, s. unten),
- ◆ inhaltliches Konzept inkl. Finanzplanung, das die Selbstbestimmung der Mieterinnen und Mieter und mögliche zukünftige Veränderungen im Pflegebedarf im Laufe der Zeit im Fokus hat,
- ◆ Dienstleistungsanbieter, der grundsätzlich zur Zusammenarbeit zur Verfügung steht und gewillt ist, auf Augenhöhe mit den Auftraggebern zu agieren und den eigenen Gaststatus zu akzeptieren,
- ◆ Klärung rechtlicher Aspekte, Miet- und Dienstleistungsverträge etc.,
- ◆ Meldung an die FQA (Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht, früher: Heimaufsicht),
- ◆ Unterstützung bei Gründung durch neutrale Dritte (z. B. Koordinationsstelle, FQA).

Initiatoren von abWGs sind häufig ambulante Pflegedienste, aber auch Vermieter von Immobilien oder Bauträger/Investoren, seltener sind es Kommunen oder die

Angehörigen bzw. zukünftigen Mieterinnen und Mieter. Die Motivation zur Gründung einer (oder mehrerer) abWG sind unterschiedlich, z. B.:

- ◆ Interesse an den abWGs als "gelungenes Konzept"
- ◆ Pflegeanbieter möchten ein komplexes Versorgungsangebot mit unterschiedlichen Bausteinen - darunter auch abWGs als „ambulante Alternative“ für ein Leben mit Pflegebedürftigkeit (wohnnah, in familiärer Gemeinschaft)
- ◆ Generierung eines neuen Geschäftsfeldes der Initiatoren
- ◆ speziell bei Kommunen: Ein Pflegeangebot am Ort schaffen, das im Maßstab zur Ortsgröße passt. Häufig müssen Investoren erst gefunden werden.

AbWGs gehören nicht zu den klassischen Investitionsobjekten im Bereich der "Senioreneigentum" (z. B. Seniorenresidenzen). Investoren wollen gerne Sicherheit (wenig Risiko) und haben Sorge vor Leerständen. Da die Miete ortsüblich sein muss und die zusätzlichen Dienstleistungen (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft) für die Mieterinnen und Mieter noch hinzukommen, ist über die Mieteinnahmen alleine nur wenig Rendite möglich. Immobilienbesitzer wiederum scheuen den Abschluss vieler Untermietverträge. Darüber hinaus ist Investoren das Konzept einer abWG oft unbekannt und sie möchten ein Projekt gerne einem „Träger“ übergeben/vermieten. Für Pflegedienste kann eine abWG ein einträgliches Geschäft sein – allerdings besteht aufgrund der Selbstbestimmung immer das Risiko, „ersetzt“ zu werden.

Eine Umwandlung von stationären Plätzen in eine abWG ist zwar kein Einzelfall, aber auch kein neuer bzw. steigender Trend. Vielmehr geschieht dies vor allem, wenn die Auflagen bzw. Anforderungen für stationäre Unterbringungen in der Bestandsimmobilie zu hoch sind (Einzelzimmer etc.). Allerdings ist eine solche Umwandlung baulich oftmals schwierig, da eine abWG eine abgeschlossene Wohneinheit sein muss (kompakte Architektur statt langer Flure, von denen die einzelnen Zimmer abgehen) und sich deshalb nicht ohne weiteres eine abWG daraus machen lässt. Zum anderen ist es auch eine Herausforderung, das Handeln bzw. Selbstverständnis von Mieterinnen und Mietern (ehemaligen Heimbewohnerinnen und -bewohnern) bzw. Mitarbeitenden entsprechend einem Konzept der abWG anzupassen.

Finanzierung und Fördermöglichkeiten

Bezüglich der Finanzierung gibt es verschiedene Fördermöglichkeiten, sowohl für die Initiierung einer neuen abWG, als auch für die Nutzung eines Platzes in einer abWG von Seiten der Mieterinnen und Mieter. Beispielsweise wird seit November 2019 gemäß „PflegesoNah“ die Schaffung von pflegerischen Leistungen im sozialen Nahraum gefördert, konkret der Umbau, die Modernisierung oder die Schaffung von bedarfsgerechten Pflegeplätzen und Begegnungsstätten. Ziel ist der Ausbau von Pflegemöglichkeiten im vertrauten Umfeld der Menschen und die Diversifizierung des Pflegeangebots, gerade im ländlichen Raum. Die Förderhöhe beträgt für Plätze in einer abWG bis 60.000 Euro pro Platz. Inwiefern dieses neue Förderprogramm die Zahl der gegründeten abWGs erhöhen wird, wird sich zeigen.

Auch die Moderation oder externe Beratungsleistungen des Gremiums der Selbstbestimmung werden während der Aufbauphase unterstützt. Die Förderrichtlinie Pflege – WoLeRaF stellt hierfür eine Anschubfinanzierung für den Aufbau von abWGs zur Verfügung. Nach Inkrafttreten der Förderrichtlinie PflegesoNahFÖR wurde die Förderrichtlinie WoLeRaF zum 01.01.2020 angepasst. Die Fördersumme beträgt max. 25.000 Euro. Daneben bestehen die Möglichkeiten einer Anschubfinanzierung durch die Pflegekassen sowie Gelder für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds.

Die Kommunen können die Gründung von abWGs sehr begünstigen, beispielsweise, wenn im Rahmen der Entwicklung neuer Stadtquartiere Wohneinheiten für abWGs reserviert werden, die Kommunen als Vermieter fungieren oder bei der Suche eines Grundstückes behilflich sind, durch die Auslobung von Wettbewerben sowie ein großes Engagement der Bürgermeister etc.

Herausforderungen

Wohnraum. – AbWGs stellen besondere Anforderungen an den Wohnraum, bezüglich Zimmeranzahl, Barrierefreiheit, Brandschutzauflagen etc. Bestandsimmobilien genügen diesen Voraussetzungen oft nicht, so dass diese dann aufwändig umgebaut werden müssen. Darüber hinaus ist gerade in den Ballungszentren Wohnraum knapp und entsprechend teuer. Im ländlichen Bereich finden sich eher leerstehende Immobilien, die entsprechend umgebaut werden können, was allerdings mit hohem finanziellem Aufwand verbunden ist. Grundsätzlich werden daher abWGs meist in Neubauten realisiert, in denen die speziellen Anforderungen von Anfang an berücksichtigt werden können.

Personal. – In einer abWG sollten im Idealfall mindestens zwei Personen für Betreuung/Pflege ständig anwesend sein (in vielen Fällen besteht ein deutlich höherer Personaleinsatz) und im Normalfall auch nachts jemand vor Ort sein. Ehrenamtliche und geschulte Betreuungskräfte ergänzen die Versorgung, gemeinsam mit den Angehörigen. Die ambulanten Pflegedienste haben große Probleme, geeignetes Fachpersonal zu finden, das gut Deutsch spricht, gerne in kleinen Teams bzw. WGs arbeitet und kompetent ist im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen (O-Ton Interview: „*Wir prügeln uns praktisch mit den Heimen um gutes Personal.*“). Andererseits können immer wieder Fachkräfte aus Heimen abgeworben werden bzw. bewerben sich diese gezielt auf eine Stelle in der Tagespflege oder in abWGs, weil sie die hohe Arbeitsbelastung und den Schichtdienst in großen Einrichtungen nicht mehr möchten und es schätzen, dass man sich „*auch mal hinsetzen und mit den Menschen arbeiten kann*“ (O-Ton Interview). Gerade ältere Pflegekräfte bevorzugen dieses Arbeitsumfeld sehr und bringen die nötige Geduld und das Verständnis mit, die Mieterinnen und Mieter in deren eigenem Tempo durch den Tag zu begleiten. Eine auskömmliche Vergütung wäre wichtig bzw. ein ausreichendes Budget, um z. B. Springer einstellen zu können. Wie eine Betreiberin eines ambulanten Pflegedienstes im Interview anmerkte: „*Sie können noch so viele WGs bauen – wenn Sie niemanden finden, der pflegt, funktioniert es nicht.*“ Wenn Personal aus dem stationären Bereich eingestellt wird, muss sichergestellt werden, dass das Konzept des Primates der Selbständigkeit der Mieterinnen und Mieter auch adäquat umgesetzt wird und diese nicht versehentlich in einen „Heimmodus“ verfallen.

Bedarf und Prognose

Die Wohnform einer abWG bietet viel Potenzial und das Angebot steigt stetig an – allerdings ist man auch von einer niedrigen Zahl gestartet. Die Nachfrage nach Plätzen ist sehr hoch und kann derzeit nicht abgedeckt werden, zumal Mieterinnen und Mieter i. d. R. für mehrere Jahre in der WG leben und daher selten ein Platz frei wird. Branchenkenner gehen davon aus, dass der Bedarf zusätzlich weiter steigen wird, da die abWGs zum einen gerade in kleineren Gemeinden ein gutes Angebot darstellen, um Versorgungsstrukturen zu schaffen im Rahmen kleiner, ortsangepasster Projekte. Zum anderen wird die Nachfrage nach individueller Pflege vermutlich generell weiter ansteigen – und eine vollstationäre Versorgung und Betreuung wird von pflegebedürftigen Personen häufiger erst mit zunehmendem Pflegebedarf in höheren Pflegegraden für notwendig erachtet.

Einschätzung der Versorgungssituation

Die Antworten zur Einschätzung der Versorgungssituation für die Jahre 2020 und 2025 wurden für den Bereich alternative Wohnformen, wie in Abschnitt 3.2.1.2 beschrieben, aggregiert ausgewertet, d. h. es flossen Einschätzungen anderer Akteure (Vertreterinnen bzw. Vertreter ambulanter Pflege sowie der Beratungsstellen) ein.

Die Abbildung 115 zeigt jeweils eine grafische Darstellung der 96 Kreise Bayerns mit Einschätzung des Angebots alternativer Wohnformen auf Kreisebene für die Jahre 2020 und 2025 aus Sicht verschiedener Akteure. Die Ergebnisse wurden aggregiert und farblich unterschiedenen Kategorien zugeordnet. Das Spektrum der Einschätzungen zu der Aussage „Das Angebot an alternativen Wohnformen in unserer Region ist derzeit ausreichend.“ reicht von „trifft gar nicht zu“ (Farbe: dunkelrot) bis „trifft voll und ganz zu“ (Farbe: dunkelgrün). Abbildung 116 veranschaulicht dies gleichermaßen auf Ebene der Regierungsbezirke.

Im Jahr 2020 schätzten die befragten Akteure das Angebot alternativer Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen) in 19 Kreisen (19,8 %) als nicht ausreichend ein, darunter die kreisfreien Städte Rosenheim, Regensburg, Ansbach, Schwabach, Würzburg und Kempten (Allgäu) sowie die Landkreise Bad Tölz-Wolfratshausen, Eichstätt, Erding, Garmisch-Partenkirchen, Starnberg, Weilheim-Schongau, Neu- markt i. d. Opf., Schwandorf, Kronach, Wunsiedel i. Fichtelgebirge, Ansbach, Kitzingen und Oberallgäu. Für das Jahr 2025 betraf dies 21 Kreise, was nahezu einem Viertel aller Kreise entsprach. In keinem Kreis wurde das Angebot im Jahr 2020 als auch im Jahr 2025 als (voraussichtlich) ausreichend eingeschätzt (s. Tabelle 64).

Auf Ebene der Regierungsbezirke wurde das Angebot weder im Jahr 2020 noch bis zum Jahr 2025 über alle Regierungsbezirke hinweg (jeweils hellrot) als ausreichend eingeschätzt (s. Abbildung 116).

Tabelle 64: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot alternativer Wohnformen 2020 und 2025 nach Anzahl und Anteil der Kreise

	2020 Das Angebot an alternativen Wohnformen in unserer Region ist derzeit ausreichend.				2025 Das Angebot an alternativen Wohnformen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.			
	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt
dunkelrot (trifft gar nicht zu)	6	13	19	19,8 %	6	15	21	21,9 %
hellrot	6	22	28	29,2 %	7	24	31	32,3 %
orange	8	28	36	37,5 %	5	23	28	29,2 %
gelb	3	3	6	6,3 %	3	2	5	5,2 %
hellgrün	2	2	4	4,2 %	1	2	3	3,1 %
dunkelgrün (trifft voll und ganz zu)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
keine Einschätzung möglich	0	3	3	3,1 %	3	5	8	8,3 %
GESAMT	25	71	96	100 %	25	71	96	100 %

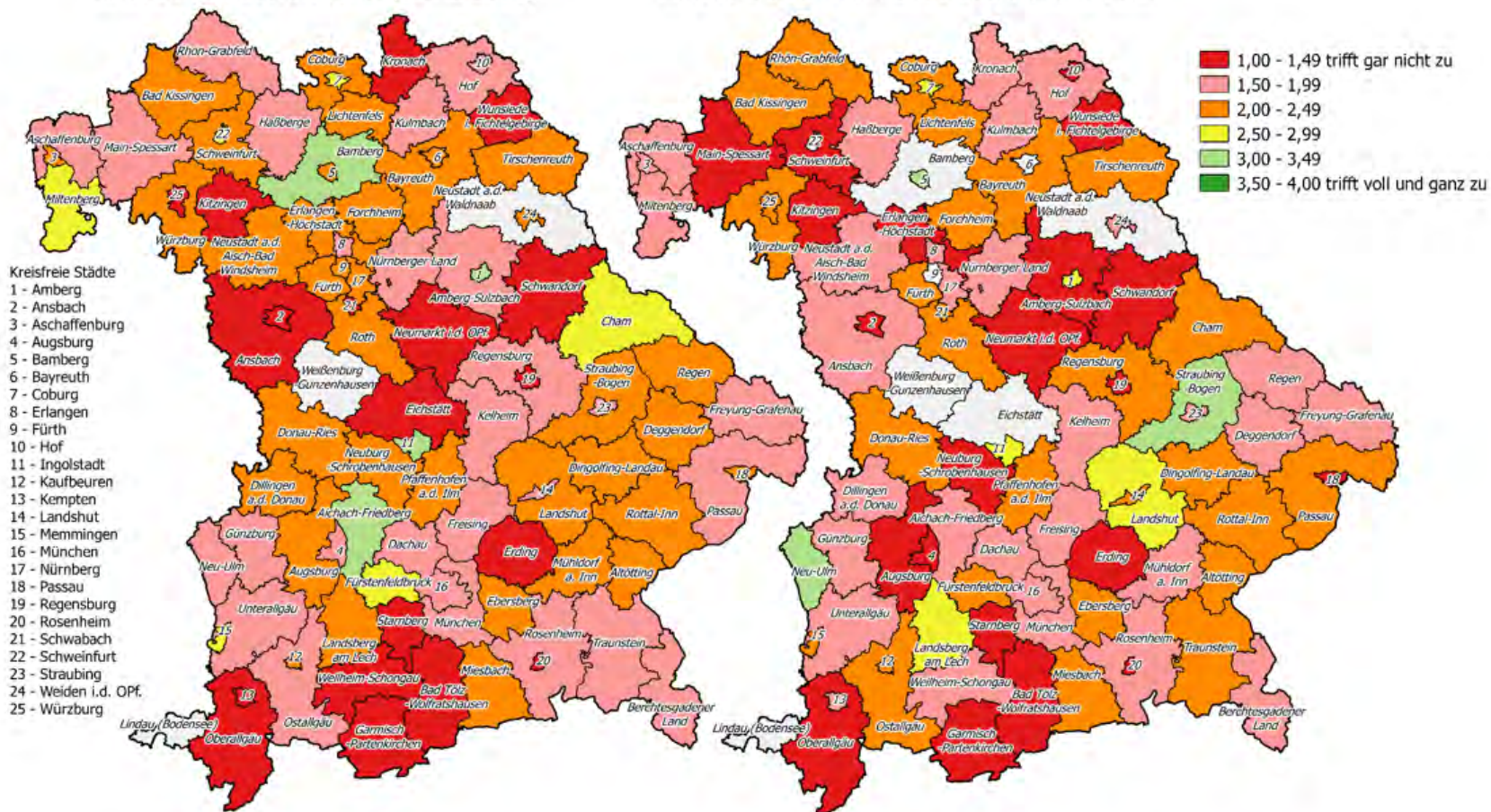
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Abbildung 115: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot alternativer Wohnformen 2020 und 2025 (Kreis)

Das Angebot an alternativen Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen, etc.) in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



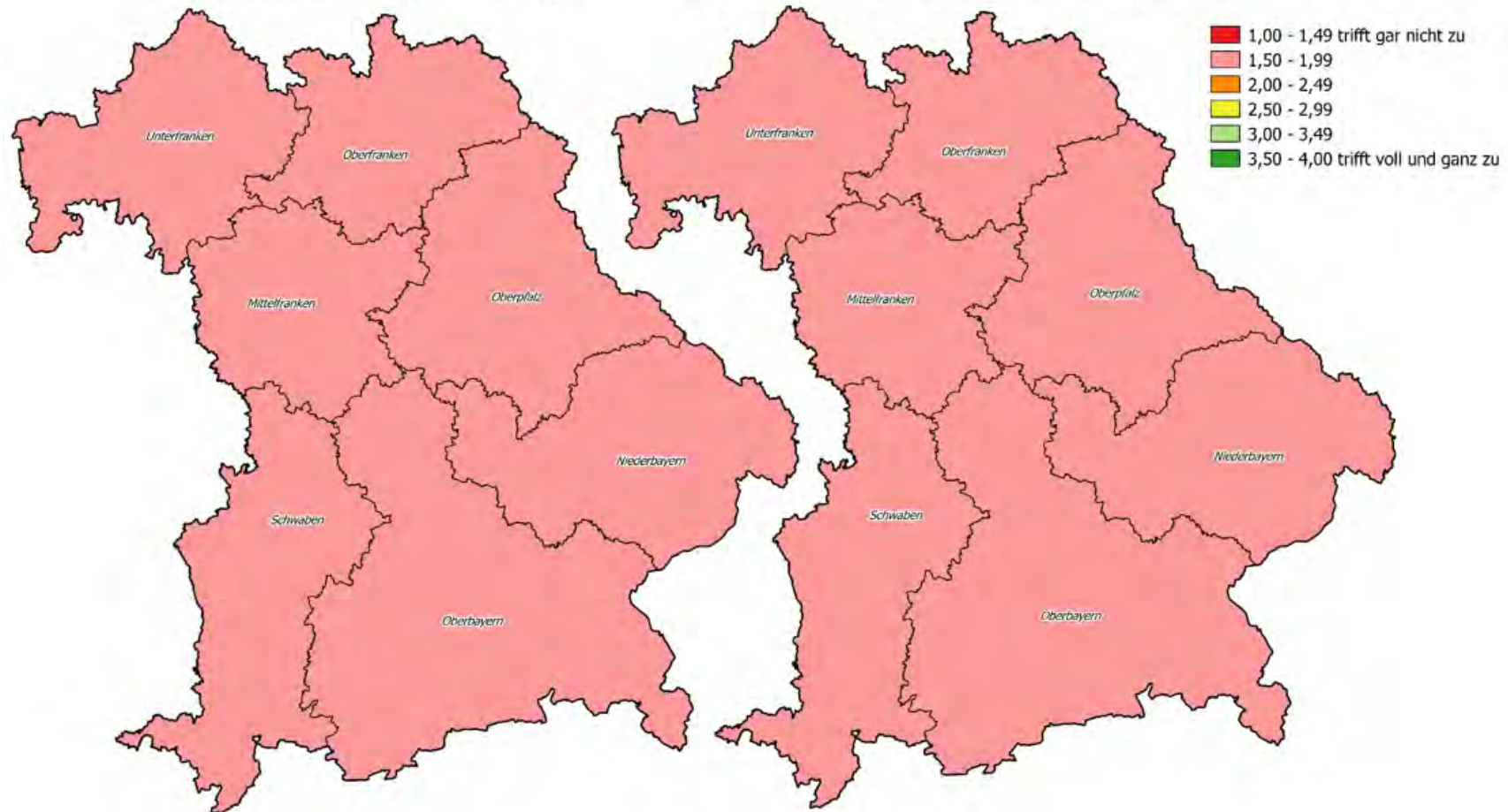
Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 116: Einschätzung der Versorgungssituation in Bezug auf das Angebot alternativer Wohnformen 2020 und 2025 (RBZ)

Das Angebot an alternativen Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen, etc.) in unserer Region ...

... ist derzeit ausreichend. (Stand 2020)

... wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.5.3 Zusammenfassung

Alternative Wohnformen im Alter sowie bei Pflegebedarf sollen in erster Linie ein individuelleres Leben mit mehr Selbstbestimmung gewährleisten, als dies in einer vollstationären Pflegeeinrichtung möglich ist. Es existieren eine Vielzahl von Angeboten und Konzepten, die auch landesweit finanziell gefördert werden.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften stellen eine besondere Pflegewohnform im Bereich der ambulanten Versorgung dar. Der Anteil pflegebedürftiger Personen in abWGs an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen (Sachleistungs- und Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger) lag 2017 in Bayern bei unter einem Prozent (0,9 %). Das Angebot entwickelte sich im Zeitraum 2010 bis 2018 von einem niedrigen Niveau aus sehr dynamisch mit einem Zuwachs von 17 % p. a. bezogen auf die Plätze und es kann vermutet werden, dass auch in den nächsten Jahren weitere Neugründungen bzw. Angebotserweiterungen erfolgen.

Aus Sicht der Mieterinnen und Mieter von abWGs können sich, wenn auch unwesentlich, finanzielle Vorteile im Vergleich zur Heimunterbringung ergeben. Für Pflegedienstleister, die abWGs betreiben, können sich im Vergleich zum Pflegeheim erhöhte Einnahmemöglichkeiten bei gleichzeitig größerer Flexibilität und geringerem Personalaufwand ergeben.

Allerdings kann der mit einer abWG verbundene organisatorische Aufwand sowohl seitens der Mieterinnen und Mieter sowie Angehörigen als auch seitens der Pflegedienstleister herausfordernd sein. Gleichwohl bietet diese Versorgungsform Chancen für ortsangepasste Projekte, gerade in ländlich geprägten Regionen.

4.6 Außerklinische Intensivpflege

„Pflegebedürftige, die wegen schwerer Erkrankungen sowie eines insgesamt fragilen, latent lebensbedrohlichen Gesundheitszustands rund um die Uhr auf qualifizierte Krankenbeobachtung und medizinisch-pflegerische Interventionsbereitschaft angewiesen sind“ (Ewers & Lehmann 2017: 63) gehören zur Gruppe der Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen – mit oder ohne Beatmung.

Dies sind demnach Menschen, die i. d. R. lebensbedrohliche Erkrankungsphasen überlebt haben oder sich in voranschreitenden oder späten Phasen schwerer chronischer Erkrankungen befinden. Zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen sowie zur Unterstützung der Behandlung sind sie „zeitweise oder dauerhaft von implantierten, penetrierenden (z. B. Trachealkanüle, Port) und/oder externen, mit dem Körper verbundenen technischen Systemen abhängig (z. B. Beatmungsgerät, Zwerchfellstimulator, Infusions-/Spritzenpumpen, Ernährungspumpe, Dialysator, Kunstherz/VAD)“ (ebd.: 64). Sie haben darüber hinaus einen umfangreichen Bedarf an pflegerischer Unterstützung und Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der individuellen Bewältigungsarbeit (ebd.).

Im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege wird diese Pflege außerhalb des Krankenhauses, seltener in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege, sondern vielmehr in der eigenen Häuslichkeit bzw. in einer abWG (u. a. Beatmung-WG) oder vergleichbaren Einrichtungen durch spezialisierte Pflegedienste überwiegend im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (gem. § 37 Abs. 2 SGB V)⁹ erbracht (ebd.: 63f.).

4.6.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Die Gruppe der Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen zu quantifizieren fällt insofern schwer, da sie in der Pflegestatistik (SGB XI) nicht gesondert ausgewiesen und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) noch keine der Pflegestatistik entsprechenden Daten aufbereitet und veröffentlicht werden (Ewers & Lehmann 2017: 64).

Schätzungen zufolge werden in Deutschland ca. 20.000 (nicht-)invasiv beatmete Personen im außerklinischen Bereich versorgt – mit steigender Tendenz (Lehmacher-Dubberke 2016: 31). Dabei handelt es sich um eine „verhältnismäßig kleine, in sich extrem heterogene Teilgruppe von Pflegebedürftigen“, wie z. B. Frühgeborene mit unreifem Atem- und Herz-Kreislaufsystem, schwerst- und mehrfach behindert geborene und schwerkranke Kinder in fortgeschrittenen Phasen (z. B. Mukoviszidose) als auch Menschen mit (Unfall)-Folgeschäden (Schlaganfall, Wachkoma, Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson) (Ewers & Lehmann 2017: 65).

Für das vorliegende Gutachten wurden IGES Daten der AOK Bayern zur Verfügung gestellt, die nach Plausibilisierung die Größe der Gruppe der Personen mit außerklinischer Intensivpflege auf 755 Personen bayernweit bezifferte (Stand 07/2019) (s. Tabelle 65).

⁹ Siehe Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der in der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 28. Mai 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 12.06.2020 B3 in Kraft getreten am 1. Juni 2020 – Leistungsbereich Nr. 24 (Krankenbeobachtung, spezielle) in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V.

Tabelle 65: Anzahl Personen mit außerklinischer Intensivpflege in Bayern, nach Regierungsbezirk

	Pflegegrad						
	gesamt	1	2	3	4	5	kein PG*
Oberbayern	226	0	16	27	64	115	4
Niederbayern	108	0	10	10	30	57	1
Oberpfalz	94	0	8	16	25	43	2
Oberfranken	86	0	8	14	26	38	0
Mittelfranken	115	0	6	9	38	61	1
Unterfranken	54	0	5	8	14	27	0
Schwaben	72	2	3	8	20	39	0
Bayern	755	2	56	92	217	380	8

Quelle: IGES, auf Grundlage von AOK Bayern 2019 (Daten 07/2019)

Anmerkung: *kein Pflegegrad bedeutet, dass die Angaben hierzu fehlten bzw. noch keine Einstufung zu diesem Zeitpunkt erfolgt ist

Diese werden, wie bereits eingangs erläutert, entweder:

- a) in der eigenen Häuslichkeit,
- b) in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft oder
- c) einem Intensivpflegeheim bzw. einer anderen stationären Einrichtung der Dauerpflege

untergebracht bzw. versorgt.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen

In den abWGs werden primär Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V durch besonders geschulte Pflegefachkräfte erbracht, einschließlich der 24-Stunden-Betreuung (spezielle Krankenbeobachtung). Leistungen gem. § 36 SGB XI werden nur geringfügig angerechnet. Die Krankenkassen zahlen, auf Basis einer ärztlichen Verordnung und im Zuge von Sondervereinbarungen im Rahmen der Verträge gem. § 132a SGB V, monatliche Entgelte in teilweise 5-stelliger Höhe (Klie *et al.* 2017: 55).

Dieser Hintergrund erklärt auch, warum eine Aufnahme dieser Zielgruppe in Einrichtungen der Dauerpflege seltener vorkommt: In Pflegeheimen ruht die Leistungspflicht der Krankenkassen hinsichtlich der Behandlungspflege – mit Ausnahme spezieller Leistungen, die im Falle der pflegebedürftigen Personen mit Beatmung vorliegen (§§ 43 Abs. 3 SGB XI, § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Die Aufnahme in Einrichtungen der Dauerpflege scheint für Betroffene und die ggf. unterhaltspflichtigen Angehörigen, aber auch für den Sozialhilfeträger daher nicht attraktiv (ebd.).

Die alternative Unterbringung in abWGs stellt jedoch heimrechtlich gesehen eine Grauzone dar: Die WGs weisen teilweise Einrichtungs- und Heimeigenschaften auf, da typische Merkmale der Selbstorganisation oder Wahlfreiheit, bspw. aufgrund der fachlich hochanspruchsvollen Dienstleistung, die nur von ausgewählten Pflegediensten erbracht wird, nicht gegeben bzw. nicht ohne weiteres umzusetzen sind. Zudem sind bei dieser spezialisierten Versorgungsform i. d. R. die Angehörigen nicht an der Organisation der pflegerischen Dienstleistungen beteiligt (ebd.).

In der Vergangenheit hat sich dieser Bereich bundesweit dynamisch entwickelt. Das Pflege- und Versorgungsangebot für beatmete sowie vergleichbar technikabhängige pflegebedürftige Personen wird vor allem von ambulante Pflegediensten in privater Trägerschaft angeboten. Genaue Zahlen über das Angebot an Pflegediensten, die häusliche Intensivkrankenpflege anbieten, und dessen Entwicklung liegen jedoch nicht vor (Ewers & Lehmann 2017: 68). Inwieweit diese Versorgungsform regional angeboten wird, hängt somit stark vom Angebot der Pflegedienste ab (Klie *et al.* 2017: 55).

Im Juli 2020 wurde von der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. erstmalig ein **DIGAB-Register für außerklinische Intensivpflege** im Internet bereitgestellt, in dem Kapazitäten deutschlandweit und für jedes Bundesland erfasst werden sollen, differenziert nach Pflege- bzw. Wohnheimen für Intensivpflege, Intensiv-Wohngemeinschaften und häuslicher Intensivpflege (vgl. <https://www.digab-register.de/>).

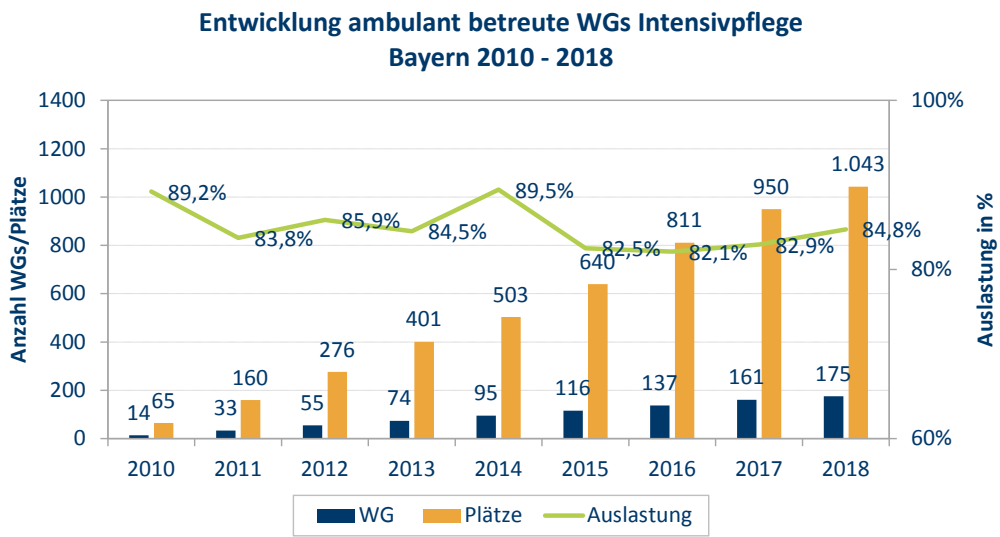
Der Anteil der abWGs für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen in Bayern ist deutlicher höher als im bundesweiten Durchschnitt. Knapp die Hälfte aller abWGs in Bayern (rd. 48 %) waren zum Stichtag 31.12.2018 abWGs für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (s. auch Abschnitt 4.5.1). Anhand der Entwicklung zwischen 2010 und 2018 lässt sich der dynamische Zuwachs dieser Wohnform verdeutlichen: Innerhalb von acht Jahren verzeichnete das Angebot einen Zuwachs von über 1.000 % - angefangen bei 14 abWGs im Jahr 2010, waren es 2018 bereits 175 abWGs bayernweit. Die Auslastung lag im Durchschnitt bei 85 % (s. Abbildung 117).

Die Anzahl der abWGs für Menschen mit Intensivpflege nach Regierungsbezirk gestaltet sich wie folgt: Oberbayern verfügt mit 58 (2018) erneut über die meisten abWGs in diesem Bereich. Die anderen Regierungsbezirke verzeichneten im gleichen Jahr zwischen minimal 12 (Schwaben) bis maximal 30 abWGs (Oberpfalz).

Bis auf die Oberpfalz (+ 600 %) und Oberbayern (+ 967 %) verzeichneten alle Regierungsbezirke einen Zuwachs zwischen minimal 1.200 % (Schwaben) und maximal 2.200 % (Mittelfranken). Dies begründet sich in dem geringen Angebot im Jahr 2010: Die Regierungsbezirke verfügten zu diesem Zeitpunkt lediglich über eine abWG, teils auch keine.

Die geringste Auslastung in den Regierungsbezirken verzeichnete Niederbayern mit durchschnittlich 76,7 % im Zeitraum 2010 bis 2018. Oberbayern verfügte mit durchschnittlich rd. 92 % über die höchste Auslastung.

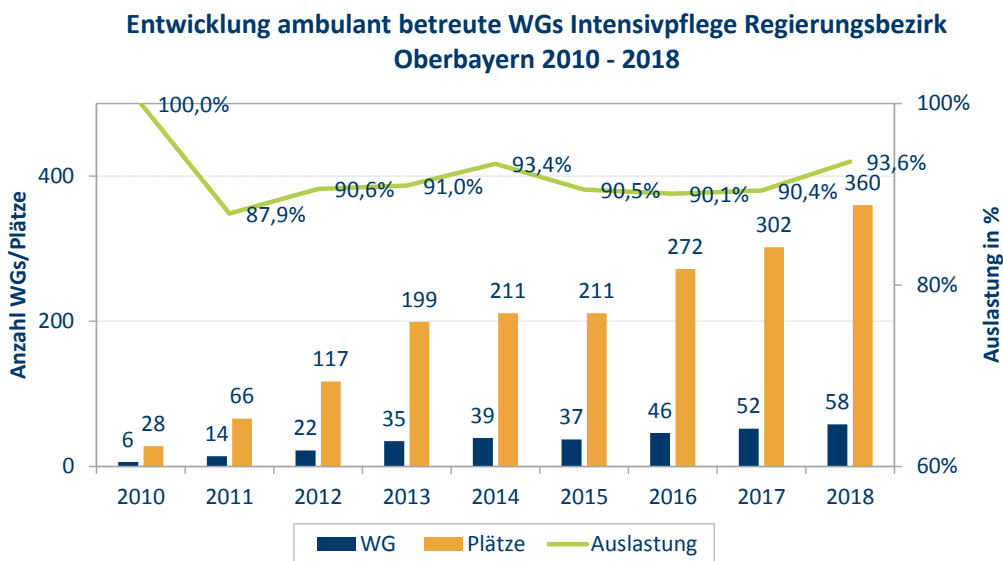
Abbildung 117: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Bayern gesamt 2010 - 2018



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

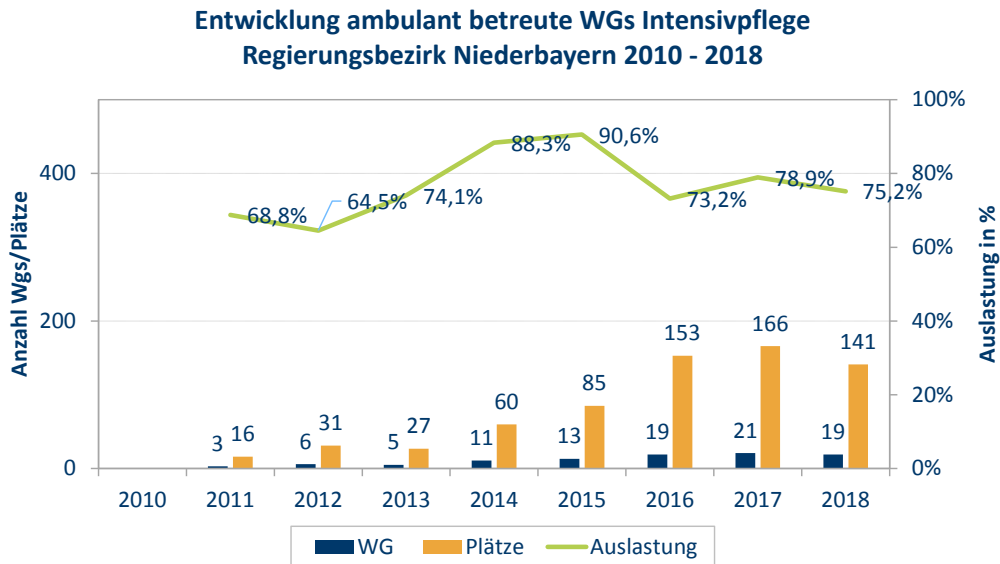
Die Entwicklung der abWGs für Menschen mit Intensivpflege (Anzahl, Plätze und Auslastung) in den einzelnen Regierungsbezirken im Zeitraum 2010 bis 2018 ist den folgenden Abbildungen zu entnehmen.

Abbildung 118: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Oberbayern 2010 - 2018



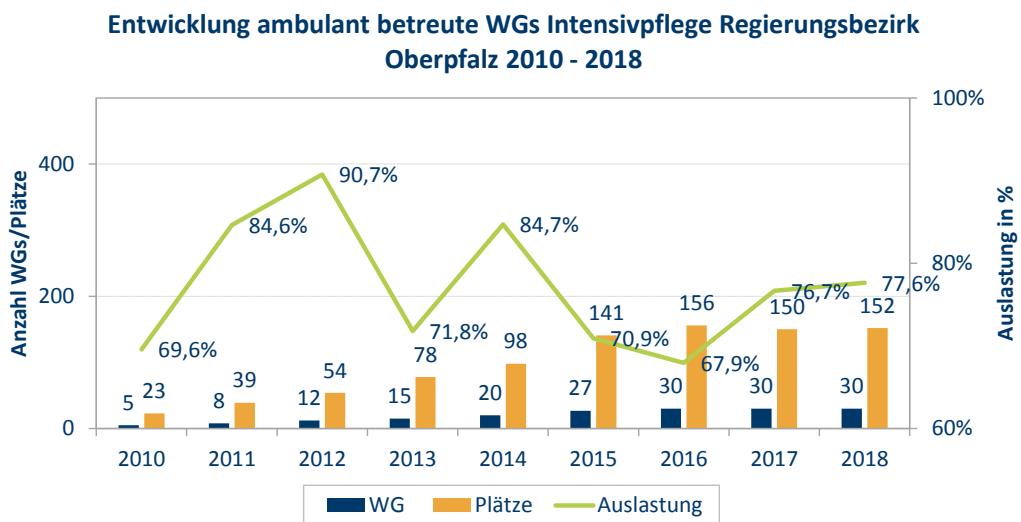
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 119: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Niederbayern 2010 - 2018



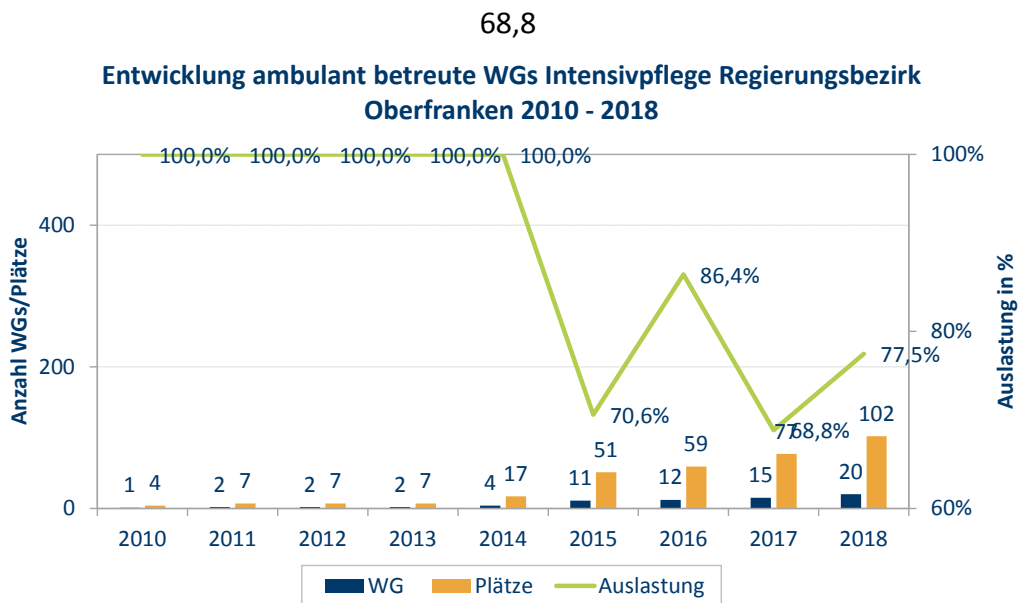
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 120: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Oberpfalz 2010 - 2018



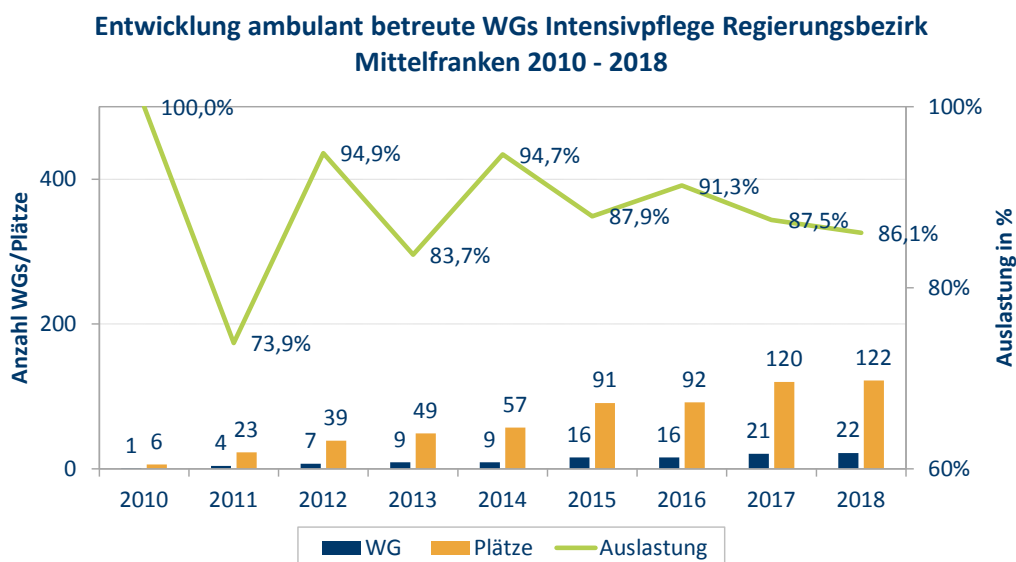
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 121: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Oberfranken 2010 - 2018



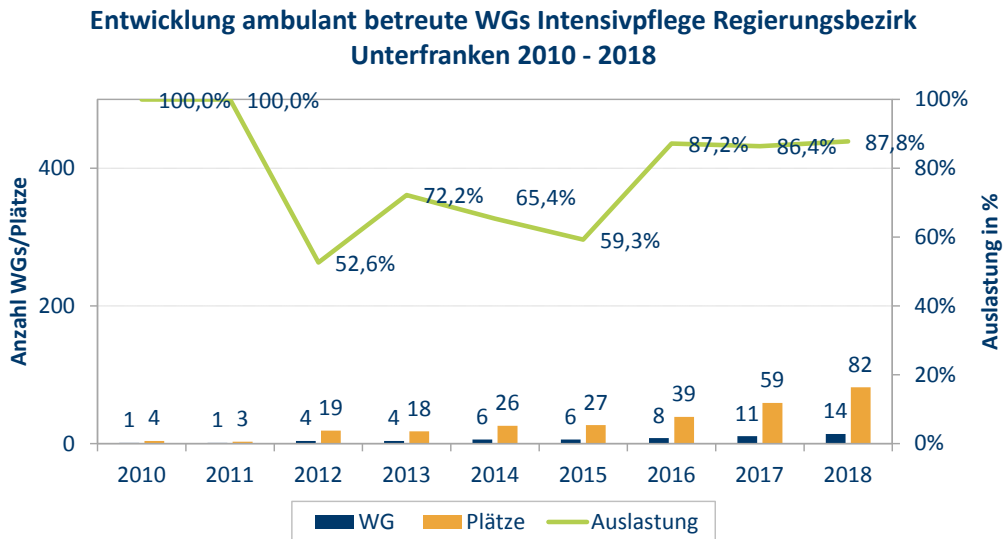
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 122: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Mittelfranken 2010 - 2018



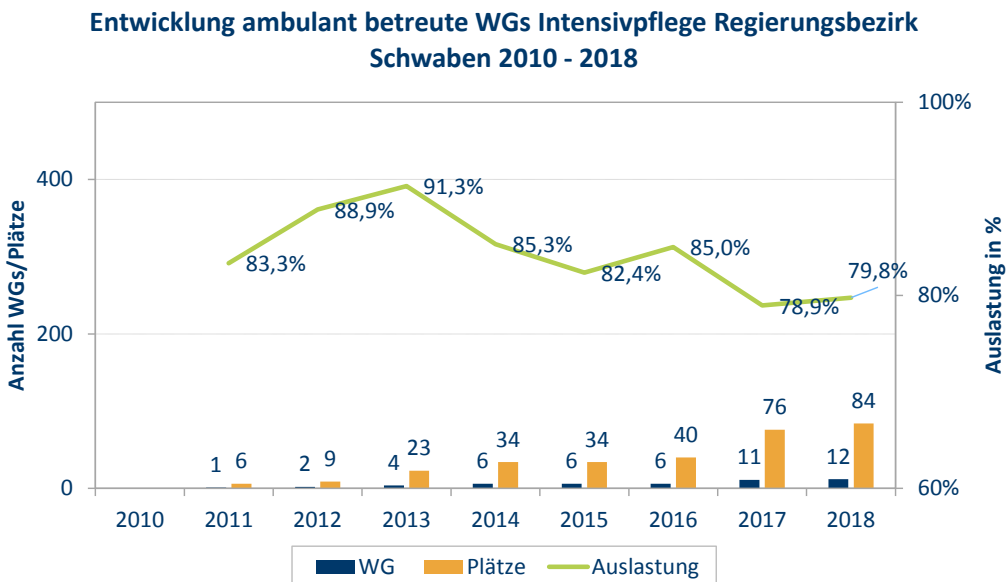
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 123: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Unterfranken 2010 - 2018



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 124: Entwicklung ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensivpflege – Regierungsbezirk Schwaben 2010 - 2018



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

4.6.2 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

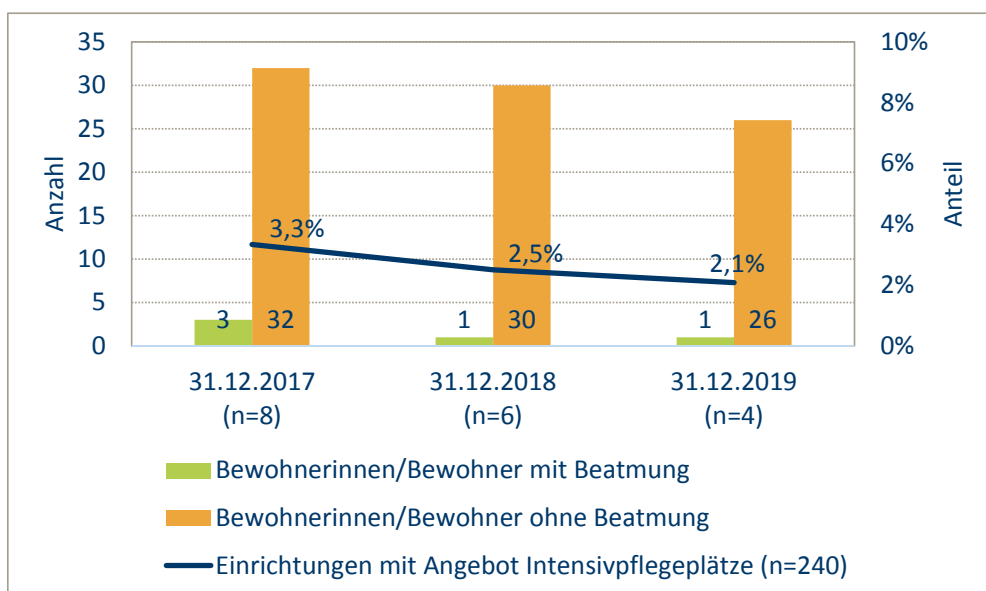
Zur Versorgung von Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen in Einrichtungen der Dauerpflege liegen kaum Erkenntnisse vor. Die vollstationären Einrichtungen wurden in einem kurzen Frageblock zum Angebot und den Bedarfen dieser Zielgruppe befragt.

Ergebnisse zur Einschätzung der Versorgungssituation in diesem Bereich werden teilweise aggregiert aus den Ergebnissen weiterer Online-Befragungen (ambulante, teilstationär, Beratungsstellen) berichtet.

Angebote für Bedarfe außerklinischer Intensivpflege in Einrichtungen der Dauerpflege

Im Durchschnitt boten 2,6 % der Einrichtungen Plätze für Menschen, die außerklinische Intensivpflege benötigen (beatmet und/oder nicht beatmet), in den Jahren 2017 bis 2019 an, wobei seit 2017 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Nur vereinzelt wurden Bewohnerinnen und Bewohner mit Beatmung (Durchschnitt: 2 Personen; Min: 1; Max: 3) jeweils zum Stichtag 31.12. in den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege im Vergleich zu Bewohnerinnen und Bewohner ohne Beatmung (Durchschnitt: 30 Personen; Min: 26; Max: 32) versorgt (s. Abbildung 125).

Abbildung 125: Anteil Einrichtungen der Dauerpflege mit Angebot Intensivpflegeplätze (beatmet/nicht beatmet) nach Jahr und Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (mit/ohne Beatmung) jeweils zum Stichtag

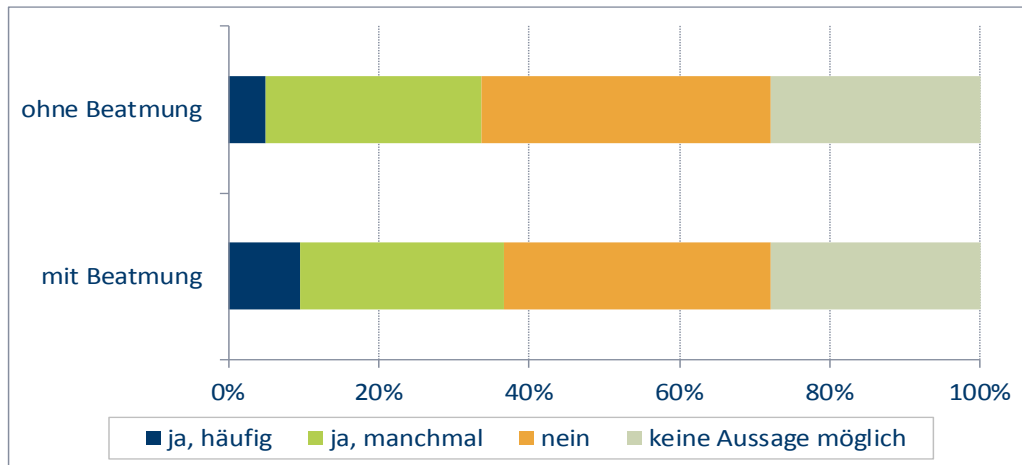


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Anfragen von Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege mit Beatmung mussten von rd. 10 % der Einrichtungen „häufig“ abgelehnt werden, bei

Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ohne Beatmung wurde dies von 5 % der Einrichtungen berichtet (s. Abbildung 126).

Abbildung 126: Ablehnung von Anfragen für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (mit/ohne Beatmung) (n = 240)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

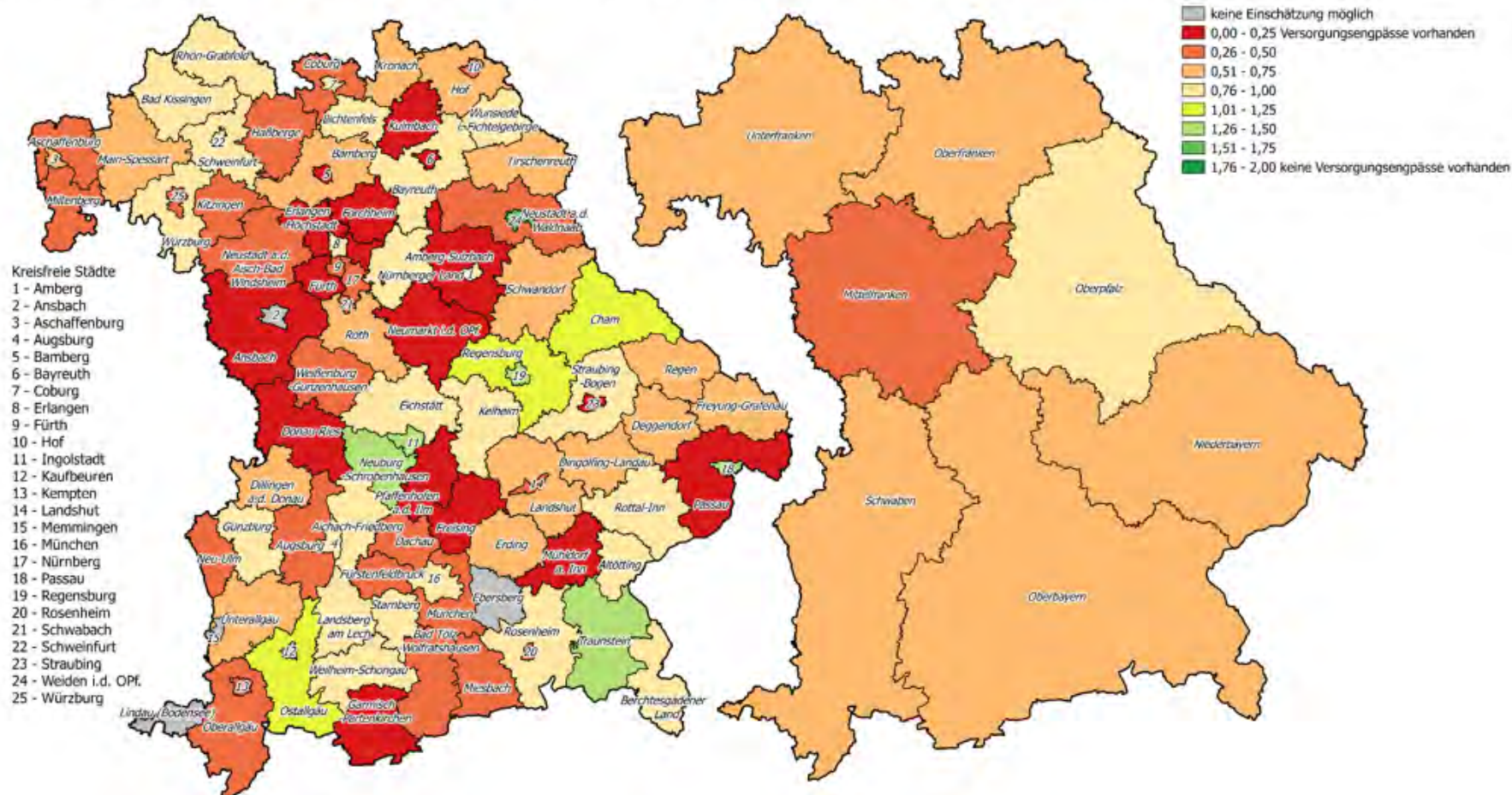
Die nachfolgende Abbildung 127 gibt einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (einschließlich außerklinischer Beatmung) in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts).

Hier zeigt sich, dass es laut Einschätzung der Akteure in keinem Kreis ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe gebe, lediglich die kreisfreie Stadt Weiden i. d. Opf. schnitt etwas besser ab (hellgrün). Auch im oberen Drittel bewegten sich die kreisfreien Städte Ingolstadt, Passau und Regensburg sowie die Landkreise Neuburg-Schrobenhausen und Traunstein. In insgesamt 16 Kreisen (3 kreisfreie Städte; 13 Landkreise) wären dagegen Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot).

Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es tendenziell in allen sieben Regierungsbezirken eher Versorgungsengpässe für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen, wobei die Situation in Oberpfalz im Durchschnitt noch etwas besser bewertet wurde (hellgelb). Mittelfranken wurde im Vergleich zu den anderen Regierungsbezirken im Durchschnitt am schlechtesten bewertet (dunkelorange).

Abbildung 127: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (Kreis und RBZ)

Versorgungsgänge für Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (einschl. außerklinischer Beatmung)...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.6.3 Zusammenfassung

Die geringe Fallzahl der Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege mit Beatmung als auch das zurückgehende Angebot in den Jahren 2017 bis 2019 in den vollstationären Einrichtungen in Bayern könnte in Zusammenhang mit der Zunahme von abWGs u. a. speziell für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege stehen. Seit 2008 ist ein kontinuierliches Wachstum dieser Versorgungsform in Bayern zu verzeichnen. Es ist zu beobachten, dass hier eine Verlagerung der Versorgung dieser Zielgruppe in den ambulanten Bereich stattfindet. Gleichzeitig ist zu vermuten, dass dieser Prozess durch personelle Engpässe in der stationären Versorgung indirekt gefördert wird.

Wirtschaftliche Anreize zur ambulanten Versorgung bei Intensivpflege bestehen sowohl für die Betroffenen (keine Eigenanteile bei Heimunterbringung) als auch für die Pflegedienstleister: Die Kassen können, auch bei Verdacht auf besondere Akquisestrategien von Pflegediensten, nichts gegen die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen in Wohngemeinschaften unternehmen, auch wenn es bisweilen Hinweise darauf gibt, dass zunächst beatmungspflichtige Personen ohne Not, aber mit wirtschaftlichen Interessen von Diensten beatmungspflichtig gehalten werden. Manche Kassen versuchen durch Case Management-Strategien im klinischen Bereich Einfluss auf die nachklinische Versorgung dieser Personengruppe zu gewinnen (Klie *et al.* 2017: 55f.).

Der Bundestag hat am Donnerstag, 2. Juli 2020, dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG)) zugestimmt.

Ziel des Gesetzes ist es laut BMG, Intensiv-Pflegebedürftige besser zu versorgen, Fehlanreize in der Intensivpflege zu beseitigen und die Selbstbestimmung der Betroffenen zu stärken. Dazu wurde ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Weitere Regelungen sind gemäß BMG (2020b):

- ◆ Außerklinische Intensivpflege kann in Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, in qualitätsgesicherten Intensivpflege-Wohneinheiten, in der eigenen Häuslichkeit sowie in geeigneten Orten, wie z. B. betreuten Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten erbracht werden.
 - ◆ Damit Patientinnen und Patienten in der Intensivpflege dauerhaft qualitätsgesichert versorgt werden, haben die Medizinischen Dienste im Auftrag der Krankenkassen im Rahmen einer persönlichen Begutachtung am Leistungsort jährlich insbesondere zu prüfen, ob die medizinische und pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann.
 - ◆ Damit die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nicht aus finanziellen Gründen scheitert, werden Intensiv-Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen weitgehend von Eigenanteilen entlastet.
-

- ◆ Die Kostenübernahme gilt für sechs Monate auch dann weiter, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person bessert und außerklinische Intensivpflege nicht mehr nötig ist. Die Krankenkassen können die Leistungsdauer in ihrer Satzung noch verlängern.
- ◆ Bei allen Patientinnen und Patienten, bei denen eine Entwöhnung von der Beatmung möglich erscheint, soll vor Entlassung aus dem Krankenhaus ein Entwöhnungsversuch erfolgen. Dafür werden Anreize gesetzt und eine zusätzliche Vergütung gezahlt. Wird ein Entwöhnungsversuch nicht veranlasst, drohen Vergütungsabschläge.
- ◆ Nur qualitätsgeprüfte Pflegedienste dürfen außerklinische Intensivpflege erbringen. Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden bundeseinheitlich in Rahmenempfehlungen formuliert.

4.7 Beratungs- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und Ihre Angehörigen in Bayern

4.7.1 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

In den vergangenen Jahren haben sich deutschlandweit, und auch in den meisten Regionen Bayerns, vielfältige pflegerische Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen etabliert. Unter anderem auch in Folge dieser Angebotsvielfalt fällt es pflegebedürftigen Menschen sowie deren (pflegenden) Angehörigen zunehmend schwer, das für sie passende Pflege- bzw. Unterstützungsangebot auszuwählen. Die (hohe) Komplexität des Pflegeversicherungssystems stellt dabei häufig ein weiteres Hindernis dar, da Ansprüche und Anspruchsvoraussetzungen bei den Betroffenen selten im Detail bekannt sind (Prognos AG & KDA 2018: 1).

Um die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gezielter zu adressieren, wurde im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (2008) erstmalig der Anspruch auf eine unabhängige und individuelle Pflegeberatung gesetzlich bestimmt. Seit dem 01.01.2009 hat somit jede pflegebedürftige Person in Deutschland einen Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei ihrer Pflegekasse. In einer ersten Evaluation des Pflegeberatungsangebots nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes (2012) zeichneten sich jedoch unterschiedliche Wege der einzelnen Pflegekassen bei der Implementierung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ab. Je nach Region (Bundesland) und Pflegekasse wird die Beratung seitdem entweder durch die Pflegekasse (sofern vorhanden in der Geschäftsstelle), durch von ihnen beauftragte Dienstleister oder (sofern vorhanden) in PSP erbracht (GKV-Spitzenverband 2012: 11).

In den Folgejahren eingeführte gesetzliche Neuerungen, z. B. im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (2012) sowie des PSG II (2015), führten zu weiteren Anpassungen bzw. Änderungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Diese wurden u. a. in einer erneuten Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 1-4, 7-8, § 7b Abs. 1-2 und § 7c SGB XI, untersucht (vgl. Wolff *et al.* (2020)).

In Bayern wird die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vorwiegend von den Pflegekassen oder von ihnen beauftragten Dienstleistern erbracht. Zudem gibt es weitere Beratungsstrukturen zum Thema Pflege, einschließlich der PSP, die sich jedoch teilweise regional deutlich unterscheiden. Das Vorhandensein von Anlaufstellen im Bereich und im Umfeld von Pflege ist, neben den Regelungen zu den PSP auf Landesebene, somit bspw. ebenfalls abhängig vom Engagement der Kommunen im Bereich Pflege. Zu diesen Ergebnissen gelangten auch Wolff *et al.* (2020). Nachfolgend werden die Strukturen in Bayern näher erläutert.

Pflegestützpunkte und Fachstellen für pflegende Angehörige

Vor Einführung der PSP gab es in Bayern bereits eine landesweite Beratungsinfrastruktur mit den FPA. Auf Basis der Allgemeinverfügung¹⁰ (2009) und des Konzepts Pflegestützpunkte/Pflegeberatung in Bayern¹¹ (2008) wurde die Einrichtung von PSP und bis Ende 2010 der geplante Aufbau von bis zu 60 PSP bestimmt. Sowohl ländlich strukturierte Regionen als auch Ballungsräume sollten einbezogen werden. Die FPA sollten, wenn möglich, in die PSP integriert werden (Wolff *et al.* 2020: 60).

Als ergänzende Struktur wurde in der Allgemeinverfügung die Einrichtung einer Erstanlaufstelle, der Pflegeservice Bayern, als rein telefonisches Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI neben den PSP bestimmt. In der kurz darauf in Kraft getretenen Rahmenvereinbarung¹² (2009) wurde dieses Vorhaben konkretisiert und dem Pflegeservice Bayern die Aufgabe einer Erstanlaufstelle mit Verweisfunktion an die Pflegeberatung, bestenfalls den PSP, zuteil. Selbst erbringt sie seitdem keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mehr. Angesiedelt beim MDK Bayern fungiert diese überregional tätige Leitstelle seitdem als telefonische Informations- und Anlaufstelle (ebd.).

Von dem avisierten Aufbau von 60 PSP wurden bis Ende 2019 lediglich neun PSP in verschiedenen Kreisen bayernweit realisiert. Träger der PSP sind gem. Abs. 3 der Rahmenvereinbarung die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit kommunalen Gebietskörperschaften (Landkreis/kreisfreie Städte/Bezirke), die die Einrichtung des PSP über einen Pflegestützpunktvertrag regeln (vgl. Anlage der Rahmenvereinbarung). Teil des Pflegestützpunktvertrages ist ein von den Trägern der PSP individuell erarbeitetes Konzept zur bedarfsgerechten Abstimmung und Koordination der Aufgaben (vgl. § 3 des Pflegestützpunktvertrages).

¹⁰ Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 22.10.2009 Az.: III3/022/4/09.

¹¹ Konzept Pflegestützpunkte / Pflegeberatung in Bayern des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 25.11.2008.

¹² Die Rahmenvereinbarung zur Errichtung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten (PSP) nach § 92c SGB XI im Freistaat Bayern vom 01.11.2009 wurde im Jahr 2017 gekündigt, ist aber gem. § 7c Abs. 6 S. 2 SGB XI bis zum Inkrafttreten einer neuen Rahmenvereinbarung weiterhin gültig (Bayerischer Landtag, 2019: 4).

Der Grund dafür lag vor allem in Differenzen über die Finanzierung der PSP (Braeseke *et al.* 2018: 54). „Nach dem bisherigen Finanzierungsmodell sollen die Sachkosten der Pflegestützpunkte zwischen Pflegekassen und Kommunen paritätisch aufgeteilt werden. Die Personalkosten sind vom jeweiligen Träger komplett selbst zu tragen. Angesichts ihrer prekären Haushaltslage haben sich bisher nur wenige Kommunen in Bayern an der Errichtung und Trägerschaft von Pflegestützpunkten beteiligt. Auch die Pflegekassen weigern sich, die alleinige Finanzierung der Pflegestützpunkte zu übernehmen.“ (Bayerischer Landtag 2014: 1)

Der Rahmenvertrag zwischen Kranken- und Pflegekassen sowie den kommunalen Spitzenverbänden in Bayern wurde im Januar 2018 von den kommunalen Spitzenverbänden zwecks Neuverhandlung gekündigt. Seit Ende April 2020 liegt dem StMGP die finale Fassung des „Rahmenvertrags zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI in Bayern“ vor. Dieser wurde zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen mit den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene geschlossen.

Der Bayerische Landtag hat am 5. Dezember 2019 die Einführung des kommunalen Initiativrechts zur Errichtung von PSP nach § 7c Abs. 1a SGB XI beschlossen. Hierbei handelt es sich um eine optionale Möglichkeit, die der Bundesgesetzgeber den Bundesländern mit dem PSG III eingeräumt hat, wobei er das Initiativrecht bis 31. Dezember 2021 befristet hat. Das entsprechende Landesgesetz mit der neuen Regelung des Art. 7b AGSG ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten (AGSG – LT-Drs. 18/3861). Dadurch können in Bayern die Bezirke, Landkreise und kreisfreien Städte von den Pflege- und Krankenkassen verlangen, dass eine Vereinbarung zur Errichtung eines PSP getroffen wird. Neu ist, dass die Kommunen nicht auf entsprechende Planungen der Kassen angewiesen sind.

Die errichteten PSP konzentrieren sich eher auf den nordöstlichen Teil Bayerns. In den Regierungsbezirken Unterfranken (4) und Mittelfranken (3) sind insgesamt sieben der neun PSP angesiedelt. Für das Jahr 2020 ist in Unterfranken (Lk Kitzingen) der Aufbau eines weiteren PSP geplant (Lk Kitzingen 2018: 280). Die Regierungsbezirke Oberbayern und Oberfranken verfügen über jeweils einen PSP, wohingegen in Schwaben, Oberpfalz und Niederbayern keine PSP errichtet wurden. Nach Angaben des Bayerischen StMGP haben mittlerweile sieben weitere Kommunen (Stand Oktober 2020) einen Förderantrag zur Errichtung eines PSP gestellt (Lk Ebersberg, Lk Berchtesgadener Land, Lk Erding, Ingolstadt (krfr. St.), Lk Landsberg a. Lech, Lk Traunstein, Erlangen (krfr. St.)) (s. Tabelle 66).

Weitere Beratungsangebote rund um das Thema Pflege werden bspw. von „Leistungsanbietern im Rahmen von Angeboten der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten, Fachstellen für pflegende Angehörige (in Bayern), Mehrgenerationenhäusern, Nachbarschaftshilfen, niedrigschwelligen Angeboten, Krankenhaussozialdiensten bis hin zu Selbsthilfeorganisationen“ (Prognos AG & KDA 2018: 1f.) offeriert.

Die **Fachstellen für pflegende Angehörige (FPA)** stellen mit ihren landesweit über 100 Stellen eine bereits langjährig existierende Beratungsinfrastruktur dar, mit der

Aufgabe „durch psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen älterer pflegebedürftiger Menschen zu verhindern, dass die Angehörigen durch die oft lang andauernde Pflege selbst erkranken und zum Pflegefall werden“ (StMGP o. J.b).

Die FPA gliedern sich teilweise in sogenannte Haupt- und Außenstellen. In der Außenkommunikation ist dies jedoch nicht immer eindeutig nachvollziehbar bzw. voneinander zu trennen, sodass in der weiteren Betrachtung keine Differenzierung vorgenommen wird. Eine Auflistung der Fachstellen nach Regierungsbezirk, basierend auf Daten des StMGP und einer ergänzenden Internetrecherche durch IGES (April 2020), befindet sich in Tabelle 66 (Anm.: Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.).

Tabelle 66: Übersicht der Pflegestützpunkte und Fachstellen für pflegende Angehörige (Haupt- und Außenstellen) nach Regierungsbezirk (Stand 10/2020)

Regierungsbezirk	Anzahl Pflegestützpunkte (Anzahl Förderantrag gestellt)	Anzahl Fachstellen für pflegende Angehörige*
Oberbayern	1 (6)	35
Niederbayern	0	20
Oberpfalz	0	9
Oberfranken	1	13
Mittelfranken	3 (1)	21
Unterfranken	4 (1)	17
Schwaben	0	18
Bayern (gesamt)	9 (7)	133

Quelle: IGES, auf Grundlage von Daten des StMGP und eigene Recherche (10/2020)

Anmerkung: *Die Haupt- und Außenstellen wurden, sofern differenziert ausgewiesen, addiert und als ein Gesamtwert angegeben.

Nicht jeder Kreis verfügt formal gesehen über eine FPA, nichtsdestotrotz gibt es FPA, die in der Stadt ansässig, aber auch für den Landkreis zuständig sind, wie z. B. in Bamberg (krfr. St.), Coburg (krfr. St.), Hof (krfr. St.) oder Landshut (krfr. St.) – diese wurden nicht „doppelt“ gezählt. Die Landeshauptstadt München verfügt über das größte Angebot an FPA (10), die übrigen Kreise halten zwischen einer und vier FPA vor (Mittelwert: 1,4; Median: 1).

Seit dem 01.01.1998 fördert der Freistaat Bayern die FPA im Rahmen der Förderrichtlinie „Bayerisches Netzwerk Pflege“. Ziel der Förderung ist „(...) ein auf Dauer angelegtes und landesweites Angebot für pflegende Angehörige sicherzustellen, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder das Versorgungsmanagement nach

§ 11 Abs. 4 SGB V ergänzt. Neben Angehörigen können auch sonstige nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen und auch Betroffene beraten werden. Pflege umfasst auch die Betreuung von Personen im Sinn des § 45a SGB XI, insbesondere von Menschen mit Demenzerkrankung.“ (Art. 1 Abs. 2.1.2 Richtlinie für die Förderung im „Bayerischen Netzwerk Pflege“). Die Fördersumme orientiert sich an vollzeitbeschäftigten Pflegefachkräften sowie Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern mit entsprechender Fortbildung und Erfahrung in diesem Bereich: Aktuell beträgt die Förderhöhe 20.000 Euro. Bei räumlicher Anbindung der FPA an einen PSP ist eine jährliche Erhöhung um bis zu 3.000 Euro für insgesamt maximal drei Jahre möglich (Art. 1 Abs. 2.5.1.2 und 2.5.2.1 Richtlinie für die Förderung im „Bayerischen Netzwerk Pflege“).

Weitere Beratungsangebote und -strukturen gibt es bei den **überörtlichen Sozialhilfeträgern** (Regierungsbezirke). Die sieben überörtlichen Sozialhilfeträger in Bayern sind u. a. zuständig für die Beratung von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe sowie für den Bereich Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege (SGB XII). Beratungen werden in den einzelnen Kreisen der jeweiligen Regierungsbezirke angeboten.

Weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote

Neben den bereits aufgeführten Beratungsangeboten analysierten Prognos AG & KDA im Auftrag des StMGP weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Bayern. Aufgrund nicht vollständig gelisteter Angebote in öffentlich zugänglichen Datenbanken und teilweise nicht einheitlicher Erfassung der Angebote, konnte keine Vollerhebung durchgeführt werden, weswegen die im Folgenden aufgeführten Angaben keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben (Prognos AG & KDA 2018: 19f.).

Insgesamt 1.313 Beratungs- und 1.411 Unterstützungs- und Entlastungsangebote wurden identifiziert, wobei rd. 66 % der mehr als 2.700 Angebote Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige adressierte und 34 % primär pflegende Angehörige (ebd.: 13).

Die häufigsten angebotenen Beratungsleistungen, differenziert nach Leistungsart, waren *allgemeine Pflegeberatung* (613 Angebote), *Fallmanagement* (386 Angebote) und *Wohnberatung* (100 Angebote) (s. Tabelle 67).

Tabelle 67: Angebotsbestand im Bereich Beratung nach Leistungsart

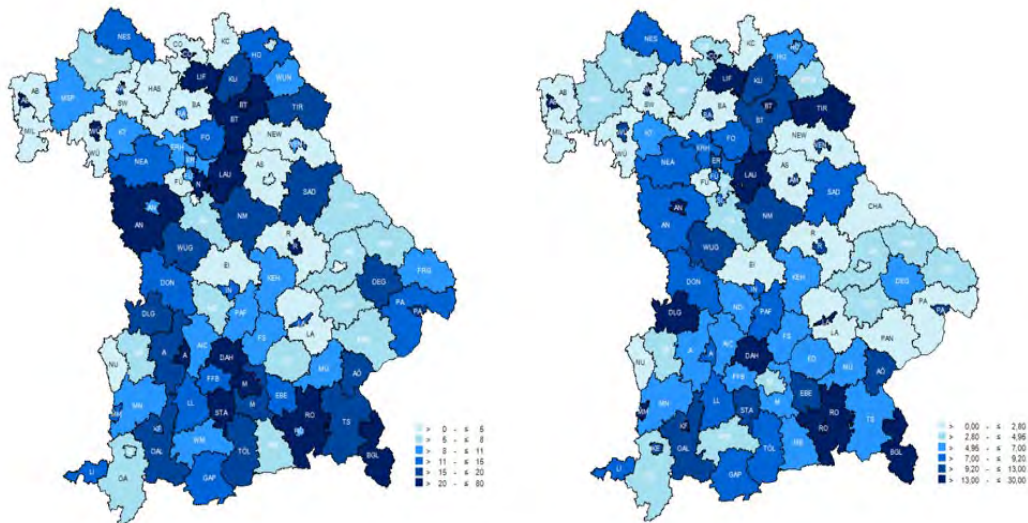
Leistungsart	Anzahl Angebote
Allgemeine Pflegeberatung	613
Fallmanagement	386
Wohnberatung	100
Spezialisierte Fachberatung Demenz	74
Gerontopsychiatrische Beratung	54
Lotsenfunktion	34
Präventive Beratungsangebote	8
Care Management	4

Quelle: IGES, auf Grundlage von Prognos AG & KDA 2018: 15

Etwa zwei Drittel der Beratungsangebote befand sich in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege (39,5 %) und kommunaler Gebietskörperschaften (27,2 %), ca. 11 % waren privatgewerblich und knapp 6 % in Trägerschaft der Pflegekassen (ebd.: 14).

Die regionale Verteilung und Dichte der Angebote in den einzelnen Kreisen Bayerns zeigte ein sehr heterogenes Bild (s. Abbildung 128 – Grafik rechts). Insgesamt wiesen die östlichen Regionen im Vergleich zu den übrigen Regionen Bayerns eine geringere Dichte auf (ebd.: 16). Bedeutsam wird das vor allem vor dem Hintergrund, dass der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die ambulant versorgt werden, in den östlichen Landkreisen Bayerns vergleichsweise hoch ist (ebd.: 24f.). Die Annahme bestätigt sich, sobald man die Anzahl der Angebote ins Verhältnis zur Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen über 60 Jahre setzt: In den östlichen, aber vereinzelt auch in nordwestlichen Regionen ist eine geringere Dichte der Angebote je 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige erkennbar (s. Abbildung 128 – Grafik links) (ebd.: 17f.).

Abbildung 128: Anzahl Beratungsangebote je Kreis (rechts),
Anzahl Beratungsangebote je 1.000 ambulant versorgte Pflegebe-
dürftige über 60 Jahre je Kreis (links) (Stand 2017)



Quelle: Prognos AG & KDA 2018: 16; 18

Aus Expertensicht (lokale Verantwortliche) wurde das Angebot (2017) für ambulant zu Pflegenden und deren Angehörige mehrheitlich als ausreichend bzw. voll ausreichend eingeschätzt, wobei die Bewertung in den städtischen Regionen etwas positiver ausfiel als im ländlichen Raum. Des Weiteren wurde die Bedeutung der aufsuchenden/präventiven Beratung herausgestellt und Ausbaubedarfe in Angeboten des Case-Managements sowie in der spezialisierten Fachberatung Demenz signalisiert (Prognos AG & KDA 2018: 50ff., 121).

Zusammenfassend ließ sich im Rahmen der Untersuchung von Prognos & KDA feststellen, dass die Angebotsstrukturen und Bedarfe in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich ausfielen, wobei Stadt-Land-Unterschiede weniger ausgeprägt waren. Trotz der Heterogenität der Angebote, die auch als Chance für wohnortnahe Strukturen verstanden werden kann und ggf. gleichzeitig individuell geprägte Erwartungen besser adressiert, ist der Bestand an Beratungsstrukturen in Bayern im bundesweiten Vergleich nach Ansicht der Autorinnen und Autoren auf einem relativ hohen Niveau (ebd.: 103).

Von den 1.411 identifizierten **Unterstützungs- und Entlastungsangeboten** waren die häufigsten Angebote, differenziert nach Leistungsart, *stundenweise Betreuung Pflegebedürftiger durch Ehrenamtliche* (458 Angebote), *Betreuungsgruppen* (367 Angebote) und *Angehörigengruppen* (128 Angebote) (s. Tabelle 68).

Tabelle 68: Angebotsbestand im Bereich Unterstützung und Entlastung nach Leistungsart

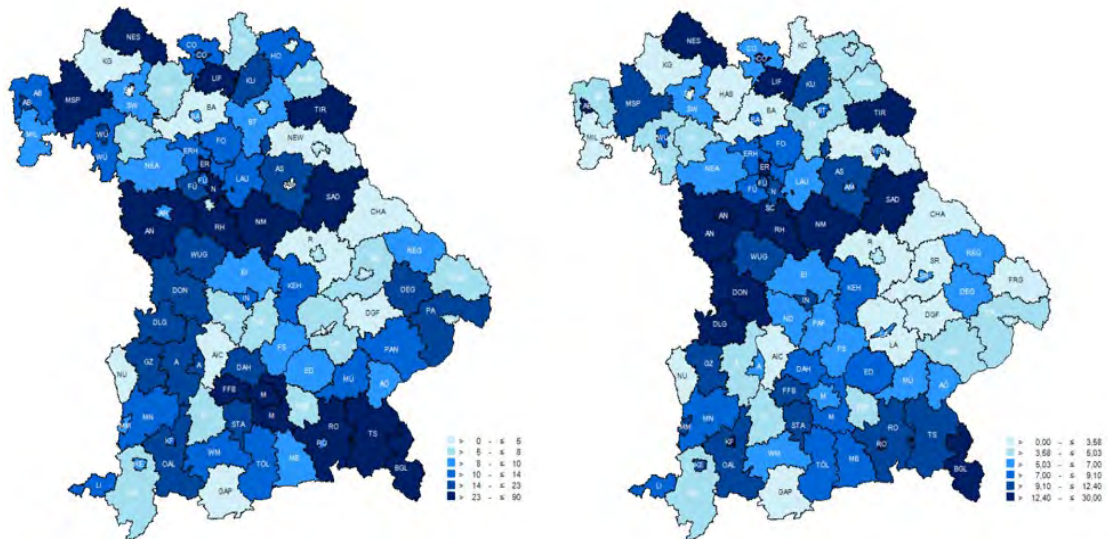
Leistungsart	Anzahl
Stundenweise Betreuung Pflegebedürftiger durch Ehrenamtliche	458
Betreuungsgruppe	367
Angehörigengruppen/Angebote der Selbsthilfe	128
Alltagsbegleitung	111
Angehörigengruppen/Angebote der Selbsthilfe (Demenz)	107
Haushaltsnahe Dienstleistungen	92
Pflegekurs	74
Anleitung zur Pflege	25
Sonstige	24
Pflegebegleitung	19
Qualitätsgesicherte Tagesbetreuung in Privathaushalten (TiPi)	2

Quelle: IGES, auf Grundlage von Prognos AG & KDA 2018: 15

Ca. drei Viertel der Unterstützungs- und Entlastungsangebote befand sich in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege (64,3 %) und freigemeinnütziger Vereine (12,5 %). Kommunale Gebietskörperschaften (7,4 %) und privatgewerbliche Träger (5,9 %) waren deutlich weniger vertreten als bei den Beratungsangeboten (Prognos AG & KDA 2018: 14).

Die regionale Verteilung und Dichte der Unterstützungs- und Entlastungsangebote in den einzelnen Kreisen Bayerns zeigte ebenfalls ein sehr heterogenes, gleichzeitig aber ähnliches Bild zu den Beratungsstrukturen (s. Abbildung 129– linke Grafik). Auch hier wiesen die östlichen Regionen im Vergleich zu den übrigen Regionen Bayerns eine geringere Dichte auf, was sich auch im Verhältnis der Anzahl der Unterstützungs- und Entlastungsangebote zur Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen über 60 Jahre bestätigte (s. Abbildung 129 – rechte Grafik) (ebd.: 17f.).

Abbildung 129: Anzahl Unterstützungs- und Entlastungsangebote je Kreis (links), Anzahl Unterstützungs- und Entlastungsangebote je 1.000 ambulant versorgte Pflegebedürftige über 60 Jahre je Kreis (rechts)



Quelle: Prognos AG & KDA 2018: 17, 19

Ein Zusammenhang zwischen einer hohen Anzahl an Beratungsangeboten und einer gleichzeitig hohen Anzahl an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten konnte nicht für alle Kreise bestätigt werden (Prognos AG & KDA 2018: 16).

Die bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangebote wurden durch lokale Expertinnen und Experten mehrheitlich als nicht ausreichend und nicht für alle Zielgruppen als passend bewertet, weswegen der Entlastungsbetrag von 125 Euro häufig auch nicht vollumfänglich genutzt werden könne (ebd.: 59f.; 122). Im ländlichen Raum sei es besonders schwierig entsprechende Angebote zu etablieren, da es in diesen Regionen an ehrenamtlichen Leistungserbringern und entsprechenden Schulungsangeboten fehle. Zudem wären die Fahrtwege zu weit, um kostendeckend zu arbeiten und gleichzeitig die Entfernungen zwischen Betroffenen zu groß, um bspw. Selbsthilfegruppen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu etablieren (ebd.: 121).

Aus einer aktuellen Statistik des StMGP geht hervor, dass es Ende September 2020 in Bayern 1.367 anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag gab. Die folgende Tabelle 69 zeigt, wie sich diese auf die einzelnen Regierungsbezirke aufteilen.

Tabelle 69: Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Regierungsbezirk in Bayern (Stand 30.09.2020)

Art des Angebotes	Anzahl gesamt	Mittel-franken	Nieder-bayern	Ober-bayern	Ober-franken	Ober-pfalz	Schwa-ben	Unter-franken
Betreuungsangebote								
Betreuungsgruppen	423	64	49	142	49	28	52	39
Helferkreise	353	59	43	125	36	21	45	24
TiPi	3	0	0	1	0	0	1	1
sonstige	3	0	2	1	0	0	0	0
Entlastungsangebote								
Angehörigen-gruppen	169	24	16	52	15	13	33	16
haushalts-nahe Dienst-leistungen	198	33	18	77	15	16	30	9
Alltags-begleiter	166	22	21	58	14	13	25	13
Pflege-begleiter	15	2	1	3	2	2	3	2
Familien-entlastende Dienste	37	5	2	8	6	1	8	7
Angebote ins-gesamt	1.367	209	152	467	137	94	197	111

Quelle: StMGP 2020

Anmerkung: TiPi = Qualitätsgesicherte Tagesbetreuung in Privathaushalten (TiPi)

4.7.2 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

Die in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf die Online-Befragung der Beratungsstellen, die im März/April 2020 durchgeführt wurde.

Ergebnisse zur Einschätzung des Beratungsangebots (Abschnitt 4.7.2.5) werden aggregiert aus den Ergebnissen weiterer Online-Befragungen (ambulant, teilstationär, vollstationär) berichtet, s. auch Abschnitt 3.2.1.2.

4.7.2.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Der Rücklauf bei den Beratungsstellen betrug n = 128.

Nahezu alle Pflegestützpunkte beteiligten sich an der Befragung, sodass die Rücklaufquote bei diesen bei rd. 89 % lag. Bei den FPA wurden 133 Stellen (Haupt- und Außenstellen) bayernweit angeschrieben. Den Fragebogen beantworteten n = 63 FPA, die Rücklaufquote lag somit bei 47,4 %. Bei 93,7 % der FPA handelte es sich um Hauptstellen, n = 4 Stellen gaben an, eine Außenstelle zu sein. Tabelle 70 gibt einen Überblick über die Verteilung des Rücklaufs der FPA nach Regierungsbezirk – mit rd. 78 % lag die höchste Beteiligung in der Oberpfalz, während Mittelfranken mit rd. 38,1 % die geringste Beteiligung hatte.

Tabelle 70: Rücklauf FPA nach Regierungsbezirk

	FPA (HS und AS) – Stand 04/2020	Rücklauf	Anteil in Prozent
Oberbayern	35	16	45,7 %
Niederbayern	20	9	45,0 %
Oberpfalz	9	7	77,8 %
Oberfranken	13	7	53,8 %
Mittelfranken	21	8	38,1 %
Unterfranken	17	7	41,1 %
Schwaben	18	9	50,0 %
Bayern	133	63	47,4 %

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen
Anmerkung: FPA = Fachstelle für pflegende Angehörige; HS = Hauptstelle; AS = Außenstelle

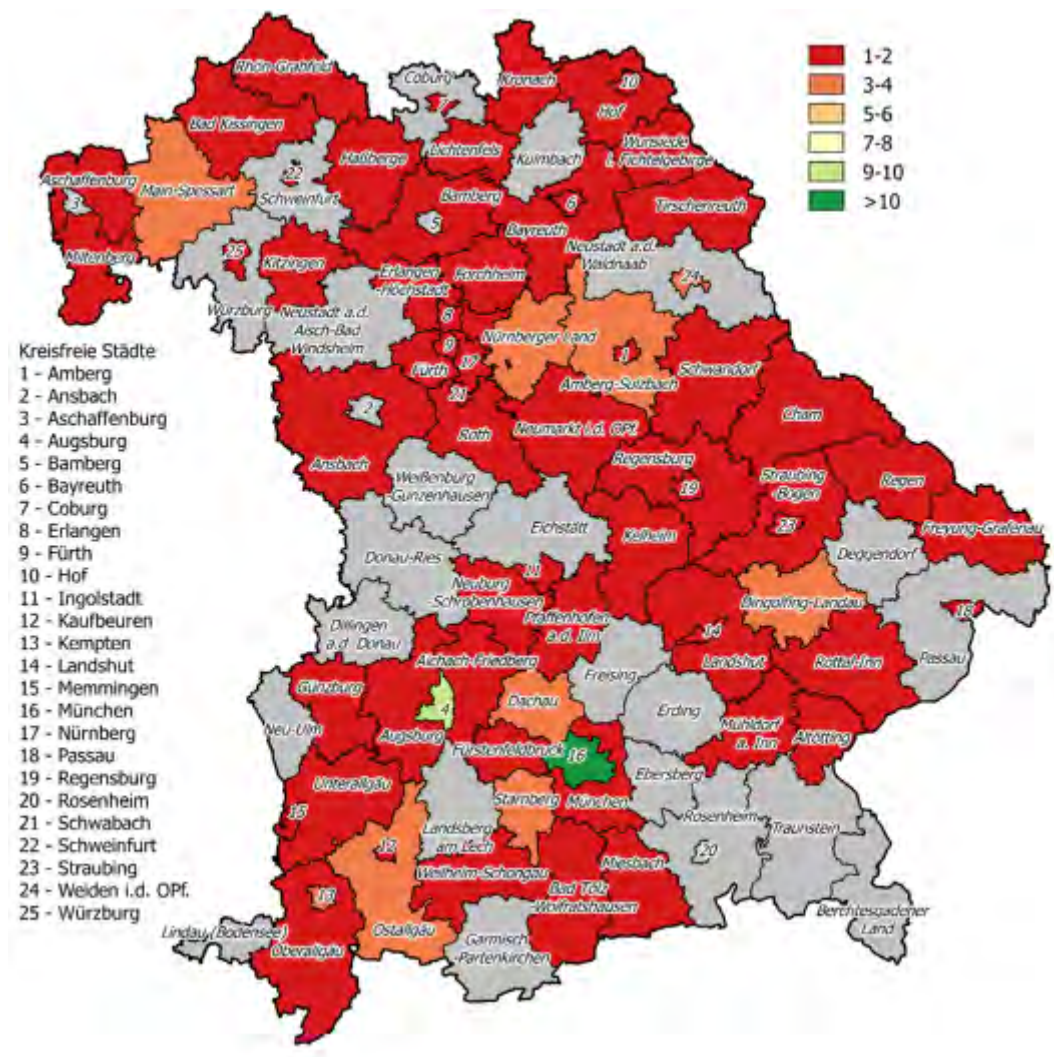
Darüber hinaus wurden die Akteure gebeten, den Fragebogen an weitere Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Pflege bzw. im Umfeld von Pflege zu leiten – n = 57 weitere Beratungsstellen wurden auf diesem Wege erreicht. Diese Beratungsstellen hatten u. a. folgende thematische Schwerpunkte – wobei die Beratungsstellen häufig nicht ausschließlich nur für einen der genannten Bereiche zuständig waren - (nach Anzahl der Nennung):

- ◆ Seniorinnen und Senioren (37),
- ◆ Demenz/Gerontopsychiatrie (19),
- ◆ pflegende Angehörige (13),
- ◆ Wohnen/Wohnraumanpassung (8),
- ◆ Pflege (5),
- ◆ Behinderung (4),
- ◆ psychische Erkrankungen (2).

Beschreibung der Stichprobe

Aus den 96 Kreisen in Bayern nahmen 70 Kreise mit mindestens einer Beratungsstelle pro Kreis teil (Mittelwert: 1,8; Median: 1) (s. Abbildung 130). Die Landeshauptstadt München war mit n = 12 Beratungsstellen am häufigsten vertreten, gefolgt von der kreisfreien Stadt Augsburg (n = 10). Aus den anderen Kreisen nahmen jeweils n = 1 bis n = 4 Beratungsstellen teil.

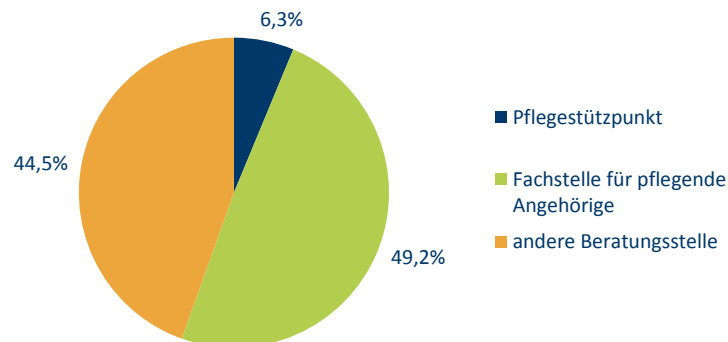
Abbildung 130: Rücklauf der Beratungsstellen (Anzahl) nach Kreis (n = 128)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen
 Anmerkung: grau = kein Rücklauf

Abbildung 131 stellt die Zusammensetzung der Stichprobe nach Art der Beratungsstellen dar – mit 49,2 % lag der größte Anteil bei den FPA.

Abbildung 131: Stichprobenzusammensetzung nach Art der Beratungsstelle
(n = 128)

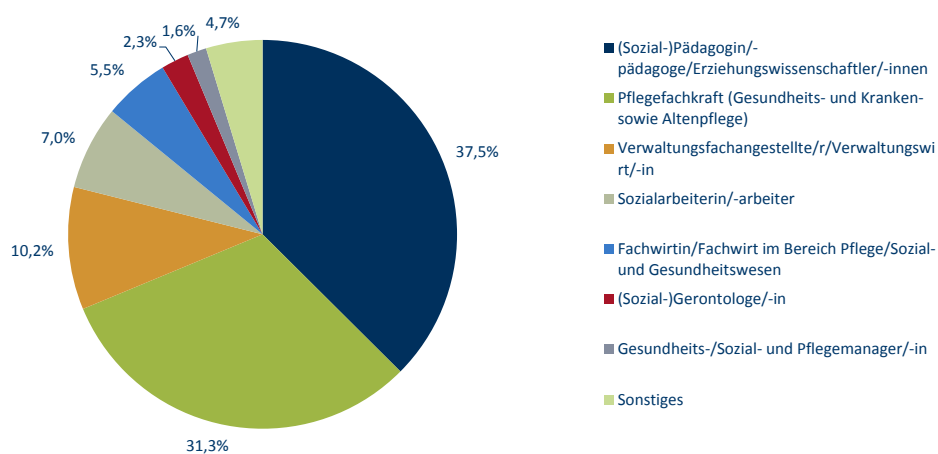


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Der größte Anteil der Beratungsstellen in Bezug auf die Trägerschaft war freige-
meinnützig (60,8 %) sowie öffentlich/kommunal (31,7 %), rd. 6 % waren in Träger-
schaft verschiedener Träger, wie z. B. verschiedene Wohlfahrtsverbände oder frei-
gemeinnützige zusammen mit kommunalen Trägern.

In den Beratungsstellen war der größte Anteil der befragten Personen bereits län-
ger als zehn Jahre (37,5 %), jeweils rd. 31 % waren „5-10 Jahre“ und „weniger als 5
Jahre“ im Bereich der Beratung in der jeweiligen Region tätig. (Sozial-)Pädagogin-
nen und -pädagogen/Erziehungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler waren
zu 37,5 % und damit am meisten vertreten, knapp ein Drittel waren von ihrer be-
ruflichen Grundqualifikation Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Kranken- sowie
Altenpflege) (s. Abbildung 132).

Abbildung 132: Anteil befragter Personen nach beruflicher Grundqualifikation
(n = 128)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

4.7.2.2 Personal

Die folgende Tabelle 71 enthält einen Überblick über die Angaben der Beratungsstellen zur Personalausstattung. Die FPA haben ein bis acht Beschäftigte, im Mittel 1,8. Etwas größer sind die PSP mit durchschnittlich vier Beschäftigten (Min: 2; Max: 8). Bei den sonstigen Beratungsstellen liegt das Maximum bei 23 Beschäftigten, der Mittelwert aber lediglich bei 3,1. Der Anteil in Teilzeit tätiger Beraterinnen und Berater ist hoch.

Tabelle 71: Personelle Ausstattung in Beratungsstellen (Anzahl Beschäftigte)

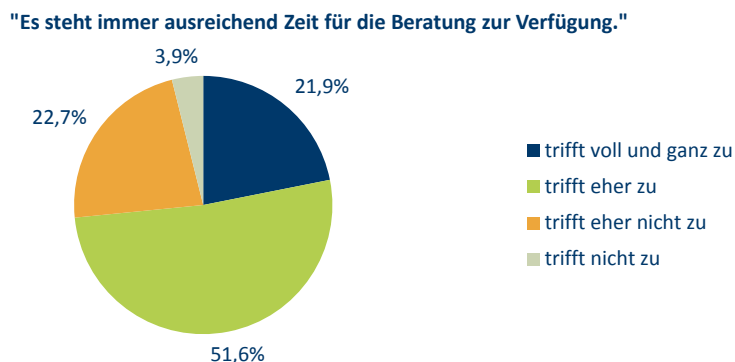
	Anzahl gültig	Fehlend	Mittel- wert	Median	Min	Max
Fachstellen für pflegende Angehörige						
Beschäftigte (gesamt)	n = 59	n = 4	1,8	1	1	8
darunter: Vollzeit	n = 59	n = 4	0,2	0	0	3
Teilzeit	n = 59	n = 4	1,6	1	0	5
Pflegestützpunkte						
Beschäftigte (gesamt)	n = 8	(-)	4	4	2	8
darunter: Vollzeit	n = 8	(-)	0,3	0	0	1
Teilzeit	n = 8	(-)	3,8	3,5	2	7
andere Beratungsstellen im Bereich/Umfeld von Pflege						
Beschäftigte (gesamt)	n = 52	n = 5	3,1	2	1	23
darunter: Vollzeit	n = 52	n = 5	0,7	0	0	6
Teilzeit	n = 52	n = 5	2,4	1	0	22

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Nach Einschätzung der Beratungsstellen können die Beratungsaufgaben mit den vorhandenen Personalkapazitäten tendenziell erfüllt werden: 73,4 % stimmten der Aussage „Es steht immer ausreichend Zeit für die Beratung zur Verfügung.“ voll und ganz bzw. eher zu – rd. ein Viertel stimmte dem (tendenziell) nicht zu (s. Abbildung 133).

Das Beratungsaufkommen in den letzten drei Jahren wäre nach Aussage von über der Hälfte der Beratungsstellen (56,3 %) deutlich und laut knapp einem Drittel (31,3 %) leicht gestiegen. Mit Blick auf die Zukunft müsste sich die Personalausstattung dementsprechend um mind. 0,25 bis maximal zwei Stellen erhöhen (n = 69; n = 24 fehlend; Mittel: 0,87; Median: 1), wie 72,7 % der Beratungsstellen berichteten. 27,3 % gaben an, dass die Personalausstattung ihrer Beratungsstelle unverändert bleiben könne.

Abbildung 133: Einschätzung zur Erfüllung der Beratungsaufgaben mit den vorhandenen Personalkapazitäten (n = 128)

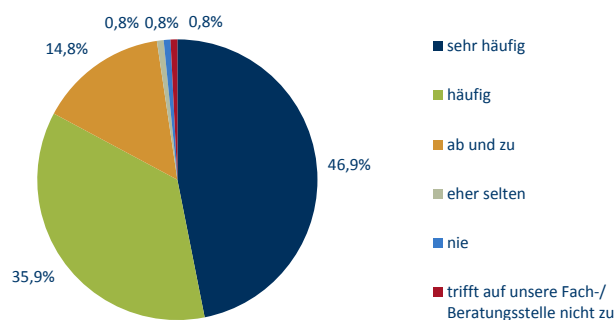


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

4.7.2.3 Beratung: Suche nach geeigneten Pflegeangeboten

Die überwiegende Mehrheit der Klientinnen bzw. Klienten (82,8 %) in Beratungsstellen würden sich „sehr häufig“ bzw. „häufig“ Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot wünschen, sei es einem Dauer-/Kurzzeit- oder Tagespflegeplatz bzw. einen ambulanten Dienst. Bei 14,8 % treffe dies „ab und zu“ zu, während bei 0,8 % dies inhaltlich/thematisch nicht zum Aufgabenspektrum der Beratungsstelle gehöre (s. Abbildung 134).

Abbildung 134: Häufigkeit des Wunsches zur Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot seitens der Klientinnen und Klienten (n = 128)

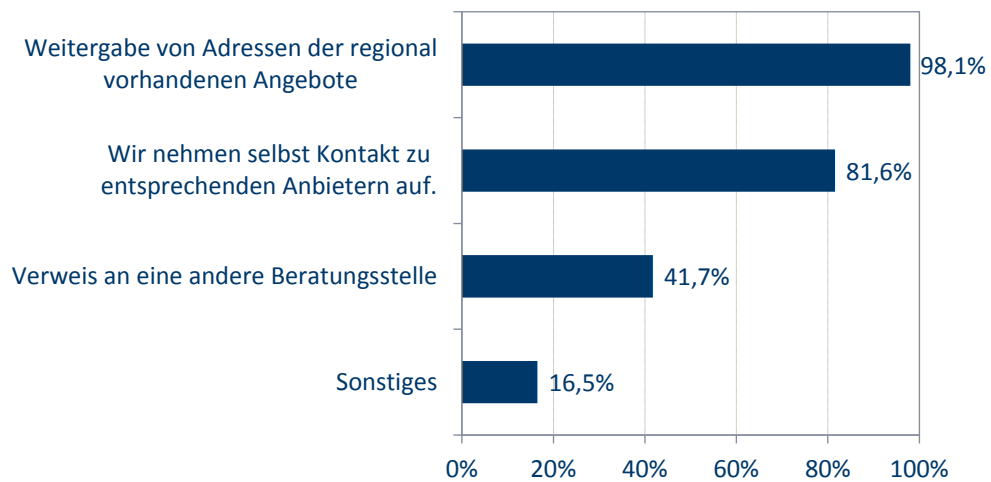


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Schätzungsweise kämen bis zu maximal 80 Anfragen pro Woche (n = 94; n = 34 fehlend; Min: 0; Max: 80; Mittel: 9,9; Median; 5) mit der Bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz. Die überwiegende Mehrheit der Beratungsstellen (81,7 %) setze dies auch um, indem sie ihre Klientinnen bzw. Klienten aktiv bei der Suche unterstützen, sei es durch die Weitergabe von Adressen der regional vorhandenen Angebote (98,1 %), eine eigenständige Kontaktaufnahme zu

den entsprechenden Anbietern (81,6 %) und/oder den Verweis an eine andere Beratungsstelle (46,6 %) (s. Abbildung 135). Unter Sonstiges wurden größtenteils eigene Recherchen, u. a. in Datenbanken, Pflegebörsen oder den Pflegebedarfsermittlungen der Kreise, genannt, aber auch die persönliche Begleitung, zum Beispiel zu Heimbesichtigungen oder Informationsveranstaltungen.

Abbildung 135: Maßnahmen zur Unterstützung der Klientinnen und Klienten bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot (n = 103; Mehrfachnennung möglich)

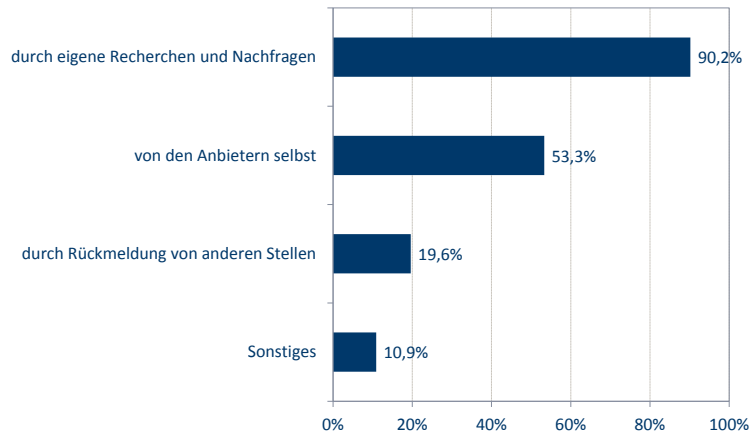


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

28,1 % der Beratungsstellen hätten nach eigenen Angaben keinen aktuellen Überblick über freie Kapazitäten in Bezug auf die Pflegeangebote in ihrer Region. Bei knapp der Hälfte wäre dies teilweise der Fall (47,7 %). Lediglich knapp ein Viertel (24,2 %) bestätigte einen relativ aktuellen Überblick über freie Kapazitäten zu haben.

Die meisten dieser Beratungsstellen (rd. 90 %) würden sich einen Überblick durch eigene Recherchen und Nachfragen verschaffen, etwa die Hälfte (53,3 %) bekäme von den Anbietern selbst aktuelle Informationen (s. Abbildung 136). Knapp 20 % wären in Kontakt mit anderen Stellen, die ihnen Rückmeldungen zu freien Kapazitäten geben, wie z. B. (regionale) Netzwerke, Arbeitskreise oder die Sozialdienste der Krankenhäuser. Weitere häufig genannte Stellen waren andere Fach- und Beratungsstellen, wie z. B. die FPA oder Seniorenfachberatungen, aber auch Pflegeplatzbörsen (s. Abschnitt 4.7.2.4) oder Rundschreiben.

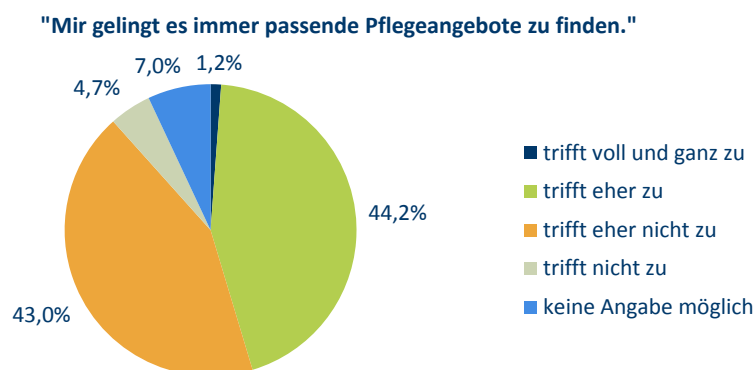
Abbildung 136: Maßnahmen und Wege zum Erhalt aktueller Informationen zu freien Kapazitäten in Bezug auf Pflegeangebote (n = 92; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Die Suche nach passenden Pflegeanbietern gestaltet sich nicht immer einfach. Die Einschätzungen zum Erfolg bei der Suche hielten sich in etwa die Waage: Insgesamt rd. 45 % (Zustimmung „trifft voll und ganz zu“/„trifft eher zu“) schätzten ein, dass es ihnen immer gelänge, passende Pflegeangebote zu finden, während rd. 48 % dies tendenziell (eher) verneinten (Zustimmung „trifft eher nicht zu“/„trifft nicht zu“) (s. Abbildung 137).

Abbildung 137: Einschätzung zum Erfolg bei der Suche nach passenden Pflegeanbietern (n = 86)

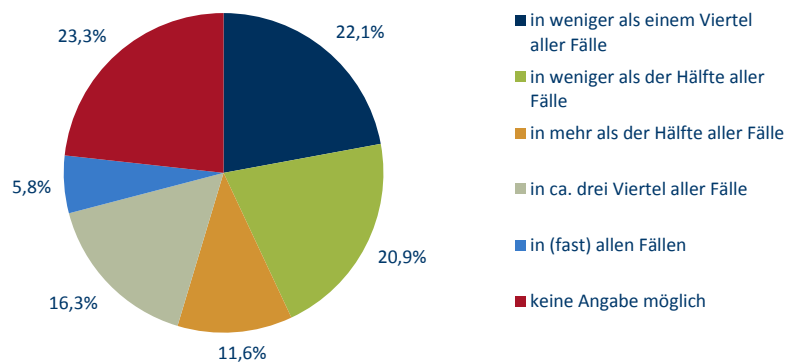


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Die Aussagen der Beratungsstellen zum Erfolg bei der Suche nach einem Pflegeplatz fallen nahezu „alarmierend“ aus: Insgesamt ca. einem Drittel der Beratungsstellen gelänge es in „mehr als der Hälfte aller Fälle“/„in ca. drei Viertel aller

Fälle“/„in (fast) allen Fällen“ einen Pflegeplatz zu finden, während dies nur bei insgesamt rd. 43 % „in weniger als der Hälfte aller Fälle“ bzw. „in weniger als einem Viertel aller Fälle“ gelänge (s. Abbildung 138).

Abbildung 138: Angabe zur Anzahl der Fälle, für die es gelingt einen Pflegeplatz zu finden (n = 86)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass sich die Suche nach geeigneten Pflegeanbietern- und -plätzen herausfordernd gestaltet. Dieser Eindruck bestärkte sich bei der Analyse der Angaben zum Zeitaufwand für die Suche nach freien Pflegeplätzen: 88,3 % der Beratungsstellen berichteten von einer teils „leichten“ (22,3 %) bzw. sogar „starken“ Zunahme (66,0 %) des Zeitaufwandes, während rd. 11 % angaben, dass der Zeitaufwand unverändert geblieben sei und 1,0 % hier einen Rückgang wahrgenommen hätte.

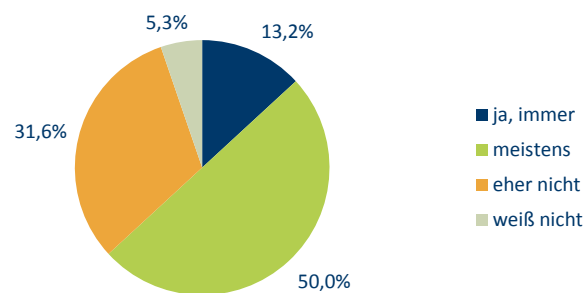
4.7.2.4 Pflegeplatzbörsen/regionale Datenbanken

Wie bereits erwähnt, haben einige Beratungsstellen Zugang zu Pflegeplatzbörsen oder ähnlichen regionalen Datenbanken, um sich einen Überblick über freie Kapazitäten in Bezug auf Pflegeangebote in der Region zu verschaffen – dies bestätigten insgesamt knapp 30 % der Beratungsstellen. Hierbei handele es sich primär um Pflegeportale bzw. Pflegeplatzbörsen einzelner Kreise (München, Coburg, Ansbach, Nürnberger Land, Amberg-Sulzbach, Landshut, Bamberg, Neumarkt) als auch Homepages einzelner Stadt- und Kreisverwaltungen, wie z. B. Starnberg oder Amberg-Sulzbach. Der Pflegestützpunkt Nürnberg wurde ebenfalls als Anlauf- bzw. Koordinationsstelle für freie Kapazitäten erwähnt. Betreiber dieser Datenbanken seien nach Angaben der Beratungsstellen vorrangig die Verwaltungen der Stadt- und Landkreise, aber auch Träger- und andere (kirchliche) Vereine, einzelne Wohlfahrtsverbände sowie PSP. Rd. 8 % (n = 38) konnten hierzu keine Angabe machen.

Als problematisch zeichnete sich ab, dass die vorhandenen Portale tendenziell keine zuverlässigen und aktuellen Informationen bereitstellen würden. Laut Einschätzung der Hälfte der Beratungsstellen wäre dies „meistens“ der Fall, während knapp ein Drittel „eher nicht“ angab (s. Abbildung 139).

Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Meldungen zu freien Kapazitäten der Einrichtungen auf freiwilliger und unverbindlicher Basis erfolgen, wie mehr als die Hälfte der Beratungsstellen bestätigten (57,9 %; n = 38). Lediglich eine Beratungsstelle führte an, dass es – wahrscheinlich regional bedingt - eine entsprechende Vereinbarung gebe, an die sich die Einrichtungen zur Meldung freier Plätze halten müssten. 38,8 % konnten hierzu keine Angabe machen.

