

DATENREPORT ZUR PFLEGESTRUKTUR

im Landkreis Mainz-Bingen / Vierter Bericht

Mai 2023

IMPRESSUM

Auftraggeber:

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

Verfasser:

Kreisverwaltung Mainz-Bingen
Abteilung 33 Soziale Sonderaufgaben
Leitstelle „Gut altern in Mainz-Bingen“

Ute Poßmann
Georg-Rückert-Straße 11
55218 Ingelheim am Rhein
Tel.: 06132/787-3303
Telefax: 06132/787-97-3303
possmann.ute@mainz-bingen.de

Stand Mai 2023

INHALT

Teil I: Vorwort/ Einleitung

1 VORWORT	5
2 EINLEITUNG	6
2.1 Pflegestrukturplanung im Landkreis Mainz-Bingen	6
2.2 Rahmenbedingungen der Pflegestrukturplanung	7
2.3 Aufbau, Methodik und Datengrundlagen	13
2.4 Entwicklung der gesetzlichen Grundlagen	16
2.5 Sicherstellung der Pflegeversorgung: Akteure und Zuständigkeiten	19
2.6 Corona – Auswirkungen auf die Mainz-Binger Pflegestruktur	23

Teil II: Bestandsaufnahme

3 BILANZ 2023	25
3.1 Pflegen und gepflegt werden im Landkreis Mainz-Bingen	25
3.2 Kernaussagen	26
3.3 Die Babyboomer im Landkreis Mainz-Bingen	28
4. WAS BISHER GESCHAH	30
4.1 Bilanz vorangegangener Datenreporte und demografischer Analysen	30
4.2 Aktivitäten der Kreisverwaltung Mainz-Bingen	39
5 DEMOGRAFIE UND SOZIALSTRUKTUR	42
5.1 Sozialraumbezug zu den Schnittstellen von Pflege und Sorge	42
5.2. Demografietypen im Sozialraum Mainz-Bingen	42
5.3 Regionale Zuordnung, Gliederung	45
5.4. Soziodemografische Rahmenbedingungen	48
5.5. Daseinsvorsorge	57
5.6. Bevölkerung und Fläche	63
6 NUTZERSTRUKTUR PFLEGE	73
6.1 Leistungsarten	75
6.2 Pflegebedürftige Personen	77
6.3 Hilfe zur Pflege	85
6.4 Exkurs: Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger	87
6.5 Exkurs: Demenz	88

7. INFRASTRUKTUR PFLEGE	89
7.1 Beratungsstellen	89
7.2 Dienste und Einrichtungen nach dem SGB XI 64	93
7.3 Unterstützende/alternative Wohnformen	99
7.4 Angebote zur Unterstützung im Alltag	103
7.5 Palliative Versorgung	104
7.6 Medizinisch-therapeutische Einrichtungen und Dienste	106
7.7 Fachkräftesituation	114

Teil III: Bedarfsanalyse

8. EINBEZIEHEN DER AKTEURE VOR ORT IN DEN PLANUNGSPROZESS	116
8.1 Kernaussagen aus dem Beteiligungsprozess	118
8.2 Bilanz Kommunalworkshops Bodenheim und Bingen	119
8.3 Zitate zu Handlungsbedarfen einer bedarfsgerechten Pflegestruktur	121
8.4 Bausteine einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik	125
8.5 Pflegekräfte gewinnen – Möglichkeiten und Grenzen des Landkreises	129

Teil IV: Zielplanungsprozess

9. HANDLUNGSOPTIONEN	130
9.1 Prozessorganisation	130
9.2 Handlungsempfehlungen	132
9.3 Fazit	134
10. ANHANG	136
10.1 Glossar	136
10.2 Quellen	140
10.3 Abbildungsverzeichnis	144
10.4 Tabellenverzeichnis	146
10.5 Anlagen	147

1 VORWORT

Seit nunmehr fast zwei Jahrzehnten beschäftigen sich die Verantwortlichen beim Landkreis Mainz-Bingen mit den Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf Bevölkerung und Infrastruktur. Die jeweils damit verbundenen Herausforderungen gilt es engagiert zu gestalten. Im Bereich von Pflege und Sorge geschieht dies im konstruktiven Dialog zwischen der Verwaltung, den politischen Gremien sowie den Einrichtungen, Diensten, Fachkräften und bürgerlich Engagierten in der Region.

Bereits im Jahr 2006 hat das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur den Kommunen den Auftrag gegeben, Pflegestrukturpläne für die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege aufzustellen und diese regelmäßig fortzuschreiben.

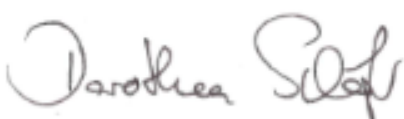
Im Jahr 2007 hat erstmals der damalige Sozial- und Jugendhilfeplaner des Landkreises Mainz-Bingen einen solchen Pflegestrukturplan aufgestellt. Die fortgeschriebenen Pläne von 2011 und 2017 wurden jeweils extern von *transfer – Unternehmen für soziale Innovation* erstellt. Der vorliegende vierte Datenreport entstand mit eigenen Kompetenzen in der Verwaltung durch die Pflegestrukturplanerin des Landkreises.

In der Pflegestrukturplanung liegt die Kernkompetenz im Fachgebiet der Pflege und Sorge. Wo der Sozialraum starken demografischen Veränderungsprozessen unterworfen ist, muss die Planung vernetzt denken. Daher ist die Planung der Rahmenbedingungen in der Pflege und Sorge ein vernetztes Fachgebiet, das Schnittstellen pflegen muss.

Grundlage für den gewünschten Verbleib im Wohnumfeld ist die häusliche Wohnsituation und die Einbindung in familiäre oder nachbarschaftlich sorgende Netzwerke. Zu dieser Grundausrüstung zählen, unterstützt durch ÖPNV und Barrierefreiheit, außerdem die Gesundheits- und Alltagsversorgung in erreichbarer Nähe.

In der Tradition der bisherigen Datenreporte bietet dieser Bericht ebenfalls einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Pflegestruktur im Landkreis. Die Kapitel drei bis sieben beinhalten eine Bestandsaufnahme der Angebots- und Nutzerstruktur im Vor- und Umfeld von Pflege. Die so zusammengetragenen Daten und Fakten bildeten die Grundlage zum konstruktiven Dialog mit den zu beteiligenden Akteuren.

Die Bilanz zu diesem Beteiligungsprozess ist in Kapitel acht zusammengefasst. Beteiligt daran waren zahlreiche Akteure. Neben Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, Einrichtungen und Diensten waren dies insbesondere auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreisverwaltung. Ihnen allen sei hiermit ausdrücklich für ihre Mitwirkung und Unterstützung gedankt. In besonderer Weise bedanken wir uns bei Frau Ursula Hartmann-Graham, die bis zum Ende ihrer Amtszeit als zuständige Kreisbeigeordnete die Erstellung des Pflegestrukturplans maßgeblich vorangetrieben und begleitet hat.



Dorothea Schäfer
Landrätin



Almut Schultheiß-Lehn
2. Kreisbeigeordnete

2 EINLEITUNG

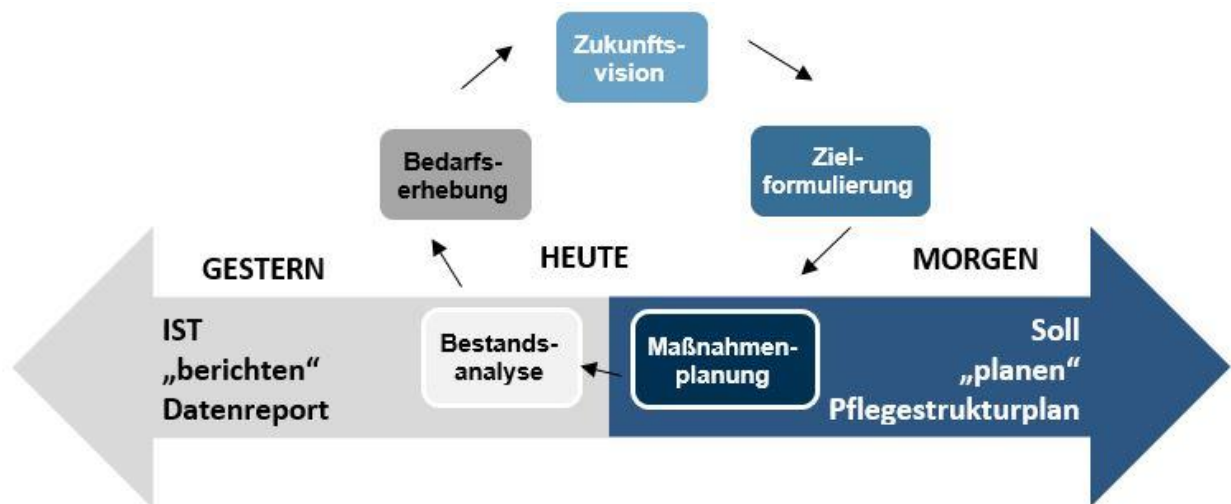
2.1 Pflegestrukturplanung im Landkreis Mainz-Bingen

Der vorliegende Bericht ist nach 2007, 2011 und 2017 der vierte Pflegestrukturplan des Landkreises Mainz-Bingen. Ergänzt wurden diese Berichte zur Pflegestruktur durch zwei von der Verwaltung vorgelegte zusammenfassende Bestandsanalysen zum Thema demografischer Wandel: Im Jahr 2014 der Demografieatlas sowie fünf Jahre später im April 2019 der Abschlussbericht der ersten Enquetekommission Demografischer Wandel des Landkreises.

Gemäß der Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz ¹ gliedert sich der vorliegende Bericht in folgende sechs Phasen der Planung:

- Teil I bis III zeichnen mit qualitativen und quantitativen Methoden das Portrait des Landkreises.
- Mit diesen Ergebnissen startet der Zielplanungsprozess Teil IV in Form moderierter Workshops und partizipativer Abstimmungsgespräche.
- Mit Teil V setzt die Entwicklung von konkreten Maßnahmen in Form von Handlungsempfehlungen ein. Diese sind Grundlage für den kommunalpolitischen Diskurs in den zuständigen Gremien des Landkreises.
- Teil VI als letzte Phase mündet darin, den Prozesskreislauf in Gang zu halten. Dies beinhaltet die Evaluation und fortlaufende Dokumentation bezogen auf das Umsetzen der in den Phasen davor erarbeiteten Handlungsempfehlungen.

Daraus ergibt sich folgender Planungsprozess:²



Quelle: Eigene Darstellung nach LZG, Servicestelle (2019, S. 10 u. 29)



¹ vgl. Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bei der LZG (2019): Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz, S. 31

² vgl. ebenda, S. 55

2.2 Rahmenbedingungen der Pflegestrukturplanung

Bedingt durch Neuerungen und Änderungen in den Beratungsbereichen der Pflegestützpunkte sowie in der Gesetzgebung der Pflegestrukture Gesetze kann sich der vorliegende Datenreport nicht nahtlos an die vorherigen drei Berichte anschließen. Fachliche Aussagen und grundsätzliche Erläuterungen vorangegangener Datenreporte bleiben dabei gültig, sofern sie nicht durch neue Daten oder Aussagen aktualisiert wurden.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde bereits zum 1. Januar 2016 die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführt. In Kraft trat das Gesetz am 1. Januar 2017. Seither wird die Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegrade bemessen. Die bisherigen Datenreporte beziehen sich bei der Beschreibung der Pflegebedürftigkeit jeweils auf die alte Begrifflichkeit der drei Pflegestufen. Somit werden in der aktuellen Fortschreibung erstmals Pflegegrade statt Pflegestufen analysiert.

Zum 1. Januar 2017 wurde zudem das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) eingeführt. Dieses befasst sich mit der regionalen/ kommunalen Umsetzung der Neuerungen. Die Kapitel „7 Infrastruktur der Pflege“ und „6 Nutzerstruktur Pflege“ im Datenreport werden daher in Aufbau und Gliederung an die Themen und Struktur des siebten Altenberichtes der Bundesregierung angelehnt.

Die Rolle der Landkreise als Gestalter der Versorgungsstruktur hat sich inzwischen insbesondere auch durch die gesetzlichen Änderungen in der Eingliederungshilfe verändert. Seit dem 1. Januar 2018 gelten für die Träger der Eingliederungshilfe neue Vorschriften zum Gesamtplanverfahren, §§ 141ff. SGB XII.

Dieses Verfahren wird ausgelöst, sobald ein Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe gestellt wird. Die Gesetzliche Pflegeversicherung ist mit Zustimmung des Leistungsberechtigten in dieses Verfahren einzubeziehen, sobald „Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch“ bestehen. Ebenso soll der Träger der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII an diesem Verfahren beteiligt werden.

Seit dem 1. Januar 2020 sind die Leistungen für behinderte Menschen mit dem Sozialgesetzbuch 9 (SGB IX) in einem eigenen Gesetz geregelt. Damit ist die Eingliederungshilfe keine Sozialhilfe mehr im Sinne des SGB XII. Dieser Aspekt ist jedoch nicht Gegenstand der untersuchten Daten der Pflegestatistik für den vorliegenden Datenreport. Das Thema „Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf“ kann im Prozessverlauf beispielsweise mit der nächsten Bestandsanalyse näher betrachtet werden.

Der erste Pflegestrukturplan wurde im Jahr 2007 vorgelegt. Seither haben sich auch Verwaltungszuschnitte im Kreisgebiet verändert.

- Am 1. Juli 2014 wurde die Verbandsgemeinde Guntersblum in die Verbandsgemeinde Nierstein-Oppenheim eingegliedert. Daraus entstand die neue Verbandsgemeinde Rhein-Selz. Diese Verwaltungsreform wurde bereits im 2017er Datenreport berücksichtigt.
- Zum 1. Juli 2019 wurde die Verbandsgemeinde Heidesheim am Rhein aufgelöst. Die beiden zugehörigen Gemeinden Heidesheim und Wackernheim wurden in die Stadt Ingelheim am Rhein eingemeindet. Diese Verwaltungsreform wird im vorliegenden Datenreport erstmals berücksichtigt.
- Wegen der Fusion der Verbandsgemeinde Heidesheim mit der Stadt Ingelheim wurden Beratungsgebiete der Pflegestützpunkte im Kreisgebiet in zwei Bereichen ebenfalls zum 1. Juli 2019 neu aufgeteilt. Der neue Zuschnitt der Beratungsbereiche wird ebenfalls im vorliegenden Datenreport erstmals berücksichtigt.
- Seit dem 1. Januar 2021 arbeiten alle Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz mit einer einheitlichen Software. Mit dieser werden automatisch unter anderem auch statistische Daten für die Pflegestrukturplaner erstellt. Vor diesem Hintergrund erfolgte im vorliegenden Bericht, neben dem kleinräumigen Sozialmonitoring auf Ebene der Kommunen des Landkreises, erstmals ein solches auf Ebene der Beratungsbereiche der sechs im Landkreis Mainz-Bingen ansässigen Pflegestützpunkte.

Auf Landesebene bilden in Rheinland-Pfalz das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) vom 25. Juli 2005 sowie die aktuelle Landesverordnung zur Durchführung des Gesetzes (LPflegeASGDVO) vom 14. Dezember 2016 die Grundlage der Pflegestrukturplanung.

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

Die Landkreise und die kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz sind dazu aufgefordert, für ihr Gebiet Pflegestrukturpläne aufzustellen und diese regelmäßig fortzuschreiben (§ 3 Abs. 1 LPflegeASG).

Hierzu sind die folgenden, in § 1 Abs. 2 benannten Grundsätze zu berücksichtigen:

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

Die Pflegestrukturplanung hat sich auch auf die komplementären Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege, die Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und die Entwicklung neuer Formen pflegerischer Angebote zu erstrecken. Das Landesgesetz sieht darüber hinaus die Einrichtung Regionaler Pflegekonferenzen (§ 4) sowie von Beratungs- und Koordinierungsstellen (§ 5) vor und beinhaltet Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteuren (§ 6).

Die Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes (LPflegeASGDVO) regelt die nähere Umsetzung des Gesetzes und insbesondere die Aufgabenbereiche der Fachkräfte der Beratung und Koordinierung in Pflegestützpunkten (§ 2). Gemäß Punkt 7 Absatz 2 gehört Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nur dann zu den Aufgaben der Fachkräfte der Beratung und Koordinierung, wenn durch die Pflegekassen eine vollständige oder teilweise Übertragung dieser Aufgabe erfolgt ist und eine dem Umfang der Aufgabenübertragung entsprechende Finanzierung der Personal- und Sachkosten gewährleistet ist.

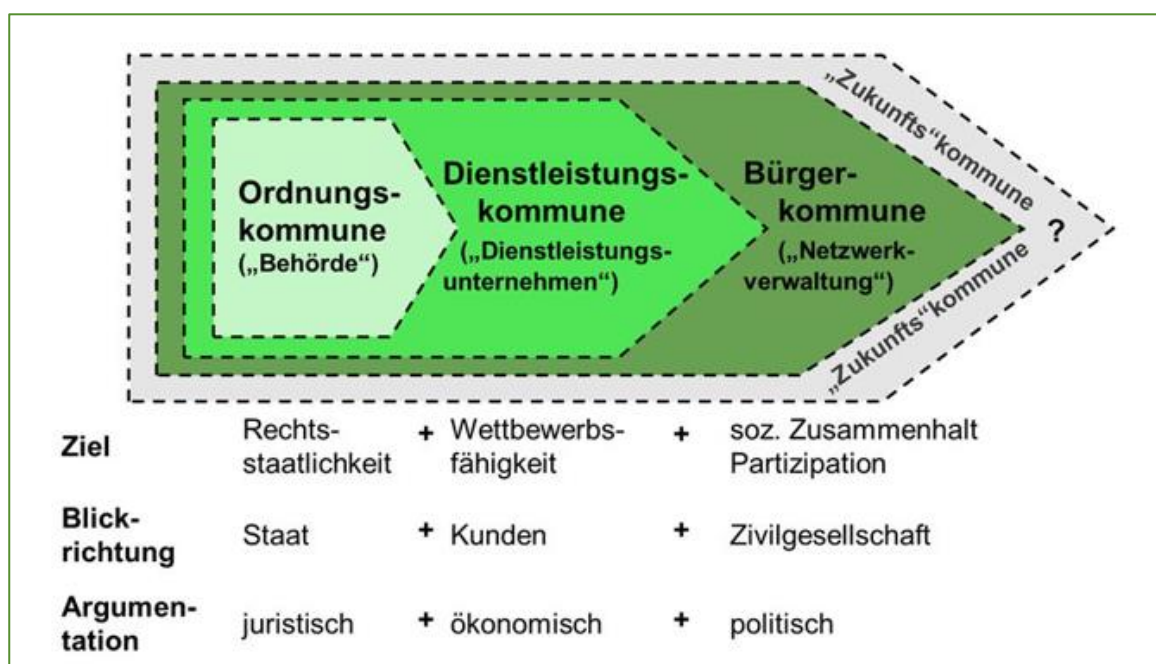
Darüber hinaus sollen durch das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) die Qualität der „Wohnformen und der Pflege-, Teilhabe- und anderen Unterstützungsleistungen“ gesichert und stetig weiterentwickelt werden (§ 1 LWTG). Differenziert wird dabei zwischen Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot gemäß § 4 LWTG (bspw. stationäre Dauerpflege) und Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtung gemäß § 5 LWTG (bspw. Einrichtungen der Kurzzeitpflege, Wohn- und Pflegegemeinschaften oder stationäre Hospize). Die (Wieder-) Inbetriebnahme von Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot oder von Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtung bedarf der Abstimmung mit dem zuständigen Landkreis bzw. der zuständigen kreisfreien Stadt im Rahmen der kommunalen Pflegestrukturplanung (§ 18 LWTG).

Gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag ist die Pflegestrukturplanung somit als Prozess zu begreifen. Sie ist keinesfalls bloß ein Plan als Papierwerk, der Aufgaben im Detail operationalisiert darstellt.³

Der Begriff Pflegestrukturplanung hat sich vorwiegend in Rheinland-Pfalz etabliert. Damit betont der Gesetzgeber, dass es nicht um ein defizitäres Menschenbild geht, sondern um die Schaffung geeigneter Strukturen im Sozialraum, in denen Pflege und Unterstützung verfügbar gemacht wird. Somit ist Pflegestrukturplanung ein kommunikativer Prozess unter allen beteiligten Akteuren auf diesem Gebiet. Der Fokus liegt auf dem Austausch der konkreten Erfahrungen sowie der Darstellung der Anforderungen und Überlegungen zur Weiterentwicklung des Sozialraumes, in der alle Aktivitäten und Hilfeleistungen zusammengefasst sind, die zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen geplant und ausgeführt werden⁴. Dieser Prozess erfordert die Kreativität aller daran Beteiligten, um mit mutigen Ideen neue Wege auszuprobieren und Netzwerke dauerhaft sowie erfolgreich aufzubauen, zu etablieren und zu stärken.

Dieses Schaffen von Arrangements, in denen Menschen in schwierigen Lebensverhältnissen unter gezielter und sorgfältig angesetzter professioneller und freiwilliger / ehrenamtlicher Unterstützung möglichst aus eigener Kraft „ihr Leben“ leben können, ist dabei eine der zentralen Aufgaben von Pflegestrukturplanung. Es entspricht somit dem Leitbild der Bürgerkommune als Netzwerkverwaltung, wie es Dr. Alfred Reichwein im Ansatz zum kommunalen Steuerungsmodell (KSMI) der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement KGSt darstellt (Abbildung 1)⁵:

Abbildung 1: Kommunen agieren in unterschiedlichen Leitbildern



Quelle: Dr. Alfred Reichwein (2014) Folie 5

³ vgl. Steitz, Georg (2007), S. 77

⁴ Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bei der LZG (2019), S. 9

⁵ Reichwein (2014), Folie 5

Vor diesem Hintergrund fand in der zweiten Jahreshälfte 2022 der konstruktive Dialog statt. Im Mittelpunkt stand dabei der Austausch mit den politischen Gremien, Einrichtungen, Diensten, Fachkräften und bürgerlich Engagierten.

Die aus diesem Beteiligungsprozess resultierenden Befunde zur Ausgestaltung des Pflegebereichs im Landkreis sind in den Handlungsempfehlungen unter Kapitel neun zusammengefasst. Diese sind nunmehr vorausschauend im Sinne einer integrierten Pflegestruktur im Landkreis weiterzuentwickeln.

Ziel des vorliegenden vierten Datenreportes ist es außerdem, die Basis für eine Berichterstattung als fortlaufenden Prozess zu schaffen. Die zu Grunde liegenden Strukturen sind dabei in ständiger in Bewegung. Nicht alle Faktoren dazu lassen sich zu einem bestimmten Zeitpunkt erfassen.

Dazu wurde eine standardisierte Prozessorganisation entwickelt. Danach orientiert sich der Prozess künftig am zweijährigen Zyklus der amtlichen Pflegestatistik. In den Phasen dazwischen wird die Verwaltung den zuständigen Kreisgremien sowie der Regionalen Pflegekonferenz einen „Kurzreport zur Pflegestruktur“ vorlegen.

Im Sinne der Sozialraumorientierung an der pflegerischen Angebotsstruktur als Fachkonzept wird der Kurzreport neben zentralen Daten und Fakten insbesondere Angaben enthalten, die zum Reflektieren und Bewerten der jeweils zuvor festgelegten Ziele und Maßnahmen dienen.

Übersetzt auf die Pflegestrukturplanung im Sinne der Sozialraumorientierung als Handlungskonzept bedeutet dies für die Kreisverwaltung:

- die Interessen, Bedürfnisse und Ressourcen der Menschen in den Ortsgemeinden zu erkennen und bei den Bedarfslagen zu berücksichtigen,
- die Menschen bei der Aktivierung ihrer Ressourcen zu unterstützen,
- die Ressourcen der Ortsgemeinden/Stadtteile zu nutzen sowie die so erzielten Ergebnisse und Erkenntnisse im Verwaltungshandeln zu berücksichtigen,
- Planungen, Projekte und Aktivitäten über Aushandlungsprozesse im Dialog zu erarbeiten,
- Verantwortung für fach- und ressortübergreifende Abstimmung zu übernehmen.

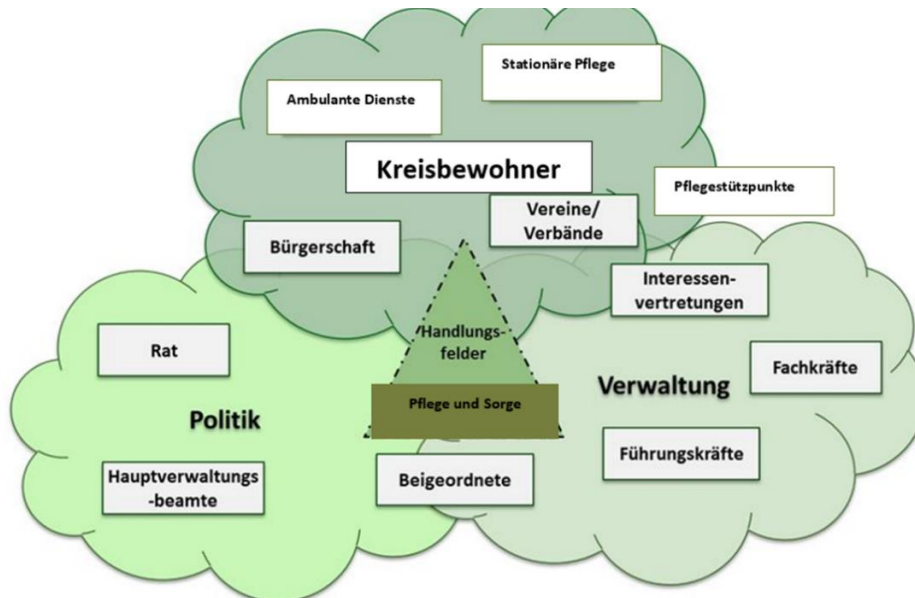
Da in diesem Bereich viele Akteure „mitspielen“, ist die kommunale Steuerung der „Bürgerkommune“ sehr komplex⁶ (Abbildung 2a).

In diesem Zusammenhang ist die Leitstelle „Gut altern in Mainz-Bingen“ ein wichtiger Netzwerkknotenpunkt der Pflegestrukturplanung im Landkreis in die zahlreichen Sozialräume in den Kommunen des Landkreises (Abbildung 2b) hinein.

⁶ Reichwein (2014), Folie 12

Sei es in den Stadtteilen der kreisangehörigen Städte oder den Ortsgemeinden der neun Verbandsgemeinden. Also überall dort, wo die Aktivitäten der sozialen Daseinsvorsorge in den Ortsgemeinschaften mittels Bürgerschafts- und Nachbarschaftshilfen, kommunalen und kirchlichen Initiativen einen Beitrag dazu leisten können, Menschen in Verbindung mit einer möglichen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit vor Vereinzelung und Vereinsamung zu bewahren.

Abbildung 2a: Pflegestrukturplanung als kommunaler Steuerungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung nach Dr. Alfred Reichwein (2014). Folie 12

Abbildung 2b: Sozialräume in den Kommunen des Landkreises Mainz-Bingen



2.3 Aufbau, Methodik und Datengrundlagen

Wie bereits in den bisherigen Datenreporten resultieren die Ergebnisse des vorliegenden Berichts aus der Auswertung quantitativer und qualitativer Daten. Neben den amtlichen Statistiken zur Pflege der Bundes- und Landesämter umfassen die Auswertungen auch Statistiken der Kreisverwaltung sowie der Gemeindestatistik zu den kreisangehörigen Kommunen. In der Ergebnisdarstellung sind die Gebietsneugliederungen zum 01.07.2014 (neue VG Rhein-Selz) und zum 01.07.2019 (Eingliederung VG Heidesheim am Rhein in die Stadt Ingelheim am Rhein) umgesetzt worden⁷.

Vorhandene Unterlagen zu Einzelthemen (Aufsätze, Abhandlungen, Berichte etc.) wurden ergänzend gesichtet und ausgewertet. Die Quellenangaben hierzu sind im Literaturverzeichnis im Anhang aufgeführt.

Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit dem Dezember 1999 zweijährlich durchgeführt. Der Erhebungstichtag für die Erhebung bei den ambulanten und stationären Einrichtungen ist der 15.12.; der für die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger – organisatorisch bedingt davon abweichend – der 31.12. Zum besseren Verständnis der den statistischen Daten zu Grunde liegenden Fachbegriffe ist das Glossar zur Pflegestatistik ebenfalls im Anhang aufgeführt.

Für eine aussagekräftige Datenbilanz zu pflegerischer Infrastruktur und Inanspruchnahme wurden für den vorliegenden Datenreport die relativ vergleichbaren Pflegestatistiken der Jahre 2017 und 2019 herangezogen. Die Zusammenhänge dieser Berichtsjahre mit der Bevölkerungsstruktur im Landkreis Mainz-Bingen beziehen sich dabei jeweils auf den Stichtag 31.12. der amtlichen Pflegestatistiken. An den Stellen, an denen es möglich und sinnvoll ist, werden diese Daten auf die Ebene der Verwaltungsbezirke des Landkreises Mainz-Bingen bezogen. Die Daten zur Pflegestatistik 2021 liegen erst seit Februar 2023 vor. Die Verwaltung wird im Laufe des Jahres eine zusammenfassende Übersicht der im vorliegenden Bericht aufgeführten Tabellen erstellen und als ergänzendes Papier zum vierten Datenreport veröffentlichen.

Die bisherigen Datenreporte beziehen sich bei der Beschreibung der Pflegebedürftigkeit auf die damalige Begrifflichkeit der drei Pflegestufen. Seit Inkrafttreten des zweiten Pflegebedürftigkeitsgesetzes (PSG II) zum 01.01.2017 wird die Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegraden bemessen. Damit ist bei den Datenerhebungen ab dem Stichtag 31.12.2017 kein direkter Vergleich mehr zu den Vorjahren möglich. In diesem Punkt schließt sich der vorliegende Datenreport somit nicht nahtlos an die vorherigen Berichte an.

Zum Beschreiben der demografischen Entwicklung und Sozialstruktur (Kapitel 5) wurden weitere regionale Strukturberichte herangezogen. Neben dem Wohnungsmarktkonzept 2019 und dem ÖPNV-Konzept des Landkreises beinhaltet auch der zweite Raumordnungsbericht der Region Rheinhessen-Nahe 2020 wertvolle Hinweise für die Pflegestrukturplanung. Grundlage dieser Berichte ist jeweils die fünfte regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz mit dem

⁷ Vgl. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2021b), S. 11

Basisjahr 2017. Die sechste regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung mit Basisjahr 2020 wird ebenfalls in das ergänzende Datenpapier zum vierten Datenreport einfließen.

Mit diesem rheinhessenweiten Blick über den Tellerrand der Mainz-Binger Landkreisgrenzen hinaus greift die aktuelle Fortschreibung die Anregung aus den Beratungen der Gremien zum Datenreport 2017 auf. Damals wurde angeregt, künftig in den Berichten auch Vergleichszahlen zur Pflegestatistik der direkten Nachbarkreise und der Landeshauptstadt Mainz mit zu berücksichtigen.

Möglich ist dieses Vorgehen seit 2018. Mit dem PSG II wurde damals auch der Statistikparagraph (§ 109 SGB XI) geändert. Mit dem neuen § 109 sind nun auch die stationären Einrichtungen verpflichtet, die Postleitzahl (PLZ) des „Wohnortes vor Übertritt in das Pflegeheim“ anzugeben.

Somit können künftig vertiefende Themen wie der Zuzug von Pflegebedürftigen mitberücksichtigt werden. Etwa die Frage, ob mit dem Zuzug von Familien auch ein Zuzug älterer Familienmitglieder in eine stationäre Einrichtung verbunden ist.

Die Analyse der Daten und Fakten zur pflegerischen Infrastruktur in Kapitel 7 beziehen sich konkret auf die Gebietsgrenzen des Landkreises Mainz-Bingen. Hierbei sind die Beratungsbereiche der sechs Pflegestützpunkte jedoch nicht deckungsgleich mit den Grenzen der neun Verwaltungsbezirke im Landkreis. Das in den bisherigen Datenreporten bekannte kleinräumige Sozialmonitoring auf dieser Ebene wird daher in der vorliegenden Fortschreibung an einigen Stellen auf die Beratungsbereiche der sechs im Landkreis Mainz-Bingen tätigen Pflegestützpunkte erweitert.

Grundlage hierfür ist § 2 der Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASGDVO). In Absatz 4 wird dort unter anderem auf die Zusammenarbeit der Fachkräfte der Beratung und Koordinierung in Pflegestützpunkten mit den Landkreisen und kreisfreien Städten im Rahmen der Pflegestrukturplanung verwiesen.

Eine zentrale Aufgabe der Pflegestrukturplanung besteht darin, den Bestand an Diensten und Einrichtungen im Bereich der Pflege zu erheben. Hierzu werden in Kapitel sieben (Infrastruktur Pflege) neben den klassischen ambulanten und stationären Pflegeformen auch neue Ansätze der pflegerischen Versorgung in den Fokus genommen. Dazu zählen etwa alternative Wohnmodelle oder auch Möglichkeiten der Quartiers- und nachbarschaftlich organisierten Hilfs- und Beratungsangebote. Diese Daten werden zudem ergänzt durch die Angaben zu komplementären Angeboten im Vor- und Umfeld von Pflege, die medizinische Versorgung, betreute Wohnformen sowie Beratungsstellen im Kreisgebiet.

Die Einbeziehung lokaler Akteure und Experten war ein weiteres Element für den aktuellen Datenreport. Das zusammengefasste Datenmaterial der Kapitel drei bis sieben diente in diesem Sinne als Grundlage für den Dialog der partizipativen Planung. Bei diesem Prozess wurden zum Fertigstellen des vorliegenden Berichtes mit den zu beteiligenden Akteuren Expertengespräche sowie Umfragen zum Thema Pflege und Sorge im Landkreis Mainz-Bingen geführt. Dazu zählen neben Kommunalvertretern außerdem Wohlfahrtsverbände, ambulante Dienste, Heimbetreiber, Vereine und Netzwerke. Zu dem gesetzlich geforderten Beteiligungsprozess zur Pflegestrukturplanung hat die Verwaltung im September 2022 die Workshop-Reihe „Pflegestruktur planen – Gut altern in Mainz-Bingen“ initiiert.

Davon fanden zwei Veranstaltungen mit den Akteuren auf Ebene der Beratungsbereiche der sechs Pflegestützpunkte statt. Am 08. September 2022 in Bodenheim und am 15. September 2022 in Bingen-Kempen.

Die mit dem Beteiligungsprozess erarbeiteten praxisnahen Impulse sind in die in Kapitel neun aufgeführten Handlungsempfehlungen eingeflossen. Der abschließende Bewertung wird im weiteren Prozessverlauf durch die zuständigen Kreisgremien sowie der Regionalen Pflegekonferenz erfolgen. Das Gremium der Regionalen Pflegekonferenz ist als Pflichtaufgabe der Landkreise im LPflegeASG definiert.

Dieses Gremium dient als Forum für einen Informationsaustausch zwischen den Beteiligten sowie zur Diskussion grundsätzlicher Fragen der Pflegestruktur. Diese Expertenrunde wiederum kann auch ihrerseits Empfehlungen konkreter Maßnahmen für den Landkreis und die Kommunalverwaltungen erarbeiten. Konkret Einfluss dazu nehmen abschließend im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung die zuständigen Gremien, deren Aufgabe es ist Anträge mit entsprechenden Inhalten zu beraten und zu beschließen.

Abbildung 2c: Zusammensetzung regionale Pflegekonferenz in Mainz-Bingen



Quelle: Eigene Darstellung KV Mainz-Bingen

2.4 Entwicklung der gesetzlichen Grundlagen

Was den Leistungsbereich der Pflegeversicherung betrifft, werden Details zu den verschiedenen pflegerischen Angeboten auf Bundesebene durch das SGB XI – Soziale Pflegeversicherung geregelt, und im siebten Kapitel SGB XII – Sozialhilfe, soweit es sich um Hilfe zur Pflege seitens der Kommunen handelt. Durch mehrere Gesetzesnovellierungen wurden die Rahmenbedingungen für einzelne Versorgungselemente in den letzten Jahren verändert.

Die nachstehenden Informationen, Grafiken und Tabellen in diesem Kapitel sind entnommen aus dem Siebten Pflegebericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und dem Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berichtszeitraum 2016 bis 2019 ⁸.

Mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG) I bis III war die bisher umfassendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung verbunden. Ziel der Reformen war es, allen Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen, unabhängig davon, ob sie körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt sind.

Im Mittelpunkt des seit dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegeverständnisses stehen die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftigkeit liegt bei körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vor, die Hilfe durch andere erfordern. Pflege wiederum dient dem Ziel, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu erhalten oder wiederzugewinnen und dabei ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Pflegegrade sind im Kapitel 6 (Nutzerstruktur Pflege) näher erläutert.

Sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Pflege wurde jeweils ein neues Qualitätssystem eingeführt. Beide Qualitätssysteme bauen auf dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit und Pflege auf. Es wird überprüft, inwieweit die Pflege am Bedarf und an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet ist und wie ihre Fähigkeiten – und damit auch ihre Selbstständigkeit – erhalten und gefördert werden.

Der Zugang von Pflegebedürftigen zu Maßnahmen der Rehabilitation soll gestärkt werden, indem wirksame Verfahren zur Klärung des Rehabilitationsbedarfs durch Pflegekassen und Medizinische Dienste zu regeln sind. Einen Überblick über die Gesetze, Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung seit 2015 ist in Abbildung 3 dargestellt ⁹.

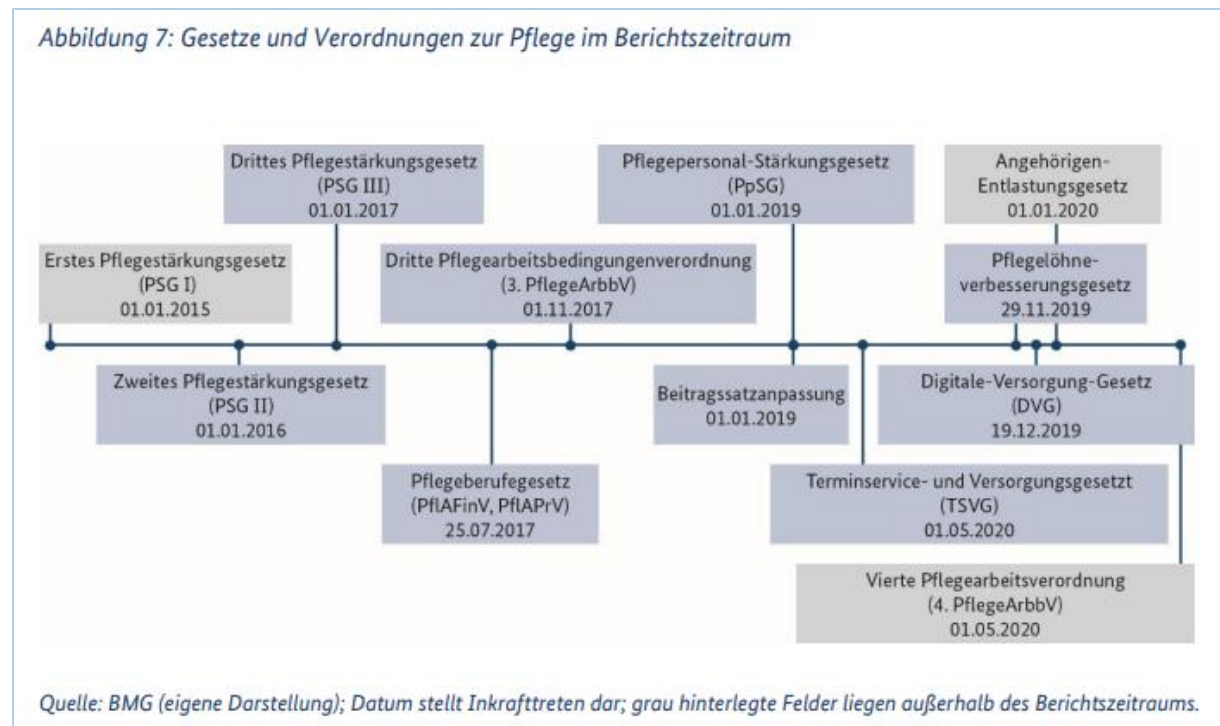
⁸ Vgl. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2021), S. 4

⁹ Vgl. ebenda, S. 18,

Diese im Siebten Pflegebericht dargestellte Tabelle der Übersicht über die zentralen Pflege-Gesetze im Berichtszeitraum 2016 bis 2019 (Abbildung 3) ist ebenfalls im Anhang des vorliegenden Papiers aufgeführt. Sie stellt eine gute Orientierungshilfe im „Pflegedschungel“ dar.

Abbildung 3

Überblick über die Gesetze, Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung seit 2015



Quelle: Übernommen aus Siebter Pflegebericht der Bundesregierung¹⁰

Die jüngste Pflegereform hat der Bundestag 2021 beschlossen. Die Regelungen dazu sind seit dem 1. Januar 2022 in Kraft. Deren Auswirkungen auf die Pflegestruktur im Landkreis Mainz-Bingen wird ebenfalls in den zweiten Teilreport mit einfließen.

Die Verbraucherzentrale fasst die wichtigsten Fakten zu dieser Reform wie folgt zusammen¹¹:

- Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen, also die Beträge für den ambulanten Pflegedienst, und für die Kurzzeitpflege sind seit 1. Januar 2022 angehoben worden.
- Durch einen höheren Zuschuss zu den Pflegekosten im Heim sollen Pflegebedürftige seit 1. Januar 2022 finanziell entlastet werden.
- Erstattungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung können unter bestimmten Bedingungen auch noch nach dem Tod einer pflegebedürftigen Person geltend gemacht werden.
- Neu: Zusätzlich besteht ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Übergangspflege im Krankenhaus, wenn die Versorgung einer Person nicht anders sichergestellt werden kann.

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2021), S. 18

¹¹ Vgl. Vgl. Verbraucherzentrale online (2022)

- Mit dem Pflegelöhneverbesserungsgesetz seit 29.11.2019 wird die Pflegekommission zur Erarbeitung von Mindestlöhnen in der Pflege gestärkt. Zudem wird damit das Verfahren für eine mögliche Erstreckung eines bundesweiten Tarifvertrags auf die gesamte Langzeitpflegebranche gesetzlich geregelt.

In ihrer gemeinsamen Erklärung vom 05.03.2021 bewerten die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der kommunalen Spitzenverbände die jüngste Pflegereform wie folgt:¹²

„Die Ausgaben in der Altenpflege sind hoch und werden in den nächsten Jahren weiter steigen. Ursachen hierfür sind auf der einen Seite die demografische Entwicklung und die zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen, auf der anderen Seite Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen, eine bessere Entlohnung der beruflich Pflegenden und eine verbesserte Personalausstattung der Pflegeheime und ambulanten Dienste.

Jede Reform muss sich am Ende daran messen lassen, ob und inwiefern sie den Pflegebedürftigen und auch den Pflegenden eine Verbesserung bringt. Zugleich sollte die Pflegereform auch nicht zu Lasten der kommunalen Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) gehen.

Dazu sind aus Sicht der kommunalen Spitzenverbände und der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege drei Punkte von vorrangiger Bedeutung:

1. Die Eigenanteile, die die Pflegebedürftigen in Ergänzung zu den Versicherungsleistungen selbst aufbringen, müssen dauerhaft und sozial verträglich begrenzt werden.
2. Die medizinische Behandlungspflege ist auch in der stationären Altenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren.
3. Notwendige Investitionen sollten durch die Länder angemessen finanziert werden. Zugleich muss die ambulante Versorgung gestärkt werden.“

¹² Deutscher Landkreistag (2021)

2.5 Sicherstellung der Pflegeversorgung: Akteure und Zuständigkeiten

Die Pflegeversicherung dient der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, allerdings deckt sie das Risiko nicht vollumfänglich ab. Sie umfasst häusliche und stationäre Pflegeleistungen und ist im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt. In Bezug auf die Zuständigkeiten einzelner Akteure enthält es eine Vielzahl von Regelungen. Es beginnt in § 8 SGB XI mit der Feststellung, dass es sich bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt.

Bei deren Wahrnehmung haben die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Mitwirkung des Medizinischen Dienstes eng zusammenzuwirken, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Sie haben außerdem zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen beizutragen und die Bereitschaft zu einer humanen Pflege durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen zu fördern.“¹³

Eine Übersicht zu Zuständigkeiten und Akteure im Kontext der Sicherstellung der Pflegeversorgung zeigt die nachstehend übernommene Tabelle aus dem Pflege-Report 2021 der AOK (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der Akteure und Zuständigkeiten der Pflegeversorgung gemäß SGB XI

Tab. 13.1 Zuständigkeiten einzelner Akteure im Kontext der Sicherstellung der Pflegeversorgung im SGB XI	
§ 8 (Gemeinsame Verantwortung)	Pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe; enges Zusammenwirken von Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes zur Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.
§ 8a (Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung)	Durch Rechtsverordnungen auf Landesebene gebildete Landespflegeausschüsse können einvernehmlich Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung abgeben, die von den Vertragsparteien beim Abschluss von Versorgungs- und Vergütungsverträgen einbezogen werden sollen.
§ 9 (Aufgaben der Länder)	Verantwortung der Länder für die Vorhaltung einer Leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungskultur : Bestimmungen zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch Landesrecht
§ 12 (Aufgaben der Pflegekassen)	Verantwortung der Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten, dabei enge Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten und Hinwirken auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen.
§ 69 (Sicherstellungsauftrag)	Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechenden pflegerischen Versorgung der Versicherten durch die Pflegekasse, hierzu Abschluss von Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern.

¹³ Vgl. Greß, Stefan u. Jacobs, Klaus (2021), S. 187

Tab. 13.1 Zuständigkeiten einzelner Akteure im Kontext der Sicherstellung der Pflegeversorgung im SGB XI

§ 72 (Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag)

Zulassung von Pflegeeinrichtungen durch Versorgungsverträge, die Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistung festlegen und zwischen dem Träger der Einrichtung und den Landesverbänden der Kassen im Einvernehmen mit den Sozialhilfeträgern geschlossen werden.

Pflege-Report 2021

Quelle: übernommen aus: Greß und Jacobs Kapitel 13 – Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung, S. 188

In diesem komplexen Zuständigkeitsmix kommt dem Landkreis Mainz-Bingen in der pflegerischen Versorgung eine eher untergeordnete Rolle zu. Dies ist beispielsweise der Fall bei den Vergütungsangelegenheiten nach dem SGB XI und dem SGB XII¹⁴. Die Vereinbarungen der Pflegesätze sowie der Entgelte für Unterkunft und für Verpflegung fallen unter das SGB XI. Die Pflegevergütungen hierfür werden in Rheinland-Pfalz jeweils individuell von folgenden Akteuren verhandelt und vereinbart: dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung als überörtlicher Sozialhilfeträger, den Pflegekassen und den Einrichtungsträgern bzw. deren Verbänden. Diese Pflegevergütungen gelten sämtliche Personal- und pflege- bzw. unterkunfts- und verpflegungsbedingte Sachkosten der Pflegeeinrichtungen ab. Der Landkreis Mainz-Bingen als örtlicher Träger der Sozialhilfe ist kein Akteur dieses Prozesses.

Ebenfalls unter die Vergütungsangelegenheiten nach dem SGB XI fallen die Feststellung und Vereinbarung der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen für die voll- und teilstationären Pflegeplätze der Alten- und Pflegeheime. Hierbei handelt es sich um investitionsbedingt entstandene Kosten einer Alten- bzw. Pflegeeinrichtung (Neubau, Erweiterungsbau, Sanierung), die pro Tag und Person auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden. Die Bestandteile der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen sind Miet-, Pacht- und Leasingaufwendungen, Instandhaltungsaufwendungen, Abschreibungen und Kapitalkosten. Bei den Selbstzahlern werden höhere Investitionskosten berechnet als bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII beziehen. Eine Liste mit den Pflegesätzen der stationären Einrichtungen im Landkreis Mainz-Bingen (Stand: 01.03.2021) ist in der Anlage auf Seite 128 zu finden.

Bei den Verhandlungen hierzu ist das Landesamt  als überörtlicher Sozialhilfeträger alleiniger Verhandlungspartner der Pflegeeinrichtungen. Der Landkreis Mainz-Bingen als örtlicher Sozialhilfeträger ist an diesen Verhandlungen nicht beteiligt. Seine Rolle besteht darin, dass die Kreisverwaltung am Ende das Verhandlungsergebnis zur Kenntnisnahme und Beachtung erhält. So ist es Investoren in Zeiten des Fachkräftemangels möglich, ohne Einflussnahme der Pflegestrukturplanung weitere Pflegeheime zu errichten. Das Baurecht und die Heimmindestbauverordnung schreiben lediglich bauliche Regularien vor. Ob diese fachplanerisch notwendig sind und personalseitig betrieben werden können, wird zu keiner Zeit hinterfragt.

¹⁴ Vgl. Landesamt für Soziales Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz online (2022)

Die Planungs- und Steuerungskompetenz der Kommunen ist somit inzwischen also deutlich eingeengt. Dies geschah bereits im Zuge der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995. Damit verbunden war gemäß § 12 Abs. 1 SGB XI der teilweise Übergang des Sicherstellungsauftrags für die pflegerische Versorgung auf die Pflegekassen. Dennoch gehört die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit zum sozialen Daseinsvorsorgeauftrag der Kommunen¹⁵. Im 7. Altenbericht der Bundesregierung stellte die Expertenkommission damit verbunden folgende Forderung:

„Im Sinne einer verörtlichten Sozialpolitik ist den Kommunen größerer Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge einzuräumen. Dies gilt auch in den Feldern, in denen insbesondere die Sozialversicherungen inzwischen eine starke und dominierende Rolle einnehmen: Im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege“. Dabei sollen „zentrale Elemente der Infrastrukturentwicklung, der Planung, der sozialräumlichen Entwicklung und Steuerung von Hilfen auf kommunaler Ebene angesiedelt und sowohl kompetenzrechtlich und finanziell flankiert werden“.¹⁶

Die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege war mit Ziel des Pflegestärkungsgesetzes III (PSG III). In der Praxis hingegen kommt dieses Ziel bis heute nicht zum Tragen. So gibt es für den gesetzlichen Auftrag der kommunalen Pflegestrukturplanung bislang kein Steuerungsinstrument, um auf den Pflegemarkt sowie real auf den ermittelten Bedarf an pflegerischer Über- oder Unterversorgung reagieren zu können. Faktisch liegt damit der Einfluss der Kommunen vor allem lediglich darin, Sorgearbeit zu leisten und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereits im Vorfeld von Pflege bereitzuhalten. Diese Rolle der Kommunen definiert Jutta Stratmann in der von der BAGSO beauftragte Studie „Vergleichende Untersuchung zur kommunalen Altenarbeit“ wie folgt:¹⁷

„Nach dem SGB XII sind die Kommunen für die Altenhilfe zuständig. Diese „soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken“ (§ 71 Abs. 1 S. 2 SGB XII). Seniorinnen und Senioren sollen – unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Vermögen – Beratung und Unterstützung sowie Einladungen zum geselligen Beisammensein erhalten, ihnen sollen Unterhaltung, Bildung und Kultur sowie Möglichkeiten zum gesellschaftlichen Engagement geboten werden (vgl. § 71 Abs. 2 SGB XII).

Präventive Ansätze, die darauf ausgerichtet sind, dass ältere und älter werdende Menschen möglichst lange selbständig leben können, indem ihre Pflegebedürftigkeit zumindest hinausgezögert wird, und in deren Rahmen Gelegenheiten zur sozialen Teilhabe geboten werden, bedürfen einer fachübergreifenden Sicht- und Handlungsweise. Die Entfaltung eines solchen umfassenden Ansatzes entspricht einer weit verbreiteten Forderung im Sinne der Weiterentwicklung der kommunalen Altenpolitik und -arbeit.

¹⁵ Vgl. Braeseke/Naegele/Engelmann (2021), S. 200

¹⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016, S. 293 f

¹⁷ Vgl. Stratmann, Jutta: (2021), S. 9

Dazu zitiert Stratmann folgende Statements des Siebten Altenberichtes der Bundesregierung:

- Die Kommunen sind von herausragender Bedeutung für die Sicherung und Ausgestaltung der Daseinsvorsorge. Sie sind im Zusammenhang mit dem verfassungsrechtlich verankerten Selbstverwaltungsrecht dazu aufgerufen, die soziale Daseinsvorsorge für Bürgerinnen und Bürger bedarfsorientiert zu gestalten.
- Die Rolle der Kommunen im Rahmen von Kooperationen, deren Vernetzung und die Abstimmung mit anderen Akteurinnen und Akteuren sind von zentraler Bedeutung.
- Es bedarf einer nachhaltigen und wirkungsvollen Politik für Ältere und mit älteren Menschen. Dazu müssen die Regional- und Stadtplanung, die Quartiersentwicklung sowie die Sozial- und Altenplanung stärker miteinander verschränkt werden.

Die nachstehende Abbildung 4 verdeutlicht die von der Kommission des Siebten Altenberichts definierten Kerngedanken, die ein umfassendes neues Altersbild zugrunde legen.

Abbildung 4: Themen und Struktur des Siebten Altenberichts



18.11.2016 Frank Berner, Berlin

5

Quelle: Das Schaubild wurde von der Servicestelle Pflegestrukturplanung in Anlehnung an den 7. Altenbericht erstellt¹⁸.

¹⁸ Vgl. Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bei der LZG (2019), S. 19

2.6 Corona – Auswirkungen auf die Mainz-Binger Pflegestruktur

Die Corona-Pandemie hat nach wie vor massive Auswirkungen auf die pflegerische Infrastruktur sowie das gesamte Gesundheitswesen. Neben den Pflegekräften in den Einrichtungen hat sie ebenfalls die Alleinlebenden, Älteren, Kranken, Pflegebedürftigen und deren Angehörige in ganz besonderer Weise vor Herausforderungen gestellt und tut dies noch immer.

Eines ist sicher: Die Corona-Krise hat die Herausforderungen und Lücken des Pflegesektors sowie der Gesundheitsversorgung allgemein verstärkt und ins Blickfeld der öffentlichen und politischen Diskussion gestellt. Die Folgen der Pandemie haben auch in der Pflegestruktur des Landkreises ihre Spuren hinterlassen.

In der digitalen Informationsveranstaltung der Enquetekommission Demografischer Wandel hat die Verwaltung am 25.11.2020 zu „Corona und die Folgen für Pflegebedürftige und deren Angehörige im Landkreis Mainz-Bingen“ Bericht erstattet.

Bei Beginn der Pandemie stand den meisten Altenpflegeheimen nicht im ausreichendem Umfang Schutzkleidung zur Verfügung. Selbst bei den Masken für die Mund-Nasenbedeckung war ein Mangel zu verzeichnen. Auch in stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis kam es zu Todesfällen durch das Virus.

