



Psychiatrie- und  
Gesundheitsbericht  
in der Region



# Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

wer liest schon ein Vorwort? Sie! Und ich empfehle Ihnen, denn Sie haben sicher nicht die Zeit, den gesamten Bericht zu studieren, dass Sie auch das „dicke Ende“ lesen. Darin finden Sie nämlich zusammengefasst, was die Experten aus der Praxis zu sagen haben. Dazwischen Zahlen, Zahlen, Zahlen. Mitunter sehr interessant!

Wer schreibt schon freiwillig einen Gesundheitsbericht? Wir! Dieses „Wir“ sind Mitglieder des Regionalen Steuerungsverbundes (RSV), bestehend aus den sozialpsychiatrischen und Sucht - Einrichtungen des Landkreises, dem Leiter des Gesundheitsamtes, Dr. Hanspeter Kubin, und der Geschäftsführerin des RSV, Dr. Dana Schreier. Allerdings haben wir uns im Nürnberger Land nicht auf Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik begrenzt, sondern den Bericht um wichtige Gesundheitsaspekte erweitert, so dass sich ein guter Überblick über die allgemeine Gesundheits-Situation in der Region ergibt. Sehr hilfreich war der Synergie-Effekt mit der "Gesundheitsregion Plus" im Landkreis Nürnberger Land.

Wer weiß schon, welche Gesundheitsbereiche künftig besondere Aufmerksamkeit benötigen? Weder wir noch Sie. Doch genau dazu soll eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung dienen. Sie soll die bestehende Versorgungslandschaft abbilden und Veränderungen anzeigen. Ziel ist es, gesundheitliche Entwicklungen in der Bevölkerung, Tendenzen im Gesundheitssystem oder nicht adäquat versorgte Notlagen sichtbar zu machen. Diesen Bericht verstehen wir als fachliche Unterstützung, manchmal auch als "rotes Ausrufezeichen" für unsere politischen Mandatsträger auf Landkreis-, Bezirks- und Landesebene. Er ist unser Beitrag zu einer nachhaltigen und bedarfsgerechten Planung der somatischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Maßnahmen.

Ich möchte mich bei allen Beteiligten bedanken, die sich zusätzlich zu ihrer üblichen Arbeit engagiert und viel Zeit investiert haben. Die Leser und Leserinnen bitte ich um Nachsicht, wenn sich der Bericht nicht ganz so fließend liest wie ein guter Roman. Aber zum Stöbern und Vertiefen eines Themenbereiches eignet er sich hervorragend.

Christina Gietl

1. Vorsitzende des Regionalen Steuerungsverbundes



# Geleitwort des Landrats

Verehrte Interessierte,

in der psychiatrischen Gesundheitsberichterstattung geht es um datengestützte Darstellungen zur Gesundheit der Bevölkerung. Die Relevanz psychischer Erkrankungen wächst sowohl in der Gesellschaft als auch für das Gesundheitssystem. Die Anforderungen sowohl der von einer psychischen Krankheit betroffenen Menschen und ihren Angehörigen als auch der Gesellschaft insgesamt an die sozial-psychiatrischen Hilfesysteme haben in den vergangenen Jahren zugenommen. Entsprechend hoch ist heute der Stellenwert der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Im Landkreis Nürnberger Land hat sich der Regionale Steuerungsverbund der psychosozialen Einrichtungen (RSV) erstmalig an die Aufgabe herangemacht, Gesundheitsdaten zusammenzutragen. Gemäß seiner fachlichen Ausrichtung legt der RSV den Schwerpunkt dieses Berichts auf die Berichterstattung zum Thema Psychiatrie, aber auch weitere Zahlen und Daten aus dem Gesundheitssektor finden sich in diesem ersten Psychiatrie- und Gesundheitsbericht in der Region. Es ist ein wichtiges Anliegen, die psychosoziale Versorgung darzustellen und weiterzuentwickeln.

Zudem sollen bei der Gesundheitsplanung Synergieeffekte genutzt werden. Deshalb bietet sich eine enge Zusammenarbeit zwischen dem RSV und der Gesundheitsregion plus an. Unser Landkreis Nürnberger Land hat im Bereich der Gesundheitsversorgung (ambulant, stationär und teilstationär) ein ebenso breit gefächertes wie profundes Angebot vorzuweisen, das durch die Aktivitäten der Gesundheitsregion plus weiter fundiert wird. Im vorliegenden Bericht wurde eine Schablone des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) verwendet, weil damit eine gute Darstellung des Gesundheitsprofils und die Vergleichbarkeit mit anderen Landkreisen möglich wird.

So danke ich dem RSV, seiner 1. Vorsitzenden Frau Christina Gietl, der Geschäftsführung Frau Dr. Dana Schreier und dem Leiter des Staatlichen Gesundheitsamts, Herrn Dr. Hanspeter Kubin, sowie allen weiteren Mitwirkenden für die Erstellung dieses Berichts. Die Mischung aus den Daten des LGL sowie der Erfahrungen aus der Praxis im Landkreis kann als fundierte Grundlage für politische Entscheidungen dienen.

Armin Kroder

Landrat



# Psychiatrie- und Gesundheitsbericht in der Region

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Berichterstattung auf die differenzierte Nennung der weiblichen Person verzichtet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Die Geschlechtsidentifikation „divers“ ist bei den statistisch erfassten Personen im analysierten Zeitraum nicht aufgetreten. Daher findet diese Geschlechtsidentifikation im folgenden Bericht keine weitere Erwähnung, ohne dass hieraus eine mangelnde Berücksichtigung oder Wertschätzung abzuleiten wäre.

**Dieser Bericht ist in der Zusammenarbeit folgender Personen  
des Arbeitskreises RSV entstanden:**

- Bakalov, Brigitte
- Frister, Ralf
- Geis, Franz
- Gietl, Christina
- Graf, Julia
- Groß, Michael
- Jacobsen, Beatrix
- Kubin, Dr. Hanspeter
- Linganathan, Nirubana
- Löhner, Petra
- von Nauman, Claudia
- Ploss, Norbert
- Schreier, Dr. Dana
- Schubert, Michael
- Sperl, Michael
- Stein, Luise
- Thum, Susanne

Regionaler Steuerungsverband (RSV) Nürnberger Land  
Geschäftsstelle  
Waldluststraße 3  
91207 Lauf a. d. Pegnitz

Telefon: 09123 – 950 6550

Fax: 09123 – 950 8024

Internet: [www.nuernberger-land.de](http://www.nuernberger-land.de)

E-Mail: [info@nuernberger-land.de](mailto:info@nuernberger-land.de) / [rsv@nuernberger-land.de](mailto:rsv@nuernberger-land.de)

Stand: Februar 2020

Dieser Bericht wurde mit Unterstützung durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit erstellt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zur Einführung</b>	<b>10</b>
<b>Teil A: Gesundheitsprofil</b>	<b>11</b>
<b>Übersicht zum Gesundheitsprofil für den Landkreis Nürnberger Land</b>	<b>12</b>
<b>1. Bevölkerung</b>	<b>13</b>
Bevölkerungsdichte	13
Altersstruktur der Bevölkerung: Jugendquotient	14
Altersstruktur der Bevölkerung: Altenquotient	15
Lebendgeborene	16
<b>2. Gesundheit</b>	<b>17</b>
Sterbefälle	17
Lebenserwartung bei Geburt	18
Krankenhausfälle	19
Pflegebedürftige	20
Säuglingssterbefälle	21
Krebs-Neuerkrankungen	22
Suizidsterbefälle	23
Herzinfarkt: Krankenhausfälle	24
Schlaganfall: Krankenhausfälle	25
Verunglückte im Straßenverkehr	26
Body Mass Index bei Schulanfängern: Anteil Adipöser	27
<b>3. Gesundheitsversorgung</b>	<b>28</b>
Einwohner je öffentlicher Apotheke	28
Impfquote 2. Masern-Impfung bei Kindern	29
Einwohner je Arzt in ambulanten Einrichtungen	30
<b>Teil B: Psychiatrieberichterstattung für das Nürnberger Land</b>	<b>31</b>
1. Hintergründe und Zielsetzung	33
2. Zahlen und Diagramme	34
3. Interpretation	111
4. Zusammenfassung und Empfehlungen	123
5. Fazit	125
6. Anhang	126
6.1. Beteiligte am RSV im Landkreis Nürnberger Land	
6.2. ICD -10-Codierung der Diagnosegruppe F	
6.3. Abkürzungen	
7. Quellennachweis	129

## Zur Einführung

Die Gesundheitsberichterstattung ist Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ihr Ziel ist, die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung in der Region zu beschreiben und dabei nach Möglichkeit den vordringlichen Handlungsbedarf aufzuzeigen. Den Bürgerinnen und Bürgern soll damit erleichtert werden, sich einen Überblick über das Gesundheitswesen zu verschaffen und sich an der Diskussion regionaler Fragen der Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

Wesentliche Themen der Gesundheitsberichterstattung sind die Bevölkerung, die Sozialstruktur, die gesundheitlichen Risikofaktoren, die Krankheiten und die Gesundheitsstörungen sowie die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Die in diesem Kontext ermittelten Daten und Informationen können z.B. als Grundlage für die Planung der medizinischen Versorgung oder von Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Die Gesundheitsberichterstattung zieht in der Regel regional vorhandene Daten- und Informationsquellen heran. Dazu steht neben der amtlichen Statistik online auch der bayerische Gesundheitsindikatorensatz zur Verfügung

([www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren](http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren)).

Auf seiner Grundlage wurde für Bayern ein Gesundheitsatlas entwickelt, der Regionaldaten in Form von Karten bereitstellt

([www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsatlas](http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsatlas)).

Im Folgenden werden ausgewählte Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung für den Landkreis Nürnberger Land dargestellt. Die Indikatoren sind nach Themenbereichen gegliedert und umfassen jeweils eine Seite für einen Indikator. Diese enthält neben einer Definition und Beschreibung des Indikators seine Entwicklung für die letzten fünf Jahre, sofern entsprechende Daten vorliegen. Ferner erfolgt zum Zeitpunkt des aktuellsten verfügbaren Datenstands eine Gegenüberstellung mit vergleichbaren Regionen sowie mit dem Wert des Regierungsbezirks Mittelfranken und dem bayerischen Wert. Ausgewählt wurden als Vergleichsregionen die Landkreise Freising, Fürth und Erlangen-Höchstadt, da sie eine möglichst ähnliche Sozialstruktur wie der Landkreis Nürnberger Land haben. Die Landkreise Erlangen-Höchstadt und Fürth sind wirtschaftlich vergleichbar und weisen die gleichen strukturellen Einflüsse durch die Nähe zur Großstadt Nürnberg auf. Der Landkreis Freising ist dem Nürnberger Land strukturell (Fläche, Einwohner, Anzahl der Gemeinden, Nähe zur Großstadt München) sehr ähnlich und wurde daher als weiter entfernter Landkreis dem Vergleich hinzugezogen.

Die Indikatoren im „Teil A: Gesundheitsprofil“ des Berichts sollen einen schnellen Überblick über wichtige Gesundheitsdaten in einer Form geben, die einfach - unter anderem im bayerischen Gesundheitsindikatorensatz - auch für andere Landkreise zu finden sind. Im Teil B geht es um einen ausgewählten Schwerpunkt. Für den Landkreis Nürnberger Land wurde in diesem Bericht das Thema Psychiatrieberichterstatter gewählt, da die regionale Berichterstattung über Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin eine Aufgabe des Regionalen Steuerungsverbundes ist.

# **Teil A**

## **Gesundheitsprofil**

## Übersicht zum Gesundheitsprofil für den Landkreis Nürnberger Land

Vergleichsindikator	Jahr	LK Nürnberger Land	Bayern
<b>1. Bevölkerung</b>			
Bevölkerungsdichte (Einwohner je km <sup>2</sup> )	2017	212	184
Jugendquotient (Zahl der 0- bis 17-jährigen Personen je 100 18- bis 64-Jährige)	2017	26,5	25,9
Altenquotient (Zahl der 65-jährigen und älteren Personen je 100 18- bis 64-Jährige)	2017	36,0	32,0
Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren	2017	55,4	54,6
<b>2. Gesundheit</b>			
Sterbefälle je 100.000 Einwohner	2017	1.154	1.039
Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)			
Männlich	2013 - 2015	78,5	79,2
Weiblich	2013 - 2015	82,8	83,7
Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner	2017	24.122	22.544
Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner	2015	2.699	2.727
Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene (5-Jahres Mittelwerte)	2013 - 2017	1,6	2,8
Krebs-Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner	2014	366	341
Suizidfälle je 100.000 Einwohner (5-Jahres-Mittelwerte)	2011 - 2015	17,3	14,0
Herzinfarkt: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner	2016	213	238
Schlaganfall: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner	2016	465	428
Verunglückte im Straßenverkehr je 100.000 Einwohner	2017	565	542
Body Mass Index bei Schulanfängern: Anteil Adipöser (%)	2013/14	3,6	3,2
<b>3. Gesundheitsversorgung</b>			
Einwohner je öffentlicher Apotheke	2017	4.467	4.086
Impfquote der 2. Masern-Impfung bei Kindern	2016/17	93,7	92,2
Einwohner je ambulant tätigem Arzt	2017	606	478

Die Bevölkerungsstruktur im Landkreis Nürnberger Land weist einen höheren Altenquotienten und eine höhere Zahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter auf als in Bayern und Mittelfranken. Das erklärt den entsprechend höheren Jugendquotient im Vergleich mit diesen beiden Regionen.

Der höhere Altenquotient kann die Anzahl der vollstationär behandelten Kranken/100.000 Einwohner bedingen, auch hier ist die Zahl höher als im Vergleich zu den mittelfränkischen und bayerischen Zahlen. Niedriger sind die Zahlen der Bewohner im Landkreis, die wegen einem Herzinfarkt behandelt werden müssen, während die Zahl der Kranken mit Schlaganfall höher ist.

Einen sehr viel höherer Wert fand sich im Landkreis für die Menschen, die infolge eines Suizid gestorben sind. Dieser Wert lag deutlich über den Ergebnissen der Vergleichslandkreise, von Mittelfranken und Bayern.

# 1. Bevölkerung

## Bevölkerungsdichte

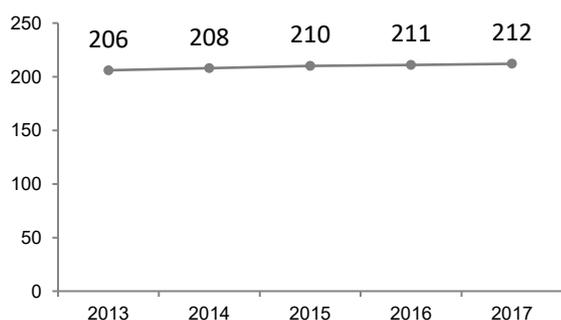
**Definition** Mittlere Anzahl der Einwohner je km<sup>2</sup> (Gebietsfläche)

**Bedeutung/ Ziele** Eine hohe Bevölkerungsdichte ist einerseits oft verbunden mit umweltbedingten Gesundheitsproblemen und Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Andererseits ist die gesundheitliche Versorgungsstruktur in städtischen Gebieten meist besser als in ländlichen.

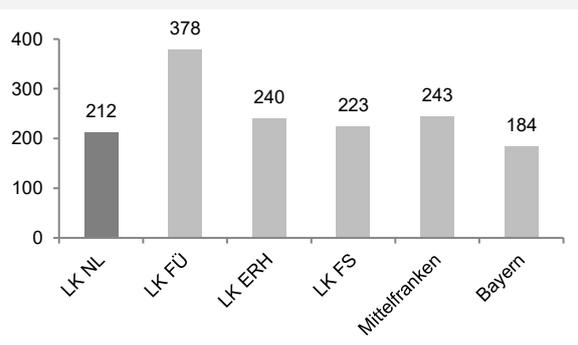
Der Indikator bezieht die Einwohnerzahl (Wohnbevölkerung) des Landkreises Nürnberger Land jeweils zum 31.12. eines Jahres auf die Gebietsfläche.

**Entwicklung/ Regionalvergleich** Die Bevölkerungsdichte im Landkreis Nürnberger Land stieg in den Jahren 2013 bis 2017 unmerklich an und betrug im Jahr 2017 212 Einwohner/km<sup>2</sup>. Im Vergleich mit den Landkreisen Freising, Fürth und Erlangen-Höchstadt sowie zu Mittelfranken hat der Landkreis Nürnberger Land die niedrigste Bevölkerungsdichte. Lediglich Gesamtbayern unterschreitet diese noch.

### Entwicklung



### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



### Ergebnisse/ Bewertung

Die Bevölkerungsdichte gibt Hinweise auf die regionalen Siedlungsstrukturen. Diese prägt zum Beispiel die Nähe zur medizinischen Versorgung. Dabei hängt sie von unterschiedlichen Faktoren ab. So hat beispielsweise die Wohnungsbelegung, d.h. die Anzahl der Personen pro Wohnungseinheit Einfluss auf die Bevölkerungsdichte. Stadtgrenzen entstanden oft willkürlich aus historischen Entwicklungen heraus.

Im Landkreis Nürnberger Land nahm die Bevölkerungsdichte im Zeitraum von 2013 bis 2017 kontinuierlich zu (Minimum 2013: 206 Einwohner/km<sup>2</sup>, Maximum 2017: 212 Einwohner/km<sup>2</sup>). Nimmt man die Bevölkerungsentwicklung in die Betrachtung auf, wird für den Landkreis ein weiterer Anstieg der Bevölkerungszahlen erwartet, so dass wahrscheinlich auch die Bevölkerungsdichte weiter steigen wird.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

# 1. Bevölkerung

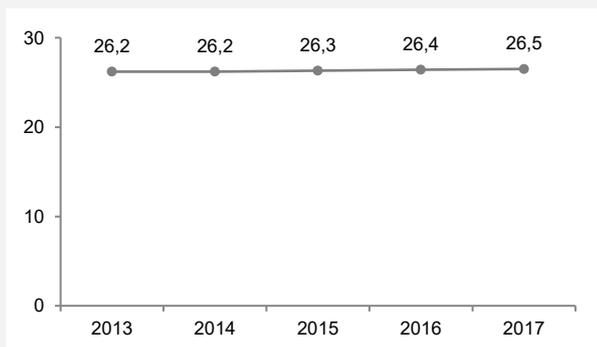
## Altersstruktur der Bevölkerung: Jugendquotient

**Definition** Jugendquotient: Zahl der 0- bis 17-jährigen Personen je 100 18- bis 64-Jährige

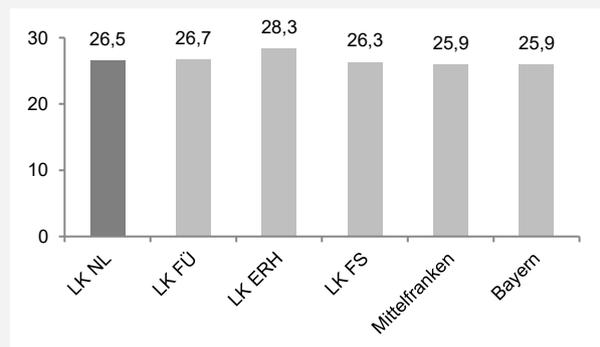
**Bedeutung/ Ziele** Die Beziehung zwischen den verschiedenen Altersgruppen ist ein Charakteristikum für den Alterungsprozess einer Bevölkerung. Der Jugendquotient errechnet sich dabei aus dem Quotienten der Kinder und Jugendlichen dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent. Grundlage für die Berechnung ist die Bevölkerung (Wohnbevölkerung) jeweils zum Jahresende. Analog zum Jugendquotienten wird auch der im Anschluss dargestellte Altenquotient gebildet.

**Entwicklung/ Regionalvergleich** Der Jugendquotient ist im Landkreis Nürnberger Land im Vergleich zu 2013 (26,2) nur minimal bis auf 26,5 angestiegen. Das heißt, der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Bevölkerung im Landkreis ist relativ konstant geblieben. Ähnlich ist der Jugendquotienten 2017 in Fürth und Freising (26,7 bis 26,3). Lediglich der LK Erlangen-Höchstadt hebt sich hervor (28,3). Im Vergleich mit Mittelfranken und Bayern liegt der Wert des Landkreises Nürnberger Land höher.

### Entwicklung



### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



**Ergebnisse/ Bewertung** Im Lebenszyklus ändert sich die Anfälligkeit für Krankheiten und Unfälle und somit der entsprechende Versorgungsbedarf. Verändert sich das Altersspektrum einer Region kann dies Veränderungen und Anpassungen der entsprechenden Versorgungsstrukturen in dieser Region erfordern.

Dabei ist der Quotient aber nur ein relativ grobes Maß für die tatsächliche Entwicklung der Altersstruktur. Er kann allerdings einen ersten Überblick für den Landkreis geben. Aufschluss gibt er auch über den Bevölkerungsanteil, der noch nicht bzw. nicht mehr am Erwerbsleben teilnimmt.

Der Anteil Jugendlicher im Landkreis blieb im Zeitverlauf relativ konstant. Bei auch weiterhin erwarteten Bevölkerungszuwächsen und bei steigender Rate der Lebendgeborenen muss der Landkreis sein Augenmerk auf die kinderärztliche Versorgung und die Platzzahlen der Kindertageseinrichtungen richten.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

# 1. Bevölkerung

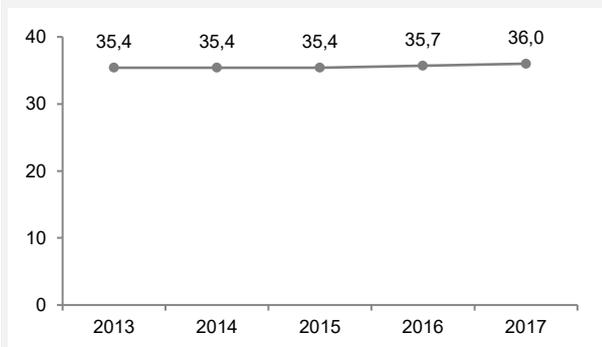
## Altersstruktur der Bevölkerung: Altenquotient

**Definition** Altenquotient: Zahl der 65-jährigen und älteren Personen je 100 18- bis 64-Jährige

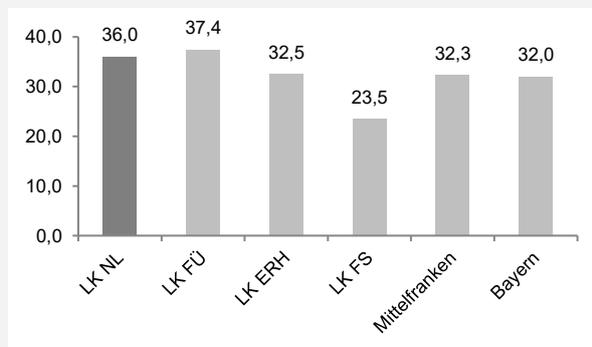
**Bedeutung/ Ziele** Die Beziehung zwischen den verschiedenen Altersgruppen ist ein Charakteristikum für den Alterungsprozess einer Bevölkerung. Der Altenquotient beschreibt das Verhältnis der Personen im potenziell erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und unter 65 Jahren zu Personen im Alter von 65 Jahren und älter, also zu Personen, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Grundlage für die Berechnung ist die Bevölkerung (Wohnbevölkerung) jeweils zum Jahresende.

**Entwicklung/ Regionalvergleich** Der Altenquotient im Landkreis Nürnberger Land stieg seit 2013 von 35,4 % auf 36,0 % etwas an. Damit stieg der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen in der Bevölkerung. Im Vergleich lag der Altenquotient im Landkreis oberhalb des bayerischen (32,0 %) und mittelfränkischen (32,3 %) Wertes. Gleiches galt auch für die Vergleichslandkreise Erlangen-Höchstadt und Freising, lediglich der Landkreis Fürth hatte einen noch höheren Altenquotienten.

### Entwicklung



### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



### Ergebnisse/ Bewertung

Überwiegend ältere Menschen sind von Pflegebedürftigkeit und zum Beispiel Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems betroffen. Das bedeutet, dass bei einem Anstieg des Altenquotienten damit zu rechnen ist, dass die Anzahl zu pflegender und stationär zu behandelnder Menschen ansteigt.

Durch die bisherige demographische Entwicklung ist die Veränderung der Altersstruktur zu den höheren Altersklassen zu erwarten und zu beobachten. Dies trifft auch auf den Landkreis Nürnberger Land zu. Einen Anhaltspunkt bietet dafür die Bevölkerungsvorausberechnung bis 2037 (Stand 31.12.2017). Nach dieser wird der Jugendquotient von 31,1 auf 36,0 und der Altenquotient von 37,3 auf 55,6 ansteigen.

Dies bedeutet für den Landkreis, dass Strukturen, die für alte Menschen bedeutsam sind, wie Bedarf an den für dieses Alter spezifischen Gesundheitsleistungen und die dafür benötigten Einrichtungen, in den Fokus der Betrachtung rücken müssen.

Dies sind ausreichend stationäre und ambulante Pflegeangebote. Das erforderliche Pflegepersonal und die medizinische Versorgung sollte sichergestellt werden. Hierfür wird es politischer Entscheidungen bedürfen. Schwierig vorhersehbare Aspekte sind dabei, wie die Mobilität dieser Menschen ist, ob sie alleinstehend oder in intakten familiären bzw. nachbarschaftlichen Strukturen leben, die die Versorgung erleichtern können.

Mögliche strukturelle Anpassungen wären beispielsweise eine Steigerung der Pflegebetten oder die Erweiterung des Angebotes tagesstrukturierender Maßnahmen für ältere Menschen.

Solche Maßnahmen erfordern eine längerfristige Planung mit einer gesicherten Finanzierung und eine entschiedene politische Unterstützung.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

# 1. Bevölkerung

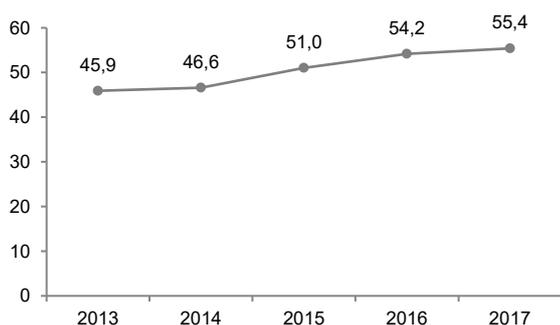
## Lebendgeborene

**Definition** Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren

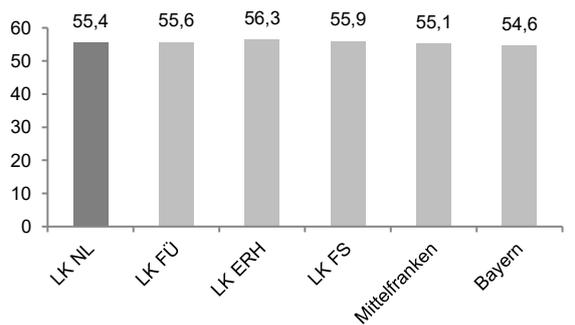
**Bedeutung/  
Ziele** Die Zahl der Lebendgeborenen zeigt, ob das jeweils aktuelle Geburtenverhalten langfristig ausreichen würde, um die Bevölkerung zahlenmäßig auf einem gleichbleibenden Stand zu halten. Das Verhältnis der in einem Jahr lebendgeborenen Kinder zu 1.000 der 15- bis 44-jährigen Frauen (durchschnittliche weibliche Bevölkerung) ergibt die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate).