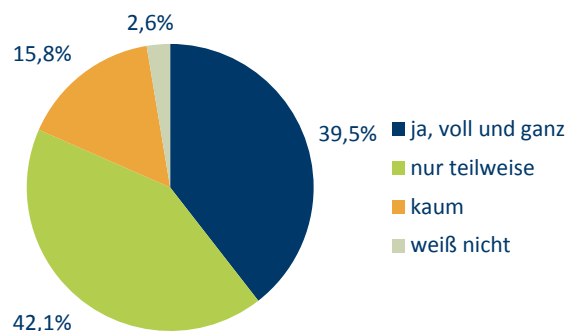
Abbildung 139: Einschätzungen zur Aktualität und Zuverlässigkeit der Daten/Informationen in den Datenbanken/Portale (n = 38)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Hinzu käme, dass die Inhalte als auch die Funktionalität der Datenbanken bei insgesamt rd. 58 % der Beratungsstellen „nur teilweise“ oder „kaum“ den Bedürfnissen der Beratungsstellen in der täglichen Arbeit entsprechen, während dies bei rd. 40 % „voll und ganz“ zutrefte (s. Abbildung 140).

Abbildung 140: Bewertung der Inhalte und Funktionalität der Datenbank entsprechend der Bedürfnisse in der täglichen Arbeit der Beratungsstellen (n = 38)

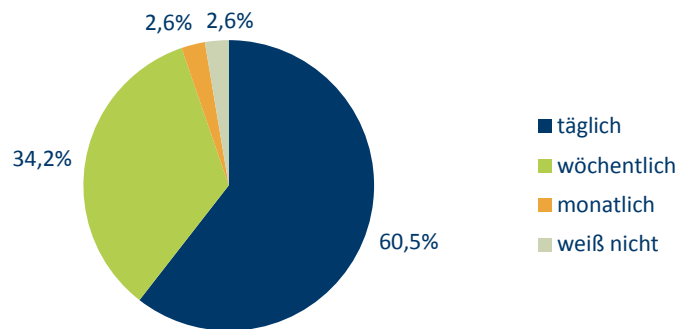


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Beratungsstellen in Bezug auf die Datenbank beinhalteten, neben n = 14 „weiß nicht“ - Angaben, u. a. bereits angespro-

chene Aspekte: Die Beratungsstellen sprachen sich mehrheitlich für eine verpflichtende und somit verbindliche Meldung der Anbieter zu freien Pflegeplätzen aus. Auf konkrete Nachfrage hin befanden 60,5 % der Beratungsstellen, dass eine „tägliche“ Meldung freier Kapazitäten seitens der Einrichtungen und 34,2 % eine wöchentliche Meldung notwendig sei (s. Abbildung 141).

Abbildung 141: Einschätzung zur Häufigkeit der Meldung freier Kapazitäten durch die Einrichtungen (n = 38)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen
Anmerkung: Die Kategorie „14-tägig“ wurde von keiner Beratungsstelle angekreuzt.

Gleichzeitig müsse die Aktualisierung auch zeitnah bzw. regelmäßig seitens des Betreibenden der Datenbank durchgeführt werden, sofern die Einrichtungen dies nicht selbst vornehmen könnten. Weitere Verbesserungsvorschläge gab es hinsichtlich der Gestaltung, welche übersichtlicher, und des Zugangs, welcher niedrighschwelliger sein sollte. Inhalte bzw. Funktionen, die jede Datenbank haben sollte, seien Angaben zu freien Kurzzeitpflegeplätzen als auch das Datum der letzten Aktualisierung. Eine Bezuschussung – bspw. durch die Kommune - wäre wünschenswert, als auch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Pflegeanbietern und der Kommune in Hinblick auf die Meldung freier Kapazitäten („Mitarbeiter*in von Stadt oder LK müsste sich aktiv bei den Pflegeheimen täglich melden und aktuellen Stand eintragen.“).

4.7.2.5 Einschätzung des Beratungsangebots

Die Antworten zur Einschätzung des Beratungsangebots in ganz Bayern sowie in den jeweiligen Regionen wurden, wie in Abschnitt 3.2.1.2 beschrieben, aggregiert ausgewertet, d. h. es flossen auch Einschätzungen anderer Akteure (Vertreterinnen bzw. Vertreter voll-, teilstationärer und ambulanter Pflege) ein. Zusammen waren das 794 Akteure.

Mit rd. 58 % (463 Akteure) gab die Mehrheit an, dass das Beratungsangebot bayernweit ausreichend sei, während rd. 23 % (180 Akteure) Verbesserungsbedarfe sehen. 151 Akteure (19 %) wählten die Option „keine Einschätzung möglich“.

Diejenigen Akteure, die einen Weiterentwicklungsbedarf der Beratungsangebote konstatierten (180 Akteure), wurden um kurze Begründung gebeten. Sie führten dies primär auf einen Mangel an (unabhängigen/neutralen) Beratungsstellen zurück, teilweise fehle auch Beratungspersonal. Eine weitere Hürde stelle der vermeintlich geringe Bekanntheitsgrad der Angebote dar („Angehörige wissen keine Anlaufstellen, holen sich Beratung in stationären Einrichtungen“) – zudem würden Ansprechpersonen fehlen und die Zugänge wären nicht niedrigschwellig genug. Insbesondere Pflegeanbieter berichteten, dass sie häufig eine Beratung übernehmen, da die Interessentinnen und Interessenten verzweifelt wären. Auf der anderen Seite wären die Interessentinnen und Interessenten nur unzureichend über Pflegeangebote informiert. Des Weiteren nähmen, u. a. zielgruppenspezifische, Beratungsbedarfe zu, welche durch die Beratungsangebote vor Ort nicht mehr ausreichend abgedeckt werden könnten. In diesem Zuge wurden bspw. auch qualitative Mängel angeführt, die sich u. a. auch auf die Kompetenzen der Beraterinnen und Berater bezogen. Die Beratung der „Kassen“ sei zum Teil einseitig und unzureichend. Konkrete Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Pflegeberatung lassen sich ggf. aus den folgenden Zitaten ableiten:

- ◆ *„In den täglichen Anfragen und Beratungsgesprächen wird dies sehr deutlich. Sehr viele Gäste/Angehörige sind wenig oder gar nicht gut beraten. Gute Beratung fängt für mich bei den Erstversorgern an. Es gibt in der Region natürlich Angebote der Pflegeberatung, diese muss jedoch, wenn überhaupt bekannt, aufgesucht werden. Eine Refinanzierung von Beratungsgesprächen in der Pflegeeinrichtung wäre Sinnvoll. Eine gute Beratung vor Ort, dauert gut und gerne 1 - 1,5 Stunden. Zurzeit machen wir dies als "Service" mit.“* (vollstationäre Einrichtung)
- ◆ *„es gibt hier nicht einmal einen Pflegestützpunkt. Unsere Kunden werden von uns das erste Mal aufgeklärt und wissen zuvor nichts. Das ist unglaublich. Wie soll ein Mensch, der sich nicht auskennt, überhaupt auf die Idee kommen, dass er Hilfe in Anspruch nimmt. (...)“* (ambulanter Pflegedienst)
- ◆ *„Wir müssen viel Beratung am Telefon leisten, da die Menschen meist nicht wissen, an wen sie sich wenden können, oder auch von Hausärzten oder Krankenkassen oder anderen Institutionen, mit denen sie in Verbindung kommen zum Thema Pflege, sehr schlecht beraten werden.“* (vollstationäre Einrichtung)
- ◆ *„Bedarf höher als Angebot und vorhandene Angebote weder neutral organisiert und arbeiten diese nach einheitlichen Qualitätsstandards. Vorhandene Beratungsstellen befinden sich aktuell bei Wohlfahrtsverbänden z. B. Fachstellen für pflegende Angehörige, diese arbeiten "inoffiziell" mit Software von Pflegediensten (obwohl dies nicht der Förderrichtlinie entspricht) um direkt Pflegeleistungen des Dienstes mit anzubieten und Stammdaten der Anfragenden direkt ins System aufzunehmen....von daher haben z. B. die Fachstellen für pflegende Angehörige auch kein Eigeninteresse sich mit anderen Beratungsstellen bei anderen Dienstleistern zu vernetzen usw. Weiter existiert die Beratungsstelle EUTB - hier verhält es*

sich ähnlich wie bei den Fachstellen für pflegende Angehörige - geförderte "neutrale" Beratungsstelle - bei einem von drei "konkurrierenden Trägern angesiedelt". Sollte sich "neutral" verhalten, wirbt aber dennoch mit Logo des Wohlfahrtsverbandes... Kontrolle der Mittelverwendung?" (Beratungsstelle)

Abschließend zeigt die Abbildung 142 eine grafische Darstellung der 96 Kreise Bayerns (links) und der sieben Regierungsbezirke (rechts) mit Einschätzungen zum Beratungsangebot auf Kreisebene aus Sicht verschiedener Akteure (ausschließlich jene Akteure, die eine Einschätzung gegeben haben, n = 643). Die Ergebnisse wurden aggregiert und farblich unterschiedenen Kategorien zugeordnet. Das Spektrum der Einschätzungen zu der Aussage „Es gibt ausreichend Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige in unserer Region.“ reicht von „Anteil der Zustimmung $\leq 10\%$ “ (Farbe: dunkelrot) bis „Anteil der Zustimmung 90,0 - 100 %“ (Farbe: dunkelgrün).

In lediglich einem Kreis lag die Zustimmung bei weniger als 10 % – dies betraf Landkreis Lindau (Bodensee). Die befragten Akteure schätzten das Beratungsangebot für Pflegebedürftige und deren Angehörige dort als nicht ausreichend ein. In 26 % der Kreise wurde das Beratungsangebot dagegen aus Sicht der verschiedenen Akteure als ausreichend eingeschätzt, darunter die kreisfreien Städte Amberg, Hof, Ansbach, Fürth, Augsburg, Kaufbeuren, Kempten (Allgäu) und Memmingen sowie die Landkreise Bad Tölz-Wolfratshausen, Ebersberg, Landsberg am Lech, Neuburg-Schrobenhausen, Pfaffenhofen a. d. Ilm, Starnberg, Passau, Regen, Straubing-Bogen, Amberg-Sulzbach, Schwandorf, Tirschenreuth, Roth, Aschaffenburg, Rhön-Grabfeld, Schweinfurt und Aichach-Friedberg (s. Tabelle 72).

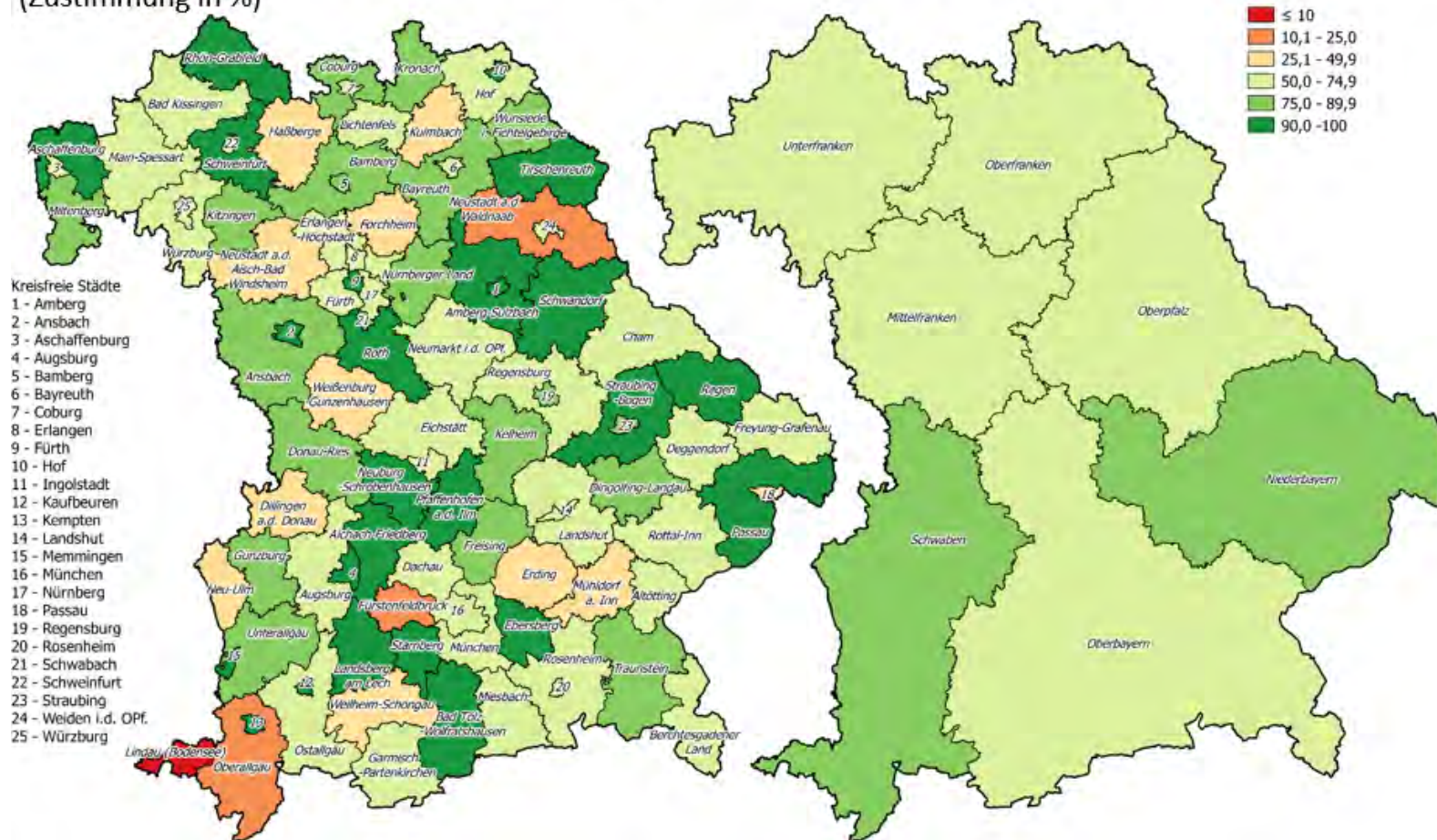
Tabelle 72: Einschätzung des Beratungsangebots für Pflegebedürftige und deren Angehörige nach Anzahl und Anteil der Kreise

Anteil Zustimmung	2020			
	Es gibt ausreichend Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige in unserer Region.			
	kreisfreie Städte	Landkreise	Kreise gesamt	Anteil an gesamt
dunkelrot ($\leq 10\%$)	0	1	1	1,0 %
hellrot (10,1 – 25,0 %)	0	3	3	3,1 %
orange (25,1 – 49,9 %)	1	10	11	11,5 %
gelb (50,0 – 74,9 %)	12	24	36	37,5 %
hellgrün (75,0 – 89,9 %)	4	16	20	20,8 %
dunkelgrün (90,0 – 100 %)	8	17	25	26,0 %
GESAMT	25	71	96	100 %

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Abbildung 142: Einschätzung des Beratungsangebots für Pflegebedürftige und deren Angehörige (Kreis und RBZ)

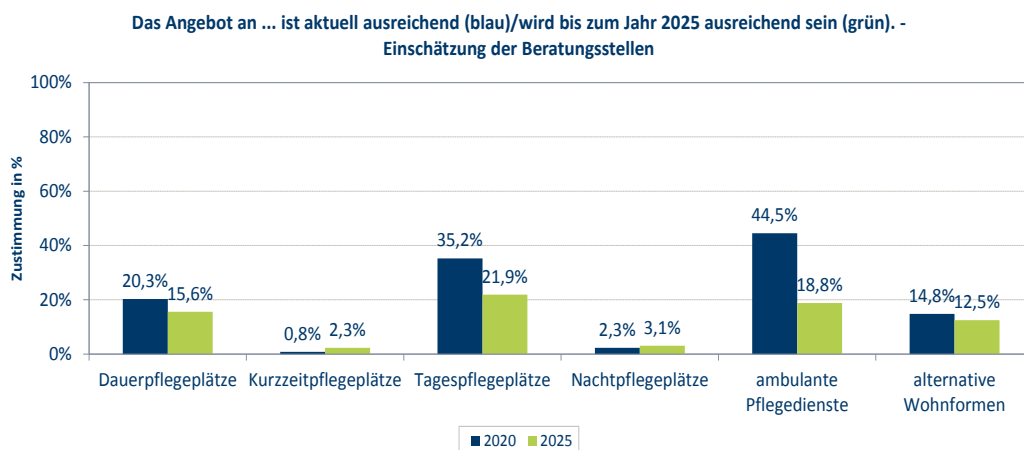
Es gibt ausreichend Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige in unserer Region.
(Zustimmung in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Die Beratungsstellen wurden gebeten, eine Einschätzung der Versorgungssituation für die verschiedene Pflegebereiche in ihrer Region vorzunehmen. Im ambulanten Bereich schätzte knapp die Hälfte der Beratungsstellen (44,5 %) das Angebot als ausreichend ein (s. Abbildung 143). Die Angebote im Bereich Tagespflege (35,2 %) und Dauerpflege (20,3 %) schnitten insgesamt schlechter ab als der ambulante Bereich, jedoch deutlich besser als die Kurzzeit- (0,8 %) und Nachtpflege (2,3 %). 14,8 % schätzten das Angebot im Bereich alternative Wohnformen als aktuell als ausreichend ein. Die Zustimmungswerte im Jahr 2025 gegenüber dem Jahr 2020 fallen in den Bereichen Dauer-, Tages- und ambulante Pflege sowie im Bereich alternative Wohnformen im Minimum um 4,7-Prozentpunkte (Dauerpflege) bis maximal 25,7-Prozentpunkte (ambulante Pflege). Die Versorgungssituation wird für das Jahr 2025 in den Bereichen Kurzzeit- (+ 1,5 - Prozentpunkte) und Nachtpflege (+ 0,8 - Prozentpunkte) etwas besser eingeschätzt.

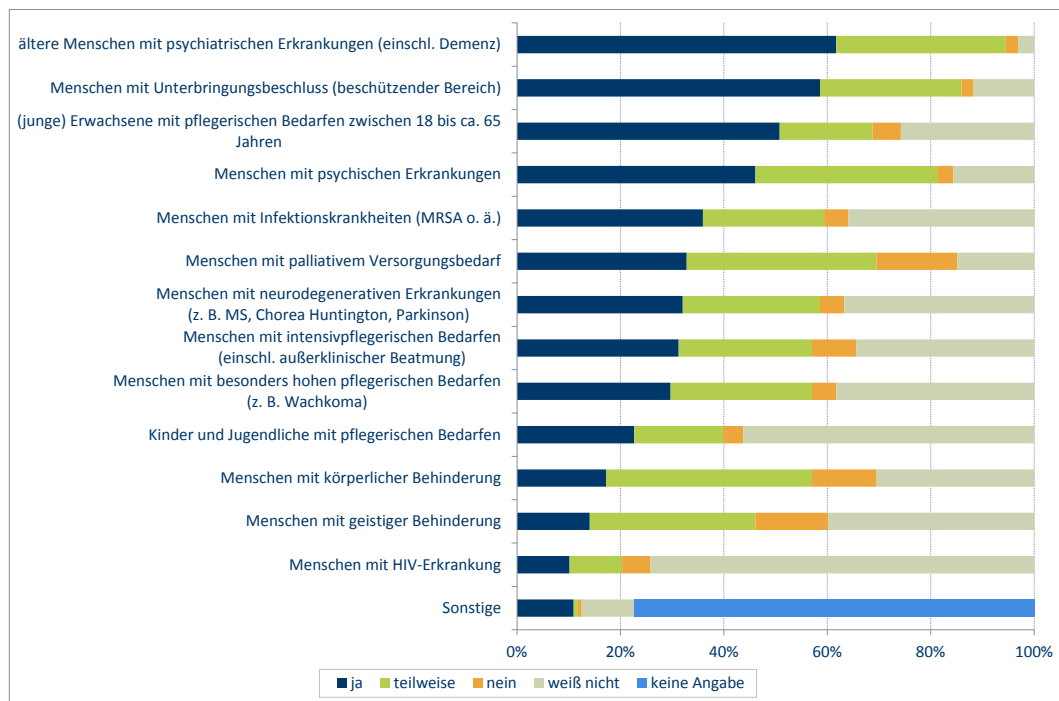
Abbildung 143: Einschätzung der Versorgungssituation in der jeweiligen Region – Zustimmungswerte (trifft voll/eher zu) aggregiert, aus Sicht der Beratungsstellen (n = 128)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

Am häufigsten wurden aus Sicht der Beratungsstellen, ähnlich wie bei den ambulanten sowie teil- und vollstationären Einrichtungen, Versorgungsengpässe für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen (einschl. Demenz) (61,7 %), Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich) (58,6 %) sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen (46,1 %) berichtet. Im Vergleich zu den anderen Ergebnissen scheinen ebenfalls Versorgungsengpässe für (junge) Erwachsene zwischen 18 bis ca. 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen vorzuliegen, wie etwa die Hälfte der Beratungsstellen (50,8 %) bestätigte (s. Abbildung 144).

Abbildung 144: Einschätzung der Versorgungsengpässe für bestimmte Zielgruppen in der jeweiligen Region aus Sicht der Beratungsstellen (n = 128)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen

4.7.3 Zusammenfassung

Es gibt in Bayern vielfältige Beratungsstrukturen für die Zielgruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Zwar wurden bisher nicht, wie ursprünglich angekündigt, 60 PSP errichtet, sondern nur neun, aber parallel gibt es 133 FPA sowie weitere Beratungsstellen in kommunaler oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Auch die Kranken- und Pflegekassen haben die Pflicht, Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI zu erbringen.

Anders als die Einschätzungen zur Versorgungssituation bei Pflegeleistungen wird die regionale Beratungssituation mehrheitlich als (tendenziell) ausreichend bewertet – sowohl in der von IGES durchgeführten Befragung in 2020 als auch im Rahmen der Prognos AG & KDA-Studie 2018. Gleichzeitig berichten einige Beratungsstellen von einem deutlich steigenden Beratungsaufkommen und dem damit einhergehenden höheren Personalbedarf in naher Zukunft. Vertreterinnen und Vertreter von Pflegeeinrichtungen verwiesen teilweise auf schlecht informierte Versicherte bezgl. ihre Leistungsansprüche und den mangelnden Bekanntheitsgrad oder das Fehlen von Beratungsangeboten.

Über 80 % der befragten Beraterinnen und Berater gaben an, Klientinnen bzw. Klienten wünschten häufig Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Versor-

gungsangeboten. Lediglich knapp ein Viertel der Beratungsstellen bestätigte jedoch, einen relativ aktuellen Überblick über freie Kapazitäten in den Pflegeeinrichtungen der Region zu haben. Eine Verpflichtung der Einrichtungen zur Meldung freier Plätze wurde angeregt.

4.8 Zielgruppenspezifische Angebote

4.8.1 Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen

Laut Statistischem Bundesamt waren am 31.12.2017 bundesweit 113.845 Kinder unter 15 Jahren pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Dies entsprach einem Anteil von 3,3 % aller Pflegebedürftigen und einem Zuwachs von rd. 80 % gegenüber dem Jahr 2007, wo es 63.164 pflegebedürftige Kinder unter 15 Jahren waren, was einem Anteil von 2,8 % entsprach (s. Tabelle 73) (Destatis 2020). Kinder werden nahezu ausschließlich in der eigenen Häuslichkeit versorgt (99,8 %, 2017). Die Unterbringung in Heimen (im Sinne des SGB XI) ist äußerst selten (Destatis 2020).

Tabelle 73: Anzahl pflegebedürftige Kinder unter 15 Jahre nach Art der Versorgung (bundesweit)

	insgesamt	Versorgungsart		
		zu Hause	in Heimen vollstationär	in Heimen teilstationär
31.12.2007	63.164	62.912	241	11
31.12.2017	113.854	113.628	225	27

Quelle: IGES, auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020

Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen haben grundsätzlich die gleichen Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung wie erwachsene pflegebedürftige Personen. Bei der Ermittlung des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs ergeben sich jedoch Besonderheiten, da bei Säuglingen und Kindern von vornherein von einem umfassenderen „natürlichen“ Betreuungs- und Pflegebedarf auszugehen ist. Dieser spiegelt sich in den Richtlinien des MDK „D 4.0/III./9. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung“ wider (Kofahl *et al.* 2017: 27).

Die Gründe für einen zusätzlichen krankheits- oder behinderungsbedingten Pflegebedarf bei Kindern sind vielfältig und reichen von psychischen sowie Verhaltensstörungen, über angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien, über Krebs- bis hin zu Nervenerkrankungen (MDS 2013). Die Kindernetzwerk-Studie (2013/2014) zeigte zudem, dass etwa 70 % dieser Kinder mindestens eine seltene Erkrankung haben (Kofahl & Lüdecke 2015). In Folge eines häufig auftretenden behinderungsbedingten Pflegebedarfs in dieser Altersgruppe entstehen auch Ansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe. In diesem Falle besteht

ebenfalls die Möglichkeit einer stationären Betreuung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe gem. SGB XII. Die Datenlage hierzu ist jedoch lückenhaft. Zuständig für Leistungen der Eingliederungshilfe im Sinne des SGB XII sind in Bayern die überörtlichen Sozialhilfeträger, die sieben Regierungsbezirke.

Die Versorgung von pflegebedürftigen Kindern und Jugendliche wird als gemeinschaftliche Aufgabe zwischen den Eltern und den verschiedenen Akteuren in der Versorgungslandschaft wahrgenommen (Kofahl *et al.* 2017: 33). Herausforderungen bestehen dabei insbesondere in dem begrenzten medizinischen und pflegerischen Wissen im Zusammenhang mit seltenen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sowie in der aktiven Einbindung der Eltern in die Verhaltensbeobachtungen und den Krankheitsverlauf als auch der Einbindung der Eltern in Selbsthilfegruppen. Zudem stellt die Koordination und die Organisation der Versorgung aller beteiligten Akteure eine anspruchsvolle Aufgabe dar (ebd.: 34).

Laut der Kindernetzwerkstudie des AOK-Bundesverbandes (Kofahl & Lüdecke 2014) nehmen bei zunehmenden Ausmaß der körperlichen und/oder geistigen Behinderungen der Kinder und Jugendlichen die Zufriedenheit der Familien mit den professionellen Versorgungsstrukturen ab. Es ist zu vermuten, dass die an der Versorgung beteiligten Akteure in diesem Falle an ihre Grenzen stoßen, da sich u. a. die auf die Bedarfe dieser Kinder zugeschnittenen Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten über verschiedene Sozialgesetzbücher verteilen. Neben dem SGB V und dem SGB XI spielen auch das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) sowie in vielen Fällen das SGB XII (Sozialhilfe) und ggf. auch das SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) eine Rolle, was häufig zur Überforderung führt (Kofahl *et al.* 2017: 30).

Die 2002 eingeführten Reha-Servicestellen der Rehabilitationsträger sollten Eltern bei der Beantragung und Bearbeitung von Leistungen unterstützen – diese waren jedoch kaum bekannt (ebd.: 31). Heutzutage ist es bspw. u. a. Aufgabe der PSP, diese leistungsbereichsübergreifende Beratung durchzuführen. Inzwischen gibt es bereits fachlich spezialisierte PSP für hilfs- und pflegebedürftige Kinder und deren Familien (der bundesweit erste wurde in Hamburg eingerichtet) sowie weitere geschulte Beraterinnen und Berater, jedoch nicht bundesweit.

Kinder und Jugendliche mit Pflegebedarf in Bayern

In Bayern lebten 2017 15.889 pflegebedürftige Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, was 3,8 % aller Pflegebedürftigen in Bayern entsprach. Der größte Anteil innerhalb Bayerns lebte in Unterfranken (4,4 %), der geringste Anteil in Niederbayern (3,0 %) (s. Tabelle 74).

Tabelle 74: Anteil pflegebedürftiger Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre in Bayern, nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Pflegebedürftige	pflegebedürftige Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre)	
		Anzahl	Anteil
Oberbayern	119.509	5.050	4,2 %
Niederbayern	49.664	1.504	3,0 %
Oberpfalz	40.280	1.342	3,3 %
Oberfranken	43.317	1.366	3,2 %
Mittelfranken	54.154	2.068	3,8 %
Unterfranken	50.588	2.226	4,4 %
Schwaben	55.310	2.333	4,2 %
Bayern	412.822	15.889	3,8 %

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019)

Auch in Bayern wird der weitaus größte Anteil pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher unter 18 Jahren ausschließlich durch Angehörige versorgt (Pflegegeldbezug) (88,2 %) (s. Tabelle 75).

Tabelle 75: Anteil pflegebedürftiger Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre in Bayern, nach Leistungsbezug (Stand 2017)

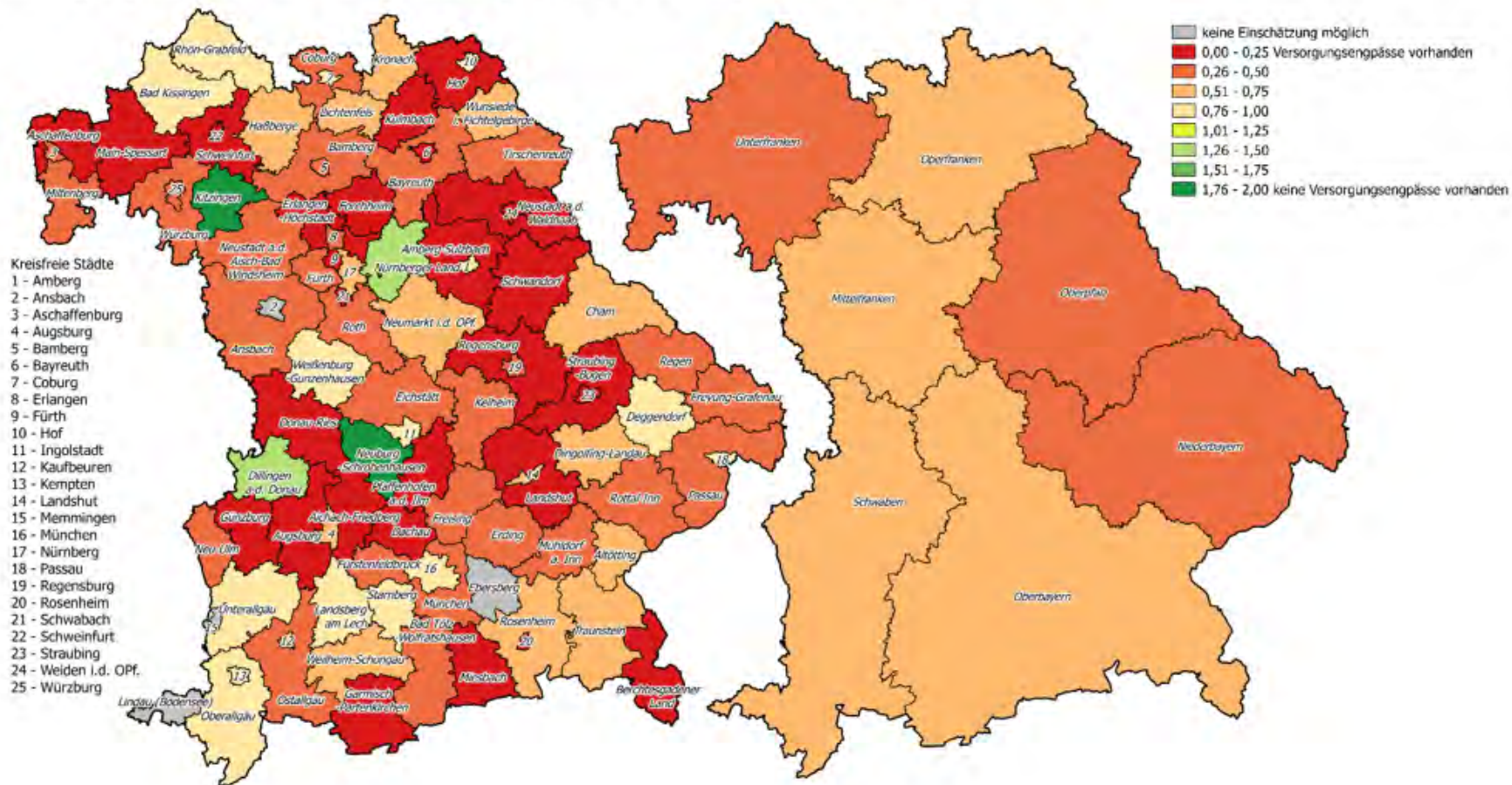
		Pflegebedürftige (gesamt)	Kinder und Jugendliche mit Pflegebedarf (unter 18 Jahre)
ohne Leistungsbezug		13.687	716
vollstationär versorgt	Dauerpflege	112.441	14
	Kurzzeitpflege	3.304	4
ambulant versorgt		97.591	1.127
durch Angehörige versorgt (Pflegegeld)		185.799	14.028
GESAMT		412.822	15.889

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019)

Die nachfolgende Abbildung 145 gibt einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsebene (rechts).

Abbildung 145: Einschätzung der Versorgungslücken für Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen (Kreis und RBZ)

Versorgungslücken für Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Hier zeigt sich, dass nach Einschätzung der Akteure in den Landkreisen Neuburg-Schrobenhausen und Kitzingen keine Versorgungsengpässe vorhanden sind (dunkelgrün). Nürnberger Land und der Landkreis Dillingen an der Donau liegen ebenfalls im oberen Drittel (hellgrün). In insgesamt 29 Kreisen (7 kreisfreie Städte; 22 Landkreise) wären dagegen Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot). Auf Regierungsbezirksebene würden Engpässe eher in Unterfranken, der Oberpfalz und Niederbayern bestehen.

4.8.2 (junge) Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen

Am 31.12.2017 gab es laut Statistischem Bundesamt bundesweit 523.676 (junge) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 15 und 65 Jahren. Dies entsprach einem Anteil von 15,3 % aller Pflegebedürftigen und einem Zuwachs von 61,6 % gegenüber dem Jahr 2007, wo es 322.361 junge pflegebedürftige Menschen waren, was einem Anteil von 14,3 % entsprach (s. Tabelle 76) (Destatis 2020). Der größte Anteil wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt (2007: 84,7 %; 2017: 88,3 %) (ebd.).

Tabelle 76: Anzahl (junger) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 15 und 65 Jahren nach Art der Versorgung (bundesweit)

	insgesamt	Versorgungsart		
		zu Hause	in Heimen vollstationär	in Heimen teilstationär
31.12.2007	322.361	273.067	47.645	1.640
31.12.2017	523.676	462.176	61.468	5.031

Quelle: IGES, auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020

Laut Rothgang *et al.* (2017) steigt mit zunehmendem Alter der (jungen) Pflegebedürftigen die Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes als auch die Zahl der stationären Unterbringungen. Einen angemessenen Heimplatz zu finden, der den Wünschen und dem Bedarf junger Pflegebedürftiger entspricht, gestaltet sich aufgrund des geringen Angebots an Plätzen für diese Altersgruppe jedoch schwierig (Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten *et al.* 2014: 18).

Der Großteil der Einrichtungen der Dauerpflege richtet sein Angebot auf Seniorinnen und Senioren aus. Nach Erkenntnissen unterschiedlicher Studien gibt es bundesweit zu wenige Anbieter, die sich auf (junge) pflegebedürftige Menschen im Alter von 18 bis ca. 65 Jahren spezialisieren und passende Angebote für diese schaffen. Dabei wächst die Gruppe zunehmend, wenn man berücksichtigt, dass auch die Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit zunehmenden Alter pflegebedürftig(er) werden. Es ist zudem anzunehmen, dass sie deutlich länger in Pflegeeinrichtungen verweilen als Seniorinnen bzw. Senioren. In diesem Zuge

bedarf es innovativer Pflege- und Betreuungskonzepte, die die Bedarfe dieser Klientel berücksichtigen (BFS Service GmbH 2018).

Dazu gehört auch die Schulung und Weiterbildung des Personals, welches häufig nicht speziell für die Pflege jüngerer Menschen ausgebildet sei, sondern vorrangig aus Gesundheits- und Kranken- oder Altenpflegerinnen bzw. -pflegern besteht mit primär medizinischem Fokus. Entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten mit dem Ziel, Wissen über die Persönlichkeitsentwicklung von jungen, pflegebedürftigen Menschen erwerben sowie Kompetenzen zur Kommunikation, zur Aktivierung und zur Körperpflege junger Pflegebedürftiger auszubilden, stehen jedoch mittlerweile zur Verfügung (Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten *et al.* 2014: 18).

(junge) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren in Bayern

In Bayern lebten 2017 57.966 Menschen mit Pflegebedarf im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, was einem Anteil von 14,0 % aller Pflegebedürftigen in Bayern entsprach. Der größte Anteil innerhalb Bayerns war in der Oberpfalz (15,0 %) zu verzeichnen, die geringsten Anteile in Oberbayern, Ober- und Mittelfranken (jeweils 13,5 %) (s. Tabelle 77).

Tabelle 77: Anteil (junger) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren in Bayern, nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Pflegebedürftige	(junge) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren	
		Anzahl	Anteil
Oberbayern	119.509	16.180	13,5 %
Niederbayern	49.664	7.303	14,7 %
Oberpfalz	40.280	6.039	15,0 %
Oberfranken	43.317	5.869	13,5 %
Mittelfranken	54.154	7.298	13,5 %
Unterfranken	50.588	7.315	14,5 %
Schwaben	55.310	7.962	14,4 %
Bayern	412.822	57.966	14,0 %

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019)

Betrachtet man den Anteil der Menschen mit Pflegebedarf im Alter zwischen 18 und 65 Jahren nach Leistungsbezug, so wird deutlich, dass der größte Anteil, ähnlich wie bei den Kindern und Jugendlichen, durch Angehörige versorgt wird (Pflegegeldbezug) (63,9 %) (s. Tabelle 78).

Tabelle 78: Anteil (junger) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren in Bayern, nach Leistungsbezug (Stand 31.12.2017)

		Pflegebedürftige (gesamt)	(junge) Menschen mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren
ohne Leistungsbezug		13.687	3.524
vollstationär versorgt	Dauerpflege	112.441	7.607
	Kurzzeitpflege	3.304	164
ambulant versorgt		97.591	9.602
durch Angehörige versorgt (Pflegegeld)		185.799	37.069
GESAMT		412.822	57.966

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019)

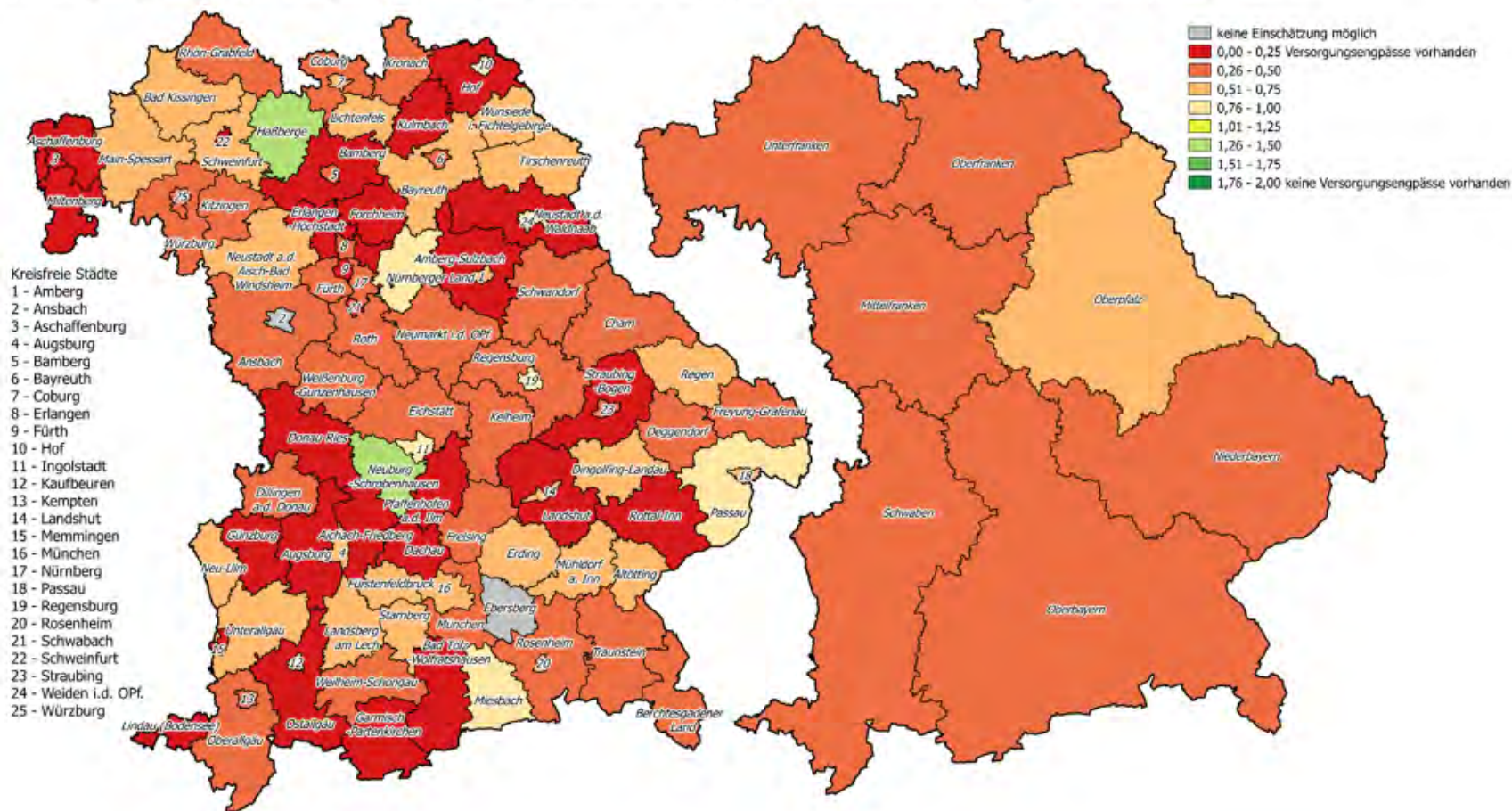
Die nachfolgende Abbildung 146 gibt einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für (junge) Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts).

Hier zeigt sich, dass es laut Einschätzung der Akteure in keinem Kreis ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe gebe, lediglich die Landkreise Neuburg-Schrobenhausen und Haßberge schnitten etwas besser ab (hellgrün). In insgesamt 27 Kreisen (5 kreisfreie Städte; 22 Landkreise) sind dagegen deutliche Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot).

Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es nach Einschätzungen der befragten Akteure tendenziell in allen Bezirken Engpässe (dunkelorange), lediglich die Oberpfalz wurde im Durchschnitt etwas besser bewertet (hellorange).

Abbildung 146: Einschätzung der Versorgungslücken für (junge) Erwachsene zw. 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen (Kreis und RBZ)

Versorgungslücken für (junge) Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.8.3 Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Bei der Demenz handelt es sich um eine neurodegenerative Erkrankung mit chronischem Verlauf. Liegt bei Diagnosestellung meist noch keine Pflegebedürftigkeit vor (Bartholomeyczik & Halek 2017: 54; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (2019): 3), sorgt der weitere Krankheitsverlauf für einen fortschreitenden Gedächtnisverlust. Einschränkungen treten u. a. in der Sprachfindung, der Orientierung und im Verhalten auf (Bartholomeyczik & Halek, 2017: 51). Etwa 50 bis 70 % der Menschen mit demenziellen Erkrankungen leiden unter der Alzheimer Demenz, welche die häufigste Form darstellt. Verschiedene internationale Studien zeigen zudem, dass die Inzidenz und Prävalenz ab dem 65. Lebensjahr drastisch steigt (ebd.: 51f.).

Laut dem Gesundheitsreport Bayern leben derzeit etwa 230.000 bis 240.000 Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Bayern, davon sind etwa zwei Drittel Frauen (LGL 2019: 9). Genaue Angaben zur Anzahl der Menschen mit demenziellen Erkrankungen fehlen. Tabelle 79 gibt eine Übersicht aus unterschiedlichen Datenquellen.

Tabelle 79: Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Bayern, nach Regierungsbezirk (Stand 2017)

Regierungsbezirk	Schätzungen nach EuroCoDe (Alter ab 65 Jahre)	Diagnosen bei GKV-Versicherten (KVB-Daten, alle Altersgruppen)
	Anzahl	Anzahl
Oberbayern	83.800	70.000
Niederbayern	23.000	26.200
Oberpfalz	22.500	21.800
Oberfranken	22.000	23.000
Mittelfranken	33.400	35.500
Unterfranken	26.000	24.600
Schwaben	35.600	30.300
Bayern	244.400	231.400

Quelle: IGES, auf Grundlage von LGL 2019: 7ff. (Datenquellen: EuroCoDe, LfStat, KVB Berechnungen: LGL. Hochrechnung der EuroCoDe-Daten anhand der bayerischen Bevölkerung 2017)

Anmerkung: Beide Datenangaben enthalten Fehler unterschiedlicher Art. Die beiden Spalten mit den Absolutwerten sollen laut Angaben der Autorinnen und Autoren des Gesundheitsreports Bayern zeigen, dass Daten aus unterschiedlichen Quellen zumeist zu Angaben in vergleichbarer Größenordnung führen. Die Differenzen sind jedoch nicht interpretierbar.

Die Autorinnen bzw. Autoren gehen davon aus, dass sich die Zahl der Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Bayern bis 2036 auf ca. 340.000 erhöhen wird

(LGL 2019: 2). Neuere Studien deuten jedoch darauf hin, dass es zu einem weniger starken Anstieg kommen könnte, da geistige und soziale Aktivität sowie allgemeine Gesundheitstrends einen positiven Einfluss zu haben scheinen (Roehr *et al.* 2018; Dolbhamer *et al.* 2015).

Laut Angaben des StMGP (o. J.a) werden etwa 70 % der Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Bayern durch Angehörige zuhause versorgt. Insbesondere bei fortschreitender Demenz müssen diese „oft zwischen der Aufrechterhaltung von Autonomie und Abwendung von Schaden entscheiden“ (Bartholomeyczik & Halek 2017: 54). Unterstützungsmöglichkeiten bieten bspw. die Tages- und Kurzzeitpflegen sowie ambulante Pflegeeinrichtungen. Alternativ gibt es auch die Möglichkeit der Unterbringung in abWGs, welche durch ihre familienähnlichen Strukturen, in Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ehrenamtlichen und ambulanten Pflegediensten, ein gutes Umfeld bieten (s. auch Abschnitt 4.5). Der Anteil dieser Zielgruppe in Einrichtungen der Dauerpflege ist ebenfalls nicht zu unterschätzen: Laut Daten der AOK hätten ca. 60.000 Bewohnerinnen bzw. Bewohner in vollstationären Einrichtungen eine Demenzdiagnose (LGL 2019: 4).

Die Bayerische Staatsregierung hat im Jahr 2013 die Bayerische Demenzstrategie beschlossen, an deren Umsetzung alle Ministerien beteiligt sind. Seit 2018 arbeitet die landesweit agierende *Fachstelle für Demenz und Pflege Bayern*¹³ (ehemals Demenzagentur Bayern) u. a. daran, die gesetzten Ziele der Bayerischen Demenzstrategie weiter voran zu bringen mit dem Ziel, neben der bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung, den betroffenen Menschen ein „möglichst eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in der Mitte der Gesellschaft zu ermöglichen“ (Fachstelle für Demenz und Pflege Bayern 2020). Das StMGP ist zudem aktiv an der Entwicklung der Nationalen Demenzstrategie¹⁴ beteiligt, welche im Juli 2020 beschlossen wurde (BMG 2020a). Ähnlich der eigens im Land Bayern verfolgten Ziele stehen auch hier die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe, die Unterstützung und Versorgung sowie die Förderung von Forschungsprojekten im Mittelpunkt (Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie 2020).

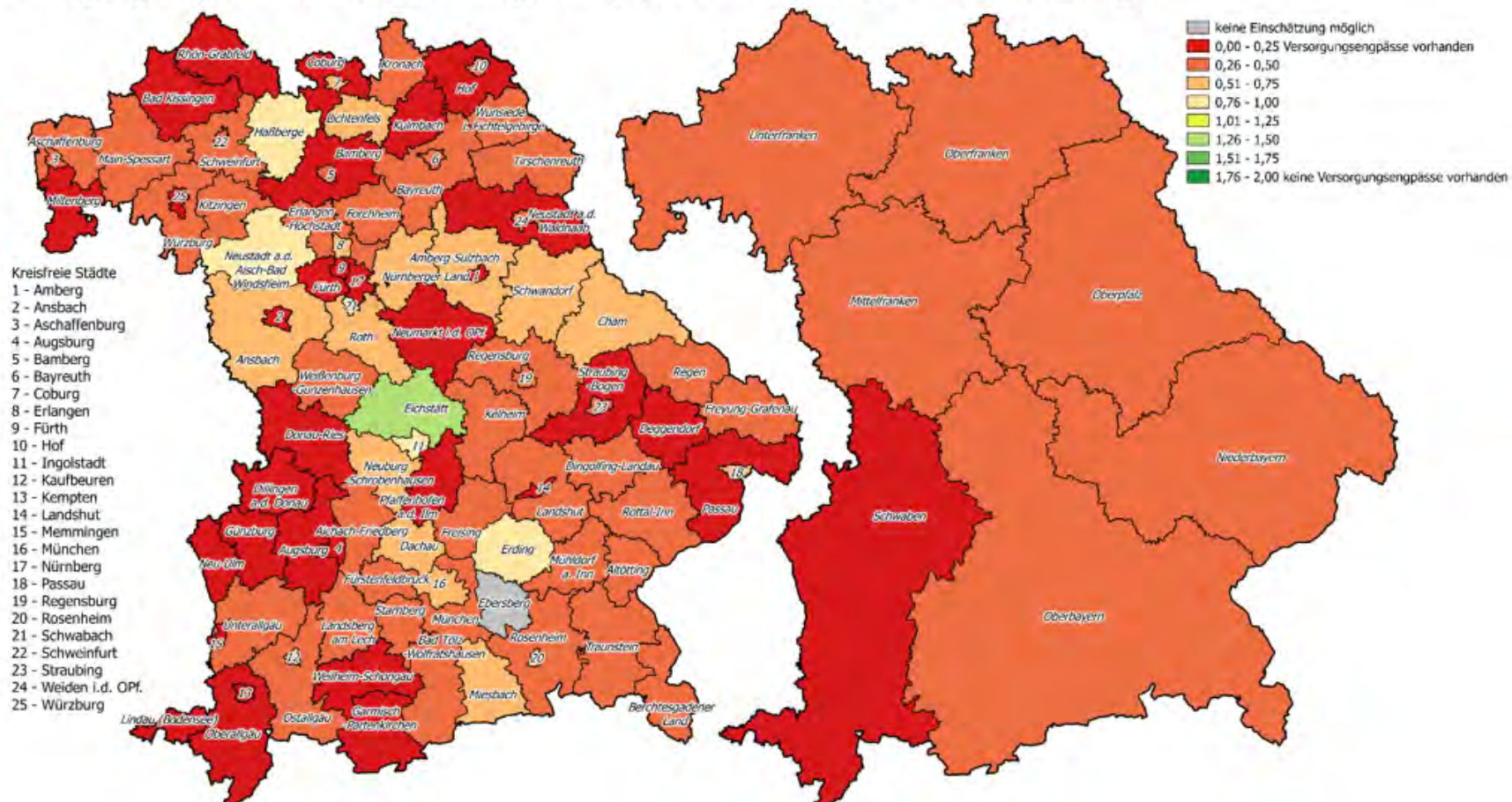
Die nachfolgende Abbildung 147 gibt einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit gerontopsychiatrischen/demenziellen Erkrankungen in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts). Abbildung 148 zeigt die Situation für Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich).

¹³ vgl. <https://www.demenz-pflege-bayern.de/>

¹⁴ vgl. <https://www.nationale-demenzstrategie.de/>

Abbildung 147: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit gerontopsychiatrischen/demenziellen Erkrankungen (Kreis und RBZ)

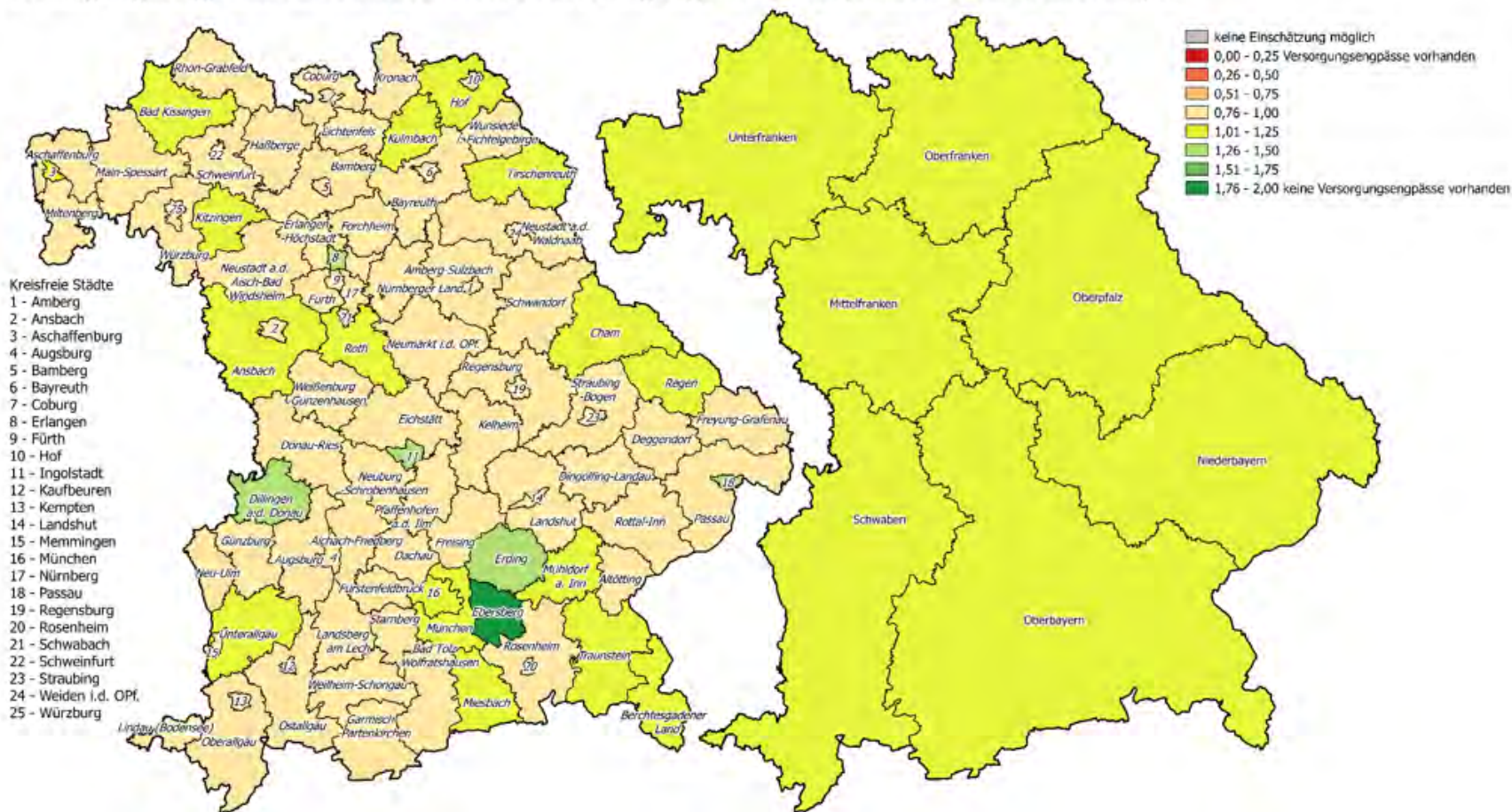
Versorgungsgänge für Menschen mit gerontopsychiatrischen/demenziellen Erkrankungen ...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 148: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich) (Kreis und RBZ)

Versorgungsgänge für Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich) ...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Für die Zielgruppe der Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen/demenziellen Erkrankungen zeigt sich, dass es nach Einschätzung der Akteure in keinem Kreis ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe gibt, lediglich der Landkreis Eichstätt schnitt etwas besser ab (hellgrün). In insgesamt 32 Kreisen (8 kreisfreie Städte; 24 Landkreise) wären dagegen deutliche Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke gibt es tendenziell in allen Bezirken Engpässe (dunkelorange), wobei Schwaben (dunkelrot) im Vergleich am schlechtesten bewertet wurde.

Für die Zielgruppe der Menschen mit Unterbringungsbeschluss (s. Abschnitt 4.1.2.3) wurde für den Landkreis Ebersberg kein Versorgungsengpass angegeben (dunkelgrün). Auch die kreisfreie Stadt Passau scheint tendenziell ausreichend versorgt zu sein (hellgrün). Im Gegensatz zur Situation der anderen Zielgruppen wurden in keinem Kreis akute Versorgungsengpässe berichtet (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke zeigten sich keine Bewertungsunterschiede (in allen Bezirken nur teilweise Versorgungsengpässe – jeweils gelbgrün).

4.8.4 Menschen mit Behinderung

Die Datenlage zur Situation von Menschen mit Behinderung ist unzureichend (Tiesmeyer 2017: 41). Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2011) sind 15 % aller Menschen weltweit von einer mittleren bis schweren Behinderung betroffen. Auch in Deutschland ist die Datenlage unzureichend. Laut Schwerbehindertenstatistik waren Ende des Jahres 2013 insgesamt 7,5 Mio. Menschen in Deutschland amtlich als schwerbehindert anerkannt, was einem Bevölkerungsanteil von 9,3 % entsprach (Statistisches Bundesamt 2016). Drei Viertel aller Menschen mit schwerer Behinderung sind älter als 55 Jahre, während der Anteil der unter 25-Jährigen bei nur 3,8 % liegt. 85 % aller Schwerbehinderungen sind auf allgemeine (chronische) Krankheiten zurückzuführen (Tiesmeyer 2017: 41).

Die Pflege von Menschen mit Behinderungen wird jedoch zunehmend relevanter und dennoch in bisherigen Untersuchungen, als Zielgruppe pflegerischer Maßnahmen, zu wenig betrachtet (Büker 2011; Tiesmeyer 2015). Die Schwierigkeit bei dieser Zielgruppe besteht einerseits darin, dass es sich nicht um eine homogene Gruppe mit gleichen Anforderungen und Bedürfnissen handelt, was bspw. bereits an den unterschiedlichen Begriffsbestimmungen und Verwendungen, sei es in medizinischen oder sozialrechtlichen Kontexten, deutlich wird (Tiesmeyer 2017: 43). Die in diesem Rahmen geführten Abgrenzungsdiskussionen, sei es in der Behindertenhilfe als auch in der Pflegeversicherung (Einführung neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff), bestätigen dies – zudem wird zwischen Behinderung und Beeinträchtigung unterschieden. Werden „Behinderungen“ im Kern als eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe im Zusammenhang mit „langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und weiteren Barrieren“ (ebd.: 40) verstanden, verstehe man unter „Beeinträchtigungen“ das „Vorliegen einer Einschränkung aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen oder Körperstrukturen (z. B. beim Sehen)“ (Teilhabebericht - BMAS 2013: 7). Von Behinderung werde laut Teilhabebericht dagegen erst gesprochen, „wenn in Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung

durch ungünstige Umweltfaktoren Aktivität und Teilhabe dauerhaft eingeschränkt werden“ (BMAS 2013: 7).

Entsprechend der definitorischen Annäherungen schließen sich Behinderung und Pflegebedürftigkeit nicht aus. Laut Tiesmeyer (2017: 42) „können Menschen mit Behinderung pflegebedürftig im Sinne der derzeit im SGB XI definierten Vorgaben sein und werden es mit Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zukünftig vermehrt sein. Zugleich tragen nahezu alle pflegebedürftigen Menschen aufgrund langandauernder Beeinträchtigungen das Risiko, Einschränkungen im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe zu erleben und damit als Menschen mit Behinderung zu gelten“.

Hierzu liegen bisher jedoch kaum statistische Daten vor (BMFSFJ 2006). Studienergebnisse von Rothgang & Sauer (2013) zeigen, dass ca. 43 % aller Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Diese Studie zeigte auch, dass wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde gelegt werde, sich „die Zahl der Leistungsberechtigten in der stationären Eingliederungshilfe per Saldo um knapp 60.000 Leistungsempfänger erhöhen würde“ (Rothgang & Sauer 2013: 43). Fast drei Viertel aller Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe wären dementsprechend leistungsberechtigt (ebd.). Eine Studie von Zich *et al.* (2019) im Auftrag des BMG im Rahmen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - Schnittstelle Eingliederungshilfe – bestätigt diese Entwicklung. In Folge des neuen Begutachtungsverfahrens als auch dadurch, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe älter werden und somit der Anteil mit Unterstützungsbedarf steigt, erhöht sich die Anzahl der leistungsberechtigten Menschen in diesen Einrichtungen (Zich *et al.* 2019: 130).

In Bayern gab es 2019 - laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020) - ca. 1,17 Mio. Menschen mit einer anerkannten Behinderung. Im Vergleich zu der vorherigen Auszählung aus dem Jahr 2017 entsprach dies einem Zuwachs von 25.000 Menschen mit einem zuerkannten Grad der Behinderung von 50 % oder höher. Die WHO (2015) geht davon aus, dass es in den nächsten Jahren zu einer globalen Zunahme von Menschen mit Behinderung kommen wird. Ausschlaggebend dafür sei die steigende Anzahl von Menschen mit chronischen Krankheiten, die Zunahme von Verkehrsunfällen und psychischen Beeinträchtigungen.

Die Versorgungssituation für Menschen mit Behinderung sei insgesamt nicht hinreichend angemessen. Herausforderungen bestehen u. a. in einem Mangel an bedarfsgerechten Angeboten in der ambulanten Versorgung sowie einer unzureichenden Qualifizierung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen (Tiesmeyer 2017: 46ff.).

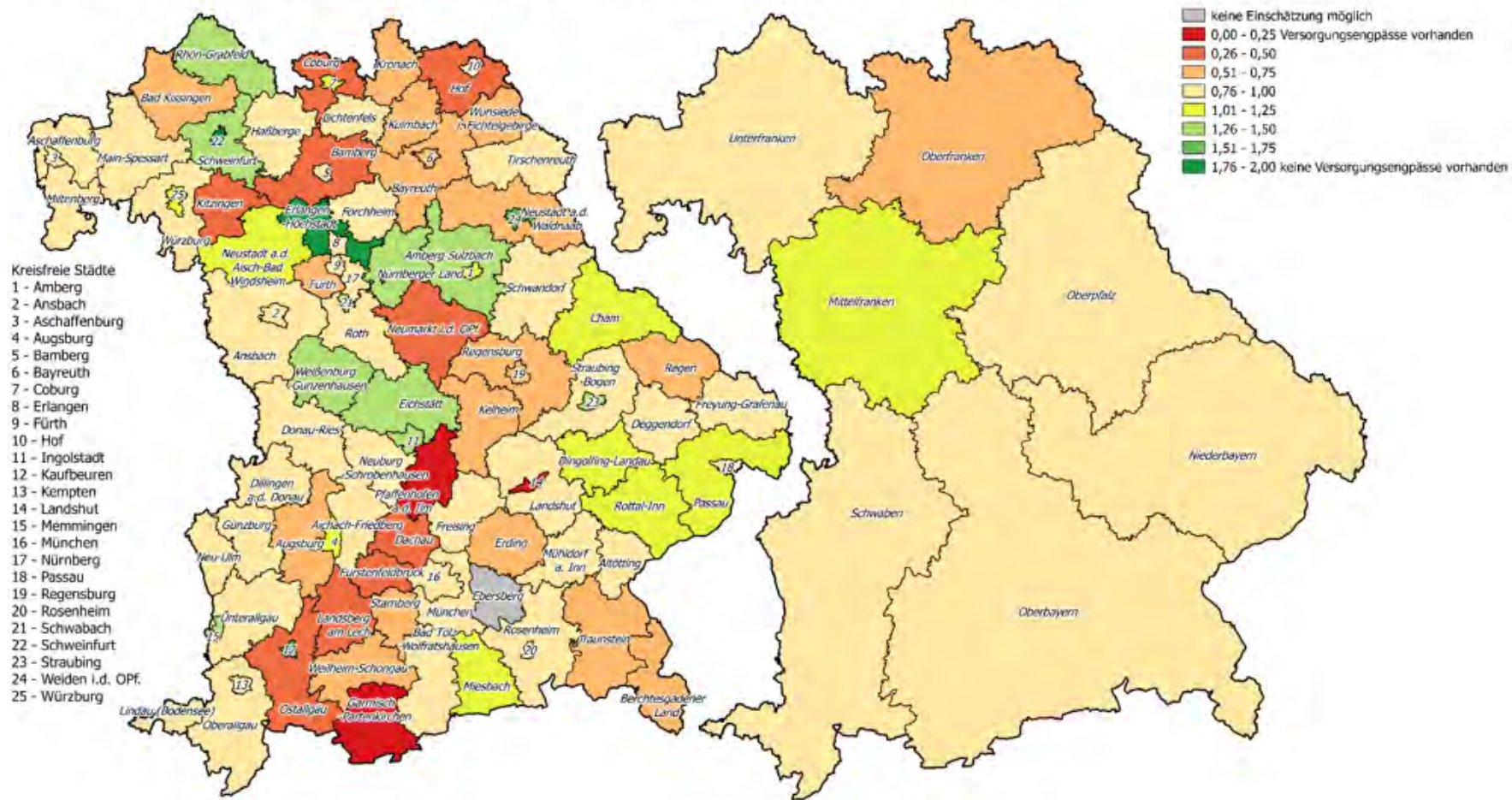
Die Abbildung 149 sowie Abbildung 150 geben einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsebene (rechts).

Für die Zielgruppe der Menschen mit körperlicher Behinderung gibt es laut Einschätzung der Akteure im Landkreis Erlangen-Höchstadt und der kreisfreien Stadt Schweinfurt keine Versorgungsengpässe (dunkelgrün), ähnlich gut schneiden die kreisfreien Städten Weiden i. d. Opf. und Kaufbeuren ab (hellgrün). In drei Kreisen – Garmisch-Partenkirchen (Lk), Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lk), Landshut (krfr. St.) – seien dagegen deutliche Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es tendenziell Engpässe in Oberfranken (orange), Mittelfranken schnitt im Vergleich am besten ab (gelbgrün).

Für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung gebe es laut Einschätzung der Akteure im Landkreis Bayreuth und in der kreisfreien Stadt Memmingen keine Versorgungsengpässe (dunkelgrün), ähnlich gut verhalte es sich in den kreisfreien Städten Weiden i. d. Opf. und Kaufbeuren sowie dem Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen (hellgrün). Versorgungsengpässe gebe es dagegen in sechs Kreisen, darunter Garmisch-Partenkirchen (Lk), Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lk), Landshut (Krfr. St.), Coburg (Lk), Augsburg (Lk) und Lindau (Bodensee) (Lk) (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke gab es kaum Bewertungsunterschiede (hellgelb), außer in Oberfranken – dieser Regierungsbezirk wurde im Durchschnitt am schlechtesten bewertet (orange).

Abbildung 149: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit körperlicher Behinderung (Kreis und RBZ)

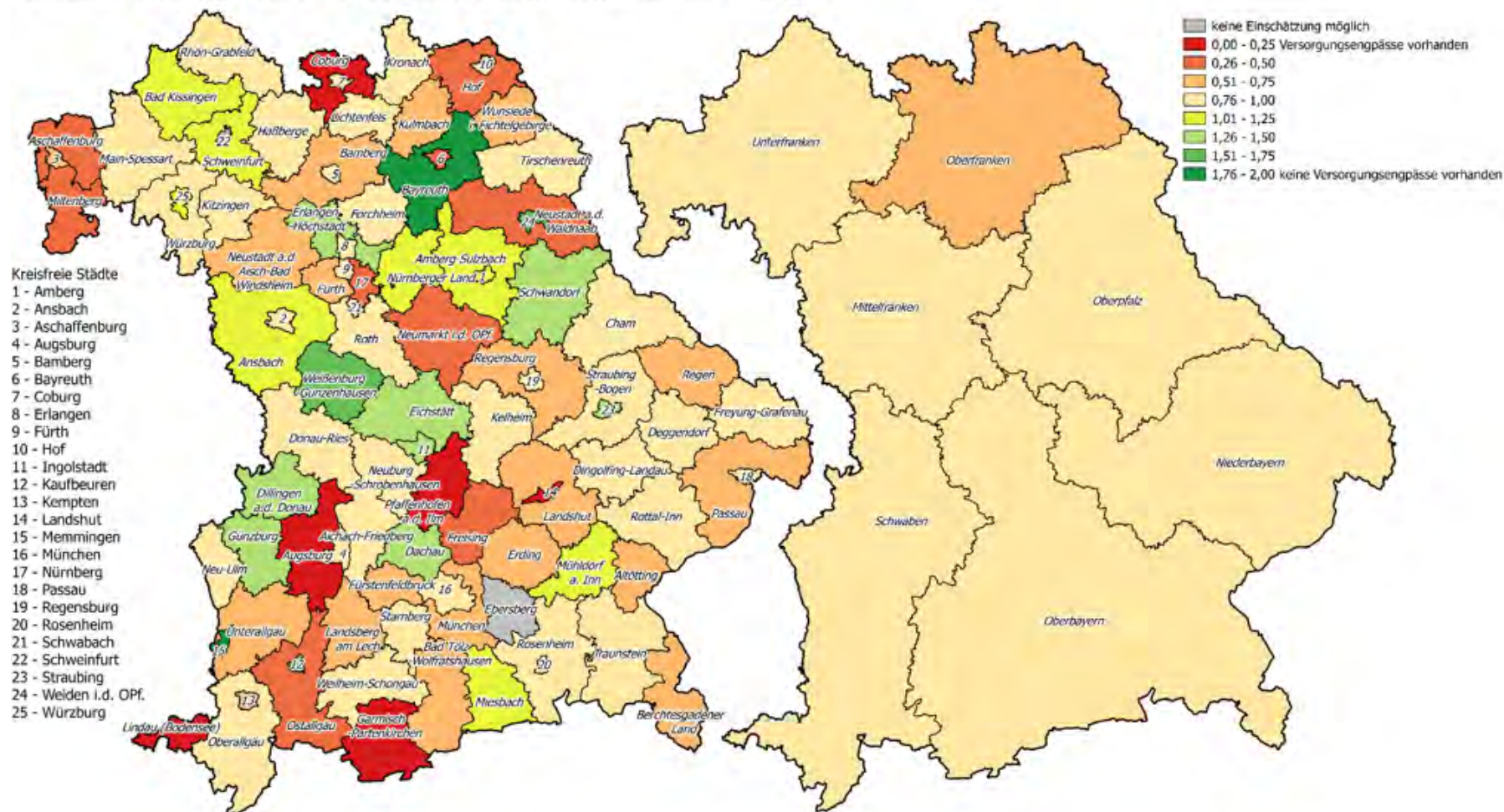
Versorgungsgänge für Menschen mit körperlicher Behinderung...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 150: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit geistiger Behinderung (Kreis und RBZ)

Versorgungsgänge für Menschen mit geistiger Behinderung...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.8.5 Menschen mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind oftmals chronisch und gehen für die betroffenen Menschen mit Einschränkungen des alltäglichen Lebens und der sozialen Teilhabe einher. Bei mehr als der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen dominiert unter den psychischen Störungen bspw. das demenzielle Syndrom, gefolgt von affektiven und wahnhaften Störungen (Gutzmann *et al.* 2017: 107).

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz dieser psychischen Störungen, zu denen neben Schlafstörungen und Persönlichkeitsveränderungen sowie den vielfältigen Formen der Sexualität im Alter auch der Umgang mit Tod und Sterben zählen, bedarf es mindestens einen Kontakt mit psychiatrischen oder neurologischen Fachärzten pro Quartal. Diese evidenzbasierte, innovative psychiatrische und somit spezifische Versorgung von Pflegebedürftigen finde laut Gutzmann *et al.* (2017) jedoch praktisch nicht statt. Als Grund hierfür werden u. a. defizitorientierte Altersbilder genannt, die bspw. auf die körperliche Unterstützung von Menschen fokussieren sowie unzureichende gerontopsychiatrische Qualifikationen sowohl in der Psychotherapie als auch in der pflegerischen Versorgung nach sich ziehen (ebd.: 107ff.).

Psychiatrische Morbidität bei Pflegebedürftigen stelle allerdings kein zeitstabiles Phänomen dar, vielmehr zeigten Längsschnittbetrachtungen, dass Prävalenzen verschiedener Erkrankungen unterschiedlich hoch sein können. Dies bringe spezifische Herausforderungen für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit sich (ebd.: 115).

Inwieweit diese Bedarfe durch verschiedene Angebote gedeckt werden können, ist größtenteils unklar. Ergebnisse der Studie von Wolff *et al.* 2020 zeigen jedoch, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa 10 % des Beratungsaufkommens ausmachen (Wolff *et al.* 2020: 125). Es lässt sich daher vermuten, dass nicht nur ein spezialisierter Beratungsbedarf bestehe, sondern auch ein Bedarf an spezialisierten Versorgungsstrukturen (ebd.: 192).

Laut dem Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern gebe es keine repräsentativen Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen in der bayerischen Erwachsenenbevölkerung unabhängig vom Versorgungsgeschehen (StMGP 2017: 13). Die Anzahl könne nur geschätzt werden, sodass es in Bayern etwa 2,3 - 2,7 Mio. Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von 18 - 79 Jahren gebe. Die Schätzung setzt sich zusammen aus Daten der gesetzlichen Versicherten und Daten aus Selbstangaben. Menschen mit schweren psychischen Krankheitsverläufen sind dabei jedoch unterrepräsentiert (ebd.: 13f.).

Die nachfolgende Abbildung 151 gibt einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts).

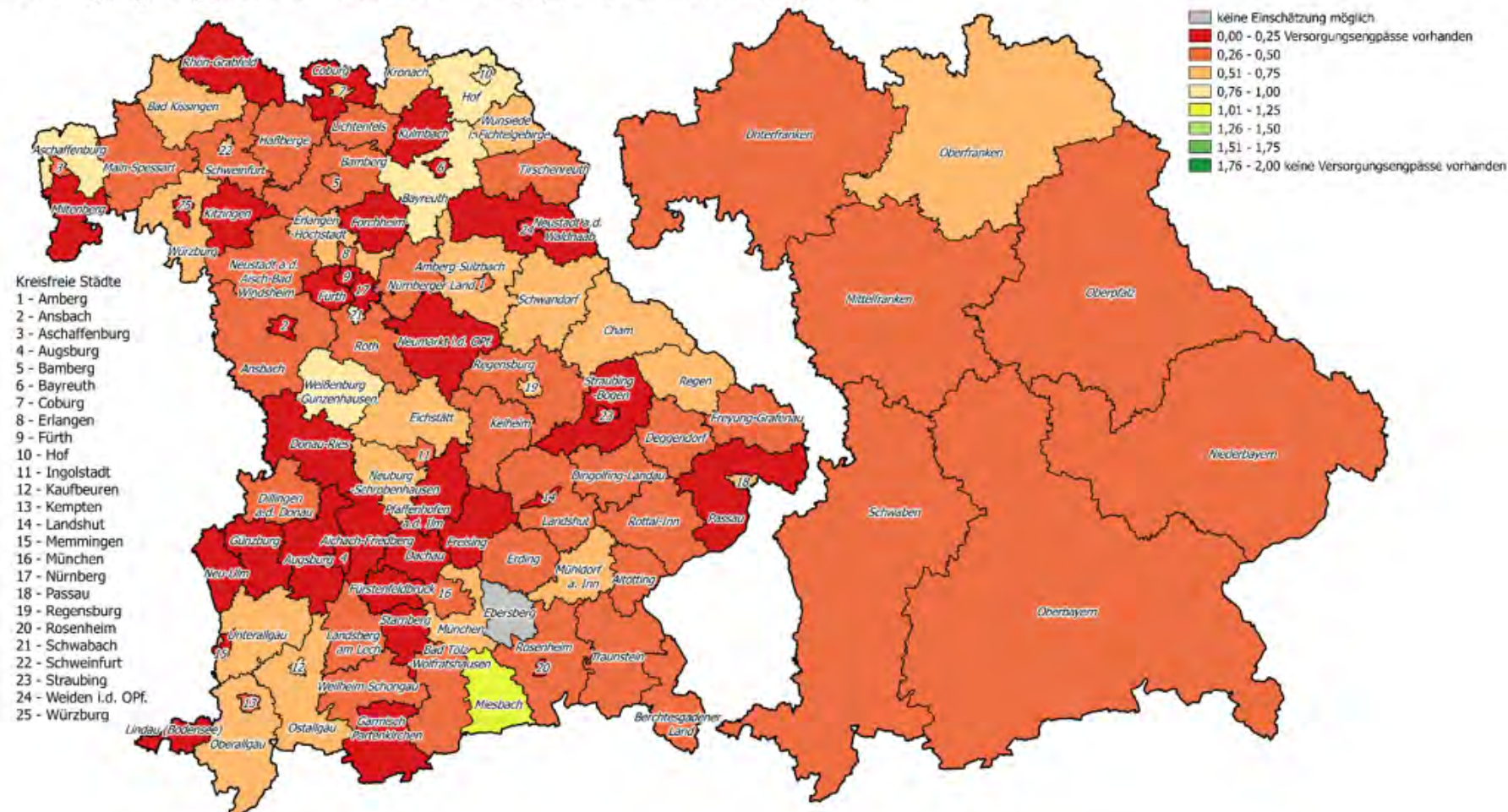
Hier zeigt sich, dass laut Einschätzung der Akteure es in keinem Kreis ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe gebe, nicht mal im oberen Drittel (grüner Bereich). In insgesamt 34 Kreisen (11 kreisfreie Städte; 23 Landkreise) wären dagegen Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot).

Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es tendenziell in allen Bezirken Engpässe (dunkelorange), lediglich Oberfranken wurde im Durchschnitt etwas besser bewertet (hellorange).

Diese Einschätzungen bestätigen die Vermutung, dass spezifische Versorgungsangebote für diese Zielgruppe nicht ausreichend vorhanden sind bzw. fehlen.

Abbildung 151: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Kreis und RBZ)

Versorgungsgänge für Menschen mit psychischen Erkrankungen ...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.8.6 Menschen mit palliativen Bedarfen

Menschen mit palliativen Versorgungsbedarfen sind laut der Nationalen Akademie der Wissenschaften (2015: 11f.) stark in der Lebensqualität eingeschränkte Personen mit u. a. fortgeschrittenen Krebserkrankungen, Insuffizienzen im Endstadium (z. B. Niereninsuffizienz), neurologischen Erkrankungen (z. B. ALS oder MS), ggf. Schlaganfallpatientinnen und -patienten, Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie ältere multimorbide Menschen. Bei Kindern und Jugendlichen kommen weitere Erkrankungen hinzu, wo eine palliative Versorgung notwendig werden kann.

„Palliativversorgung hat zum Ziel, die bestmögliche Lebensqualität von Patienten, ihren Familien und Angehörigen angesichts lebensbedrohlicher, nicht heilbarer Erkrankungen herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Prävention und Linderung von Leid stehen im Mittelpunkt. Dies erfolgt über ein frühzeitiges Erkennen und eine genaue Erfassung aller Beeinträchtigungen, Symptome und Konfliktfelder auf körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene.“ (WHO 2002, Übersetzung Nationale Akademie der Wissenschaften 2015: 11)

Die Grundsätze bei der palliativen Begleitung von Menschen sind ein würdevoller Umgang, Selbstbestimmung, ein hohes Maß an Kommunikation und multiprofessionale Zusammenarbeit. Dabei ist das Versorgungsnetzwerk in der Symptombehandlung (z. B. Schmerzen, Atemnot), der psychosozialen und spirituellen Unterstützung sowie Trauerbegleitung tätig (Nationale Akademie der Wissenschaften 2015: 13f.).

In Deutschland gibt es sowohl ambulant als auch stationär Möglichkeiten palliativ versorgt zu werden. Im stationären Bereich bieten bspw. Hospize, Heime, Krankenhäuser (Palliativ-Stationen) sowie Palliativdienste, welche stationsübergreifend in Krankenhäusern arbeiten, eine solche Versorgung an. In der ambulanten Versorgung gibt es dagegen bspw. SAPV-Teams (Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung) als auch ambulante Hospizdienste, Tageskliniken und Tageshospize (Pleschberger & Müller-Mundt 2017: 170f.).

Zur Regelung dieser Versorgung gibt es in Bayern das *Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung*, um diese fachliche und strukturell weiterzuentwickeln (StMUG 2011: 6). Dieses wurde von verschiedenen Expertengruppen erarbeitet. Darüber hinaus organisiert die 1999 gegründete und seitdem vom Freistaat Bayern verwaltete Bayerische Stiftung Hospiz Vereine, sammelt Spenden und trägt zur Vernetzung der Versorgungsstrukturen bei, um die Palliativ- und Hospizbewegung in Bayern voranzutreiben. Etwa 224 Anlaufstellen für Menschen mit palliativen Versorgungsbedarfen sind unterdessen entstanden. Das Angebot reicht u. a. von einer Kontaktvermittlung, über ehrenamtlichen Engagement bis hin zur spezialisierten stationären Versorgung. Die zahlreichen Hospiz-Vereine stellen dabei die größte Gruppe dar und werden meist über Spenden finanziert (Bayerische Stiftung Hospiz 2020).

Die folgende Tabelle 80 gibt zudem einen Überblick über das Angebot ambulanter sowie stationärer palliativer Einrichtungen nach Regierungsbezirk.

Tabelle 80: Einrichtungen (ambulant/stationär) mit palliativen Angeboten, nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Einrichtungen mit palliativen Angeboten	
	stationär (Hospiz, palliative Stationen)	ambulant (Pflegedienste, Vereine, etc.)
Oberbayern	23	54
Niederbayern	9	12
Oberpfalz	6	13
Oberfranken	7	12
Mittelfranken	8	23
Unterfranken	7	10
Schwaben	13	27
Bayern	73	151

Quelle: IGES, auf Grundlage Bayerische Stiftung Hospiz 2020

Über weitere Angebote gibt der „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ – eine Datenbank, in der sich Anbieter registrieren und die Informationen bundesweit zugänglich gemacht werden (Sabatowski *et al.* 2000; Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland 2020) sowie der AOK-Palliativwegweiser¹⁵ - mit regionalen Suchfunktionen sowie grundlegenden Informationen über unterschiedliche Leistungen und Angebote im Bereich Palliative Care – Auskunft (Pleschberger & Müller-Mundt 2017: 171).

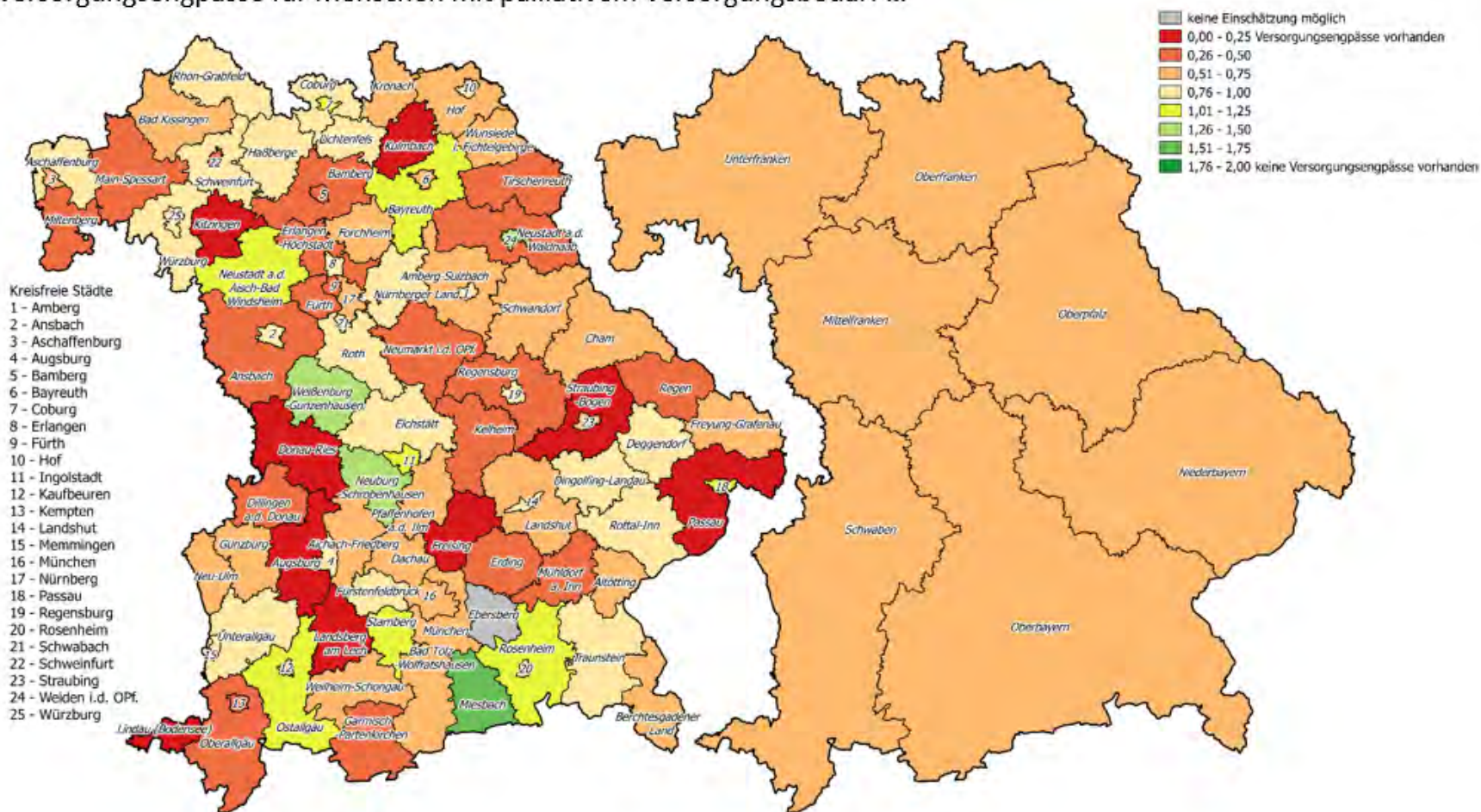
Die nachfolgende Abbildung 152 gibt einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts).

Hier zeigt sich, dass laut Einschätzung der Akteure es in keinem Kreis ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe gebe, lediglich der Landkreis Miesbach wurde etwas besser eingeschätzt, auch im oberen Drittel lagen die Kreise Neuburg-Schrobenhausen (Lk), Weißenburg-Gunzenhausen (Lk) sowie Weiden i. d. Opf. (krfr. St.). In insgesamt neun Kreisen (ausschließlich Landkreise) wären dagegen Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es tendenziell in allen Bezirken Engpässe (hellorange).

¹⁵ vgl. <https://www.aok.de/pk/nordost/medizin-versorgung/aok-palliativwegweiser/>

Abbildung 152: Einschätzung der Versorgungsengpässe für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf (Kreis und RBZ)

Versorgungsengpässe für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf ...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.8.7 Andere Zielgruppen

Die Abbildung 153 gibt einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson) in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts). Hier zeigt sich, dass laut Einschätzung der Akteure es ausschließlich im Landkreis Dillingen an der Donau ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe gebe, ähnlich gut wurde noch die kreisfreie Stadt Bayreuth bewertet (hellgrün). In insgesamt 14 Kreisen (5 kreisfreie Städte; 9 Landkreise) wären dagegen Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es tendenziell in allen Bezirken Engpässe (hellgelb bis orange), wobei Schwaben im Durchschnitt am schlechtesten bewertet wurde (dunkelorange).

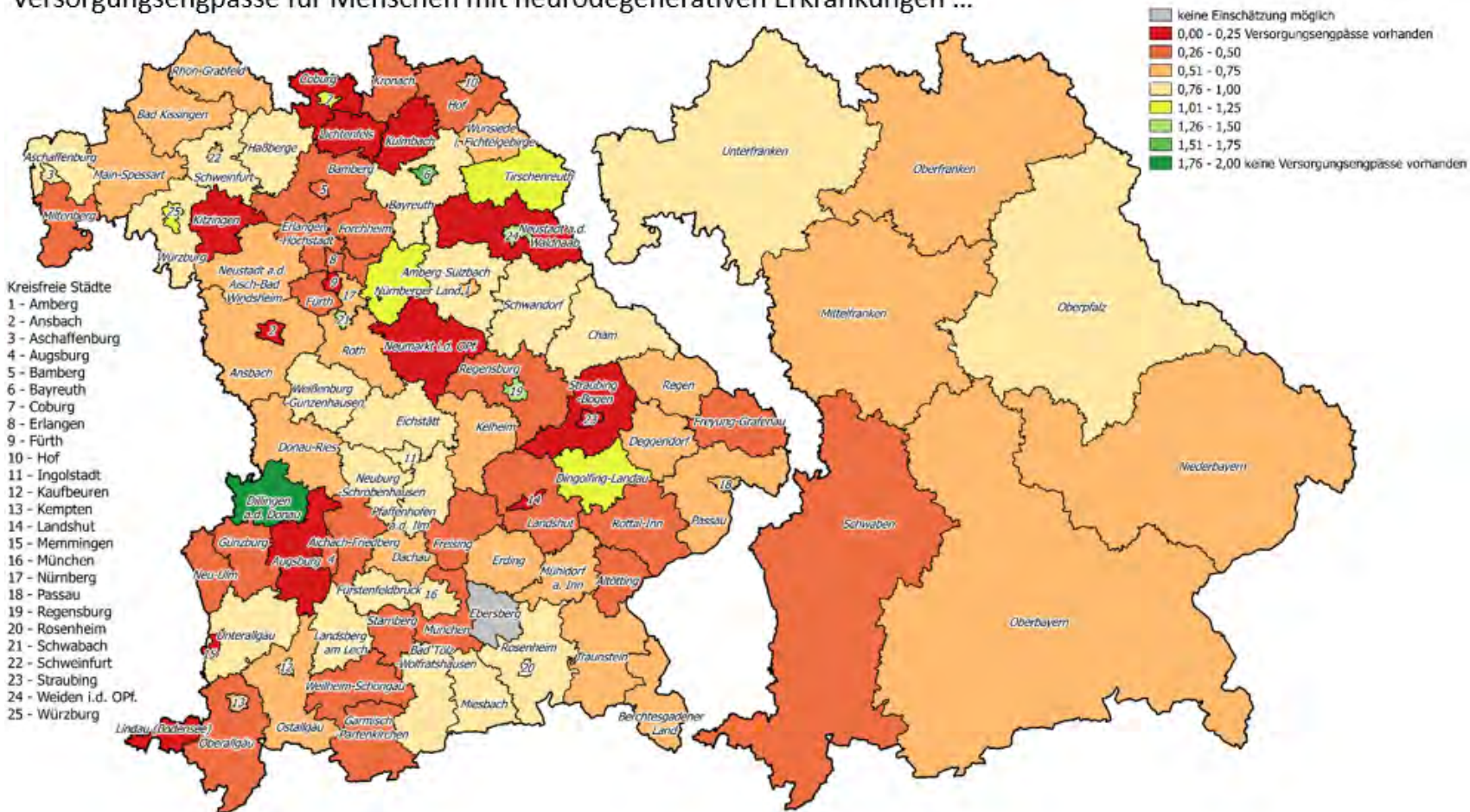
Die Abbildung 154 gibt zusätzlich einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma) in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts). Hier zeigt sich, dass laut Einschätzung der Akteure kein Kreis ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe hätte, am besten schnitten noch der Landkreis Neuburg-Schrobenhausen sowie die kreisfreien Stadt Schweinfurt ab (hellgrün). In insgesamt 16 Kreisen (3 kreisfreie Städte; 13 Landkreise) wären dagegen Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es tendenziell in allen Bezirken Engpässe (orange), wobei Mittelfranken im Durchschnitt am schlechtesten bewertet wurde (dunkelorange).

Die Abbildung 155 gibt des Weiteren einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.) in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts). Hier zeigt sich, dass laut Einschätzung der Akteure es in der kreisfreien Stadt Memmingen ausreichend Versorgungsangebote für diese Zielgruppe gebe (dunkelgrün), ebenfalls im oberen Drittel bewegen sich die kreisfreien Städte Ingolstadt und Würzburg sowie die Landkreise Fürstfeldbruck und Weißenfeld-Gunzenhausen. In insgesamt 13 Kreisen (3 kreisfreie Städte; 10 Landkreise) wären dagegen Versorgungsengpässe vorhanden (dunkelrot). Auf Ebene der Regierungsbezirke gebe es tendenziell in allen Bezirken Engpässe (orange), wobei Unterfranken und Niederbayern im Durchschnitt etwas besser bewertet wurden (hellgelb).

Die Abbildung 156 gibt abschließend einen Überblick über die aus Sicht der befragten Akteure bestehenden Versorgungsengpässe für Menschen mit HIV-Erkrankung in den einzelnen Kreisen (links) und auf Regierungsbezirksebene (rechts). Hier zeigt sich, dass diese laut Einschätzung der Akteure sehr unterschiedlich bewertet wurden – jeweils in etwa die Hälfte schätzte ein, dass es Versorgungsengpässe bzw. keine Versorgungsengpässe gebe, wobei auf Ebene der Regierungsbezirke der Bezirk Oberpfalz im Durchschnitt am schlechtesten bewertet wurde (dunkelorange).

Abbildung 153: Einschätzung der Versorgungslücken für Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson) (Kreis und RBZ)

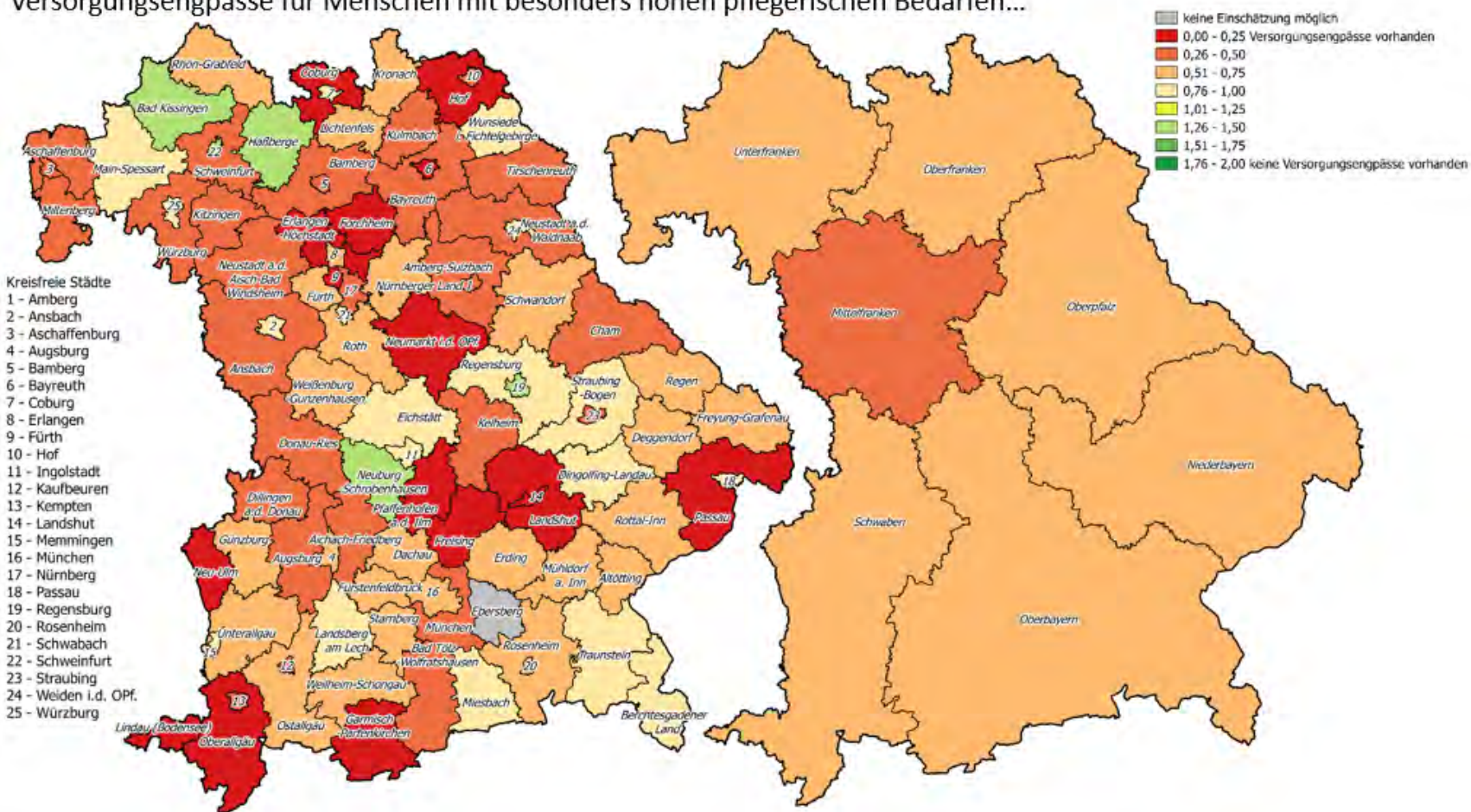
Versorgungslücken für Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen ...



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen
 Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 154: Einschätzung der Versorgungslücken für Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma) (Kreis und RBZ)

Versorgungslücken für Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen...

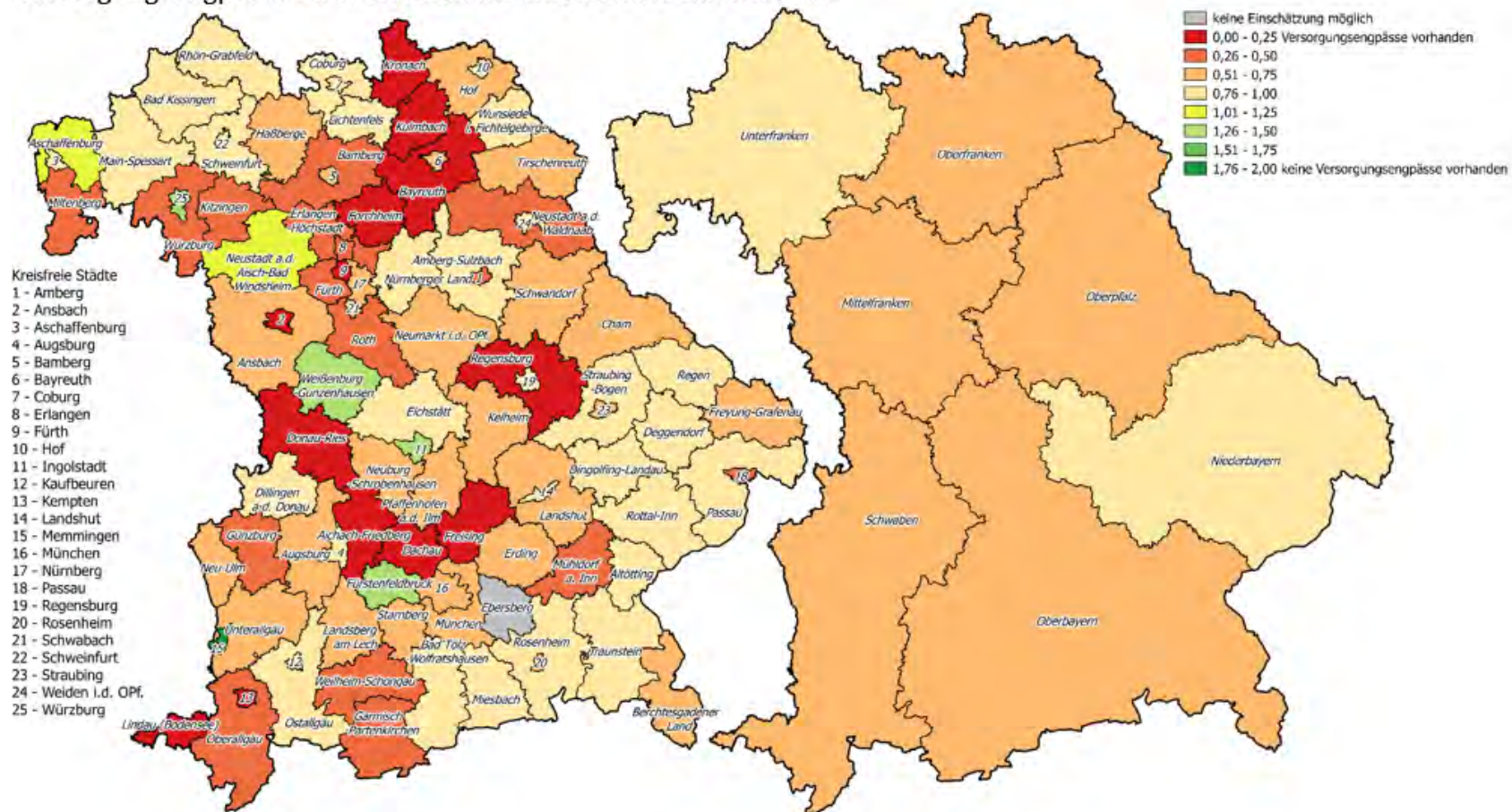


IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 155: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.) (Kreis und RBZ)

Versorgungsgänge für Menschen mit Infektionskrankheiten ...

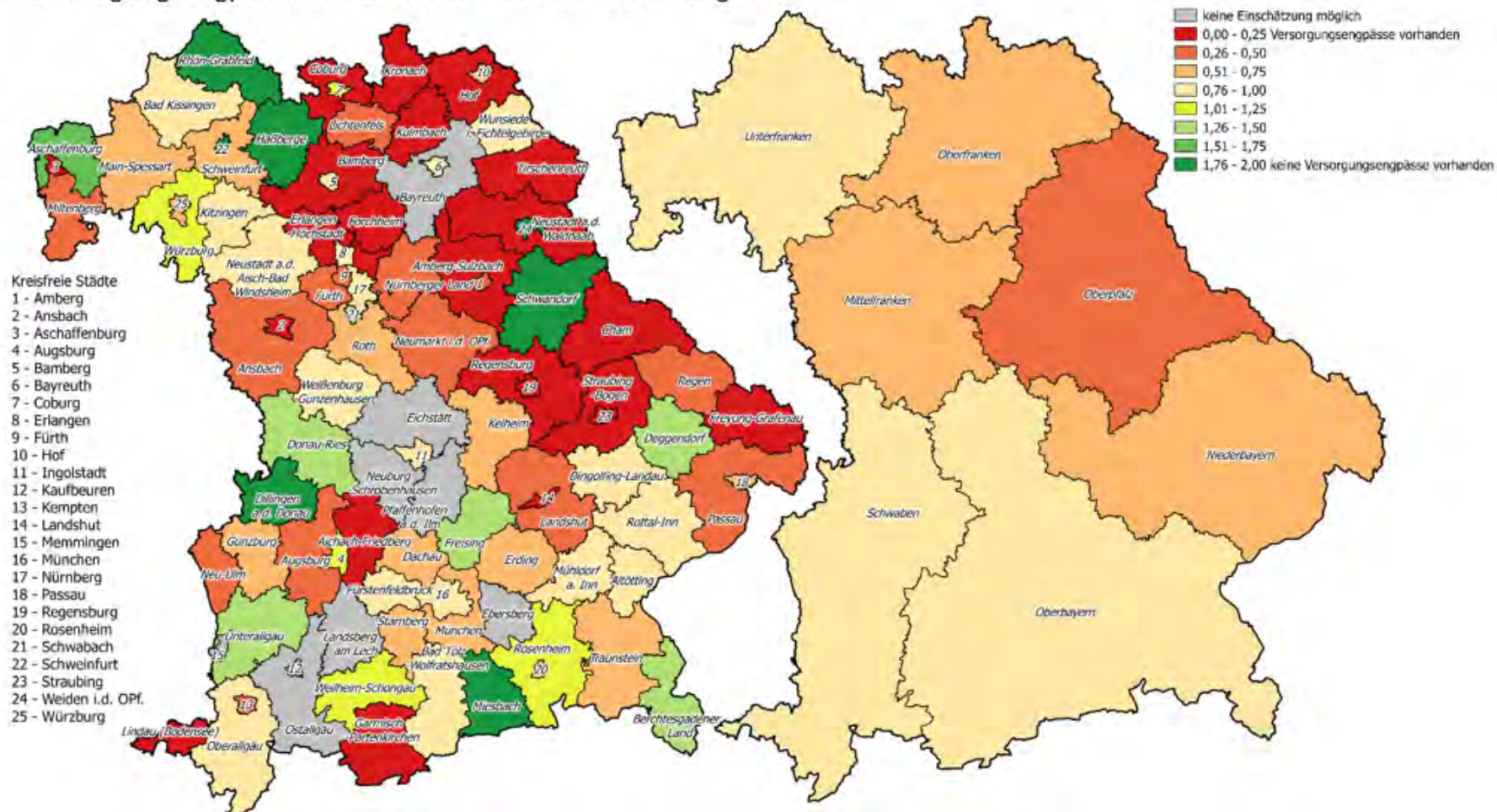


IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

Abbildung 156: Einschätzung der Versorgungsgänge für Menschen mit HIV-Erkrankung (Kreis und RBZ)

Versorgungsgänge für Menschen mit HIV-Erkrankung ...



IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Anmerkung: Methodik, s. Abschnitt 3.2.1.2

4.9 Ausbildung in der Pflege

4.9.1 Regelungen zur Pflegeausbildung

Die Ausbildung in den Pflegeberufen hat sich außerhalb der etablierten Strukturen des staatlichen Bildungssystems entwickelt. Sie erfolgte bis Ende 2019 getrennt in drei grundständischen dreijährigen Ausbildungen mit Blick auf die Pflege von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen – in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege. Pflegeausbildungen, die noch 2019 nach altem Recht begonnen wurden, können auch entsprechend dieser Rechtslage noch beendet werden (bis 31.12.2024). Seit dem 01.01.2020 findet die Pflegeausbildung als generalistische Pflegeausbildung statt.

Aus Gründen des Allgemeinwohls, des Patientenschutzes und des Schutzes der öffentlichen Gesundheit wird die Pflegeausbildung auf Bundesebene geregelt. Grundlage für die drei Berufe Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege waren das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) von 2003, das Krankenpflegegesetz (KrPflG) aus 2004 sowie die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Die Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung ist ein mittlerer Schulabschluss. Die Dauer der Ausbildung beträgt in Vollzeit drei Jahre (in Teilzeit höchstens fünf Jahre) und umfasst somit 4.600 Stunden, das Theorie-Praxis-Verhältnis 2.100 : 2.500 Stunden.

Während die dreijährige Ausbildung in der Altenpflege in einen Abschluss auf Fachkraft-Niveau mündet(e), gibt es in den meisten Bundesländern (mit Ausnahme von Berlin, Niedersachsen und Sachsen) darüber hinaus eine einjährige Ausbildung in der Alten- bzw. Krankenpflegehilfe (Helferniveau) und relativ neu auch eine zweijährige Pflegeassistentenausbildung, die nur in den Bundesländern Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein landesrechtlich geregelt ist. Diese ein- bzw. zweijährigen Ausbildungen eignen sich besonders als Einstiegsqualifizierung in das Berufsfeld Altenpflege für Personen mit Migrationshintergrund.

Wie in vielen anderen Berufssparten hat sich auch in der Pflege der Schwerpunkt von einer verrichtungsorientierten, auf Erfahrungswissen beruhenden Tätigkeit hin zu einer wissensintensiven, evidenz-basierten Profession gewandelt. Darüber hinaus umfasst die berufliche Pflege neben der körpernahen Unterstützung von Menschen auch die Steuerung von Versorgungsprozessen oder die Koordination unterschiedlicher Akteure. Entsprechend steht die Pflegeausbildung vor der Herausforderung, sich ebenfalls weiterzuentwickeln, dieser Ausdifferenzierung Rechnung zu tragen und das Bildungsniveau entsprechend anzupassen.

Das Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2017 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) von 2018 führen im Kern die bisherigen drei getrennten Ausbildungen der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen, generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf zusammen (s. Abbildung 157) (Im letzten Ausbildungsdrittel ist allerdings die Wahl besonderer Berufsabschlüsse in der Altenpflege oder der Gesundheits- und

Kinderkrankenpflege möglich.). Zudem wird eine primärqualifizierende und ausschließlich generalistische hochschulische Pflegeausbildung eingeführt.

Abbildung 157: Neuordnung der Pflegeausbildung mit dem Pflegeberufegesetz 2017



Quelle: BMFSFJ, www.pflegeberufegesetz.net

Mit der generalistischen Ausrichtung der Pflegeausbildung ab 01.01.2020 erfolgte der Anschluss an den europäischen und internationalen Standard für dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte.

Erstmalig weist das Ausbildungsgesetz einen Vorbehalt von Tätigkeiten bzw. Aufgaben aus. Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege werden in den alleinigen Vorbehalt der Pflegefachpersonen gestellt (§ 4 Pflegeberufegesetz). Dies fordert künftig von Pflegefachpersonen mehr Verantwortung und selbstständiges Handeln (Stöcker 2019: 87) und kann zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes beitragen.

Dieser Entwicklung ging eine jahrelange Erprobungsphase voraus (für Details s. Tabelle 81): Bereits seit 1995 wurde eine Weiterentwicklung der Pflegeausbildung bundesweit in einer Vielzahl an Modellprojekten und Schulversuchen praktisch erprobt. Insbesondere eine „Experimentierklausel“ im Alten- und Krankenpflegegesetz 2003/2004 ermöglichte es den Berufsfachschulen, neue integrative Ausbildungskonzepte zu entwickeln und auszuprobieren (z. B. im Rahmen des Schulversuchs „Erprobung neuer Ausbildungsangebote in Pflegeberufen“, 2004 - 2012). Das zentrale Ergebnis einer 2009 durchgeführten Evaluation solcher Schulversuche (Stöver *et al.* 2009) war die hohe inhaltliche Übereinstimmung in den Ausbildungsberufen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege, was die Zusammenführung dieser Berufe in einem generalistischen Pflegeberuf nahelegte.

In Bayern nahmen insgesamt 17 Berufsfachschulen an solchen Modellversuchen teil, u. a. am Bundesmodellprojekt „Pflegeausbildung in Bewegung“ des BMFSFJ. Nach dem Abschluss der bundesweiten Modellprojekte kam es in mehreren Bundesländern zur Fortschreibung solcher Schulversuche, so auch in Bayern („Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt“, 2010 - 2019). Im Jahr 2017 wurde das neue Pflegeberufegesetz durch den Bundestag verabschiedet und im Juli 2019 wurden Bundesrahmenpläne vorgestellt, auf deren Grundlage auch in Bayern verbindliche Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschulen für Pflege erarbeitet wurden.