Im Bereich der Ambulanten Pflege kam es zu Kündigungen des Pflegevertrages. Es wurde befürchtet, Pflegebedürftige könnten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes infiziert werden.

Als zu Beginn der Corona-Krise die Grenzen geschlossen wurden, konnten zunächst viele osteuropäische Pflegekräften nicht aus ihren Heimatländern zurückkehren. Das führte in den Haushalten von deren Arbeitgeber zu einem persönlichen Pflegenotstand. Darüber, wie viele Personen im Landkreis auf diese Art von Pflegearrangement zurückgreifen, gibt es keine verlässlichen Zahlen, auch nicht für den Landkreis Mainz-Bingen. Diese zumeist ungelernten Kräfte gelten offiziell nicht als Pflegerinnen, sondern als Betreuungspersonen, auch wenn sie in der Praxis Pflegearbeit leisten. Sie helfen beim Aufstehen, Waschen, Anziehen, Essen und Zu-Bett-Gehen.

Ebenfalls nicht einfach im Landkreis war die Situation im Bereich der Tagespflege. Eine Verordnung des Landes Rheinland-Pfalz stellte es in das Ermessen der Träger, ob die Tagespflege unter Beachtung der Hygienevorschriften weitergeführt oder geschlossen wird. Diese Regelung führte im Raum Mainz-Bingen dazu, dass alle Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis ohne Aufrechterhaltung einer Notbetreuung kurzfristig geschlossen wurden. In der Stadt Mainz konnte hingegen der Betrieb von zwei Tagespflegeeinrichtungen fortgesetzt werden. Im Ergebnis waren die pflegenden Angehörigen mit der Schließung der Tagespflege überfordert. Zum Teil sahen sie sich etwa aus beruflichen Gründen nicht in der Lage, die Angehörigen selbst zu betreuen. Erst mehrfache Gespräche und Appelle der zuständigen Zweiten Kreisbeigeordneten mit den Trägern der Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis führten dazu, dass diese nach einigen Wochen wieder öffneten. Wegen der zu beachtenden Hygieneregungen war dies nur noch mit einer reduzierten Platzzahl möglich.

Zum Schutz vor Infektionen wurden in allen Bundesländern zunächst Besuchsverbote bzw. Besuchsbeschränkungen für Altenpflegeheime verhängt, zum Teil auch Ausgangssperren für die Bewohnerinnen und Bewohner. Das erzwungene Alleinsein war für viele Bewohnerinnen und Bewohner nur schwer erträglich. Die Besuchs- und Ausgangsrechte und die Neu- und Wiederaufnahmen für die Pflegeeinrichtungen wurden in Rheinland-Pfalz im Juni 2020 neu geregelt. Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen durften danach täglich zwei Besucherinnen und Besucher empfangen und die Einrichtung konnte auch von den Pflegebedürftigen verlassen werden.

Im Rahmen der Treffen des „Qualitätsverbund Pflege“ wiesen die Einrichtungen im September 2020 beispielsweise auf folgendes hin: Die zu Covid-19 erlassene Landesverordnung sei nicht in dem dort vorgegebenen Tempo umzusetzen gewesen. Dieses Beispiel mache deutlich, dass die theoretischen Überlegungen in der Praxis vor Ort oftmals nicht auf die Realität in den Einrichtungen zuträfen. In Fällen wie diesen hätten die stationären Pflegeeinrichtungen stets einen besonderen „Spagat“ zu vollziehen. In diesem Zusammenhang äußerten die Einrichtungen unter anderem den Wunsch nach mehr Kommunikation auf Augenhöhe.

Die ambulanten Pflegedienste der Diakonie in Rheinland-Pfalz warnten im Spätsommer 2020 etwa vor erneuten Engpässen bei der ambulanten Pflegeversorgung im bevorstehenden Herbst.¹⁹ Die ambulanten Pflegekräfte müssten besser geschützt werden, wird die Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Sozialstationen, Sabine Pfirrmann, in einem Zeitungsbericht zitiert. Nach wie vor würden Masken und Schutzkleidung sowie Corona-Schelltests fehlen. Die Versorgung ganzer Familiensysteme stünde auf dem Spiel. Die Mitarbeiter seien häufig Vertraute, Zuhörer und Tröster. Sie brächten neuen Lebensmut ins Haus und würden bei der Tagesstruktur unterstützen. Sollte im anstehenden Herbst die Erkältungszeit beginnen, könne dies dazu führen, dass viele Mitarbeitende bei den Pflegediensten zu Hause bleiben müssten.

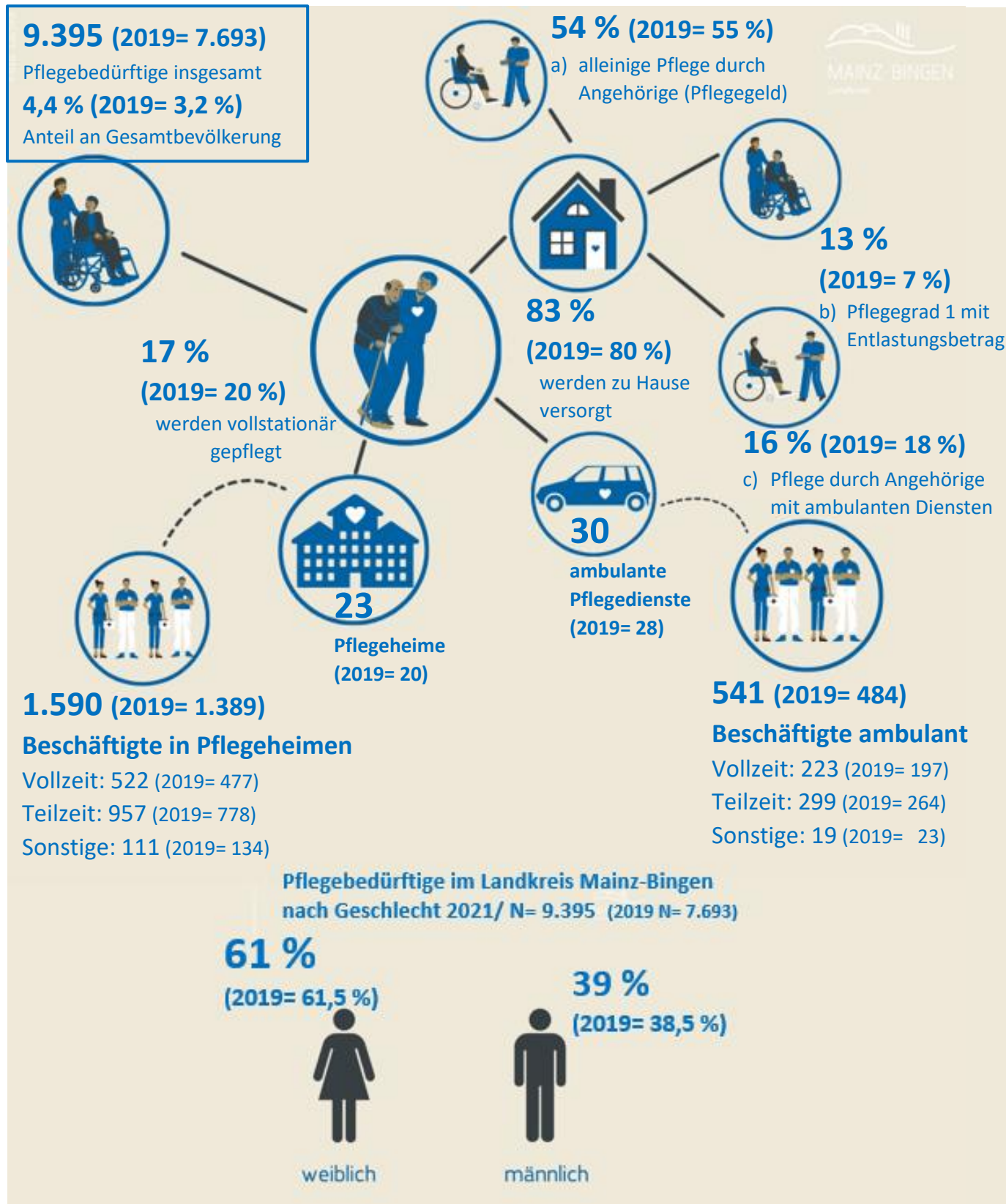
Zusammenfassende Erfahrungsberichte der Pandemiejahre 2021/2022 liegen der Verwaltung aktuell noch nicht vor. Der Themenbereich „Corona und Pflege“ wird daher im weiteren Prozessverlauf der Pflegestrukturplanung entsprechend intensiver behandelt werden.

¹⁹ vgl. Kirschstein (2020)

3 BILANZ 2023

3.1 Pflegen und gepflegt werden im Landkreis Mainz-Bingen

Abbildung 5: Eckdaten zur Pflegestatistik 2021 und 2019 im Landkreis Mainz-Bingen



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2021 und 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen)

3.2 Kernaussagen

Seit der Vorlage des letzten Berichts zur Pflegestrukturplanung 2017 im Landkreis Mainz-Bingen sind nunmehr sechs Jahre vergangen. Abbildung 1 zeigt die Eckdaten der Pflegestatistik 2021 und 2019 für den Landkreis Mainz-Bingen im Überblick. Die Angaben für 2019 sind in Klammern gesetzt. Die Zahl der Gesamtbevölkerung ist orientiert zum Stand 31.12.2021 mit der Anzahl 212.420 sowie zum Stand 31.12.2019 mit der Anzahl 211.417.

Im Vergleich zur Pflegestatistik 2015 im dritten Datenreport mit 5.249 Personen verzeichnete bereits 2019 die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt mit 7.693 einen deutlichen Zuwachs. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 führte zu Leistungsverbesserungen für alle Pflegebedürftigen und damit verbunden auch zu einer Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten.

2021 ist die Zahl der Pflegebedürftigen mit insgesamt 9.395 Personen nochmals angestiegen. Während der Anteil der Bezieher von Pflegeleistungen an der Gesamtbevölkerung 2019 bei 3,2 % lag, waren es 2021 schon 4,4 %. Von den im Dezember 2019 zu Hause versorgten Pflegebedürftigen waren 61,5 % Frauen gegenüber 38,5 % Männern. Dieses Verhältnis blieb mit 61% zu 39% 2021 so gut wie unverändert.

Die Angebotsstruktur der Pflege verzeichnet einen Anstieg bei den Anbietern der stationären Dauerpflege. 2019 waren es 20 Pflegeheime gegenüber 23 in der Statistik für 2021. Insofern gibt es weiterhin mehr Plätze der Dauerpflege, als es der Bedarf im Landkreis erwarten lässt. Gegenüber 2019 mit 20 % in vollstationärer Pflege reduzierte sich der Anteil bei diesem Pflegesetting 2021 auf 17 %.

Nach wie vor nimmt mit steigender Lebenserwartung der Bevölkerung die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen eine zunehmende Bedeutung in der Pflege- und Betreuungslandschaft ein. 2021 wurde für 13 % der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 der Entlastungsbetrag gewährt. 2019 lag der Wert fast noch um die Hälfte niedriger bei 7 %.

Der Bevölkerungsanteil der über 70-Jährigen im Landkreis Mainz-Bingen liegt 2021 bei 33.117 Personen. Der Anteil der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe beträgt 21 %. Somit sind rund 80 % der über 70-Jährigen nicht dem Personenkreis der Pflegebedürftigen zuzuordnen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten.

Diese ins Verhältnis gesetzte Zahlen lassen vermuten, dass im Landkreis Mainz-Bingen viele ältere Menschen, darunter auch Hochbetagte, mit großem persönlichem Engagement informelle und ehrenamtliche Tätigkeiten ausführen. Sei es im familiären Bereich (Betreuung von Enkelkindern) oder außerfamiliär etwa als Lesepatinnen und Lesepaten. In dem Sie der jüngeren Generation ermöglichen, Familie und Beruf besser zu vereinbaren, leisten sie unmittelbar einen wirtschaftlichen Beitrag. Zivilgesellschaftliches Engagement kann zudem bis ins höhere Lebensalter hinein sinnstiftend sein.

Es schützt vor Einsamkeit und trägt damit zum Wohlbefinden eines Menschen bei. Im Resümee des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat unter dem Titel „Demografiekpolitik im Querschnitt“ heißt es dazu:

„Das Ziel, Wohlstand und Lebensqualität für alle Generationen zu erhalten und zu fördern, bedeutet, auch für die Menschen im Ruhestand und in der Hochaltrigkeit Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Eine der Voraussetzungen hierfür ist ein Prozess, der die demografische Debatte in besonderem Maße prägt: „Active Ageing“.

Gesundes und aktives Altern ist ein zentrales Handlungsfeld der Strategie im Pfeiler Gesellschaftlicher Zusammenhalt. Es berührt Themen wie lebenslanges Lernen, Teilhabe, Vernetzung, zivilgesellschaftliches Engagement, Gesundheitsprävention sowie Übergänge vom Arbeitsleben zum Ruhestand und Ähnliches.“²⁰

²⁰ Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2021), S. 82

3.3 Die Babyboomer im Landkreis Mainz-Bingen

Bereits die bisherigen Datenreporte haben dargelegt, dass bis 2030 die formellen Pflegepotentiale der professionellen Pflege sinken werden. Der vorliegende Datenreport nimmt erstmals die informelle Pflege in Form pflegender Angehöriger und bürgerlich engagierter Personen stärker mit in den Blick.

Am 4. Mai 2021 fand unter dem Titel „Die Baby-Boomer in Rheinland-Pfalz“ ein Zukunftsdialog des Wissenschaftlichen Beirats Demografie statt. Darin sind Vertreter unterschiedlicher Disziplinen der Universitäten und Hochschulen des Landes Rheinland-Pfalz vertreten. Der Beirat befasste sich gezielt mit der Generation der Babyboomer (Geburtsjahrgänge 1946 bis 1964).

Im Mittelpunkt standen deren Wünsche, Ziele und Lebenswelten. Die zentrale Frage lautete: „Was verändert sich für unsere Gesellschaft?“. Dazu referierte Prof. Dr. Frank Weidner, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar. Sein Vortrag lautete „Babyboomer und Pflege – Vom Geben und Nehmen und dem, was auf uns zukommt“.

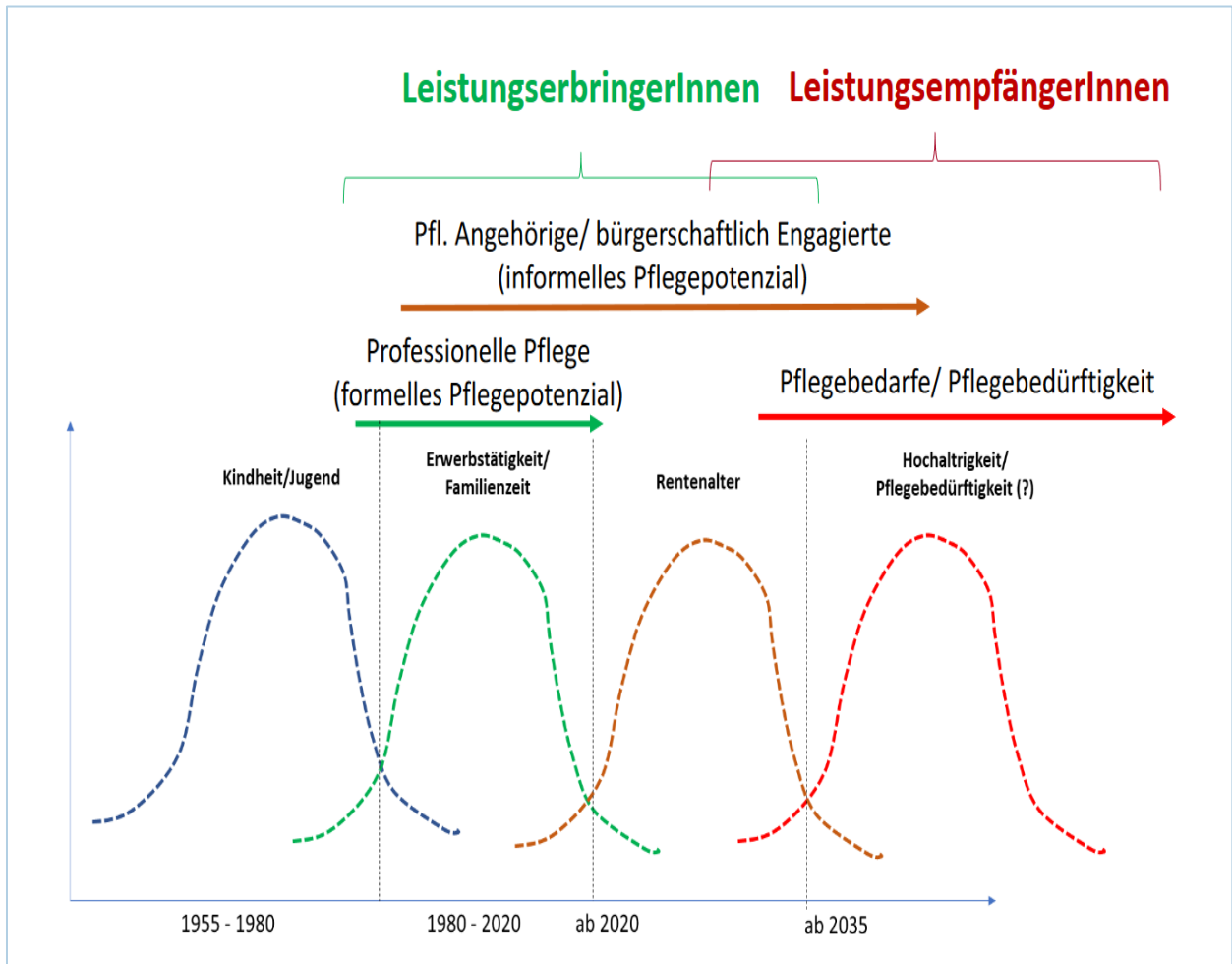
Laut Prof. Dr. Weidner steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter. Bereits heute hätten Menschen im Alter von 80 Jahren ein etwa 25%iges Risiko pflegebedürftig zu werden. Bei Menschen im Alter von 90 Jahren liege dieses Risiko heute bereits bei 75%.

Seine Darstellung zu Lebensphasen und Pflegepotenzialen der Babyboomer (Abbildung 6) verdeutlicht anschaulich die gegenseitigen Abhängigkeiten von formellem und informellem Pflegepotenzial. Danach würden Babyboomer unter den pflegenden Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten bereits heute einen großen Teil des informellen Pflegepotenzials ausmachen. Mit dem Einstieg ins Rentenalter würde es noch für einige Jahre einen Anstieg dieses Potenzials geben, bevor die Kurve nach unten zeigen würde.

Folgendes Szenario kommt mit den Babyboomern also auch auf den Landkreis Mainz-Bingen zu:

- Von heute an bis 2030 verliert die Gesellschaft altersbedingt überproportional Pflegefachpersonal (die formellen Pflegepotenziale sinken).
- Bis 2030 wird das informelle Pflegepotenzial (Pflegende Angehörige und bürgerschaftlich Engagierte) zunächst noch zunehmen.
Ab 2030 etwa sinken auch die informellen Pflegepotenziale.
- Ab 2035 ist noch einmal mit einem verstärkten Anstieg der Pflegebedarfe und der Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu rechnen.
- Perspektivisch wachsen die Versorgungslücken in der Pflege!

Abbildung 6: Babyboomer - Lebensphasen und Pflegepotenziale



Quelle: Prof. Dr. Frank Weidner: Babyboomer und Pflege, Mainz, 4. Mai 2021

4. WAS BISHER GESCHAH

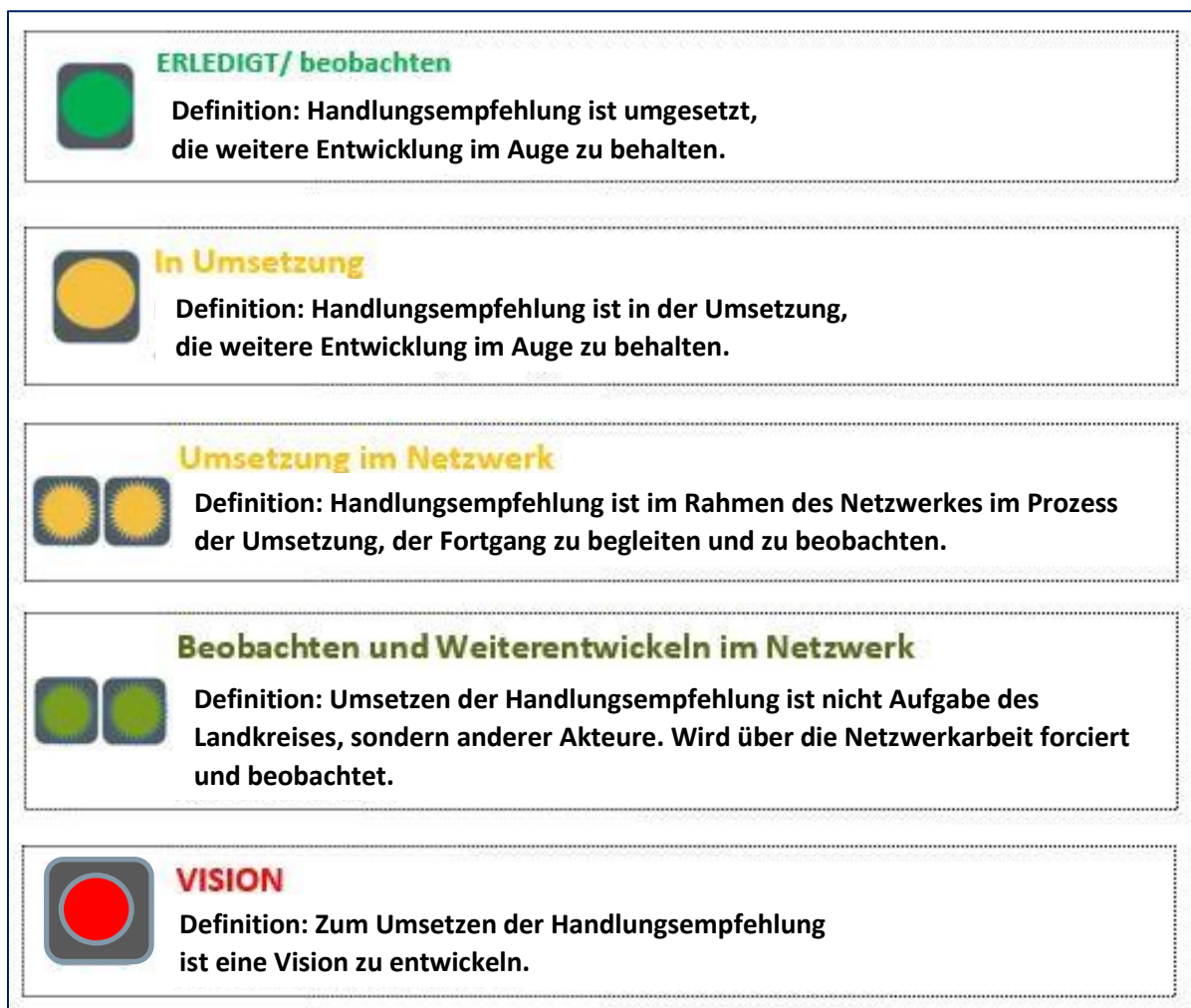
4.1 Bilanz zu Handlungsempfehlungen vorangegangener Datenreporte und demografischer Analysen

Die Handlungsempfehlungen aus dem vierten Pflegestrukturplan von 2017 waren auch Bestandteil im Abschlussbericht der Enquetekommission Demografischer Wandel (EK DW) des Landkreises Mainz-Bingen. Dieser wurde den Kreisgremien im Mai 2019 vorgestellt.

Zur Analyse der Umsetzungsprozesse zu den darin ausgearbeiteten Lösungsstrategien hat die Abteilung „Soziale Sonderaufgaben“ inzwischen ein Clustersystem entwickelt. Dazu wurden die Handlungsempfehlungen zunächst neu gegliedert sowie mittels fünf verschiedener Cluster bewertet und kommentiert (Abbildung 7). Die hier kommentierten Umsetzungsprozesse beziehen sich auf laufende Aktivitäten, die nach Auftrag der Gremien oder etwa auf Grund von Projektangeboten des Landes in der Region entwickelt wurden.

Das Anpassen der bisherigen Handlungsempfehlungen war auch Thema im Rahmen des Beteiligungsprozesses, wie er in Kapitel acht näher beschrieben ist. Welche Ideen/Modelle es zum nachhaltigen Umsetzen darüber hinaus zu entwickeln gilt, ist im vorliegenden Bericht in Teil IV „Zielplanungsprozess“ zusammengefasst.

Abbildung 7: Clustersystem zur Sachstandsanalyse der Verwaltung



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Abteilung 33

Der vorliegende Bericht greift die Ergebnisse dieser Sachstandsanalyse auf.
In der nachfolgenden Darstellung ist der Überblick zum Sachstand der Handlungsfelder „A: Gesundheit und Pflege“ sowie „B Wohnortnahe Versorgung und Infrastruktur“ dargestellt.

Handlungsempfehlungen zu Handlungsfeld A: Gesundheit und Pflege



A1) Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung;



A2) Adäquate Lösungen erarbeiten, für Regionen, deren Versorgung mit ambulanten Diensten nicht ausreichend oder gar nicht erfolgt;



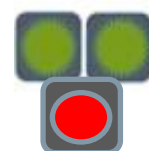
A3) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege / Haushaltsnahe Dienstleistungen (§ 45 SGB XI)



A4) Aktive Ansiedlungsförderung für Ärzte

A5) Alternativen zur Einzelpraxis als „klassisches“ Modell in der ambulanten Versorgung

A6) Unterstützung der Pläne für ein stationäres Hospiz in Ingelheim



A7) Frühwarnsystem zur hausärztlichen Versorgung

A8) Tagespflege als wichtiger Beitrag zur Entlastung von Berufstätigen

A9) Kurzzeitpflege - Angebot ausbauen

Handlungsempfehlungen zu Handlungsfeld B: Wohnortnahe Versorgung und Infrastruktur



B1) Sicherung der sozialen Teilhabe von Seniorinnen und Senioren

B2) Organisierte Nachbarschaftshilfe, Senioren-Genossenschaften und ehrenamtliche Altenhilfe stärken



B3) Information und Vernetzung der handelnden Akteure in den Kommunen

B4) Örtliche Infrastruktur / Maßnahmen zur Förderung der Standortattraktivität werden empfohlen

Für den vorliegenden vierten Datenreport wurde der Sachstand zu den jeweiligen Handlungsempfehlungen im Dezember 2022 verwaltungsintern geprüft und angepasst. Die Kommentare zu Status, beteiligten Akteuren und Sachstand im Januar 2023 sind auf den nachfolgenden Seiten 31 bis 37 zusammengefasst.

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
A: Gesundheit und Pflege	A1)	Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung
	A2)	Adäquate Lösungen erarbeiten, für Regionen, deren Versorgung mit ambulanten Diensten nicht ausreichend oder gar nicht erfolgt

Umgesetzt durch:

- Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Geschäftsbereich III, Abteilung 33
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung (MASTD)

Im Landkreis beteiligte Akteure:

Verbandsgemeinden Rhein-Nahe u. Rhein-Selz, Akteure Pflegemarkt vor Ort, Kreisgremien

Sachstand Januar 2023:

- Kreiseigenes Modellprojekt „Gemeindeschwester - Fachkraft für Gesundheit und Pflege“ für das Gebiet der VG Rhein-Nahe / erfolgreich von der Abteilung 33 Soziale Sonderaufgaben umgesetzt. Start Modellprojekt: 01.11.2021.
- Antrag zur Teilnahme 2019 am Landesprojekt „Gemeindeschwester^{plus}“ wurde vom Land abgelehnt.
- Die amtierende Landesregierung hat sich 2021 für die Fortführung und Verstetigung des Landesprojekt „Gemeindeschwester^{plus}“ ausgesprochen. Das Antragsverfahren dazu wurde im Dezember 2021 bekannt gegeben. Der Landkreis hat im Januar 2022 von einer Antragstellung abgesehen. Dies insbesondere mit Blick darauf, sich zunächst auf das kreiseigene Modellprojekt für das Gebiet der VG Rhein-Nahe zu konzentrieren.

***Hinweis:** Während das Landesprojekt ein präventives und gesundheitsförderndes Beratungs- und Vernetzungsangebot, für hochbetagte, noch nicht pflegebedürftige Menschen ist, liegt der Schwerpunkt des kreiseigenen Modellprojektes nicht nur auf Beratung und Vernetzung. Die Fachkraft für Gesundheit und Pflege soll ausdrücklich im Bedarfsfall auch Behandlungspflege leisten (Verabreichung von Medikamenten, Verbandswechsel, Blutdruck messen, Routineversorgungen...).*

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
A: Gesundheit und Pflege	A3)	Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Angebot Haushaltsnaher Dienstleistungen (§ 45 SGB XI)
		

Umgesetzt durch:

- Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Trier
- Landesamt für Soziales, Jugend, Versorgung
- KV Mainz-Bingen, GB III, Abt. 33a

Im Landkreis beteiligte Akteure:

Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim, Akteure Pflegemarkt und bürgerschaftliches Engagement vor Ort, (Regionale Pflegekonferenz), Pflegekassen

Sachstand Januar 2023:

- Im Rahmen der regionalen Pflegestrukturplanung hat der Landkreis bei der Anerkennung von Unterstützungsangeboten im Alltag eine wichtige Rolle inne. So werden etwa anerkannte Angebote in die Broschüre „Pflege und Wohnen“ übernommen, die als Onlineversion auf der Internetseite des Landkreises abrufbar ist.
- Mit dem Netzwerk und Informationsangebot „Beruf: Rente – Seniorenjobs in Mainz-Bingen“ steht eine Onlineplattform bereit, mit der Anbieter und Nachfrager ihre jeweiligen Bedarfe kommunizieren können;
- Aufgabe GB III: über Pflegestrukturplanung Bedarf erfassen und nachhalten.

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
A: Gesundheit und Pflege  	A4)	Aktive Ansiedlungsförderung für Ärzte, z.B: • Finanzielle Förderung bei Praxisübernahmen oder –gründungen; • Vermittlung von Praxisräumen und adäquatem Wohnraum
	A5)	Alternativen zur Einzelpraxis als „klassisches“ Modell in der ambulanten Versorgung, z.B: • Unterstützung der Gründung von medizinischen Versorgungszentren bzw. ärztlicher Kooperationsformen • Verbandsgemeinde als Träger eines Gesundheitszentrums • Einsatz von nichtärztlicher Praxisassistenz (VERAH, MoPra, MoNi) • Ausbau der Telemedizin
Umgesetzt durch: a) Kassenärztliche Vereinigung b) Seniorenbeirat Mainz-Bingen, Kreisgremien c) KV Mainz-Bingen: GB III und V		Im Landkreis beteiligte Akteure: Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim, Akteure Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten
Sachstand Januar 2022: !!! keine direkte Einflussmöglichkeit des Landkreises /gesetzliche Grundlage SGB V !!! • Positives Beispiel im Landkreis Mainz-Bingen: Hausarztpraxis Münster-Sarmsheim wird vom Medizinischen Versorgungszentrum in Gensingen übernommen in den Räumen der ehemaligen Sparkasse Rhein-Nahe, deren Vermieter die Ortsgemeinde Münster-Sarmsheim ist; • aktuell können Projekte zu kommunaler Infrastruktur für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung über das Demografie-Förderprogramm sowie das Förderprogramm für Seniorinnen und Senioren des Landkreises finanziell gefördert werden. Der Förderumfang hierfür könnte größer werden; • Aufgabe GB III: über Pflegestrukturplanung Bedarf erfassen und nachhalten.		

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
A: Gesundheit und Pflege	A6)	Unterstützung der Pläne für ein stationäres Hospiz in Ingelheim
		
Umgesetzt durch: a) Stadt Ingelheim, b) KV GB III, Abt. 33		Im Landkreis beteiligte Akteure: Stadt Ingelheim, Hospizgruppe Ingelheim e.V., freie Träger
Sachstand Januar 2023: - Die erforderlichen Gutachten waren 2020 in Auftrag gegeben bzw. abgeschlossen. Sommer 2020: Projektgruppe „Ein stationäres Hospiz für Ingelheim“ schließt Kaufvertrag für Grundstück in Ingelheim-Freiweinstein ab. - Kreistag hat am 17.12.2020 für Haushalt 2021 Mittel für einen Zuschuss in Höhe von 1 Million Euro bewilligt. - Der Spatenstich fand am 31. Januar 2023 statt. Die Hospizarbeit ist ein vom Ehrenamt getragenes Angebot. Daher sind Spenden zum Unterhalt des Hospizes auch weiterhin erwünscht.		

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
A: Gesundheit und Pflege	A7)	Frühwarnsystem zur hausärztlichen Versorgung
		
Umzusetzen durch: a) Kassenärztliche Vereinigung b) Seniorenbeirat Mainz-Bingen, Kreisgremien c) KV Mainz-Bingen: GB III und V, Geschäftsstelle Regionaltag Rheinhessen		Im Landkreis zu beteiligende Akteure: Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim, Akteure Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten
Sachstand Januar 2023: - Die hausärztliche Versorgung wird auch in den angrenzenden rheinhessischen Verwaltungsbezirken kritisch beäugt. Über die Arbeitsgruppe Gesundheit beim Regionaltag Rheinhessen könnte das Thema rheinhessenweit vertieft und diskutiert werden. - Über die Fortschreibung der Pflegestrukturplanung Bedarf erfassen und nachhalten.		

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
A: Gesundheit und Pflege	A8)	Tagespflege als wichtiger Beitrag zur Entlastung von Berufstätigen
		Der Ausbau der Tagespflege ist im Landkreis bereits erfolgt, jedoch nicht in ausreichendem Ausmaß. Zukünftig geplante Projekte werden befürwortet.
Umzusetzen durch:		Im Landkreis zu beteiligende Akteure:
a) Leistungsträger: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in Eisenberg		Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim, Akteure
b) KV Mainz-Bingen, GB III, Abt. 33a)		Pflegemarkt und bürgerschaftliches Engagement vor Ort, (Regionale Pflegekonferenz), Pflegekassen
Sachstand Januar 2022: - Für Träger ist dieses Angebot finanziell nicht attraktiv aber dafür mit viel Aufwand verbunden. Pläne für ein neues Angebot in Gau-Algesheim hat der Träger auf Eis gelegt. - Aufgabe GB III: über Pflegestrukturplanung Bedarf erfassen und nachhalten.		

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
A: Gesundheit und Pflege	A9)	Kurzzeitpflege - Angebot ausbauen
		Die Kurzzeitpflege stellt ein wichtiges Instrument zur Entlastung der Pflegenden dar. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf. Hiermit besteht die Möglichkeit in Krisensituationen eine vorübergehende Alternative zur häuslichen Pflege zu haben, eine Erholungsphase zu erhalten oder etwa in Urlaub zu fahren. Die Bereithaltung der Kurzzeitpflegeplätze, insbesondere von dauerhaften, sollte unterstützt werden.
Umzusetzen durch:		Im Landkreis zu beteiligende Akteure:
a) Leistungsträger: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in Eisenberg		Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim, Akteure
b) KV Mainz-Bingen, GB III, Abt. 33a)		Pflegemarkt und bürgerschaftliches Engagement vor Ort, (Regionale Pflegekonferenz), Pflegekassen
Sachstand Januar 2023: - Auch dieses Angebot ist für Träger finanziell nicht sehr attraktiv. Die Nachfrage übersteigt das Angebot regelmäßig. - Aufgabe GB III: über Pflegestrukturplanung Bedarf erfassen und nachhalten.		

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
---------------	----------	--------------------------------

B: Wohnortnahe Versorgung und Infrastruktur



B1) Sicherung der sozialen Teilhabe von Seniorinnen und Senioren und Personen mit Unterstützungsbedarf

In Kommunen mit einem hohen Anteil an alleinlebenden Seniorinnen und Senioren sollen weitere Begegnungsmöglichkeiten geschaffen und nachbarschaftliche Hilfen ausgebaut werden.

Umgesetzt durch:

- Seniorenbeiräte oder -Vertretungen der Kommunen im Landkreis
- KV Mainz-Bingen, GB III, Abt. 33a)

Im Landkreis beteiligte Akteure:

Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim, Initiativen von "Sorgenden Gemeinden", Familienzentren, Religiöse Gemeinden,

Sachstand Januar 2023:

!!! Die Initiative zu solchen Aktivitäten muss vor Ort entstehen !!!

Der Landkreis unterstützt im Rahmen seiner Möglichkeiten:

- In allen VGs und Kreisangehörigen Städten gibt es inzwischen Ansprechpartner für Senioren. Teilweise hauptamtlich, teilweise ehrenamtlich oder in Form von Seniorenbeiräten;
- der Mainz-Binger Seniorenbeirat macht sich für das Angebot von Seniorenvertretungen in den Gemeinden stark und ist über die Netzwerkarbeit der Leitstelle „Gut altern in Mainz-Bingen“ im regen Austausch mit den Seniorenvertretern vor Ort;
- der Landkreis unterstützt finanziell über das Förderprogramm für Seniorinnen und Senioren sowie aus den Verfügungsmitteln des Seniorenbeirates.

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
B: Wohnortnahe Versorgung und Infrastruktur 	B2)	Organisierte Nachbarschaftshilfe, Senioren-Genossenschaften und ehrenamtliche Altenhilfe stärken

Eine entsprechende Landesverordnung regelt die Förderung solcher Maßnahmen gemeinsam durch Pflegekassen, Kommunen und Land. Information und Aufklärung von Gruppen, die für diese Regelung in Frage kommen erfolgen über die bestehenden Netzwerke der Kreisverwaltung Mainz-Bingen im Bereich Demografie und Senioren.

Umgesetzt durch:

a) Landesamt für Soziales, Jugend, Versorgung: Ref. 71.2 / Sozialraumentwicklung / Neues Wohnen; Landesnetzwerk „Anlaufstellen für ältere Menschen in RLP“

b) KV GB III, Abt. 33a

Im Landkreis beteiligte Akteure:

Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim, Initiativen von „Sorgenden Gemeinden“, Familienzentren, Religiöse Gemeinden,

Sachstand Januar 2023:

!!! Die Initiative zu solchen Aktivitäten muss vor Ort entstehen !!!

- Die Abteilung 33 Soziale Sonderaufgaben ist im Rahmen der wahrzunehmenden gesetzlichen Aufgabe der Pflegestrukturplanung mit dem LSJV sowie mit dem Landesnetzwerk „Anlaufstellen für ältere Menschen in RLP“ vernetzt und regelmäßig im gegenseitigen Austausch.
- Die Abt. 33 weist auf der Homepage des Landkreises auf die Fördermöglichkeiten im Rahmen der Landesverordnung hin; im Rahmen der regionalen Pflegestrukturplanung ist von den Antragstellern für Angebote zur Unterstützung im Alltag eine befürwortende Stellungnahme über die Abt. 33 einzuholen.
- Ergänzend können Projekte zu kommunaler Infrastruktur für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung über das Demografie-Förderprogramm sowie das Förderprogramm für Seniorinnen und Senioren des Landkreises finanziell gefördert werden. Der Förderumfang hierfür könnte mehr werden, was künftig durch die Reform des Kommunalen Finanzausgleichs (KFA) der Landesregierung eine große Herausforderung sein dürfte.
- Aufgabe GB III: über Pflegestrukturplanung Bedarf erfassen und nachhalten.

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
B: Wohnortnahe Versorgung und Infrastruktur	B3)	Information und Vernetzung der handelnden Akteure in den Kommunen
 Als Plattform hierfür wären regelmäßige Netzwerktreffen der handelnden Akteure in den Kommunen zu institutionalisieren. Im Austausch mit allen betroffenen Gruppen könnten fachliche Informationen und Lösungsansätze zu Fragen der Anpassung der örtlichen Infrastruktur erarbeitet werden.		
Umzusetzten durch:		Im Landkreis zu beteiligende Akteure:
a) Kreiswohnungsbaugesellschaft Mainz-Bingen		Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim,
b) KV Mainz-Bingen, GB III: AG Gemeinwesensarbeit		
Sachstand Januar 2023: • Die Kreiswohnungsbaugesellschaft (KWBG) Mainz-Bingen hat im Jahr 2021 ihre Arbeit aufgenommen. Sie steht im regen Austausch mit den Kommunen und auch dem Senioren- sowie auch dem Beirat für Menschen mit Behinderungen. • Die Enquetekommission Demografischer Wandel hat in der Sitzung am 14.07.2021 zum Thema „Wohnen für alle Generationen“ Expertenrat eingeholt. Neben der KWBG referierte ein Experte der Landesberatungsstelle Neues Wohnen beim LSJV und eine Expertin der Investitions- und Strukturbank Rheinland-Pfalz (ISB) AÖR.		

Handlungsfeld	Lfd. Nr.	Empfehlung Maßnahmen/Beispiele
B: Wohnortnahe Versorgung und Infrastruktur	B4)	Örtliche Infrastruktur der Versorgung / Maßnahmen zur Förderung der Standortattraktivität werden empfohlen
 Im Demografiecheck 2015 gab knapp die Hälfte der Gemeinden an, dass im Bereich der Versorgungsstruktur Angebote fehlen oder voraussichtlich in den nächsten fünf Jahren fehlen werden.		
Umzusetzten durch		Im Landkreis zu beteiligende Akteure:
Akteure in den Kommunen vor Ort, Kreistag		Verbandsgemeinden, kreisangehörige Städte, verbandsfreie Gemeinde Budenheim
Sachstand Januar 2023: !!! Wenig direkter Einfluss seitens des Landkreises !!! Gutes Beispiel für kommunale Selbstverwaltung vor Ort in den Ortsgemeinden. • Die Corona-Pandemie hat hier in Bezug auf das Einkaufen einiges verselbstständigt. Es gibt viele Einkaufsdienste und auch Online-Angebote wie "click-and-collect", es haben sich neue Nachbarschafts- und Unterstützungsangebot entwickelt. • Perspektivisch könnte das Umsetzen der vorgenannten Handlungsempfehlung durch das Zusammenwirken der benannten zahlreichen Akteure in ein regionales Entwicklungskonzept münden.		

4.2 Aktivitäten der Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Als politische Konsequenz aus den Veränderungen der Bevölkerungsstruktur wurde zum Schaffen einer nachhaltigen Infrastruktur im Landkreis im Jahr 2013 das Demografie-Förderprogramm vom Kreistag verabschiedet. Erklärtes Ziel dazu war es, keine Region unseres Landkreises außen vor zu lassen, um ein Miteinander der Generationen nachhaltig zu gewährleisten.

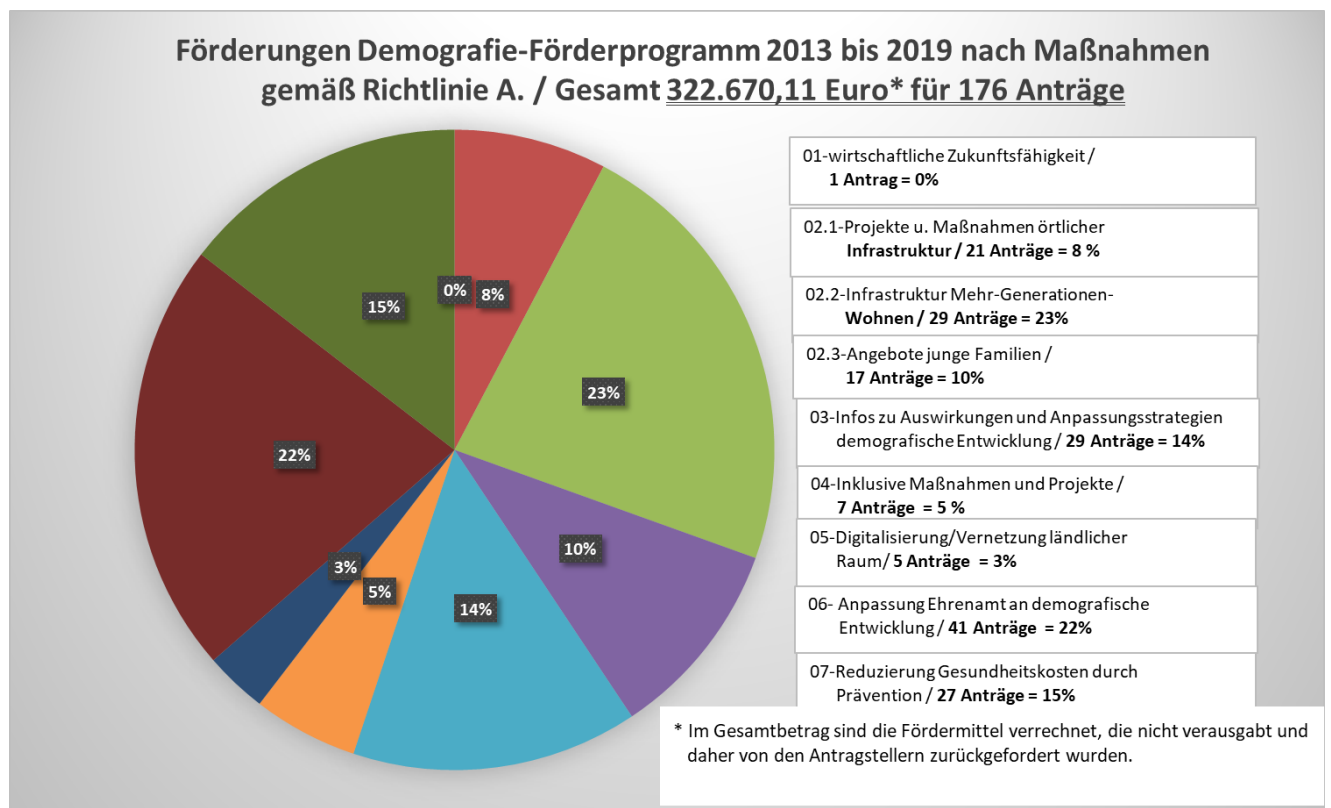
Inzwischen orientiert sich das Demografie-Förderprogramm des Landkreises am jeweils gültigen Abschlussbericht der Enquetekommission „Demografischer Wandel“ des Landkreises Mainz-Bingen sowie den daraus resultierenden Handlungsempfehlungen. Das Förderprogramm richtet sich im Sinne des guten Miteinanders der Generationen an alle Altersgruppen.

Davon abgegrenzt ist das Senioren-Förderprogramm des Landkreises. Dies wurde mit Gremienbeschluss von Dezember 2017 vom Demografie-Förderprogramm abgekoppelt. Es ist vor allem ausgerichtet auf die Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit von oder für Seniorinnen und Senioren. Darunter fallen auch Kultur- und Bildungsarbeit sowie unterstützende Maßnahmen für diesen Personenkreis.

Der Seniorenbeirat des Landkreises Mainz-Bingen verfügt über ein eigenes Budget, um Initiativen und Projekte seiner Zielgruppe finanziell zu unterstützen. Die nachfolgenden Abbildungen stellen jeweils die bisherige Bilanz zu den drei Fördertöpfen dar.

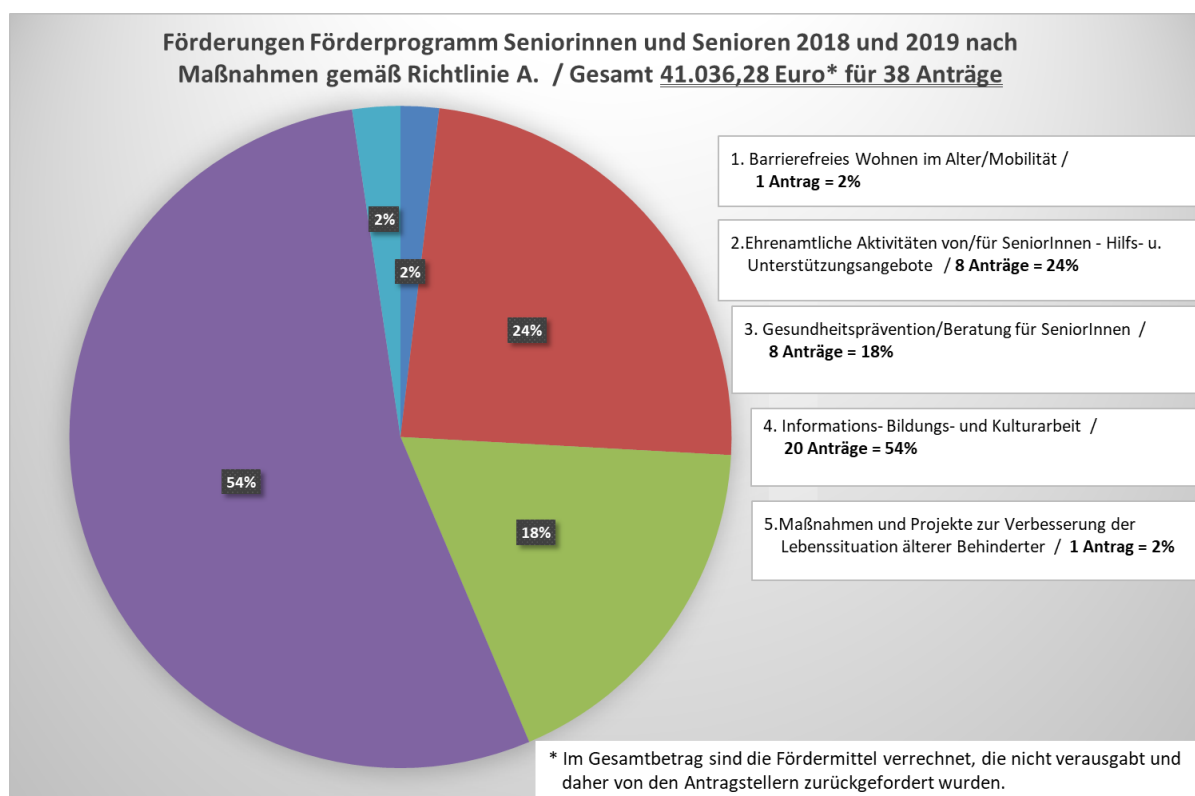
Abbildung 8:

Bilanz der Jahre 2013 bis 2019 zum Demografie-Förderprogramm des Landkreises Mainz-Bingen



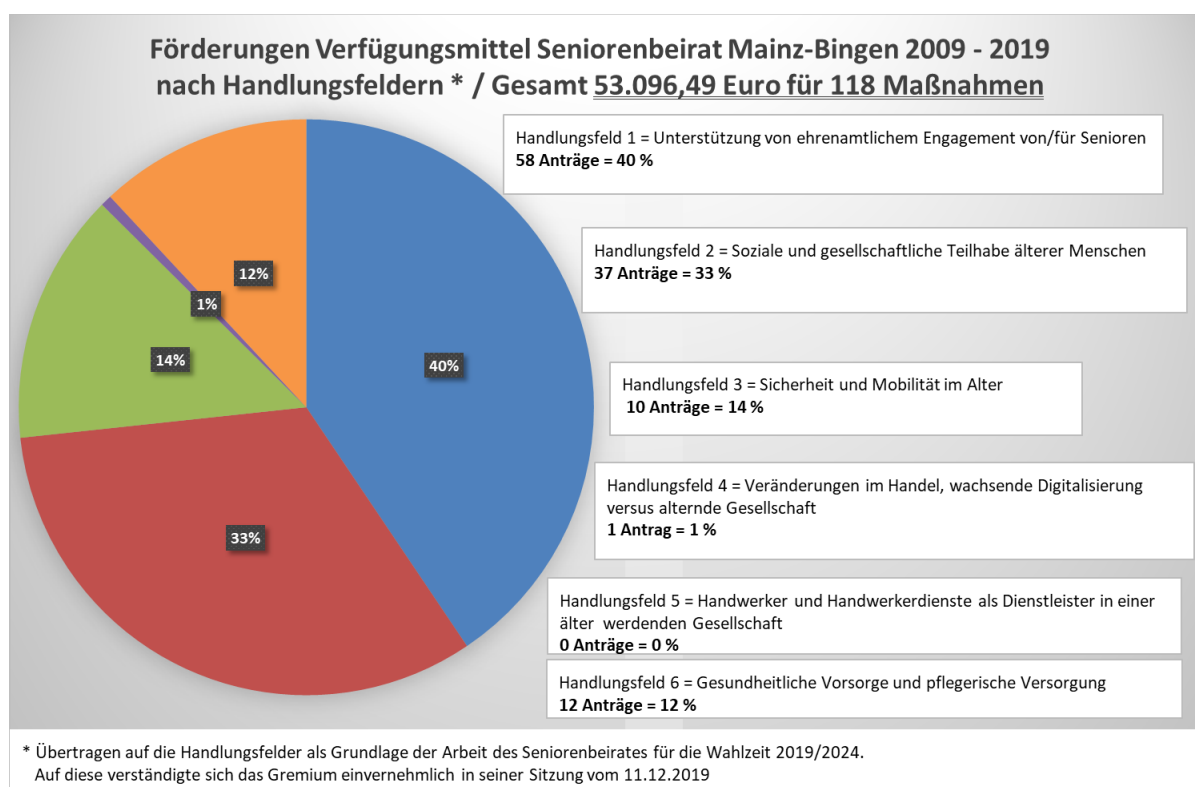
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Abteilung 33

Abbildung 9: Bilanz der Jahre 2018 und 2019 zum Förderprogramm Seniorinnen und Senioren des Landkreises Mainz-Bingen



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Abteilung 33

Abbildung 10:
Bilanz der Jahre 2009 und 2019 zu Förderungen des Mainz-Binger Seniorenbeirates



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Abteilung 33

Im Oktober 2020 erfolgte eine Anpassung der Richtlinien beider Förderprogramme für die Bereiche Demografie und Senioren. Die aktuellen Richtlinien können über den Internetauftritt der Kreisverwaltung unter folgendem Link aufgerufen werden:
https://www.mainz-bingen.de/de/Aemter-Abteilungen/Senioren/Angebot-fuer-Senioren.php#anchor_fb5dbb1f_Accordion-Foerderprogramme-zu-den-Themen--Demografie--und--Seniorinnen-und-Senioren

Danach sollen mit dem Demografie-Förderprogramm vor allem folgende Maßnahmen und Aktivitäten in den aufgeführten Handlungsfeldern gefördert werden:

1. Handlungsfeld „Wohnortnahe Versorgung und soziale Infrastruktur“
2. Handlungsfeld „Bauen und Wohnen“
3. Handlungsfeld „Mobilität“
4. Handlungsfeld „Bildung, Arbeit und Wirtschaft“
5. Handlungsfeld „Gesundheit und Pflege“
6. Handlungsfeld „Generationen, Vielfalt, Miteinander“
7. Handlungsfeld „Digitalisierung“

Um vor Ort Anreize für Impulse zu setzen, fördert das Förderprogramm „Seniorinnen und Senioren“ speziell Angebote, die sich an Seniorinnen und Senioren richten. Gefördert werden Initiativen, Maßnahmen, Projekte und Einrichtungen zur Verbesserung der Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren. Darunter vor allem ehrenamtliche und gemeinnützige Angebote der Beratung, Hilfe und Unterstützung, einschließlich der Selbsthilfe von Älteren. Folgende Handlungsfelder liegen zu Grunde:

1. Handlungsfeld „Soziale und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen“
2. Handlungsfeld „Sicherheit und Mobilität im Alter“
3. Handlungsfeld „Veränderungen im Handel, wachsende Digitalisierung versus alternde Gesellschaft“
4. Handlungsfeld „Gesundheitliche Vorsorge und pflegerische Versorgung“

Über die Weiterführung und Höhe der Förderung wird jährlich vom Kreistag im Rahmen der Haushaltsberatungen für das Folgejahr entschieden.