**Entwicklung/  
Regionalvergleich** Im Landkreis Nürnberger Land stieg die Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen seit 2013 von 45,9 auf 55,4 (2017) an. Die Werte des Jahres 2017 lagen über dem bayerischen (54,6) und mittelfränkischen (55,1) Wert. Im Vergleich mit den anderen Landkreisen kamen im LK Erlangen-Höchstadt mehr Kinder und im LK Fürth und LK Freising ungefähr genauso viel Kinder zur Welt.

### Entwicklung



### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



**Ergebnisse/  
Bewertung** Bevölkerungsveränderungen hängen von der Geburtenhäufigkeit, der Sterblichkeit (Lebenserwartung) und den Zu- und Abwanderungen (Migration) ab.

Der für den Landkreis zu beobachtende Anstieg der Lebendgeborenen wird zu einer gesteigerten Nachfrage an Kindertagesstättenplätzen führen. Deren Bereitstellung benötigt allerdings einen zeitlichen Vorlauf und vor allem auch die finanzielle Planung. Daher sollten diese Zahlen weiter beobachtet werden, um das frühzeitige Reagieren auf diese Veränderung möglich zu machen.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

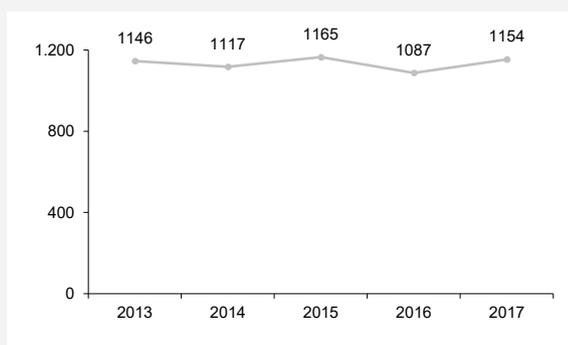
## Sterbefälle

**Definition** Gestorbene je 100.000 Einwohner

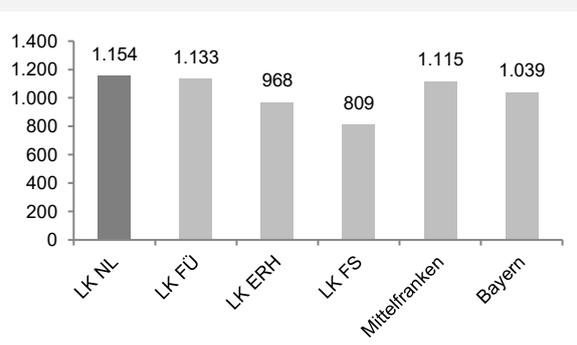
**Bedeutung/  
Ziele** Die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner liefert einen Überblick über das Sterbe geschehen und dokumentiert bei einer weiteren Differenzierung die Ursachen der Sterblichkeit in einer Region. Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen; auch einige besondere Gruppen unter den Todesfällen werden nicht erfasst (z.B. Gestorbene der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte). Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Bezugsgröße ist die durchschnittliche Bevölkerung.

**Entwicklung/  
Regionalver-  
gleich** Die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner war im Landkreis Nürnberger Land von 2013 bis 2017 relativ stabil. Die Sterblichkeitsrate im Landkreis lag oberhalb der Werte der Vergleichslandkreise sowie Bayerns (1.039) und Mittelfrankens (1.115).

### Entwicklung



### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



### Ergebnisse/ Bewertung

In den letzten Jahren hat in Bayern die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner kontinuierlich ab- und die Lebenserwartung zugenommen. Die wichtigste Ursache ist hierfür die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen. Hinzu kommt die Entwicklung der medizinischen Versorgung. Die dargestellten rohen Sterbeziffern (Gestorbene pro 100.000 Einwohner) hängen vom Altersaufbau der Bevölkerung ab. Das bedeutet, dass in Regionen mit mehr alten Menschen tendenziell auch die Anzahl der Gestorbenen höher ist. Daher werden im bayerischen Gesundheitsindikatorenset auch altersstandardisierte Sterbeziffern ausgewiesen, die nicht vom Altersaufbau der Bevölkerung abhängen.

Wie ausgeführt, sterben mehr alte Menschen dort, wo diese leben. Bei dem hohen Altersquotienten im Landkreis lassen sich daher die im Vergleich zu den anderen Vergleichslandkreisen höheren Zahlen erklären. Für den Landkreis spielt aber auch eine Rolle, dass es eine überdurchschnittliche Suizidrate gibt.

Die Sterblichkeit wurde schon wiederholt untersucht und zeigte mehrfach das Nord-Süd-Gefälle in Bayern und eine sehr große Spannweite der Sterblichkeit. In der regionalen Betrachtung zeigt sich wiederum eine relative Konstanz. Dies wird als Bestätigung gesehen, dass die Ursachen der Sterblichkeitsunterschiede teilweise Rahmenbedingungen sind, die sich nur schwer beeinflussen lassen (\*1). Diese relative Konstanz findet sich auch in der Betrachtung der Sterbefälle für den Landkreis.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

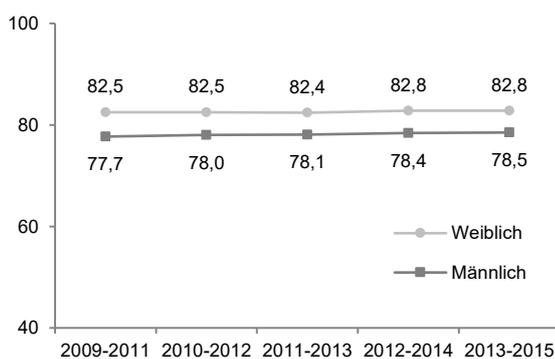
### Lebenserwartung bei Geburt

**Definition** Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (3-Jahres-Mittelwerte)

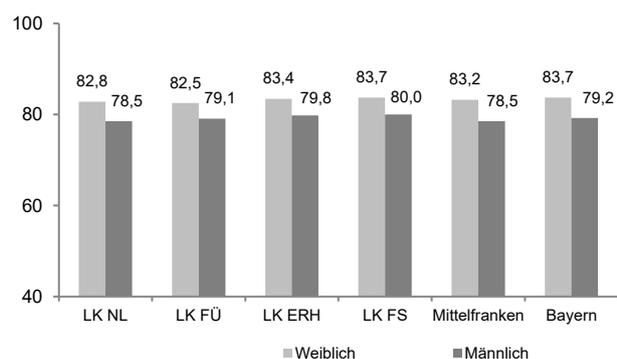
**Bedeutung/ Ziele** Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. Die Lebenserwartung entspricht der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit und eignet sich deshalb besonders für die vergleichende Analyse regionaler Unterschiede. Da Zufallsschwankungen auf der kommunalen Ebene nicht zu vernachlässigen sind, werden hier 3-Jahres-Mittelwerte gebildet.

**Entwicklung/ Regionalvergleich** Im zeitlichen Verlauf betrachtet, stieg die Lebenserwartung bei Geburt im Landkreis Nürnberger Land für beide Geschlechter kontinuierlich an. Sie lag für die Jahre 2013-2015 sowohl bei den Männern (78,5) als auch bei den Frauen (82,8) unter den bayerischen Werten (79,2 bzw. 83,7). Während im LK Freising und LK Erlangen-Höchstadt die Lebenserwartung der Männer und Frauen höher als im LK Nürnberger Land war, lag sie in Mittelfranken für die Frauen darüber und war für die Männer gleich hoch. Im LK Fürth wiederum hatten die Frauen eine etwas geringere und die Männer eine etwas höhere Lebenserwartung.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2013-2015



#### Ergebnisse/ Bewertung

Die Lebenserwartung hat sich in Bayern im letzten Jahrhundert etwa verdoppelt und weist auch in den letzten Jahrzehnten noch einen kontinuierlichen Zugewinn von mehr als zwei Jahren pro Jahrzehnt auf. Die stetig steigende Lebenserwartung ist unter anderem auf die deutlich verringerte Säuglingssterblichkeit seit den 1970er Jahren zurückzuführen. Im höheren Alter hat die Sterblichkeit aufgrund der verbesserten gesundheitlichen Vorsorge und Gesundheitsversorgung beträchtlich abgenommen.

Für die Deutung regionaler Unterschiede der Lebenserwartung müssen vielfältige, einflussnehmende Faktoren, wie die ökonomische Situation, die medizinische Versorgung, die ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung usw., berücksichtigt werden.

Im Landkreis Nürnberger Land ist die durchschnittliche Lebenserwartung ähnlich hoch wie in den Vergleichslandkreisen, dem Bezirk Mittelfranken und in Gesamtbayern. Bei weiterem Ansteigen der Lebenserwartung wird sich dies auch auf die Sterblichkeit auswirken, d.h. dass für die Menschen mit höherem Alter die medizinische und pflegerische Versorgung verstärkt in den Fokus rücken muss: entsprechende Pflegebetten oder tagsstrukturierende Maßnahmen für ältere Menschen mit Demenz sind vorzuhalten.

#### Datenhalter

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

## 2. Gesundheit

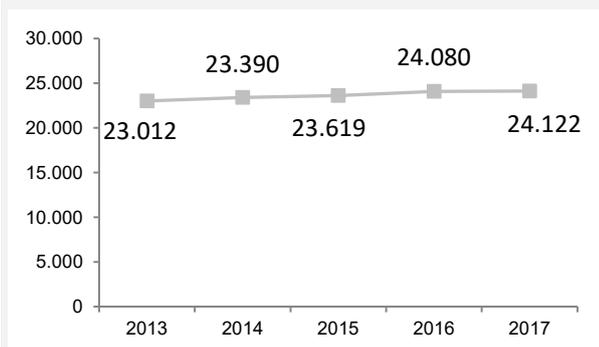
### Krankenhausfälle

**Definition** Vollstationär behandelte Kranke je 100.000 Einwohner

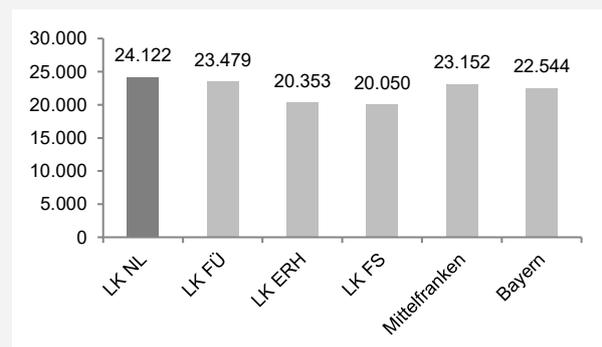
**Bedeutung/  
Ziele** Daten über stationäre Behandlungen ermöglichen eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt. Da in der Regel nur schwerere Erkrankungen einen stationären Aufenthalt erfordern, lassen sich darüber auch Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung ableiten. Ferner sind sie wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, vollstationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Dabei sind Stunden- und Sterbefälle enthalten. Bezugsgröße ist die bayerische Wohnbevölkerung.

**Entwicklung/  
Regionalvergleich** Seit 2013 stieg die Zahl der Menschen im Landkreis Nürnberger Land, die im Krankenhaus vollstationär behandelt werden mussten. Im Jahr 2017 waren es 24.122 Fälle je 100.000 Einwohner. Mit diesem Wert lag der Landkreis Nürnberger Land über dem bayerischen (22.544), mittelfränkischen (23.152) und den Werten der Vergleichslandkreise.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



#### Ergebnisse/ Bewertung

Die Entwicklung der Krankenhausfälle lässt durch den Bezug auf 100.000 der Einwohnerzahl an der vollstationären Behandlungshäufigkeit des Landes einen Vergleich der Kreise, kreisfreien Städte und Regierungsbezirke innerhalb Bayerns zu. Betrachtet man die Entwicklung, nahm die Anzahl der vollstationär behandelten Kranken in Bayern je 100.000 Einwohner in den vergangenen Jahren zu.

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Krankenhausfälle (Morbidität) zurückgeführt werden. Sie sind auch Ausdruck von Verschiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor und dem Pflegebereich.

Für den Landkreis Nürnberger Land zeigen sich hohe Krankenhauszahlen, die dem höheren Altenquotient geschuldet sein können, der wiederum mit Multimorbidität und damit verbundenen wiederholten Krankenhausaufenthalten der Personen einhergehen, die damit auch mehrfach als Fall erfasst werden.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

### Pflegebedürftige

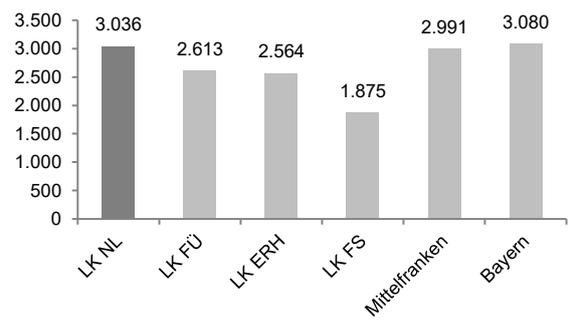
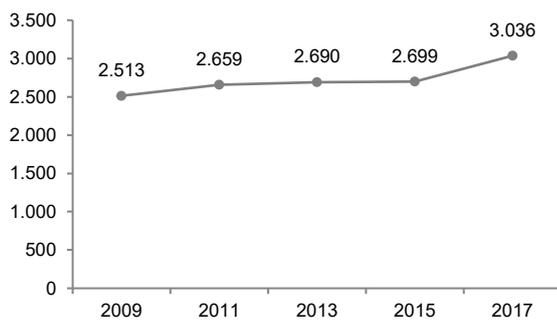
**Definition** Pflegebedürftige Menschen pro 100.000 Einwohner

**Bedeutung/  
Ziele** Pflegebedürftigkeit bezeichnet einen Zustand, in dem ein Mensch dauerhaft nicht in der Lage ist, alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen selbstständig nachzugehen. Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen spiegelt somit wider, wie viele Menschen aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Hilfe zur Bewältigung der daraus resultierenden Defizite benötigen. Darüber hinaus gibt die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen Auskunft über die Nachfrage nach pflegerischer Versorgung. Als pflegebedürftig gelten hierbei alle Personen, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen einen Pflegegrad (einschließlich Härtefälle) haben. Der Bezug erfolgt auf die Wohnbevölkerung mit Stichtagsdaten zum 31.12. eines Jahres. Datengrundlage ist die seit 1999 zweijährlich durchgeführte Pflegestatistik.

**Entwicklung/  
Regionalvergleich** Die Anzahl der Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohner nahm im Landkreis Nürnberger Land in den letzten Jahren kontinuierlich zu, so dass im Jahr 2017 3.036 Personen je 100.000 Einwohner als pflegebedürftig eingestuft wurden. Im Vergleich war festzustellen, dass das Nürnberger Land über dem mittelfränkischen Durchschnitt lag. Eine höhere Pflegebedürftigkeit bestand in Bayern. Deutlich niedrigere Werte fanden sich in den Landkreisen Freising, Erlangen-Höchstadt und Fürth.

#### Entwicklung

#### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



#### Ergebnisse/ Bewertung

In Bayern lässt die Zunahme älterer und hochbetagter Menschen und die damit verbundene Zunahme der chronischen Krankheiten die Zahl der pflegebedürftigen Menschen weiter steigen. In diesem Zusammenhang spielt der Anstieg der Lebenserwartung eine besondere Rolle. Entweder erhöht sich das Pflegerisiko, weil die Menschen zwar Lebensjahre hinzugewinnen, sich aber auch die Krankheits- und Pflegezeiten verlängern. Es ist aber auch möglich, dass sich die Krankheits- und Pflegejahre hinausschieben und die Menschen mit der Verlängerung der Lebenszeit relativ gesunde Jahre hinzugewinnen. Die Ergebnisse der bisher vorliegenden Erhebungen sprechen eher für die letztgenannte Entwicklung. Dies ist jedoch derzeit nur schwer abschätzbar.

Der Trend zu einem höheren Sterbealter und der Wandel in den Familienformen führt zukünftig dazu, dass die gesundheitliche Betreuung älterer Menschen zunehmend außerfamiliär erfolgen muss. Dieser Trend hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und zur Pflege durch ambulante Pflegedienste zeigt sich im Zeitvergleich auch in Bayern.

Für den Landkreis Nürnberger Land fielen hohe Zahlen auf, die über denen der anderen Vergleichslandkreise lagen. Die Zahlen sind gesondert in der Zusammensetzung der sozialen Strukturen zu betrachten. Von Bedeutung sind dabei familiäre Strukturen und die häusliche Versorgung. Liegen hier Defizite vor, kann diese Zahl auf einen Mehrbedarf an Pflegeeinrichtungen hinweisen.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

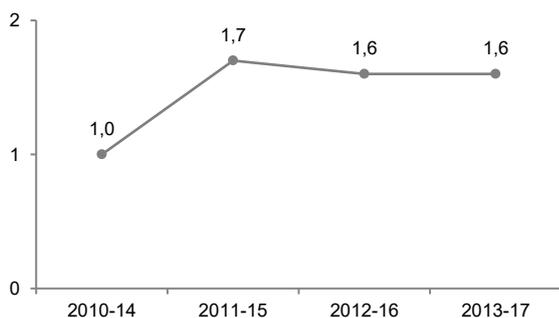
### Säuglingssterbefälle

**Definition** Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene (5-Jahres-Mittelwerte)

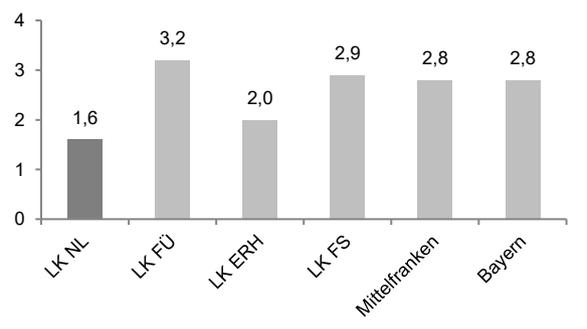
**Bedeutung/  
Ziele** Die Säuglingssterblichkeit drückt den gesundheitlichen Standard der Bevölkerung und insbesondere die Qualität der medizinischen Versorgung aus. Neben dem Geschlecht beeinflussen auch soziale Faktoren die Säuglingssterblichkeit. Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene. Da Zufallsschwankungen bei der Säuglingssterblichkeit auf der kommunalen Ebene wegen der geringen Raten sehr hoch sind, werden in der Gesundheitsberichterstattung 5-Jahres-Mittelwerte gebildet, um bessere Abschätzungen zu erhalten.

**Entwicklung/  
Regionalvergleich** Bei den Säuglingssterbefällen gab es im Landkreis Nürnberger Land zwar einen Anstieg im Beobachtungszeitraum 2010 - 2014 zu 2011 - 2015. Mit aktuell 1,6 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborene lag der Landkreis Nürnberger Land für den Zeitraum 2013 bis 2017 jedoch unter dem Wert für Mittelfranken und Bayern (2,8) sowie auch unterhalb der Werte in allen drei Vergleichslandkreisen.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2013-2017



#### Ergebnisse/ Bewertung

Der Regionalvergleich zeigt, dass es trotz der Fortschritte bei der Säuglingssterblichkeit immer noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Dabei geht es insbesondere darum, Schwangere und Mütter noch stärker in Vorsorgemaßnahmen einzubeziehen. Generell würde die Säuglingssterblichkeit noch weiter sinken, wenn unerwünschte Schwangerschaften sowie Risikoschwangerschaften vermieden würden. Wichtig wäre es auch, während der Schwangerschaft Tabak- und Alkoholkonsum zu minimieren. Beides lässt die Zahl der Kinder steigen, die untergewichtig und mit Fehlbildungen geboren werden und damit einem erhöhten Sterberisiko ausgesetzt sind.

Für das Nürnberger Land lag die Säuglingssterblichkeit deutlich unter den Werten der Vergleichslandkreise, Mittelfranken und Gesamtbayern. Ein deutlicher Anstieg war allerdings in den 5-Jahres-Mittelwerten von 2010 - 2014 zu 2011 - 2015 zu beobachten. Dieser könnte mit dem Anstieg der Asylbewerber in Verbindung gebracht werden, da natürlich schwangere Frauen ankamen, denen keine entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung standen, mit ungeplanten oder Risikoschwangerschaften und die durch die Fluchtsituation einem deutlichen Stress ausgesetzt waren. Allerdings ist in der Einzelbetrachtung dieser Zahlen auch für die anderen Landkreise kein einheitliches Muster bezüglich des Anstiegs zu erkennen.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

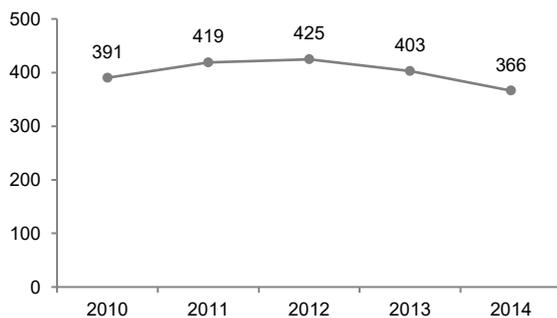
### Krebs-Neuerkrankungen

**Definition** Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen je 100.000 Einwohner

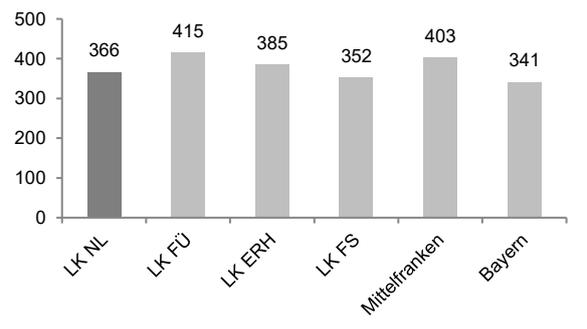
**Bedeutung/ Ziele** Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) an bösartigen Neubildungen (Krebs) bildet eine wichtige Grundlage für die zeitliche Beurteilung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung und kann zur frühzeitigen Aufdeckung neuer Krebsgefahren beitragen oder Effekte von Präventions- oder Früherkennungsprogrammen reflektieren. Nicht eingeschlossen ist der sogenannte weiße Hautkrebs (Basaliom), der aufgrund seines meist nicht metastasierenden Verlaufs nur unzureichend gemeldet wird.

**Entwicklung/ Regionalvergleich** Die Anzahl der gemeldeten Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner fiel im Landkreis Nürnberger Land nach einem Anstieg 2011 und 2012 wieder kontinuierlich ab und lag im Jahr 2017 mit 366 Neubildungen/100.000 Einwohnern unter dem Wert von Mittelfranken (403), aber etwas über dem bayerischen Wert (341). Zwei der Vergleichslandkreise wiesen mehr Neuerkrankungen auf als der Landkreis Nürnberger Land (LK Fürth und LK Erlangen-Höchstadt), während der Wert im LK Freising etwas niedriger war.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2014



**Ergebnisse/ Bewertung** Bösartige Neubildungen stellen nach den Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems die zweithäufigste Todesursache dar. Kenntnisse über die Neuerkrankungsraten sind wichtige Planungshilfen für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung.

In den letzten Jahrzehnten zeichnete sich nicht nur in Bayern bei Erkrankungen bösartiger Neubildungen im Hinblick auf die Sterblichkeit ein positives Bild ab. Für Frauen war bereits seit den 1970er Jahren, für Männer seit Ende der 1980er Jahre ein kontinuierlicher Rückgang der Sterblichkeit zu beobachten. Dieser Rückgang der Sterblichkeit bei einer gleichzeitig zunehmenden Erkrankungshäufigkeit ist im Wesentlichen auf die frühzeitigere Entdeckung und Behandlung von Krebs sowie auf therapeutische Fortschritte zurückzuführen.

Für den Landkreis Nürnberger Land sank die Anzahl der bösartigen Neubildungen, dies ist eine positive Entwicklung.

**Datenhalter** Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern

## 2. Gesundheit

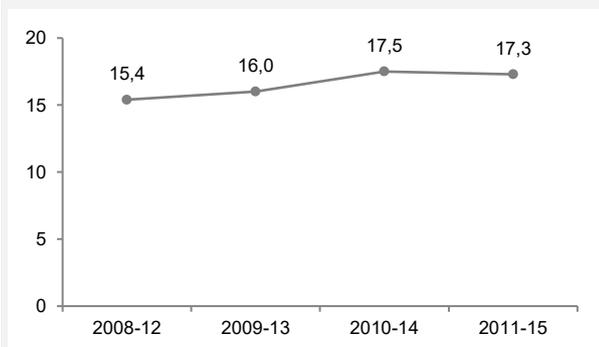
### Suizidsterbefälle

**Definition** Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) je 100.000 Einwohner (5-Jahres-Mittelwerte)

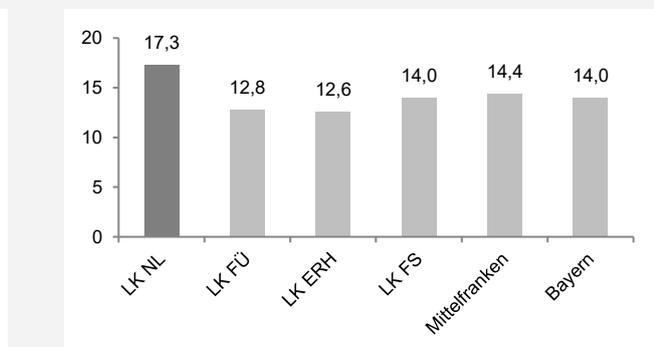
**Bedeutung/  
Ziele** Die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohner zeigt die Häufigkeit der Todesfälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle). Der Indikator bezieht die Todesfälle auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung für die Verwaltungseinheiten Bayerns pro Berichtsjahr. Da die Zufallsschwankungen bei den Suizidfällen auf der kommunalen Ebene wegen der geringen Raten sehr hoch sind, werden in der Gesundheitsberichterstattung 5-Jahres-Mittelwerte gebildet, um diese auszugleichen.

**Entwicklung/  
Regionalver-  
gleich** Im Landkreis Nürnberger Land war im Beobachtungszeitraum seit 2008 ein kontinuierlicher Anstieg der Suizidsterbefälle zu verzeichnen. Erst zwischen 2010 - 2014 und 2011 - 2015 war dieser Wert etwas rückläufig. Der Wert im Nürnberger Land lag deutlich über den Ergebnissen für die Vergleichslandkreise sowie den mittelfränkischen und bayerischen Werten.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2011-2015



#### Ergebnisse/ Bewertung

Die Suizidraten in Bayern zeigten im Zeitraum von 1980 bis 2007/2008 einen rückläufigen Trend, der allerdings seither stagniert und kleinere Schwankungen aufweist (\*2).

Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt war die Suizidrate in Bayern weniger rückläufig und liegt seither über dem Bundesdurchschnitt. Dabei ist die Ursache hierfür nicht bekannt (\*2).

Andererseits ist der Rückgang der Suizidrate auf die verbesserte Diagnostik und Behandlung der Depression, Fortschritte in der Notfallversorgung sowie die entsprechende Betreuung der Risikogruppen zurückzuführen (\*2).

In der regionalen Betrachtung innerhalb Bayerns sind in der Abbildung auf Seite 72 des Berichts zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern die vergleichswisen großen Unterschiede zwischen den verschiedenen Landkreisen und Städten zu erkennen. Diese Unterschiede gibt es auch in der Betrachtung der Ergebnisse für den Landkreis Nürnberger Land und die Vergleichslandkreise. Als Erklärung werden Zufallseffekte aufgrund niedriger Fallzahlen genannt, wobei sich letztendlich keine schlüssige Erklärung finden lässt (\*2).

Nicht unbeachtet bleiben darf der Aspekt, dass davon ausgegangen werden muss, dass es durchaus eine hohe Zahl unerkannter Suizide gibt, die zum Beispiel fehlerhaft verschlüsselt sind und so zu anderen Sterbefällen gezählt werden (zum Beispiel Tod bei Verkehrsunfall oder Drogenkonsum).