Tabelle 81: Entwicklungen hin zur generalistischen Pflegeausbildung

Jahr	Entwicklungsschritt	Beschreibung
2000	Denkschrift „Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ (Robert-Bosch-Stiftung)	Unabhängige Expertenkommission erarbeitet in der „Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung“ Empfehlungen für eine Neugestaltung der Pflegeausbildung
2003/2004	Novellierung Krankenpflegegesetz und Einführung bundeseinheitliches Altenpflegegesetz	Enthält u. a. Aufforderung zu Modellversuchen zur Weiterentwicklung der Pflegebildung; Möglichkeit der gemeinsamen Beschulung von Auszubildenden in der Gesundheits- und Kranken- sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
2004-2008	Bundesmodellprojekt „Pflegeausbildung in Bewegung“ (BMFSFJ)	Modellvorhaben, in dem die Zusammenführung der Ausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in acht umfassend evaluierten Modellprojekten an insgesamt 15 Pflegeschulen in acht Bundesländern erprobt wurde. Die Modellprojekte entwickelten innovative Curricula für die schulische und neue Ausbildungspläne für die praktische Ausbildung.
2007	Bildungskonzept „Pflegebildung offensiv“ (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe - DBR)	Entwurf für zukunftsfähige Bildungsstrukturen für die Pflegebildung, als Grundlage der generalistischen Ausbildung
2008/2009	Evaluationsstudie „Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung“ von Stöver <i>et al.</i> 2009 (Robert-Bosch-Stiftung)	Bewertung der bisherigen Modellversuche zeigte hohe inhaltliche Überschneidung der Curricula der bislang getrennten Pflegeberufe (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege); Zusammenführung zu „General Nurse“ erscheint sinnvoll und wird von Arbeitgebern befürwortet.
2009	Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge)	Empfehlung, Pflegeausbildungen zusammenzuführen

Jahr	Entwicklungsschritt	Beschreibung
2010	Bildungskonzept „Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege“ (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR))	Grundlegende Überlegungen zu gemeinsamer gesetzlicher Regelung der Ausbildung der Pflegeberufe, mit Fokus auf Lernort Praxis und akademischer Erstausbildung
2010	Konzept zum Schulversuch „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt in Bayern“ (StMUK)	Landeseinheitliche Fortschreibung der Schulversuche, um die vorliegenden sinnvollen Ansätze, die an den bayerischen Schulversuchsschulen erprobt wurden, zu bündeln und weiterzuentwickeln.
2012 - 2015	„Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ (BR)	Erster bundesweiter Ausbildungspakt für die Altenpflege mit dem Ziel, durch ein umfassendes Maßnahmenpaket die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege zu fördern und die Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes zu erhöhen.
2017	Verabschiedung Pflegeberufegesetz (PflBG) durch den Bundestag	Ankündigung der Einführung einer neuen, generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung ab 2020
2019 - 2023	Ausbildungsoffensive Pflege (BMFSFJ)	Diverse Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegefachkräften, im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“, zur Unterstützung der neuen Pflegeausbildung
2019	Neue Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG	Orientierungshilfe für Pflegeschulen und Träger der praktischen Ausbildung für die Entwicklung von Curricula bzw. Ausbildungsplänen
2020	Vollständiges Inkrafttreten des Pflegeberufereformgesetzes (PflBG + PflAPrV)	Bundeseinheitliche generalistische Pflegeausbildung (mit Wahlrecht hinsichtlich des theoretischen Unterrichts im dritten Ausbildungsjahr)

Quelle: IGES

Die Einführung der neuen Pflegeausbildung wurde in Bayern bereits im Vorfeld von einer Vielzahl an informierenden und unterstützenden Maßnahmen des StMGP flankiert (vgl. StMGP o. J.c):

- ♦ Von Januar bis April 2019 fand eine Reihe von Informations- bzw. Kooperationsveranstaltungen in ganz Bayern statt, um den betroffenen Einrichtungen und Schulen die Möglichkeit zu geben, sich über die anstehenden Änderungen zu informieren und sich zu vernetzen. Diese Informationsreihe wurde im Februar 2020 mit zwei Veranstaltungen in Nord- und Südbayern fortgesetzt.

- ◆ Am 8. Januar 2019 wurde das „Bündnis für die generalistische Pflegeausbildung“ geschlossen, welches am 6. November 2019 auf über 60 Verbände erweitert wurde, um die Zusammenarbeit in der jeweiligen Region im Rahmen von Ausbildungsverbänden zu fördern.
- ◆ Im neuen BayernPortal sind Kontaktdaten potenzieller Kooperationspartner (Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Pflegeschulen) gelistet. Ein Zusammenschluss in Ausbildungsverbänden wird empfohlen und unterstützt, z. B. durch Vorlagen für Musterkooperationsverträge oder durch Mitarbeitende des „Beratungsteams Pflegeausbildung“ des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA), das solche Netzwerke und Ausbildungsverbände berät und unterstützt. Zudem wurde ein „Ausbildungsleitfaden zur generalistischen Pflegeausbildung ab 2020“ als Praxishilfe entwickelt. Weitere aktuelle Informationen sind unter <https://www.stmgb.bayern.de/pflege/generalistische-pflegeausbildung> abrufbar.
- ◆ Eine Unterstützung von Ausbildungsverbänden durch die Kommunen wird zusätzlich bis zum 31.12.2021 im Rahmen einer Anschubfinanzierung durch den Bund gefördert (Abwicklung über das Bayerische Landesamt für Pflege).

Im folgenden Abschnitt 4.9.2 wird die Entwicklung der Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen in Bayern im Zeitraum 2007 bis 2017 vorgestellt. Da die Absolventinnen bzw. Absolventen aller drei Ausbildungsberufe grundsätzlich sowohl in der Kranken- und Kinderkrankenpflege als auch in der Altenpflege tätig sein können, lässt sich aus den Ausbildungszahlen nicht unmittelbar auf die Entwicklung in der Altenpflege schließen. Ergänzend werden daher im Abschnitt 4.9.3 die Daten zur Zahl der Auszubildenden in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen 2017 dargestellt. Um regionale Unterschiede auf Regierungsbezirks- und Kreisebene zu verdeutlichen, wurden jeweils Ausbildungsquoten errechnet (Anteil der Auszubildenden am Pflegepersonal).

4.9.2 Entwicklung der Ausbildungszahlen der Pflegeberufe im Zeitraum 2007 – 2017 an den Berufsfachschulen

Die Darstellung der Entwicklung der Ausbildung in den drei Pflegeberufen an den Berufsfachschulen des Gesundheitswesens in Bayern im Zeitraum von 2007 bis 2017 erfolgt anhand des Berufes und des erlangten Abschlusses.

Zu den Pflegeberufen, für die statistische Daten auf Ebene der Regierungsbezirke vorliegen, gehören die Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildungszeit

- ◆ Altenpflege,
 - ◆ Gesundheits- und Krankenpflege und
 - ◆ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie
 - ◆ die Pflegefachhilfe mit einjähriger Ausbildungszeit.
-

- ◆ Grundsätzlich erfasst die Schulstatistik folgende drei Möglichkeiten, eine Ausbildung abzuschließen:
- ◆ mit Erfolg,
- ◆ ohne Erfolg oder
- ◆ vor Beendigung der Ausbildungszeit abgebrochen.

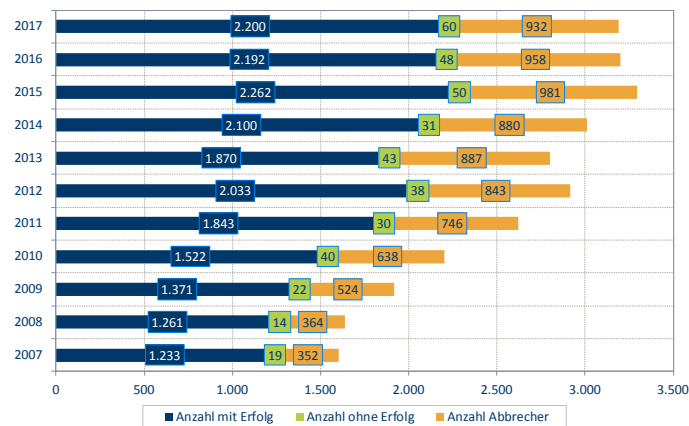
Zunächst erfolgt eine Übersicht über die Gesamtzahlen der Ausbildungsabschlüsse nach Berufen von 2007 bis 2017 in Bayern (Abschnitt 4.9.2.1), anschließend die Darstellung für die Regierungsbezirke (Abschnitt 4.9.2.2). Abschnitt 4.9.2.3 enthält eine Zusammenfassung zur Entwicklung der Ausbildungsabschlüsse in den Pflegeberufen.

4.9.2.1 Entwicklung der pflegeberuflichen Ausbildungszahlen in Bayern

Altenpflege

Wie in Abbildung 158 ersichtlich, hat sich die Zahl der jährlichen Ausbildungsabschlüsse in der Altenpflege in Bayern von 2007 bis 2017 nahezu verdoppelt, von rund 1.600 Auszubildenden auf knapp 3.200. Das entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 7 %. Nach einem Höhepunkt 2015 sind die Zahlen allerdings leicht rückläufig (2017 gegenüber 2015: - 3 %).

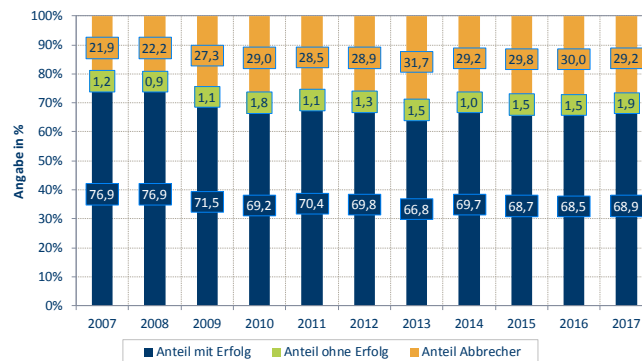
Abbildung 158: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Die Anzahl erfolgreicher Abschlüsse hat sich leicht unterdurchschnittlich entwickelt (von 1.233 auf 2.200, + 6 % p. a.), während jene ohne Erfolg (+ 12 % p. a.) und mit Abbruch (+ 10 % p. a.) überdurchschnittlich zugenommen haben. Damit hat sich der Anteil erfolgreicher Abschlüsse kontinuierlich verringert (von 77 % in 2007 auf 69 % in 2017, s. Abbildung 159).

Abbildung 159: Anteil der Auszubildenden der Altenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



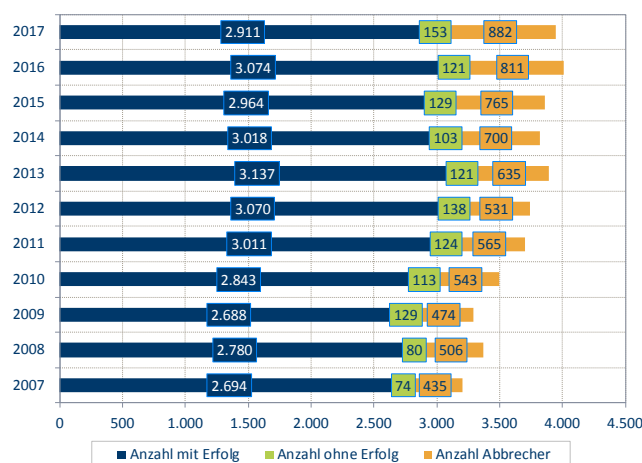
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Mit nur rund 2 % p. a. ist die Anzahl der jährlichen Absolventinnen bzw. Absolventen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinderkrankenpflege in Bayern von 2007 bis 2017 gestiegen, von etwa 3.200 auf knapp 4.000 (s. Abbildung 160). Auch hier zeigte sich eine (deutlichere) unterdurchschnittliche Entwicklung bei den erfolgreichen Abschlüssen (+ 0,8 % p. a.), während die nicht erfolgreich abschließenden Auszubildenden bzw. Abbrechenden rund 7 % p. a. zunahmen.

Auffällig ist, dass sich seit 2013 bei den erfolgreichen Abschlüssen ein rückläufiger Trend zeigt (einzige Ausnahme ist das Jahr 2016) – im Zeitraum 2013 bis 2017 sank die Zahl der mit Erfolg abgeschlossenen Ausbildungen im Schnitt um 1,9 % p. a.

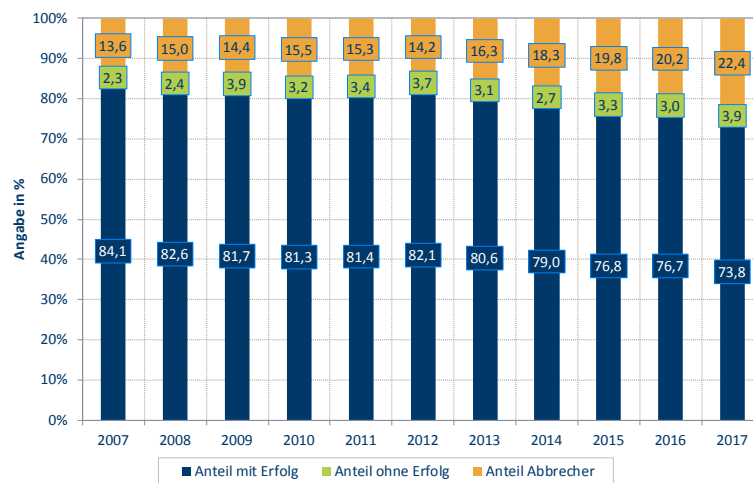
Abbildung 160: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Aus der folgenden Abbildung 161 geht hervor, dass der Anteil erfolgreicher Abschlüsse in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in allen Jahren höher war als in der Altenpflege. Allerdings sank dieser Anteil im betrachteten Zeitraum im Vergleich stärker: um mehr als zehn Prozentpunkte von 84 % im Jahr 2007 auf unter 74 % im Jahr 2017 (in der Altenpflege lag der Rückgang bei acht Prozentpunkten von 77 % auf 69 %).

Abbildung 161: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

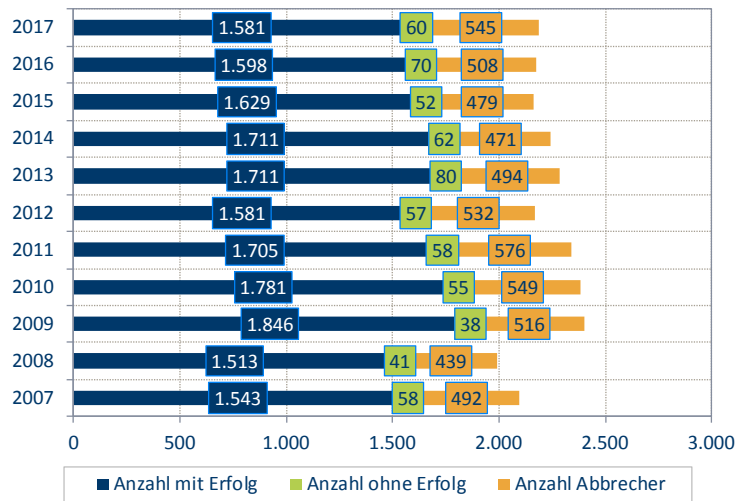
Pflegfachhilfe

Die jährlichen Absolventenzahlen in der Pflegefachhilfe waren im betrachteten Zeitraum nahezu konstant (s. Abbildung 162). Von 2007 (2.093 Abschlüsse/Abbrüche) bis 2017 (2.186 Abschlüsse/Abbrüche) war lediglich ein durchschnittliches Wachstum von 0,4 % p. a. zu verzeichnen. Ausgehend vom höchsten jährlichen Wert im Jahr 2009 (2.400) lag die Zahl der Abschlüsse 2017 um 9 % niedriger.

Auch die Zahl der jährlichen erfolgreichen Abschlüsse weist keinen steigenden Trend auf: Über den gesamten Zeitraum betrug der durchschnittliche Zuwachs 0,2 % p. a. Im Vergleich zum höchsten Wert 2009 (1.846 erfolgreiche Abschlüsse) gab es 2017 mit nur 1.581 knapp 14 % weniger.

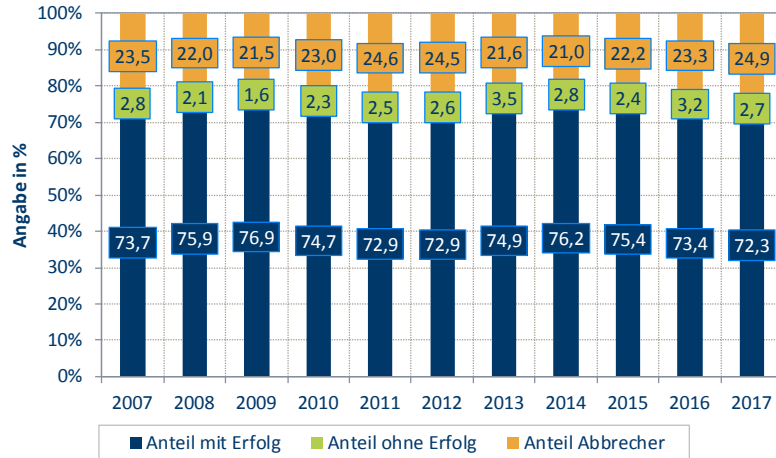
Der Anteil erfolgreicher Abschlüsse in der Pflegefachhilfe lag im Zeitraum 2007 bis 2017 bei ca. 73 % (s. Abbildung 163).

Abbildung 162: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 163: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Bayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

4.9.2.2 Entwicklung der pflegeberuflichen Ausbildungszahlen in den Regierungsbezirken

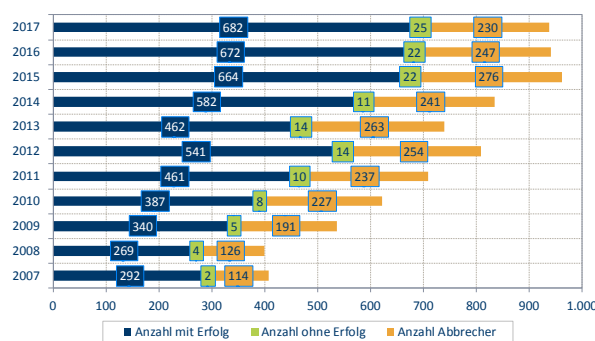
Pro Regierungsbezirk wird zunächst die Entwicklung der Altenpflege von 2007 bis 2017 dargestellt, anschließend die Gesundheits- und Krankenpflege (einschließlich Kinderkrankenpflege) und abschließend die Entwicklung der Ausbildungszahlen der Pflegefachhilfe.

Oberbayern

Altenpflege

Abbildung 164 zeigt den Anstieg der Abschlüsse der Altenpflege insgesamt in Oberbayern von 2007 bis 2017 von 408 auf 937. Es erhöhten sich zahlenmäßig alle drei Arten von Abschlüssen: erfolgreiche von 292 auf 682 (+ 133 %), erfolglose Abschlüsse von 2 auf 25 sowie Ausbildungsabbrüche von 114 auf 230 (+ 101 %). Ein vorübergehender deutlicher Rückgang der Zahlen war lediglich 2013 zu verzeichnen – die Zahl der erfolgreichen Abschlüsse lag dabei um 14,6 % niedriger als 2012.

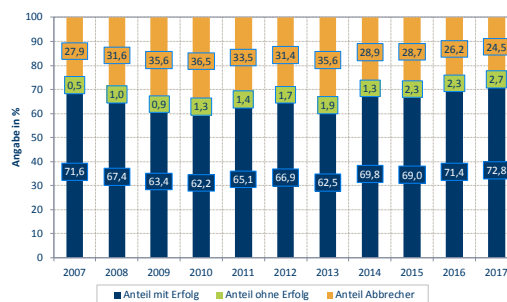
Abbildung 164: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

In der Verteilung der Abschlussarten (s. Abbildung 165) ist erkennbar, dass die Anteile erfolgreicher Abschlüsse (von 71,6 % auf 72,8 %) und erfolgloser Abschlüsse (von 0,5 % auf 2,5 %) im Zeitverlauf zunahmen, während der Anteil der Abbrechenden erst anstieg und seit 2013 kontinuierlich zurückging auf einen Wert knapp unterhalb von 2007 (von 27,9 % auf 24,5 %). Im Jahr 2015 gab es die meisten Ausbildungsabbrüche (276), der Anteil der Ausbildungsabbrüche war jedoch 2009 und 2013 mit jeweils einem Drittel aller Abschlüsse am höchsten.

Abbildung 165: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

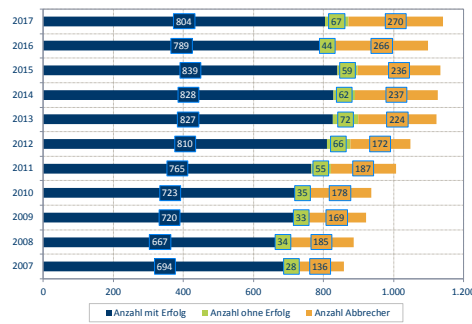


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Von 2007 bis 2017 stieg die Gesamtanzahl der Abschlüsse der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege von 858 auf 1.141 (s. Abbildung 166). Die Anzahl der erfolgreichen Abschlüsse erhöhte sich von 694 auf 804 (+ 16 %), während sich die Anzahl der erfolglosen Abschlüsse von 28 auf 67 und der Ausbildungsabbrüche von 136 auf 270 jeweils etwa verdoppelte. Ein deutlicher Rückgang der Abschlüsse war 2016 zu verzeichnen – die Zahl erfolgreicher Abschlüsse sank gegenüber 2015 um 6,3 %, ohne Erfolg schlossen 25 % weniger ab als 2015. Lediglich die Zahl der Abbrechenden stieg um 12 %.

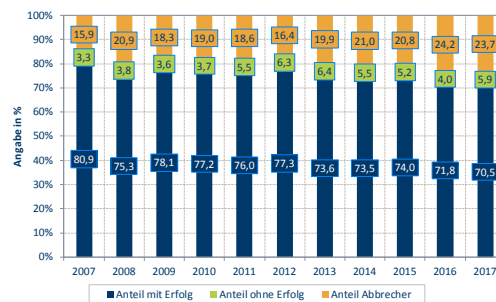
Abbildung 166: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Anders als in der Altenpflege ist für die Berufe der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege im Zeitraum 2007 bis 2017 ein kontinuierlicher Rückgang des Anteils mit erfolgreichem Abschluss zu verzeichnen (von 80,9 % auf 70,5 %) (s. Abbildung 167), während die Anteile der erfolglosen Abschlüsse (von 3,3 % auf 5,9 %) und der Ausbildungsabbrüche (von 15,9 % auf 23,7 %) zunahmen.

Abbildung 167: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



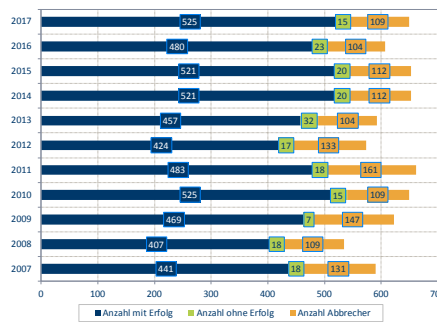
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Pflegefachhilfe

Die Anzahl der Auszubildenden der Pflegefachhilfe (alle Abschlussarten) stieg von 2007 bis 2017 um etwa 10 % (2007: 590; 2017: 649) (s. Abbildung 168). 2017 schlossen 19 % mehr die Ausbildung erfolgreich ab (525 Personen) als 2007 (441 Personen). Die Anzahl der Personen mit Abschluss ohne Erfolg bzw. Abbruch lag 2017 jeweils rund 17 % unter den Werten von 2007.

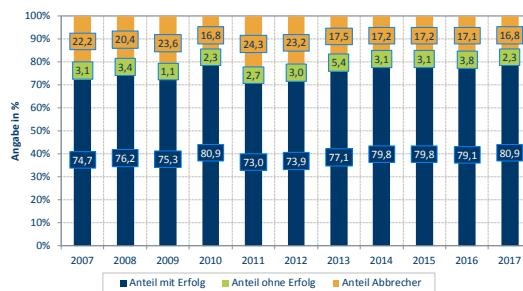
Dementsprechend nahm im betrachteten Zeitraum auch der Anteil der erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse zu (von knapp 75 % auf 81 %) und die Anteile der erfolglosen Abschlüsse und Ausbildungsabbrüche in der Pflegefachhilfe verringerten sich (s. Abbildung 169).

Abbildung 168: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 169: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Oberbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

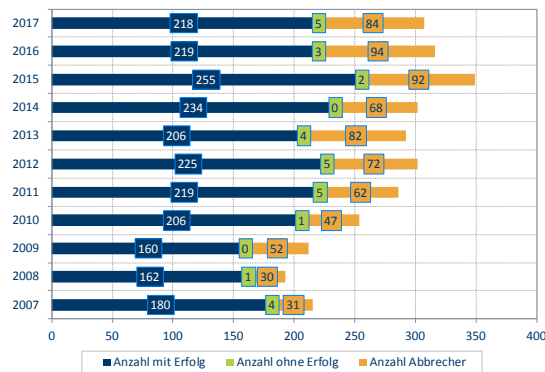
Niederbayern

Altenpflege

Abbildung 170 zeigt die Entwicklung der Abschlüsse in der Altenpflege in Niederbayern von 2007 bis 2017 (von 215 auf 307 insgesamt). Bezogen auf die drei Arten von Ausbildungsabschlüssen ist erkennbar, dass die erfolgreichen Abschlüsse (von

180 auf 218) und Ausbildungsabbrüche (von 31 auf 84) zunahmen, während die erfolgreichen Abschlüsse auf sehr niedrigem Niveau stagnierten (2007: 4; 2017: 5). Die Ausbildungsabbrüche verdreifachten sich nahezu, während die erfolgreichen um etwa 21 % zunahmen.

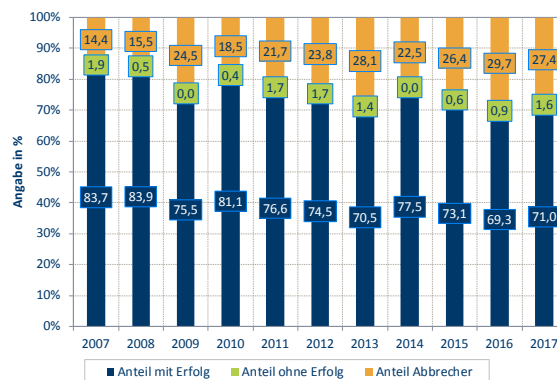
Abbildung 170: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

In der Verteilung Abschlussarten (s. Abbildung 171) ist erkennbar, dass der Anteil der erfolgreichen Abschlüsse rückläufig war (von 83,7 % in 2007 auf 71 % in 2017), während der Anteil der Abbrüche um 13 - Prozentpunkte zunahm.

Abbildung 171: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Wie in Abbildung 172 ersichtlich, haben die jährlichen Ausbildungsabschlüsse gesamt in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Niederbayern von 2007 bis 2017 um 89 zugenommen, von 360 auf 449 Abschlüsse. Höhere Zuwächse waren insb. seit 2015 zu verzeichnen.

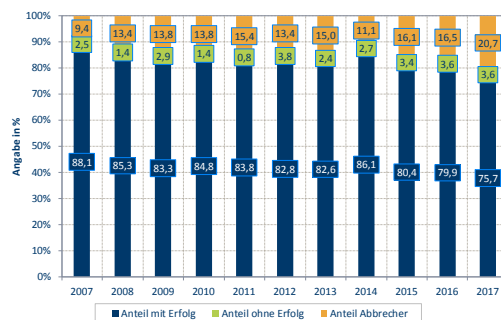
Mit Erfolg konnten 340 Personen 2017 ihre Ausbildung beenden, das waren 7,2 % mehr als 2007 (317 Personen). Auch die Zahlen der anderen Abschlussarten nahmen sukzessive zu (+ 78 % bei den Abschlüssen ohne Erfolg und + 176 % bei den Abbrüchen). Entsprechend sank der Anteil mit erfolgreichem Abschluss kontinuierlich von 88 % auf 75 % (s. Abbildung 173) und der Anteil der Abbrüche erhöhte sich deutlich um 11 - Prozentpunkte auf 20,7 % im Jahr 2017.

Abbildung 172: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 173: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



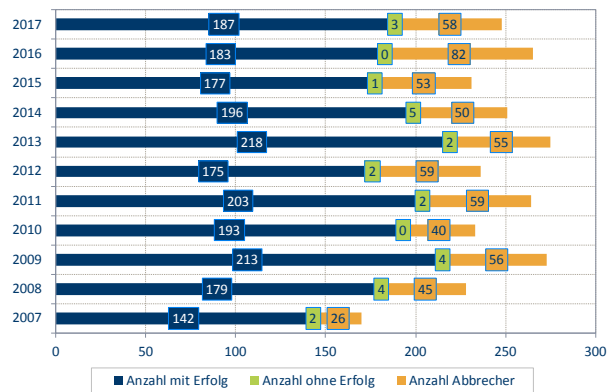
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Pflegefachhilfe

Wie aus Abbildung 174 ersichtlich, haben die jährlichen Ausbildungsabschlüsse gesamt in der Pflegefachhilfe in Niederbayern von 2007 bis 2017 um etwa 80 zugenommen, von 170 auf 248 Absolventinnen bzw. Absolventen (+ 46 %). Auch die Anzahl erfolgreicher Abschlüsse erhöhte sich (von 142 auf 187, + 32 %), die der erfolglosen ist sehr gering und nahezu konstant geblieben (von 2 auf 3), während

sich die Anzahl der Ausbildungsabbrüche mehr als verdoppelt hat (von 26 auf 58). Auffällig sind hier die jährlichen Schwankungen der Abschlusszahlen.

Abbildung 174: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

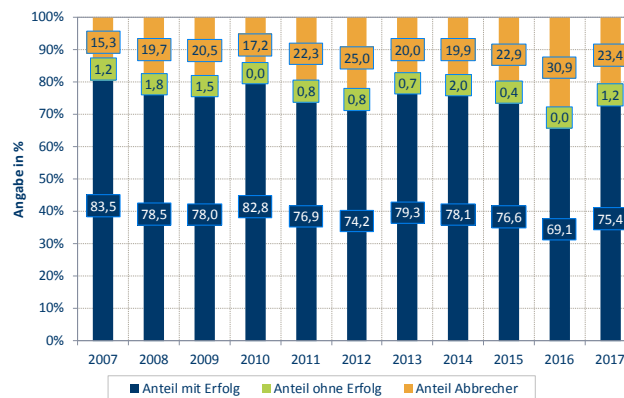


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

In der Verteilung zeigt sich, dass im betrachteten Zeitraum der Anteil der erfolgreichen Abschlüsse um 8-Prozentpunkte auf 75,4 % im Jahr 2017 abnimmt (s. Abbildung 175), während sich der Anteil der Abbrüche um den gleichen Wert erhöht (auf 23,4 % im Jahr 2017).

In Abbildung 175 ist ersichtlich, dass trotz Anstieg der Anzahl erfolgreicher Abschlüsse der Anteil über den gesamten Zeitraum sinkend ist (von 83,5 % in 2007 auf 75,4 % in 2017). Die Anzahl der Ausbildungsabbrüche hat sich von 2007 bis 2017 nahezu verdreifacht, kongruent dazu ist der Anteil gestiegen.

Abbildung 175: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Niederbayern nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



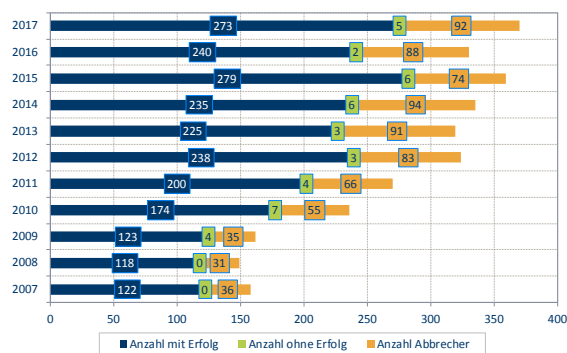
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Oberpfalz

Altenpflege

Abbildung 176 zeigt den Anstieg der jährlichen Abschlüsse gesamt in der Altenpflege in der Oberpfalz von 2007 bis 2017 von 158 auf 370. Alle drei Arten von Abschlüssen nehmen im Zeitverlauf zu. Auffällig ist die deutliche Erhöhung der Zahlen 2010 gegenüber 2009. Während sich die erfolgreichen Abschlüsse von 2007 bis 2017 mehr als verdoppelten (von 122 auf 273), verdreifachten sich die Ausbildungsabbrüche nahezu (von 36 auf 92). Die erfolglosen Abschlüsse spielen eine geringe Rolle (2007: 0; 2017: 5).

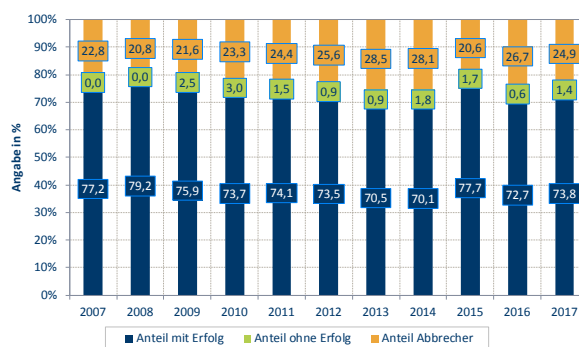
Abbildung 176: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

In der Verteilung der Abschlussarten (s. Abbildung 177) ist erkennbar, dass der Anteil erfolgreicher Abschlüsse in der Altenpflege in der Oberpfalz über den gesamten Zeitraum leicht gesunken ist (von 77,2 % auf 73,9 %) und dafür der Anteil der erfolglosen Abschlüsse und der Ausbildungsabbrüche anstieg (+ 1,4 % bzw. + 2 %).

Abbildung 177: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

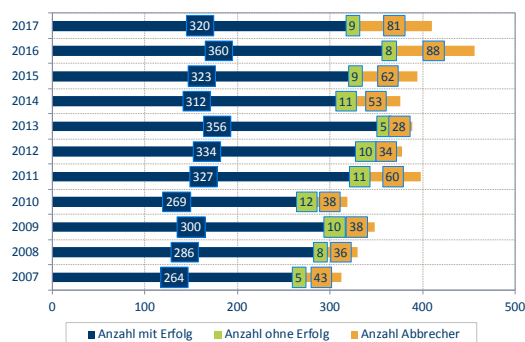


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Wie in Abbildung 178 ersichtlich, haben die jährlichen Ausbildungsabschlüsse gesamt in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in der Oberpfalz von 2007 bis 2017 um knapp 100 zugenommen, von 312 auf 410 (+ 31 %). Angestiegen ist die Anzahl erfolgreicher Abschlüsse (von 264 auf 320, + 21 %), auch die der erfolglosen Abschlüsse (von 5 auf 9, + 80 %) und der Anzahl der die Ausbildung abbrechender Auszubildender (von 43 auf 81, + 88 %).

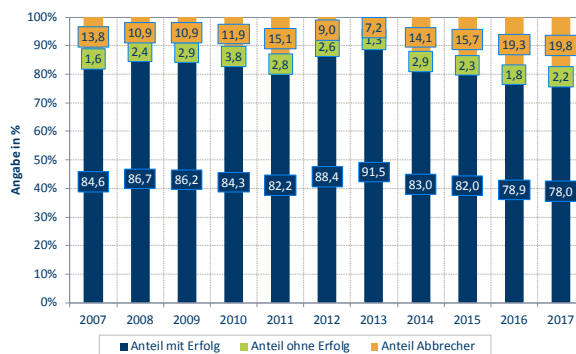
Abbildung 178: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Wie aus Abbildung 179 hervorgeht, gab es in den Jahren 2012 und 2013 in der Oberpfalz mit rund 90 % sehr hohe Anteile erfolgreicher Abschlüsse in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege. Allerdings sank dieser Anteil bis 2017 auf 78 % und es erhöhten sich die Ausbildungsabbrüche (auf 20 % 2017). Der Anteil der erfolglosen Abschlüsse schwankte im gesamten Zeitraum um 2 %.

Abbildung 179: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



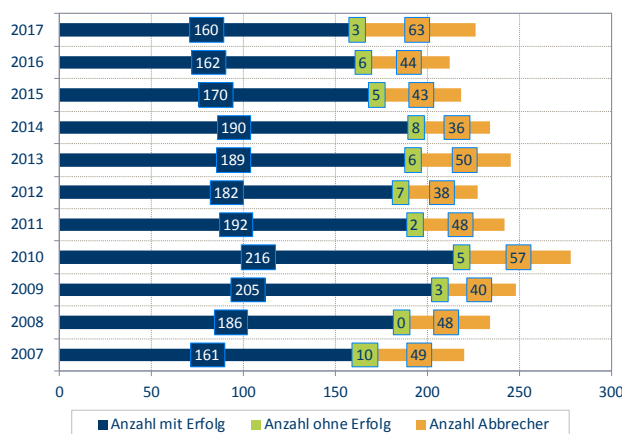
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Pflegefachhilfe

Die Ausbildungszahlen in der Pflegefachhilfe im Regierungsbezirk Oberpfalz stagnierten im Zeitraum 2007 bis 2017 bei rund 220 (s. Abbildung 180). Die erfolgreichen Abschlüsse erreichten 2010 mit 216 einen absoluten Höhepunkt, lagen aber zu Beginn und Ende des Zeitraumes bei nur 160 Abschlüssen. Die Anzahl der Ausbildungsabbrüche hat in diesem Zeitraum zugenommen (von 49 auf 63), während die erfolglosen Abschlüsse rückläufig waren (von 10 auf 3).

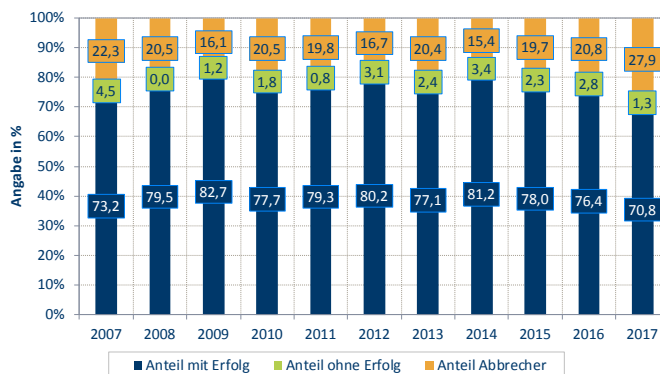
Der Anteil erfolgreicher Abschlüsse verringerte sich geringfügig um 2 % auf 71 % im Jahr 2017 (s. Abbildung 181). Der Anteil der Ausbildungsabbrüche stieg dagegen auf fast 28 % um knapp 7-Prozentpunkte.

Abbildung 180: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 181: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in der Oberpfalz nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



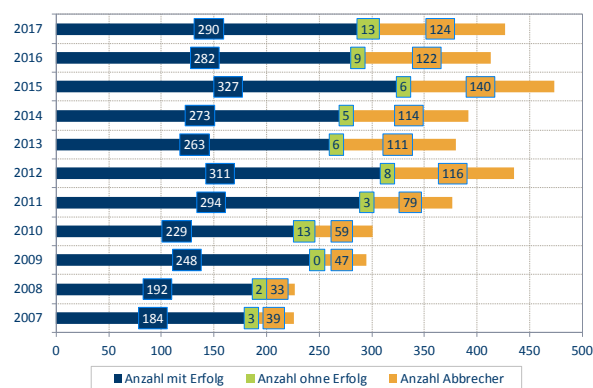
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Oberfranken

Altenpflege

Abbildung 182 zeigt den Anstieg der Absolventinnen bzw. Absolventen der Altenpflege in Oberfranken von 2007 bis 2017 von 226 auf 427 (+ 89 %). Alle drei Arten von Abschlüssen haben in diesem Zeitraum zugenommen – erfolgreiche Abschlüsse von 184 auf 290 (+ 58 %), erfolglose Abschlüsse von 3 auf 13 (+ 333 %) sowie Ausbildungsabbrüche von 39 auf 124 (+ 218 %).

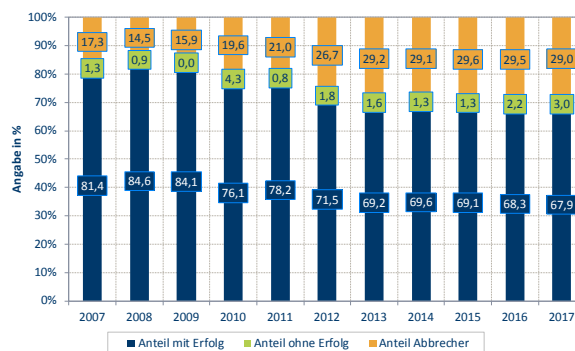
Abbildung 182: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Dementsprechend hat sich der Anteil erfolgreicher Abschlüsse in der Altenpflege in Oberfranken im betrachteten Zeitraum deutlich verringert (um 13 - Prozentpunkte auf nur 68 % im Jahr 2017) (s. Abbildung 183), während die Anteile der erfolglosen Abschlüsse (+ 1,7 - Prozentpunkte) und der Ausbildungsabbrüche (+ 11,7 - Prozentpunkte) gestiegen sind.

Abbildung 183: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

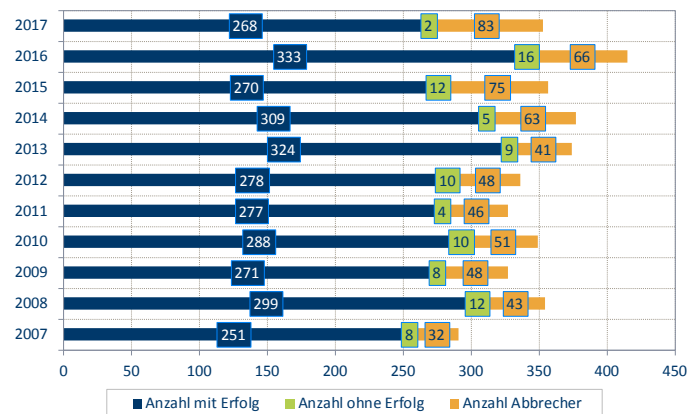


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die Anzahl der jährlichen Ausbildungsabschlüsse in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberfranken von 2007 bis 2017 hat von 291 auf 353 (+ 21 %) zugenommen, wie aus Abbildung 184 hervorgeht. Bis 2016 war, mit jährlichen Schwankungen, ein kontinuierlicher Anstieg der einzelnen Abschlussarten zu verzeichnen. 2017 lag die Anzahl der Abschlüsse insgesamt um 15 % niedriger. Die Anzahl erfolgreicher Abschlüsse stieg von 251 (2007) auf 333 (2016) bzw. 268 (2017, - 20 % gegenüber dem Vorjahr und + 7 % gegenüber 2007), die der erfolglosen sank von 8 auf 2 im Jahr 2017. Die Anzahl der Ausbildungsabbrüche erhöhte sich von 32 auf 83 (+ 159 %).

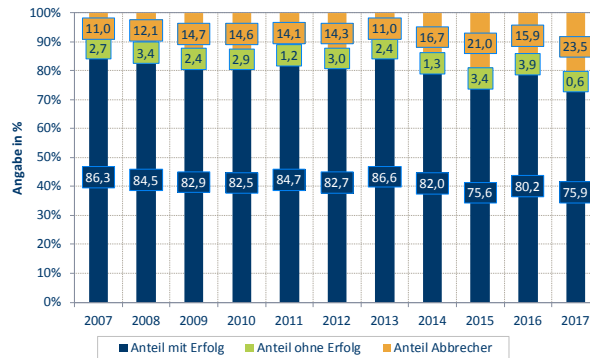
Abbildung 184: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Der Blick auf die Entwicklung der Anteile der Abschlussarten zeigt (s. Abbildung 185), dass der Anteil erfolgreicher Abschlüsse über den gesamten Zeitraum sinkt (von 86,3 % in 2007 auf 75,9 % in 2017). Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil (3,9 %) erfolgloser Abschlüsse in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in 2016, der jedoch im Folgejahr 2017 auf 0,6 % sank. Der Anteil der Ausbildungsabbrüche nahm stetig zu auf 23,5 % im Jahr 2017.

Abbildung 185: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

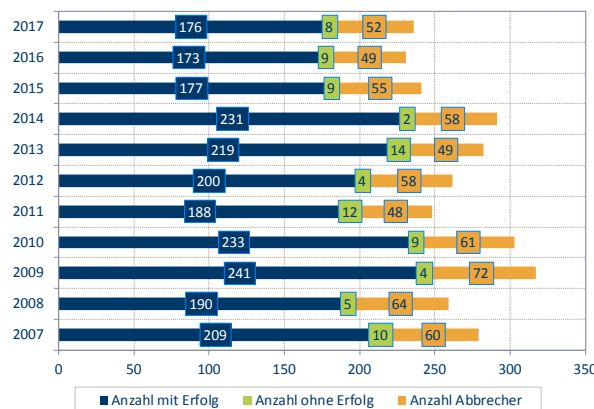


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Pflegfachhilfe

Wie aus Abbildung 186 hervorgeht, haben die jährlichen Ausbildungsabschlüsse in der Pflegefachhilfe insgesamt in Oberfranken von 2007 bis 2017 abgenommen (von 279 auf 236, - 15,4 %). Damit einher geht auch eine stetige Abnahme der erfolgreichen Abschlüsse (von 209 auf 176, - 16 %) und erfolglosen Abschlüsse (von 10 auf 8, - 20 %) sowie der Ausbildungsabbrüche (von 60 auf 52, - 13 %).

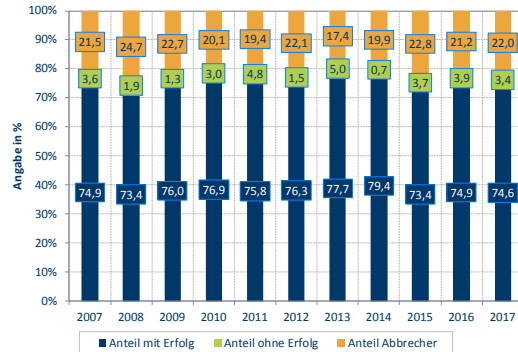
Abbildung 186: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Der Anteil erfolgreicher Abschlüsse stagnierte im betrachteten Zeitraum bei rd. 75 % (s. Abbildung 187). Der Anteil erfolgloser Abschlüsse schwankte zwischen einem und fünf Prozent (2017: 3,4 %), während der Anteil der Ausbildungsabbrüche in der Pflegefachhilfe 2017 bei 22 % zu verzeichnen war.

Abbildung 187: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Oberfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

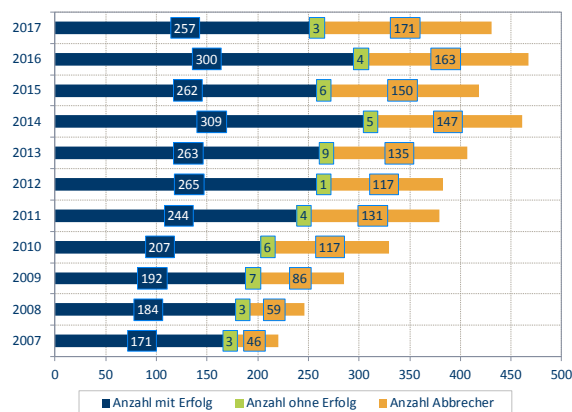
Mittelfranken

Altenpflege

Abbildung 188 zeigt die Entwicklung der jährlichen Abschlüsse gesamt in der Altenpflege in Mittelfranken von 2007 bis 2017. Sie erhöhten sich von 220 auf 431 Abschlüsse (+ 96 %). Bei unverändert niedriger Anzahl erfolgloser Abschlüsse (3 Personen) erhöhten sich die erfolgreichen Abschlüsse (von 171 auf 257, + 50 %) und vor allem die Ausbildungsabbrüche (von 46 auf 171, + 272 %), was nahezu einer Vervielfachung der Ausbildungsabbrüche entspricht.

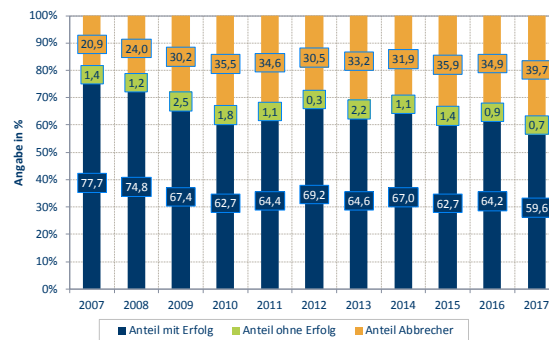
Diese Entwicklung schlägt sich in einem hohen Anteil von Abbrüchen 2017 nieder, der bei fast 40 % liegt (s. Abbildung 189). Der Anteil erfolgreicher Abschlüsse sank um 18-Prozentpunkte bis 2017 auf 59,6 %.

Abbildung 188: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 189: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

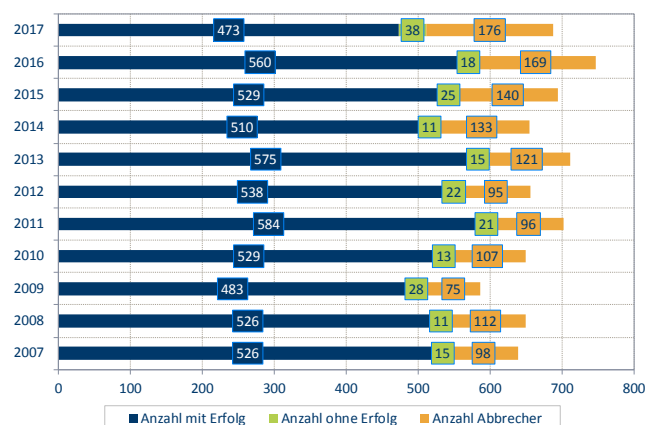


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Wie aus Abbildung 190 ersichtlich, schwankte die Anzahl der Ausbildungsabschlüsse gesamt in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Mittelfranken von 2007 bis 2017 um ca. 650 pro Jahr (2007: 639; 2017: 687, + 7,5 %). Dabei verdoppelte sich die Anzahl erfolgloser Abschlüsse (von 15 auf 38) und die Ausbildungsabbrüche sind von 98 auf 176 (+ 80 %) gestiegen. Die Anzahl erfolgreicher Abschlüsse ist im gleichen Zeitraum von 526 auf 473 gesunken (- 10 %).

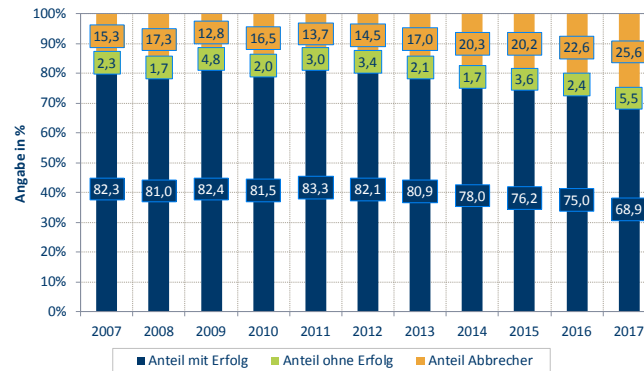
Abbildung 190: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Aus Abbildung 191 geht hervor, dass in Mittelfranken der Anteil erfolgreicher Abschlüsse in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege über den gesamten Zeitraum sinkt (von 82,3 % in 2007 auf 68,9 % in 2017). Dagegen stieg der Anteil erfolgloser Abschlüsse von 2,3 % auf 5,5 % an. Der Anteil Ausbildungsabbrüche lag 2017 bei mehr als einem Viertel.

Abbildung 191: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



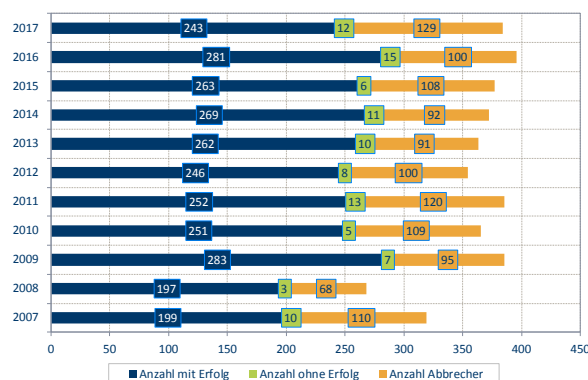
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Pflegefachhilfe

Die Ausbildungsabschlüsse gesamt in der Pflegefachhilfe in Mittelfranken haben sich von 2007 bis 2017 von 319 auf 384 erhöht (+ 20 %, s. Abbildung 192). Zugenommen haben alle drei Abschlussarten: die erfolgreichen Abschlüsse von 199 auf 243 (+ 22 %), die Abschlüsse ohne Erfolg (von 10 auf 12, + 20 %) sowie die Ausbildungsabbrüche (von 110 auf 129, + 17 %).

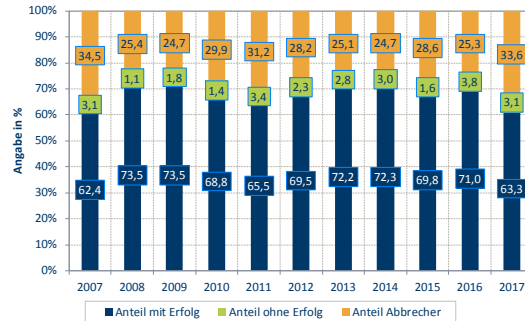
Aus der Verteilung der Ausbildungsabschlussarten (s. Abbildung 193) ist ersichtlich, dass 2007 und 2017 jeweils nur knapp zwei Drittel mit Erfolg abschlossen und entsprechend rund ein Drittel die Ausbildung abgebrochen hatte. In den Jahren dazwischen konnten in fünf einzelnen Jahren Anteile erfolgreicher Abschlüsse von über 70 % erreicht und der Anteil der Abbrechenden auf ein Viertel gesenkt werden.

Abbildung 192: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 193: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Mittelfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



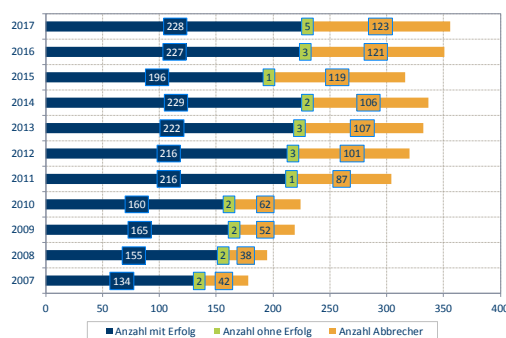
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Unterfranken

Altenpflege

Abbildung 194 zeigt die Entwicklung der jährlichen Zahl der Absolventinnen bzw. Absolventen der Altenpflege gesamt in Unterfranken von 2007 bis 2017 mit einer Verdoppelung von 178 auf 356 Abschlüsse. Die einzelne Betrachtung der drei Arten von Abschlüssen ergibt eine unterdurchschnittliche Zunahme erfolgreicher Abschlüsse von 134 auf 228 (+ 70 %) sowie eine Verdreifachung der Ausbildungsabbrüche von 42 auf 123. Die Zahl der Personen mit erfolglosen Abschlüssen bewegte sich zwischen eins und drei und erhöhte sich auf fünf im Jahr 2017.

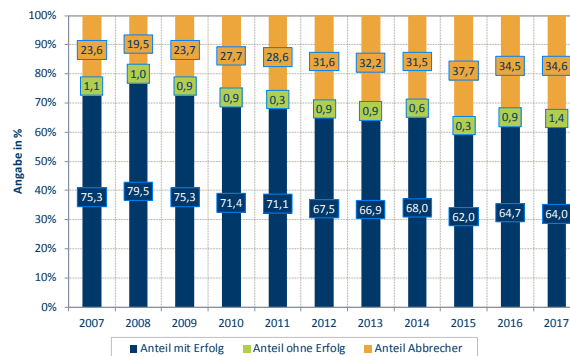
Abbildung 194: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Daraus ergibt sich ein über den gesamten Zeitraum sinkender Anteil erfolgreicher Abschlüsse (von 73,3 % in 2007 auf 64 % in 2017). Parallel dazu nahm der Anteil der Ausbildungsabbrüche von 23,6 % auf fast 35 % zu. Der Anteil erfolgloser Abschlüsse in der Altenpflege in Unterfranken blieb über den gesamten Zeitraum relativ konstant bei rund einem Prozent (s. Abbildung 195).

Abbildung 195: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



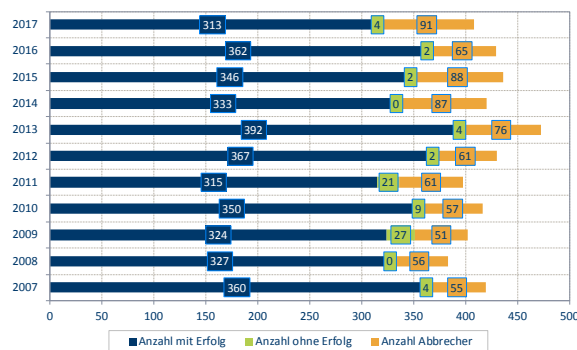
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Wie in Abbildung 196 ersichtlich, stagnierte die Anzahl der Ausbildungsabschlüsse in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Unterfranken von 2007 bis 2017 mit Schwankungen nahezu und ist 2017 gegenüber 2007 sogar leicht gesunken (von 419 auf 408, - 2,7 %). Damit einher ging auch ein überproportionaler Rückgang erfolgreicher Abschlüsse (von 360 auf 313, - 13 %) und eine deutliche Erhöhung der Ausbildungsabbrüche (von 55 auf 91, + 65 %). Die Anzahl erfolgloser Abschlüsse schwankte stark (mit einem Maximum von 27 in 2009) und lag 2017 bei vier.

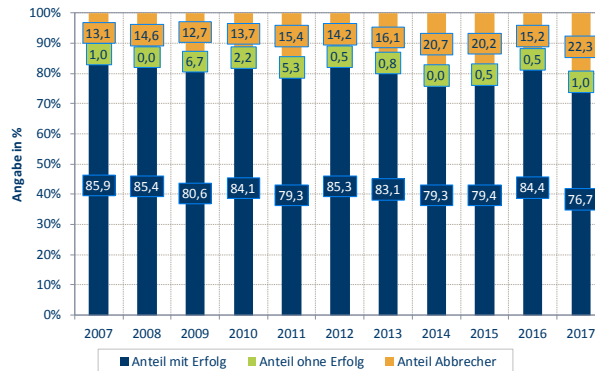
Der relativ hohe Anteil erfolgreicher Abschlüsse in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Unterfranken von 86 % im Jahr 2007 (s. Abbildung 197) konnte im Zeitverlauf nicht gehalten werden und sank auf knapp 77 % im Jahr 2017. Auch hier nahm dagegen der Anteil der Ausbildungsabbrüche zu von 13 % in 2007 auf 22,3 % in 2017.

Abbildung 196: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 197: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

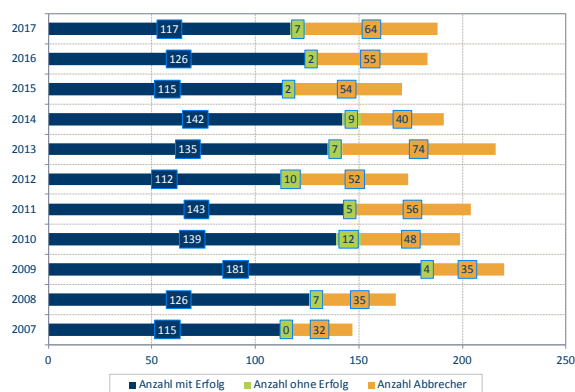


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Pflegfachhilfe

Die Zahl der jährlichen Ausbildungsabschlüsse in der Pflegefachhilfe in Unterfranken von 2007 bis 2017 hat zwar insgesamt zugenommen (von 147 auf 188, + 28 %), dennoch haben die erfolgreichen Abschlüsse kaum zugenommen (2007: 115; 2017: 117, s. Abbildung 198). Eine Verdopplung der Anzahl war bei den Ausbildungsabbrüchen zu verzeichnen (von 32 in 2007 auf 64 in 2017). Die erfolglosen Abschlüsse schwankten von 0 in 2007 auf maximal 12 im Jahr 2010. 2017 waren es sieben erfolglose Abschlüsse in der Pflegefachhilfe.

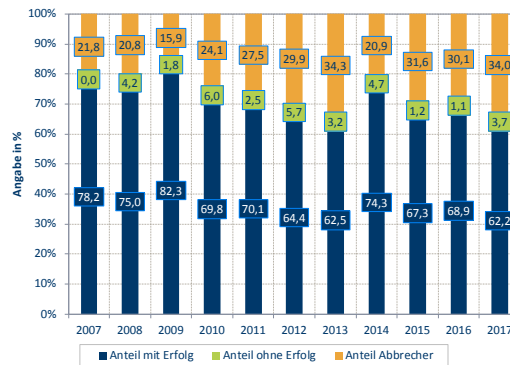
Abbildung 198: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Aus der Verteilung der Abschlussarten (s. Abbildung 199) ist erkennbar, dass der Anteil erfolgreicher Abschlüsse in der Pflegefachhilfe 2017 (62 %) um 20 - Prozentpunkte niedriger lag als 2009 (82 %) und 2017 (sowie 2013) mit 34 % der höchste Anteil an Abbrüchen zu verzeichnen war.

Abbildung 199: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Unterfranken nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

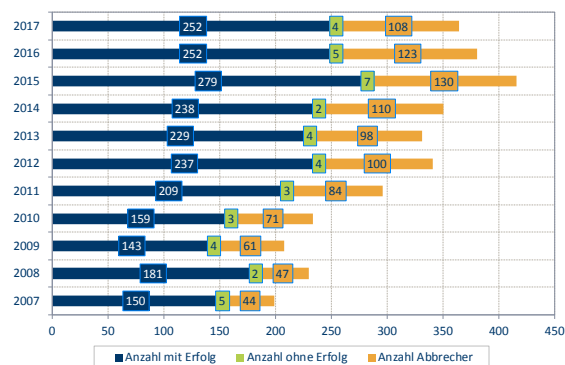
Schwaben

Altenpflege

In Schwaben erhöhte sich die Zahl der jährlichen Absolventinnen bzw. Absolventen der Altenpflege gesamt von 2007 bis 2017 von 199 auf 364 (+ 83 %) (s. Abbildung 200). Mit Blick auf die drei Arten von Abschlüssen ist auch hier ein hoher Zuwachs von Ausbildungsabbrüchen zu konstatieren (von 44 auf 108, + 145 %), während erfolgreiche Abschlüsse von 150 auf 252 unterdurchschnittlich zunahmen (+ 68 %). Erfolgreiche Abschlüsse bewegten sich im niedrigen einstelligen Bereich.

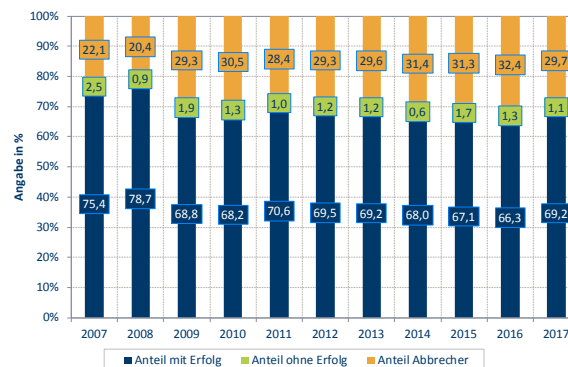
Der Anteil erfolgreicher Abschlüsse sank über den gesamten betrachteten Zeitraum (von 75,4 % in 2007 auf 69,2 % in 2017). Parallel dazu stieg der Anteil der Ausbildungsabbrüche auf fast 30 % im Jahr 2017. Der Anteil erfolgloser Abschlüsse in der Altenpflege in Schwaben verringerte sich von 2,5 % auf 1,1 % (s. Abbildung 201).

Abbildung 200: Anzahl der Auszubildenden der Altenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 201: Verteilung der Abschlussarten der Altenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung

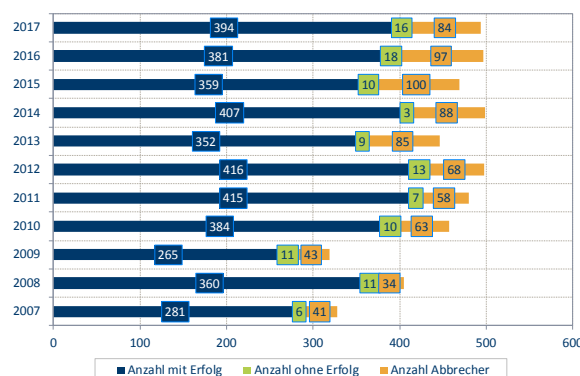


Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

In der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege hat die Anzahl der jährlichen Ausbildungsabschlüsse in Schwaben von 2007 bis 2017 zugenommen (von 328 auf 494, + 51 %) (s. Abbildung 202). Damit einher ging der Anstieg erfolgreicher (von 281 auf 394, + 40 %) und erfolgloser Abschlüsse (von 6 auf 16, + 167 %) sowie einmal mehr eine Verdopplung der Ausbildungsabbrüche (von 41 auf 84).

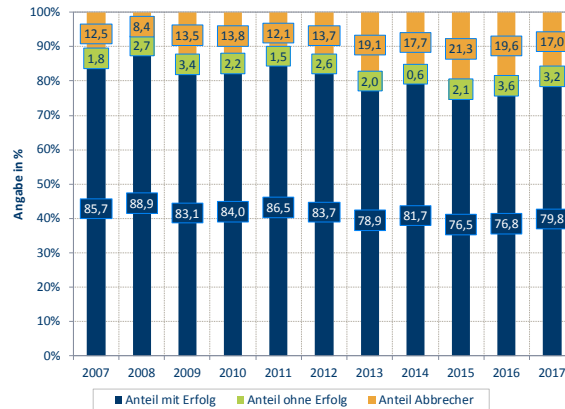
Abbildung 202: Anzahl der Auszubildenden der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Aus Abbildung 203 geht hervor, dass der relativ hohe Anteil erfolgreicher Abschlüsse im betrachteten Zeitraum um sechs Prozentpunkte sank (von 85,7 % in 2007 auf 79,8 % in 2017). Der Anteil der Ausbildungsabbrüche lag 2017 mit 17 % vergleichsweise niedrig, jedoch um 4,5-Prozentpunkte über dem Ausgangswert 2007 (12,5 %). Der Anteil erfolgloser Abschlüsse war im Jahr 2016 am höchsten (3,6 %) und verringerte sich leicht auf 3,2 % im Jahr 2017.

Abbildung 203: Verteilung der Abschlussarten der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



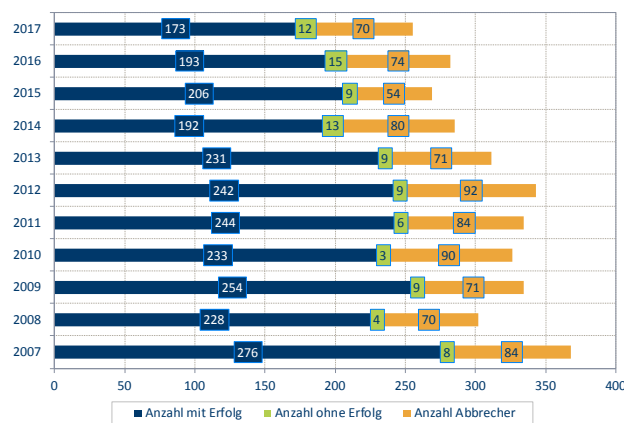
Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Pflegefachhilfe

Die Ausbildungs- bzw. Abschlusszahlen in der Pflegefachhilfe in Schwaben waren von 2007 bis 2017 rückläufig (von 368 auf 255, - 31 %). Damit einher ging auch ein Rückgang der erfolgreichen Abschlüsse (von 276 auf 173, - 37 %) sowie eine Verringerung der Ausbildungsabbrüche (von 84 auf 74, - 12 %). Die Anzahl der erfolglosen Abschlüsse nahm um 50 % zu (von 8 in 2007 auf 12 in 2017).

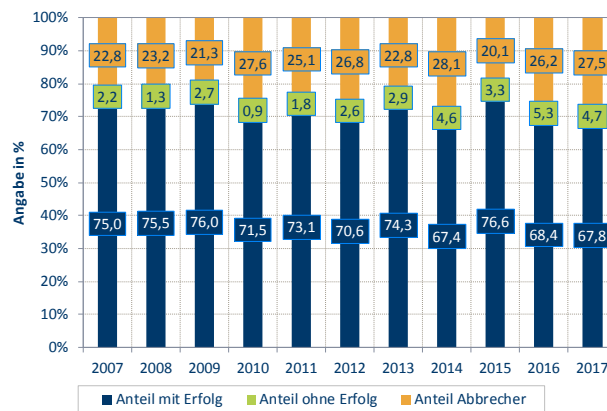
Aus der Entwicklung der Verteilung der Abschlussarten (s. Abbildung 205) lässt sich erkennen, dass die erfolgreichen Abschlüsse von 2007 bis 2017 anteilig sinken (von 75 % auf 67,8 %). Dagegen verdoppelte sich der Anteil erfolgloser Abschlüsse von 2,2 auf 4,7 % und der Anteil der Ausbildungsabbrüche stieg von 23 % auf 27,5 %.

Abbildung 204: Anzahl der Auszubildenden in der Pflegefachhilfe in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Abbildung 205: Verteilung der Abschlussarten in der Pflegefachhilfe in Schwaben nach Ausbildungserfolg/-misserfolg und Abbruch der Ausbildung



Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

4.9.2.3 Zusammenfassung zur Entwicklung der Ausbildungsabschlüsse in Pflegeberufen

Insgesamt zeigt sich, dass im Zeitraum 2007 bis 2017 die Zahl der erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse am stärksten in der dreijährigen Altenpflegeausbildung zugenommen haben – mit einem Plus von 78 % in ganz Bayern (s. Tabelle 82). Ein Zuwachs der jährlichen Abschlusszahlen war hier auch in allen Regierungsbezirken zu verzeichnen, wobei Oberbayern und die Oberpfalz die höchsten Anstiege aufwiesen, Niederbayern den geringsten.

In der Ausbildung der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege war der Zuwachs mit 8 % über den gesamten Zeitraum von zehn Jahren deutlich geringer und sowohl Mittel- als auch Unterfranken hatten rückläufige Zahlen zu verzeichnen.

Noch geringer fiel der Zuwachs mit nur 2 % im Bereich der Pflegefachhilfe aus und drei Regierungsbezirke (Oberpfalz, Oberfranken und am deutlichsten Schwaben) wiesen 2017 niedrigere Werte als 2007 aus.

Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass die regionalen Unterschiede in den Zahlen der Pflegeschülerinnen und -schüler auch die unterschiedliche Verteilung der schulischen Ausbildungskapazitäten (Standorte der Berufsfachschulen des Gesundheitswesens) widerspiegeln.

Tabelle 82: Anzahl Personen „mit erfolgreichem Abschluss“ nach Berufen und Regierungsbezirk (2007 und 2017)

Regierungsbezirk	Altenpflege		Gesundheits- u. (Kinder)Krankenpflege		Pflegefachhilfe	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017
Oberbayern	292	682	694	804	441	525
Niederbayern	180	218	317	340	142	187
Oberpfalz	122	273	264	320	161	160
Oberfranken	184	290	251	268	209	176
Mittelfranken	171	257	526	473	199	243
Unterfranken	134	228	360	313	115	117
Schwaben	150	252	281	394	276	173
Gesamt	1.233	2.200	2.694	2.911	1.543	1.581
Zuwachs	+ 78 %		+ 8 %		+ 2 %	

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Auffällig bei der Betrachtung der Entwicklungen im Zeitverlauf von 2007 bis 2017 war, dass in vielen Regionen die Zahl der Ausbildungsabbrüche in allen drei Berufen überproportional zugenommen hat, so dass sich auch deren Anteil an allen Abschlussarten erhöhte.

Die folgende Tabelle 83 zeigt für das Jahr 2017 die Anzahl der Ausbildungsabbrüche nach Berufen und Regierungsbezirken. Die höchsten Abbruchraten weisen die Bezirke Mittel- und Unterfranken auf. Bayernweit addieren sich die Ausbildungsabbrüche in Pflegeberufen zu 2.355 im Jahr 2017, darunter die meisten in der Altenpflege, gefolgt von der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege.

Bezogen auf die jeweils erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen in den vier Berufen 2017 lag das durch die Abbrüche verlorene „Potenzial“ bei + 42 % in der Altenpflege, + 30 % in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege sowie + 34 % in der Pflegefachhilfe. D. h. hätten alle ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen, wäre die Zahl der erfolgreichen Abschlüsse um den angegebenen Prozentsatz höher ausgefallen.

2017 schlossen insgesamt 6.692 Personen in bayerischen Berufsfachschulen des Gesundheitswesens erfolgreich eine Pflegeausbildung ab, das waren 1.223 Personen bzw. 22 % mehr als 2007. Wie viele Personen davon anschließend eine Tätigkeit in einer Einrichtung der Altenpflege aufnahmen, lässt sich nicht genau beziffern. Ein großer Teil der Absolventinnen bzw. Absolventen der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege tritt in der Regel eine Stelle in der Akutversorgung an. Mit zunehmendem Personalengpass werben Krankenhäuser auch um Pflegefachkräfte

mit Abschluss Altenpflege, zumal der Anteil geriatrischer Patientinnen bzw. Patienten ansteigt.

Tabelle 83: Anzahl Personen mit abgebrochener Ausbildung nach Berufen und Regierungsbezirk (2017)

Regierungsbezirk	Altenpflege		Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege		Pflegefachhilfe	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Oberbayern	230	24,5	270	23,7	109	16,8
Niederbayern	84	27,4	93	20,7	58	23,4
Oberpfalz	92	24,9	81	19,8	63	27,9
Oberfranken	124	29,0	83	23,5	52	22,0
Mittelfranken	171	39,7	176	25,6	129	33,6
Unterfranken	123	34,6	91	22,3	64	34,0
Schwaben	108	29,7	84	17,0	70	27,5
Gesamt	932		878		545	
„Potenzial 2017“	+ 42 %		+ 30 %		+ 34 %	

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2020

Um näher zu untersuchen, wie viele Auszubildende im Bereich Langzeitpflege sind, enthält der folgende Abschnitt 4.9.3 eine detaillierte Analyse der Anzahl Auszubildender in den Pflegeeinrichtungen 2017 auf Kreisebene anhand von Daten der Pflegestatistik.

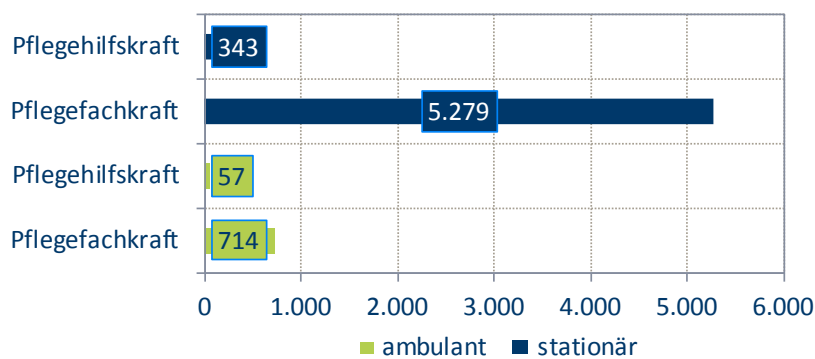
4.9.3 Auszubildende in Pflegeeinrichtungen im Jahr 2017

Für das Jahr 2017 kann die Anzahl der Auszubildenden getrennt nach Sektor und Pflegefach- oder Pflegehilfskraft für die einzelnen Kreise auf Basis von Daten der Pflegestatistik 2017 dargestellt werden. Die Anzahl der Auszubildenden zum Stichtag 15.12.2017 umfasst dabei alle Auszubildenden und (Um-)Schülerinnen bzw. -schüler, die zu diesem Zeitpunkt in einer ambulanten oder stationären Einrichtung beschäftigt waren und somit in einem beruflichen Ausbildungsverhältnis zum Pflegedienst oder einer stationären Pflegeeinrichtung standen. Für die Abbildung der Ausbildungsquoten erfolgte die Berechnung auf Grundlage der Gesamtanzahl der zu diesem Stichtag beschäftigten ausgebildeten Pflegefach- und Pflegehilfskräfte. Dabei wurde der Fokus auf Personal in Pflege und Betreuung gelegt, d. h. Beschäftigte mit vorwiegender Tätigkeit in der Hilfe bei der Haushaltsführung wurden nicht berücksichtigt.

4.9.3.1 Auszubildende in Pflegeeinrichtungen in Bayern gesamt im Jahr 2017

Folgende Abbildung 206 zeigt die Anzahl der Auszubildenden nach Sektor (ambulant oder stationär). Auszubildende zur Pflegefachkraft (zusammengesetzt aus Auszubildenden der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) und zur Pflegefachhilfskraft (zusammengesetzt aus Altenpflegefachhilfs- und Krankenpflegefachhilfskraft) der einzelnen Regierungsbezirke:

Abbildung 206: Anzahl der Auszubildenden in Bayern nach Sektor und angestrebtem Ausbildungsabschluss im Jahr 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Im stationären Sektor werden deutlich mehr Pflegekräfte ausgebildet – 86 % der Pflegefachhilfs- sowie 88 % der Pflegefachkräfte. Insgesamt waren 2017 in den Pflegeeinrichtungen 6.393 Auszubildende unter Vertrag. Da sich die Auszubildenden in der dreijährigen Fachkraftausbildung sowohl im ersten, als auch zweiten oder letzten Ausbildungsjahr befinden können, wird deren Anzahl durch drei geteilt, um näherungsweise die Zahl der im Jahr 2017 abschließenden Ausbildungen zu ermitteln – diese lag demnach bei rund 2.400. Damit hatten schätzungsweise 26 % der Auszubildenden in Pflegeberufen mit Abschluss (alle Abschlussarten) in 2017 einen Ausbildungsvertrag mit Pflegeeinrichtungen.

In der folgenden Tabelle 84 werden die Ausbildungsquoten der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte im ambulanten Sektor in Bayern abgebildet. Im ambulanten Sektor liegt der Anteil der Auszubildenden gesamt bei 3,5 % für die Ausbildung zur Pflegefachkraft und bei 0,5 % für die Ausbildung zur Pflegefachhilfskraft. Deutlich erkennbar ist, dass vor allem in Unterfranken und Oberfranken höhere Anteile Auszubildender zur Pflegefachkraft vorhanden sind (Unterfranken: 4,7 %; Oberfranken: 4,0 %) als in den anderen Regierungsbezirken. Oberbayern weist die geringste Pflegefachkraft-Ausbildungsquote mit 3,0 % auf. Die Ausbildungsquote der Pflegefachhilfskräfte ist in Niederbayern und Oberfranken am höchsten (Niederbayern: 0,8 %; Oberfranken: 0,7 %). Oberfranken bildet also im Vergleich mit den anderen Regierungsbezirken im ambulanten Sektor anteilig mehr Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte aus.

Im stationären Sektor zeigt sich, dass Oberbayern die höchste Pflegefachkraft-Ausbildungsquote aufweist (19,4 %) und Niederbayern die höchste Pflegefachhilfskraft-Ausbildungsquote (1,5 %), dicht gefolgt von Oberbayern und Schwaben mit je 1,4 %). Oberbayern bildet also im Vergleich mit den anderen Regierungsbezirken im stationären Sektor sehr viele Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte aus und liegt damit zudem über den Ausbildungsquoten von Bayern gesamt (Pflegefachkraft-Ausbildungsquote: 16,9 %, Pflegefachhilfskraft-Ausbildungsquote: 1,2 %).

Tabelle 84: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- bzw. Pflegefachhilfskräfte in Bayern und nach Regierungsbezirken im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Regierungsbezirk	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Oberbayern	3,0	0,5	19,4	1,4
Niederbayern	3,6	0,8	17,1	1,5
Oberpfalz	3,1	0,4	17,7	1,2
Oberfranken	4,0	0,7	14,6	1,1
Mittelfranken	3,6	0,5	15,0	1,3
Unterfranken	4,7	0,4	15,6	0,5
Schwaben	3,4	0,5	16,3	1,4
Bayern	3,5	0,5	16,9	1,2

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der Regierungsbezirke mit den jeweils höchsten Ausbildungsquoten

4.9.3.2 Auszubildende in Pflegeeinrichtungen in den Regierungsbezirken im Jahr 2017

Oberbayern

Im Vergleich mit den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden 2017 im Landkreis Landsberg am Lech sehr viele Pflegefachkräfte im ambulanten sowie stationären Sektor ausgebildet, im stationären Sektor sehr viele Pflegefachhilfskräfte. Im Landkreis Eichstätt wurden ausschließlich Pflegefachkräfte im stationären Sektor ausgebildet.

Tabelle 85: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Oberbayerns im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Ingolstadt (krfr. St.)	1,4	1,4	16,5	2,5
München (krfr. St.)	3,7	0,4	23,1	2,4
Rosenheim (krfr. St.)	2,5	0	19,4	0
Altötting (Lk)	5,2	3,2	14,8	1,0
Berchtesgadener Land (Lk)	1,1	0	18,0	0,7
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lk)	5,1	0	9,4	0,9
Dachau (Lk)	3,7	0	17,3	1,5
Ebersberg (Lk)	3,3	0	19,5	1,1
Eichstätt (Lk)	0	0	11,2	0
Erding (Lk)	1,4	0	21,7	0,4
Freising (Lk)	4,9	2,0	18,5	1,2
Fürstenfeldbruck (Lk)	1,0	0	19,9	1,5
Garmisch-Partenkirchen (Lk)	5,6	0,8	15,1	0,5
Landsberg am Lech (Lk)	6,0	1,1	28,2	5,7
Miesbach (Lk)	1,2	0	13,5	3,2
Mühldorf a. Inn (Lk)	2,5	0	16,8	0,5
München (Lk)	2,3	0,9	27,6	1,0
Neuburg-Schrobenhausen (Lk)	2,4	0	17,9	0,5
Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lk)	1,2	0	20,3	1,1
Rosenheim (Lk)	2,1	0,7	11,9	0,8

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Sarnberg (Lk)	1,9	0	29,8	1,3
Traunstein (Lk)	2,3	0	17,4	1,0
Weilheim-Schongau (Lk)	3,6	0	19,1	1,1
Oberbayern	3,0	0,5	19,4	1,4

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der drei kreisfreien Städte und Landkreise mit den höchsten Ausbildungsquoten

Niederbayern

Im Vergleich mit den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden im Landkreis Passau sehr viele Pflegefachkräfte im ambulanten sowie stationären Sektor ausgebildet, im stationären Sektor vergleichsweise viele Pflegefachhilfskräfte. In folgenden Landkreisen wurden 2017 ausschließlich Pflegefachkräfte ausgebildet: Deggendorf, Landshut, Straubing-Bogen.

Tabelle 86: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Niederbayerns im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Landshut (krfr. St.)	1,1	0	18,8	1,3
Passau (krfr. St.)	8,9	1,9	11,6	1,3
Straubing (krfr. St.)	10,5	0	9,9	4,5
Deggendorf (Lk)	2,3	0	15,3	0
Freyung-Grafenau (Lk)	6,0	0	25,7	1,1
Kelheim (Lk)	0,4	1,9	12,1	1,7
Landshut (Lk)	1,0	0	20,4	0
Passau (Lk)	8,6	0,7	22,3	1,8

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Regen (Lk)	4,7	1,3	14,2	1,5
Rottal-Inn (Lk)	4,9	1,9	16,9	3,3
Straubing-Bogen (Lk)	2,0	0	14,6	0
Dingolfing-Landau (Lk)	1,2	0,9	16,3	1,0
Niederbayern	3,6	0,8	17,1	1,5

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der drei kreisfreien Städte und Landkreise mit den höchsten Ausbildungsquoten

Oberpfalz

Im Vergleich mit den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden im Landkreis Schwandorf sehr viele Pflegefachkräfte im ambulanten sowie stationären Sektor ausgebildet, im stationären Sektor sehr viele Pflegefachhilfskräfte. In einer kreisfreien Stadt und einem Landkreis wurden ausschließlich Pflegefachkräfte ausgebildet: Amberg (krfr. St.) und Neustadt an der Waldnaab (Lk).

Tabelle 87: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen der Oberpfalz im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Amberg (krfr. St.)	6,8	0	21,5	0
Regensburg (krfr. St.)	3,5	0,3	14,9	1,6
Weiden i. d. Opf. (krfr. St.)	1,1	0	23,8	1,4
Amberg-Sulzbach (Lk)	1,9	0	12,8	0,3
Cham (Lk)	3,5	0	15,5	2,0
Neumarkt i. d. Opf. (Lk)	3,4	0	20,5	0,5

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Neustadt a. d. Waldnaab (Lk)	1,3	0	13,4	0
Regensburg (Lk)	3,0	2,8	16,9	1,7
Schwandorf (Lk)	4,9	1,9	20,4	1,9
Tirschenreuth (Lk)	1,9	0	23,6	0,8
Oberpfalz	3,1	0,4	17,7	1,2

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der drei kreisfreien Städte und Landkreise mit den höchsten Ausbildungsquoten

Oberfranken

In der kreisfreien Stadt Bayreuth wurden 2017 vergleichsweise viele Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte ausgebildet, ambulant sowie stationär. In der kreisfreien Stadt Hof wird im ambulanten Sektor gar nicht ausgebildet. In zwei Landkreisen wurden ausschließlich Pflegefachkräfte ausgebildet: Kronach und Kulmbach.

Tabelle 88: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Oberfrankens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Bamberg (krfr. St.)	5,8	0	16,4	1,0
Bayreuth (krfr. St.)	6,1	2,1	24,3	1,2
Coburg (krfr. St.)	1,8	0	13,1	0,6
Hof (krfr. St.)	0	0	12,3	0,9
Bamberg (Lk)	4,2	0	14,2	0,6
Bayreuth (Lk)	7,5	0	12,8	0,6
Coburg (Lk)	0,8	0	19,0	0,9
Forchheim (Lk)	3,2	0,8	14,1	3,8

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Hof (Lk)	3,9	1,9	10,8	0,5
Kronach (Lk)	4,2	0	9,0	0
Kulmbach (Lk)	1,5	0	15,7	0
Lichtenfels (Lk)	2,8	0	13,9	4,1
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lk)	6,4	4,3	14,8	0,4
Oberfranken	4,0	0,7	14,6	1,1

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der drei kreisfreien Städte und Landkreise mit den höchsten Ausbildungsquoten

Mittelfranken

Im Vergleich mit den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden in der kreisfreien Stadt Fürth 2017 vergleichsweise mehr Pflegefachkräfte im ambulanten sowie stationären Sektor ausgebildet, im stationären Sektor anteilig mehr Pflegefachhilfskräfte. In zwei kreisfreien Städten wurden im Jahr 2017 ausschließlich Pflegefachkräfte ausgebildet: Ansbach und Schwabach.

Tabelle 89: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Mittelfrankens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Ansbach (krfr. St.)	0,8	0	7,6	0
Erlangen (krfr. St.)	3,8	0,6	24,1	0
Fürth (krfr. St.)	12,8	0	21,6	2,8
Nürnberg (krfr. St.)	4,6	0,8	15,5	1,3
Schwabach (krfr. St.)	3,0	0	15,8	0

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Ansbach (Lk)	2,2	2,9	10,0	0,2
Erlangen-Höchstadt (Lk)	5,0	0	14,2	1,0
Fürth (Lk)	4,3	0,6	14,3	3,0
Nürnberger Land (Lk)	2,7	0	16,0	0,2
Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim (Lk)	2,6	0	8,4	1,2
Roth (Lk)	2,7	0	13,8	3,6
Weißenburg-Gunzenhausen (Lk)	2,5	0	16,9	2,0
Mittelfranken	3,6	0,5	15,0	1,3

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der drei kreisfreien Städte und Landkreise mit den höchsten Ausbildungsquoten

Unterfranken

Im Vergleich mit den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden in den Landkreisen Rhön-Grabfeld und Bad Kissingen 2017 vergleichsweise viele Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte im ambulanten und stationären Sektor ausgebildet. In anderen kreisfreien Städten und Landkreisen hingegen wurden keine Pflegefachhilfskräfte ausgebildet: Aschaffenburg (krfr. St.), Schweinfurt (krfr. St.), Kitzingen (Lk) und Würzburg (Lk).

Tabelle 90: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Unterfrankens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Aschaffenburg (krfr. St.)	3,4	0	21,8	0
Schweinfurt (krfr. St.)	2,5	0	14,6	0

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Würzburg (krfr. St.)	8,2	0	17,3	0,3
Aschaffenburg (Lk)	3,7	0,9	16,1	1,3
Bad Kissingen (Lk)	9,2	0,8	21,4	0,9
Rhön-Grabfeld (Lk)	5,1	1,0	18,1	1,2
Haßberge (Lk)	5,4	0	14,8	0,7
Kitzingen (Lk)	5,3	0	13,2	0
Miltenberg (Lk)	4,4	0	14,8	0,3
Main-Spessart (Lk)	1,1	0	16,2	0,3
Schweinfurt (Lk)	2,9	0	10,8	1,0
Würzburg (Lk)	4,8	0	5,4	0
Unterfranken	4,7	0,4	15,6	0,5

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der drei kreisfreien Städte und Landkreise mit den höchsten Ausbildungsquoten

Schwaben

Im Vergleich mit den anderen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden in der kreisfreien Stadt Augsburg 2017 vergleichsweise viele Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte im ambulanten sowie stationären Sektor ausgebildet, wenn auch die Quote der Pflegefachhilfskräfte im ambulanten Sektor sehr gering ist. Im Landkreis Dillingen an der Donau wurden ausschließlich Pflegefachkräfte im stationären Sektor ausgebildet, im Landkreis Donau Ries keine Pflegefachhilfskräfte ambulant sowie stationär.

Tabelle 91: Anteil Auszubildende an der Gesamtzahl der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte in den Kreisen Schwabens im ambulanten und stationären Sektor in 2017, Angaben in %

Kreisfreie Stadt/Landkreis	Ambulant		Stationär	
	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachkraft	Anteil Auszubildende zur Pflegefachhilfskraft
Augsburg (krfr. St.)	6,3	0,3	22,0	2,1
Kaufbeuren (krfr. St.)	0	2,4	12,4	0
Kempten (Allgäu) (krfr. St.)	1,6	0	22,1	1,2
Memmingen (krfr. St.)	9,5	7,4	13,2	4,5
Aichach-Friedberg (Lk)	0	0	11,2	1,0
Augsburg (Lk)	2,6	0	18,0	0,9
Dillingen a. d. Donau (Lk)	0	0	14,1	0
Günzburg (Lk)	2,5	0	18,2	1,7
Neu-Ulm (Lk)	2,7	0	16,5	0,8
Lindau (Bodensee) (Lk)	2,5	0	9,1	0,3
Ostallgäu (Lk)	1,1	0	13,9	1,9
Unterallgäu (Lk)	4,9	0	11,9	1,1
Donau-Ries (Lk)	3,0	0	15,3	0
Oberallgäu (Lk)	1,1	0	17,7	5,1
Schwaben	3,4	0,5	16,3	1,4

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: Farbliche Hervorhebung der drei kreisfreien Städte und Landkreise mit den höchsten Ausbildungsquoten

4.9.3.3 Limitationen

Es wurden ausschließlich die Ausbildungsquoten der Pflegefach- und Pflegefachhilfskräfte bezogen auf das insgesamt tätige Pflegepersonal in Pflege und Betreuung eines Kreises bzw. Regierungsbezirkes betrachtet. Um ein umfassenderes Bild

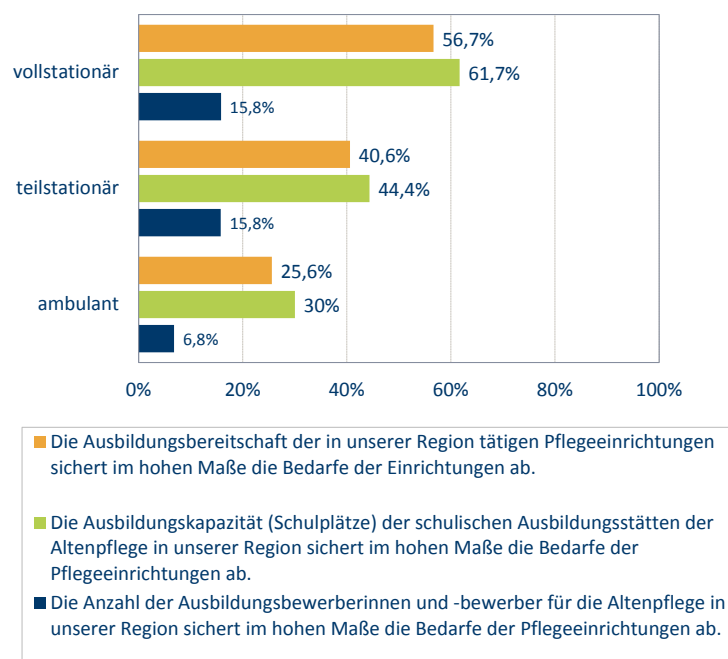
zu bekommen, müsste die geografische Verteilung der Schulen für die Gesundheitsfachberufe berücksichtigt werden, denn eine ausbildende Einrichtung ist auch immer an eine schulische Ausbildungseinrichtung gebunden. Möglicherweise wird in einigen kreisfreien Städten und Landkreisen mehr ausgebildet, um die umliegenden Kreise mit zu versorgen. In anderen Kreisen existieren vielleicht genau deshalb keine Schulen für Gesundheitsfachberufe, daher gab es dort ggf. weniger Auszubildende im Jahr 2017.

4.9.3.4 Einschätzungen der Pflegeeinrichtungen zur regionalen Ausbildungssituation

In den durchgeführten Befragungen wurden die Pflegeeinrichtungen von IGES auch um Einschätzung zur regionalen Ausbildungssituation in der Pflege gebeten. Wie aus der folgenden Abbildung 207 hervorgeht, schätzten bezgl. der Ausbildungsbereitschaft der Einrichtungen und der schulischen Ausbildungskapazitäten die stationären Einrichtungen in deutlich höherem Maße ein, dass diese ausreichend seien, als die ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Relativ eindeutig fiel in allen drei Einrichtungsarten die Bewertung zur Zahl der Ausbildungsbewerberinnen bzw. -bewerber aus: Nur 16 % (voll- und teilstationär) bzw. 7 % (ambulant) stimmten (eher) zu, dass die Anzahl der Bewerberinnen bzw. Bewerber in hohem Maße die Bedarfe der Pflegeeinrichtungen in der Region deckten.

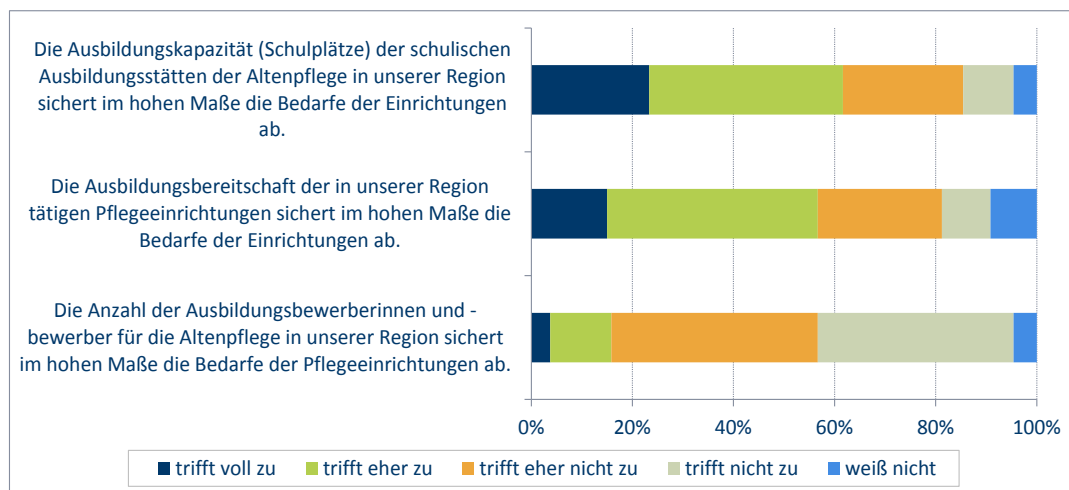
Abbildung 207: Einschätzungen der befragten Einrichtungen zur Ausbildungssituation in ihrer Region (Zustimmungswerte)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Online-Befragungen der Ergebnisse der ambulanten, voll- und teilstationären Einrichtungen

Die folgende Abbildung 208 zeigt im Detail die Rückmeldungen der vollstationären Einrichtungen. Die Einschätzung zur Anzahl der Bewerberinnen bzw. Bewerber auf einen Ausbildungsplatz spiegelt sich auch in den Angaben der Einrichtungen zur Besetzung der Ausbildungsplätze wider: Im aktuellen Ausbildungsjahr (Stand Februar/März 2020) konnte die Anzahl der in den Einrichtungen angebotenen Ausbildungsplätze bei knapp 40 % (n = 236) der Einrichtungen nicht vollumfänglich besetzt werden (s. auch Ergebnisse Befragung Berufsfachschulen – Abschnitt 4.9.4). Unabhängig davon bilden nahezu alle Einrichtungen der Dauerpflege (98,3 %) in ihren Einrichtungen Pflegeschülerinnen bzw. -schüler aus bzw. haben dies geplant (0,4 %).

Abbildung 208: Einschätzungen der vollstationären Einrichtungen zur regionalen Ausbildungssituation (n = 240)

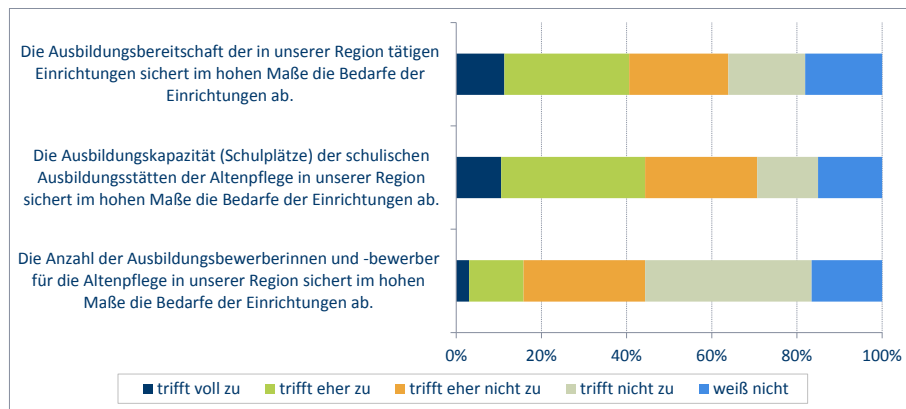


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der vollstationären Einrichtungen

Ein ähnliches Bild wie bei den Pflegeheimen ergibt sich aus den Rückmeldungen der teilstationären Einrichtungen (s. Abbildung 209). Diese schätzen die regionale Ausbildungssituation insgesamt etwas skeptischer ein. Ein etwas höherer Anteil von rund 15 % traute sich auch jeweils keine Bewertung zu.

Lediglich 19,0 % der solitären Tagespflegen bilden in ihrer Einrichtung aus, während 29,0 % dies zukünftig planen. Im aktuellen Ausbildungsjahr (Stand Februar/März 2020) konnte die Anzahl der in den solitären Tagespflegen angebotenen Ausbildungsplätze bei knapp 36 % (n = 25) der Einrichtungen nicht vollumfänglich besetzt werden (s. auch Ergebnisse Befragung Berufsfachschulen – Abschnitt 4.9.4).

Abbildung 209: Einschätzungen der teilstationären Einrichtungen zur regionalen Ausbildungssituation (n = 133)

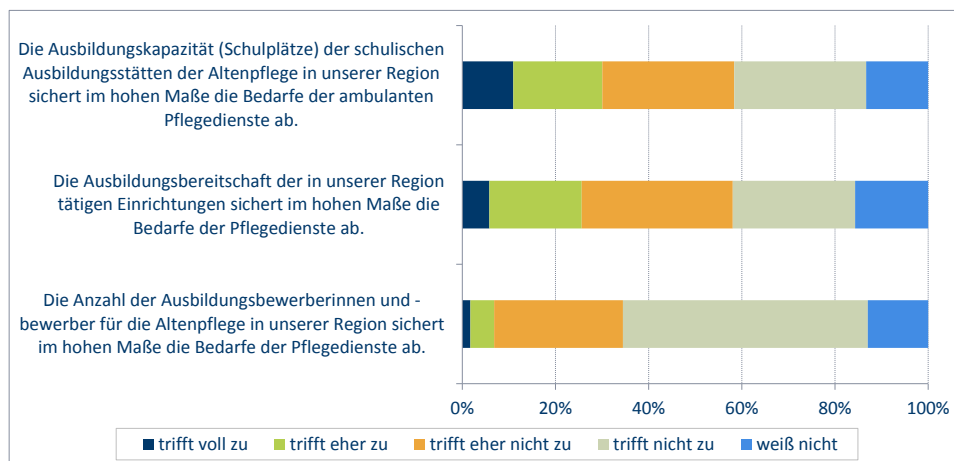


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der teilstationären Einrichtungen

Anmerkung: GG setzt sich zusammen aus n = 131 (solitäre TP) und n = 2 (eingestreute TP)

Die kritischste Bewertung der regionalen Ausbildungssituation in der Pflege gaben die ambulanten Pflegedienste ab (s. Abbildung 210). Nur ein Drittel stimmte (eher) zu, dass die Ausbildungskapazitäten (Schulplätze) der Altenpflege in der jeweiligen Region die Bedarfe der Pflegedienste in hohem Maße absichern könnten. Bei der Ausbildungsbereitschaft der Einrichtungen stimmte nur ein Viertel der Befragten zu.

Abbildung 210: Einschätzungen der Pflegedienste zur regionalen Ausbildungssituation (n = 293)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten Pflegedienste

80 % der Pflegedienste schätzte dagegen ein, dass die Anzahl der Ausbildungsbewerberinnen bzw. -bewerber für die Altenpflege in der jeweiligen Region nicht die Bedarfe der Pflegedienste absichere.

Die Angaben der Pflegedienste zur Besetzung der Ausbildungsplätze im aktuellen Ausbildungsjahr (Stand Februar/März 2020) hielt sich in etwa die Waage: Während rd. 48 % (n = 141) der Pflegedienste die angebotenen Ausbildungsplätze besetzen konnte, traf dies bei 46,1 % nicht zu (s. auch Ergebnisse Befragung Berufsfachschulen – Abschnitt 4.9.4). Unabhängig davon bilden 48,1 % der Pflegedienste Pflege-schülerinnen bzw. -schüler aus bzw. planen dies (19,8 %).

4.9.4 Ergebnisse der empirischen Datenerhebung

Die in den folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf die Online-Befragung der Berufsfachschulen mit Schwerpunkt Pflege, genehmigt durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus (StMUK) am 14.02.2020 (IV.7-BO9106/110/9), die im März/April 2020 durchgeführt wurde.

4.9.4.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Es wurden insgesamt 189 Berufsfachschulen im Gesundheitswesen mit dem Schwerpunkt Pflege, darunter die Ausbildungsgänge Altenpflege, (Kinder)Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachhilfe (PFH) (Kranken-/Altenpflege) und generalistische Pflegeausbildung, bayernweit angeschrieben. Den Fragebogen beantworteten n = 74 Einrichtungen. Nach Plausibilisierung bestand die Stichprobe aus n = 70 Einrichtungen, die in die Auswertung einbezogen wurden. Die Rücklaufquote lag somit bei 37,0 %. Tabelle 92 gibt einen Überblick über die Verteilung des Rücklaufs der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Pflege nach Regierungsbezirk – mit 50 % lag die höchste Beteiligung in der Oberpfalz, während Mittelfranken mit rd. 23,3 % die geringste Beteiligung hatte.

Tabelle 92: Rücklauf Berufsfachschulen im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Pflege, nach Regierungsbezirk

	Berufsfachschulen (Stand 01/2020)	Rücklauf	Anteil
Oberbayern	47	15	31,9 %
Niederbayern	19	7	36,8 %
Oberpfalz	20	10	50,0 %
Oberfranken	21	8	38,1 %
Mittelfranken	30	7	23,3 %
Unterfranken	24	14	58,3 %
Schwaben	28	9	32,1 %
Bayern	189	70	37,0 %

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Beschreibung der Stichprobe

Aus den 96 Kreisen in Bayern nahmen 47 Kreise mit mindestens einer Berufsfachschule im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege) pro Kreis teil (Mittelwert: 1,5; Median: 1) (s. Abbildung 211). Die Landeshauptstadt München war mit $n = 5$ Berufsfachschulen am häufigsten vertreten. Aus den anderen Kreisen nahmen jeweils $n = 1$ bis $n = 3$ Berufsfachschulen teil.

Abbildung 211: Rücklauf der Berufsfachschulen (Anzahl) nach Kreis (n = 70)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Anmerkung: grau = kein Rücklauf

Der Großteil der teilnehmenden Berufsfachschulen war in privater (Schulen in freier) Trägerschaft (71,4 %), gefolgt von Berufsfachschulen in kommunaler (22,9 %) und staatlicher (5,7 %) Trägerschaft.

Die befragten Personen waren mehrheitlich länger als zehn Jahre (80,0 %), 14,3 % „5-10 Jahre“ und 5,7 % „weniger als 5 Jahre“ im Bereich der Pflegeausbildung tätig und zu rd. 84 % aus der Schulleitungsebene (einschließlich Stellvertretung), bzw. rd. 4 % hatten die Funktion der Standortleitung inne.

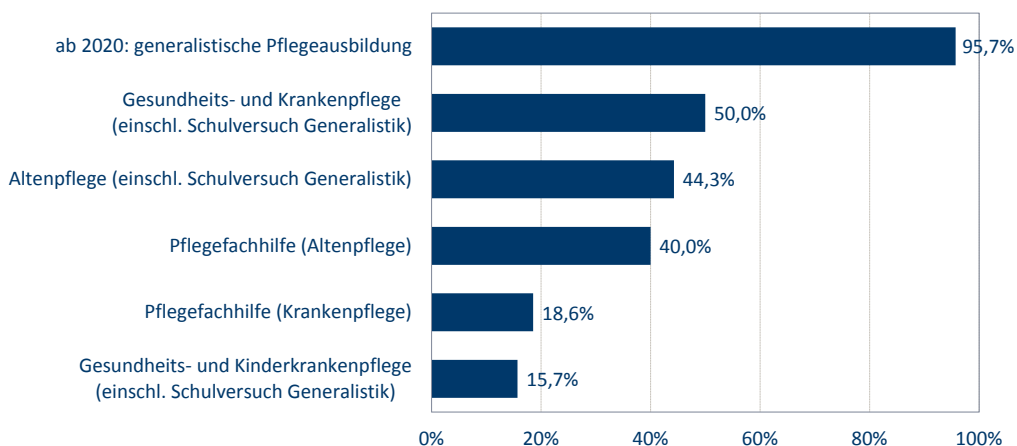
4.9.4.2 Kapazitäten, Angebot und Nachfrage

Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich die Berufsfachschulen in der Übergangsphase der Umstellung der Pflegeausbildung hin zu einer generalistischen Pflegeausbildung gem. PflBG 2017. Rd. 96 % der befragten Schulen bestätigten, diesen neuen Ausbildungszweig ab 2020 anzubieten. 5,7 % hätten bereits im Frühjahr 2020 mit der Ausbildung begonnen, während 90 % der befragten Berufsfachschulen berichteten, ab Herbst 2020 mit der generalistischen Pflegeausbildung zu starten. Unter „Sonstiges“ (4,3 %) gab eine Schule an zukünftig zu schließen, die anderen beiden Schulen bilden ausschließlich Pflegefachhelferinnen bzw. -helfer aus.

Ausbildungsangebote in den Berufsfachschulen

Bezüglich des noch bestehenden aktuellen Ausbildungsangebots berichtete die Hälfte der befragten Berufsfachschulen, den Ausbildungsgang Gesundheits- und Krankenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik) und rd. 44 % der Berufsfachschulen den Ausbildungsgang Altenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik) anzubieten (s. Abbildung 212). Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik) werde dagegen lediglich in rd. 16 % der Berufsfachschulen angeboten. Die Ausbildung zur Pflegefachhilfe in der Krankenpflege (18,6 %) bieten zudem deutlich weniger Schulen an als die Ausbildung zur Pflegefachhilfe in der Altenpflege (40,0 %).

Abbildung 212: Anteil Berufsfachschulen mit Ausbildungsangeboten in der Pflege (n = 70; Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Die durchschnittlich größte Anzahl genehmigter Schulplätze hatte der Ausbildungsgang der Gesundheits- und Krankenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik) (93 Plätze), wobei die Anzahl mit minimal 30 und maximal 192 genehmigten Schulplätzen je Schule stark variierte (s. Tabelle 93). Die Anzahl genehmigter Schulplätze in der Altenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik) war im Durchschnitt mit 72 Plätzen etwas geringer, dafür gestaltete sich die Spannweite mit minimal 25 und maximal 300 Plätzen noch größer als in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Anzahl der genehmigten Schulplätze in den Ausbildungsgängen der Pflegefachhilfe (Kranken-/Altenpflege) lag im Durchschnitt bei jeweils ungefähr 30 Plätzen pro Schule (Pflegefachhilfe Krankenpflege: 28; Pflegefachhilfe Altenpflege: 33).

Für die generalistische Pflegeausbildung ab 2020 stünden durchschnittlich rd. 90 genehmigte Schulplätze zur Verfügung bei einer Spannweite von minimal 18 bis maximal 288 Plätzen.

Tabelle 93: Anzahl genehmigter Schulplätze nach Ausbildungsgang

Ausbildungsgang	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
Gesundheits- und Krankenpflege	n = 30	n = 5	93	86	30	192
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	n = 11	(-)	51	42	12	108
Altenpflege	n = 25	n = 6	72	52	25	300
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	n = 13	(-)	28	25	16	64
Pflegefachhilfe (Altenpflege)	n = 24	n = 4	33	31	20	100
Generalistische Pflegeausbildung	n = 45	n = 22	90	72	18	288

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Den in Tabelle 93 aufgeführten Schulplätzen stehen die in der folgenden Tabelle 94 aufgeführten Zahlen der Pflegeschülerinnen und -schüler, nach Ausbildungsgang und Ausbildungsjahr, gegenüber. In den Ausbildungsgängen der Gesundheits- und Krankenpflege fiel die durchschnittliche Anzahl der Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr geringer aus als im ersten (- 6), ebenso in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (- 3), während diese in der Altenpflege in etwa gleich war. Die durchschnittliche Anzahl der Schülerinnen und Schüler betrug in den einjährigen Ausbildungsgängen der Pflegefachhilfe in der Krankenpflege 23 Schülerinnen bzw. Schüler, in der Altenpflege 19 Schülerinnen bzw. Schüler.