5 DEMOGRAFIE UND SOZIALSTRUKTUR

5.1 Sozialraumbezug zu den Schnittstellen von Pflege und Sorge

Wie bereits auf Seite 21 in Kapitel 2.5 verdeutlicht, liegt die Kernkompetenz in der Pflegestrukturplanung im Bereich der Pflege und Sorge. Bezogen auf die Planung der Rahmenbedingungen hierbei ist sie ein vernetztes Fachgebiet, das Schnittstellen im Sozialraum pflegen muss. Wie die unterschiedlichen Kompetenzen im Pflegeprozess zusammenhängen, ist in Abbildung 11 dargestellt. Dieses Schaubild wurde von der Servicestelle Pflegestrukturplanung des Landes Rheinland-Pfalz in Anlehnung an den 7. Altenbericht erstellt ²¹.

Abbildung 11: Schnittstellen von Pflege und Sorge

Schnittstellenkompetenz „Gesundheitsversorgung und Prävention“	Kernkompetenz „Pflege und Sorge“	Schnittstellenkompetenz „Wohnen und Wohnumfeld“
SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	SGB XI – Soziale Pflegeversicherung	SGB XII – Sozialhilfe SGB IX – Teilhabe behinderter Menschen LWTG – Wohnformen und Teilhabe LWoFG – Soziale Wohnraumförderung usw.
- Ambulante medizinische Versorgung - stationäre medizinische Versorgung - Therapie - Apotheken - Prävention - Hospiz- und Palliativversorgung	- Familienpflege - Ambulante Pflege - Stationäre und teilstationäre Pflege - Hauswirtschaft - Unterstützung im Alltag - Beratung - Aufsuchende Arbeit	- Barrierefreies Wohnen - Günstiges Wohnen / Wohnen zur Miete - Wohnen mit Dienstleistung - Quartiersmanagement - Wohn-Pflege-Gemeinschaften - Gemeinschaftliches Wohnen und Wohnprojekte - Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
Sozialraum (fließende Übergänge zwischen Wohnen und Dienstleistung)		
- Engagement, Ehrenamt - Selbsthilfe - Dienstleistungen aus Bürgerhand - Nachbarschaft(shilfe) - Netzwerke		

Quelle: Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bei der LZG (2019), S. 19

Der Sozialraum ist seit längerer Zeit starken demografischen Veränderungsprozessen unterworfen. Auch hier muss die Planung vernetzt denken. Grundlage für den Verbleib im Wohnumfeld ist die häusliche Wohnsituation sowie die Einbindung in familiäre oder nachbarschaftlich sorgende Netzwerke vor Ort. Die Gesundheitsversorgung sowie die Alltagsversorgung in erreichbarer Nähe gehören ebenfalls zur sozialraumbezogenen Grundausrüstung in der Daseinsvorsorge. Gleiches gilt für den öffentlichen Personennahverkehr oder andere Mobilitätskonzepte.

²¹ LZG, Servicestelle (2019), S. 18

5.2. Demografietypen im Sozialraum Mainz-Bingen

Dass die sozialen Rahmenbedingungen geographischer Räume die Optionen und Handlungsmöglichkeiten der Bevölkerung mitbestimmen, haben bereits die bisherigen Datenreporte belegt. Sozialraumorientierte Ansätze helfen den beteiligten Akteuren, regionale Bedarfe aufdecken und bearbeiten zu können.

Bezogen auf die Pflegestrukturplanung gilt es, soziale Arrangements zu kreieren, die dazu beitragen, dass Menschen auch mit schwierigen Lebens- und Alltagssituationen zurechtkommen und nicht daran scheitern. Sei es etwa an Pflegeverantwortung, der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf oder aber auch dem Delegieren von Pflegeverantwortung in Fällen von extrem räumlicher Distanz. Soziale Kontakte vor Ort ersetzen familiäre Strukturen. Die bürgerschaftlich engagierten Kontaktpersonen kennen die Lebens- und Wohnbedingungen in ihrem jeweiligen sozialen Nahraum. Durch ihre Tätigkeit können sie eher Bedürfnisse von pflegenden Personen bzw. zu pflegenden Menschen erfassen und auch an zuständige Stellen weitergeben.

Jede Kommune ist anders und doch gibt es Gemeinsamkeiten: in der demografischen Entwicklung, in der sozialen und wirtschaftlichen Ausgangslage oder im regionalen Umfeld. In ihrem Internetangebot „Wegweiser-Kommune.de“²² unterscheidet die Bertelsmann Stiftung zwischen elf Demografietypen. Zusammengeführt wurden hierbei die Städte und Gemeinden auf der Basis von ähnlichen Kennzahlensausprägungen in Gruppen. Der vorliegende vierte Datenreport greift diese Typisierung auf. Ein weiterer Grund für dieses Vorgehen ist, dass diese außerdem Grundlage zu den Handlungsfeldern für die Arbeit der Enquetekommission Demografischer Wandel in der Wahlzeit 2019 bis 2024 ist.

In der nachstehenden Tabelle 2 sind die Kommunen im Landkreis Mainz-Bingen den jeweils passenden Demografietypen zugeordnet. Je Typ werden Herausforderungen, Potenziale und konkrete Handlungsansätze beschrieben. Etwa in Bezug auf Stadtentwicklung, Mobilität, Digitalisierung, Geflüchtete, Partizipation, Familien- oder Seniorenpolitik.

²² Vgl. Bertelsmann Stiftung (2018)

Tabelle 2: Demografietypen im Landkreis Mainz-Bingen

Demografietyp	Kommunen	Charakteristika Kommunen
Typ 3	VG Rhein-Nahe	Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung
Typ 5	Verbandsfreie Gemeinde Budenheim	Moderat wachsende Städte u. Gemeinden mit regionaler Bedeutung
Typ 6	Stadt Bingen am Rhein	Städte mit sozioökonomischen Herausforderungen
Typ 8	VG Sprendlingen-Gensingen VG Rhein-Selz	Wohlhabende Städte und Gemeinden in wirtschaftlich dynamischen Regionen
Typ 10	VG Gau-Algesheim VG Nieder-Olm VG Bodenheim	Wohlhabende Städte und Gemeinden im Umfeld von Wirtschaftszentren
Typ 11	Stadt Ingelheim am Rhein	Sehr wohlhabende Städte und Gemeinden in Regionen der Wissenschaft

Quelle: wegweiser-kommune.de (Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Abteilung 33)

5.3. Regionale Zuordnung, Gliederung

Räumlich betrachtet sind die Grenzen der Pflegestruktur für den Landkreis Mainz-Bingen fließend. Insbesondere an den direkten Grenzen zur kreisfreien Landeshauptstadt Mainz und der beiden Nachbarkreise Alzey-Worms und Bad Kreuznach ist es etwa von besonderem Interesse, Kenntnisse zur regionalen Nutzung der Leistungsarten auszuarbeiten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland Pfalz verweist beispielsweise in ihrem Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung für den Bereich der Stadt Mainz und Kreis Mainz-Bingen auf folgenden Zusammenhang²³:

„Die Siedlungsklassifizierung in Deutschland kennzeichnet die Region Mainz/Mainz-Bingen als einen sehr zentral gelegenen städtischen Raum, der durch umfangreiche räumliche Verflechtungen geprägt ist.“

Der Landkreis Mainz-Bingen sowie auch die Landeshauptstadt Mainz zählen gleichzeitig zur rheinland-pfälzischen Region Rheinhessen-Nahe.²⁴ Zusammengesetzt aus den Teilräumen Rheinhessen und Naheraum umfasst die Region neben Mainz-Bingen die weiteren Landkreise Alzey-Worms, Bad Kreuznach und Birkenfeld sowie die beiden kreisfreien Städte Mainz und Worms.

Rheinhessen erstreckt sich als östlicher Teil der Region zwischen Worms, Bingen und der Landeshauptstadt Mainz. Als Teil der Metropolregion Rhein-Main zählt diese Region zu den aufstrebenden, attraktiven Wirtschaftsstandorten.

Als westlicher Teil der Region ist der Naheraum neben der Flusslandschaft der Nahe geprägt vom UNESCO-Weltkulturerbe Mittelrhein bei Bingen sowie den Mittelgebirgshöhen des Hunsrücks, Soonwalds und des Nordpfälzer Hügellandes.

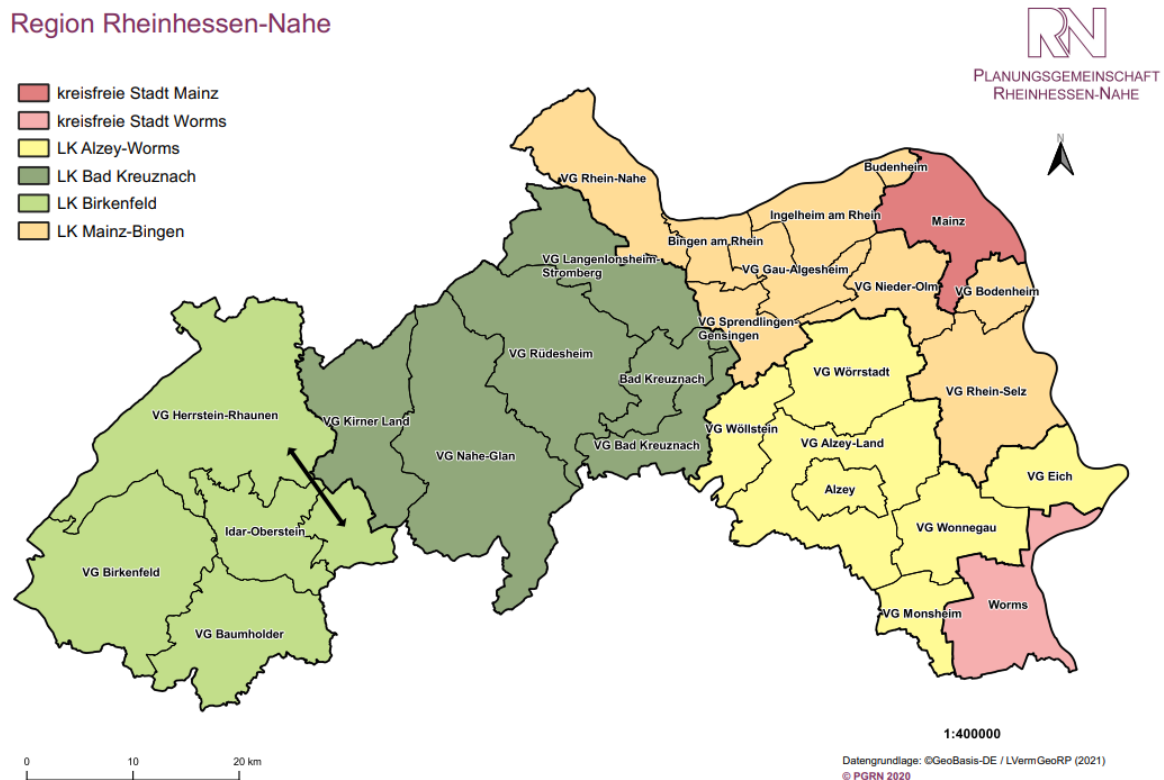
Wie auf Abbildung 12²⁵ dargestellt, ist der Landkreis Mainz-Bingen aufgeteilt auf die sechs Verbandsgemeinden Bodenheim, Gau-Algesheim, Nieder-Olm, Rhein-Nahe, Rhein-Selz und Sprendlingen-Gensingen, die verbandsfreie Gemeinde Budenheim sowie den beiden kreisangehörigen Städten Bingen und Ingelheim.

²³ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2015), S. 10

²⁴ Vgl. Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe (2020), S. 1

²⁵ Vgl. ebenda, S. 2

Abbildung 12: Karte Region Rheinhessen-Nahe



Quelle: Regionaler Raumordnungsbericht Rheinhessen-Nahe 2020

5.3.1 Verwaltungs- und Strukturreformen

Einige Kommunen in der Region Rheinhessen-Nahe sind seit 2013 von der tiefgreifenden Verwaltungs- und Strukturreform in Rheinland-Pfalz tangiert. Insgesamt wurde die Zahl der Kommunen in der Region Rheinhessen-Nahe von 36 auf 28 Kommunen reduziert.

Im Landkreis Mainz-Bingen wurden zuletzt die ehemalige Verbandsgemeinde Heidesheim mit den Ortsgemeinden Heidesheim und Wackernheim der Kreisstadt Ingelheim am Rhein zugeschlagen.

Diese werden seit 1. Juli 2019 als Ortsteile der Stadt Ingelheim dargestellt.²⁶

Von den vier Verbandsgemeindefusionen in der Region Rheinhessen-Nahe fand eine im Landkreis Mainz-Bingen statt. Am 1. Juli 2014 fusionierten die ehemaligen Verbandsgemeinden Guntersblum und Nierstein-Oppenheim zur neuen Verbandsgemeinde Rhein-Selz.

²⁶ Vgl Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe (2020), S 3

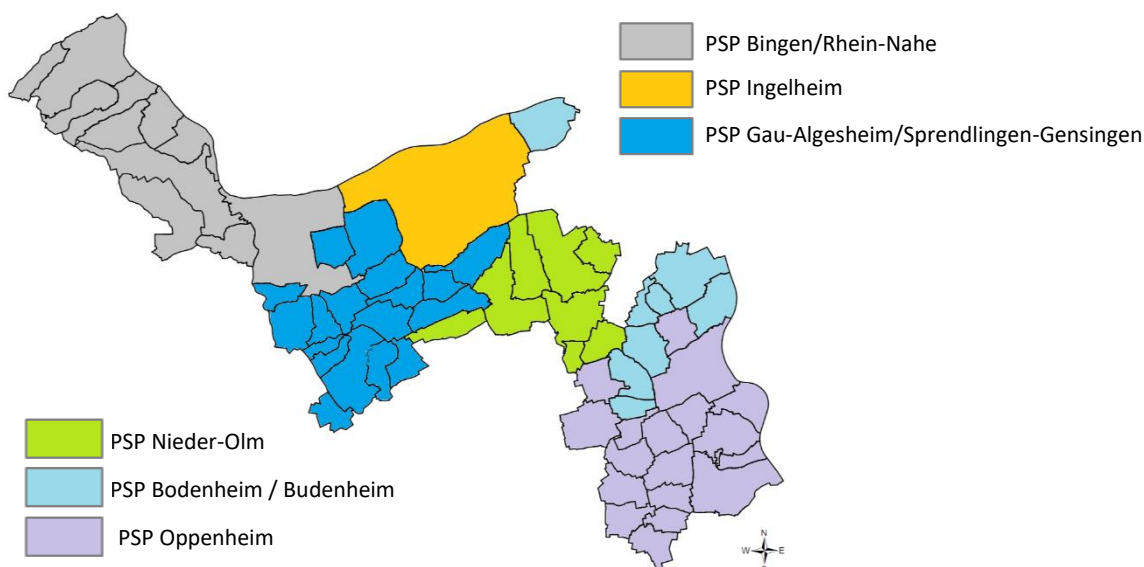
5.3.2. Räumliche Gliederung der Pflegestruktur

In den bisherigen Datenreporten haben sich die Kennzahlen auf den geographischen Raum der sechs Verbandsgemeinden, der beiden kreisangehörigen Städte sowie der verbandsfreien Gemeinde Budenheim konzentriert. Um die sozialen Strukturen im Handlungsfeld Pflege und Sorge mit Blick auf die Realität vor Ort einordnen zu können, orientieren sich die in diesem Datenreport verwendeten Kennzahlen unter anderem auch an den Beratungsbereichen der sechs Pflegestützpunkte im Landkreis. In der nachfolgenden Tabelle 3 sind die sechs Pflegestützpunkte mit den jeweiligen Beratungsbereichen aufgeführt. Im Landkreis-Umriss (Abbildung 13) sind die Grenzen den einzelnen Pflegestützpunkten farblich zugeordnet.

Tabelle 3: Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-Bingen mit Beratungsbereichen

Pflegestützpunkt (BeKo)	Beratungsbereich
PSP 1 Bingen / Rhein-Nahe	Stadt Bingen und VG Rhein-Nahe
PSP 2 Ingelheim	Stadt Ingelheim einschl. Stadtteile Heidesheim und Wackernheim
PSP 3 Gau-Algesheim / Sprendlingen-Gensingen	VG Gau-Algesheim und VG Sprendlingen Gensingen
PSP 4, Nieder-Olm	VG Nieder-Olm
PSP 5, Bodenheim / Budenheim	VG Bodenheim, Verbandsfreie Gemeinde Budenheim mit den Ortsgemeinden Königernheim, Mommenheim u. Selzen (VG Rhein-Selz)
PSP 6, Oppenheim	VG Rhein-Selz ohne die Ortsgemeinden Königernheim, Mommenheim und Selzen (VG Rhein-Selz)

Abbildung 13: Pflegestützpunkte im Landkreis-Umriss



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Abteilung 33

5.4. SOZIODEMOGRAFISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen wirken sich auf die Quantität und Qualität der „seniorengerechten“ und „pflegefreundlichen“ Angebote einer Region aus. Dabei spielen wirtschaftliche Faktoren für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen eine große Rolle. Sie wirken sich darauf aus, wie viele und welche Hilfe- und Pflegeangebote in Anspruch genommen werden können. Stehen keine Hilfeleistungen aus dem Kreis der Familie, Freunde oder Bekannten zur Verfügung, ist dies von besonderer Bedeutung. Ein höheres Einkommensniveau eröffnet den Hilfe- und Pflegebedürftigen einen größeren Spielraum, passende Unterstützungsleistungen zu organisieren.²⁷

Als ein wichtiger monetärer Indikator für den Wohlstand der Bevölkerung einer Region wird das verfügbare Einkommen je Einwohner/in angesehen. Es entspricht dem Einkommen, das den privaten Haushalten letztendlich zufließt und das sie für Konsum- oder Sparszwecke verwenden können.²⁸ Hierzu liegen in Tabelle 4 Vergleichsdaten auf regionaler Ebene vor.

Tabelle 4: Verfügbares Einkommen Bevölkerung der Planungsregion Rheinhessen-Nahe

	2012	2018	Veränderung absolut	Veränderung in %
LK Mainz-Bingen	26.004	26.326	322	1,2%
LK Bad Kreuznach	21.157	22.561	1.404	6,6%
LK Alzey-Worms	21.451	23.385	1.934	9,0%
LK Rhein-Hunsrück	22.102	24.205	2.103	9,5%
LK Birkenfeld	21.302	22.010	708	3,3%
Stadt Mainz	20.894	22.597	1.703	8,2%
Stadt Worms	19.421	21.280	1.859	9,6%
RLP	21.608	23.197	1589	7,4%

Quelle: Eigene Darstellung nach Regionaler Raumordnungsbericht Rheinhessen-Nahe 2020

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte, das für Konsum- und Sparszwecke zur Verfügung steht, betrug im Jahr 2018 im Landkreis Mainz-Bingen 26.326 Euro je Einwohnerin und Einwohner. Es lag damit über dem Durchschnitt des Landes Rheinland-Pfalz von 23.197 Euro je Einwohnerin und Einwohner.

²⁷ Vgl. ISG (2020), S. 8

²⁸ Vgl. Statistisches Landesamt RLP (2020), S. 135

5.4.1. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Die Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 1995 mit dem SGB XI als umlagefinanzierte Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden paritätisch vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber getragen.

In Bezug auf die in Kapitel 3.3 aufgezeigte Entwicklung zu Lebensphasen und Pflegepotenzialen der Babyboomer ist auch diesem Aspekt Rechnung zu tragen. Wenn immer mehr Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen und dabei gleichzeitig die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die in die umlagefinanzierte Pflegeversicherung einzahlen sinkt, hat das negative Folgen auf die finanzielle Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Hinzu kommt, dass es sich bei der Pflegeversicherung nur um eine „Teilkostenversicherung“ handelt. Somit werden häufig nicht alle Kosten der Pflege abgedeckt. Den Rest tragen die Pflegebedürftigen oder ihre Familien selbst. Reicht das Vermögen dazu nicht aus, wird staatliche Unterstützung erforderlich.

Im vorliegenden Datenreport werden daher die statistischen Ergebnisse über die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Wohnort mit Arbeitsort in Rheinland-Pfalz in den Blick genommen. Grundlage hierfür sind Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz. Die herangezogenen regionalen Vergleichsdaten für die Region Rheinhessen-Nahe zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Wohnort beziehen sich auf den Stichtag 30.06.2019 (Tabelle 5).

Tabelle 5: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Planungsregion Rheinhessen-Nahe

	SVB 2011	SVB 2019	Veränderung absolut	Veränderung in %
LK Mainz-Bingen	75.702	85.888	10.186	13,5%
LK Bad Kreuznach	53.741	60.249	6.508	12,1%
LK Alzey-Worms	46.733	52.223	5.490	11,7%
LK Rhein-Hunsrück	36.271	41.617	5.346	14,7%
LK Birkenfeld	28.046	30.339	2.293	8,2%
Stadt Mainz	70.621	84.125	13.504	19,1%
Stadt Worms	29.111	33.163	4.052	13,9%
RLP	1.379.314	1.577.811	198497	14,4%

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle: Statistisches Landesamt RLP, 2022

Für den Landkreis Mainz-Bingen ist im Zeitraum von 2011 bis 2019 ein Anstieg von 13,5% feststellbar (Tabelle 5). Damit liegt der Landkreis unter dem Landesdurchschnitt von 14,4%. Knapp darüber liegt der Landkreis Rhein-Hunsrück mit 14,7%. Die Landkreise Bad Kreuznach (12,1%), Alzey-Worms (11,7%) und Birkenfeld (8,2%) wiederum liegen unter dem Landesdurchschnitt.

Diese Art der Veränderung bildet sich auch in allen Kommunen des Landkreises Mainz-Bingen ab. Das weist auf eine positive wirtschaftliche Entwicklung hin (Tabelle 6).

Tabelle 6: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Planungsregion Rheinhessen-Nahe

	SVB 2011	SVB 2020	Veränderung absolut	Veränderung in %
01 Stadt Bingen/Rhein	8.659	10.283	1.624	18,8%
02 Stadt Ingelheim/Rhein*	13.051	14.931	1.880	14,4%
03 Vfr Gem. Budenheim	3.205	3.581	376	11,7%
04 VG Bodenheim	7.318	8.203	885	12,1%
05 VG Gau-Algesheim	6.373	7.099	726	11,4%
06 VG Nieder-Olm	11.545	13.059	1.514	13,1%
07 VG Rhein-Nahe	5.247	5.833	586	11,2%
08 VG Rhein-Selz	14.918	16.591	1.673	11,2%
09 VG Sprendlingen-Gensingen	5.386	6.131	745	13,8%
LK Mainz-Bingen	75.702	85.711	10.009	13,2%

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle: Statistisches Landesamt RLP, 2022

5.4.2. Grundsicherung im Alter

Ein weiterer wichtiger Indikator insbesondere für die soziale Entwicklung ist die Veränderung der Zahl der Transferleistungsempfänger. Der vorliegende Datenreport legt dazu die Entwicklung der Personen, die von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung leben zu Grunde.

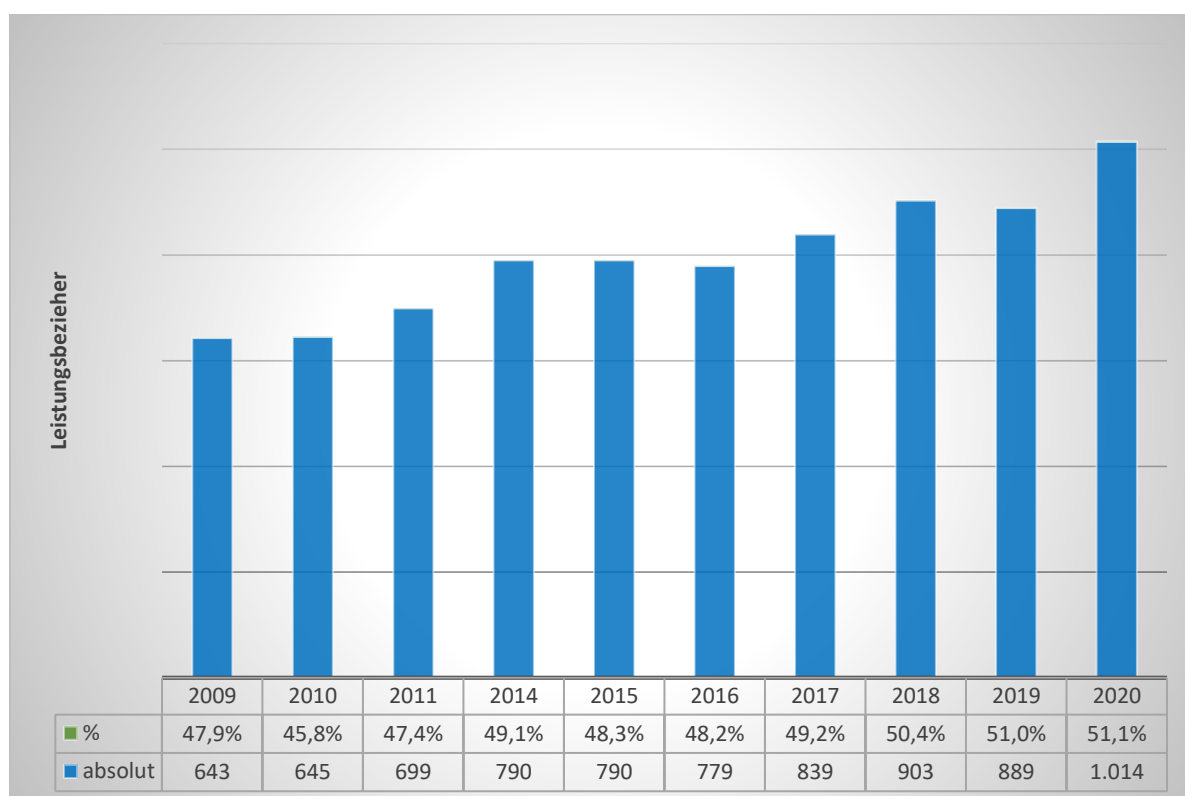
Personen, die die Altersgrenze (mindestens 65 Jahre) erreicht haben und ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können, erhalten eine staatliche Unterstützung. Dieser Personenkreis hat weniger Möglichkeiten, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und ist stärker auf die sozialrechtlich finanzierten Pflege- und Hilfeangebote sowie auf Hilfe aus dem familiären und nachbarschaftlichen Umfeld angewiesen.

Ende des Jahres 2020 bezogen 1.972 Einwohner des Landkreises Mainz-Bingen Grundsicherung nach SGB XII, davon waren 1.014 Personen 65 Jahre und älter (51,1%).

Im zeitlichen Verlauf hat sich diese Zahl für den gesamten Landkreis seit 2010 mit Ausnahme von 2015 zu 2016 kontinuierlich erhöht (Tabelle 7). Trotz der insgesamt positiven wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist diese Entwicklung nicht ungewöhnlich. Wie in Kapitel 5.6 (Bevölkerung und Fläche) dargestellt, sind alle Kommunen von einer starken Alterung der Bevölkerung betroffen. In der Folge steigt damit auch die Zahl älterer Menschen, die im Alter über wenig Einkommen verfügen.

Tabelle 7:

Anteil Älterer an Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung von 2009 - 2020



Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle: Statistisches Landesamt RLP, 2021

Zu den Kommunen im Landkreis Mainz-Bingen liegen aktuelle Daten mit Stichtag 31.12.2020 vor. Der Leistungsbezug nach Alter in Bezug zum Wohnort in den Verwaltungsbezirken des Landkreises ist in Tabelle 8 aufgelistet. Auf dieser Basis erfolgt entsprechend die Darstellung für die Beratungsbereiche der sechs Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-Bingen (Tabelle 9).

Tabelle 8: Anteil Älterer an Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Wohnort in den Verwaltungsbezirken des Landkreises im Dezember 2020

	Leistungsbezieher insgesamt absolut	davon Ältere in %	davon Ältere absolut
01 Stadt Bingen/Rhein	368	57,6%	212
02 Stadt Ingelheim/Rhein*	466	52,6%	243
03 Verbandsfreie Gemeinde Budenheim	95	52,6%	50
04 VG Bodenheim	88	46,6%	41
05 VG Gau-Algesheim	111	56,7%	63
06 VG Nieder-Olm	273	49,4%	135
07 VG Rhein-Nahe	134	50,0%	67
08 VG Rhein-Selz	295	46,4%	158
09 VG Sprendlingen-Gensingen	142	40,1%	85
LK Mainz-Bingen	1972	50,1%	1.008

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle: Statistisches Landesamt RLP, 2021

Tabelle 9: Anteil Älterer an Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Wohnort in den Beratungsbereichen der Pflegestützpunkte des Landkreises im Dezember 2020

Pflegestützpunkt (BeKo)	Leistungsbezieher insg. absolut	davon Ältere in %	davon Ältere absolut
PSP 1 (Stadt Bingen, VG Rhein-Nahe)	502	55,6%	279
PSP 2 (Stadtgebiet Ingelheim)	466	52,1%	243
PSP 3 (VGs Gau-Algesheim, Sprendlingen-Gensingen)	253	58,5%	148
PSP 4 (VG Nieder-Olm)	273	49,5%	135
PSP 5* (Budenheim, VG Bodenheim)*, ohne OGs Köngernheim, Mommenheim, Selzen	183	49,7%	91
PSP 6** (VG Rhein-Selz) ** mit OGs Köngernheim, Mommenheim, Selzen)	295	53,6%	158

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquelle: Statistisches Landesamt RLP, 2021

5.4.3. Haushaltsstrukturen in der Region und in Mainz-Bingen

Das Zuhause hat für ältere Menschen eine besondere Bedeutung, da es zunehmend zum zentralen Lebensmittelpunkt wird. Außerhäusliche Aktivitäten werden in der Regel seltener oder zu Hause verbracht. Darüber hinaus belegen zahlreiche Studien eine geringe Wohnmobilität bei älteren Menschen. Ein Wohnungswechsel ist im Alter wenig gewünscht.

Selbst bei einer fragiler werdenden gesundheitlichen Verfassung und bei eintretender Hilfebedürftigkeit wünscht sich die Mehrheit der älteren Menschen den Verbleib in der vertrauten Wohnung. Viele der 65- bis 85-Jährigen verweilen solange wie möglich im gewohnten Umfeld.²⁹ Obwohl insbesondere die „alten Alten“ (80 Jahre und älter) am stärksten von Mobilitätseinschränkungen und Barrieren betroffen sind, ist ihre durchschnittliche Bewertung der Wohnungssituation kaum geringer als bei den „jungen Alten“. Als möglicher Grund für die durchschnittlich positive Bewertung der eigenen Wohnsituation wird die emotionale Verbundenheit der älteren Menschen mit ihrer Wohnung angenommen. Gut drei Viertel (77%) der älteren Personen ab 65 Jahren gaben an, viele Erinnerungen mit ihrer derzeitigen Wohnung zu verbinden. Eine hohe Verbundenheit mit der Wohngegend äußerten 90%. Dabei war die Bewertung der Wohnsituation umso positiver, je stärker sich die Älteren mit ihrer Wohngegend verbunden fühlten.

Ob und wie lange ein Verbleib in der eigenen Wohnung möglich ist, hängt auch etwa davon ab, ob die Wohnung für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf geeignet ist. Dies sind bauliche Gegebenheiten, wie Barrierefreiheit innerhalb der Wohnung und die barrierefreie Zugänglichkeit der Wohnung. Ebenfalls dazu zählt die Einbindung in ein barrierefreies Wohnumfeld sowie in ein soziales Umfeld, zu dem auch hilfsbereite Nachbarn gehören können.

Inwieweit die Wohnungen und Häuser älterer Menschen im Landkreis Mainz-Bingen barrierefrei oder barrierearm sind, ist in der analysierten Mainz-Binger Wohnungsmarktanalyse zum vorliegenden Datenreport nicht dargestellt.

Studienergebnisse über die Wohnsituation der Älteren belegen sehr große Unterschiede hinsichtlich objektiver Faktoren wie Wohnungsausstattung oder Wohnkostenbelastung und vielfach auch unzureichende altersgerechte Bedingungen. Im Kontext der Wohnzufriedenheit wird dagegen eine relativ einheitliche positive Bewertung gemessen. So zeigt der Deutsche Alterssurvey (DEAS) aus dem Jahr 2017, dass Personen im Alter ab 65 Jahren über eine durchschnittliche Bewertung von 4,4 auf einer Bewertungsskala von 1 (»sehr schlecht«) bis 5 (»sehr gut«) berichteten.³⁰

Gemäß den Daten zum Deutschen Alterssurvey (DEAS) lebten 2017 fast zwei Drittel der älteren Menschen überwiegend in Einfamilienhäusern, Reihenhäusern oder Doppelhaushälften im selbst genutzten Eigentum. Die Mehrheit der älteren Menschen lebte in städtischen Räumen wie Großstädten (25%) oder städtischen Kreisen (38%), nur wenige (15%) in dünn besiedelten ländlichen Kreisen.³¹

²⁹ Vgl. DZA - Deutsches Zentrum für Altersfragen: Hoffmann/Alcántara/Gordo (2021), S. 87

³⁰ Vgl. ebenda

³¹ Vgl. ebenda, S. 88

Für das Jahr 2017 weist das Mainz-Binger Wohnungsmarktkonzept im Landkreis insgesamt über rund 100.900 Wohnungen aus. (vgl. Abbildung 14). Der Anteil an Wohnungen in Mehrfamilienhäusern ist in der verbandsfreien Gemeinde Budenheim (57 %) sowie in den Städten Bingen am Rhein (49 %) und Ingelheim am Rhein (48 %) vergleichsweise hoch. In den Verbandsgemeinden des Landkreises hingegen ist das Ein- und Zweifamilienhaussegment viel stärker vertreten.

Abbildung 14: Tabelle 6 aus Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen

	EFH	ZFH	MFH	Whg. in NWG	Gesamt
Bingen am Rhein	3.895	2.078	6.880	1.187	14.040
Budenheim	1.087	724	2.437	60	4.308
Ingelheim am Rhein	4.276	2.012	6.156	382	12.826
Rhein-Nahe	4.279	1.640	1.632	266	7.817
Bodenheim	4.211	1.960	2.890	136	9.197
Gau-Algesheim	3.926	1.726	2.014	200	7.866
Heidesheim am Rhein	2.044	1.062	1.530	64	4.700
Nieder-Olm	6.666	3.472	4.536	170	14.844
Rhein-Selz	9.935	3.406	4.959	399	18.699
Sprendlingen-Gensingen	3.471	1.406	1.589	112	6.578
LK Mainz-Bingen	43.790	19.486	34.623	2.976	100.875

Tabelle 6: Wohnungsbestand ohne Wohnheime

Eigene Darstellung, Datenquelle: Statistisches Landesamt, EFH: Einfamilienhaus, ZFH: Zweifamilienhaus, MFH: Mehrfamilienhaus, NWG: Nichtwohngebäude

Quelle: Tabelle 6 übernommen aus Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen 2019

Die Wohnungsmarktanalyse des Landkreises aus dem Jahr 2019 besagt, dass auf Basis der getroffenen Annahmen unterschiedliche Zielgruppen Wohnungen im Landkreis Mainz-Bingen nachfragen werden.

Der Anstieg der Einpersonenhaushalte deutet auf eine verstärkte Nachfrage nach kleinen Wohnungen hin. Für umzugswillige Seniorenhaushalte kann die barrierearme/-freie Wohnung im Mehrfamilienhaussegment eine Alternative zum Eigenheim darstellen.

Da der Wohnungstyp „Seniorenhaushalte“ im Landkreis kaum vorhanden ist, analysiert der Mainz-Binger Bericht zur Wohnungssituation in diesem Segment einen erhöhten Neubaubedarf. Hierzu müssten bedarfsgerechte Lösungen im Bestand gefunden werden.

Das Mainz-Binger Wohnungsmarktkonzept bildet im Verlauf der demografischen Entwicklung eine Zunahme der Seniorenhaushalte ab. Im landkreisweiten Durchschnitt wird danach die Zahl der Seniorenhaushalte im Zeitverlauf zwischen 2017 und 2035 um 33,8 % ansteigen.

In den nachfolgenden beiden Tabellen ist die Entwicklung bezogen auf den kommunalen Zuschnitt des Landkreises (Tabelle 10) sowie der Beratungsbereiche der Pflegestützpunkte (Tabelle 11) abgebildet.

Tabelle 10: Entwicklung Seniorenhaushalte bezogen auf den kommunalen Zuschnitt

	Seniorenhaushalte*			
	2017	2035	Veränderung absolut	2017-2035 in %
01 Stadt Bingen/Rhein	3.854	4.672	818	21,2%
02 Stadt Ingelheim/Rhein*	4.681	6.394	1.713	36,6%
03 Verbandsfreie Gemeinde Budenheim	1.279	1.613	334	26,1%
04 VG Bodenheim	2.398	3.341	943	39,3%
05 VG Gau-Algesheim	2.058	2.718	660	32,1%
06 VG Nieder-Olm	3.782	5.094	1.312	34,7%
07 VG Rhein-Nahe	2.298	2.545	247	10,7%
08 VG Rhein-Selz	4.522	6.612	2.090	46,2%
09 VG Sprendlingen-Gensingen	1.582	2.402	820	51,8%
LK Mainz-Bingen	26.454	35.390	8.936	33,8%

Quelle: Tabelle 13 übernommen aus Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen 2019, S. 38

** Alter des Haushaltsvorstand ist mindestens 65 Jahre*

In Tabelle 10 zeigt sich diese Entwicklung besonders deutlich an der Zunahme der Seniorenhaushalte in den Verbandsgemeinden Sprendlingen-Gensingen (51,8 %), Rhein-Selz (46,2 %), Bodenheim (39,3 %), Nieder-Olm (34,7 %) und in der Stadt Ingelheim am Rhein (36,3 %).

Tabelle 11:

Entwicklung Seniorenhaushalte bezogen auf die Beratungsbereiche der Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkt (BeKo)	Seniorenhaushalte*			
	2017	2035	Veränderung absolut	2017-2035 in %
PSP 1 (Stadt Bingen, VG Rhein-Nahe)	6.152	7.217	1.065	17,31%
PSP 2 (Stadtgebiet Ingelheim)	4.681	6.394	1.713	36,59%
PSP 3 (VGs Gau-Algesheim / Sprendingen-Gensingen)	3.640	7.102	3.462	95,11%
PSP 4 (VG Nieder-Olm)	3.782	5.094	1.312	34,69%
PSP 5** (Budenheim, VG Bodenheim; ** ohne Königernheim, Mommenheim, Selzen)	3.677	4.954	1.277	34,73%
PSP 6*** VG Rhein-Selz (***) mit OGs Köngernheim, Mommenheim, Selzen)	4.522	6.612	2.090	46,22%

Quelle: Tabelle 13 übernommen aus Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen 2019, S. 38

** Alter des Haushaltsvorstand ist mindestens 65 Jahre*

5.5. Daseinsvorsorge

Auch in Rheinland-Pfalz unterliegt die infrastrukturelle Versorgung den Grundsätzen der Raumordnung und Landesplanung. Damit sind durch Gesetz und Raumordnungspläne allgemeine Aussagen zur Entwicklung, Ordnung und Sicherung des Raums vorgegeben. Diese sind von den öffentlichen Planungsträgern bei raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen gegeneinander und untereinander abzuwägen. Dazu bildet das Landesentwicklungsprogramm (LEP) die Grundlage für die räumliche Weiterentwicklung des Landes und seiner Teilräume. Es enthält die Ziele und Grundsätze der Landesplanung, die für alle Planungsträger rechtsverbindlich sind. Geregelt ist dies im Landesplanungsgesetz (LPIG) in den §§ 10 und 11³².

Auf der Grundlage des Systems der zentralen Orte soll mit dem LEP IV eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Danach sollen Bürgerinnen und Bürger mit einem zumutbaren Aufwand ihre Bedürfnisse erfüllen können. Deshalb verfolgt das Zentrale-Orte-Konzept eine Schwerpunktbildung der Daseinsvorsorge auf die jeweiligen Ober-, Mittel- und Grundzentren³³. Insbesondere die Grundzentren übernehmen in diesem Konzept die Aufgabe der Nahversorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs. Die nachstehende Tabelle 12 zeigt, wie die den Nahbereichen zugehörigen Gemeinden im Landkreis Mainz-Bingen zugeordnet sind.

Tabelle 12: Nahbereiche im Landkreis Mainz-Bingen mit zugehörigen Gemeinden

Nahbereich	Zugehörige Gemeinden
Bingen am Rhein , Stadt (Mittelzentrum)	Stadt Bingen am Rhein und die Ortsgemeinden Münster-Sarmsheim, Waldalgesheim, Weiler bei Bingen (alle VG Rhein-Nahe)
Bacharach , Stadt (Grundzentrum)	Stadt Bacharach, Breitscheid, Manubach, Niederheimbach, Oberdiebach, Oberheimbach und Trechtingshausen (alle VG Rhein-Nahe)
Sprendlingen (Grundzentrum)	Alle Ortsgemeinden der VG Sprendlingen-Gensingen
Ingelheim am Rhein , Stadt	Stadt Ingelheim
Gau-Algesheim , Stadt	Stadt Gau-Algesheim, alle Ortsgemeinden der VG Gau-Algesheim
Budenheim (Grundzentrum)	Budenheim
Bodenheim/Nackenheim	Bodenheim, Nackenheim Gau-Bischofsheim, Harxheim, Lörzweiler
Nierstein/Oppenheim (Mittelzentrum)	Stadt Nierstein, Stadt Oppenheim, Dalheim, Dexheim, Dienheim, Friesenheim, Hahnheim, Köngernheim, Mommenheim, Selzen, Udenheim
Guntersblum	Guntersblum, Dolgesheim, Dorn-Dürkheim, Eimsheim, Hillesheim, Ludwigshöhe, Uelversheim, Weinolsheim, Wintersheim
Nieder-Olm , Stadt (Mittelzentrum)	Stadt Nieder-Olm, Essenheim, Jugenheim, Klein-Winternheim, Ober-Olm, Sörngenloch, Stackeden-Elsheim und Zornheim

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe

³² Vgl. Ministerium des Innern und für Sport Rheinlandpfalz, Online-Service, Begriff „Landesentwicklungsprogramm (LEP)“

³³ Grundlage für die Oberzentren, Mittelzentren und Mittelzentren mit oberzentralen Teilfunktionen in Rheinland-Pfalz ist das Landesentwicklungsprogramm Rheinland-Pfalz LEP IV.

Im regionalen Raumordnungsplan Rheinhessen-Nahe 2020 wurden 34 Nahbereiche zur Deckung der Grundversorgung definiert. Die Nahbereiche mit Angaben zur Einwohnerzahl im Landkreis Mainz-Bingen sind in der nachstehenden Tabelle fett markiert.

Tabelle 13: Einwohnerzahlen der Nahbereiche im der Region Rheinhessen-Nahe

Nahbereich	Einwohner	Nahbereich	Einwohner	Nahbereich	Einwohner
Mainz (Oberzentrum)	217.118	Rüdesheim	18.730	Baumholder	9.532
Worms (Mittelzentren mit oberzentralen Teilfunktionen)	83.330	Kirn	17.854	Osthofen	9.402
Bad Kreuznach (Mittelzentrum)	67.285	Bad Sobernheim	17.431	Stromberg	9.314
Bingen/Rhein	35.221	Gau-Algesheim	16.646	Budenheim	8.641
Ingelheim	35.146	Herrstein	15.369	Gau-Odernheim	7.819
Nieder-Olm	33.383	Sprendlingen	14.498	Meisenheim	7.545
Nierstein	31.894	Langenlonsheim	13.629	Rhaunen	7.063
Wörrstadt	29.112	Eich	13.163	Flonheim	6.840
Alzey	28.748	Wöllstein	11.886	Waldböckelheim	6.262
Idar-Oberstein	28.323	Westhofen	11.753	Bacharach	5.489
Bodenheim	20.297	Monsheim	10.521		
Birkenfeld	20.433	Guntersblum	9.674		

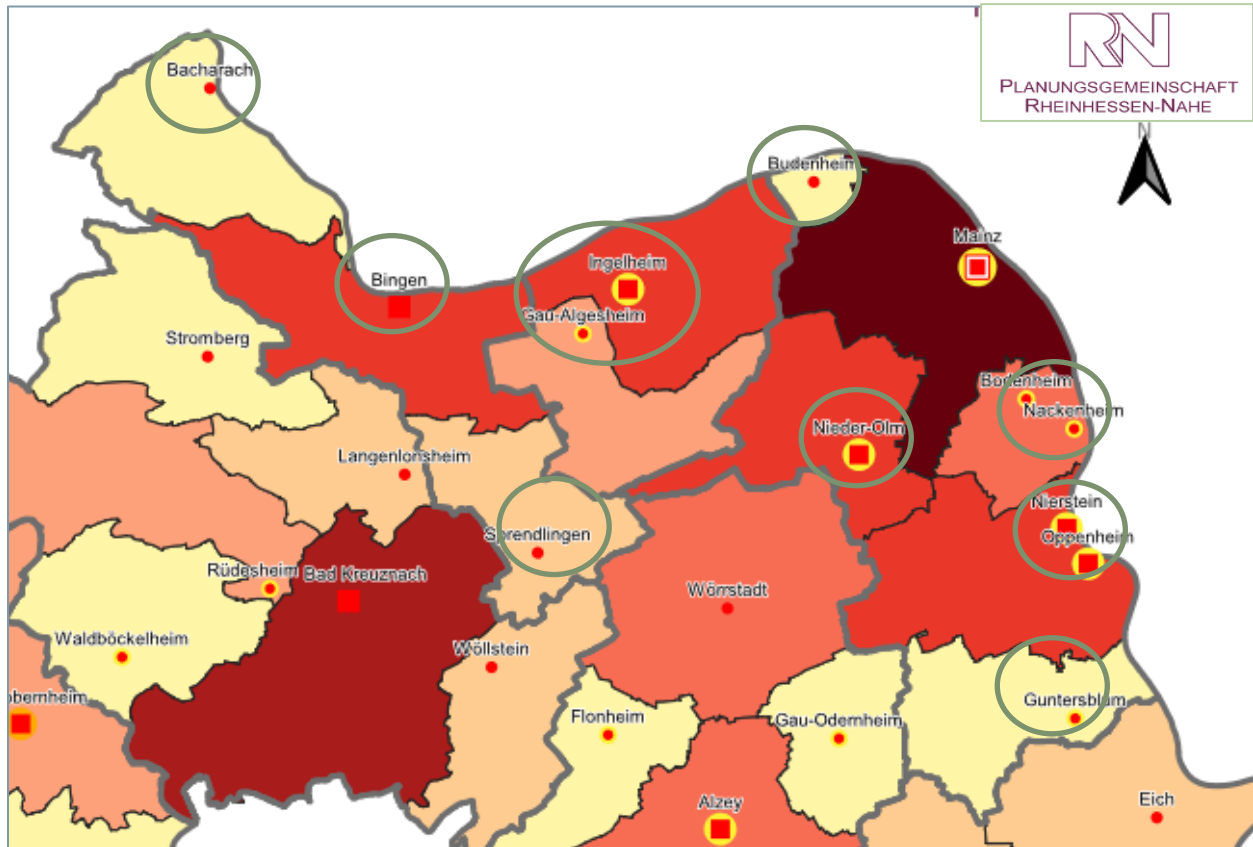
Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe

In den Nahbereichen der Region Rheinhessen-Nahe schwanken die Bevölkerungszahlen. Der Nahbereich Bacharach im Mittelbereich Bingen weist mit 5.489 Personen die niedrigste Einwohnerzahl auf. Die Zahl der Mittelzentren bzw. verpflichtend und freiwillig kooperierenden Mittelzentren ist in beiden Teilräumen gleich (jeweils sieben).

Während der Nahraum im Westen bei einer geringeren Einwohnerdichte mit acht Grundzentren über ein grobmaschigeres Netz verfügt, zeigt sich in Rheinhessen mit 13 Grundzentren ein deutlich engmaschigeres Netz. Dabei fällt deren Bedeutungsüberschuss für das Umland geringer aus als im Nahraum.

Der nachfolgende Kartenausschnitt (Abbildung 15) bildet die Nahbereiche im Landkreis Mainz-Bingen ab. Die Mainz-Binger Nahbereiche sind mit einem Kreis markiert. Die kartografische Darstellung aller Nahbereiche der Region Rheinhessen-Nahe ist im Anhang auf Seite 130 dieses ersten Teilberichtes aufgeführt.

Abbildung 15: Kartenausschnitt Nahbereiche im Landkreis Mainz-Bingen



Quelle: RROB, https://www.pg-rheinhausen-nahe.de/downloads/06_nahbereiche.pdf

Die Sicherung öffentlicher Dienstleistungen wie etwa Kindergärten, Grund- und Mittelschulen, Bibliotheken, Sportstätten oder Verwaltungen liegt in der Zuständigkeit der Kommunen. Diese soll grundsätzlich auf der Ebene der Grundzentren gewährleistet werden. Die Versorgung der Bevölkerung mit den Grundgütern des täglichen Bedarfs wird privatwirtschaftlich organisiert. Beide Sektoren bilden das Fundament zur Sicherung der Daseinsvorsorge nicht nur in den Verdichtungsräumen, sondern auch in dünn besiedelten Regionen.

Bei den altersspezifischen Infrastrukturen übernehmen für die Altersgruppe der Seniorinnen und Senioren neben der ambulanten Altenbetreuung auch die Alten- und Pflegeheime sowie Plätze für betreutes Wohnen eine wichtige Rolle in der Daseinsvorsorge. Für diese Personengruppe geht der aktuelle Raumordnungsplan für Rheinhessen-Nahe von einer steigenden Nachfrage nach Betreuungs- und Pflegeangeboten aus. Die Raumplaner kommen zu dem Ergebnis, dass ein Ausbau dieser Angebote, sowie die Etablierung von neuen Wohnformen daher eine Herausforderung für die Kommunen im ländlichen Raum darstellen.³⁴

Dies wird zurückgeführt auf die zunehmende Zahl der pflegebedürftigen Alten sowie auf die qualitative Veränderung der Nachfrage. So verursacht die verstärkte Auflösung von generationenübergreifenden Familien und damit der häuslichen Pflege eine deutliche Zunahme von Personen, die in öffentlichen, karitativen oder privaten Einrichtungen betreut und gepflegt werden müssen.

³⁴ Vgl. Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe (2020), S. 33 und 36

5.5.1 Mobilität und Barrierefreiheit

Mobilität stellt gerade in ländlich geprägten Regionen eine zentrale Voraussetzung dar, um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und Zugang zu Arbeitsplätzen und zu zentralen und unverzichtbaren Dienstleistungen der täglichen Versorgung oder des Gesundheitswesens zu haben.

Wie bereits 2019 im Abschlussbericht der Enquetekommission dargestellt, sei durch die demografische Entwicklung im ländlichen Raum mit einem Rückgang der Siedlungsdichte und der Zentralisierung der Versorgung und Infrastrukturen zu rechnen. Dies bedeute eine Vergrößerung der zurückzulegenden Entfernungen.³⁵

Eine kartographische Darstellung der Bevölkerungsdichte (Stand 31.12.2018) findet sich im Anhang auf Seite 152. Die gewählte Kategorisierung dient der Vergleichbarkeit der Gemeinden und kreisfreien Städte untereinander. Hierzu wurden die Gemeinden und kreisfreien Städte nach der Größe ihrer Bevölkerungsdichte angeordnet.

Diese Reihenfolge wurde in vier gleich große Blöcke aufgeteilt, die die Kategorien bilden. Im ersten Block, hier grün dargestellt, befinden sich alle Gemeinden und kreisfreien Städte, die eine Bevölkerungsdichte bis 146 Einwohner je km² aufweisen. Äquivalent befinden sich in der zweiten Kategorie (gelb) alle Gemeinden und kreisfreien Städte, die eine Bevölkerungsdichte zwischen 146 Einwohnern je km² und 245 Einwohnern je km² beinhalten. Dasselbe Schema gilt für die anderen beiden Kategorien.

Wie im Abschlussbericht nachzulesen, beschränkt sich die Barrierefreiheit des ÖPNV nicht nur auf Menschen mit Beeinträchtigungen, sondern helfe allen Nutzergruppen. Bei den Haltestellen sei oftmals keine barrierefreie Zuwegung gegeben, desgleichen mangle es oft an Beleuchtung und Wetterschutz.

Mobilitätseinschränkungen könnten sich auch durch fehlende Informationen ergeben, wie etwa lückenhafte Informationen (online oder telefonisch) hinsichtlich Fahrplan und Barrierefreiheit oder ein schwer nachvollziehbares Tarifsystem. Aber auch fehlende Angaben an Haltestellen und schlechte Lesbarkeit sowie unzureichende Informationen am Bus oder fehlende oder unverständliche Durchsagen erschweren die Nutzung.

Der Mainz-Binger Seniorenbeirat sowie der Beirat für Menschen mit Behinderung setzen sich beide für verbesserte Angebote von Mobilität und Barrierefreiheit ein. Sie hoffen hierbei auf tragfähige Lösungen insbesondere durch die im Sommer 2021 gegründete Kreiswohnungsbaugesellschaft Mainz-Bingen (KWBG) sowie die seit Herbst 2022 erfolgte Kommunalisierung des Busverkehrs mit der neuen Kommunalverkehr Rhein-Nahe Gesellschaft (KRN).

³⁵ Vgl. ZRNN - Zweckverband Rhein-Nahe Nahverkehrsverbund KÖR: Castellanos und Meinhardt (2019), S. 79

5.5.1.2 Bürgerbus-Angebote

Die nachfolgend aufgeführten Angebote hat die Verwaltung für die Broschüre „Wohnen und Pflegen“ zusammengestellt. Die Broschüre mit Hinweisen zu Angeboten für Beratung, Betreuung und Pflege steht auf dem Internetauftritt der Kreisverwaltung zum Download bereit. Die Liste zu den Bürgerbus-Angeboten hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie beruht auf Informationen, die der Kreisverwaltung bekannt sind.