Für den Landkreis Nürnberger Land heißt dies, dass diesem Parameter unbedingt Beachtung und eine eingehende Betrachtung geschenkt werden sollte.

Datenhalter

Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

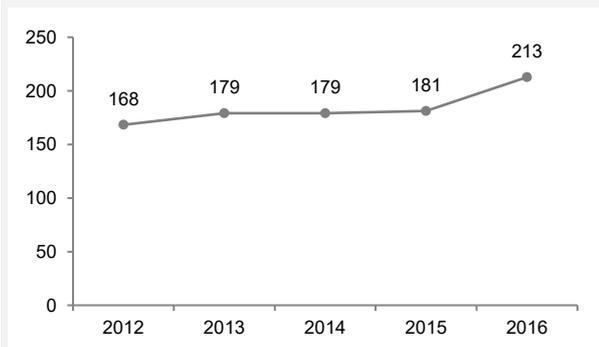
### Herzinfarkt: Krankenhausfälle

**Definition** Krankenhausfälle wegen Herzinfarkts je 100.000 Einwohner

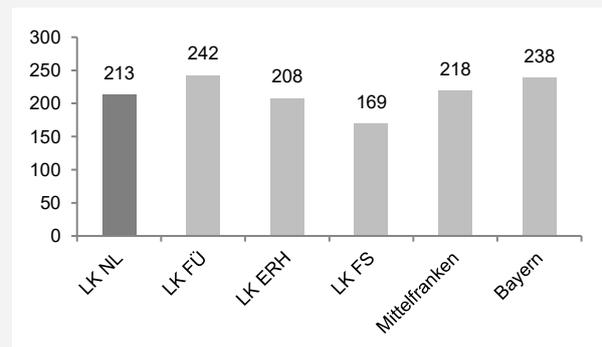
**Bedeutung/  
Ziele** Die Krankenhausfälle wegen Herzinfarkts geben Auskunft über die Häufigkeit dieser Erkrankung, die in den westlichen Industriestaaten zur häufigsten Todesursache gehört. Der Herzinfarkt bildet dabei bei der Entlassung des Patienten die Hauptdiagnose und beeinflusst damit maßgeblich die vollstationäre Behandlungsdauer bzw. verursacht den größten Anteil an medizinischen Leistungen. Krankenhausfälle berechnen sich dabei aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, vollstationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Darin sind Stunden- und Sterbefälle enthalten. Bezugsgröße ist die bayerische Wohnbevölkerung.

**Entwicklung/  
Regionalver-  
gleich** Die Anzahl der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner wegen Herzinfarkts stieg im Landkreis Nürnberger Land von 168 Fällen (2012) auf 213 Fälle im Jahr 2016. Dennoch lag der Landkreis Nürnberger Land im Jahr 2016 unter den Krankenhausfällen in Mittelfranken, Bayern und dem Landkreis Fürth. In den Landkreisen Erlangen-Höchstadt und Freising fanden sich niedrigere Werte.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2016



#### Ergebnisse/ Bewertung

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Gesundheit in Deutschland“ wird die stationäre Versorgung betrachtet. Dabei wird festgestellt, dass die Zahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus seit Jahren kontinuierlich ansteigt. Als Begründung werden der medizinische und medizintechnische Fortschritt, die demographische Entwicklung und ein verändertes Erkrankungsspektrum angeführt. Dabei bedeutet der Anstieg der Fallzahlen keine Steigerung der durchschnittlichen Verweildauer, denn die hat seit 1991 kontinuierlich abgenommen (\*3). Die im Landkreis zu erkennenden hohen Fallzahlen können durchaus durch den höheren Altersquotienten bedingt sein, da mit höherem Alter Multimorbidität einhergehen kann. In der GBE des Bundes erfolgt auch die Differenzierung der verschlüsselten ICD-Diagnosen. Es fällt auf, dass bei den Männern 2013 die häufigste Diagnose die Ischämischen Herzerkrankungen sind, die für die Frauen erst auf Platz sechs folgen. Diese bundesweite Verteilung gilt zwar nicht automatisch auch für den Landkreis, kann aber richtungsweisend sein, die Prävention bezüglich dieser Erkrankung nicht nur altersspezifisch, sondern auch geschlechterspezifisch zu betreiben. Das Schwerpunktprojekt 2020 des Bayerischen Gesundheits- und Pflegeministeriums greift mit dem Thema „Herzinfarkt“ diese Problematik auf (\*3).

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

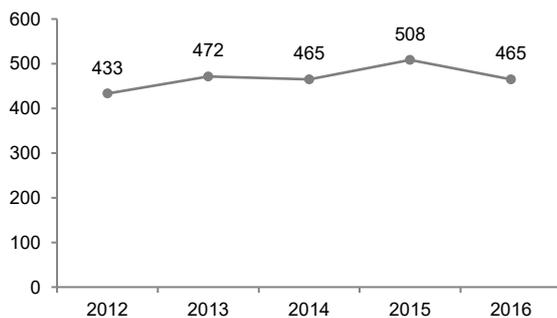
### Schlaganfall: Krankenhausfälle

**Definition** Krankenhausfälle wegen Schlaganfalls je 100.000 Einwohner

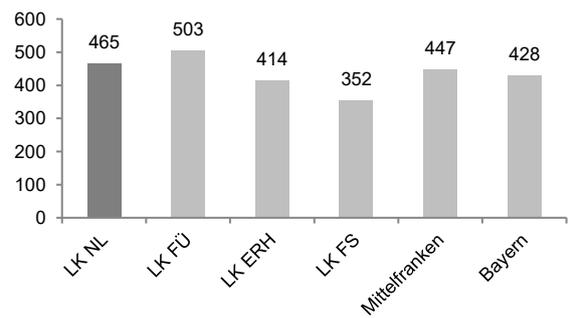
**Bedeutung/  
Ziele** Die Krankenhausfälle wegen Schlaganfalls geben Auskunft über die Häufigkeit dieser Erkrankung, die in Deutschland die dritthäufigste Todesursache darstellt. Der Schlaganfall bildet dabei bei der Entlassung des Patienten die Hauptdiagnose und beeinflusst damit maßgeblich die vollstationäre Behandlungsdauer bzw. verursacht den größten Anteil an medizinischen Leistungen. Krankenhausfälle berechnen sich dabei aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, vollstationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Bezugsgröße ist die bayerische Wohnbevölkerung.

**Entwicklung/  
Regionalvergleich** Die Anzahl der Krankenhausfälle wegen Schlaganfalls je 100.000 Einwohner nahm im Landkreis Nürnberger Land von 2012 bis 2015 zu und war erst 2016 wieder rückläufig. 2016 waren es 465 Fälle. Dieser Wert lag oberhalb der Werte für die Landkreise Erlangen-Höchstadt (414), Freising (352) sowie den mittelfränkischen (447) und bayerischen (428) Werten. Lediglich der Landkreis Fürth hatte mehr Krankenhausfälle mit der Diagnose Schlaganfall (503).

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2016



#### Ergebnisse/ Bewertung

Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache und der häufigste Grund für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter. Die Schlaganfall-Häufigkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Daher ist aufgrund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten wohl mit einer weiteren Zunahme der Krankenhausfälle infolge von Schlaganfällen zu rechnen.

Die im Landkreis zu erkennenden hohen Fallzahlen können durchaus durch den höheren Altersquotienten (s. S. 9) bedingt sein, da mit höherem Alter Multimorbidität einhergehen kann. In der GBE des Bundes erfolgt eine Differenzierung der verschlüsselten ICD-Diagnosen. Es fällt auf, dass 2013 bei den Männern die dritthäufigste Diagnose die episodischen und paroxysmalen Krankheiten des Nervensystems (ohne Schlaganfall) sind. Für die Frauen erscheint diese Diagnosegruppe gar nicht auf den dargestellten ersten neun Plätzen. Diese bundesweite Verteilung gilt zwar nicht automatisch auch für den Landkreis, kann aber richtungsweisend sein, die Prävention bezüglich dieser Erkrankung nicht nur altersspezifisch, sondern auch geschlechterspezifisch zu betreiben (\*3).

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

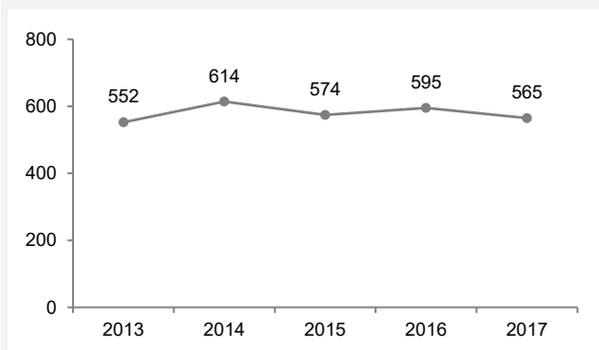
### Verunglückte im Straßenverkehr

**Definition** Im Straßenverkehr verunglückte Personen je 100.000 Einwohner

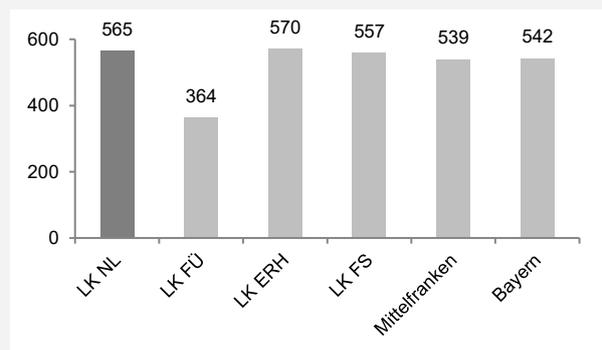
**Bedeutung/ Ziele** Die Anzahl der im Straßenverkehr verunglückten Personen vermittelt Erkenntnisse über Art und Umfang der Gefährdung des Lebens und der Gesundheit der Bevölkerung durch Straßenverkehrsunfälle. Entsprechend sind im Straßenverkehr verunglückte Personen verletzte und getötete Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben. Unfälle, die Fußgänger allein betreffen (z.B. Sturz) und Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereignen, werden nicht als Straßenverkehrsunfälle erfasst. Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen sterben, rechnen nicht zu den Verletzten, sondern zu den Getöteten Personen.

**Entwicklung/ Regionalvergleich** Die Anzahl der im Straßenverkehr verunglückten Personen je 100.000 Einwohner im Landkreis Nürnberger Land war 2014 mit 614 am höchsten, zwischen 2013 und 2017 schwankte sie zwischen 552 und 595. 2017 lag sie bei 565 Personen und damit oberhalb der Anzahl an verunglückten Personen in den Landkreisen Fürth und Freising, Mittelfranken und Bayern. Lediglich der Landkreis Erlangen-Höchstadt (570) hatte mehr Verunglückte.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen 2017



#### Ergebnisse/ Bewertung

Viele Verkehrsunfälle lassen sich vermeiden. So steigt das Unfallrisiko um ein Vielfaches z.B. beim Fahren unter Alkohol oder Drogen. Im Trend ist die Zahl der im Straßenverkehr in Bayern Verunglückten rückläufig. Allerdings verunglücken in Bayern im Bundesvergleich überdurchschnittlich viele Menschen im Straßenverkehr.

Die Straßenverkehrsunfallstatistik der verunglückten Personen ist nach dem Ereignisprinzip (Unfallort) einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt zugeordnet. Es ist davon auszugehen, dass Unfälle bei Fußgängern und in eingeschränktem Umfang bei Fahrradfahrern häufiger am Wohnort passieren, dagegen können die Raten bei Berufspendlern in den Kreisen bzw. Städten systematisch gegenüber dem Umland erhöht sein. Bei der Interpretation ist dies zu berücksichtigen.

In der GBE des Bundes sind die jungen Erwachsenen (18 - 24 Jahre) die am stärksten gefährdete Altersgruppe, gefolgt von den ab 65-Jährigen und den Jugendlichen (1 - 17 Jahre). Für den Landkreis bedeutet dies, weiterhin präventiv bei den gefährdeten Gruppen tätig zu sein (\*4).

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Statistik

## 2. Gesundheit

### Body Mass Index bei Schulanfängern: Anteil Adipöser

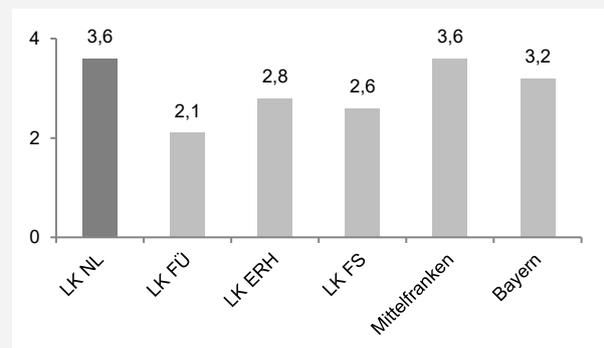
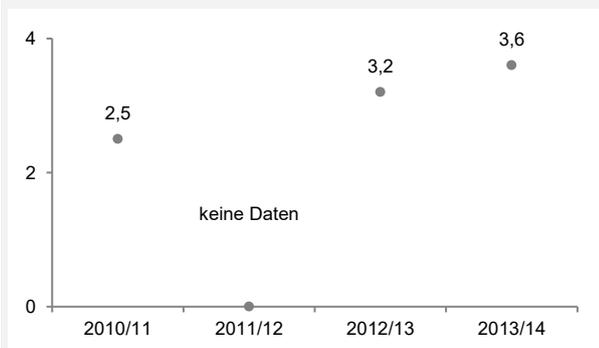
**Definition** Anteil adipöser Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung in Prozent

**Bedeutung/  
Ziele** Der Body Mass Index (BMI) ist eine Maßzahl für die Bewertung des Gewichts (Körpermasse) eines Menschen. Sie wird dazu verwendet, um auf eine gesundheitliche Gefährdung durch Übergewicht hinzuweisen. Der BMI wird berechnet, indem man das Körpergewicht in Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße in Metern dividiert. Die Bestimmung, ob ein Kind als adipös gilt, wird nach alters- und geschlechtsabhängigen Grenzwerten vorgenommen. Diese Grenzwerte sind medizinisch nicht fix bestimmt, sondern werden statistisch aus Untersuchungen an Referenzstichproben der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) abgeleitet. Der Indikator verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger.

**Entwicklung/  
Regionalvergleich** Der Anteil adipöser Kinder stieg im Landkreis Nürnberger Land an und beträgt 3,6 % zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2013/2014. Der Landkreis Nürnberger Land lag damit zwar über den Vergleichsregionen und dem bayerischen Wert insgesamt (3,2 %). Der Wert für das Nürnberger Land entsprach jedoch exakt dem Wert in Mittelfranken.

#### Entwicklung

#### Vergleich mit anderen Regionen, 2013 / 2014



#### Ergebnisse/ Bewertung

Die Welt-Gesundheitsorganisation WHO bezeichnet Adipositas mit als eines der größten chronischen Gesundheitsprobleme. Als Folge von Adipositas kann es bereits bei Kindern und Jugendlichen zu kardiovaskulären, orthopädischen und psychischen Erkrankungen kommen. Es handelt sich dabei also nicht nur um ein „Gewichtsproblem“, sondern um eine bereits im Kindes- und Jugendalter auftretende ernstzunehmende Gesundheitsstörung.

In den letzten Jahren ist bei den Einschulungskindern in Bayern insgesamt ein leichter Rückgang der Adipositasquoten zu beobachten.

Für den Landkreis Nürnberger Land ließ sich dieser Trend zwar in einzelnen Gemeinden, aber nicht für den ganzen Landkreis beobachten. Dies bedeutet, dass unbedingt die präventiven Maßnahmen mit Schulungen schon in den Kindertageseinrichtungen und Grundschulen ausgebaut werden sollten. Dies ist gut in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen möglich, die entsprechende Ernährungsprogramme auch speziell für kleinere Kinder anbieten. Außerdem muss versucht werden, das Thema vor allem den Eltern nahe zu bringen. Hierfür wären ideale Akteure örtlich ansässige Sportvereine, Lehrer und Erzieher als Multiplikatoren in den Elterngesprächen oder Vorträge im Rahmen von Elternabenden. Eine Untersuchung könnte beispielsweise die sozialen Strukturen genauer beleuchten, um sozioökonomische Unterschiede, die eine Adipositas fördern, tiefergehend zu betrachten und so für die Prävention ggf. weitere Ansatzpunkte sichtbar zu machen (\*5).

#### Datenhalter

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

### 3. Gesundheitsversorgung

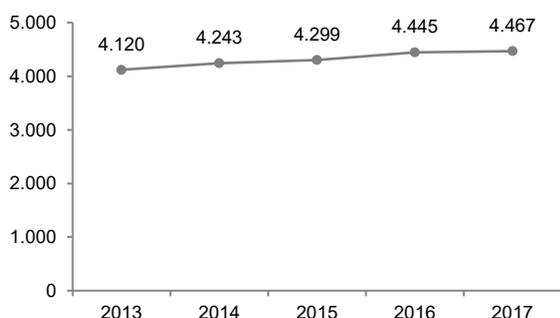
#### Einwohner je öffentlicher Apotheke

**Definition** Einwohner je öffentlicher Apotheke

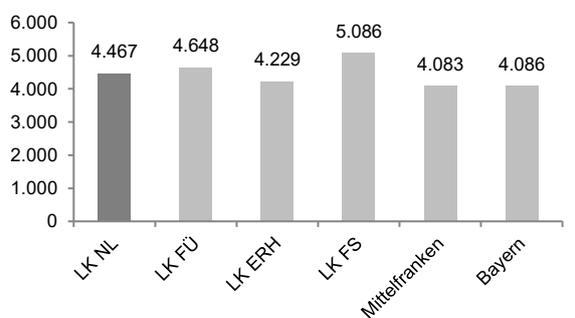
**Bedeutung/  
Ziele** Die Ausstattung einer Region mit Einrichtungen des Gesundheitswesens ist ein Faktor der regionalen Versorgungsqualität. Der Indikator beschreibt öffentliche Apotheken, die der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung dienen, in Form der Versorgungsdichte.

**Entwicklung/  
Regionalver-  
gleich** Die Anzahl der Einwohner je öffentlicher Apotheke im Landkreis Nürnberger Land (NL) nahm kontinuierlich zu und lag im Jahr 2017 bei 4.467. Dennoch versorgte eine Apotheke im Landkreis Nürnberger Land weniger Menschen als in den zum Vergleich herangezogenen Landkreisen Fürth und Freising. Im Vergleich mit dem bayerischen (4.086) und mittelfränkischen (4.083) Wert versorgte eine Apotheke im Landkreis NL allerdings mehr Menschen.

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



#### Ergebnisse/ Bewertung

Die öffentlichen Apotheken sind ein wichtiger Bereich des Gesundheitswesens. Ihre wichtigste Funktion ist die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und die direkte Information der Patienten zu den verordneten, sowie in noch stärkerem Maß zu den freiverkäuflichen Arzneimitteln.

Die absolute Anzahl der öffentlichen Apotheken im Landkreis Nürnberger Land sank von 2013 bis 2017 um zwei Apotheken. Aufgrund des zeitgleich stattgefundenen Bevölkerungswachstums stieg die Anzahl der Einwohner, die durch eine öffentliche Apotheke versorgt werden. In die Statistik geht nicht ein, in welchem Maß Internet- und Online-Apotheken an der Medikamentenversorgung der Bevölkerung beteiligt sind, jedoch dürfte der Anteil tendenziell zunehmen.

**Datenhalter** Bayerische Landesapothekerkammer, Bayerisches Landesamt für Statistik

### 3. Gesundheitsversorgung

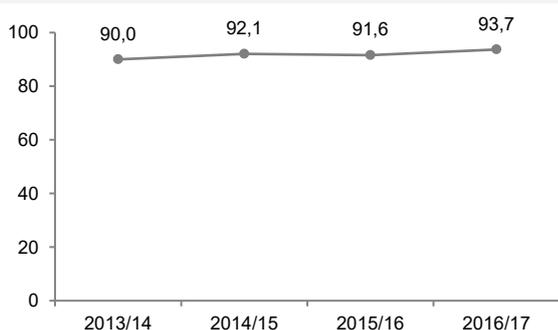
#### Impfquote der 2. Masern-Impfung bei Kindern

**Definition** Impfquote der 2. Masern-Impfung bei Schulanfängern in Prozent

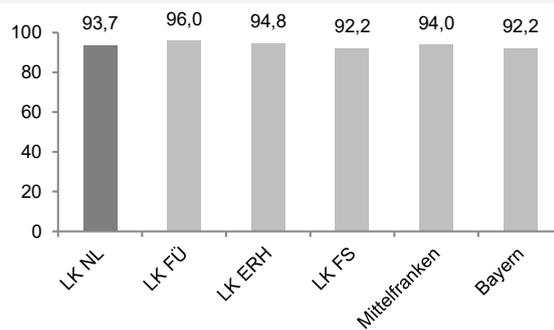
**Bedeutung/ Ziele** Daten zum Impf- und Immunstatus sind eine Voraussetzung, um die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten beurteilen zu können. Zugleich geben sie Hinweise auf die Umsetzung der Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), zur Impfakzeptanz der Bevölkerung und zu bestehenden Impflücken. Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln erfolgen in den meisten Fällen mit einem Kombinationsimpfstoff. Der Indikator verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente vorgelegt haben.

**Entwicklung/ Regionalvergleich** Obwohl die Impfquote für die 2. Masern-Impfung im Landkreis Nürnberger Land anstieg, lag sie mit 93,7 % bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2016/17 immer noch unter der von der WHO zur Ausrottung der Masern als notwendig erachteten Impfquote von mindestens 95 %. Dasselbe galt auch in den zum Vergleich herangezogenen Landkreis Erlangen-Höchstadt und Landkreis Freising sowie für Bayern und Mittelfranken. Lediglich der Landkreis Fürth überstieg diese Impfquote (96 %).

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2016 / 2017



#### Ergebnisse/ Bewertung

Die Schutzimpfungen stellen eine wichtige Säule des Infektionsschutzes dar. Allerdings gab es in Deutschland für die Masernimpfung im dargestellten Zeitraum keine Impfpflicht, d.h. die Eltern konnten selbst entscheiden, ob sie ihr Kind impfen lassen wollen. Bei leicht übertragbaren Krankheiten wie den Masern bedeuten niedrige Impfquoten eine erhöhte Ansteckungsgefahr. Die räumlichen Unterschiede erklären sich durch regionale Besonderheiten wie die kinderärztliche Versorgung und die soziale Schichtung, aber auch durch Abweichungen bei der Definition einer „vollständigen“ Impfung.

Bisher erreicht nur ein kleiner Teil der bayerischen Landkreise bzw. kreisfreien Städte die von der WHO zur Ausrottung der Masern als notwendig erachtete Impfquote von mindestens 95 % für die 2. Masern-Impfung. Dies wird sich durch die Masernimpfpflicht ändern.

Eine Erhöhung der Masernimpfquote wird die 2020 unter dem Schlagwort „Masernschutzgesetz“ in Kraft getretene Änderung des Infektionsschutzgesetzes bewirken. Hierdurch werden nicht maserngeschützte Personen von der Betreuung bzw. der Tätigkeit in Kindergemeinschaftseinrichtungen grundsätzlich ausgeschlossen. Die aufklärende Impfberatung der niedergelassenen Ärzteschaft und der Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird aufgrund der geänderten Gesetzeslage noch an Bedeutung gewinnen.

**Datenhalter** Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

### 3. Gesundheitsversorgung

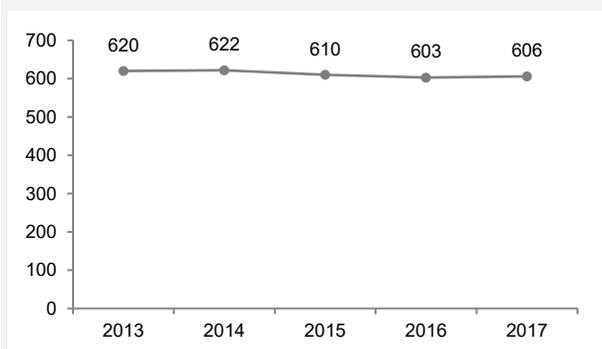
#### Einwohner je ambulant tätigem Arzt

**Definition** Einwohner je ambulant tätigem Arzt

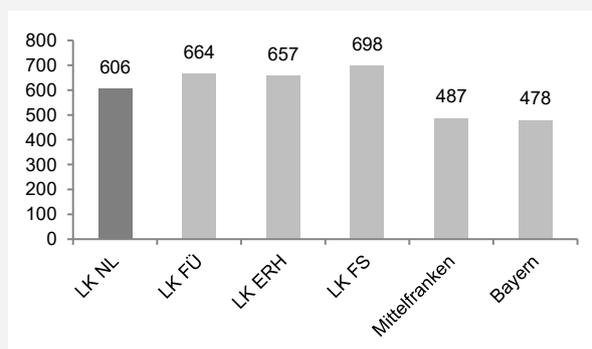
**Bedeutung/  
Ziele** Die Anzahl der Einwohner je Arzt zeigt den Umfang der ärztlichen Versorgung in ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens (Praxis, Medizinisches Versorgungszentrum, u. ä.) und spiegelt somit die Versorgungsqualität wider. Ein geringerer Wert deutet auf eine bessere Versorgung hin, d.h. auf einen leichteren Zugang zur ambulanten Versorgung. In diesem Indikator werden die Ärzte ausgewiesen, die an der zuständigen Ärztekammer als ambulant bzw. in freier Praxis tätige Ärzte registriert sind.

**Entwicklung/  
Regionalvergleich** Die Anzahl der Einwohner je Arzt in ambulanten Einrichtungen nahm im Landkreis Nürnberger Land seit 2014 ab. Rein rechnerisch versorgte im Jahr 2017 im Landkreis Nürnberger Land ein Arzt im Durchschnitt 606 Personen. Somit kamen im Landkreis Nürnberger Land auf einen Arzt bzw. eine Ärztin in ambulanten Einrichtungen weniger Einwohner als in den Vergleichsregionen, aber mehr als im Regierungsbezirk (487) sowie in Bayern (478).

#### Entwicklung



#### Vergleich mit anderen Regionen, 2017



#### Ergebnisse/ Bewertung

Den ambulant tätigen Ärzten kommt in der Gesundheitsversorgung eine Schlüsselfunktion zu.

Im Landkreis Nürnberger Land gab es im Beobachtungszeitraum ein Bevölkerungswachstum von 165.000 auf 169.752 Einwohner. Parallel nahm die Anzahl der Ärzte in ambulanten Einrichtungen zu, so dass es zu einer Abnahme der Einwohner pro Arzt in den Jahren 2013-2017 kam. Der Landkreis Nürnberger Land weist numerisch eine bessere Versorgungsqualität auf als die anderen Vergleichslandkreise. Im Vergleich zu Mittelfranken und Bayern lag dieser Wert aber höher, was durch die extrem hohe Arztdichte in den Ballungsgebieten begründet ist. Die Versorgung im Landkreis kann weiter optimiert werden, wenn es gelingt, noch mehr niedergelassene Ärzte zu rekrutieren.