Tabelle 94: Anzahl Pflegeschülerinnen und -schüler nach Ausbildungsgang und Ausbildungsjahr (Stand 03/04 2020)

Ausbildungsgang	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
Gesundheits- und Krankenpflege						
1. Ausbildungsjahr	n = 33	n = 2	31,4	27,0	8	61
2. Ausbildungsjahr	n = 34	n = 1	27,4	24,0	14	68
3. Ausbildungsjahr	n = 34	n = 1	25,7	21,5	14	71
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege						
1. Ausbildungsjahr	n = 8	n = 3	21,6	22,0	11	36
2. Ausbildungsjahr	n = 7	n = 4	18,1	16,0	7	26
3. Ausbildungsjahr	n = 8	n = 3	18,6	17,0	9	33
Altenpflege						
1. Ausbildungsjahr	n = 29	n = 2	26,6	24,0	13	68
2. Ausbildungsjahr	n = 30	n = 1	28,7	24,5	9	75
3. Ausbildungsjahr	n = 30	n = 1	27,1	24,5	13	68
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)						
einjährige Ausbildung	n = 10	n = 3	23,4	20,5	15	54
Pflegefachhilfe (Altenpflege)						
einjährige Ausbildung	n = 27	n = 1	19,4	16,0	9	50

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Anerkennungskurse bzw. Anpassungslehrgänge für ausländische Pflegefachkräfte bieten 18,6 % der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege) an, 7,1 % planen dies. Die Berufsfachschulen, die dies nicht anbieten, begründeten dies primär mit begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen: „*Personalengpass, alle zusätzlichen Anerkennungsschulungen, die ich, mit einzelnen Bewerbern (...) durchgeführt habe, waren zusätzliche Belastungen, die ich nur durch persönliches Engagement und (...) [in meiner Freizeit durchführen] konnte!*“ bzw. würden diese Kurse bspw. zentral über den Träger oder andere Institutionen angeboten. Zusätzlich sei der Bedarf bzw. die Nachfrage bisher eher gering/nicht vorhanden gewesen.

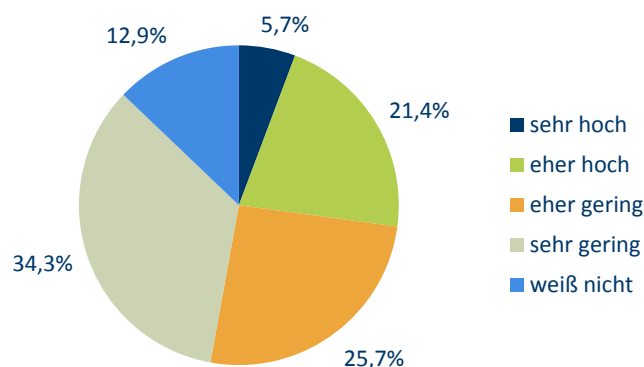
Diese Einschätzung bestätigten auch mehr als die Hälfte der Berufsfachschulen (60 %) – die Nachfrage nach Anerkennungskursen/Anpassungslehrgängen für ausländische Pflegefachkräfte wäre bisher „eher“ bzw. „sehr gering“ gewesen. Etwas mehr als ein Viertel (27,1 %) schätzte die Nachfrage dagegen als „eher“ bzw. „sehr

hoch“ ein (s. Abbildung 213). Insbesondere in kreisfreien Städten wurde die Nachfrage als „sehr hoch“ eingeschätzt. Dieser Trend spiegelte sich auch in den Einschätzungen der befragten Personen wider – diese signalisierten, dass die Nachfrage in ländlichen Regionen sehr gering sei, diese nicht attraktiv genug bzw. Angebote schlecht erreichbar wären: *„Da diese Lehrgänge, z. B. Vertiefung in Deutsch, außerhalb der Ausbildungszeit stattfinden, ist es für viele Teilnehmer sehr schwer an den Ort des Geschehens zu kommen. Grund dafür ist, dass im ländlichen Bereich der öffentliche Nahverkehr sehr dürtig ist.“* Ähnliche Tendenzen zeichneten sich auch in den anderen Befragungen ab – Pflegepersonal aus dem Ausland würde häufig aus ländlichen in städtische Regionen abwandern.

Die Nachfrage gestalte sich ebenfalls dort „sehr“ bzw. „eher hoch“, wo Institutionen sich einerseits an spezifischen Projekten zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland beteiligen, wie z. B. am Projekt *Triple Win*.¹⁶ Andererseits würden die Institutionen auch selbst aktiv (Rekrutierung der Krankenhäuser) bzw. würden sich ausländische Pflegekräfte vermehrt eigeninitiativ bewerben.

Aufgrund der bspw. schwierigen Eingliederungsprozesse gestalte sich aus Sicht der befragten Akteure die Nachfrage daher „eher gering“, und stehe im Zusammenhang mit Sprachproblemen, Anerkennungsschwierigkeiten von Qualifikationen oder wenig Praxiserfahrung der (studierten) Pflegekräfte. Zusätzlich wären die Anerkennungsprüfungen sehr anspruchsvoll: *„Die 3-jährige Pflegeausbildung war bis jetzt sehr anspruchsvoll und somit die Anerkennungsprüfungen ebenso. Diese konnten viele ausländische Pflegefachkräfte nicht bewältigen (...)“*

Abbildung 213: Nachfrage nach Anerkennungskursen/Anpassungslehrgängen für ausländische Pflegefachkräfte (n = 70)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

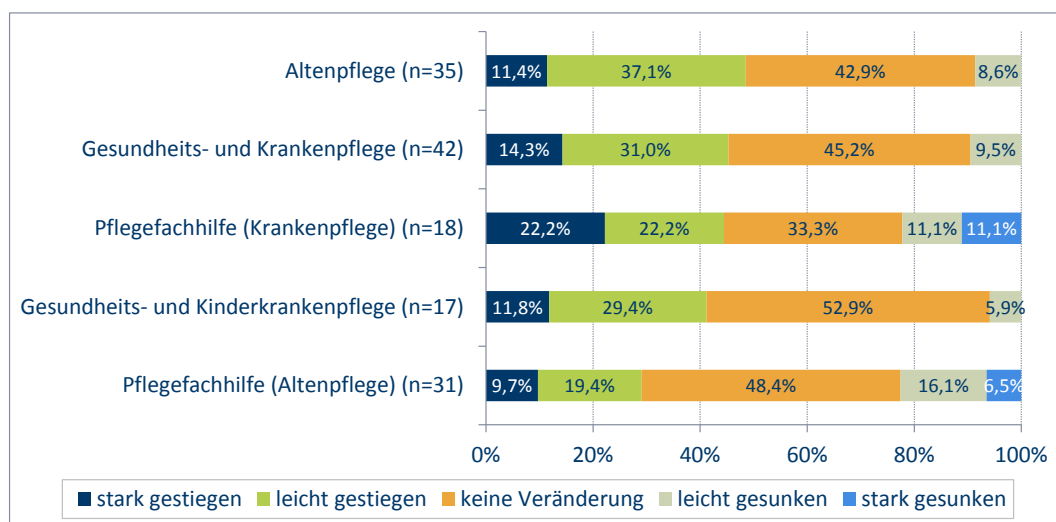
¹⁶ vgl. <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/Triple-Win-Pflegekraefte>

Entwicklung in den letzten fünf Jahren – Plätze und Bewerberinnen/Bewerber

Die Angaben zur **Entwicklung der genehmigten Schulplätze** in den einzelnen Ausbildungsgängen in den letzten fünf Jahren fielen teilweise – vermutlich regional bedingt - konträr aus: Im Ausbildungsgang der Pflegefachhilfe (Krankenpflege) hätte es laut 22,2 % der Berufsfachschulen (n = 18) im o. g. Zeitraum einen starken Anstieg der Anzahl der genehmigten Schulplätze gegeben, während rd. 11 % von einem starken Rückgang sprachen (s. Abbildung 214). Über alle Ausbildungsberufe hinweg zeigten sich am häufigsten Rückgänge in den Ausbildungsgängen der Pflegefachhilfe (Kranken- und Altenpflege), wie rd. 7 % (n = 31; PFH Altenpflege) bis 11 % (n = 18; PFH Krankenpflege) bestätigten. Dagegen hätten die anderen Ausbildungsberufe lediglich einen „leichten“ Rückgang zwischen minimal rd. 6 % (n = 17; Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) und maximal rd. 10 % (n = 42; Gesundheits- und Krankenpflege) verzeichnet.

Insgesamt 48,5 % (n = 35) gaben an, dass die Anzahl der genehmigten Schulplätze in der Altenpflege in den letzten fünf Jahren „leicht“ bzw. „stark“ angestiegen sei, für die Gesundheits- und Krankenpflege bestätigten dies 45,3 % (n = 42). Den geringsten Zuwachs an genehmigten Schulplätzen verzeichnete demnach der Ausbildungsgang Pflegefachhilfe (Altenpflege) – lediglich rd. 29 % (n = 31) berichteten hier von einem „leichten“ bis „starken“ Anstieg der Anzahl genehmigter Schulplätze.

Abbildung 214: Entwicklung der Anzahl der genehmigten Schulplätze in den letzten fünf Jahren nach Ausbildungsgang



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Der Rückgang genehmigter Schulplätze wurde am häufigsten mit rückläufigen Auszubildendenzahlen bzw. Bewerbungen begründet. Andere Ausbildungsgänge sowie Ausbildungsbedingungen auf dem Markt wären attraktiver. Zudem gebe es

bspw. in der Altenpflegefachhilfeausbildung keine Vergütung. Hinzu käme eine hohe Abbruchquote in Folge der Überlastung in den Praxiseinrichtungen.

„Die Nachfrage zur Ausbildung zur Pflegefachhilfe ist sehr rückläufig, hierzu gibt es meines Erachtens zwei wichtige Gründe. 1. Die dafür geeigneten Bewerber bekommen in der Wirtschaft sehr viele verlockende Angebote. 2. die unterschiedliche Handhabung der Ausbildung in Altenpflege und Krankenpflege, Ausbildung in der Krankenpflegehilfe wird bezahlt. Ausbildung in der Altenpflegehilfe ist ohne Ausbildungsvergütung.“

„Die Ausbildungsbedingungen in der Praxis sind immer weniger attraktiv. Insbesondere fällt eine zunehmende Abbrecherquote auf, die häufig mit Überlastung in den Praxiseinrichtungen begründet wird.“

„Ein alleiniges Ansteigen der Ausbildungsplätze wird nicht reichen. Wir haben 150 Plätze genehmigt, können aber pro Ausbildungsjahr maximal 52 Teilnehmer aufnehmen - räumliche Begrenzung! D. h. bis wir von derzeit 131 besetzten Plätzen die tatsächlich genehmigten 150 Plätze besetzt haben, wird das noch dauern, wenn sich die räumlichen Gegebenheiten nicht ändern. Und dann muss man natürlich noch sehen, dass wir ja nicht die einzigen Ausbilder auf dem Markt sind, sondern wir uns mit Handwerk & Co um die weniger werdenden Auszubildenden (Demographie!) bemühen.“

„Gute Ausbildung kostet, aber die Krankenkassen sind nicht bereit, dafür mehr zu bezahlen; deshalb konnten die Träger der Ausbildung nicht mehr Plätze zur Verfügung stellen.“

Gründe für einen Anstieg der genehmigten Plätze in den letzten fünf Jahren waren der räumliche Ausbau bzw. die Erweiterung des Platzangebots (Schulvergrößerung) aufgrund einer leichten bis deutlich erhöhten Nachfrage, bspw. in der Altenpflege, sowie mehr Bewerberinnen bzw. Bewerbern auf Plätze der Pflegefachhilfe, da hier auch eine Verkürzung der Ausbildungszeit möglich wäre. Teilweise wurde das Angebot auch erhöht, um die hohe Abbruchquote in der Probezeit zu kompensieren.

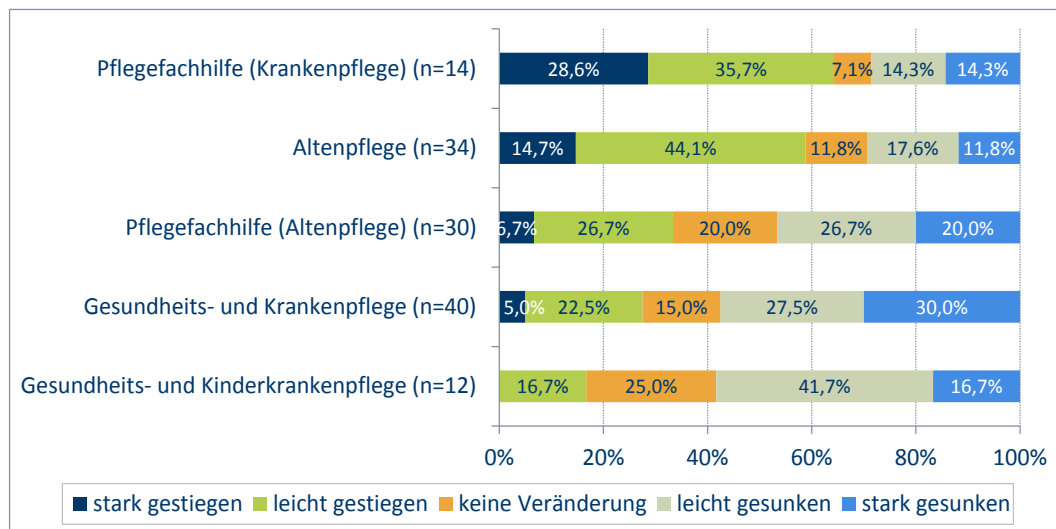
„Zu Beginn des Schuljahres 2019_2020 hatten wir in der Altenpflege sehr viele Bewerber, so dass wir eine 2. Klasse genehmigen ließen. Dahinter stand auch die Möglichkeit, dass unsere diesjährigen Schülerinnen und Schüler in der PFH Ausbildung noch verkürzen können. Die Nachfrage diesbezüglich ist/war groß.“

„Um 5 erhöht, damit wir mit mehr Schülern pro Schuljahr beginnen können, da wir vermehrt Schüler in der Probezeit verlieren.“

Den tendenziell größten Zuwachs an **Bewerbungen** hätte es in den letzten fünf Jahren für den Ausbildungsgang Pflegefachhilfe (Krankenpflege) gegeben. 64,3 % (n = 14) der Berufsfachschulen bestätigten einen „leichten“ bis „starken“ Anstieg (s. Abbildung 215). Ähnlich verhielt es sich in der Altenpflege – hier bestätigten 58,8 % (n = 34) einen „leichten“ bis „starken“ Anstieg der Bewerbungen im gleichen Zeitraum. In der Pflegefachhilfe (Altenpflege) wären die Bewerbungen ten-

denziell eher „leicht“ bis „stark gesunken“, wie 46,7 % (n = 30) der Berufsfachschulen berichteten. Den größten Rückgang („leicht“ bzw. „stark gesunken“) hätte jedoch die Gesundheits- und Krankenpflege, wie 57,5 % (n = 40) bestätigten, bzw. die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, wie 58,4 % (n = 12) berichteten, verzeichnen müssen.

Abbildung 215: Entwicklung der Anzahl der Bewerbungen in den letzten fünf Jahren nach Ausbildungsgang



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Der Rückgang der Bewerberzahlen läge nach Einschätzungen der Berufsfachschulen an der hohen Arbeitsbelastung und den unattraktiven Arbeitsbedingungen als auch dem negativen Image der Pflege sowie der fehlenden Ausbildungsvergütung (Altenpflegehilfe). Hinzu käme, dass ein Teil der Bewerberinnen bzw. Bewerber die Zugangsvoraussetzungen nicht erfülle.

„Ein Hauptzugangsweg in die Pflegeausbildungen führt über vorherige Praktika, FSJ, früher auch Zivildienst. Das machen insgesamt weniger Menschen, somit sinken auch die Bewerberzahlen. Und diejenigen, die die Praxis der Altenpflege aus eigener Anschauung kennen, überlegen es sich zweimal, ob sie diesen Beruf dann auch wirklich wählen wollen. Die knappen personellen Ressourcen in der Altenpflege bewirken einen Teufelskreis des Attraktivitätsverlustes dieses Berufes. Hinzu kommt ein negatives Image der Pflegeberufe, insbes. der Altenpflege.“

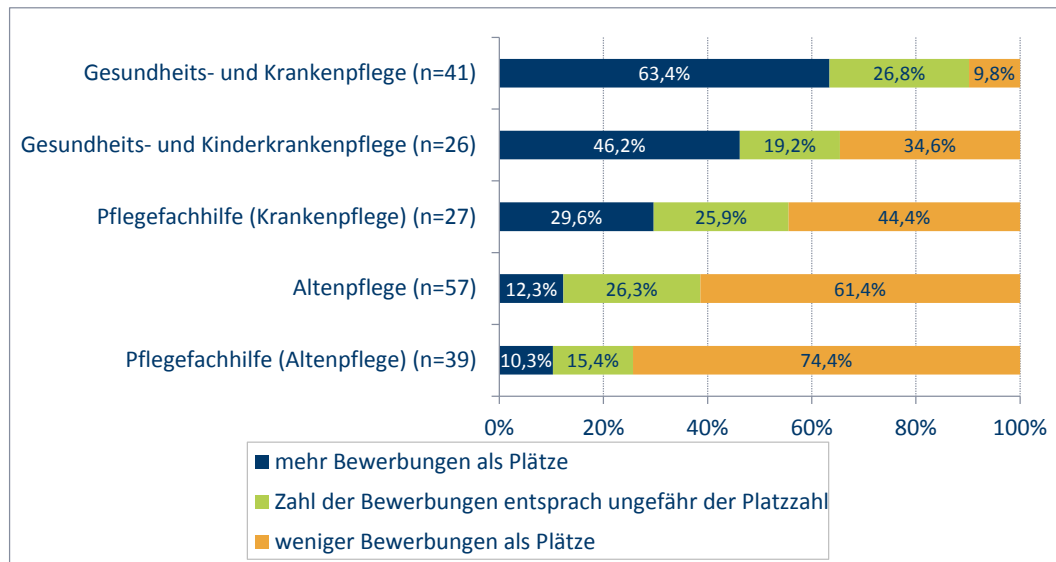
„Tendenziell steigt die Nachfrage, es lassen sich genehmigte Schulplätze auch tatsächlich belegen. Grundsätzlich sind die Bewerberzahlen stark gestiegen. Problematisch sind jedoch die zahlreichen Abbrecher.“

„Die Anzahl von geeigneten Bewerbern hingegen ist leicht gesunken; z. B. Erfüllung der Zugangsvoraussetzung nicht gegeben, mangelnde soziale Kompetenzen.“

Diejenigen, die berichteten, dass ihre Bewerberzahlen gestiegen seien, führten dies auf eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und zusätzlichen Werbemaßnahmen zurück. Wiederum andere Schulen hätten aufgrund ihres großen Einzugsgebiets eine nach wie vor gleichbleibende Nachfrage, da es an Alternativen im Umkreis mangle. Zudem hätten Anfragen von Bewerberinnen und Bewerbern aus anderen Ländern zugenommen.

Im Verhältnis der Anzahl der Bewerbungen zur angebotenen Platzzahl im Ausbildungsjahr 2019/2020 berichteten die Berufsfachschulen, dass es insbesondere in der Gesundheits- und Krankenpflege (Zustimmung 63,4 %; n = 41) sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Zustimmung 46,2 %; n = 26) jeweils mehr Bewerbungen als Plätze gab (s. Abbildung 216). Bei den Ausbildungsgängen der Pflegefachhilfe verhielt sich dies entgegengesetzt, hier gab es tendenziell weniger Bewerbungen als Plätze, besonders in der Pflegefachhilfe Altenpflege, wie 74,4 % (n = 39) bestätigten. In der dreijährigen Altenpflegeausbildung verhielt sich dies ähnlich (61,4 % Zustimmung).

Abbildung 216: Verhältnis von Bewerbungen zur angebotenen Platzzahl im Ausbildungsjahr 2019/2020 nach Ausbildungsgang



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Die Zunahme der Bewerbungen wurde ebenfalls auf eine intensivierete Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vernetzung mit allgemeinbildenden Schulen zurückgeführt. Teilweise gab es deutlich mehr Bewerberinnen und Bewerber als Plätze.

„Pflegefachhilfe (Krankenpflege): deutlich mehr Bewerber als Plätze - leider mit viel schwierigen Bewerbern (mangelnde Qualifikation), Migranten, die gar

nicht in die Pflege wollen, aber wissen, dass sie damit gute Chancen haben, in Deutschland bleiben zu dürfen.“

„Insgesamt wurden 96 Plätze für das Ausbildungsjahr 2019/2020 vergeben. Hierfür hatten wir ca. das Vierfache an Bewerbungen.“

Auf der anderen Seite hätten zwar Bewerbungen zugenommen, aber die Qualität der Bewerberinnen bzw. Bewerber sei wesentlich schlechter, Ausbildungsvoraussetzungen hätten nicht erfüllt werden können bzw. Anerkennungen wurden nicht gewährt.

„Es erfüllten jedoch nicht alle Bewerber die Ausbildungsvoraussetzungen. Einige Bewerber konnten beim Vorstellungsgespräch nicht überzeugen.“

„Bei der Altenpflege war das Hemmnis, die Zeugnisanerkennung und das Visum zu erhalten.“

Bei näherer Betrachtung der Entwicklung der **Kompetenzen der Bewerberinnen und Bewerber** in den letzten zehn Jahren, die für eine erfolgreiche Ausbildung notwendig wären, bestätigen 70 - 80 % der befragten Akteure eine (starke) Verschlechterung dieser über alle Ausbildungsgänge hinweg (s. Abbildung 217). Am schlechtesten schnitt dabei der Bereich der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege ab (80 %ige Zustimmung). Als Beispiele wurden hierfür genannt, dass u. a. Konzentrationsstörungen zunehmen und die Bereitschaft für selbstständiges Lernen abnehmen würde. Zudem steige der Anteil derjenigen, die einen geringeren Schulabschluss hätten bzw. ist zu vermuten, dass die zuvor erworbenen Bildungsabschlüsse nicht ausreichend auf die Ausbildungsanforderungen vorbereiten.

*„Das Niveau auf dem wir unterrichten - sinkt seit Jahren. Schüler*innen können sich nur noch kürzere Zeiten konzentrieren, die Anstrengungsbereitschaft ist gesunken, die vorherigen Bildungsabschlüsse bereiten oft nicht genügend auf das von uns geforderte Niveau vor - z. B. selbstständiges Lernen.“*

„Die Schülerinnen und Schüler sind leichter ablenkbar, haben immer weniger Fähigkeiten in Deutsch und Rechtschreibung, besitzen kaum Lern-Strategien, die sie für sich umsetzen können. Krankheitstage nehmen immer mehr zu.“

Sprachliche Defizite, nicht nur bei Menschen mit Migrationshintergrund, stellen zunehmend eine weitere Hürde dar, sie gehen mit Verständnisproblemen einher und beeinflussen so den Erwerb weiterer Kompetenzen negativ.

„Die meisten Probleme die entstehen beruhen auf sprachlichen Defiziten und dadurch bedingten Verständnisproblemen und Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben, Grammatik usw.“

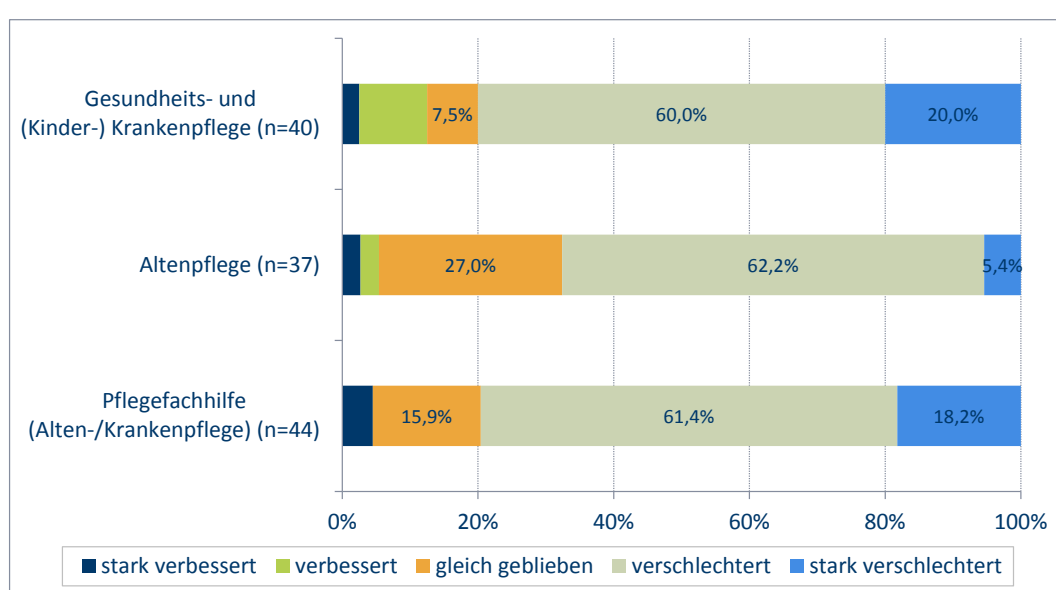
„Auch stellen für Schülerinnen und Schüler, die keine Muttersprachler sind, und von denen es eine zunehmende Zahl gibt, die sprachlichen Kompetenzen eine bedeutsame Hürde dar, die einen verlangsamenden Einfluss hat auf den Erwerb der weiteren Kompetenzen.“

*„Die Bewerber*innen haben ein niedrigeres Durchschnittsalter, geringere Schulabschlüsse und die Defizite in der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit nehmen zu (nicht nur bei Fremdsprachlern).“*

Aufgrund der bereits angeführten Probleme würden viele Schülerinnen bzw. Schüler ihre Probezeit häufig nicht erfolgreich beenden: *„Es zeigte sich in den letzten Jahren, dass mehr Schüler aufgrund schlechter Leistungen oder wegen unpassendem Sozialverhalten nach der Probezeit nicht weiterbeschäftigt wurden oder selber gekündigt haben, da sie sich die Ausbildung anders vorgestellt hatten.“* Insgesamt sei die Abbruchquote hoch, auch wenn die Bewerbungen bzw. Auszubildendenzahlen teilweise zugenommen hätten.

Aus Sicht der befragten Schulen zeige sich insgesamt, dass *„hochqualifizierte“* junge Menschen tendenziell eher nicht in die Pflegeausbildung gehen, während *„minderqualifizierte“* junge Menschen oft nur die Pflege als Ausbildungsmöglichkeit hätten: *„hochqualifizierte junge Menschen gehen weniger in die Pflegeausbildung wegen den Rahmenbedingungen. Nicht wegen der Bezahlung. Geringer ausgebildete junge Menschen haben oft nicht die Möglichkeit mit ihren Noten wo anders zu arbeiten.“*

Abbildung 217: Veränderung der Kompetenzen bei den Bewerberinnen und Bewerbern in den letzten zehn Jahren



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Der Anteil derjenigen, die eine (starke) Verbesserung der Kompetenzen in den letzten 10 Jahren wahrnahmen, lag - über alle Ausbildungsgänge hinweg - bei minimal 4,5 % (Pflegefachhilfe – Kranken-/Altenpflege) und maximal 12,5 % (Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege). Laut Einschätzung einzelner Akteure hätte u. a. das Verantwortungsbewusstsein zugenommen: *„Die neue Generation ist prosozial eingestellt und übernimmt wieder wesentlich mehr Verantwortung für sich; auch die*

Vernunft und die Kritikfähigkeit und Kritiklust der jungen Menschen ist deutlich gestiegen.“ Des Weiteren wären einzelne Schulen bemüht, ihre Konzepte in Abstimmung mit den Schülerinnen bzw. Schülern regelmäßig weiterzuentwickeln: *„Wir entwickeln an unserer Schule immer wieder, in regelmäßigen Abständen (mindestens aber einmal jährlich), mit dem Lehrerkollegium, wie wir die Inhalte noch besser vermitteln, vertiefen und festigen können und stimmen das auch mit den Schülern immer wieder ab, welche Ideen und Innovationen gefördert und umgesetzt werden können.“* Darüber hinaus bieten die Schulen bspw. Unterricht zur Förderung der Sprachkompetenzen bzw. individuelle Lernangebote an: *„Die Zahl der Bewerber mit Migrationsgeschichte ist deutlich höher geworden. Das erschwert das Fortkommen im Unterricht durchaus. Wir haben zusätzlichen Unterricht zur Förderung der Sprachkompetenzen eingerichtet. Diese Möglichkeit stärkt die Kompetenzentwicklung.“*

Entwicklung in den letzten fünf Jahren – Absolventinnen und Absolventen

In Tabelle 95 ist der geschätzte Anteil der Schülerinnen bzw. Schüler mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung im Schnitt der letzten Jahre, nach Ausbildungsgang, dargestellt: Im Vergleich der Ausbildungsgänge schnitt bei den Pflegefachkräften die Altenpflege am schlechtesten ab - durchschnittlich rd. 85 % (n = 33) würden die Ausbildung erfolgreich beenden. Ähnliches zeigte sich bei der Pflegefachhilfe in der Altenpflege – hier würden lediglich im Durchschnitt rd. 78 % (n = 28) erfolgreich die Ausbildung abschließen. Den höchsten Anteil an Schülerinnen bzw. Schülern, die erfolgreich ihre Ausbildung beenden, hätte die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit durchschnittlich 91,3 %.

Tabelle 95: Anteil Schülerinnen und Schüler mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung im Schnitt der letzten Jahre, nach Ausbildungsgang (Angabe in %)

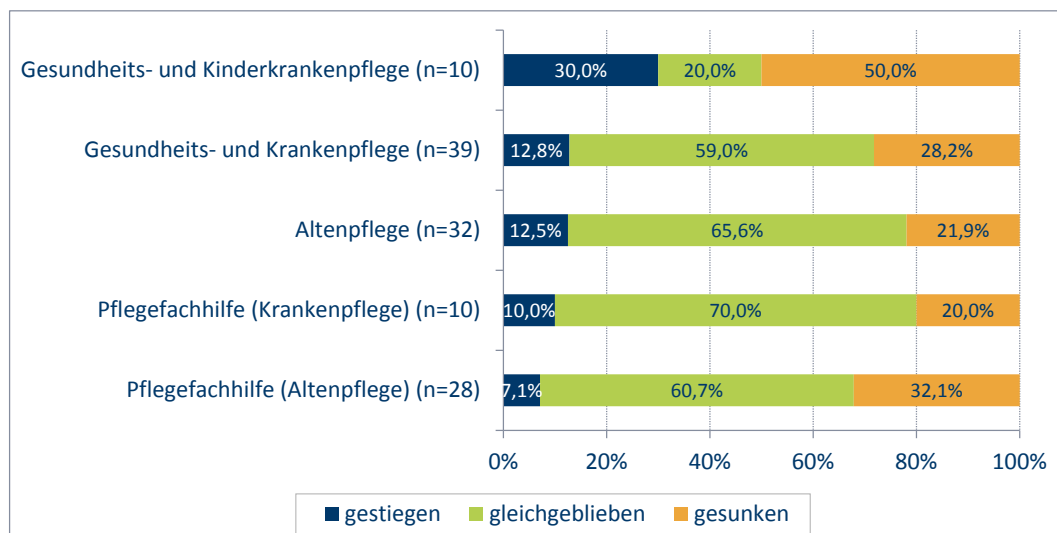
Ausbildungsgang	Anzahl gültig	Fehlend	Mittelwert	Median	Min	Max
Gesundheits- und Krankenpflege	n = 40	(-)	85,5	85,0	65	100
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	n = 10	n = 1	91,3	92,5	80	100
Altenpflege	n = 33	n = 2	84,7	90,0	40	100
Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	n = 12	n = 1	86,3	90,0	70	100
Pflegefachhilfe (Altenpflege)	n = 28	n = 2	77,9	80,0	30	100

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Die Entwicklungen der Anteile der Schülerinnen bzw. Schüler mit erfolgreichem Abschluss in den letzten Jahren in den einzelnen Ausbildungsgängen wurden, bis

auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, mit deutlicher Mehrheit als unverändert eingeschätzt (s. Abbildung 218). In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege schätzte dagegen die Hälfte der Berufsfachschulen (n = 10), dass der Anteil in den letzten Jahren gesunken sei, während in der Gesundheits- und Krankenpflege (n = 39) nur 28,2 % und in der Altenpflege (n = 32) 21,9 % dieser Entwicklung zustimmten. Dass der Anteil gestiegen sei, schätzten – über alle Ausbildungsgänge hinweg – insgesamt nur rd. 7 % (n = 28; Pflegefachhilfe – Altenpflege) bis maximal 30 % (n = 10; Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) ein. In der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege wurde der Anteil mit rd. 13 % ähnlich niedrig bewertet.

Abbildung 218: Entwicklung des Anteils der Schülerinnen und Schüler mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung in den letzten Jahren

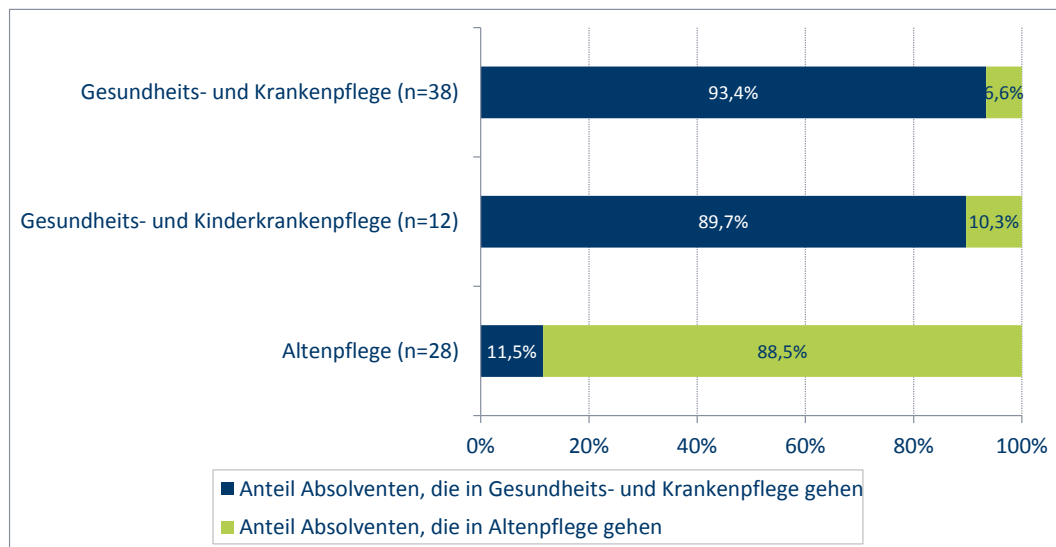


Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Die Berufsfachschulen wurden nach ihrer Einschätzung gebeten, in welche Bereiche die Absolventinnen bzw. Absolventen mit erfolgreich abgeschlossener Ausbildung gehen: Die Ergebnisse zeigen, dass die Absolventinnen bzw. Absolventen hauptsächlich jeweils in ihrem Ausbildungsbereich, entweder Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege, verbleiben (s. Abbildung 219). Lediglich 6,6 % der Absolventinnen bzw. Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege würden nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung in die Altenpflege wechseln, während schätzungsweise 11,5 % der Absolventinnen bzw. Absolventen der Altenpflege in den Gesundheits- und Krankenpflegebereich gehen würden. Erstaunlich hoch zeigt sich im Vergleich der Anteil der Absolventinnen bzw. Absolventen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege – schätzungsweise rd. 10 % der Absolventinnen bzw. Absolventen würden in die Altenpflege wechseln.

Hier nicht explizit abgefragt, jedoch in den Freitexten erwähnt, ist ebenfalls ein nicht zu unterschätzender Anteil an Absolventinnen bzw. Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflege (teilweise rd. 10 %), der nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung ein Studium ergreift oder in einen anderen Beruf wechselt und nicht in seinem originären Arbeitsfeld tätig werde.

Abbildung 219: Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit erfolgreich abgeschlossener Ausbildung, nach zukünftigem Arbeitsbereich



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Aus Sicht der Berufsfachschulen könne der Anteil der erfolgreichen Absolventinnen bzw. Absolventen durch geeignete Maßnahmen der Schulen oder Praxiseinrichtungen erhöht werden – wie 51,4 % bestätigten. Geeignete Maßnahmen sähen die Schulen in erster Linie darin, die Ausbildung in der Praxis zu stärken, sei es durch die Förderung und Verbesserung der Praxisanleitung (geplant und strukturiert), eine „umfangreichere und bessere Betreuung und Anleitung der Schüler während der Praxisphasen“ oder einer „intensivere[n] praktische[n] Ausbildung in der Praxiseinrichtung“. Gleichzeitig müsse man vermeiden die Schülerinnen bzw. Schüler in der Praxis zu überfordern: „Auszubildende werden von Anfang an als vollwertige Arbeitskräfte eingeplant und behandelt, das führt zu Überforderung.“, sondern es bedarf hier einer gezielten und intensiven Einarbeitung. Dafür müssten jedoch auch die Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung grundsätzlich verbessert werden, bspw. durch den Einsatz von mehr Personal.

In den Berufsfachschulen selbst sähe man geeignete Maßnahmen primär in Angeboten und der Bereitstellung individueller Hilfen und Fördermaßnahmen, bspw. in Form individueller Lernberatung und -begleitung. Gleichzeitig könne und müsse man die Unterrichtsmethoden anpassen bzw. verbessern, im Sinne von „induktive[m]/pflegefallorientierte[m] Unterricht“ bzw. exemplarischem Lernen, sowie Sprachförderungsangebote offerieren.

17,1 % der Berufsfachschulen sahen keine geeigneten Maßnahmen, um den Anteil der erfolgreichen Absolventinnen bzw. Absolventen zu erhöhen, mit der Begründung, dass die Möglichkeiten ausgeschöpft wären („weil wir schon so viel dafür tun, mehr ist personell nicht möglich“) bzw. geeignete Maßnahmen und Vertiefungen bereits angeboten würden. Einzelne Berufsfachschulen berichteten auch, dass die Anzahl erfolgreicher Absolventinnen bzw. Absolventen bei ihnen bereits hoch wäre, weshalb keine Maßnahmen notwendig wären.

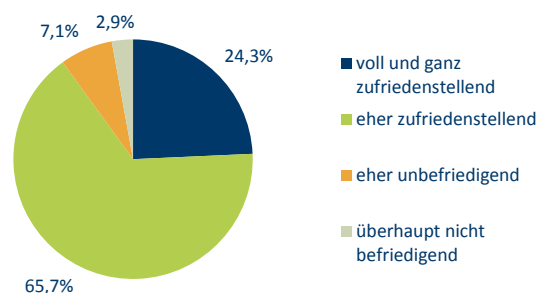
4.9.4.3 Kooperation mit der Praxis

In diesem Abschnitt geht es im Kern um die Zusammenarbeit der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege) mit den Einrichtungen der praktischen Ausbildung (Ausbildungsträger).

Etwas mehr als die Hälfte der Berufsfachschulen (51,4 %) gab an, an einem Ausbildungsverbund beteiligt zu sein, während 41,4 % dies mit der Begründung verneinten, dass entweder der Aufwand einer Gründung zu groß sei bzw. die Verantwortlichkeiten fehlen würden, die Ressourcen zu knapp oder die Vorstellungen der einzelnen Akteure zu unterschiedlich wären. Andere Berufsfachschulen wiederum würden keinen Ausbildungsverbund benötigen, aufgrund der Trägergröße bzw. Trägeraktivitäten. In anderen Regionen wäre ein Ausbildungsverbund, trotz Bemühungen, nicht zustande gekommen bzw. vorangetrieben worden. In einzelnen Kreisen sei dies zukünftig geplant.

Die Kooperationen mit den Praxiseinrichtungen (unabhängig von der Praxisanleitung) würden aus Sicht der überwiegenden Mehrheit der Berufsfachschulen (90 %) „voll und ganz zufriedenstellend“ bzw. „eher zufriedenstellend“ laufen. Nur 7,1 % schätzten die Kooperation als „eher unbefriedigend“ ein, während 2,9 % diese als „überhaupt nicht befriedigend“ bewerteten (s. Abbildung 220).

Abbildung 220: Einschätzung der Kooperation mit den Praxiseinrichtungen (n = 70)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Als zufriedenstellend wurde die Zusammenarbeit bspw. bewertet, wenn sich der Kontakt sehr eng/intensiv bzw. stetig gestalten lässt. Regelmäßige und häufigere Kooperationstreffen im Jahr wären ebenfalls förderlich. Teilweise ließe sich dies jedoch

auch nicht pauschalisieren – unter vielen Kooperationspartnern variere die Zusammenarbeit schon sehr stark.

„Überwiegend hat sich durch die langjährige Zusammenarbeit eine gute Kooperation entwickelt.“

„Guter informeller und formeller Kontakt z. B. im Rahmen der Praxisbegleitung, Konferenzen. Die Ausbildungsqualität variiert je nach Einrichtung.“

Ein großes Problem würden die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen darstellen, weswegen die Bedingungen für Auszubildende dort häufig suboptimal wären und die Schulen die Kooperationen als tendenziell eher nicht zufriedenstellend bewerten, unabhängig ob stationäre oder ambulante Pflege. Dies läge sowohl an häufigen Personalwechseln (häufige Wechsel der Ansprechpersonen), fehlenden Fachkräften sowie fehlenden Praxisanleiterinnen und -leitern, was in der Konsequenz dazu führe, dass Auszubildende wie „vollausgebildetes“ Personal in den Einrichtungen eingesetzt würden, ohne die Anleitung und Ausbildung zu erhalten, die sie eigentlich benötigten.

„Viele Praxiseinrichtungen sehen den Schüler vor allem als Arbeitnehmer und sind mit der Aufrechterhaltung der Pflege bereits "überlastet", ...“

„Die fehlenden Fachkräfte oder schlecht integrierte ausländische Pflegekräfte und fehlende Zeitressourcen machen eine Umsetzung von fachlichen Standards schwierig.“

„(...) Trotzdem gibt es auch schwarze Schafe, die z. B. versuchen ihre Schüler nicht in alle vorgeschriebenen Einsätze zu schicken, da sie dann ihrer Einrichtung nicht zur Verfügung stehen, oder die in anderen Bereichen negativ auffallen (Beispiele: Ein Schultag wurde nur mit 6,5 Stunden bewertet und die Schüler hatten dann jeweils 1,5 Minusstunden pro Schultag, was unzulässig ist. Den Schülern wurde die Wegebauförderung als Darlehen dargestellt, die sie nur vollständig behalten dürften, wenn sie auch nach der Ausbildung für einen bestimmten Zeitraum noch als Arbeitskräfte zur Verfügung stehen. Viele Ausbildungsverträge sind fehlerhaft, enthalten zu wenig Urlaub oder Zusätze, dass Schüler freiwillig bis zu 50 % monatlich mehr arbeiten würden (mit Freizeitausgleich). Natürlich akzeptieren wir als Schule diese Vorgaben nicht, aber man muss sie erst noch mitbekommen.“

„Die Kooperationen mit den Einrichtungen ist aus Sicht der Schule eher zufriedenstellend, der Hauptgrund dafür ist zu wenig Fachkräfte und dadurch auch zu wenig Fachkräfte mit der Zusatzqualifikation Praxisanleiter. Das bedeutet der Auszubildende sowie der Praktikant erhält nicht die praktische Ausbildung die für ihn notwendig und wichtig wäre.“

Die bereits angedeutete Knappheit an Praxisanleiterinnen und –anleitern in den Einrichtungen bestätigte sich auch bei direkter Nachfrage – 62,9 % der Berufsfachschulen schätzten aus ihrer Sicht ein, dass rein personell nicht ausreichend Praxisanleiterinnen und –anleiter in den Pflegeeinrichtungen verfügbar wären. Dies läge nach ihrer Einschätzung daran, dass

- ◆ zu wenige Praxisanleiterinnen und -anleiter ausgebildet würden,
- ◆ die Fluktuation der Fachkräfte zu hoch sei,
- ◆ es keine gesetzliche Verpflichtung, bspw. bezüglich einer festgelegten Quote in der Altenpflege, gäbe,
- ◆ diese (zusätzliche) Aufgabe kaum vergütet werde,
- ◆ die Motivation zu gering sei,
- ◆ zeitliche Ressourcen zur Umsetzung dieser Aufgabe in der Praxis fehlten (keine Freistellung für Praxisanleitung) oder
- ◆ eine Stelle für eine Praxisanleitung in der Einrichtung nicht vorgesehen sei.

„Kaum Vergütung für diese Position. Tätigkeit konnte bisher aus Zeitgründen in der Altenpflege oftmals nicht umgesetzt werden.“

„auf dem Papier schon... aber diese sind oft mit anderen Aufgaben ausgelastet“

Knapp ein Drittel der Berufsfachschulen (30 %) schätzte dagegen die (personelle) Verfügbarkeit der Praxisanleiterinnen und -anleiter als ausreichend ein, da diese bspw. zum Teil selbst ausgebildet würden: *„Da wir selber die Weiterbildung zur Praxisanleiterin/anleiter durchführen, sind wir immer mit den Kooperationspartnern im Austausch.“* Insgesamt rd. 7 % konnten hierzu keine Aussage treffen.

Die Einschätzung der Betreuung der Auszubildenden in den Praxiseinrichtungen durch die Praxisanleiterinnen und -anleiter auf qualitativer Ebene wurde überwiegend als „mangelhaft“ bis „ungenügend“ bewertet. Der häufigste Grund hierfür wären zeitliche Engpässe bzw. fehlende Freistellungen der Praxisanleiterinnen und -anleiter für eine qualitativ hochwertige Anleitung. Die Qualität der Praxisanleitung stehe und falle somit stark in Abhängigkeit des Arbeitsaufkommens. Teilweise müssten die Anleitungen zusätzlich zur Arbeitszeit, d. h. in der Freizeit der Fachkräfte, erledigt werden.

„Dort wo es freigestellte Praxisanleiter gibt, auf die die Stationsleitung keinen Zugriff hat (z. B. zur Kompensation von Krankheitsausfällen), ist sie gut bis sehr gut. Dort wo es keine freigestellten Praxisanleiter gibt (also es sich um eine Zusatzaufgabe handelt, oder nur eine stundenweise Freistellung - auf dem Papier - gewährt wird) ist sie mangelhaft bis zum Teil ungenügend.“

„Praxisanleiter sind oft nicht mit den Schüler/innen in der gleichen Schicht eingeteilt und können somit nicht zusammen arbeiten. Praxisanleiter haben zu wenig Zeit für ihre Schüler/innen und bekommen dafür keine Freistellung. Praxisanleiter müssen oftmals ihre Freizeit für Anleitungsstunden opfern. Schüler/innen werden alleine gelassen.“

„Zu wenige der ausgebildeten Praxisanleiter haben den zeitlichen Freiraum die Schüler wirklich gut anzuleiten. Die Mehrzahl der Praxisanleiter auf den Stationen ist zu nahezu 100% in den normalen Stationsalltag eingebunden, die Zahl der hauptberuflichen Praxisanleiter ist zu gering.“

„Sehr wechselhaft, von sehr gut betreut bis kaum betreut. Oft keine Freigestellten Praxisanleiter - Anleitung läuft nebenbei. Wichtigkeit von Anleitung fehlt.“

*„Je nach jeweiligem Pflegesetting und persönlicher Haltung der Praxisanleiter*innen variiert die Qualität. Bei geplanter Anleitung mit Unterstützung der Leitung und Freistellung im Dienstplan wird eine hohe Qualität erreicht.“*

Hinzu käme ein teilweise sehr unterschiedliches Verständnis von Praxisanleitung in den Einrichtungen. Es gebe durchaus Einrichtungen mit sehr guten Konzepten, andere wiederum leiten ihre Auszubildenden kaum an, dort arbeiten die Schülerinnen bzw. Schüler ausschließlich. In diesem Zuge wurde die Weiterbildung zur Praxisanleiterin bzw. zum Praxisanleiter kritisiert. Weitere Fortbildungen, bspw. in den Bereichen Didaktik und Organisation wären wünschenswert. Zudem könne jede Person Praxisanleiterin bzw. Praxisanleiter werden, ohne dass deren Eignung/Vorqualifikation dafür geprüft werde.

„Momentan noch sehr unterschiedliche Verständnis von Praxisanleitung. Viele Schüler "arbeiten" nur und haben kaum Praxisanleitung.“

„Es gibt Einrichtungen, die ihre Schüler fast gar nicht anleiten und bei denen der Wissensstand einiger Praxisanleiter fragwürdig ist.“

„Anleitung findet, wenn dann überhaupt, zufällig statt, weder geplant noch strukturiert vor- und nachbereitet. Schüler werden als Mitarbeiter gesehen, nicht als Auszubildende. System ist helferdominiert, misstrauensorientiert, motivierte Praxisanleiter haben kaum eine Chance, Zeitressourcen u. ä. für qualifizierte Anleitung zu bekommen.“

„Starke Unterschiede in der fachlichen Qualität der Praxisanleiter/Innen.“

Insgesamt differiere die Wahrnehmung der Qualität der Praxisanleitung in den Einrichtungen sehr stark. Einzelne Berufsfachschulen berichteten in diesem Zuge auch von einer „guten“ bis „sehr guten“ Qualität der Praxisanleitung in den Einrichtungen. Diese zeichne sich bspw. durch die Freistellung der Beschäftigten für die Praxisanleitung aus, einer hohen Motivation der Praxisanleiterinnen und -leiter sowie einer strukturierten und geplanten Umsetzung, z. B. basierend auf festen Konzepten.

„In einzelnen Einrichtungen läuft die Praxisanleitung sehr gut. Die Schüler fühlen sich dort sehr wohl und können viel lernen.“

*„Je nach Einrichtung - von sehr gut bis absolut ungenügend. Hier sind die Einrichtungen auf einem sehr unterschiedlichen Stand - Schüler*innen quittieren dies mit Ausbildungsplatzwechsel.“*

„Das ist sehr unterschiedlich. Einige Einrichtungen habe weitsichtig geplant und viele Praxisanleiter ausgebildet. Es kommt immer häufiger vor, dass Praxisanleiter freigestellt werden und sich um die Azubis kümmern. Das wirkt sich deutlich positiv auf die Qualität der Ausbildung aus.“

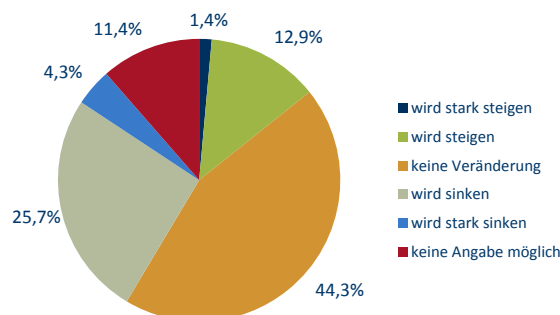
„(...) die Praxisanleiter sind ein wichtiger Bestandteil für eine erfolgreiche Umsetzung der praktischen Inhalte und ein festes Bindeglied für uns in der Schule“

4.9.4.4 Generalistik und Ausblick

Wie bereits eingangs erwähnt, befinden sich die Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege) aktuell in einer Umstrukturierungsphase ihres Ausbildungsangebots hin zur generalistischen Pflegeausbildung ab 01.01.2020, auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes von 2017.

Die Berufsfachschulen wurden gebeten, eine Einschätzung zu den voraussichtlichen **Auswirkungen** der generalistischen Pflegeausbildung auf die **Anzahl der Absolventinnen bzw. Absolventen** (Pflegefachkräfte) vorzunehmen: Lediglich 14,3 % schätzten ein, dass die neue Ausbildungsform zu einem (starken) Anstieg der Absolventinnen bzw. Absolventen führen könne, während der größte Anteil hierdurch keine Veränderung der Absolventenzahlen erwartet. Insgesamt 30 % würden sogar eher einen (starken) Rückgang erwarten (s. Abbildung 221).

Abbildung 221: Einschätzungen zu den Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung auf die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen (Pflegefachkräfte) (n = 70)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Die Einschätzungen wurden vorwiegend damit begründet, dass es nach wie vor an ausreichend Bewerberinnen bzw. Bewerbern fehle, obwohl die Anzahl der Ausbildungsplätze teilweise sogar erhöht wurde: „Viele Schulen in unserer Region erhöhen aktuell die Ausbildungsplätze, andererseits bemerken die meisten Schulen in diesem Jahr einen Rückgang der Bewerberzahlen. Wir haben z. B. Stand heute (31.3.20) erst knapp die Hälfte der Plätze für September 2020 besetzt und wir können nicht einschätzen, ob es uns gelingen wird, während der Corona-Krise noch genügend geeignete Bewerber für diesen Herbst zu finden.“ Entwicklungen seien auch aufgrund der Coronavirus-Pandemie derzeit nicht abzuschätzen. Zukünftig könnte der Anteil der Bewerberinnen bzw. Bewerber ebenfalls weiter zurückgehen, da die Anforderungen steigen und gleichzeitig vermutet wird, dass der Anteil der Auszubildenden höheren Alters (ab 40 Jahre) sinken werde.

„Es wird insgesamt weniger Bewerber geben. Die Anforderungen nach dem Curriculum steigen, aber die Qualität der zukünftigen Schüler nimmt ab. Dies ist in den letzten Jahren bereits deutlich geworden. Die Kompetenz- und Situationsorientierung in der generalistischen Pflegeausbildung setzt einige Fähigkeiten der zukünftigen Schülerinnen und Schüler voraus, was mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht gegeben ist.“

„Es wird sicher keinen Anstieg geben. Ich glaube fast, dass es eher rückläufiger werden wird, da die Ausbildung doch sehr umfangreich ist und trotz Förderung über die Agenturen für Arbeit die Auszubildenden ab einer Altersgrenze plus 40 ausfallen werden.“

Für Bewerberinnen und Bewerber, die sich von vorne herein spezialisieren wollen, ist fraglich, ob die Ausbildungsinhalte noch attraktiv seien, insbesondere in Bezug auf die pädiatrische Pflege.

„Die jungen Menschen haben sich bis jetzt bewusst für eine Altersgruppe entschieden, mit der sie beruflich arbeiten wollen. Dies wird mit der Generalistik verwehrt im Bereich der Altersgruppe 0-14 Jahre und damit vielen jungen Menschen, die sich für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege interessieren würden.“

„Unsicherheit, welcher ob der Abschluss noch dem entspricht, was sich der Bewerber wünscht. Pädiatrisch interessierte Bewerber werden abgestoßen, da sie viel mehr im Erwachsenenbereich arbeiten müssen. Die Durchlässigkeit, die durch die Generalistik entsteht, ist m. E. kein attraktiver Grund, um Pflege zu lernen.“

Des Weiteren müssten sich auch die Bedingungen in den Einrichtungen (ausreichend Personal und qualitativ hochwertige Praxisanleitung) ändern, um mehr erfolgreich abschließende Absolventinnen bzw. Absolventen zu generieren. Einsätze in Pflegeeinrichtungen gelten bisher eher als unattraktiv: *„Meiner Ansicht nach wird die generalistische Ausbildung in den nächsten Jahren bundesweit keine höhere Anzahl an Pflegefachkräften erzeugen. Sollte die Ausbildung von umfassender professioneller Praxisanleitung begleitet werden und Schüler tatsächlich nicht mehr als Lückenbüßer für den Fachkräftemangel erhalten müssen, kann sich die Attraktivität langfristig natürlich steigern. Positiv sehe ich auch das grundständige Studium, damit den pflegebegeisterten Abiturienten eine adäquate Möglichkeit angeboten werden kann. Einige Schüler der bisherigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege äußerten jedoch, dass sie so lange Pflichteinsätze in der Alten- und ambulanten Pflege nicht machen wollten. Ein lernintensiver Einsatz in der Altenpflege kann die zukünftigen Schüler hoffentlich vom Gegenteil überzeugen.“*

Berufsfachschulen, die von einer positiven Entwicklung und somit einem Anstieg der Bewerberzahlen berichten, begründeten dies mit bereits vielen eingegangenen Bewerbungen und positiven Rückmeldungen: *„Bereits jetzt viele Bewerbungen, die z. T. sehr gut informiert über die neue Ausbildung zu den Gesprächen kommen und teilweise sehr konkret berichten, dass die Ausbildung attraktiver erscheint.“* Zudem

verbinde die Generalistik alle Pflegeberufe, was eine Vielfalt des Einsatzbereiches nach sich zöge.

Um die Anzahl der Pflegeschülerinnen und -schüler in der Pflege zu steigern, sollten aus Sicht der Berufsfachschulen Maßnahmen ergriffen werden (s. Tabelle 96), die in erster Linie eine Verbesserung der Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen nach sich ziehen, wie z. B. durch attraktivere Arbeitszeiten (flexiblere Schichtmodelle; 35-Stunden-Woche; mehr Urlaubstage; Abschaffung der Rufbereitschaft), eine bessere Bezahlung, mehr personelle Ressourcen (Erhöhung der Personalschlüssel) sowie mehr Wertschätzung gegenüber den Auszubildenden: *„Willkommenskultur: Die Schülerinnen und Schüler müssen wirklich ERLEBEN, dass sie Auszubildende und dass sie wichtig und willkommen sind (und nicht als billige Arbeitskräfte für wo am Nötigsten verheizt werden).“*

Weiterhin bedürfe es, wie bereits häufiger angesprochen, einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit, sei es durch Image-Kampagnen sowie mehr (gezielter) Werbung, um potentiellen Bewerberinnen und Bewerbern ein Berufsbild mit Perspektiven zu vermitteln: *„Das ist eine gute Frage, da für die Bewerbergewinnung schon viel geleistet wird. Meines Erachtens müsste das Bild über die Pflege in der Öffentlichkeit positiver dargestellt werden. Aktionen wie z. B. "Pflege am Boden" vermitteln kein positives Bild vom Pflegeberuf, sondern bewirken eher das Gegenteil - es schreckt ab. Der Dienst am und mit dem Menschen ist halt einer der herausforderndsten Berufe - vor allem in Kombination mit Krankheit und Leid.“*

Einige Berufsfachschulen monierten bereits die Kooperationen bzw. Bedingungen in den Praxiseinrichtungen, sodass auch hier Verbesserungspotenziale gesehen werden. Diese werden einerseits bereits durch die Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen bestimmt. Eine weitere Rolle spiele jedoch die Praxisanleitung. Diese müsse einerseits geplant sein und zum anderen für diese Tätigkeit auch freigestellt werden. Gleichzeitig bedürfe es mehr Praxisanleiterinnen und -anleiter, sodass pro Schicht, in der Auszubildende arbeiten, eine Praxisanleitung verfügbar wäre.

„freigestellte Praxisanleiter auf jeder auszubildenden Station 1 Schüler 1 Praxisanleiter in der gleichen Schicht“

„mehr Richtung Duale-Ausbildung; weniger Praxisbegleitung durch Lehrer der Schule und konsequente Praxisanleitung durch freigestellte Praxisanleiter in der Praxis“

„Ein guter Schritt ist, dass ab 2020 das erste Ausbildungsjahr nicht auf den Stellenplan angerechnet wird. Dies sollte zwingend auf für das zweite und dritte Ausbildungsjahr eingeführt werden. Auf Grund dessen können die Auszubildenden für den Dienstplan gesondert geplant werden und haben somit auch den Freiraum des sicheren Lernens unter gezielter Anleitung mit Steigerung der Verantwortung, Kompetenzanbahnung.“

Die Ausbildungsvergütung müsse ebenfalls erhöht werden, auch hier wäre eine tarifliche Bindung aller auszubildenden Betriebe wünschenswert. Zugleich fehle es

häufig an bezahlbarem Wohnraum in Ausbildungsnähe, hier wären bspw. Fördermaßnahmen hilfreich. Letztlich gebe es auch Veränderungspotenziale in den Schulen selbst, sei es durch die Verkleinerung der Ausbildungsklassen, der Umgestaltung der Vermittlung von Lerninhalten oder der Schaffung von Angeboten psychosozialer Betreuung in den Schulen. Das folgende Zitat fasst dies wie folgt zusammen: *„Attraktivität des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit stärken. Professionelle Pflege benötigt eine Pflegekammer, Tarifbindung aller ausbildenden Betriebe, um der in den Medien dargestellten schlechten, jedoch meist außertariflichen Entlohnung privater Pflegeanbieter entgegenzuwirken. Die Debatte um den Mindestlohn in der Pflege erzeugt ein negatives Bild. Wohnraumangebot der Ausbildungsträger zeitgemäß und attraktiv gestalten - hier wären Fördermaßnahmen hilfreich. Kleine Klassen (max. 25) vorhalten, da hier eine individuelle Förderung eher möglich ist - lieber klein und fein.“*

Tabelle 96: Potenzielle Maßnahmen zur Erhöhung der Zahl der Pflegeschülerinnen und -schüler in der Pflege

Maßnahme	Anzahl der Nennung
Verbesserungen der Rahmenbedingungen in der Praxis (z. B. Arbeitszeitmodelle; mehr Personal; wertschätzender Umgang gegenüber den Schülerinnen und Schülern)	58
Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes (z. B. Image-Kampagnen, positive Öffentlichkeitsarbeit)	47
Verbesserung der Betreuung/Anleitung in den Praxiseinrichtungen	28
Steigerung der Ausbildungsvergütung	18
Anpassung/Verbesserung der Ausbildung in den Schulen	18
Ausbau von Praktikumsstellen/FSJ (u. a. partielle Einbindung in Unterrichtsstunden)	7
Förderung von Wohnraumangeboten für Auszubildende	7
(volle) Refinanzierung der praktischen Ausbildung	3
Einführung einer Pflegekammer	3

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege) [Freitextanalyse]

Ein Drittel der Berufsfachschulen (32,9 %) bestätigte, dass bestimmte Personengruppen, wie z. B. Alleinerziehende, Eltern, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Lebenserfahrung sowie Haupt- und Mittelschüler ohne mittleren Bildungsabschluss als auch andere Schulabgängerinnen und -abgänger (mit Verpflichtung zu einem sozialen Jahr), vermehrt für die Pflegeausbildung gewonnen werden könnten, sofern die Ausbildungsangebote entsprechend angepasst, Arbeits- und Rahmenbedingungen (Arbeitszeitmodelle, Vergütung, Kinderbetreuungsangebote, Wohnraumförderung) attraktiver, ländliche Regionen infrastrukturell besser angebunden würden sowie das Image der Pflege sich verbessern würde.

„Flexiblere ortsnahe Kinderbetreuung, mehr 1-jährige Helferausbildungen als Einstiegsqualifikation.“

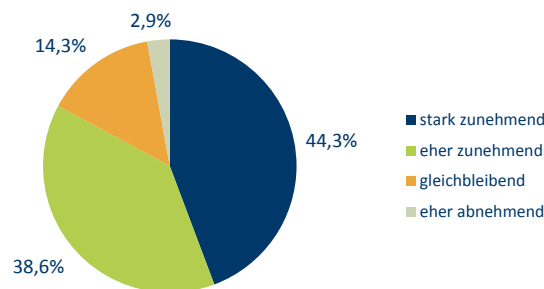
„Einführen eines verpflichtenden sozialen Jahres/Halbjahres mindestens eines Semesters, nach der Schule. Nachdem es keine Bundeswehrpflichtzeit mehr gab, wurde auch der Zivildienst abgeschafft, mit entsprechend katastrophalen Auswirkungen. Durch den Zivildienst kamen junge Männer überhaupt erst auf die Idee, sich für einen sozialen Beruf zu entscheiden!“

„Teilzeitausbildungen für Alleinerziehende mit entsprechenden Arbeitszeitmodellen in der praktischen Ausbildung“

„Integration in die Gesellschaft und gezielte Sprachförderung von Menschen mit Migrationserfahrung/Duldung. Anschließend auch Aufenthaltserlaubnis bei Pflegehelferausbildung, dann zweijährige Tätigkeit als Pflegehelfer und dann erst dreijährige generalistische Pflegeausbildung. Wichtig während dieser Zeit den Menschen eine Aufenthaltserlaubnis auszustellen für den gesamten Zeitraum.“

Die deutliche Mehrheit der Vertreterinnen bzw. Vertreter der Berufsfachschulen (82,9 %) schätzte den **zukünftigen Bedarf an Ausbildungsplätzen** in ihrer Region als „stark“ bzw. „eher“ zunehmend ein, während 14,3 % keine Veränderung und ein geringer Anteil von 2,9 % einen eher abnehmenden Bedarf sieht (s. Abbildung 222).

Abbildung 222: Zukünftiger Bedarf an Ausbildungsplätzen in der Pflege in der jeweiligen Region (n = 70)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Aus Sicht der Berufsfachschulen werde der Bedarf aufgrund des vermehrten Renteneintritts von Pflegefachkräften in den nächsten Jahren sowie des vermehrten Anstiegs pflegebedürftiger Personen und des Angebots bzw. Ausbaus unterschiedlicher/weiterer Versorgungsmöglichkeiten steigen. In bestimmten Regionen ziehen zudem viele jüngere Menschen weg und es blieben vermehrt ältere Menschen, sodass die Sicherstellung der Versorgung besonders schwierig sei. Erhöhte Personalschlüssel versus generelle personelle Engpässe verschärfen die Nachfra-

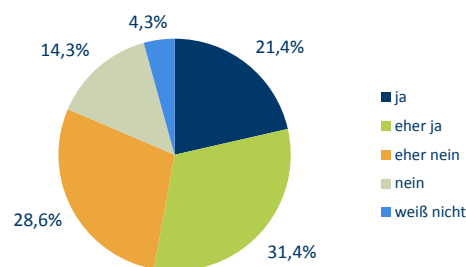
gesituation zusätzlich. Zudem würden ausgebildete Kräfte zu kurz im Beruf verbleiben: *„Es gibt derzeit zu wenig Pflegekräfte und die Zeit, die die Pflegekräfte tatsächlich auch nach ihrer Ausbildung in diesem Beruf arbeiten ist zu kurz.“*

Teilweise könnten die Bedarfe an Ausbildungsplätzen regional noch nicht abgeschätzt werden, auch wenn es eine hohe Anzahl an Ausbildungsplätzen gäbe: *„Die Region hat eine hohe Anzahl an Ausbildungsplätzen, jedoch lässt sich aktuell noch nicht prognostizieren, ob es zu Schulschließungen o. ä. kommt. Wenn dies sein sollte, dann wird es in der Region zu einer Umverteilung an Ausbildungsplätzen kommen und dies hat zur Folge, dass es dadurch an den verbleibenden Schulen zu einer Platzerhöhung kommt. Grundsätzlich steigt der Bedarf an Pflegekräften, wenn jedoch die Finanzierung auf einem niedrigen Niveau belassen wird, dann fallen eher Ausbildungsplätze weg.“*

Nach Ansicht einiger Vertreterinnen bzw. Vertreter ließen die bisherigen Ausbildungsbedingungen in der Pflege eher eine abnehmende Nachfrage nach Ausbildungsplätzen vermuten: *„Der Bedarf an Pflegekräften wird enorm steigen, eine Verbesserung von Image und Arbeitsbedingungen in der Pflege ist aber nicht in Sicht, vielmehr ein negativer Kreislauf von fehlenden Fachkräften in der Pflege, der diesen Beruf immer noch stärker unter Druck setzt. Insofern wird Ausbildung in tendenziell abnehmendem Umfang nachgefragt werden, weil immer weniger Menschen da sind, die sich diesem Beruf aussetzen wollen.“*

Angesichts der Einschätzungen zum zukünftigen Bedarf an Ausbildungsplätzen in der jeweiligen Region bestätigten etwa die Hälfte der befragten Berufsfachschulen (52,9 %), ihre Ausbildungskapazitäten in den kommenden Jahren ausweiten zu können, während 28,6 % tendenziell und 14,3 % dazu gar nicht in der Lage wären (s. Abbildung 223).

Abbildung 223: Zustimmung zur Ausweitung der Ausbildungskapazitäten in den kommenden Jahren in der jeweiligen Region (n = 70)



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen (Schwerpunkt Pflege)

Gründe für Letzteres lägen einerseits bspw. in baulichen Begrenzungen, die keine weiteren Räumlichkeiten erlauben und die Aufnahmekapazitäten begrenzen: *„Mangelnde Schulräumlichkeiten. Praxis zudem auch nicht unbegrenzt über deren normales Arbeitspensum hinaus belastbar mit Kümmern um SchülerInnen.“* Des

Weiteren erwarte man auch zukünftig eher einen Rückgang der Bewerberinnen und Bewerber, u. a. aufgrund geburtenschwacher Jahrgänge. Zudem gebe es Regionen, in denen nur wenige junge Menschen leben, womit das Bewerberpotenzial auch geringer ausfalle. Ein weiteres großes Problem stellten Engpässe beim Lehrpersonal dar – auch hier würde zukünftig qualifiziertes Personal fehlen:

„Durch die sinkenden Bewerberzahlen können nicht mehr junge Menschen ausgebildet werden. Der Pflegeberuf hat aktuell einen eher schlechten Ruf, durch die ganzen Medien usw. Hier wird es schwierig dieses Bild der Pflege aufzuwerten. Viele möchten nicht mehr in der Pflege arbeiten. Außerdem fehlt akademisch qualifiziertes Personal an den Pflegeschulen. Wie sollen hier noch weitere Ausbildungsplätze geschaffen werden, wenn kein Personal da ist für eine qualitativ hochwertige Ausbildung?“

„Kapazitäten können nur ausgeweitet werden, wenn auch das Lehrpersonal vorhanden ist. Tatsächlich ist die Besetzung der Stellen mit qualifizierten Pädagogen schwierig.“

„Es werden um eine gute Ausbildung möglich zu machen, auch gute Lehrkräfte - Pflegepädagogen benötigt. Diese müssen auch in Randgebieten von Bayern einen attraktiven Studienplatz und Arbeitsplatz dann finden. Aktuell fahren Kollegen zum Studium nach Erlangen, Ludwigshafen oder Deggendorf. Dies ist mit einer Teilzeitbeschäftigung und Selbstfinanzierung kaum möglich, Fernstudium müssen alle selber finanziert werden.“

Eine weitere Schwierigkeit werde darin gesehen, dass nicht ausreichend Einsatzmöglichkeiten für die zu erfüllenden Pflichteinsätze gegeben sind, u. a. in der Psychiatrie, in pädiatrischen Einrichtungen oder den ambulanten Pflegediensten: *„Fehlen geeigneter Settings z. B. ambulante Pflege mit Praxisanleitern, Engpass psychiatrischer Einsatz, durch fehlende Settings wird es schwierig, die Vorgaben des PflBG zu erfüllen“.*

Abschließend werden noch weitere Zitate angeführt, die Einschätzungen aus der Praxis, u. a. in Hinblick auf die generalistische Ausbildung wiedergeben:

„Die Einführung der "Generalistik" hätte besser durchdacht werden müssen, ... obwohl es bereits anfangs deutlich wurde, dass z. B. Plätze in der Pädiatrie zu knapp sind - wurde "einfach weiter entwickelt" - auf Kosten der Qualität - den Fremdeinsatz Pädiatrie auf Praktika bei Kitas, Kinderärzten etc. auszuweiten ist eine "Farce", ... Die Koordination der Fremdeinsätze zwischen den Einrichtungen erfordert personelle Kapazitäten für die es lt. Regierung eine Finanzierung gibt, ... jedoch weiß keiner wann und wie viel Geld zur Verfügung steht, ... (...), ... keine Schule bzw. Unternehmen kann unter diesen Umständen eine solche Stelle schaffen, ...“

„Es stellt sich noch die Frage, wie effektiv die Anwerbungen von (angehenden) Fachkräften aus dem Ausland sind. Zum einen erlebe ich da das Problem unzureichender Sprachkompetenzen. Zum anderen erlebe ich da tendenziell eine Motivationsverschiebung: wenn es vor allem um die Arbeitsgenehmigung geht,

dann treten möglicherweise die für eine gute Pflege notwendigen Soft-skills, insbesondere Empathie, Wertschätzung etc. stärker in den Hintergrund. Auch höre ich von großen Integrations-Schwierigkeiten, die Pflege-Teams in Einrichtungen haben. Hier sollte Integration unbedingt viel besser begleitet, unterstützt und gefördert werden.“

„Das Kollegium unserer Schule ist erleichtert, dass es eine einheitliche Pflegeausbildung ab diesem Jahr geben wird. Die Unterschiede und Vorbehalte von KP und KiKP zur Altenpflege sind sehr groß und zum Teil von der KP/KiKP nicht wertschätzend gegenüber der Altenpflege kommuniziert. KP/KiKP haben noch immer von sich die Meinung, besser ausgebildet zu sein. Das ist dringend zu ändern.“

4.9.5 Zusammenfassung zur Ausbildungssituation

Im Zeitraum 2007 bis 2017 stieg in Bayern die Zahl der erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse in den Pflegeberufen an – mit + 78 % am deutlichsten in der dreijährigen Altenpflege, gefolgt von einem Zuwachs von 8 % in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege. In der Pflegefachhilfe konnte nur eine geringe Erhöhung von 2 % realisiert werden. Über alle Berufe hinweg nahm in diesem Zeitraum auch die Zahl der Ausbildungsabbrüche zu – den insgesamt 6.692 Absolventinnen und Absolventen mit erfolgreichem Abschluss 2017 standen 2.355 Ausbildungsabbrüche gegenüber (ein Viertel aller Abschlüsse).

Insgesamt wurden im Jahr 2017 in den Pflegeeinrichtungen 5.993 Pflegefachkräfte und 400 Pflegefachhilfskräfte ausgebildet. Die weitaus meisten Ausbildungsverträge wurden im stationären Sektor (88 %) geschlossen, entsprechend weniger im ambulanten Bereich (12 %). Durchgehend zeigte sich auf Kreisebene ein sehr heterogenes Bild – während einige Landkreise und kreisfreie Städte vergleichsweise hohe Ausbildungsquoten (bezogen auf die jeweils tätigen Beschäftigten in Pflege und Betreuung) aufwiesen, wurde in anderen gar nicht ausgebildet.

Insbesondere in der Pflegefachhilfe waren 2017 in vielen Regionen niedrige bis teilweise gar keine Ausbildungszahlen zu verzeichnen. Dies ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Gutachtens zur Personalbemessung in der stationären Altenpflege (Rothgang *et al.* 2020) besonders kritisch zu sehen, da künftig in den Einrichtungen voraussichtlich deutlich mehr Pflegepersonal auf der Ebene der Hilfskräfte benötigt wird.

Die Pflegeeinrichtungen schätzten die regionale Ausbildungssituation insgesamt eher kritisch ein (d. h. als eher nicht ausreichend, die Personalbedarfe der Einrichtungen zu decken), wobei insbesondere eine nicht ausreichende Zahl an Bewerberinnen und Bewerbern angegeben wird. Teilweise nicht besetzte Ausbildungsplätze im aktuellen Ausbildungsjahr (2019/2020) bestätigen dies. Damit könnte ggf. auch die Zunahme von Ausbildungsabbrüchen zu erklären sein, wenn mangels anderer Bewerberinnen und Bewerber auch Kandidatinnen und Kandidaten mit schlechteren Schulabschlüssen akzeptiert werden.

Die Ausbildungsbereitschaft ist vor allem in den vollstationären Einrichtungen sehr hoch. Sowohl Tagespflege- als auch ambulante Einrichtungen, die bisher nicht ausgebildet haben, wollen sich teilweise künftig daran beteiligen.

Aus Sicht der Berufsfachschulen gestalte sich die Zusammenarbeit mit den Praxiseinrichtungen sehr unterschiedlich. Häufig wären die Bedingungen in den Einrichtungen für die Schülerinnen und Schüler unzureichend, sowohl in Bezug auf die Rahmenbedingungen (Arbeitsbelastung, Vergütung, Wertschätzung) als auch die Praxisanleitung. Weiterhin bestätigten 70 - 80 % der Berufsfachschulen, dass sich die Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler - über alle Ausbildungsberufe hinweg - in den letzten Jahren deutlich verschlechtert hätten. Beide genannten Punkte führen u. a. häufiger zu vorzeitigen Ausbildungsabbrüchen.

Die Berufsfachschulen schätzten die zukünftigen Bedarfe an Ausbildungsplätzen in den einzelnen Kreisen überwiegend als „stark“ bzw. „eher“ zunehmend ein, insbesondere mit Blick auf den steigenden Versorgungsbedarf und bereits bestehende personelle Engpässe in der Pflege. Auf der anderen Seite sei eine Ausweitung der Ausbildungsplätze eher ungewiss, aufgrund des Rückgangs und mangelnder (geeigneter) Bewerberinnen und Bewerber sowie der Schwierigkeit, ausreichend qualifiziertes Lehrpersonal zu finden.

95,7 % der befragten Schulen werden ab 2020 die neue generalistische Pflegeausbildung anbieten. Der größte Anteil der Berufsfachschulen erwarte im Zuge dieser Einführung jedoch keine Erhöhung der Zahlen der Absolventinnen und Absolventen, da eine Besserung der Ausbildungs- und Rahmenbedingungen in der Pflege nicht in Sicht wäre.

5. Ergebnisse der Pflegebedarfsprognose bis 2050

Die Ergebnisse der Pflegebedarfsprognose beinhaltet Ergebnisse zur prognostizierten Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen, den hiermit verbundenen pflegerischen Versorgungsbedarf, die für die Erfüllung des Versorgungsbedarfs erforderlichen Pflegepersonalressourcen sowie Pflegeheimplätze bzw. Pflegeplätze in der Tages- und Nachtpflege. Die Prognose erstreckt sich ausgehend vom Jahr 2017 über einen Zeitraum von 33 Jahren bis zum Jahr 2050. Dargestellt werden in den folgenden Abschnitten die Ergebnisse für Bayern sowie die bayerischen Regierungsbezirke. Die Ergebnisse für alle 96 Landkreise und kreisfreien Städte sowie für die 18 Planungsregionen sind im gesonderten Berichtsteil B enthalten.

In Abschnitt 5.1 sind die Ergebnisse der **Bevölkerungsvorausberechnung** des LfStat dargestellt. Diese basiert auf der öffentlich verfügbaren Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2017 bis 2037, die im Auftrag des StMGP vom Bayerischen Landesamt für Statistik unter Beibehaltung der zu Grunde liegenden Annahmen bis 2050 fortgeschrieben wurde.

Die Prognoseergebnisse zur Entwicklung der **Anzahl der pflegebedürftigen Personen** sind in Abschnitt 5.2 enthalten. Die Prognosen beinhalten pflegebedürftige Personen aller Altersjahre ab einem Alter von null Jahren. Der Ausweis der Ergebnisse erfolgt gruppiert in vier Altersklassen (bis unter 18 Jahre, 18 bis unter 65 Jahre, 65 bis unter 80 Jahre und über 80 Jahre). Neben den Pflegegraden 1 bis 5 wird im Rahmen der Prognosen auch berücksichtigt, dass zu jedem beliebigen Zeitpunkt ein bestimmter Anteil der Pflegebedürftigen noch keinem Pflegegrad zugeordnet ist. Diese Teilgruppe wird gesondert ausgewiesen.

Abschnitt 5.3 zeigt die prognostizierte Entwicklung des **Bedarfs an pflegerischer Versorgung**. Hierbei wird zwischen folgenden Versorgungsarten differenziert

- ◆ Pflegegeld (häusliche Pflege durch Angehörige)
- ◆ Kombileistung (Kombination aus häuslicher Pflege durch Angehörige und ambulanter Sachleistung durch einen Pflegedienst)
- ◆ Ambulante Sachleistung
- ◆ Ganztägige ambulante Verhinderungspflege
- ◆ Vollstationäre Dauerpflege
- ◆ Kurzzeitpflege

Die ausgewiesenen Versorgungsfälle nach Versorgungsart reflektieren nicht die Anzahl der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Jahres den jeweiligen Versorgungsbedarf aufweisen, sondern den tagesdurchschnittlichen Versorgungsbedarf. Dies impliziert, dass sich bei den sechs im Rahmen der Prognose berücksichtigten Versorgungsarten um disjunkte Teilmengen der pflegebedürftigen Personen handelt. Eine pflegebedürftige Person kann innerhalb eines Tages nur eine Versorgung nach genau einer der sechs Versorgungsarten erhalten, auch wenn Pflegeleistung-

gen der Pflegekasse möglicherweise parallel geleistet werden (bspw. im Zusammenhang mit der ambulanten Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst).

Als einzige ergänzende Pflegeleistung neben den sechs genannten Versorgungsarten wird die prognostizierte Entwicklung des Bedarfs an teilstationärer Pflege ausgewiesen. Teilstationäre Pflegeleistungen können bei ambulanter Versorgung ergänzend nachgefragt werden. Bei der Prognose des teilstationären Versorgungsbedarfs wird ausschließlich der Bedarf nach Leistungen der Tagespflege berücksichtigt, da es 2017 in Bayern kein Angebot an Nachpflegeplätzen gab. Der Bedarf an teilstationärer Pflege kann daher weitestgehend als Bedarf an Tagespflege verstanden werden und die Begriffe werden im Berichtsteil synonym verwendet.

Der berichtete Versorgungsbedarf reflektiert die prognostizierte Nachfrage der Pflegebedürftigen nach Versorgungsleistungen und nicht notwendigerweise die prognostizierte Inanspruchnahme, d. h. die realisierbare Nachfrage, von Pflegebedürftigen nach Versorgungsleistungen. Die Inanspruchnahme setzt voraus, dass die nachgefragten Leistungen verfügbar sind und die Pflegebedürftigen ihren Bedarf realisieren können, und ist ggfs. auch das Ergebnis von Leistungssubstitution bei Nichtverfügbarkeit der ursprünglich nachgefragten Versorgungsleistung.

Die Ergebnisse zur prognostizierten Entwicklung des **Pflegepersonalbedarfs** sind in Abschnitt 5.4 dargestellt. Die Prognose des Pflegepersonalbedarfs basiert auf dem prognostizierten Versorgungsbedarf und reflektiert die personellen Ressourcen, die erforderlich sind, um den pflegerischen Versorgungsbedarf der pflegebedürftigen Bevölkerung zu erfüllen. Die Bestimmung der zukünftigen Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs erfolgte auf der Grundlage kreiseinheitlicher Personalschlüssel und Fachkraftquoten als landesweiter Durchschnitt über alle bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass aktuell beobachtbare Unterschiede in Personal- und Fachkraftquoten keine kreisspezifischen Bedarfsunterschiede reflektieren, sondern als realisierte Personalinanspruchnahme die kreisspezifische Beschäftigungs- und Arbeitsmarktlage widerspiegeln. Die berichteten Ergebnisse reflektieren demnach – ausgehend von der tatsächlichen Beschäftigung im Jahr 2017 – den prognostizierten Personalmehrbedarf, der entsprechend des durchschnittlichen Personalschlüssels und der durchschnittlichen Fachkraftquote in Bayern für eine qualitativ gute Versorgung der kreisspezifischen Versorgungsbedarfe erforderlich ist.

Im Rahmen der Prognose des Pflegepersonalbedarfs werden Pflegekräfte berücksichtigt, die in der körperbezogenen Pflege oder Betreuung tätig sind. Im ambulanten Bereich beinhalten die Pflegepersonalbedarfsprognosen darüber hinaus Pflegedienstleitungen und Beschäftigte mit überwiegender Tätigkeitsbereich *Hilfe bei der Haushaltsführung*. Im stationären Bereich sind in den Bedarfsprognosen auch Beschäftigte mit überwiegender Tätigkeitsbereich *Zusätzliche Betreuung und Aktivierung* nach § 43b SGB XI enthalten. Die Prognose und der Ausweis der Ergebnisse erfolgt in VZÄ. Dabei werden die Pflegekräfte entsprechend ihres Arbeitszeitanteils gewichtet. Ein VZÄ entspricht einer in Vollzeit beschäftigten Pflegekraft.

Der Ausweis der Ergebnisse erfolgt differenziert nach dem Qualifikationsniveau in Pflegefach- und Pflegehilfskräfte sowie nach der Einrichtungs- bzw. Versorgungsart.

Die Ergebnisse zur prognostizierten Entwicklung des **Pflegeplatzbedarfs** sind in Abschnitt 5.5 enthalten. Die Prognose basiert auf der prognostizierten Entwicklung des stationären Versorgungsbedarfs. Hierbei wird zwischen vollstationärer Versorgung im Rahmen der Dauerpflege, (vollstationärer) Kurzzeitpflege und teilstationärem Versorgungsbedarf (Tagespflege) unterschieden.

Bei der Prognose des Pflegeplatzbedarfs wird berücksichtigt, dass die Auslastung in Pflegeeinrichtungen nicht 100 % betragen kann, da temporale Schwankungen des Versorgungsbedarfs auftreten, nicht immer alle Plätze genutzt werden können (Renovierungen, Personalmangel) und der Wechsel von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie Tagespflegegästen stets mit einem vorübergehenden Leerstand bzw. einer Unterauslastung der vorhandenen Pflegeplätze verbunden ist.

Die Bestimmung des Pflegeplatzbedarfs basiert auf einer kreiseinheitlichen Auslastungsquote der Pflegeplätze als landesweiter Durchschnitt über alle bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass es sich bei den beobachtbaren Auslastungsunterschieden zwischen den bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten nicht um kreisspezifische Merkmale des Pflegeplatzbedarfs handelt, sondern diese Auslastungsunterschiede einer –möglicherweise auch nur temporär vorherrschenden – kreisspezifischen Marktsituation geschuldet sind. Ausgehend vom tatsächlichen Pflegeplatzangebot im Jahr 2017 reflektiert die prognostizierte Entwicklung des Pflegeplatzbedarfs die Entwicklung des kreisspezifischen Versorgungsbedarfs auf der Grundlage einer Auslastungsquote, die dem Durchschnitt über alle bayerischen Landkreise entspricht und somit eine auch aus wirtschaftlichen Aspekten langfristig tragfähige Auslastung widerspiegelt.

5.1 Prognose der Bevölkerungsentwicklung

Im Jahr 2017 lebten in Bayern etwa 13 Mio. Personen, davon 6,56 Mio. Frauen (50,5 %) und 6,44 Mio. Männer (s. Tabelle 97). Etwa 2,13 Mio. Personen befanden sich 2017 im Alter unter 18 Jahren, 8,23 Mio. zwischen 18 und 64 Jahren und 1,89 Mio. zwischen 65 und 79 Jahren. Etwa 750.000 Personen weisen ein Alter von 80 Jahren und älter auf. In den jüngeren Altersklassen bis zu einem Alter von 64 Jahren sind Männer überproportional vertreten. Ab einem Alter von 65 Jahren übersteigt die Anzahl der Frauen die männliche Bevölkerung. Dies reflektiert die in diesen Altersklassen höhere Sterblichkeit der Männer.

Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2050 zeigt einen Anstieg der Einwohnerzahl Bayerns auf 13,15 Mio. Personen im Jahre 2020, 13,39 Mio. Personen im Jahr 2030 und 13,49 Mio. Personen im Jahr 2040. Danach sinkt die Bevölkerungsgröße wieder leicht auf 13,36 Mio. im Jahr 2050. Die Veränderung der Bevölkerungsgröße geht mit einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur einher. Während die Bevölkerung im Alter bis 64 Jahre im Jahr 2050 niedriger ausfällt als 2017,

steigt die Anzahl der Personen ab einem Alter von 65 Jahren stark an. Im Jahr 2050 befinden sich 2,20 Mio. Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren und 1,41 Mio. Personen im Alter von 80 Jahren und älter.

Auch die Geschlechterverhältnisse verändern sich im Zeitverlauf bis 2050. Im Jahr 2030 leben in Bayern noch mehr Frauen als Männer. Ab dem Jahr 2040 übersteigt die Anzahl der Männer die weibliche Bevölkerung. Dies ist vor allem auf eine im Zeitverlauf sinkende Sterblichkeitsprognose der Männer im Alter ab 65 Jahren zurückzuführen, so dass Männer in diesen Altersgruppen einen überproportionalen Anstieg aufweisen.

Tabelle 97: Prognose der Bevölkerungsentwicklung in Bayern

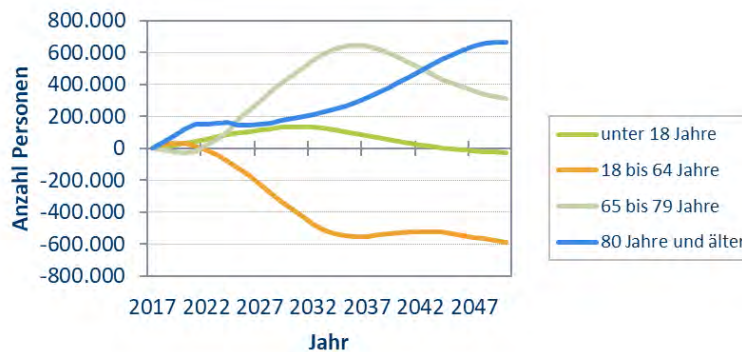
Geschlecht	Alter	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Frauen	unter 18 Jahre	1.037.408	1.054.221	1.102.226	1.056.804	1.023.269
	18 bis 64 Jahre	4.047.715	4.053.126	3.822.270	3.721.664	3.673.940
	65 bis 79 Jahre	1.005.264	987.615	1.230.054	1.281.030	1.135.756
	80 Jahre und älter	468.314	529.626	558.725	682.341	822.575
	Gesamt	6.558.701	6.624.588	6.713.275	6.741.839	6.655.540
Männer	unter 18 Jahre	1.095.125	1.110.993	1.164.924	1.119.098	1.083.504
	18 bis 64 Jahre	4.183.133	4.207.684	4.026.464	3.981.094	3.968.667
	65 bis 79 Jahre	880.661	869.836	1.110.286	1.170.691	1.063.829
	80 Jahre und älter	279.584	337.743	375.340	479.084	591.584
	Gesamt	6.438.503	6.526.256	6.677.014	6.749.967	6.707.584
Gesamt	unter 18 Jahre	2.132.533	2.165.214	2.267.150	2.175.902	2.106.773
	18 bis 64 Jahre	8.230.848	8.260.810	7.848.734	7.702.758	7.642.607
	65 bis 79 Jahre	1.885.925	1.857.451	2.340.340	2.451.721	2.199.585
	80 Jahre und älter	747.898	867.369	934.065	1.161.425	1.414.159
	Gesamt	12.997.204	13.150.844	13.390.289	13.491.806	13.363.124

Quelle: IGES, auf Grundlage von Bevölkerungsvorausberechnung Bayern (LfStat 2019)

Die prognostizierte Entwicklung der Bevölkerung in Bayern nach Altersklassen im Zeitverlauf bis 2050 ist in Abbildung 224 dargestellt. Abgebildet ist die Veränderung der Bevölkerungsgröße im Vergleich zum Jahr 2017. Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass insbesondere die Bevölkerung ab 80 Jahre im Vergleich zu 2017 stark ansteigt, während gleichzeitig die Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren deutlich zurückgeht. Bis zum Jahr 2035 steigt auch die Bevölkerung im Alter von 65 bis 79 Jahren um etwa 600.000 Personen an, im weiteren Zeitverlauf sinkt die Bevölkerungsgröße in dieser Altersklasse jedoch wieder, so dass im Jahr 2050 im

Vergleich zu 2017 ein Zuwachs von etwa 300.000 Personen zu erwarten ist. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren steigt bis 2030 um etwa 150.000 Personen an, liegt jedoch ab dem Jahr 2045 wieder unterhalb ihres Ausgangswertes 2017.

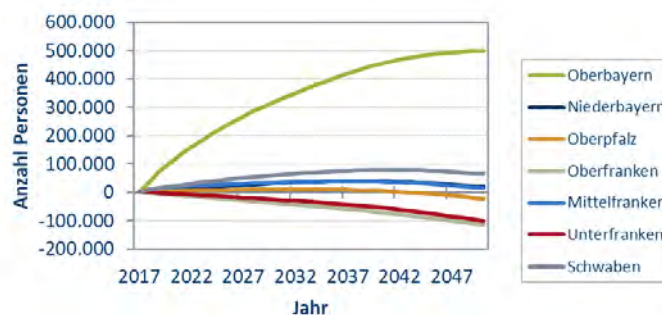
Abbildung 224: Prognose der Bevölkerungsveränderung in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von Bevölkerungsvorausberechnung Bayern (LfStat 2019)

Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung stellt sich sehr unterschiedliche zwischen den bayerischen Regierungsbezirken dar. Während in Oberbayern, Niederbayern, Mittelfranken und Schwaben die Bevölkerungsgröße zunimmt, geht in Oberfranken und Unterfranken die Bevölkerungszahl kontinuierlich zurück. Im Regierungsbezirk Oberpfalz steigt die Bevölkerungsgröße zunächst bis etwa zum Jahr 2030 leicht an, fällt jedoch im weiteren Zeitverlauf und erreicht im Jahr 2050 ein Niveau knapp unterhalb der Bevölkerungsgröße 2017 (s. Abbildung 225).

Abbildung 225: Prognose der Bevölkerungsveränderung im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Bevölkerungsvorausberechnung Bayern (LfStat 2019)

Die Bevölkerungsentwicklung der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren ist in den Regierungsbezirken tendenziell geprägt durch einen Anstieg bis zum Jahr 2030

und einen im weiteren Zeitverlauf einsetzenden kontinuierlichen Rückgang der Bevölkerungszahlen. Eine Ausnahme von dieser Entwicklung stellt der Regierungsbezirk Oberfranken dar, wo die prognostizierte Bevölkerungsgröße in dieser Altersklasse im gesamten Zeitverlauf kontinuierlich sinkt (s. Tabelle 98). In allen Regierungsbezirken außer Oberbayern leben im Jahr 2050 weniger Personen im Alter unter 18 Jahren als noch 2017. In Oberbayern fällt der Bevölkerungsrückgang in dieser Altersklasse ab dem Jahr 2030 nur sehr gering aus, so dass im Jahr 2050 im Vergleich zu 2017 ein Zuwachs zu verzeichnen ist.

In der Altersklasse 18 bis 64 Jahre zeigen sich bei der Bevölkerungsentwicklung dagegen größere Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken. Während in Oberbayern die Bevölkerungsgröße im Zeitverlauf steigt, werden für Niederbayern, Oberpfalz, Mittelfranken und Schwaben leichtere Rückgänge prognostiziert. In Oberfranken und Unterfranken fällt der prognostizierte Bevölkerungsrückgang noch stärker aus, insbesondere in Relation zur Bevölkerungsgröße. So verringert sich die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in Oberfranken von 667.000 Personen im Jahr 2017 auf 527.000 im Jahr 2050 um etwa 20 %. In der gleichen Größenordnung verringert sich die Bevölkerungsgröße dieser Altersklasse in Unterfranken von 825.000 auf 673.000 (- 18 %).

Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung in der Altersklasse 65 bis 79 Jahre ist in den meisten Regierungsbezirken gekennzeichnet durch einen Anstieg der Bevölkerungsgröße bis zum Jahr 2040 und einen mehr oder weniger stark ausgeprägten Rückgang im weiteren Zeitverlauf bis 2050. In Oberfranken und Unterfranken setzt dieser Rückgang bereits mit dem Jahr 2030 ein. Mit Ausnahme von Oberfranken und Unterfranken leben im Jahr 2050 deutlich mehr 65- bis 79-jährige Personen in den Regierungsbezirken als im Jahr 2017.

In allen Regierungsbezirken wird in der Altersklasse 80 Jahre und älter ein über den gesamten Zeitverlauf kontinuierlicher Anstieg der Bevölkerungsgröße prognostiziert. Die Anzahl der Personen in dieser Altersklasse verdoppelt sich annähernd bis zum Jahr 2050 im Vergleich zu 2017. Lediglich in Oberfranken, Mittelfranken und Unterfranken fallen die Zuwachsraten mit Werten zwischen 70 % und 80 % etwas geringer aus.

In der Gesamtschau ist die Bevölkerungsentwicklung in den Regierungsbezirken gekennzeichnet durch eine Zunahme der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren und einen Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 18 bis 64 Jahren. Insbesondere für die Altersklasse der Hochbetagten ab einem Alter von 80 Jahren werden hohe Zuwachsraten prognostiziert. Vor dem Hintergrund potenzieller Pflegebedürftigkeit in den höheren Altersklassen in Verbindung mit einem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, die die Grundlage des Arbeitskräftepotenzials bildet, stehen alle Regierungsbezirke vor der Herausforderung, einen potenziell steigenden Pflegebedarf mit einem tendenziell rückläufigen Arbeitsangebot bewältigen zu müssen.

Besonders von dieser Entwicklung betroffen sind die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken, aber auch Oberpfalz und Niederbayern. In Oberpfalz und Niederbayern fällt der prozentuale Rückgang der Bevölkerung im Alter von 18 bis

64 Jahren etwas schwächer aus als in Oberfranken und Unterfranken, dafür weist jedoch die Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren deutlich höhere Zuwachsraten auf. Aber auch für die Regierungsbezirke mit nur leichten prozentualen Rückgängen in der Altersklasse 18 bis 64 Jahre, wie Mittelfranken und Schwaben, oder einer stagnierenden Bevölkerungsgröße in dieser Altersklasse wie Oberbayern wird eine deutlich zunehmende Alterung der Bevölkerung prognostiziert.

Tabelle 98: Prognose der Bevölkerungsentwicklung nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Alter	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	unter 18 Jahre	783.066	807.078	869.021	858.409	843.896
	18 bis 64 Jahre	2.963.442	3.019.829	3.000.870	3.007.159	3.018.645
	65 bis 79 Jahre	653.925	632.284	762.906	847.320	800.374
	80 Jahre und älter	249.101	296.544	336.444	387.722	485.856
	Gesamt	4.649.534	4.755.735	4.969.241	5.100.610	5.148.771
Niederbayern	unter 18 Jahre	199.512	199.629	205.779	195.343	186.828
	18 bis 64 Jahre	781.914	781.497	729.661	709.035	701.503
	65 bis 79 Jahre	179.731	181.956	241.234	249.179	220.437
	80 Jahre und älter	68.880	78.821	85.757	116.727	141.765
	Gesamt	1.230.037	1.241.903	1.262.431	1.270.284	1.250.533
Oberpfalz	unter 18 Jahre	176.062	176.016	181.463	170.607	161.726
	18 bis 64 Jahre	707.544	702.905	646.270	623.002	612.617
	65 bis 79 Jahre	157.080	158.354	212.336	214.946	185.547
	80 Jahre und älter	63.721	72.402	74.103	101.485	122.788
	Gesamt	1.104.407	1.109.677	1.114.172	1.110.040	1.082.678
Oberfranken	unter 18 Jahre	163.331	161.475	160.206	147.222	139.226
	18 bis 64 Jahre	666.816	655.202	579.366	543.958	527.284
	65 bis 79 Jahre	166.318	163.972	209.722	204.577	167.191
	80 Jahre und älter	70.375	79.179	78.767	101.933	119.533
	Gesamt	1.066.840	1.059.828	1.028.061	997.690	953.234
Mittelfranken	unter 18 Jahre	288.104	294.823	306.521	291.885	282.943
	18 bis 64 Jahre	1.112.417	1.114.419	1.051.183	1.029.954	1.018.026
	65 bis 79 Jahre	255.962	251.096	313.122	323.065	289.455
	80 Jahre und älter	103.160	118.549	123.768	154.103	185.528

Regierungsbezirk	Alter	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
	Gesamt	1.759.643	1.778.887	1.794.594	1.799.007	1.775.952
Unterfranken	unter 18 Jahre	207.746	207.202	208.449	192.548	183.158
	18 bis 64 Jahre	824.547	809.665	725.120	691.310	673.084
	65 bis 79 Jahre	197.629	198.087	258.124	249.877	209.584
	80 Jahre und älter	83.453	94.963	96.272	127.261	147.561
	Gesamt	1.313.375	1.309.917	1.287.965	1.260.996	1.213.387
Schwaben	unter 18 Jahre	314.712	318.991	335.711	319.888	308.996
	18 bis 64 Jahre	1.174.168	1.177.293	1.116.264	1.098.340	1.091.448
	65 bis 79 Jahre	275.280	271.702	342.896	362.757	326.997
	80 Jahre und älter	109.208	126.911	138.954	172.194	211.128
	Gesamt	1.873.368	1.894.897	1.933.825	1.953.179	1.938.569

Quelle: IGES, auf Grundlage von Bevölkerungsvorausberechnung Bayern (LfStat 2019)

5.2 Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Im Jahr 2017 lebten in Bayern 412.830 Personen mit Pflegebedürftigkeit. In Tabelle 99 ist die prognostizierte Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen für die fünf unterschiedlichen Modellszenarien bis zum Jahr 2050 abgebildet. Im Basisszenario (Modellszenario V0) steigt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis zum Jahr 2050 auf 670.697 Personen an (+ 62 %). Der Anstieg der pflegebedürftigen Personen verläuft dabei weitgehend linear, wobei der Zuwachs in den Jahren 2030 bis 2040 etwas höher ausfällt als in den übrigen Jahren. In dieser Zeit erreichen die geburtenstarken Jahrgänge 1950 bis 1965 ein Alter, das verstärkt mit Pflegebedürftigkeit einhergeht.

In Modellszenario V1 mit einer im Zeitverlauf gering ansteigenden Pflegeprävalenz und einem leichten Rückgang des Familienpflegepotenzials fällt der Anstieg auf 778.697 pflegebedürftigen Personen bis 2050 deutlich stärker aus (+ 89 %). Im Vergleich zu Modellvariante V1 führt ein moderater Rückgang des Familienpflegepotenzials in Modellvariante V2 annahmegemäß nicht zu einer nennenswerten Erhöhung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen. Die leichten Unterschiede zwischen Modellvariante V1 und V2 reflektieren lediglich eine etwas stärkere Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in Modellvariante V2.

In Modellvariante V3 wird eine im Zeitverlauf stark ansteigende Pflegeprävalenz angenommen. Dementsprechend fällt die prognostizierte Anzahl der pflegebedürftigen Personen im Jahr 2050 mit 886.781 Personen nochmals deutlich höher aus (+ 115 %). Zwischen Modellvariante V3 und V4 bestehen dagegen annahme-

gemäß keine nennenswerten Unterschiede, da sich der in Modellvariante V4 angenommene stärkere Rückgang des Familienpflegepotenzials nur marginal auf die Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen auswirkt.

Tabelle 99: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern

Szenario	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0	412.830	437.343	508.108	594.186	670.697
V1	412.830	443.793	540.479	661.077	778.697
V2	412.830	443.824	540.652	661.449	779.338
V3	412.830	450.241	572.868	728.006	886.781
V4	412.830	450.304	573.191	728.708	887.953

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Die Verteilung der Pflegegrade von pflegebedürftigen Personen in Bayern sowie deren prognostizierten Entwicklung bis zum Jahr 2050 im Basisszenario ist in Tabelle 100 dargestellt. Aus den Angaben ist ersichtlich, dass im Jahr 2017 etwa zwei Drittel der pflegebedürftigen Personen Pflegegrad 2 (165.190 Personen) oder Pflegegrad 3 (121.491 Personen) aufweisen. Bei weiteren 69.340 Personen liegt Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 4 und bei 32.634 Personen Pflegegrad 5 vor. Die Anzahl der Personen mit Pflegegrad 1 beträgt 22.414. Darüber hinaus sind 1.761 pflegebedürftige Personen noch keinem Pflegegrad zugeordnet. Hierbei handelt es sich um pflegebedürftige Personen, bei denen eine erstmalige Begutachtung und Einordnung des Pflegegrads durch den MDK noch nicht stattgefunden hat, die aber mit Leistungen nach SGB XI versorgt werden.

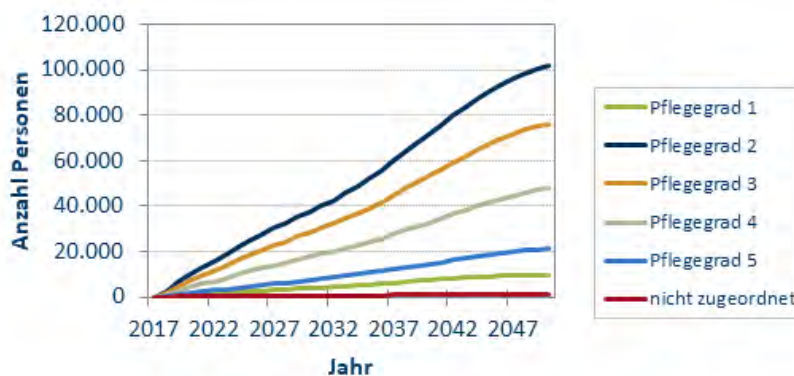
Die relative Verteilung der Pflegegrade verändert sich im Zeitverlauf nur geringfügig. Bis zum Jahr 2050 wird eine leicht unterproportionale Zunahme der Häufigkeit der Pflegegrade 1 und 2 und eine leicht überproportionale Zunahme der Häufigkeit der Pflegegrade 4 und 5 prognostiziert. Dementsprechend weist die Mehrzahl der pflegebedürftigen Personen im Jahr 2050 Pflegegrad 2 (266.734 Personen) oder Pflegegrad 3 (197.581 Personen) auf, 117.407 Personen sind mit Pflegegrad 4 eingestuft und 53.865 pflegebedürftige Personen verfügen über Pflegegrad 5. Für Pflegegrad 1 ergeben die Prognosen für 2050 insgesamt 31.948 pflegebedürftige Personen. Die Entwicklung der im Basisszenario prognostizierten Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017 nach Pflegegrad ist in Abbildung 226 grafisch dargestellt.

Tabelle 100: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern nach Pflegegrad

Pflegegrad	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Pflegegrad 1	22.414	23.450	26.206	29.901	31.948
Pflegegrad 2	165.190	175.068	202.628	237.163	266.734
Pflegegrad 3	121.491	128.782	149.818	174.938	197.581
Pflegegrad 4	69.340	73.667	87.016	102.254	117.407
Pflegegrad 5	32.634	34.489	40.125	47.212	53.865
nicht zugeordnet	1.761	1.887	2.315	2.718	3.162
Gesamt	412.830	437.343	508.108	594.186	670.697

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

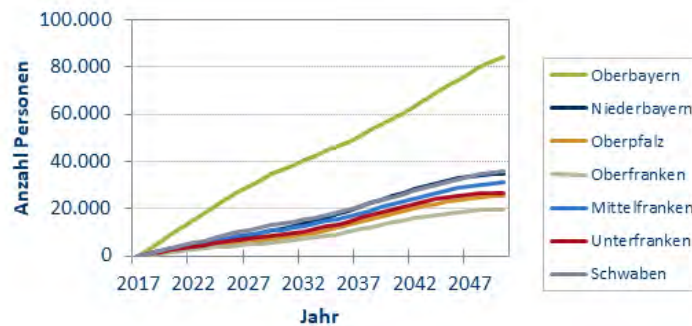
Abbildung 226: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

In allen Regierungsbezirken wird ein starker Anstieg der Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis zum Jahr 2050 prognostiziert. Dies ist aus Abbildung 227 ersichtlich, die die im Basisszenario prognostizierte Veränderung der Anzahl pflegebedürftiger Personen im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk enthält. Für Oberbayern wird bis zum Jahr 2050 ein Zuwachs von etwa 85.000 pflegebedürftigen Personen prognostiziert. In den übrigen Regierungsbezirken beträgt der prognostizierte Zuwachs zwischen 20.000 und etwa 36.000 pflegebedürftigen Personen. Die Entwicklung verläuft dabei in allen Regierungsbezirken ungefähr linear, wobei in Oberfranken, Unterfranken und Oberpfalz der Anstieg bis 2030 leicht unterproportional erfolgt und erst im weiteren Zeitverlauf stärker zulegt. In diesen Regierungsbezirken ist dann etwa ab dem Jahr 2045 ein Wachstumsrückgang zu verzeichnen.

Abbildung 227: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

In Tabelle 101 ist die im Basisszenario prognostizierte Entwicklung der Pflegegradverteilung bis zum Jahr 2050 in den bayerischen Regierungsbezirken ersichtlich. In Oberbayern steigt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit den Pflegegraden 2 oder 3 von 82.974 im Jahr 2017 auf 141.423 im Jahr 2050, in Niederbayern von 34.292 auf 57.971, im Regierungsbezirk Oberpfalz von 27.396 auf 44.461, in Oberfranken von 30.402 auf 43.677, in Mittelfranken von 36.729 auf 57.660, in Unterfranken von 36.077 auf 55.010 und im Regierungsbezirk Schwaben von 38.811 auf 64.113 pflegebedürftige Personen. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 oder 3 bleibt dabei im Zeitverlauf relativ konstant bei Werten zwischen 68 % bis 71 %, wobei tendenziell ein leichter Rückgang um einen Prozentpunkt prognostiziert wird.

Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit den Pflegegraden 4 oder 5 erhöht sich in Oberbayern im Zeitverlauf von 28.863 auf 50.613, in Niederbayern von 13.167 auf 23.361, in Oberpfalz von 10.507 auf 17.750, in Oberfranken von 10.625 auf 16.168, in Mittelfranken von 14.046 auf 22.932, in Unterfranken von 11.600 auf 18.215 und in Schwaben von 13.166 auf 22.233. Auch in dieser Teilgruppe bleibt der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit Werten zwischen 24 % und 28 % im Zeitverlauf relativ konstant, wobei tendenziell ein leichter Anstieg um einen Prozentpunkt prognostiziert wird.

Tabelle 101: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Pflegegrad	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	Pflegegrad 1	7.145	7.599	8.708	9.730	10.758
	Pflegegrad 2	46.963	50.624	61.310	69.561	80.063
	Pflegegrad 3	36.011	38.717	47.003	53.465	61.360

Regierungs- bezirk	Pflegegrad	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
	Pflegegrad 4	20.532	22.098	27.335	31.355	36.291
	Pflegegrad 5	8.331	8.932	10.792	12.485	14.322
	nicht zugeordnet	531	574	745	867	1.017
	Gesamt	119.513	128.544	155.893	177.463	203.811
Niederbay- ern	Pflegegrad 1	2.070	2.152	2.433	2.880	3.024
	Pflegegrad 2	19.545	20.600	23.884	29.394	32.803
	Pflegegrad 3	14.747	15.592	18.199	22.252	25.168
	Pflegegrad 4	8.677	9.209	10.879	13.387	15.502
	Pflegegrad 5	4.490	4.747	5.557	6.802	7.859
	nicht zugeordnet	132	142	168	214	247
	Gesamt	49.661	52.442	61.120	74.929	84.603
Oberpfalz	Pflegegrad 1	2.236	2.315	2.541	2.975	3.117
	Pflegegrad 2	15.978	16.802	18.895	23.025	25.824
	Pflegegrad 3	11.418	12.004	13.606	16.506	18.637
	Pflegegrad 4	6.911	7.297	8.385	10.167	11.789
	Pflegegrad 5	3.596	3.783	4.271	5.166	5.961
	nicht zugeordnet	147	155	183	222	252
	Gesamt	40.286	42.356	47.881	58.061	65.580
Oberfranken	Pflegegrad 1	2.188	2.241	2.400	2.718	2.778
	Pflegegrad 2	18.136	18.862	20.489	23.870	25.912
	Pflegegrad 3	12.266	12.772	14.003	16.270	17.765
	Pflegegrad 4	7.027	7.340	8.154	9.526	10.700
	Pflegegrad 5	3.598	3.760	4.200	4.887	5.468
	nicht zugeordnet	104	109	126	145	168
	Gesamt	43.319	45.084	49.372	57.416	62.791
Mittelfran- ken	Pflegegrad 1	3.042	3.162	3.463	3.937	4.188
	Pflegegrad 2	21.150	22.335	25.399	29.600	33.132
	Pflegegrad 3	15.579	16.448	18.802	21.809	24.528
	Pflegegrad 4	9.348	9.888	11.468	13.402	15.292
	Pflegegrad 5	4.698	4.948	5.722	6.678	7.640

Regierungs- bezirk	Pflegegrad	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
	nicht zugeordnet	337	358	428	490	559
	Gesamt	54.154	57.139	65.282	75.916	85.339
Unterfran- ken	Pflegegrad 1	2.728	2.829	3.082	3.543	3.615
	Pflegegrad 2	21.410	22.476	25.211	29.844	32.680
	Pflegegrad 3	14.667	15.418	17.289	20.302	22.330
	Pflegegrad 4	7.761	8.174	9.293	10.950	12.293
	Pflegegrad 5	3.839	4.009	4.541	5.305	5.922
	nicht zugeordnet	187	200	235	281	327
	Gesamt	50.592	53.106	59.651	70.225	77.167
Schwaben	Pflegegrad 1	3.005	3.152	3.579	4.118	4.468
	Pflegegrad 2	22.008	23.369	27.440	31.869	36.320
	Pflegegrad 3	16.803	17.831	20.916	24.334	27.793
	Pflegegrad 4	9.084	9.661	11.502	13.467	15.540
	Pflegegrad 5	4.082	4.310	5.042	5.889	6.693
	nicht zugeordnet	323	349	430	499	592
	Gesamt	55.305	58.672	68.909	80.176	91.406

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3 Prognose der Entwicklung des Versorgungsbedarfs

In Tabelle 102 ist die prognostizierte Entwicklung der pflegebedürftigen Personen in Bayern nach der Art der Versorgung dargestellt. Die Angaben basieren auf dem Basisszenario. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf konstant bleibt und keine Effekte durch ein verringertes Familienpflegepotenzial auf die Art der Versorgung der pflegebedürftigen Personen eintreten. Dargestellt sind die tagesdurchschnittlichen Versorgungsbedarfe von Personen mit Pflegebedürftigkeit. Die berücksichtigten Versorgungsarten stellen disjunkte Teilmengen der pflegebedürftigen Personen dar. Ergänzende Leistungen wie beispielsweise teilstationäre Versorgung in einer Tagespflegeeinrichtung werden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt.