Tabelle 14: Bürgerbus-Angebote im Landkreis Mainz-Bingen, Stand: Dezember 2021

Verbandsgemeinde	Fahrzeiten
VG Bodenheim / „Unser Busje“ zum Einkauf, zum Besuch von Ärzten, Banken und sozialen Einrichtungen	Dienstags und donnerstags von 8.15 – 11.45 Uhr und von 14.15 -17.45 Uhr
VG Gau-Algesheim / Fahrdienst zu Einkaufsmärkten in der Mainzer Straße	Donnerstags Tour 1 • Appenheim, Turnhalle – Abfahrt: 10.00 Uhr • Laurenziberg, Kreisverkehr – Abfahrt: 10.10 Uhr Tour 2 • Ockenheim Marktplatz, Abfahrt: 10.30 Uhr • Ockenheim, Wiesenstraße – Abfahrt: 10.40 Uhr
VG Rhein-Nahe / Bürgerbus Vierthäler für die Stadt Bacharach und die Gemeinden Breitscheid, Manubach, Oberdiebach, Niederheimbach und Trechtingshausen:	Dienstags und mittwochs 8.00 bis 12.30 Uhr und donnerstags 8.00 bis 17.00 Uhr Für Arztbesuche fährt der Bus auch nach Bingen und Oberwesel.
VG Rhein-Selz / a) MOBILUS-Fahrservice zum Einkauf, zum Besuch von Ärzten, Banken und sozialen Einrichtungen	Für Bürger der ehemaligen Verbandsgemeinde Guntersblum : • dienstags und donnerstags von 8.00 – 12.00 Uhr und von 13.00 – 17.00 Uhr Für Bürger in Friesenheim, Köngernheim und Udenheim: • freitags von 8.00 Uhr – 13.00 Uhr Für Bürger in Dahlheim und Dexheim: • mittwochs
VG Rhein-Selz / b) DRK-Rotkehlchen-Bus	Für Bürger aus Guntersblum und Ludwigshöhe: donnerstags • von 10 - 12 Uhr zu Zielen in Guntersblum • von 13 - 17 Uhr zu Zielen in Alsheim und Oppenheim
VG Rhein-Selz / c) Einkaufsbus Nierstein-Schwabsburg	Montags: Marktplatz Nierstein • Abfahrt: 9.00 Uhr, Rückfahrt 10.15 Uhr Ev. Kirche Schwabsburg • Abfahrt: 9.30 Uhr, Rückfahrt 11.00Uhr Fa. Lidö, Bildstockhohl • Abfahrt: 10.00 Uhr und 10.30 Uhr Rückfahrt: 10.45 Uhr und 11.30 Uhr

Verbandsgemeinde	Fahrzeiten
VG Rhein-Selz / d) Einkaufsbus Nierstein-Schwabsburg	Donnerstags: Apotheke, Ringstraße • Abfahrt: 9.00 Uhr, Rückfahrt 10.15 Uhr Ev. Kirche Schwabsburg • Abfahrt: 9.30 Uhr, Rückfahrt 11.00Uhr Fa. Lidö, Bildstockhohl • Abfahrt: 10.00 Uhr und 10.30 Uhr Rückfahrt: 10.45 Uhr und 11.30 Uhr
VG Rhein-Selz e) Fahrdienst Helferkreis Selzen e.V. für Selzen und Hahnheim	Dienstags ab 14 Uhr Einkaufsfahrten zum Lebensmittelgeschäft, Mommenheim
VG Sprendlingen-Gensingen / a) MOB'S-MOBIL SPRENDLINGEN für Bürger aus Sprendlingen, Badenheim, St. Johann, Welgesheim, Wolfsheim und Zotzenheim	Dienstags und freitags: Bus fährt auf Bestellung (Einkaufsfahrten, Arzt- besuche, zur Bibliothek (Bib), zur „Tafel“, zu Gottesdiensten....)
VG Sprendlingen-Gensingen b) HoBBS – BÜRGERBUS HORRWEILER Verbindungen von Horrweiler nach Gensingen und Aspisheim	Informationen und Fahrplan auf der Webseite der Gemeinde Horrweiler unter: www.gemeinde-horrweiler.de/ buergerbus/

Der Landkreis Mainz-Bingen unterstützt Bürgerbusinitiativen finanziell regelmäßig seit 2014. Diese finanzielle Hilfe für solche Initiativen durch den Kreis geht auf einen Beschluss des Kreistages aus dem Jahr 2014 zurück. Danach können Organisation und Betrieb der ehrenamtlichen, gemeinnützigen Bürgerbusse mit jährlich bis zu 5.000 Euro gefördert werden. Im Zeitraum 2014 bis 2021 beläuft sich das Fördervolumen auf insgesamt rund 66.000 Euro.

5.6 Bevölkerung und Fläche

Zum 31. Dezember 2020 lebten im Landkreis Mainz-Bingen 211.525 Einwohnerinnen und Einwohner.³⁶

Im Vergleich zum dritten Datenreport von 2017 mit 208.749 Einwohnerinnen und Einwohnern am 31. Dezember 2015 wuchs damit die Bevölkerung im Landkreis weiter an (+1,3 %).

Die Geschlechterverteilung blieb nahezu gleich.

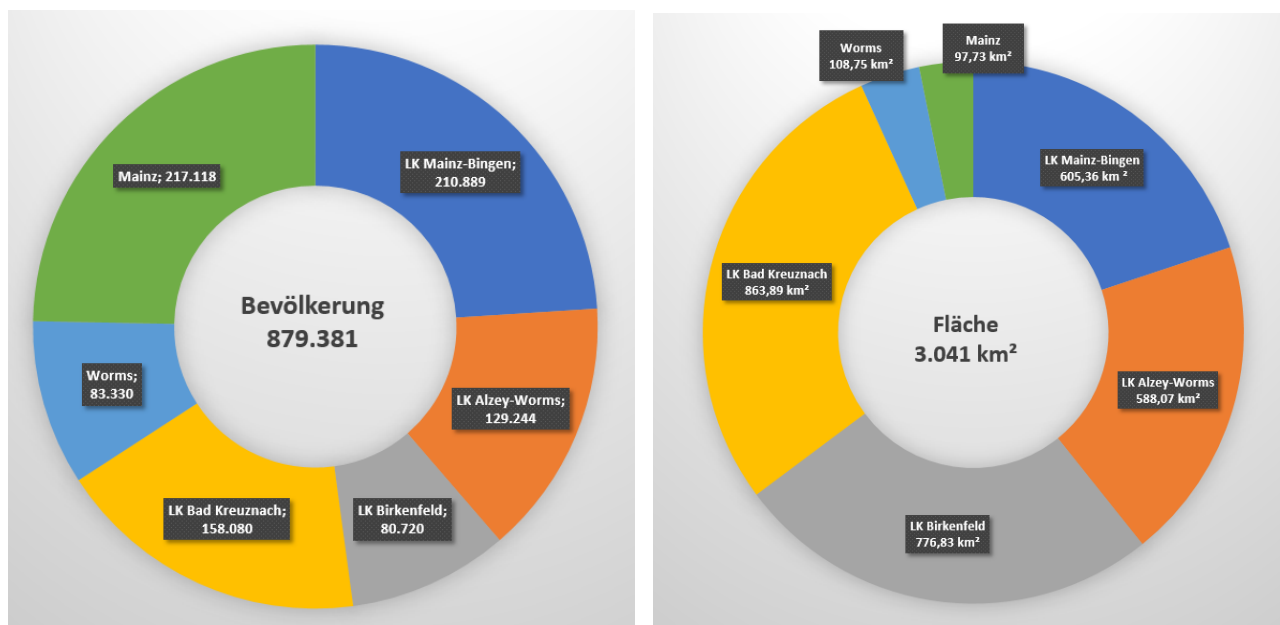
2015 lag der Frauenanteil bei 50,6 %, 2020 bei 50,7 %.

Der Anteil der nichtdeutschen Einwohnerinnen und Einwohner ist von 9,2 % in 2015 auf 10,6 % in 2020 angestiegen.

Im regionalen Vergleich (Abbildung 16) stellt der Landkreis Mainz-Bingen mit seinen 210.889 Bürgerinnen und Bürgern (Stand 31.12.2018) die bevölkerungsreichste Gebietskörperschaft der Planungsregion Rheinhessen-Nahe dar. Demgegenüber hat der Landkreis Birkenfeld mit 80.720 Personen die niedrigste Bevölkerungszahl. In der Region Rheinhessen-Nahe leben insgesamt 879.381 Menschen auf einer Fläche von 3.041 km². Trotz ihrer teilregionalen Unterschiede gilt sie mit ihrer Lagegunst im Übergangsbereich der beiden Metropolregionen Rhein-Main und Rhein-Neckar auch weiterhin als Bevölkerungswachstumsregion. In den letzten 13 Jahren ist die Bevölkerungsdichte von 280 auf 288 Menschen pro km² angestiegen.

Abbildung 16:

Bevölkerungsverteilung und Flächenanteil in der Region Rheinhessen-Nahe 2018³⁷



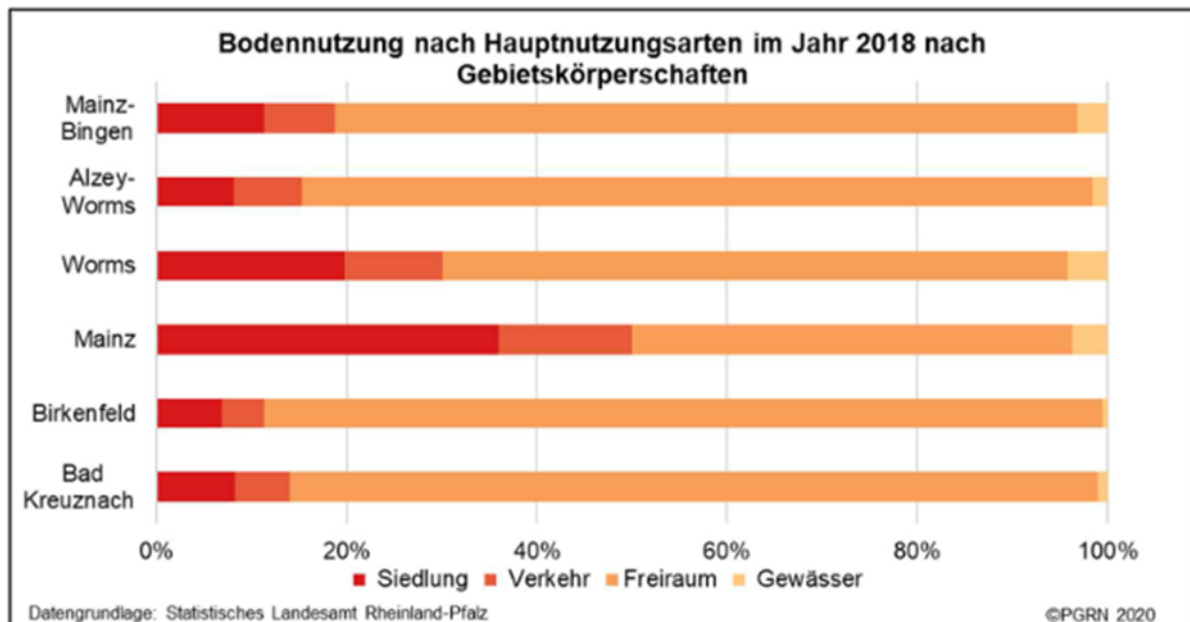
Quelle: Eigene Darstellung gemäß Raumordnungsbericht Region Rheinhessen-Nahe 2020

³⁶ Die Bevölkerungsdaten zum 31.12.2020 basieren auf den Zahlen im Kommunaldatenprofil Landkreis Mainz-Bingen (Stand: 22.1.2021) / Vgl. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2021)

³⁷ Vgl. Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe (2020), S. 5

Mit Blick auf die Pflegestruktur ist das Landschaftsbild insbesondere für die regionale Verteilung des Angebotes der ambulanten Pflegedienste von besonderem Interesse.

Abbildung 17: Anteile von Siedlungs- und Verkehrsflächen in der Region Rheinhessen-Nahe



Quelle: Raumordnungsbericht Region Rheinhessen-Nahe 2020, S. 5

Das Landschaftsbild innerhalb der Region Rheinhessen-Nahe ist geprägt durch den hohen Anteil an Freiraumflächen. Mit Ausnahme der kreisfreien Stadt Mainz entfallen in allen anderen Gebietskörperschaften über 50 % der Bodennutzung auf diese Hauptnutzungsart. Den größten Anteil an Freiraumflächen, wie z.B. Landwirtschafts- oder Waldflächen, besitzt dabei der Landkreis Birkenfeld mit 88 %.

Der Siedlungsflächenanteil an der gesamten Bodennutzung ist hingegen in den beiden kreisfreien Städten Mainz (36 %) und Worms (20 %) am höchsten. Gleiches trifft auch auf den Anteil an Verkehrsflächen in den einzelnen Gebietskörperschaften zu.³⁸

³⁸ Vgl. Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe (2020), S. 5

5.6.1 Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung im Landkreis Mainz-Bingen ist in dem Zeitraum von 2011 bis 2020 um 4,2 % auf rund 209.800 angestiegen (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Bevölkerungsentwicklung Landkreis Mainz-Bingen 2011 bis 2020

Kommune	2011	2020	Veränderung absolut	Veränderung in %
01-Stadt Bingen	23.886	25.736	1.850	7,2
02-Stadt Ingelheim	33.779	35.161	1.382	3,9
03- Verbandsfreie Gemeinde Budenheim	8.334	8.596	262	3,1
04-VG Bodenheim	18.784	20.455	1.671	8,2
05-VG Gau-Algesheim	16.378	16.727	349	2,1
06-VG Nieder-Olm	31.254	33.491	2.237	6,7
07-VG Rhein-Nahe	14.997	15.291	294	1,9
08-VG Rhein-Selz	39.821	41.476	1.655	4,0
09-VG Sprendlingen- Gensingen	14.031	14.592	561	3,8
001-Landkreis Mainz-Bingen	201.264	211.525	10.261	4,5

Quelle: Statistisches Landesamt 2021b, Eigene Darstellung und Berechnung

Neben der Stadt Bingen am Rhein (7,2 %) wird das größte Bevölkerungswachstum in den Verbandsgemeinden Bodenheim (8,2 %), Nieder-Olm (6,7 %) und Rhein-Selz (4,0 %) festgestellt.

Laut dem Mainz-Binger Wohnungsmarktkonzept hängt die Bevölkerungsentwicklung in angespannten Wohnungsmärkten neben Bautätigkeit auch von der verkehrlichen Anbindung ab. Die Verbandsgemeinde Rhein-Nahe mit dem geringsten Wachstum (1,9 %) profitiert aufgrund ihrer Lage am westlichen Rand des Landkreises noch nicht von der dynamischen Entwicklung des Rhein-Main-Gebiets.

In Tabelle 16 ist die Bevölkerungsentwicklung mit Bezug auf die Beratungsbereiche der Pflegestützpunkte für die Jahre 2015, 2017 und 2019 dargestellt. Die zu Grunde liegende Aufteilung der Beratungsbereiche bezieht sich dabei auf das Jahr 2019. In dem Jahr wurden zum 1. Juli die Beratungsgebiete im Kreisgebiet in zwei Bereichen neu aufgeteilt.

Tabelle 16: Bevölkerungsentwicklung der Jahre 2015, 2017 und 2019 bezogen auf die Beratungsbereiche der Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-Bingen

Pflegestützpunkt (BeKo)	Beratungsbereich	Einwohner/ Beratungsbereich		
		2015	2017	2019
PSP 1	Stadt Bingen und VG Rhein-Nahe	39.950	40.426	40.983
PSP 2	Stadt Ingelheim einschl. Stadtteile Heidesheim u. Wackernheim	36.672	34.867	35.193
PSP 3	VG Gau-Algesheim und VG Sprendlingen-Gensingen	30.808	31.120	31.341
PSP 4	VG Nieder-Olm	32.393	33.103	33.393
PSP 5	VG Bodenheim Verbandsfreie Gemeinde Budenheim OG Köngernheim (Rhein-Selz) OG Mommenheim (Rhein-Selz) OG Selzen (Rhein-Selz)	34.095	34.706	34.980
PSP 6	VG Rhein-Selz ohne OGs Köngernheim, Mommenheim und Selzen	34.831	35.563	35.527

Quelle: Statistisches Landesamt 2021, eigene Darstellung und Berechnung

Die Arbeit der Pflegestützpunkte lässt sich jedoch nicht allein über die Bevölkerungszahlen beschreiben. Ein weiterer Indikator ist die Siedlungsdichte. Diese setzt die Bevölkerung in Relation zur Siedlungs- und Verkehrsfläche. Auf diesen Punkt wird in diesem Teilreport auf Seite 59 in Kapitel 5.5.1 (Mobilität und Barrierefreiheit) näher eingegangen.

5.6.2. Entwicklung der Altersstruktur

Der Anteil der Bevölkerungsgruppe „Unter 20 Jahren“ ist im Landkreis Mainz-Bingen im Jahr 2020 mit 19,4 % höher als im Durchschnitt der Landkreise in Rheinland-Pfalz (18,4 %), siehe Tabelle 17.

Auch der Anteil der Erwerbsbevölkerung (20 – 65 Jahre) liegt 2020 mit 59,2 % über dem Durchschnitt der Landkreise (58,6 %) sowie knapp unter dem Anteil der Erwerbsbevölkerung in Rheinland-Pfalz (59,4 %).

Der Anteil von 65-jährigen und älteren Personen ist in allen betrachteten Bevölkerungsgruppen gestiegen.

Tabelle 17: Bevölkerung 2011 und 2020 nach Altersgruppen im Landesvergleich

	Anteile in %					
	2 0 1 1 Unter 20 Jahren	20 – 64 Jahre	65 Jahre u. älter	2 0 2 0 Unter 20 Jahren	20 – 64 Jahre	65 Jahre u. älter
LK Mainz-Bingen	19,8	61,6	18,6	19,4	59,2	21,4
Landkreise RLP	19,3	60,2	20,5	18,4	58,6	23
Rheinland-Pfalz	18,8	60,7	20,4	18,3	59,4	22,3

Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an: StaLa RLP 2019b, S. 91 und StaLa RLP 2021b, S. 8

Die Analyse der Altersstruktur für die Region Rheinhessen-Nahe zum 31.12.2018 erfolgt gemäß Raumordnungsbericht anhand von drei Hauptaltersgruppen³⁹:

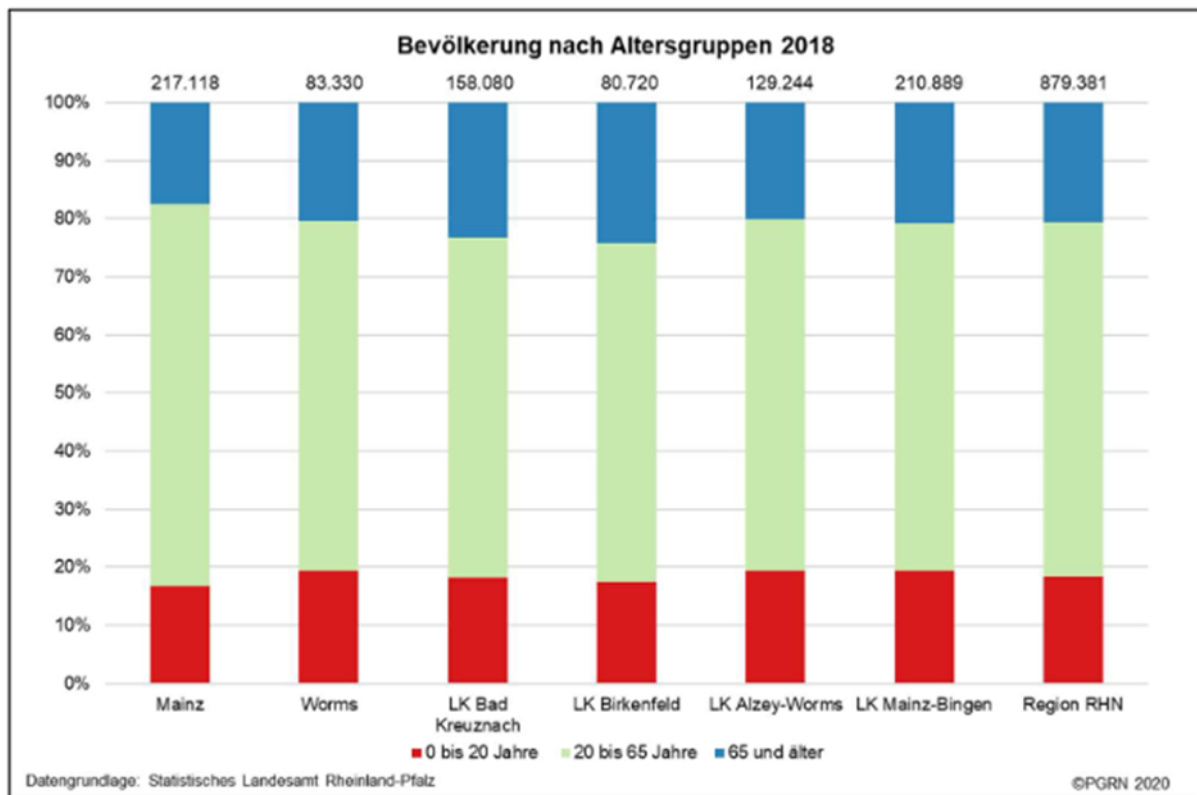
- Jugendliche und junge Erwachsene im Alter unter 20 Jahren sind heute zum größten Teil noch nicht erwerbstätig,
- Die Personen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren bilden heute im Wesentlichen das Erwerbstätigenpotential,
- Die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren ist zum größten Teil nicht erwerbstätig. Diese Altersgruppe wird, um den Überalterungsprozess zu verdeutlichen um die Altersgruppe 75 Jahre und älter erweitert.

Die Altersstruktur der Bevölkerung in der Region Rheinhessen-Nahe (Abbildung 18) hat sich durch die steigende Lebenserwartung und den bis 2018 anhaltenden, kontinuierlichen Rückgang der Geburten grundlegend verändert. Während der Anteil von jüngeren Menschen, insbesondere in den Landkreisen Bad Kreuznach und Birkenfeld, Jahr für Jahr zurückgeht, steigt der Anteil an älteren Jahrgängen (65 und älter) in der gesamten Region Rheinhessen-Nahe stark an.

³⁹ Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe (2020), S. 15

Im Jahr 2000 waren noch 21,3 % der Gesamtbevölkerung in der Region unter 20 Jahre alt und 22,9 % über 60 Jahre alt. Trotz der Bevölkerungszunahme um 2,86 % im Berichtszeitraum (2011-2018) fand eine Verschiebung der Alterszusammensetzung statt.

Abbildung 18: Bevölkerung nach Altersgruppen Region Rheinhessen-Nahe 2018



Quelle: Raumordnungsbericht Region Rheinhessen-Nahe 2020

Im dargestellten Berichtszeitraum steigt die Zahl der jüngeren Menschen (unter 20 Jahren) seit 2011 lediglich um 2,3 %, während die Zahl der Altersgruppe 65 Jahre und älter sogar um 10,6 % stieg. Der Anteil junger Menschen (unter 20 Jahren) liegt im Jahr 2018 in allen Landkreisen und kreisfreien Städten unter 20 %. Den höchsten Wert weisen dabei die kreisfreie Stadt Worms (19,5 %) und der Landkreis Mainz-Bingen (19,5 %) auf, gefolgt von den Landkreisen Alzey-Worms (19,4 %), Bad Kreuznach (18,3 %) und Birkenfeld (17,4 %).

In der Stadt Mainz lag der Anteil der unter 20-Jährigen nur bei 16,8 %. Dafür lag der Anteil der Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 65 Jahren dort bei 65,7 %. Dies entspricht dem höchsten Wert innerhalb der Region. Diese Tatsache wird im Bericht mit der hohen Zahl an Studierenden begründet.

Mit einem Anteil der Bevölkerung über 65 Jahren von rund 24 % weisen die Landkreise Bad Kreuznach und Birkenfeld eine deutliche Überalterung auf. Dagegen ist dieser Wert in der kreisfreien Stadt Mainz mit 17,5 % am niedrigsten.

5.6.3 Bevölkerungsprognose

Das Ergebnis der Bevölkerungsprognose ist in der Tabelle 18 dokumentiert.

Die Bevölkerung des Landkreises Mainz-Bingen wird bis zum Jahr 2035 von rund 209.800 um 2,8 % auf rund 215.900 ansteigen. Zwischen den einzelnen Städten und Gemeinden können Unterschiede ausgemacht werden. Ein vergleichsweise starker Bevölkerungsanstieg wird für Bingen am Rhein (6,4 %), Sprendlingen-Gensingen (5,6 %), Bodenheim (4,5 %) und Budenheim (4,3 %) angenommen. Ein Rückgang der Bevölkerung wird für die Verbandsgemeinden Gau-Algesheim (-0,2%) und Rhein-Nahe (-5,2 %) prognostiziert. Zurückzuführen ist diese Entwicklung auf den relativ niedrigen Wanderungssaldo innerhalb des Stützzeitraums, der in der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe sogar im Durchschnitt negativ war.

Tabelle 18: Bevölkerungsprognose Mainz-Bingen 2017-2035

	2017	2035	Veränderung absolut	Veränderung in %
Bingen am Rhein	25.441	27.071	1.630	6,4
Budenheim	8.613	8.984	371	4,3
Ingelheim am Rhein	24.833	25.338	505	2,0
Rhein-Nahe	14.985	14.213	-772	-5,2
Bodenheim	20.126	21.026	900	4,5
Gau-Algesheim	16.612	16.577	-35	-0,2
Heidesheim am Rhein	10.034	10.361	327	3,3
Nieder-Olm	33.103	34.267	1.164	3,5
Rhein-Selz	41.530	42.603	1.073	2,6
Sprendlingen-Gensingen	14.508	15.316	808	5,6
LK Mainz-Bingen	209.785	215.856	5.971	2,8

Tabelle 10: Bevölkerungsprognose 2017-2035

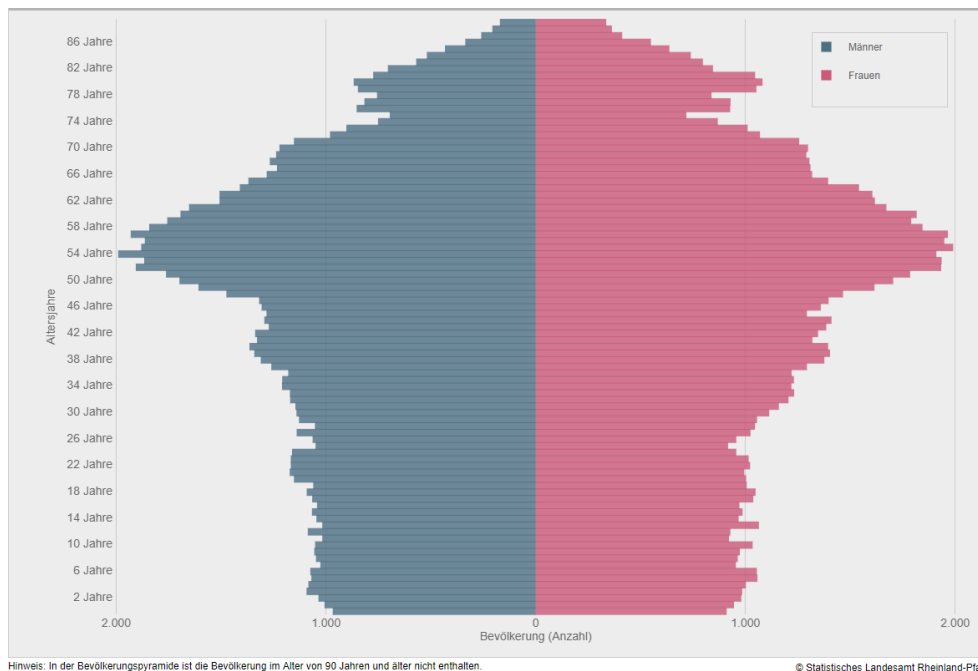
Eigene Darstellung und Berechnung, Datenquelle: Statistisches Landesamt

Quelle: Tabelle 10 entnommen aus Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen, 2019

Regional betrachtet fällt auf, dass die an Mainz angrenzenden Gemeinden auch bis zum Jahr 2035 mit einem Anstieg der Bevölkerung rechnen können. Aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung findet ein Einwohnerzuwachs auch in den beiden Städten Bingen am Rhein und Ingelheim an Rhein statt. Den zweithöchsten Bevölkerungsanstieg kann die Verbandsgemeinde Sprendlingen-Gensingen verzeichnen. Diese Entwicklung ist auf die vergleichsweise hohe Bautätigkeit in den letzten Jahren zurückzuführen, die eine hohe Zuwanderung ermöglichte.

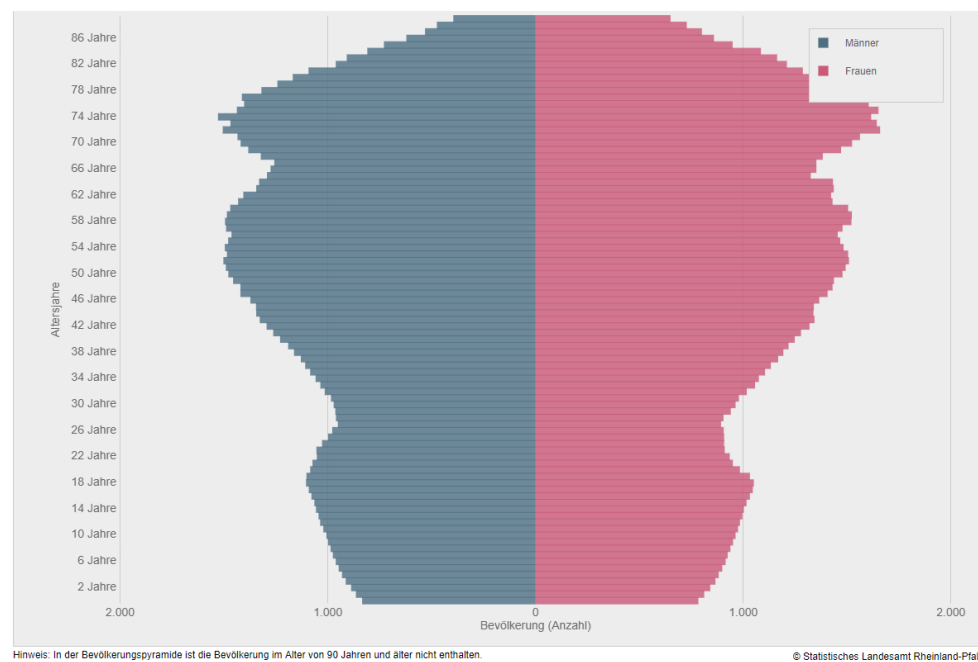
Auf der anderen Seite können die Verbandsgemeinden Gau-Algesheim und Rhein-Nahe keinen Anstieg der Bevölkerung verzeichnen. Die Bevölkerung der Verbandsgemeinde Rhein-Nahe im Westen des Landkreises Mainz-Bingen wird laut der Bevölkerungsprognose relativ stark zurückgehen, was in der Lage und der verkehrlichen Anbindung begründet ist.

Abbildung 19: Bevölkerungspyramide des Landkreises Mainz-Bingen im Jahr 2020



Quelle: Generiert via <https://www.statistik.rlp.de/de/gesellschaft-staat/demografischer-wandel/karten/>

Abbildung 20: Bevölkerungspyramide des Landkreises Mainz-Bingen im Jahr 2040



Quelle: Generiert via <https://www.statistik.rlp.de/de/gesellschaft-staat/demografischer-wandel/karten/>

Die Bevölkerungspyramiden des Landkreises Mainz-Bingen für die Jahre 2020 (Abbildung 19) und 2040 (Abbildung 20) verdeutlichen die oben genannten Befunde. Ins Auge fällt die Verschlankung im Bereich der erwerbsfähigen Bevölkerung und der Kinder und Jugendlichen bei gleichzeitiger Zunahme der älteren Bevölkerung.

Zu Vergleichszwecken zeigt die folgende Abbildung 21 die Bevölkerungspyramide der Stadt Mainz (Jahr 2040).

Abbildung 21: Bevölkerungspyramide der Stadt Mainz 2040



Quelle: Generiert via <https://www.statistik.rlp.de/de/gesellschaft-staat/demografischer-wandel/karten/>

Auffällig ist die größere Anzahl an Frauen im Bereich der 18 bis 35-Jährigen. Gleichzeitig ist die Pyramide deutlich weniger „kopflastig“, als es in Mainz-Bingen der Fall ist. Besonders auffällig ist die Differenz zwischen der Anzahl der 26-jährigen und der 18-jährigen Personen.

Der Vergleich der Bevölkerungspyramiden zeigt, dass die jeweiligen demografiebedingten Problemlagen zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen nur bedingt vergleichbar sind und daher getrennt analysiert werden sollten.

5.6.4 Prognose Altersstruktur

In der folgenden Tabelle 19 ist die Entwicklung der unter 18-Jährigen und der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2035 dargestellt. Die Zahl der unter 18-Jährigen geht im Landkreis Mainz-Bingen insgesamt um 1,9 % zurück. Diese Altersgruppe wird nur noch in der Stadt Bingen am Rhein (8,9 %) und in der Gemeinde Budenheim (4,8 %) an Bedeutung gewinnen. In allen anderen Kommunen nimmt die Zahl der unter 18-Jährigen ab. Einen besonders starken Rückgang werden nach der Prognose die Verbandsgemeinden Rhein-Selz (-6,1 %), Gau-Algesheim (-5,9 %) und Bodenheim (-4,0 %) erfahren.

Demgegenüber wird der gesamte Landkreis von Alterungsprozessen gekennzeichnet sein, was sich in der enormen Zunahme der über 65-Jährigen zeigt. Im Durchschnitt des Landkreises steigt diese Altersgruppe um bemerkenswerte 33,3 % an. Von einer besonders starken Zunahme weisen vor allem die Verbandsgemeinden Sprendlingen-Gensingen (48,4 %), Rhein-Selz (44,2 %), Bodenheim (38 %) und Heidesheim am Rhein (37,8 %) auf.

Tabelle 19: Entwicklung in Mainz-Bingen der unter 18- und über 65-Jährigen 2017-2035

	unter 18-Jährige			über 65-Jährige*		
	2017	2035	2017-2035 in %	2017	2035	2017-2035 in %
Bingen am Rhein	3.953	4.304	8,9	5.511	6.707	21,7
Budenheim	1.420	1.488	4,8	1.834	2.321	26,5
Ingelheim am Rhein	4.129	4.038	-2,2	5.252	7.089	35,0
Rhein-Nahe	2.311	2.246	-2,8	3.480	3.880	11,5
Bodenheim	3.647	3.500	-4,0	3.960	5.464	38,0
Gau-Algesheim	2.807	2.641	-5,9	3.467	4.572	31,9
Heidesheim am Rhein	1.722	1.694	-1,6	1.941	2.675	37,8
Nieder-Olm	6.084	5.960	-2,0	6.652	8.808	32,4
Rhein-Selz	7.528	7.065	-6,1	7.929	11.435	44,2
Sprendlingen-Gensingen	2.617	2.594	-0,9	2.707	4.016	48,4
LK Mainz-Bingen	36.218	35.529	-1,9	42.733	56.967	33,3

Tabelle 11: Entwicklung der unter 18- und über 65-Jährigen 2017-2035
Eigene Darstellung und Berechnung, Datenquelle: Statistisches Landesamt

Quelle: Tabelle 11 Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen, 2019

6. NUTZERSTRUKTUR PFLEGE

In der Pflegestatistik werden die Leistungen und Leistungsberechtigten der Pflegeversicherung nach dem SGB XI dargestellt. Die Pflegeversicherung nach dem SGB XI „hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind“ (SGB XI § 1 Abs. 4).

Die mit dem PSG II im Jahr 2017 eingeführte Definition von Pflegebedürftigkeit und das darauf basierende Begutachtungsinstrument nach den §§ 14 und 15 SGB XI waren Dreh- und Angelpunkt der großen Pflegereform. Die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung wurden auf eine neue pflegfachliche Grundlage gestellt.

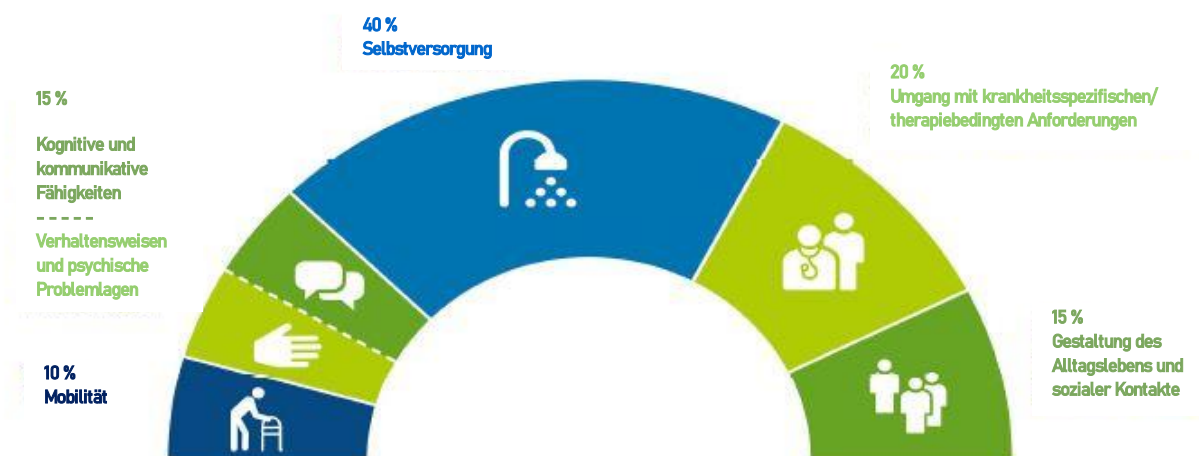
Seither werden im Rahmen der Begutachtung alle relevanten körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen gleichermaßen sowie pflegfachlich fundierter und differenzierter als bis Ende 2016 berücksichtigt. Das hat den Zugang für Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, z. B. mit Demenzerkrankungen, zu Leistungen der Pflegeversicherung entscheidend verbessert. Im neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit sind der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit oberste Ziele aller pflegerischen Interventionen und gleichzeitig Handlungsorientierung der beruflich Pflegenden.

Wie in Abbildung 22 dargestellt, ergibt sich die Schwere der Pflegebedürftigkeit aus den Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den pflegfachlich begründeten sechs Lebensbereichen (Modulen). Die Einstufung geschieht durch die Einschätzung eines Gutachters. Der Gutachter nutzt dazu einen umfangreichen Fragenkatalog. Maßgeblich ist inwieweit jemand tägliche Anforderungen selbstständig bewältigen kann und welche Fähigkeiten die Person noch hat.

Abbildung 22: Das Begutachtungsinstrument mit den sechs Modulen

Begutachtung von Pflegebedürftigkeit –

Sechs Lebensbereiche („Module“) werden betrachtet und gewichtet



© Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Quelle: Medizinischer Dienst RLP (2022)

Die Einschränkungen des pflegebedürftigen Menschen können sich auf Grund von körperlichen, psychischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen ergeben. Der Fragenkatalog (Neues Begutachtungsassessment, kurz NBA) deckt alle drei Bereiche ab. In unterschiedlichen Bereichen werden, je nach Ergebnis der Fragen, Punkte vergeben, die zur Einstufung in einen Pflegegrad (früher: Pflegestufe) führen. Die Pflegegrade sind in Tabelle 20 dargestellt. Wichtig ist jedoch: die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer (das bedeutet: voraussichtlich länger als 6 Monate) bestehen.⁴⁰

Die Überführung der alten Pflegestufen in Pflegegrade zum 01.01.2017 gestaltet sich dabei wie folgt (Tabelle 20):

Tabelle 20: Gegenüberstellung neue Pflegegrade und ehemalige Pflegestufen

Pflegegrade ab dem 01.01.2017	ehemalige Pflegestufen
Pflegegrad eins 12,5 bis unter 27 Punkte	keiner ehemaligen Pflegestufe zuzuordnen. Diese Personengruppe galt nach dem Pflegestufensystem nicht als pflegebedürftig
Pflegegrad zwei 27 bis unter 47,5 Punkte	Pflegestufe null sowie Pflegestufe eins ohne PEA*
Pflegegrad drei 47,5 bis unter 70 Punkte	Pflegestufe eins mit PEA sowie Pflegestufe zwei ohne PEA
Pflegegrad vier 70 bis unter 90 Punkte	Pflegestufe zwei mit PEA sowie Pflegestufe drei ohne PEA
Pflegegrad fünf 90 bis 100 Punkte	Pflegestufe drei Härtefall mit und ohne PEA

* PEA = Pflegebedürftige, für die eine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde
Quelle: GKV Spitzenverband und Verbraucherzentrale

⁴⁰ Vgl. Verbraucherzentrale, Online (2021)

6.1 Leistungsarten

Die Hilfen werden sowohl als Pflegesachleistungen ambulanter Dienste, als stationäre Pflege in Einrichtungen als auch in Form von Pflegegeld, das direkt an die Pflegebedürftigen ausbezahlt wird, erbracht. Auch wenn sie auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind, möchten die meisten Menschen solange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Entsprechend ist in § 3 SGB XI der Vorrang der häuslichen Pflege als Leitsatz „ambulant vor stationär“ verankert.

Der Pflegegrad bestimmt die Art bzw. Höhe der Leistungen, die Pflegebedürftigen zustehen. Alle Menschen mit anerkanntem Pflegegrad haben einen Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) von 125 Euro pro Monat.

Der Entlastungsbetrag soll Pflegebedürftigen ermöglichen, Hilfen zu finanzieren und somit ihren Alltag zu erleichtern. Pflegebedürftige mit Pflegegrad eins haben ausschließlich Anspruch auf den Entlastungsbetrag, mit dem Pflegeleistungen eingekauft werden können, jedoch auf keine weiteren Leistungen (etwa Pflegegeld).

Hingegen bekommen Pflegebedürftige mit Pflegegrad zwei oder mehr zusätzliche Sach- und Geldleistungen. Zudem haben sie Anspruch auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege.

Die Höhe der Leistungen ist in den Tabellen 21 und 22 dargestellt.

Eine weitere Leistungsart, auf die in diesem Kapitel unter 6.5 eingegangen wird, ist die „Hilfe zur Pflege“. Diese ist gesetzlich in Kapitel 7 SGB XII (§§ 61 ff.) als Teil der Sozialhilfe geregelt. „Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege“ (§ 61 Abs. 2 SGB XII). Die Hilfen werden an Personen geleistet, die den notwendigen Pflegebedarf nicht aus eigenen Mitteln decken können.

Wie im SGB XI ist auch im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden, um auch künftig sicherzustellen, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Grad der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten zum Maßstab für die Einstufung in die fünf Pflegegrade. Gegenüber dem SGB XI ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff insoweit weiter, als die Pflegebedürftigkeit für die „Hilfe zur Pflege“ nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen muss und aus diesem Grunde keine Leistungen durch die Pflegeversicherung gewährt werden.

Menschen, die auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen sind, die aber keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen (deren Pflegebedürftigkeit also nicht durch den Medizinischen Dienst oder andere Gutachter festgestellt ist), sind nicht in der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz erfasst. Insofern kann der vorliegende Datenreport hierzu keine gesicherten Aussagen machen.

Im Rahmen der geplanten Kommunalworkshop-Reihe „Gut altern in Mainz-Bingen“ soll unter anderem thematisiert werden, wie dieser Personenkreis auf Landkreisebene für die Pflegestrukturplanung sichtbar gemacht werden könnte.

Tabelle 21:

Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad und Leistungsart in Euro pro Monat

Leistungsart	Pflegegrad				
	1	2	3	4	5
Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	0	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	0	724 € (689 €)	1.363 € (1.298 €)	1.693 € (1.612 €)	2.095 € (1.995 €)
Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	0	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Vollstationär (§ 43 SGB XI)	125 € Zuschuss	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)			1.774 €/Jahr (1.612 €/Jahr)		
Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)			1.774 €/Jahr (1.612 €/Jahr)		

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben zu SGB XI gemäß Pflegelotse (<https://www.pflegelotse.de>), Stand 01.01.2022 -
Geänderte Beträge sind fett markiert, die alten in Klammer gesetzt.

Tabelle 22: Weitere Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig vom Pflegegrad

Leistungsart	Leistungshöhe
Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)	125 €/ Monat
Pflegeverbrauchsmitel (§ 40 Abs. 2 SGB XI)	40 €/ Monat
Technische Pflegemittel (§ 40 Abs. 3 SGB XI)	Abhängig vom Hilfsmittel
Wohngruppenzuschuss (§ 38a SGB XI)	214 €/ Monat
Wohnraumanpassung (§ 40 Abs. 1 SGB XI)	4.000 € insg.

Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben zu SGB XI gemäß Pflegelotse (<https://www.pflegelotse.de>), Stand 01.01.2022

6.2 Pflegebedürftige Personen

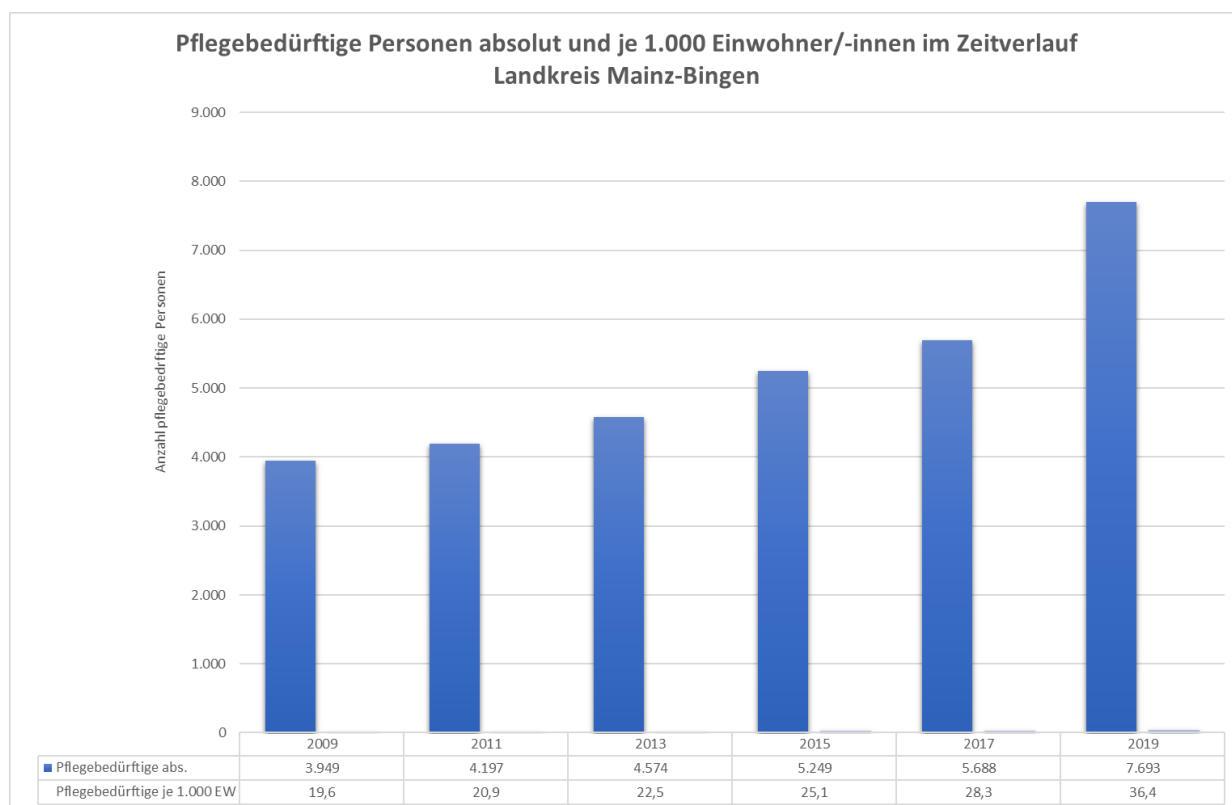
Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen im Landkreis Mainz-Bingen ist seit 1999 kontinuierlich gestiegen. Am 15./31. Dezember 2019 erhielten insgesamt 7.693 Personen Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI.

Im Vergleich zu den Daten im dritten Datenreport von 2017 mit Bezugsjahr 2015 sind dies 2.444 pflegebedürftige Personen mehr. In Bezug auf die Einwohnerzahl hat sich der Anteil der pflegebedürftigen Personen inzwischen deutlich vergrößert.

Zum Jahresende 2009 lag er noch bei 19,6 pflegebedürftigen Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (alle Altersklassen) gegenüber einem Wert von nun 36,4 zum 15./31. Dezember 2019 (Abbildung 23).

Abbildung 23:

Pflegebedürftige Personen Landkreis Mainz-Bingen absolut und je 1.000 Einwohner/-innen im Zeitverlauf von 2009 bis 2019



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen)

Der relativ deutliche Anstieg wird von den Pflegestatistikern zum großen Teil auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017 zurückgeführt⁴¹.

Dieser ermöglicht den Leistungszugang einer größeren Zahl an Menschen als in den Jahren vor 2017. In der Folge werden seither mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft. In Rheinland-Pfalz fiel der Anstieg mit einem Plus von 26 % sogar noch deutlicher aus. In Deutschland insgesamt stieg die Zahl der pflegebedürftigen Personen zwischen 2017 und 2019 um 21 % an.

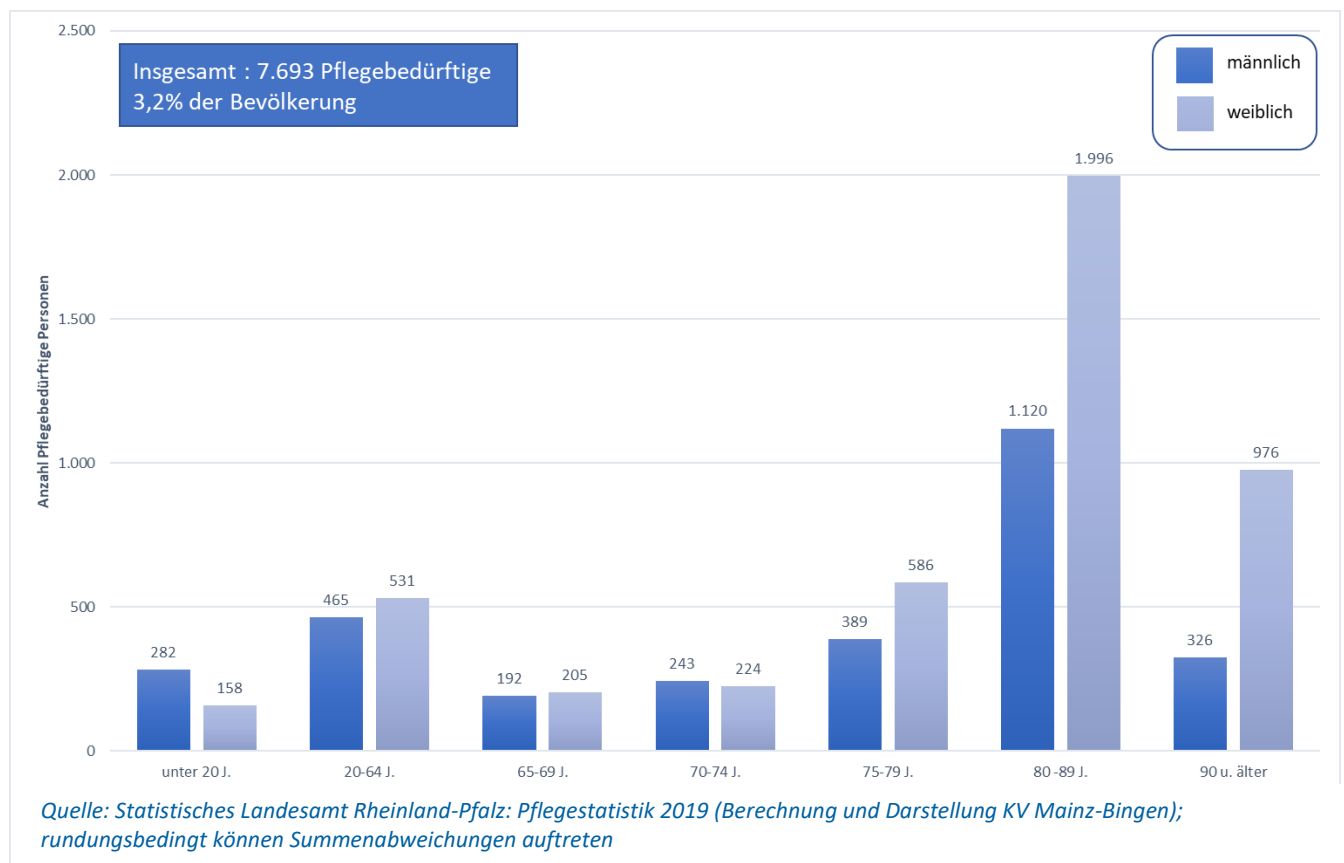
⁴¹ Vgl. Destatis (2020), S. 2021, S. 9

6.2.1 Anzahl und Struktur der Pflegebedürftigen

Die Pflegestatistik gibt auch Auskunft über Anzahl und Struktur der Personen mit anerkanntem Pflegebedarf, die nach den Kriterien des SGB XI Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung geltend machen.

Die nachstehende Auflistung basiert auf der Pflegestatistik 2019 sowie den Bevölkerungsdaten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz.

Abbildung 24: Pflegebedürftige nach Altersgruppe und Geschlecht Landkreis Mainz-Bingen 2019



Die 7.693 pflegebedürftigen Personen im Landkreis Mainz-Bingen zum Jahresende 2019 entsprechen einem Anteil an 3,2 % der Bevölkerung (Abbildung 24).

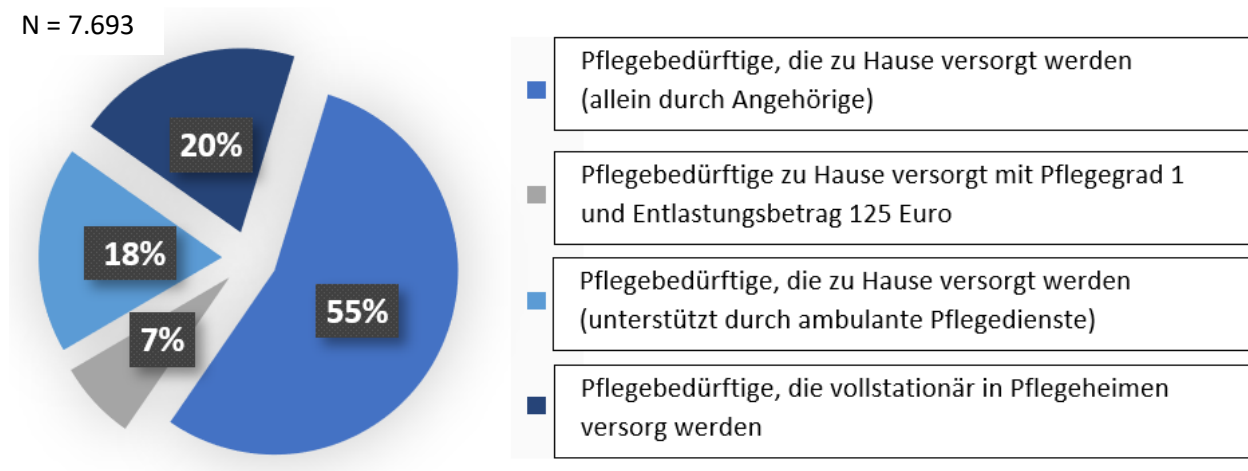
Davon waren 3.017 Männer (2,9 % der männlichen Bevölkerung) und 4.676 Frauen (4,4 % der weiblichen Bevölkerung).