#### Datenhalter

Bayerische Landesärztekammer; Bayerisches Landesamt für Statistik

**Teil B:  
Psychiatrieberichterstattung  
für das Nürnberger Land**

## **Inhaltsverzeichnis der Psychiatrieberichterstattung**

<b>1. Hintergründe und Zielsetzung</b>	<b>Seite 33</b>
<b>2. Zahlen und Diagramme</b>	<b>Seite 34</b>
<b>3. Interpretation</b>	<b>Seite 111</b>
<b>4. Zusammenfassung und Empfehlungen</b>	<b>Seite 123</b>
<b>5. Fazit</b>	<b>Seite 125</b>
<b>6. Anhang</b>	<b>Seite 126</b>
<b>6.1. Beteiligte am RSV im Landkreis Nürnberger Land</b>	
<b>6.2. ICD -10-Codierung der Diagnosegruppe F</b>	
<b>6.3. Abkürzungen</b>	
<b>7. Quellennachweis</b>	<b>Seite 129</b>

# 1. Hintergründe und Zielsetzung

Der Regionale Steuerungsverbund (RSV) des Landkreises Nürnberger Land ist ein Zusammenschluss derjenigen im Landkreis, die an der Versorgung von Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen in der Region mitarbeiten. Er hat sich 2010 aus der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) entwickelt.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen hat 2007 nach dem ersten (1980) und zweiten (1990) „Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter“ die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ veröffentlicht.

Dabei sollten diese eine „Orientierung für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sein (Grundsätze S. 11). Sie geben unter anderem die regionale Planung und Steuerung vor, um die Hilfsangebote dem individuellen Bedarf anzupassen und die Kontinuität der Behandlung und Hilfe zu gewährleisten. Dies ist umso besser möglich, je mehr die unterschiedlichen Leistungserbringer und Leistungsträger zusammenarbeiten und sich mit den Erbringern anderer Hilfsangebote vernetzen. Die Koordination und Steuerung der konkreten Hilfen sowie die Abstimmung der Schnittstellen sollen im „Rahmen eines Regionalen Steuerungsverbundes“ erfolgen.

In den Grundsätzen wird auch die „Regionale Berichterstattung über Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin“ durch den RSV empfohlen.

So entstand der Teil B der Gesundheitsberichterstattung für das Nürnberger Land.

Die Berichterstattung will einen Überblick über die Versorgung im Landkreis Nürnberger Land geben. Es werden die komplementären stationären und ambulanten Einrichtungen zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen erfasst und deren Entwicklung seit 2014 dargestellt.

Der RSV hat sich hierbei auf folgende Themen konzentriert:

1. Darstellung der Versorgung der Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung im Landkreis
2. Altersstruktur und Entwicklung im Landkreis sowie in den Einrichtungen
3. Betrachtung der Zahlen zur Suizidalität im Landkreis Nürnberger Land
4. Diagnoseverteilung in den Einrichtungen

Die Zahlen, über die berichtet wird, stammen aus der Befragung der Einrichtungen im Landkreis und der Einrichtung Integra Suchthilfe (Etzelwang). Letztere liegt zwar im Landkreis Amberg-Sulzbach (Oberpfalz), hat aber eine hohe Versorgungsrelevanz für das Nürnberger Land.

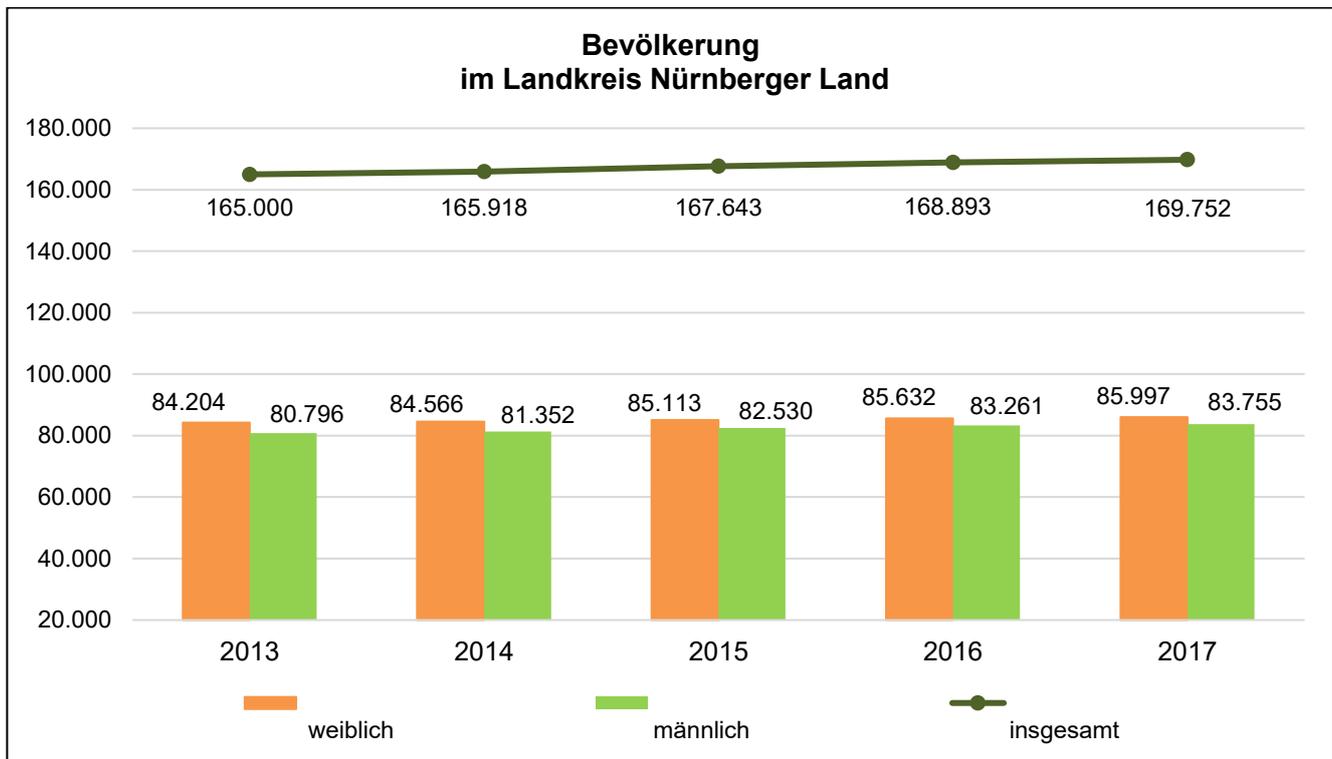
## 2. Zahlen und Diagramme

### 2.1. Der Landkreis Nürnberger Land

#### 2.1.1. Bevölkerung und Geschlechterverteilung

Landkreis Nürnberger Land Jahr	insgesamt	weiblich	männlich
2013	165.000	84.204	80.796
2014	165.918	84.566	81.352
2015	167.643	85.113	82.530
2016	168.893	85.632	83.261
2017	169.752	85.997	83.755

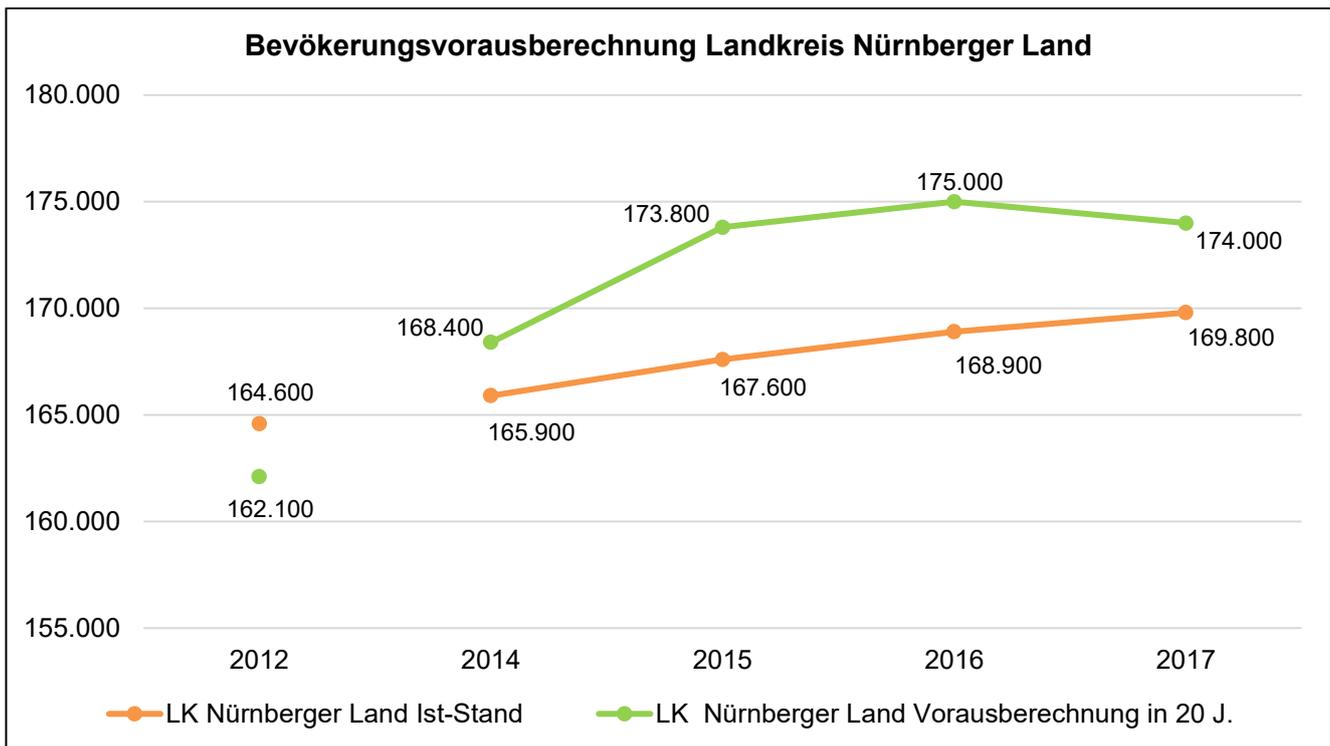
	2017 insgesamt	2017 weiblich	2017 männlich
LK Nürnberger Land	169.752	85.997	83.755
LK Fürth	116.193	59.783	56.410
LK Erlangen-Höchstadt	135.334	68.075	67.259
LK Freising	177.997	87.192	90.805
Mittelfranken	1.759.643	892.870	866.773
Bayern	12.997.204	6.558.701	6.438.503



## 2.1.2. Bevölkerungsvorausberechnung, Entwicklung im Landkreis 2017 - 2037

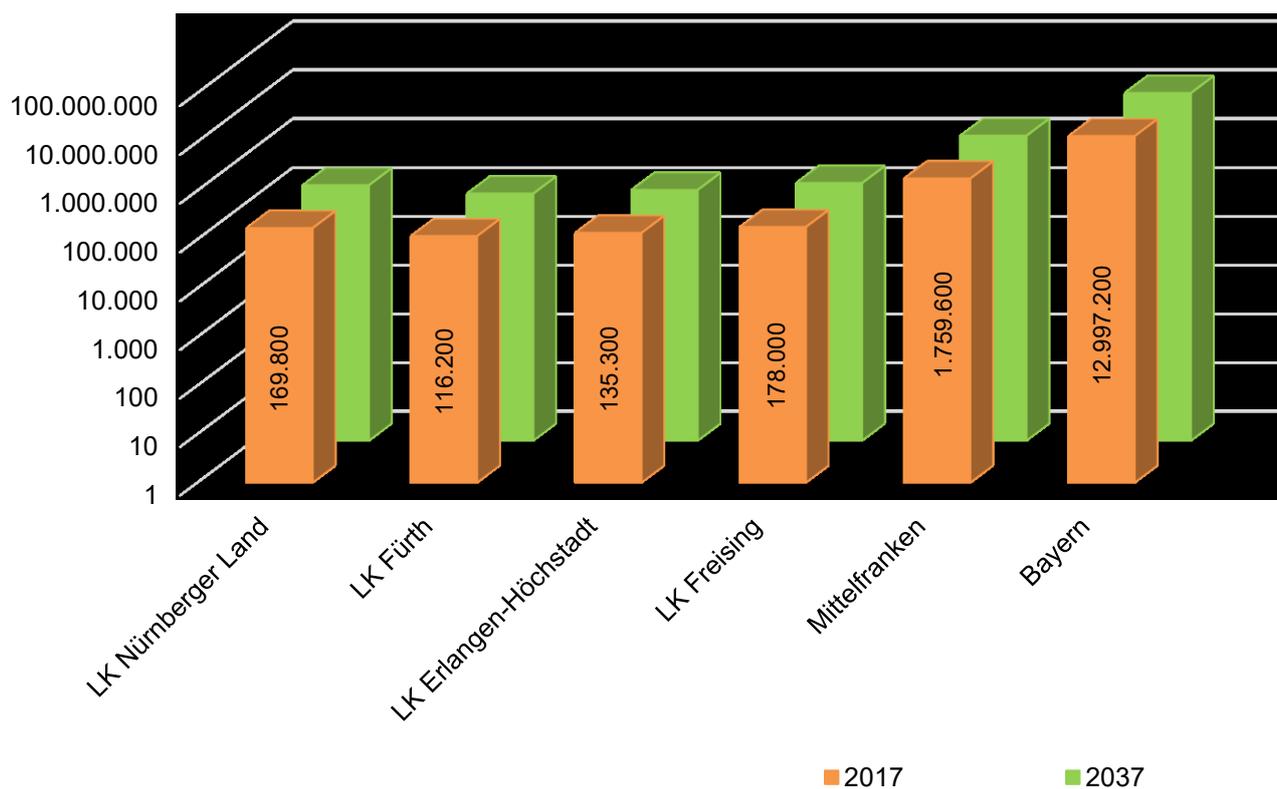
Jahr	LK Nürnberger Land Ist-Stand	LK Nürnberger Land Vorausberechnung +20 J.
2012	164.600	162.100
2013	keine Daten	keine Daten
2014	165.900	168.400
2015	167.600	173.800
2016	168.900	175.000
2017	169.800	174.000

	2017	2037
<b>LK Nürnberger Land</b>	169.800	174.000
<b>LK Fürth</b>	116.200	117.300
<b>LK Erlangen-Höchstadt</b>	135.300	139.500
<b>LK Freising</b>	178.000	192.500
<b>Mittelfranken</b>	1.759.600	1.799.800
<b>Bayern</b>	12.997.200	13.481.100



\*Für das Jahr 2013 liegen keine Daten vor.

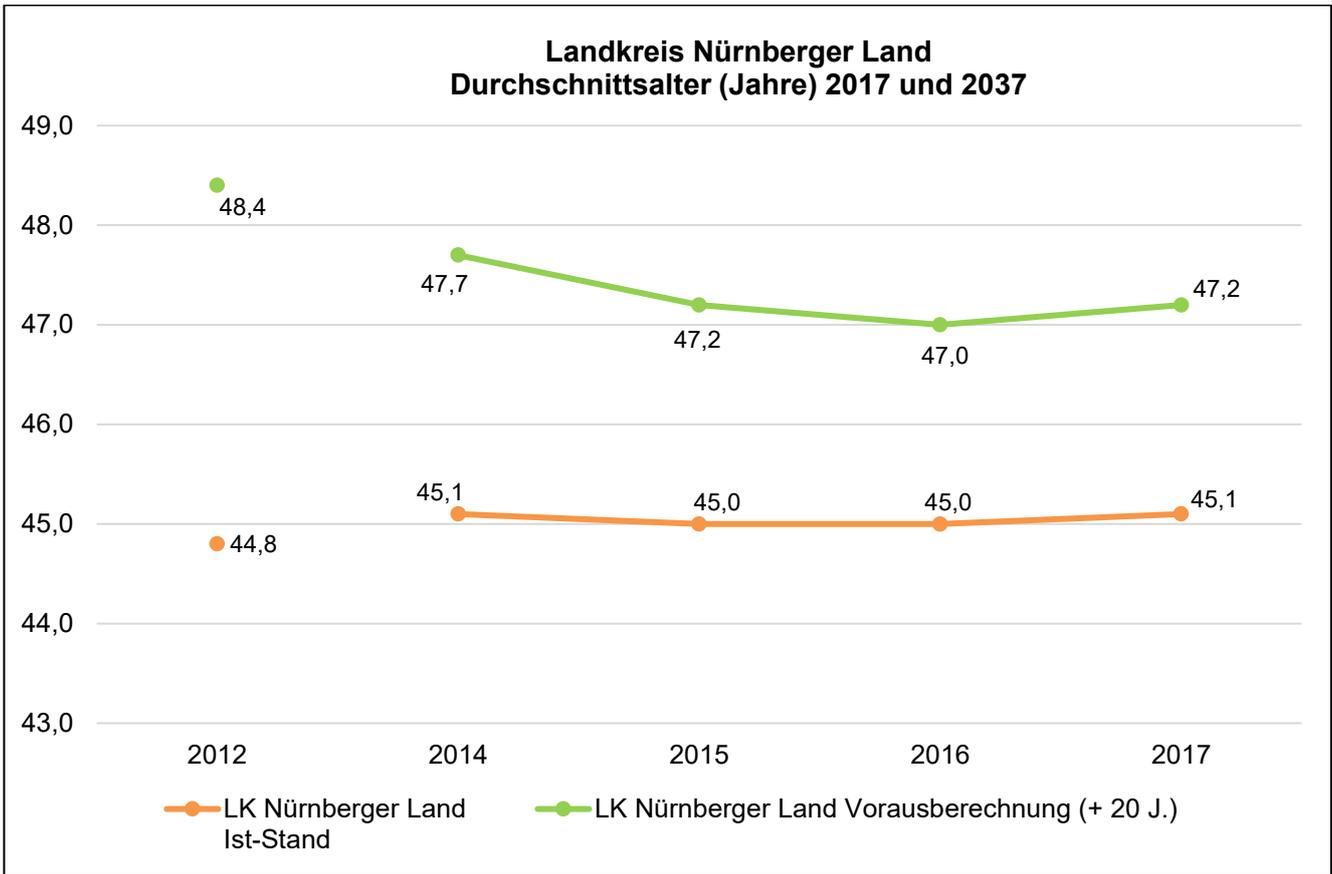
### Vorausberechnung Einwohner in 20 Jahren



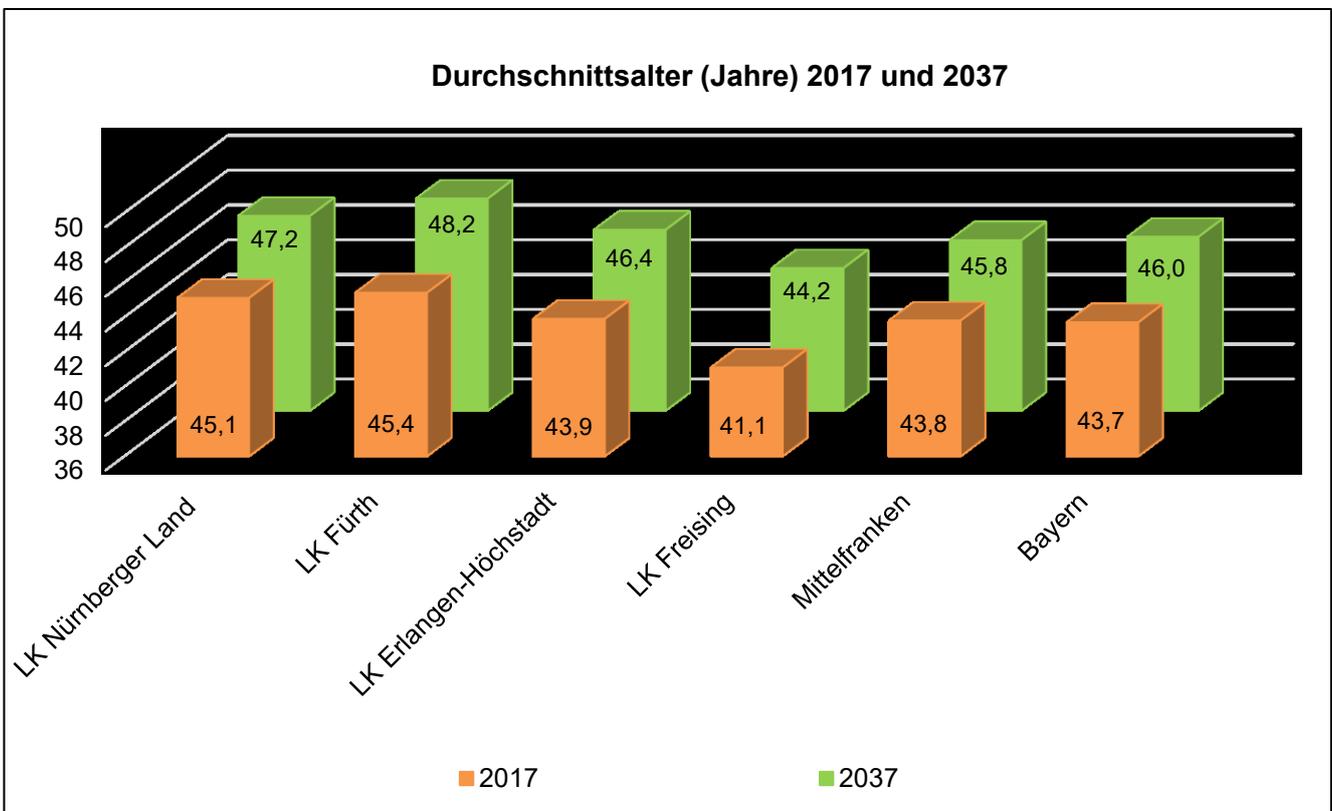
### 2.1.3. Durchschnittsalter in Jahren mit Vorausberechnung

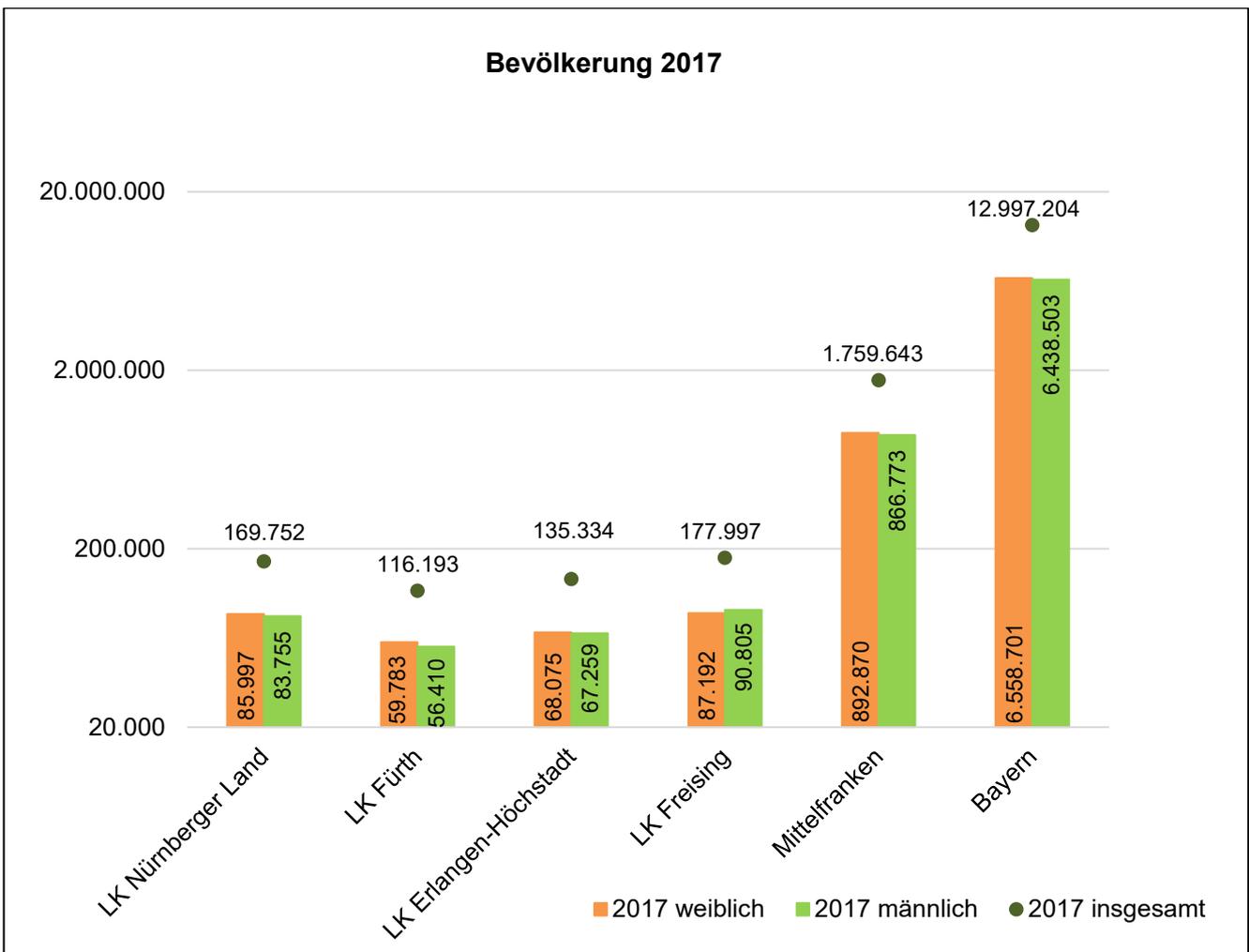
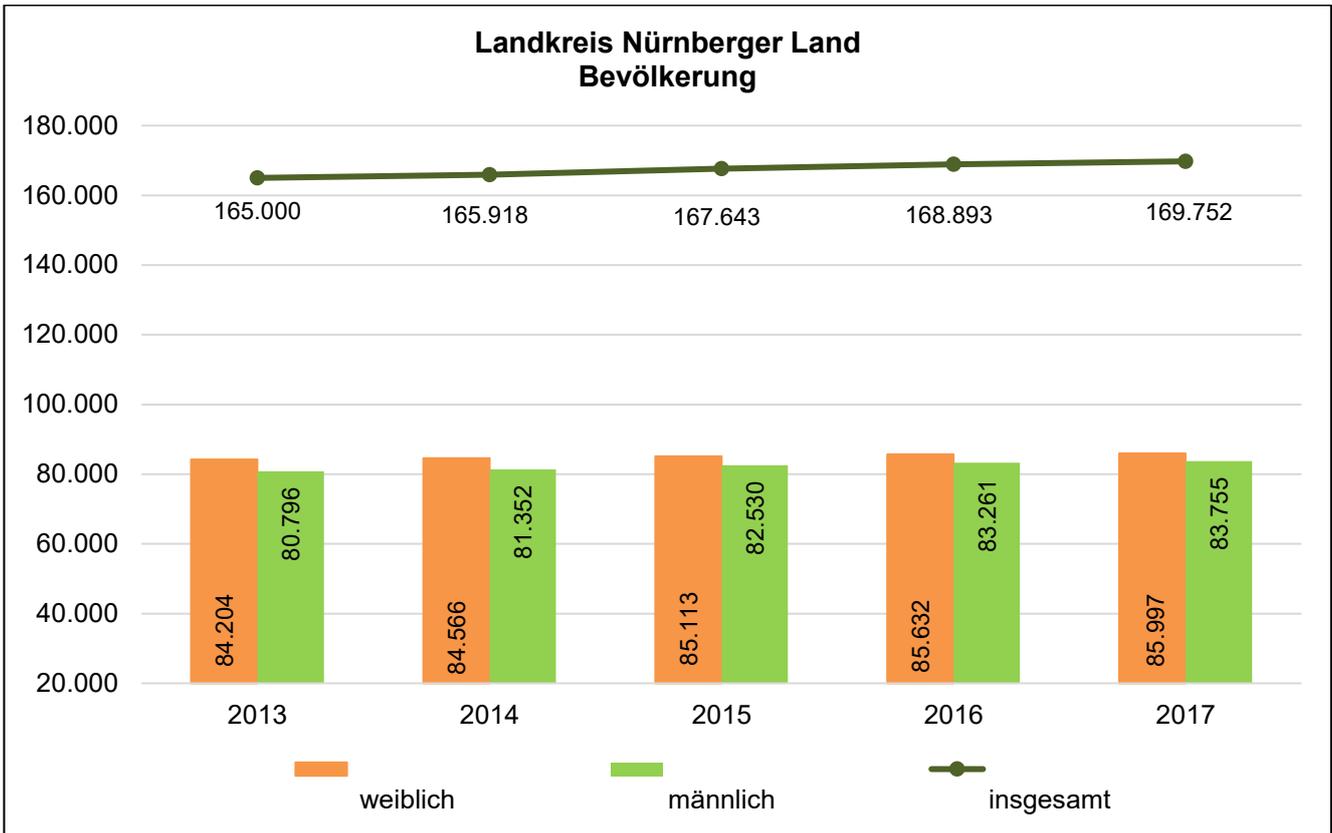
Jahr	LK Nürnberger Land Ist-Stand in Jahren	LK Nürnberger Land Vorausberechnung + 20 J. in Jahren
2012	44,8	48,4
2013	keine Daten	keine Daten
2014	45,1	47,7
2015	45,0	47,2
2016	45,0	47,0
2017	45,1	47,2

	2017	2037
LK Nürnberger Land	45,1	47,2
LK Fürth	45,4	48,2
LK Erlangen-Höchstadt	43,9	46,4
LK Freising	41,1	44,2
Mittelfranken	43,8	45,8
Bayern	43,7	46,0



\*Für das Jahr 2013 liegen keine Daten vor.