Von 412.828 pflegebedürftigen Personen erhielten im Jahr 2017 399.133 pflegebedürftige Personen Leistungen der Pflegekasse oder wurden im Rahmen der institutionalisierten Pflege pflegerisch versorgt. Hierzu gehören auch pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die keine Pflegeleistungen der Pflegekasse erhalten, sondern ihre pflegerische Versorgung aus eigenen Mitteln finanzieren.

Bei den übrigen 13.695 pflegebedürftigen Personen handelt es sich um Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keine Leistungen der Pflegekasse erhalten und nicht im Rahmen der institutionalisierten Pflege pflegerisch versorgt werden. Mit 185.799 pflegebedürftigen Personen erhalten etwa 45 % aller Personen mit Pflegebedürftigkeit im Jahr 2017 ausschließlich Pflegegeld und werden von Angehörigen im Rahmen der häuslichen Pflege pflegerisch versorgt. Weitere 58.605 pflegebedürftige Personen erhalten ambulante Pflegesachleistung. Die pflegerische Versorgung erfolgt hierbei durch einen ambulanten Pflegedienst. Bei etwa 38.496 pflegebedürftigen Personen erfolgt die pflegerische Versorgung in einer Kombination aus häuslicher Pflege durch Angehörige und einem ambulanten Pflegedienst. Pflegebedürftige mit dieser Versorgungsart beziehen von der Pflegekasse Kombileistung. Die ganztägige ambulante Verhinderungspflege ist im Jahr 2017 nur von untergeordneter Bedeutung. Tagesdurchschnittlich werden lediglich 488 pflegebedürftige Personen im Rahmen der ganztägigen Verhinderungspflege ambulant versorgt. Die Angaben umfassen sowohl die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst als auch die Verhinderungspflege durch Angehörige. Inklusive der Pflegegeldempfängerinnen bzw. -empfänger werden demnach im Jahr 2017 insgesamt 283.388 pflegebedürftige Personen ambulant versorgt. Dies entspricht einem Anteil von etwa 69 % an allen pflegebedürftigen Personen und 71 % an allen pflegebedürftigen Personen mit pflegerischer Versorgung (im Bundesdurchschnitt waren es 76 %).

Demgegenüber wurden im Jahr 2017 etwa 115.745 pflegebedürftige Personen und damit etwa 28 % aller Personen mit Pflegebedürftigkeit vollstationär versorgt, davon 112.441 in vollstationärer Dauerpflege und tagesdurchschnittlich 3.304 pflegebedürftige Personen in Kurzzeitpflege. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen ohne pflegerische Versorgung beläuft sich auf etwa 3 %.

Bis zum Jahr 2050 erhöht sich der Versorgungsbedarf an ambulanter Pflege um etwa 161.000 auf 444.459 Personen. Davon wählen 280.668 Personen im Jahr 2050 das Pflegegeld und werden durch Angehörige im Rahmen der häuslichen Pflege versorgt, weitere 95.112 Personen fragen ambulante Pflegesachleistung nach und 67.844 Personen wählen eine Kombination aus Pflegegeld und ambulanter Pflegesachleistung.

Für die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Bedarf an einer vollstationären Versorgung wird bis 2050 ein Anstieg um etwa 92.000 auf 208.082 Personen prognostiziert. Die relative Zunahme des Bedarfs an vollstationärer Versorgung fällt damit etwas stärker aus als der ambulante Versorgungsbedarf. Gemäß der Prognose weisen im Jahr 2050 etwa 31 % der pflegebedürftigen Personen einen vollstationären Versorgungsbedarf auf, etwa 66 % bevorzugen eine ambulante Versorgung. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen ohne pflegerische Versorgung beträgt im Jahr 2050 etwa 3 %.

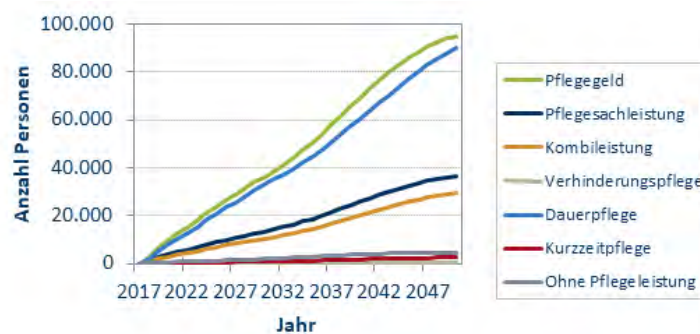
Tabelle 102: Prognose der Entwicklung des Versorgungsbedarfs der pflegebedürftigen Personen in Bayern

Art der Versorgung	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Häusliche Pflege (Pflegegeld)	185.799	195.279	221.733	255.132	280.668
Pflegesachleistung (ambulant)	58.605	62.248	71.980	84.432	95.112
Kombileistung (ambulante Sachleistung und Pflegegeld)	38.496	41.247	48.849	58.669	67.844
Verhinderungspflege	488	524	619	726	835
Vollstationäre Dauerpflege	112.441	120.298	145.140	172.649	202.242
Kurzzeitpflege	3.304	3.536	4.175	5.042	5.840
Ohne pflegerische Versorgung	13.695	14.210	15.614	17.537	18.160
Gesamt	412.828	437.342	508.110	594.187	670.701

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Aus Abbildung 228 ist ersichtlich, wie sich der prognostizierte Versorgungsbedarf im Vergleich zum Jahr 2017 im Basisszenario entwickelt. Es wird deutlich, dass die Zunahme des Versorgungsbedarfs in allen Versorgungsarten weitgehend linear verläuft. Erst zum Ende des Prognosezeitraums ist ein leichtes Abflachen der Zuwachsraten erkennbar. Für die institutionelle Pflege ist insbesondere der steigende Bedarf an vollstationärer Pflege sowie ambulanter Pflegesachleistung und Kombileistung relevant, da dieser mit einer steigenden Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen und professionellen Pflegekräften verbunden ist.

Abbildung 228: Prognose der Veränderung des Versorgungsbedarfs der pflegebedürftigen Personen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3.1 Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld

Im Jahr 2017 wählten in Bayern 185.799 pflegebedürftige Personen ausschließlich Pflegegeld und wurden im Rahmen der häuslichen Pflege informell pflegerisch versorgt. In Tabelle 103 ist die prognostizierte Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsbedarf Pflegegeld für die fünf unterschiedlichen Modellszenarien bis zum Jahr 2050 ersichtlich. Im Basisszenario (Modellszenario V0) steigt die Anzahl der Personen mit Pflegegeld bis zum Jahr 2050 auf 280.668 Personen an. Dies entspricht einem Zuwachs von etwa 50 %.

Im Modellszenario V1 wird ein geringer Anstieg der Pflegeprävalenz angenommen. Zudem basiert dieses Modellszenario auf der Annahme einer leichten Abnahme des Familienpflegepotenzials im Zeitverlauf. Die Verringerung des Familienpflegepotenzials impliziert eine Verschiebung der pflegerischen Versorgung von der häuslichen Pflege durch pflegende Angehörige hin zu der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten im Rahmen der institutionalisierten Pflege. In Szenario V1 übersteigen die Effekte aus einer erhöhten Pflegeprävalenz die Effekte des verringerten Familienpflegepotenzials. Die prognostizierte Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld erhöht sich bis 2050 auf 303.121 und fällt damit um etwa 22.500 höher aus als im Basisszenario.

In Modellszenario V2 wird neben einem geringen Anstieg der Pflegeprävalenz eine moderate Abnahme des Familienpflegepotenzials im Zeitverlauf angenommen. In Szenario V2 übersteigen die Effekte des verringerten Familienpflegepotenzials die Effekte aus einer erhöhten Pflegeprävalenz. Dadurch fällt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld über den Zeitverlauf geringer aus als im Basisszenario. Für das Jahr 2050 werden in diesem Modellszenario 269.440 pflegebedürftige Personen mit der Versorgungsart Pflegegeld prognostiziert.

Das Modellszenario V3 basiert auf der Annahme einer im Zeitverlauf stark steigenden Pflegeprävalenz und einer moderaten Abnahme des Familienpflegepotenzials. Im Modellvergleich sind unter diesen Annahmen die höchsten Zuwächse bei der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld zu verzeichnen. Gemäß der Versorgungsbedarfsprognose wählen im Jahr 2050 insgesamt 314.347 pflegebedürftige Personen das Pflegegeld, das mit der häuslichen Pflege durch Angehörige verbunden ist.

In Modellszenario V4 wird neben einem starken Anstieg der Pflegeprävalenz eine starke Abnahme des Familienpflegepotenzials im Zeitverlauf angenommen. Die prognostizierte Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld fällt durchgängig niedriger aus als in Modellszenario V3, da sich der pflegerische Bedarf aufgrund des verringerten Familienpflegepotenzials in die institutionalisierte Pflege verschiebt. Im Vergleich zum Basisszenario wird unter diesem Modellszenario bis zum Jahr 2040 eine etwas höhere Nachfrage nach Pflegegeld prognostiziert. Im Jahr 2050 liegt die prognostizierte Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld mit 275.054 dagegen leicht unterhalb des Niveaus aus dem Basisszenario.

Ein Vergleich der Modellvarianten zeigt, dass die Prognoseunsicherheit bezüglich der Modellannahmen relativ gering ausfällt. Je nach Modellszenario beläuft sich die Versorgungsart Pflegegeld im Jahr 2050 auf Werten zwischen 270.000 und 315.000 Personen.

Tabelle 103: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld in Bayern

Szenario*	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0 (Basisszenario)	185.799	195.279	221.733	255.132	280.668
V1 (PP gering, FPP niedrig)	185.799	197.022	229.780	270.435	303.121
V2 (PP gering, FPP moderat)	185.799	195.215	220.356	250.175	269.440
V3 (PP hoch, FPP moderat)	185.799	198.701	236.449	280.782	314.347
V4 (PP hoch, FPP stark)	185.799	196.861	226.339	258.042	275.054

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegpotenzials

Bei der prognostizierten Entwicklung der Versorgungsart Pflegegeld bestehen ausgeprägte Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken (s. Tabelle 104). So wiesen bspw. Niederbayern und Unterfranken im Jahr 2017 mit etwa 24.000 Personen eine ähnlich hohe Anzahl von Pflegegeldempfängerinnen bzw. -empfängern auf. Bis zum Jahr 2050 wird für Niederbayern im Basisszenario ein Anstieg auf etwa 38.846 Personen prognostiziert, für Unterfranken lediglich auf 34.522 Personen. In Oberfranken fiel die Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen bzw. -empfänger im Jahr 2017 um etwa 1.500 höher aus als in der Oberpfalz. Im Jahr 2050 übersteigt dagegen die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit der Versorgungsart Pflegegeld in der Oberpfalz jene in Oberfranken um etwa 1.000 Personen.

Die Ursache für die teilweise unterschiedliche Entwicklung des Versorgungsbedarfs liegt in der Entwicklung der Bevölkerungsgröße und der Altersstruktur der Regierungsbezirke begründet. Für Oberfranken und Unterfranken wird bis zum Jahr 2050 ein starker Bevölkerungsrückgang prognostiziert. Bedingt dadurch fällt der relative Anstieg der Versorgungsart Pflegegeld in diesen Regierungsbezirken mit 34 % (Oberfranken) bzw. 43 % (Unterfranken) etwas geringer aus als in den übrigen Regierungsbezirken. Den höchsten relativen Anstieg verzeichnet Oberbayern, wo sich die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit der Versorgungsart Pflegegeld von 52.829 im Jahr 2017 auf 83.918 im Jahr 2050 um 59 % erhöht.

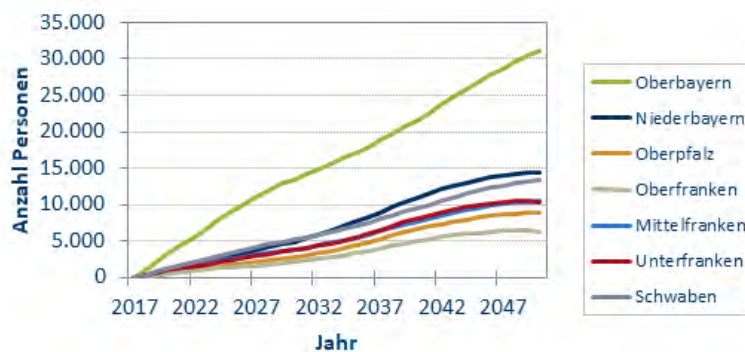
Tabelle 104: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Pflegegeld nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	52.829	56.355	66.298	74.458	83.918
Niederbayern	24.482	25.647	29.387	35.383	38.846
Oberpfalz	17.187	17.929	19.946	23.753	26.023
Oberfranken	18.832	19.434	20.920	23.809	25.142
Mittelfranken	23.038	24.104	26.858	30.708	33.493
Unterfranken	24.112	25.159	27.846	32.202	34.522
Schwaben	25.319	26.651	30.478	34.819	38.724
Gesamt	185.799	195.279	221.733	255.132	280.668

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Abbildung 229 veranschaulicht die im Basisszenario prognostizierte Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit der Versorgungsart Pflegegeld im Zeitverlauf bis zum Jahr 2050. Die Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken sind im Wesentlichen auf eine unterschiedliche Entwicklung der Bevölkerungsgröße und damit einhergehend einer unterschiedlichen Entwicklung der Altersstruktur zurückzuführen. Mit Ausnahme von Oberbayern und Schwaben lässt der Zuwachs des Versorgungsbedarfs zum Ende des Prognosezeitraums ab dem Jahr 2040 etwas nach. In Oberbayern und Schwaben dagegen ist über den ganzen Prognosezeitraum ein kontinuierlicher Anstieg des Versorgungsbedarfs zu beobachten.

Abbildung 229: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsbedarf Pflegegeld im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3.2 Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung

Im Jahr 2017 erhielten in Bayern 58.605 pflegebedürftige Personen ambulante Sachleistung und wurden von einem ambulanten Pflegedienst pflegerisch versorgt. In Tabelle 105 ist die prognostizierte Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsbedarf ambulante Sachleistung für die fünf unterschiedlichen Modellszenarien bis zum Jahr 2050 dargestellt. Im Basisszenario (Modellszenario V0) steigt der Bedarf an ambulanter Sachleistung bis zum Jahr 2050 auf 95.112 Personen an. Dies entspricht einem Zuwachs von etwa 62 %.

Bereits ein geringer Anstieg der Pflegeprävalenz und ein leichter Rückgang des Familienpflegepotenzials im Zeitverlauf in Modellszenario V1 erhöhen den Bedarf an ambulanter Sachleistung deutlich. Durch die Verringerung des Familienpflegepotenzials kommt es zu einer Bedarfsverschiebung von der häuslichen Pflege durch Angehörige in die professionelle Pflege. Sowohl der Anstieg der Pflegeprävalenz als auch die Verringerung des Familienpflegepotenzials tragen zu einem Anstieg des Bedarfs an ambulanter Sachleistung bei. Für das Jahr 2050 wird unter diesen Annahmen ein Anstieg der pflegebedürftigen Personen mit Bedarf an ambulanter Sachleistung auf 134.207 Personen prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 entspricht dies einem Zuwachs von etwa 129 %.

In Modellszenario V2 wird neben einem geringen Anstieg der Pflegeprävalenz eine moderate Abnahme des Familienpflegepotenzials im Zeitverlauf angenommen. Entsprechend fällt der Bedarf an ambulanter Sachleistung in Modellszenario V2 noch höher aus als in Modellszenario V1. Für das Jahr 2050 ergibt sich ein Versorgungsbedarf an ambulanter Sachleistung und pflegerischer Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst in Höhe von 164.996 Personen (+ 181 %).

Das Modellszenario V3 basiert auf der Annahme einer im Zeitverlauf stark steigenden Pflegeprävalenz und einem moderaten Rückgang des Familienpflegepotenzials. Dadurch fällt der prognostizierte Versorgungsbedarf noch etwas höher aus als in Modellszenario V2. Für das Jahr 2050 wird ein Bedarf an ambulanter Pflegesachleistung von 192.497 pflegebedürftigen Personen prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 erhöht sich Bedarf an vollständiger Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst damit um etwa 134.000 Personen. Dies entspricht einem Anstieg von 228 %.

Bei einer stark steigenden Pflegeprävalenz und einer starken Verringerung des Familienpflegepotenzials im Zeitverlauf fällt der Bedarf an ambulanter Pflegesachleistung über den gesamten Zeitverlauf am höchsten aus. Gemäß der Prognose in Modellszenario V4 weisen im Jahr 2050 insgesamt 231.129 pflegebedürftige Personen einen Bedarf an ambulanter Sachleistung durch einen Pflegedienst auf. Im Vergleich zu 2017 entspricht dies nahezu einer Vervierfachung des Versorgungsbedarfs.

Aus dem Vergleich der Modellvarianten ist ersichtlich, dass die prognostizierte Entwicklung des Versorgungsbedarfs an ambulanter Pflegesachleistung bezüglich der getroffenen Annahmen mit einer erhöhten Unsicherheit verbunden ist. Da sowohl

ein Anstieg der Pflegeprävalenz als auch eine Verringerung des Familienpflegepotenzials den Bedarf an ambulanter Sachleistung erhöhen, fällt die Spannweite der Prognosen für das Jahr 2050 mit etwa 136.000 Personen besonders hoch aus. Selbst unter der optimistischsten Annahme einer gleichbleibenden Pflegeprävalenz und einem gleichbleibenden Familienpflegepotenzial steigt der Versorgungsbedarf im Zeitverlauf um über 60 %. Bei einer ungünstigen Entwicklung der Pflegeprävalenz und des Familienpflegepotenzials könnten sich sogar Zuwachsraten von bis zu 300 % ergeben. Dies verdeutlicht, dass insbesondere im Bereich der professionellen ambulanten Pflege in den nächsten Jahren ein erhöhter Handlungsbedarf zur Steuerung der pflegerischen Versorgung entsteht.

Tabelle 105: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung in Bayern

Szenario*	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0 (Basisszenario)	58.605	62.248	71.980	84.432	95.112
V1 (PP gering, FPP niedrig)	58.605	64.515	83.473	108.482	134.207
V2 (PP gering, FPP moderat)	58.605	66.041	91.640	126.475	164.996
V3 (PP hoch, FPP moderat)	58.605	67.221	98.333	141.950	192.497
V4 (PP hoch, FPP stark)	58.605	68.779	107.332	163.189	231.129

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegepotenzials

Im Basisszenario erhöht sich der Bedarf an ambulanter Sachleistung in Bayern von 58.605 Personen im Jahr 2017 auf 95.112 Personen im Jahr 2050. In Tabelle 106 ist die prognostizierte Entwicklung des Bedarfs an ambulanter Pflegesachleistung nach Regierungsbezirken dargestellt. Bedingt durch die Bevölkerungsentwicklung erhöht sich im Prognosezeitraum die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Sachleistung in Oberbayern von 16.953 auf 28.958 und in Niederbayern von 6.844 auf 11.699 Personen. Dies entspricht einem Anstieg von jeweils etwa 71 %. In Oberpfalz, Mittelfranken und Schwaben fallen die Zuwachsraten mit Werten zwischen 60 % und 65 % etwas geringer aus. In der Oberpfalz erhöht sich die Zahl der Personen von 5.782 auf 9.285, in Mittelfranken von 7.349 auf 11.711 und in Schwaben von 7.840 auf 12.999 Personen. Für Oberfranken und Unterfranken werden mit Werten zwischen 45 % und 50 % die geringsten Zuwachsraten prognostiziert. In Oberfranken erhöht sich der Bedarf an ambulanter Sachleistung im Prognosezeitraum von 6.257 auf 9.027, in Unterfranken von 7.580 auf 11.433 Personen.

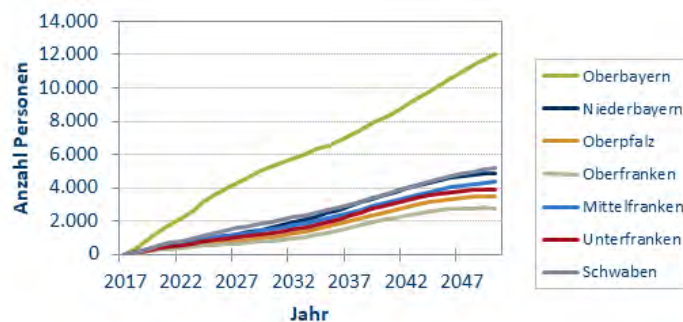
Tabelle 106: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	16.953	18.296	22.193	25.138	28.958
Niederbayern	6.844	7.259	8.418	10.393	11.699
Oberpfalz	5.782	6.089	6.808	8.304	9.285
Oberfranken	6.257	6.517	7.044	8.311	9.027
Mittelfranken	7.349	7.787	8.856	10.388	11.711
Unterfranken	7.580	7.957	8.862	10.486	11.433
Schwaben	7.840	8.343	9.799	11.412	12.999
Gesamt	58.605	62.248	71.980	84.432	95.112

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Der im Basisszenario prognostizierte Verlauf der Veränderung bei ambulanter Sachleistung im Vergleich zum Jahr 2017 ist in Abbildung 230 ersichtlich. In Niederbayern, Oberpfalz und Oberfranken fallen die Zuwächse bis zum Jahr 2030 noch verhalten aus, legen jedoch im weiteren Zeitverlauf deutlich zu. In Oberbayern und Schwaben ist über den gesamten Prognosezeitraum ein kontinuierlich starker Zuwachs des Versorgungsbedarfs zu beobachten. In Oberfranken, Unterfranken und Oberpfalz fallen die Zuwächse des Versorgungsbedarfs ab dem Jahr 2045 bis zum Ende des Prognosezeitraums etwas schwächer aus. Die Entwicklung des Versorgungsbedarfs reflektiert im Wesentlichen die Veränderung der Bevölkerungsgröße und der Altersstruktur im Zeitverlauf.

Abbildung 230: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ambulante Pflegesachleistung im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3.3 Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung

Im Jahr 2017 erhielten in Bayern 38.496 pflegebedürftige Personen eine Kombination aus Pflegegeld und ambulanter Pflegesachleistung und wurden sowohl durch Angehörige im Rahmen der häuslichen Pflege als auch durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Die prognostizierte Entwicklung der Nachfrage nach Kombileistung ist in Tabelle 107 für das Basisszenario sowie für vier weitere Modellszenarien unter unterschiedlichen Annahmen dargestellt.

Im Basisszenario steigt die Nachfrage nach Kombileistungen von 38.496 Personen im Jahr 2017 auf 67.844 Personen im Jahr 2050. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 76 %.

In Modellszenario V1 mit einer im Zeitverlauf gering steigenden Pflegeprävalenz und einem leichten Rückgang des Familienpflegepotenzials erhöht sich die Nachfrage nach Kombileistung auf 94.558 Personen im Jahr 2050 und fällt damit um etwa 27.000 höher aus als im Basisszenario. Im Vergleich zum Jahr 2017 ergibt sich eine Zuwachsrate von 146 %.

Die Verringerung des Familienpflegepotenzials führt zu einem dazu, dass Pflegegeldempfängerinnen bzw. -empfänger vermehrt zusätzlich zur häuslichen Pflege durch Angehörige die professionellen Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen. Damit findet eine Verschiebung von reinem Pflegegeldbezug hin zu Kombileistungen statt. Gleichzeitig erhöht sich bei Kombileistungen der Anteil der ambulanten Sachleistung. Bei einer Verringerung des Familienpflegepotenzials nehmen Pflegebedürftige, die bislang zumindest teilweise von Angehörigen im Rahmen der häuslichen Pflege versorgt wurden, vermehrt die Leistungen der professionellen Pflege in Anspruch. In Modellszenario V2 mit der Annahme einer im Zeitverlauf gering steigenden Pflegeprävalenz und einer moderaten Abnahme des Familienpflegepotenzials übersteigt der bedarfserhöhende den bedarfsdämpfenden Effekt des verringerten Familienpflegepotenzials. Im Jahr 2050 beläuft sich die Nachfrage nach Kombileistungen in Modellszenario V2 auf 96.901 pflegebedürftige Personen. Dies sind etwa 2.350 Personen mehr als in Modellszenario V1 und etwa 29.000 mehr als im Basisszenario.

Das Modellszenario V3 basiert auf den Annahmen einer stark steigenden Pflegeprävalenz und eines moderaten Rückgangs des Familienpflegepotenzials. Dadurch fällt der prognostizierte Versorgungsbedarf noch etwas höher aus als in Modellszenario V2. Für das Jahr 2050 wird bei Kombileistungen eine Nachfrage von 113.050 Personen prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 erhöht sich der Wert damit um etwa 74.500 Personen, was einem Anstieg von knapp 194 % entspricht.

In Modellszenario V4 werden eine stark ansteigende Pflegeprävalenz und eine starke Abnahme des Familienpflegepotenzials angenommen. Im Vergleich mit Modellszenario V3 fällt der Anstieg des Bedarfs an Kombileistung jedoch etwas geringer aus. Der nachfragesteigernde Effekt aufgrund der Substitution der Angehörigenpflege wird durch den nachfragedämpfenden Effekt durch die Verschiebung

des Bedarfs hin zu ambulanter Pflegesachleistung überkompensiert. Der im Vergleich zu Modellszenario V3 prognostizierte Rückgang des Bedarfs an Kombileistung ist mit einer Erhöhung der Nachfrage nach ambulanter Sachleistung verbunden. Für das Jahr 2050 wird im Modellszenario V4 ein Bedarf an Kombileistung in Höhe von 112.532 pflegebedürftigen Personen prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 stellt dies nahezu eine Verdopplung dar.

Ein Vergleich der Modellvarianten zeigt eine nicht unerhebliche Prognoseunsicherheit bezüglich der Modellannahmen. Insbesondere die langfristige Entwicklung der Pflegeprävalenz übt einen starken Einfluss auf die Entwicklung der Nachfrage nach Kombileistungen aus. Weniger stark fällt der Effekt eines verringerten Familienpflegepotenzials aus. Aufgrund der gegenläufigen Effekte eines verringerten Familienpflegepotenzials auf die Nachfrage nach Kombileistung fällt der Einfluss des Familienpflegepotenzials deutlich geringer aus als bei der Nachfrage nach ambulanter Pflegesachleistung. Je nach Modellszenario beläuft sich der Anstieg des Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2050 auf Werte zwischen 29.000 und 74.000 Personen.

Tabelle 107: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung (Pflegegeld und Pflegesachleistung) in Bayern

Szenario*	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0 (Basisszenario)	38.496	41.247	48.849	58.669	67.844
V1 (PP gering, FPP niedrig)	38.496	42.649	56.182	74.564	94.558
V2 (PP gering, FPP moderat)	38.496	42.907	57.311	76.532	96.901
V3 (PP hoch, FPP moderat)	38.496	43.675	61.499	85.897	113.050
V4 (PP hoch, FPP stark)	38.496	43.920	62.378	86.802	112.532

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegepotenzials

Gemäß der Pflegebedarfsprognose im Basisszenario erhöht sich in Oberbayern die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Kombileistung von 11.205 im Jahr 2017 auf 20.522 im Jahr 2050, in Niederbayern von 4.916 auf 9.143, in Oberpfalz von 3.795 auf 6.645, in Oberfranken von 4.114 auf 6.446 in Mittelfranken von 4.829 auf 8.331, in Unterfranken von 4.693 auf 7.877 und in Schwaben von 4.944 auf 8.880 Personen (s. Tabelle 108).

Tabelle 108: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung (Pflegegeld und Pflegesachleistung) nach Regierungsbezirk

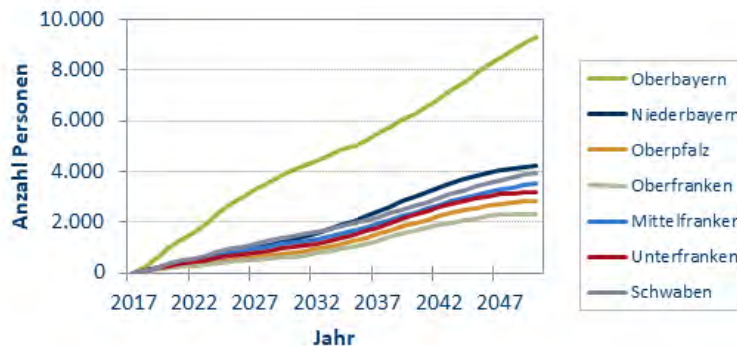
Regierungsbezirk	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	11.205	12.202	15.232	17.469	20.522
Niederbayern	4.916	5.254	6.213	7.902	9.143
Oberpfalz	3.795	4.025	4.570	5.763	6.645
Oberfranken	4.114	4.315	4.755	5.766	6.446
Mittelfranken	4.829	5.158	6.005	7.198	8.331
Unterfranken	4.693	4.985	5.697	6.982	7.877
Schwaben	4.944	5.308	6.377	7.589	8.880
Gesamt	38.496	41.247	48.849	58.669	67.844

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

In Oberbayern und Niederbayern fällt der relative Anstieg mit 83 % bzw. 86 % am stärksten aus, in Oberpfalz, Mittelfranken und Schwaben werden Zuwachsraten von 73 % bis 80 % prognostiziert. Aufgrund der im Prognosezeitraum rückläufigen Bevölkerungsentwicklung verfügen Oberfranken und Unterfranken über die geringsten Zuwachsraten. In Oberfranken beträgt der relative Anstieg der Nachfrage nach Kombileistung etwa 57 %, in Unterfranken ergeben die Prognosen einen Zuwachs von 68 %.

In Abbildung 231 ist die im Basisszenario prognostizierte Veränderung des Bedarfs an pflegerischer Versorgung mit einer Kombination aus Pflegegeld und ambulanter Pflegesachleistung im Vergleich zum Jahr 2017 grafisch dargestellt. Für Schwaben und Mittelfranken wird ein nahezu linearer, kontinuierlicher Anstieg über den gesamten Prognosezeitraum prognostiziert. In Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken und Unterfranken verläuft der Anstieg bis etwa 2035 noch verhalten, legt dann im weiteren Zeitverlauf jedoch deutlich zu. Insbesondere in Niederbayern sind ab Ende der 2030er Jahre erhöhte Zuwachsraten zu beobachten. In Oberbayern fallen die Zuwachsraten dagegen bis zum Jahr 2030 höher aus als in den nachfolgenden Jahren, wobei der Zuwachs insgesamt aufgrund der Bevölkerungsgröße und der Bevölkerungsentwicklung in Oberbayern die übrigen Regierungsbezirke weit übersteigt.

Abbildung 231: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kombileistung (Pflegegeld und Pflegesachleistung) im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3.4 Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ganztägige Verhinderungspflege

Bei der ganztägigen ambulanten Verhinderungspflege handelt es sich um eine ergänzende Pflegeleistung bei ambulanter Versorgung, die von Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 mit den Versorgungsarten Pflegegeld, Kombileistung oder ambulanter Sachleistung in Anspruch genommen werden kann, wenn die Pflegeperson durch Urlaub oder Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert ist. Die Pflegeversicherung übernimmt die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis max. 1.612 Euro (ggf. Erhöhung um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenem Budget für Kurzzeitpflege) sowie für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr.

Die Verhinderungspflege kann entweder durch nahe Angehörige oder sonstige Personen erbracht werden. Hierzu gehören unter anderem auch ambulante Pflegedienste.

Der Umfang der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege wird in der Pflegestatistik nicht separat erfasst und kann auf der Grundlage der Angaben zum Bezug ambulanter Sachleistungen nicht klar abgegrenzt werden. Aus den Routinedaten der AOK Bayern geht zwar der Umfang der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege hervor, allerdings ist aus den Daten nicht ersichtlich, inwieweit die Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst oder informell Pflegende erbracht wurde. Zudem fällt die in den Routinedaten dokumentierte Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege insgesamt vergleichsweise gering aus. Daher sind die Prognosen der Bedarfsentwicklung mit einer erhöhten Unsicherheit verbunden.

In Tabelle 109 ist die prognostizierte tagesdurchschnittliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart tageweise ambulante Verhinderungspflege

für Bayern dargestellt. Die Angaben umfassen sowohl Pflegebedürftige mit Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst als auch pflegebedürftige Personen, bei denen die Verhinderungspflege durch Angehörige oder Mitglieder der häuslichen Gemeinschaft geleistet wird. Im Jahr 2017 nehmen in Bayern täglich durchschnittlich 488 Pflegebedürftige tageweise Verhinderungspflege in Anspruch. Im Vergleich mit der Inanspruchnahme der übrigen ambulanten Versorgungsarten nimmt die Verhinderungspflege demnach eine untergeordnete Stellung ein.

Im Basisszenario V0 wird bis zum Jahr 2050 eine Erhöhung der tagesdurchschnittlichen Nachfrage nach ganztägiger Verhinderungspflege auf 835 Personen prognostiziert. In Modellszenario V1 unter der Annahme einer im Zeitverlauf gering steigenden Pflegeprävalenz und einem leichten Rückgang des Familienpflegepotenzials erhöht sich diese auf 1.462 Personen im Jahr 2050. Bei einer gering steigenden Pflegeprävalenz und einer moderaten Verringerung des Familienpflegepotenzials (Szenario V2) wird für 2050 ein Versorgungsbedarf in Höhe von tagesdurchschnittlich 2.010 Personen mit tageweiser ambulanter Verhinderungspflege prognostiziert. Bei einer Verringerung des Familienpflegepotenzials wird davon ausgegangen, dass die Häufigkeit, mit der Pflegepersonen vorübergehend an der Pflege gehindert sind, im Zeitverlauf ansteigt und daher vermehrt Verhinderungspflege in Anspruch genommen wird.

Die Modellszenarien V3 und V4 basieren auf der Annahme einer im Zeitverlauf stark steigenden Pflegeprävalenz. Entsprechend der höheren Pflegeprävalenz fällt der Bedarf an Verhinderungspflege höher aus als in den übrigen Modellszenarien. Unter der Annahme einer moderaten Verringerung des Familienpflegepotenzials (Modellszenario V3) beläuft sich der Bedarf an Verhinderungspflege im Jahr 2050 auf 2.344 Personen. Bei einer starken Verringerung des Familienpflegepotenzials beträgt die tagesdurchschnittliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit ganztägiger Verhinderungspflege 3.523 Personen.

Tabelle 109: Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart ganztägige Verhinderungspflege in Bayern

Szenario*	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0 (Basisszenario)	488	524	619	726	835
V1 (PP gering, FPP niedrig)	488	555	785	1.090	1.462
V2 (PP gering, FPP moderat)	488	575	912	1.387	2.010
V3 (PP hoch, FPP moderat)	488	586	977	1.557	2.344
V4 (PP hoch, FPP stark)	488	622	1.211	2.152	3.523

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegepotenzials

Im Basisszenario erhöht sich die Nachfrage nach ganztägiger Verhinderungspflege in Bayern von tagesdurchschnittlich 488 Personen im Jahr 2017 auf 835 Personen im Jahr 2050. Aus Tabelle 110 lässt sich die prognostizierte Entwicklung der Nachfrage nach ganztägiger Verhinderungspflege nach Regierungsbezirken entnehmen. In Oberbayern steigt die tagesdurchschnittliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit ganztägiger Verhinderungspflege im Prognosezeitraum von 142 auf 253 Personen (+ 78 %). Auch für Niederbayern wird mit einem Anstieg von tagesdurchschnittlich 63 auf 114 pflegebedürftige Personen eine überdurchschnittliche Zuwachsrate der ganztägigen Verhinderungspflege prognostiziert (+ 81 %). In den übrigen Regierungsbezirken fallen die Zuwachsraten etwas geringer aus. Im Regierungsbezirk Schwaben beläuft sich die Zuwachsrate der Verhinderungspflege auf 76 %, in den Regierungsbezirken Oberpfalz und Mittelfranken auf 67 %, in Unterfranken auf 62 % und in Oberfranken auf 53 %. Unter Berücksichtigung des ambulanten Versorgungsbedarfs insgesamt nimmt der Bedarf an ganztägiger Verhinderungspflege jedoch eine eher untergeordnete Rolle ein. Aufgrund des niedrigen Ausgangsniveaus bleibt der Umfang an Verhinderungspflege trotz hoher Zuwachsraten auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Tabelle 110: Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart tageweise ambulante Verhinderungspflege nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	142	154	192	217	253
Niederbayern	63	68	80	99	114
Oberpfalz	49	52	59	71	82
Oberfranken	51	54	59	70	78
Mittelfranken	61	65	76	89	102
Unterfranken	60	64	73	86	97
Schwaben	62	67	80	94	109
Gesamt	488	524	619	726	835

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3.5 Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege

Im Jahr 2017 wurden in Bayern 112.441 pflegebedürftige Personen im Rahmen der vollstationären Dauerpflege pflegerisch versorgt. Die prognostizierte Entwicklung des Bedarfs an vollstationärer Dauerpflege bis zum Jahr 2050 ist aus Tabelle 111 ersichtlich. Dargestellt ist die Entwicklung des Versorgungsbedarfs unter fünf unterschiedlichen Modellszenarien. Im Basisszenario (Modellszenario V0) steigt der

Bedarf an vollstationärer Dauerpflege bis zum Jahr 2050 auf 202.242 Personen an. Im Vergleich zum Jahr 2017 entspricht dies einem Anstieg von etwa 80 %.

Unter der Annahme eines geringen Anstiegs der Pflegeprävalenz (Modellszenario V1 und V2) im Zeitverlauf ergibt sich für 2050 ein Bedarf an vollstationärer Dauerpflege in Höhe von 222.465 Personen (+ 98 %). Eine geringe (Modellszenario V1) bzw. moderate (Modellszenario V2) Verringerung des Familienpflegepotenzials wirkt sich im Modell nicht auf den Versorgungsbedarf an vollstationärer Dauerpflege aus. Es wird davon ausgegangen, dass eine Verringerung des Familienpflegepotenzials sich zwar auf die Art der Versorgungsleistung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen auswirkt, jedoch kaum Einfluss darauf hat, ob Pflegebedürftige ambulant oder vollstationär versorgt werden. Die Notwendigkeit eines Heimübergangs ist primär vom Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Person abhängig, d. h. ab einem bestimmten Grad der Beeinträchtigungen ist informelle Pflege generell schwierig.

Die Modellszenarien V3 und V4 basieren auf der Annahme einer im Zeitverlauf bis 2050 stark steigenden Pflegeprävalenz. Dementsprechend fällt der prognostizierte Versorgungsbedarf in diesen Modellszenarien höher aus als in den übrigen Modellszenarien. Für das Jahr 2050 wird ein Versorgungsbedarf in Höhe von 242.690 pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Dauerpflege prognostiziert. Bei einer stark ansteigenden Pflegeprävalenz fällt der Bedarf an vollstationärer Dauerpflege demnach um etwa 40.000 Personen höher aus als im Basisszenario. Im Vergleich zum Jahr 2017 beträgt die Zunahme etwa 116 %.

Ein Vergleich der Modellvarianten zeigt, dass die prognostizierte Entwicklung des Versorgungsbedarfs an vollstationärer Dauerpflege bezüglich der getroffenen Annahmen mit einer moderat erhöhten Unsicherheit verbunden ist. Die Spannweite des in den verschiedenen Varianten prognostizierten Versorgungsbedarfs beträgt für das Jahr 2050 etwa 40.000 Personen. Unter der Annahme, dass eine Verringerung des Familienpflegepotenzials keinen Einfluss auf die Nachfrage nach vollstationären Versorgungsleistungen ausübt, resultiert die Prognoseunsicherheit ausschließlich aus der Unsicherheit hinsichtlich der Entwicklung der stationären Pflegeprävalenz. Diese ist mit weniger Unsicherheit verbunden als die Entwicklung der ambulanten Pflegeprävalenz, da unter anderem die sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen in der vollstationären Versorgung eine stärkere Kontinuität aufweisen, was zumindest in der Vergangenheit mit einer weniger dynamischen Entwicklung bei der Inanspruchnahme von Leistungen der vollstationären Dauerpflege verbunden war. Gleichwohl indizieren die altersbedingten Zuwachsraten des Versorgungsbedarfs einen erhöhten Steuerungsbedarf im Zeitverlauf bis 2050.

Tabelle 111: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege in Bayern

Szenario	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0 (Basisszenario)	112.441	120.298	145.140	172.649	202.242
V1 (PP gering, FPP niedrig)	112.441	121.390	150.856	184.683	222.465
V2 (PP gering, FPP moderat)	112.441	121.390	150.856	184.683	222.465
V3 (PP hoch, FPP moderat)	112.441	122.483	156.575	196.715	242.690
V4 (PP hoch, FPP stark)	112.441	122.483	156.575	196.715	242.690

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegpotenzials

In Tabelle 112 ist die Prognose der Entwicklung des Bedarfs an vollstationärer Dauerpflege gemäß Basisszenario nach Regierungsbezirken dargestellt. In Oberbayern erhöht sich die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege von 33.007 Personen im Jahr 2017 auf 62.254 Personen im Jahr 2050, in Niederbayern von 11.544 auf 22.119, in Oberpfalz von 11.810 auf 21.261, in Oberfranken von 12.283 auf 19.815, in Mittelfranken von 16.682 auf 28.701, in Unterfranken von 12.099 auf 20.526 und in Schwaben von 15.016 auf 27.566 pflegebedürftige Personen. In Oberbayern und Niederbayern fällt die Zuwachsrate mit 89 % bzw. 92 % überdurchschnittlich hoch aus. Dies steht im Zusammenhang mit einem überdurchschnittlichen Bevölkerungswachstum in den Altersgruppen ab 65 Jahren und einer dementsprechend überdurchschnittlich ausfallenden Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen. In Oberfranken und Unterfranken fallen die Zuwachsraten mit 61 % bzw. 70 % dagegen unterdurchschnittlich aus. In den übrigen Regierungsbezirken belaufen sich die Zuwachsraten des Versorgungsbedarfs auf Werte zwischen 72 % und 84 %.

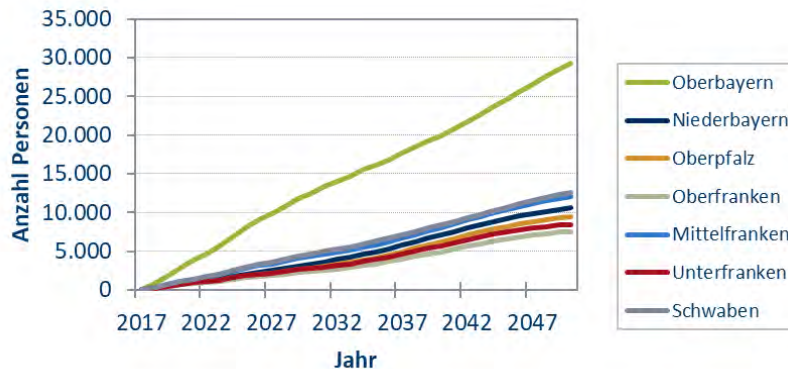
Tabelle 112: Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	33.007	35.840	45.522	52.953	62.254
Niederbayern	11.544	12.328	14.880	18.606	22.119
Oberpfalz	11.810	12.545	14.616	17.976	21.261
Oberfranken	12.283	12.936	14.625	17.229	19.815
Mittelfranken	16.682	17.751	20.982	24.698	28.701
Unterfranken	12.099	12.819	14.857	17.827	20.526
Schwaben	15.016	16.079	19.658	23.360	27.566
Gesamt	112.441	120.298	145.140	172.649	202.242

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Abbildung 232 veranschaulicht die im Basisszenario prognostizierten Veränderungen der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege im Zeitverlauf bis zum Jahr 2050. Die Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken sind im Wesentlichen auf eine unterschiedliche Entwicklung der Bevölkerungsgröße und damit einhergehend einer unterschiedlichen Entwicklung der Altersstruktur zurückzuführen. Die Veränderungen weisen über den gesamten Prognosezeitraum einen weitgehend linearen Verlauf auf. In Oberbayern lassen sich bis etwa 2035 leicht höhere Zuwächse beobachten als im nachfolgenden Zeitraum, in den übrigen Regierungsbezirken fallen die Bedarfsveränderungen bis 2035 dagegen etwas geringer aus als im nachfolgenden Zeitraum. Mit Ausnahme von Oberbayern lässt der Bedarfszuwachs zum Ende des Prognosezeitraums etwa ab dem Jahr 2045 etwas nach. In Oberbayern dagegen ist über den gesamten Prognosezeitraum ein kontinuierlicher Anstieg des Bedarfs an vollstationärer Dauerpflege zu beobachten.

Abbildung 232: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3.6 Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege

Im Jahr 2017 wurden in Bayern tagesdurchschnittlich 3.304 pflegebedürftige Personen im Rahmen der Kurzzeitpflege pflegerisch versorgt. Aus Tabelle 113 ist die prognostizierte Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflege im Zeitverlauf bis zum Jahr 2050 für fünf unterschiedliche Modellszenarien dargestellt. Hieraus ergibt sich, dass sich der Versorgungsbedarf im Basisszenario (Modellszenario V0) unter der Annahme einer im Zeitverlauf gleichbleibenden Pflegeprävalenz und gleichbleibendem Familienpflegepotenzial bis zum Jahr 2050 sukzessive auf 5.840 Personen erhöht. Dies entspricht einem Anstieg von 77 %. Die Zuwächse nehmen dabei einen weitgehend linearen Verlauf, wobei bis zum Jahr 2030 die Bedarfsentwicklung etwas hinter der Bedarfsentwicklung in den Folgejahren zurückbleibt.

In Modellszenario V1 mit einem im Zeitverlauf geringen Anstieg der Pflegeprävalenz und einem leicht verringerten Familienpflegepotenzial erhöht sich der tagesdurchschnittliche Bedarf an Kurzzeitpflege von 3.304 Personen im Jahr 2017 auf 6.424 Personen im Jahr 2050. Im Vergleich zum Basisszenario fällt der Versorgungsbedarf im Jahr 2050 um etwa 580 Personen höher aus. Der Unterschied lässt sich nahezu vollständig auf das annahmegemäß geringere Familienpflegepotenzial zurückführen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass aufgrund des verringerten Familienpflegepotenzials mehr Pflegebedürftige für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind, weil eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt oder der Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geregelt werden muss oder die Pflegeperson eine Auszeit braucht („Urlaubs-pflege“).

Fällt die Verringerung des Familienpflegepotenzials noch stärker aus, erhöht sich der Bedarf an Kurzzeitpflege dementsprechend. In den Modellszenarien V2 und V3

mit einem moderat verringerten Familienpflegepotenzial steigt die prognostizierte tagesdurchschnittliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege auf 7.008 Personen im Jahr 2050. Bei einem stark verringerten Familienpflegepotenzial (Modellszenario V4) werden für 2050 sogar 8.175 pflegebedürftige Personen mit Kurzzeitpflege prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 entspricht dies einer Zuwachsrate von 112 % (Modellszenario V2 und V3) bzw. 147 % (Modellszenario V4).

Im Vergleich der Modellvarianten zeigt sich, dass die prognostizierte Entwicklung der Versorgungsart Kurzzeitpflege bezüglich der getroffenen Annahmen mit einer deutlich erhöhten Unsicherheit verbunden ist. Abhängig von der weiteren Entwicklung des Familienpflegepotenzials im Zeitverlauf wird für das Jahr 2050 ein Bedarf zwischen 5.840 bis 8.175 Personen mit Kurzzeitpflege prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 beträgt die Zuwachsrate je nach Modellszenario zwischen 77 % und 147 %.

Tabelle 113: Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege in Bayern

Szenario*	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0 (Basisszenario)	3.304	3.536	4.175	5.042	5.840
V1 (PP gering, FPP niedrig)	3.304	3.568	4.340	5.392	6.424
V2 (PP gering, FPP moderat)	3.304	3.600	4.504	5.744	7.008
V3 (PP hoch, FPP moderat)	3.304	3.600	4.504	5.744	7.008
V4 (PP hoch, FPP stark)	3.304	3.665	4.832	6.447	8.175

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegepotenzials

Die im Basisszenario prognostizierte Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege nach Regierungsbezirken ist in Tabelle 114 dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass die Bedarfsentwicklung sehr unterschiedlich zwischen den Regierungsbezirken ausfällt. Der aufgrund der Bevölkerungsgröße höchste Bedarfsanstieg ist in Oberbayern zu verzeichnen, wo die tagesdurchschnittliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege von 801 im Jahr 2017 auf 1.494 Personen im Jahr 2050 ansteigt. Dies entspricht einem Zuwachs von etwa 87 %. Auch Niederbayern und Oberpfalz weisen überdurchschnittliche Zuwachsraten in Höhe von 86 % bzw. 85 % auf. Hier erhöht sich der tagesdurchschnittliche Bedarf an Kurzzeitpflege von 424 bzw. 306 Personen im Jahr 2017 auf 789 bzw. 567 pflegebedürftige Personen im Jahr 2050. Auch für Schwaben wird mit einer Zuwachsrate von 83 % ein überdurchschnittlicher Bedarfsanstieg prognostiziert. Hier erhöht sich die tagesdurchschnittliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsbedarf Kurzzeitpflege

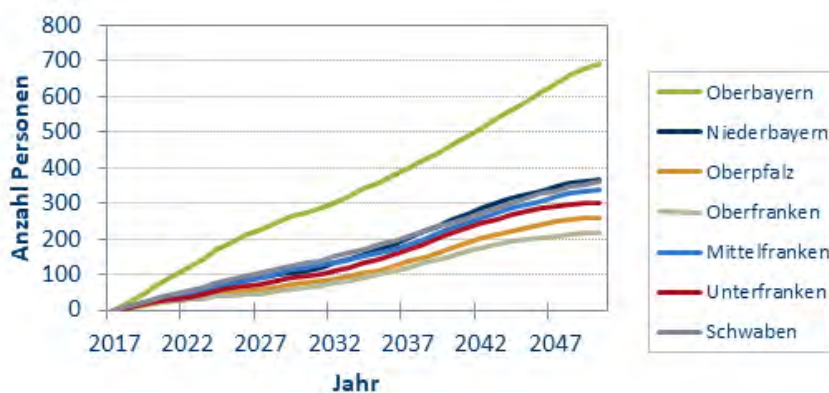
von 431 auf 791 Personen. In Oberfranken, Mittelfranken und Unterfranken nimmt der Versorgungsbedarf dagegen unterdurchschnittlich mit Werten zwischen 58 % und 68 % zu. In Oberfranken erhöht sich der tagesdurchschnittliche Bedarf an Kurzzeitpflege von 375 auf 593 Personen, in Mittelfranken von 500 auf 839 Personen und in Unterfranken von 467 auf 767 Personen. Die Veränderung des Bedarfs an Kurzzeitpflege im Vergleich zum Jahr 2017 innerhalb des Prognosezeitraums ist in Abbildung 233 dargestellt.

Tabelle 114: Prognose der Entwicklung der tagesdurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	801	875	1.073	1.264	1.494
Niederbayern	424	450	536	678	789
Oberpfalz	306	326	383	481	567
Oberfranken	375	397	438	528	593
Mittelfranken	500	531	620	731	839
Unterfranken	467	492	563	683	767
Schwaben	431	465	562	677	791
Gesamt	3.304	3.536	4.175	5.042	5.840

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Abbildung 233: Prognose der Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart Kurzzeitpflege im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.3.7 Prognose der Entwicklung der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege

Die Prognose der Bedarfsentwicklung im Bereich der teilstationären Pflege ist aus mehreren Gründen mit einer erhöhten Unsicherheit verbunden. In der Pflegestatistik wird erfasst, für welche Anzahl von Pflegebedürftigen zum Stichtag der Erhebung Versorgungsverträge über die Erbringung von teilstationären Leistungen vorliegen. Aus der Pflegestatistik geht jedoch nicht hervor, in welcher Frequenz und Zeitdauer die Pflegebedürftigen die Leistungen der teilstationären Pflege in Anspruch nehmen. Unter der Annahme, dass die Inanspruchnahme von Leistungen der teilstationären Pflege mindestens einmal wöchentlich erfolgt, reflektieren die Angaben der Pflegestatistik demnach die wochendurchschnittliche Anzahl von Pflegebedürftigen, die mindestens an einem Wochentag teilstationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus ist die Nachfrage- und Angebotssituation im Bereich der teilstationären Pflege von einer großen Dynamik gekennzeichnet. Durch die stärkere Berücksichtigung dementieller Erkrankungen bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem PSG II, hat sich die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Anspruch auf Leistungen gemäß SGB XI 2017 insgesamt sowie die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit potenzieller Anspruchsberechtigung auf teilstationäre Leistungen stark erhöht. Gleichzeitig geht aus den Daten der Pflegestatistik hervor, dass sich das Angebot an teilstationären Pflegeplätzen in Bayern zum Zeitpunkt der Erhebung der Pflegestatistik 2017 möglicherweise noch nicht vollständig an diese Entwicklung angepasst haben könnte. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass zumindest zum Erhebungszeitpunkt der Pflegestatistik 2017 am 15.12.2017 eine Angebotslücke im Bereich der teilstationären Pflege vorlag, und der Versorgungsbedarf an teilstationärer Pflege nicht vollumfänglich durch das vorhandene Pflegeangebot gedeckt werden konnte.

Bei der Prognose des Bedarfs an teilstationärer Pflege ist daher zu berücksichtigen, dass der tatsächliche Versorgungsbedarf bereits im Jahr 2017 möglicherweise höher lag als die in der Pflegestatistik dokumentierte Inanspruchnahme. Im Basisszenario (Modellszenario V0) wird zunächst angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 identisch ist mit der Inanspruchnahme von teilstationären Pflegeleistungen und keine Angebotslücke vorliegt. Weiterhin wird angenommen, dass die Pflegeprävalenz und das Familienpflegepotenzial im Zeitverlauf unverändert bleiben.

In Modellszenario V1 wird angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa 50 % höher ausfällt als die in der Pflegestatistik 2017 dokumentierte Inanspruchnahme. Weiterhin wird angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege sowie die Pflegeprävalenz im weiteren Zeitverlauf moderat ansteigen und sich das Familienpflegepotenzial leicht verringert.

In Modellszenario V2 wird ebenfalls angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa 50 % höher ausfällt als die in der Pflegestatistik 2017 dokumentierte Inanspruchnahme. Weiterhin wird angenommen, dass der

Bedarf an teilstationärer Pflege im weiteren Zeitverlauf stark ansteigt, sich die Pflegeprävalenz moderat erhöht und sich das Familienpflegepotenzial leicht verringert.

In Modellszenario V3 wird angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa doppelt so hoch ausfällt wie die in der Pflegestatistik 2017 dokumentierte Inanspruchnahme. Weiterhin wird angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im weiteren Zeitverlauf nur leicht ansteigt, sich die Pflegeprävalenz stark erhöht und sich das Familienpflegepotenzial moderat verringert.

In Modellszenario V4 wird ebenfalls angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa doppelt so hoch ausfällt wie die in der Pflegestatistik 2017 dokumentierte Inanspruchnahme. Weiterhin wird angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im weiteren Zeitverlauf moderat ansteigt, sich die Pflegeprävalenz stark erhöht und sich das Familienpflegepotenzial stark verringert.

Die Ergebnisse der Bedarfsprognose sind in Tabelle 115 (S. 418) dargestellt. Im Basisszenario (Modellszenario VO) beläuft sich der Bedarf an teilstationärer Pflege in Bayern im Jahr 2017 auf 10.426 Personen. Bis zum Jahr 2050 erhöht sich der Bedarf an teilstationärer Pflege um 7.468 auf 17.894 pflegebedürftige Personen. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 72 %.

Im Modellszenario V1 beläuft sich der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 auf 15.640 Personen. Damit übersteigt der Versorgungsbedarf annahmegemäß die in der Pflegestatistik 2017 dokumentierte Inanspruchnahme von Leistungen der teilstationären Pflege um etwa 5.200 Personen. Für das Jahr 2050 wird in diesem Modellszenario ein Bedarf in Höhe von 40.262 Personen prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 erhöht sich der Bedarf an teilstationärer Pflege demnach um 24.622 pflegebedürftige Personen (157 %). Im Vergleich zur tatsächlichen Inanspruchnahme im Jahr 2017 ergibt sich eine Steigerung um 29.836 Personen.

Der Versorgungsbedarf in Modellszenario V2 entspricht im Jahr 2017 dem Versorgungsbedarf von Modellszenario V1. Annahmegemäß fällt dieser um etwa 5.200 Personen höher aus als die beobachtete Inanspruchnahme gemäß Pflegestatistik 2017. Bis zum Jahr 2050 steigt der Bedarf an teilstationärer Pflege um 38.042 auf 53.682 Personen an. Dies entspricht einer Zuwachsrate von 243 %. Die Steigerung des Versorgungsbedarfs fällt höher aus als in Modellszenario V1, da von einer stärkeren Dynamik bei der Entwicklung der teilstationären Pflegeprävalenz in Verbindung mit einem moderat verringert Familienpflegepotenzial ausgegangen wird.

In Modellszenario V3 beläuft sich der Bedarf an teilstationärer Pflege auf 20.852 Personen und übersteigt damit annahmegemäß die in der Pflegestatistik 2017 dokumentierte Inanspruchnahme von Leistungen der teilstationären Pflege um etwa 10.400 Personen. Im weiteren Zeitverlauf steigt der prognostizierte Versorgungsbedarf kontinuierlich an. Im Jahr 2050 beläuft sich der Bedarf an teilstationärer Pflege auf 44.735 Personen, was einem Zuwachs von etwa 115 % entspricht. Der prognostizierte Versorgungsbedarf fällt im Vergleich mit Modellszenario V2 auf-

grund einer deutlich geringeren Wachstumsdynamik bei der teilstationären Pflegeprävalenz ab den 2030er Jahren etwas geringer aus, übersteigt jedoch aufgrund des höheren Ausgangsniveaus über den gesamten Zeitverlauf die Bedarfsprognose in Modellszenario V1.

Der Versorgungsbedarf in Modellszenario V4 entspricht im Jahr 2017 dem Versorgungsbedarf von Modellszenario V3. Annahmegemäß fällt dieser um etwa 10.400 Personen höher aus als die beobachtete Inanspruchnahme gemäß Pflegestatistik 2017. Bis zum Jahr 2050 erhöht sich der Bedarf an teilstationärer Pflege um 32.830 auf 53.682 Personen. Dies entspricht einer Steigerung des Versorgungsbedarfs um etwa 157 %. Im Vergleich mit Modellszenario V3 fällt die Wachstumsdynamik annahmegemäß etwas höher aus, so dass der prognostizierte Bedarf über den gesamten Prognosezeitraum höher ausfällt als in Modellszenario V3. Die Wachstumsdynamik ist jedoch schwächer als in Modellszenario V2. Trotz eines deutlich höheren Ausgangswertes im Jahr 2017 ist der Versorgungsbedarf dieser beiden Modellszenarien im Jahr 2050 identisch.

Der Modellvergleich zeigt, dass die Prognose des Bedarfs an teilstationären Pflegeleistungen bezüglich der getroffenen Annahmen mit einer stark erhöhten Unsicherheit verbunden ist. Im Basisszenario wird für das Jahr 2050 ein teilstationärer Versorgungsbedarf in Höhe von 17.894 Personen prognostiziert. In den Modellszenarien V2 und V4 beläuft sich der für 2050 prognostizierte Versorgungsbedarf auf 53.682 Personen. Die Prognosen weisen demnach für das Jahr 2050 eine Spannweite in Höhe von 35.788 Personen auf. Die Unsicherheit der Prognose begründet sich zum einen durch die Unsicherheit der Bedarfsschätzung im Jahr 2017, dem Ausgangsjahr der Bedarfsprognose. Aus den Daten der Pflegestatistik ergeben sich Anhaltspunkte, dass der teilstationäre Versorgungsbedarf möglicherweise bereits im Jahr 2017 die in der Pflegestatistik erfasste Inanspruchnahme von Pflegeleistungen übersteigt. Allerdings kann die Höhe des Nachfrageüberhangs nicht zuverlässig quantifiziert werden. Darüber hinaus reflektiert die große Spannweite der Prognosen die Unsicherheit bezüglich der Entwicklung der Pflegeprävalenz, der Dynamik der Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen sowie die weitere Entwicklung des Familienpflegepotenzials.

Tabelle 115: Prognose der Entwicklung der wochendurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege in Bayern

Szenario*	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
V0 (Basisszenario)	10.426	11.143	12.937	15.788	17.894
V1 (Bedarf TP + 50 %, PP gering, FPP niedrig)	15.640	17.475	23.228	31.937	40.262
V2 (Bedarf TP + 50 %, PP gering, FPP moderat)	15.640	18.235	27.050	40.191	53.682
V3 (Bedarf TP + 100 %, PP hoch, FPP moderat)	20.852	22.793	28.422	37.082	44.735
V4 (Bedarf TP + 100 %, PP hoch, FPP stark)	20.852	23.300	30.969	42.584	53.682

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *Bedarf TP = Nachfrage teilstationäre Pflege im Ausgangsjahr 2017, PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegpotenzials

In Tabelle 116 ist die prognostizierte Entwicklung des Bedarfs an teilstationärer Pflege im Basisszenario für die Regierungsbezirke in Bayern dargestellt. In Oberbayern erhöht sich der teilstationäre Versorgungsbedarf von 2.501 Personen im Jahr 2017 auf 4.417 Personen im Jahr 2050, in Niederbayern von 1.143 auf 2.082, in Oberpfalz von 761 auf 1.321, in Oberfranken von 1.310 auf 2.088, in Mittelfranken von 1.369 auf 2.272, in Unterfranken von 1.800 auf 3.059 und in Schwaben von 1.542 auf 2.655 pflegebedürftige Personen. Im Vergleich zum Jahr 2017 ist insbesondere in Niederbayern mit einer Zuwachsrate in Höhe von etwa 82 % ein überdurchschnittlicher Anstieg des teilstationären Versorgungsbedarfs zu erwarten. Auch in Oberbayern (+ 77 %) und Oberpfalz (+ 74 %) erhöht sich der Bedarf an teilstationärer Pflege überdurchschnittlich. In Oberfranken und Mittelfranken fallen die Zuwachsraten dagegen etwas geringer aus. In Oberfranken steigt der teilstationäre Versorgungsbedarf bis zum Jahr 2050 um etwa 59 %, für Mittelfranken wird eine Zuwachsrate in Höhe von etwa 66 % prognostiziert.

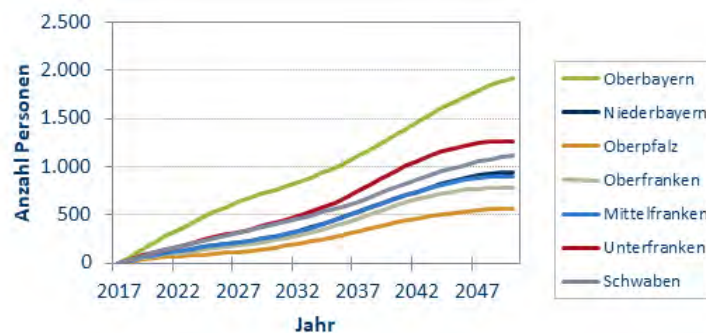
Tabelle 116: Prognose der Entwicklung der wochendurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege nach Regierungsbezirk

Regierungsbezirk	Jahr				
	2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	2.501	2.718	3.256	3.819	4.417
Niederbayern	1.143	1.215	1.415	1.803	2.082
Oberpfalz	761	808	921	1.175	1.321
Oberfranken	1.310	1.381	1.545	1.898	2.088
Mittelfranken	1.369	1.455	1.641	2.030	2.272
Unterfranken	1.800	1.916	2.214	2.744	3.059
Schwaben	1.542	1.650	1.945	2.319	2.655
Gesamt	10.426	11.143	12.937	15.788	17.894

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Der zeitliche Verlauf der Entwicklung des Bedarfs an teilstationären Pflegeleistungen geht aus Abbildung 234 hervor. Dargestellt ist die im Basisszenario prognostizierte Veränderung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Nachfrage nach teilstationären Versorgungsleistungen im Zeitverlauf bis zum Jahr 2050. Bis etwa zum Jahr 2035 fallen die Zuwächse im Bereich der teilstationären Pflege noch moderat aus. Ab dem Jahr 2035 ist ein deutlicher Anstieg des teilstationären Versorgungsbedarfs ersichtlich, der – mit Ausnahme von Oberbayern – bis etwa zum Jahr 2045 anhält und zum Ende des Prognosezeitraums hin abflacht. In Oberbayern ist hingegen ab dem Jahr 2035 bis zum Ende des Prognosezeitraums im Jahr 2050 ein kontinuierlich starker Anstieg des Versorgungsbedarfs ersichtlich.

Abbildung 234: Prognose der Veränderung der wochendurchschnittlichen Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart teilstationäre Pflege im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.4 Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs

Die Bestimmung des Pflegepersonalbedarfs erfolgt unter Berücksichtigung aller Pflegekräfte, die den überwiegenden Teil ihrer Arbeitszeit in der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen tätig sind. Bei Pflegekräften in stationären Pflegeeinrichtungen werden darüber hinaus auch diejenigen Pflegekräfte berücksichtigt, deren überwiegender Arbeitszeitanteil auf die zusätzliche Betreuung gemäß § 43b SGB XI entfällt. Im ambulanten Bereich umfassen die Prognosen des Pflegepersonalbedarfs auch die Pflegedienstleitung (PDL) sowie Pflegekräfte, die pflegebedürftige Personen bei der Haushaltsführung unterstützen.

Die Prognose des Pflegepersonalbedarfs wird differenziert nach dem Qualifikationsniveau der Pflegekräfte durchgeführt. Hierbei wird zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften unterschieden. Die Operationalisierung basiert auf einer Zuordnung der in der Pflegestatistik erfassten Berufsgruppen. Vereinfacht dargestellt umfasst die Gruppe der Fachkräfte alle Pflegekräfte mit einer pflegerischen oder therapeutischen Fachausbildung. Hierzu gehören beispielsweise examinierte Alten- und Krankenpflegefachkräfte, Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger und Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Pflegekräfte ohne Berufsausbildung oder ohne fachspezifische Berufsausbildung oder mit einem Helferberuf (Altenpflegehelfer/-in, Krankenpflegehelfer/-in) werden den Pflegehilfskräften zugeordnet.

Der Ausweis der Ergebnisse der Pflegepersonalbedarfsprognose erfolgt in VZÄ. Hierbei werden teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte gemäß ihrem Arbeitszeitanteil an einer Vollzeitstelle in die Berechnung des Personalbedarfs einbezogen. Die Ergebnisse drücken demnach aus, wie viele vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte erforderlich sind, um den Pflegebedarf pflegebedürftiger Personen zu erfüllen.

Die Pflegepersonalbedarfsprognose basiert auf der in Abschnitt 5.3 dargestellten Versorgungsbedarfsprognose. Dementsprechend wird die Pflegepersonalbedarfsprognose analog zu den Prognosen des Versorgungsbedarfs für fünf unterschiedliche Modellszenarien bestimmt. Im Basisszenario (Modellszenario V0) wird angenommen, dass die Pflegeprävalenz und das Familienpflegepotenzial im Zeitverlauf unverändert bleiben und dass im Jahr 2017 der Bedarf an teilstationären Pflegeleistungen vollständig durch das vorhandene Versorgungsangebot erfüllt werden kann.

In Modellszenario V1 wird angenommen, dass sich die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf gering erhöht, das Familienpflegepotenzial leicht zurückgeht, der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa 50 % über der in der Pflegestatistik erfassten Inanspruchnahme liegt und die Prävalenz teilstationärer Pflege im Zeitverlauf moderat ansteigt.

Das Modellszenario V2 beinhaltet die Annahmen, dass sich die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf gering erhöht, sich das Familienpflegepotenzial moderat verringert, der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa 50 % über der in der Pflegestatistik erfassten Inanspruchnahme liegt und die Prävalenz teilstationärer Pflege im Zeitverlauf stark ansteigt.

Die Bedarfsprognose in Modellszenario V3 basiert auf der Annahme einer im Zeitverlauf stark steigenden Pflegeprävalenz, einer moderaten Abnahme des Familienpflegepotenzials sowie einem leichten Anstieg der teilstationären Pflegeprävalenz. Ferner wird angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa doppelt so hoch wie das vorhandene Versorgungsangebot ausfällt.

Für das Modellszenario V4 wird angenommen, dass die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf stark ansteigt und sich das Familienpflegepotenzial stark verringert. Für den Bereich der teilstationären Pflege wird ein moderater Anstieg über den Prognosezeitraum angenommen und dass der Bedarf im Jahr 2017 etwa doppelt so hoch wie das vorhandene Versorgungsangebot ausfällt.

Im Jahr 2017 sind in Bayern 82.270 VZÄ in der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen beschäftigt, davon 43.329 VZÄ Pflegefachkräfte und 38.942 VZÄ Pflegehilfskräfte. Im Basisszenario (Modellszenario V0) erhöht sich der Personalbedarf bis zum Jahr 2050 um insgesamt 61.921 VZÄ auf 144.191 VZÄ. Der Bedarfsanstieg setzt sich aus 32.345 VZÄ Pflegefachkräften und 29.576 VZÄ Hilfskräften zusammen. Für das Jahr 2050 wird demnach ein Pflegefachkräftebedarf in Höhe von 75.674 VZÄ und ein Bedarf an Pflegehilfskräften in Höhe von 68.517 VZÄ prognostiziert (s. Tabelle 117, S. 423).

In den Modellszenarien V1 und V2 fällt der Pflegepersonalbedarf im Jahr 2017 annahmegemäß etwas höher als im Basisszenario: Unter der Annahme eines nicht vollständig bedarfsdeckenden Angebots in der teilstationären Pflege beläuft sich der dadurch ergebende Pflegepersonalbedarf im Jahr 2017 auf 82.802 VZÄ. Davon entfallen 43.592 VZÄ auf Pflegefachkräfte und 39.210 VZÄ auf Pflegehilfskräfte.

Im Modellszenario V1 steigt der Pflegepersonalbedarf bis zum Jahr 2050 auf 178.431 VZÄ an. Der Bedarf an Pflegefachkräften erhöht sich auf 94.892 VZÄ, der Bedarf an Pflegehilfskräften wird auf 83.539 VZÄ prognostiziert. Die Zuwachsrate des Fachkräftebedarfs fällt mit 118 % etwas höher aus als die Zuwachsrate des Bedarfs an Hilfskräften (+ 113 %).

In Modellszenario V2 wird für das Jahr 2050 ein noch höherer Pflegepersonalbedarf prognostiziert. Unter den Modellannahmen besteht im Jahr 2050 ein Pflegefachkräftebedarf in Höhe von 104.974 VZÄ. Der Bedarf an Pflegehilfskräften beläuft sich gemäß der Bedarfsprognose auf 90.581 VZÄ. Insgesamt besteht demnach im Jahr 2050 ein Pflegepersonalbedarf in Höhe von 195.555 VZÄ. Die Bedarfserhöhung bei den Pflegefachkräften fällt mit 141 % etwas höher als bei den Pflegehilfskräften (+ 131 %).

Auch in den Modellszenarien V3 und V4 übersteigt der Personalbedarf im Jahr 2017 mit einem Umfang von 83.334 VZÄ annahmegemäß die Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte in Höhe von 82.270 VZÄ. Die Differenz zwischen dem unter Berücksichtigung einer erhöhten Nachfrage nach Tagespflege ermittelten Pflegepersonalbedarf und den im Jahr 2017 beschäftigten Pflegekräften beträgt 1.063 VZÄ, davon 526 VZÄ Pflegefachkräfte und 537 VZÄ Pflegehilfskräfte.

Im Modellszenario V3 beläuft sich der Pflegepersonalbedarf im Jahr 2050 auf 217.869 VZÄ. Im Vergleich zum Jahr 2017 entspricht dies einem Anstieg in Höhe

von 161 %. Der Pflegefachkräftebedarf erhöht sich im Prognosezeitraum von 43.855 VZÄ im Jahr 2017 um 73.567 VZÄ auf 117.422 VZÄ im Jahr 2050. Der Bedarf an Pflegehilfskräften steigt im gleichen Zeitraum von 39.479 VZÄ um 60.969 VZÄ auf 100.447 VZÄ. Die Zuwachsrate des Pflegefachkräftebedarfs fällt mit 168 % demnach etwas höher aus als die Zuwachsrate des Bedarfs an Pflegehilfskräften, die sich auf 154 % beläuft.

In Modellszenario V4 gestaltet sich die Bedarfsentwicklung noch etwas dynamischer. Aufgrund der annahmegemäß stark steigenden Pflegeprävalenz in Verbindung mit einem starken Rückgang des Familienpflegepotenzials wird für das Jahr 2050 ein Pflegepersonalbedarf in Höhe von 237.652 VZÄ prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 beläuft sich der Zuwachs des Personalbedarfs auf 154.319 VZÄ (+ 185 %). Dabei erhöht sich der Pflegefachkräftebedarf von 43.855 VZÄ um 85.261 VZÄ auf 129.117 VZÄ, was nahezu einer Verdreifachung des Fachkräftebedarfs im Vergleich zu 2017 entspricht. Der Bedarf an Pflegehilfskräften erhöht sich im Prognosezeitraum von 39.479 VZÄ um 69.057 VZÄ auf 108.536 VZÄ und weist mit einer Zuwachsrate in Höhe von 175 % eine geringfügig schwächere Wachstumsdynamik als der Fachkräftebedarf auf.

Ein Vergleich der Szenarien zeigt, dass die Prognose des Pflegepersonalbedarfs bezüglich der getroffenen Annahmen mit erheblicher Unsicherheit verbunden ist. Die Prognosen des Pflegepersonalbedarfs für das Jahr 2050 belaufen sich auf Werte zwischen 144.191 VZÄ und 237.652 VZÄ. Die hohe Spannweite der Prognosen in Höhe von fast 100.000 VZÄ resultiert aus der hohen Unsicherheit bezüglich der Entwicklung des Versorgungsbedarfs im Zeitverlauf bis 2050. So besteht innerhalb jeder Versorgungsart eine von der Bevölkerungsentwicklung unabhängige mehr oder weniger große Unsicherheit bezüglich der Bedarfsentwicklung bis zum Jahr 2050. Im Bereich der ambulanten Versorgung ist diese besonders ausgeprägt, da dort in der Vergangenheit eine größere Dynamik im Pfleggeschehen zu beobachten war.

Aber auch die Entwicklung der pflegerischen Versorgung im stationären Bereich ist mit erheblichen Unwägbarkeiten behaftet. Hinzu kommt die Unsicherheit bezüglich der Entwicklung des Familienpflegepotenzials. Eine Verringerung des Familienpflegepotenzials führt dazu, dass Pflegeleistungen, die bislang durch Angehörige im Rahmen der häuslichen Pflege erbracht wurden, verstärkt im Bereich der professionellen Pflege nachgefragt werden. In der Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs kumulieren diese Unsicherheiten aus der Entwicklung des Versorgungsbedarfs. Daher fällt die Spannweite der Prognosen in den Szenarien so hoch aus.

Tabelle 117: Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs in Bayern nach Qualifikationsniveau in Vollzeitäquivalenten

Qualifikation	Szenario*	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Fachkraft	V0 (Basisszenario)	43.329	46.266	55.055	65.387	75.674
	V1 (TP + 50 %, PP gering, FPP niedrig)	43.592	47.563	60.656	77.033	94.892
	V2 (TP + 50 %, PP gering, FPP moderat)	43.592	48.063	63.331	82.939	104.974
	V3 (TP + 100 %, PP hoch, FPP moderat)	43.855	48.873	66.632	90.088	117.422
	V4 (TP + 100 %, PP hoch, FPP stark)	43.855	49.375	69.492	96.701	129.117
Hilfskraft	V0 (Basisszenario)	38.942	41.600	49.657	59.031	68.517
	V1 (TP + 50 %, PP gering, FPP niedrig)	39.210	42.676	54.086	68.161	83.539
	V2 (TP + 50 %, PP gering, FPP moderat)	39.210	43.026	55.959	72.295	90.581
	V3 (TP + 100 %, PP hoch, FPP moderat)	39.479	43.742	58.673	78.033	100.447
	V4 (TP + 100 %, PP hoch, FPP stark)	39.479	44.092	60.660	82.617	108.536
Gesamt	V0 (Basisszenario)	82.270	87.866	104.712	124.418	144.191
	V1 (TP + 50 %, PP gering, FPP niedrig)	82.802	90.239	114.742	145.194	178.431
	V2 (TP + 50 %, PP gering, FPP moderat)	82.802	91.089	119.291	155.233	195.555
	V3 (TP + 100 %, PP hoch, FPP moderat)	83.334	92.615	125.304	168.122	217.869
	V4 (TP + 100 %, PP hoch, FPP stark)	83.334	93.467	130.151	179.318	237.652

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *TP = Bedarf an teilstationärer Pflege im Ausgangsjahr 2017, PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegpotenzials

In Tabelle 118 ist die prognostizierte Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs in Bayern gegliedert nach der Einrichtungsart und dem Qualifikationsniveau der Pfl-

gekräfte dargestellt. Die Angaben enthalten den prognostizierten Pflegepersonalbedarf in VZÄ für den Prognosezeitraum von 2017 bis 2050 gemäß Basisszenario. Hierbei wird angenommen, dass die Pflegeprävalenz sowie das Familienpflegepotenzial im Zeitverlauf unverändert bleiben und der Versorgungsbedarf im Bereich der teilstationären Pflege im Jahr 2017 vollständig durch das vorhandene Pflegeangebot erfüllt werden konnte.

Im Jahr 2017 bestand im ambulanten Bereich ein Pflegepersonalbedarf in Höhe von 26.978 VZÄ. Hiervon entfielen 16.162 VZÄ auf Pflegefachkräfte und 10.815 VZÄ auf Pflegehilfskräfte (Fachkraftquote: etwa 60 %). Bis zum Jahr 2050 steigt der Pflegepersonalbedarf im ambulanten Bereich um 17.825 VZÄ auf insgesamt 44.803 VZÄ an. Im Vergleich zu 2017 entspricht dies einer Zunahme um etwa 66 %. Entsprechend der Fachkraftquote fällt der Zuwachs des Pflegefachkräftebedarfs etwas höher aus als der Zuwachs des Bedarfs an Pflegehilfskräften. Im ambulanten Bereich erhöht sich der Bedarf an Pflegefachkräften von 16.162 VZÄ im Jahr 2017 um 10.680 VZÄ auf 26.842 VZÄ im Jahr 2050. Der Bedarf an Pflegehilfskräften steigt um 7.145 VZÄ von 10.815 VZÄ im Jahr 2017 auf 17.961 VZÄ im Jahr 2050.

Tabelle 118: Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs in Bayern nach Einrichtungsart und Qualifikationsniveau in Vollzeitäquivalenten

Art der Einrichtung	Qualifikation	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Ambulant	Fachkraft	16.162	17.204	20.053	23.663	26.842
	Hilfskraft	10.815	11.511	13.418	15.833	17.961
	Gesamt	26.978	28.715	33.471	39.496	44.803
Stationär	Fachkraft	27.166	29.062	35.003	41.724	48.832
	Hilfskraft	28.126	30.089	36.239	43.198	50.556
	Gesamt	55.293	59.151	71.241	84.923	99.388
Gesamt	Fachkraft	43.329	46.266	55.055	65.387	75.674
	Hilfskraft	38.942	41.600	49.657	59.031	68.517
	Gesamt	82.270	87.866	104.712	124.418	144.191

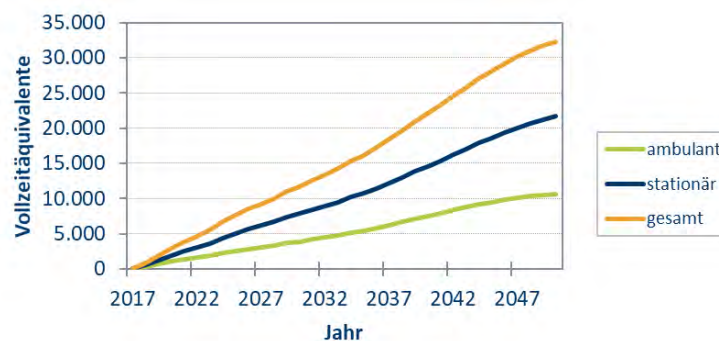
Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Im Bereich der stationären Pflege belief sich der Pflegepersonalbedarf im Jahr 2017 auf 55.293 VZÄ. Diese setzten sich aus 27.166 VZÄ Pflegefachkräften und 28.126 VZÄ Pflegehilfskräften zusammen (Fachkraftquote: etwa 49 %). Im weiteren Zeitverlauf erhöht sich der Pflegepersonalbedarf im stationären Bereich kontinuierlich und erreicht im Jahr 2050 einen Umfang von 99.388 VZÄ. Im Vergleich zu 2017 ergibt sich eine Zuwachsrate von rund 80 %. Entsprechend der Fachkraft-

quote verteilen sich die Bedarfszuwächse etwa zu gleichen Anteilen auf Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Bei den Pflegefachkräften beläuft sich der Bedarfsanstieg auf 22.430 VZÄ, bei den Pflegehilfskräften fällt der Zuwachs des Bedarfs mit 21.665 VZÄ etwas geringer aus.

Aus dem zeitlichen Verlauf der Bedarfsentwicklung im Basisszenario in Abbildung 235 ist ersichtlich, dass die Zunahme des Pflegefachkräftebedarfs sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Sektor weitgehend linear verläuft und kontinuierlich über den gesamten Prognosezeitraum anhält. Etwa ab dem Jahr 2035 sind im stationären Bereich leicht erhöhte Bedarfszuwächse zu beobachten. Während die Bedarfsentwicklung im ambulanten Bereich etwa ab dem Jahr 2045 etwas abflacht, steigt im stationären Bereich der Pflegefachkräftebedarf auch zum Ende des Prognosezeitraums kontinuierlich weiter an.

Abbildung 235: Prognose der Veränderung des Personalbedarfs an Pflegefachkräften in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017 in Vollzeitäquivalenten



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

In Tabelle 119 ist die im Basisszenario prognostizierte Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs nach Regierungsbezirk und Qualifikationsniveau in Vollzeitäquivalente dargestellt. Den Angaben ist zu entnehmen, dass der Pflegepersonalbedarf bis zum Jahr 2050 in allen Regierungsbezirken stark ansteigt.

Für die pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Personen von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung des Bedarfs an Pflegefachkräften. In Oberbayern, dem größten Regierungsbezirk, erhöht sich der Fachkräftebedarf von 12.646 VZÄ im Jahr 2017 auf 23.038 VZÄ im Jahr 2050. Der Bedarfsanstieg in Höhe von 10.392 VZÄ entspricht einer Zuwachsrate von etwa 82 %. Mit einer Zuwachsrate in ähnlicher Höhe erhöht sich auch der Fachkräftebedarf in Schwaben. Bei einem Fachkräftebedarf in Höhe von 5.567 VZÄ im Jahr 2017 wird für das Jahr 2050 ein Fachkräftebedarf in Höhe von 9.998 VZÄ prognostiziert. Dies entspricht 4.430 VZÄ mehr als im Jahr 2017. Eine noch höhere relative Bedarfssteigerung ist für Niederbayern zu erwarten. Dort beläuft sich der Fachkräftebedarf im Jahr 2017 auf 4.860 VZÄ. Bis zum Jahr 2050 erhöht sich der Bedarf an Pflegefachkräften um 4.190 VZÄ auf 9.050 VZÄ (+ 86 %). Dagegen fällt die Bedarfsentwicklung in Oberfranken und Mit-

telfranken mit Zuwachsraten von 57 % bzw. 65 % etwas geringer aus. In Oberfranken erhöht sich der Fachkräftebedarf von 4.702 VZÄ auf 7.366 VZÄ, in Mittelfranken von 6.459 VZÄ auf 10.640 VZÄ.

Tabelle 119: Prognose der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfs nach Regierungsbezirk und Qualifikationsniveau in Vollzeitäquivalenten

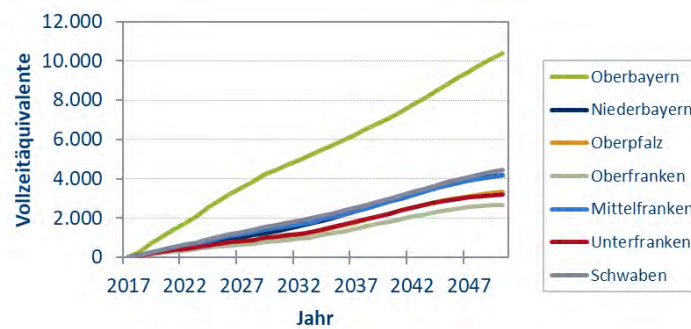
Regierungsbezirk	Qualifikation	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	Fachkraft	12.646	13.697	17.097	19.738	23.038
	Hilfskraft	12.083	13.034	16.144	18.567	21.585
	Gesamt	24.729	26.730	33.241	38.305	44.623
Niederbayern	Fachkraft	4.860	5.188	6.192	7.747	9.050
	Hilfskraft	4.182	4.472	5.371	6.751	7.937
	Gesamt	9.041	9.660	11.563	14.498	16.986
Oberpfalz	Fachkraft	4.469	4.734	5.444	6.693	7.782
	Hilfskraft	3.980	4.221	4.878	6.011	7.028
	Gesamt	8.449	8.955	10.322	12.704	14.810
Oberfranken	Fachkraft	4.702	4.938	5.513	6.521	7.366
	Hilfskraft	4.028	4.245	4.781	5.694	6.489
	Gesamt	8.730	9.183	10.294	12.215	13.855
Mittelfranken	Fachkraft	6.459	6.841	7.934	9.281	10.640
	Hilfskraft	5.585	5.935	6.951	8.186	9.449
	Gesamt	12.044	12.776	14.885	17.467	20.089
Unterfranken	Fachkraft	4.626	4.908	5.667	6.855	7.801
	Hilfskraft	4.058	4.311	5.002	6.066	6.940
	Gesamt	8.683	9.219	10.669	12.921	14.742
Schwaben	Fachkraft	5.567	5.961	7.209	8.553	9.998
	Hilfskraft	5.026	5.383	6.530	7.756	9.089
	Gesamt	10.593	11.344	13.739	16.309	19.086

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Der in Abbildung 236 dargestellte Verlauf der im Basisszenario prognostizierten Entwicklung des Personalbedarfs an Pflegefachkräften zeigt einen weitgehend linearen Anstieg des Fachkräftebedarfs. Dargestellt ist die Veränderung des Personalbedarfs an Pflegefachkräften im Vergleich zum Jahr 2017. Abgesehen von der

Größenordnung der Bedarfszuwächse, die im Wesentlichen von der Entwicklung der Bevölkerungsgröße der Regierungsbezirke abhängt, bestehen lediglich kleinere Unterschiede zwischen den Regierungsbezirken beim Entwicklungsverlauf. So fallen beispielsweise die Bedarfszuwächse in Unterfranken bis etwa 2025 etwas erhöht aus, während sich im weiteren Zeitverlauf die Dynamik etwas abschwächt. Im Gegensatz dazu werden für Mittelfranken bis 2030 etwas geringere Bedarfszuwächse prognostiziert, im weiteren Zeitverlauf sind jedoch leicht erhöhte Bedarfszuwächse zu beobachten. Im Vergleich zum Jahr 2017 weisen Mittelfranken und Unterfranken etwa gleich hohe Bedarfszuwächse auf. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Mittelfranken über einen deutlich höheren Ausgangswert verfügt und die relative Bedarfserhöhung in Unterfranken deutlich höher ausfällt als in Mittelfranken (s. Tabelle 119).

Abbildung 236: Prognose der Veränderung des Personalbedarfs an Pflegefachkräften im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk in Vollzeitäquivalenten



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

5.5 Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen

Die Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen erfolgt auf der Grundlage des prognostizierten Versorgungsbedarfs an vollstationären und teilstationären Pflegeleistungen. Bei der Bestimmung des Pflegeplatzbedarfs wird berücksichtigt, dass die Pflegeplätze in Pflegeeinrichtungen im Verlauf eines Jahres in der Regel nicht vollständig ausgelastet sind, sondern meist eine geringfügige Leerstandsquote besteht. Diese ergibt sich bspw. bei Entlassung und Neuaufnahme von Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege bzw. bei Vertragsende und Neuvertrag in der teilstationären Pflege. Darüber hinaus kann eine Kapazität an freien Pflegeplätzen auch erforderlich sein, um saisonale Schwankungen in der Inanspruchnahme und Belegung auszugleichen (z. B. Vorhaltung zweckgebundener Kurzzeitpflegeplätze). Weiterhin gibt es zeitweise nicht nutzbare Plätze aufgrund von Renovierung oder Personalmangel.

Im Kontext der teilstationären Pflege kommt hinzu, dass teilweise im Wochenverlauf mehrere pflegebedürftige Personen einen Tagespflegeplatz nutzen. Auch dies wird bei der Bestimmung des Pflegeplatzbedarfs berücksichtigt.

In Tabelle 120 (S. 430) ist der prognostizierte Bedarf an voll- und teilstationären Pflegeplätzen in Bayern von 2017 bis 2050 für fünf unterschiedliche Modellvarianten dargestellt. Im Basisszenario (Modellszenario V0) wird angenommen, dass die Pflegeprävalenz und das Familienpflegepotenzial im Zeitverlauf unverändert bleiben und dass im Jahr 2017 der Bedarf an teilstationären Pflegeleistungen vollständig durch das vorhandene Pflegeplatzangebot erfüllt werden konnte. Im Bereich der vollstationären Pflege beläuft sich der Pflegeplatzbedarf im Jahr 2017 auf 128.383 Pflegeplätze. Bis zum Jahr 2050 erhöht sich der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen um 102.414 auf 230.797 Pflegeplätze. Dies entspricht einem Anstieg von etwa 80 %. Im Bereich der teilstationären Pflege besteht 2017 ein Bedarf in Höhe von 7.742 Pflegeplätzen. Für das Jahr 2050 wird ein Anstieg des Pflegeplatzbedarfs um 5.548 auf 13.290 Pflegeplätzen prognostiziert. Dies entspricht einer Steigerung um etwa 72 %.

In Modellszenario V1 wird angenommen, dass sich die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf gering erhöht, das Familienpflegepotenzial leicht zurückgeht, der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa 50 % über der in der Pflegestatistik erfassten Inanspruchnahme liegt und die Prävalenz teilstationärer Pflege im Zeitverlauf moderat ansteigt. Im Vergleich zum Basisszenario fällt der Pflegeplatzbedarf entsprechend höher aus. Im Bereich der vollstationären Pflege resultiert für das Jahr 2050 ein Pflegeplatzbedarf in Höhe von 253.885 Pflegeplätzen und damit etwa 23.100 Pflegeplätze mehr als im Basisszenario und 125.502 Pflegeplätze mehr als im Jahr 2017. Bei den teilstationären Pflegeplätzen beläuft sich der Bedarf im Jahr 2017 auf 11.611 Pflegeplätze. Annahmegemäß besteht demnach bereits im Jahr 2017 ein zusätzlicher Pflegeplatzbedarf in Höhe von 3.869 Pflegeplätzen. Für das Jahr 2050 wird in Modellszenario V1 ein Bedarf in Höhe von 29.895 teilstationären Pflegeplätzen prognostiziert. Dies sind etwa 16.600 Pflegeplätze mehr als im Basisszenario.

Das Modellszenario V2 beinhaltet die Annahmen, dass sich die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf gering erhöht, sich das Familienpflegepotenzial moderat verringert, der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa 50 % über der in der Pflegestatistik erfassten Inanspruchnahme liegt und die Prävalenz teilstationärer Pflege im Zeitverlauf stark ansteigt. Die moderate Verringerung des Familienpflegepotenzials wirkt sich lediglich auf den Bedarf an vollstationären Kurzzeitpflegeplätzen aus, weshalb sich der prognostizierte Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen insgesamt nur leicht über dem Pflegeplatzbedarf aus Modellszenario V1 bewegt. Stärkere Unterschiede bestehen im Bereich der teilstationären Pflege. Für das Jahr 2050 wird ein teilstationärer Pflegeplatzbedarf in Höhe von 39.866 Pflegeplätzen prognostiziert. Dies sind etwa 26.600 Pflegeplätze mehr als im Basisszenario und reflektiert den im Vergleich moderaten Rückgang des Familienpflegepotenzials sowie den annahmegemäß höheren Pflegeplatzbedarf bereits im Jahr 2017.

Die Bedarfsprognose in Modellszenario V3 basiert auf der Annahme einer im Zeitverlauf stark steigenden Pflegeprävalenz, einer moderaten Verringerung des Familienpflegepotenzials sowie einem leichten Anstieg der teilstationären Pflegeprävalenz. Ferner wird angenommen, dass der Bedarf an teilstationärer Pflege im Jahr 2017 etwa doppelt so hoch wie das vorhandene Pflegeangebot ausfällt. Neben

dem Einfluss einer sich verändernden Bevölkerungsstruktur wirkt sich insbesondere ein annahmegemäß starker Anstieg der Pflegeprävalenz auf die prognostizierte Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen aus. Im vollstationären Bereich wird unter diesen Modellannahmen für das Jahr 2050 ein Pflegeplatzbedarf in Höhe von 276.960 Pflegeplätzen prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 stellt dies mehr als eine Verdopplung des Pflegeplatzbedarfes dar. Im Bereich der teilstationären Pflege beläuft sich der Bedarf im Jahr 2017 auf 15.484 Pflegeplätze. Annahmegemäß besteht demnach bereits im Jahr 2017 ein zusätzlicher Pflegeplatzbedarf in Höhe von 7.742 Pflegeplätzen. Für das Jahr 2050 wird in Modellszenario V3 ein Bedarf in Höhe von 33.218 teilstationären Pflegeplätzen und demnach etwa 20.000 Pflegeplätze mehr als im Basisszenario prognostiziert.

Für das Modellszenario V4 wird angenommen, dass die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf stark ansteigt und sich das Familienpflegepotenzial stark verringert. Für den Bereich der teilstationären Pflege wird ein moderater Anstieg Pflegeprävalenz über den Prognosezeitraum angenommen. Ferner wird angenommen, dass der Pflegeplatzbedarf im Jahr 2017 etwa doppelt so hoch wie das vorhandene Pflegeangebot ausfällt. Da sich der im Vergleich mit Modellszenario V3 etwas stärkere Rückgang des Familienpflegepotenzials lediglich auf den Bedarf an vollstationären Kurzzeitpflegeplätzen auswirkt, bestehen im Bereich der vollstationären Pflege nur geringfügige Unterschiede in der Bedarfsentwicklung im Vergleich mit Modellszenario V3. Im Bereich der teilstationären Pflege entspricht der Pflegeplatzbedarf im Jahr 2017 in Modellszenario V4 dem Pflegeplatzbedarf von Modellszenario V3. Annahmegemäß fällt dieser um 7.742 teilstationäre Pflegeplätze höher aus als das Platzangebot gemäß Pflegestatistik 2017. Bis zum Jahr 2050 erhöht sich der Bedarf an teilstationären Pflegeplätzen um 24.382 auf 39.866 Pflegeplätze. Dies entspricht einer Steigerung des Pflegeplatzbedarfes um etwa 157 %. Im Vergleich mit Modellszenario V3 fällt die Wachstumsdynamik annahmegemäß etwas höher aus, so dass der prognostizierte Pflegeplatzbedarf über den gesamten Prognosezeitraum höher ausfällt als in Modellszenario V3. Die Wachstumsdynamik ist jedoch schwächer als in Modellszenario V2. Trotz eines deutlich höheren Ausgangswertes im Jahr 2017 ist der Pflegeplatzbedarf dieser beiden Modellszenarien im Jahr 2050 identisch.

Im Vergleich der Modellszenarien zeigt sich bei der Prognose des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen eine lediglich leichte Unsicherheit, die aus den getroffenen Modellannahmen resultiert. Für das Jahr 2050 beläuft sich der Pflegeplatzbedarf auf Werte zwischen 230.797 und 278.263 Pflegeplätzen. Die Unterschiede in den prognostizierten Werten reflektieren im Wesentlichen die Unsicherheit bezüglich der Entwicklung der allgemeinen Pflegeprävalenz.

Mit einer deutlich größeren Unsicherheit ist die Prognose der Entwicklung des Bedarfs an teilstationären Pflegeplätzen verbunden. Mit einer Spannweite von etwa 26.600 Pflegeplätzen wird für das Jahr 2050 ein zusätzlicher Pflegeplatzbedarf zwischen 13.290 und 39.866 Pflegeplätzen erwartet. Die höhere Spannweite im Bereich der teilstationären Pflege ist zunächst auf die Unsicherheit bezüglich der Höhe des Pflegeplatzbedarfes bereits im Jahr 2017 zurückzuführen, da sich aus der

Pflegestatistik Hinweise ergeben, dass das im Jahr 2017 vorhandene Pflegeplatzangebot möglicherweise geringer als der tatsächliche Pflegeplatzbedarf ausgefallen sein könnte. Darüber hinaus bestehen Unsicherheiten bezüglich der Entwicklung der allgemeinen Pflegeprävalenz, des Familienpflegepotenzials und der teilstationären Pflegeprävalenz, die sich auf die Entwicklung des Pflegeplatzbedarfs auswirken können.

Tabelle 120: Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern nach der Einrichtungsart

Einrichtungsart	Szenario*	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Vollstationär	V0 (Basisszenario)	128.383	137.352	165.615	197.086	230.797
	V1 (TP + 50 %, PP gering, FPP niedrig)	128.383	138.606	172.143	210.826	253.885
	V2 (TP + 50 %, PP gering, FPP moderat)	128.383	138.640	172.330	211.221	254.532
	V3 (TP + 100 %, PP hoch, FPP moderat)	128.383	139.852	178.666	224.570	276.960
	V4 (TP + 100 %, PP hoch, FPP stark)	128.383	139.924	179.027	225.350	278.263
Teilstationär	V0 (Basisszenario)	7.742	8.275	9.603	11.727	13.290
	V1 (TP + 50 %, PP gering, FPP niedrig)	11.611	12.978	17.252	23.712	29.895
	V2 (TP + 50 %, PP gering, FPP moderat)	11.611	13.540	20.087	29.844	39.866
	V3 (TP + 100 %, PP hoch, FPP moderat)	15.484	16.923	21.108	27.542	33.218
	V4 (TP + 100 %, PP hoch, FPP stark)	15.484	17.304	22.995	31.626	39.866

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Anmerkung: *TP = Bedarf an teilstationärer Pflege im Ausgangsjahr 2017, PP = Anstieg der Pflegeprävalenz, FPP = Rückgang des Familienpflegepotenzials

Die prognostizierte Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern nach der Art der Versorgung lässt sich Tabelle 121 entnehmen. Dargestellt ist der prognostizierte Bedarf an Pflegeplätzen im Basisszenario unter der Annahme, dass die Pflegeprävalenz und das Familienpflegepotenzial im Zeitverlauf unverändert bleiben und der im Jahr 2017 bestehende Bedarf an teilstationären Pflegeleistungen vollständig durch das vorhandene Pflegeplatzangebot erfüllt werden konnte. Aus den Angaben ist ersichtlich, dass der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Vergleich zum

Jahr 2017 im Zeitverlauf zwar stark zunimmt, in Relation zu den vollstationären Pflegeplätzen jedoch eine untergeordnete Bedeutung aufweist. Der prognostizierte Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen steigt von 3.658 im Jahr 2017 auf 6.471 Pflegeplätze im Jahr 2050. Der Anteil der Kurzzeitpflegeplätze an allen vollstationären Pflegeplätzen beläuft sich über den gesamten Prognosezeitraum auf etwa 2,8 %.

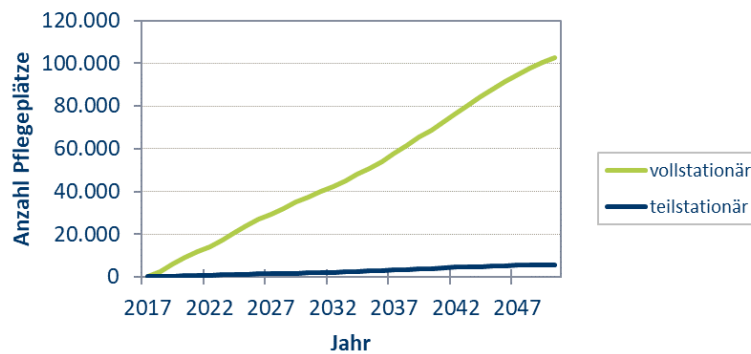
Tabelle 121: Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern nach der Art der Versorgung

Art der Versorgung		Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Vollstationär		128.383	137.352	165.615	197.086	230.797
davon:	Dauerpflege	124.725	133.436	160.990	191.502	224.326
	Kurzzeitpflege	3.658	3.916	4.625	5.584	6.471
Teilstationär		7.742	8.275	9.603	11.727	13.290

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

In Abbildung 237 ist der Verlauf der prognostizierten Veränderung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017 im Basisszenario grafisch dargestellt. Aus der Darstellung geht hervor, dass sowohl der Bedarfszuwachs der vollstationären Pflegeplätze als auch der Bedarf an teilstationären Pflegeplätzen einem weitgehend linearen Verlauf mit kontinuierlichen Zuwächsen über den gesamten Prognosezeitraum folgen. Bis etwa zum Jahr 2035 fallen die Zuwächse geringfügig schwächer und ab dem Jahr 2035 geringfügig stärker aus. Der Vergleich zwischen dem vollstationären und dem teilstationären Bereich verdeutlicht auch, dass der Schwerpunkt der Bedarfsentwicklung im Bereich der vollstationären Pflege liegt.

Abbildung 237: Prognose der Veränderung des Bedarfs an Pflegeplätzen in Bayern im Vergleich zum Jahr 2017



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

Tabelle 122 (S. 433) beinhaltet die Prognose des Bedarfs an Pflegeplätzen nach Regierungsbezirk und Art der Versorgung im Basisszenario. Bei der Art der Versorgung wird zwischen vollstationärer Dauerpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege unterschieden.

In Oberbayern erhöht sich der Pflegeplatzbedarf in allen Versorgungsarten jeweils um Werte zwischen 74 % und 88 %. Der Bedarf an Pflegeplätzen der vollstationären Dauerpflege erhöht sich von 36.863 im Jahr 2017 auf 69.301 im Jahr 2050, der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen steigt von 895 auf 1.663 und der Bedarf an Tagespflegeplätzen wächst von 1.931 auf 3.354.

Für Niederbayern wird insbesondere bei teilstationären Pflegeplätzen ein starker Anstieg des Bedarfs von 715 Pflegeplätzen im Jahr 2017 auf 1.413 Pflegeplätze im Jahr 2050 prognostiziert. Dies entspricht einem Zuwachs von 98 %. Im vollstationären Bereich fällt die Bedarfsentwicklung mit Werten zwischen 84 % und 89 % dagegen etwas schwächer aus. Der Bedarf vollstationären Pflegeplätzen der Dauerpflege steigt im Prognosezeitraum von 13.242 auf 24.971, der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen erhöht sich von 485 auf 891 Pflegeplätze.

Im Regierungsbezirk Oberpfalz erhöht sich der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen von 343 im Jahr 2017 auf 632 im Jahr 2050 um 84 % leicht überdurchschnittlich. Dagegen fällt die Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen der Dauerpflege und Tagespflegeplätzen mit Werten zwischen + 79 % und + 67 % leicht unterdurchschnittlich aus. Der Bedarf an Pflegeplätzen der vollstationären Dauerpflege steigt von 13.220 im Jahr 2017 auf 23.702 im Jahr 2050, der Tagespflegeplatzbedarf erhöht sich im Prognosezeitraum von 612 auf 1.027 Pflegeplätze.

Für Oberfranken werden aufgrund der rückläufigen Bevölkerungsentwicklung insgesamt unterdurchschnittliche Zuwachsraten beim Pflegeplatzbedarf erwartet. Der Bedarf an Pflegeplätzen der vollstationären Dauerpflege steigt von 13.249 im Jahr 2017 auf 21.604 im Jahr 2050, der Kurzzeitpflegeplatzbedarf erhöht sich im gleichen Zeitraum von 404 auf 642 Pflegeplätze. Dies entspricht einem Anstieg von 63 % bzw. 59 %. Im Bereich der teilstationären Pflege fällt der Anstieg des Pflegeplatzbedarfs im Vergleich zum Jahr 2017 mit + 50 % noch etwas geringer aus. Der Bedarf an Tagespflegeplätzen erhöht sich im Prognosezeitraum von 1.143 auf 1.720 Pflegeplätze.

Auch in Mittelfranken ist in allen Versorgungsbereichen ein leicht unterdurchschnittlicher Bedarfsanstieg zu verzeichnen. Der Bedarf an Tagespflegeplätzen beläuft sich im Jahr 2017 auf 949 Pflegeplätze. Für das Jahr 2050 wird ein Pflegeplatzbedarf in Höhe von 1.620 Pflegeplätzen prognostiziert. Im Vergleich zum Jahr 2017 beträgt der Bedarfszuwachs demnach etwa 71 %. Die Wachstumsdynamik im Bereich der vollstationären Pflege fällt mit Zuwachsraten zwischen 74 % und 70 % in ungefähr gleicher Höhe aus. Der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen der Dauerpflege steigt von 18.057 auf 31.389, beim Kurzzeitpflegeplatzbedarf wird ein Anstieg von 540 auf 918 Pflegeplätze prognostiziert.

In Unterfranken erhöht sich der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen der Dauerpflege von 13.269 im Jahr 2017 auf 22.615 im Jahr 2050. Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen steigt im gleichen Zeitraum 509 auf 843 Pflegeplätze. Die Bedarfsentwicklung im Bereich der vollstationären Pflegeplätze fällt mit Werten von + 70 % bzw. + 66 % damit leicht unterdurchschnittlich aus. Eine geringfügig stärkere Wachstumsdynamik wird für den Bedarf an teilstationären Pflegeplätzen erwartet. Während im Jahr 2017 ein Bedarf in Höhe von 1.319 Tagespflegeplätzen besteht, beläuft sich der prognostizierte Bedarf für das Jahr 2050 auf 2.254 Pflegeplätze. Dies entspricht einer Zuwachsrate von 71 %.

Die Bedarfsentwicklung im Regierungsbezirk Schwaben fällt insgesamt überdurchschnittlich aus. Der Bedarf an Pflegeplätzen der vollstationären Dauerpflege erhöht sich von 16.825 Pflegeplätzen im Jahr 2017 auf 30.744 Pflegeplätze im Jahr 2050 um 83 %. Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen steigt im Prognosezeitraum ebenfalls um 83 % von 482 auf 882 Pflegeplätze. Mit einer Zuwachsrate von 77 % wird für den Bereich der teilstationären Pflege ebenfalls ein überdurchschnittlicher Bedarfsanstieg erwartet. Im Jahr 2017 beläuft sich der Bedarf an Tagespflegeplätzen auf 1.073 Pflegeplätze. Für das Jahr 2050 wird im teilstationären Bereich ein Bedarf in Höhe von 1.902 Pflegeplätze prognostiziert.

Tabelle 122: Prognose der Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen nach Regierungsbezirk und Art der Versorgung

Regierungsbezirk	Art der Versorgung	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Oberbayern	Dauerpflege	36.863	40.005	50.745	58.987	69.301
	Kurzzeitpflege	895	975	1.193	1.405	1.663
	Tagespflege	1.931	2.090	2.490	2.909	3.354
Niederbayern	Dauerpflege	13.242	14.111	16.942	21.074	24.971
	Kurzzeitpflege	485	515	610	768	891
	Tagespflege	715	769	918	1.207	1.413
Oberpfalz	Dauerpflege	13.220	14.035	16.333	20.058	23.702
	Kurzzeitpflege	343	365	427	537	632
	Tagespflege	612	647	730	921	1.027
Oberfranken	Dauerpflege	13.249	13.975	15.846	18.735	21.604
	Kurzzeitpflege	404	427	474	574	642
	Tagespflege	1.143	1.196	1.316	1.581	1.720

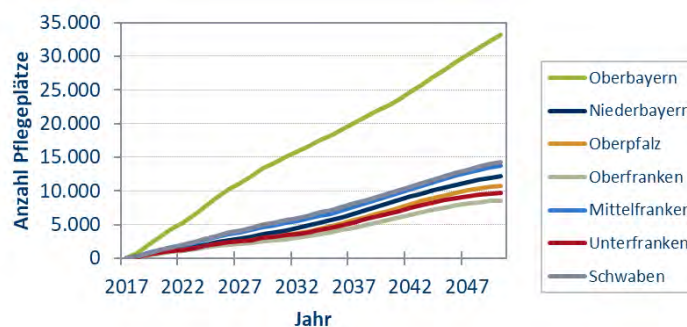
Regierungsbezirk	Art der Versorgung	Jahr				
		2017	2020	2030	2040	2050
Mittelfranken	Dauerpflege	18.057	19.242	22.826	26.949	31.389
	Kurzzeitpflege	540	576	676	797	918
	Tagespflege	949	1.014	1.150	1.440	1.620
Unterfranken	Dauerpflege	13.269	14.066	16.325	19.621	22.615
	Kurzzeitpflege	509	537	617	747	843
	Tagespflege	1.319	1.405	1.626	2.019	2.254
Schwaben	Dauerpflege	16.825	18.002	21.973	26.078	30.744
	Kurzzeitpflege	482	521	628	756	882
	Tagespflege	1.073	1.154	1.373	1.650	1.902

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a)

In Abbildung 238 ist die prognostizierte Veränderung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in Bayern bis zum Jahr 2050 nach Regierungsbezirk grafisch dargestellt. Die Darstellung beinhaltet sowohl vollstationäre Pflegeplätze der Dauerpflege als auch Kurzzeitpflegeplätze und basiert auf dem Basisszenario der Modellierung unter der Annahme einer gleichbleibenden Pflegeprävalenz und einem gleichbleibenden Familienpflegepotenzial.

In Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken und Unterfranken fallen die Bedarfszuwächse bis etwa 2035 etwas geringer aus, steigen jedoch im weiteren Zeitverlauf stärker an. In Schwaben und Mittelfranken ist ein ähnlicher Verlauf der Bedarfsentwicklung zu beobachten, allerdings fallen die Zuwächse in der ersten Hälfte des Prognosezeitraums etwas stärker aus. In Oberbayern verläuft die Bedarfsentwicklung nahezu linear mit kontinuierlichen Zuwächsen in gleicher Höhe über den gesamten Prognosezeitraum hinweg.

Abbildung 238: Prognose der Veränderung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen im Vergleich zum Jahr 2017 nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019)

6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt betrachtet kann man die Entwicklung der pflegerischen Versorgung in Bayern wie folgt charakterisieren:

Seit 2007 sind die pflegerischen Versorgungsangebote, einschließlich des dafür benötigten Pflegepersonals, bayernweit moderat gewachsen (im Bereich Tagespflege sogar mit jährlich zweistelligen Zuwachsraten). In einigen Regionen hat sich allerdings die Zahl vollstationärer Pflegeplätze bis 2017 verringert. Die Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen hat sich ebenfalls, jedoch in stärkerem Maße als das Angebot, erhöht. Die Ursachen dafür liegen sowohl in der demografischen Entwicklung als auch in den Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung, insbesondere im Rahmen der drei Pflegestärkungsgesetze (u. a. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs). Daher hat sich die Situation in den letzten fünf Jahren angespannt – die Einrichtungen geraten zunehmend an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit (gestiegene Auslastungszahlen) und müssen zunehmend Anfragen abweisen. Infolge des Fachkräftemangels können teilweise die vorhandenen Kapazitäten (Plätze) nicht voll genutzt werden oder müssen im ambulanten Bereich Versorgungsgebiete verkleinert werden.

Bei Betrachtung der Entwicklung des **vollstationären** Pflegesektors in Bayern in den Jahren 2007 bis 2017 entsteht der Eindruck, dass der Markt zu Beginn der betrachteten Periode eher von Überkapazitäten geprägt war. Diese wurden im Zeitverlauf tendenziell abgebaut bzw. die demografisch bedingt steigende Nachfrage führte in den letzten fünf Jahren flächendeckend zu einer steigenden Auslastung.

Regional betrachtet verlief die Entwicklung sehr unterschiedlich – von rückläufigen Kapazitäten über den gesamten Zeitraum in einem Viertel aller Kreise bis hin zu Steigerungen der Platzzahlen für die stationäre Dauerpflege um über 50 % (in den Landkreisen Coburg und Pfaffenhofen a. d. Ilm). Bayernweit entwickelten sich die Platzzahlen lediglich mit einer durchschnittlichen Zuwachsrate von 0,9 % pro Jahr. Seit 2015 scheinen die Kapazitäten insgesamt eher zu stagnieren.

Mehrheitlich berichteten die in der Stichprobe vertretenen vollstationären Einrichtungen von offenen Stellen für Pflegefachkräfte, die häufig mehr als sechs Monate unbesetzt bleiben. Arbeitsangebote für Pflegehilfskräfte dagegen könnten innerhalb relativ kurzer Zeiträume wiederbesetzt werden.

Die Situation der **Kurzzeitpflege** in Bayern wurde erst 2018/19 ausführlich durch IGES im Auftrag des StMGP untersucht. Im Ergebnis der Untersuchung zeigte sich, dass die Kapazitäten für Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen in Bayern insgesamt nicht ausreichen, um den Bedarf decken zu können. Das galt auch für die große Mehrheit der Landkreise und kreisfreien Städte – nur wenige Regionen hatten keinen Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen.

Obwohl zwischenzeitlich sowohl auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger als auch durch die Landesregierung Maßnahmen zur Stärkung der Kurzzeitpflege ergriffen wurden, hat sich die Einschätzung zur Kurzzeitpflege in den Regionen bisher nicht verbessern können. Auch müssen die Pflegeeinrichtungen weiterhin häufig Anfragen nach Kurzzeitpflege ablehnen.

Positiv zu bewerten ist der Zuwachs an zweckgebunden vorgehaltenen Plätzen für Kurzzeitpflege nach dem Modell „fix plus x“ – innerhalb eines Jahres stieg deren Zahl bayernweit von 454 Plätzen auf 633 Plätze (+ 39 %). Ein besonders hoher Zuwachs war in der Oberpfalz zu verzeichnen, so dass nun Niederbayern die niedrigste Versorgungsquote aufweist.

Die Entwicklung der Kapazitäten für die **teilstationäre** Versorgung in Bayern ist, im Zusammenhang mit Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung, im Zeitraum 2007 bis 2017 durch sehr hohe Zuwachsraten gekennzeichnet. Dieser Trend scheint sich auch 2018/19 fortzusetzen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich der Markt weiterhin in einer Phase der angebotsinduzierten Nachfrageentwicklung befindet, d. h. jedes neue Angebot ist auch in kurzer Zeit ausgelastet.

Wie zu erwarten, gibt es auch im Bereich der Tagespflege regionale Unterschiede in den Versorgungsquoten, die zunächst auf unterschiedliche Bedarfe zurückzuführen sein könnten. Nach Einschätzung der Pflegeeinrichtungen (ambulant, teil- und vollstationär) sowie der Beratungsstellen ist jedoch das Angebot an teilstationärer Versorgung in 66 Kreisen (69 % aller Kreise) derzeit (eher) nicht ausreichend. Ein Drittel der Tagespflegeeinrichtungen plant künftig eine Erhöhung des Angebotes.

Die Tagespflegen sind kleine Einrichtungen mit fünf Beschäftigten im Bereich Pflege und weiteren zwei in der Betreuung (Medianwerte). Die größten Werte in der Stichprobe waren 14 Mitarbeitende in der Pflege und 11 in der Betreuung. Ganz anders als im vollstationären Bereich berichteten nur wenige teilstationäre Einrichtungen von Personalengpässen. Die dürfte u. a. den vergleichsweise angenehmen Arbeitsbedingungen in der Tagespflege (keine Schicht- und Wochenenddienste) geschuldet sein.

Im Bereich der **ambulanten** Versorgung ist festzustellen, dass im betrachteten Zeitraum 2007 bis 2017 sowohl die Zahl der Pflegedienste als auch deren Personal (Personen) zugenommen hat, bei gleichzeitigem höherem Zuwachs der Zahl der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen.

Aufgrund des stark variierenden Versorgungsumfangs pro Klientin/Klient im ambulanten Bereich ist es schwierig, eine belastbare Einschätzung zur Bedarfsgerechtigkeit der Entwicklung abzuleiten. Nach Einschätzung der Pflegeeinrichtungen (ambulant, teil- und vollstationär) sowie der Beratungsstellen ist das Angebot an ambulanten Pflegediensten in 58 Kreisen (60 % aller Kreise) derzeit (eher) nicht ausreichend. Dennoch wollen nur knapp 30 % der ambulanten Pflegedienste ihr Angebot in den nächsten fünf Jahren ausweiten. Die anderen führten fast ausschließlich Personalengpässe bzw. den Fachkräftemangel als Hinderungsgrund an,

so dass auch hier das fehlende Arbeitsangebot der limitierende Faktor für die notwendige Angebotserhöhung darstellt.

Potenziale im Personalbereich lassen sich in der ambulanten Pflege beim Beschäftigungsumfang erkennen: Im bundesweiten Vergleich hatte Bayern einen relativ niedrigen Vollzeitanteil von 26 % im Jahr 2017 – im Vergleich zu 38 % in Sachsen-Anhalt, Berlin und Thüringen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften stellen eine alternative Versorgungsform im Bereich der ambulanten Versorgung dar. Der Anteil pflegebedürftiger Personen in abWGs an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen (Sachleistungs- und Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger) lag 2017 in Bayern bei unter einem Prozent (0,9 %). Das Angebot entwickelte sich im Zeitraum 2010 bis 2018 von einem niedrigen Niveau aus sehr dynamisch mit einem Zuwachs von 17 % p. a. bezogen auf die Plätze und es kann vermutet werden, dass auch in den nächsten Jahren weitere Neugründungen bzw. Angebotserweiterungen erfolgen.

Aus Sicht der Mieterinnen und Mieter von abWGs können sich, wenn auch unwesentlich, finanzielle Vorteile im Vergleich zur Heimunterbringung ergeben. Für Pflegedienstleister, die abWGs betreiben, können sich im Vergleich zum Pflegeheim erhöhte Einnahmemöglichkeiten bei gleichzeitig größerer Flexibilität und geringerem Personalaufwand ergeben.

Allerdings kann der mit einer abWG verbundene organisatorische Aufwand sowohl seitens der Mieterinnen und Mieter sowie Angehörigen als auch seitens der Pflegedienstleister herausfordernd sein. Gleichwohl bietet diese Versorgungsform Chancen für ortsangepasste Projekte, gerade in ländlich geprägten Regionen.

Je knapper die Angebotssituation insgesamt, desto eher macht sich dies in der Regel in der **Versorgung von Personen mit besonderen Bedarfen** bemerkbar. Die Auswertung der Befragungen zu Engpässen für bestimmte Zielgruppen hat folgende Bild ergeben:

1. Flächendeckend Engpässe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit pflegerischen Bedarfen, mit Ausnahme von vier Kreisen: Kitzingen (Lk), Nürnberger Land (Lk), Dillingen a. d. Donau (Lk) und Neuburg-Schrobenhausen (Lk).
 2. Flächendeckend Engpässe in der Versorgung von (jungen Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren mit pflegerischen Bedarfen, mit Ausnahme von zwei Kreisen: Haßberge (Lk) und Neuburg-Schrobenhausen (Lk).
 3. Flächendeckend hohe Engpässe in der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, mit Ausnahme von Eichstätt (Lk).
 4. Teilweise Engpässe in der Versorgung von Menschen mit Behinderung, etwas höher in Oberfranken und einigen Kreisen Oberbayerns und Schwabens.
 5. Flächendeckend hohe Engpässe in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.
-

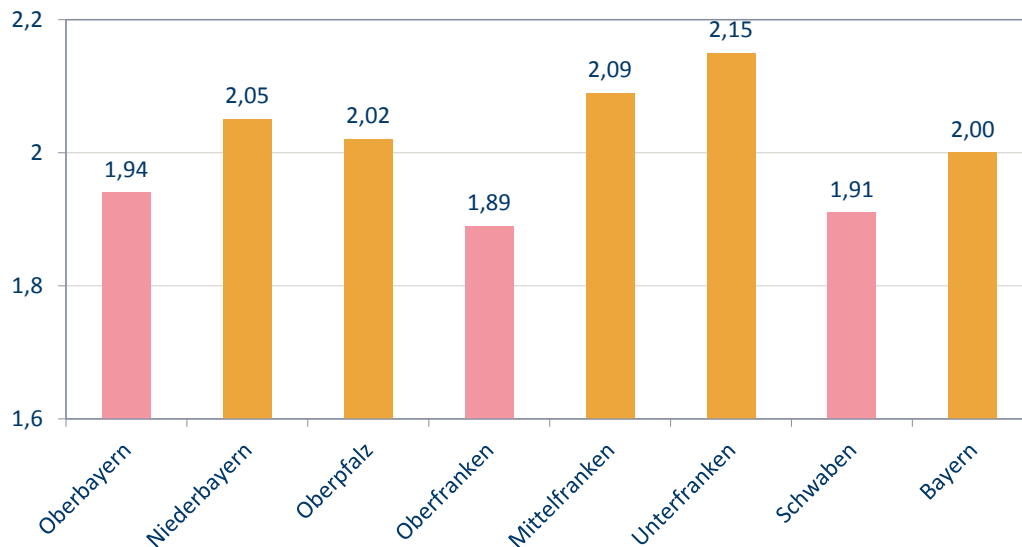
6. Teilweise Engpässe in der Versorgung von Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf, mit Ausnahme der Kreise Weißenburg-Gunzenhausen (Lk), Neuburg-Schrobenhausen (Lk) und Miesbach (Lk).
7. Tendenziell eher Engpässe in der Versorgung von Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen, mit Ausnahme von Dillingen a. d. Donau (Lk).
8. Tendenziell eher Engpässe in der Versorgung von Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen, mit Ausnahme von Bad Kissingen (Lk), Haßberge (Lk) und Neuburg-Schrobenhausen (Lk).
9. Teilweise Engpässe in der Versorgung von Menschen mit Infektionskrankheiten.
10. Teilweise Engpässe in der Versorgung von Menschen mit HIV-Erkrankung, hohe Engpässe in der Oberpfalz.

Um ein übergreifendes Bild von der Einschätzung der pflegerischen Versorgung in den einzelnen Regionen zu erhalten, wurden die Einzelbewertungen der vier Versorgungsbereiche vollstationäre Dauer-, Kurzzeitpflege, Tagespflege und ambulante Pflege (die in den jeweiligen Einzelkapiteln im Kapitel 4 in Form einer Landkarte auf Kreis- und Regierungsbezirksebene abgebildet sind) addiert und ein nicht gewichteter Mittelwert errechnet. Die zu bewertende Aussage lautete jeweils: „Das Angebot an ist in unserer Region derzeit ausreichend.“ Die entsprechende Werteskala teilt sich in die folgenden Kategorien:

- ◆ 1,00 – 1,49 (dunkelrot) – trifft gar nicht zu
- ◆ 1,50 – 1,99 (hellrot)
- ◆ 2,00 – 2,49 (orange)
- ◆ 2,50 – 2,99 (gelb)
- ◆ 3,00 – 3,49 (hellgrün)
- ◆ 3,50 – 4,00 (dunkelgrün) – trifft voll und ganz zu

Auf der Ebene der Regierungsbezirke zeigen sich keine großen Unterschiede in den Bewertungen zur pflegerischen Versorgungssituation insgesamt (s. Abbildung 239). Im Durchschnitt für ganz Bayern ergibt sich ein Wert von 2,00 (untere Grenze orange). Die drei Regierungsbezirke Oberbayern, Oberfranken und Schwaben liegen darunter im hellroten Bereich, während Unterfranken mit 2,15 Punkten am besten abschneidet. Dennoch ergibt sich für alle Regierungsbezirke das Urteil, dass die derzeitigen pflegerischen Versorgungsangebote in der voll- und teilstationären sowie ambulanten Pflege eher nicht ausreichend sind.

Abbildung 239: Gesamteinschätzung über vier Versorgungsbereiche (Durchschnitt) nach Regierungsbezirk



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragungen der ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der Beratungsstellen

Auf der Ebene der Kreise zeigt sich, dass es lediglich eine Gesamtbewertung im „hellgrünen Bereich“ gibt (Straubing-Bogen mit gerade 3,00) und vier Werte im gelben Bereich. Die folgende Übersicht (s. Tabelle 123) weist die jeweils zehn Kreise mit den höchsten bzw. niedrigsten Punktwerten der aggregierten Einschätzung zur regionalen Versorgungssituation aus. Spitzenreiter sind die Landkreise Straubing-Bogen in Niederbayern (hellgrün), gefolgt vom Landkreis Miltenberg (Unterfranken), der kreisfreien Stadt Passau (Niederbayern) sowie den Landkreisen Neuburg-Schrobenhausen in Oberbayern und Lichtenfels (Oberfranken) (gelb).

Die niedrigsten Zustimmungswerte (bis 1,49 im dunkelroten Bereich) gab es im Landkreis Freising (Oberbayern), gefolgt von den Landkreisen Kulmbach (Oberfranken) und Dillingen a. d. Donau (Schwaben).

Tabelle 123: Aggregierte Einschätzung* der regionalen Versorgungssituation 2020 aus den Online-Befragungen

Kreise mit höchster Punktzahl	Wert**	Kreise mit niedrigster Punktzahl	Wert**
Straubing-Bogen (Lk)	3,00	Freising (Lk)	1,13
Miltenberg (Lk)	2,70	Kulmbach (Lk)	1,19
Passau (krfr. St.)	2,69	Dillingen a. d. Donau (Lk)	1,29
Neuburg-Schrobenhausen (Lk)	2,67	Fürth (krfr. St.)	1,42
Lichtenfels (Lk)	2,55	Deggendorf (Lk)	1,43
Bad Kissingen (Lk)	2,42	Weilheim-Schongau (Lk)	1,47
Rhön-Grabfeld (Lk)	2,42	Garmisch-Partenkirchen (Lk)	1,50
Memmingen (krfr. St.)	2,38	Donau-Ries (Lk)	1,50
Mühlendorf a. Inn (Lk)	2,37	Oberallgäu (Lk)	1,50
Rosenheim (krfr. St.)	2,36	Bayreuth (krfr. St.)	1,56

Quelle: IGES, auf Basis von Daten aus den Befragungen

Anmerkung: *Durchschnitt von vier einzelnen Bewertung zu vollstationäre Dauer-, Kurzzeitpflege, Tagespflege, ambulante Pflege.

**Minimum ist ein Punkt (trifft gar nicht zu), Maximum vier Punkte (trifft voll und ganz zu)

Es gibt in Bayern vielfältige **Beratungsstrukturen** für die Zielgruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Zwar wurden bisher nicht, wie ursprünglich angekündigt, 60 PSP errichtet, sondern nur neun, aber parallel gibt es 133 FPA sowie weitere Beratungsstellen in kommunaler oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Auch die Kranken- und Pflegekassen haben die Pflicht, Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI zu erbringen.

Anders als die Einschätzungen zur Versorgungssituation bei Pflegeleistungen wird die regionale Beratungssituation mehrheitlich als (tendenziell) ausreichend bewertet – sowohl in der von IGES durchgeführten Befragung in 2020 als auch im Rahmen der Prognos AG & KDA-Studie 2018.

Über 80 % der Befragten gaben an, Klientinnen bzw. Klienten wünschten häufig Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Versorgungsangeboten. Lediglich knapp ein Viertel der Beratungsstellen bestätigte jedoch, einen relativ aktuellen Überblick über freie Kapazitäten in den Pflegeeinrichtungen der Region zu haben. Eine Verpflichtung der Einrichtungen zur Meldung freier Plätze wurde angeregt.

Im Zeitraum 2007 bis 2017 stieg in Bayern die Zahl der erfolgreichen **Ausbildungsabschlüsse** in den Pflegeberufen an – mit + 78 % am deutlichsten in der dreijährigen Altenpflege, gefolgt von einem Zuwachs von 8 % in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege. In der Pflegefachhilfe konnte nur eine geringe Erhöhung von 2 % realisiert werden. Über alle Berufe hinweg nahm in diesem Zeitraum auch die

Zahl der Ausbildungsabbrüche zu – den insgesamt 6.692 Absolventinnen und Absolventen mit erfolgreichem Abschluss 2017 standen 2.355 Ausbildungsabbrüche gegenüber (ein Viertel aller Abschlüsse).

Insbesondere in der Pflegefachhilfe waren 2017 in vielen Regionen niedrige bis teilweise gar keine Ausbildungszahlen zu verzeichnen. Dies ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Gutachtens zur Personalbemessung in der stationären Altenpflege (Rothgang *et al.* 2020) besonders kritisch zu sehen, da künftig in den Einrichtungen voraussichtlich deutlich mehr Pflegepersonal auf der Ebene der Hilfskräfte benötigt wird.

Aus Sicht der Berufsfachschulen gestalte sich die Zusammenarbeit mit den Praxiseinrichtungen sehr unterschiedlich. Häufig wären die Bedingungen in den Einrichtungen für die Schülerinnen und Schüler unzureichend, sowohl in Bezug auf die Rahmenbedingungen (Arbeitsbelastung, Vergütung, Wertschätzung) als auch die Praxisanleitung. Weiterhin bestätigten 70 - 80 % der Berufsfachschulen, dass sich die Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler - über alle Ausbildungsberufe hinweg - in den letzten Jahren deutlich verschlechtert hätten. Beide genannten Punkte führen u. a. häufiger zu vorzeitigen Ausbildungsabbrüchen.

Die Berufsfachschulen schätzten die zukünftigen Bedarfe an Ausbildungsplätzen in den einzelnen Kreisen überwiegend als „stark“ bzw. „eher“ zunehmend ein, insbesondere mit Blick auf den steigenden Versorgungsbedarf und bereits bestehende personelle Engpässe in der Pflege. Auf der anderen Seite sei eine Ausweitung der Ausbildungsplätze eher ungewiss, aufgrund des Rückgangs und mangelnder (geeigneter) Bewerberinnen und Bewerber sowie der Schwierigkeit, ausreichend qualifiziertes Lehrpersonal zu finden.

95,7 % der befragten Schulen werden ab 2020 die neue generalistische Pflegeausbildung anbieten. Der größte Anteil der Berufsfachschulen erwarte im Zuge dieser Einführung jedoch keine Erhöhung der Zahlen der Absolventinnen und Absolventen, da eine Besserung der Ausbildungs- und Rahmenbedingungen in der Pflege nicht in Sicht wäre.

Die **künftigen Herausforderungen**, die im Bereich der pflegerischen Versorgung bewältigt werden müssen, werden in erster Linie durch folgende demografische Entwicklung geprägt: Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis 2050 zeigt einen Anstieg der Einwohnerzahl Bayerns rund 13 Mio. Personen im Jahre 2017 auf 13,49 Mio. Personen im Jahr 2040. Danach sinkt die Bevölkerungsgröße wieder leicht auf 13,36 Mio. im Jahr 2050. Die Veränderung der Bevölkerungsgröße geht mit einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur einher. Während die Bevölkerung im Alter bis 64 Jahre im Jahr 2050 niedriger ausfällt als 2017, steigt die Anzahl der Personen ab einem Alter von 65 Jahren stark an. Im Jahr 2050 befinden sich 2,20 Mio. Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren und 1,41 Mio. Personen im Alter von 80 Jahren und älter.

Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung stellt sich sehr unterschiedliche zwischen den bayerischen Regierungsbezirken dar. Während in Oberbayern, Niederbayern, Mittelfranken und Schwaben die Bevölkerungsgröße zunimmt, geht in Oberfranken und Unterfranken die Bevölkerungszahl kontinuierlich zurück.

Ausgehend von 412.822 Personen mit Pflegebedarf im Jahr 2017 wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 deutlich ansteigen, je nach Szenario auf einen Wert zwischen 671.000 (V0) bzw. 888.000 (V4) Personen.

Entsprechend erhöht sich bis 2050 der **Pflegepersonalbedarf** (Pflegefach- und -hilfskräfte, nur Tätigkeit in Pflege und Betreuung) von 82.270 Vollzeitkräften (2017) je nach Szenario auf einen Wert zwischen 144.000 bzw. 238.000 VZÄ. Gleichzeitig werden gegenüber 2017, je nach Szenario, zwischen 102.500 und 150.000 vollstationäre Plätze mehr benötigt sowie zwischen 5.550 und 28.300 zusätzliche teilstationäre Plätze.

Allerdings ist aufgrund des rückläufigen Erwerbspersonenpotenzials bereits in den nächsten fünf Jahren mit einem erheblichen Fachkräftemangel in der Pflege zu rechnen. Im Durchschnitt über alle betrachteten Modellszenarien erhöht sich der Pflegefachkräftemangel von 100 VZÄ im Jahr 2020 bis zum Jahr 2025 um 2.031 VZÄ auf 2.131 VZÄ. Bei der aktuellen Teilzeitquote von rd. 60 % entspricht dies 5.220 Pflegekräften. Soweit der Durchschnitt über alle Modellszenarien den Erwartungswert der prognostizierten Entwicklung des Pflegefachkräftemangels repräsentiert, tritt bereits in der ersten Hälfte der 2020er Jahre in Bayern ein substantieller Mangel an Pflegefachkräften ein, mit dem eine vollumfängliche pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Personen in Bayern nicht mehr möglich sein wird.

Trotz dieser bereits seit längerem absehbaren Entwicklung haben 41 % der Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns in den letzten fünf Jahren keine **Pflegeplanung** vorgenommen. Nur wenige Kreise führen regelmäßig eine Marktbeobachtung durch (wie bspw. die Landeshauptstadt München) oder haben ein regionales Gremium eingerichtet, in dem unter Federführung der Kommune gemeinsam mit den anderen Akteuren gem. § 8 SGB XI, insbesondere den Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur erarbeitet werden.

Bevor auf Basis der Ergebnisse konkrete Handlungsempfehlungen aufgezeigt werden (s. Abschnitt 6.3), werden im folgenden Abschnitt 6.2 die in den letzten Jahren ergriffenen pflegepolitischen Maßnahmen (bundesweit und in Bayern) kurz dargestellt. Im letzten Teil des Abschnitts werden die Anregungen aus den im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Befragungen der unterschiedlichen Akteure zusammengefasst.

6.2 Pflegepolitische Maßnahmen und Aktivitäten der Pflegeeinrichtungen in Bayern

Sowohl bundesweit als auch auf Landesebene in Bayern wurden in den letzten Jahren bereits zahlreiche Maßnahmen zur Stärkung der pflegerischen Versorgungs-

strukturen sowie zur Verbesserung der Arbeitsmarktsituation für Pflegekräfte unternommen. Diese konnten bisher erst teilweise ihre Wirkungen entfalten. Bevor aus den Erkenntnissen der Untersuchungen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, ist es zielführend, sich die bereits eingeleiteten Schritte noch einmal vor Augen zu halten. Abschnitt 6.2.1 enthält einen Überblick über aktuelle bundesweite Maßnahmen zur Fachkräftesicherung in der Pflege. Anschließend werden im Abschnitt 6.2.2 die pflegepolitischen Aktivitäten Bayerns aufgelistet. Ergänzend werden im Abschnitt 6.2.3 die innerbetrieblichen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen sowie die Anregungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragungen im Rahmen dieses Gutachtens vorgestellt.

6.2.1 Maßnahmen zur Verringerung des Fachkräftemangels in der Pflege

Neben der Reform der Pflegeberufe wurde bzw. wird durch weitere bundesweite Maßnahmen versucht, eine Verringerung des Fachkräftemangels herbeizuführen. Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP), in der Bund, Länder und alle relevanten Akteure der Pflege im Juni 2019 zahlreiche Maßnahmen verbindlich vereinbarten, bündelt die Aktivitäten zur Stärkung der Personalsituation in der Pflege. Danach soll künftig bundesweit nach Tarif bezahlt, ein am Bedarf orientierter Personalschlüssel eingeführt, die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte beschleunigt und die Zahl der Auszubildenden und Ausbildungseinrichtungen gesteigert werden.

1. **Verbesserung der Bezahlung:** Obwohl die Pflege ein Mangelberuf ist, werden vielfach noch Niedriglöhne bezahlt. Die Pflegekommission hat daher beschlossen, dass ab 1. Juli 2020 die Mindestlöhne für Pflegehilfskräfte im Osten und im Westen in vier Schritten steigen sollen (je nach Qualifikation auf 12,55 Euro bis 15,00 Euro). Gleichzeitig entfällt das Schulgeld für alle Auszubildenden in Pflegeberufen in allen Bundesländern.
2. **Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen** gem. § 8 Abs. 6 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen: Auf Antrag erhalten die Pflegeeinrichtungen einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung, insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege (bis zu zwei Stellen bei Einrichtungen mit mehr als 120 Plätzen). Es wurde mittlerweile eine Orientierungshilfe mit Hinweisen auf ein einfaches und unbürokratisches Antragsverfahren erarbeitet, um die Inanspruchnahme der zur Verfügung stehenden Mittel zu erhöhen (BMG & Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene 2019).
3. Für Maßnahmen zur Verbesserung der **Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf** nach § 8 Abs. 7 Satz 1 SGB XI steht den Pflegeeinrichtungen ebenfalls eine Förderung der Pflegeversicherung zur Verfügung. Förderfähig sind dabei auch konkrete Rückgewinnungsprogramme von Pflegeeinrichtungen für Berufsrückkehrerinnen und -rückkehrer. Auch für diese Maßnahme gibt es eine Orientierungshilfe für Einrichtungen, um ihnen den Zugang zu erleichtern (BMG & Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene 2020).

4. Um die **Digitalisierung** der Pflegebranche zu beschleunigen, wurde im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) eine Regelung zur Förderung der Anschaffung digitaler und technischer Ausrüstung in Pflegeeinrichtungen beschlossen, die explizit auf die Entlastung der Pflegekräfte zielt (§ 8 Abs. 8 SGB XI). Hier können Pflegeeinrichtungen noch bis Ende 2021 einen einmaligen Investitionskostenzuschuss von bis zu 12.000 Euro (bzw. max. 40 % der verausgabten Mittel) beantragen.
 5. **Verbesserte Ausbildungsfinanzierung:** Durch einen umlagefinanzierten Ausgleichsfonds wird die Ausbildungsvergütung für angehende Pflegefachkräfte zukünftig von allen Akteuren getragen, die von der Ausbildung profitieren – auch von denjenigen Einrichtungen, die nicht selbst ausbilden. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Pflegeversicherungen und der Freistaat zahlen in diesen Ausgleichsfonds ein, aus dem die Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschulen sodann Ausgleichszuweisungen erhalten. In Bayern wird dieser Ausgleichsfonds von der Pflegeausbildungsfonds Bayern GmbH verwaltet.
 6. **Imagekampagnen:** Im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege läuft seit Oktober 2019 die bundesweite Informations- und Öffentlichkeitskampagne „Mach Karriere als Mensch!“ des BMFSFJ, die auf die Chancen und Vorteile der ab Anfang 2020 beginnenden neuen Pflegeausbildung aufmerksam macht. Bereits seit 2009 bis Ende 2019 existierte die Initiative HERZWERKER ALTENPFLEGE des StMGP, die mit modernem Webauftritt inkl. Videos bzw. Erfahrungsberichten von Auszubildenden oder ausländischen Fachkräften versuchte, Schulabsolventinnen bzw. -absolventen für die Altenpflege zu gewinnen. Die Kampagne soll – angepasst an das neue Pflegeberufegesetz – in veränderter Form fortgeführt werden.
 7. Neue Fachkräfte in der Altenpflege durch **Umschulung/Nachqualifizierung:** Wiedereinführung der Förderung einer bis zu dreijährigen Ausbildung durch die Bundesagentur für Arbeit („WeGebAU“), vor allem für geringqualifizierte Beschäftigte. Die Bundesagentur übernimmt die Ausbildungskosten und zusätzlich einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt, der sich am bisherigen Gehalt orientiert. Es besteht die Möglichkeit zur Ausbildungsverkürzung bei entsprechenden Vorkenntnissen. Das Programm läuft seit 2012 bis zur Einführung des neuen Pflegeberufegesetzes 2020. Seit Wiedereinführung der Maßnahme sind ca. 20 % der Auszubildenden in der Altenpflege „Umschülerinnen bzw. Umschüler“ (Slotala 2019). Seit 2020 unterstützt die Bundesagentur für Arbeit mit der Qualifizierungsoffensive WEITERBILDUNG! auch ältere Erwerbstätige beim Einstieg in den Pflegeberuf und bei der (Weiter-)Qualifizierung vom Pflegefachhelfenden zur Fachkraft. Es werden u. a. die Lehrgangskosten voll übernommen, umschulungsbegleitende Hilfen gefördert und Zuschüsse zum Arbeitsentgelt für die ausgefallene Arbeitszeit gewährt (im Detail dazu siehe Bundesagentur für Arbeit 2020).
-

8. **Neue Fachkräfte in der Altenpflege durch Gewinnung von Hauptschülerinnen und -schülern:** Die Öffnung der Altenpflegeausbildung für Hauptschulabsolventinnen und -absolventen hat bundesweit zu einer gestiegenen Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in der Altenpflegeausbildung geführt. In NRW und Hessen ist deren Anteil mit über 30 % am höchsten (Slotala 2019). Nach einer einjährigen Ausbildung zur Altenpflegehilfe (Bezeichnung und Ausbildungsdauer variieren je nach Bundesland) als Einstiegsqualifizierung ist eine Weiterqualifizierung als Fachkraft möglich, mit der Option auf Verkürzung dieser dreijährigen Ausbildung um ein Jahr.
9. **Neue Fachkräfte in der Altenpflege durch Gewinnung von Flüchtlingen/Migrantinnen bzw. Migranten:** Der Einstieg erfolgt über eine einjährige Ausbildung zur Altenpflegefachhilfe. Bezüglich der Deutschkenntnisse wird vorausgesetzt, dass sie ausreichen, um dem Unterricht mühelos folgen zu können (erfahrungsgemäß B1 oder B2). Für Personen mit geringeren Sprachkenntnissen gibt es eine Reihe von Fördermöglichkeiten. Darüber hinaus haben sich interkulturelle Trainings mit Trainertandems (deutsche und muttersprachliche Trainerinnen bzw. Trainer) als hilfreich erwiesen (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2018)). Ein aktueller Schulversuch in Bayern von 2017 (vgl. Stk 2017) eröffnet die Möglichkeit von begleitenden integrativen schulischen Maßnahmen für Asylbewerberinnen und -bewerber und Flüchtlinge im Rahmen einer erweiterten Pflegefachhelferausbildung für Personen, die zwar über einen Abschluss der Mittelschule, jedoch nicht über ausreichende Sprachkompetenz zum direkten Einstieg in die einjährige Pflegefachhelferausbildung verfügen.
10. **Besserer Transfer Theorie-Praxis:** Aus Sicht der Lernenden wurde oft der fehlende Theorie-Praxis-Transfer in der Altenpflegeausbildung bemängelt (Arens 2013). Expertinnen bzw. Experten rieten daher zu einer besseren Strukturierung des Lernorts Praxis und einer verbesserten Anleitung im Praxisteil der Ausbildung (Ammende 2016). Im Rahmen der neuen Regelung muss während der praktischen Ausbildung mindestens 10 % der Arbeitszeit für eine geplante, strukturierte Praxisanleitung durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft genutzt werden. Außerdem soll die praktische Ausbildung auf der Grundlage eines vom Träger erstellten Ausbildungsplans durchgeführt werden. Das BAFzA stellt dazu eine Handreichung (vgl. BAFzA 2019) für ausbildende Einrichtungen zur Verfügung.

Zur Schaffung von Transparenz über gute Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen hat das BMG Anfang 2020 eine Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege in Auftrag gegeben, in der Beschäftigte in der Pflege befragt werden, wie sie sich ihren Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen, mit welchen Maßnahmen die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege gesteigert, der Verbleib im Pflegeberuf erhöht und beruflich Pflegende für die Pflege zurückgewonnen werden können. In der Studie werden auch Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen entwickelt, um die Transparenz über die Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende in Pflegeeinrichtungen zu erhöhen. Erste Erkenntnisse werden bereits in diesem Jahr vorliegen - der Abschluss der Studie ist im Februar 2022 geplant.

Zur Unterstützung der Pflegebranche beim Praxistransfer der zahlreichen, bereits entwickelten Instrumente und Handlungsleitfäden zur Arbeitsorganisation, zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung 2018 ein Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege gestartet, in dem zunächst in einer Pilotphase eine Bedarfsanalyse in Pflegeeinrichtungen vorgenommen und darauf aufbauend Leitfäden für die Umsetzung von Veränderungsprozessen entwickelt wurden. Die Ergebnisse sind auf der Website des Pflegebevollmächtigten abrufbar.¹⁷ Geplant ist ab 2021 ein bundesweiter Rollout der Erkenntnisse in mindestens 750 stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

6.2.2 Maßnahmen in Bayern zur Förderung der pflegerischen Versorgung

Das aktuelle Aktionsprogramm der Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml (CSU) sieht außerdem folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege speziell in Bayern vor (vgl. CSU 2019):

1. **Bündnis für Fachkräftenachwuchs:** Ein „Bündnis für Fachkräftenachwuchs in der Langzeitpflege“ soll helfen, den Fachkräftebedarf zu lindern. Dem Bündnis sollen sowohl Leistungserbringer und Kostenträger als auch die Vereinigung der Pflegenden in Bayern angehören. Es bietet den Beteiligten den Rahmen, die auf Bundesebene im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ getroffenen Vereinbarungen gemeinsam voranzubringen.
2. **Bündnis für generalistische Pflegeausbildung in Bayern:** Dieses Bündnis wurde vom StMGP am 8. Januar 2019 ins Leben gerufen und möchte Einrichtungen dazu zu motivieren, als Träger der praktischen Ausbildung oder als ergänzender Lernort für Auszubildende anderer Träger am Ausbildungsauftrag mitzuwirken. Ziel ist es, die Bandbreite der Praxiseinsätze für jede auszubildende Person sicher zu stellen. Im August 2020 wurde für Pflegeeinrichtungen ein Ausbildungsleitfaden veröffentlicht (StMGP o. J.c).
3. **Neue Studienangebote in der Pflege:** Die akademischen Angebote für die Pflegeausbildung in Bayern werden erweitert und den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst. Gemäß Kabinettsbeschluss vom 16.07.2019 sollen in drei Stufen die sogenannten primärqualifizierenden Studienangebote an den bayerischen Hochschulen eingeführt werden. Das zuständige Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst schätzt den Bedarf in Bayern bei ca. 600 bis 800 Studienanfängerinnen bzw. -anfängern pro Studienjahr.¹⁸
4. **Imagekampagne für den Nachwuchs:** Bayern wird eine eigene Imagekampagne zur Nachwuchsgewinnung in der Pflege auflegen, die im Herbst 2020

¹⁷ vgl. <https://www.pflegebevollmaechtigter.de/attraktive-pflegeberufe-details/projekt-zur-umsetzung-guter-arbeitsbedingungen-in-der-pflege-.html> [Abruf am: 11.09.2020]

¹⁸ vgl. <https://www.stmwk.bayern.de/studenten/meldung/6316/ab-dem-wintersemester-202021-gibt-es-in-bayern-studienangebote-in-der-pflege.html> [Abruf am: 04.11.2020]

starten soll (aktuell läuft noch eine bundesweite Kampagne). Damit sollen Jugendliche über die guten Karrieremöglichkeiten im Gesundheitsfachberuf Pflege informiert werden.

5. **Mentoringprogramm:** Im Landesamt für Pflege wird sich eine Mentorin bzw. ein Mentor mit den besonderen Belangen Auszubildender in der Pflege befassen – etwa mit komplexen Themen, wie dem Umgang mit dem Tod, aber auch mit ganz praktischen Fragen, wie den Herausforderungen des Schichtdienstes. Pflegeschülerinnen und -schüler werden so in ihrer Ausbildung besser begleitet. Das soll dazu beitragen, Ausbildungsabbrüche zu verhindern.
6. **Bezahlbares Wohnen für Pflegekräfte:** Bezahlbares Wohnen und eine spezielle Wohnraumförderung für Pflegekräfte: Bayern setzt sich beim Bund weiterhin für eine Anpassung der steuerlichen Regeln bei der Überlassung von preisgünstigem Wohnraum ein. Der Freistaat plant darüber hinaus die Förderung einer speziellen Wohnungsvermittlung für Menschen in Sozial- und Gesundheitsberufen in Dachau mit 54.000 Euro, um diesen Arbeitnehmerinnen und -nehmern Wohnraum zu angemessenen Preisen zu vermitteln.
7. **Landespflegegeld:** Das im April 2018 beschlossene bayerische Landespflegegeld wird fortgeführt. Dafür investiert der Freistaat jährlich 400 Mio. Euro, damit die Selbstbestimmung und Teilhabe Pflegebedürftiger in Bayern ab Pflegegrad 2 pro Jahr mit einem Betrag von 1.000 Euro gestärkt wird. Mittlerweile haben bereits rund 340.000 Pflegebedürftige Landespflegegeld erhalten.
8. **Beratung für pflegende Angehörige und Wissenstransfer:** Um pflegende Angehörige passgenau zu beraten und zu unterstützen, stehen in Bayern für die Förderung der mehr als 100 Fachstellen für pflegende Angehörige jährlich rund 1,85 Mio. Euro zur Verfügung. Zudem stehen für den Aufbau neuer Pflegestützpunkte, die verstärkte Vernetzung und den Wissenstransfer sowie für weitere Maßnahmen der Unterstützung aller Pflegestützpunkte im Rahmen des Doppelhaushalts 2019/2020 zusätzliche einmalige Haushaltsmittel in Höhe von 900.000 Euro zur Verfügung.
9. **Weitere geplante Maßnahmen:** Modernisierung der Ausbildungsinhalte, bessere Ausstattung der Pflegeschulen und mehr Praxisanleitung im Ausbildungsbetrieb; Forderung nach weniger Dokumentationsaufwand; jährlich 500.000 Euro für Fortbildungsmaßnahmen für Fachpersonal, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und Angehörige; Entbürokratisierung in der Pflege; Verbesserung Personalschlüssel; Pflegestärkungsgesetz (enthält u. a. Regelung, dass Tariflöhne in Pflegesatzverhandlungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können); krankenhausindividuelle Pflegepersonalkosten können unabhängig von der Fallpauschale vergütet werden; Weiterqualifizierungsmaßnahmen, Wiedereinstiegsprogramme und eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten.

Die seit November 2019 durch das Land Bayern geschaffenen Fördermöglichkeiten für Pflegestützpunkte beinhalten folgende Eckpunkte:

- ◆ Neue Pflegestützpunkte können für den Aufbau eine einmalige Anschubfinanzierung erhalten: Gefördert werden einmalig die Ausgaben für Sachmittel für Pflegestützpunkte, die ab dem Jahr 2019 initiiert werden, bis zu 20.000 Euro. Bei einer räumlichen Anbindung an eine Fachstelle für pflegende Angehörige, die durch eine entsprechende Bescheinigung nachzuweisen ist, ist eine Förderung in Höhe von einmalig 3.000 Euro möglich. Diese kann für Sach- und Personalausgaben verwendet werden.
- ◆ Bestehende und neue Pflegestützpunkte können eine Förderung für Maßnahmen der Vernetzungsarbeit und des Wissenstransfers, je Maßnahme einmalig bis zu 15.000 Euro, erhalten. Diese können insbesondere sein: Schulungen, Fachveranstaltungen sowie der Aufbau einer Pflegebörse.

Darüber hinaus gibt es die „Richtlinie zur Förderung neuer ambulant betreuter Wohngemeinschaften sowie zur Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Lebensqualität und der Rahmenbedingungen in der Pflege (Förderrichtlinie Pflege – WoLeRaF)“. Im Rahmen einer Anschubfinanzierung können bis zu 25.000 Euro für bis zu zwei Jahre für den Aufbau von neuen ambulant betreuten Wohngemeinschaften gewährt werden. Gefördert wird durch das Land u. a. der demenzsensible Ausbau von Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen sowie die Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen in vollstationären Einrichtungen. Hier handelt es sich jedoch nicht nur um Investitionskostenförderung, sondern auch um Projektförderung.

Weiterhin werden Investitionskosten für Pflegeplätze im „sozialen Nahraum“ gefördert. Dies umfasst „kleinteilige Wohnformen“ bevorzugt im ländlichen Bereich mit Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeplätzen und ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie Pflegeheime, die sich in den sozialen Nahraum öffnen. Dazu ist am 4.12.2019 die „Förderrichtlinie Pflege im sozialen Nahraum – PflegesoNah“ in Kraft getreten. Dafür stehen laut StMGP im Haushalt 2019/2020 bis zu 120 Mio. Euro zur Verfügung und es sollen bis zu 1.000 Pflegeplätze gefördert werden (StMGP 2019).

Zur Förderung von Barrierefreiheit gibt es das Programm „Bayern barrierefrei“. Das StMAS fördert Beratungsstellen der Bayerischen Architektenkammer. Die Beratung hat das Ziel, Bauherren und Privatleute zur barrierefreien Gestaltung insbesondere des Wohnraums zu beraten. Ferner fördert das StMAS Stellen bei den Landratsämtern für die Wohnungsberatung von Seniorinnen und Senioren. Darüber hinaus bietet das Bayerische Bauministerium Fördermittel und Darlehen an, um wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Sinne der Barrierefreiheit und der uneingeschränkten Nutzung mit dem Rollstuhl zu unterstützen.

Die Initiative zur Fachkräftesicherung FKS+ ist eine Maßnahme des vbw - Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft zusammen mit der bayerischen Staatsregierung und der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Bayern (vgl. <https://fks-plus.de/>). Ganz maßgeblich sind dabei die Ziele, Beschäftigungschancen zu verbessern, die Erwerbsbeteiligung zu erhöhen und Arbeitszeitpotenziale zu heben. Die Erwerbspotenziale von Frauen und Älteren noch besser zu nutzen, ist ein wichtiger

Bestandteil der Initiative und speziell für den Bereich der Pflege von hoher Bedeutung. Dabei sollen explizit auch Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger angesprochen werden. Eine stärkere Partizipation von Frauen und Älteren am Arbeitsmarkt leistet einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung, auch für die Pflege. Ansatzpunkte bestehen beispielsweise darin, den Wiedereinstieg von Frauen in den Beruf nach der Familienpause zu fördern.

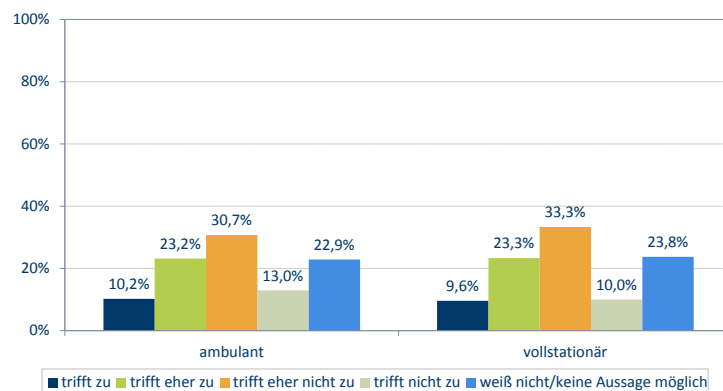
Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) hat im Mai 2020 eine Untersuchung in Auftrag gegeben, die den sektorenübergreifenden und regional spezifischen Bedarf an Pflegepersonal im Freistaat ermitteln soll (Auftragnehmer sind das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) und die AGP Sozialforschung Freiburg). Erste Ergebnisse sollen bereits 2021 auf Regionalkonferenzen in Bayern vorgestellt werden. Die VdPB plant, das Pflegemonitoring als regelmäßige jährliche Studie zu etablieren (Millich 2020).

6.2.3 Anregungen aus Befragungen

6.2.3.1 Potenziale und Maßnahmen zur (Wieder-)Gewinnung von Pflegekräften in der Altenpflege

Grundsätzlich stimmte knapp ein Drittel (32,9 %) der befragten vollstationären Einrichtungen der Aussage zu bzw. eher zu, dass es in ihrer Region ein Potenzial an Pflegekräften gäbe, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, jedoch mit geeigneten Maßnahmen wieder für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden könnten, aus Sicht der ambulanten Pflegedienste verhielt sich dies mit 33,4 %iger Zustimmung ähnlich (s. Abbildung 240).

Abbildung 240: Anteil Zustimmung der Aussage: „In unserer Region gibt es ein Potenzial an Pflegekräften, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, die mit geeigneten Maßnahmen wieder für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden können.“, getrennt nach ambulant und vollstationär



Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten und vollstationären Einrichtungen

Gleichzeitig berichtete über die Hälfte der ambulanten Pflegedienste (54,3 %) und etwas weniger als die Hälfte der teilstationären Einrichtungen (42,1 %) Maßnahmen zu planen bzw. bereits durchzuführen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. In diesem Kontext wurden die Einrichtungen gebeten in Form von Freitexten Aussagen zu treffen,

- ◆ welche innerbetrieblichen Möglichkeiten es gibt, um als guter Arbeitgeber für potentielle Bewerberinnen und Bewerber gesehen zu werden,
- ◆ mit welchen Maßnahmen Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, wieder für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden könnten, und
- ◆ welche Maßnahmen bereits in den Einrichtungen umgesetzt bzw. geplant werden, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Die Freitextanalysen ergaben, dass sich die jeweils angesprochenen Themen zu den Fragenstellungen a bis c kaum voneinander unterscheiden. Übergeordnet ging es stets um die Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen, deren inhaltliche Ausgestaltung bzw. Umsetzung je nach Versorgungsart etwas anders gelagert war.

Beispielsweise zeigte sich, dass bereits umgesetzte bzw. geplante Maßnahmen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, bei ambulanten Pflegediensten stärker den Bereich der Anpassung und Veränderung von Arbeitszeitmodellen sowie die Rekrutierung von Pflegekräften adressierten, während dies im teilstationären Bereich weniger häufig der Fall war (s. Tabelle 126). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Arbeitsbedingungen im teilstationären Bereich grundsätzlich attraktiver sind als in anderen, von Schichtdienst geprägten, Versorgungsbereichen. Zudem würden personelle Engpässe in teilstationären Einrichtungen zwar eine Rolle spielen, jedoch nicht zwangsläufig in dem Ausmaß wie im stationären oder ambulanten Bereich: *„Wir haben keinen Personalengpass in der Einrichtung. Für Fachkräfte ist die Tagespflege interessant um aus dem Schichtdienst zu fliehen. Betreuungskräfte könnten wir mehr einstellen, denn das Angebot ist da. Hier stellt sich nur die Frage bezüglich der Arbeitsqualität und der Bereitschaft. Ein Zertifikat allein sagt nicht aus, dass jemand gut mit Menschen arbeiten kann.“*

Ein weiterer Hauptunterschied zwischen den von den Einrichtungen genannten potentiellen Maßnahmen zur Wiedergewinnung von Pflegekräften im Vergleich zu den Maßnahmen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, lag darin, dass diese nicht die Einrichtungsebene, sondern eine andere Ebene adressierten. Dies betraf z. B. folgende zwei Punkte: die Imageaufwertung des Berufs in der Öffentlichkeit sowie die Reglementierungen von/durch Behörden (*„weniger gängelnde Kontrollen, weniger Bürokratie und dies nicht nur meinen, sondern auch umsetzen, neue Prüfrichtlinien MDK ist genau das Gegenteil“*) (s. auch Tabelle 125).

Die Auswertungen der Freitexte zu den Fragen a bis c sind überblicksartig in den folgenden drei Tabellen 123 bis 125 aufgelistet. Die Kernthemen, die sich im Rahmen der Analyse über alle drei Fragen herauskristallisiert haben, werden anschließend näher erläutert.

Tabelle 124: Möglichkeiten, um als guter Arbeitgeber gesehen zu werden (absteigend nach Anzahl der Nennungen)

innerbetriebliche Möglichkeiten, um als guter Arbeitgeber gesehen zu werden	Anzahl Nennungen	
	ambulant	stationär
positives und wertschätzendes Betriebsklima	150	133
flexible/bedarfsorientierte Arbeitszeitmodelle/Dienstplanlösungen (einschl. Ausfallkonzepte)	122	108
Angebot und Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung	61	82
Angemessene bzw. leistungsgerechte Entlohnung der Beschäftigten (Zahlung (über-)tariflicher Löhne)	73	65
Vergünstigungen bei Sozialleistungen und weitere Sonderleistungen für Beschäftigte	84	55
Verbesserung der Arbeitsbedingungen/Arbeitsorganisation (z. B. gute Work-Life-Balance, ausreichend Personal einstellen; Bereitstellung von Hilfsmitteln, klare betriebliche Strukturen)	51	37
Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung	26	44
positiver Auftritt nach Außen/aktive Mitarbeiterwerbung	34	19

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten und vollstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Tabelle 125: Potentielle Maßnahmen zur Wiedergewinnung von Pflegekräften für eine Tätigkeit in der Altenpflege (stationär: n = 148; ambulant: n = 222)

Potentielle Maßnahmen zur Wiedergewinnung von Pflegekräften	Anzahl Nennungen	
	ambulant	stationär
Einführung individueller/flexibler und familienfreundlicher Arbeitszeitmodelle; Dienstplansicherheit; ausreichend Freizeit- ausgleich	68	35
Verbesserung der Arbeitsplatz- und Rahmenbedingungen, z. B. durch Mitarbeiterpflege; Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung; gute Einarbeitung, weniger Zeitdruck bei Klientinnen/Klienten; Verringerung der zunehmenden Arbeitsverdichtung und -belastung, z. B. durch erhöhte Dokumentationsaufwände	47	29
angemessene/leistungsgerechte Entlohnung	50	71
Imageaufwertung des Berufs in der Öffentlichkeit/ höhere Anerkennung durch die Gesellschaft	17	13
Verbesserung der personellen Situation, z. B. Senkung Fachkraftquote; Verbesserung/Änderung des Personalschlüsselsystems; Verbot von Zeitarbeit	5	15
weniger Reglementierung durch Behörden/Abbau von Kontrollen (z. B. durch den MDK)	13	7
ausreichend und bessere/an den Schichtdienst angepasste Kinderbetreuungsangebote	6	9
Nutzung von Wiedereingliederungsmaßnahmen, bspw. über das Arbeitsamt/Wiedereinsteiger-Programme; Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Arbeitsagentur	4	5
Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsangebote	11	0
Mitarbeiterbenefits anbieten/Anreize für Beschäftigte schaffen, z. B. steuerliche Vergünstigungen	3	0

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten und vollstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Tabelle 126: Umgesetzte bzw. geplante Maßnahmen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken (absteigend nach Anzahl der Nennungen [gesamt])

umgesetzte bzw. geplante Maßnahmen, um Fachkräftemangel entgegenzuwirken	Anzahl Nennungen	
	ambulant	teilstationär
Angebote und Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Fach-/Hilfskraftausbildung, Ausbildungskooperationen, Übernahme-garantie; selbst ausbilden)	94	40
Einführung individueller/flexibler und familienfreundlicher Arbeitszeitmodelle (u. a. auch Wiedereingliederung; Schaffung von Teilzeitstellen)	65	3
Einsatz gezielter Rekrutierungsmaßnahmen/Anwerbung von Beschäftigten, u. a. auch im Ausland	45	9
Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit/Werbemaßnahmen (z. B. über Internet, Messen, Stellenausschreibungen, Social Media, Öffentlichkeitsarbeit, Ausbildungstage)	29	21
Etablierung eines positiven und wertschätzenden Betriebsklimas (Partizipation der Beschäftigten, flache Hierarchien, verstärkte Kommunikation, teamfördernde Maßnahmen)	23	6
Verbesserung der Arbeitsbedingungen (u. a. durch BGF/BGM)	18	4
Umstrukturierung der Betriebe/Einzugsgebiete anpassen	19	0
angemessene/leistungsgerechte Entlohnung	14	2
Angebote von Mitarbeiterbenefits (z. B. Jahressonderzahlungen, Vergünstigungen, steuerfreie Sachbezüge, individuelle Kinderbetreuung)	11	3

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten und teilstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Positives und wertschätzendes Betriebsklima

Die aus Sicht der befragten Akteure am häufigsten genannte innerbetriebliche Maßnahme, um als „guter“ Arbeitgeber gesehen zu werden, ist die Schaffung eines positiven und wertschätzenden Betriebsklimas, sei es durch die Partizipation der Beschäftigten sowie die Berücksichtigung von Wünschen, durch teamfördernde Maßnahmen, flache Hierarchien, wertschätzende Führung (gute Personalpflege) und wertschätzenden Umgang sowie professionelle Kommunikation.

Im Bereich der ambulanten sowie teilstationären Pflege werde nach eigenen Angaben bspw. bereits versucht, ein angenehmes, wertschätzendes und familiäres Betriebsklima herzustellen bzw. darauf hinzuarbeiten, wie folgende Zitate verdeutlichen: *„Familiäres Betriebsverständnis. Arbeitsbedingungen schaffen, in denen sich alle wohlfühlen. Mehr bleibt einem fast nicht als kleiner privater Dienst. Gegen*

die großen Anbieter kann man finanziell nicht herankommen bzgl. Löhnen etc. Daher muss das Umfeld stimmen.“ (ambulanter Pflegedienst); „familiärem Betriebsklima mit flachen Hierarchien und viel Mitbestimmung, viel Kommunikation“ (ambulanter Pflegedienst).

In der Folge würden bspw. auch potentielle Beschäftigte durch Empfehlungen des Personals aufmerksam: *„Wenn sich die Mitarbeiter im Betrieb wohl fühlen, die Arbeitsbedingungen und das Betriebsklima passen - spricht sich das herum.“* Eine positive Außendarstellung spiele in diesem Zusammenhang ebenfalls eine wichtige Rolle.

Arbeitszeitmodelle

Flexible und am Bedarf orientierte Arbeitszeitmodelle bzw. Dienstpläne wurden als weitere innerbetriebliche Maßnahme angeführt. Hier wäre es wichtig, zum einen Dienstplanwünsche zu berücksichtigen und zum anderen Dienstplansicherheiten, einschließlich geregelter Arbeits- und Pausenzeiten, zu gewährleisten. Die Familienfreundlichkeit in Bezug auf die Arbeitszeit stelle ebenfalls einen entscheidenden Attraktivitätsfaktor dar. Zudem müsse es bessere Lösungen für bzw. gegen das „Einspringen“ aus der Freizeit geben, ob in Form von Springerpools oder anderen Lösungen.

In diesem Zusammenhang berichteten die ambulanten Pflegedienste bspw. die Verbesserung bzw. Anpassung von Arbeitszeitmodellen in Hinblick auf die Schaffung von mehr Teilzeitstellen, den Abbau geteilter Dienste sowie die Einführung familienfreundlicher Dienstpläne als Maßnahmen anzustreben, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Dazu gehöre auch die Anpassung von Touren (mitarbeiter- und elternfreundliche, führerscheinlose, Helfer- als auch Wunschtouren): *„Müttertour eingerichtet, die erst um 7:45 Uhr beginnt.“* Die Anpassung von Arbeitszeitmodellen spiele im teilstationären Bereich erwartungsgemäß eine eher untergeordnete Rolle.

Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Rekrutierungsmaßnahmen

Individuelle Förderungs- und Aufstiegsmöglichkeiten erlangen zunehmend mehr an Bedeutung – so wäre ein Arbeitgeber attraktiv, wenn er grundsätzlich Fort- und Weiterbildungen unterstütze und finanziere, als auch Aufstiegsmöglichkeiten anbiete bzw. die Weiterentwicklung zu Führungskräften vorantreibe, aber auch eine gute Praxisanleitung ermögliche.

Die Pflegedienste berichteten, verstärkt Anstrengungen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu unternehmen. Zum einen würden sie versuchen, Ausbildungsangebote im eigenen Betrieb für Pflege(fach)kräfte und Pflegehelferinnen und -helfer zu schaffen: *„Bilden aus - versuchen auch Quereinsteiger zu gewinnen und denen bei Bedarf auch Ausbildung zu ermöglichen.“* und die Zusammenarbeit mit Schulen zu erhöhen (Praktikumsangebote, Praxiseinsätze in der ambulanten Pflege). Zum anderen würden sie Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflege(fach)kräfte finanzieren: *„Wir bieten unseren Mitarbeitern sowohl fachliche Weiterbildungen an, als auch Aufstiegsmöglichkeiten in der Firma.“* Durch eigene Schulungen werde ebenfalls darauf hingewirkt, das Personal an das Unternehmen

zu binden. Gleichzeitig werde versucht die Mitarbeitergewinnung gezielt zu verstärken, insbesondere durch das Anwerben von Beschäftigten aus dem und im Ausland. In diesem Zuge würden die Dienste auch vermehrt in die Öffentlichkeitsarbeit und Werbemaßnahmen investieren (z. B. Anzeigen über Social Media – Kanäle, multimediale Stellenanzeigen, Teilnahme an Berufsinformationsbörsen, etc.).

Auch die Tagespflegen versuchen vermehrt in die Ausbildung und Weiterqualifizierung von Pflegehilfskräften zu investieren, Ausbildungsangebote im eigenen Betrieb zu etablieren sowie die Kooperation mit (Pflege-)Schulen voranzutreiben. Zudem würden Anreize im Sinne einer Übernahmegarantie nach der Ausbildung gesetzt. Die Rekrutierung ausländischer Pflege(fach)kräfte spielt auch im teilstationären Bereich keine unwesentliche Rolle. Mit Hilfe von gesteigerten Öffentlichkeits- und Werbemaßnahmen (u. a. Teilnahme an Messen, Ausbildungsbörsen, Informationen an Mittel- und Realschulen, Broschüren und Flyer) werde versucht, Aufmerksamkeit und Interesse zu erzeugen, um sowohl Pflege(fach)kräfte anzuwerben als auch wiederzugewinnen.

Leistungsgerechte/angemessene Entlohnung

Als guter Arbeitgeber werden ebenfalls Institutionen gesehen, die ihren Beschäftigten zum einen (mindestens) eine angemessene bzw. leistungsgerechte Entlohnung zahlen, bspw. in Form von (über-)tariflichen Löhnen. Ein ambulanter Pflegedienst berichtete bspw. dazu: „*Wir bezahlen Fachkräften zwischen 18 - 22 € und Hilfskräften 14 – 17 € pro Stunde!!!*“ Zum anderen spielen Zusatzleistungen bzw. „Mitarbeiterbenefits“ eine weitere wichtige Rolle, dazu gehören z. B.:

- ◆ die Zahlung von Weihnachts- und Urlaubsgeld,
- ◆ Bezuschussung zur Kinderbetreuung,
- ◆ Bonus- bzw. Jahressonderzahlungen,
- ◆ private Nutzung von Firmenfahrzeugen,
- ◆ Angebote betrieblicher Altersvorsorge bzw. Zusatzrente/Betriebsrente,
- ◆ die Subventionierung von Wohnraum bzw. Angebote von Werks- bzw. Wohnungen für Beschäftigte,
- ◆ Fahrtkostenbezuschussung,
- ◆ Arbeitgeber-finanzierte Freizeitmöglichkeiten oder
- ◆ andere Anreize, wie z. B.: „günstiger Tanken, kostenloses Fitnessstudio, Ferienhäuser, Einkaufsvorteile und Rabatte bei unterschiedlichen anderen Unternehmen“.

„Gute“ bzw. zusätzliche Sozialleistungen, ergänzend zur Entlohnung, wurden insgesamt sehr häufig angeführt. Die Einrichtungen seien somit bemüht, die Bezahlung/Gehälter leistungsgerecht anzupassen und ggf. Zuschläge, bspw. für spontanes Einspringen, als auch Jahressonderzahlungen zu leisten. Weitere

Sonderleistungen bzw. Mitarbeiterbenefits, wie z. B. Angebote individueller Kinderbetreuung, Betriebswohnungen oder andere Vergünstigungen, würden vereinzelt umgesetzt werden.

Arbeitsbedingungen/Arbeitsorganisation

Eine gute Work-Life-Balance sei ebenfalls Bestandteil guter Arbeitsbedingungen sowie Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. das grundsätzliche Vorhandensein eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Darüber hinaus wurden zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch der Arbeitsorganisation Aspekte gezählt, die bspw. Einfluss auf die (Qualität der) Arbeit mit den pflegebedürftigen Personen haben. Dies betreffe u. a. die ausreichende Verfügbarkeit von Personal, die Schaffung von klaren Strukturen (*„gut durchdachte Struktur und Organisation der Abläufe und Aufgabenbereiche für die einzelnen Mitarbeiter“*) und damit einhergehend auch mehr Zeit für die Pflege, unterstützt durch den Einsatz von Pflegehilfsmitteln (bspw. Aufstehhilfen).

Die bereits ergriffenen Maßnahmen in diesem Bereich unterscheiden sich zwischen den ambulanten Pflegediensten und den Tagespflegen kaum. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung würden bereits umgesetzt. Zudem wurde aus Sicht der ambulanten Dienste mehrfach genannt, dass bereits alle Möglichkeiten ausgeschöpft seien bzw. keine (weiteren) innerbetrieblichen Maßnahmen gesehen werden. Einige Dienste sähen sich bereits als gute Arbeitgeber: *„Wir arbeiten weiter wie bisher, wir haben einen guten Ruf als Arbeitgeber (und auch bei unseren Schülern).“*

Andererseits wurden in diesem Kontext auch Maßnahmen berichtet, die Anpassungen innerbetrieblicher Abläufe zur Folge hatten. Es mussten Maßnahmen umgesetzt werden, die eine Verringerung der Kapazitäten nach sich zogen, um eine adäquate Versorgung mit dem vorhandenen Personal noch gewährleisten zu können. Pflegedienste wären somit bspw. gezwungen Neuaufnahmen zu stoppen, Einzugsgebiete anzupassen bzw. zu verkleinern, Touren aufzulösen: *„Wir reduzieren die Touren“*, Klientinnen bzw. Klienten zu kündigen: *„Wir müssen Patienten ablehnen bzw. kündigen, da der Pflegenotstand nicht auszugleichen ist. Es wird kein geeignetes Personal gefunden.“* oder auch Betriebe umzustrukturieren: *„Umstrukturierung des Betriebs, Auszubildende werben bzw. versuchen, Aussteiger zu motivieren wieder in Ihrem Beruf zu arbeiten, notfalls müssen Touren geschlossen und Klientel abgelehnt werden, um das bestehende Personal nicht zu überlasten.“*

6.2.3.2 Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege

Die Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen wurden ebenfalls gebeten eine Einschätzung vorzunehmen, welche rechtliche Rahmenbedingungen sich verändern müssten, um die Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege zu verbessern, unabhängig der Versorgungsart. Eine Übersicht der Antworten befindet sich in Tabelle 127.

Tabelle 127: Potentielle Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege aus Sicht der Einrichtungen (unabhängig der Versorgungsart)

Veränderungen rechtlicher Rahmenbedingungen	gesamt	ambulant	teilstationär	vollstationär
bessere (Re-)Finanzierung der Löhne für Beschäftigte	203	104	59	40
Verbesserung/Änderung des Personalschlüsselsystems	194	21	43	130
Abbau bzw. Reduktion von Bürokratie und Dokumentationsaufwänden/weniger Reglementierung durch Behörden (z. B. Kassen)/Anpassung von Kontrollen (durch den MDK)	177	90	18	69
Verbesserung der Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitszeitregelungen, Work-Life-Balance, Gesundheitsfürsorge, Familienfreundlichkeit, Dienstplansicherheit und -gestaltung)	122	56	41	25
Imageaufwertung des Berufs in der Öffentlichkeit/höhere Anerkennung durch die Gesellschaft	115	53	23	39
Überarbeitung der Aus- und Weiterbildungsstrukturen (z. B. Einstieg erleichtern, Pflegehelferausbildungen stärken)/Ausweitung bzw. Erhöhung der Verantwortungsbereiche von Pflegekräften/Vereinfachung/Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Pflegefachkräfte	101	50	15	36
Anpassung des Leistungsvergütungssystems innerhalb des Pflegesystems	60	54	4	2
Änderung/Verbesserung der Finanzierung des Pflegesystems (u. a. auch Verstaatlichung der Pflege/Vermeidung von Gewinnorientierung)	56	24	11	21
Anpassung von Steuer- und Sozialabgaben für Pflegepersonal (z. B. Renteneintrittsalter senken, Wegfall Lohnsteuer)	19	12	0	7
Stärkung der Pflege auf politischer Ebene, z. B. Pflegekammer	10	4	3	3

Quelle: IGES, auf Grundlage der Ergebnisse der Online-Befragung der ambulanten, teilstationären und vollstationären Einrichtungen [Freitextanalyse]

Die Antwort „Imageaufwertung des Berufs in der Öffentlichkeit“ stellt dabei keine „rechtliche Veränderung“ im eigentlichen Sinne dar, sie kann letztlich nur ein Ergebnis erfolgreich vorgenommener Anpassungen der Rahmenbedingungen in der Pflege sein.

Die **Verbesserung der (Re-)finanzierung der Löhne** der Beschäftigten wurde aus Sicht der Befragten insgesamt am häufigsten genannt. Hierbei geht es inhaltlich primär um eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte, seien es Auszubildende, Pflegehelferinnen und -helfer als auch Pflegefachkräfte. Das vorgeschlagene Spektrum reichte von der Einführung von Tarifverträgen, über die Gleichstellung der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege, bessere Bezahlung von Sonntags- und Mehrarbeit bzw. die Refinanzierung von Überstunden bzw. das Einspringen bei Krankheit über die Pflegesätze bis hin zur Erhöhung des Mindestlohns in Pflege.

„Pflegekräfte müssen um zu verdienen viel leisten! Jeder KFZ Meister verdient in der Stunde mehr als eine Pflegefachkraft. Damit sind auch die bezahlten Leistungen der Krankenkasse gemeint. Der Arbeitgeber kann nur zahlen was er selbst einnimmt.“ (ambulanter Pflegedienst)

„bessere Vergütung; es muss einer Vollzeitkraft in der Pflege ohne weitere Fortbildungen möglich sein, brutto 4.000 EUR zu verdienen“ (ambulanter Pflegedienst)

„besser Bezahlung - vergleichbare Schichtarbeiter in der Industrie werden viel besser entlohnt“ (vollstationäre Einrichtung)

„die Vergütungssätze der Pflege- und Krankenkassen müssen dem erforderlichen Lohnniveau angepasst werden“ (ambulanter Pflegedienst)

Das (aktuell bestehende) **Personalschlüsselsystem** bedarf insb. aus Sicht der stationären Einrichtungen ebenfalls Veränderungen bzw. Anpassungen, insbesondere in Bezug auf die Änderung der Fachkraftquote, welche entweder gesenkt, gänzlich abgeschafft oder flexibel gehandhabt werden sollte, entsprechend eines festgelegten Konzeptes. Die Pflegeschlüssel sollten zudem erhöht werden als auch der Einsatz von mehr Pflegehilfskräften zur Entlastung der Pflegefachkräfte.

„Personalschlüssel erhöhen, um die einzelnen Arbeitstage stressfreier zu machen (dadurch werden auch unnötige Fehler vermieden) und den Beruf dadurch allgemein attraktiver zu machen. Man hört immer mehr raus, dass den meisten Pflegekräften es weh tue, wenn sie keine Zeit für die Klienten haben und sie das mit ihrer Ethik langsam nicht mehr vereinbaren können. Höherer Personalschlüssel = mehr anwesendes Personal = weniger Krankheitsfälle der Mitarbeiter = weniger unterbesetzte Schichten = mehr Qualität in der Pflege = Mitarbeiterzufriedenheit wird verbessert.“ (teilstationäre Einrichtung)

„Absenken der Fachkraftquote, um Fachkräfte prozesshaft einteilen zu können.“ (teilstationäre Einrichtung)

„Das leichteste wäre natürlich die Stellenschlüssel zu erhöhen und bestmöglich die Zuzahlung der Pflegekassen für den Gast zu erhöhen. Der Schlüssel

für die Attraktivität im Beruf der Altenhilfe ist sicherlich eine ausreichende Personaldecke. Ein guter Schritt wäre es schon, wenn die Leitungsstellen wie die Pflegedienstleitung und bestmöglich auch die Wohnbereichsleitungen nicht mehr über den Pflegeschlüssel refinanziert werden.“ (vollstationäre Einrichtung)

„Fachkraftquote auf 35 % senken, ihre Tätigkeiten sind Dokumentation, ärztliche Anordnungen, Medikamente, Wunden, RR, BZ, Beratungsgespräche usw. Alle Helfer mind. einen Grundkurs von 150 Stunden in der Grundpflege und Prophylaxen vorweisen - Nachqualifizieren innerhalb eines Jahres. Fachkräfte sind für Grundpflege viel zu Teuer und wertet das Berufsbild ab.“ (vollstationäre Einrichtung)

„(...) in Bayern sind die Personalschlüssel gut (...), wenn selbst die Fachpresse, die natürlich auch von unseren Mitarbeitern gelesen wird, immer einredet - die Pflege sei ein schlecht bezahlter Beruf und alles ist so anstrengend, wer will denn da noch hin? Es gibt so viele Berufsgruppen die nicht so tolle Arbeitszeiten und Knochenjobs haben. Die Fachkraftquoten sind kaum zu halten - ok, aber auch oft nicht notwendig, sobald mehrere Fachkräfte im Dienst sind, bleibt mehr Arbeit liegen, weil jeder denkt, der andere macht das schon, wenn mehr Helfer in der Schicht sind, läuft es oft reibungsloser. (...)“ (vollstationäre Einrichtung)

Ein weiteres häufig genanntes Themenfeld beschäftigte sich mit den **Reglementierungen, Kontrollen und Prüfungen** seitens des MDK sowie der Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) (eh. Heimaufsicht). Die Häufigkeit und Intensität der Überprüfungen binde zum einen Pflegepersonal, das an anderer Stelle gebraucht werde. Zudem empfänden die Pflegekräfte dies als Art „Misstrauen“ gegenüber ihrer Arbeit und ihren Kompetenzen bspw. im Vergleich zu Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, deren Arbeit im stationären Bereich nicht regelmäßig überprüft werde. Darüber hinaus ließen die Prüfungsergebnisse bisher keine Rückschlüsse über die Qualität der Versorgung zu, weswegen hier eine Veränderung stattfinden müsse (realitätsnahe Qualitätsprüfungen). Auch wünsche man sich hier eine konstruktive Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den Aufsichtsorganen.

„Weg vom ewigen Prüfen in der jetzigen Form. Eine Pflegekraft ist keine Bürokräft. Sie möchte in der Regel pflegen. Vergisst sie etwas zu dokumentieren, so wird es als nicht getan gewertet. Die Fülle der Dokumentation raubt Zeit für die Pflege. Die im Rahmen den Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht ausgesprochenen "Empfehlungen" entbehren sehr oft der Realität des Lebens. Pflegekräfte werden durch die Prüfungssituation sehr unter Druck gesetzt. Ihre sehr wertvolle Arbeit, die sie tagtäglich erbringen wird akribisch auf Fehler untersucht. Das macht keinen Spaß mehr und lässt immer mehr PKs aussteigen.“ (ambulanter Pflegedienst)

„Überprüfungen durch MDK, FQA etc. geben bisher immer noch keinerlei Auskunft darüber, wie gut Pflegebedürftige in den Einrichtungen versorgt

werden. Diese Prüfungen sorgen nach wie vor dafür, dass nur auf Dokumentation geachtet wird, Fachgespräche sind weiterhin unzufrieden stellend. Die Verantwortung der Pflegekräfte für Tätigkeiten, die nicht unbedingt nur der Pflege vorbehalten sind, wird immer größer, was die Attraktivität des Berufes weiterhin schmälert und auch das Aufgabengebiet um ein Vielfaches erweitert, was aber bedeutet, dass weniger Zeit für Pflegebedürftige übrigbleibt. (Bsp.: Medikamentenverordnungen, Medizinproduktegesetz).“ (teilstationäre Einrichtung)

„weniger Bürokratie/Dokumentation und weniger Kontrollinstanzen (die Pflege wird immer als Verbrecher und Betrüger dargestellt, welche überdurchschnittlich kontrolliert werden muss)“ (ambulanter Pflegedienst)

„Überprüfungen wie MDK, FQA sind sehr zeitaufwendig, demotivierend und nicht immer praxisbezogen. Diese Prüfungen binden sehr viel Arbeitszeit, die in der Arbeit mit und für den Bewohner fehlt.“ (teilstationäre Einrichtung)

Neben den Kontrollen und Prüfungen wurde bereits deutlich, dass bspw. die **Dokumentationspflichten** als sehr (zeit-)aufwendig und umfangreich wahrgenommen werden. Darüber hinaus erschweren bspw. Prozesse, wie Genehmigungsverfahren durch die Kassen, zusätzlich den Arbeitsalltag („Bürokratiewahnsinn“).

„1. Es sollten Rahmenbedingungen von Personen geschaffen werden, die jemals in der Pflege tätig waren und nicht von Bürokraten oder ärztlichen Beratern. 2. Pflege gehört entbürokratisiert. Es geht nicht an, dass mehr Zeit dafür aufgewendet wird Dokumentationsarbeit zu leisten als man am Patientenbett verbringen darf. Nur als Beispiel: Medikamentenabgabe: Zeitvorgabe vier Minuten. In dieser Zeit sollen die Medikamente aus dem Blister genommen (meist mehr als 3), dem Pat. gereicht (wohlgemerkt mit Flüssigkeit) und gewartet werden bis der Pat. diese "eingenommen hat". Anschließend muss eine Dokumentation erfolgen sowohl in der Pflegemappe als auch auf einem Tourenplan. Gleichzeitig sollen andere "Bedürfnisse" der Neugierde des MDK gestillt werden, wie z. B. die Biographie oder aber die Essgewohnheiten oder Schlafgewohnheiten. 3. Eine Aufwertung der Pflege wird nicht möglich sein, nicht solange Krankenkassen Patienten lieber von Angehörigen versorgt sehen als von Fachkräften usw.“ (ambulanter Pflegedienst)

„keine Pflege im Minutentakt, Akkord, Abschaffung des MDK (zu viel Bürokratie), Überprüfung durch die Heimaufsicht ist völlig ausreichend, Bürokratie abbauen, die Entbürokratisierung ist gescheitert, durch die Erhebung der QI müssen wir Pflegekräfte wieder/noch mehr Zeit mit Dokumentation verbringen, dabei sollte die Pflege und Betreuung der Menschen im Vordergrund stehen, Pflegekräfte fühlen sich zunehmend vom MDK schikaniert, usw. usw. in der Schweiz nehmen die Pflegekräfte die Einstufung ihrer Bewohner vor, noch eine Institution, wo Geld gespart werden kann, und das den Bewohnern und Pflegekräften zu Gute kommen kann, (...)“ (vollstationäre Einrichtung)

„wirkliche Verschlankung der Bürokratie, Datenschutz behindert unsere tägliche Arbeit“ (teilstationäre Einrichtung)

„Bürokratieabbau! z. B. Fahrten für Bewohner zu Ärzten, warum sind nicht alle genehmigt, sondern wieder nur einzelne?“ (vollstationäre Einrichtung)

„Der neue Pflege TÜV ist ein absurdes Bürokratiemonster und verbessert in keiner Weise die Pflege. Die Pflegedokumentation ist nach wie vor überdimensional hoch. Kurzzeitpflegegäste fallen in die MDK - Stichprobe - ein Irrsinn!!! (...)“ (vollstationäre Einrichtung)

Die **Anpassung der Arbeitszeiten** ist neben anderen genannten Aspekten im Bereich der Verbesserung der Arbeitsbedingungen hervorzuheben. Hier wünsche man sich eine Absenkung der wöchentlichen Soll-Arbeitszeit von 40 auf 35 Stunden pro Woche bei unverändertem Gehalt. Weitere Nennungen in der Kategorie „Verbesserung der Arbeitsbedingungen“ liegen allerdings in der Hand der Unternehmen selbst (Dienstplangestaltung etc.).

In der Kategorie der Überarbeitung der **Aus- und Weiterbildungsstrukturen** wurde ein breites, teils auch widersprüchliches Spektrum an potentiellen Veränderungsmöglichkeiten genannt. Die Zugangsvoraussetzungen bzw. -bedingungen zum Pflegeberuf wurden kontrovers betrachtet. Teils wünschte man sich die Ansprüche an die Bewerberinnen und Bewerber wären (qualitativ) höher, um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass nicht jede Person für eine Pflegeausbildung geeignet sei. Andere sehen das Gegenteil als erforderlich an, nämlich die Zugangsbedingungen eher nicht zu hoch zu halten und insbesondere auch den Zugang für ausländische Bewerberinnen und Bewerber an Pflegeschulen zu erleichtern. Die Akademisierung in der Pflege sollte aus Sicht einiger Akteure erweitert werden, während andere sich gegen Studiengänge in der Pflege aussprachen. Zudem müsse vermehrt in die Teilzeitausbildungsmöglichkeiten, bspw. für Mütter, investiert werden. Andere Ausbildungsberufe, wie z. B. Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger sowie Erzieherinnen und Erzieher, sollten bei der Berechnung der Fachkraftquote anerkannt werden.

Im Rahmen der Ausbildung wäre es sinnvoll, die Anforderungen an die Ausbildungsstätten zu reduzieren sowie die Vorgaben für die Praxisanleitenden zu lockern. Pflegeschülerinnen und -schüler müssten zudem in den Praxiseinsätzen vor „Ausbeutung“ geschützt werden. Ambulante Einrichtungen sollten u. a. dazu verpflichtet werden auszubilden.

Weitere Potenziale sehe man bei den Pflegehelferinnen und -helfern: Langjährig tätige Hilfskräfte könnten zu Fachkräften „aufgewertet“ werden. Durch Fortbildungen könnten Pflegehelferinnen und -helfer dazu befähigt werden, Aufgaben von Pflegefachkräften zu übernehmen. Grundsätzlich stelle sich hier die Frage, inwieweit die Aufgaben bzw. die Stellung von Pflegehilfskräften gestärkt werden könne.

Pflegekräften sollte generell mehr eigenverantwortliches Handeln und damit auch eine eigenständige Rolle im Versorgungssystem zugestanden werden:

„der Pflegeberuf darf nicht mehr als Hilfsberuf für die Ärzte gelten, wir brauchen unsere eigenen Kompetenzen - Verordnungen ausstellen, Inkontinenzmaterial rezeptieren, Wundversorgung.“ (ambulanter Pflegedienst)

„mehr Eigenverantwortung der Fachkräfte in Bezug auf pflegerische und Behandlungspflegerische Maßnahmen“ (ambulanter Pflegedienst)

Die Vereinfachung bzw. Beschleunigung der **Anerkennungsverfahren ausländischer Pflegefachkräfte** spielt eine wichtige Rolle zur Überwindung der personellen Engpässe. Aus der Perspektive der Einrichtungen sollte dieses Verfahren vereinfacht bzw. erleichtert werden.

„Die Anerkennung der Pflegefachkräfte einfacher machen, in anderen Ländern wird auch gute Pflege geleistet. Aus nicht EU-Ländern wie Serbien das Fachpersonal ähnlich freizügig arbeiten lassen wie bei EU-Mitgliedern üblich.“ (ambulanter Pflegedienst)

„derzeit sind viele Situationen nicht geklärt, z. B. Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegekräfte, teilweise auch langwierige Verfahren für die Einstellung von Pflegekräften aus Drittländern“ (teilstationäre Einrichtung)

Das **Leistungsvergütungssystem** innerhalb des Pflegesystems bedarf aus Sicht der befragten Akteure einiger Anpassungen, so müsse sich bspw. die Leistungsvergütung durch die Pflege- bzw. Krankenkassen grundsätzlich erhöhen, um damit in der Folge auch die Beschäftigten besser bezahlen zu können. Im ambulanten Bereich wird es u. a. als sinnvoll angesehen, Pflegesachleistungen besser zu entlohnen sowie die Fahrtkostenpauschale zu erhöhen.

Den pflegebedürftigen Personen sollte zudem mehr Geld zur Verfügung stehen bzw. Leistungen komplett durch die Pflegekasse übernommen werden. Um die häusliche Pflege zu entlasten, wäre dafür ein höherer Betrag notwendig. In diesem Rahmen wurden auch Aspekte genannt, die sich für die Stärkung der professionellen Pflege aussprachen, um die Laienpflege zu reduzieren. Dafür müssten die Kassen jedoch grundsätzlich mehr Leistungen genehmigen.

„ENDLICH DIE PFLEGEKASSEN VERPFLICHTEN DIE LEISTUNGEN AUSKÖMMLICH ZU VERGÜTEN!!! 4,54 € für 20 km Anfahrt sind nicht machbar!!!“ (ambulanter Pflegedienst)

„geringe Refinanzierung im ambulanten SGBV und SGBXI- Bereich- dadurch hoher Zeitdruck für Pflegepersonal; bessere Finanzierung durch Kranken- und Pflegekassen, um den Zeitdruck zu mindern“ (ambulanter Pflegedienst)

„den Kassen die "Allmacht" nehmen, Leistungen besser bezahlen um auch bessere Gehälter zahlen zu können. Den Patienten mehr Leistungen bezahlen und Ablehnungen seitens der Kassen viel kritischer sehen, u. v. m.“ (ambulanter Pflegedienst)

„die Vergütungssätze der Pflege- und Krankenkassen müssen dem erforderlichen Lohnniveau angepasst werden“ (ambulanter Pflegedienst)

Das bisherige **Pflegeversicherungssystem** als auch dessen **Finanzierung** sollte aus Sicht der Akteure reformiert werden. Vielfach wurde angemerkt, dass die Pflege bzw. die Gesundheitsfürsorge keiner Gewinnorientierung unterliegen sollte, ferner eine Verstaatlichung des Kranken- und Pflegesystems in Betracht gezogen werden

sollte. Die Finanzierung solle steuerbasiert bzw. steuerbezuschusst sein und die Eigenanteile gedeckelt werden. Der sogenannte „Sockel-Spitze-Tausch“¹⁹ wurde von mehreren Akteuren befürwortet.

Weitere Vorstellungen beinhalteten die Beitragserhöhung der Pflegeversicherung, eine Dynamisierung der Pflegekassenbeträge sowie die Auszahlung eines Budgets an die Versicherten zur Selbstverwaltung, um Kostenübernahmen nicht über unterschiedliche Kostenträger organisieren zu müssen.

„Pflege und Gesundheitsfürsorge als staatliche Leistung und nicht als gewinnorientierter Markt, weniger Einmischung und Macht den Krankenkassen.“ (ambulanter Pflegedienst)

„Reduzierung der Eigenbeteiligung an den Pflegeheimkosten - dadurch Reduzierung der belastenden Konfliktsituation ‚Ich zahle - du machst!‘“ (vollstationäre Einrichtung)

„Dynamisierung der Pflegekassenbeträge, Deckelung der Eigenanteile, ggf. Steuerzuschuss zur Pflegeversicherung“ (vollstationäre Einrichtung)

„(...) Refinanzierung der Gehälter ausschl. über Pflegeversicherung, Schaffung eines steuerfinanzierten Pflegesystems, drastische Senkung der Eigenanteile der Betroffenen“ (vollstationäre Einrichtung)

Für die Attraktivitätssteigerung der Altenpflege sehen einige Akteure Potenziale in der **Anpassung der Steuer- und Sozialabgaben** des Pflegepersonals, bspw. in Form von Steuererleichterungen, der Senkung von Sozialabgaben, einer staatlich finanzierten zusätzlichen Altersvorsorge als auch der Senkung des Renteneintrittsalters.

„Das Renteneintrittsalter für langjährige Pflegekräfte müsste sinken, die Besteuerung von Überstunden müsste dringend überarbeitet werden, die Politiker schreiben sich jetzt auf die Fahne etwas für die Pflege zu machen, allerdings gilt das nur für die Fachkräfte in den Krankenhäusern.“ (ambulanter Pflegedienst)

„Pfleger sollen anders besteuert werden, niedriger Steuersatz, ähnlich dem Beamtentum“ (vollstationäre Einrichtung)

Als letzte Anregung, die jedoch nur von einem geringen Anteil der Befragten angesprochen wurde, wünsche man sich eine stärkere Lobbyarbeit für die Pflege auf politischer Ebene, sei es durch die Einführung weiterer Pflegekammern als auch die Beteiligung von mehr „Praktikern“ bei Gesetzesreformen.

¹⁹ Durch den „Sockel-Spitze-Tausch“ werde der Eigenanteil der Pflegebedürftigen bspw. in Pflegeeinrichtungen dauerhaft begrenzt und alle darüber hinaus gehenden Pflegekosten von der Pflegeversicherung getragen.

6.3 Handlungsempfehlungen

Anhand der Ergebnisse und Erkenntnisse, die im Verlauf der Untersuchungen gewonnen wurden, lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, die an unterschiedlichen Punkten ansetzen bzw. auf verschiedenen Ebenen (Pflegeeinrichtungen, Kommunen, Land) umzusetzen sind.

Angesichts der Tatsache, dass die pflegerischen Versorgungsstrukturen bereits heute teilweise an ihre Grenzen stoßen, sollte der pflegepolitische Fokus auf einer konsequenten Stärkung und Unterstützung der häuslichen Versorgung bei gleichzeitig stärkerer präventiver Ausrichtung liegen. Die Notwendigkeit dieser Stoßrichtung ergibt sich vor allem aufgrund der Personalknappheit: Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt werden (71 % aller Pflegebedürftigen in Bayern 2017), werden mehrheitlich ausschließlich durch Angehörige versorgt (2017 waren es 186.000 Personen, 46,5 % aller Pflegebedürftigen). Bei ambulanten Sachleistungsbeziehungen bzw. -beziehern wiederum liegt die Personalintensität der Versorgung deutlich über derjenigen in der stationären Versorgung: Mit durchschnittlich 3,9 Pflegebedürftigen versorgte eine in Vollzeit tätige Pflegekraft in der ambulanten Pflege 2017 in Bayern knapp 70 % mehr Personen als im vollstationären Bereich (2,3 Pflegebedürftige je Vollzeitkraft) (Schwinger *et al.* 2019). Die im Abschnitt 5.4 (ab S. 420 ff.) ermittelten Prognosen zum künftigen Personalbedarf verdeutlichen eindrücklich, dass alle Anstrengungen unternommen werden müssen, die Potenziale der informell Pflegenden zu erhalten und möglichst zu erhöhen sowie die künftig steigende Nachfrage nach professioneller Pflege weitestgehend im ambulanten Setting zu versorgen. Dies steht im Einklang mit den Präferenzen der meisten Bürgerinnen und Bürger, bei Pflegebedürftigkeit von Familienangehörigen gepflegt zu werden und so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden bleiben zu können.

Um dies zu erreichen bedarf es gut aufeinander abgestimmter regionaler Strukturen und Netzwerke, die eine effiziente Nutzung der regional vorhandenen zivilgesellschaftlichen Ressourcen bei gleichzeitiger Optimierung der Inanspruchnahme sozialrechtlicher Leistungen gewährleisten. Ausgangspunkt dafür ist eine gute Pflegestrukturplanung, besser noch eine integrierte Sozialplanung (ausführlich dazu s. Schubert 2019), sowie die Steuerung der Versorgung durch die Kommunen (Abschnitt 6.3.1).

Weitere Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Ausbildung in der Pflege (Abschnitt 6.3.2), die Stärkung der häuslichen Versorgung (Abschnitt 6.3.3), Maßnahmen zur Sicherung des Personals (Abschnitt 6.3.5) sowie den Ausbau der Pflegeberatung (Abschnitt 6.3.5). Abschließend wird auf die Entwicklung neuer pflegerischer Wohnformen eingegangen (Abschnitt 6.3.6).

6.3.1 Verbesserung der kommunalen Planung

Ziel der Kommunalplanung muss sein, den demografischen Wandel in den Kommunen aktiv zu gestalten. Die pflegerische Versorgung sicherzustellen ist integraler Bestandteil der Planung, die über pflegerische Versorgungsstrukturen (Plätze und Personal) weit hinausreicht.

Mit der bereits 2006 vorgenommenen gesetzlichen Verankerung der SPGK und dem 2010 vorgelegten Leitfaden zur Umsetzung war Bayern bundesweit Vorreiter bei der Einführung einer zukunftsorientierten kommunalen Seniorenpolitik. Das SPGK enthält insgesamt elf Handlungsfelder (s. Abschnitt 2.3, S. 41ff.) und bildet damit alle für die pflegerische Versorgung relevanten Bereiche ab.

Die Erarbeitung der SPGK verlief in den 96 Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns sehr unterschiedlich. Das im Handlungsleitfaden 2010 formulierte Ziel, „dass kommunale seniorenpolitische Gesamtkonzepte landesweit auf einem vergleichbaren und qualitätsgesicherten Niveau etabliert werden“, konnte bis dato im Bereich der Pflege nicht erreicht werden. Auf Basis einer Erhebung im Rahmen dieses Gutachtens zeigt sich, dass 39 Kreise derzeit über keine aktuelle Planungsgrundlage im Bereich Pflege verfügen (SPGK oder Pflegebedarfsplanung von 2014 oder älter).

Auf Basis einer vom KDA erarbeiteten systematischen Bestandsanalyse zur Umsetzung der SPGK in Bayern wurde 2017 ergänzend eine Arbeitshilfe für die Kommunen veröffentlicht. Am Ende der Arbeitshilfe werden folgende Anregungen für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der SPGK gegeben (Kremer-Preiß & Bahr 2017):

- kommunalintern: Förderlich ist die Verfassung eines eindeutigen politischen Beschlusses für ein SPGK, klare Zuständigkeitsregelungen in der Verwaltung für die Konzeptbearbeitung bzw.-umsetzung sowie eine systematische intrakommunale Zusammenarbeit.
- extern: Förderlich ist eine frühzeitige Einbindung der Akteure, die anschließend mit der Umsetzung der Konzepte befasst sind sowie eine gezielte Unterstützung der Umsetzungsbeteiligten. Insbesondere sollte die Beteiligung der (älteren) Bürgerinnen und Bürger noch mehr in den Blick genommen werden.
- inhaltlich: Förderlich ist eine Beibehaltung der ganzheitlichen Perspektive auf die Lebenswelt der Älteren durch fortlaufende Berücksichtigung weiterer wichtiger Themenfelder bei der Konzeptentwicklung und -umsetzung je nach Bedürfnislage. Eine Priorisierung auf die nach den regionalen Besonderheiten ermittelten dringlichsten Handlungsfelder sollte erfolgen und noch stärker die sozialräumliche Perspektive berücksichtigen.
- organisatorisch: Förderlich ist eine Konkretisierung der Umsetzungsplanung – mit konkreten Zielen, Meilensteinplänen und klaren Zuständigkeitsregelungen. Empfohlen werden weiterhin eine regelmäßige Überprüfung der Wirkungen, ergebnisorientiertes Monitoring und eine regelmäßige Fortschreibung der SPGK.

Ergänzend dazu werden folgende weitere allgemeine Planungsgrundsätze empfohlen (vgl. Braeseke *et al.* 2019b Handlungsempfehlungen zur Altenhilfeplanung):

- Die Planung sollte zielgruppengenau erfolgen – Welche besonderen Zielgruppen sind in der Region in den Blick zu nehmen (Menschen mit demenziellen Erkrankungen, pflegende Angehörige, jüngere Pflegebedürftige, Menschen mit Migrationshintergrund)?
- Die Planungszyklen sollten zwischen drei und fünf Jahren liegen und der Planungshorizont nicht mehr als zehn Jahre umfassen – längerfristige Planungen sind mit zu großen Unsicherheiten verbunden.
- Planung als kontinuierlichen Entwicklungsprozess gestalten und eine regelmäßige Altenberichterstattung (idealerweise jährlich) vornehmen. Das ermöglicht frühzeitiges Erkennen von (Fehl)Entwicklungen und entsprechend rechtzeitiges Gegensteuern.

Mit Blick auf den Teilbereich der Pflegestrukturplanung könnte eine Verbesserung der notwendigen Kooperation auf kommunaler Ebene nach Ansicht von Pfundstein & Bensch (2020) erreicht werden, wenn die kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Pflegekonferenzen unter Beteiligung der Pflegekassen im Rahmen des Landespflegegesetzes verpflichtend gemacht werden, wie es bisher nur in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz der Fall ist (Pfundstein & Bensch 2020: 157).

Abschließend zur Thematik Kommunalplanung ist auf die Notwendigkeit der Förderung von Aus- und Weiterbildung von Sozialplanerinnen bzw. -planern hinzuweisen. Ein integriertes kommunales Steuerungssystem in enger Abstimmung mit den Dienstleistern und der Aufbau eines Monitoringsystems erfordert entsprechend fachlich ausgebildetes Personal in den Verwaltungen. Hier kann das Land die Kreise über eine geeignete Aus- und Weiterbildungsförderung unterstützen, u. a. die Teilnahme an Kooperations- und Austauschtreffen, die kostenpflichtig angeboten werden (z. B. von der Bayerischen Verwaltungsschule, vgl. <https://www.bvs.de/>).

6.3.2 Stärkung der Pflegeausbildung

Zur Bewältigung der skizzierten Herausforderungen bedarf es bereits kurzfristig einer Steigerung der Zahl der Absolventinnen und Absolventen der Pflegeausbildung mit erfolgreichem Abschluss. Ansatzpunkte aus den Analysen sind der Ausbau der Schulplätze, die Erhöhung und Weiterbildung des Lehrpersonals, die Steigerung der Zahl der Auszubildenden sowie die Verringerung der Zahl der Ausbildungsabbrüche.

Derzeit sind die Berufsfachschulen in einer Umbruchsituation infolge der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung. Dieser Prozess wird auf Bundes- und Landesebene mit diversen Maßnahmen begleitet und unterstützt (s. Abschnitte 4.9.1, S. 308ff. sowie 6.2.2, S. 446f.) und es bleibt abzuwarten, wie sich diese Entwicklungen auf den Ausbildungserfolg insgesamt (qualitativ und quantitativ) auswirken. Nach Angaben des StMGP konnte man im Ausbildungsjahr 2019/20 eine

Zunahme der Zahlen der Schülerinnen und Schüler (plus von 500) verzeichnen sowie eine nochmalige Steigerung von 10 Prozent im Jahr 2020 in der neuen Pflegeausbildung.

Sehr zu begrüßen ist, dass die Praxisanleitung in den Pflegeeinrichtungen nunmehr durch den Pflegeausbildungsfonds refinanziert wird. Wenn es künftig gelingt, durch mehr für die Praxisanleitung zur Verfügung stehende Zeit die Pflegeschülerinnen und -schüler intensiver zu betreuen und praktisches Wissen zu vermitteln, könnte sich dies auch positiv auf deren Motivation auswirken und tendenziell die Ausbildungsabbrüche verringern. Voraussetzung ist dabei allerdings auch eine entsprechende Qualifizierung der Praxisanleiterinnen und -anleiter nach den neuen Ausbildungsinhalten.

Mit Blick auf die Verringerung der Ausbildungsabbrüche ist auch das erwähnte Mentoringprogramm für Pflegeschülerinnen und -schüler des Landesamtes für Pflege als zielführend zu bewerten. Eine verstärkte Begleitung und Förderung von Auszubildenden mit dem Ziel, die Pflegeausbildung auch erfolgreich abschließen zu können, ist angesichts des knappen Nachwuchspotenzials und des Wettbewerbs mit anderen Branchen zielführend. Weiterhin könnten Teilzeitausbildungen für Auszubildende mit familiären Verpflichtungen ein Weg sein, Ausbildungsabbrüche zu vermeiden.

Wie in den Befragungsergebnissen der Berufsfachschulen angeregt, sollte die Förderung von günstigem Wohnraum für Pflegeschülerinnen und -schüler in Ausbildungsnähe geprüft werden.

Die im Sommer 2020 vorgestellten Ergebnisse der SINUS-Jugendbefragung haben gezeigt, dass Soziales, Gesundheit und Pflege im Branchenvergleich bei Jugendlichen beliebte Berufsfelder sind. 21 % der Befragten könnten sich vorstellen in der Pflege zu arbeiten. Die Forscherinnen und Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass es insbesondere bei Abiturientinnen und Abiturienten „noch nicht aktivierte“ Potenziale gibt: rund 20 % der Befragten konnten sich zwar eine Tätigkeit nicht vorstellen, hätten aber grundsätzlich Interesse am Bereich Gesundheit/Pflege (Borgstedt 2020: 12).

Im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege (2019 bis 2023), die Teil der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) (Arbeitsgruppe 1) ist, haben sich die Länder verpflichtet, auf die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Anzahl von Studienplätzen der Pflegepädagogik hinzuwirken. Weiterhin einigten sich die Partner der Ausbildungsoffensive darauf, dass die Lehrerinnen und Lehrer der Pflegeschulen Fortbildungsangebote zum pädagogisch sinnvollen Einsatz digitaler Unterrichtsmittel nutzen. Bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets berücksichtigen die Verhandlungspartner die Möglichkeit, dass entsprechende Reisekosten und Gebühren für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen als Kosten der Pflegeschulen finanziert werden können (BMFSFJ *et al.* 2019: 12).

Zur Unterstützung der hochschulischen Pflegeausbildung wurde vereinbart, dass Hochschulen, Verbände und das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) gemein-

sam und unter Einbeziehung auch der Erfahrungen aus bisherigen Modellstudiengängen ein Konzept zur Lernortkooperation zwischen Hochschule, Krankenhaus sowie Pflegeeinrichtung entwickeln und Handreichungen für die Praxisanleitung der hochschulischen Auszubildenden erstellen (ebd.: 22).

Ebenfalls im Rahmen der KAP wurde von den Partnern der Arbeitsgruppe 4 vereinbart, auch junge Menschen aus Drittstaaten für eine Pflegeausbildung in Deutschland zu gewinnen (Bundesregierung 2019: 146). Nachdem Bayern bereits 2013 bis 2016 am Modellprojekt Ausbildung von Pflegekräften aus Vietnam (gefördert vom BMWi) teilgenommen hatte, führen diverse Träger die Ausbildung von vietnamesischen Pflegeschülerinnen und -schülern in Bayern fort. Nach Angaben des Anbieterverbandes bpa startete zum 01.09.2020 ein Projekt mit zunächst 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Vietnam, die mit der 3jährigen Pflegeausbildung (bzw. erst eine Helfer- und dann Fachkraftausbildung) in der weiteren Region um Nürnberg, Regensburg, Aschaffenburg sowie bei Ulm bei verschiedenen Trägern des bpa (Pflege und auch Behindertenhilfe) anfangen. Die Auszubildenden sind keine Pflegekräfte, sondern haben in Vietnam das Gymnasium, einen sechsmonatigen Basis-Krankenpflege-Kurs an der medizinischen Hochschule und den B1-Deutschkurs absolviert. Eine nächste Gruppe mit ca. 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern soll dann im März 2021 nach Deutschland kommen.

Die in solchen Projekten gewonnenen Erfahrungen sollten in überregionalen fachlichen Runden ausgetauscht werden. Ein Leitfaden, der auf Basis der Erfahrungen aus den Pilotprojekten des BMWi erarbeitet wurde, steht im Internet zum Download zur Verfügung (BMW 2020). Eine Unterstützung der Rekrutierungsbemühungen in Drittstaaten durch das Land wäre ebenfalls zielführend. Im Rahmen der KAP wird derzeit von IGES ein Konzept für eine Drittstaatenanalyse erarbeitet, um die Identifizierung der für solche Kooperationen besonders geeigneten Partnerländer zu unterstützen (Veröffentlichung im Herbst 2020).

6.3.3 Stärkung der häuslichen Pflege

Die Empfehlungen zur Stärkung häuslicher Pflegearrangements konzentrieren sich auf zwei Schwerpunkte: Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger bzw. informell Pflegender sowie Verbesserung der Leistungsfähigkeit ambulanter Pflegedienste.

Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger

In den letzten Jahren wurden die Leistungen der Pflegeversicherung zur häuslichen Pflege sukzessive ausgeweitet – in den Bereichen Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Betreuungsleistungen sowie insbesondere im Bereich der Beratung. Gleichzeitig wurden Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger eingeführt sowie zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Die vielfältigen Leistungen und Unterstützungsmöglichkeiten sind jedoch häufig nicht bekannt oder werden aus Unkenntnis bezüglich ihres Nutzens für die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings nicht nachgefragt. Das unterstreicht den weiterhin hohen Beratungsbedarf, aber nicht nur zu den sozialrechtlichen Lei-

stungen, sondern insbesondere zu Beginn von Pflegebedürftigkeit zu pflegefachlichen Fragen, zum Umgang mit Konfliktsituationen, zur Bewältigung des Pflegealltags etc. Dieser Aspekt wird im folgenden Abschnitt 6.3.5 weiter vertieft.

Eine aktuelle Befragung von pflegenden Angehörigen (Hauptpflegepersonen) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hat ergeben, dass deren Situation trotz der Reformbemühungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung nicht zufriedenstellend ist. Insbesondere Pflegepersonen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und von Personen mit höherem Pflegegrad äußern häufiger Unterstützungsbedarf und schätzen ihre Situation schlechter ein als der Durchschnitt (Räker *et al.* 2020: 93) Die Autorinnen und Autoren verweisen daher auf die seit langem in Fachkreisen angemahnte Stärkung regionaler bzw. kommunaler Strukturen, in denen Fallmanagement und Entwicklung der Versorgungsinfrastruktur integriert weiterentwickelt werden.

In diesem Zusammenhang kann ein in Großbritannien seit langem etabliertes Instrument empfohlen werden – das sog. Carer's Assessment.²⁰ Personen über 18 Jahre, die regelmäßig kranke, pflegebedürftige oder behinderte Menschen (einschließlich Familienangehörige) unterstützen, haben in Großbritannien Anspruch auf Begutachtung ihrer Pflegesituation. Das Carer's Assessment wird in Verantwortung der Kommunen durchgeführt. Es wird im Rahmen eines persönlichen Gesprächs in der Häuslichkeit (Dauer mind. eine Stunde) ermittelt, wie die Pflege die physische und psychische Gesundheit der Pflegeperson, ggf. ihre Berufstätigkeit, ihre Freizeit und ihr Sozialleben beeinflusst. Ziel des Assessments ist es festzustellen, ob Anspruch auf kommunale Unterstützungsleistungen für Pflegepersonen besteht, die es in Großbritannien gibt. Wird im Ergebnis der Prüfung ein solcher Leistungsanspruch verneint, kann die Pflegeperson trotzdem eine kostenfreie Beratung über regional verfügbare Hilfen erhalten. Ein Carer's Assessment ist unabhängig davon, ob die versorgte Person einen anerkannten Sozialleistungsanspruch (z. B. anerkannte Behinderung) hat.

Eine systematische und frühzeitige Einschätzung häuslicher Pflegesituationen ist ein zielführender Ansatz zur Stärkung informeller Pflege, wenn festgestellte Defizite und drohende Überforderungen anschließend mit geeigneten (kommunalen) Angeboten und sozialrechtlichen Leistungen kompensiert werden, damit das Pflegesetting möglichst langfristig aufrechterhalten werden kann.

In Deutschland haben die Pflegekassen gem. § 45 SGB XI „für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen.“ Untersuchungsergebnisse von Rothgang & Müller (2018) im Rahmen einer Barmer-Versichertenbefragung 2018 weisen nach, dass

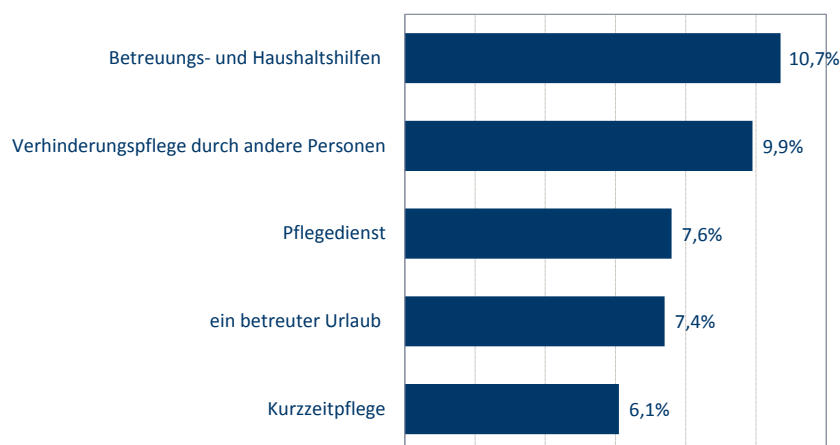
²⁰ Ausführliche Informationen zum Carer's Assessment finden sich unter folgendem Link: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/support-and-benefits-for-carers/carers-assessments/> [Abruf am: 04.11.2020].

2017 nur 0,7 % der Hauptpflegepersonen (in den letzten sechs Monaten) Pflegekurse in Anspruch genommen haben. Knapp 21 % der Befragten kannten das Angebot nicht und 17,4 % hätten gern Pflegekurse besucht, wenn es regional entsprechende Angebote gegeben hätte bzw. der damit verbundene Aufwand nicht so hoch gewesen wäre. Ca. 0,4 % der Pflegepersonen hatten zum Zeitpunkt der Befragung schlechte Erfahrungen mit Pflegekursen gemacht (Rothgang & Müller 2018: 143).

Auch für die anderen Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung für informell Pflegende fehlt es aus Sicht der Pflegenden, so das Fazit der Autorinnen und Autoren des Barmer-GEK-Pflegereports 2018, vielfach an Angeboten, an der Passung in das eigene Pflegearrangement, an der Finanzierbarkeit und Qualität der Angebote (ebd.: 179).

Die folgende Abbildung 241 zeigt die Unterstützungsangebote, die von Hauptpflegepersonen als besonders hilfreich bezeichnet wurden. Es zeigt sich, dass die niedrighschwellige und familiäre Hilfe (Betreuungsleistungen und Verhinderungspflege durch andere) sowie die Möglichkeit, eine vorübergehende Auszeit zu nehmen (Kurzzeitpflege und betreuter Urlaub), von Pflegepersonen als besonders unterstützend wahrgenommen werden (ebd.: 182). Die beiden am höchsten bewerteten Hilfen gehören zu den Leistungen, deren Bereitstellung sich durch gute kommunale Koordinierung und Steuerung sowie die Einbindung von Ehrenamt verbessern lässt, da sie nicht von der Verfügbarkeit von Pflegefachkräften abhängen.

Abbildung 241: Unterstützungsangebote, die von Pflegepersonen als besonders hilfreich bewertet werden (Anteil der Befragten in %)



Quelle: IGES, auf Grundlage von Rothgang & Müller 2018: 182

Gefragt nach den Wünschen für die Zukunft äußerten 56 % der Hauptpflegepersonen unter anderem, bei Fragen immer dieselbe Fachkraft kontaktieren zu können (Rothgang & Müller 2018: 187). Dieser Befund hebt die Notwendigkeit hervor, zur Stabilisierung häuslicher Settings neue Formen der verbesserten Zusammenarbeit

von formeller und informeller Pflege zu etablieren (so auch Büscher 2020: 62). Das könnte z. B. im Rahmen eines erweiterten Fallmanagements durch Pflegeberaterinnen und -berater geleistet werden oder im Zuge der Digitalisierung per Videotelefonie als „digitale Versorgungsleistung“ durch Pflegedienste.

Wenn den informell Pflegenden durch eine verlässliche fachliche Unterstützung im Bedarfsfall geholfen werden kann (u. a. mit digitalen Anwendungen, Teleconsulting etc.), dürfte dies die Pflegebereitschaft dauerhaft stärken. Denn die Analyse von Rothgang & Müller 2018 hat letztlich auch gezeigt, dass „die Sorge“ meist der ausschlaggebende Erklärungsfaktor für die Abnahme der Pflegebereitschaft ist: „Wenn der Pflegedienst gewünscht wird, aber nicht genutzt werden kann, wenn die Hauptpflegeperson in der Rolle als Pflegend gefangen ist, wenn es Probleme in der Familie gibt und wenn die Lebensqualität sich gerade verschlechtert hat, dann ist die weitere Pflegebereitschaft besonders gering.“ (Rothgang & Müller 2018: 184)

Abschließend kann der Landesregierung empfohlen werden, künftig schwerpunktmäßig die Strukturen zu fördern, die das häusliche Pflegesetting stabilisieren – das sind vor allem die ambulanten Pflegedienste, ergänzende Leistungen der Pflegeversicherung wie Kurzzeit-, Verhinderungs- und teilstationäre Tages- und Nachtpflege, Beratung, Schulung und Fallmanagement sowie Betreuungsleistungen und Haushaltshilfen. Bayern kann dabei auf ein landesweit etabliertes Netz von Fachstellen für pflegende Angehörige und weiteren Beratungsstellen aufbauen und dieses bedarfsgerecht weiterentwickeln (s. Abschnitt 6.3.5).