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmend höherem Alter. Der Anteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung von 20 bis 64 Jahren lag im Jahr 2019 mit 996 Personen bei 0,5 %.

Etwas niedriger war der Anteil mit 0,2 % in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen (397 Personen), sowie den Personen im Alter zwischen 70 und 74 Jahren (467 Pflegebedürftige). Bei den 75- bis 79-Jährigen liegt der Anteil mit 975 Personen bei 0,5 %. Am höchsten ist der Anteil mit 1,5 % bei der Altersgruppe zwischen 80 und 89 Jahren (3.116 Pflegebedürftigen). Bei den Personen von 90 Jahren und älter sinkt der Anteil auf 0,6 % (1.302 Personen).

6.2.2 Pflegebedürftige nach Versorgungsarten

Abbildung 25 Pflegebedürftige nach Versorgungsart Landkreis Mainz-Bingen 2019



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen)

Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird im Landkreis Mainz-Bingen im häuslichen Kontext versorgt: 2019 waren es rund 6.200 Personen bzw. 80 % der Pflegebedürftigen. Davon nahm wiederum der Großteil (rund 4.200 bzw. 55 % der Pflegebedürftigen) ausschließlich Pflegegeld in Anspruch. In diesen Fällen besteht die Annahme, dass überwiegend durch Angehörige oder nahestehende Personen gepflegt wird.

Rund 500 Personen bzw. 7 % der Pflegebedürftigen wiesen Pflegegrad 1 auf und bezogen ausschließlich den Entlastungsgrad in Höhe von 250 Euro (= Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. ohne Leistungen der ambulanten Pflege- / Betreuungsdienste oder Pflegeheime). Weitere 1.400 Personen bzw. 18 % der Pflegebedürftigen lebten ebenfalls in Privathaushalten und wurden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste versorgt. Diese Daten sprechen dafür, dass der im SGB XI verbrieft Leitsatz „Ambulant vor Stationär“ auch im Landkreis Mainz-Bingen sehr ausgeprägt ist.

Rund 1.500 pflegebedürftige Personen wurden 2019 im Landkreis Mainz-Bingen im Rahmen von vollstationärer Pflege versorgt. Damit lag die Heimquote, also der Anteil der Pflegebedürftigen, die in vollstationärer Pflege versorgt werden, im Landkreis bei 20 %. Bundesweit waren es ebenfalls rund 20 %.

Verglichen damit lag die Heimquote bundesweit im Zeitraum zwischen 2001 und 2014 konstant bei etwa 30 %. Mit Einführung der Pflegestärkungsgesetze sinkt dieser Wert merklich ab. Die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen steigt demografisch bedingt wieder an. Der Zuwachs der Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, fällt in diesem Zusammenhang jedoch stärker aus. Daher sinkt der Anteil der Heimbewohner.

Als Grund für diese Entwicklung geben die Statistiker an, dass demenziell Erkrankte, die mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nun ebenfalls Leistungen erhalten, überwiegend häuslich versorgt werden. Diese fallen entweder unter die Kategorie a) zu Hause versorgt durch Angehörige; b) zu Hause versorgt mit Pflegegrad 1 und Entlastungsbetrag und c) zu Hause versorgt, unterstützt durch ambulante Pflegedienste.

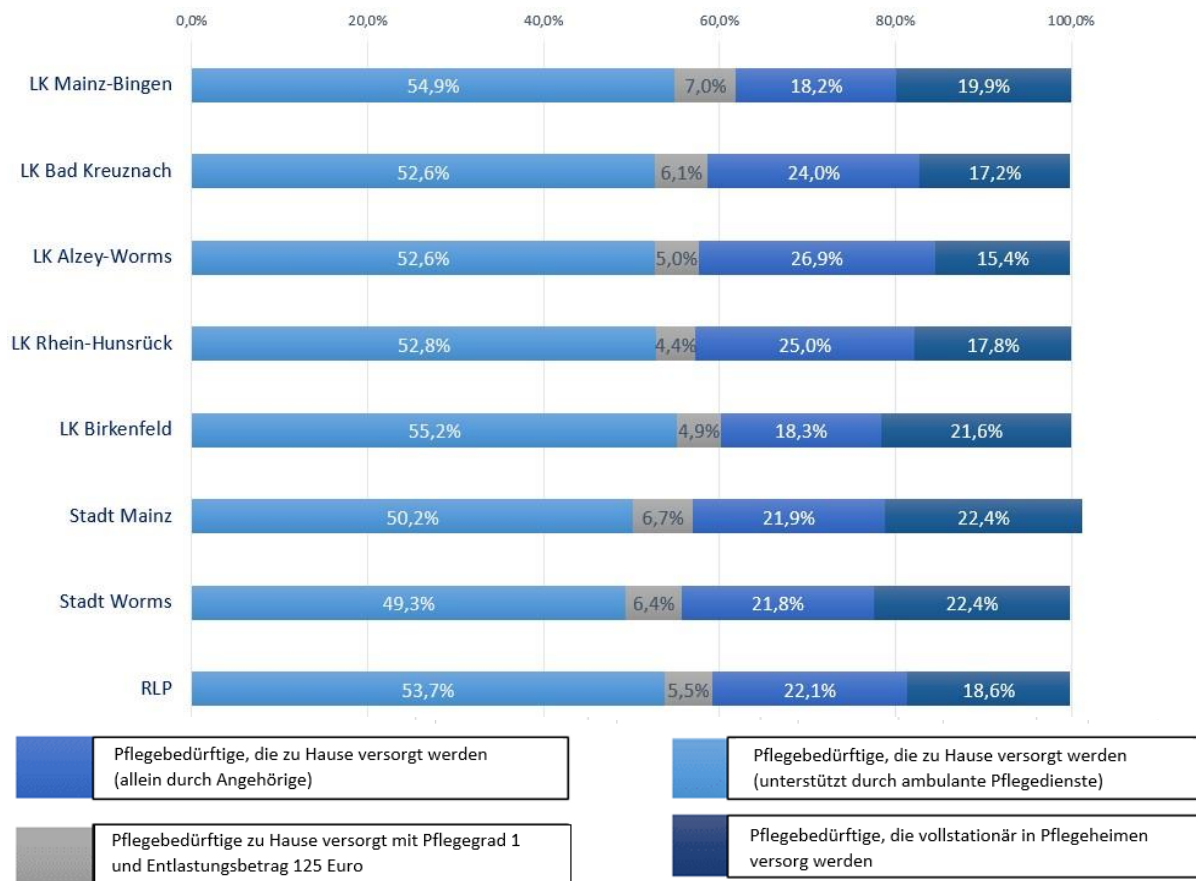
Wie die Pflegebedürftigen sich nach Versorgungsarten in der Region Rheinhessen-Nahe darstellen, ist in Abbildung 26 dargestellt. In dieser Darstellung sind die Prozentangaben mit einer Nachkommastelle angegeben.

2019 bezogen im Landkreis Mainz-Bingen 54,9 % der Pflegebedürftigen ausschließlich Leistungen in Form des Pflegegelds. Damit liegt der Landkreis in diesem Pflegesetting eng bei Rheinland-Pfalz mit 53,7 % (vgl. Abbildung 26). Noch höher ist der Anteil im Landkreis Birkenfeld mit 55,2 %. Die Landkreise Bad Kreuznach, Alzey-Worms und Rhein-Hunsrück liegen alle im Bereich von rund 52 %. Die Anteile der beiden kreisfreien Städte Mainz (50,2 %) und Worms (49,3 %) liegen jeweils unter den vorgenannten Werten in den Landkreisen.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die durch bzw. zusammen mit ambulanten Diensten versorgt werden, liegt im Landkreis Mainz-Bingen mit 18,2 % sowie im Landkreis Birkenfeld (18,3 %) unter dem Landesdurchschnitt von 22,1 %. Die beiden kreisfreien Städte Mainz (21,9 %) und Worms (21,8 %) liegen eng an dem Landeswert. Deutlicher über dem Landesdurchschnitt liegen die Landkreise Alzey-Worms (26,9 %), Rhein-Hunsrück (25,9 %) und Bad Kreuznach (24,0 %).

Bei dem Anteil der Pflegebedürftigen, die vollstationär versorgt werden, liegen diese drei Landkreise unter dem Landesdurchschnitt von 18,6 %. Darüber liegen die Landkreise Mainz-Bingen (19,9 %) sowie Birkenfeld (21,6 %) und die beiden kreisfreien Städte mit jeweils 22,4 %.

Abbildung 26: Verteilung der Versorgungsarten im regionalen Vergleich 2019



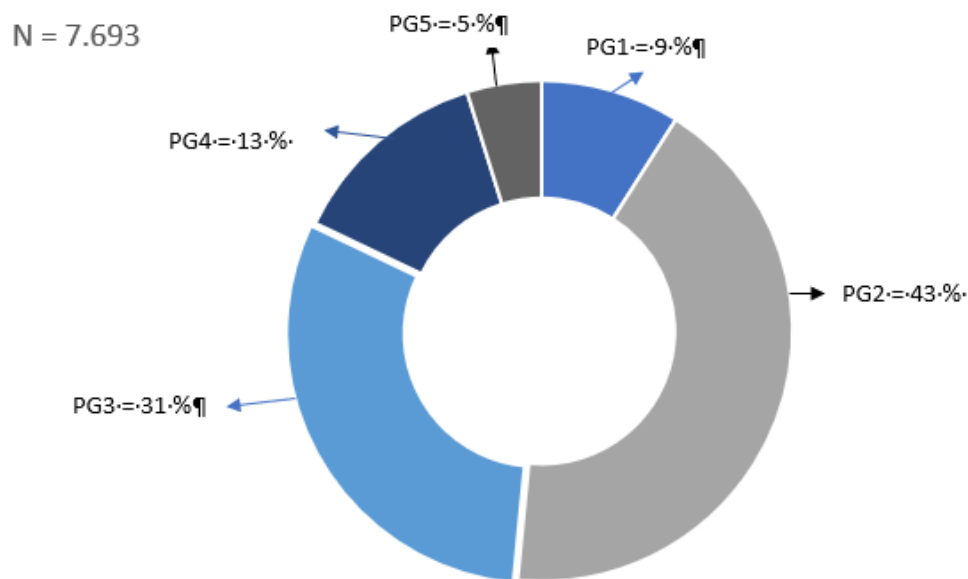
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen);
rundungsbedingt können Summenabweichungen auftreten

6.2.3 Pflegebedürftige nach Pflegegraden, Leistungsarten und Geschlecht

Abbildung 27 stellt dar, wie sich die Pflegegrade auf die Pflegebedürftigen verteilen. Ende 2019 hatten laut Pflegestatistik 9 % der Pflegebedürftigen im Landkreis Mainz-Bingen „geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (Pflegegrad 1). 43 % der Pflegebedürftigen hatten „erhebliche Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 2) und 31 % „schwere Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 3). Weitere 13 % der Pflegebedürftigen hatten „schwerste Beeinträchtigungen“ (Pflegegrad 4) und 5 % hatten „besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung“ (Pflegegrad 5).

Abbildung 27:

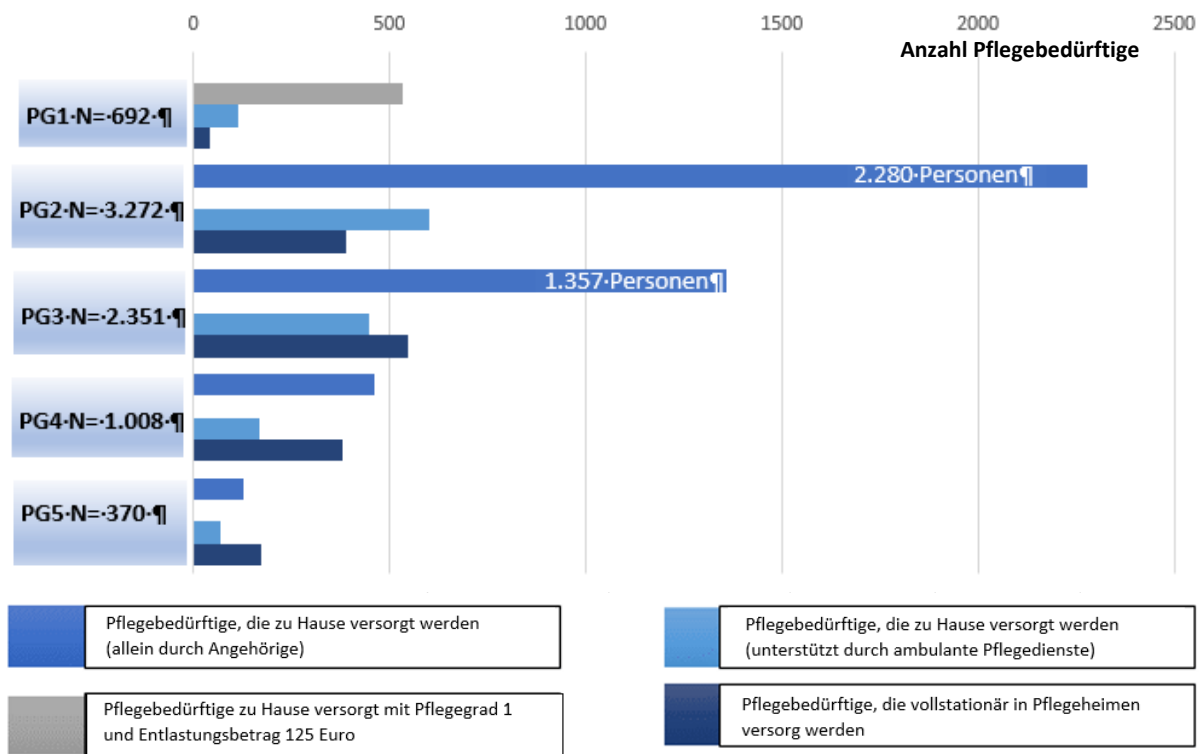
Verteilung der Pflegegrade bei Pflegebedürftigen im Landkreis Mainz-Bingen (2019)



*Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen);
rundungsbedingt können Summenabweichungen auftreten*

Abbildung 28 veranschaulicht die Verteilung der Versorgungsarten nach Pflegegraden. Hierzu wurden die Pflegegrade 1 bis 5 den Angaben aus Abbildung 25 auf Seite 77 „Pflegebedürftige nach Versorgungsart Landkreis Mainz-Bingen 2019“ zugeordnet.

Abbildung 28: Anteil Pflegebedürftiger an Pflegegraden nach Leistungsbezug 2019



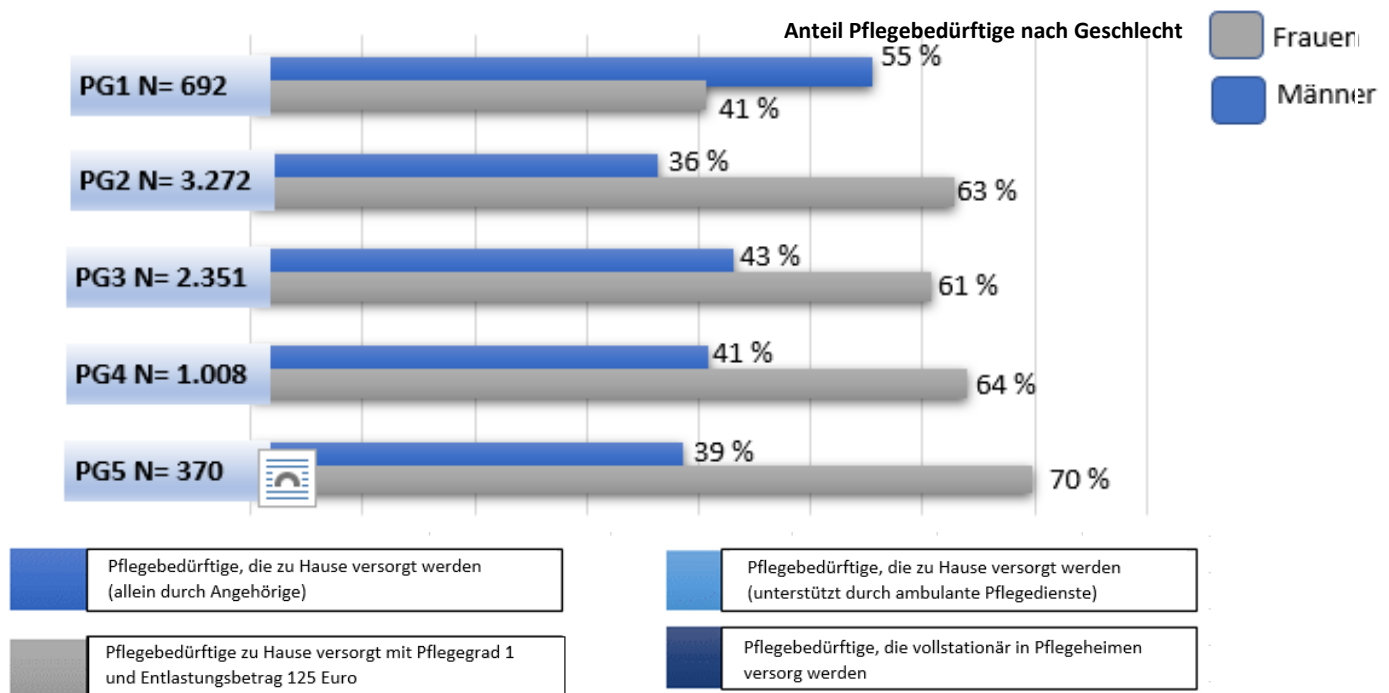
*Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen);
rundungsbedingt können Summenabweichungen auftreten*

Der Blick auf die Verteilung der Versorgungsarten nach Pflegegraden zeigt, dass die Versorgung häufiger in vollstationären Einrichtungen erfolgt, je schwerer die Beeinträchtigung der pflegebedürftigen Personen ist. Bei dieser Versorgungsart sind die Pflegegrade 4 und 5 am häufigsten

Die Bedeutung des Pflegegeldes geht hingegen zurück. Bei Pflegegrad 2 und 3 ist diese Form am häufigsten vertreten, wenn Pflegebedürftige zu Hause allein durch Angehörige versorgt werden. 2019 waren dies mit Pflegegrad 2 insgesamt 2.280 Personen, mit Pflegegrad 3 noch 1.357 Personen.

Abbildung 29 veranschaulicht den Anteil Pflegebedürftiger nach Pflegegraden und Geschlecht. Hier wurden ebenfalls die Pflegegrade 1 bis 5 den Angaben aus Abbildung 25 auf Seite 77 „Pflegebedürftige nach Versorgungsart Landkreis Mainz-Bingen 2019“ zugeordnet.

Abbildung 29: Anteil an Pflegegraden nach Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen); rundungsbedingt können Summenabweichungen auftreten

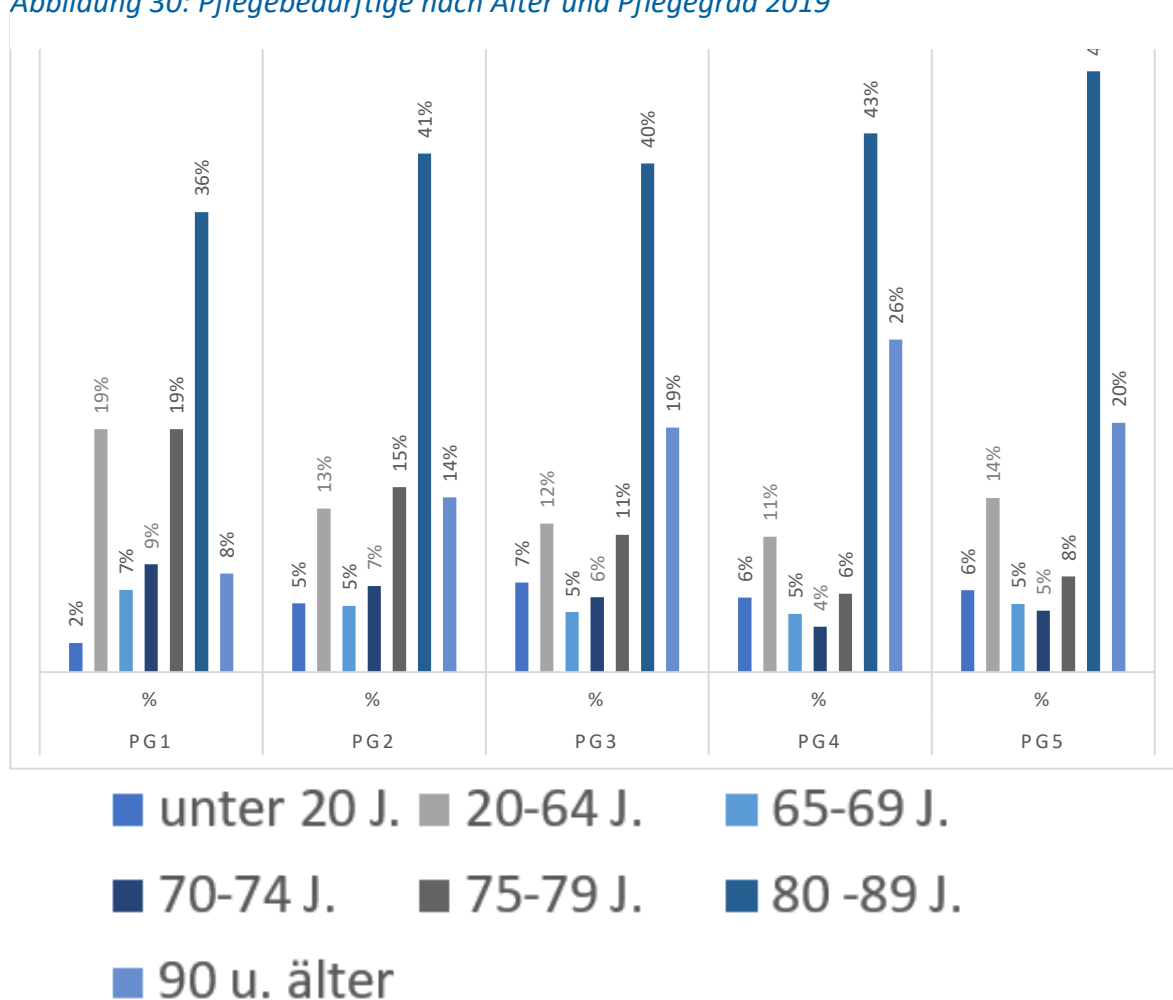
Von den im Dezember 2019 zu Versorgenden mit Pflegegrad 1 waren 41 % Frauen und 55 % Männer. Ab Pflegegrad 2 liegt der Frauenanteil jeweils über dem der Männer. Am höchsten ist der Frauenanteil mit 70 % bei Pflegegrad 5.

Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern kann ein Faktor für das Phänomen des hohen Frauenanteils bei Pflegegrad 5 auch das differierende Antragsverhalten bei Männern und Frauen sein: Ältere Frauen leben häufiger alleine. Bei einem möglichen Pflegebedarf kann schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen. Wenn etwa pflegebedürftige Männer häufiger zuerst von ihren Frauen versorgt werden, ist dies seltener der Fall. In diesen Fällen wird für den pflegebedürftigen Mann zunächst auf eine Antragstellung verzichtet.⁴²

⁴² Vgl. Destatis (2020), S. 2021, S. 11

6.5. Pflegebedürftige nach Pflegegrad und Alter

Abbildung 30: Pflegebedürftige nach Alter und Pflegegrad 2019



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Pflegestatistik 2019 (Berechnung und Darstellung KV Mainz-Bingen);
 rundungsbedingt können Summenabweichungen auftreten

Die Schwere der Pflegebedürftigkeit ist zwischen den Alterskohorten unterschiedlich. Im Jahr 2019 weist die Altersgruppe der 80 bis 89-Jährigen bei allen fünf Pflegegraden die höchsten Anteile auf.

Von den im Dezember 2019 zu Versorgenden unter 20 Jahren lag der Anteil bei Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) bei 2 %. Mit jeweils 19 % liegen die Altersgruppen 20 bis 64 Jahre sowie 75 bis 79 Jahre mit 19 % in diesem Pflegegrad gleich auf. Unter der 10-Prozentmarke liegen hier die Altersgruppen 65 bis 69, 70 bis 74 sowie 90 Jahre und älter.

Ab Pflegegrad 2 (erhebliche Beeinträchtigungen) steigt der Anteil der Gruppe 90 Jahre und älter kontinuierlich an. Von 14 % (PG 2) über 19 % (PG 3 / schwere Beeinträchtigungen) auf 26 % (PG 4 / schwerste Beeinträchtigungen) und liegt schließlich bei Pflegegrad 5 (besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung) bei 20 %.

6.3 Hilfe zur Pflege

Die Hilfe zur Pflege ist eine Sozialhilfeleistung nach dem SGB XII, die entweder für die pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich, in ambulanten Wohngruppen oder für die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung sowie auch für die Tagespflege geleistet werden kann.

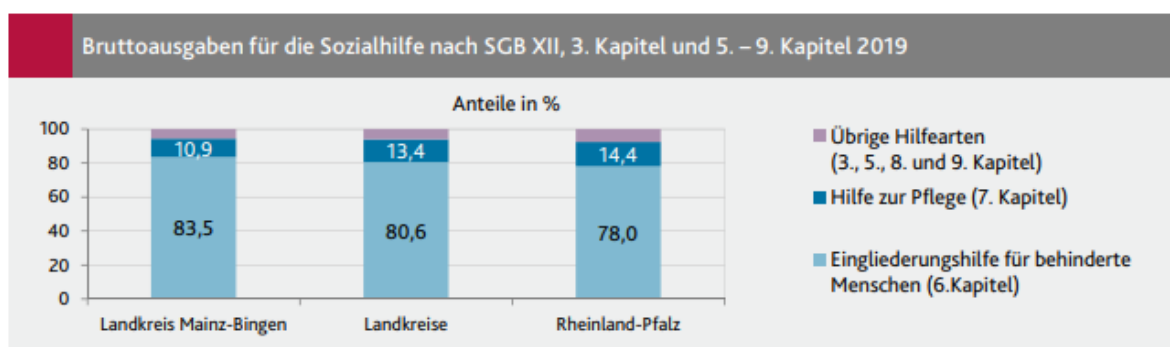
Die Sozialhilfe ist einkommens- und vermögensabhängig und nachrangig. Das bedeutet, dass zunächst eigenes Einkommen und Vermögen über den derzeit geltenden Schongrenzen einzusetzen ist und Leistungen der Pflegekasse bzw. der Krankenkasse oder anderer vorrangiger Leistungsträger auszuschöpfen sind.

Auch die Leistungsfähigkeit der Unterhaltsverpflichteten (leibliche Kinder, Ehegatten/Lebenspartner, getrennt Lebende bzw. geschiedene Ehegatten/Lebenspartner) ist zu prüfen. Hierbei hat sich die gesetzliche Grundlage zum 1. Januar 2022 geändert. Zu diesem Zeitpunkt ist das Angehörigen-Entlastungsgesetz in Kraft getreten. Danach werden Eltern und Kinder mit einem Jahresbruttoeinkommen von bis zu 100.000 Euro zum Unterhalt Angehöriger in der Sozialhilfe ausgeschlossen. Dies ist vor allem relevant für Angehörige stationär versorgter Pflegebedürftiger, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind.

Die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe umfasst im Wesentlichen die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Da die Leistungen der Pflegekasse vorrangig sind, wird Hilfe zur Pflege überwiegend für nicht kranken- und pflegeversicherte Personen gewährt, oder wenn die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, den individuellen Bedarf zu decken.

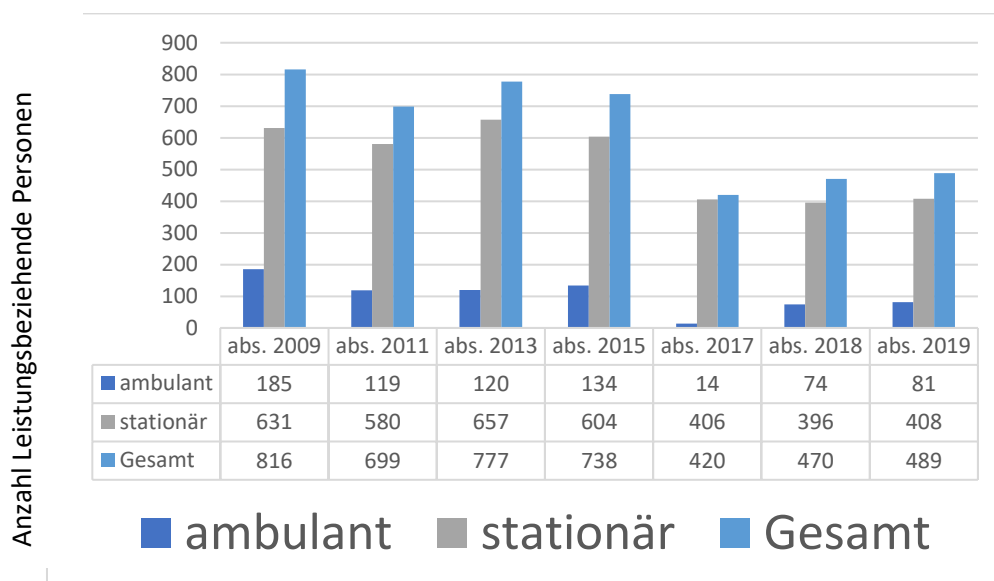
Die Leistungen der Hilfe zur Pflege, die im Rahmen der Sozialhilfe erbracht werden, sind abhängig vom Pflegegrad und dem festzustellenden persönlichen Bedarf. In Abbildung 31 ist dargestellt, welchen Anteil die Leistung Hilfe zur Pflege an den Bruttoausgaben für die Sozialhilfe nach dem SGB XII im Jahr 2019 ausmacht.

Abbildung 31: Anteil der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel) an Bruttoausgaben für Sozialhilfe nach SGB XII 2019



Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, 2021

Abbildung 32: Hilfe zur Pflege: Fallzahlen nach Leistungsarten im Zeitverlauf



Quelle: Kreisverwaltung Mainz-Bingen, eigene Berechnung

Wie bereits in Kapitel 2.4 (Entwicklung der gesetzlichen Grundlagen) dargestellt, führte die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 zu einer Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten nach dem SGB XI und zu Leistungsverbesserungen für alle Pflegebedürftigen. Wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, führte dies zu einer Entlastung der Fallzahlen bei der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (§§ 61 ff SGB XII).

Im Landkreis Mainz-Bingen stieg die Zahl aller in der Pflegestatistik geführten Pflegebedürftigen von insgesamt 5.249 im Jahr 2015 bis Ende 2019 auf insgesamt 7.693 Personen. Während 2015 noch insgesamt 783 Personen (ambulant und stationär) Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhielten, waren es im Jahr 2017 zusammen nur noch 420 Personen. In den beiden Folgejahren stiegen die gesamten Fallzahlen wieder an. Plus 50 Fälle im Jahr 2018 sowie plus 19 Fälle im Jahr 2019.

Die Kosten für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII betrugen im Jahr 2015 insgesamt rund 7.000.000 Euro. Zwei Jahre später beliefen sich die Kosten auf rund 7.275.000 Euro. Im Jahr 2018 lagen sie mit rund 6.800.000 Euro darunter. 2019 waren es zusammen rund 7.370.000 Euro. Bis 31.12.2019 wurden bei der ambulanten Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII auch pflegerische Aufwendungen für das seit 2010 laufende Projekt „Hilfe nach Maß der Eingliederungshilfe“ ausgewiesen. Seit dem Haushaltsjahr 2020 werden diese im Kreisetat im Produkt Eingliederungshilfe ausgewiesen.

6.4 Exkurs: Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger

In einem Beitrag des Pflege-Reports 2021 wird auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK die Krankenhausversorgung von Pflegebedürftigen dargestellt. Diese auf Deutschland bezogene Darstellung bezieht sämtliche vollstationären Fälle im Sinne des § 39 SGB V ein. Die Auswertung enthält dabei ausschließlich Fälle mit abgeschlossener Rechnungsprüfung. Nicht in den Betrachtungen enthalten sind Fälle, bei denen Pflegebedürftige teil-, vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115a SGB XI) sowie ambulante Leistungen (§ 115b SGB XI) beziehen.

Für eine Darstellung auf Kreisebene liegen der Verwaltung zu diesem Zeitpunkt keine auswertbaren Daten vor. Dennoch soll dieser Aspekt für die aktuelle Fortschreibung der Pflegestrukturplanung thematisiert werden. Im Hinblick auf den Versorgungsmix der Pflegestruktur in der Region Mainz-Bingen und darüber hinaus bieten auch die Zahlen auf Bundesebene wertvolle Hinweise für den Planungsprozess im Rahmen der Pflegestrukturplanung im Landkreis Mainz-Bingen.

Die nachfolgenden Angaben werden aus dem Pflege-Report 2021⁴³ zitiert. Sie beziehen sich auf das Kapitel 17.3 „Kennzahlen zur medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen“.

Je Aufenthalt sind Pflegebedürftige im Jahr durchschnittlich acht Tage im Krankenhaus. Bei Nicht-Pflegebedürftigen sind es fünf Tage.

Die Länge des Aufenthalts hängt sehr stark vom Alter ab. Bei der jungen Kohorte der bis 19-jährigen Pflegebedürftigen waren es im Jahr durchschnittlich sechs Krankenhaustage je Fall. Ab einem Alter von 90 Jahren dagegen waren es neun Tage je Fall und damit rund 50 % mehr.

Die Analyse nach Krankenhaustagen unterstreicht die Bedeutung für den stationären Versorgungsalltag zusätzlich: Auf pflegebedürftige Patienten entfielen 2019 mit 39,2 % mehr als ein Drittel aller Krankenhaustage.

Von besonderem Interesse im Zusammenhang mit den Hospitalisierungsraten dürften auch die nachfolgend dargestellten Krankenhausaufenthalte pflegebedürftiger Personen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit und Versorgungsform sein.

Mindestens einmal im Krankenhaus im Quartal aufgenommen wurden im Jahr 2019:

- 17 % der Bezieher von ausschließlich Pflegegeld,
- 21 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegedienst,
- 21 % der stationär betreuten Pflegebedürftigen.

Insgesamt steigt der Anteil von Personen mit einem Krankenhausaufenthalt mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit (von Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 4) insbesondere bei Pflegebedürftigen mit ambulanten Pflegeleistungen an.

Die vollstationär Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5 kennzeichnet ein relativ konstantes Niveau der Inanspruchnahme: Rund ein Fünftel waren im Quartal mindestens einmal hospitalisiert.

⁴³ Vgl. Matzk/Tsiasioti/Behrendt/Jürchott/Schwinger (2021), S. 237

6.5 Exkurs: Demenz

Eine Demenz verändert das ganze Leben. Menschen mit Demenz und ihre Familien benötigen deshalb in vielen Lebensbereichen Unterstützung. Im Landkreis Mainz-Bingen setzt sich seit 2006 das Netzwerk Demenz Mainz-Bingen mit zahlreichen Maßnahmen und Initiativen für eine möglichst lange ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz in der häuslichen Umgebung ein. Zweimal im Jahr initiiert das Netzwerk den Runden Tisch Demenz, zu dem alle Anbieter des Landkreises Mainz-Bingen, die mit Menschen mit Demenz zu tun haben, eingeladen werden.

Ein gesellschaftliches Bewusstsein für Menschen mit Demenz, umfassende Beratungsangebote für Betroffene und deren Angehörige, eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, aber auch eine demenzsensible medizinische und pflegerische Versorgung sind nur einige wichtige Eckpfeiler, die ein gutes Leben mit Demenz möglich machen. Die Bundesregierung hat hierfür gemeinsam mit zahlreichen Partnern aus Politik, Gesellschaft und Forschung eine Strategie entwickelt: die Nationale Demenzstrategie.

Diese wurde im Juli 2020 von der Bundesregierung veröffentlicht. Sie soll die Lebensqualität und Versorgung von Menschen mit Demenz verbessern. In ihr sind zahlreiche Ziele und Aufgaben in verschiedenen Handlungsfeldern beschrieben, die in den nächsten Jahren erreicht und abgearbeitet werden sollen. Zu finden ist das Papier auf der Website www.nationale-demenzstrategie.de.

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

Bundesweit lag der Anteil an Demenzerkrankten bei rund 1,6 Millionen.

Ausgehend von einer Bevölkerung von rund 211.000 im Landkreis Mainz-Bingen waren 2019 davon rein statistisch betrachtet 1,91% von einer Demenz betroffen. Dies entspricht rund 4.000 betroffenen Menschen.

Die Prognose des Statistischen Bundesamtes (mittlere Obergrenze) geht für das Jahr 2050 von einem Anteil an Demenzerkrankten von etwa 3,4 % der Gesamtbevölkerung aus. Das wären bundesweit bei insgesamt rund 74 Millionen Menschen etwa 2,5 Millionen

Demenzerkrankte. Für den Landkreis Mainz-Bingen geht die Bevölkerungsvorausberechnung nur bis zum Jahr 2040 mit einer Bevölkerung von rund 216.000. Bezogen auf den prognostizierten Anteil an Demenzerkrankten von 3,4 % wären es im Jahr 2040 rund 7.000 betroffene Menschen.

7. INFRASTRUKTUR PFLEGE

7.1 Beratungsstellen

Der Landkreis Mainz-Bingen verfügt über eine Vielzahl an Beratungsstellen, die älteren Menschen und deren Angehörigen bei pflegerischen Themen oder zu Angeboten im Vorfeld von Pflege beratend zur Seite stehen. Ziel der Beratung ist es, den Verbleib in der Häuslichkeit zu unterstützen.

Über die nachfolgend aufgeführten Beratungsstellen hinaus verfügt der Landkreis Mainz-Bingen über ein vielfältiges Angebot an weiteren Anlaufstellen für Hilfesuchende. Diese hat die Verwaltung für die Broschüre „Wohnen und Pflegen“ zusammengestellt. Die Broschüre mit Hinweisen zu Angeboten für Beratung, Betreuung und Pflege steht auf dem Internetauftritt der Kreisverwaltung zum Download bereit. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Örtliche Vereine, insbesondere auch Sportvereine, Volkshochschulen, Pfarrgemeinden, Seniorentreffs und Wohlfahrtsverbände bieten oft ebenfalls eine Vielzahl von Informationen, Treffs und Veranstaltungen für Seniorinnen und Senioren an.

7.1.1 Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-Bingen

Die Pflegestützpunkte wurden mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 auf der Grundlage der damals vorhandenen Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo) aufgebaut. Dort arbeiten Beschäftigte der Pflege- und Krankenkassen in Kooperation mit den Beschäftigten der örtlichen Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen. Die Pflegestützpunkte sind jeweils mit 1,5 Personalstellen ausgestattet. Dabei wird eine 0,5-Stelle von den Kranken- und Pflegekassen und eine volle Stelle im Rahmen der Trägerschaft der Beratungs- und Koordinierungsstelle von einem ambulanten Pflegedienstleister oder einem Verbund von Pflegedienstleistern besetzt.

In § 7a SGB XI ist unter Absatz 9 Satz 1 geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe vereinbaren können.

Aufgabe der Pflegestützpunkte ist es, ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf und deren soziale Netzwerke durch Information, gezielte Beratung und gegebenenfalls Fallmanagement darin zu unterstützen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können, auch wenn Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderungen dies erschweren.

Hinzu kommt die Förderung eines selbstständigen und selbstbestimmten Wohnens älterer Menschen in ihrer angestammten Wohnung und damit die Vermeidung beziehungsweise Verzögerung nicht gewünschter oder unnötiger Umzüge in stationäre Pflegeeinrichtungen, den Grundsätzen des SGB XI folgend. Die qualifizierte Beratung und Information der hilfesuchenden Bürgerinnen und Bürger sowie ihrer Angehörigen erfolgt trägerneutral und – übergreifend.

Die Beratungsbereiche der sechs Pflegestützpunkte decken sich dabei nicht mit den Grenzen der neun Gebietskörperschaften im Landkreis. In Tabelle 24 sind die zugeordneten Beratungsbereiche mit Blick auf die Einwohnerzahl pro Beratungsbereich erstmals in einem Datenreport des Landkreises Mainz-Bingen dargestellt.

Die Einwohnerzahlen beziehen sich auf den Stand 31.12.2019. Sie orientieren sich damit an den Angaben in der amtlichen Pflegestatistik 2019.

Tabelle 24:

Die sechs Pflegestützpunkte im Landkreis nach Einwohner pro Beratungsbereich 2015, 2017 und 2019

Pflegestützpunkt (BeKo)	Beratungsbereich	Einwohner/ Beratungsbereich		
		2015	2017	2019
PSP 1	Stadt Bingen	39.950	40.426	40.983
	VG Rhein-Nahe			
PSP 2	Stadt Ingelheim einschl. Stadtteile Heidesheim u. Wackernheim	36.672	34.867	35.193
PSP 3	VG Gau-Algesheim	30.808	31.120	31.341
	VG Sprendlingen-Gensingen			
PSP 4	VG Nieder-Olm	32.393	33.103	33.393
PSP 5	VG Bodenheim	34.095	34.706	34.980
	Verbandsgemeindefreie Gemeinde Budenheim			
	OG Köngernheim			
	OG Mommenheim			
	OG Selzen			
PSP 6	VG Rhein-Selz ohne OGs Köngernheim, Mommenheim und Selzen	34.831	35.563	35.527

Der Geschäftsbereich III der Kreisverwaltung Mainz-Bingen steht mit den Pflegestützpunkten in einem engen Austausch. Im Mai 2017 haben die Beschäftigten der Beratungs- und Koordinierungsstellen im Landkreis folgende konkrete Problemstellungen geschildert:

1. Die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste im Bereich Ingelheim und Rheinschiene Bingen bis Bacharach seien hinsichtlich der Behandlungspflege nahezu erschöpft. Entweder müssten Pflegedienste außerhalb des Landkreises geordert werden (soweit möglich) oder die Pflegebedürftigen überlegten in die erheblich kostenintensivere, stationäre Kurzzeitpflege zu wechseln, um pflegerisch ausreichend versorgt zu sein.
2. Eine weitere Schwierigkeit sei es in diesem Bereich, die Zusage für einen Platz für eine geplante Kurzzeitpflege (bei Urlaubsabwesenheit der Angehörigen) einige Monate im Voraus zu erhalten. Verschiedene Pflegeeinrichtungen würden sich aus diesem Aufgabenfeld bereits zurückziehen, da nicht absehbar sei, ob die Fachkraftquote zu diesem Zeitpunkt erfüllt werden könne. Zurück blieben hilflose Angehörige, die alle Hebel in Bewegung setzen müssten, um einen dringend nötigen Urlaub antreten zu können.
3. Die seit einem Jahr gesetzlich vorgesehenen Betreuungsleistungen würden überwiegend fehlen. Bemängelt wird, dass die pflegebedürftigen Menschen nun vielfältig mit Ansprüchen ausgestattet seien, Anbieter für Betreuungsleistungen allerdings kaum zu finden seien. Zudem fehle es an der angekündigten Landesverordnung für Betreuungsleistungen und Entlastungsangebote, um die Anerkennung einer ausreichenden Anzahl an Dienstleistern und die Ausgestaltung nötiger Betreuungsangebote vorantreiben zu können.

Weiteren Handlungsbedarf sehen alle Beteiligten für einen weiteren siebten Pflegestützpunkt im Landkreis Mainz-Bingen. In dieser Sache hat sich die zuständige Zweite Kreisbeigeordnete im Juni 2018 persönlich mit einem Schreiben am 19.06.2018 an die damalige Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler gewandt. Die konkrete Forderung lautete, die Ende 2011 vom damaligen Träger aufgegebene siebte Beratungs- und Koordinierungsstelle wieder aufleben zu lassen.

Im Namen der Ministerin beantwortete der zuständige Leiter der Abteilung Soziales und Demografie im damaligen MSAGD das Schreiben im August 2018. Darin wurde mitgeteilt, dass eine Neufestlegung auf 7 Stellen nach § 4 LPflegeASGDVO im Landkreis derzeit unter Berücksichtigung der landesweit vorhandenen 135 Stellen für Fachkräfte der Beratung und Koordinierung leider nicht möglich sei. Eine Neufestlegung wäre nur denkbar, wenn in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt eine Stelle wegfallen würde. Dies sei derzeit nicht absehbar. Sofern dieser Fall eintreten würde, wäre abzuwägen, welche örtlichen Besonderheiten ggf. in anderen Kommunen bestünden, die dort ebenfalls eine Neufestlegung auf mehr Stellen rechtfertigen würde. Von daher müsse es zunächst bei den Festlegungen der ADD aus dem Jahr 2012 bleiben.

Mit dem Hinweis, im Rahmen einer zukünftigen Änderung des Landesrechts wurde in Aussicht gestellt, eine mögliche Neubemessung der landesweiten Zahl der Fachkraftstellen an weitere Faktoren zu koppeln. Als Beispiele wurden genannt: Zahl der Pflegebedürftigen, Altersstruktur der Bevölkerung, Entfernungen zu den Beratungsstellen.

7.1.2 Compass Private Pflegeberatung GmbH ⁴⁴

Die Versicherungsunternehmen im Verband der Privaten Krankenversicherung beschlossen, gemeinsam einen bundesweit einheitlichen Weg zu gehen, und haben Compass als private Pflegeberatung gegründet.

Als kostenfreie und neutrale Beratung stellt COMPASS für alle privat pflegeversicherten Personen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sicher – telefonisch und vor Ort. Darüber hinaus bietet Compass auch Pflegeberatung für Angehörige und vorsorglich Interessierte an. Die telefonische Beratung steht jedem offen, auf Wunsch auch anonym.

Die Pflegeberatung erfolgt auf zwei Wegen: Über ein zentrales telefonisches Angebot und eine dezentrale aufsuchende Pflegeberatung im persönlichen Kontakt mit dem Klienten vor Ort. Das Pflegeberatungsangebot ist kostenfrei. Die COMPASS-Pflegeberater informieren, unterstützen und begleiten pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige – auch im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus wird im Rahmen der Pflegeberatung auch Unterstützung und Begleitung Angehöriger von Demenzpatienten angeboten.

7.1.3 Regionale Beratungsstelle für barrierefreies Bauen und Wohnen⁴⁵

So lange wie möglich ohne Hindernisse selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben können, das wünschen sich viele Menschen, auch mit einer Behinderung oder im hohen Alter. Eine barrierefreie Wohnung passt sich diesem Bedürfnis an.

Auf gemeinsame Initiative von Senioren- und Behindertenbeirat des Landkreises Mainz-Bingen informiert die Landesberatungsstelle „Barrierefrei Bauen+Wohnen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen Interessierte zu Umbaumaßnahmen aber auch Finanzierungsmöglichkeiten.

Pandemiebedingt fanden von März 2020 bis Oktober 2022 keine Beratungen statt. Seit November 2022 werden die Beratungen in Räumlichkeiten am Hauptsitz der Kreisverwaltung Mainz-Bingen in Ingelheim durchgeführt.

⁴⁴ Vgl. compass private pflegeberatung GmbH (o.J)

⁴⁵ Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, (o.J)

7.2 Dienste und Einrichtungen nach dem SGB XI

7.2.1 Ambulante Pflege

Ambulante Pflege bedeutet die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit – entweder durch ihre Angehörigen, andere Bezugspersonen oder aber durch einen professionellen Dienstleister. Ambulante Pflegedienste erbringen Leistungen in der Grund- und medizinischen Behandlungspflege. Auch hauswirtschaftliche Hilfen, Betreuungs- und Beratungsleistungen werden durch ambulante Pflegedienste angeboten.

Zu betonen ist hierbei, dass die Pflegedienste ihr Angebot nicht nur dem Ort mit dem jeweiligen Hauptsitz, sondern auch den benachbarten Kommunen zur Verfügung stellen. In Tabelle 25 ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste dargestellt auf der Ebene der Kommunen (A) sowie auf der Ebene der Pflegestützpunkte (B).

Tabelle 25:

Anzahl ambulanter Pflegedienste im Landkreis Mainz-Bingen in den Jahren 2015 bis 2021

A Kommunen	Anzahl der ambulanten Pflegedienste			
	2015	2017	2019	2021*
Stadt Bingen (PSP 1)	4	4	4	4
Stadt Ingelheim (PSP 2)	4	5	5	5
Verbandsfr. Gemeinde Budenheim (PSP 5)	0	1	1	0
VG Bodenheim (PSP 5)	2	2	3	3
VG Gau-Algesheim (PSP 3)	1	1	1	1
VG Nieder-Olm (PSP 4)	2	2	2	2
VG Rhein-Nahe (PSP 1)	0	1	1	2
VG Rhein-Selz (PSP 6)	8	8	8	8
VG Sprendlingen-Gensingen (PSP 3)	2	2	3	3
B Pflegestützpunkte (BeKo)				
PSP 1 (Stadt Bingen, VG Rhein-Nahe)	4	5	5	6
PSP 2 (Stadtgebiet Ingelheim)	4	5	5	5
PSP 3 (VGs Gau-Algesheim / Sprendlingen-Gensingen)	3	3	4	4
PSP 4 (VG Nieder-Olm)	2	2	2	2
PSP 5 (Budenheim, VG Bodenheim, <u>mit</u> OGs Köngernheim, Mommenheim, Selzen)	2	3	4	3
PSP 6 (VG Rhein-Selz <u>ohne</u> , OGs Köngernheim, Mommenheim, Selzen)	8	8	8	8
Landkreis Mainz-Bingen insgesamt	23	26	28	28
** eigene Erhebung zum 01.09.2021				

Seit dem Erscheinen des dritten Datenreports 2017 (Basisjahr 2015) mit insgesamt 23 Diensten zur ambulanten Pflege sind damit Stand 2021 fünf neue Dienste hinzugekommen. Für das Basisjahr 2013 wies der 2017er Datenreport nur 18 ambulante Dienste auf.

Ausgehend von dem in Tabelle 25 dargestellten Stand nach eigener Erhebung durch die Verwaltung zum 01.09.2021 mit insgesamt 28 ambulanten Diensten, sind davon weiterhin fünf in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege sowie einer in sonstiger gemeinnütziger Trägerschaft. Mit 22 Diensten liegt damit der Großteil der Trägerschaften von zugelassenen ambulanten Diensten im Landkreis Mainz-Bingen inzwischen in privater Hand.

In diesem Trend schlägt sich wohl die mit dem 2006 eingeführten LPIfegeASG weggefallene pauschale Förderung von ambulanten Diensten nieder. Eine solche war bis 2005 nach dem alten LPflegeHG möglich. Danach waren anerkannte Ambulante Hilfezentren (Sozialstationen) durch das Land und die Kommunen besonders gefördert worden.

Der Änderungsbedarf zu diesem Gesetz ergab sich Ende 2004 durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes und des Oberverwaltungsgerichtes Rheinland-Pfalz.

In Folge von Klageverfahren bis dato nicht geförderter Träger auf Förderung und Aufnahme in die Bedarfspläne der Kommunen, sollte wegen wettbewerbsverzerrender Wirkung die monopolisierende Förderung der anerkannten Altenhilfezentren ausgeschlossen werden.⁴⁶

⁴⁶ vgl. Steitz, Georg (2007), S. 38 f.

7.2.1.1 Informelle Pflege

Die im vorliegenden Datenreport fortgeschriebene prognostische Entwicklung der Altersstruktur hat neben einer Erhöhung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen auch gleichzeitig eine Erhöhung der Anzahl von pflegenden Angehörigen zur Folge. Diese Gruppe muss Pflege mit ihrer Berufstätigkeit vereinbaren. Persönlich stellt dies für Berufstätige nicht selten eine große Herausforderung dar. Mit Blick auf die Fachkräftesicherung bedeutet dies, dass in der Zukunft ein noch größerer Anteil von Beschäftigten herausgefordert sein wird, Beruf und Pflege zu vereinbaren.

Vor diesem Hintergrund gab es im Landkreis Mainz-Bingen bisher bei der Enquetekommission „Demografischer Wandel“ zwei Expertenanhörungen zum Thema „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In beiden Anhörungen wurde deutlich, dass dem steigenden Anstieg von informeller Pflege insbesondere auch mit Verbesserungsmaßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu begegnen sei.

Privatwirtschaftliche Unternehmen wie Boehringer Ingelheim oder die Firma Globus in Gensingen bieten bereits zahlreiche Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige an. Die Industrie- und Handelskammer Rheinhessen ist ebenfalls auf dem Weg, in diese Richtung aktiv zu werden. Für den Arbeitgeber Kreisverwaltung besteht ebenfalls Bedarf, sich mit dem Thema „Beruf und Pflege“ auseinanderzusetzen.

In der Enquete-Sitzung vom 11.03.2020 hatte die Abteilung 33 „Soziale Sonderaufgaben“ einen ersten Konzeptentwurf für eine „Mainz-Binger Charta Beruf und Pflege“ vorgestellt. Im Ergebnis hat das Gremium damals zunächst die Empfehlung an die Landrätin gegeben, eine entsprechende Bedarfsanalyse als Grundlage für das weitere Vorgehen auf den Weg zu bringen. Etwas mehr als ein Jahr nach dem Auftrag hat die Verwaltung im Mai 2021 zur Bedarfsermittlung eine Onlinebefragung konzipiert und durchgeführt. Präsentiert wurden die Ergebnisse in der Sitzung der Enquetekommission am 20.01.2022.

Ergänzend zur Situation und Prognose für die Mitarbeitenden der Kreisverwaltung Mainz-Bingen hat die Demografiebeauftragte des Ennepe-Ruhr-Kreises in Nordrhein-Westfalen aus der Praxis berichtet. Dort wurde im Februar 2012 eine erfolgreiche Kampagne zur Förderung der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege auf den Weg gebracht. Als Ergebnis aus der Sitzung hat die Abteilung 33 Soziale Sonderaufgaben ein entsprechendes Konzept für den Landkreis Mainz-Bingen erarbeitet. Der Gremienauftrag lautete, als Pilot-Arbeitgeber für den Landkreis Mainz-Bingen ein Strategiprojekt zur Vereinbarkeit von Pflege & Beruf analog zum Vorgehen im Enepperuhrkreis zu initiieren. Im Januar 2023 wurde unter Federführung der amtierenden 2.Kreisbeigeordneten Almut Schultheiß-Lehn die Steuerungsgruppe eingesetzt, die das Konzept nun sukzessive umsetzt und mit Leben füllt.