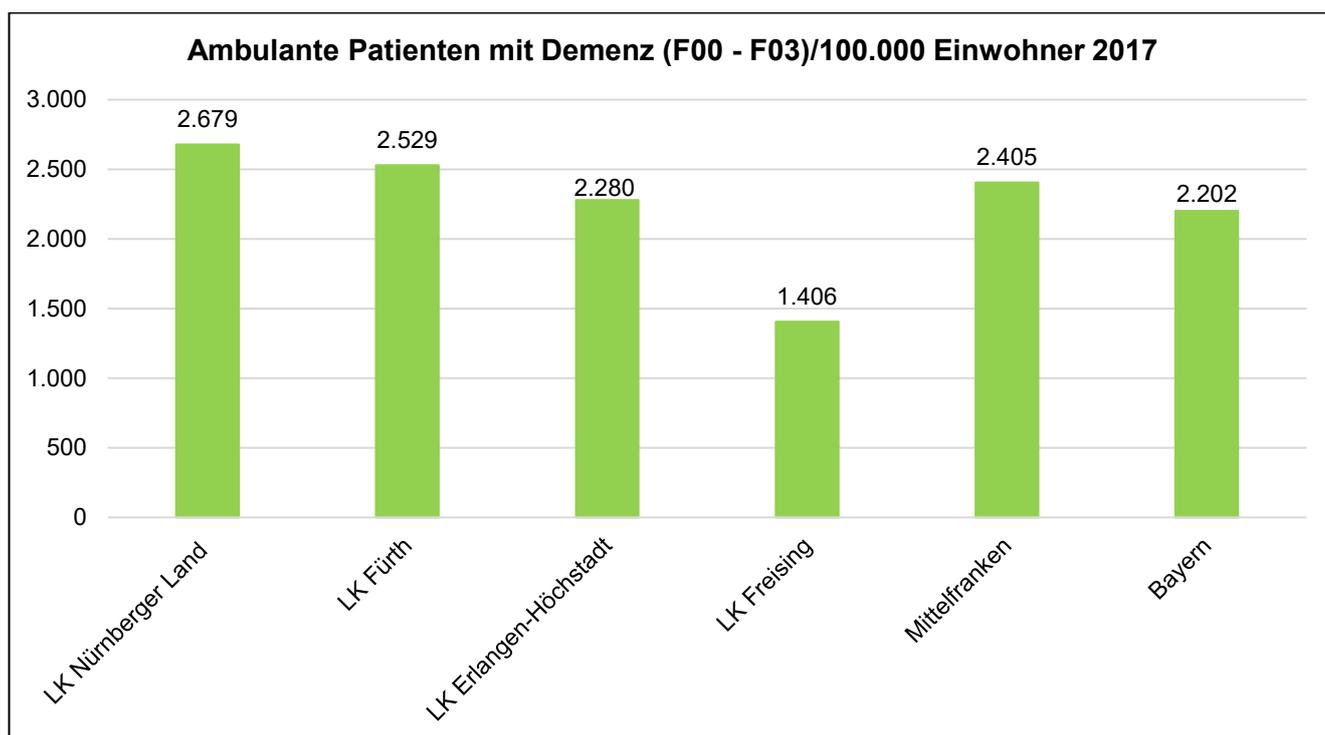




### 2.1.4. Ambulante Patienten mit Demenz (F00 - F03)/100.000 Einwohner

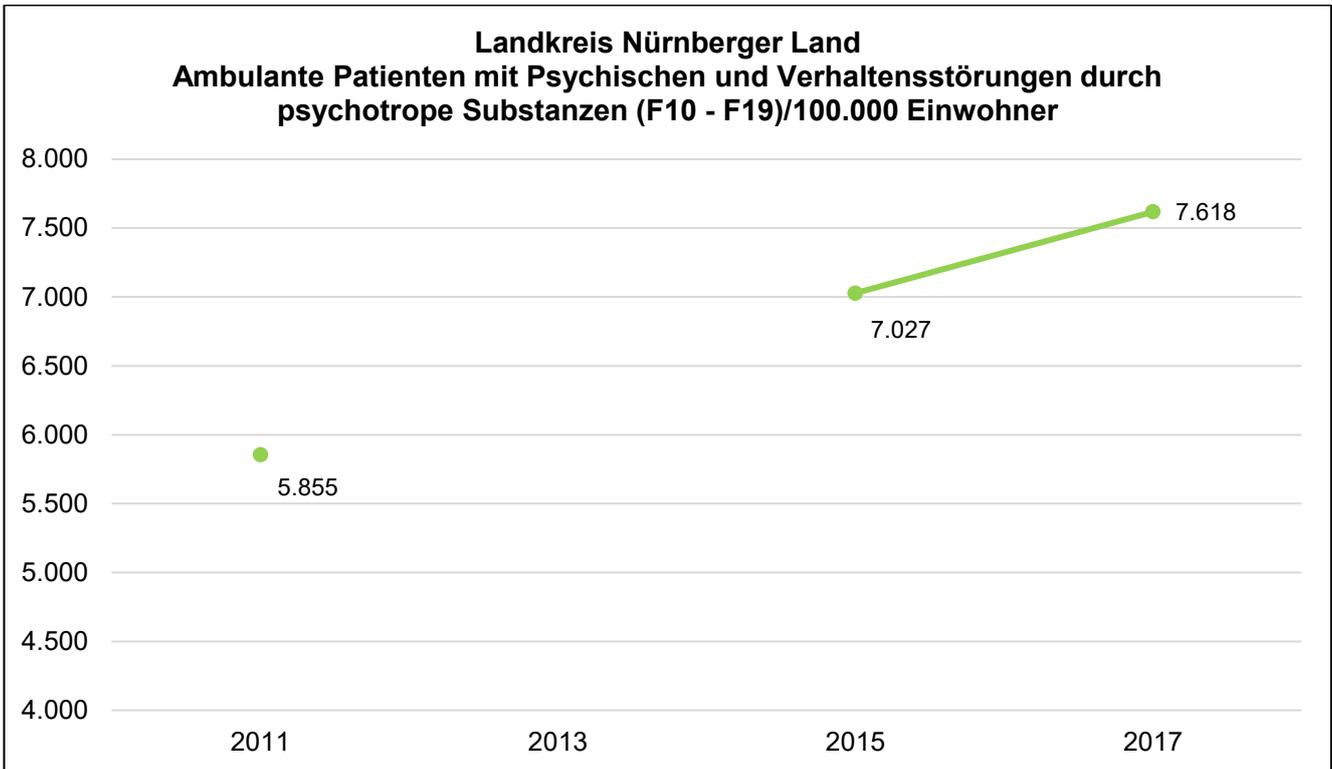
Diese Zahlen liegen erst ab dem Jahr 2017 vor.

	2011	2015	2017
<b>LK Nürnberger Land</b>	keine Daten	keine Daten	2.679
<b>LK Fürth</b>	keine Daten	keine Daten	2.529
<b>LK Erlangen-Höchstadt</b>	keine Daten	keine Daten	2.280
<b>LK Freising</b>	keine Daten	keine Daten	1.406
<b>Mittelfranken</b>	keine Daten	keine Daten	2.405
<b>Bayern</b>	keine Daten	keine Daten	2.202

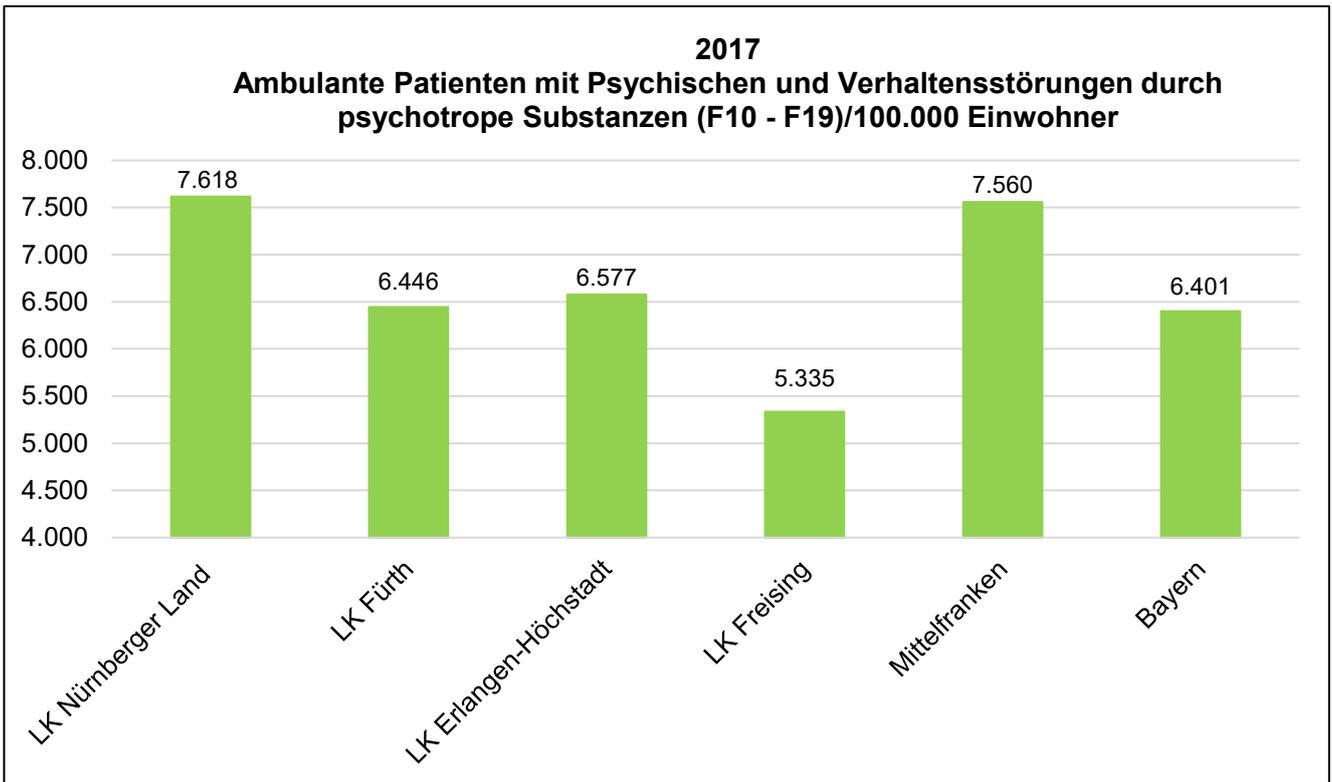


### 2.1.5. Ambulante Patienten mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)/100.000 Einwohner

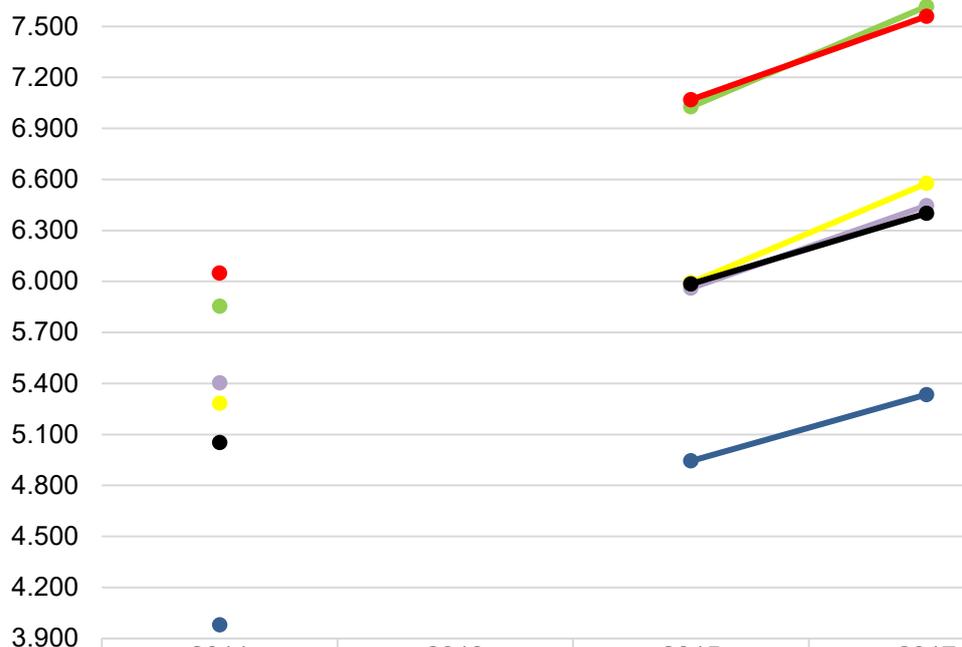
	2011	2013	2015	2017
<b>LK Nürnberger Land</b>	5.855	keine Daten	7.027	7.618
<b>LK Fürth</b>	5.404	keine Daten	5.961	6.446
<b>LK Erlangen-Höchstadt</b>	5.283	keine Daten	5.992	6.577
<b>LK Freising</b>	3.980	keine Daten	4.944	5.335
<b>Mittelfranken</b>	6.049	keine Daten	7.069	7.560
<b>Bayern</b>	5.053	keine Daten	5.985	6.401



\*Für das Jahr 2013 liegen keine Daten vor.



### Ambulante Patienten mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 - F19)/100.000 Einwohner



	2011	2013	2015	2017
LK Nürnberger Land	5.855		7.027	7.618
LK Fürth	5.404		5.961	6.446
LK Erlangen-Höchststadt	5.283		5.992	6.577
LK Freising	3.980		4.944	5.335
Mittelfranken	6.049		7.069	7.560
Bayern	5.053		5.985	6.401

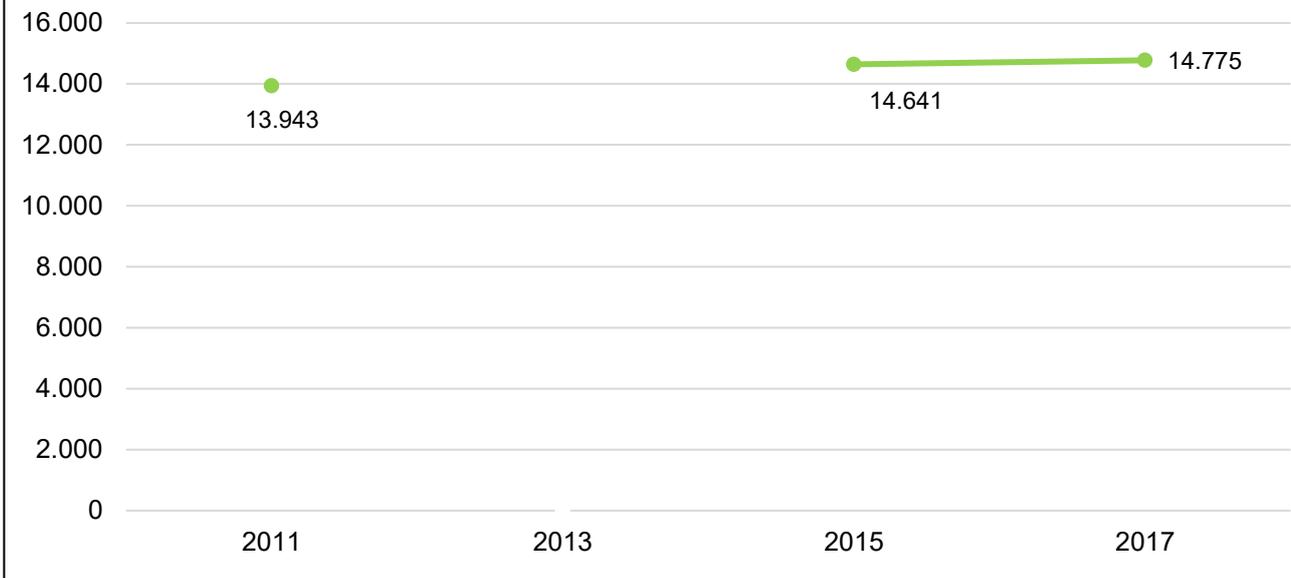
\*Für das Jahr 2013 liegen keine Daten vor.

### 2.1.6. Ambulante Patienten mit Affektiven Störungen (F30 - F39)/100.000 Einwohner

Jahr	LK Nürnberger Land
2011	13.943
2013	keine Daten
2015	14.641
2017	14.775

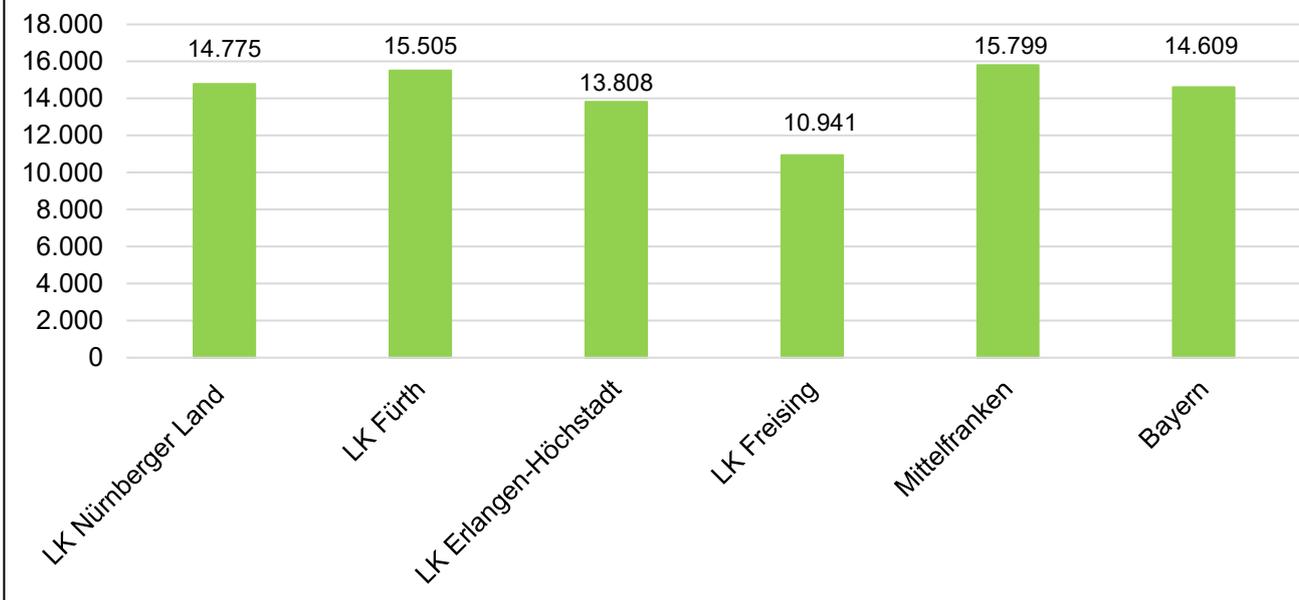
	2011	2013	2015	2017
LK Nürnberger Land	13.943	keine Daten	14.641	14.775
LK Fürth	13.921	keine Daten	14.898	15.505
LK Erlangen-Höchststadt	14.457	keine Daten	14.104	13.808
LK Freising	10.705	keine Daten	10.990	10.941
Mittelfranken	15.203	keine Daten	15.784	15.799
Bayern	13.893	keine Daten	14.705	14.609

**Landkreis Nürnberger Land  
Ambulante Patienten mit Affektiven Störungen  
(F30 - F39)/100.000 Einwohner**

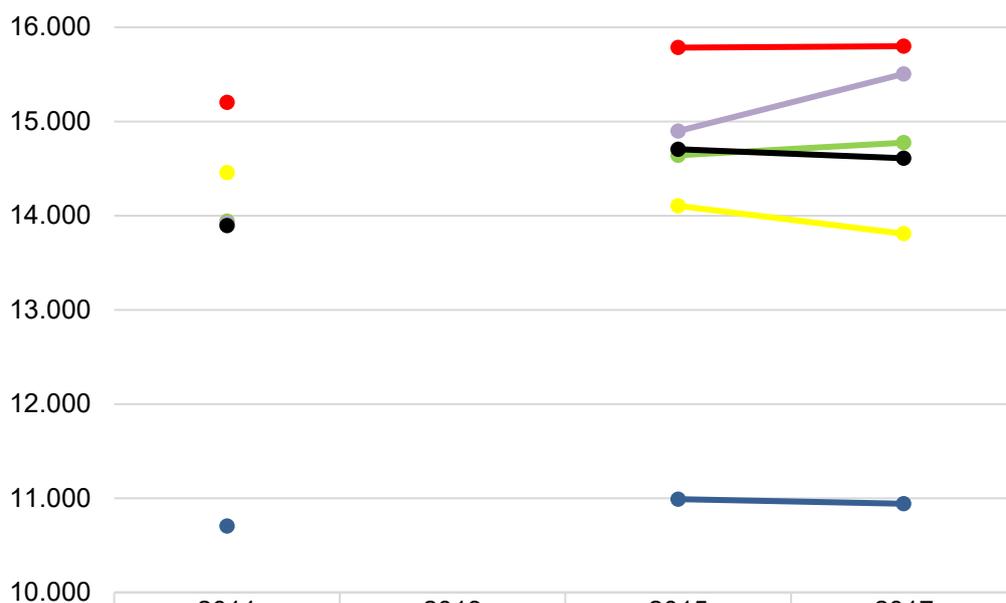


\*Für das Jahr 2013 liegen keine Daten vor.

**2017  
Ambulante Patienten mit Affektiven Störungen  
(F30 - F39)/100.000 Einwohner**



**2017**  
**Ambulante Patienten mit Affektiven Störungen**  
**(F30 - F39)/100.000 Einwohner**



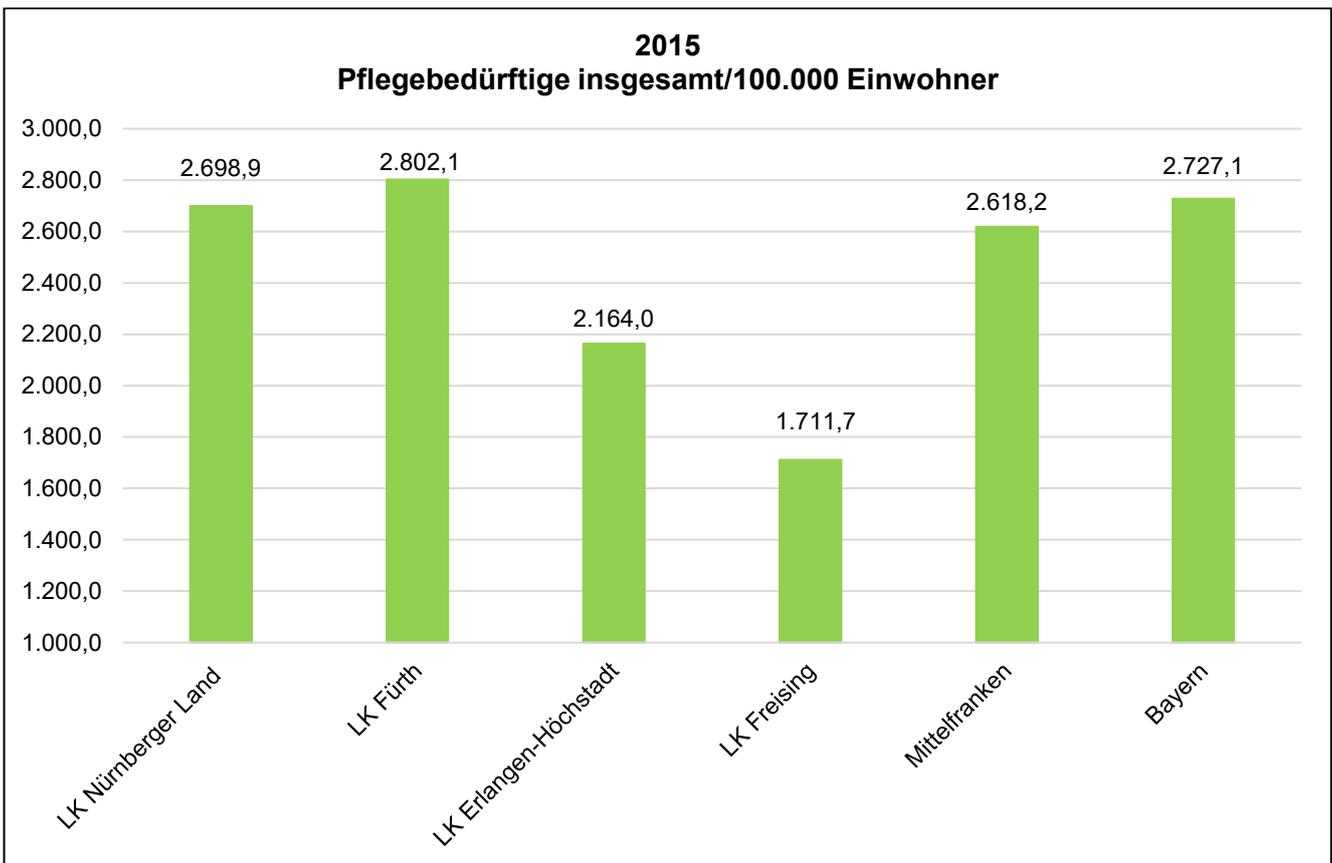
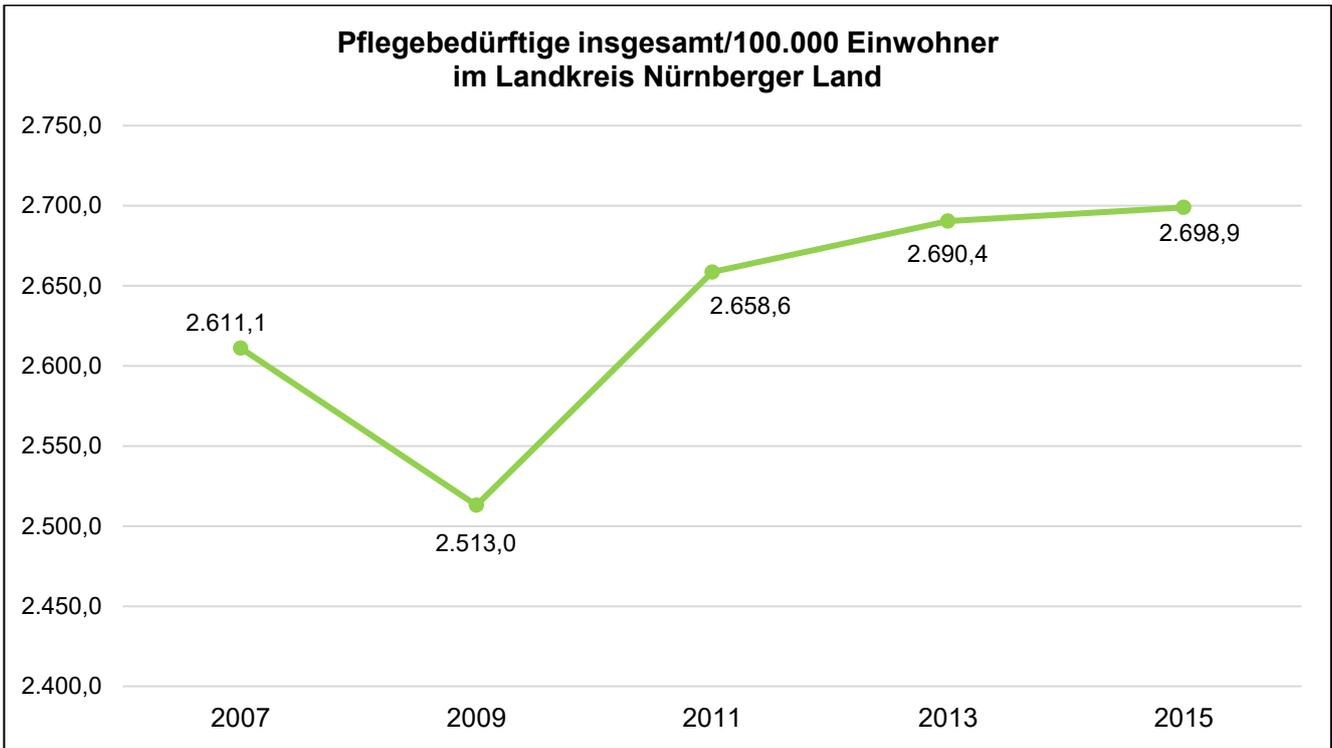
	2011	2013	2015	2017
LK Nürnberger Land	13.943		14.641	14.775
LK Fürth	13.921		14.898	15.505
LK Erlangen-Höchstadt	14.457		14.104	13.808
LK Freising	10.705		10.990	10.941
Mittelfranken	15.203		15.784	15.799
Bayern	13.893		14.705	14.609

\*Für das Jahr 2013 liegen keine Daten vor.