Verbesserung der Rahmenbedingungen ambulanter Pflegedienste

Das häusliche Versorgungssetting ist auch, wie gezeigt werden konnte, in hohem Maße von der Verfügbarkeit professioneller Pflegedienste abhängig – sei es temporär als Entlastung informell Pflegenden oder dauerhaft bei den Bezieherinnen und Beziehern von Sach- und Kombileistungen. Die Arbeit in ambulanten Pflegediensten ist zusätzlich zum Schichtdienst durch Belastungen aufgrund der Touren (Verkehrslage, Parkplatzsuche etc.) und der teilweise schwierigen häuslichen Situationen geprägt. Der Personalmangel führt, wie die Umfragen bei Pflegediensten gezeigt haben, immer häufiger zu Einschränkungen des Versorgungsangebotes (Schließung von Touren, Ablehnung neuer Kundinnen bzw. Kunden). Daher ist der Erhöhung der Attraktivität der ambulanten Pflege als Arbeitsplatz hohe Priorität einzuräumen.

Obwohl die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 nun bereits mehr als drei Jahre zurückliegt, ist das Leistungsspektrum ambulanter Dienste immer noch auf Alltagsverrichtungen ausgerichtet (Büscher 2020: 62). Bis heute wurden die Leistungsinhalte der meisten Landesrahmenverträge nicht angepasst – so auch in Bayern (der Rahmenvertrag ambulant datiert vom 01.04.1995). Vorgenommen wurde lediglich die Anpassung der Vergütungsvereinbarungen (mit Gültigkeit ab 01.02.2019 für die Pflegedienste der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Bayern sowie ab dem 01.03.2020 für die Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern). Darin wird in § 2 „Vergütungsfähige Leistungen“ auf die neuen Begrifflichkeiten gem. § 36 SGB XI verwiesen (körperbezogene

Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie auf vergütungsfähige Maßnahmen in den Bereichen der sechs Module der Begutachtung Mobilität, Selbstversorgung etc.). Die in Anlage 1 beschriebenen konkret bepreisten Leistungskomplexe unterscheiden sich jedoch kaum von der Vorgängerversion, d. h. es sind nahezu unverändert die kleinteiligen Verrichtungen enthalten (vgl. vdek 2020).

Pflegebedürftige Personen haben seit 01.01.2017 Anspruch auf Förderung und Erhalt ihrer Selbständigkeit und damit neben körperbezogenen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen auch auf Anleitung und Beratung. Zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedarf es einer zielgerichteten Ressourcenförderung, die eine eigenständige pflegerische Aufgabe darstellt und nicht im Zuge anderer pflegerischer Maßnahmen „nebenbei“ mit erfolgen kann. In ihrem Grundsatzpapier im Auftrag des BMG zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ weisen Wingenfeld & Büscher explizit darauf hin, dass

„Dies ... Flexibilität [erfordert] auf Seiten der beruflich Pflegenden, die durch die Vergütungssysteme, die auf verrichtungsbezogenen Leistungsbeschreibungen aufbauen, nicht beeinträchtigt werden sollte.“ (Wingenfeld & Büscher 2017: 8).

Angesichts dieser Entwicklungen bedarf es unter den Vertragspartnern gemäß § 75 SGB XI auf Landesebene zunächst der Klärung, welche Rolle die ambulanten Pflegedienste im Versorgungssystem künftig einnehmen sollen und eine entsprechende Anpassung des Rahmenvertrages. Der nunmehr von den Pflegediensten umzusetzende ganzheitliche pflegerische Ansatz, bei dem auch Koordinations- und Steuerungsfunktionen übernommen werden müssen, muss sich anschließend in geeigneten Vergütungsvereinbarungen und neu definierten Leistungskomplexen niederschlagen. Nur so kann die aktuell von den Pflegekräften und -diensten erlebte Diskrepanz zwischen pflegfachlichem Anspruch (Umsetzung neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff) und Realität (Vergütung nach einzelnen Verrichtungen, notwendige, aber bisher nicht vergütete Leistungen etc.) aufgelöst werden, die maßgeblich die Arbeitszufriedenheit beruflich Pflegenden beeinträchtigt.

6.3.4 Maßnahmen zur Sicherung des Pflegepersonals

Bezüglich Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege wird auf die zahlreichen, im Abschnitt 6.2.1 vorgestellten bundespolitischen Aktivitäten und Fördermaßnahmen für Pflegeeinrichtungen verwiesen. Soweit noch nicht erfolgt, sollten diese Maßnahmen auf Landesebene flankiert werden (Unterstützung der Bekanntmachung etc.).

Potenziale zur Verbesserung der Attraktivität der Arbeit in der Pflege bestehen auch in den Pflegeeinrichtungen selbst. Eine aktuelle Studie im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (vbw) hat gezeigt, dass die Gesundheits- und Pflegebranche im Vergleich zur Gesamtwirtschaft in Bayern hinsichtlich der Attraktivität niedriger bewertet wurde. Insbesondere die Bereiche fehlende Wertschätzung, unzureichende Kommunikationskanäle zwischen Hierarchieebenen und mangelndes Umwelt- und Sozialbewusstsein weisen auf hohes

Verbesserungspotenzial hin - monetäre Anreize allein reichen nicht aus, die Attraktivität der Gesundheits- und Pflegebranche nachhaltig zu steigern. Zusatzleistungen, wie eine betriebliche Altersvorsorge oder betriebliche Gesundheitsmaßnahmen, sind Instrumente, die zur Attraktivitätssteigerung beitragen können und in der Gesundheits- und Pflegebranche bislang noch vergleichsweise selten eingesetzt werden (vbw 2020: 58).

Zu den Themen Arbeitsschutz, Gefährdungsbeurteilung, Prävention oder Betriebliche Gesundheitsförderung gibt es bereits eine Menge Unterstützungsangebote der Kranken- und Unfallversicherungsträger für die Einrichtungen. Um die Bekanntheit der Angebote und deren Inanspruchnahme zu erhöhen, wird im Rahmen der KAP ein übersichtliches Informationspaket zusammengestellt und voraussichtlich Ende Oktober 2020 verfügbar sein.

Folgende Kernpunkte wurden von den Autorinnen und Autoren der vbw-Studie als Handlungsempfehlungen zur Fachkräftesicherung herausgearbeitet (vgl. vbw 2020: 6):

- ◆ Arbeitszufriedenheit durch Verbesserung der Rahmenbedingungen steigern (u. a. Einführung eines Personalbemessungsverfahrens),
- ◆ Ausbau von Aus-, Weiter-, und Fortbildungen als elementare Stellschraube,
- ◆ Betriebliche Integrationsmaßnahmen von ausländischen Arbeitskräften ausbauen sowie
- ◆ Implementierung von digitalen Lösungen zur Effizienzsteigerungen und Entlastung.

Dabei wurde betont, dass die Herausforderungen des Arbeitsmarktes nur gemeistert werden können, wenn dies als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angegangen wird.

6.3.5 Ausbau der Pflegeberatung

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung muss künftig bundesweit die Pflegeberatung ausgebaut und inhaltlich weiterentwickelt werden, so das Ergebnis der bundesweiten Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI (Wolff *et al.* 2020). Konkret ergab die Evaluation, dass bei einem nicht unerheblichen Anteil der Anspruchsberechtigten noch ein ungedeckter Beratungsbedarf vorliegt, die Nutzung von Versorgungsplänen für die Koordinierung und Steuerung der Hilfen verbessert werden muss, dass Anlaufstellen für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen und für pflegebedürftige Personen mit Behinderungen in ländlichen Regionen fehlen und die Vernetzungstätigkeiten bei den Pflegeberaterinnen bzw. -beratern noch zu wenig systematisch umgesetzt werden.

Zwar wurden in den im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführten Befragungen die derzeitigen Beratungsstrukturen in Bayern von den Beratungsstellen und Pfl-

geeinrichtungen mehrheitlich als (tendenziell) ausreichend bewertet, aber gleichzeitig wurde von den Beratungsstellen eine steigende Nachfrage und weiterer Personalbedarf berichtet sowie seitens der Leistungserbringer der teilweise schlechte Informationsstand von Versicherten und regional fehlende Beratungsangebote.

Die Evaluation von Wolff *et al.* 2020 kam zu dem Ergebnis, dass es in den beiden untersuchten Regionen in Bayern wenige niedrigschwellige Anlaufstellen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, insbesondere in ländlichen Regionen, gibt und die FPA diese Beratung nicht anbieten.

Die für Bayern vorliegende Studie von Prognos AG & KDA (2018) hat nur die Beratungsstrukturen (Beratungsstellen nach Träger und Angebotsart) untersucht. Angaben zu den tatsächlichen Beratungskapazitäten (in Form von Vollzeitstellen der Beraterinnen und Berater und Öffnungszeiten der Beratungsstellen) finden sich darin nicht. Die ursprünglich geplante Gegenüberstellung von Angebot und Bedarf konnte mangels empirischer Evidenz nicht vorgenommen werden (Prognos AG & KDA 2018).

Damit fehlt derzeit für Bayern insgesamt ein detaillierter Überblick zur Bedarfsgerechtigkeit der Beratungsangebote für Personen mit Pflegebedarf und informell Pflegende (dazu könnte eine Studie beauftragt werden, die insbesondere auch die Personalausstattung und die Arbeit der Beratungsstellen genauer untersucht). Wie aber aus den bundesweiten Untersuchungen zur Pflegeberatung und aus den für Bayern vorliegenden Erkenntnissen (u. a. Wolff *et al.* 2020, Prognos & KDA 2018, Braeseke *et al.* 2018) sowie aus der sich abzeichnenden Pflegebedarfsentwicklung abgeleitet werden kann, ist prinzipiell auch in Bayern eine Weiterentwicklung der Pflegeberatung im Sinne einer inhaltlichen Neuausrichtung erforderlich.

Wenn Pflegeberatung künftig die häusliche Versorgung zielgerichteter stärken soll, erfordert dies mehr pflegfachliches Know-how der Beraterinnen und Berater, mehr Fallbegleitung und Beratung in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Personen. Die Pflegeberatung der Krankenkassen, die die zweithäufigste Form der in Anspruch genommenen Beratung ist (Rothgang & Müller 2018: 142), kann dies mit vorwiegend Sozialversicherungsfachangestellten (Ausnahmen gibt es regional in einzelnen Kassenarten, wo meist Pflegekräfte die Beratung durchführen) und häufig fehlender regionaler Verankerung kaum leisten. Auch ambulante Pflegedienste, deren Beratung am häufigsten in Anspruch genommen wird (ebd.), sind aufgrund ihrer gleichzeitigen Dienstleisterrolle nur eingeschränkt geeignet.

Wie die Befragungen der Barmer ergaben, wünschen sich pflegende Angehörige nicht nur mehr Informationen darüber, welche Leistungsansprüche es gibt, sondern insbesondere woher sie Hilfe bekommen. Die Information allein, dass man einen Anspruch auf bestimmte Leistungen hat, scheint nicht ausreichend. Weiterhin zeigte sich, dass es nicht immer nur die Leistungen der Pflegeversicherung sein müssen, die als entlastend empfunden werden. Vielfach wird auch die Hilfe im normalen Alltag als entlastend angesehen. So hat die Betreuungs- oder Haushaltshilfe zu Hause die höchste Bewertung bei der Frage bekommen, welche Unterstützungsleistungen am meisten helfen (könnten). Aber auch eine Entlastung bei der

Organisation des normalen Pflegealltags ist ein häufiger Wunsch (Rothgang & Müller 2018: 189).

Beratungsinhalte dürfen sich nicht nur auf Informationen zu Leistungsansprüchen beschränken. Erforderlich ist die Beratung zu pflegfachlichen Fragen, zur Begleitung, um den Aufgaben der häuslichen Pflege gerecht zu werden, zur Beratung im Hinblick auf Konfliktsituationen sowie zur Pflegerechtsberatung (Büscher 2020: 61). Auch Informationen zu regional verfügbaren Leistungen der Pflegekassen (z. B. Pflegekurse) und weiterer Dienstleister sowie zu deren Zugangswegen müssen von den Beraterinnen und Beratern zusammengetragen und weitergegeben werden.

Zwingend erforderlich ist auch eine bessere Verknüpfung der Sektoren durch eine verbesserte Kooperation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten Pflegediensten und Beratungsstellen (Büscher 2020: 63). Der Gesetzgeber hat die Aufgabe der regionalen Vernetzung dezidiert den Pflegestützpunkten zugewiesen (§ 7c Abs. 2 Punkt 3 SGB XI). Die konzeptionelle Umsetzung dieser Kernaufgabe ist in fast allen Bundesländern mit Pflegestützpunkten noch gering ausgeprägt (vgl. Braeseke *et al.* 2018). Die Kenntnis regionaler Angebote und Bedarfe ist Voraussetzung für die Identifizierung von Angebotslücken und das entsprechende Hinwirken auf die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen. Daher sollte die weitere Errichtung von Pflegestützpunkten in Bayern forciert werden.

Eine Herausforderung bleibt nach wie vor das frühzeitige Erreichen von pflegebedürftigen Personen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen. Ein innovatives und sehr zielführendes Angebot ist beispielsweise die „Pflegepräventionsberatung“ der AOK Nordost: „Ziel dieses neuen Beratungsangebotes ist es, Angehörige frühzeitig zu unterstützen, so dass sie den Pflegealltag möglichst lange und kräfteschonend bewältigen können. Dafür werden die Versicherten aktiv angesprochen, wenn sie von der Pflegekasse erstmals Leistungen wie Pflegegeld erhalten. Insbesondere Pflegebedürftigen, die bisher noch keine Unterstützung durch ambulante Pflege- oder andere Entlastungsdienste nutzen, bietet die AOK Nordost aktiv die freiwillige Präventionsberatung an. In einem ersten Schritt wird in einer telefonischen Beratung dabei besprochen, welche Unterstützungs- und Schulungsangebote für den Pflegealltag hilfreich sein können. Die von der AOK qualifizierten Pflegefachkräfte des Experten-Pflege-Service zeigen den Betroffenen bei Vor-Ort-Terminen dann beispielsweise, worauf sie beim Thema Sturzprävention im Haushalt achten müssen. Pflegepersonen wird gezeigt, wie sie Angehörige mit einfachen Übungen in der aktivierenden Pflege unterstützen. Weitere Beratungsmodule etwa im Bereich Kognitionstraining runden das Angebot ab.“ (AOK Nordost 2017)

Abschließend zum Thema Beratung wird die Förderung der Nutzung digitaler Möglichkeiten für eine Echtzeit-Informationsbereitstellung zu verfügbaren Pflegekapazitäten für Beratungsstellen (PfleGEDatenbank mit freien Plätzen und Kapazitäten bei Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdiensten) empfohlen. Dies würde die Beraterinnen und Berater zeitlich sehr entlasten und Kapazitäten für persönliche Beratungsbesuche freisetzen.

6.3.6 Neue Pflegewohnformen und Quartiersentwicklung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 ist ein umfassenderes Konzept von Pflege umzusetzen, das auch soziale Teilhabe als integralen Bestandteil des Lebens von pflegebedürftigen Personen berücksichtigt. Der enge Zusammenhang von Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität erfordert die Konzipierung ganzheitlicher Wohn- und Versorgungskonzepte.

Die vom StMGP 2019 aufgelegte Förderrichtlinie Pflege im sozialen Nahraum (PflegesozialnaheFör) mit Ziel, die Öffnung der Pflegeeinrichtungen in die Nachbarschaft zu forcieren als auch die Versorgungsstrukturen insgesamt durch den Ausbau von Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege zu stärken, weist in die richtige Richtung. Die Verknüpfung mit Angeboten im Quartier für die ältere Bevölkerung im Einzugsgebiet kann sowohl aus betriebswirtschaftlicher als auch aus Sicht der Sicherstellung der regionalen Versorgung mit Synergieeffekten einhergehen.

Durch Vernetzung und Beteiligung verschiedenster Akteure, wie z. B. Wohnungsbaugesellschaften, Pflegedienste, Sozialdienste, Kommunen etc., werden vielfältige Angebote für Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen sowie Möglichkeiten für Pflegebedürftige geschaffen, länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben.

Quartiersnahe Angebotsstrukturen tragen auch zur Verringerung des (Zeit-)Aufwandes für beruflich Pflegende und pflegende Angehörige bei. Durch die enge Vernetzung von Pflegedienst und Quartier, z. B. in einem gemeinsamen Quartiersbüro mit Nachtpflegedienst, ist eine 24stündige Versorgung (auch Schwerst-)Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit möglich. Dies bedeutet weniger Stress (u. a. durch den Wegfall langer Wegezeiten) und mehr Zufriedenheit für Mitarbeitende des ambulanten Pflegedienstes sowie eine höhere personelle Kontinuität für pflegebedürftige Personen.

Am Beispiel des Bielefelder Modells (www.bielefelder-modell.de) lässt sich ebenso zeigen, dass eine hohe Versorgungssicherheit ohne Betreuungspauschale gewährleistet werden kann - unter Einbezug informeller Hilfen, haupt- und ehrenamtlich betriebener Wohncafés für die soziale Teilhabe und Quartier- und Pflegebüros als Anlauf- und Beratungsstelle für die Quartiersbewohnerinnen und -bewohner. Realisierbar sind dabei auch Synergieeffekte in der Prävention: Hilfebedarf wird früher erkannt, ein niedrigschwelliger Zugang ermöglicht frühere Intervention, durch Netzwerkarbeit kann Einsamkeit verringert werden, Menschen erhalten Wertschätzung durch Quartiersarbeit und Ehrenamt für ältere Personen. Weitere konkrete Projektbeispiele finden sich u. a. im Pflege-Report 2015 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO).

Künftig sollte das Augenmerk weniger auf der Beseitigung von Engpässen als vielmehr auf der Erprobung neuer Versorgungs-, Wohn- und sektorenübergreifender Kooperationsformen liegen, z. B. mit stärkerem Technikeinsatz (Telepflege, Telemedizin und altersgerechte Assistenzsysteme) oder ganz neue Hilfeeinrichtungen, z. B. Wohnen für Pflege, wo Studierende kostenlos wohnen und im Gegenzug Unterstützung im Haushalt oder bei der Betreuung leisten, und diverse Formen des

betreuten Wohnens. Mit Blick auf die aktuelle Diskussion zum „Sockel-Spitzen-Tausch“ könnten künftig die Leistungen der Pflegeversicherung nur nach dem Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit bemessen werden, unabhängig von der Wohnform. Dies würde Anreize für Leistungserbringer setzen, individuell optimierte Leistungspakete für Pflegebedürftige zu schnüren und ggf. auch zu Hause eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu gewährleisten.

Von den Kommunen sind entsprechende Infrastrukturen zu schaffen, die es Pflegenden und ihren pflegebedürftigen Angehörigen erleichtern, das Haus zu verlassen (Barrierefreiheit, Sitzgelegenheiten, öffentliche WCs). Hol- und Bringdienste sind auch als entlastende Maßnahmen anzusehen (Rothgang & Müller 2018: 190).

„Für ein gutes Leben im Alter ... geht es darum, Ansätze zu entwickeln, wie (ältere) Menschen eingebettet in ihr soziales Umfeld aktiv und selbstbestimmt leben können. Seit einigen Jahren besteht (nahezu) ein Konsens, dass eine kleinräumige Vernetzung und bedarfsgerechte Ausgestaltung unterschiedlicher Leistungen unter Einbeziehung bürgerschaftlicher Engagementpotenziale erfolgen muss. Dies verbindet sich insbesondere mit dem Begriff des Quartiers und der Quartierskonzepte. Grundlegend ist unabhängig von der Frage Stadt oder Land, dass aus dem Quartier oder dem Dorf heraus spezifische Lösungen für die jeweiligen Bedarfe gesucht werden und diese Suche an den jeweils vorhandenen bzw. für das Quartier mobilisierbaren Potenzialen ansetzt. Konkret bedeutet das: „Jemand“ muss die Bedarfssituation vor Ort bzw. im Quartier/Dorf erkunden und Ideen entwickeln, wie vorhandene sozialstaatliche Leistungs- und Finanzierungsstränge wirtschaftlich und organisatorisch eingebunden werden können. Hierzu müssen Partner (z. B. Wohlfahrtsverbände) angesprochen, überzeugt, koordiniert und ggf. Kooperationsverträge ausgehandelt werden“ (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) 2015: 103). Auch die Kranken- und Pflegekassen mit ihrem Sicherstellungsauftrag gem. §§ 12 und 69 SGB XI sind dabei unverzichtbare Partner der Kommunen.

7. Anhang

- A1 Anhang 1: Übersicht der Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte und Pflegebedarfsprognosen**
 - A2 Anhang 2: Fragebogen vollstationäre Pflegeeinrichtungen**
 - A3 Anhang 3: Fragebogen teilstationäre Pflegeeinrichtungen**
 - A4 Anhang 4: Fragebogen ambulante Pflegeeinrichtungen**
 - A5 Anhang 5: Fragebogen Beratungsstellen**
 - A6 Anhang 6: Fragebogen Berufsfachschulen im Gesundheitswesen**
 - A7 Anhang 7: Interviewleitfäden**
 - A8 Anhang 8: vollstationäre Plätze im Pflegeheim 2007-2017**
 - A9 Anhang 9: Kreistabellen Bedarf Pflegeplätze und Pflegepersonal bis 2025 bzw. 2030**
-

A1 Anhang 1: Übersicht der Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte und Pflegebedarfsprognosen

Tabelle 128: Übersicht Seniorenpolitische Gesamtkonzepte/Pflegebedarfserhebungen und – prognosen in den 96 Kreisen (Stand Juli 2020)

Kreis	SPGK (Jahr)	PBP (Jahr)	PBP in SPGK integriert	(Geplante) Fortschreibungen/Anmerkungen
Oberbayern				
Ingolstadt (krfr. St.)	2019	2017	(-)	(-)
München (krfr. St.)	2012	2016	(-)	PBP: Herbst 2020 geplant
Rosenheim (krfr. St.)	2007	2009	(-)	SPGK und PBP: Herbst 2020
Altötting (Lk)	2011	2019	x	SPGK: Fortschreibung nicht geplant
Berchtesgadener Land (Lk)	2010	(-)	x	SPGK/PBP: Herbst 2020
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lk)	2017	(-)	x	SPGK: 2022
Dachau (Lk)	2008	(-)	x	SPGK: Herbst 2020
Ebersberg (Lk)	2010	(-)	x	SPGK: Herbst 2020
Eichstätt (Lk)	2010	(-)	x	PBP: seit 2017 jährliche Aktualisierung SPGK/PBP: 2021
Erding (Lk)	(-)	(-)	(-)	Altenhilfeplan (2012) SPGK und PBP: Ende 2020
Freising (Lk)	2012	2012	(-)	SPGK und PBP: Ende 2020
Fürstenfeldbruck (Lk)	2010	(-)	x	SPGK: Ende 2020
Garmisch-Partenkirchen (Lk)	2016	2009	(-)	PBP: Fortschreibung nicht geplant
Landsberg a. Lech (Lk)	2019	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung nicht geplant
Miesbach (Lk)	2016	(-)	x	PBP: Fortschreibung geplant, Zeitraum ungewiss
Mühldorf a. Inn (Lk)	2010	(-)	x	SPGK: Fortschreibung geplant, Zeitraum ungewiss
München (Lk)	2011	(-)	x	SPGK: Herbst 2020
Neuburg-Schrobenhausen (Lk)	2011	(-)	x	SPGK/PBP: 2021
Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lk)	2013	2013	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung nicht geplant

Kreis	SPGK (Jahr)	PBP (Jahr)	PBP in SPGK integriert	(Geplante) Fortschreibungen/Anmerkungen
Rosenheim (Lk)	2017	2011	x	PBP: 2020 geplant
Starnberg (Lk)	2014	2016	(-)	SPGK: Fortschreibung nach Maßnahmenumsetzung PBP: Ende 2021
Traunstein (Lk)	2019	(-)	x	(-)
Weilheim-Schongau (Lk)	2019	(-)	x	(-)
Niederbayern				
Landshut (krfr. St.)	2013	(-)	x	PBP: Erstellung gemeinsam mit dem Landkreis (Frühjahr 2021)
Passau (krfr. St.)	2013	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung nicht geplant
Straubing (krfr. St.)	2020	2019	(-)	(-)
Deggendorf (Lk)	2016	2016	(-)	PBP: coronabedingt verzögert, Fortschreibung Ende 2020
Freyung-Grafenau (Lk)	2015	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung nicht geplant
Kelheim (Lk)	2014	(-)	x	SPGK und PBP: Herbst 2020
Landshut (Lk)	2016	(-)	x	SPGK: Fortschreibung evtl. 2021 PBP: Erstellung gemeinsam mit Stadt (Frühjahr 2021)
Passau (Lk)	2013	2013	(-)	SPGK und PBP: 2021
Regen (Lk)	2018	2013	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung nicht geplant
Rottal-Inn (Lk)	2019	2008	(-)	SPGK: Basis 2014 – Evaluation der Maßnahmen 2019 PBP: 2025 geplant
Straubing-Bogen (Lk)	2015	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung geplant, Zeitraum ungewiss
Dingolfing-Landau (Lk)	2019	(-)	(-)	SPGK: jährliche Aktualisierung PBP: nicht vorhanden, nur Pflegebedarfsprognose (2014)
Oberpfalz				
Amberg (krfr. St.)	2015	(-)	x	SPGK: Fortschreibung nicht geplant PBP: Erstellung gemeinsam mit Landkreis, Zeitraum ungewiss
Regensburg (krfr. St.)	2015	2010	(-)	SPGK: Teilbereiche aus 2015

Kreis	SPGK (Jahr)	PBP (Jahr)	PBP in SPGK integriert	(Geplante) Fortschreibungen/Anmerkungen
				PBP: Ende 2020
Weiden i. d. OPf. (krfr. St.)	2015	2015	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung nicht geplant
Amberg-Sulzbach (Lk)	2015	(-)	x	SPGK: Evaluation 2020 PBP: Erstellung zusammen mit Stadt, Zeitraum ungewiss
Cham (Lk)	2019	(-)	x	SPGK: nur Teilbereiche wurden aktualisiert, Basiskonzept aus 2013 PBP: Fortschreibung nicht geplant
Neumarkt i. d. OPf. (Lk)	2019	2009	(-)	PBP: bis 2020 gültig, Pflegebedarfsprognose in SPGK aktualisiert
Neustadt a. d. Waldnaab (Lk)	2010	2010	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung nicht geplant
Regensburg (Lk)	2017	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung nicht geplant
Schwandorf (Lk)	2010	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung in Bearbeitung, Abschluss ungewiss
Tirschenreuth (Lk)	2020	2020	x	(-)
Oberfranken				
Bamberg (krfr. St.)	(-)	2019	(-)	SPGK: stadtteileigene Vorgehensweise PBP: nur Teilbereiche aktualisiert, Basiskonzept aus 2016
Bayreuth (krfr. St.)	(-)	2019	(-)	SPGK: Seniorenplan (1996) – jährliche Berichterstattung an Stadtrat über Weiterentwicklung der Seniorenarbeit
Coburg (krfr. St.)	2017	2019	(-)	SPGK: Teilbericht 3 (2012); Teilbericht 2 (2017)
Hof (krfr. St.)	(-)	2016	(-)	SPGK: Ende 2020 PBP: Fortschreibung 2020 geplant
Bamberg (Lk)	2016	2014	(-)	SPGK: Fortschreibung nicht geplant PBP: Ende 2020
Bayreuth (Lk)	2017	2016	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung geplant, Zeitraum ungewiss

Kreis	SPGK (Jahr)	PBP (Jahr)	PBP in SPGK integriert	(Geplante) Fortschreibungen/Anmerkungen
Coburg (Lk)	2016	(-)	x	SPGK: Fortschreibung nicht geplant PBP: jährliche Datenerhebung des Landkreises
Forchheim (Lk)	2019	2017	(-)	PBP: Fortschreibung Ende 2020 geplant
Hof (Lk)	2014	2019	(-)	SPGK: Ende 2020
Kronach (Lk)	2010	(-)	(-)	SPGK: coronabedingt verzögert, Finalisierung Ende 2020
Kulmbach (Lk)	2010	2010	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung nicht geplant
Lichtenfels (Lk)	2010	(-)	x	SPGK: Fortschreibung nicht geplant PBP: Ende 2020
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lk)	2011	2018	(-)	SPGK: in Fortschreibung, Abschluss ungewiss PBP: 2011 veröffentlicht, 2018 hausintern fortgeschrieben (unveröffentlicht)
Mittelfranken				
Ansbach (krfr. St.)	2008	(-)	x	SPGK: Fortschreibung ggf. in 2020 geplant
Erlangen (krfr. St.)	2019	2015	(-)	PBP: Ende 2020
Fürth (krfr. St.)	2019	2017	(-)	PBP: Ende 2020
Nürnberg (krfr. St.)	2018	2019	(-)	(-)
Schwabach (krfr. St.)	2012	(-)	x	SPGK/PBP: 2020
Ansbach (Lk)	2011	2011	(-)	SPGK und PBP: Herbst 2020
Erlangen-Höchstadt (Lk)	2019	2017	(-)	PBP: Herbst 2020
Fürth (Lk)	2015	2020	(-)	SPGK: Teilbericht 2 (2017); Teilbericht 4 (2016)
Nürnberger Land (Lk)	2013	2012	(-)	SPGK und PBP: Mitte 2020.
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lk)	2013	2019	(-)	SPGK: Fortschreibung nicht geplant
Roth (Lk)	2014	(-)	x	SPGK/PBP: Ende 2020
Weißenburg-Gunzenhausen (Lk)	2012	2012	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung 2021 geplant

Kreis	SPGK (Jahr)	PBP (Jahr)	PBP in SPGK integriert	(Geplante) Fortschreibungen/Anmerkungen
Unterfranken				
Aschaffenburg (krfr. St.)	2015	2017	(-)	SPGK: Erstellung mit Landkreis, Beginn 2020 PBP: 2022
Schweinfurt (krfr. St.)	2019	2012	(-)	PBP: Fortschreibung 2020/2021 geplant
Würzburg (krfr. St.)	2016	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung alle 5 Jahre gemeinsam mit Landkreis (2021 geplant)
Aschaffenburg (Lk)	2015	2015	(-)	SPGK: Erstellung mit Stadt, Beginn 2020 PBP: 2020 geplant
Bad Kissingen (Lk)	2017	2013	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibung ggf. 2021 geplant
Rhön-Grabfeld (Lk)	2018	2019	(-)	(-)
Haßberge (Lk)	2012	2017	(-)	SPGK: Fortschreibung 2022 geplant PBP: Pflegebedarf wird vom Pflegestützpunkt jährlich analysiert und in einer Fortschreibung des SPGK festgehalten
Kitzingen (Lk)	2010	2015	(-)	SPGK: 2021 geplant PBP: Herbst 2020
Miltenberg (Lk)	2019	(-)	x	(-)
Main-Spessart (Lk)	2011	2011	(-)	SPGK und PBP: coronabedingt verzögert, Finalisierung Mitte 2021
Schweinfurt (Lk)	2014	2014	(-)	SPGK: SPGK/PBP (2009), Wirkungsanalyse in 2014 PBP: Fortschreibung geplant, Zeitraum ungewiss
Würzburg (Lk)	2016	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung alle 5 Jahre gemeinsam mit Stadt (2021 geplant)
Schwaben				
Augsburg (krfr. St.)	2014	(-)	(-)	SPGK und PBP: Ende 2020
Kaufbeuren (krfr. St.)	2012	2019	(-)	SPGK: Fortschreibung finalisiert, Verabschiedung coronabedingt ungewiss

Kreis	SPGK (Jahr)	PBP (Jahr)	PBP in SPGK integriert	(Geplante) Fortschreibungen/Anmerkungen
Kempton (Allgäu) (krfr. St.)	2012	(-)	(-)	SPGK: Umsetzung als "Quartierskonzept für ältere Menschen" – Finalisierung 2021 PBP: Ende 2020
Memmingen (krfr. St.)	2011	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung 2020/21 geplant
Aichach-Friedberg (Lk)	2009	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung finalisiert, Verabschiedung coronabedingt ungewiss
Augsburg (Lk)	2020	(-)	x	(-)
Dillingen a. d. Donau (Lk)	2010	(-)	x	SPGK/PBP: bis 2029 gültig; Fortschreibung nicht geplant; regelmäßiger Bericht über Umsetzung in Kreistag
Günzburg (Lk)	2008	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung 2020 geplant
Neu-Ulm (Lk)	2010	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung 2020 geplant
Lindau (Bodensee) (Lk)	2011	2011	(-)	SPGK und PBP: Fortschreibungen noch nicht konkret geplant
Ostallgäu (Lk)	2008	(-)	x	SPGK: Fortschreibung 2021 PBP: Fortschreibung finalisiert, Verabschiedung coronabedingt auf Herbst 2020 verschoben
Unterallgäu (Lk)	2019	(-)	x	(-)
Donau-Ries (Lk)	2011	2020	(-)	SPGK: Fortschreibung nicht geplant
Oberallgäu (Lk)	2013	(-)	x	SPGK/PBP: Fortschreibung finalisiert, Verabschiedung coronabedingt ungewiss

Quelle: IGES, auf Grundlage der Rückmeldungen der einzelnen Kommunen (Stand Juli 2020)

A2 Anhang 2: Fragebogen vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Startseite

Herzlich Willkommen zur Befragung der vollstationären Einrichtungen in Bayern!

Die Befragung ist anonym. Die Auswertung erfolgt anonym und unter strengster Beachtung des Datenschutzes. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind nicht möglich, d. h. es werden keine Ergebnisse bezogen auf einzelne Personen bzw. vollstationäre Einrichtungen dargestellt. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig – genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der [Datenschutzerklärung](#).

Sie können die Befragung ohne Passwort, durch einen Klick auf den grünen Button, beginnen. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile angezeigt wird.

Bitte füllen Sie den Fragebogen bis zum 13.03.2020 aus.

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte: pflgebefragung@iges.com.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einleitung

Für die Bearbeitung des Fragebogens ist ein Überblick über die gesamten Abläufe Ihrer Pflegeeinrichtung von Vorteil. Der Fragebogen sollte deshalb nach Möglichkeit von einer Person ausgefüllt werden, die den besten Überblick über alle betrieblichen Prozesse hat (Leitungsebene).

Sofern Sie für mehrere vollstationäre Pflegeeinrichtungen zuständig sind, bitten wir Sie für jede Einrichtung getrennt einen Fragebogen auszufüllen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird in etwa 25 Minuten in Anspruch nehmen und umfasst folgende Themenbereiche:

1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung
2. Kapazitäten und Auslastung
3. Bewohnerstruktur und Zielgruppen
4. Personal
5. Einschätzung der Versorgungssituation in der Region
6. Entwicklung/zukünftige Planungen Ihrer Pflegeeinrichtung

Befragung

1. Strukturdaten der vollstationären Einrichtungen in Bayern

	<p>Thema 1: Allgemeine Angaben zu Ihrer vollstationären Pflegeeinrichtung</p> <p>Zunächst bitten wir Sie, einige allgemeine Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung vorzunehmen. Falls Sie für mehrere vollstationäre Pflegeeinrichtungen zuständig sind, füllen Sie bitte nur einen Fragebogen pro Einrichtung aus.</p>
A005	In welchem Kreis bzw. welcher kreisfreien Stadt ist Ihre Pflegeeinrichtung ansässig?
	Auflistung 96 Kreise
A010	In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Pflegeeinrichtung?

	<input type="checkbox"/> öffentliche Trägerschaft (1) <input type="checkbox"/> freigemeinnützige Trägerschaft (2) <input type="checkbox"/> private Trägerschaft (3)
A015	Wann wurde Ihre vollstationäre Pflegeeinrichtung eröffnet?
	<input type="checkbox"/> vor bzw. im Jahr 2017 (1) (PROG: Gruppe 1) <input type="checkbox"/> im Jahr 2018 (2) (PROG: Gruppe 2) <input type="checkbox"/> im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem (3) (PROG: Gruppe 3)

2. Kapazitäten und Auslastung vollstationäre Einrichtungen in Bayern

	Thema 2: Kapazitäten und Auslastung Ihrer Pflegeeinrichtung In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen zur Versorgungssituation, im Speziellen der Kapazitäten und der Auslastung Ihrer Pflegeeinrichtung, erfahren.
A018	Welche der folgenden Versorgungsarten werden in Ihrer Pflegeeinrichtung angeboten? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	vollstationäre Dauerpflege (falls vorhanden, inkl. eingestreute Kurzzeitpflege)
_b	(eingestreute) Tagespflege
_c	fixe Kurzzeitpflege (entsprechend dem Modell „fix plus x“)
_d	Nachtpflege
	Filter für die folgenden Fragen berücksichtigen: Gruppe 1: A015 = 1 Gruppe 2: A015 = 2 Gruppe 3: A015 = 3
A020	PROG: Gruppe 1 PROG: IF A018_a = true Bitte geben Sie die Anzahl der vollstationären Plätze in Ihrer Pflegeeinrichtung am Stichtag <u>31.12.2017</u> an:
	Anzahl der vollstationären Plätze am 31.12.2017: _____
A022	PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 PROG: IF A018_a = true Bitte geben Sie die Anzahl der vollstationären Plätze in Ihrer Pflegeeinrichtung am Stichtag <u>31.12.2018</u> an:
	Anzahl der vollstationären Plätze am 31.12.2018: _____

A025	<p>PROG: Gruppe 1</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Bitte geben Sie die Auslastung der vollstationären Plätze (einschl. eingestreute Kurzzeitpflege) in Ihrer Pflegeeinrichtung am Stichtag <u>31.12.2017</u> an:</p> <p>Hinweis: Sofern es Ihre Pflegeeinrichtung gab, Ihnen jedoch keine Informationen zur Auslastung vorliegen, tragen Sie bitte in das entsprechende Feld „999“ ein.</p>
	<p>Auslastung der vollstationären Pflegeplätze (einschl. eingestreute Kurzzeitpflege) am 31.12.2017 in %: _____</p>
A027	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Bitte geben Sie die Auslastung der vollstationären Plätze (einschl. eingestreute Kurzzeitpflege) in Ihrer Pflegeeinrichtung am Stichtag <u>31.12.2018</u> an:</p> <p>Hinweis: Sofern es Ihre Pflegeeinrichtung gab, Ihnen jedoch keine Informationen zur Auslastung vorliegen, tragen Sie bitte in das entsprechende Feld „999“ ein.</p>
	<p>Auslastung der vollstationären Pflegeplätze (einschl. eingestreute Kurzzeitpflege) am 31.12.2018 in %: _____</p>
A030	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Verzeichnen Sie (größere) Schwankungen der Auslastung der vollstationären Dauerpflegeplätze im Jahresverlauf?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)</p>
A035	<p>PROG: IF A030 = 1</p> <p>In welchen Monaten ist die Nachfrage nach vollstationären Dauerpflegeplätzen besonders hoch?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Januar
_b	Februar
_c	März
_d	April
_e	Mai
_f	Juni
_g	Juli

_h	August
_i	September
_j	Oktober
_k	November
_l	Dezember
A040	<p>PROG: Gruppe 1</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Mussten Anfragen nach vollstationären Dauerpflegeplätzen <u>im Jahr 2017</u> abgewiesen werden?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, häufig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal (2)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (3)</p> <p><input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (4)</p>
A042	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Mussten Anfragen nach vollstationären Dauerpflegeplätzen <u>im Jahr 2018</u> abgewiesen werden?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, häufig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal (2)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (3)</p> <p><input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (4)</p>
A045	<p>PROG: IF A040 = 1 A040 = 2 A042 = 1 A042 = 2</p> <p>Aus welchen Gründen mussten Anfragen abgelehnt werden? (PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	keine freien Plätze
_b	Personalengpässe/-mangel (Fachkraftquote)
_c	keine passenden Versorgungsangebote
_d	Umbaumaßnahmen o. ä.
_f	Kostenübernahme nicht geklärt
_g	Sonstige Gründe, Bitte kurz erläutern: _____
A050	<p>PROG: IF A045_c = true</p> <p>Sie haben angegeben, dass Ihre Pflegeeinrichtung (u. a.) Anfragen für die vollstationäre Pflege ablehnen musste, weil keine passenden Versorgungsangebote vorhanden waren. In diesem Zuge würden wir gerne von</p>

	Ihnen wissen, welche Fälle/Bedarfe Sie häufiger ablehnen mussten (z. B. bestimmte Altersgruppen, spezifische Versorgungsbedarfe, etc.)?																																			
	Bitte erläutern Sie kurz: _____																																			
A052	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Aus welchen Regionen stammen die Anfragen von Interessenten nach vollstationären Dauerpflegeplätzen in Ihrer Pflegeeinrichtung?</p> <p>PROG: Tabelle mit 5-stufiger Skala und „weiß nicht“: „sehr häufig“ – „häufig“ – „weniger häufig“ – „nur vereinzelt“ – „nie“</p>																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>sehr häufig</th> <th>häufig</th> <th>weniger häufig</th> <th>nur vereinzelt</th> <th>nie</th> <th>weiß nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadtteile/Kreise)</td> <td>(1a)</td> <td>(1b)</td> <td>(1c)</td> <td>(1d)</td> <td>(1e)</td> <td>(1f)</td> </tr> <tr> <td>aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)</td> <td>(2a)</td> <td>(2b)</td> <td>(2c)</td> <td>(2d)</td> <td>(2e)</td> <td>(2f)</td> </tr> <tr> <td>aus ganz Bayern</td> <td>(3a)</td> <td>(3b)</td> <td>(3c)</td> <td>(3d)</td> <td>(3e)</td> <td>(3f)</td> </tr> <tr> <td>Regionen außerhalb Bayerns</td> <td>(4a)</td> <td>(4b)</td> <td>(4c)</td> <td>(4d)</td> <td>(4e)</td> <td>(4f)</td> </tr> </tbody> </table>		sehr häufig	häufig	weniger häufig	nur vereinzelt	nie	weiß nicht	näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadtteile/Kreise)	(1a)	(1b)	(1c)	(1d)	(1e)	(1f)	aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)	(2a)	(2b)	(2c)	(2d)	(2e)	(2f)	aus ganz Bayern	(3a)	(3b)	(3c)	(3d)	(3e)	(3f)	Regionen außerhalb Bayerns	(4a)	(4b)	(4c)	(4d)	(4e)	(4f)
	sehr häufig	häufig	weniger häufig	nur vereinzelt	nie	weiß nicht																														
näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadtteile/Kreise)	(1a)	(1b)	(1c)	(1d)	(1e)	(1f)																														
aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)	(2a)	(2b)	(2c)	(2d)	(2e)	(2f)																														
aus ganz Bayern	(3a)	(3b)	(3c)	(3d)	(3e)	(3f)																														
Regionen außerhalb Bayerns	(4a)	(4b)	(4c)	(4d)	(4e)	(4f)																														
A053	<p>PROG: IF A052 = 2a-2d A052 = 3a-3d A052 = 4a-4d</p> <p>Sofern Anfragen von weiter her kommen, d. h. nicht aus dem näheren Einzugsgebiet, welche Gründe werden dafür genannt?</p> <p>PROG: Tabelle mit 4er Skala und „weiß nicht“: „sehr häufig“ – „eher häufig“ – „eher selten“ – „nie“</p>																																			
_a	Interessenten geben an, die pflegebedürftige Person in der Nähe der Familie bzw. von Angehörigen unterbringen zu wollen.																																			
_b	Interessenten geben an, dass keine freien vollstationären Pflegeplätze in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet verfügbar sind.																																			
_c	Interessenten geben an, kein passendes Versorgungsangebot in Wohnortnähe bzw. dem näheren Einzugsgebiet gefunden zu haben.																																			
_d	Sonstiges, und zwar: _____																																			
A054	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Wie schnell können freiwerdende vollstationäre Dauerpflegeplätze im Durchschnitt wieder belegt werden?</p>																																			

	<input type="checkbox"/> innerhalb weniger Tage (1) <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Wochen (2) <input type="checkbox"/> bis zu 4 Wochen (3) <input type="checkbox"/> mehr als 4 Wochen (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht (5)
A055	<p>PROG: Gruppe 1 PROG: IF A018_b = true</p> <p>Bitte geben Sie die Anzahl der eingestreuten Tagespflegeplätze in Ihrer Pflegeeinrichtung am Stichtag 31.12.2017 an:</p>
	Anzahl der eingestreuten Tagespflegeplätze am 31.12.2017: _____
A057	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 PROG: IF A018_b = true</p> <p>Bitte geben Sie die Anzahl der eingestreuten Tagespflegeplätze in Ihrer Pflegeeinrichtung am Stichtag 31.12.2018 an:</p>
	Anzahl der eingestreuten Tagespflegeplätze am 31.12.2018: _____
A060	<p>PROG: Gruppe 1 PROG: IF A018_b = true</p> <p>Wie waren Ihre eingestreuten Tagespflegeplätze im Jahr 2017 im Durchschnitt ausgelastet?</p>
	<p>Unsere Tagespflegeplätze waren im Jahr 2017:</p> <input type="checkbox"/> ...in der Regel voll ausgelastet. (1) <input type="checkbox"/> ...nicht immer voll ausgelastet. (2)
A062	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 PROG: IF A018_b = true</p> <p>Wie waren Ihre Tagespflegeplätze im Jahr 2018 im Durchschnitt ausgelastet?</p>
	<p>Unsere Tagespflegeplätze waren im Jahr 2018:</p> <input type="checkbox"/> ...in der Regel voll ausgelastet. (1) <input type="checkbox"/> ...nicht immer voll ausgelastet. (2)
A065	<p>PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_b = true</p> <p>Bieten Sie eingestreuete Tagespflegeplätze auch am Wochenende (Samstag und/oder Sonntag) an?</p>
	<input type="checkbox"/> Ja, dies gehört zu unserem regulären Angebot. (1)

	<input type="checkbox"/> Ja, aber nur in Einzelfällen bzw. nach Absprache. (2) <input type="checkbox"/> Nein. (3)
A070	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_b = true Verzeichnen Sie (größere) Schwankungen der Auslastung der eingestreu- ten Tagespflegeplätze <u>im Wochenverlauf</u>?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)
A075	PROG: IF A070 = 1 An welchen Tagen ist die Nachfrage nach eingestreuten Tagespflegeplät- zen besonders hoch? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Montag
_b	Dienstag
_c	Mittwoch
_d	Donnerstag
_e	Freitag
_f	Samstag
_g	Sonntag
_h	Kann ich nicht beantworten.
A080	PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 PROG: IF A018_b = true Verzeichnen Sie (größere) Schwankungen der Auslastung der eingestreuten Tagespflegeplätze <u>im Jahresverlauf</u>?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)
A085	PROG: IF A080 = 1 In welchen Monaten ist die Nachfrage nach eingestreuten Tagespflege- plätzen besonders hoch? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Januar
_b	Februar

_c	März
_d	April
_e	Mai
_f	Juni
_g	Juli
_h	August
_i	September
_j	Oktober
_k	November
_l	Dezember
A090	<p>PROG: Gruppe 1</p> <p>PROG: IF A018_b = true</p> <p>Mussten Anfragen nach eingestreuten Tagespflegeplätzen <u>im Jahr 2017</u> abgewiesen werden?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, häufig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal (2)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (3)</p> <p><input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (4)</p>
A092	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_b = true</p> <p>Mussten Anfragen nach eingestreuten Tagespflegeplätzen <u>im Jahr 2018</u> abgewiesen werden?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, häufig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal (2)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (3)</p> <p><input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (4)</p>
A095	<p>PROG: IF A090 = 1 A090 = 2 A092 = 1 A092 = 2</p> <p>Aus welchen Gründen mussten Anfragen abgelehnt werden: (PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	keine freien Plätze
_b	Personalengpässe/-mangel (Fachkraftquote)
_c	keine passenden Versorgungsangebote
_d	Umbaumaßnahmen o. ä.
_f	Kostenübernahme nicht geklärt

_g	Sonstige Gründe, Bitte kurz erläutern: _____
A100	<p>PROG: IF A095_c = true</p> <p>Sie haben angegeben, dass Ihre Pflegeeinrichtung (u. a.) Anfragen für die eingestreuete Tagespflege ablehnen musste, weil keine passenden Versorgungsangebote vorhanden waren. In diesem Zuge würden wir gerne von Ihnen wissen, <u>welche Fälle/Bedarfe</u> Sie häufiger ablehnen mussten (z. B. bestimmte Altersgruppen, spezifische Versorgungsbedarfe, etc.)?</p>
	Bitte erläutern Sie kurz: _____
A102	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>PROG: IF A018_b = true</p> <p>Wie schnell können freiwerdende Tagespflegeplätze im Durchschnitt wieder belegt werden?</p>
	<p><input type="checkbox"/> innerhalb weniger Tage (1)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 bis 2 Wochen (2)</p> <p><input type="checkbox"/> bis zu 4 Wochen (3)</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 4 Wochen (4)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (5)</p>
A105	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_c = true</p> <p>Bitte geben Sie die Anzahl der fixen Kurzzeitpflegeplätze (entsprechend dem Modell „fix plus x“) in Ihrer Pflegeeinrichtung <u>im Jahr 2018</u> an:</p>
	Anzahl der fixen Kurzzeitpflegeplätze in Ihrer Pflegeeinrichtung im Jahr 2018: _____
A107	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_c = true</p> <p>Bitte geben Sie den Monat an, in dem Ihre Einrichtung erstmalig im Jahr 2018 Kurzzeitpflegeplätze nach dem Modell „fix plus x“ angeboten hat:</p>
	Auflistung Januar-Dezember und Weiß nicht
A109	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_c = true</p> <p>Wie hoch war die Zahl der Belegungstage mit Kurzzeitpflege auf diesen fixen Plätzen im Jahr 2018?</p>
	<p><input type="checkbox"/> Anzahl der Belegungstage: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (2)</p>
A110	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_c = true</p>

	<p>Bitte geben Sie die Auslastung der fixen Kurzzeitpflegeplätze <u>am Stichtag 31.12.2018</u> an:</p> <p>Hinweis: Falls Ihnen die Auslastung der fixen Kurzzeitpflegeplätze entsprechend dem Modell „fix plus x“ am 31.12.2018 nicht bekannt ist, tragen Sie bitte in das Feld „999“ ein.</p>
	<p>Die Auslastung der fixen Kurzzeitpflegeplätze betrug am 31.12.2018 (in %):</p> <p>_____</p>
A115	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_c = true</p> <p>Verzeichnen Sie (größere) Schwankungen der Auslastung der fixen Kurzzeitpflegeplätze (entsprechende dem Modell „fix plus x“) im Jahresverlauf?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)</p>
A120	<p>PROG: IF A115 = 1</p> <p>In welchen Monaten ist die Nachfrage nach fixen Kurzzeitpflegeplätzen (entsprechende dem Modell „fix plus x“) besonders hoch?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Januar
_b	Februar
_c	März
_d	April
_e	Mai
_f	Juni
_g	Juli
_h	August
_i	September
_j	Oktober
_k	November
_l	Dezember
A125	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>PROG: IF A018_c = true</p> <p>Mussten Anfragen nach fixen Kurzzeitpflegeplätzen (entsprechend dem Modell fix plus x) <u>im Jahr 2018</u> abgewiesen werden?</p>

	<input type="checkbox"/> ja, häufig (1) <input type="checkbox"/> ja, manchmal (2) <input type="checkbox"/> nein (3) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (4)						
A130	PROG: IF A125 = 1 A125 = 2 Aus welchen Gründen mussten Anfragen abgelehnt werden: (PROG: Mehrfachauswahl)						
_a	keine freien Plätze						
_b	Personalengpässe/-mangel (Fachkraftquote)						
_c	keine passenden Versorgungsangebote						
_d	Umbaumaßnahmen o. ä.						
_f	Kostenübernahme nicht geklärt						
_g	Sonstige Gründe, Bitte kurz erläutern: _____						
A135	PROG: IF A130_c = true Sie haben angegeben, dass Ihre Pflegeeinrichtung (u. a.) Anfragen für die Kurzzeitpflege ablehnen musste, weil keine passenden Versorgungsangebote vorhanden waren. In diesem Zuge würden wir gerne von Ihnen wissen, welche Fälle/Bedarfe Sie häufiger ablehnen mussten (z. B. bestimmte Altersgruppen, spezifische Versorgungsbedarfe, etc.)?						
	Bitte erläutern Sie kurz: _____						
A136	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_c = true Aus welchen Regionen stammen die Anfragen von Interessenten nach Kurzzeitpflegeplätzen (gem. dem Modell „fix plus x“) in Ihrer Pflegeeinrichtung? PROG: Tabelle mit 5-stufiger Skala und „weiß nicht“: „sehr häufig“ – „häufig“ – „weniger häufig“ – „nur vereinzelt“ – „nie“						
		sehr häufig	häufig	weniger häufig	nur vereinzelt	nie	weiß nicht
	näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadtteile/Kreise)	(1a)	(1b)	(1c)	(1d)	(1e)	(1f)
	aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)	(2a)	(2b)	(2c)	(2d)	(2e)	(2f)

	aus ganz Bayern	(3a)	(3b)	(3c)	(3d)	(3e)	(3f)
	Regionen außerhalb Bayerns	(4a)	(4b)	(4c)	(4d)	(4e)	(4f)
A137	PROG: IF A136 = 2a-2d A136 = 3a-3d A136 = 4a-4d Sofern Anfragen von weiter her kommen, d. h. nicht aus dem näheren Einzugsgebiet, welche Gründe werden dafür genannt? PROG: Tabelle mit 4er Skala und „weiß nicht“: „sehr häufig“ – „eher häufig“ – „eher selten“ – „nie“						
_a	Interessenten geben an, die pflegebedürftige Person in der Nähe der Familie bzw. von Angehörigen unterbringen zu wollen.						
_b	Interessenten geben an, dass keine freien Kurzzeitpflegeplätze in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet verfügbar sind.						
_c	Interessenten geben an, kein passendes Versorgungsangebot in Wohnortnähe bzw. dem näheren Einzugsgebiet gefunden zu haben.						
_d	Sonstiges, und zwar: _____						
A138	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_d = false Gibt es Ihrer Wahrnehmung nach einen Bedarf an Nachtpflege/-betreuung in Ihrer Region?						
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> weiß nicht (3)						
A139	PROG: IF A138 = 1 Aus welchen Gründen bietet Ihre Einrichtung keine Nachtpflege an?						

A139a	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_d = true Wie viele Nachtpflegegäste betreut Ihre Einrichtung im Schnitt pro Monat?						
	Anzahl der Nachtpflegegäste im Schnitt pro Monat: _____						
A139b	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_d = true Muss Ihre Einrichtung Anfragen nach Nachtpflege ablehnen?						
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> weiß nicht (3)						

3. Bewohnerstruktur und Zielgruppen vollstationäre Einrichtungen in Bayern

	Thema 3: Bewohnerstruktur und zielgruppenspezifische Angebote in Ihrer Pflegeeinrichtung In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen zu der Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner sowie über die in Ihrer Einrichtung vorgehaltenen zielgruppenspezifischen Angebote erfahren.		
A140	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_a = true Gibt es in Ihrer Pflegeeinrichtung einen beschützenden Bereich?		
	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl Plätze: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)		
A145	PROG: IF A140 = 1 A140 = 3 Konnte die Nachfrage im beschützenden Bereich bisher in der Regel befriedigt werden?		
	<input type="checkbox"/> ja, Anmerkungen: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein, Anmerkungen: _____ (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)		
A150	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_a = true Bietet Ihre Pflegeeinrichtung vollstationäre Dauerpflegeplätze für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf an (d. h. explizite Palliativplätze gemäß Versorgungsvertrag)?		
	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl verhandelte Plätze: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)		
A151	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_a = true Hat Ihre Pflegeeinrichtung in den im Folgenden aufgeführten Jahren vollstationäre Plätze für Menschen, die außerklinische Intensivpflege benötigen (beatmet/nicht beatmet), angeboten?		
		Ja	Nein
	Im Jahr 2017:	(1a)	(1b)
	Im Jahr 2018:	(2a)	(2b)
	Im Jahr 2019:	(3a)	(3b)
A152	PROG: IF A151 = 1a		

	<p>Bitte geben Sie die Anzahl der in Ihrer Einrichtung betreuten Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege am Stichtag <u>31.12.2017</u> an:</p> <p>Hinweis: Bitte geben Sie „0“ an, sofern keine Bewohnerin bzw. kein Bewohner mit entsprechenden Bedarfen in Ihrer Einrichtung zum Stichtag betreut wurde.</p>							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewohnerinnen und Bewohner</th> <th>Anzahl am Stichtag 31.12.2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... mit Beatmung:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>... ohne Beatmung:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Bewohnerinnen und Bewohner	Anzahl am Stichtag 31.12.2017	... mit Beatmung:		... ohne Beatmung:		
Bewohnerinnen und Bewohner	Anzahl am Stichtag 31.12.2017							
... mit Beatmung:								
... ohne Beatmung:								
A153	<p>PROG: IF A151 = 2a</p> <p>Bitte geben Sie die Anzahl der in Ihrer Einrichtung betreuten Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege am Stichtag <u>31.12.2018</u> an:</p> <p>Hinweis: Bitte geben Sie „0“ an, sofern keine Bewohnerin bzw. kein Bewohner mit entsprechenden Bedarfen in Ihrer Einrichtung zum Stichtag betreut wurde.</p>							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewohnerinnen und Bewohner</th> <th>Anzahl am Stichtag 31.12.2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... mit Beatmung:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>... ohne Beatmung:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Bewohnerinnen und Bewohner	Anzahl am Stichtag 31.12.2018	... mit Beatmung:		... ohne Beatmung:		
Bewohnerinnen und Bewohner	Anzahl am Stichtag 31.12.2018							
... mit Beatmung:								
... ohne Beatmung:								
A153a	<p>PROG: IF A151 = 3a</p> <p>Bitte geben Sie die Anzahl der in Ihrer Einrichtung betreuten Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege am Stichtag <u>31.12.2019</u> an:</p> <p>Hinweis: Bitte geben Sie „0“ an, sofern keine Bewohnerin bzw. kein Bewohner mit entsprechenden Bedarfen in Ihrer Einrichtung zum Stichtag betreut wurde.</p>							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bewohnerinnen und Bewohner</th> <th>Anzahl am Stichtag 31.12.2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... mit Beatmung:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>... ohne Beatmung:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Bewohnerinnen und Bewohner	Anzahl am Stichtag 31.12.2019	... mit Beatmung:		... ohne Beatmung:		
Bewohnerinnen und Bewohner	Anzahl am Stichtag 31.12.2019							
... mit Beatmung:								
... ohne Beatmung:								
A154	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Musste Ihre Einrichtung Anfragen für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege ablehnen?</p> <p>PROG: Tabelle mit 4stufiger Skala: „Ja, häufig.“ – „Ja, manchmal“ – „Nein“ – „keine Aussage möglich“</p>							
_a	mit Beatmung							
_b	ohne Beatmung							
A155	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Bietet Ihre Einrichtung vollstationäre Dauerpflegeplätze für folgende Altersgruppen an?</p> <p>(PROG: 96 Kreise)</p>							

_a	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren, Anmerkungen: _____						
_b	ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren, Anmerkungen: _____						
A155a	PROG: IF A155_a = true & A155_b = true Gibt es unterschiedliche Wartezeiten zwischen den beiden genannten Altersgruppen in Ihrer Pflegeeinrichtung?						
	<input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> weiß nicht (3)						
A156	PROG: IF A155_a = true Aus welchen Regionen erhalten Sie bzw. Ihre Einrichtung Anfragen von Interessenten für vollstationäre Dauerpflegeplätze für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahre?						
		sehr häufig	häufig	weniger häufig	nur vereinzelt	nie	weiß nicht
	näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadteile/Kreise)	(1a)	(1b)	(1c)	(1d)	(1e)	(1f)
	aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)	(2a)	(2b)	(2c)	(2d)	(2e)	(2f)
	aus ganz Bayern	(3a)	(3b)	(3c)	(3d)	(3e)	(3f)
	Regionen außerhalb Bayerns	(4a)	(4b)	(4c)	(4d)	(4e)	(4f)

A157	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>PROG: IF A018_a = true</p> <p>Gibt es in Ihrer vollstationären Einrichtung spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, Anmerkung: _____ (2)</p>
A158	<p>PROG: IF A157 = 1</p> <p>Gibt es in Ihrer vollstationären Einrichtung Angebote in anderen Sprachen?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, Bitte geben Sie die Sprachen an: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p>
A160	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>PROG: IF A018_b = true</p> <p>Bietet Ihre Einrichtung eingestreute Tagespflegeplätze für folgende Altersgruppen an?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren, Anmerkungen: _____
_b	ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren, Anmerkungen: _____
A161	<p>PROG: IF A160_a = true & A160_b = true</p> <p>Gibt es unterschiedliche Wartezeiten zwischen den beiden genannten Altersgruppen in Ihrer Pflegeeinrichtung?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (3)</p>
A162	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>PROG: IF A018_b = true</p> <p>Gibt es in Ihrer Tagespflege spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, Anmerkung: _____ (2)</p>
A165	<p>PROG: IF A162 = 1</p> <p>Gibt es in Ihrer eingestreuten Tagespflege Angebote in anderen Sprachen?</p>

	<input type="checkbox"/> ja, Bitte geben Sie die Sprachen an: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein (2)						
A170	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_b = true Wie groß ist ungefähr der Umkreis, aus dem Ihre Tagespflegegäste kommen? [Hinweis: Gemeint ist der weiteste Weg, den ein Tagespflegegast zu Ihrer Einrichtung zurücklegen muss. Bitte geben Sie die Entfernung in km an (einfacher Weg).]						
	Der Radius beträgt schätzungsweise: _____ km.						
A172	PROG: alle Gruppen PROG: IF A018_c = true Bietet Ihre Einrichtung Kurzzeitpflegeplätze (gem. dem Modell „fix plus x“) für folgende Altersgruppen an? (PROG: Mehrfachauswahl)						
_a	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren, Anmerkungen: _____						
_b	ältere Menschen mit pflegerischen Bedarfen ab ca. 65 Jahren, Anmerkungen: _____						
A172a	PROG: IF A172_a = true & A172_b = true Gibt es unterschiedliche Wartezeiten zwischen den beiden genannten Altersgruppen in Ihrer Pflegeeinrichtung?						
	<input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> weiß nicht (3)						
A173	PROG: IF A172_a = true Aus welchen Regionen erhalten Sie bzw. Ihre Einrichtung Anfragen von Interessenten für Kurzzeitpflegeplätze (gem. dem Modell „fix plus x“) für (junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahre?						
		sehr häufig	häufig	weniger häufig	nur vereinzelt	nie	weiß nicht
	näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadtteile/Kreise)	(1a)	(1b)	(1c)	(1d)	(1e)	(1f)
	aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)	(2a)	(2b)	(2c)	(2d)	(2e)	(2f)

	aus ganz Bayern	(3a)	(3b)	(3c)	(3d)	(3e)	(3f)
	Regionen außerhalb Bayerns	(4a)	(4b)	(4c)	(4d)	(4e)	(4f)

4. Personal/Fachkräfte vollstationäre Einrichtungen in Bayern

	Thema 4: Personalsituation in Ihrer Pflegeeinrichtung In diesem Abschnitt möchten wir ergänzend zu den vorliegenden Daten mehr zur personellen Situation in Ihrer Pflegeeinrichtung erfahren, wie z. B. zur Wiederbesetzung offener Stellen, dem Einsatz von Personal aus Fremdfirmen (Leasing) sowie über Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegepersonal.		
A174	PROG: alle Gruppen Wie viele Pflegekräfte beschäftigen Sie aktuell in Ihrer Einrichtung (Januar 2020)? Bitte geben Sie sowohl die Anzahl der Beschäftigten an als auch den entsprechenden Arbeitszeitumfang in Vollzeitstellen – getrennt nach Fach- und Hilfskräften. Rechenbeispiel: Sie haben vier Beschäftigte in der Pflege, davon zwei in Vollzeit und zwei in Teilzeit. Bei den Teilzeitstellen umfasst eine 30 und eine 25 Wochenstunden. Je nach betrieblicher Regelung für die regelmäßige Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden oder 39 Stunden oder etc.) errechnet sich der Anteil der Teilzeitstellen wie folgt: Anzahl Wochenstunden Teilzeit/Anzahl Wochenstunden Vollzeit (z. B. 30 h/40 h = 0,75, 25 h/40 h = 0,625). Die vier Beschäftigten würden in diesem Beispiel zusammen 3,375 Vollzeitstellen entsprechen (2+0,75+0,625). Sollten Sie die Anzahl der Vollzeitstellen nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.		
		Anzahl Beschäftigte	Umgerechnet in Vollzeitstellen
	Pflegefachkräfte:		
	Pflegehilfskräfte:		
A175	PROG: alle Gruppen Gibt es in Ihrer Pflegeeinrichtung derzeit offene/unbesetzte Stellen?		
		Ja	Nein
	Pflegefachkräfte	1a	1b
	Pflegehilfskräfte	2a	2b
A180	PROG: IF A175 = 1a Wie viele Stellen sind derzeit in Ihrer Pflegeeinrichtung <u>offen/unbesetzt</u>? Bitte geben Sie die Anzahl der offenen Stellen an als auch den entsprechenden Arbeitszeitumfang in Vollzeitstellen.) Beispiel: Sie haben drei offene Stellen, davon eine in Vollzeit und zwei in Teilzeit. Bei den Teilzeitstellen ist eine mit 30 und eine mit 25 Wochenstunden. Je nach betrieblicher Regelung für die regelmäßige Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden oder 39 Stunden oder etc.) errechnet sich		

	<p>der Anteil der Teilzeitstellen wie folgt: Anzahl Wochenstunden Teilzeit/Anzahl Wochenstunden Vollzeit (z. B. 30 h/40 h = 0,75, 25 h/40 h = 0,625). Die drei offenen Stellen würden in diesem Beispiel zusammen 2,375 Vollzeitstellen entsprechen.</p> <p>Sollten Sie die Anzahl der Vollzeitstellen nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		
		Anzahl Stellen	umgerechnet in Vollzeitstellen
	offene Stellen für Pflegefachkräfte:		
A182	<p>PROG: IF A175 = 2a</p>		
		Anzahl Stellen	umgerechnet in Vollzeitstellen
	offene Stellen für Pflegehilfskräfte :		
A185	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie lange ist eine offene Stelle für Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte in Ihrer Einrichtung durchschnittlich unbesetzt?</p> <p>Hinweis: Bitte nehmen Sie ggf. eine Schätzung vor.</p>		
		Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte
	bis zu 4 Wochen		
	bis zu 3 Monaten		
	bis zu 6 Monaten		
	mehr als 6 Monate		
	weiß nicht		
A190	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wird in Ihrer Pflegeeinrichtung Personal aus Fremdfirmen (Leasingkräfte) eingesetzt?</p>		
	<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig/häufig (1)		
	<input type="checkbox"/> ja, aber nur in Einzel-/Ausnahmefällen (2)		
	<input type="checkbox"/> nein, bisher nicht (3)		
A195	<p>PROG: IF A190 = 1</p> <p>Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil am monatlichen Arbeitsvolumen, der durch Leasingkräfte abgedeckt werden muss?</p> <p>Beispiel: Bei einem Soll-Personal von 20 VK pro Monat wird an 15 Tagen eine Leasingkraft in Vollzeit eingesetzt. Das entspricht rund 2,5 % [15 Tage *100/(20*30 Tage)].</p>		
	Anteil in %: _____		

A200	<p>PROG: IF A190 = 2</p> <p>Sie haben angegeben, dass nur in Einzel-/Ausnahmefällen Leasing-Kräfte eingesetzt werden. Bitte erläutern Sie kurz, in welchen Situationen/Fällen dies notwendig ist.</p> <p>_____</p>
A205	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Werden Sie in Zukunft (mehr) Leasing-Kräfte einsetzen müssen, um den Personalbedarf in Ihrer Einrichtung decken zu können? Bitte nehmen Sie eine Einschätzung vor.</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, trifft zu (1)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, trifft eher zu (2)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, trifft eher nicht zu (3)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu (4)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (5)</p>
A210	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Haben Sie in der Vergangenheit Pflegepersonal aus dem Ausland für Ihre Pflegeeinrichtung angeworben, um den Personalbedarf sichern zu können?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, weil _____ (2)</p> <p><input type="checkbox"/> noch nicht, aber wir sind in Planung bzw. haben dies vor (3)</p>
A215	<p>PROG: IF A210 = 1 A210 = 3</p> <p>Aus welchem Land/Ländern haben bzw. planen Sie Pflegepersonal zu rekrutieren bzw. haben Sie rekrutiert? (gemeint sind hier ggf. nicht die Herkunftsländer der Geflüchteten)</p>
	<p><input type="checkbox"/> EU, und zwar: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> außerhalb der EU, und zwar: _____ (2)</p>
A220	<p>PROG: IF A210 = 1</p> <p>War bzw. ist die Rekrutierungsmaßnahme aus Ihrer Sicht erfolgreich?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, weil _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, weil _____ (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Einschätzung ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht möglich. (3)</p>
A225	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Bieten Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung Ausbildungs-/Arbeitsmöglichkeiten für Geflüchtete an?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja, Bitte kurz erläutern: _____ (1)</p>

	<input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> aktuell noch nicht, aber wir sind in Planung bzw. haben dies vor (3)
A230	PROG: alle Gruppen Bilden Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung Pflegeschülerinnen und –schüler aus?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> aktuell noch nicht, aber wir sind in Planung bzw. haben dies vor (3)
A235	PROG: IF A230 = 1 Konnte die Anzahl der in Ihrer Einrichtung angebotenen Ausbildungsplätze im aktuellen Ausbildungsjahr vollumfänglich besetzt werden?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2)
A240	PROG: alle Gruppen Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein: PROG: Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“ – „trifft eher zu“ – „trifft eher nicht zu“ – „trifft nicht zu“
_a	Die Ausbildungskapazität (Schulplätze) der schulischen Ausbildungsstätten der Altenpflege in unserer Region sichert im hohen Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab.
_b	Die Ausbildungsbereitschaft der in unserer Region tätigen Pflegeeinrichtungen sichert im hohen Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab.
_c	Die Anzahl der Ausbildungsbewerberinnen und –bewerber für die Altenpflege in unserer Region sichert im hohen Maße die Bedarfe der Pflegeeinrichtungen ab.
A245	PROG: alle Gruppen Bitte schätzen Sie die folgende Aussage ein: In unserer Region gibt es ein Potenzial an Pflegekräften, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, die mit geeigneten Maßnahmen wieder für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden können.
	<input type="checkbox"/> trifft zu (1) <input type="checkbox"/> trifft eher zu (2) <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu (3) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht/keine Aussage möglich (5)

A250	<p>PROG: IF A245 = 1 A245 = 2</p> <p>Was wären aus Ihrer Sicht geeignete Maßnahmen, um Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, wieder für eine Tätigkeit in der Altenpflege zu gewinnen?</p> <p>_____</p>
A255	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Welche innerbetrieblichen Möglichkeiten sehen Sie, um als guter Arbeitgeber für potentielle Bewerberinnen und Bewerber gesehen zu werden?</p> <p>_____</p>
A260	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssten aus Ihrer Sicht verändert werden, um die Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege zu verbessern?</p> <p>_____</p>

5. Einschätzung der Versorgungssituation in der Region

	<p>Thema 5: Einschätzung der Versorgungssituation in der Region</p> <p>In diesem Abschnitt würden wir gerne mehr über die Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region erfahren. Primär geht es hier um Ihre Einschätzung bzw. Wahrnehmung.</p>
A265	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie schätzen Sie die <u>aktuelle</u> Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region ein?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“</p>
_a	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_b	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_c	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_d	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_e	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
A270	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie schätzen Sie die Situation <u>zukünftig</u> in Ihrer Region ein?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“</p>

_a	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_b	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_c	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_d	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_e	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
A275	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Gibt es Ihrer Einschätzung nach Versorgungsengpässe für folgende Zielgruppen in Ihrer Region?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 3-stufiger Skala und „weiß nicht“: „ja“ – „teilweise“ – „nein“</p>
_a	Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
_b	Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich)
_c	Menschen mit psychischen Erkrankungen
_d	Menschen mit körperlicher Behinderung
_e	Menschen mit geistiger Behinderung
_f	Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma)
_g	Menschen mit HIV-Erkrankung
_h	Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson)
_i	Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.)
_j	Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf
_k	Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (beatmet/nicht beatmet)
_l	Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen
_m	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren
_n	Sonstige, und zwar: _____
A280	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Gibt es Ihrer Einschätzung nach ausreichend Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige in Ihrer Region?</p>
	<input type="checkbox"/> ja (1)

	<input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> keine Einschätzung möglich, ggf. Anmerkung: _____ (3)
--	--

6. Planung/Entwicklung vollstationäre Einrichtungen in Bayern

	Thema 6: Planungen/Entwicklungen Ihrer Pflegeeinrichtung Nachdem Sie soeben eine Einschätzung der Versorgungssituation in Ihrer Region vorgenommen haben, geht es in den folgenden Fragen um die zukünftige Entwicklung Ihrer vollstationären Dauerpflegeeinrichtung bzw. damit einhergehende Planungen Ihres Trägers.
A285	PROG: alle Gruppen Plant Ihr Träger in den nächsten 5 Jahren eine Veränderung der vollstationären Kapazitäten?
	<input type="checkbox"/> ja – Erhöhung, um (Anzahl Plätze): ____ (1) <input type="checkbox"/> ja – Verringerung, um (Anzahl Plätze): ____ (2) <input type="checkbox"/> nein, Anmerkung: _____ (3) <input type="checkbox"/> noch ungewiss – eher Erhöhung (4) <input type="checkbox"/> noch ungewiss – eher Verringerung (5) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (6)
A290	PROG: IF A285 = 2 A285 = 5 Aus welchen Gründen werden Sie bzw. Ihr Träger ggf. vollstationäre Plätze abbauen müssen? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Einzelzimmerquote nach § 4 Abs. 3 Satz 1 AVPfleWoqG/Umbaumaßnahmen
_b	Fachkräftemangel
_c	Schließung der Einrichtung
_d	Sonstiges: _____
A295	PROG: alle Gruppen Planen Sie bzw. Ihr Träger in Ihrer Pflegeeinrichtung die Angebote für Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen zukünftig auszuweiten?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein bzw. noch unklar (2)
A300	PROG: IF A295 = 1 Bitte kreuzen Sie an, für welche Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen Sie planen Ihr Angebot auszuweiten: (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen

_b	Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich)
_c	Menschen mit psychischen Erkrankungen
_d	Menschen mit körperlicher Behinderung
_e	Menschen mit geistiger Behinderung
_f	Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma)
_g	Menschen mit HIV-Erkrankung
_h	Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson)
_i	Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.)
_j	Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf
_k	Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (beatmet/nicht beatmet)
_l	Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen
_m	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren
_n	Sonstige, und zwar: _____

7. Soziodemografische Angaben

	<p>Thema 7: Soziodemografische Angaben</p> <p>Abschließend würden wir gerne von Ihnen wissen, in welcher Position Sie in Ihrer Einrichtung tätig sind und wie lange Sie bereits im Bereich stationäre Pflege arbeiten.</p>
A305	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>In welcher Position/welchem Bereich sind Sie vorwiegend in Ihrer Einrichtung tätig?</p>
	<p><input type="checkbox"/> Geschäftsführung/Einrichtungsleitung (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung (einschl. Stellvertretung) (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnbereichsleitung (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Controlling (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Sozialdienst (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Verwaltung (dazu gehört u. a. Qualitätsmanagement) (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte nennen: _____ (7)</p>
A310	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie lange sind Sie bereits im Bereich stationäre Pflege tätig?</p>
	<p><input type="checkbox"/> weniger als 5 Jahre (1)</p> <p><input type="checkbox"/> 5 bis 10 Jahre (2)</p>

	<input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre (3)
A315	PROG: alle Gruppen Haben Sie sonstige Anmerkungen oder Hinweise rund um das Thema Pflege und deren Weiterentwicklung, die Sie uns abschließend mitteilen möchten?

A3 Anhang 3: Fragebogen teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Startseite

Herzlich Willkommen zur Befragung der teilstationären Einrichtungen in Bayern!

Die Befragung und Auswertung erfolgen anonym und unter strengster Beachtung des Datenschutzes. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind nicht möglich, d. h. es werden keine Ergebnisse bezogen auf einzelne Personen bzw. teilstationäre Einrichtungen dargestellt. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile für Ihre Einrichtung mit sich. Genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der [Datenschutzerklärung](#).

Sie können die **Befragung ohne Passwort, durch einen Klick auf den grünen Button, beginnen**. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, **notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile** angezeigt wird.

Bitte füllen Sie den Fragebogen **bis zum 13.03.2020** aus.

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte: pflgebefragung@iges.com.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einleitung

Willkommen zur Befragung der teilstationären Einrichtungen!

Für die Bearbeitung des Fragebogens ist ein Überblick über die gesamten Abläufe Ihrer Einrichtung von Vorteil. Der Fragebogen sollte deshalb nach Möglichkeit von einer Person ausgefüllt werden, die den besten Überblick über alle betrieblichen Prozesse hat (Leitungsebene).

Sofern Sie für mehrere teilstationäre Einrichtungen zuständig sind, bitten wir Sie für jede Einrichtung getrennt einen Fragebogen auszufüllen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird in etwa 25 Minuten in Anspruch nehmen und umfasst folgende Themenbereiche:

7. Allgemeine Angaben zu Ihrer Tagespflege
8. Kapazitäten und Auslastung
9. Struktur der Gäste und Zielgruppen
10. Personal
11. Einschätzung der Versorgungssituation in der Region
12. Entwicklung/zukünftige Planungen Ihrer Tagespflege

Befragung

1. Strukturdaten der teilstationären Einrichtungen in Bayern

	Thema 1: Allgemeine Angaben zu Ihrer Tagespflegeeinrichtung Zunächst bitten wir Sie, einige allgemeine Angaben zu Ihrer Tagespflege vorzunehmen. Sofern Sie für mehrere solitäre Tagespflegeeinrichtungen zuständig sind, bitten wir Sie für jede Einrichtung separat einen Fragebogen auszufüllen.
A005	In welchem Kreis bzw. welcher kreisfreien Stadt ist Ihre Tagespflege ansässig?
	96 Kreise
A010	In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Tagespflege?
	<input type="checkbox"/> öffentliche Trägerschaft (1) <input type="checkbox"/> freigemeinnützige Trägerschaft (2) <input type="checkbox"/> private Trägerschaft (3)
A015	Bei unserer Tagespflege handelt es sich um eine ...
	<input type="checkbox"/> solitäre Tagespflegeeinrichtung. (1) <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung mit eingestreuten Tagespflegeplätzen. (2)
A020	Seit wann besteht das Tagespflegeangebot?
	<input type="checkbox"/> vor bzw. im Jahr 2017 (1) (PROG: Gruppe 1) <input type="checkbox"/> seit 2018 (2) (PROG: Gruppe 2) <input type="checkbox"/> seit 2019 bzw. vor Kurzem (3) (PROG: Gruppe 3)

2. Kapazitäten und Auslastung teilstationäre Einrichtungen in Bayern

	Thema 2: Kapazitäten und Auslastung Ihrer Tagespflege In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen zur aktuellen Versorgungssituation, im Speziellen der Kapazitäten und der Auslastung Ihrer Tagespflege, erfahren.
	Filter für die folgenden Fragen berücksichtigen: Gruppe 1: A020 = 1 Gruppe 2: A020 = 2 Gruppe 3: A020 = 3
A025	PROG: Gruppe 1 Bitte geben Sie die Anzahl der Tagespflegeplätze in Ihrer Einrichtung am <u>Stichtag 31.12.2017</u> an:
	Anzahl der Tagespflegeplätze am 31.12.2017: _____
A027	PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2

	Bitte geben Sie die Anzahl der Tagespflegeplätze in Ihrer Einrichtung am Stichtag 31.12.2018 an:
	Anzahl der Tagespflegeplätze am 31.12.2018: _____
A030	PROG: Gruppe 1 Wie waren Ihre Tagespflegeplätze im Jahr 2017 im Durchschnitt ausgelastet?
	Unsere Tagespflegeplätze waren im Jahr 2017: <input type="checkbox"/> ...in der Regel voll ausgelastet. (1) <input type="checkbox"/> ...nicht immer voll ausgelastet. (2)
A032	PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 Wie waren Ihre Tagespflegeplätze im Jahr 2018 im Durchschnitt ausgelastet?
	Unsere Tagespflegeplätze waren im Jahr 2018: <input type="checkbox"/> ...in der Regel voll ausgelastet. (1) <input type="checkbox"/> ...nicht immer voll ausgelastet. (2)
A035	PROG: Gruppe 1 Mussten Anfragen nach Tagespflegeplätzen im Jahr 2017 abgewiesen werden?
	<input type="checkbox"/> ja, häufig (1) <input type="checkbox"/> ja, manchmal (2) <input type="checkbox"/> nein (3) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (4)
A037	PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 Mussten Anfragen nach Tagespflegeplätzen im Jahr 2018 abgewiesen werden?
	<input type="checkbox"/> ja, häufig (1) <input type="checkbox"/> ja, manchmal (2) <input type="checkbox"/> nein (3) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (4)
A040	PROG: IF A035 = 1 A035 = 2 A037 = 1 A037 = 2 Aus welchen Gründen mussten Anfragen abgelehnt werden: (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	keine freien Plätze
_b	Personalengpässe/-mangel (Fachkraftquote)
_c	keine passenden Versorgungsangebote

_d	Sonstige Gründe, Bitte kurz erläutern: _____						
A045	<p>PROG: IF A040_c = true</p> <p>Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Anfragen zur Tagespflege ablehnen musste, weil keine passenden Versorgungsangebote vorhanden waren. In diesem Zuge würden wir gerne von Ihnen wissen, <u>welche Fälle/Bedarfe</u> Sie häufiger ablehnen mussten (z. B. bestimmte Altersgruppen, spezifische Versorgungsbedarfe, etc.)?</p>						
	Bitte erläutern Sie kurz: _____						
A046	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie schnell können freiwerdende Tagespflegeplätze im Durchschnitt wieder belegt werden?</p>						
	<input type="checkbox"/> innerhalb weniger Tage (1) <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Wochen (2) <input type="checkbox"/> bis zu 4 Wochen (3) <input type="checkbox"/> mehr als 4 Wochen (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht (5)						
A047	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Aus welchen Regionen stammen die <u>Anfragen</u> von Interessenten nach Tagespflegeplätzen in Ihrer Einrichtung?</p> <p>PROG: Tabelle mit 5-stufiger Skala und „weiß nicht“: „sehr häufig“ – „häufig“ – „weniger häufig“ – „nur vereinzelt“ – „nie“</p>						
		sehr häufig	häufig	weniger häufig	nur vereinzelt	nie	weiß nicht
	näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadtteile/Kreise)	(1a)	(1b)	(1c)	(1d)	(1e)	(1f)
	aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)	(2a)	(2b)	(2c)	(2d)	(2e)	(2f)
	aus ganz Bayern	(3a)	(3b)	(3c)	(3d)	(3e)	(3f)
	Regionen außerhalb Bayerns	(4a)	(4b)	(4c)	(4d)	(4e)	(4f)
A048	<p>PROG: IF A047 = 2a-2d A047 = 3a-3d A047 = 4a-4d</p> <p>Sofern Anfragen von weiter her kommen, d. h. nicht aus dem näheren Einzugsgebiet, welche Gründe werden dafür genannt?</p> <p>PROG: Tabelle mit 4er Skala und „weiß nicht“: „sehr häufig“ – „eher häufig“ – „eher selten“ – „nie“</p>						
_a	Interessenten geben an, die pflegebedürftige Person in der Nähe der Familie bzw. von Angehörigen unterbringen zu wollen.						

_b	Interessenten geben an, dass keine freien Tagespflegeplätze in Wohnortnähe bzw. im näheren Einzugsgebiet verfügbar sind.
_c	Interessenten geben an, kein passendes Versorgungsangebot in Wohnortnähe bzw. dem näheren Einzugsgebiet gefunden zu haben.
_d	Sonstiges, und zwar: _____
A050	PROG: alle Gruppen Bieten Sie Tagespflegeplätze auch am Wochenende (Samstag und/oder Sonntag) an?
	<input type="checkbox"/> Ja, dies gehört zu unserem regulären Angebot. (1) <input type="checkbox"/> Ja, aber nur in Einzelfällen bzw. nach Absprache. (2) <input type="checkbox"/> Nein. (3)
A055	PROG: alle Gruppen Verzeichnen Sie (größere) Schwankungen der Auslastung der Tagespflegeplätze im Wochenverlauf?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)
A060	PROG: IF A055 = 1 An welchen Tagen ist die Nachfrage nach Tagespflegeplätzen besonders hoch? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Montag
_b	Dienstag
_c	Mittwoch
_d	Donnerstag
_e	Freitag
_f	Samstag
_g	Sonntag
_h	Kann ich nicht beantworten.
A065	PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 Verzeichnen Sie (größere) Schwankungen der Auslastung der Tagespflegeplätze im Jahresverlauf?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)

A070	<p>PROG: IF A065 = 1</p> <p>In welchen Monaten ist die Nachfrage nach Tagespflegeplätzen besonders hoch?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Januar
_b	Februar
_c	März
_d	April
_e	Mai
_f	Juni
_g	Juli
_h	August
_i	September
_j	Oktober
_k	November
_l	Dezember
_m	Kann ich nicht beantworten.
A075	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Können Sie den von den Tagespflegegästen bzw. Angehörigen gewünschten Betreuungsumfang (Anwesenheitstage pro Woche) in der Regel erfüllen?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, Bitte kurz begründen: _____ (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte kurz erläutern: _____ (3)</p>
A077	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie groß ist ungefähr der Umkreis, aus dem Ihre Tagespflegegäste kommen?</p> <p>[Gemeint ist der weiteste Weg, den ein Tagespflegegast zu Ihrer Einrichtung zurücklegen muss. Bitte geben Sie die Entfernung in km an (einfacher Weg).]</p>
	Der Radius beträgt schätzungsweise (Angabe in km): _____
A078	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Bietet Ihre Tagespflegeeinrichtung auch Nachtpflege/-betreuung an?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p>

A079	<p>PROG: IF A078 = 2</p> <p>Aus welchen Gründen bietet Ihre Einrichtung keine Nachtpflege/-betreuung an?</p> <p>_____</p>
A079a	<p>PROG: IF A078 = 2</p> <p>Gibt es Ihrer Wahrnehmung nach einen Bedarf an Nachtpflege/-betreuung in Ihrer Region?</p> <p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (3)</p>
A079b	<p>PROG: IF A078 = 1</p> <p>Wie viele Nachtpflegegäste betreut Ihre Einrichtung im Schnitt pro Monat?</p> <p>Anzahl der Nachtpflegegäste im Schnitt pro Monat: _____</p>
A079c	<p>PROG: IF A078 = 1</p> <p>Muss Ihre Einrichtung Anfragen nach Nachtpflege ablehnen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (3)</p>

3. Struktur der Tagespflegegäste und Zielgruppen teilstationäre Einrichtungen in Bayern

	<p>Thema 3: Struktur der Tagespflegegäste und Zielgruppen</p> <p>In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen zur Struktur der Tagespflegegäste sowie über die von Ihrer Einrichtung vorgehaltenen zielgruppenspezifischen Angebote bzw. Spezialisierungen für Tagespflegegäste erfahren.</p>
A080	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Bieten Sie in Ihrer Tagespflege auch Betreuung für Menschen mit pflegerischen Bedarfen unter 65 Jahren an?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, Anmerkung: _____ (2)</p>
A081	<p>PROG: IF A080 = 1</p> <p>Gibt es unterschiedliche Wartezeiten zwischen Tagespflegegästen in den Altersgruppen unter 65 Jahre und über 65 Jahre?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (2)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (3)</p>

A082	PROG: IF A080 = 1 Aus welchen Regionen erhalten Sie bzw. Ihre Einrichtung <u>Anfragen von Interessenten</u> für Tagespflegeplätze für Menschen mit pflegerischen Bedarfen unter 65 Jahre?						
		sehr häufig	häufig	weniger häufig	nur vereinzelt	nie	weiß nicht
	näheres Einzugsgebiet (z. B. umliegende Gemeinden/Stadteile/Kreise)	(1a)	(1b)	(1c)	(1d)	(1e)	(1f)
	aus weiter entfernten Regionen (> 50 km)	(2a)	(2b)	(2c)	(2d)	(2e)	(2f)
	aus ganz Bayern	(3a)	(3b)	(3c)	(3d)	(3e)	(3f)
	Regionen außerhalb Bayerns	(4a)	(4b)	(4c)	(4d)	(4e)	(4f)
A085	PROG: alle Gruppen Gibt es in Ihrer Tagespflege Angebote für folgende Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen: (PROG: Mehrfachauswahl)						
_a	Menschen mit Behinderung						
_b	Menschen mit demenziellen Erkrankungen						
_c	Menschen mit psychischen Erkrankungen						
_d	Sonstige, und zwar: _____						
_e	In unserer Einrichtung gibt es keine Angebote für Personengruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen.						
A090	PROG: alle Gruppen Gibt es in Ihrer Tagespflege spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund?						
	<input type="checkbox"/> ja, Anmerkung: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein, Anmerkung: _____ (2)						
A095	PROG: IF A090 = 1 Gibt es in Ihrer Tagespflege Angebote in anderen Sprachen?						
	<input type="checkbox"/> ja, Bitte geben Sie die Sprachen an: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein (2)						

4. Personal/Fachkräfte teilstationäre Einrichtungen in Bayern

Thema 4: Personalsituation in Ihrer Tagespflege In diesem Abschnitt möchten wir ergänzend zu den vorliegenden Daten mehr zur personellen Situation in Ihrer Tagespflege erfahren, wie z. B. zur
--

	Wiederbesetzung offener Stellen, dem Einsatz von Personal aus Fremdfirmen (Leasing) sowie über Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegepersonal.		
A100	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie viele Kräfte im Pflege- und Betreuungsbereich sind aktuell in Ihrer Einrichtung (Januar 2020) beschäftigt?</p> <p>Bitte geben Sie sowohl die Anzahl der Beschäftigten an als auch den entsprechenden Arbeitszeitumfang in Vollzeitstellen – getrennt nach Pflege- und Betreuungspersonal.</p> <p>Rechenbeispiel: Sie haben vier Beschäftigte im Pflegebereich, davon zwei in Vollzeit und zwei in Teilzeit. Bei den Teilzeitstellen umfasst eine 30 und eine 25 Wochenstunden. Je nach betrieblicher Regelung für die regelmäßige Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden oder 39 Stunden oder etc.) errechnet sich der Anteil der Teilzeitstellen wie folgt: Anzahl Wochenstunden Teilzeit/Anzahl Wochenstunden Vollzeit (z. B. 30 h/40 h = 0,75, 25 h/40 h = 0,625). Die vier Beschäftigten würden in diesem Beispiel zusammen 3,375 Vollzeitstellen entsprechen (2+0,75+0,625).</p> <p>Sollten Sie die Anzahl der Vollzeitstellen nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		
		Anzahl Beschäftigte	umgerechnet in Vollzeitstellen
	Pflegebereich:		
	Betreuungsbereich:		
A105	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Gibt es in Ihrer Tagespflege derzeit offene/unbesetzte Stellen?</p>		
		ja	nein
	Pflegebereich (1)	1a	1b
	Betreuungsbereich (2)	2a	2b
A110	<p>PROG: IF A105 = 1a IF A105 = 2a</p> <p>Wie viele offene/unbesetzte Stellen gibt es derzeit in Ihrer Tagespflege?</p> <p>Bitte geben Sie die Anzahl der offenen Stellen an als auch den entsprechenden Arbeitszeitumfang in Vollzeitstellen.</p> <p>Beispiel: Sie haben drei offene Stellen, davon eine in Vollzeit und zwei in Teilzeit. Bei den Teilzeitstellen ist eine mit 30 und eine mit 25 Wochenstunden. Je nach betrieblicher Regelung für die regelmäßige Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden oder 39 Stunden oder etc.) errechnet sich der Anteil der Teilzeitstellen wie folgt: Anzahl Wochenstunden Teilzeit/Anzahl Wochenstunden Vollzeit (z. B. 30 h/40 h = 0,75, 25 h/40 h = 0,625). Die drei offenen Stellen würden in diesem Beispiel zusammen 2,375 Vollzeitstellen entsprechen.</p> <p>Sollten Sie die Anzahl der Vollzeitstellen nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		

		Anzahl Stellen	umgerechnet in Vollzeitstellen
	PROG: IF A105 = 1a im Pflegebereich:		
	PROG: IF A105 = 2a im Betreuungsbereich:		
A120	PROG: alle Gruppen Wie lange ist eine offene Stelle im Pflege- und Betreuungsbereich in Ihrer Tagespflege durchschnittlich unbesetzt? Hinweis: Bitte nehmen Sie ggf. eine Schätzung vor.		
		Pflegebereich	Betreuungsbereich
	bis zu 4 Wochen		
	bis zu 3 Monaten		
	bis zu 6 Monaten		
	mehr als 6 Monate		
	weiß nicht		
A125	PROG: alle Gruppen Wird in Ihrer Tagespflege Personal aus Fremdfirmen (Leasing-Kräfte) eingesetzt?		
	<input type="checkbox"/> ja, regelmäßig/häufig (1) <input type="checkbox"/> ja, aber nur in Einzel-/Ausnahmefällen (2) <input type="checkbox"/> nein, bisher nicht (3)		
A130	PROG: alle Gruppen Werden Sie in Zukunft (mehr) Leasing-Kräfte einsetzen müssen, um den Personalbedarf in Ihrer Tagespflege decken zu können? Bitte nehmen Sie eine Einschätzung vor.		
	<input type="checkbox"/> ja, trifft zu (1) <input type="checkbox"/> ja, trifft eher zu (2) <input type="checkbox"/> nein, trifft eher nicht zu (3) <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht (5)		
A135	PROG: alle Gruppen Bilden Sie in Ihrer Tagespflege Pflegeschülerinnen und –schüler aus?		
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2) <input type="checkbox"/> aktuell noch nicht, aber wir sind in Planung bzw. haben dies vor (3)		
A140	PROG: IF A135 = 1		

	Konnte die Anzahl der in Ihrer Tagespflege angebotenen Ausbildungsplätze im aktuellen Ausbildungsjahr vollumfänglich besetzt werden?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2)
A145	PROG: alle Gruppen Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein: PROG: Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“ – „trifft eher zu“ – „trifft eher nicht zu“ – „trifft nicht zu“
_a	Die Ausbildungskapazität (Schulplätze) der schulischen Ausbildungsstätten der Altenpflege in unserer Region sichert im hohen Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab.
_b	Die Ausbildungsbereitschaft der in unserer Region tätigen Einrichtungen sichert im hohen Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab.
_c	Die Anzahl der Ausbildungsbewerberinnen und -bewerber für die Altenpflege in unserer Region sichert im hohen Maße die Bedarfe der Einrichtungen ab.
A150	PROG: alle Gruppen Es ist zu erwarten, dass sich die Engpässe in der Pflege verstärken. Welche Maßnahmen ergreifen bzw. planen Sie, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken?
	<input type="checkbox"/> bisher keine (1) <input type="checkbox"/> Wir führen durch bzw. planen folgende Maßnahmen., und zwar: _____ (2)
A155	PROG: alle Gruppen Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssten aus Ihrer Sicht verändert werden, um die Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege (nicht nur bezogen auf die Tagespflege) zu verbessern?

5. Einschätzung der Versorgungssituation in der Region

	Thema 5: Einschätzung der Versorgungssituation in der Region In diesem Abschnitt würden wir gerne mehr über die Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region erfahren. Primär geht es hier um Ihre Einschätzung bzw. Wahrnehmung.
A160	PROG: alle Gruppen Wie schätzen Sie die <u>aktuelle</u> Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region ein? PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“

_a	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_b	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_c	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_d	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_e	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
A165	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie schätzen Sie die Situation in Ihrer Region zukünftig ein?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“</p>
_a	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_b	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_c	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_d	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_e	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
A170	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Gibt es Ihrer Einschätzung nach Versorgungsengpässe (nicht nur in der Tagespflege) für folgende Zielgruppen in Ihrer Region?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 3-stufiger Skala und „weiß nicht“: „ja“ – „teilweise“ – „nein“</p>
_a	Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
_b	Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich)
_c	Menschen mit psychischen Erkrankungen
_d	Menschen mit körperlicher Behinderung
_e	Menschen mit geistiger Behinderung
_f	Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma)
_g	Menschen mit HIV-Erkrankung

_h	Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson)
_i	Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.)
_j	Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf
_k	Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege (beatmet/nicht beatmet)
_l	Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen
_m	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren
_n	Sonstige, und zwar: _____
A175	PROG: alle Gruppen Gibt es Ihrer Einschätzung nach ausreichend Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige in Ihrer Region?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> keine Einschätzung möglich, ggf. Anmerkung: _____ (3)

6. Planung/Entwicklung teilstationäre Einrichtungen in Bayern

	Thema 6: Planungen/Entwicklungen Ihrer Tagespflegeeinrichtung Nachdem Sie soeben eine Einschätzung der Versorgungssituation in Ihrer Region vorgenommen haben, geht es in den folgenden Fragen um die zukünftige Entwicklung Ihrer Tagespflege bzw. damit einhergehende Planungen Ihres Trägers.
A180	PROG: alle Gruppen Plant Ihr Träger in den nächsten 5 Jahren eine Veränderung der Kapazitäten in der Tagespflege?
	<input type="checkbox"/> ja – Erhöhung, um (Anzahl Plätze): ____ (1) <input type="checkbox"/> ja – Verringerung, um (Anzahl Plätze): ____ (2) <input type="checkbox"/> nein, Anmerkung: _____ (3) <input type="checkbox"/> noch ungewiss – eher Erhöhung (4) <input type="checkbox"/> noch ungewiss – eher Verringerung (5) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (6)
A185	PROG: IF A180 = 2 A180 = 5 Aus welchen Gründen werden Sie bzw. Ihr Träger ggf. Tagespflegeplätze abbauen müssen? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Personalmangel

_b	Schließung der Einrichtung
_c	Sonstiges: _____
A190	<p>PROG: IF A185_a = true</p> <p>Sie haben angegeben, dass Sie bzw. Ihr Träger ggf. Tagespflegeplätze aus Personalmangel abbauen muss. Sind in diesem Fall Engpässe beim Pflege- und/oder Betreuungspersonal zu erwarten?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Pflegepersonal
_b	Betreuungspersonal
A195	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Planen Sie in Ihrer Tagespflege die Angebote für Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen zukünftig auszuweiten?</p>
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein bzw. noch unklar (2)
A200	<p>PROG: IF A195 = 1</p> <p>Bitte kreuzen Sie an, für welche Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen Sie planen Ihr Angebot auszuweiten:</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
_b	Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich)
_c	Menschen mit psychischen Erkrankungen
_d	Menschen mit körperlicher Behinderung
_e	Menschen mit geistiger Behinderung
_f	Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma)
_g	Menschen mit HIV-Erkrankung
_h	Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson)
_i	Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.)
_j	Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf
_k	Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen
_l	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren
_m	Sonstige, und zwar: _____
A205	PROG: alle Gruppen

	Wie müsste sich Ihrer Meinung nach das Angebot der Tagespflege künftig entwickeln, um die Versorgungssituation im ambulanten Setting noch wirkungsvoller stärker zu können? (z. B. Öffnungszeiten, Inhalte der Betreuungsangebote, therapeutische Angebote, etc.)

7. Soziodemografische Angaben

	Thema 7: Soziodemografische Angaben Abschließend würden wir gerne von Ihnen wissen, in welcher Position Sie in Ihrer Einrichtung tätig sind und wie lange Sie bereits im Bereich der teilstationären Pflege arbeiten.
A210	PROG: alle Gruppen In welcher Position/welchem Bereich sind Sie vorwiegend in Ihrer Einrichtung tätig?
	<input type="checkbox"/> Geschäftsführung/Einrichtungsleitung (1) <input type="checkbox"/> Pflegeleitung (einschl. Stellvertretung) (2) <input type="checkbox"/> Verwaltung (dazu gehört u. a. Qualitätsmanagement) (3) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte nennen: _____ (4)
A215	PROG: alle Gruppen Wie lange sind Sie bereits im Bereich teilstationäre Pflege tätig?
	<input type="checkbox"/> weniger als 5 Jahre (1) <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Jahre (2) <input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre (3)
A220	PROG: alle Gruppen Haben Sie sonstige Anmerkungen oder Hinweise rund um das Thema Pflege und deren Weiterentwicklung, die Sie uns abschließend mitteilen möchten?

A4 Anhang 4: Fragebogen ambulante Pflegeeinrichtungen

Startseite

Herzlich Willkommen zur Befragung der ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen in Bayern!

Diese Befragung findet im Auftrag des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege statt. Hintergrund ist die Erstellung eines Gutachtens für den Bereich Pflege und die Pflegefachkräfte für die Jahre 2025 bis 2050 zum 30.06.2020.

Ein Begleitschreiben des Ministeriums finden sie [hier](#).

Die Befragung und Auswertung erfolgen anonym und unter strengster Beachtung des Datenschutzes. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind nicht möglich, d. h. es werden keine Ergebnisse bezogen auf einzelne Personen bzw. ambulanten Dienste dargestellt. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteil für Sie mit sich. Genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der [Datenschutzerklärung](#).

Sie können die **Befragung ohne Passwort, durch einen Klick auf den grünen Button, beginnen**. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, **notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile** angezeigt wird.

Bitte füllen Sie den Fragebogen **bis zum 09.03.2020** aus.

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte: pflegebefragung@iges.com.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einleitung

Willkommen zur Befragung der ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen!

Für die Bearbeitung des Fragebogens ist ein Überblick über die gesamten Abläufe Ihres Pflegedienstes bzw. Ihrer Sozialstation von Vorteil. Der Fragebogen sollte deshalb nach Möglichkeit von einer Person ausgefüllt werden, die den besten Überblick über alle betrieblichen Prozesse hat (Leitungsebene).

Sofern Sie für mehrere Pflegedienste bzw. Sozialstationen zuständig sind, bitten wir Sie für jeden ambulanten Pflegedienst getrennt einen Fragebogen auszufüllen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird in etwa 25 Minuten in Anspruch nehmen und umfasst folgende Themenbereiche:

13. Allgemeine Angaben zu Ihrem Pflegedienst
14. Kapazitäten und Auslastung
15. Klientenstruktur und Zielgruppen
16. Personal
17. Einschätzung der Versorgungssituation in der Region
18. Entwicklung/zukünftige Planungen Ihres Pflegedienstes

Befragung

1. Strukturdaten der ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen in Bayern

	<p>Thema 1: Allgemeine Angaben zur Ihrem Pflegedienst bzw. Ihrer Sozialstation</p> <p>Zunächst bitten wir Sie, einige allgemeine Angaben zu Ihrem Pflegedienst bzw. Ihrer Sozialstation vorzunehmen. Sofern Sie für mehrere Pflegedienste bzw. Sozialstationen zuständig sind, bitten wir Sie für jeden Pflegedienst getrennt einen Fragebogen auszufüllen.</p>
A005	In welchem Kreis bzw. welcher kreisfreien Stadt ist Ihr Pflegedienst ansässig?
	96 Kreise
A010	In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Pflegedienst?
	<input type="checkbox"/> öffentliche Trägerschaft (1) <input type="checkbox"/> freigemeinnützige Trägerschaft (2) <input type="checkbox"/> private Trägerschaft (3)
A015	<p>Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihren Pflegedienst zu?</p> <p>Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Unser Pflegedienst ist ein eigenständiger Pflegedienst mit ausschließlich ambulanten Versorgungsangeboten.
_b	Unser Pflegedienst ist Teil eines Verbundes (Träger mit mehreren Pflegeeinrichtungen).
A018	<p>PROG: IF A015_b = true</p> <p>Welche Leistungen werden von Ihrem Verbund angeboten?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	ausschließlich ambulante Leistungen
_b	teilstationäre Leistungen
_c	vollstationäre Leistungen
A020	<p>PROG: IF A015_b = true</p> <p>Welche weiteren Angebote hält Ihr Verbund vor?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Betreutes Wohnen
_b	Ambulant Betreute Wohngemeinschaften
_c	Eingliederungshilfe
_d	Sonstiges, Bitte benennen: _____

A025	Welche Leistungsarten bietet Ihr Pflegedienst an? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Leistungen nach SGB XI
_b	Leistungen nach SGB V
A030	Wann wurde Ihr Pflegedienst bzw. Ihre Sozialstation eröffnet?
	<input type="checkbox"/> vor bzw. im Jahr 2017 (1) (PROG: Gruppe 1) <input type="checkbox"/> im Jahr 2018 (2) (PROG: Gruppe 2) <input type="checkbox"/> im Jahr 2019 bzw. vor Kurzem (3) (PROG: Gruppe 3)

2. Kapazitäten und Auslastung ambulante Pflegedienste in Bayern

	Thema 2: Kapazitäten und Auslastung Ihres ambulanten Pflegedienstes In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen zur aktuellen Versorgungssituation, im Speziellen der Kapazitäten und der Auslastung Ihres Pflegedienstes, erfahren.
	Filter für die folgenden Fragen berücksichtigen: Gruppe 1: A030 = 1 Gruppe 2: A030 = 2 Gruppe 3: A030 = 3
A032	PROG: Gruppe 1 Wie viele Klientinnen und Klienten haben Sie bzw. Ihr Pflegedienst <u>im Dezember 2017</u> betreut/versorgt?
	Anzahl der betreuten Klientinnen und Klienten im Dezember 2017: _____
A033	PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2 Wie viele Klientinnen und Klienten haben Sie bzw. Ihr Pflegedienst <u>im Dezember 2018</u> betreut/versorgt?
	Anzahl der betreuten Klientinnen und Klienten im Dezember 2018: _____
A035	PROG: alle Gruppen Wie ist die generelle Auslastung Ihres Pflegedienstes? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	In der Regel können wir neue Kundinnen und Kunden aufnehmen.
_b	Wir müssen ab und zu Nachfragen neuer Kundinnen und Kunden ablehnen.
_c	Wir müssen häufig Nachfragen neuer Kundinnen und Kunden ablehnen.
_d	Wir haben bereits eine längere Warteliste.
_e	Sonstiges, und zwar: _____

A037	<p>PROG: IF A035_d = true</p> <p>Wie lang beträgt Ihrer Wahrnehmung nach ungefähr die Wartezeit bis Ihr Pflegedienst die Betreuung oder Versorgung eines Pflegebedürftigen übernehmen kann?</p>
	<p><input type="checkbox"/> innerhalb weniger Tage (1)</p> <p><input type="checkbox"/> bis zu 4 Wochen (2)</p> <p><input type="checkbox"/> bis zu 3 Monate (3)</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 3 Monate (4)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (5)</p>
A038	<p>PROG: IF A035_b = true A035_c = true</p> <p>Aus welchen Gründen mussten Anfragen abgelehnt werden?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Personalengpässe/-mangel
_b	keine passenden Versorgungsangebote fachlich und/oder organisatorisch (im pflegfachlichen Sinne)
_c	zu lange/weite Fahrtwege (räumliche Entfernung)
_d	Sonstige Gründe, Bitte kurz erläutern: _____
A040	<p>PROG: IF A038_b = true</p> <p>Sie haben angegeben, dass Ihr Pflegedienst Anfragen ablehnen musste, weil keine passenden Versorgungsangebote vorhanden waren. In diesem Zuge würden wir gerne von Ihnen wissen, <u>welche Fälle/Bedarfe</u> Sie häufiger ablehnen mussten (z. B. bestimmte Altersgruppen, spezifische Versorgungsbedarfe, etc.)?</p>
	Bitte erläutern Sie kurz: _____
A045	<p>PROG: Gruppe 1 oder Gruppe 2</p> <p>Schwankt Ihrer Wahrnehmung nach die Nachfrage nach ambulanter Pflege <u>im Jahresverlauf</u>?</p>
	<p><input type="checkbox"/> Ja. (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein. (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht. (3)</p>
A050	<p>PROG: IF A045 = 1</p> <p>Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe für die Schwankungen <u>im Jahresverlauf</u>?</p>

3. Klientenstruktur und Zielgruppen ambulante Pflegedienste in Bayern

	<p>Thema 3: Klientenstruktur und Zielgruppen</p> <p>In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen zu der Struktur der Klientinnen und Klienten sowie über die von Ihrem Pflegedienst vorgehaltenen zielgruppenspezifischen Angebote bzw. Spezialisierungen erfahren.</p>
A055	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Hat sich Ihr Pflegedienst auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert? (PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	Unser Pflegedienst hat sich auf keine bestimmte Zielgruppe spezialisiert.
_b	Kinder und Jugendliche
_c	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 und 65 Jahren (nur SGB XI Bezug)
_d	Menschen mit intensivpflegerischer Versorgung (einschl. außerklinischer Beatmung)
_e	Menschen mit psychischen Erkrankungen
_f	Palliativpflege
_g	Menschen mit Behinderungen
_h	Sonstige, Bitte nennen: _____
A060	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Ist Ihr Pflegedienst auf Menschen mit Migrationshintergrund spezialisiert (einschl. Angebote in anderen Sprachen)?</p>
	<input type="checkbox"/> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nein (2)
A065	<p>PROG: IF A060 = 1</p> <p>Sie haben angegeben, dass Ihr Pflegedienst auf Menschen mit Migrationshintergrund spezialisiert ist. Welche Herkunftsländer betrifft dies?</p>

4. Personal/Fachkräfte ambulante Pflegedienste in Bayern

	<p>Thema 4: Personalsituation in Ihrem Pflegedienst</p> <p>In diesem Abschnitt möchten wir ergänzend zu den vorliegenden Daten mehr zur personellen Situation in Ihrem Pflegedienst erfahren, wie z. B. zur Wiederbesetzung offener Stellen, dem Einsatz von Personal aus Fremdfirmen (Leasing) sowie über Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegepersonal.</p>
A070	PROG: alle Gruppen

	<p>Wie viele Beschäftigte sind aktuell in den folgenden Bereichen in Ihrem Pflegedienst tätig (Januar 2020)?</p> <p>Bitte geben Sie sowohl die Anzahl der Beschäftigten an als auch den entsprechenden Arbeitszeitumfang in Vollzeitstellen – getrennt nach Personal im Bereich körperbezogene Pflege und Betreuung.</p> <p>Rechenbeispiel: Sie haben vier Beschäftigte im Bereich der körperbezogenen Pflege, davon zwei in Vollzeit und zwei in Teilzeit. Bei den Teilzeitstellen umfasst eine 30 und eine 25 Wochenstunden. Je nach betrieblicher Regelung für die regelmäßige Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden oder 39 Stunden oder etc.) errechnet sich der Anteil der Teilzeitstellen wie folgt: Anzahl Wochenstunden Teilzeit/Anzahl Wochenstunden Vollzeit (z. B. 30 h/40 h = 0,75, 25 h/40 h = 0,625). Die vier Beschäftigten würden in diesem Beispiel zusammen 3,375 Vollzeitstellen entsprechen (2+0,75+0,625).</p> <p>Sollten Sie die Anzahl der Vollzeitstellen nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		
		Anzahl Beschäftigte	umgerechnet in Vollzeitstellen
	Personal im Bereich körperbezogene Pflege/Pflegedienstleitung:		
	Personal im Bereich Betreuung:		
A075	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Gibt es in Ihrem Pflegedienst derzeit offene/unbesetzte Stellen?</p>		
		Ja	Nein
	Personal im Bereich körperbezogene Pflege/Pflegedienstleitung (1)	1a	1b
	Personal im Bereich Betreuung (2)	2a	2b
A080	<p>Wie viele offene/unbesetzte Stellen gibt es derzeit in Ihrem Pflegedienst?</p> <p>Bitte geben Sie die Anzahl der offenen Stellen an als auch den entsprechenden Arbeitszeitumfang in Vollzeitstellen.</p> <p>Beispiel: Sie haben drei offene Stellen, davon eine in Vollzeit und zwei in Teilzeit. Bei den Teilzeitstellen ist eine mit 30 und eine mit 25 Wochenstunden. Je nach betrieblicher Regelung für die regelmäßige Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden oder 39 Stunden oder etc.) errechnet sich der Anteil der Teilzeitstellen wie folgt: Anzahl Wochenstunden Teilzeit/Anzahl Wochenstunden Vollzeit (z. B. 30 h/40 h = 0,75, 25 h/40 h = 0,625). Die drei offenen Stellen würden in diesem Beispiel zusammen 2,375 Vollzeitstellen entsprechen.</p> <p>Sollten Sie die Anzahl der Vollzeitstellen nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		
	<p>PROG: IF A075 = 1a</p>		

		Anzahl Stellen	umgerechnet in Vollzeitstellen
	offene Stellen im Bereich körperbezogene Pflege/Pflegedienstleitung:		
A085	PROG: IF A075 = 2a		
		Anzahl Stellen	umgerechnet in Vollzeitstellen
	offene Stellen im Bereich Betreuung:		
A090	PROG: alle Gruppen		
	Wie lange ist eine offene Stelle im Bereich körperbezogene Pflege/Pflegedienstleitung und Betreuung in Ihrem Pflegedienst durchschnittlich unbesetzt?		
	Hinweis: Bitte nehmen Sie ggf. eine Schätzung vor.		
		Personal im Bereich körperbezogene Pflege/Pflegedienstleitung	Personal im Bereich Betreuung
	bis zu 4 Wochen		
	bis zu 3 Monaten		
	bis zu 6 Monaten		
	mehr als 6 Monate		
	weiß nicht		
A095	PROG: alle Gruppen		
	Wird in Ihrem Pflegedienst Personal aus Fremdfirmen (Leasing-Kräfte) eingesetzt?		
	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig/häufig., Anmerkungen: _____ (1) <input type="checkbox"/> Ja, aber nur in Einzel-/Ausnahmefällen., Anmerkungen: _____ (2) <input type="checkbox"/> Nein, bisher nicht., Anmerkungen: _____ (3)		
A100	PROG: IF A095 = 1		
	Wie hoch ist der Anteil an Arbeitsstunden, der durch Leasingkräfte abgedeckt werden muss?		
	Beispiel: Bei einem Soll-Personal von 20 VK pro Monat wird an 15 Tagen eine Leasingkraft in Vollzeit eingesetzt. Das entspricht rund 2,5 % [15 Tage *100/(20*30 Tage)].		
	_____ Anteil in %.		
A105	PROG: alle Gruppen		
	Haben Sie in der Vergangenheit Pflegepersonal aus dem Ausland für Ihren Pflegedienst angeworben, um den Personalbedarf sichern zu können?		
	<input type="checkbox"/> Ja (1)		

	<input type="checkbox"/> Nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> Aktuell noch nicht, aber wir sind in Planung bzw. haben dies vor. (3)
A110	PROG: IF A105 = 1 A105 = 3 Aus welchem Land/Ländern haben bzw. planen Sie Pflegepersonal zu rekrutieren bzw. haben Sie rekrutiert? (gemeint sind hier ggf. nicht die Herkunftsländer der Geflüchteten)
	<input type="checkbox"/> EU, und zwar: _____ (1) <input type="checkbox"/> außerhalb der EU, und zwar: _____ (2)
A115	PROG: IF A105 = 1 War bzw. ist die Rekrutierungsmaßnahme aus Ihrer Sicht erfolgreich?
	<input type="checkbox"/> Ja, weil: _____ (1) <input type="checkbox"/> Nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> Eine Einschätzung ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht möglich. (3)
A120	PROG: alle Gruppen Bieten Sie in Ihrem Pflegedienst Ausbildungs-/Arbeitsmöglichkeiten für Geflüchtete an?
	<input type="checkbox"/> Ja., Bitte kurz erläutern: _____ (1) <input type="checkbox"/> Nein. (2) <input type="checkbox"/> Aktuell noch nicht, aber wir sind in Planung bzw. haben dies vor. (3)
A125	PROG: alle Gruppen Bilden Sie in Ihrem Pflegedienst Pflegeschülerinnen und -schüler aus?
	<input type="checkbox"/> Ja. (1) <input type="checkbox"/> Nein. (2) <input type="checkbox"/> Aktuell noch nicht, aber wir sind in Planung bzw. haben dies vor. (3)
A130	PROG: IF A125 = 1 Konnte die Anzahl der in Ihrem Pflegedienst angebotenen Ausbildungsplätze im aktuellen Ausbildungsjahr vollumfänglich besetzt werden?
	<input type="checkbox"/> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nein (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ (3)
A135	PROG: alle Gruppen Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein: PROG: Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“ – „trifft eher zu“ – „trifft eher nicht zu“ – „trifft nicht zu“

_a	Die Ausbildungskapazität (Schulplätze) der schulischen Ausbildungsstätten der Altenpflege in unserer Region sichert im hohen Maße die Bedarfe der ambulanten Pflegedienste ab.
_b	Die Ausbildungsbereitschaft der in unserer Region tätigen Einrichtungen sichert im hohen Maße die Bedarfe der Pflegedienste ab.
_c	Die Anzahl der Ausbildungsbewerberinnen und -bewerber für die Altenpflege in unserer Region sichert im hohen Maße die Bedarfe der Pflegedienste ab.
A140	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Bitte schätzen Sie die folgende Aussage ein:</p> <p>In unserer Region gibt es ein Potenzial an Pflegekräften, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, die mit geeigneten Maßnahmen wieder für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden können.</p>
	<input type="checkbox"/> trifft zu (1) <input type="checkbox"/> trifft eher zu (2) <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu (3) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht/keine Aussage möglich (5)
A145	<p>PROG: IF A140 = 1 A140 = 2</p> <p>Was wären aus Ihrer Sicht geeignete Maßnahmen, um Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, wieder für eine Tätigkeit in der Altenpflege zu gewinnen?</p>

A150	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Es ist zu erwarten, dass sich die Engpässe in der Pflege verstärken. Welche Maßnahmen ergreifen bzw. planen Sie, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken?</p>
	<input type="checkbox"/> Bisher keine. (1) <input type="checkbox"/> Wir führen durch bzw. planen folgende Maßnahmen., und zwar: _____ (2)
A155	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Welche innerbetrieblichen Möglichkeiten sehen Sie, um als guter Arbeitgeber für potentielle Bewerberinnen und Bewerber gesehen zu werden?</p>

A160	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssten aus Ihrer Sicht verändert werden, um die Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege (nicht nur bezogen auf die ambulante Pflege) zu verbessern?</p>

5. Einschätzung der Versorgungssituation in der Region

	<p>Thema 5: Einschätzung der Versorgungssituation in der Region</p> <p>In diesem Abschnitt würden wir gerne mehr über die Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region erfahren. Primär geht es hier um Ihre Einschätzung bzw. Wahrnehmung.</p>
A165	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie schätzen Sie die <u>aktuelle</u> Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region ein?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“</p>
_a	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_b	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_c	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_d	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_e	Das Angebot an alternativen Wohnformen (z.B. Betreutes Wohnen, etc.) in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_f	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
A170	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Wie schätzen Sie die <u>Situation zukünftig</u> in Ihrer Region ein?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“</p>
_a	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_b	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_c	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_d	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.