7.2.2 Voll- und Teilstationäre Angebote

Menschen, die aufgrund körperlicher, seelischer oder geistiger Einschränkungen nicht mehr in der eigenen Häuslichkeit leben können, wird durch stationäre Einrichtungen ein Wohnraum zur Verfügung gestellt. Zusätzlich erhalten diese Personen durch Fachpersonal Verpflegung, Betreuung und auch Pflege.

Die amtliche Pflegestatistik erfasst danach Pflegeheime, die

- durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Absatz 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten, die selbständig wirtschaften,
- in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft gepflegt werden und
- ganztägig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Von den Angeboten, die die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, sind in Tabelle 26 die vorhandenen Plätze der Dauerpflege (D-Pflege) und der Kurzzeitpflege (K-Pflege) aufgelistet.

In Einrichtungen der Kurzzeitpflege werden pflegebedürftige Personen versorgt, die vorübergehende Pflege und Betreuung benötigen. Kurzzeitpflege ermöglicht beispielsweise pflegenden Angehörigen eine zeitlich begrenzte Entlastung oder bereitet einen pflegebedürftigen Menschen nach dem Klinikaufenthalt auf die Rückkehr in den eigenen Haushalt vor.

Tabelle 26:

Entwicklung des Angebotes an stationären Dauerpflegeplätzen im Landkreis Mainz-Bingen

Angebot im Landkreis Mainz-Bingen	2006		2015		2017		2019	
Anzahl der stationären Einrichtungen	10		18		20		20	
Art der Pflegeplätze	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege
Anzahl der nach Art der Pflegeplätze	850	40	1.752	52	1.800	67	1.789	72
Anzahl Pflegeplätze gesamt	890		1.804		1.867		1.861	

Quelle: Pflegestatistik 2019 Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, eigene Berechnung

Leistungen zur Tages- und Nachtpflege sind sogenannte teilstationäre Leistungen nach § 41 SGB XI. Die pflegebedürftige Person wohnt weiterhin in ihrer eigenen Häuslichkeit, besucht aber tags- oder nachtsüber eine entsprechende Tages-/Nachtpflegeeinrichtung⁴⁷.

Angebote der Tagespflege können sowohl in einer speziellen Tagespflegeeinrichtung als auch im Rahmen eingestreuter Tagespflegeplätze in Einrichtungen der Dauerpflege stattfinden. Für die Tagespflege führen die in der Pflegestatistik erhobenen Stichtagszahlen zum jeweils 15. Dezember eines Jahres zu einer eingeschränkten Aussagekraft der Daten. Künftig wird die Verwaltungen im Rahmen ihrer eigenen Bordmittel ergänzend eigene Erhebungen durchführen. Erste Erfahrungen wurden im Zusammenhang mit dem in Kapitel acht beschriebenen Beteiligungsprozess gemacht.

⁴⁷ Vgl. Verbraucherzentrale (2021b)

7.2.3 Angebot und Nachfrage stationärer Dauerpflegeplätze

In der nachfolgenden Tabelle erfolgt eine Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage zu den stationären Dauerpflegeplätzen für die Jahre 2006, 2015, 2017 und 2019.

Die Anzahl der belegten Pflegeplätze ergibt sich aus den Pflegebedürftigen, die in den Pflegeheimen zum jeweiligen Stichtag betreut werden. Die Differenz daraus belegt für den gesamten Betrachtungszeitraum jeweils einen Überschuss an Pflegeplätzen.

Tabelle 27:

Angebot und Nachfrage an stationären Dauerpflegeplätzen im Landkreis Mainz-Bingen

Angebot im Landkreis Mainz-Bingen		2006		2015		2017		2019	
Anzahl der stationären Einrichtungen		10		18		20		20	
Art der Pflegeplätze		D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege
Anzahl der nach Art der Pflegeplätze		850	40	1.752	52	1.800	67	1.789	72
Anzahl Pflegeplätze gesamt		890		1.804		1.867		1.861	
Art der belegten Pflegeplätze		D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege
Anzahl nach Art belegte Pflegeplätze		834	25	1.341	51	1.425	51	1.477	55
Anzahl belegte Pflegeplätze gesamt		859		1.392		1.476		1.532	
Art der Pflegeplätze		D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege	D-Pflege	K-Pflege
Überschuss nach Art Pflegeplätze		16	15	411	1	375	16	312	17
Überschuss Pflegeplätze gesamt		31		412		391		329	

Quelle: Steitz, Georg (2007) und Pflegestatistik 2019 Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, eigene Berechnung

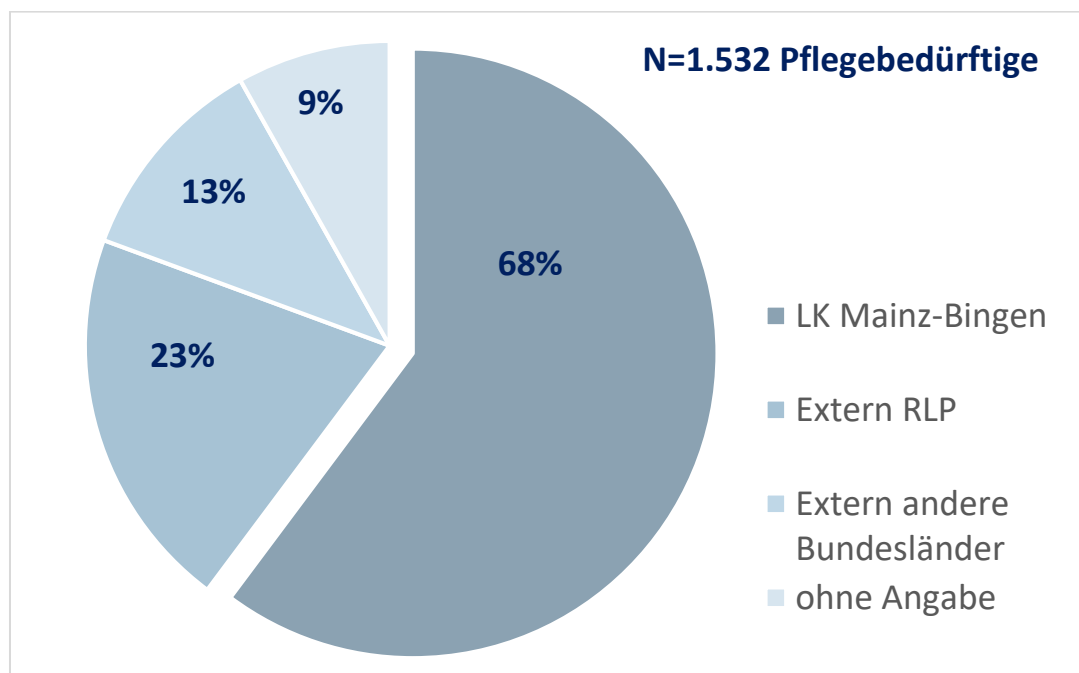
Zur Herkunft der Pflegebedürftigen gibt Abbildung 33 Auf Seite 97 Aufschluss. Danach kamen von den 1.532 Bewohnerinnen und Bewohnern der (teil-)stationären Einrichtungen zum 15. Dezember 2019 insgesamt 1.041 Personen aus dem Landkreis Mainz-Bingen (68 %), 353 Personen kamen aus rheinland-pfälzischen Gemeinden außerhalb des Landkreises (23 %). Davon waren 177 Personen aus dem Mainzer Stadtgebiet. Aus dem Landkreis Bad Kreuznach und aus dem Landkreis Alzey-Worms kamen jeweils 84 Personen.

Außerhalb von Rheinland-Pfalz waren es 187 Personen (13%). Davon aus Hessen insgesamt 142 Personen. Bei 9 % der Personen war in der Pflegestatistik keine Postleitzahl zugeordnet.

7.2.3.1 Herkunft Pflegebedürftiger in stationärer Dauerpflege

Mit Blick auf die Angebotsnachfrage ist das Einzugsgebiet und damit die Herkunft der betreuten Menschen in den stationären Einrichtungen ein wichtiger Indikator für die Pflegestrukturplanung. Für seinen Auftrag maßgeblich ist die Versorgung seiner eigenen Bevölkerung. Anhand der Daten zum Wohnsitz der Pflegebedürftigen vor der Heimaufnahme stellt sich für den Erhebungszeitraum 14.12.2019 folgendes Bild dar.

Abbildung 33: Herkunft der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege 2019



Quelle: Pflegestatistik 2019 Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, eigene Berechnung

Mit 68 % kommen weniger als dreiviertel der pflegebedürftigen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen aus dem Landkreis Mainz-Bingen. Die Beweggründe, die zu einer Heimaufnahme in einer bestimmten Region führen, sind für die Bedarfsplanung nicht kalkulierbare Faktoren. Es ist jedoch nicht Hauptaufgabe des Landkreises dafür Sorge zu tragen, dass für Personen aus anderen Gebietskörperschaften Heimplätze in großem Ausmaß jenseits des eigenen regionalen Bedarfes vorgehalten werden.

Im Datenreport 2007 heißt es dazu sinngemäß: Verantwortungsvolle Politik vor Ort bedeutet, dass hier nicht unbegrenzt Überkapazitäten an Betten entstehen. Dies habe als mittelfristige Auswirkung, dass einzelne Einrichtungen nicht mehr ausreichend belegt sind. In der Folge könnten sich solche Einrichtungen wirtschaftlich nicht mehr halten. Grund dafür sei, dass die Entgelte im Heimbereich der Altenpflege nicht mehr auf der Basis der Belegung, sondern auf der Vergleichbarkeit basiere, die mit anderen Einrichtungen vereinbart würden.

Im Februar 2022 wurden die an den Landkreis Mainz-Bingen angrenzenden Regionen angefragt, wie viele Personen dort vor der Heimaufnahme ihren Wohnsitz im Landkreis Mainz-Bingen hatten. Wegen anderer Aufgaben und Arbeitsschwerpunkte konnten die angesprochenen Verwaltungen keine Kapazitäten für diese besonders aufwendige Form der Auswertung vornehmen. Das Land Rheinland-Pfalz arbeitet aktuell mit der LAG Pflegestrukturplanung an der Standardisierung der Pflegeberichterstattung. Gegebenenfalls sind solche Vergleiche dann bald mit der dazu angestrebten EDV-Lösung möglich.

7.3 Unterstützende/alternative Wohnformen

7.3.1 Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Wie bereits in Kapitel 5.4.3 (Haushaltsstrukturen in der Region und in Mainz-Bingen) dargestellt, bedeutet Lebensqualität im Alter für viele Menschen gut zu wohnen, soziale Kontakte zu haben und bei Bedarf individuell angepasste Pflege- und Betreuungsleistungen zu erhalten. Für Menschen, die aufgrund altersbedingter körperlicher oder geistiger Einschränkungen nicht mehr in den eigenen vier Wänden verbleiben können, kann das Wohnen in einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft eine Alternative sein. Das Landesamt für Soziales Jugend und Versorgung in Mainz unterstützt Interessenten dazu begleitend und beratend.

Diese Wohnform ermöglicht es Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf in einer vertrauten häuslichen Atmosphäre nach ihrem individuellen Lebensrhythmus und den persönlichen Vorlieben und Bedürfnissen zu leben. Sie bietet zudem eine wohnortnahe Unterstützung. Konkret kann eine Wohn-Pflege-Gemeinschaft (WPG) folgendermaßen gestaltet sein: In einer großen Wohnung oder in einem Haus leben bis zu zwölf Menschen zusammen. Jede Bewohnerin, jeder Bewohner hat einen persönlichen Wohnbereich, der nach eigenen Wünschen eingerichtet werden kann. Zudem teilt sich die Gruppe Gemeinschafts- und Wirtschaftsräume.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohn-Pflege-Gemeinschaft gestalten mit Unterstützung ihren individuellen Lebensraum und bestimmen ihren Tagesablauf, etwa mit gemeinsamem Einkaufen, Kochen oder Spaziergehen. Je nach Bedürfnis können sie sich aktiv beteiligen, einfach nur dabei sein oder sich in ihre Privatsphäre zurückziehen. Als eigenständige Mieterinnen und Mieter wählen sie in der Regel gemeinschaftlich, wer sie betreut und pflegt. Auch wer als neues Mitglied in die WPG einzieht, wird gemeinsam entschieden.

Ein wichtiges Merkmal dieser Wohnform ist die gemeinsame Verantwortung von Angehörigen, rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern, den Dienstleistern, Nachbarn und Ehrenamtlichen. Das Engagement aller ist erforderlich und erwünscht, um die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner zu unterstützen und die Kontinuität zu sichern.

Das bürgerschaftliche Engagement von Anfang an mit zu berücksichtigen und auch zu nutzen, ist ein zentraler und wichtiger Aspekt. Auch kommt den Angehörigen in ihrer Rolle der gesetzlichen Vertretung für die Organisation eine besondere Bedeutung zu. Die Verwaltung des Haushaltes und die Planung der Tagesabläufe geschehen im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner. Dabei ist deren Wahlfreiheit und Selbstbestimmung zu beachten.

Die Entscheidung, wer letztlich was und wann in der Gemeinschaft leistet, liegt zunächst bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. Sofern eine eingeschränkte Alltagskompetenz keine Entscheidungen mehr zulässt, werden die betroffenen Menschen von ihren Angehörigen, rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern unterstützt.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben grundsätzlich die Wahlfreiheit, von welchem Dienstleister sie Betreuungs-, Hilfe- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Die ausgewählten Dienstleister begleiten und betreuen die Bewohnerinnen und Bewohner nach ihren individuellen Bedürfnissen.

Im Unterschied zu einer stationären Einrichtung werden in einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft die Kosten nicht monatlich an eine Institution entrichtet, sondern jeweils gesondert an unterschiedliche Leistungserbringer gezahlt. Daher muss auch im Einzelfall geschaut werden, ob, von wem und in welcher Höhe die entstehenden Kosten finanziert werden.

Zu den durch Träger verantworteten Wohnpflegegemeinschaften können auch noch privat initiierte und geführte Wohngemeinschaften kommen. Diese privaten Angebote unterliegen jedoch nicht dem LWTG. Das Ermitteln dieser Angebote erfordert eine gesonderte Erhebung. Eine solche könnte etwa über die Kreiswohnungsbaugesellschaft Mainz-Bingen erfolgen.

7.3.2 Intensiv-Pflege-Wohngemeinschaften

Gemäß der Antwort der Landesregierung auf eine Große Anfrage der Fraktion der CDU vom 03.04.2020 zur Situation der Intensivpflege in Rheinland-Pfalz liegen dazu keine validen Daten vor⁴⁸. Als Grund wird angeführt, dass die Angaben über intensivpflegerisch versorgte Menschen von den jeweiligen Einrichtungen ausschließlich als Selbstauskunft zum Prüfzeitpunkt vorliegen und es keine stichtagsbezogenen Gesamtdaten gibt.

Ein weiterer Grund, weshalb die Lage aus Sicht der Prüfinstitutionen (u.a. Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz) nicht hinreichend beurteilt werden kann, ist struktureller Natur. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen agieren am Markt sehr flexibel. Einrichtungen öffnen, schließen oder verlegen ihren Sitz teils auch über Landesgrenzen hinweg.

In ihrer Antwort geht die Landesregierung von einem weiter steigenden Bedarf aus. Begründet wird dieser damit, dass die wenigsten intensivpflegerisch versorgten Menschen nur vorübergehend der Intensivpflege bedürfen. Die überwiegende Anzahl dieser Menschen würde dauerhaft bis zum Lebensende aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung beziehungsweise fortschreitenden Verschlechterung der Erkrankung eine intensivpflegerische Versorgung benötigen.

Nach Angaben der Landesregierung gibt es in ganz Rheinland-Pfalz 30 Wohngruppen für Menschen mit Intensivpflegebedarfen mit insgesamt 181 Pflegeplätzen. 28 Plätze davon gibt es im Landkreis Mainz-Bingen. In der Landeshauptstadt Mainz 23 Plätze. Im Nachbarlandkreis Alzey-Worms sind es sechs Plätze. Für den Landkreis Bad Kreuznach sind keine Plätze gelistet.

⁴⁸ Vgl. Landtag Rheinland-Pfalz (2020)

7.3.3 Servicewohnen

Die Bewohnerinnen und Bewohner leben in eigenen Wohnungen, meist zur Miete. Sie können meistens allgemeine Unterstützungsangebote wie Ansprechpartner vor Ort, Hausmeisterdienste oder die Vermittlung weiterer Hilfen nutzen. Oft gibt es ein Hausnotrufsystem mit Anschluss an einen externen Notruf-Anbieter.⁴⁹

Für sonstige Hilfen sowie Pflege- oder Betreuungsleistungen muss der Anbieter frei gewählt werden können. Angebote des betreuten Wohnens richten sich gezielt an ältere Menschen, grenzen sich aber klar von den Wohneinrichtungen ab, die den Länderheimgesetzen unterliegen, in Rheinland-Pfalz dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG). Daher können sich Angebote des Servicewohnens stark unterscheiden.

7.3.4 Alternativen zum Heim im Landkreis gestalten

Der deutsche Pflegemarkt ist in Bewegung. Der Branchenbeobachter „pflegemarkt.com“ zählt für den Zeitraum November 2017 bis Januar 2022 bundesweit 736 aktuelle Baustellen⁵⁰. An mehr als der Hälfte aller Pflegestandorte würde mindestens eine Einrichtung zum Betreuten Wohnen errichtet (55%). Nach Betreutem Wohnen würden vor allem Pflegeheime gebaut (239), von denen 37% auf ein Residenzkonzept setzen (also kleiner als 80 Betten sind). Tagespflegen und Wohngruppen werden mit je 239 und 173 Einrichtungen seltener gebaut.

Bei der Einführung neuer Wohnformen kommt den Kommunen im Landkreis eine Schlüsselrolle zu. Im Demografiecheck 2015 gaben die Hälfte der Gemeinden an neue Wohnformen anzuregen, zu unterstützen und/oder zu planen. Die zum 01.01.2022 gestartete Wohnungsbaugesellschaft Mainz-Bingen könnte ein Impulsgeber für die andere Hälfte der Gemeinden sein. Im Wohnungsmarktkonzept des Landkreises Mainz-Bingen ist dargestellt, dass die barrierearme/-freie Wohnung im Mehrfamilienhaussegment für umzugswillige Seniorenhaushalte eine Alternative zum Eigenheim darstellen kann. Da dieser Wohnungstyp in der Region Mainz-Bingen kaum vorhanden sei, bestehe in diesem Segment ein erhöhter Neubaubedarf. Häufig wollen ältere Menschen jedoch in den eigenen vier Wänden verbleiben. Auch hier müssen bedarfsgerechte Lösungen im Bestand gefunden werden.⁵¹

⁴⁹ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung des Landes Rheinland-Pfalz, o. J.

⁵⁰ Vgl. pm pflegemarkt com GmbH (2022)

⁵¹ Vgl. GEWOS Institut für Stadt-, Regional- und Wohnforschung GmbH (2019), Seite 38

Die nachfolgende Tabelle 28 listet die Anzahl vorhandener alternativer Wohnformen im Landkreis Mainz-Bingen auf. Datengrundlage sind die vorliegenden Angaben der Verwaltung für die Broschüre „Wohnen und Pflegen im Landkreis Mainz-Bingen“. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verwaltung kann hierzu nicht auf eigene Datenquellen zurückgreifen.

Tabelle 28: Alternative Wohnformen im Landkreis Mainz-Bingen

Andere Wohnformen - Anzahl Einrichtungen 2021		
A Kommunen	ambulant betreute Wohn- gemeinschaften nach LWTG	Service-Wohnen
Stadt Bingen (PSP 1)	3	0
Stadt Ingelheim (PSP 2)	5	1
Verbandsfreie Gemeinde Budenheim (PSP 5)	1	0
VG Bodenheim (PSP 5)	3	1
VG Gau-Algesheim (PSP 3)	1	0
VG Nieder-Olm (PSP 4)	3	0
VG Rhein-Nahe (PSP 1)	1	0
VG Rhein-Selz (PSP 6)	4	1
VG Sprendlingen-Gensingen (PSP 3)	0	0
B Pflegestützpunkte (BeKo)		
PSP 1 (Stadt Bingen, VG Rhein-Nahe)	4	0
PSP 2 (Stadtgebiet Ingelheim)	5	1
PSP 3 (VGs Gau-Algesheim / Sprendlingen- Gensingen)	4	0
PSP 4 (VG Nieder-Olm)	3	
PSP 5 (Budenheim, VG Bodenheim, <u>mit</u> OGs Köngernheim, Mommenheim, Selzen)	4	1
PSP 6 (VG Rhein-Selz <u>ohne</u> , OGs Köngernheim, Mommenheim, Selzen)	4	1
Landkreis Mainz-Bingen insgesamt	21	3

Quelle: Kreisverwaltung Mainz-Bingen, eigene Erhebung zum 01.09.2021

7.4 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Bei den komplementären Diensten im Vorfeld von Pflege handelt es sich um alle haushaltsnahen oder unterstützenden Dienste für Privatpersonen. Diese können auch von Dienstleistungsunternehmen oder von Einzelpersonen erbracht werden, die nicht als Pflegedienst zugelassen sind. Sie erbringen für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, jedoch keine körperbezogene Pflege nach § 36 SGB XI. In der Pflegestatistik werden diese ambulanten Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI erstmals ab 2019 erfasst.

Die sogenannten Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange zuhause bleiben, soziale Kontakte aufrechterhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen können.

Darüber hinaus sollen diese Angebote pflegende Angehörige entlasten. Angebote zur Unterstützung im Alltag haben zudem einen niedrigschwelligen Zugang. Somit ergänzen diese Dienstleistungen die professionellen Angebote der Pflegedienste. Dazu zählen folgende Angebote⁵²:

- Betreuungsangebote, in denen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen in Gruppen oder im häuslichen Bereich erfolgt. Die meisten Betreuungsangebote sind spezialisiert auf Menschen mit Demenzerkrankungen.
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen, beispielsweise Angebote zur Pflegebegleitung.
- Angebote zur Entlastung im Alltag, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von Anforderungen des Alltags oder im Haushalt sowie bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen, beispielsweise Serviceangebote im Haushalt, Unterstützung beim Einkauf oder der Begleitung zum Friedhof.

Im Landkreis Mainz-Bingen gibt es mit Stand April 2021 insgesamt zehn Dienste, die Angebote zur Unterstützung im Alltag anbieten. Davon sind drei Dienste landkreisweit tätig. Die weiteren sieben Dienste verteilen sich auf den nördlichen Landkreis (vier Dienste) sowie den südlichen Landkreis (drei Dienste).⁵³ Diese Angaben haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie beruhen auf Informationen, die der Kreisverwaltung bekannt sind.

⁵² Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung des Landes Rheinland-Pfalz, (o. J.b)

⁵³ Vgl. Kreisverwaltung Mainz-Bingen, Hrsg., (o.J), S. 31ff

7.5 Palliative Versorgung

Palliative Behandlung und Pflege sowie psychosoziale und spirituelle Begleitung sind die vier zentralen Anliegen der Hospiz-Arbeit. Ein Sterben zu Hause wünschen sich die meisten Menschen. Aber irgendwann kann eine Krankheits-/Sterbesituation an ihre Grenzen kommen: Und dann gilt es, einen Ort zu finden, an dem ein schwerstkranker Mensch in Würde weiterleben kann. Die Erhaltung von Lebensqualität, die Wünsche und Bedürfnisse der Kranken sind hier oberste Handlungsmaxime. Es ist wichtig, dass die Angehörigen weiterhin jederzeit bei dem oder der Sterbenden sein können.

Im Datenreport 2017 wurden für den Landkreis Mainz-Bingen zwei Hospizdienste in Bingen sowie jeweils eine Hospizgruppe in Ingelheim und in Oppenheim aufgelistet. In der Sitzung des Seniorenbeirates am 29.06.2017 hat sich das Gremium über die Arbeit der Hospizdienste informiert. Die nachfolgenden drei Absätze als Erläuterung sind aus dem Ergebnisprotokoll dieser Sitzung zitiert:

„Die ambulanten Hospizdienste begleiten die Menschen vor Ort zu Hause und halten keine Betten vor, wie es beispielsweise beim stationären Hospiz in Mainz mit acht Hospizbetten der Fall ist. Die Medizin sei inzwischen „wohnzimmerfähig“ geworden und könne so dem Wunsch zu Hause zu versterben durchaus entsprechen. Es gebe dabei jedoch Grenzen der Belastbarkeit von Patient und Angehörigen, für die ein stationäres Hospiz dann die bessere Lösung darstelle. Vor diesem Hintergrund biete die Hospizgruppe Ingelheim im "Altenzentrum im Sohl" ein Hospizbett. Gedacht sei dies, falls eine Betreuung des schwerstkranken oder sterbenden Patienten zu Hause nur noch mit viel Mühe oder gar nicht mehr aufrechterhalten werden könne. Für die Zeit, in der dieses Hospizbett leer stehe, würden der Landkreis Mainz-Bingen sowie die Stadt Ingelheim eine Ausfallbürgschaft zahlen.

Erläutert wurden damals auch die durch Finanzierungspraktiken zur Hospizarbeit der Krankenkassen verbundenen Probleme für die Patienten. Stationäre Hospizeinrichtungen würden durch die Krankenkassen erst ab einer Mindestgröße von acht Betten, dann sogar mit 95 % finanziert. Für ein Hospizbett hingegen müssten Angehörige derzeit nicht unerhebliche Kosten tragen. Die Lösung dieses Problems wurde damals bei den Krankenkassen gesehen. Diese förderten stationäre Hospize nach dem Krankenversicherungsgesetz nur dann, wenn sie aufgrund ihres Versorgungsauftrags baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept seien. Die entsprechende Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize schließe aus, dass stationäre Hospizbetten in einer Pflegeeinrichtung bzw. in einem Krankenhaus von Krankenkassen finanziert würden.

Vor diesem Hintergrund sei der Ingelheimer Hospizgruppe ein stationäres Hospiz ohne Anbindung an ein Pflegeheim oder Krankenhaus eine besondere Herzensangelegenheit. Angestrebt sei ein Haus mit acht Zimmern, sowie ein Zimmer für Angehörige. Die Kosten wurden damals ohne Grundstück auf etwa 2,5 Millionen beziffert. Die Finanzierung wolle der Verein durch Spenden realisieren. Im Namen des Gremiums bot der Vorsitzende Dr. Anton Miesen die Unterstützung des Mainz-Binger Seniorenbeirates für dieses wichtige Engagement an.

Inzwischen ist das Projekt in der Umsetzungsphase. Den Neubau eines stationären Hospizes mit 10 Betten in Ingelheim in der Talstraße/Ecke Hallgartener Straße hat der Hospizverein geplant. Laut Mitteilung des Vereins beliefte sich die erwartete Investitionssumme auf rd. 6,1 Millionen Euro.

In der Sitzung am 22.02.2021 folgte der Kreisausschuss dem Beschlussvorschlag der Verwaltung, dem Verein Hospizgruppe Ingelheim e.V. mit einer Förderung durch den Landkreis in Höhe von 1 Mio. EUR ein weiteres Stück Planungssicherheit für das angestrebte Bauvorhaben zu geben. Durch diesen Zuschuss des Landkreises, den vorgesehenen Zuschuss durch die Stadt Ingelheim von mehr als 1 Mio. EUR sowie das vorhandene Kapital des Vereins waren damals 50 % der benötigten Summe abgedeckt. Die weitere Finanzierung soll über die Rheinische Hospizstiftung, über Spenden und Crowdfunding sowie durch Fremdfinanzierung sichergestellt werden.

Für das in einem Wohngebiet liegende Grundstück wurde Stand Oktober 2021 der Bebauungsplan geändert und der Bauantrag vorbereitet. Der Spatenstich fand am 31.07.2023 statt. Das Gebäude wird errichtet von der Hospizgruppe Ingelheim e.V. Betreiber ist die Caritas Altenhilfe St. Martin gGmbH. Diese betreibt bereits seit vielen Jahren das Hospiz in Mainz-Drais.

7.6 Medizinisch-therapeutische Einrichtungen und Dienste

7.6.1 Gesundheit als Aufgabe im kommunalen Kontext

Das deutsche Gesundheitswesen ruht auf drei Säulen:

- der ambulanten medizinischen Versorgung
- der stationären medizinischen Versorgung und
- dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Im Mittelpunkt der ersten beiden Säulen steht die kurative Versorgung des Einzelnen - sie sichern die individual-medizinische Versorgung. Der Schwerpunkt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt hingegen auf dem Gebiet der Prävention und ist damit bevölkerungs-medizinisch ausgerichtet.⁵⁴

Abbildung 34a: Gesundheitswesen mit 3 Säulen



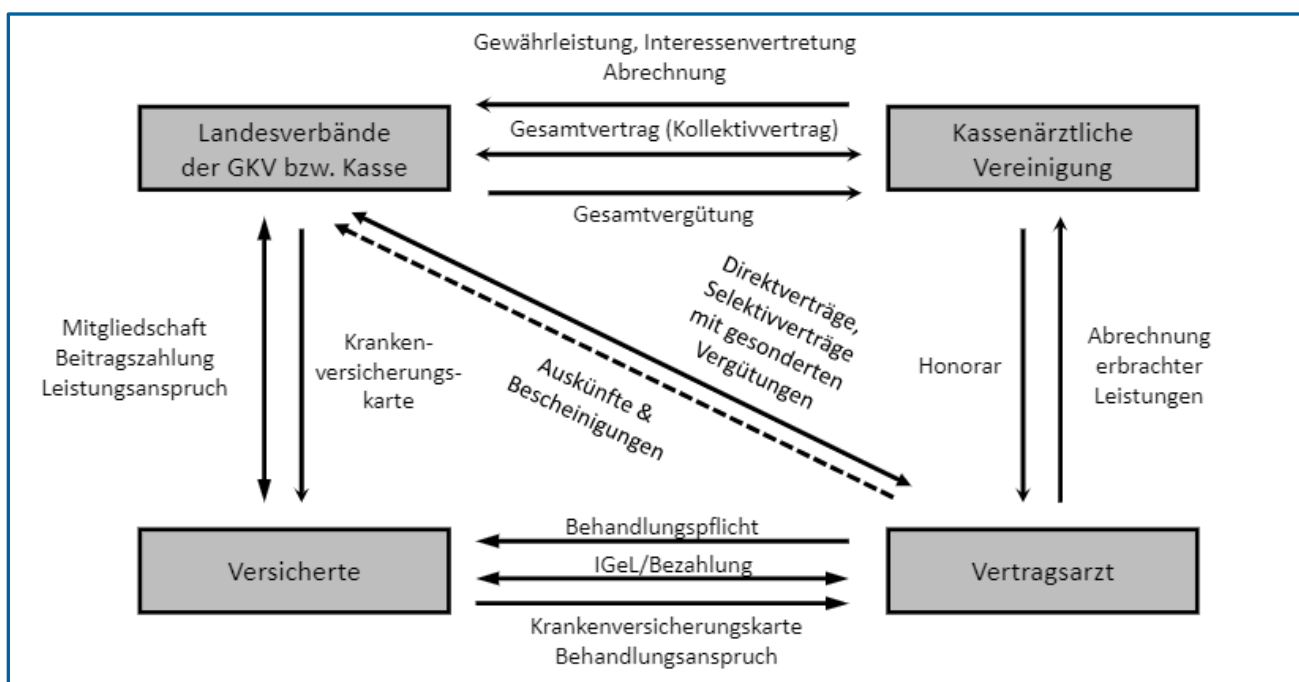
Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, abgewandelte Darstellung

⁵⁴ (<https://www.gesunde.sachsen.de/232.html>)

7.6.2 Gesetzlicher Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Der vom Gesetzgeber erteilte Sicherstellungsauftrag gemäß § 72 im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) verpflichtet die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) die vertragsärztliche Versorgung zu garantieren. Dies bedeutet, dass Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten jederzeit an allen Orten für jeden gesetzlich Versicherten in Rheinland-Pfalz zur Verfügung stehen müssen.⁵⁵

Abbildung 34b: System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung



Quelle: Simon 2007, S. 333

Für eine lösungsorientierte Rechtsetzung trägt vor allem der Bund die Verantwortung. Dies gilt insbesondere für die Bedarfsplanung, aber auch für das Vergütungssystem. Die Ausbildung von qualifiziertem ärztlichen Nachwuchs ist vor allem Sache der Universitäten und damit der Länder.

Eine flächendeckende ärztliche Versorgung, vor allem im hausärztlichen Bereich, ist ein nicht zu unterschätzender Standortfaktor. Sie trägt im Wesentlichen zur Attraktivität einer Kommune und des Landkreises bei. Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung macht vor dem Hintergrund der Darstellung gesundheitlicher Versorgung im Kontext eines Wohlfahrtsmixes deutlich, dass sich – unabhängig von der staatlichen Versorgungsverantwortung – gesundheitliche Versorgung nur als Koproduktion verschiedener Akteure auf unterschiedlichen Ebenen verstehen lässt. Diese sind Staat, Kommune, Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft, Krankenkassen, Leistungserbringer und Wohlfahrtsverbände. Diese Koproduktion kann zu einer optimalen gesundheitlichen Versorgung führen. Sie erfordert in komplexen Fällen ein individuell abgestimmtes Versorgungsmanagement.⁵⁶

⁵⁵ Vgl. KV RLP (Hrsg.), 2015, S. 5

⁵⁶ vgl. Deutscher Bundestag (2016), S. 151

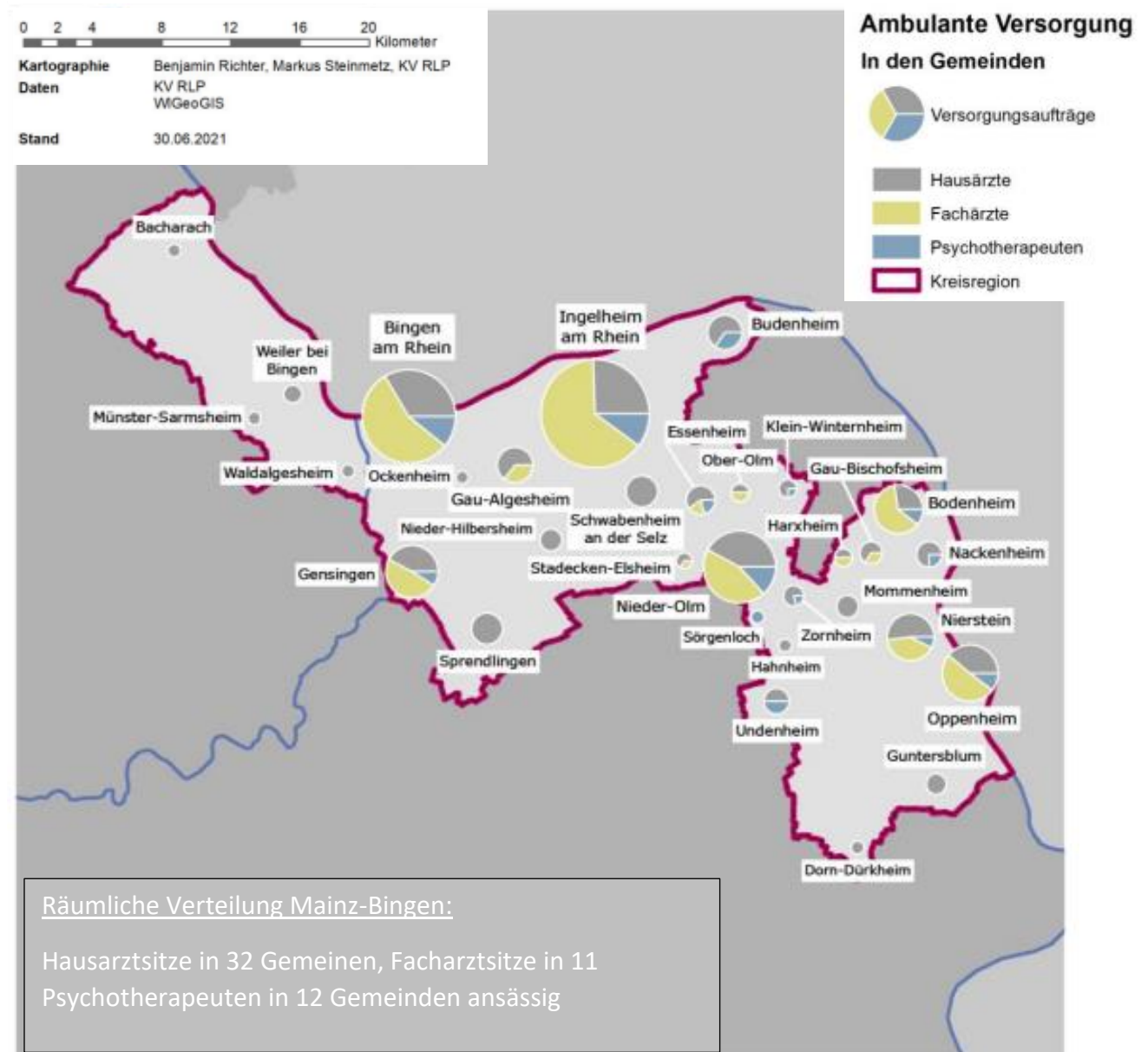
7.6.3 Situation der ärztlichen Versorgung im Landkreis Mainz-Bingen

Gemäß Versorgungsatlas 2021 der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz ist die ärztliche Versorgungssituation im Landkreis Mainz-Bingen im Vergleich zum Landesdurchschnitt recht gut. In Abbildung 35 sind die in der Region vorhandenen Arztsitze dargestellt. Gezählt werden dort die jeweiligen Versorgungsaufträge.

Hinsichtlich der ärztlichen Versorgungssituation gilt die Region Mainz-Bingen nicht als das größte und erste Sorgenkind in Rheinland-Pfalz. Dies sind andere Gebiete im Land. Etwa die Eifel, wo inzwischen eigene kommunale Ärztezentren gegründet wurden, um die hausärztliche Versorgung sicherzustellen.

Abbildung 35:

Räumliche Verteilung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, Stand 30.06.2021



Quelle: Bearbeitete Grafik aus Kassenärztliche Vereinigung RLP 2021, Kreisdaten Mainz-Bingen

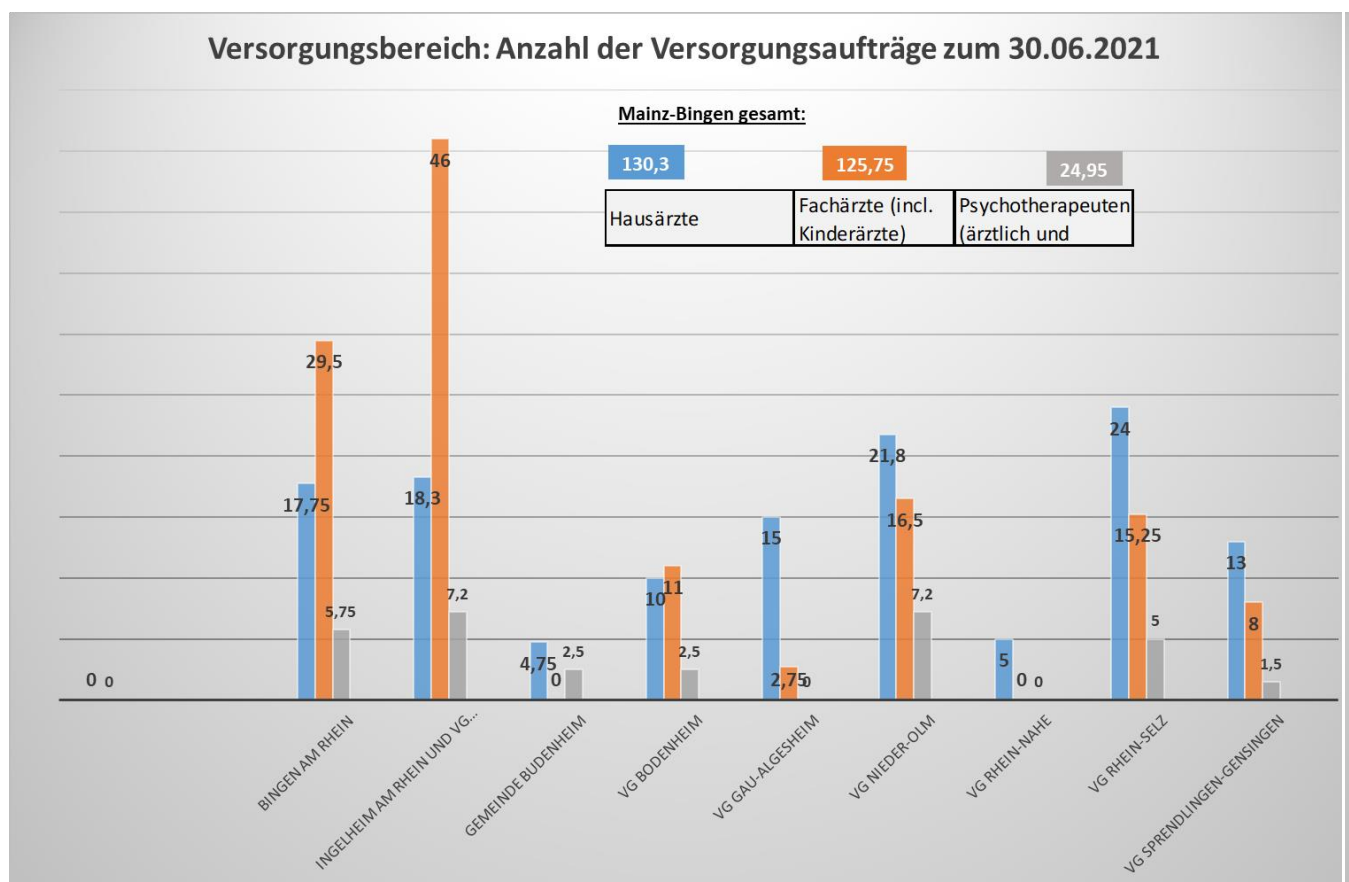
Mit Stichtag 30.06.2021 liegen dem vorliegenden ersten Teilreport aktuelle Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur ärztlichen Versorgung im Landkreis Mainz-Bingen vor. Die letzte Darstellung davor stammt aus dem Abschlussbericht der Enquetekommission vom Mai 2019 zum Stand 31.12.2018.

Zum 30.06.2021 sind im Landkreis 130 Hausärzte (in 30 Gemeinden), 126 Fachärzte (in 13 Gemeinden) sowie 25 Psychotherapeuten (in 14 Gemeinden) tätig.

In der nachstehend aufgeführten Grafik ist der Versorgungsbereich im Landkreis Mainz-Bingen nach Verbandsgemeinden aufgeschlüsselt (Abbildung 36).

Abbildung 36:

Versorgungsbereich: Anzahl der Versorgungsaufträge im Landkreis Mainz-Bingen



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Kassenärztliche Vereinigung 2021

Ein Vergleich zur Patientenstruktur zwischen Landkreis und Landeshauptstadt zum 31.12.2018 ergibt ein interessantes Bild. Während sich 25 % der Patienten aus dem Landkreis Mainz-Bingen im Mainzer Stadtgebiet behandeln lassen, sind es umgekehrt nur 12 % der Mainzer, die eine Arztpraxis in Mainz-Bingen aufsuchen.

In Tabelle 29 ist die Erreichbarkeit der nächstgelegenen Hausarztpraxen im Landkreis Mainz-Bingen abgebildet. Dargestellt ist die Entfernung zwischen dem Wohnsitz im Landkreis Mainz-Bingen und der jeweils nächstgelegenen Hausarztpraxis. Dies sind im Durchschnitt 1,1 km. Der Durchschnitt in Rheinland-Pfalz liegt bei 1,5 km. Gegenüber dem 31.12.2018 haben sich die aufgeführten Werte nicht geändert.

Tabelle 29: Erreichbarkeit nächstgelegener Hausarztpraxis im Landkreis Mainz-Bingen

Entfernung	Anteil der Einwohner der Region	Anzahl der Einwohner der Region
0 bis unter 1 Kilometer	68,8 %	142.358
1 bis unter 2,5 Kilometer	20,9 %	43.201
2,5 bis unter 5 Kilometer	8,2 %	16.932
5 bis unter 7,5 Kilometer	2,2 %	4.465

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021, S.9 – eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Eine deutliche Alterung der Ärzteschaft zeichnet sich hingegen bereits seit mehr als 15 Jahren ab. Durch angekündigte Zulassungssperren kam es Anfang der 1990er-Jahre zu einem kurzfristigen Niederlassungsboom bei den damals über 40-Jährigen. Auch diese Ärzte gehören der Generation Babyboomer an. Diese werden in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen und damit eine „Abgangswelle“ auslösen.

Tabelle 30: Altersstruktur der Ärzte im Landkreis Mainz-Bingen

Altersklasse	Versorgungsbereich: Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten 2018 und 2021					
	Hausärzte		Fachärzte (incl. Kinderärzte)		Psychotherapeuten (ärztlich und psychologisch)	
	(2018)	2021	(2018)	2021	(2018)	2021
30 bis 39	(6 %)	6 %	(4 %)	7 %	(22 %)	21 %
40 bis 44	(12 %)	9 %	(11 %)	10 %	(7 %)	11 %
45 bis 49	(16 %)	14 %	(22 %)	18 %	(13 %)	11 %
50 bis 54	(13 %)	16 %	(22 %)	22 %	(9 %)	15 %
55 bis 59	(17 %)	19 %	(21 %)	22 %	(16 %)	8 %
60 bis 64	(15 %)	15 %	(12 %)	15 %	(18 %)	16 %
65 bis 69	(15 %)	10 %	(8 %)	4 %	(11 %)	15 %
70+	(7 %)	11 %	(2 %)	3 %	(4 %)	3 %

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Kassenärztliche Vereinigung 2018 u. 2021, jeweils S. 5

Tabelle 30 stellt die Altersstruktur der Ärzte und Psychotherapeuten für die Jahre 2018 und 2021 dar.

- 15 % der Hausärzte im Landkreis Mainz-Bingen waren am 30.06.2021 im Alter zwischen 60 und 64 Jahren⁵⁷. Keine Veränderung gegenüber 2018.
- 10 % waren im Alter zwischen 65 und 69 Jahren. 2018 lag der Anteil noch bei 15 %.
- 11 % waren bereits 70 Jahre und älter. Dies sind 4 % mehr als noch 2018.

Es ist absehbar, dass in den nächsten Jahren schätzungsweise 1/5 aller Hausärzte im Landkreis altersbedingt die Praxis aufgeben werden. Bei den Fachärzten sieht die Altersstruktur wie folgt aus.

- 15 % der Fachärzte im Landkreis sind zwischen 60 und 64 Jahre alt. 2018 waren es noch 12 %.
- 4 % sind 65 bis 69 Jahre alt. 4 % weniger als 2018.

⁵⁷ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung (2021), S. 5

7.6.4 Herausforderungen für die ambulante ärztliche Versorgung

Als demografische Herausforderung für die ambulante ärztliche Versorgung im Landkreis Mainz-Bingen wurden im Rahmen der Arbeit der Enquetekommission im März 2017 folgende Punkte diskutiert⁵⁸:

Alternde Bevölkerung: Zunahme Behandlungsbedarf

- Starke altersspezifische Zunahme der Multimorbidität mit steigendem Behandlungsbedarf
- Bereits über 500.000 Patienten (15 %) in Rheinland-Pfalz leiden an drei oder mehr chronischen Krankheiten, Kreis Mainz-Bingen: 12%

Überalterung der Ärzteschaft: Nachbesetzungsbedarf

- Insgesamt müssen in RLP bis 2022 statistisch etwa 4.000 Ärzte und Psychotherapeuten altersbedingt ersetzt werden
- Die Zahl des ärztlichen Nachwuchses reicht nicht aus, um alle freiwerdenden Stellen 1:1 wiederzubesetzen

Geringer potentieller Nachwuchs: Befragung von Mainzer Medizinstudierenden

- 44 % könnten sich eine Niederlassung/Anstellung im ambulanten ärztlichen Bereich vorstellen
- 19 % könnten sich vorstellen, als Hausarzt zu arbeiten
- 4 bis 8 % könnten sich vorstellen, als Hausarzt in einer der genannten ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz zu arbeiten

⁵⁸ Vortrag Dr. Peter Heinz, KV RLP bei Sitzung Enquetekommission Demografie am 29.03.2017

Inzwischen werden auf Landesebene Lösungsansätze erprobt. So hat das Land Rheinland-Pfalz im Juni 2019 die Pilotregionen zum Projekt „Telemedizin-Assistenz“ (TMA) bekannt gegeben. Danach startete das rheinland-pfälzische Pilotprojekt TMA in folgenden ausgewählten Regionen: Vulkaneifel, Rheinhessen, Westerwald und Pfälzerwald. Daraus vorausgewählt wurden die Versorgungsgebiete Daun, Alzey, Betzdorf / Kirchen / Wissen sowie Bad Bergzabern / Dahn. In den ausgewählten Regionen gibt es bereits Arztpraxen, bei denen ärztliche Tätigkeiten im Rahmen von Hausbesuchen an das Assistenzpersonal delegiert werden.

Speziell ausgebildete Telemedizin-Assistenzkräfte sollen im Auftrag der Hausärztinnen und Hausärzte verstärkt die Patientinnen und Patienten zu Hause aufsuchen und dabei moderne telemedizinische Ausrüstung nutzen. Das Land will mit dem TMA-Projekt die Ärzteschaft entlasten, die Versorgung der Patienten verbessern, die Chancen der Telemedizin nutzen und die Tätigkeit der nicht-ärztlichen Assistenzkräfte in den Hausarztpraxen weiter aufwerten.

Im Pilotprojekt führen die Telemedizin-Assistenzkräfte bei ihren Hausbesuchen eine telemedizinische Ausstattung mit, die bestimmte Vitalparameter digital erfasst und direkt an die Praxis übermittelt. Die Ärztin oder der Arzt können die eingehenden Daten und Fotos sichten und bewerten, bei Bedarf mit der TMA vor Ort in Kontakt treten oder sich per Live-Video direkt mit den Patientinnen und Patienten austauschen. Die Praxis-Teams werden in der Anwendung der telemedizinischen Ausstattung geschult.

Darüber hinaus wird die Akademie für ärztliche Fortbildung allen Praxen ein Fortbildungsangebot zum Thema „Digitalisierung des Praxisalltags“ anbieten. Laut dem zuständigen Landesministerium gehe das Vorhaben damit deutlich über andere Modellprojekte hinaus. Als weitere besondere Ergänzung zu diesem Paket würde die Mobilität der Telemedizin-Assistenzkräfte durch die Möglichkeit, ein E-Auto zu leasen, unterstützt. Schließlich gehe es darum, dass die hoch qualifizierten Assistenzkräfte verstärkt im Außendienst eingesetzt werden.

Die Projektpartner des Landes sind in einer Projektgruppe organisiert. Dieser gehören an: Hausärzteverband Rheinland-Pfalz, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und Landesärztekammer, die in Rheinland-Pfalz vertretenen Krankenkassen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Patientenorganisationen.

7.7 Fachkräftesituation

Der Landkreis Mainz-Bingen hat als erster örtlicher Sozialhilfeträger in Rheinland-Pfalz den Schritt gewagt, einen „Qualitätsverbund Pflege“ anzubieten. Ziel dieses Verbundes ist es, einerseits die Qualität der Pflege weiterzuentwickeln und damit die Lebensqualität für die Seniorinnen und Senioren zu erhöhen, andererseits arbeiten die Teilnehmenden gemeinsam daran, das Image der Pflege zu verbessern und den Pflegeberuf insgesamt attraktiver zu machen.

Initiiert wurde das Projekt 2017 vom Geschäftsbereich III der Kreisverwaltung Mainz-Bingen. Dieser freiwillige Verbund bestand während der aktiven Projektphase von Frühjahr 2018 bis Ende 2020 aus rund zwei Drittel der stationären Pflegeeinrichtungen in der Region sowie Vertretern der Kreisverwaltung Mainz-Bingen. Während der dreijährigen Projektphase erfolgte zudem eine wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz (ISM). Im Zentrum der Projektarbeit stand das Thema „Lebensqualität in den Pflegeeinrichtungen“. Finanziert wurde das Projekt durch den Landkreis Mainz Bingen unter Beteiligung des Landes Rheinland-Pfalz (Förderung in Höhe von 10.000 EUR).

Nach dem Auslaufen des Projekts fanden die Treffen der beteiligten Pflegeeinrichtungen auch weiterhin statt. Allerdings ohne wissenschaftliche Begleitung durch das ISM. Seit 2021 tauschen sich die Mitglieder in regelmäßigen Treffen über spezifische Themen aus. Die zu Projektbeginn festgelegten verbindlichen Regeln für die Zusammenarbeit blieben auch weiterhin bestehen. Dazu gehört etwa der gegenseitige Respekt vor den Besonderheiten der einzelnen Häuser sowie der offene, vertrauensvolle und verschwiegene Umgang mit Informationen aus den verschiedenen Einrichtungen im Rahmen der Zusammenarbeit – dies ist besonders wichtig auch im Hinblick auf die bestehende Konkurrenzsituation.

Die Mitgliedschaft für die Pflegeeinrichtungen war und ist freiwillig und kostenfrei. Der „Qualitätsverbund Pflege“ ist keine zusätzliche Kontrollinstanz. Vielmehr dient er den Mitgliedern als Plattform zum gegenseitigen Austausch sowie als Ideenpool und Impulsgeber für die tägliche Arbeit im Berufsfeld „Pflege“. Ziel ist es weiterhin, über den direkten Austausch zwischen Einrichtungen und Landkreis auf eventuell aufkommende Probleme und Schwierigkeiten unmittelbar lösungsorientiert reagieren zu können.

In einem der ersten Treffen des Qualitätsverbundes im Jahr 2018 wurde als übergeordnetes und begleitendes Thema die Öffentlichkeitsarbeit genannt. Als oberstes Ziel verständigten sich die Teilnehmenden darauf, das Image der Pflege verbessern zu wollen. So konnten im Rahmen der gemeinsamen Aktivitäten ausgewählte Themen angesprochen und positive Beispiele aufgezeigt werden, um den Blick darauf zu lenken, was in der Pflege bereits gut gelingt.

Ein weiterer Workshop im Jahr 2018 widmete sich als Themenschwerpunkt der Ausbildungsbegleitung junger Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen. Näher beleuchtet wurden hier etwa die Themen „Begleitung in der Pflegeausbildung“ und „Praxisanleitung“, eingebettet in den Fragenkomplex „Wie können junge Menschen für den Pflegeberuf begeistert werden?“.

Im Januar 2020 hat sich der Qualitätsverbund mit der Reform der Pflegeausbildung beschäftigt. Zu Gast waren Vertreterinnen der Berufsbildenden Schule Ingelheim (BBS). Die BBS Ingelheim hat ihr Angebot zum Schuljahr 2020/2021 durch die Einrichtung der Fachschule für Altenpflegehilfe ergänzt. Die Ausbildung dauert ein Jahr und setzt sich zusammen aus dem theoretischen Unterricht an der Fachschule für Altenpflegehilfe sowie der praktischen Ausbildung in stationären, teilstationären oder ambulanten Einrichtungen der Altenpflege. Die Teilnehmenden des Qualitätsverbundes haben diese Erweiterung sehr begrüßt.