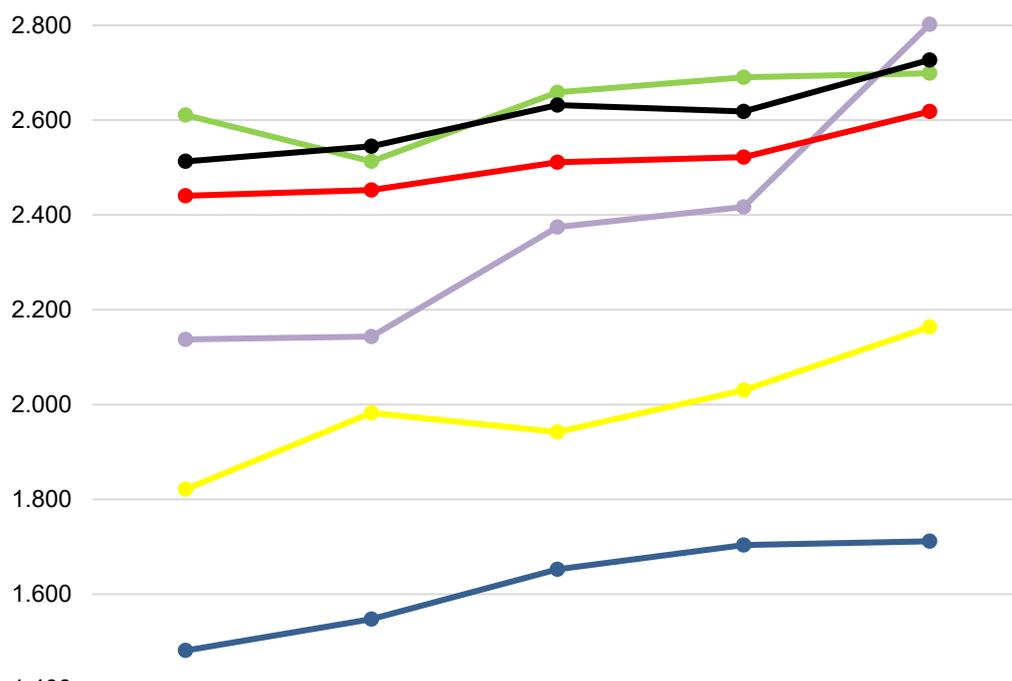
**2.1.7. Pflegebedürftige insgesamt/100.000 Einwohner**

Jahr	LK Nürnberger Land
2007	2.611,1
2009	2.513,0
2011	2.658,6
2013	2.690,4
2015	2.698,9

	2015
LK Nürnberger Land	2.698,9
LK Fürth	2.802,1
LK Erlangen-Höchstadt	2.164,0
LK Freising	1.711,7
Mittelfranken	2.618,2
Bayern	2.727,1



### Pflegebedürftige insgesamt/100.000 Einwohner

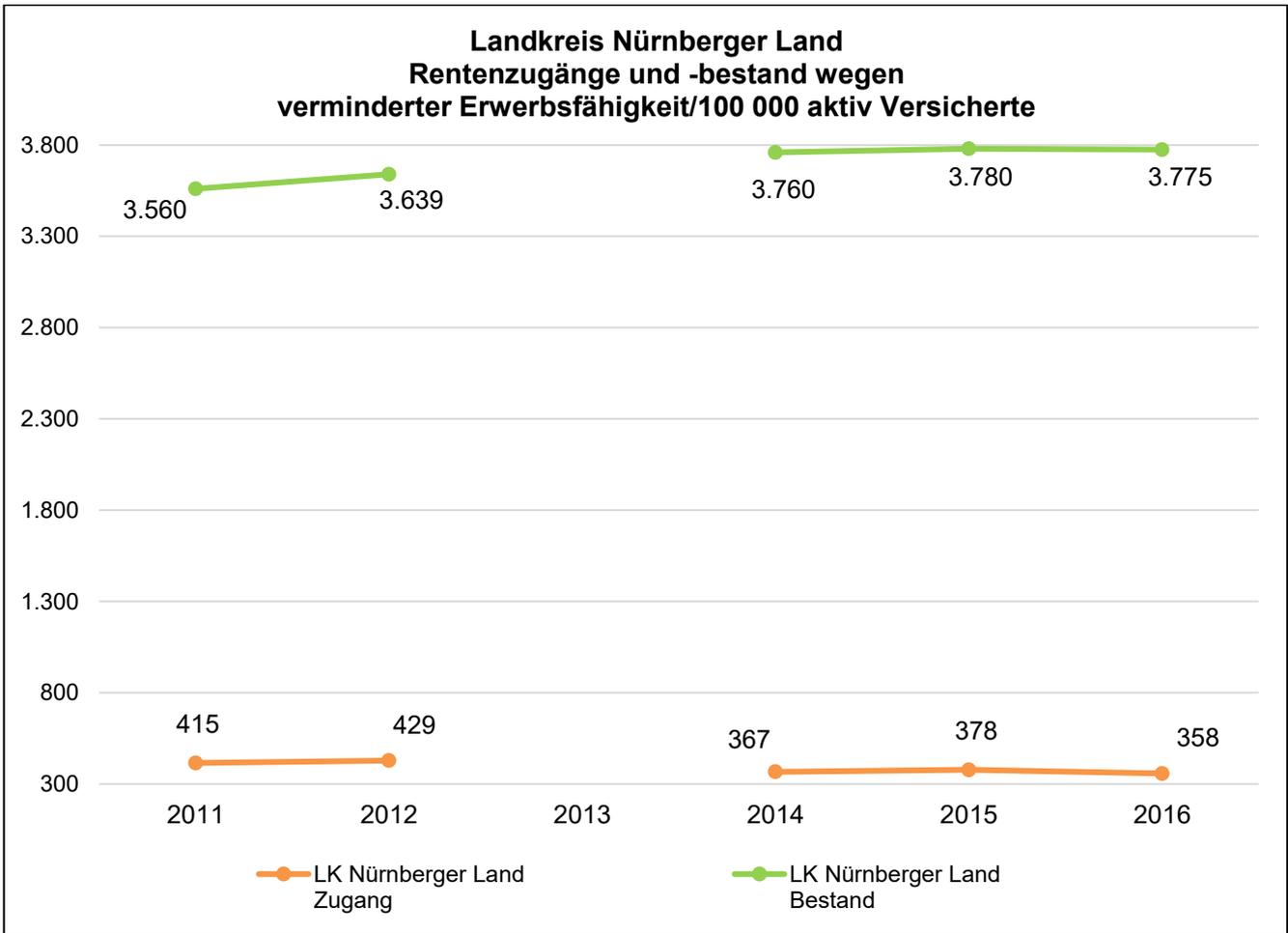


	2007	2009	2011	2013	2015
LK Nürnberger Land	2.611,1	2.513,0	2.658,6	2.690,4	2.698,9
LK Fürth	2.137,6	2.143,5	2.374,9	2.417,3	2.802,1
LK Erlangen-Höchstadt	1.821,5	1.982,8	1.942,4	2.030,4	2.164,0
LK Freising	1.481,3	1.547,7	1.652,9	1.703,9	1.711,7
Mittelfranken	2.440,6	2.452,7	2.511,2	2.521,8	2.618,2
Bayern	2.513,0	2.544,8	2.631,6	2.618,7	2.727,1

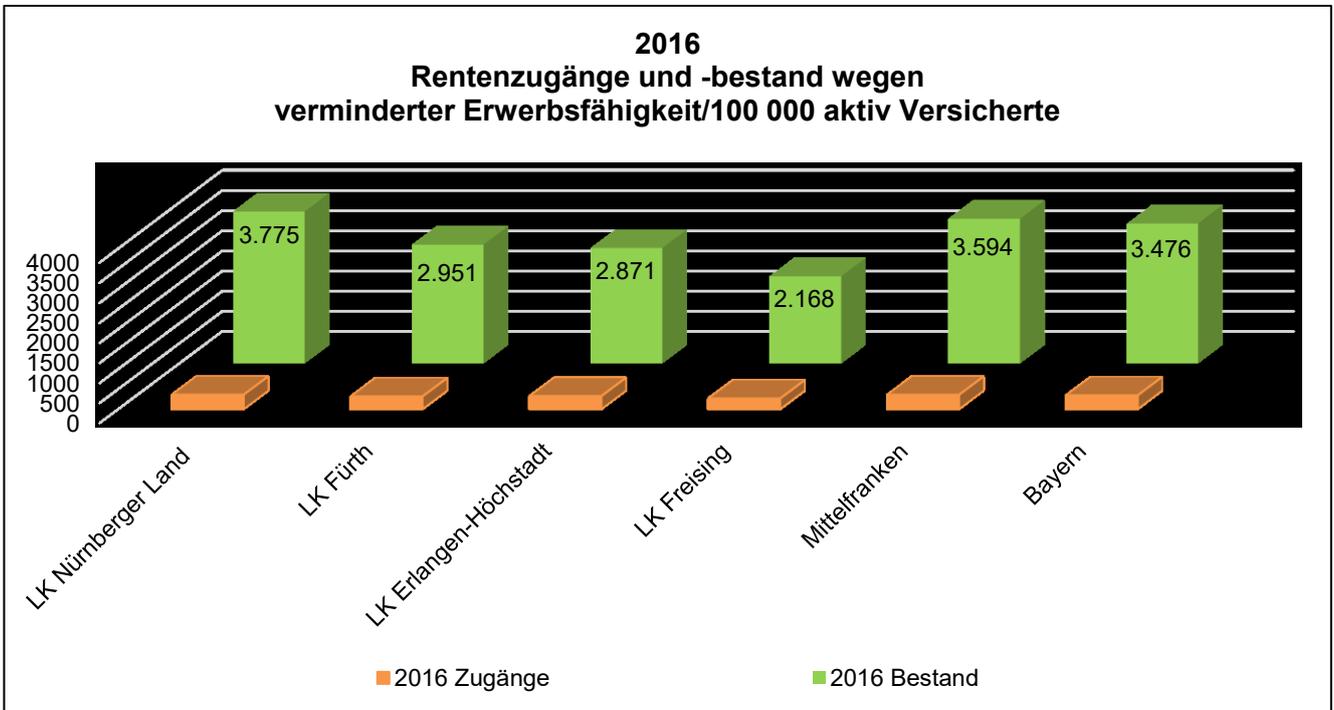
### 2.1.8. Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit/100 000 aktiv Versicherte

Jahr	LK Nürnberger Land Zugang	LK Nürnberger Land Bestand
2011	415	3.560
2012	429	3.639
2013	keine Daten	keine Daten
2014	367	3.760
2015	378	3.780
2016	358	3.775

	2016 Zugänge	2016 Bestand
LK Nürnberger Land	358	3.775
LK Fürth	315	2.951
LK Erlangen-Höchstadt	322	2.871
LK Freising	263	2.168
Mittelfranken	355	3.594
Bayern	341	3.476



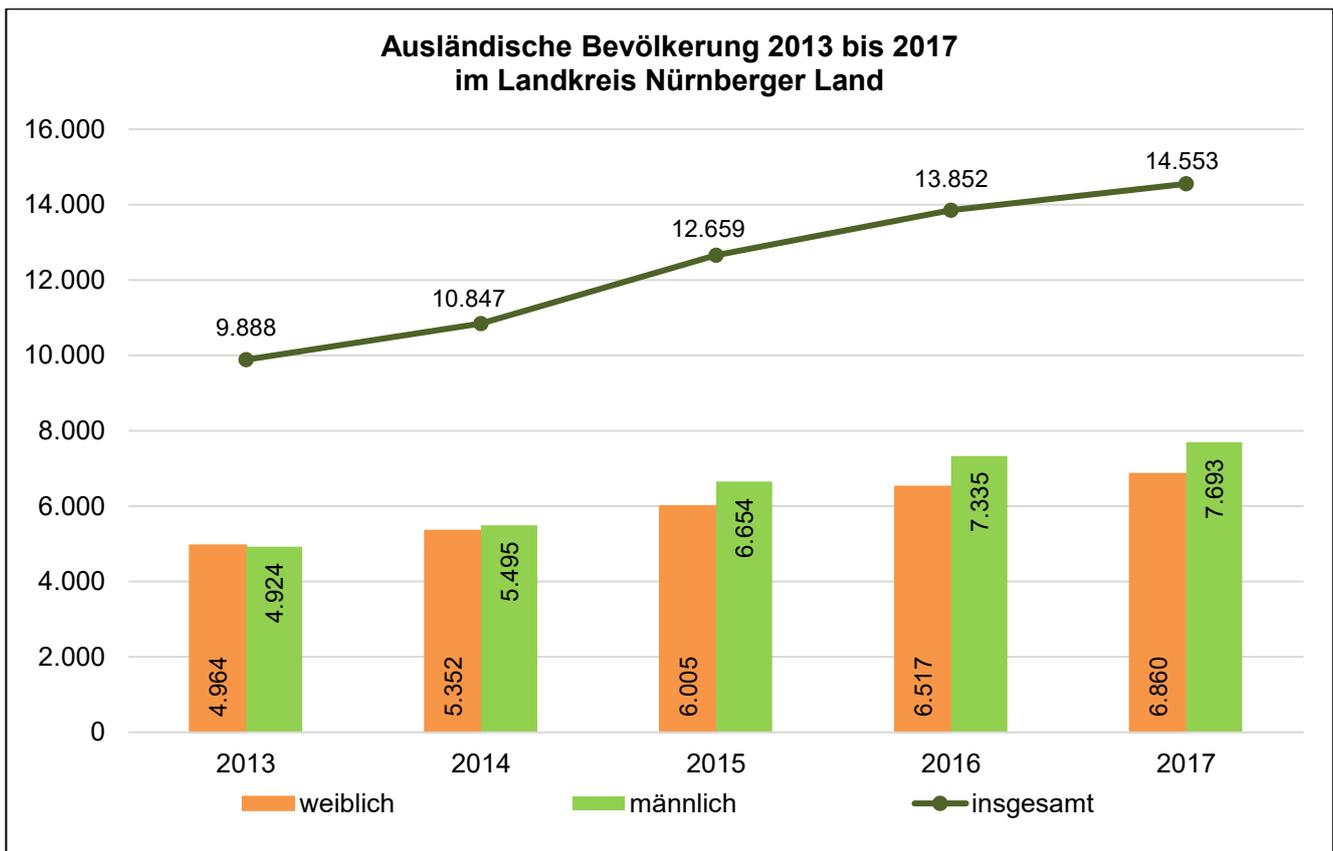
\*Für das Jahr 2013 liegen keine Daten vor

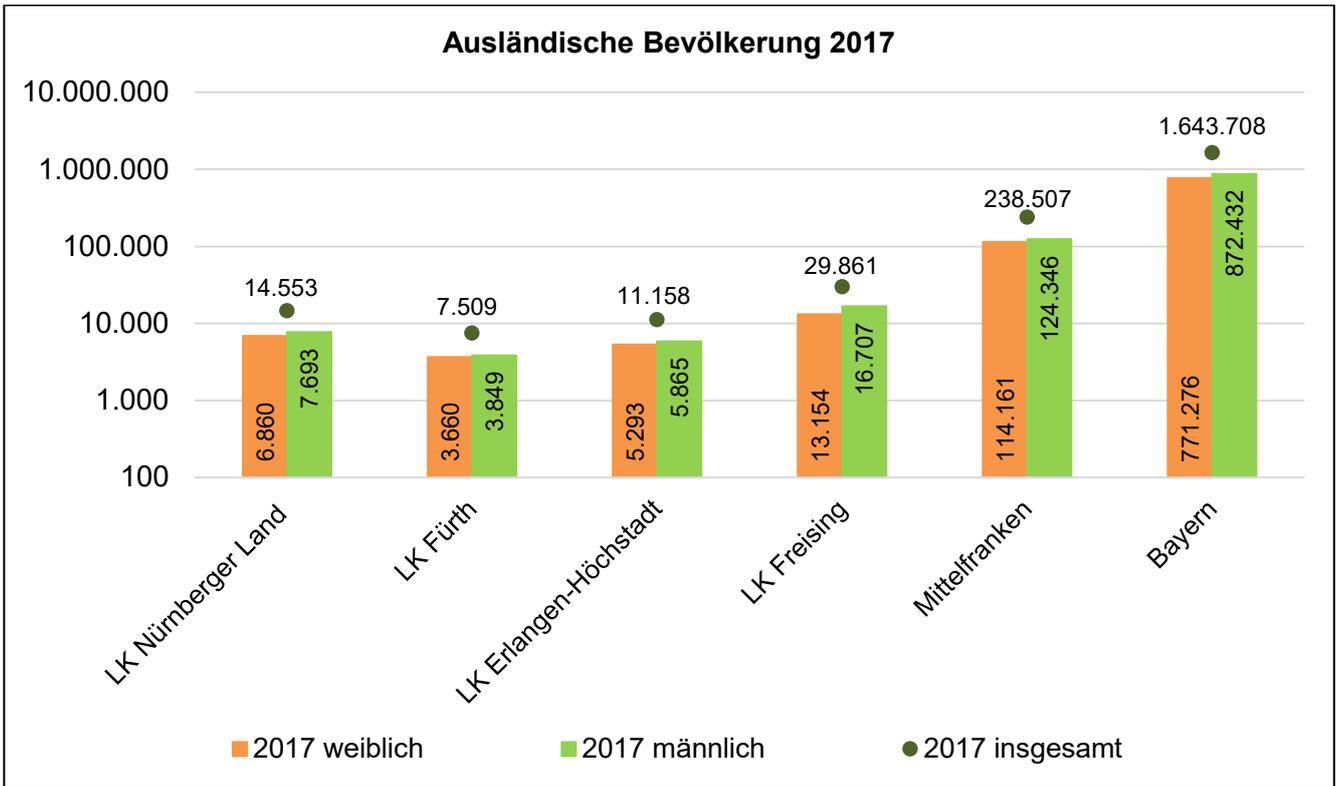


### 2.1.9. Ausländische Bevölkerung im Landkreis

LK Nürnberger Land	insgesamt	weiblich	männlich
<b>2013</b>	9.888	4.964	4.924
<b>2014</b>	10.847	5.352	5.495
<b>2015</b>	12.659	6.005	6.654
<b>2016</b>	13.852	6.517	7.335
<b>2017</b>	14.553	6.860	7.693

	2017 insgesamt	2017 weiblich	2017 männlich
<b>LK Nürnberger Land</b>	14.553	6.860	7.693
<b>LK Fürth</b>	7.509	3.660	3.849
<b>LK Erlangen-Höchstadt</b>	11.158	5.293	5.865
<b>LK Freising</b>	29.861	13.154	16.707
<b>Mittelfranken</b>	238.507	114.161	124.346
<b>Bayern</b>	1.643.708	771.276	872.432

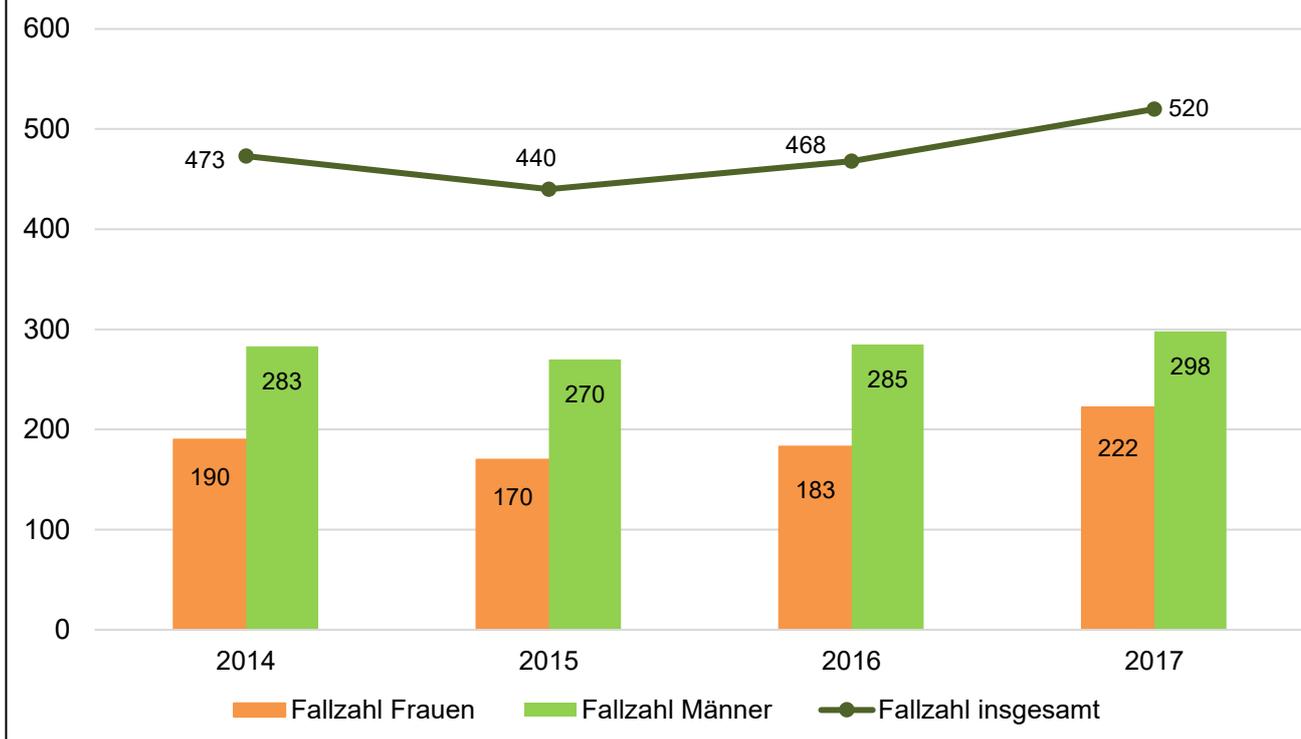




## 2.2. Suchtberatung

Fallzahlen	insgesamt	Männer	Frauen
<b>2014</b>	473	283	190
<b>2015</b>	440	270	170
<b>2016</b>	468	285	183
<b>2017</b>	520	298	222

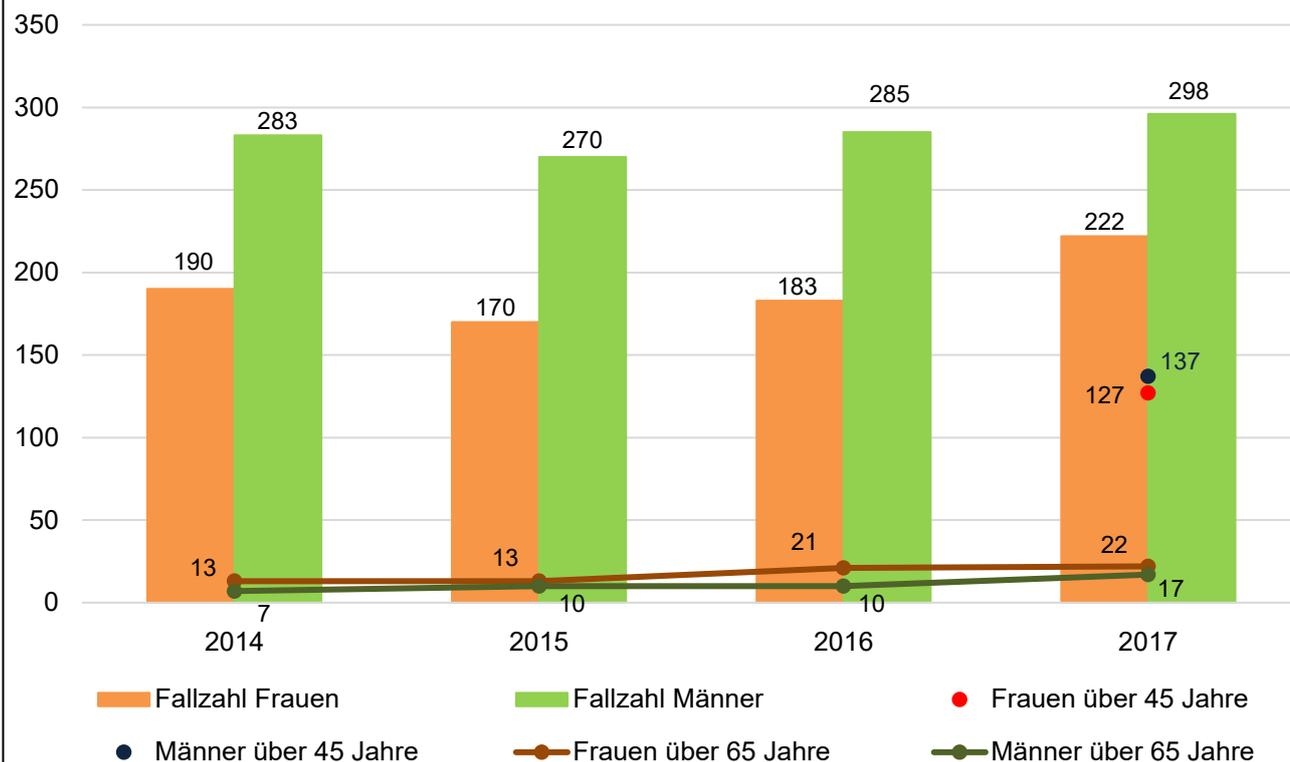
### Fallzahl der Suchtberatung



Anzahl	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	keine Angabe	keine Angabe	13	7
2015	keine Angabe	keine Angabe	13	10
2016	keine Angabe	keine Angabe	21	10
2017	127	137	22	17