_e	Das Angebot an alternativen Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen, etc.) in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_f	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
A175	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Gibt es Ihrer Einschätzung nach Versorgungsengpässe für folgende Zielgruppen in Ihrer Region?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 3-stufiger Skala und „weiß nicht“: „ja“ – „teilweise“ – „nein“</p>
_a	Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
_b	Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich)
_c	Menschen mit psychischen Erkrankungen
_d	Menschen mit körperlicher Behinderung
_e	Menschen mit geistiger Behinderung
_f	Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma)
_g	Menschen mit HIV-Erkrankung
_h	Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson)
_i	Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.)
_j	Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf
_k	Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (einschl. außerklinischer Beatmung)
_l	Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen
_m	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren
_n	Sonstige, und zwar: _____
A180	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Gibt es Ihrer Einschätzung nach ausreichend Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige in Ihrer Region?</p>
	<input type="checkbox"/> Ja (1) <input type="checkbox"/> Nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> Keine Einschätzung möglich, Anmerkung: _____ (3)
A185	<p>PROG: alle Gruppen</p> <p>Welche Beobachtungen machen Sie als Pflegedienst bezüglich der Veränderung in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegerbedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren?</p>

	Quelle: vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (2016): Pflege-Thermometer 2016. PROG: Tabelle mit 3 –stufiger Skala und „weiß nicht“: „gestiegen“ – „gleichgeblieben“ – „gesunken“
_a	Die Anzahl der <u>Klientinnen und Klienten</u> , die außer dem Pflegedienst keine weitere Person am Tag sehen (z. B. Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, ...) ist ...
_b	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die mit der pflegerischen Versorgung zuhause überfordert erscheinen, ist ...
_c	Die Anzahl der <u>Klientinnen und Klienten</u> , die trotz der ambulanten Hilfe Probleme in der Aufrechterhaltung eines Haushalts haben (z. B. Verschmutzung der Wohnung, etc.), ist ...
_d	Die Anzahl der <u>Klientinnen und Klienten</u> , die neben den körperlichen Einschränkungen auch seelische Probleme aufweisen (z. B. Depression), ist ...
_e	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die durch die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder körperliche Einschränkungen aufweisen, ist ...
_f	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die durch die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder seelische Probleme aufweisen, ist ...
_g	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die angebotene Entlastungsleistungen nicht annehmen möchten, ist ...
_h	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die über Schwierigkeiten bei der Beantragung von Leistungen berichten (Ablehnung von Hilfsmitteln/Ablehnung einer Pflegegraderhöhung), ist ...
_i	Die Anzahl der <u>Klientinnen und Klienten</u> , bei denen es aufgrund des Migrationshintergrundes zu Kommunikationsproblemen kommt, ist ...
_j	Die Anzahl der <u>Klientinnen und Klienten</u> , die vor Ort keinen Angehörigen haben, der mit in die Versorgung integriert ist, ist ...

6. Planung/Entwicklung ambulante Pflegedienste in Bayern

	Thema 5: Planungen/Entwicklungen Ihrem Pflegedienst Nachdem Sie soeben eine Einschätzung der Versorgungssituation auf Kreisebene vorgenommen haben, geht es in den folgenden Fragen um die zukünftige Entwicklung Ihres Pflegedienstes bzw. damit einhergehende Planungen Ihres Trägers.
A190	PROG: alle Gruppen Plant Ihr Träger in den nächsten 5 Jahren eine Veränderung der Kapazitäten?
	<input type="checkbox"/> Ja – Ausweitung des Versorgungsangebots (1) <input type="checkbox"/> Ja – Verringerung des Versorgungsangebots (2) <input type="checkbox"/> Nein, Anmerkung: _____ (3) <input type="checkbox"/> Noch ungewiss – eher Ausweitung des Versorgungsangebots (4)

	<input type="checkbox"/> Noch ungewiss – eher Verringerung (5), <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (6)
A195	PROG: IF A190 = 2 A190 = 5 Aus welchen Gründen werden Sie bzw. Ihr Träger ggf. Kapazitäten verringern?
_a	Fachkräftemangel
_b	Schließung des ambulanten Pflegedienstes
_c	Sonstiges: _____
A200	PROG: alle Gruppen Planen Sie in Ihrem Pflegedienst die Angebote für Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen zukünftig auszuweiten?
	<input type="checkbox"/> Ja. (1) <input type="checkbox"/> Nein bzw. noch unklar. (2)
A210	PROG: IF A200 = 1 Für welche Zielgruppen mit spezifischen Versorgungsbedarfen plant Ihr Pflegedienst das Angebot auszuweiten?

7. Soziodemografische Angaben

	Thema 7: Soziodemografische Angaben Abschließend würden wir gerne von Ihnen wissen, in welcher Position Sie in Ihrem Pflegedienst tätig sind und wie lange Sie bereits im Bereich ambulante Pflege arbeiten.
A215	PROG: alle Gruppen In welcher Position/welchem Bereich sind Sie vorwiegend in Ihrem Pflegedienst tätig?
	<input type="checkbox"/> Geschäftsführung (1) <input type="checkbox"/> pflegerische Leitung (2) <input type="checkbox"/> Geschäftsführung und pflegerische Leitung in Personalunion (3) <input type="checkbox"/> Verwaltung (dazu gehört u. a. Qualitätsmanagement) (4) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte nennen: _____ (5)
A220	PROG: alle Gruppen Wie lange sind Sie bereits im Bereich der ambulanten Pflege tätig?
	<input type="checkbox"/> weniger als 5 Jahre (1) <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Jahre (2) <input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre (3)

A225	PROG: alle Gruppen Haben Sie sonstige Anmerkungen oder Hinweise rund um das Thema Pflege und deren Weiterentwicklung, die Sie uns abschließend mitteilen möchten?

A5 Anhang 5: Fragebogen Beratungsstellen

Startseite

Herzlich Willkommen zur Befragung der Beratungsstellen in Bayern!

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat eine Untersuchung zum aktuellen Stand und den zukünftigen Bedarfen in Bayern bis zum Jahr 2050 in Auftrag gegeben, bezogen auf Pflegepersonal und Pflegeplätze. Diese Untersuchung wird von der IGES Institut GmbH in Kooperation mit der YOUSE GmbH und der Dr. Heilmaier & Partner GmbH durchgeführt.

Ein Begleitschreiben des Ministeriums finden Sie [hier](#).

Die Beantwortung des Fragebogens wird in etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen und umfasst folgende Themenbereiche:

19. Allgemeine Angaben
20. Personalausstattung
21. Beratungsgeschehen
22. Pflegeplatzgarantie
23. Versorgungssituation in der Region
24. Soziodemografische Angaben

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte: pflgebefragung@iges.com.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Sie können die **Befragung ohne Passwort, durch einen Klick auf den grünen Button, beginnen**. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, **notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile** angezeigt wird.

Datenschutz

Die im Rahmen der Befragung von Ihnen gemachten Angaben werden unter Beachtung der DSGVO streng vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich in aggregierter Form an den Auftraggeber (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) weitergegeben, d. h. es werden keine Ergebnisse bezogen auf einzelne Personen bzw. Beratungsstellen dargestellt bzw. berichtet.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihrer Fach-/Beratungsstelle keinerlei Nachteile. Genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer [Datenschutzerklärung](#).

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Kreis der Beratungsstelle, berufliche Qualifikation) im Rahmen der Durchführung der Online-Befragung vom IGES Institut genutzt werden, um entsprechende Auswertungen vorzunehmen. Einzelergebnisse, die auf eine Beratungsstelle oder Person zurückgeführt werden können, werden nicht be-

richtet. Alle personenbezogenen Daten werden bis spätestens einen Monat nach Abgabe des Gutachtens (voraussichtliche Abgabe: 30.06.2020), d. h. bis zum 31.07.2020, gelöscht.

Die Einwilligungserklärung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen z. B. per E-Mail an datenschutz@iges.com. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt rechtmäßig. Nach Ihrem Widerruf löschen wir Ihre Daten. Weitere Informationen finden Sie in den [Datenschutzhinweisen](#).

Ja, ich bin einverstanden.

Befragung

1. Strukturdaten der Fach-/Beratungsstellen in Bayern

	Thema 1: Allgemeine Angaben zu Ihrer Fach-/Beratungsstelle Zunächst bitten wir Sie, einige allgemeine Angaben zu Ihrer Beratungsstelle vorzunehmen.
A005	In welchem Kreis bzw. welcher kreisfreien Stadt befindet sich Ihr Ihre Fach-/Beratungsstelle?
	96 Kreise
A010	Um welche Art der Beratungsstelle handelt es sich bei Ihnen?
	<input type="checkbox"/> Pflegestützpunkt (1) <input type="checkbox"/> Fachstelle für pflegende Angehörige (2) <input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle (3)
A012	PROG: IF A010 = 2 Handelt es sich bei Ihrer Fachstelle um eine Haupt- oder eine Außenstelle?
	<input type="checkbox"/> Hauptstelle (1) <input type="checkbox"/> Außenstelle (2) <input type="checkbox"/> weiß nicht (3)
A015	PROG: IF A010 = 3 Bitte geben Sie den thematischen Schwerpunkt (z. B. Seniorinnen und Senioren, Wohnen, Menschen mit demenziellen Erkrankungen, u. s. w.) Ihrer Beratungsstelle an:
	Fachlicher/thematischer Schwerpunkt: _____

A020	<p>PROG: IF A010 = 2 A010 = 3</p> <p>Bitte geben Sie die Trägerschaft Ihrer Fach-/Beratungsstelle an:</p>
	<p><input type="checkbox"/> privat (1)</p> <p><input type="checkbox"/> freigemeinnützig (2)</p> <p><input type="checkbox"/> öffentlich/kommunal (3)</p> <p><input type="checkbox"/> mehrere Träger, Angabe der Trägerschaftsarten: _____ (4)</p>

2. Personalausstattung

	<p>Thema 2: Personalausstattung</p> <p>In diesem Abschnitt möchten wir gerne mehr zu den personellen Kapazitäten Ihrer Fach-/Beratungsstelle erfahren.</p>		
A022	<p>PROG: IF A010 = 2</p> <p>Mit welcher Personalausstattung ist Ihre Fachstelle für pflegende Angehörige besetzt?</p> <p>Hinweis: Sollten Sie die Anzahl der Beschäftigten für einen oder mehrere der unten genannten Bereiche nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		
		Anzahl Beschäftigte	
	Personal der Fachstelle insgesamt:	1a	
	Darunter ...		
	in Vollzeit	1b	
	in Teilzeit	1c	
A023	<p>PROG: IF A022_1c = 1-998</p> <p>Bitte spezifizieren Sie die Personalausstattung Ihrer Fachstelle im Teilzeitbereich:</p> <p>Hinweis: Sollten Sie die Anzahl der Stunden für einen oder beide Bereiche nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		
	Gesamtzahl der Stunden pro Woche für alle Teilzeitkräfte:		
	Regelarbeitszeit pro Woche (Angabe in Stunden):		
A025	<p>PROG: IF A010 = 1 A010 = 3</p> <p>Wie ist Ihre aktuelle Personalausstattung?</p> <p>Hinweis: Sollten Sie die Anzahl der Beschäftigten für einen oder mehrere der unten genannten Bereiche nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>		
		Anzahl Beschäftigte	
	Personalausstattung insgesamt:	1a	
	Darunter ...		
	in Vollzeit	1b	
	in Teilzeit	1c	

A027	<p>PROG: IF A025_1c = 1-998</p> <p>Bitte spezifizieren Sie die Personalausstattung Ihrer Beratungsstelle im Teilzeitbereich:</p> <p>Hinweis: Sollten Sie die Anzahl der Stunden für einen oder beide Bereiche nicht angeben können, tragen Sie bitte den Wert „999“ ein.</p>	
	<p>Gesamtzahl der Stunden pro Woche für alle Teilzeitkräfte:</p>	
	<p>Regelarbeitszeit pro Woche (Angabe in Stunden):</p>	
A030	<p>Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die Beratungsaufgaben mit den vorhandenen Personalkapazitäten erfüllt werden können:</p> <p>„Es steht immer ausreichend Zeit für die Beratung zur Verfügung.“</p>	
	<p><input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu (1)</p> <p><input type="checkbox"/> trifft eher zu (2)</p> <p><input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu (3)</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (4)</p>	
A035	<p>Wie hat sich das Beratungsaufkommen in den letzten drei Jahren entwickelt?</p>	
	<p><input type="checkbox"/> deutlich gestiegen (1)</p> <p><input type="checkbox"/> leicht gestiegen (2)</p> <p><input type="checkbox"/> relativ konstant (3)</p> <p><input type="checkbox"/> leicht rückläufig (4)</p> <p><input type="checkbox"/> rückläufig (5)</p>	
A040	<p>Wie müsste sich, mit Blick auf die Zukunft, Ihrer Einschätzung nach die Personalausstattung Ihrer Fach-/Beratungsstelle verändern?</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Die Personalausstattung unserer Fach-/Beratungsstelle müsste sich in Zukunft erhöhen. (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Die Personalausstattung unserer Fach-/Beratungsstelle kann auch in Zukunft unverändert bleiben. (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Die Personalausstattung unserer Fach-/Beratungsstelle müsste sich in Zukunft verringern. (3)</p>	
A045	<p>PROG: IF A040 = 1</p> <p>Um wie viele Stellen(anteile) müsste sich die Personalausstattung Ihrer Fach-/Beratungsstelle erhöhen?</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Die Personalausstattung müsste sich erhöhen um _____ Vollzeitstelle(n). (1)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (2)</p>	

3. Beratungsgeschehen

	Thema 3: Beratungsgeschehen In diesem Abschnitt möchten wir gerne etwas mehr über die Suche nach geeigneten Pflegeangeboten erfahren.
A050	Wie häufig wünschen sich die Klientinnen und Klienten Ihre Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot (Dauer-/Kurzzeit-/Tagespflegeplatz oder ambulanter Dienst)?
	<input type="checkbox"/> sehr häufig (1) <input type="checkbox"/> häufig (2) <input type="checkbox"/> ab und zu (3) <input type="checkbox"/> eher selten (4) <input type="checkbox"/> nie (5) <input type="checkbox"/> trifft auf unsere Fach-/Beratungsstelle nicht zu (6)
A052	Es kommen schätzungsweise <u>XXX Anfragen pro Woche</u> mit der Bitte um Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz.
	Bitte tragen Sie, falls möglich, die geschätzte Anzahl der Anfragen pro Woche hier ein: ___ (Anzahl) Anfragen pro Woche (1) <input type="checkbox"/> weiß nicht (2)
A055	PROG: IF A050 = 1 A050 = 2 A050 = 3 A050 = 4 Unterstützen Sie aktiv Ihre Klientinnen und Klienten bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein (2)
A060	PROG: IF A055 = 1 Wie unterstützen Sie Ihre Klientinnen und Klienten bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Weitergabe von Adressen der regional vorhandenen Angebote
_b	Wir nehmen selbst Kontakt zu entsprechenden Anbietern auf.
_c	Verweis an eine andere Beratungsstelle
_d	Sonstiges, Bitte nennen: _____
A065	Haben Sie einen relativ aktuellen Überblick über freie Kapazitäten in Bezug auf die Pflegeangebote in Ihrer Region?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> teilweise (2) <input type="checkbox"/> nein (3)

A070	<p>PROG: IF A065 = 1 A065 = 2</p> <p>Woher erhalten Sie aktuelle Informationen zu freien Kapazitäten in Bezug auf die Pflegeangebote?</p> <p>(PROG: Mehrfachauswahl)</p>
_a	von den Anbietern selbst
_b	durch eigene Recherchen und Nachfragen
_c	durch Rückmeldung von anderen Stellen, und zwar: _____
_c	Sonstiges, Bitte nennen: _____
A075	<p>Gibt es eine regionale Datenbank mit Informationen zu freien Kapazitäten in Bezug auf die Pflegeangebote in der Region, wie z. B. eine Pflegeplatz-/Pflegebörse, o. ä.?</p>
	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein (2)
A080	<p>PROG: IF A075 = 1</p> <p>Wer betreibt diese Datenbank?</p>
	<input type="checkbox"/> Bitte nennen: _____ (1) <input type="checkbox"/> weiß nicht (2)
A085	<p>PROG: IF A075 = 1</p> <p>Sind Ihrer Einschätzung nach die Daten/Informationen zuverlässig und aktuell?</p>
	<input type="checkbox"/> ja, immer (1) <input type="checkbox"/> meistens (2) <input type="checkbox"/> eher nicht (3) <input type="checkbox"/> weiß nicht (4)
A090	<p>PROG: IF A075 = 1</p> <p>Besteht Ihres Wissens nach für die Einrichtungen eine Verbindlichkeit bei der Meldung freier Kapazitäten?</p>
	<input type="checkbox"/> Es gibt eine entsprechende Vereinbarung, an die sich die Einrichtung halten müssen. (1) <input type="checkbox"/> Die Meldung der Einrichtungen erfolgt unverbindlich und freiwillig. (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ (3) <input type="checkbox"/> weiß nicht (4)
A095	<p>PROG: IF A075 = 1</p> <p>Entsprechen Inhalte und Funktionalität der Datenbank Ihren Bedürfnissen in der täglichen Arbeit?</p>

	<input type="checkbox"/> ja, voll und ganz (1) <input type="checkbox"/> nur teilweise (2) <input type="checkbox"/> kaum (3) <input type="checkbox"/> weiß nicht (4)
A100	PROG: IF A075 = 1 Welche konkreten Verbesserungsvorschläge hätten Sie in Bezug auf die Datenbank?
	<input type="checkbox"/> Bitte nennen: _____ (1) <input type="checkbox"/> weiß nicht (2)
A105	PROG: IF A075 = 1 Wie häufig müssten Ihrer Einschätzung nach freie Kapazitäten gemeldet werden?
	<input type="checkbox"/> täglich (1) <input type="checkbox"/> wöchentlich (2) <input type="checkbox"/> 14-tägig (3) <input type="checkbox"/> monatlich (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht (5)
A110	PROG: IF A060_b = true A060_d = true Bitte schätzen Sie ein, wie erfolgreich Sie bei der Suche nach passenden Anbietern sind: „Mir gelingt es immer passende Pflegeangebote zu finden.“
	<input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu (1) <input type="checkbox"/> trifft eher zu (2) <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu (3) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (4) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (5)
A115	PROG: IF A060_b = true A060_d = true Wie häufig gelingt es Ihnen, einen Pflegeplatz zu finden?
	<input type="checkbox"/> in weniger als einem Viertel aller Fälle (1) <input type="checkbox"/> in weniger als der Hälfte aller Fälle (2) <input type="checkbox"/> in mehr als der Hälfte aller Fälle (3) <input type="checkbox"/> in ca. drei Viertel aller Fälle (4) <input type="checkbox"/> in (fast) allen Fällen (5) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (6)

A120	<p>PROG: IF A055 = 1</p> <p>Wie hat sich Ihrer Wahrnehmung nach der Zeitaufwand für die Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot entwickelt?</p>
	<p>Der Zeitaufwand für die Suche nach freien Plätzen hat ...</p> <p><input type="checkbox"/> stark zugenommen. (1)</p> <p><input type="checkbox"/> leicht zugenommen. (2)</p> <p><input type="checkbox"/> ist unverändert geblieben. (3)</p> <p><input type="checkbox"/> leicht abgenommen. (4)</p> <p><input type="checkbox"/> abgenommen. (5)</p>

4. Geplante Pflegeplatzgarantie

	<p>Thema 4: geplante Pflegeplatzgarantie</p> <p>Der Bayerische Ministerrat hat im September 2018 beschlossen, innerhalb von fünf Jahren einen Rechtsanspruch auf einen Pflegeplatz für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 in Bayern zu schaffen (Pflegeplatzgarantie).</p> <p>Begleitend zur Umsetzung dieses Rechtsanspruchs würde es den Kommunen obliegen ihren Bürgerinnen und Bürgern geeignete Plätze zu vermitteln. Es gilt zu klären, wie diese Vermittlungsaufgaben umgesetzt werden könnten.</p>
A125	<p>Könnten Sie sich aus Sicht Ihrer Fach-/Beratungsstelle grundsätzlich vorstellen solch eine Vermittlungsaufgabe zu übernehmen?</p>
	<p><input type="checkbox"/> ja (1)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (2)</p>
A130	<p>PROG: IF A125 = 1</p> <p>Es ist vorstellbar, dass die konkrete Ausgestaltung der Vermittlungsaufgabe mit einer Verpflichtung der Einrichtungen zur Meldung freier Pflegeangebote/-plätze mittels online-gestütztem Tool (z. B. Pflegeplatzbörse) umgesetzt wird.</p> <p>Könnten Sie Ihrer Einschätzung nach unter den genannten Voraussetzungen mit der aktuell vorhandenen Personalausstattung diese Vermittlungsaufgabe leisten?</p>
	<p><input type="checkbox"/> Ja, das vorhandene Personal wäre wahrscheinlich ausreichend dafür. (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, dafür müsste unsere Personalausstattung voraussichtlich erweitert werden. (2)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (3)</p>

A135	<p>PROG: IF A130 = 2</p> <p>Um wie viele Stellen(anteile) müsste Ihre Personalausstattung Ihrer Einschätzung nach erweitert werden?</p>
	<p><input type="checkbox"/> schätzungsweise um mind. _____ Vollzeitstelle(n) (1)</p> <p><input type="checkbox"/> weiß nicht (2)</p>

5. Einschätzung der Versorgungssituation in der Region

	<p>Thema 5: Einschätzung der Versorgungssituation in der Region</p> <p>In diesem Abschnitt würden wir gerne mehr über die Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region erfahren. Primär geht es hier um Ihre Einschätzung bzw. Wahrnehmung.</p>
A140	<p>Wie schätzen Sie die <u>aktuelle</u> Versorgungssituation in der Pflege in Ihrer Region ein?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“</p>
_a	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_b	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_c	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_d	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_e	Das Angebot an alternativen Wohnformen (z.B. Betreutes Wohnen, etc.) in unserer Region ist derzeit ausreichend.
_f	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region ist derzeit ausreichend.
A145	<p>Wie schätzen Sie die Situation <u>zukünftig</u> in Ihrer Region ein?</p> <p>PROG: Antworten in einer Tabelle mit 4-stufiger Skala und „weiß nicht“: „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“</p>
_a	Das Angebot an ambulanten Pflegediensten in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_b	Das Angebot an Tagespflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_c	Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_d	Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
_e	Das Angebot an alternativen Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen, etc.) in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.

_f	Das Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen in unserer Region wird bis zum Jahr 2025 ausreichend sein.
A150	Gibt es Ihrer Einschätzung nach Versorgungsengpässe, d. h. kein Pflegeplatz bzw. Pflegeangebot, für folgende Zielgruppen in Ihrer Region? PROG: Antworten in einer Tabelle mit 3-stufiger Skala und „weiß nicht“: „ja“ – „teilweise“ – „nein“
_a	ältere Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (einschl. Demenz)
_b	Menschen mit Unterbringungsbeschluss (beschützender Bereich)
_c	Menschen mit psychischen Erkrankungen
_d	Menschen mit körperlicher Behinderung
_e	Menschen mit geistiger Behinderung
_f	Menschen mit besonders hohen pflegerischen Bedarfen (z. B. Wachkoma)
_g	Menschen mit HIV-Erkrankung
_h	Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. MS, Chorea Huntington, Parkinson)
_i	Menschen mit Infektionskrankheiten (MRSA o. ä.)
_j	Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf
_k	Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen (einschl. außerklinischer Beatmung)
_l	Kinder und Jugendliche mit pflegerischen Bedarfen
_m	(junge) Erwachsene mit pflegerischen Bedarfen zwischen 18 bis ca. 65 Jahren
_n	Sonstige, und zwar: _____
_o	weiß nicht
A155	Gibt es Ihrer Einschätzung nach ausreichend Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige in Ihrer Region?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> keine Einschätzung möglich, Anmerkung: _____ (3)
A160	Welche Beobachtungen machen Sie als Fach-/Beratungsstelle bezüglich der Veränderung in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit in den vergangenen Jahren? Quelle: vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (2016): Pflege-Thermometer 2016. PROG: Tabelle mit 3-stufiger Skala und „weiß nicht“: „gestiegen“ – „gleichgeblieben“ – „gesunken“

_a	Die Anzahl der <u>Pflegebedürftigen</u> , die außer dem Pflegedienst keine weitere Person am Tag sehen (z. B. Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, ...) ist ...
_b	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die mit der pflegerischen Versorgung zuhause überfordert erscheinen, ist ...
_c	Die Anzahl der <u>Pflegebedürftigen</u> , die trotz der ambulanten Hilfe Probleme in der Aufrechterhaltung eines Haushalts haben (z. B. Verschmutzung der Wohnung, etc.), ist ...
_d	Die Anzahl der <u>Pflegebedürftigen</u> , die neben den körperlichen Einschränkungen auch seelische Probleme aufweisen (z. B. Depression), ist ...
_e	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die durch die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder körperliche Einschränkungen aufweisen, ist ...
_f	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die durch die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder seelische Probleme aufweisen, ist ...
_g	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die angebotene Entlastungsleistungen nicht annehmen möchten, ist ...
_h	Die Anzahl der <u>Angehörigen</u> , die über Schwierigkeiten bei der Beantragung von Leistungen berichten (Ablehnung von Hilfsmitteln/Ablehnung einer Pflegegraderhöhung), ist ...
_i	Die Anzahl der <u>Pflegebedürftigen</u> , bei denen es aufgrund des Migrationshintergrundes zu Kommunikationsproblemen kommt, ist ...
_j	Die Anzahl der <u>Pflegebedürftigen</u> , die vor Ort keinen Angehörigen haben, der mit in die Versorgung integriert ist, ist ...

6. Soziodemografische Angaben

	Thema 6: Soziodemografische Angaben Abschließend würden wir gerne von Ihnen wissen ...
A165	Wie lautet Ihre berufliche Grundqualifikation?
	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft (Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflege) (1) <input type="checkbox"/> Sozialarbeiterin/-arbeiter (2) <input type="checkbox"/> Sozialpädagogin/-pädagoge (3) <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsfachangestellte/-fachangestellter (4) <input type="checkbox"/> Verwaltungsfachangestellte/-angestellter (5) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte nennen: _____ (6)
A170	Wie lange sind Sie bereits in der Beratung in Ihrer Region tätig?
	<input type="checkbox"/> weniger als 5 Jahre (1) <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Jahre (2) <input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre (3)

A175	Haben Sie sonstige Anmerkungen oder Hinweise rund um das Thema Pflege und deren Weiterentwicklung, die Sie uns abschließend mitteilen möchten?

A6 Anhang 6: Fragebogen Berufsfachschulen im Gesundheitswesen

Startseite

Herzlich Willkommen zur Befragung der Berufsfachschulen im Gesundheitswesen in Bayern!

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat eine Untersuchung zum aktuellen Stand und den zukünftigen Bedarfen in Bayern bis zum Jahr 2050 in Auftrag gegeben, bezogen auf **Pflegepersonal** und Pflegeplätze. Diese Untersuchung wird vom IGES Institut GmbH in Kooperation mit der YOUSE GmbH sowie der Dr. Heilmaier & Partner GmbH durchgeführt. Ein Begleitschreiben des Ministeriums finden Sie [hier](#).

Die Befragung wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus am 14.02.2020 (Aktenzeichen: IV.7-BO9106/110/9) genehmigt. Das Dokument finden Sie [hier](#).

Mit diesem Fragebogen möchten wir ein umfassendes Verständnis der aktuellen Situation der Pflegeausbildung in Ihrer Ausbildungsstätte bzw. Ihrer Region erhalten sowie eine realistische Abschätzung zukünftiger Entwicklungen. Die Ergebnisse der Befragung werden in einem abschließenden Gutachten festgehalten.

Falls Sie für mehrere Berufsfachschulen/Standorte zuständig sind, füllen Sie bitte nur einen Fragebogen pro Schule aus.

Die Beantwortung der Fragen nimmt ca. 20 Minuten in Anspruch und umfasst folgende Themenbereiche:

1. Strukturdaten der Berufsfachschule
2. Entwicklung in den letzten Jahren
3. Kooperation mit der Praxis
4. Generalistik und Ausblick
5. Soziodemografische Angaben

Sollten Sie Fragen haben, kontaktieren Sie bitte: Claudia Pflug, 030 230809454 oder pflegebefragung@iges.com.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Sie können die **Befragung ohne Passwort, durch einen Klick auf den grünen Button, beginnen**. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, **notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile** angezeigt wird.

Datenschutz

Die im Rahmen der Befragung von Ihnen gemachten Angaben werden unter Beachtung der DSGVO streng vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich in aggregierter Form an den Auftraggeber weitergegeben, d. h. es werden keine Ergebnisse bezogen auf einzelne Personen bzw. Berufsfachschulen dargestellt bzw. berichtet.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Ihnen entstehen bei Nicht-Teilnahme keinerlei Nachteile. Genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer [Datenschutzerklärung](#).

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Kreis der Berufsfachschule, Position in der Schule) im Rahmen der Durchführung der Online-Befragung vom IGES Institut genutzt werden, um entsprechende Auswertungen vorzunehmen. Einzelergebnisse, die auf eine Berufsfachschule oder Person zurückgeführt werden können, werden nicht berichtet. Alle personenbezogenen Daten werden bis spätestens einen Monat nach Projektabschluss (voraussichtlicher Projektabschluss: 30.06.2020), d. h. bis zum 31.07.2020, gelöscht.

Die Einwilligungserklärung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen z. B. per E-Mail an datenschutz@iges.com. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt rechtmäßig. Nach Ihrem Widerruf löschen wir Ihre Daten. Weitere Informationen finden Sie in den [Datenschutzhinweisen](#).

Ja, ich bin einverstanden.

1. Strukturdaten der Berufsfachschule

	Thema 1: Strukturdaten der Berufsfachschule Zunächst bitten wir Sie, einige allgemeine Angaben zu Ihrer Berufsfachschule vorzunehmen. Falls Sie für mehrere Berufsfachschulen/Standorte zuständig sind, füllen Sie bitte nur einen Fragebogen pro Schule aus.
A005	In welchem Kreis/welcher kreisfreien Stadt befindet sich Ihre Berufsfachschule?
	96 Kreise
A010	Art der Trägerschaft der Berufsfachschule
	<input type="checkbox"/> staatlich (1) <input type="checkbox"/> kommunal (2) <input type="checkbox"/> privat (Schulen in freier Trägerschaft) (3)
A015	Welche Ausbildungsgänge in der Pflege werden in Ihrer Berufsfachschule angeboten? (PROG: Mehrfachauswahl)
_a	Gesundheits- und Krankenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik), Bitte geben Sie die Anzahl der genehmigten Schulplätze an: _____
_b	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik), Bitte geben Sie die Anzahl der genehmigten Schulplätze an: _____
_c	Altenpflege (einschl. Schulversuch Generalistik), Bitte geben Sie die Anzahl der genehmigten Schulplätze an: _____
_d	Pflegefachhilfe (Krankenpflege), Bitte geben Sie die Anzahl der genehmigten Schulplätze an: _____

_e	Pflegefachhilfe (Altenpflege), Bitte geben Sie die Anzahl der genehmigten Schulplätze an: _____			
_f	ab 2020: generalistische Pflegeausbildung, Bitte geben Sie die Anzahl der genehmigten Schulplätze an: _____			
A020	<p>PROG: IF A015_a = true</p> <p>Wie viele Pflegeschülerinnen und -schüler in der Gesundheits- und Krankenpflege gibt es derzeit in Ihrer Berufsfachschule?</p> <p>Hinweis: Falls Sie in einem der Ausbildungsjahre keine Pflegeschülerinnen bzw- schüler haben, tragen Sie bitte in das jeweilige Feld „0“ ein. Sollten Ihnen keine Angaben dazu vorliegen, tragen Sie bitte in das jeweilige Feld „9999“ ein.</p>			
		im 1. Ausbildungsjahr	im 2. Ausbildungsjahr	im 3. Ausbildungsjahr
A025	<p>PROG: IF A015_b = true</p> <p>Wie viele Pflegeschülerinnen und -schüler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gibt es derzeit in Ihrer Berufsfachschule?</p> <p>Hinweis: Falls Sie in einem der Ausbildungsjahre keine Pflegeschülerinnen bzw- schüler haben, tragen Sie bitte in das jeweilige Feld „0“ ein. Sollten Ihnen keine Angaben dazu vorliegen, tragen Sie bitte in das jeweilige Feld „9999“ ein.</p>			
		im 1. Ausbildungsjahr	im 2. Ausbildungsjahr	im 3. Ausbildungsjahr
A030	<p>PROG: IF A015_c = true</p> <p>Wie viele Pflegeschülerinnen und -schüler in der Altenpflege gibt es derzeit in Ihrer Berufsfachschule?</p> <p>Hinweis: Falls Sie in einem der Ausbildungsjahre keine Pflegeschülerinnen bzw- schüler haben, tragen Sie bitte in das jeweilige Feld „0“ ein. Sollten Ihnen keine Angaben dazu vorliegen, tragen Sie bitte in das jeweilige Feld „9999“ ein.</p>			
		im 1. Ausbildungsjahr	im 2. Ausbildungsjahr	im 3. Ausbildungsjahr
A035	<p>PROG: IF A015_d = true</p> <p>Wie viele Pflegeschülerinnen und -schüler in der Pflegefachhilfe (Krankenpflege) gibt es derzeit in Ihrer Berufsfachschule?</p>			

	Hinweis: Falls Sie keine Pflegeschülerinnen bzw- schüler haben, tragen Sie bitte in das Feld „0“ ein. Sollten Ihnen keine Angaben dazu vorliegen, tragen Sie bitte in das Feld „9999“ ein.	
	Pflegefachhilfe (Krankenpflege)	Einjährige Ausbildung
A040	<p>PROG: IF A015_e = true</p> <p>Wie viele Pflegeschülerinnen und -schüler in der Pflegefachhilfe (Altenpflege) gibt es derzeit in Ihrer Berufsfachschule?</p> <p>Hinweis: Falls Sie keine Pflegeschülerinnen bzw- schüler haben, tragen Sie bitte in das Feld „0“ ein. Sollten Ihnen keine Angaben dazu vorliegen, tragen Sie bitte in das Feld „9999“ ein.</p>	
	Pflegefachhilfe (Altenpflege)	Einjährige Ausbildung
A045	Bietet Ihre Schule Anerkennungskurse/Anpassungslehrgänge für ausländische Pflegefachkräfte an?	
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> bisher noch nicht, aber dies ist in Planung (2) <input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (3)	
A050	Wie hoch ist die Nachfrage nach Anerkennungskursen/Anpassungslehrgängen für ausländische Pflegefachkräfte?	
	Bitte beantworten Sie diese Frage möglichst, auch wenn Sie ggf. keine Anerkennungskurse anbieten.	
	<input type="checkbox"/> sehr hoch (1) <input type="checkbox"/> eher hoch (2) <input type="checkbox"/> eher gering (3) <input type="checkbox"/> sehr gering (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht (5)	
A055	<p>PROG: OPTIONAL</p> <p>Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung zu dieser Frage:</p> <p>_____</p>	

2. Entwicklung in den letzten Jahren

	<p>Thema 2: Entwicklung in den letzten Jahren</p> <p>In diesem Abschnitt möchten wir mehr Informationen zur Entwicklung der genehmigten Schulplätze, der Bewerberinnen und Bewerber sowie der Absolventinnen und Absolventen in den letzten Jahren erfahren.</p>
A060	Wie hat sich die Zahl der <u>genehmigten Schulplätze</u> für die genannten Berufe in Ihrer Berufsfachschule in den letzten fünf Jahren tendenziell entwickelt?

		stark gestie- gen	leicht gestie- gen	keine Verän- derung	leicht gesun- ken	stark gesun- ken	keine An- gabe mög- lich
	Gesundheits- und Krankenpflege						
	Gesundheits- und Kinderkranken- pflege						
	Altenpflege						
	Pflegefachhilfe (Krankenpflege)						
	Pflegefachhilfe (Altenpflege)						
A065	PROG: OPTIONAL						
	Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung dieser Frage:						

A070	Wie hat sich die Anzahl der <u>Bewerbungen</u> in Ihrer Berufsfachschule für die genannten Bereiche in den letzten fünf Jahren tendenziell entwickelt?						
		stark gestie- gen	leicht gestie- gen	keine Verän- derung	leicht gesun- ken	stark gesun- ken	keine An- gabe mög- lich
	Gesundheits- und Krankenpflege						
	Gesundheits- und Kinderkranken- pflege						
	Altenpflege						
	Pflegefachhilfe (Krankenpflege)						
	Pflegefachhilfe (Altenpflege)						
A075	PROG: OPTIONAL						
	Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung zu dieser Frage:						

A080	Wie war das Verhältnis von <u>Bewerbungen</u> zur angebotenen Platzzahl im Ausbildungsjahr 2019/2020?						

		mehr Bewerbungen als Plätze	Zahl der Bewerbungen entsprach ungefähr der Platzzahl	weniger Bewerbungen als Plätze	keine Angabe möglich		
	Gesundheits- und Krankenpflege						
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege						
	Altenpflege						
	Pflegefachhilfe (Krankenpflege)						
	Pflegefachhilfe (Altenpflege)						
A085	PROG: OPTIONAL Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung zu dieser Frage: 						

A090	Wie haben sich die Kompetenzen (Wissen, Lernfähigkeiten, Selbstdisziplin, etc.), welche für eine erfolgreiche Ausbildung notwendig sind, bei den Bewerberinnen und Bewerbern in den letzten zehn Jahren verändert?						
		stark verbessert	verbessert	gleich geblieben	verschlechtert	stark verschlechtert	keine Angabe möglich
	Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege						
	Altenpflege						
	Pflegefachhilfe (Alten-/Krankenpflege)						
A095	PROG: OPTIONAL Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung zu dieser Frage: 						

A100	Bitte schätzen Sie ein: Wie hoch ist an Ihrer Berufsfachschule im Schnitt der letzten Jahre der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die die Ausbildung erfolgreich beenden?						

	Hinweis: Von 100 Personen, die die Ausbildung beginnen, schließen im Schnitt xx % die Ausbildung erfolgreich ab.				
		Angabe in %	keine Angabe möglich		
	Gesundheits- und Krankenpflege				
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege				
	Altenpflege				
	Pflegefachhilfe (Krankenpflege)				
	Pflegefachhilfe (Altenpflege)				
A103	Wie hat sich der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die die Ausbildung erfolgreich beenden, in den letzten Jahren an Ihrer Schule entwickelt? Der Anteil ist in den letzten Jahren tendenziell...				
		gestiegen	gleichgeblieben	gesunken	keine Angabe möglich
	Gesundheits- und Krankenpflege				
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege				
	Altenpflege				
	Pflegefachhilfe (Krankenpflege)				
	Pflegefachhilfe (Altenpflege)				
A104	PROG: OPTIONAL In welche Bereiche gehen die Absolventinnen und Absolventen nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung? Bitte geben Sie an, wie sich Ihrer Wahrnehmung nach die Gesamtzahl der Absolventinnen und Absolventen pro Jahrgang auf die Bereiche Kranken- und Altenpflege ungefähr prozentual verteilt. Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Ihre Angaben jeweils 100% in der Summe ergeben müssen.				
	Art des Abschlusses	Anteil der Absolventinnen und Absolventen, die in die Gesundheits- und Krankenpflege gehen (in %)	Anteil der Absolventinnen und Absolventen, die in die Altenpflege gehen (in %)	Weiß nicht	
	Gesundheits- und Krankenpflege (a)	1a	2a	3a	
	Altenpflege (b)	1b	2b	3b	
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	1c	2c	3c	

A105	Kann Ihrer Ansicht nach der Anteil der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen durch geeignete Maßnahmen der Berufsfachschule oder der Praxiseinrichtungen erhöht werden?
	<input type="checkbox"/> ja, und zwar mit folgenden Maßnahmen: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> weiß nicht (3)

3. Kooperation mit der Praxis

	Thema 3: Kooperation mit der Praxis In diesem Abschnitt geht es im Kern um die Zusammenarbeit mit den Praxiseinrichtungen.
A110	Ist Ihre Berufsfachschule an einem Ausbildungsverbund beteiligt?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ (3)
A115	Wie laufen aus Ihrer Sicht die Kooperationen mit den Praxiseinrichtungen? (zunächst unabhängig von der Praxisanleitung, nach dieser wird gesondert gefragt)
	<input type="checkbox"/> voll und ganz zufriedenstellend (1) <input type="checkbox"/> eher zufriedenstellend (2) <input type="checkbox"/> eher unbefriedigend (3) <input type="checkbox"/> überhaupt nicht befriedigend (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht (5)
A120	PROG: OPTIONAL Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung dieser Frage:

A125	Sind aus Ihrer Sicht in den Praxiseinrichtungen rein personell ausreichend Praxisanleiterinnen und –leiter verfügbar?
	<input type="checkbox"/> ja, Anmerkungen: _____ (1) <input type="checkbox"/> nein, weil: _____ (2) <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich (3)
A130	PROG: OPTIONAL Wie schätzen Sie auf qualitativer Ebene die Betreuung der Schülerinnen und Schüler in den Praxiseinrichtungen durch die Praxisanleiterinnen und –leiter ein?

4. Generalistik und Ausblick

	Thema 4: Generalistik und Ausblick Nachdem Sie soeben eine Einschätzung der Entwicklung in den letzten Jahren vorgenommen haben, geht es in den folgenden Fragen um die zukünftige Entwicklung Ihrer Berufsfachschule, insbesondere in Hinblick auf die Pflegeberufereform.
A135	Wann startet Ihre Berufsfachschule mit der generalistischen Ausbildung?
	<input type="checkbox"/> Frühjahr 2020 (1) <input type="checkbox"/> Herbst 2020 (2) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte nennen: _____ (3)
A140	Wie wird sich die neue generalistische Pflegeausbildung Ihrer Ansicht nach auf die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen (Pflegefachkräfte) auswirken?
	<input type="checkbox"/> wird stark steigen (1) <input type="checkbox"/> wird steigen (2) <input type="checkbox"/> keine Veränderung (3) <input type="checkbox"/> wird sinken (4) <input type="checkbox"/> wird stark sinken (5) <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich (6)
A145	PROG: OPTIONAL Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung: _____
A150	PROG: OPTIONAL Welche Maßnahmen sollten Ihrer Meinung nach zur Erhöhung der Zahl der Pflegeschülerinnen und -schüler in der Pflege ergriffen werden? _____
A155	Gibt es aus Ihrer Sicht noch Bevölkerungs- bzw. Personengruppen, die man vermehrt für eine Pflegeausbildung gewinnen könnte?
	<input type="checkbox"/> ja, bitte kurz erläutern: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
A160	PROG: IF A155 = 1 PROG: OPTIONAL Was bräuchte es, damit dies gelingt? _____

A165	Wie schätzen Sie den zukünftigen Bedarf an Ausbildungsplätzen in der Pflege in Ihrer Region ein?
	<input type="checkbox"/> stark zunehmend (1) <input type="checkbox"/> eher zunehmend (2) <input type="checkbox"/> gleichbleibend (3) <input type="checkbox"/> eher abnehmend (4) <input type="checkbox"/> stark abnehmend (5) <input type="checkbox"/> weiß nicht (6)
A170	PROG: OPTIONAL Bitte erläutern Sie kurz Ihre Einschätzung zu dieser Frage:

A172	Der Bedarf an Pflegefachkräften ist weiterhin steigend. Können Ihrer Meinung nach die Ausbildungskapazitäten in den kommenden Jahren in Ihrer Region ohne Weiteres ausgeweitet werden?
	<input type="checkbox"/> ja (1) <input type="checkbox"/> eher ja (2) <input type="checkbox"/> eher nein (3) <input type="checkbox"/> nein (4) <input type="checkbox"/> weiß nicht (5)
A173	PROG: IF A172 = 3 A172 = 4 Aus welchen Gründen können Ihrer Meinung nach die Ausbildungskapazitäten in den kommenden Jahren in Ihrer Region <u>nicht</u> ohne Weiteres ausgeweitet werden? Bitte erläutern Sie kurz.

A175	PROG: OPTIONAL Wenn Sie uns abschließend noch etwas mitteilen möchten, was wir bisher im Fragebogen nicht berücksichtigt haben, dann können Sie das an dieser Stelle tun.

5. Soziodemografische Angaben

	Thema 5: Soziodemografische Angaben Abschließend würden wir gerne von Ihnen wissen, in welcher Position Sie in Ihrer Berufsfachschule tätig sind und wie lange Sie bereits im Bereich der Pflegeausbildung arbeiten.
A180	Wie ist Ihre aktuelle berufliche Position?
	<input type="checkbox"/> Schulleitung (stv. Schulleitung) (1)

	<input type="checkbox"/> Standortleitung (2) <input type="checkbox"/> Lehrer/in für Pflegeberufe (z. B. Pflegepädagoge/in (Bachelor/Master)) (3) <input type="checkbox"/> Sonstiges, Bitte nennen: _____ (4)
A185	Wie lange sind Sie bereits im Bereich der Pflegeausbildung tätig?
	<input type="checkbox"/> weniger als 5 Jahre (1) <input type="checkbox"/> 5-10 Jahre (2) <input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre (3)

A7 Anhang 7: Interviewleitfäden

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



IGES **YOUiSE**[®]
real users, real innovation

Pflegegutachten Bayern 2025-2050

Interviewleitfaden ABW/BWG: Metaebene

Einleitung

- Guten Tag, mein **Name ist ...**
- Zum Hintergrund dieses Interviews hatte ich Ihnen im Vorfeld bereits Informationen zukommen lassen – haben Sie dazu noch **Fragen?**
- **Ziel dieses Interviews** ist es, dass wir verstehen, welche Rolle ambulante Versorgungsformen wie das ABW innerhalb der Versorgung in der Pflege spielen bzw. zukünftig spielen können. Der Fokus liegt dabei auf Ambulant Betreuten Wohngemeinschaften, und nicht auf Einzelwohnen oder Betreutes Wohnen in Familien.
- Ihre Einschätzung hilft uns dabei, bereits vorhandene Statistiken zu diesen ambulanten Betreuungskonzepten besser einordnen zu können und daraus schlüssige Empfehlungen für das Bayerische StmGP abzuleiten.
- Vielen Dank, dass Sie uns für die Beantwortung dieser Fragen zur Verfügung stehen.
- Das Interview wird maximal **60 Minuten dauern**.

>> *Nach möglichem Anschlussstermin fragen, auf Zeit achten!*

- Ich werde das Interview **aufzeichnen**, um mir im Anschluss in Ruhe Notizen machen zu können. Diese Aufnahmen werden nicht weitergegeben und **pseudonymisiert (unter einem Code) gespeichert**, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können. Im Vorfeld des Interviews haben Sie **Informationen zum Datenschutz** erhalten – haben Sie hierzu noch **Fragen?**
- Dann starte ich jetzt mit der Audio-Aufnahme.

>> **Audio-Aufnahme starten**

>> *Falls schriftliche Einverständniserklärung vorliegt, mit Interview beginnen;
andernfalls **explizites mündliches Verständnis** einholen.*

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege

IGES

YOU|ISE®
Social Impact. Social Innovation.**Leitfadengestütztes Experteninterview – ABW, Metaebene****1. Einstieg: Koordinationsstelle und Person**

1.1 Können Sie bitte zunächst die Aufgaben und Ziele der Koordinationsstelle erläutern?

1.2 Nun würde ich gern etwas mehr über Sie erfahren. Bitte erzählen Sie mir etwas zu Ihrer Person und Ihrer Rolle innerhalb der Koordinationsstelle.

2. Rahmenbedingungen/Finanzierungsmöglichkeiten

2.1 Wie entstehen neue Wohnformen wie die abWG und wie werden sie gefördert? Wer ist Initiator? (Kommune, Wohnungsgenossenschaften, privat, Vereine, Pflegedienste)

2.2 Existiert in der Koordinationsstelle eine Statistik über die Anbieterhäufigkeiten bzw. das Verhältnis von träger- zu selbstorganisierten Wohngruppen? Falls ja, könnten Sie uns diese für unseren Bericht zur Verfügung stellen?

2.3 Wer betreibt Ihrer Einschätzung / dieser Statistik zufolge die meisten abWGs? War das schon immer so, gab es hier in den letzten Jahren Änderungen bzw. erwarten Sie zukünftig Änderungen in der Anbieterstruktur?

2.4 Wie sind die (trägerorganisierten) Anbieter von abWGs in der Regel organisiert? Gibt es eine Angliederung an andere Stellen oder einen Zusammenschluss in einem Verbund? Betreiben die Anbieter nebenher ambulante Dienste oder Heime, also kommen sie aus dem Pflegebereich? Oder gibt es Anbieter die sich nur auf das Betreiben von WGs spezialisiert haben, z.B. aus der Immobilienbranche?

2.5 Was ist nach Ihrer Einschätzung die Motivation für die Initiierung einer neuen abWGs? Bedingt durch das Interesse von Kunden bzw. Portfolio soll angepasst werden?

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege**IGES** YOU|SE[®]
Intergenerational Information

2.6 Wie lange dauert es von der Idee bis zur Realisierung einer abWG? Worin bestehen dabei die Herausforderungen? Spielt die Beschaffung von geeignetem Wohnraum dabei eine Rolle?

2.7 Welche Herausforderungen gibt es bei der Finanzierung? Welche Anreize oder Fehlanreize sehen Sie bei der Etablierung dieser Wohnform? (aktuell oder zukünftig?)

2.8 Findet nach Ihrer Einschätzung eine Umwandlung bestehender stationärer Angebote in ambulante Angebote (wie abWGs) statt oder kommt diese Betreuungsform eher neu dazu?

2.9 Inwiefern könnten die Kommunen die Realisierung von abWGs unterstützen? Beispielsweise in Form einer Einbindung in Quartierskonzepte?

3. Angebotsspektrum und Versorgungsqualität

3.1 Welche Formen von abWGs gibt es bzw. an wen richtet sich das Angebot? (Demenz, Intensiv, jüngere Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung – Bedarf Eingliederungshilfe?)

3.2 Inwieweit können in abWGs zielgruppenspezifische Bedarfe erfüllt werden, im Vergleich zu anderen Betreuungsformen? Werden dabei spezielle Pflegekonzepte umgesetzt, z.B. in Hinblick auf soziale Teilhabe? Ist die pflegerische Qualität vergleichbar mit der in Heimen? Kommen Beschwerden?

3.3. (Ganz allgemein) Wie ist die Personalsituation in abWGs? Gibt es Schwierigkeiten, die Pflege sicherzustellen? Werden ambulante Pflegedienste eingebunden?

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege**IGES** **YOU|ISE**[®]
real users. real innovation

4. Kapazitäten & zukünftige Entwicklung

4.1 Wie würden Sie die Entwicklung der Anzahl an Plätzen in abWGs in Bayern beschreiben? Gibt es größere Schwankungen (2015 in mehreren Regionen unterdurchschnittliche Auslastung – warum?) und was sind die Gründe? Was passiert bei Reduktion von Plätzen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern (speziell bei Demenzkranken)?

4.2 Sind die derzeit bestehenden Angebote in Bayern an abWGs ausreichend? Wie lange müssen Interessenten auf einen Platz warten bzw. wie viel Prozent erhalten eine Absage? Gibt es dabei regionale Unterschiede, z.B. zwischen städtischen und ländlichen Regionen?

4.3 Inwieweit gestalten sich abWGs als „echte“ Alternative zur Unterbringung in einer stationären Einrichtung? Wird sich das Angebot noch weiter vergrößern (bzw. sollte es ausgebaut werden), oder handelt es sich um eine Nische für spezielle Fälle? Im ersteren Fall: Für welche Zielgruppen/Bereiche sollten abWGs ausgebaut werden?

5. Abschluss

5.1 Möchten Sie gerne noch etwas ergänzen, das wir bisher noch nicht thematisiert haben?

5.2 Wir würden gerne noch mit zwei möglichst unterschiedlichen Anbietern von abWGs sprechen, um weitere Einblicke in die Bandbreite dieser Betreuungsform zu erhalten. Können Sie uns Einrichtungen bzw. Ansprechpartner empfehlen, die dafür in Frage kämen?

Vielen Dank für die Teilnahme und das interessante Gespräch!

Sie haben uns geholfen, einen guten Einblick in das Thema zu bekommen!

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege**IGES** **YOU|SE**[®]
100% User: 100% Innovation!

Pflegegutachten Bayern 2025-2050

Interviewleitfaden ABW/BWG: Betreiber

Einleitung

- Guten Tag, mein **Name ist ...**
- Zum Hintergrund dieses Interviews hatte ich Ihnen im Vorfeld bereits Informationen zukommen lassen – haben Sie dazu noch **Fragen**?
- **Ziel dieses Interviews** ist es, dass wir verstehen, welche Rolle ambulante Versorgungsformen wie das ABW innerhalb der Versorgung in der Pflege spielen bzw. zukünftig spielen können. Der Fokus liegt dabei auf Ambulant Betreuten Wohngemeinschaften, und nicht auf Einzelwohnen oder Betreutes Wohnen in Familien.
- Ihre Einschätzung hilft uns dabei, bereits vorhandene Statistiken zu diesen ambulanten Betreuungskonzepten besser einordnen zu können und daraus schlüssige Empfehlungen für das Bayerische StrmGP abzuleiten.
- Vielen Dank, dass Sie uns für die Beantwortung dieser Fragen zur Verfügung stehen.
- Das Interview wird etwa **60 Minuten dauern**.

>> *Nach möglichem Anschlusstermin fragen, auf Zeit achten!*

- Ich werde das Interview **aufzeichnen**, um mir im Anschluss in Ruhe Notizen machen zu können. Diese Aufnahmen werden nicht weitergegeben und **pseudonymisiert (unter einem Code) gespeichert**, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können. Im Vorfeld des Interviews haben Sie **Informationen zum Datenschutz** erhalten – haben Sie hierzu noch **Fragen**?
- Dann starte ich jetzt mit der Audio-Aufnahme.

>> **Audio-Aufnahme starten**

>> *Falls schriftliche Einverständniserklärung vorliegt, mit Interview beginnen; andernfalls **explizites mündliches Verständnis** einholen.*

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und PflegeIGES YOU|ISE[®]
ambulant | stationär | geriatrisch

Leitfadengestütztes Experteninterview – ABWG Betreiber

1. Einstieg: Person & WG

1.1 Zu Beginn würde ich gern etwas mehr über Sie erfahren. Bitte erzählen Sie mir etwas zu Ihrer Person/Rolle und Ihrer Erfahrung in Bezug auf ambulant betreute Wohngemeinschaften.

1.2 Können Sie mir bitte „Ihre“ abWGs beschreiben: Gründungsdatum, Initiator, mögliche Angliederung, Verantwortliche, Finanzier, Anzahl Plätze.

2. Rahmenbedingungen/Finanzierungsmöglichkeiten

2.1 Was war die Motivation für das Betreiben einer/mehrerer abWG?

2.2 Wie lange dauert es von der Idee bis zur Realisierung einer abWG? Worin bestehen dabei die Herausforderungen (aktuell und zukünftig)? Spielt die Beschaffung von geeignetem Wohnraum dabei eine Rolle?

2.3 Welche Herausforderungen gibt es bei der Finanzierung? Welche Anreize oder Fehlanreize sehen Sie bei der Etablierung dieser Wohnform? (aktuell oder zukünftig?)

2.4 Findet nach Ihrer Einschätzung eine Umwandlung bestehender stationärer Angebote in ambulante Angebote (wie abWGs) statt oder kommt diese Betreuungsform eher neu dazu?

2.5 Gibt es Schwierigkeiten die Pflege/Betreuung/Versorgung sicherzustellen? Gibt es personelle Engpässe? Wie einfach ist es Personal zu halten bzw. wie hoch ist die Fluktuation?

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und PflegeIGES YOU|SE[®]
best. made. real. innovation.

2.6 Inwiefern könnten die Kommunen die Realisierung von abWGs unterstützen? Beispielsweise in Form einer Einbindung in Quartierskonzepte?

3. Angebotsspektrum & Kapazitäten

3.1 An wen richtet sich das Angebot von abWGs? (Demenz, Intensiv, jüngere Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung – Bedarf Eingliederungshilfe?)

3.2 Was wären alternative Unterbringungsmöglichkeiten gewesen? Vorteile abWGs? Gibt es auch Nachteile?

3.3 Wie ist die aktuelle Auslastung? Gibt es Schwankungen? Müssen Anfragen abgelehnt werden, gibt es Wartezeiten?

3.4 Woher kommen die Anfragen? Näherer Umkreis oder bayernweit?

3.5 Wie lange wohnen Mieterinnen und Mieter in einer abWG? Was sind die Gründe für Auszüge/Umzüge? Ist die Fluktuation hoch?

3.3 Inwieweit können in abWGs zielgruppenspezifische Bedarfe erfüllt werden (oder auch zu einem Einrichtungswechsel führen), im Vergleich zu anderen Betreuungsformen? Werden dabei spezielle Pflegekonzepte umgesetzt, z.B. in Hinblick auf soziale Teilhabe?

TP Nr.: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege**IGES** **YOUiSE**[®]
real assets real innovation

4. Zukünftige Entwicklungen

4.1 Sind die derzeit bestehenden Angebote insgesamt in Bayern an abWGs ausreichend? Gibt es nach Ihrer Einschätzung regionale Unterschiede, z.B. zwischen städtischen und ländlichen Regionen?

4.2 Inwieweit gestalten sich abWGs als „echte“ Alternative zur Unterbringung in einer stationären Einrichtung? Wird sich das Angebot noch weiter vergrößern (bzw. sollte es ausgebaut werden), oder handelt es sich um eine Nische für spezielle Fälle? Im ersteren Fall: Für welche Zielgruppen/Bereiche sollten abWGs ausgebaut werden?

4.3 Planen Sie / Ihr Träger, sich an weiteren abWGs als Dienstleister zu beteiligen bzw. als Initiator aufzutreten? Oder welche Versorgungsformen sollen ausgebaut werden?

4.3 Was müsste aus Ihrer Sicht passieren, damit zukünftig mehr abWGs gebaut/eröffnet werden?

5. Abschluss

5.1 Möchten Sie gerne noch etwas ergänzen, das wir bisher noch nicht thematisiert haben?

Vielen Dank für die Teilnahme und das interessante Gespräch!

Sie haben uns geholfen, einen guten Einblick in das Thema zu bekommen!

A8 Anhang 8: vollstationäre Plätze im Pflegeheim 2007-2017

Tabelle 129: Gegenüberstellung der vollstationären Plätze in Pflegeheimen 2007 und 2017 auf Kreisebene

Landkreis/kreisfreie Stadt	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen mit vollstationärer Pflege		Veränderung (Anzahl Plätze)
	12/2007	12/2017	
Regierungsbezirk Oberbayern	33.259	37.698	4.439
Ingolstadt (krfr. St.)	1.292	1.170	-122
München (krfr. St.)	6.201	7.479	1.278
Rosenheim (krfr. St.)	423	468	45
Altötting (Lk)	1.403	1.418	15
Berchtesgadener Land (Lk)	1.195	1.318	123
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lk)	995	1.014	19
Dachau (Lk)	1.319	1.593	274
Ebersberg (Lk)	1.018	1.114	96
Eichstätt (Lk)	842	818	-24
Erding (Lk)	777	1.053	276
Freising (Lk)	903	1.118	215
Fürstenfeldbruck (Lk)	1.472	1.854	382
Garmisch-Partenkirchen (Lk)	1.052	951	-101
Landsberg am Lech (Lk)	555	622	67
Miesbach (Lk)	687	977	290
Mühldorf a. Inn (Lk)	1.536	1.561	25
München (Lk)	3.077	3.349	272
Neuburg-Schrobenhausen (Lk)	760	855	95
Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lk)	693	1.068	375
Rosenheim (Lk)	3.445	3.658	213
Sarnberg (Lk)	1.134	1.156	22
Traunstein (Lk)	1.536	1.989	453
Weilheim-Schongau (Lk)	944	1.095	151

Landkreis/kreisfreie Stadt	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen mit vollstationärer Pflege		Veränderung (Anzahl Plätze)
	12/2007	12/2017	
Regierungsbezirk Niederbayern	12.052	13.727	1.675
Landshut (krfr. St.)	1.191	1.232	41
Passau (krfr. St.)	1.050	977	-73
Straubing (krfr. St.)	874	864	-10
Deggendorf (Lk)	1.231	1.578	347
Freyung-Grafenau (Lk)	638	799	161
Kelheim (Lk)	1.101	1.119	18
Landshut (Lk)	1.051	1.279	228
Passau (Lk)	1.822	2.228	406
Regen (Lk)	688	806	118
Rottal-Inn (Lk)	1.210	1.365	155
Straubing-Bogen (Lk)	536	662	126
Dingolfing-Landau (Lk)	660	818	158
Regierungsbezirk Oberpfalz	12.208	13.558	1.350
Amberg (krfr. St.)	696	692	-4
Regensburg (krfr. St.)	1.691	1.851	160
Weiden i. d. OPf. (krfr. St.)	669	699	30
Amberg-Sulzbach (Lk)	1.351	1.282	-69
Cham (Lk)	1.322	1.510	188
Neumarkt i. d. OPf. (Lk)	1.250	1.418	168
Neustadt a. d. Waldnaab (Lk)	1.080	1.150	70
Regensburg (Lk)	1.504	1.973	469
Schwandorf (Lk)	1.797	1.874	77
Tirschenreuth (Lk)	848	1.109	261
Regierungsbezirk Oberfranken	12.703	13.653	950
Bamberg (krfr. St.)	1.131	958	-173
Bayreuth (krfr. St.)	958	1.216	258

Landkreis/kreisfreie Stadt	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen mit vollstationärer Pflege		Veränderung (Anzahl Plätze)
	12/2007	12/2017	
Coburg (krfr. St.)	637	658	21
Hof (krfr. St.)	766	845	79
Bamberg (Lk)	1.287	1.392	105
Bayreuth (Lk)	1.276	1.196	-80
Coburg (Lk)	681	1.059	378
Forchheim (Lk)	1.021	980	-41
Hof (Lk)	1.525	1.587	62
Kronach (Lk)	658	729	71
Kulmbach (Lk)	779	935	156
Lichtenfels (Lk)	894	1.035	141
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lk)	1.090	1.063	-27
Regierungsbezirk Mittelfranken	18.108	18.543	435
Ansbach (krfr. St.)	833	720	-113
Erlangen (krfr. St.)	992	1.135	143
Fürth (krfr. St.)	1.164	1.315	151
Nürnberg (krfr. St.)	5.764	5.716	-48
Schwabach (krfr. St.)	438	474	36
Ansbach (Lk)	1.799	1.786	-13
Erlangen-Höchstadt (Lk)	1.053	1.215	162
Fürth (Lk)	985	1.289	304
Nürnberger Land (Lk)	2.007	1.776	-231
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lk)	1.054	1.078	24
Roth (Lk)	1.049	1.035	-14
Weißenburg-Gunzenhausen (Lk)	970	1.004	34
Regierungsbezirk Unterfranken	12.080	13.745	1.665
Aschaffenburg (krfr. St.)	673	701	28

Landkreis/kreisfreie Stadt	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen mit vollstationärer Pflege		Veränderung (Anzahl Plätze)
	12/2007	12/2017	
Schweinfurt (krfr. St.)	739	880	141
Würzburg (krfr. St.)	2.096	1.948	-148
Aschaffenburg (Lk)	859	1.244	385
Bad Kissingen (Lk)	1.294	1.548	254
Rhön-Grabfeld (Lk)	937	1.054	117
Haßberge (Lk)	688	636	-52
Kitzingen (Lk)	1.052	1.017	-35
Miltenberg (Lk)	990	1.155	165
Main-Spessart (Lk)	1.150	1.432	282
Schweinfurt (Lk)	879	1.118	239
Würzburg (Lk)	723	1.012	289
Regierungsbezirk Schwaben	16.633	17.209	576
Augsburg (krfr. St.)	3.069	3.051	-18
Kaufbeuren (krfr. St.)	567	546	-21
Kempten (Allgäu) (krfr. St.)	720	693	-27
Memmingen (krfr. St.)	536	467	-69
Aichach-Friedberg (Lk)	728	880	152
Augsburg (Lk)	1.753	2.019	266
Dillingen a. d. Donau (Lk)	995	1.141	146
Günzburg (Lk)	1.063	1.090	27
Neu-Ulm (Lk)	1.310	1.482	172
Lindau (Bodensee) (Lk)	1.155	1.078	-77
Ostallgäu (Lk)	1.190	1.075	-115
Unterallgäu (Lk)	1.269	1.368	99
Donau-Ries (Lk)	920	1.014	94
Oberallgäu (Lk)	1.358	1.305	-53
Gesamt	117.043	128.133	11.090

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat

A9 Anhang 9: Kreistabellen Bedarf Pflegeplätze und Pflegepersonal bis 2025 bzw. 2030

Tabelle 130: Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen bis 2025 bzw. 2030 nach Kreisen

Kreise	Plätze 2017	Platzbedarf 2025	Diff. Plätze bis 2025	Ø Zuwachsrate in %	Platzbedarf 2030	Ø Zuwachsrate in %
Ingolstadt (krfr. St.)	1.170	1.410,6	240,6	2,4	1.545,6	2,2
München (krfr. St.)	7.493	9.378,8	1.885,8	2,8	10.457,0	2,6
Rosenheim (krfr. St.)	468	565,2	97,2	2,4	642,0	2,5
Altötting (Lk)	1.419	1.720,4	301,4	2,4	1.888,0	2,2
Berchtesgadener Land (Lk)	1.326	1.573,6	247,6	2,2	1.733,8	2,1
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lk)	1.014	1.308,2	294,2	3,2	1.478,4	2,9
Dachau (Lk)	1.593	2.088,4	495,4	3,4	2.397,2	3,2
Ebersberg (Lk)	1.114	1.532,8	418,8	4,1	1.757,0	3,6
Eichstätt (Lk)	818	1.044,8	226,8	3,1	1.157,2	2,7
Erding (Lk)	1.055	1.390,6	335,6	3,5	1.608,8	3,3
Freising (Lk)	1.119	1.477,6	358,6	3,5	1.713,0	3,3
Fürstenfeldbruck (Lk)	1.875	2.615,4	740,4	4,2	3.058,8	3,8
Garmisch-Partenkirchen (Lk)	955	1.170,4	215,4	2,6	1.285,8	2,3
Landsberg am Lech (Lk)	622	815,6	193,6	3,4	956,2	3,4
Miesbach (Lk)	977	1.248,0	271	3,1	1.398,8	2,8
Mühldorf a. Inn (Lk)	1.561	1.866,2	305,2	2,3	2.067,6	2,2
München (Lk)	3.349	4.563,4	1.214,4	3,9	5.282,4	3,6
Neuburg-Schrobenhausen (Lk)	855	1.086,8	231,8	3,0	1.220,4	2,8
Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lk)	1.068	1.388,2	320,2	3,3	1.587,4	3,1
Rosenheim (Lk)	3.658	4.608,6	950,6	2,9	5.235,6	2,8
Starnberg (Lk)	1.156	1.486,4	330,4	3,2	1.679,0	2,9
Traunstein (Lk)	1.998	2.412,6	414,6	2,4	2.661,0	2,2

Kreise	Plätze 2017	Platzbe- darf 2025	Diff. Plätze bis 2025	Ø Zu- wachs- rate in %	Platzbe- darf 2030	Ø Zu- wachs- rate in %
Weilheim-Schongau (Lk)	1.095	1.410,6	315,6	3,2	1.601,4	3,0
Landshut (krfr. St.)	1.232	1.459,6	227,6	2,1	1.637,0	2,2
Passau (krfr. St.)	977	1.143,8	166,8	2,0	1.222,4	1,7
Straubing (krfr. St.)	864	994,0	130	1,8	1.088,6	1,8
Deggendorf (Lk)	1.578	1.909,4	331,4	2,4	2.131,8	2,3
Freyung-Grafenau (Lk)	799	964,2	165,2	2,4	1.075,6	2,3
Kelheim (Lk)	1.119	1.353,2	234,2	2,4	1.522,2	2,4
Landshut (Lk)	1.279	1.642,0	363	3,2	1.872,6	3,0
Passau (Lk)	2.228	2.686,6	458,6	2,4	2.999,4	2,3
Regen (Lk)	806	933,0	127	1,8	1.010,6	1,8
Rottal-Inn (Lk)	1.365	1.613,4	248,4	2,1	1.756,2	2,0
Straubing-Bogen (Lk)	662	823,4	161,4	2,8	929,8	2,6
Dingolfing-Landau (Lk)	818	1.033,8	215,8	3,0	1.127,2	2,5
Amberg (krfr. St.)	692	781,8	89,8	1,5	831,4	1,4
Regensburg (krfr. St.)	1.851	2.157,8	306,8	1,9	2.345,4	1,8
Weiden i. d. OPf. (krfr. St.)	704	844,2	140,2	2,3	931,2	2,2
Amberg-Sulzbach (Lk)	1.282	1.515,8	233,8	2,1	1.628,6	1,9
Cham (Lk)	1.510	1.753,4	243,4	1,9	1.930,0	1,9
Neumarkt i. d. OPf. (Lk)	1.418	1.711,8	293,8	2,4	1.900,4	2,3
Neustadt a. d. Waldnaab (Lk)	1.150	1.331,8	181,8	1,9	1.426,0	1,7
Regensburg (Lk)	1.973	2.548,2	575,2	3,2	2.888,4	3,0
Schwandorf (Lk)	1.874	2.156,2	282,2	1,8	2.345,0	1,7
Tirschenreuth (Lk)	1.109	1.255,4	146,4	1,6	1.328,8	1,4
Bamberg (krfr. St.)	958	1.076,4	118,4	1,5	1.169,0	1,5
Bayreuth (krfr. St.)	1.216	1.393,6	177,6	1,7	1.500,2	1,6
Coburg (krfr. St.)	658	729,4	71,4	1,3	763,6	1,2
Hof (krfr. St.)	845	965,2	120,2	1,7	1.026,8	1,5

Kreise	Plätze 2017	Platzbe- darf 2025	Diff. Plätze bis 2025	Ø Zu- wachs- rate in %	Platzbe- darf 2030	Ø Zu- wachs- rate in %
Bamberg (Lk)	1.392	1.747,6	355,6	2,9	1.953,8	2,6
Bayreuth (Lk)	1.196	1.442,6	246,6	2,4	1.553,4	2,0
Coburg (Lk)	1.059	1.231,6	172,6	1,9	1.325,2	1,7
Forchheim (Lk)	980	1.248,6	268,6	3,1	1.406,0	2,8
Hof (Lk)	1.587	1.820,6	233,6	1,7	1.905,6	1,4
Kronach (Lk)	729	855,0	126	2,0	890,2	1,5
Kulmbach (Lk)	935	1.078,4	143,4	1,8	1.146,0	1,6
Lichtenfels (Lk)	1.035	1.186,0	151	1,7	1.264,8	1,6
Wunsiedel i. Fichtelge- birge (Lk)	1.063	1.176,8	113,8	1,3	1.217,4	1,0
Ansbach (krfr. St.)	720	820,8	100,8	1,7	895,6	1,7
Erlangen (krfr. St.)	1.135	1.334,0	199	2,0	1.442,0	1,9
Fürth (krfr. St.)	1.315	1.629,6	314,6	2,7	1.835,2	2,6
Nürnberg (krfr. St.)	5.740	6.623,4	883,4	1,8	7.180,8	1,7
Schwabach (krfr. St.)	474	611,8	137,8	3,2	683,4	2,9
Ansbach (Lk)	1.812	2.114,6	302,6	1,9	2.297,0	1,8
Erlangen-Höchstadt (Lk)	1.215	1.573,8	358,8	3,3	1.780,4	3,0
Fürth (Lk)	1.290	1.700,4	410,4	3,5	1.934,0	3,2
Nürnberger Land (Lk)	1.778	2.189,6	411,6	2,6	2.414,4	2,4
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim (Lk)	1.079	1.286,8	207,8	2,2	1.414,2	2,1
Roth (Lk)	1.035	1.339,8	304,8	3,3	1.485,8	2,8
Weißenburg-Gunzen- hausen (Lk)	1.004	1.195,4	191,4	2,2	1.285,6	1,9
Aschaffenburg (krfr. St.)	701	833,4	132,4	2,2	914,8	2,1
Schweinfurt (krfr. St.)	880	987,4	107,4	1,4	1.084,2	1,6
Würzburg (krfr. St.)	1.961	2.225,8	264,8	1,6	2.348,8	1,4
Aschaffenburg (Lk)	1.257	1.619,4	362,4	3,2	1.799,0	2,8
Bad Kissingen (Lk)	1.548	1.789,0	241	1,8	1.940,2	1,8

Kreise	Plätze 2017	Platzbe- darf 2025	Diff. Plätze bis 2025	Ø Zu- wachs- rate in %	Platzbe- darf 2030	Ø Zu- wachs- rate in %
Rhön-Grabfeld (Lk)	1.058	1.177,8	119,8	1,3	1.259,2	1,3
Haßberge (Lk)	636	747,2	111,2	2,0	829,6	2,1
Kitzingen (Lk)	1.017	1.231,4	214,4	2,4	1.360,8	2,3
Miltenberg (Lk)	1.155	1.398,8	243,8	2,4	1.506,8	2,1
Main-Spessart (Lk)	1.435	1.742,4	307,4	2,5	1.890,4	2,1
Schweinfurt (Lk)	1.118	1.335,8	217,8	2,2	1.436,0	1,9
Würzburg (Lk)	1.012	1.273,4	261,4	2,9	1.397,4	2,5
Augsburg (krfr. St.)	3.061	3.611,0	550	2,1	3.979,0	2,0
Kaufbeuren (krfr. St.)	546	637,2	91,2	1,9	701,6	1,9
Kempten (Allgäu) (krfr. St.)	706	840,4	134,4	2,2	923,4	2,1
Memmingen (krfr. St.)	473	565,2	92,2	2,3	620,2	2,1
Aichach-Friedberg (Lk)	880	1.167,4	287,4	3,6	1.311,6	3,1
Augsburg (Lk)	2.034	2.611,2	577,2	3,2	2.949,0	2,9
Dillingen a. d. Donau (Lk)	1.143	1.383,0	240	2,4	1.515,0	2,2
Günzburg (Lk)	1.103	1.337,0	234	2,4	1.459,2	2,2
Neu-Ulm (Lk)	1.482	1.891,4	409,4	3,1	2.097,8	2,7
Lindau (Bodensee) (Lk)	1.081	1.290,2	209,2	2,2	1.405,0	2,0
Ostallgäu (Lk)	1.076	1.326,0	250	2,6	1.512,2	2,7
Unterallgäu (Lk)	1.387	1.737,0	350	2,9	1.965,6	2,7
Donau-Ries (Lk)	1.030	1.253,8	223,8	2,5	1.386,6	2,3
Oberallgäu (Lk)	1.305	1.620,2	315,2	2,7	1.850,0	2,7
Bayern	128.383	156.781	28.398	2,5	173.555	2,3

Quelle: IGES, auf Grundlage von Pflegestatistik 2017 (LfStat 2019a) und AOK Bayern

Tabelle 131: Bedarf an teilstationären Pflegeplätzen bis 2025 bzw. 2030 nach Kreisen und Mehrbedarf gegenüber 2017

Kreise	Platzbedarf 2025	Mehrbedarf Plätze bis 2025	Platzbedarf 2030	Mehrbedarf Plätze bis 2030
Ingolstadt (krfr. St.)	122,8	69,8	142,8	89,8
München (krfr. St.)	640	13,0	699	372
Rosenheim (krfr. St.)	41	20,0	43	22
Altötting (Lk)	183,2	93,2	207,6	117,6
Berchtesgadener Land (Lk)	167,6	88,6	189	110
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lk)	60,2	30,2	64,4	34,4
Dachau (Lk)	83,4	46,4	102	65
Ebersberg (Lk)	93,6	48,6	109,8	64,8
Eichstätt (Lk)	255	138,0	312,8	195,8
Erding (Lk)	124,8	68,8	149,6	93,6
Freising (Lk)	111	63,0	133,2	85,2
Fürstenfeldbruck (Lk)	558,2	290,2	620	352
Garmisch-Partenkirchen (Lk)	184,6	93,6	203,2	112,2
Landsberg am Lech (Lk)	132,8	75,8	162,2	105,2
Miesbach (Lk)	44,6	22,6	49,2	27,2
Mühldorf a. Inn (Lk)	100,8	55,8	120	75
München (Lk)	391,6	223,6	444,8	276,8
Neuburg-Schrobenhausen (Lk)	106	55,0	116	65
Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lk)	86	41,0	93,2	48,2
Rosenheim (Lk)	214,4	114,4	249,2	149,2
Starnberg (Lk)	173,6	108,6	199,2	134,2
Traunstein (Lk)	47	21,0	50,2	24,2
Weilheim-Schongau (Lk)	204	114,0	240,2	150,2
Landshut (krfr. St.)	54,8	28,8	65,2	39,2

Kreise	Platzbedarf 2025	Mehrbedarf Plätze bis 2025	Platzbedarf 2030	Mehrbedarf Plätze bis 2030
Passau (krfr. St.)	36,8	21,8	46,4	31,4
Straubing (krfr. St.)	57,6	31,6	69	43
Deggendorf (Lk)	84,6	35,6	87	38
Freyung-Grafenau (Lk)	-	-	-	-
Kelheim (Lk)	41,4	20,4	42,8	21,8
Landshut (Lk)	140,4	74,4	167,4	101,4
Passau (Lk)	403,6	232,6	483	312
Regen (Lk)	110,6	54,6	128	72
Rottal-Inn (Lk)	271,2	139,2	298,8	166,8
Straubing-Bogen (Lk)	94,4	52,4	114,8	72,8
Dingolfing-Landau (Lk)	239,6	128,6	275,6	164,6
Amberg (krfr. St.)	25,8	10,8	26,2	11,2
Regensburg (krfr. St.)	58,6	29,6	68,2	39,2
Weiden i. d. OPf. (krfr. St.)	51,6	26,6	67	42
Amberg-Sulzbach (Lk)	29,6	12,6	31,6	14,6
Cham (Lk)	281,2	137,2	322,2	178,2
Neumarkt i. d. OPf. (Lk)	190,4	95,4	222,4	127,4
Neustadt a. d. Waldnaab (Lk)	215	104,0	237,2	126,2
Regensburg (Lk)	264,8	140,8	304,6	180,6
Schwandorf (Lk)	54,4	22,4	56,8	24,8
Tirschenreuth (Lk)	34,4	14,4	35,6	15,6
Bamberg (krfr. St.)	167,6	83,6	183,4	99,4
Bayreuth (krfr. St.)	56,2	26,2	64,8	34,8
Coburg (krfr. St.)	60,2	28,2	66,6	34,6
Hof (krfr. St.)	54,8	28,8	64	38
Bamberg (Lk)	398,6	187,6	460,8	249,8
Bayreuth (Lk)	531,6	236,6	555,6	260,6
Coburg (Lk)	31,6	16,6	40,8	25,8

Kreise	Platzbedarf 2025	Mehrbedarf Plätze bis 2025	Platzbedarf 2030	Mehrbedarf Plätze bis 2030
Forchheim (Lk)	383,4	213,4	445	275
Hof (Lk)	48,6	21,6	50,6	23,6
Kronach (Lk)	303,8	137,8	325,2	159,2
Kulmbach (Lk)	28,6	13,6	31,6	16,6
Lichtenfels (Lk)	71,6	37,6	84,4	50,4
Wunsiedel i. Fichtelge- birge (Lk)	68,6	30,6	74,6	36,6
Ansbach (krfr. St.)	42,6	20,6	47,4	25,4
Erlangen (krfr. St.)	84,6	44,6	101,2	61,2
Fürth (krfr. St.)	53,6	26,6	58,6	31,6
Nürnberg (krfr. St.)	369,8	169,8	398	198
Schwabach (krfr. St.)	26,2	14,2	33	21
Ansbach (Lk)	274	143,0	311,6	180,6
Erlangen-Höchstadt (Lk)	146,2	74,2	167,2	95,2
Fürth (Lk)	144,6	82,6	172,8	110,8
Nürnberger Land (Lk)	235,2	131,2	280,6	176,6
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim (Lk)	311,8	149,8	341	179
Roth (Lk)	193,2	110,2	220,8	137,8
Weißenburg-Gunzen- hausen (Lk)	63,4	29,4	68,8	34,8
Aschaffenburg (krfr. St.)	109,2	54,2	121,2	66,2
Schweinfurt (krfr. St.)	-	-	-	-
Würzburg (krfr. St.)	146,4	67,4	162,2	83,2
Aschaffenburg (Lk)	460,4	229,4	523,6	292,6
Bad Kissingen (Lk)	209,8	108,8	244,6	143,6
Rhön-Grabfeld (Lk)	145,4	67,4	161,8	83,8
Haßberge (Lk)	228	106,0	248,6	126,6
Kitzingen (Lk)	94,4	50,4	114,4	70,4
Miltenberg (Lk)	344	175,0	388	219

Kreise	Platzbedarf 2025	Mehrbedarf Plätze bis 2025	Platzbedarf 2030	Mehrbedarf Plätze bis 2030
Main-Spessart (Lk)	82,6	37,6	85,6	40,6
Schweinfurt (Lk)	264,2	154,2	310,6	200,6
Würzburg (Lk)	620,8	335,8	727	442
Augsburg (krfr. St.)	332,6	163,6	373,6	204,6
Kaufbeuren (krfr. St.)	78,6	39,6	88,6	49,6
Kempten (Allgäu) (krfr. St.)	57,2	30,2	66,4	39,4
Memmingen (krfr. St.)	-	-	-	-
Aichach-Friedberg (Lk)	110,6	64,6	137,8	91,8
Augsburg (Lk)	397,8	218,8	467,6	288,6
Dillingen a. d. Donau (Lk)	55,6	24,6	58,8	27,8
Günzburg (Lk)	157,4	84,4	183,4	110,4
Neu-Ulm (Lk)	83,2	39,2	95	51
Lindau (Bodensee) (Lk)	176	113,0	222	159
Ostallgäu (Lk)	129,6	67,6	156,2	94,2
Unterallgäu (Lk)	178,4	92,4	207,8	121,8
Donau-Ries (Lk)	167,6	89,6	192	114
Oberallgäu (Lk)	334,2	158,2	373,4	197,4
Bayern	17.601	10.074	18.847	11.274

Quelle: IGES, auf Grundlage von LfStat 2019a und AOK Bayern

Anmerkung: *keine Prognose des Platzbedarfs möglich, da in der Pflegestatistik keine Werte für das Jahr 2017 vorliegen

Literaturverzeichnis

- Ammende R (2016): Qualifikationsbedarf von Lehrpersonal für die generalistische Ausbildung. *Heilberufe*, 68(11): 63–64.
- AOK Bayern (2003): Leitfaden zum Thema Hausgemeinschaft zur Vorlage in der LPSK. Juni 2003.
- AOK Bayern (2019): Pflegeeinrichtungen in Bayern. Stand 19.09.2019.
- AOK Nordost – Die Gesundheitskasse (2017): Pressemitteilung AOK Nordost: Frühzeitige Unterstützung und Hilfe im Pflegealltag. <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/fruehzeitige-unterstuetzung-und-hilfe-im-pflegealltag/> [Abruf am: 11.09.2020].
- Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung GbR (AfA) (o. J.): Koordinationsstelle Wohnen im Alter. Konzepte. Initiativen und Visionen. <https://www.wohnen-alter-bayern.de/> [Abruf am: 01.11.2019].
- Arens F (2013): Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung – ein blinder Fleck der Berufsbildungsforschung? In: Faßhauer U, Fürstenau B, Wuttke E (Hrsg.): *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung*. Opladen. S. 127 - 137.
- Bartholomeyczik S & Halek M (2017): Pflege von Menschen mit Demenz. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2017*. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer. S. 51-59.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (2019): *Gesundheitsreport Bayern 2/2019 – Update Demenzerkrankungen*. April 2019. Erlangen.
- Bayerisches Landesamt für Pflege (LfP) (o. J.): *Das bayerische Landespflegegeld*. <http://www.landespflegegeld.bayern.de/> [Abruf am: 01.11.2019].
- Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (2017): *Pflegestatistik Bayern 2015*. Fürth: Bayerisches Landesamt für Statistik.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (2018): *Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2037*. Beiträge zur Statistik Bayerns. Heft 550. Fürth: Bayerisches Landesamt für Statistik.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (LfStat) (2019a): *Pflegestatistik Bayern 2017*. Fürth: Bayerisches Landesamt für Statistik.
- Bayerischer Landtag (2014): *Altenpflege in Bayern zukunftssicher machen*. VIII Pflegestützpunkte in Bayern flächendeckend ausbauen. 19.03.2014. Drucksache 17/1035. 17. Wahlperiode. Bayerischer Landtag.
- Bayerischer Landtag (2019): *Pflegende Angehörige besser unterstützen – Ausbau von Pflegeberatung, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten*. 26.07.2019.(Drucksache 18/2542). 18. Wahlperiode. Bayerischer Landtag.
-

- Bayerische Staatskanzlei (Stk) (2017): Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst über den Schulversuch zweijährige Integrationsmaßnahmen an Beruflichen Schulen für berufsschulpflichtige Asylbewerber und Flüchtlinge – einjährige Erweiterung der Pflegehelferausbildung an Berufsfachschulen für Pflegehelferberufe für Asylbewerber und Flüchtlingen an Berufsfachschulen – einjährige Erweiterung der Heilerziehungspflegehelferausbildung an Fachschulen für Heilerziehungspflegehilfe für Asylbewerber und Flüchtlinge vom 17. August 2017 (KWMBL. S. 296).
- Bayerische Staatskanzlei (Stk) (2019): Richtlinie für die Förderung im „Bayerischen Netzwerk Pflege“. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 7. Januar 2015, Az. 43b-G8300-2014/195-5 (AllMBl. S. 56), die zuletzt durch Bekanntmachung vom 21. Dezember 2018 (BayMBl. 2019 Nr. 18) geändert worden ist. <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVwV294809> [Abruf am: 28.10.2019].
- Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS) (o. J.): Seniorenpolitik. <https://www.stmas.bayern.de/senioren/index.php> [Abruf am: 14.07.2020].
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) (2006): Seniorenpolitisches Konzept. Mai 2006. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) (Hrsg.) (2010): Kommunale Seniorenpolitik. Oktober 2010. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) (2014): Bestandsanalyse und Eckpunkte für ein Konzept zur nachhaltigen Förderung neuer Formen des Seniorenwohnens und verstärktem Ausbau neuer Pflegeformen. 01.06.2014.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) (Hrsg.) (2017): Seniorenpolitische Gesamtkonzepte. Erfahrungen und praktische Beispiele für die Umsetzung – eine Arbeitshilfe. März 2017.
- Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS) (2019a): Zu Hause daheim. Beispiele für ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS) (2019b): Förderrichtlinie Selbstbestimmt Leben im Alter. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (o. J.a): Wohnsituation. <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/demenz/> [Abruf am: 29.07.2020].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (o. J.b): Bayerisches Netzwerk Pflege“ – Förderung der Familienpflege und der Angehörigenarbeit/Fachstellen für pflegende Angehörige. <https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/foerderprogramm-bayerisches-netzwerk-pflege-und-richtlinie-netzwerk-pflege-familienpflegefachstellen-pflegende-angehoerige/> [Abruf am: 28.10.2019].
-

- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (o. J.c): Generalistische Pflegeausbildung. <https://www.stmgrp.bayern.de/meine-themen/fuer-fach-und-pflegekraefte/generalistische-pflegeausbildung/> [Abruf am: 11.09.2020].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (2017): Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. Schwerpunkt Depression. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (2019): Entwurf der Richtlinie zur investiven Förderung von Pflegeplätzen sowie der Gestaltung von Pflege und Betreuung im sozialen Nahraum (Förderrichtlinie Pflege im sozialen Nahraum – PflegesoNahR). Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom XX.XX.2019, Az. 45-G8300-2019/486-3.
- Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (2011): Begleitung und Versorgung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Angehörigen in Bayern. Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie (StMWi) (o. J.a): Landesentwicklungsprogramm. <https://www.landesentwicklung-bayern.de/instrumente/landesentwicklungsprogramm/>, [Abruf am: 18.10.2019].
- Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie (StMWi) (o. J.b): Regionalpläne. <https://www.landesentwicklung-bayern.de/instrumente/regionalplaene/>, [Abruf am: 18.10.2019].
- Bayerische Stiftung Hospiz (2020): Adressen <https://www.bayerische-stiftung-hospiz.de/index.php> [Abruf am: 04.08.2020].
- BFS Service GmbH (2018): Junge Pflege: Mehr als eine Marktnische. BFS info 06/2018. https://www.bfs-service.de/PDF/Team/18_06_BFS_info_Junge-Pflege.pdf [Abruf am: 04.08.2020].
- Borgstedt S (2020): Sinus-Jugendbefragung: Kindertagesbetreuung & Pflege – attraktive Berufe? <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/jugendbefragung-zur-attraktivitaet-sozialer-berufe-vorgestellt/158254> [Abruf am: 11.09.2020].
- Braeseke G, Pflug C, Beikirch E (2018): Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. Berlin: IGES Institut.
- Braeseke G, Pflug C, Lingott N, Rieckhoff S, Zettl A, Prinz F (2019a): Kurzzeitpflege in Bayern. Teil A: Gesamtbericht. April 2019. Berlin: IGES Institut.
-

- Braeseke G, Naegele G, Engelmann F, Lingott N, Inkrot S (2019b): Erarbeitung wissenschaftlich gestützter Handlungsempfehlungen zur Altenhilfeplanung. April 2019. Berlin: IGES Institut.
- Bundesagentur für Arbeit (2020): Förderung von Weiterbildung. <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/rd-by/Weiterbildung-Qualifizierungsoffensive> [Abruf am: 23.10.2020].
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2017) (Hrsg.): Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2017. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).
- Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) (Hrsg.) (2019): Arbeitshilfe für die praktische Pflegeausbildung. September 2019.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2019): Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023). Vereinbarungstext. Ergebnis der Konzierten Aktion Pflege/AG 1. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019): Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 5. Aktualisierte Auflage. März 2019. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene (2019): Orientierungshilfe zum Antragsverfahren nach § 8 Abs. 6 SGB XI. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/finanzierung_und_foerderung/finanzierungs_und_foerdervorhaben.jsp [Abruf am: 08.09.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Verbände der Leistungsträger und Leistungserbringer auf Bundesebene (2020): Orientierungshilfe zur Förderung von Maßnahmen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Abs. 7 SGB XI. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/finanzierung_und_foerderung/finanzierungs_und_foerdervorhaben.jsp [Abruf am: 11.09.2020].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020a): Pressemitteilungen vom 1. Juli 2020. Bündnis für ein demenzfreundliches Deutschland. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/3-quartal/nationale-demenzstrategie.html> [Abruf am: 29.07.2020].
-

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020b): Intensivpflege. Und Rehabilitationsstärkungsgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/intensivpflegegesetz.html> [Abruf am: 21.07.2020].
- Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) (Hrsg.) (2015): Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (Hrsg.) (2018): Ausbildung und Beschäftigung von Flüchtlingen in der Altenpflege. Informationen für Arbeitgeber. Oktober 2018.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (Hrsg.) (2020): Auszubildende aus Drittstaaten für die Pflege – Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/leitfaden-auszubildende-aus-drittstaaten-fuer-die-pflege.pdf?__blob=publication-file&v=10 [Abruf am: 10.09.2020].
- Bundesregierung (2019): Konzertierte Aktion Pflege: Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Juni 2019, Berlin.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) (2017): Neue Rahmenbedingungen in der Kurzzeitpflege in Bayern. Landespflegesatzkommission beschließt Modell „fix plus x“ [Pressemeldung vom 16.10.2017]: bpa.
- Büker C (2011): Pflege von Menschen mit Behinderung. In: Schaeffer D, Wingefeld K (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa 2011; 385–404.
- Büscher A (2020): Bedarfslagen in der häuslichen Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer: Berlin. S. 55-63.
- CSU (2019): Neues aus dem Kabinett: Bayern baut Pflege-Programm weiter aus. Artikel vom 24.09.2020.
- Deckenbach B & Pflug C (2019): Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege“. Abschlussbericht. Oktober 2019. IGES: Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2015): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in Berlin: „Kontrolle von außen gibt es nicht“, Alzheimer Info 3/15. <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/ambulant-betreute-wohngemeinschaften-fuer-menschen-mit-demenz-in-berlin-kontrolle-von-aussen-gibt-es-nicht.html> [Abruf am: 12.07.20].
- Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten; Die Johanniter; CareWork GKT-Serwis; Programm für lebenslanges Lernen (2014): Modularisiertes Bildungskonzept „Junge Pflege“ Leonardo da Vinci - Innovationstransfer. [https://www.dia-](https://www.dia-konisches-)

- werk.de/fileadmin//Diakonisches_Werk/Projekte/Leonardo/Handbuch_EU-Projekt_Junge_Pflege_hp.pdf [Abruf am: 04.08.2020].
- Doblhammer G, Fink A, Fritze T (2015): Short-term trends in dementia prevalence in Germany between the years 2007 and 2009. *Alzheimer's & Dementia*, 11(3), 291-299.
- Ewers M & Lehmann Y (2017): Pflegebedürftige mit komplexem therapeutisch-technischem Unterstützungsbedarf am Beispiel beatmeter Patienten. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer: Stuttgart. S.63-72.
- Fachstelle für Demenz und Pflege Bayern (2020): Fachstelle für Demenz und Pflege Bayern. <https://www.demenz-pflege-bayern.de/> [Abruf am: 29.07.2020].
- Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Gräske J, Meje S, Wolf-Ostermann K (2011). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen. Merkmale, Entwicklungen und Einflussfaktoren. *Pflege* 23(2), 97-109.
- Flick U. (2011): *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. 4. Auflage. Reibek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) (2020): Nationale Demenzstrategie <https://www.nationale-demenzstrategie.de/> [Abruf am: 29.07.2020].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund) (2020): Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis (absolut und je 100.000 Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Nationalität, Grad der Behinderung. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=27604107&number=163&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=88339454 [Abruf am: 03.08.2020].
- GKV-Spitzenverband (2012): *Pflegeberatung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10. Evaluationsbericht: „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“* verfasst von Prof. Dr. Thomas Klie (Gesamtleitung, AGP Freiburg), Mona Frommelt (Hans-Weinberger-Akademie), Ulrich Schneekloth (TNS Infratest Sozialforschung), Sabine Behrend, Anne Göhner, Dr. Claus Heislbetz, Christiane Hellbusch, Anja Püchner, Jella Riesterer, Manuela Schmidt, Birgit Schuhmacher, Dr. Hannes Ziller.
- Geyer J & Schulz E (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (Hrsg.): *DIW Wochenbericht Nr. 14/2014. Gesundheit*. 2.04.2014. 81. Jahrgang. Berlin. S. 294-301.
- Gutzmann H, Schäufele M, Kessler EM, Rapp M (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A.,
-

- Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer. S. 107-117.
- Hüther M & Kochskämper S (2018): Pflegenotstand – so viele Fachkräfte fehlen wirklich. Pressekonferenz 10.09.2018. Berlin. [Statement]. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft (IW).
- Isfort M, Rottländer R, Weidner F, Tucman D, Gehlen D, Hylla J (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip): Köln.
- Klaus D & Tesch-Römer C (2017): Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS. S. 185-200.
- Klie T, Heislbetz C, Schuhmacher B, Keilhauer A, Rischard P, Bruker C (2017): Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. *Abschlussbericht*. AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie (Hrsg.). Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Kochskämper S (2018): IW-Report 33/18. Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern. Eine Simulation bis 2035. Köln.
- Kofahl C, Lüdecke D (2014): Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Berlin: AOK-Bundesverband.
- Kofahl C & Lüdecke D (2015): Gesundheitliche Versorgung und sozioökonomische Situation von Familien mit chronisch erkrankten und behinderten Kindern. *Kinder- und Jugendarzt* 2015; 46 (11): 667–74.
- Kofahl C, Matzke O, Verdugo PB, Lüdecke D (2017): Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Familie In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer. S. 25-38.
- Kremer-Preiß U & Bahr M (2017): Seniorenpolitische Gesamtkonzepte. Erfahrungen und praktische Beispiele für die Umsetzung – eine Arbeitshilfe. (Artikelnummer: 1001 0656). Was Menschen berührt. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration.
- Landespflegesatzkommission (LSPK) (2017): Beratungsunterlage für die 73. Sitzung der LSPK am 12.10.2017 – AG KZP. Landespflegesatzkommission.
- Landkreis Kitzingen (2018): Amtsblatt für den Landkreis Kitzingen. 27.12.2018. Jahrgang/Nummer XXXXVII/52.
-

- Lehmacher-Dubberke C. (2016): Krankenpflege auf Rädern. *Gesundheit und Gesellschaft* 2016; 19 (7–8): 30 – 33.
- Mayring P (2014): *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2013): *Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012*. Essen.
- Millich N (2020): VdPB lässt regionalen Pflegepersonalbedarf ermitteln. Artikel vom 19.05.2020. Bibliomed - Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/vdpcb-laesst-regionalen-pflegepersonalbedarf-ermitteln> [Abruf am: 11.09.2020].
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der Akademien der Wissenschaften (2015): *Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung*. Halle (Saale).
- Pfundstein T & Bensch M (2020): Vom Markt und den Sorgen – sollen individuelle Pflegeleistungen kommunal gesteuert werden? In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer: Berlin. S.149-164.
- Pleschberger S, Müller-Mundt G (2017): Palliativversorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer. S. 165-185.
- pm pflegemarkt.com GmbH: Anzahl und Statistik der Altenheime in Deutschland: Bettenaufbau und –abbau nach Bundesland 2018. <https://www.pflegemarkt.com/2016/10/28/anzahl-und-statistik-der-altenheime-in-deutschland/> [Abruf am: 22.10.2019].
- Prognos AG & Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V. (KDA) (2018): *Standortanalyse und Konzeption von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige*. Endbericht. 31.03.2018. Freiburg/Köln.
- Räker M, Schwinger A, Klauber J (2020): Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer: Berlin. S. 65-94.
- Roehr S, Pabst A, Luck T, Riedel-Heller S. G. (2018): Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. *Clinical epidemiology*, 10, 1233.
- Rothgang H & Sauer S (2013): *Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik*. Aktualisierungsbericht. ZeS Universität Bremen.
-

- Rothgang H, Müller R, Runte R, Unger R (2017): Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 5.
- Rothgang H & Wagner C (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. 28. Februar 2019. Bremen.
- Rothgang H & Müller R (2018): Pflegereport 2018. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 12. BARMER (Hrsg.).
- Rothgang H & Müller R (2019): Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 20. BARMER (Hrsg.).
- Rothgang *et al.* (2020): Zweiter Zwischenbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Februar 2020. Bremen.
- Sabatowski R, Radburch L, Loick G, Nauck F, Müller M (2000): Palliativmedizin 2000. Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. 2. Aufl. Bonn: Eigenverlag.
- Schubert H (2019): Von der Altenhilfeplanung zur integrierten Sozialplanung im demografischen Wandel. 1. In: Schubert H: Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele. Köln: Springer VS, 43-74. ISBN: 978-3-658-21239-1
- Schwan & Partner (2019): Altenhilfe. Aus der Praxis in die Praxis. Bayernletter Ausgabe 150. Oktober 2019.
- Schwinger A, Klauber J, Tsiasioti (2019): Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Schwerpunkt: Mehr Personal in der Langzeitpflege - Aber woher? Heidelberg: Springer. S. 3-20.
- Slotala L (2019): Stellschrauben mit großer Wirkung. Ansätze zur Gewinnung neuer Auszubildender in der Altenpflege. In Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?. Berlin.
- Stadt Bamberg (Amt für Inklusion) (2019) (Hrsg.): Planungspapier der Stadt Bamberg: Pflege 2025 in Bamberg – Teil 2: Ambulante Pflege und pflegende Angehörige. November 2019. Bamberg.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016): Sozialeleistungen. Schwerbehinderte Menschen. Fachserie 13 Reihe 5.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2017. 18. Dezember 2018. Wiesbaden.
-

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Statistik über Pflegebedürftige nach Altersgruppen und Art der Versorgung. Stand 04.08.2020
- Stöcker G (2019): Vorbehaltene Aufgaben für die Pflege. Die Schwester | Der Pfleger 11/2019: 84 – 87.
- Stöver M, Schmitt S, Bomball J, Schwanke A, Görres S (2009): Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung - Synopse evaluierter Modellprojekte - Abschließender Projektbericht.
- Tiesmeyer K (2015): Unterstützung von älteren Menschen mit Behinderung und erhöhtem Pflegebedarf – Wissenschaftliche Herausforderungen. Pflege & Gesellschaft 2015; 20 (3): 241 – 62.
- Tiesmeyer K (2017): Pflege von Menschen mit Behinderung- Herausforderungen und Handlungserfordernisse. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer. S. 39 - 50.
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (2020): Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 27.01.2020 für Mitgliedsdienste des Arbeitskreises privater Pflegevereinigungen in Bayern. Anlage 1: Leistungskomplexe für ab 01.03.2020 erbrachte Leistungen.
- vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (2020): Zukunft der Pflege in Bayern – eine Big Data Analyse der Herausforderungen und Chancen. Juni 2020. München.
- Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland, Stand 2020. <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/> [Abruf am: 06.08.2020].
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2011): World Report On Disability.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2015): WHO Global Disability Action Plan. Better Health für all people with disabilities. Genf.
- Wikipedia (2019): Karte der Planungsregionen in Bayern. https://de.wikipedia.org/wiki/Planungsregionen_in_Bayern#/media/Datei:Bayern_Regionen-planung_Uebersicht.svg [Abruf am: 18.10.2019].
- Wingenfeld K & Büscher A (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bielefeld/Osnabrück, November 2017.
- WippCARE (2019): Pflegekennzahlen Bayern. Pflegeschlüssel/Vollstationäre Pflege/Korridore. Stand 06.01.2019. <https://www.michael-wipp.de/fachbeitraege/pflegekennzahlen/> [Abruf am: 01.11.2019].
- Wolf-Ostermann K, Schmidt A & Gräske J (2017): Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Entwicklungen und Perspektiven. In: Schäfer-Walkmann S & Traub F
-

(Hrsg.): Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung. Edition Centaurus – Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis. Springer VS: Wiesbaden. S.77-92.

Wolff JK, Pflug C, Rellecke J, Rieckhoff S, Dehl T, Nolting HD (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI. *Abschlussbericht*. Februar 2020. Berlin.

WüestPartner Deutschland (2018): Pflegeheim-Atlas Deutschland 2018. Regionale Marktdaten – Auslastungsgrade - Potenziale.

Zich K, Nolting HD, Pflug C (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). LOS 3: Schnittstellen Eingliederungshilfe. Abschlussbericht. IGES.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com