Darüber hinaus gibt es im Landkreis Mainz-Bingen noch weitere Aktivitäten im Vorfeld von Ausbildung oder Umschulung von Pflegekräften. Die Kreisvolkshochschule Mainz-Bingen bietet eine Weiterbildung in der Pflege- und Alltagsassistenten an. 2019 waren es 16 Teilnehmende. 2020 hingegen nur acht Personen, wobei pandemiebedingt der Kursbeginn mehrmals verschoben werden musste. 2021 kam pandemiebedingt kein Kurs zustande. Über das Jobcenter Mainz-Bingen wurde bei verschiedenen Trägern eine Weiterbildung zur „Wohngruppenassistentin inklusive Betreuungskraft §53c SGB XI“ durchgeführt. An dieser Maßnahme haben 2019 und 2021 jeweils acht Personen teilgenommen. 2020 waren es vier Teilnehmende, da hier die Maßnahmen pandemiebedingt erst im letzten Quartal starteten. Im Bereich der Ausbildung in der Pflege verzeichnet das Jobcenter Mainz-Bingen von Jahr zu Jahr einen Anstieg bei der Zahl der Teilnehmenden.

An Ausbildungen und Umschulungen hat das Jobcenter Mainz-Bingen im Jahr 2019 für die Helferausbildung neun Teilnehmende, 2020 vier sowie 2021 sechs Teilnehmende gewinnen können. Für die Altenpflege waren es 2019 sechs Personen, 2020 elf sowie 2021 sogar 13 Teilnehmende.

An Beschäftigungsaufnahmen im Bereich der Pflege lagen die Zahlen für das Jahr 2019 bei insgesamt 89 Altenpflegehelferinnen oder –helfern.

Darunter waren 74 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen. Eine Beschäftigung war gefördert nach § 16e SGB II, 14 weitere waren geringfügige Beschäftigungen.

Im Jahr 2020 haben insgesamt 69 Personen durch das Jobcenter Mainz-Bingen eine Beschäftigung im Bereich der Pflege aufgenommen. Von diesen waren 50 Beschäftigungen sozialversicherungspflichtig, drei gefördert nach § 16e SGB II, 16 weitere waren geringfügige Beschäftigungen.

Im Jahr 2021 konnten insgesamt 85 Altenpflegehelferinnen oder -helfer eine Beschäftigung aufnehmen. Davon waren 72 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen, zwei gefördert nach § 16e SGB II sowie elf geringfügige Beschäftigungen.

Im Bereich der Altenpflegerin oder –pfleger verzeichnete das Jobcenter Mainz-Bingen im Jahr 2019 insgesamt sechs sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen, im Jahr 2020 waren es insgesamt zwei. Im Jahr 2021 waren es wieder insgesamt sechs sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen.

Das Thema Fachkräftesituation stand auch im Mittelpunkt der Regionalen Pflegekonferenz am 07.10.2022. Rund 40 lokale Akteure sowie Expertinnen und Experten kamen dazu in der Kreisverwaltung zusammen. Zentrales Thema war die „Generalisierte Pflegeausbildung“, mit der ab dem Jahr 2020 die Ausbildungen der Gesundheits-, Kinderkranken- und Altenpflege zu einer EU-weit anerkannten, einheitlichen Berufsausbildung vereint wurden– der Pflegefachfrau beziehungsweise dem Pflegefachmann.

Teil III: Bedarfsanalyse

8. EINBEZIEHEN DER AKTEURE VOR ORT IN DEN PLANUNGSPROZESS

Um im Alter ein gutes Leben führen zu können, hat die Kommunalpolitik in Wahrnehmung ihrer Daseinsvorsorgeverantwortung zwei Ziele in den Blick zu nehmen: Sie muss die Teilhabechancen älterer Menschen weiterentwickeln und für eine gute und sichere Pflege sorgen. Dieser Anspruch erfordert eine besondere Herangehensweise beim Gestalten des Für- und Miteinanders der Generationen im gesellschaftlichen Leben. Diese sollte nicht lediglich auf projektfinanzierte, oft ehrenamtliche Arbeit beschränkt bleiben.

Im Sinne der kommunalen Selbstverwaltung kann der Landkreis mit seinen eingeschränkten Zuständigkeiten und Bezugspunkten hierbei lediglich in seiner Rolle als Koordinator und Moderator Unterstützung leisten. Hierbei kann er übergreifende Impulse setzen und regionale Leistungen koordinieren. In diesem Sinne bildeten die im ersten Teilbericht erarbeiteten Erkenntnisse der Bestandsaufnahme (Teil II) zu den Strukturen von Pflege und Sorge im Landkreis Mainz-Bingen die Basis für den im März 2022 angestoßenen Prozess der partizipativen Planung.

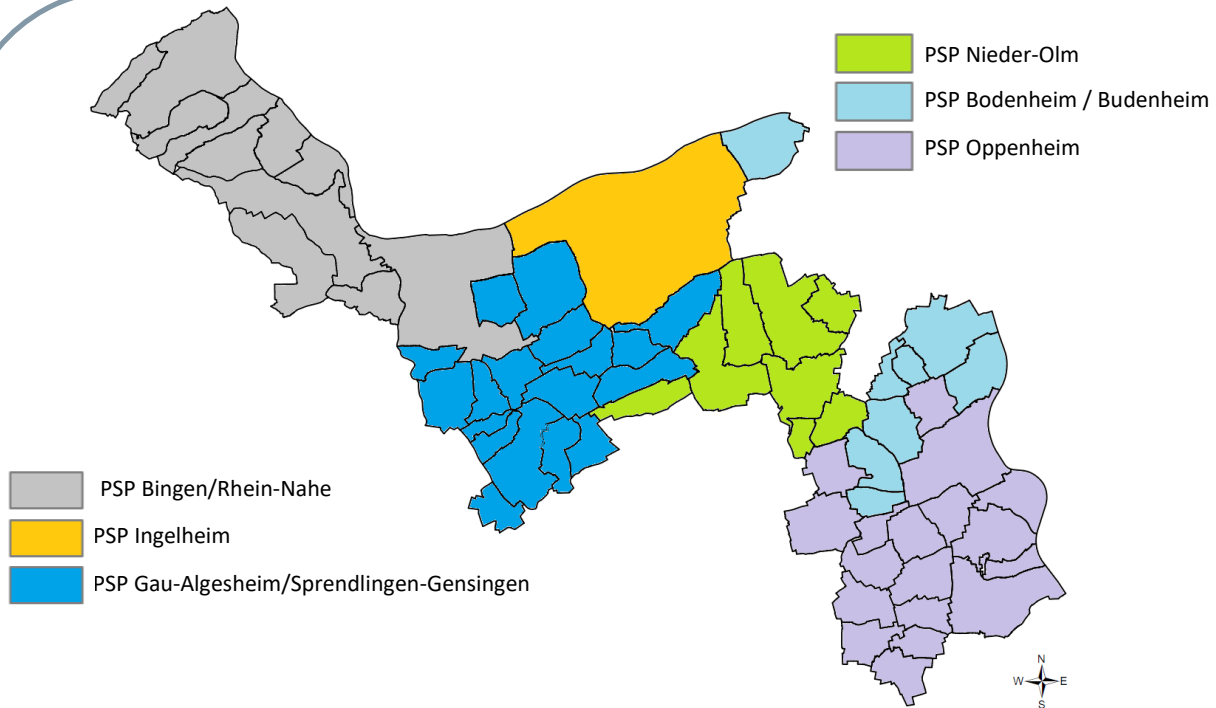
Als zentraler Ansatz dazu diene der gesetzliche Auftrag der Pflegestrukturplanung, wie er in Rheinland-Pfalz im LPflegeASG definiert ist. Darin stellt die Pflegestrukturplanung einen kommunikativen Prozess unter allen beteiligten Akteuren auf dem Gebiet der Pflege und Sorge dar. Das Leitbild der Bürgerkommune als Netzwerkverwaltung bildete dazu den Rahmen. Dem Landkreis kam hier die Rolle als moderierender und koordinierende Partner in der Pflegestrukturplanung zu.

Die lokalen Akteure und Experten wurden auf verschiedenen Ebenen in den Planungsprozess einbezogen. Neben der Regionalen Pflegekonferenz waren von den Kreisgremien beteiligt: Der Seniorenbeirat, der Sozialausschuss sowie die Enquetekommission Demografischer Wandel.

Zentraler Bestandteil des Beteiligungsprozesses waren außerdem die Kommunalworkshops unter dem Motto „Pflegestruktur – Gut altern in Mainz-Bingen“ in Bodenheim und Bingen. Zudem wurden Expertengespräche geführt und Online-Umfragen zum Thema Pflege und Sorge im Landkreis Mainz-Bingen initiiert. Daran beteiligt waren Vertreterinnen und Vertreter von Kommunen, Pflegestützpunkte, Betreiber von ambulanten und stationären Diensten sowie Vereine, Netzwerke und Bildungsträger.

Bei den Kommunalworkshops richtete sich der Blick in den Sozialraum vor Ort. Und zwar dort, wo Engagement, Ehrenamt, Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und Netzwerke im Vor- und Umfeld der Pflege anzutreffen sind. Bezugsrahmen waren die jeweiligen Beratungsbereiche der sechs im Landkreis Mainz-Bingen tätigen Pflegestützpunkte (Abbildung 37).

Abbildung 37: Sozialräume des Beteiligungsprozesses



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

8.1. Kernaussagen aus dem Beteiligungsprozess

Bereits in der Schlussbemerkung zum Datenreport von 2007 wurden die Entwicklung und Stärkung von bürgerschaftlichem Engagement sowie regionale Konzepte zur Vernetzung aller Akteure als Schwerpunkte der künftigen Pflegestrukturplanung benannt. Der damals für den Landkreis Mainz-Bingen entwickelte Netzwerkansatz zum Thema Demenz hat sich inzwischen als „Netzwerk Demenz Mainz-Bingen“ zu einer beispielgebenden Plattform gemeinsamer Zusammenarbeit entwickelt. Die Idee der Mehrgenerationenhäuser wird in der Stadt Ingelheim nachhaltig umgesetzt.

Die Ergebnisse aus dem im März 2022 angestoßenen Beteiligungsprozess verdeutlichen, dass dieser Auftrag der vernetzten Planung auch nach 15 Jahren nicht an Aktualität eingebüßt hat. Auch heutzutage geht es um den allgemeinen Erhalt sowie die Verbesserung der Lebensqualität, um Mobilität und Barrierefreiheit. Ebenso geht es um soziale Kontakte zur Vermeidung von Einsamkeit, um Gesundheit im Alter oder etwa die Entlastung von Angehörigen. Dies belegen auch die nachfolgenden Erkenntnisse aus den verschiedenen Aktivitäten des kommunikativen Prozesses mit den Akteuren.

- **Pflege findet zumeist im häuslichen Umfeld statt**
Der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist mehr oder weniger die letzte Wahl. Die „eigenen vier Wände“ werden aus vielerlei Gründen auch im Pflegefall vorgezogen. Der Anteil an „Junger Pflege“ (Altersgruppe unter 65 Jahre) im häuslichen Umfeld lag 2019 im Landkreis Mainz-Bingen sogar bei 85 Prozent.
- **Ambulanter Pflegebereich leidet besonders unter angespannter Fachkräftesituation**
Die 1:1-Betreuung wird als besondere Herausforderung genannt. Flächendeckende ambulante Versorgung wird durch unterfinanzierte Fahrtwege erschwert.
- **Anlassbezogener Zugang zum System der „Pflege und Sorge“**
Der Zugang zum System von Pflege und Sorge geschieht in der Regel anlassbezogen, wenn die Pflegesituation unvorbereitet „vom Himmel fällt“. Ohne direkte Betroffenheit ist beispielsweise in der Bevölkerung die Kenntnis von Sinn, Zweck und Arbeit der Pflegestützpunkte gering. Die kulturelle Identität im Bereich der Pflege gilt es dabei mit zu berücksichtigen.
- **Positives Netzwerkverständnis der Akteure von „Pflege und Sorge“ untereinander**
Die Kolleginnen und Kollegen in den sechs Pflegestützpunkten sind sehr gut mit den Akteuren im System von „Pflege und Sorge“ vernetzt, die in der Regionalen Pflegekonferenz abgebildet sind.
- **Kaum alternative Wohnformen**
Das Umsetzen von Projekten insbesondere in Form von Mehrgenerationen-Wohnprojekten ist mit besonderen Herausforderungen und hohen Hürden verbunden. Demenz- sowie auch Pflege-Wohngemeinschaften werden als gut und nachahmenswert bewertet.
- **„Ehrenamt braucht Hauptamt“**
Diese Erkenntnis wurde sowohl in den beiden Kommunalworkshops als auch in den Expertengesprächen gewonnen. Ob Besuchsdienste, Nachbarschaftsinitiativen oder Hospizarbeit. Dieses für die „Sorge und Pflege“ wichtige Engagement vor Ort ist getragen vom Ehrenamt. All diese ehrenamtlichen Tätigkeiten erfordern ein Mindestmaß an besonderen Qualifikationen und fachliche Begleitung. Das Leiten, Begleiten und Motivieren durch die hauptamtlichen Kräfte bei den Trägern dieser Dienste ist elementar.

8.2 Bilanz Kommunalworkshops Bodenheim und Bingen

Ziel der beiden Kommunalworkshops war es, Mitwirkende aus den verschiedenen Netzwerken vor Ort zum Thema „Sorge und Pflege“ zusammenzuführen, um gemeinsam Defizite, Bedarfe sowie Potenziale für gutes Altern herauszuarbeiten.

Wie die Beteiligten jeweils das Thema „Sorge + Pflege“ definierten zeigen die nachfolgenden beiden Abbildungen (Bodenheim Abbildung 38), Bingen Abbildung 39).

Abbildung 38: Definition „Sorge + Pflege“
Kommunalworkshop Bodenheim, 08.09.2022



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

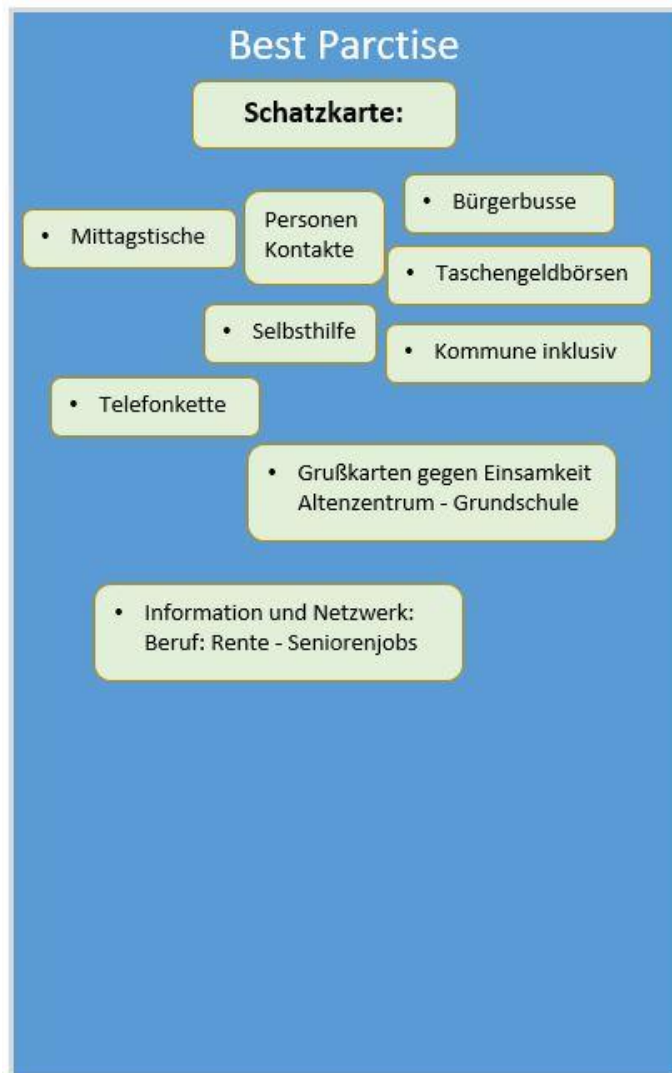
Abbildung 39: Definition „Sorge + Pflege“
Kommunalworkshop Bingen, 15.09.2022



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

„Tu Gutes und rede darüber!“ – Die nachfolgenden beiden Abbildungen zeigen, welche Aktivitäten und Initiativen in Bodenheim und Bingen jeweils als „Best Practise“ gekürt wurden (Bodenheim Abbildung 40, Bingen Abbildung 41).

Abbildung 40: „Best Practise“ Kommunalworkshop Bodenheim, 08.09.2022



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Abbildung 41: „Best Practise“ Kommunalworkshop Bingen, 15.09.2022



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

8.3 Zitate zu Handlungsbedarfen einer bedarfsgerechten Pflegestruktur

Im Rahmen der Pflegestrukturplanung führt die Verwaltung im Zeitraum Dezember 2022 bis April 2023 mit eigenen Bormitteln erstmals auch eigene Onlinebefragungen durch. Deren Ziel ist es, direkt gezielte Hinweise der verschiedenen Akteure im Bereich von "Sorge und Pflege" zur Pflegestruktur in der Region zu erhalten.

Dazu wurden die Akteure in insgesamt drei unterschiedliche Befragungsgruppen eingeteilt. Im Sinne einer nachhaltigen Fortschreibung ist es geplant, diese Form von Onlinebefragungen zu Themen der Pflegestruktur künftig anlassbezogen in unregelmäßigen Abständen durchzuführen.

In die Gruppe A eingeteilt sind die Akteure in der Pflege. Dazu zählen Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen, der Pflegestützpunkte und der Angebote zur Unterstützung im Alltag. Die Befragung dieser Gruppe ist inzwischen abgeschlossen.

In der Gruppe B wurden die Akteure der Kommunen eingeteilt. Das sind die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der Ortsgemeinden, Städte bzw. Verbandsgemeinden sowie der verbandsfreien Gemeinde Budenheim des Landkreises. Die Befragung dieser Gruppe dauerte zum Zeitpunkt der Fertigstellung des vorliegenden Berichtes (Februar 2022) noch an.

In die Gruppe C eingeteilt wurden so genannte Multiplikatoren. Dies sind Ehrenamtliche sowie Engagierte in der Senioren- und Behindertenarbeit, in Bürgervereinen oder sonstigen ehrenamtlichen Initiativen oder auch Trägern von Bildungsangeboten. Start dieser Befragung war geplant für April 2023.

Die Ergebnisse aller Umfragen sollen in den ersten „Kurzreport zur Pflegestruktur“ einfließen. Dieser wird im Laufe des Jahres 2023 erstellt. Ergänzend zum vorliegenden vierten Datenreport werden darin die Zahlen der Pflegestatistik 2021 eingearbeitet sein.

Für die Bedarfsanalyse (Teil III) im vorliegenden Bericht wurden als erstes Stimmungsbild zu den Befragungen die Angaben der Gruppe A und B zu Handlungsbedarfen in der Umsetzung einer bedarfsgerechten Pflegestruktur im Landkreis Mainz-Bingen herangezogen. Es handelt sich hierbei jeweils um eine offene Frage, bei denen die Befragten selbst eine Antwort formulieren sollten. Die Frage dazu an die in der Pflege tätigen Akteure (Gruppe A) lautete wie folgt:

„Welche Handlungsbedarfe in der Umsetzung einer bedarfsgerechten Pflegestruktur im Landkreis Mainz-Bingen sehen Sie aus Ihrer spezifischen Rolle im Pflegewesen?“

Von 38 Teilnehmenden haben diese Frage 25 beantwortet. Die Antworten sind in der nachfolgenden Auflistung aufgeführt und entsprechend als Zitat gekennzeichnet.

- „Akute Unterstützung in Notsituationen.“
- „Bekanntgabe der Ansprechpartner/Institutionen für ambulante oder stationäre Pflege im Amtsblatt.“
- „Bessere finanzielle Unterstützung der Pflegedienste.“
- „Dass die Angehörigen oft nicht wissen und verstehen, was es für Möglichkeiten zur Entlastung für zu Hause gibt. Und dass die Angehörigen zu Hause viel mehr informiert werden müssten, mit Flyer etc.“
- „Der Entlastungsbetrag von 125 € ist nicht ausreichend. In der Hauswirtschaft genügt es gerade mal für 2x 2 Stunden im Monat.“
- „Einen Markt wieder aufbauen, Hürden abbauen, Qualitätssicherung.“
- „Es besteht in fast allen Bereichen der Pflege und Versorgung ein Bedarf an 'mehr'. 'Mehr' an Anbietern und Versorgern. Aktuell insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege und bei Angeboten der Betreuung und hauswirtschaftlichen Unterstützung. Die Menschen haben massiv Schwierigkeiten, eine ambulante Pflege und Versorgung sicherzustellen. Das größte Problem scheint der personalen Mangel zu sein.“
- „Es braucht dringend neue Wohnformen wie z.B. generationsübergreifendes Wohnen oder gemeinschaftliche Wohnformen.“
- „Es fehlt vor allem Personal, aber auch Entlastung für Eltern mit behinderten Kindern, für junge pflegebedürftige, die nicht ins Altersheim passen.“
- „Fachkräftewerbung!“
- „Formelle Barrieren für ausländische Fachkräfte deutlich reduzieren.“
- „Gefühlt ist kein Bürokratieabbau, sondern eher das Gegenteil der Fall. Ich fürchte aber, dass der Landkreis hier nicht regulierend eingreifen kann.“
- „Häusliche Pflege gelangt immer mehr in den Zuständigkeitsbereich der Versorgung hochbetagter Menschen. Angehörige sehen sich nicht in der Pflicht oder können sich beruflich nicht frei machen. Politisch sollte an den Möglichkeiten zur Verbesserung der Freistellung zur Pflege gearbeitet werden. Pflegedienste sind im Angebot sehr beschränkt und zeitlich limitiert. Dass kurzfristig eine Verbesserung der Personalsituation zu erreichen ist, stelle ich in Zweifel. Arbeitsbedingungen, sinnlose Reglementierungen halten Menschen von der Freude an ihrer Arbeit ab.“

- *„Mehr Angebote vor allem für Angehörige.“*
- *„Mehr Ausbau der Pflegestützpunkte, weniger Doppelungen der Tätigkeiten.“*
- *„Mehr öffentliche Info, dass die Pflege nicht gesichert ist. Kunden gehen immer davon aus, dass es böser Wille ist, wenn man sie nicht mehr aufnehmen kann.“*
- *„Personalmangel besonders bei hauswirtschaftlicher Unterstützung, Entlastungsbetrag ist zu gering.“*
- *„Pflegekräftegewinnung.“*
- *„Stärkung Angehöriger, damit ambulante Versorgung funktioniert.“*
- *„Umgang mit Fachpersonal-Knappheit.“*
- *„Vernetzung über die Landkreisgrenzen hinweg, um die sich verschärfenden Versorgungslücken zu schließen. Steuerung der Angebotsstruktur, ggfls. mehr Druck und finanzielle Anreize, um Versorgungslücken zu durch Anbieter zu schließen.“*
- *„Von den unterschiedlichen Akteuren die Probleme und Verbesserungsvorschläge anzuhören und evtl. gemeinsam nach Lösungen suchen.“*
- *„Wir brauchen gutes Personal.“*
- *„Wünschenswert wären Veranstaltungen, die zu mehr Austausch/Kooperationen führen könnten und dazu verhelfen, bei Anfragen besser beraten/weiterleiten zu können.“*

Die entsprechende Frage an die kommunalen Akteure (Gruppe B) lautete wie folgt:

„Welche Handlungsbedarfe in der Umsetzung einer bedarfsgerechten Pflegestruktur im Landkreis Mainz-Bingen sehen Sie aus Ihrer spezifischen Rolle in der kommunalen Familie?“

Aus einer Stichprobe der laufenden Umfrage sind die exemplarischen Antworten in der nachfolgenden Auflistung aufgeführt und entsprechend als Zitat gekennzeichnet.

- *„Barrierefreie Gestaltung der Gemeinden als Ziel. Bezahlbarer barrierefreier Wohnraum sowie Angebot an rollstuhlgerechten Wohneinheiten. Über Bebauungspläne sollte Barrierefreiheit vorgeschrieben werden, damit sich Rollstuhlfahrer/innen nicht mehr ausgeschlossen fühlen. Bildung von Arbeitsgruppen mit konzentriertem Fachwissen.“*
- *„Beratung, Information, Koordination.“*
- *„Beratung: personelle Ressourcen aufstocken, Pflegeeinrichtungen: Personal-Schlüssel anpassen, Ärzte: Wege schaffen, die Kontaktaufnahme auch für Senior*innen, unkompliziert und schnell zu ermöglichen, Fachärzte: schnellere Terminvergabe.“*
- *„Es sollte ein Netzwerk aufgebaut werden, das private Trägerschaften, ehrenamtliche Beauftragte sowie Initiativen in einen festen Verbund und einen stehenden Austausch über eine Plattform führt. Schlüsselstelle sollte der Landkreis sein.“*
- *„Förderung ehrenamtlicher Strukturen.“*
- *„Hilfe vor Ort für alte und hilfsbedürftige Menschen ohne Pflegegrad und ohne Angehörige im Ort“*
- *„Mehr Aufklärung.“*
- *„Träger der ambulanten Pflege können den Bedarf nicht decken - wie kann der Landkreis strukturell helfen? Hilfe ist nötig.“*
- *„Wir haben das in den letzten 5 Jahren auch mit Unterstützung des Landkreises abgearbeitet.“*

8.4 Bausteine einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik

Die Handreichung des Deutschen Vereins zur Fachtagung vom April 2013 mit dem Titel „Begleiten, unterstützen, stärken – Das Potenzial bürgerschaftlichen Engagements für Pflegebedürftige in einer Sorgenden Gemeinschaft“ bietet einen guten bundesweiten Überblick zu Aktivitäten einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik. In der Einleitung dazu heißt es dazu unter anderem:

„Die Bundesregierung hat die lokale Ebene in verschiedenen Zusammenhängen in den Blick genommen und unterstützt ihre Entwicklung mit vielfältigen Projekten und Maßnahmen. Seit 2006 fördert der Bund Mehrgenerationenhäuser im Rahmen von Aktionsprogrammen. Die derzeit 450 Mehrgenerationenhäuser bringen als niedrigschwellige und generationenübergreifende Anlaufstellen in den Kommunen alle Generationen zusammen. In Mehrgenerationenhäusern begegnen sich Menschen verschiedenen Alters und jeder Herkunft, sie engagieren sich und unterstützen sich gegenseitig. Mehrgenerationenhäuser unterstützen ältere Menschen in ihrem Bestreben, möglichst lange selbstbestimmt im vertrauten Umfeld leben zu können. Damit sind sie zu einem vielerorts unverzichtbaren Teil der sozialen Infrastruktur geworden. Sie können in Sorgenden Gemeinschaften eine Vorreiterrolle spielen.

Denn sie ergänzen die bereits vorhandenen Angebote im Bereich Alter und Pflege sowie die lokalen Pflegedienstleistungen und tragen so zu einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur bei. Mit ihren passgenauen Angeboten und Unterstützungsleistungen ermöglichen sie es Älteren, länger ein selbstbestimmtes und aktives Leben in der Mitte der Gesellschaft zu führen. Im Mittelpunkt steht dabei das freiwillige Engagement aller Altersgruppen, auf dem eine Vielzahl der Angebote und Unterstützungsleistungen basiert und durch das die gesellschaftliche Teilhabe aller Generationen gefördert wird.“⁵⁹

Die im Rahmen unseres Beteiligungsprozesses zusammengetragenen Anregungen, Praxisbeispiele und festgestellten Handlungsbedarfe decken sich eng mit dem Konzept der vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik. Dieses Konzept ist in der FGW-Studie „Vorbeugende Pflege- und Sorgepolitik – Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale in NRW“ dargestellt. Die Bausteine daraus zu einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik lassen sich auch auf den Landkreis Mainz-Bingen anwenden.⁶⁰ Dieser Ansatz ist insofern zielführend, da der vorliegende Datenreport in Kapitel 7.2.1.1 erstmals auch das Thema der informellen Pflege in den Mittelpunkt stellt. Einige Punkte aus dem Konzept lassen sich durchaus mit den Problemlagen verknüpfen, die sich aus unsrem Beteiligungsprozess ergeben haben.

⁵⁹ Deutscher Verein (2017): S. 6 f

⁶⁰ Bröker/Leiber/Leitner (2017), S. 2 ff

Als Bausteine einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik für den Landkreis Mainz-Bingen lassen sich zu den nachstehenden Handlungsbedarfen folgende Handlungsansätze ableiten.

Handlungsbedarf aus Perspektive pflegender Angehöriger/Pflegebedürftiger:

Pflegende Angehörige sind erhöhten Gesundheits-, Erwerbs- und Altersarmutsrisiken ausgesetzt. Davon sind Frauen nach wie vor stärker betroffen. Das Pflegeengagement von Männern hat im Zeitverlauf zugenommen. Es ist gesellschaftlich wahrzunehmen und weiter zu fördern. Somit benötigen auch Pflegepersonen Beratung und Planung ihrer eigenen Pflegesituation und Unterstützungsleistungen in Abstimmung mit ihren spezifischen Bedarfen.

Handlungsansätze:

„Junge Pflege“ als Handlungsfeld in den Fokus nehmen

Die Pflegestatistik 2019 weist für den Landkreis Mainz-Bingen 1.436 Pflegebedürftige auf, die unter 65 Jahre alt sind. Von diesen werden rund 85 % zur Hause versorgt. Doch nicht immer ist die Pflege zu Hause möglich, beispielsweise bei Alleinstehenden oder Pflegebedürftigen, deren Angehörige zu alt für die Pflege sind. Die junge Pflege stellt besondere Anforderungen, passende Angebote und Einrichtungen fehlen häufig. Oft sind zudem die Angehörigen und das soziale Umfeld mit dieser Situation überfordert und auf Unterstützung angewiesen.

„Kultursensible Pflege“ als Handlungsfeld in den Fokus nehmen

Pflege, die allen gerecht werden will, hat auch kulturelle Unterschiede zu achten. Dieser Aspekt ist dem Gesetzgeber bei der Pflege so wichtig, dass er im Sozialgesetzbuch direkt angesprochen wird. Dort heißt es im SGB XI unter Paragraph 1, Satz 5 unter anderem „... und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.“

Teilung von Pflegeverantwortung und Pflegemix fördern

Gemeint sind gemischte Pflegearrangements, in denen Angehörige gemeinsam mit ambulanten Diensten die häusliche Pflege gestalten.

Zeitrechte und armutsfeste Sicherung für Pflegepersonen gewährleisten

Gemeint ist, zur Diskussion um die Gleichwertigkeit der Aufgaben Kinderbetreuung und Pflege Lösungen zu finden, mit denen den Erwerbs- und Armutsrisiken pflegender Angehöriger entgegenwirkt werden soll.

Betriebe in die Verantwortung nehmen

Laut der Studie liegt der zentrale Schlüssel für eine gelingende Vereinbarkeitspolitik in einer pflegesensiblen Betriebskultur. Diese setzt unter anderem Führungskräftebildungen voraus.

Handlungsbedarf in Bezug auf ambulante Versorgungsstrukturen:

Seit Mitte der 1990er fand ein zunehmender Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen statt. Die Nachfrage wird weiter steigen.

Das verschärft die Herausforderungen:

- a) Fachpersonal in ausreichendem Maß zu finden
- b) Angebote – auch im Bereich „Unterstützung im Alltag“ – flächendeckend zur Verfügung zu stellen.

Handlungsansätze:

Ambulante Versorgungsangebote ausbauen und flexibilisieren

Fehlende Koordination der unterschiedlichen ambulanten Versorgungsangebote und Intransparenz der verfügbaren Angebotspalette scheinen die Hauptprobleme für Informationsdefizite und dem daraus resultierenden hohen Beratungsbedarf bei den Pflegebedürftigen zu sein. Die Koordination von Hilfen wird etwa dadurch erschwert, dass komplexe Hilfebedarfe unterschiedliche Leistungen erfordern. Diesen wiederum liegen unterschiedliche Strukturen der Finanzierung und Leistungserbringung im gegliederten deutschen Sozialsystem zugrunde.

Pflegebedürftige frühzeitig erreichen

Gemeint ist, den bestehenden gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung weiter publik zu machen. Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen könnten mit einem abgestuften Beratungssystem frühzeitig erreicht werden. Als ergänzendes Element dazu könnten Beratungsstrukturen im hausärztlichen Bereich dienen. Auf Grund des hohen Vertrauens in den Hausarzt könnte hierzu ein geriatrisches Screenings in der Hausarztpraxis angewendet werden.

Handlungsbedarf zu alternativen Ressourcen von Pflege und Sorge vor Ort:

Eine Neujustierung der „Pflege vor Ort“ ist ein zunehmend wichtiger Leitgedanke politischer Reformen. Dieser ist mit der Stärkung dezentraler Einheiten gegenüber dem zentralisierten Pflegeversicherungssystem verbunden. Die Altenhilfe ist jedoch nach wie vor eine freiwillige Leistung. Wie Altenhilfe ausgestaltet wird, hängt stark von den politischen Gegebenheiten und Prioritäten vor Ort, sowie dem Engagement von Einzelpersonen und Netzwerken ab. Notwendige, insbesondere dauerhaft angelegte materielle und finanzielle/personelle Ressourcen wurden im Rahmen des PSG III nicht auf die kommunale Ebene übertragen. Finanzielle Mittel für kommunalen Aufgaben im Bereich Altenhilfe und Pflege werden vorwiegend über Projektförderungen bereitgestellt und sind somit nicht nachhaltig angelegt.

Handlungsansätze:

Rechtsansprüche älterer Menschen auf Unterstützungsleistungen der Altenhilfe ausbauen

Gemeint ist zu prüfen, inwiefern sich ein Rechtsanspruch älterer Menschen auf Unterstützungsleistungen der Altenhilfe umsetzen lässt. Die Diskussion, inwiefern Altenhilfe als eine pflichtige Aufgabe eingeführt werden kann sollte nicht gescheut werden.

Transfer nachhaltiger Finanzressourcen auf die kommunale Ebene

Die finanzielle Ausstattung der Kommunen für nachhaltige Strukturen zu „Sorge und Pflege“ vor Ort ist dem bisherigen Weg der „Projektitis“ vorzuziehen.

Handlungsbedarf zu alternativen Ressourcen von Pflege und Sorge vor Ort:

Eine vorbeugende Pflege- und Sorgpolitik, die häusliche Pflegearrangements langfristig stärken will, sollte auch alternative Ressourcen der Pflegeversorgung mit einbeziehen. Hierzu wären vor allem zivilgesellschaftliche Potenziale für die Versorgung von Pflegebedürftigen zu aktivieren, wie sie im Siebten Altenbericht der Bundesregierung gefordert. Dazu wäre die Kooperation und Vernetzung aller Akteure im Sozialraum zu unterstützen.

Handlungsansätze:

Quartiere (landkreisbezogen Ortsgemeinden/Stadtteile) generationengerecht gestalten

Die generationengerechte Gestaltung des Sozialraums sowie die nähräumliche Versorgung mit Lebensmitteln und Verbrauchsgütern, Handwerksleistungen, Banken, Gesundheits- und Pflegedienstleistungen und Kontaktmöglichkeiten erleichtern älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen den Verbleib im gewohnten Wohnumfeld Ortsgemeinde/Stadtteil. Familien bietet ein solches Umfeld Anreize zum Niederlassen.

Professionelles Back-up für zivilgesellschaftliche Ressourcen

Zur Förderung von lebendigen Nachbarschaften und so genannten „Sorgenden Gemeinschaften“ ist eine erforderliche dauerhafte professionelle Begleitung wissenschaftlich nachweisbar. Diese müsse mit entsprechenden Finanzmitteln gestützt werden.

Die Beratung für Live-in-Pflegearrangements sensibilisieren

Die Polarisierung der Wohnformen im Alter zwischen eigenständig bewirtschafteter Wohnung und stationärer Unterbringung gilt es zu durchbrechen.

Richtungsweisend für das Thema „Wohnen im Alter“ könnten etwa Haus- oder Wohngemeinschaften sein, in denen sich die Bewohner und Bewohnerinnen gegenseitig Hilfe leisten und bei Bedarf auch Soziale Dienste von außen hinzuziehen können. Dieser Zugang ist bislang noch mit hohen Hürden zum Umsetzen verbunden.

8.5 Pflegekräfte gewinnen – Möglichkeiten und Grenzen des Landkreises

2020 wurden die Ausbildungen der Gesundheits-, Kinderkranken- und Altenpflege zu einer EU-weit anerkannten, einheitlichen Berufsausbildung vereint – der Pflegefachfrau beziehungsweise dem Pflegefachmann.

Mit Blick auf die angespannte Fachkräftesituation im Bereich der Pflege setzten sich die Träger und Institutionen im Landkreis Mainz-Bingen mit diesem Aspekt im Rahmen der Regionalen Pflegekonferenz des Landkreises Mainz-Bingen am 7. Oktober 2022 auseinander. Im Fokus stand dabei das damit verbundene neue Angebot der Berufsbildenden Schule (BBS) Ingelheim. Daher war die BBS Ingelheim Kooperationspartner der Veranstaltung. Dort startet ab dem Schuljahr 2023/2024 die berufliche Ausbildung in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Der theoretische und praktische Unterricht wird dann mit gut ausgestattetem Pflegelabor im neuen Schulgebäude der BBS stattfinden. Für den Schulbesuch ist eine Anmeldung in Verbindung mit einem Vertrag in einer Pflegeeinrichtung erforderlich.

Die zuständige 2. Kreisbeigeordnete Schultheiß-Lehn betonte, dass es dabei insbesondere für die Altenpflege gelte, regionale Ausbildungsinfrastrukturen und die direkte Zusammenarbeit von Altenpflegepraxis und anderen Trägern der praktischen Ausbildung sowie der BBS-Pflegeschule zu fördern. Dieser Herausforderung stelle sich der Landkreis neben seiner Rolle als Schulträger auch im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages zur Pflegestrukturplanung als Netzwerkaufgabe. Imke Högner, Studiendirektorin an der BBS Ingelheim, stellte den Teilnehmenden die Eckpunkte der neukonzipierten Pflegeausbildung vor.

Im Rahmen der Pflegekonferenz wurden die Herausforderungen dieser Ausbildung in zwei Workshops aufgegriffen. Den ersten Workshop zur Akquise von Einsatzorten in der Generalistik leitete Referentin Pia Hilscher, Koordinierungsfachkraft der Kompass Koordinierungsstelle in Rheinland-Pfalz. Zur Präsentation der Ergebnisse im Plenum stellte sie auch die Praxisplatzbörse der Zentralen Koordinierungsstelle (ZKS) vor. Dieses Instrument dient dazu, die Vernetzung und gegenseitige Akquise zu gewährleisten. Infos hierzu gibt es auf www.kompass.rlp.de/praxisplatzboerse.

Den zweiten Workshop „Lernortkooperation – Der Qualitätsbaustein in der generalistischen Pflegeausbildung“ leitete Ines Kopp, Referentin und Beraterin für Pflegeausbildungen in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA). Positive und negative Erfahrungen im Zusammenhang mit den Kooperations- oder Verbundbeziehungen in den Pflegeausbildungen wurden gesammelt und Lösungsvorschläge erarbeitet. Wo stehen wir aktuell und an welchen Punkten muss kurz- und langfristig angesetzt werden?

In der Ideenbörse zum Schwerpunkt „Akquise von Auszubildenden“ erörterten die Teilnehmenden darüber hinaus unterschiedliche Werbemöglichkeiten für die Berufsausbildung: Diese reichen von Social Media über Printmedien bis hin zu Infoveranstaltungen auf Messen und in Onlineforen. Referentin hier war Linda Blessing von der Jugendberufsagentur plus Mainz-Bingen.

TEIL IV: ZIELPLANUNGSPROZESS

9. HANDLUNGSOPTIONEN

9.1 Prozessorganisation

Im Kapitel 4. „Was bisher geschah“ sind die zahlreichen bisherigen Aktivitäten aufgeführt, welche aus Ergebnissen und Empfehlungen der vorangegangenen Pflegestrukturplanung aufgegriffen und in ihrer kontinuierlichen Gestaltung des demografischen Wandels berücksichtigt wurden. Die aufgezeigte Entwicklung ist nachhaltiger Beleg dafür, dass dem Gestalten des demografischen Wandels im Landkreis Mainz-Bingen seit geraumer Zeit ein hoher Stellenwert zukommt. Diese gewachsenen Strukturen gilt es auch weiterhin wirkungsorientiert und zielgerichtet zu nutzen.

Den vierten Datenreport legt die Verwaltung in ausgesprochen herausfordernden Zeiten vor, welche nur wenig Spielraum für notwendige und nachhaltige Weichenstellungen der lokalen Pflegeinfrastruktur im Landkreis Mainz-Bingen bieten.

Die ausgearbeiteten Handlungsempfehlungen in diesem Kapitel tragen diesem Fakt Rechnung. Sie orientieren sich ebenfalls an dem inzwischen enger gewordenen finanziellen Spielraum des Landkreises, der aufgrund des geänderten kommunalen Finanzausgleichs des Landes im Jahr 2023 rund 25 Millionen Euro weniger einnimmt. Eine unabwendbare Tatsache, die es zu berücksichtigen gilt.

Das Umsetzen der erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur im Landkreis sollte weiter forciert werden. Daher liegt der Schwerpunkt der nachstehenden Handlungsempfehlungen auf kreativen Lösungsansätzen. Die Handlungsempfehlungen der bisherigen Datenreporte sowie zusammenfassender Bestandsanalysen zum Thema demografischer Wandel stehen hier gemäß der Demografiestrategie des Landkreises (Abbildung 42) in enger Abhängigkeit zueinander.

Abbildung 42: Demografiestrategie Landkreis Mainz-Bingen



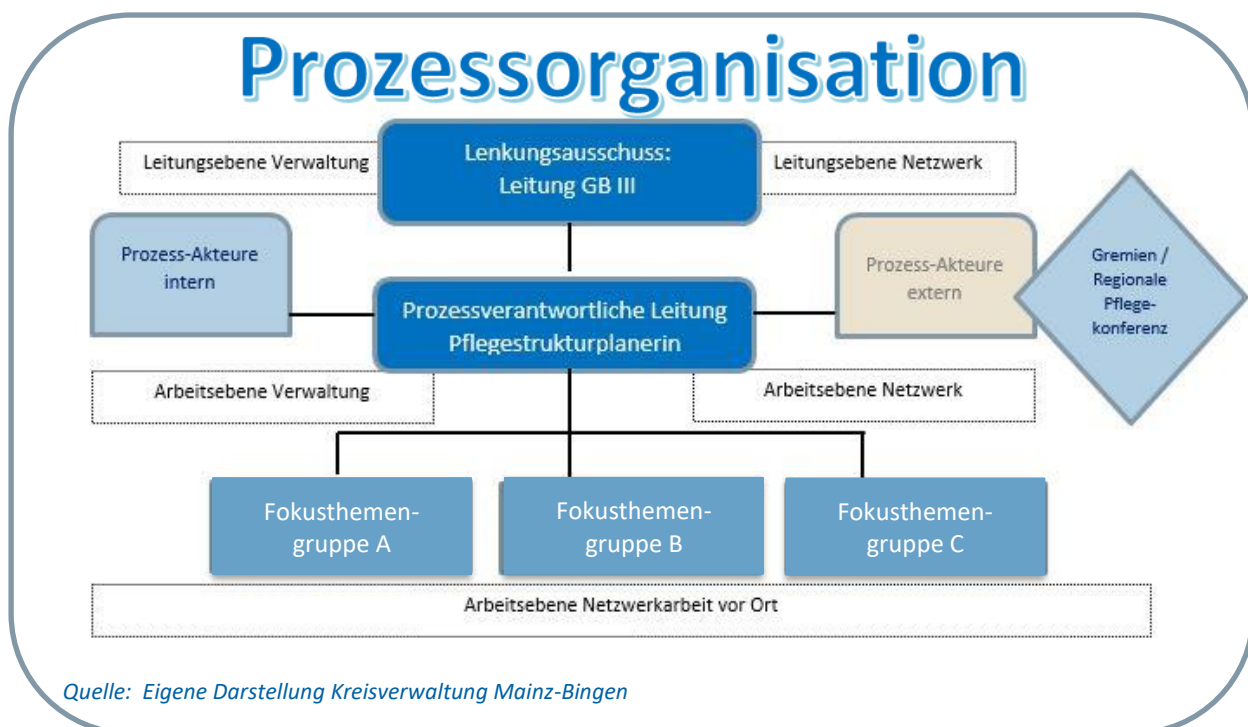
Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Der Eintritt der Babyboomer in den Ruhestand stellt auch die Pflegestruktur im Landkreis Mainz-Bingen vor einen großen Wandel. Die im vorliegenden Datenreport aufgezeigten Handlungsoptionen bedingen eine bedarfsgerechte Flexibilität. In diesem Sinne stehen vor allem die Maßnahmen im Fokus, die auf regionaler Ebene im Landkreis Mainz-Bingen angesprochen und umgesetzt werden können. Diese sollen insbesondere zur Orientierung in der politischen Diskussion dienen, um die Planungsinhalte und –prozesse zielführend, transparent und messbar im Rahmen der entwickelten Prozessorganisation von den zu beteiligten Akteuren umsetzen zu lassen (Abbildung 43).

Das Erarbeiten und Diskutieren von Handlungsansätzen erfolgt im Rahmen von Fachgesprächen zu bestimmten Fokusthemen. Je nach Betroffenheit, Interesse und Expertise entsenden die Akteure der Regionalen Pflegekonferenz dazu ihr Personal. Aus den Fachgesprächen heraus werden anlassbezogen zu unterschiedlichen Fragestellungen Handlungsoptionen diskutiert und ausgearbeitet und im Idealfall als verbindliche gemeinsame Zielvereinbarungen definiert. Diese wären über die Regionale Pflegekonferenz den zuständigen Kreisgremien zur Entscheidung vorzulegen.

Dieser Ansatz kann nur gelingen, wenn der Prozess der gemeinsamen Definition von strategischen Zielvereinbarungen auch von allen politischen Parteien, Vertretern von Vereinen, Verbänden, regionalen Schlüsselakteuren mitgetragen wird. Das gilt insbesondere für die Mithilfe vor Ort in den Kommunen sowie deren Bürgerinnen und Bürger.

Abbildung 43: Prozessorganisation Pflegestrukturplanung Mainz-Bingen



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

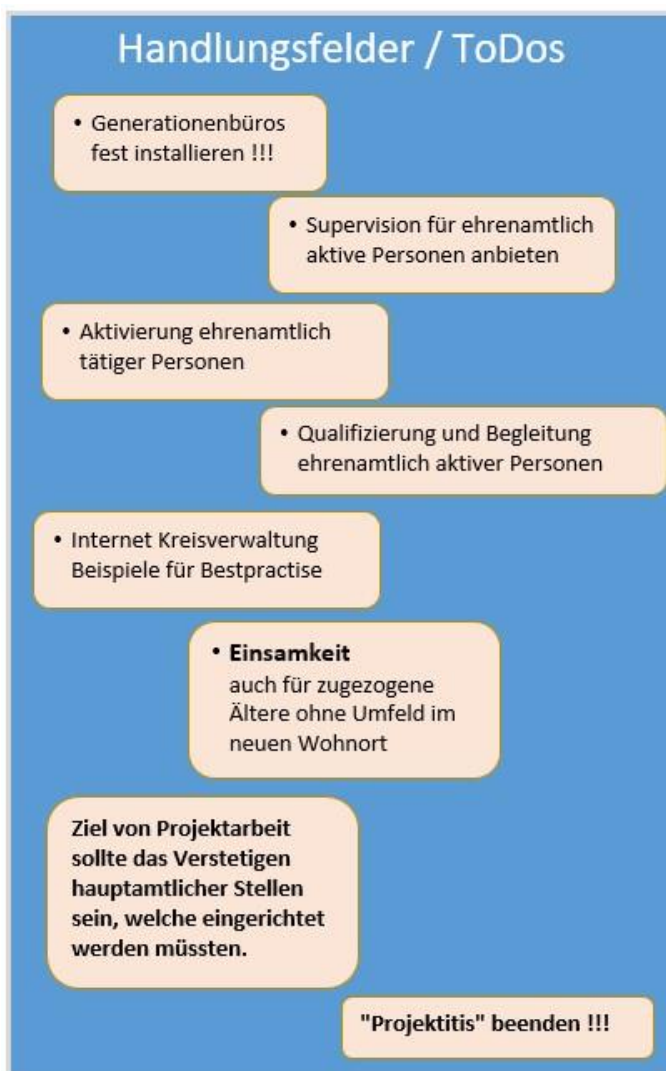
9.2 Handlungsempfehlungen

Die Aussage „Im Jahr 2030 werden in der Region Rheinhessen xy Pflegekräfte fehlen“, würde keinem Akteur im System weiterhelfen. Daher gilt es Antworten darauf zu finden, wie die Strukturen verändert und an sich wandelnde Realitäten angepasst werden können. Welche strategischen Ziele lassen sich beispielsweise gemeinsam verbindlich vereinbaren, wenn die Erkenntnis ist: „Das bisherige System kann nicht funktionieren, weil demografiebedingt nicht ausreichend Nachwuchskräfte vorhanden sein werden“.

In diesem Bericht aufgeführte Handlungsansätze, die vornehmlich durch Landes- oder Bundespolitik beeinflusst werden können, wären entsprechend im Zuge der anstehenden Gesetzgebungsverfahren denjenigen Akteuren im System mit dem Weg zu geben, welche im Namen der Kommunen an den Verhandlungstischen sitzen.

In den beiden Kommunalworkshops von September 2022 wurden folgende Handlungsfelder auf die „To-Do-Liste“ gesetzt (Bodenheim Abbildung 44, Bingen Abbildung 45).

Abbildung 44: „To-Do-Liste“ Kommunalworkshop Bodenheim, 08.09.2022



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Abbildung 45: „To-Do-Liste“ Kommunalworkshop Bingen, 15.09.2022



Quelle: Eigene Darstellung Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Es wird empfohlen, diese Handlungsfelder sowie die Bausteine einer vorbeugenden Pflege- und Sorgepolitik (Kapitel 8.4) für die im Prozessverlauf vorgesehenen Fachgespräche zu folgenden Fokusthemen zusammenfassen:

- **Pflegekräfte gewinnen in Mainz-Bingen**
- **Generationendialog zu Kooperation und Vernetzung im Sozialraum**
- **Definition „Junge Pflege“ und „Kultursensible Pflege“ als neue Handlungsfelder**

In diesen Fachgesprächen ist die Kreativität aller Akteure gefragt, die vom Landesgesetzgeber als Teilnehmer für die Regionale Pflegekonferenz vorgesehen sind. Vor diesem Hintergrund verfolgt der vorliegende Bericht das Ziel, unter den Akteuren aus dem Bereich von „Sorge und Pflege“ sowie insbesondere auf kommunalpolitischer Ebene zur fachbezogenen Diskussion anzuregen. Das Ausgestalten der Pflegestruktur im Landkreis ist dabei als Querschnittsaufgabe zu begreifen, die nur im gemeinsamen Dialog zukunftsorientiert weiterzuentwickeln ist.

Aufgabe der Pflegestrukturplanung in diesem Prozess ist das Netzwerkmanagement. Damit sind auch die Entwicklungen beim Fortsetzen der bisherigen Anstrengungen zu beobachten und begleiten. Die Pflegestrukturplanung bildet dabei nur ein Teilbereich der Sozialplanung in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen ab. Der demografische Wandel berührt jedoch alle Geschäftsbereiche der Verwaltung. Von daher wird empfohlen, die vorliegenden Ergebnisse unter Einbezug aller Geschäftsbereiche für die Arbeit der Kreisgremien aufbereiten zu lassen.

9.3 Fazit

Pflegestrukturplanung mit der Schnittstellenkompetenz „Pflege und Sorge“ sollte ein ebenso bedeutendes Thema der Zukunft sein wie der Klimaschutz, die Jugendhilfe, die Wirtschaft und der Tourismus. Die Planung der kommunalen Pflegestrukturen als Teil der sozialen Daseinsvorsorge ist ein Querschnittsthema, welches in allen Politikfeldern kommunalen Handelns mitberücksichtigt werden sollte.

Das PSG III wurde von den verantwortlichen Akteuren auf Bundes- und Landesebene mit dem Ziel verabschiedet, Kommunen im Bereich der pflegerischen Beratungs- und Angebotsversorgung stärker einzubinden. Dieses Ziel folgt einem Kompromissweg, der auf Kooperation zwischen Akteuren und auf Modellvorhaben setzt.

Mit diesen politischen Erwartungen und Aufgaben im Bereich der Altenhilfe und Pflege wurden damals allerdings nicht zwingend auch automatisch die dafür notwendigen, insbesondere dauerhaft angelegten Ressourcen auf die kommunale Ebene transferiert.⁶¹

Im Sinne der kommunalen Selbstverwaltung regeln Gemeinden und Städte „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung“. Dazu zählt auch das Gestalten der Lebensverhältnisse aller dort im Sozialraum lebenden Generationen.

Damit liegen vorbeugende Ansatzpunkte der Altenhilfe sowie Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger sowohl in den Kommunen als auch bei den Trägern im Bereich der freiwilligen Ausgaben. Mit Blick auf die gewünschte Nachhaltigkeit bestehender Initiativen vor Ort sollten die Akteure für dieses Thema nachhaltig sensibilisiert werden.

Einen positiven Lichtblick dazu gibt es beispielsweise in der Stadt Gau-Algesheim. Dort entstand 2012 mit der Caritas aus Projektmitteln des Bundes eine „Sorgende Gemeinschaft“. Nach dem Auslaufen der Projektgelder ist es Träger und Stadt 2022 gelungen, gemeinsam eine vorerst nachhaltige Lösung zur Finanzierung der Personalstelle der hauptamtlichen Koordinierungskraft zu finden.

Dieses Praxisbeispiel belegt exemplarisch, dass der Sozialraum Kommune nicht alleine auf ehrenamtlichen Strukturen bauen kann. Es braucht dazu zwingend ebenfalls den Aufbau hauptamtlicher Strukturen, die längerfristige Perspektiven gewährleisten und welche die stetig steigenden Koordinationsanforderungen des Systems von Sorge und Pflege begleiten.

Das Realisieren von wohnortnahen, bedarfs- und gemeinwesenorientierter Unterstützungsstrukturen ist ohne das Errichten nennenswerter hauptamtlicher Stellenkapazitäten für das Themenfeld Alter und Pflege nur schwer umsetzbar. Das könnte von der Kreispolitik gegenüber den übergeordneten gesetzgebenden Stellen als eine zentrale Mindestvoraussetzung gefordert werden.