	Frauen über 45 Jahre (n)	Frauen über 45 Jahre (%)	Männer über 45 Jahre (n)	Männer über 45 Jahre (%)	Frauen über 65 Jahre (n)	Frauen über 65 Jahre (%)	Männer über 65 Jahre (n)	Männer über 65 Jahre (%)	Fallzahl insgesamt
2014	keine Angabe	keine Angabe	Keine Angabe	keine Angabe	13	2,75	7	1,48	473
2015	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	13	2,95	10	2,27	440
2016	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	21	4,49	10	2,14	468
2017	127	24,42	137	26,35	22	4,23	17	3,27	520

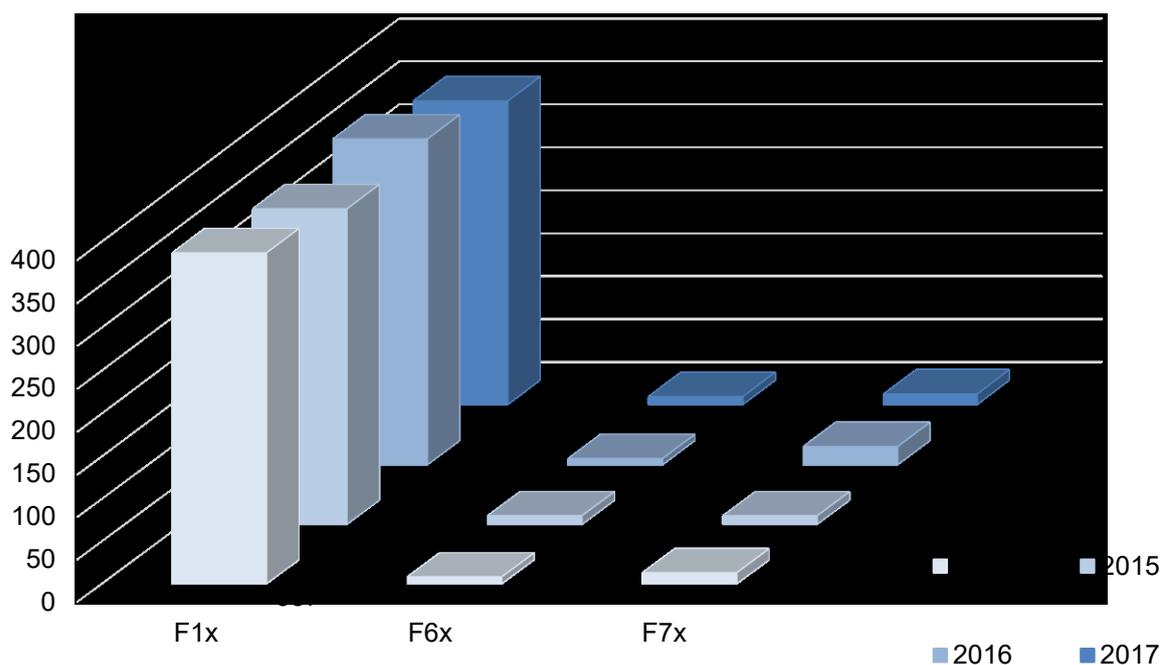
### Suchtberatung Anzahl beratener Menschen Anzahl der 45- und 65-Jährigen



Diagnosen	F1x	F2x	F3x	F4x	F5x	F6x	F7x	Doppel- diagnosen	Diagnose nicht bekannt
2014	387	0	0	0	0	8	13	0	0
2015	368	0	0	0	0	10	10	0	0
2016	379	0	0	0	0	7	21	0	0
2017	353	0	0	0	0	9	12	0	0

Diagnosen	F1x	F1x (%)	F6x	F6x (%)	F7x	F7x (%)	Sonstige Beratungen (n)	Sonstige Beratungen (%)	Fallzahl insgesamt (n)
2014	387	81,82	8	1,69	13	2,75	65	13,74	473
2015	368	83,64	10	2,27	10	2,27	52	11,82	440
2016	379	80,98	7	1,50	21	4,49	61	13,03	468
2017	353	67,88	9	1,73	12	2,31	146	28,08	520

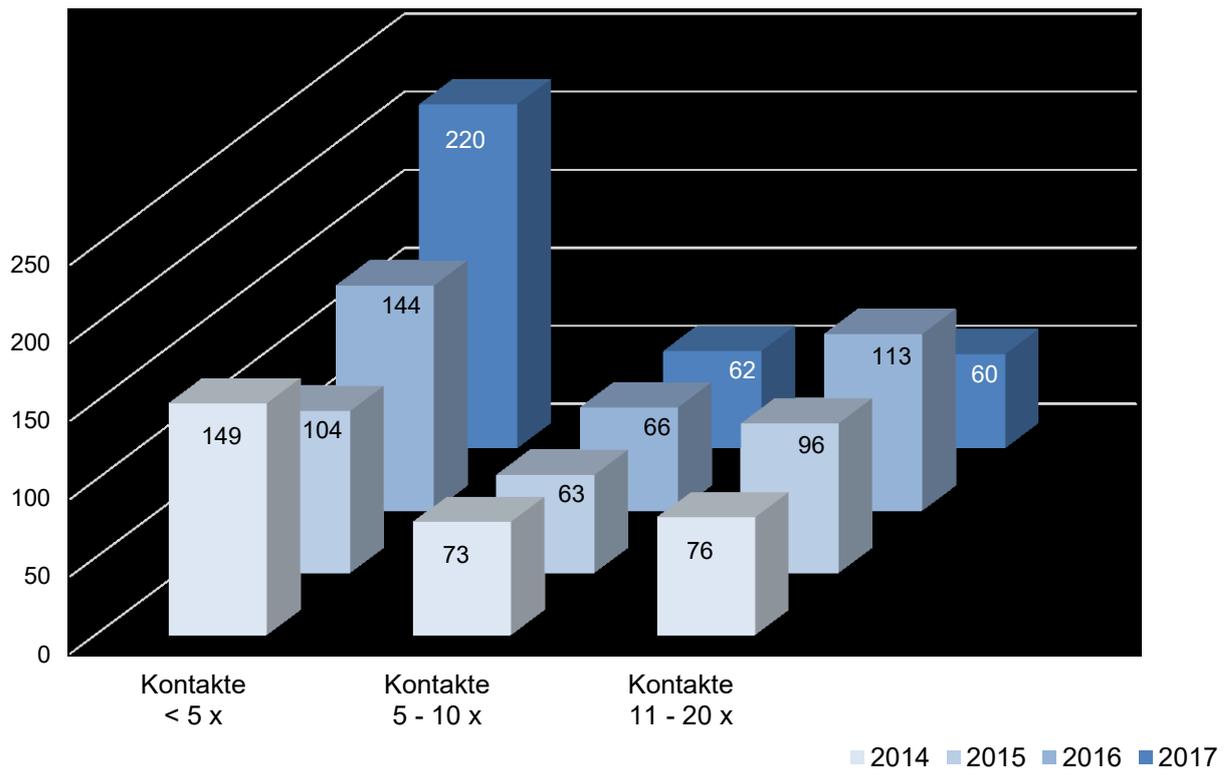
### Suchtberatung - Fallzahlen Verteilung der Diagnosen



Anzahl der Kontakte / Jahr	Kontakte < 5 x	Kontakte 5-10 x	Kontakte 11-20 x
<b>2014</b>	149	73	76
<b>2015</b>	104	63	96
<b>2016</b>	144	66	113
<b>2017</b>	220	62	60

Kontakte	< 5 x (n)	< 5 x (%)	5-10 x (n)	5-10 x (%)	11-20 x (n)	11-20 x (%)	Fallzahl insgesamt
<b>2014</b>	149	31,50	73	15,43	76	16,07	473
<b>2015</b>	104	23,64	63	14,32	96	21,82	440
<b>2016</b>	144	30,77	66	14,10	113	24,15	468
<b>2017</b>	220	42,31	62	11,92	60	11,54	520

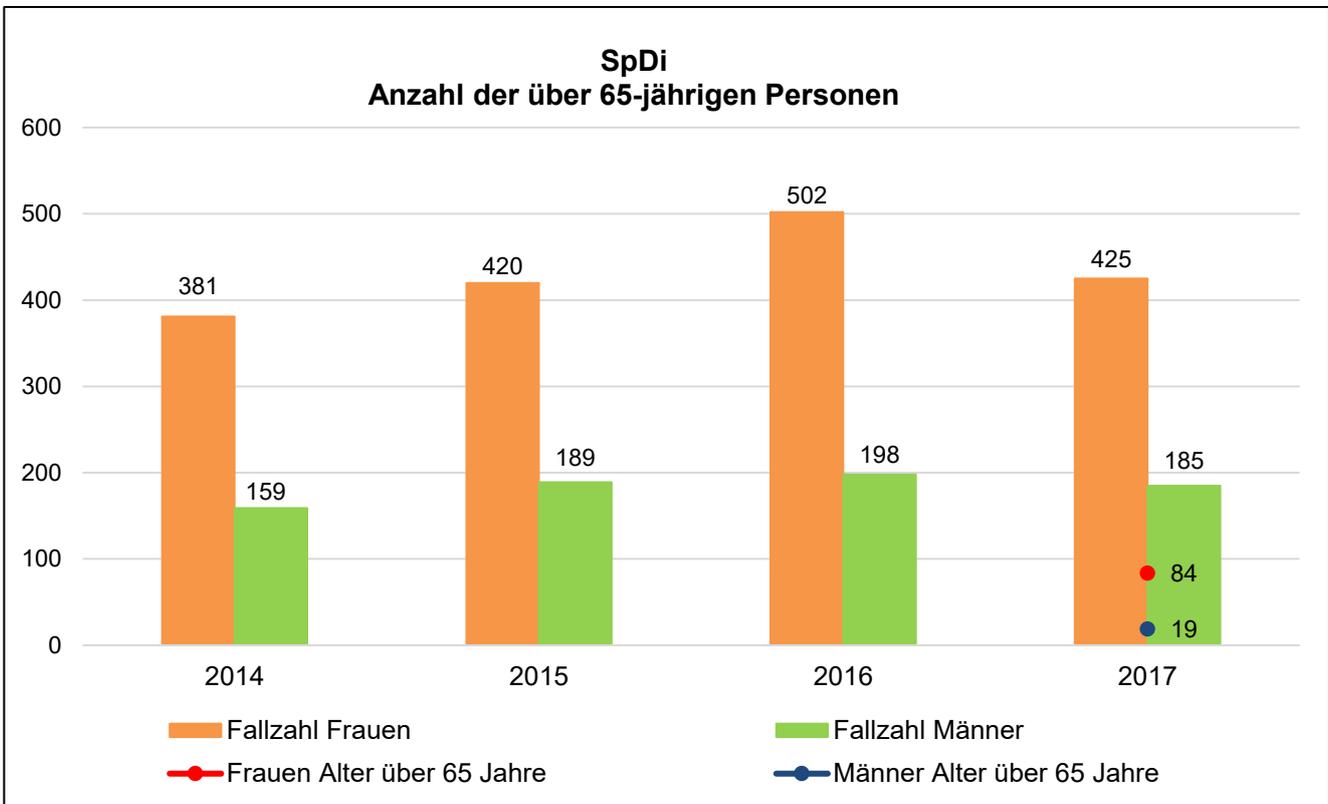
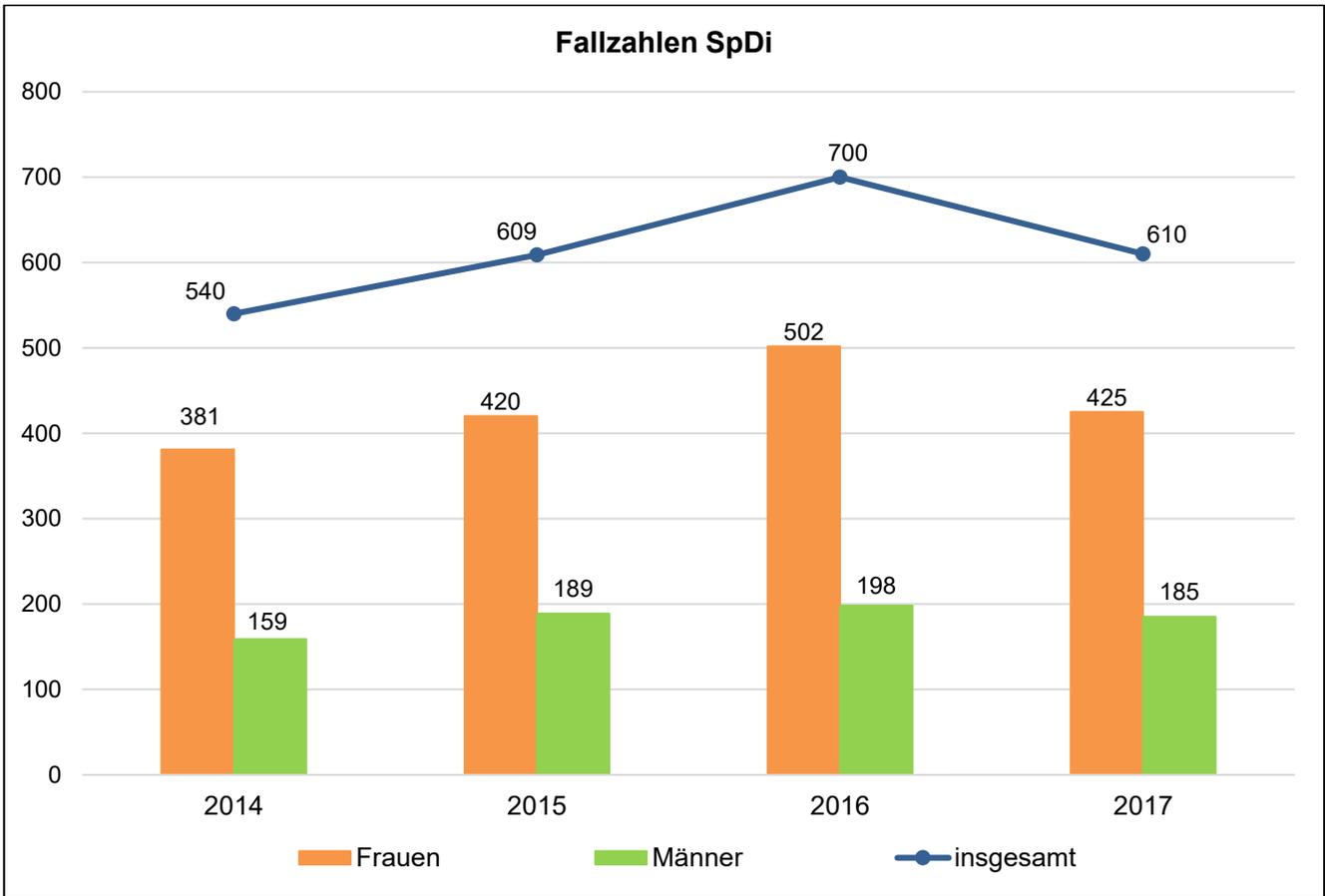
### Suchtberatung Anzahl der Kontakte



### 2.3. Sozialpsychiatrischer Dienst SpDi

Fallzahl	insgesamt	Frauen	Männer
2014	540	381	159
2015	609	420	189
2016	700	502	198
2017	610	425	185

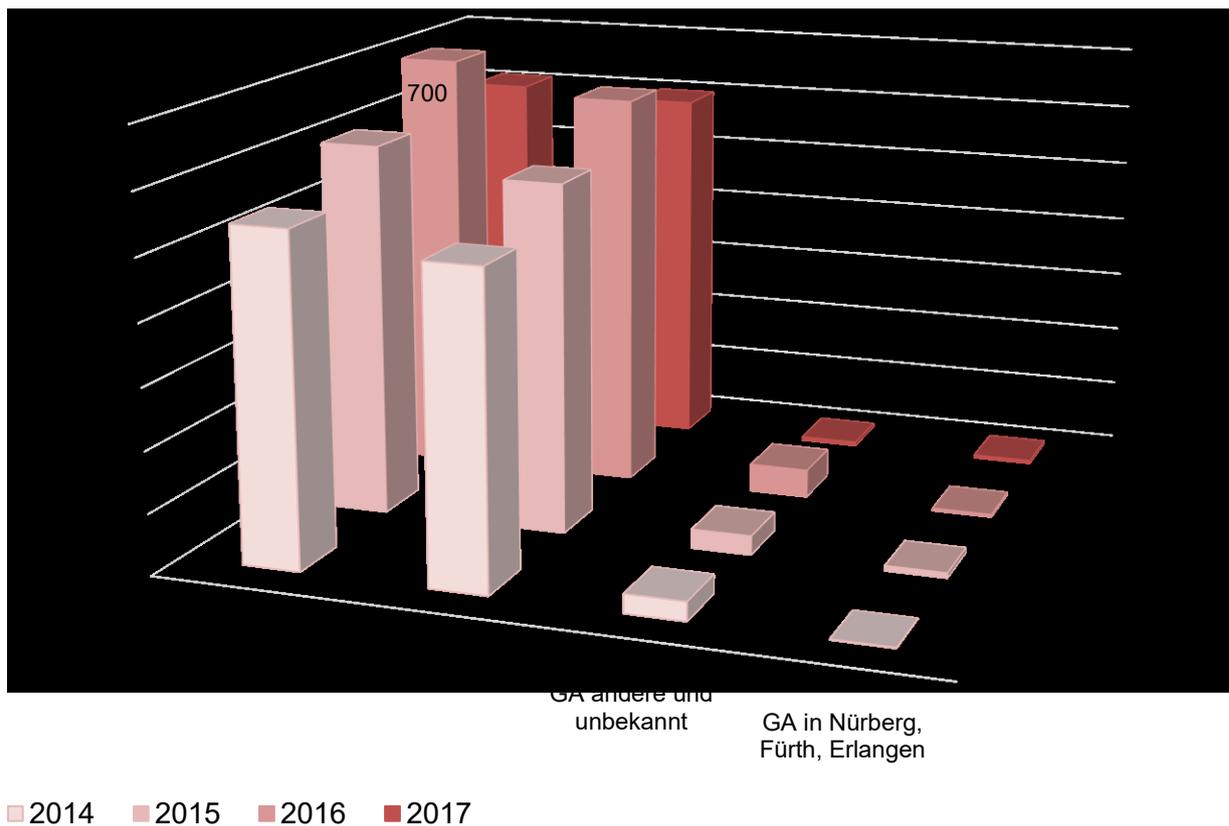
Anzahl	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	unbekannt	unbekannt
2015	unbekannt	unbekannt
2016	unbekannt	unbekannt
2017	84	19



GA vor der Maßnahme (n)	Fallzahl insgesamt	GA andere und unbekannt	GA im Landkreis Nürnberger Land	GA Nürnberg, Fürth, Erlangen
2014	540	31	508	1
2015	609	31	570	8
2016	700	46	650	4
2017	610	6	599	5

GA vor der Maßnahme	Fallzahl insgesamt (n)	GA andere und unbekannt		GA im Landkreis		GA in Nürnberg, Fürth, Erlangen	
		(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
2014	540	31	5,74	508	94,07	1	0,19
2015	609	31	5,09	570	93,60	8	1,31
2016	700	46	6,57	650	92,86	4	0,57
2017	610	6	0,98	599	98,20	5	0,82

SpDi  
Gewöhnlicher Aufenthalt (GA) vor der Maßnahme  
Anzahl

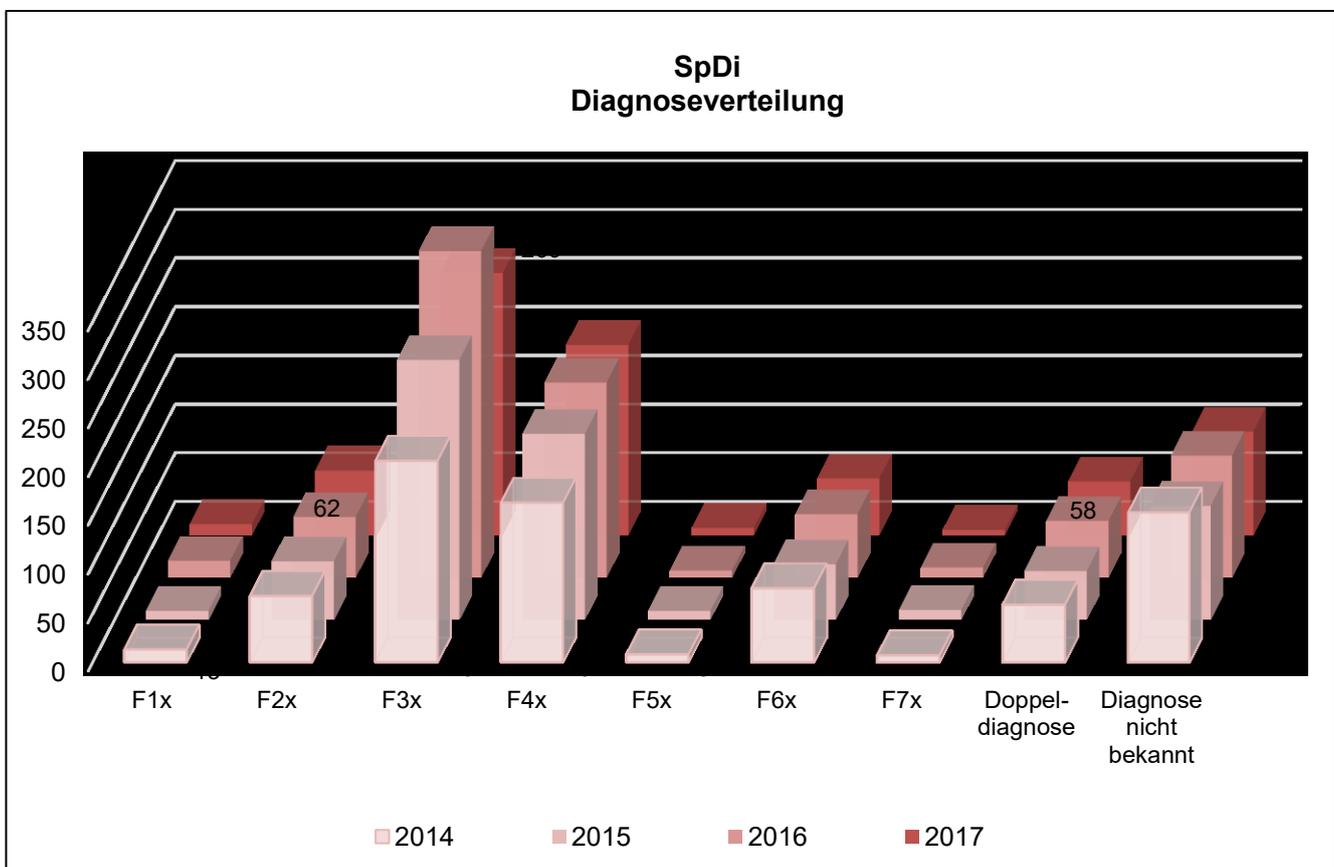


Diagnosen im SpDi	Doppel-diagnose	F 1x	F 2x	F 3x	F 4x	F 5x	F 6x	F 7x	Diagnose nicht bekannt
2014	59	13	68	207	164	8	76	7	154
2015	50	9	60	267	191	9	57	10	117
2016	58	17	62	335	200	7	65	10	125
2017	55	11	66	269	195	7	58	5	106

Diagnosen	F1x	F1x (%)	F2x	F2x (%)	F3x	F3x (%)
2014	13	2,41	68	12,59	207	38,33
2015	9	1,48	60	9,85	267	43,84
2016	17	2,43	62	8,86	335	47,86
2017	11	1,80	66	10,82	269	44,10

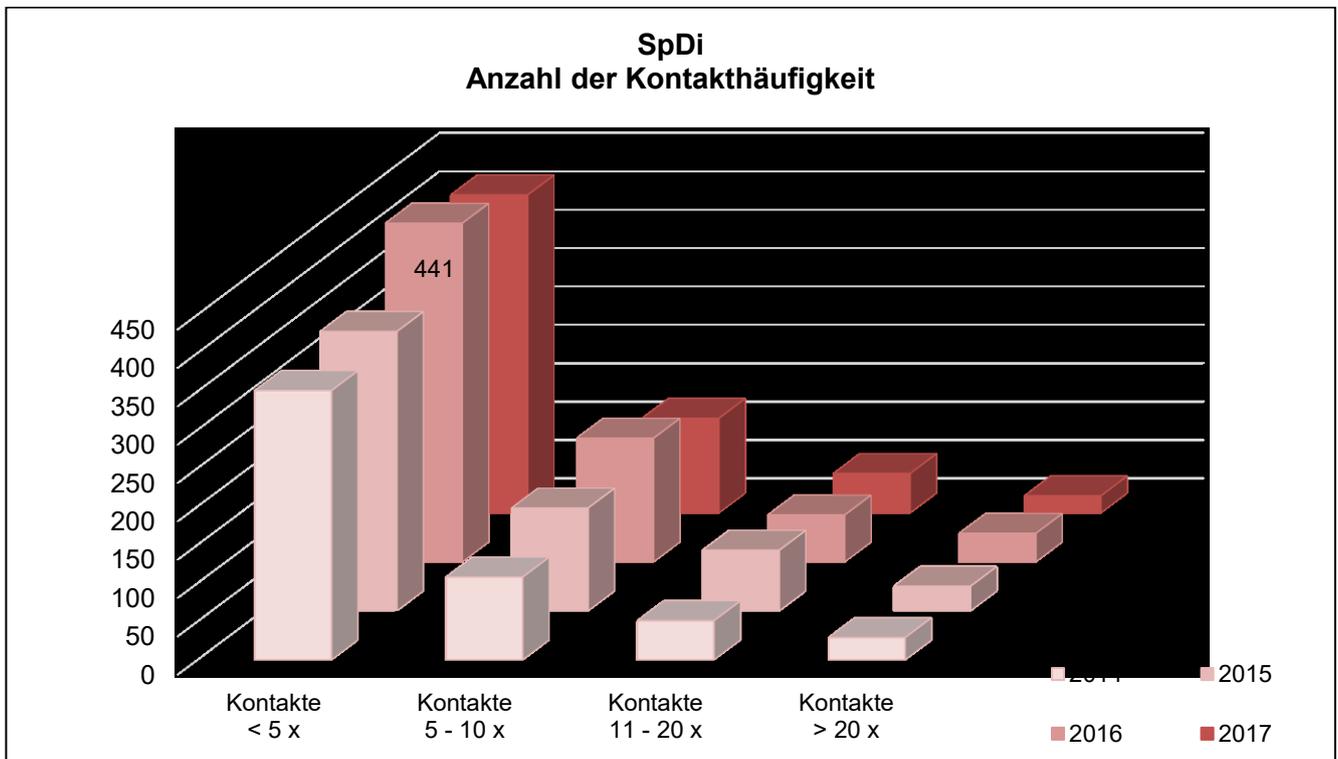
Diagnosen	F4x	F4x (%)	F5x	F5x (%)	F6x	F6x (%)	F7x	F7x (%)
2014	164	30,37	8	1,48	76	14,07	7	1,30
2015	191	31,36	9	1,48	57	9,36	10	1,64
2016	200	28,57	7	1,00	65	9,29	10	1,43
2017	195	31,97	7	1,15	58	9,51	5	0,82