Einen guten Überblick der mitwirkenden Akteure vermittelt das Plakat „Unser Gesundheitssystem“, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Dieses ist als Anlage 7 im Anhang auf Seite 154 aufgeführt.

⁶¹ Vgl. Brüker/Leiber/Leitner (2017), S. 4

Der mit diesem Bericht dargestellte Prozess der Pflegestrukturplanung im Sinne einer Netzwerkkommune ist sehr komplex. Viele Fragen gilt es beim Umsetzen der aufgezeigten Handlungsansätze in diesem Zusammenhang zu beachten.

Dies sind beispielsweise:⁶²

- Wie gelingt das Zusammenspiel zwischen dem freiwilligen, unverfügbaren bürgerschaftlichen Engagement und den professionellen Akteuren?
- Wie vereinbart sich das spontane, nicht verpflichtende Ehrenamt mit dem Sicherstellungsauftrag der Kommunen?
- Wie kann die Zusammenarbeit zwischen den Handelnden im Sozialraum gelingen, wenn ein nicht geringer Teil hier gewinnorientiert unterwegs ist? Können aus Konkurrenten Partner werden?
- Wird es gelingen, das erforderliche zivilgesellschaftliche Engagement zu rekrutieren?
- Werden die Kommunen diese Aufgaben leisten können, wenn die damit verbundenen Aktivitäten weiterhin als freiwillige kommunale Leistung angesehen werden?

⁶² Kruse, Jens-Peter (2018), S. 5

10 ANHANG:

10.1 Glossar⁶³

Ambulante Pflegedienste

Erfasst werden die ambulanten Pflegedienste, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Absatz 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

Arbeitsanteil für den Pflegedienst/das Pflegeheim nach SGB XI

Der Arbeitsanteil für den Pflegedienst/das Pflegeheim gibt an, in welchem Maß die Beschäftigten der Einrichtung, gerechnet auf ihre Gesamtarbeitszeit, dafür eingesetzt werden, Leistungen nach dem SGB XI zu erbringen.

Eingestreute Kurzzeitpflege

Plätze (Betten) in der vollstationären Dauerpflege, die kurzfristig flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können.

Eingliedrige Pflegeeinrichtungen

Eingliedrige Pflegeeinrichtungen leisten ausschließlich ambulante oder ausschließlich stationäre Pflege nach dem SGB XI.

Freigemeinnützige Träger

Träger der freien Wohlfahrtspflege (einschließlich Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts). Hierzu gehören: Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland sowie Organisationen, die den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen sind.

Sonstiger Gemeinnütziger Träger sind alle, die keinem der vorgenannten Verbände angeschlossen sind.

Geschlecht

Personen mit der Signierung „ohne Angabe“ nach dem Personenstandsgesetz werden dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Jeder Pflegebedürftige wird einem Pflegegrad zugeordnet. Es zählt der am Stichtag bewilligte Pflegegrad.

Kombinationsleistung

Kombinationsleistung von Geld- und Sachleistung liegt vor, wenn die/der Pflegebedürftige die ihm zustehende häusliche bzw. stationäre Pflege nur teilweise in Anspruch nimmt und daneben ein anteiliges Pflegegeld erhält.

Mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen

Mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen leisten sowohl ambulante als auch teil- und/oder vollstationäre Pflege nach dem SGB XI.

⁶³ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg., 2021), S. 7 ff

Mischeinrichtungen

Mischeinrichtungen bieten neben Leistungen nach dem SGB XI auch Leistungen auf Grund anderer Rechtsgrundlagen an (beispielsweise Leistungen nach SGB V, betreutes Wohnen, Altenheim).

Nicht-gemischte Einrichtungen

Nicht-gemischte Einrichtungen werden ausschließlich auf Grund des SGB XI tätig.

Öffentliche Träger

Kommunale Träger sind kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z. B. GmbH, Stiftung), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung.

Sonstiger öffentlicher Träger ist z. B. der Bund, ein Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts.

Personal

Zum Personalbestand einer Pflegeeinrichtung gehören alle, die dort beschäftigt sind, die also in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen. Bei gemischten und mehrgliedrigen Einrichtungen werden nur Beschäftigte gezählt, die auch für den Pflegedienst oder das Pflegeheim arbeiten. Die Beschäftigten werden nach dem Beschäftigungsverhältnis und dem Beschäftigungsumfang erhoben.

Pflegebedürftige

Erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftige/r ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegegraden 1 bis 5. Somit werden Personen, die zwar auf pflegerische Hilfe angewiesen sind, jedoch nicht die Voraussetzungen für die Pflegebedürftigkeit gemäß dem Gesetz erfüllen, nicht berücksichtigt.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen (§ 14 Absatz 1 SGB XI).

Im Sinne dieser Legaldefinition wurden die in den Jahren 2013 und 2015 erfassten Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nicht zu den Pflegebedürftigen gerechnet.

Pflegebedürftige in Heimen versorgt

Hier werden die Pflegebedürftigen zugeordnet, die vollstationäre (Dauer-/Kurzzeitpflege) oder teilstationäre Pflege (Tages-/Nachtpflege) durch die nach SGB XI zugelassenen Pflegeheime erhalten. Im stationären Bereich werden auch die Pflegebedürftigen in die Erhebung einbezogen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in die Pflegeeinrichtung aufgenommen wurden und Leistungen nach dem SGB XI erhalten, für die jedoch noch keine Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad vorliegt. Da in diesen Fällen die Zuordnung eines Pflegegrades oftmals erst rückwirkend mit einem Zeitverzug von bis zu sechs Monaten erfolgt, ist dieser Personenkreis bereits zum Erhebungsstichtag mit zu berücksichtigen. Bei der teilstationären Pflege werden die versorgten Pflegebedürftigen erfasst, mit denen am 15. Dezember ein Vertrag besteht. Nicht erfasst werden im vollstationären Bereich die Empfänger/-innen von Pflegeleistungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI.

Pflegebedürftige zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste versorgt

Hier werden die Pflegebedürftigen erfasst, die von einem nach SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen (einschließlich Kombinationsleistungen oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) erhalten. In der Regel erfolgt hierbei auch zusätzliche Pflege durch Angehörige.

Pflegebedürftige allein durch Angehörige versorgt

Hier werden die Pflegebedürftigen zugeordnet, die Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 Absatz 1 SGB XI erhalten. Nicht berücksichtigt werden hier Pflegebedürftige, denen bei Bezug von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege zusätzlich parallel hälftiges Pflegegeld nach § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB XI gewährt wird.

Pflegegeld

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld für pflegebedürftige Leistungsempfänger nach SGB XI ist – wie bei den Aufwendungen für alle übrigen pflegebedürftigen Leistungsempfänger gemäß SGB XI – nach den fünf Pflegegraden gestaffelt.

Pflegegeldempfänger/-innen

Diese werden entweder nur von Angehörigen oder von anderen Personen nach § 37 SGB XI oder zusätzlich von ambulanten Pflegeeinrichtungen in Form von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI versorgt.

Die Empfänger von Pflegegeldleistungen (Pflegegeldempfänger) werden nach dem Wohnort des Empfängers erfasst, unabhängig vom Sitz der Leistungsträger (Pflegekassen oder privates Versicherungsunternehmen), der innerhalb oder auch außerhalb von Rheinland-Pfalz liegen kann.

Pflegegrade

Im Zuge der Pflegereform wurden die bisherigen Pflegestufen in fünf neue Pflegegrade umgewandelt. Diese Überleitung ist in § 140 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) verankert. Seit Januar 2017 werden Pflegebedürftige je nach ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit in die fünf Grade eingestuft und erhalten entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI sind pflegebedürftige Personen wie folgt zugeordnet:

- Pflegegrad 1 = Personen mit geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.
- Pflegegrad 2 = Personen mit erheblicher Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die zuvor in der „Pflegestufe 0“ mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe 1 eingestuft wurden.
- Pflegegrad 3 = Personen mit schwerer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die zuvor in der Pflegestufe 1 mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe 2 eingestuft wurden.
- Pflegegrad 4 = Personen mit schwerster Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die zuvor in der Pflegestufe 2 mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe 3 eingestuft wurden.
- Pflegegrad 5 = schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung, die zuvor in der Pflegestufe 3 mit eingeschränkter Alltagskompetenz und/oder Härtefall eingestuft wurden.

Pflegeheime

Statistisch erfasst werden die Pflegeheime, die

- durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Absatz 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten, die selbständig wirtschaften,
- in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft gepflegt werden und
- ganztägig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können,

Private Träger

Private Träger sind Einrichtungen, die von privat-gewerblichen Trägern unterhalten werden.

Überwiegender Tätigkeitsbereich

Angabe über den Arbeitsbereich für den die/der Beschäftigte die meiste Stundenzahl der Arbeitszeit leistet.

Vergütung

Am Stichtag 15. Dezember gültige Entgelte für Pflegeleistungen sowie für soziale Betreuung und (soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht) medizinische Behandlungspflege aufgeteilt nach Pflegesätzen und Unterkunft und Verpflegung. Zusatzleistungen nach dem SGB XI sind nicht einzubeziehen.

Zahl der verfügbaren Plätze

Als verfügbare Plätze zählen die am Stichtag zugelassenen und tatsächlich verfügbaren Pflegeplätze, die von dem Pflegeheim gemäß Versorgungsvertrag nach SGB XI vorgehalten werden, unabhängig von den am Stichtag belegten Plätzen. Die Pflegeplätze sind den verschiedenen Pflegearten wie Dauerpflege, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege

9.2. Quellen

Bertelsmann Stiftung (2018): Demografietypisierung 2020, Übersicht der Kommunenzuordnung Berichtsjahr 2018, abrufbar unter; https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132144/%C3%9Cbersicht_Kommunenzuordnung.pdf/ac11b1ef-f612-c9f3-5098-60d3ce73f1c1?t=1624364691764, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Braeseke/Naegele/Engelmann (2021): Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen, in: Pflege-Report 2021, Jacobs/Kuhlmei/Greß/Klauber/Schwinger (Hrsg.). Springer-Verlag; Berlin, Heidelberg

Brüker/Leiber/Leitner (2017): Vorbeugende Pflege- und Sorgopolitik Herausforderungen und (kommunale) Gestaltungspotenziale in NRW, in: FGW-IMPULS VORBEUGENDE SOZIALPOLITIK 05, Düsseldorf, abrufbar unter: http://fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/Impuls-VSP-05-Leiber-Leitner-A1-web.pdf, zuletzt abgerufen am 28.02.2023

Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. (2021): Siebter Pflegebericht der Bundesregierung, Berlin abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2021): Demografiepolitik im Querschnitt, Berlin 2021

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. BMFSFJ, Berlin, abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

compass private pflegeberatung GmbH (o. J.): "Darum gibt es uns", in: Scribb, <https://www.compass-pflegeberatung.de/ueber-uns/darum-gibt-es-uns>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Destatis -Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2019. Download unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#sprg234062, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Deutscher Bundestag (2016): Drucksache 18/10210 "Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/102/1810210.pdf>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022"

Deutscher Landkreistag (2021): Gemeinsame Erklärung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der kommunalen Spitzenverbände, Veröffentlicht: 05. März 2021, abrufbar unter: https://www.landkreistag.de/images/stories/themen/Senioren/Gemeinsame_Erkl%C3%A4rung_BAGFW_-_komSpV_5.3.21_Layout.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Deutscher Verein (2017): Bürgerschaftliches Engagement in einer Sorgenden Gemeinschaft – Perspektiven zur Unterstützung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger, abrufbar unter: https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/hauptnavigation/peq/pdf/buergerschaftliches_engagement_in_einer_sorgenden_gemeinschaft_barrierefrei.pdf, zuletzt abgerufen am 28.02.2023

DZA - Deutsches Zentrum für Altersfragen: Hoffmann/Alcántara/Gordo (2021): 2.6 "My home is my castle«: Verbundenheit mit der eigenen Wohnung im Alter", in: Datenreport 2021 Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Statistisches Bundesamt/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung/Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), Bonn 2021 in der Reihe Zeitbilder

GEWOS Institut für Stadt-, Regional- und Wohnforschung GmbH (2019): Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen. März 2019, abrufbar unter: https://www.mainz-bingen.de/default-wAssets/docs/Bauen-Energie-Umwelt/Bauen/Wohnungsmarktkonzept-Gewos_lang.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Greß, Stefan u. Jacobs, Klaus (2021): Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung, in: Pflege-Report 2021, Jacobs/Kuhlmey/Greß/Klauber/Schwinger (Hrsg.). Springer-Verlag; Berlin, Heidelberg, abrufbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-63107-2.pdf>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

ISG - Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (2020): Kommunale Pflegeplanung im Rhein-Erft-Kreis, Köln 2020

Kirschstein, Gisela (2020): Ambulante Pflegedienste schlagen Alarm, in: Öffentlicher Anzeiger, 25.09.2020

Kruse, Jens-Peter (2018): Kommunale Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Altern“, Hannover

KV RLP -Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Hrsg. (2021): Kreisdaten zur vertragsärztlichen Versorgung. Kreis Mainz-Bingen, abrufbar unter https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/Kreisdaten_Mainz-Bingen.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

KV RLP -Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Hrsg. (2015): Stadt Mainz und Kreis Mainz-Bingen. Kreisatlas zur Vertragsärztlichen Versorgung, abrufbar unter: <https://docplayer.org/46820998-Stadt-mainz-und-kreis-mainz-bingen.html>, zuletzt aufgerufen am 16.03.2022

Landesamt für Soziales Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz (2022): Vergütungsangelegenheiten SGB XI/SGB XII, 10.02.2022, abrufbar unter: <https://lsjv.rlp.de/de/unsere-aufgaben/pflege/verguetungsangelegenheiten-sgb-xisgb-xii>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Landtag Rheinland-Pfalz, (2020): "Situation der Intensivpflege in Rheinland-Pfalz", Drucksache 17/11665 zu Drucksache 17/11330, in: Scribbr, 03.04.2020, <https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/11665-17.pdf>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Matzk/Tsiasioti/Behrendt/Jürchott, Schwinger (2021): Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Pflege-Report 2021, Jacobs/Kuhlmey/Greß/Klauber/Schwinger (Hrsg.). Springer-Verlag; Berlin, Heidelberg 2021

Ministerium des Innern und für Sport Rheinlandpfalz (o. Jahr):, Online-Service, Begriff

"Landesentwicklungsprogramm (LEP), abrufbar unter: <https://ris.rlp.de/de/service/begriffe/#c22910>, zuletzt abgerufen am 15.03.2022

Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung des Landes

Rheinland-Pfalz, (o. J.): "Betreutes /Service-Wohnen für ältere Menschen", in: Scribbr,

<https://sozialportal.rlp.de/wohnen/betreutes-wohnen/service-wohnen/?Z=0>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung des Landes

Rheinland-Pfalz, (o. J.b): "Unterstützung im Alltag - Angebote zur Unterstützung im Alltag", in:

Scribbr, <https://sozialportal.rlp.de/aeltere-menschen/unterstuetzung-im-alltag/>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Planungsgemeinschaft Rheinhessen-Nahe (Hrsg.)2020: Regionaler Raumordnungsbericht

Rheinhessen-Nahe 2020, Mainz, S. 1 https://www.pg-rheinhessen-nahe.de/downloads/Gesamtfassung_ROB_2020_neu.pdf “

pm pflegemarkt com GmbH, (2022): "Bauradar Januar 2022: 736 Pflegestandorte", in: Scribbr,

04.01.2022, <https://www.pflegemarkt.com/2022/01/10/bauradar-januar-2022/>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Reichwein, Dr. Alfred (2014): KGSt-Köln, 19.Europäischer Verwaltungskongress. Februar 2014, abrufbar unter:

<https://slideplayer.org/slide/1283116/3/images/5/2.+Kommunen+agieren+in+unterschiedlichen+Leitbildern>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bei der LZG (2019):

Arbeitshilfe zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2022): "Statistische Berichte - Pflegeeinrichtungen und

Pflegegeldempfänger/-innen am 15. bzw. 31. Dezember 2021, abrufbar unter:

https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/2013/K2013_202101_2j_K.pdf, zuletzt abgerufen am 14.04.2023

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2021): "Statistische Berichte - Pflegeeinrichtungen und

Pflegegeldempfänger/-innen am 15. bzw. 31. Dezember 2019, abrufbar unter:

https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/K/2013/K2013_201901_2j_K.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2023): Kommunaldatenprofil Mainz-Bingen

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2021b): Kommunaldatenprofil Mainz-Bingen

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2020): Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz -

Ein Vergleich in Zahlen, Bad Ems 2020, abrufbar unter:

https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/kreisuebersichten/Kreisuebersichten_2020.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Steitz, Georg (2007): Bericht zur Regionalen Pflegestrukturplanung nach dem LPflegeASG. Hg. V.

Landkreis Mainz-Bingen GB Jugend- und Soziales Ingelheim

Stratmann, Jutta (2021): Vergleichende Untersuchung zur kommunalen Altenarbeit, BAGSO (Hrsg), Bonn 2021

Verbraucherzentrale (2022): Die neue Pflegereform und was Sie dazu wissen sollten, Januar 2022, abrufbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/die-neue-pflegereform-und-was-sie-dazu-wissen-sollten-63628>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Verbraucherzentrale (2021): „Was Pflegegrade bedeuten und wie die Einstufung funktioniert“, in: Scribb, 04.11.2021, <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/was-pflegegrade-bedeuten-und-wie-die-einstufung-funktioniert-13318#>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Verbraucherzentrale (2021b): "Tages- und Nachtpflege: eine Stütze für die Pflege zuhause", in: Scribb, 19.08.2021, <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause/tages-und-nachtpflege-eine-stuetze-fuer-die-pflege-zuhause-13297>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, (o.J): "Landesberatungsstelle Barrierefrei Bauen und Wohnen", in: Scribb, <https://www.verbraucherzentrale-rlp.de/barrierefreiheit>, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

ZRNN - Zweckverband Rhein-Nahe Nahverkehrsverbund KöR: Castellanos, P. und Meinhart R. (2019): ÖPNV-Konzept für das Gebiet des Zweckverbandes Rhein-Nahe Nahverkehrsverbund (ZRNN). Präsentation Kreisausschuss Landkreis Mainz-Bingen (11.03.2019), abrufbar unter: https://www.mainz-bingen.de/default-wAssets/docs/Arbeit-Mobilitaet-Wirtschaft/OePNV/20190311_Praesentation_OePNV-Konzept.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2022

9.3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kommunen agieren in unterschiedlichen Leitbildern	S. 10
Abbildung 2a: Pflegestrukturplanung als kommunaler Steuerungsprozess	S. 12
Abbildung 2b: Sozialräume in den Kommunen des Landkreises Mainz-Bingen	S. 12
Abbildung 2c: Zusammensetzung regionale Pflegekonferenz in Mainz-Bingen	S. 15
Abbildung 3: Überblick über die Gesetze, Projekte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung seit 2015	S. 17
Abbildung 4: Themen und Struktur des Siebten Altenberichts	S. 22
Abbildung 5: Eckdaten zur Pflegestatistik 2021 und 2019 im Landkreis Mainz-Bingen	S. 25
Abbildung 6: Babyboomer - Lebensphasen und Pflegepotenziale	S. 29
Abbildung 7: Clustersystem zur Sachstandsanalyse der Verwaltung	S. 30
Abbildung 8: Bilanz der Jahre 2013 bis 2019 zum Demografie-Förderprogramm des Landkreises Mainz-Bingen	S. 39
Abbildung 9: Bilanz der Jahre 2018 und 2019 zum Förderprogramm Seniorinnen und Senioren des Landkreises Mainz-Bingen	S. 40
Abbildung 10: Bilanz der Jahre 2009 und 2019 zu Förderungen des Mainz-Binger Seniorenbeirates	S. 40
Abbildung 11 Schnittstellen von Pflege und Sorge	S. 42
Abbildung 12: Karte Region Rheinhessen-Nahe	S. 46
Abbildung 13: Pflegestützpunkte im Landkreis-Umriss	S. 47
Abbildung 14: Tabelle 6 aus Wohnungsmarktkonzept Landkreis Mainz-Bingen	S. 54
Abbildung 15: Kartenausschnitt Nahbereiche im Landkreis Mainz-Bingen	S. 59
Abbildung 16: Bevölkerungsverteilung und Flächenanteil in der Region Rheinhessen-Nahe 2018	S. 63
Abbildung 17: Anteile von Siedlungs- und Verkehrsflächen in der Region Rheinhessen-Nahe	S. 64
Abbildung 18: Bevölkerung nach Altersgruppen Region Rheinhessen-Nahe 2018	S. 68
Abbildung 19: Bevölkerungspyramide des Landkreises Mainz-Bingen im Jahr 2020	S. 70
Abbildung 20: Bevölkerungspyramide des Landkreises Mainz-Bingen im Jahr 2040	S. 70
Abbildung 21: Bevölkerungspyramide der Stadt Mainz 2040	S. 71
Abbildung 22: Das Begutachtungsinstrument mit den sechs Modulen	S. 73
Abbildung 23: Pflegebedürftige Personen Landkreis Mainz-Bingen absolut und je 1.000 Einwohner/-innen im Zeitverlauf von 2009 bis 2019	S. 77
Abbildung 24 Pflegebedürftige nach Altersgruppe und Geschlecht Landkreis Mainz-Bingen 2019	S. 78
Abbildung 25: Pflegebedürftige nach Versorgungsart Landkreis Mainz-Bingen 2019	S. 79
Abbildung 26: Verteilung der Versorgungsarten im regionalen Vergleich 2019	S. 80
Abbildung 27: Verteilung der Pflegegrade bei Pflegebedürftigen im Landkreis Mainz-Bingen (2019)	S. 81
Abbildung 28: Anteil Pflegebedürftiger an Pflegegraden nach Leistungsbezug 2019	S. 82
Abbildung 29: Anteil an Pflegegraden nach Geschlecht	S. 83
Abbildung 30: Pflegebedürftige nach Alter und Pflegegrad 2019	S. 84
Abbildung 31: Anteil der Hilfe zur Pflege (7. Kapitel) an Bruttoausgaben für Sozialhilfe nach SGB XII 2019	S. 85
Abbildung 32: Hilfe zur Pflege: Fallzahlen nach Leistungsarten im Zeitverlauf	S. 86
Abbildung 33: Herkunft der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege 2019	S. 98
Abbildung 34a: Gesundheitswesen mit 3 Säulen	S. 106
Abbildung 34b: System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	S. 107
Abbildung 35: Räumliche Verteilung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, Stand 30.06.2021	S. 108

Abbildung 36: Versorgungsbereich: Anzahl der Versorgungsaufträge im Landkreis Mainz-Bingen	S. 109
Abbildung 37: Sozialräume des Beteiligungsprozesses	S. 117
Abbildung 38: Definition „Sorge + Pflege“ Kommunalworkshop Bodenheim, 08.09.2022	S. 119
Abbildung 39: Definition „Sorge + Pflege“ Kommunalworkshop Bingen, 15.09.2022	S. 119
Abbildung 40: „Best Practise“ Kommunalworkshop Bodenheim, 08.09.2022	S. 120
Abbildung 41: „Best Practise“ Kommunalworkshop Bingen, 15.09.2022	S. 120
Abbildung 42: Demografiestrategie Landkreis Mainz-Bingen	S. 130
Abbildung 43: Prozessorganisation Pflegestrukturplanung Mainz-Bingen	S. 131
Abbildung 44: „To-Do-Liste“ Kommunalworkshop Bodenheim, 08.09.2022	S. 132
Abbildung 45: „To-Do-Liste“ Kommunalworkshop Bingen, 15.09.2022	S. 132

9.4. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Akteure und Zuständigkeiten der Pflegeversorgung gemäß SGB XI	S. 19
Tabelle 2: Demografietypen im Landkreis Mainz-Bingen	S. 44
Tabelle 3: Pflegestützpunkte mit Beratungsbereichen	S. 47
Tabelle 4: Verfügbares Einkommen Bevölkerung der Planungsregion Rheinhessen-Nahe	S. 48
Tabelle 5: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Planungsregion Rheinhessen-Nahe	S. 49
Tabelle 6: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Planungsregion Rheinhessen-Nahe	S. 50
Tabelle 7: Anteil Älterer an Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung von 2009 - 2020	S. 51
Tabelle 8: Anteil Älterer an Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Wohnort in den Verwaltungsbezirken des Landkreises im Dezember 2020	S. 52
Tabelle 9: Anteil Älterer an Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung am Wohnort in den Beratungsbereichen der Pflegestützpunkte des Landkreises im Dezember 2020	S. 52
Tabelle 10: Entwicklung Seniorenhaushalte bezogen auf den kommunalen Zuschnitt	S. 55
Tabelle 11: Entwicklung Seniorenhaushalte bezogen auf die Beratungsbereiche der Pflegestützpunkte	S. 56
Tabelle 12: Nahbereiche im Landkreis Mainz-Bingen mit zugehörigen Gemeinden	S. 57
Tabelle 13: Gegenüberstellung neue Pflegegrade und ehemalige Pflegestufen	S. 58
Tabelle 14: Bürgerbus-Angebote im Landkreis Mainz-Bingen, Stand: Dezember 2021	S. 61
Tabelle 15: Bevölkerungsentwicklung Landkreis Mainz-Bingen 2011 bis 2020	S. 65
Tabelle 16: Bevölkerungsentwicklung der Jahre 2015, 2017 und 2019 bezogen auf die Beratungsbereiche der Pflegestützpunkte im Landkreis Mainz-Bingen	S. 66
Tabelle 17: Bevölkerung 2011 und 2020 nach Altersgruppen im Landesvergleich	S. 67
Tabelle 18: Bevölkerungsprognose Mainz-Bingen 2017-2035	S. 69
Tabelle 19: Entwicklung in Mainz-Bingen der unter 18- und über 65-Jährigen 2017-2035	S. 72
Tabelle 20: Gegenüberstellung neue Pflegegrade und ehemalige Pflegestufen	S. 74
Tabelle 21: Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad und Leistungsart in Euro pro Monat	S. 76
Tabelle 22: Weitere Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig vom Pflegegrad	S. 76
Tabelle 23: Weitere Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig vom Pflegegrad	S. 76
Tabelle 24: Die sechs Pflegestützpunkte im Landkreis nach Einwohner pro Beratungsbereich 2015, 2017 und 2019	S. 90
Tabelle 25: Anzahl ambulanter Pflegedienste im Landkreis Mainz-Bingen in den Jahren 2015 bis 2021	S. 93
Tabelle 26: Entwicklung des Angebotes an stationären Dauerpflegeplätzen im Landkreis Mainz-Bingen	S. 94
Tabelle 27: Angebot und Nachfrage an stationären Dauerpflegeplätzen im Landkreis Mainz-Bingen	S. 97
Tabelle 28: Alternative Wohnformen im Landkreis Mainz-Bingen	S. 102
Tabelle 29: Erreichbarkeit nächstgelegener Hausarztpraxis im Landkreis Mainz-Bingen	S. 109
Tabelle 30: Altersstruktur der Ärzte im Landkreis Mainz-Bingen	S. 110

9.5 Anlagen

Anlage 1:

Übersicht über die zentralen Pflege-Gesetze im Berichtszeitraum

Gesetz / Verordnung	Beschreibung
Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) Inkrafttreten ab: 01.01.2016 BGBl. I 2015 S. 2424	Zum 1. Januar 2017 werden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument in das SGB XI eingeführt. Damit erhalten erstmals alle versicherten Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung – unabhängig davon, ob sie an körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen leiden. Beratung und Qualitätssicherung werden gestärkt. Pflegenden Angehörige werden in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert. Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2017 um 0,2 %punkte angehoben.
Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) Inkrafttreten: 01.01.2017 BGBl. I 2016 S. 3191	Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im Recht der Sozialhilfe verankert. Die Pflege vor Ort wird gestärkt und die Beratung weiter ausgebaut. Damit werden Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt. Kontrollmöglichkeiten werden verschärft, um Abrechnungsbetrug in der Pflege noch wirksamer zu bekämpfen. Sicherstellung der Refinanzierung von Entlohnungen bis Tarifhöhe in der Langzeitpflege.
Pflegeberufegesetz (PflBG) (PflAFinV, PflAPrV) Inkrafttreten ab: 25.07.2017 BGBl. I 2017 S. 2581	Es wird der Grundstein für eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflegeausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege ab dem Jahr 2020 gelegt (gestuftes Inkrafttreten bis 1. Januar 2020). Dazu gehören die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV - Inkrafttreten 1. Januar 2019) sowie die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV - gestuftes Inkrafttreten bis 1. Januar 2020).
Dritte Pflegearbeitsbedingungenverordnung (3. Pflege-ArbStättV) Inkrafttreten: 01.11.2017 BGBl. I 2017 S. 3200	Dritte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vom 1. August 2017. Aufgehoben durch die Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche vom 22. April 2020, die zum 1. Mai 2020 in Kraft getreten ist. Die Verordnung erhöht den Pflegemindestlohn.
Beitragssatzanpassung Inkrafttreten: 01.01.2019 BGBl. I 2018 S. 2587	Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2019 um 0,5 %punkte angehoben.

Gesetz / Verordnung	Beschreibung
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) Inkrafttreten: 01.01.2019 BGBl. I 2018 S. 2394	Mehr Stellen und Förderprogramme zur Verbesserung der Pflege in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen, zur Digitalisierung, zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege sowie zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Regelungen zum neuen Qualitätssicherungssystem in der vollstationären Pflege; Prüfauftrag für Landesrahmenverträge für flexiblen Personaleinsatz in verschiedenen Versorgungsbereichen; einheitliches Vergütungsverfahren zu Wegezeiten in der ambulanten Pflege; Ermöglichung von Videosprechstunden durch niedergelassene Ärzte; Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen; Ausbau der Selbsthilfeförderung; Sicherstellung der Refinanzierung
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Inkrafttreten: 11.05.2019 BGBl. I 2019 S. 646	Es wird die Möglichkeit eröffnet, ambulante Betreuungsdienste als neues professionelles Versorgungsangebot zuzulassen. Die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln wird verbessert und die Einführung der elektronischen Patientenakte vorbereitet.
Pflegelöhneverbesserungsgesetz Inkrafttreten: 29.11.2019 BGBl. I 2019 S. 1756	Die Pflegekommission zur Erarbeitung von Mindestlöhnen in der Pflege wird gestärkt. Zudem wird das Verfahren für eine mögliche Erstreckung eines bundesweiten Tarifvertrags auf die gesamte Langzeitpflegebranche gesetzlich geregelt.
Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) Inkrafttreten: 19.12.2019 BGBl. I 2019 S. 2562	Das Gesetz sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, um die Versorgung der Versicherten durch Digitalisierung zu verbessern. Pflegeeinrichtungen können sich freiwillig an die Telematikinfrastruktur anschließen. Sie erhalten die Ausstattungskosten sowie Kosten des laufenden Betriebs von der Pflegeversicherung erstattet. Parallel wird die Einbindung von Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines größeren Modellvorhabens umfassend erprobt.
Angehörigen-Entlastungsgesetz Inkrafttreten: 01.01.2020 BGBl. I 2019 S. 2135	Eltern und Kindern mit einem Jahresbruttoeinkommen von bis zu 100.000 Euro zum Unterhalt Angehöriger wird in der Sozialhilfe ausgeschlossen. Dies ist v. a. relevant für Angehörige stationär versorgter Pflegebedürftiger, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind.

Quelle: Übernommen aus Siebter Pflegebericht der Bundesregierung

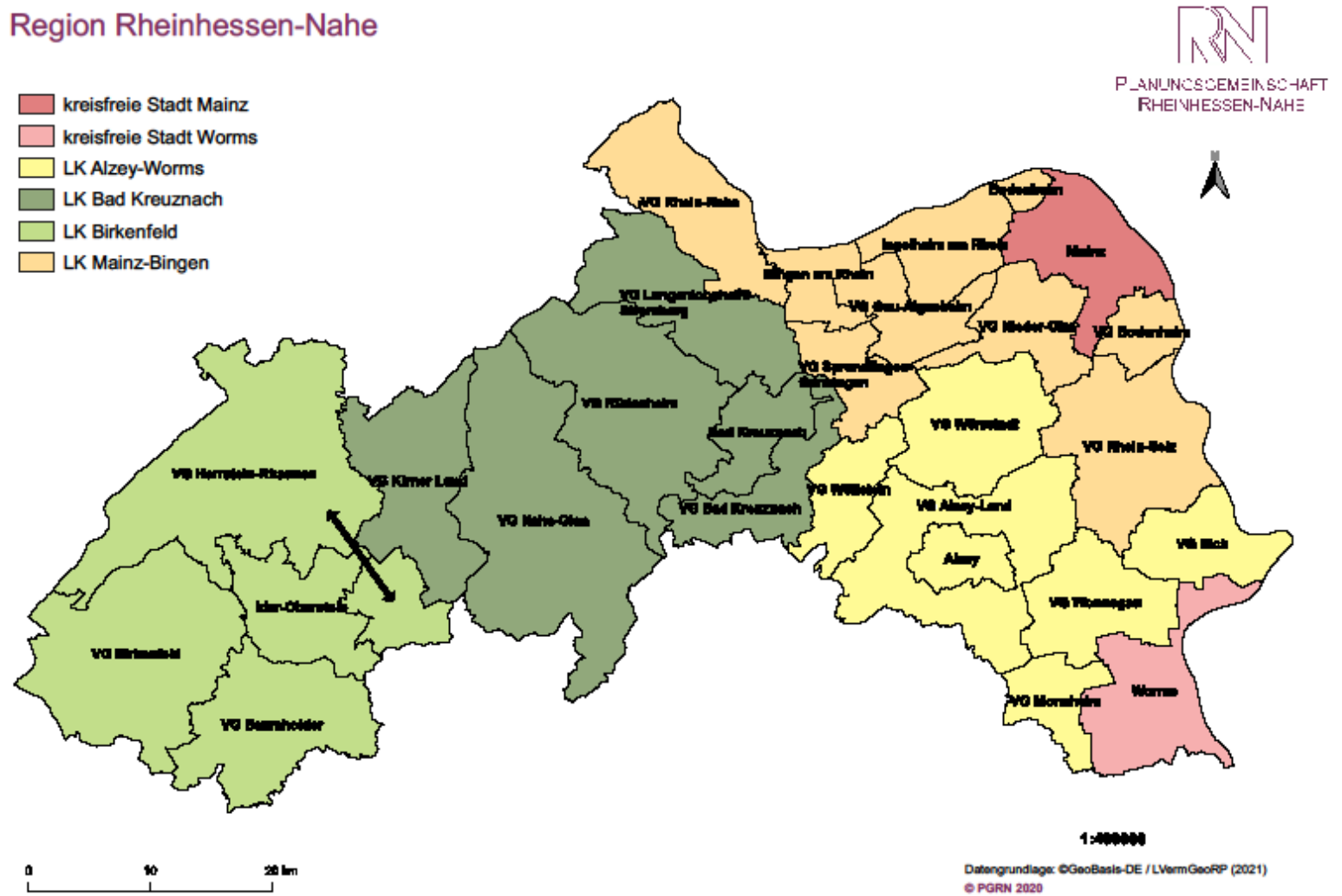
Anlage 2:

Übersicht ausgehandelter Pflegesätze von Einrichtungen im Landkreis Mainz-Bingen für den örtlichen Träger der Sozialhilfe

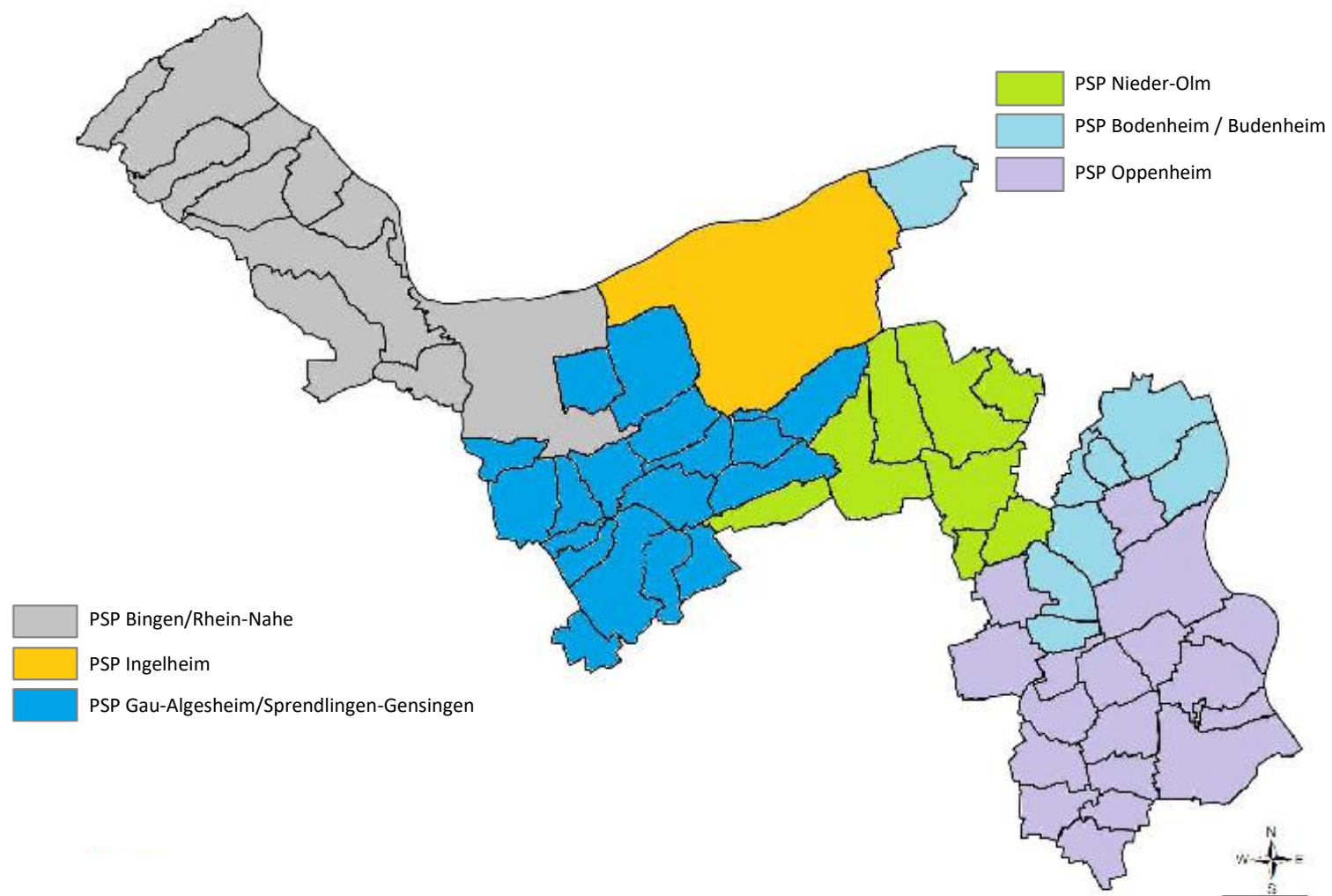
Pflegesätze ab 01.04.2021 der Einrichtungen im Landkreis Mainz-Bingen:												
Lfd-Nr.	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5	Unter-kunft	Verpfle-gung	Invest-kosten	ARB	ABZU	EZZ	Vereinbarunggültig ab:
SPE-001	49,19 €	63,06 €	79,23 €	96,10 €	103,66 €	21,95 €	12,72 €	12,37 €	1,93 €	2,18 €		01.04.2021
SPE-002	49,52 €	63,49 €	79,66 €	96,52 €	104,09 €	21,13 €	12,22 €	7,07 €	1,93 €	2,09 €	1,02 €	01.01.2021
SPE-003	38,79 €	49,73 €	65,90 €	82,77 €	90,33 €	18,82 €	10,88 €	19,57 €	1,93 €	1,54 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-005	34,62 €	44,38 €	60,55 €	77,42 €	84,98 €	16,16 €	9,36 €	18,36 €	1,93 €	1,13 €		01.07.2021
SPE-004	45,01 €	57,70 €	73,87 €	90,78 €	98,29 €	21,09 €	12,22 €	14,62 €	1,93 €	4,57 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-007	45,32 €	58,10 €	74,27 €	91,14 €	98,70 €	20,80 €	11,24 €	14,14 €	1,93 €	1,92 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-008	45,03 €	57,73 €	73,91 €	90,77 €	98,33 €	18,42 €	9,91 €	17,61 €	1,93 €	2,20 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-008	43,82 €	56,18 €	72,36 €	89,22 €	96,78 €	21,32 €	12,34 €	12,31 €	1,93 €	2,15 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-009	43,17 €	55,35 €	71,53 €	88,39 €	95,95 €	19,38 €	11,22 €	18,00 €	1,93 €	2,27 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-011	37,79 €	48,45 €	64,63 €	81,49 €	89,05 €	17,30 €	10,03 €	20,26 €	1,93 €	2,31 €		01.04.2021
SPE-010	40,39 €	51,78 €	67,96 €	84,82 €	92,38 €	18,26 €	10,60 €	17,44 €	1,93 €	1,94 €		01.04.2021
SPE-012	49,03 €	62,86 €	79,03 €	95,90 €	103,46 €	22,17 €	12,84 €	11,50 €	1,93 €	4,85 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-014	31,47 €	40,34 €	56,51 €	73,37 €	80,93 €	17,79 €	9,48 €	15,00 €	1,93 €	1,40 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-015	34,44 €	44,15 €	60,32 €	77,19 €	84,75 €	17,64 €	10,19 €	19,29 €	1,93 €	2,50 €		01.04.2021
SPE-013	40,46 €	51,87 €	68,04 €	84,91 €	92,47 €	18,81 €	10,89 €	13,59 €	1,93 €	2,33 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-016	39,33 €	50,42 €	66,59 €	83,45 €	91,01 €	18,17 €	10,51 €	18,27 €	1,93 €	1,09 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-017	39,87 €	51,11 €	67,28 €	84,15 €	91,71 €	17,24 €	10,00 €	18,90 €	1,93 €	2,11 €		01.04.2021
SPE-019	38,41 €	49,24 €	65,41 €	82,28 €	89,84 €	19,73 €	10,65 €	19,78 €	1,93 €	1,64 €	1,02 €	01.05.2021
SPE-018	45,70 €	58,59 €	74,77 €	91,63 €	99,19 €	21,32 €	12,34 €	12,77 €	1,93 €	4,69 €	1,02 €	01.04.021
SPE-021	39,90 €	50,39 €	66,56 €	83,42 €	90,98 €	21,32 €	12,34 €	14,56 €	1,93 €	2,15 €	1,02 €	01.04.2021
SPE-021	41,40 €	53,08 €	69,25 €	86,11 €	93,67 €	18,73 €	10,09 €	14,56 €	1,93 €	2,15 €	1,02 €	01.04.2021

Anlage 3:
Karte Region Rheinhessen-Nahe

Region Rheinhessen-Nahe

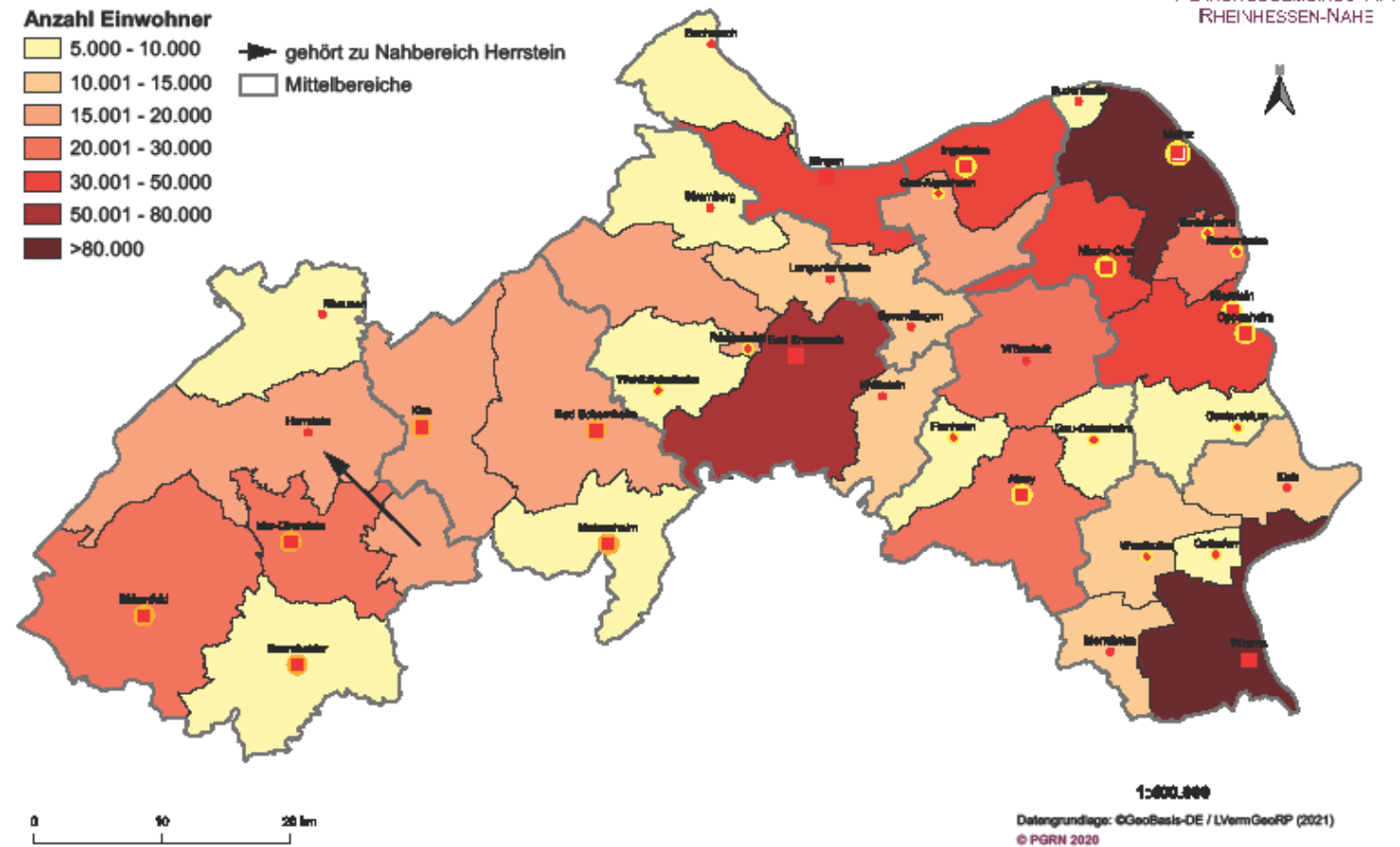


Anlage 4:
Pflegestützpunkte im Landkreis-Umriss

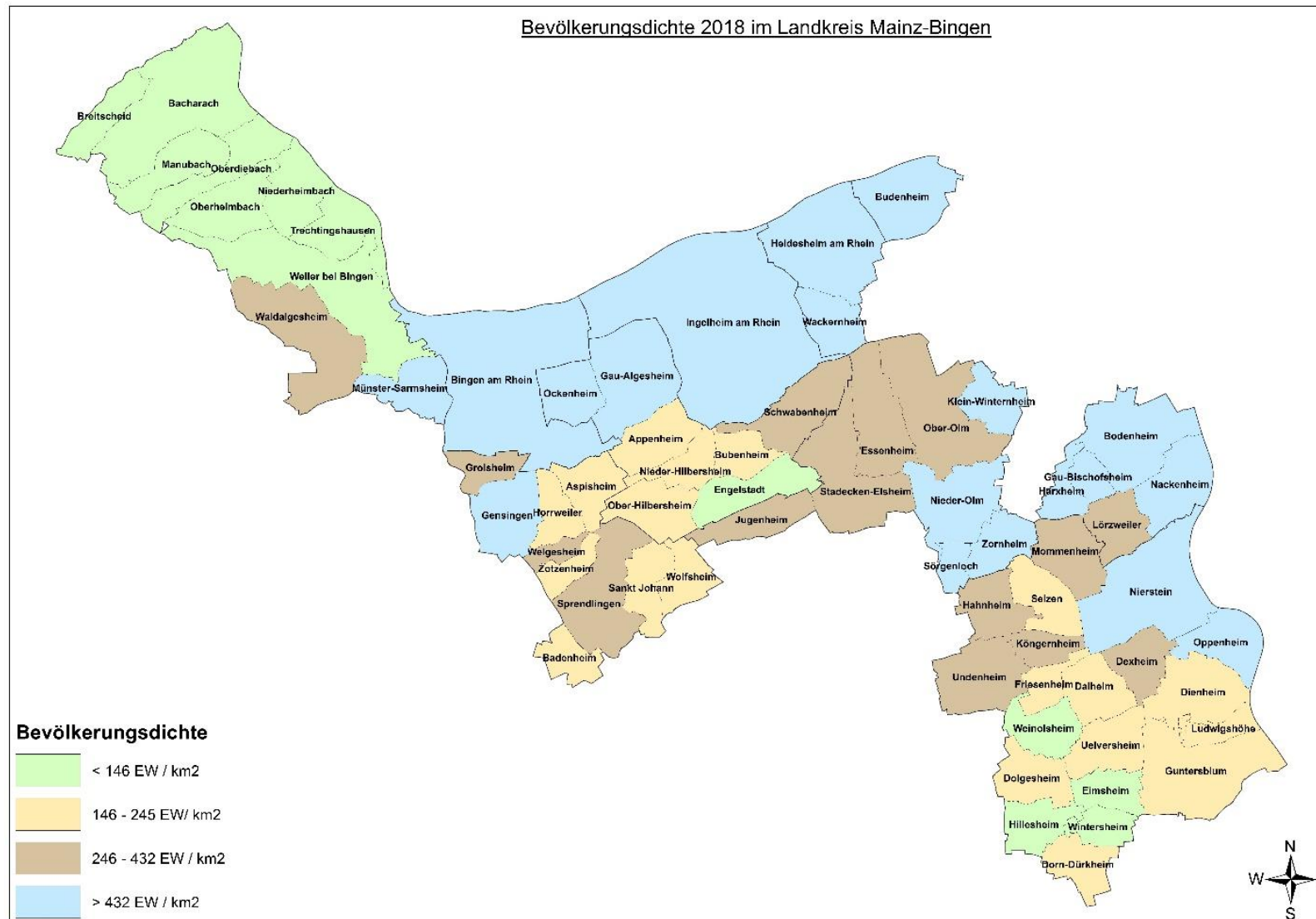


Anlage 5:
Kartografische Darstellung Nahbereiche Region Rheinhessen-Nahe

Nahbereiche



Anlage 6:
Kartografische Darstellung der Bevölkerungsdichte des Landkreises Mainz-Bingen

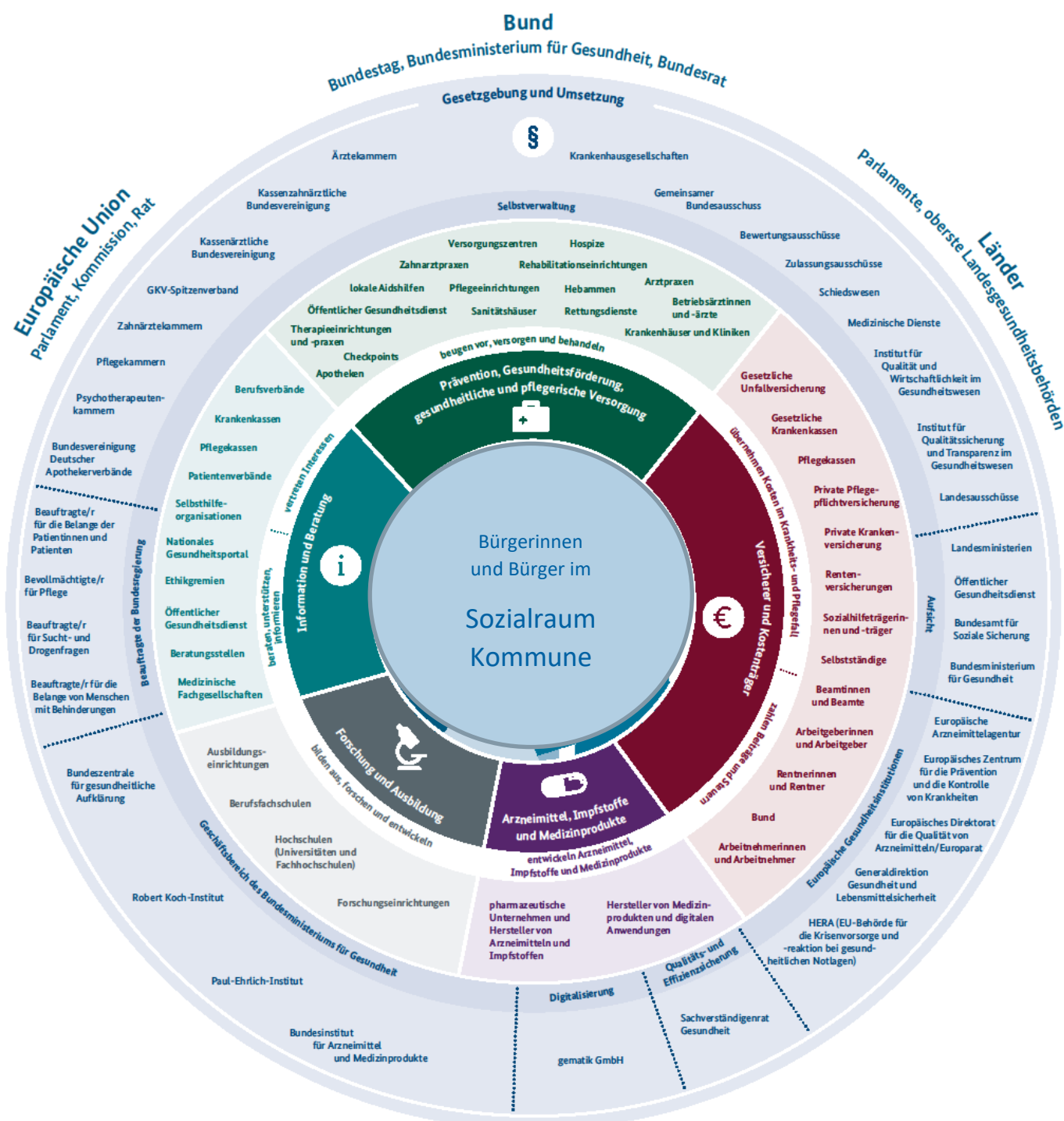


Anlage 7:

Sozialraum Kommune im Gesundheitssystem

Direktlink: <https://t1p.de/7a12h>

Unser Gesundheitssystem



Eigene Notizen



Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Georg-Rückert-Straße 11

55218 Ingelheim am Rhein

Telefon +49 6132 787-0

Telefax +49 6132 787-1122

kreisverwaltung @mainz-bingen.de

www.mainz-bingen.de



Rheinhausen