Diagnosen	Doppel-diagnose	Doppel-diagnose (%)	Diagnose nicht bekannt	Diagnose nicht bekannt (%)	Fallzahl insgesamt
2014	59	10,93	154	28,52	540
2015	50	8,21	117	19,21	609
2016	58	8,29	125	17,86	700
2017	55	9,02	106	17,38	610



Kontakthäufigkeit der Klienten	Kontakte (< 5 x)	Kontakte (5 - 10 x)	Kontakte (11 - 20 x)	Kontakte (> 20 x)
<b>2014</b>	351	108	51	29
<b>2015</b>	364	134	79	32
<b>2016</b>	441	161	61	37
<b>2017</b>	414	123	51	22

	Kontakte (< 5 x)		Kontakte (5 - 10 x)		Kontakte (11 - 20 x)		Kontakte (> 20 x)		Fallzahl insgesamt
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)
<b>2014</b>	351	65,00	108	20,00	51	9,44	29	5,37	540
<b>2015</b>	364	59,77	134	22,00	79	12,97	32	5,25	609
<b>2016</b>	441	63,00	161	23,00	61	8,71	37	5,29	700
<b>2017</b>	414	67,87	123	20,16	51	8,36	22	3,61	610



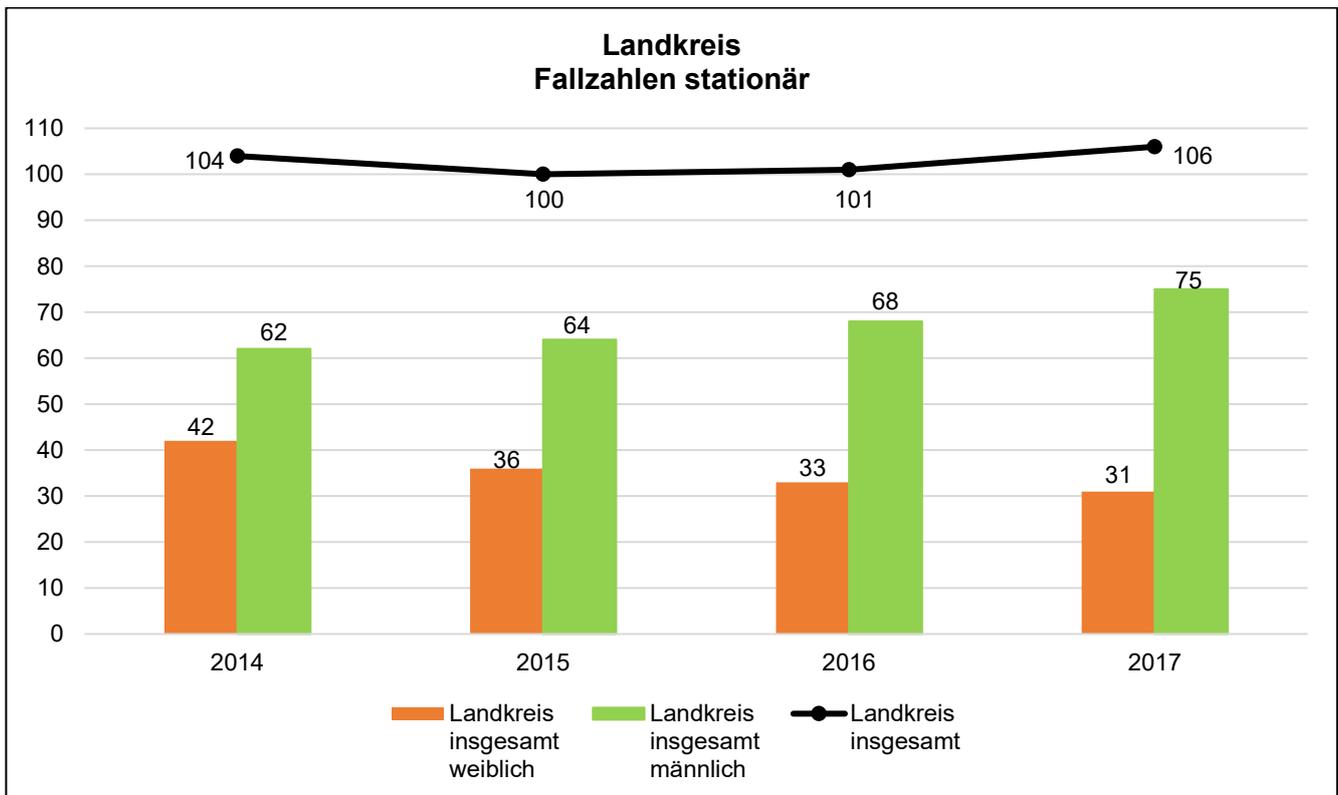
Kostenträger (n)	Mittelfranken (KT MF)
<b>2014</b>	540
<b>2015</b>	609
<b>2016</b>	700
<b>2017</b>	610

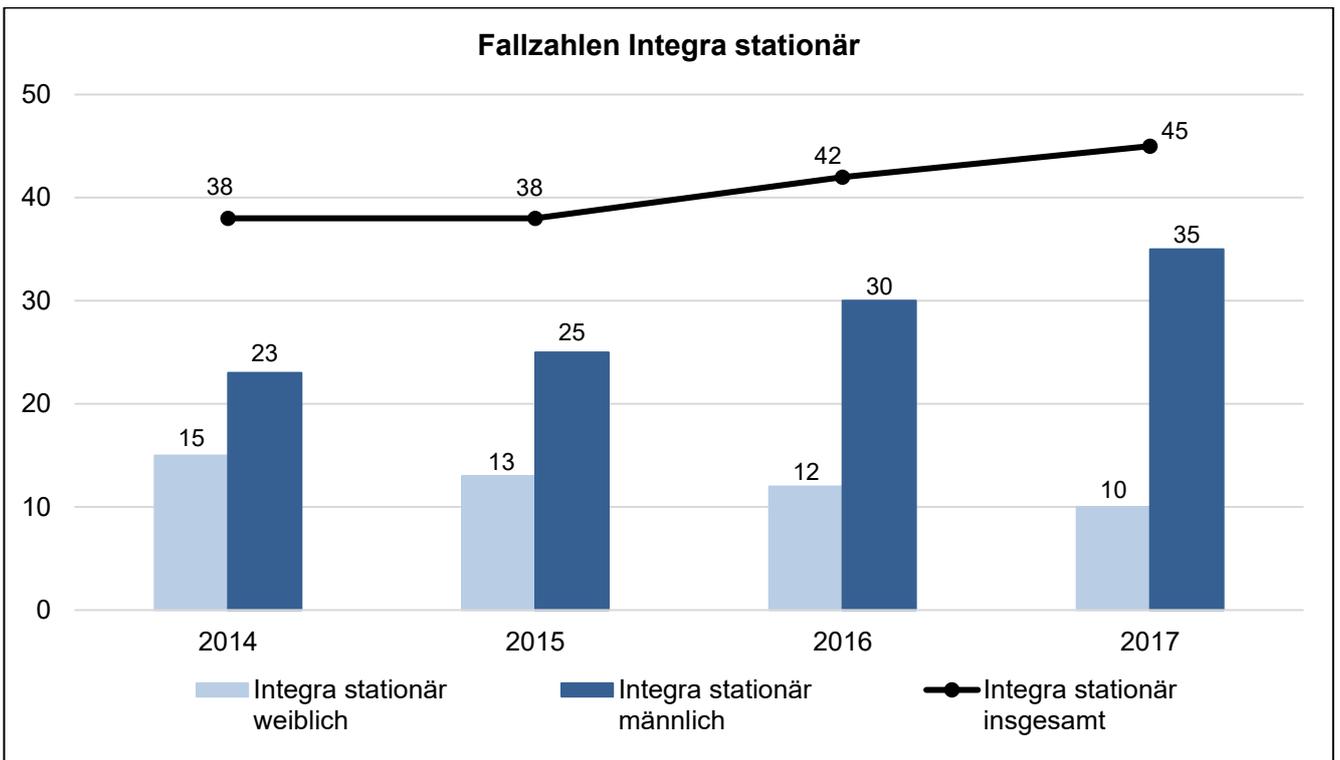
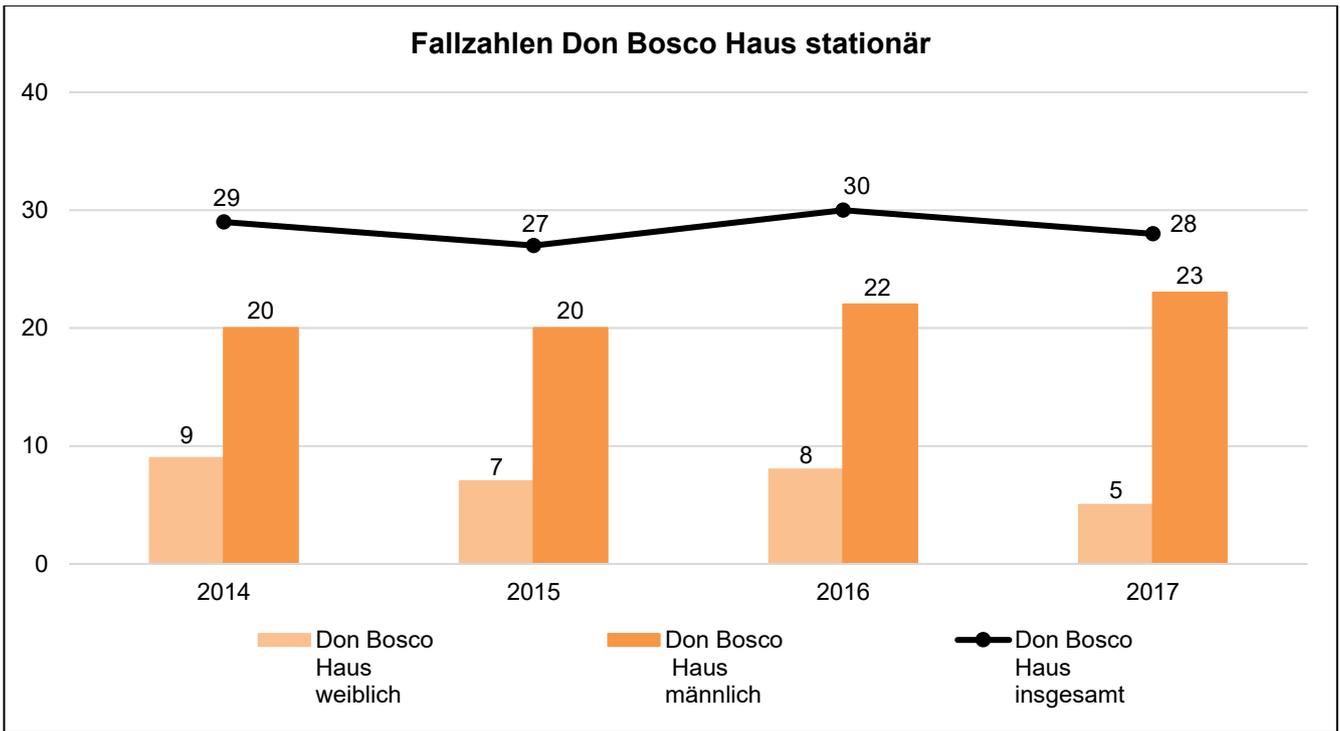
## 2.4. Stationäre Einrichtungen

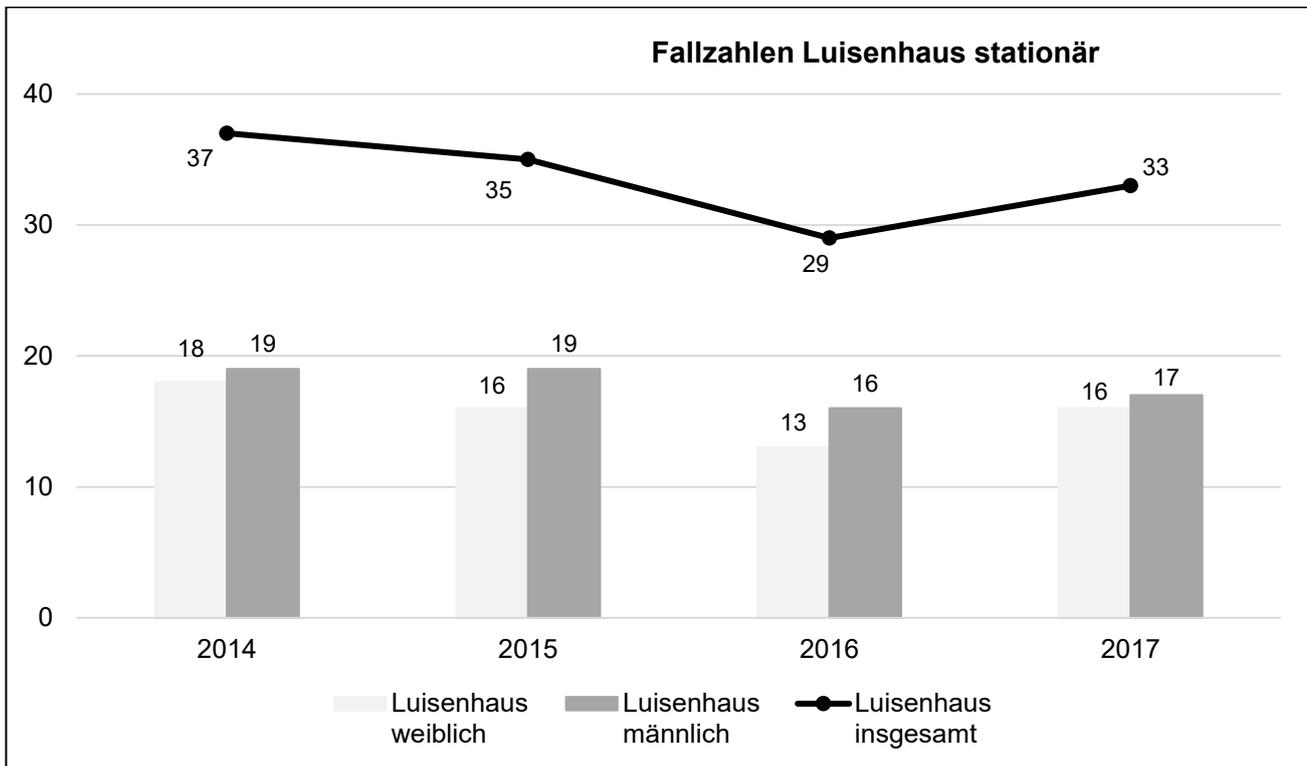
### 2.4.1. Fallzahlen und Geschlechterverteilung

Fallzahlen stationär	Landkreis insgesamt	Landkreis weiblich	Landkreis männlich	Don Bosco Haus insgesamt	Don Bosco Haus weiblich	Don Bosco Haus männlich
2014	104	42	62	29	9	20
2015	100	36	64	27	7	20
2016	101	33	68	30	8	22
2017	106	31	75	28	5	23

Fallzahlen stationär	Integra Etzelwang insgesamt	Integra Etzelwang weiblich	Integra Etzelwang männlich	Luisenhaus insgesamt	Luisenhaus weiblich	Luisenhaus männlich
2014	38	15	23	37	18	19
2015	38	13	25	35	16	19
2016	42	12	30	29	13	16
2017	45	10	35	33	16	17







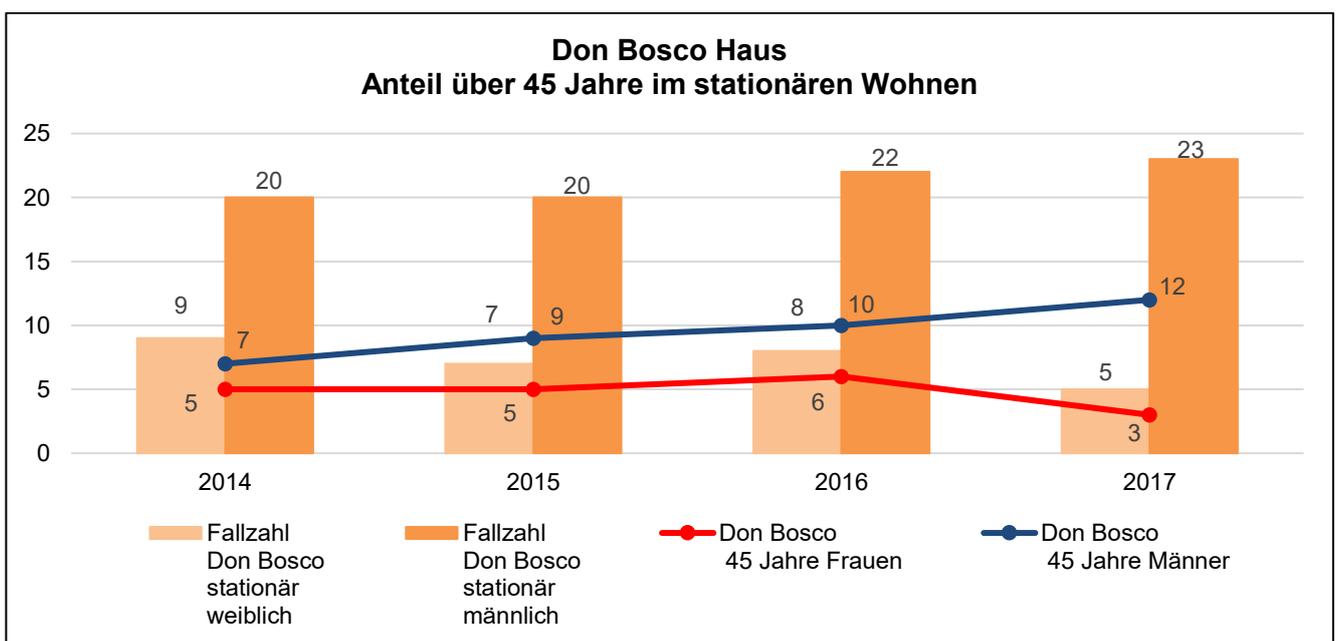
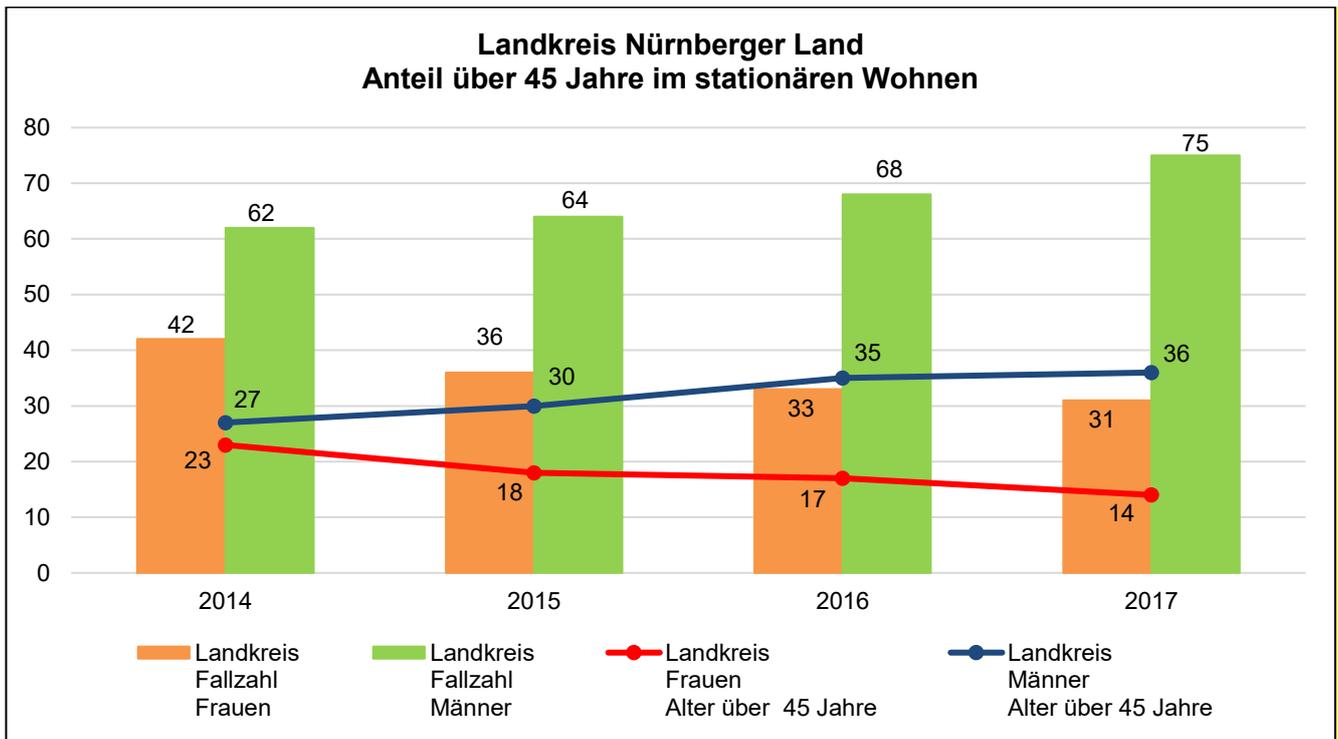
#### 2.4.2. Altersbetrachtung

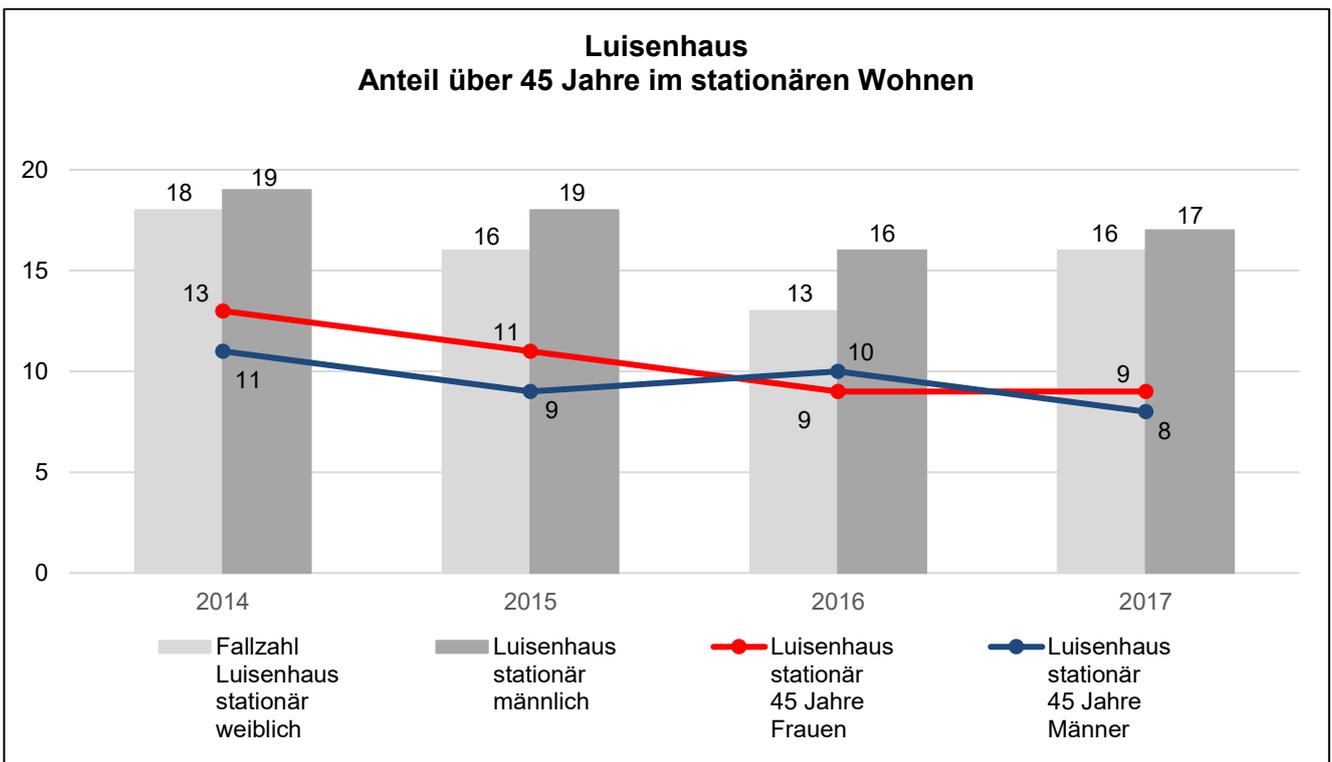
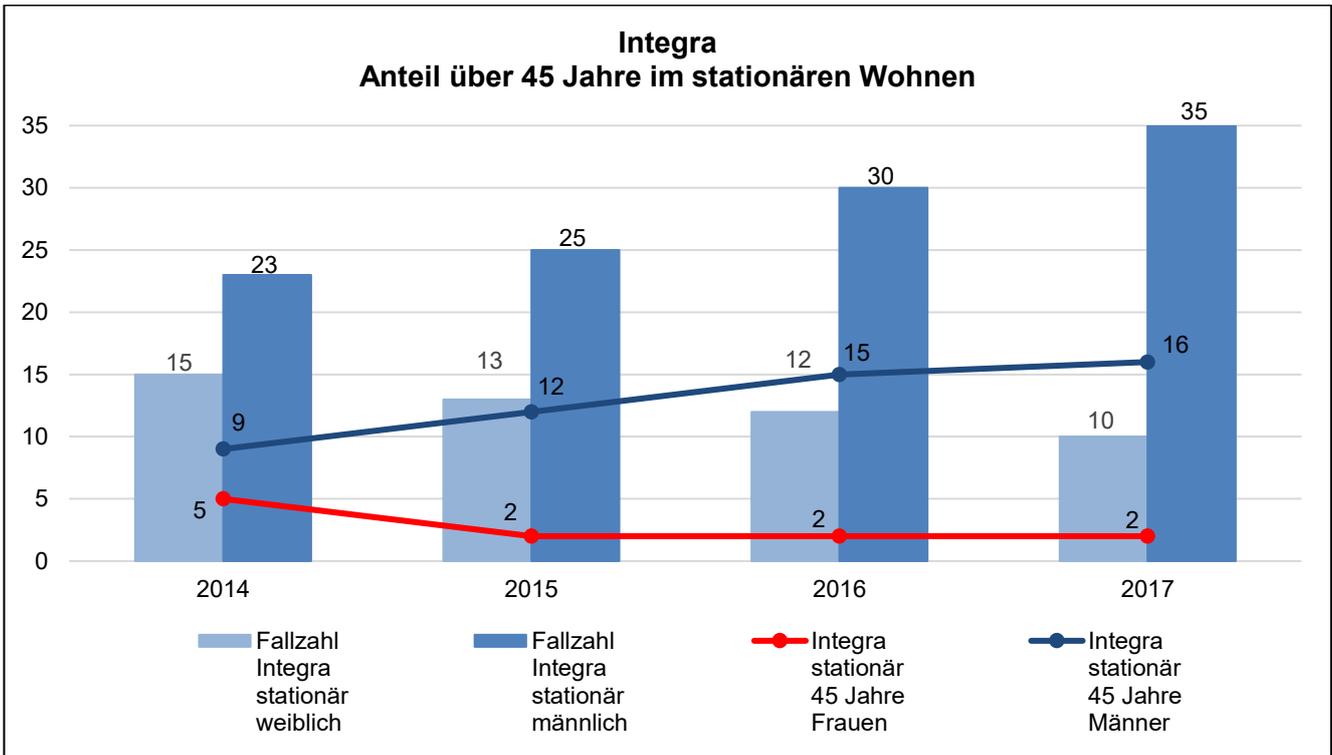
Landkreis (Anzahl der Bewohner)	Frauen insgesamt	Männer insgesamt	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
<b>2014</b>	42	62	23	27	4	3
<b>2015</b>	36	64	18	30	3	2
<b>2016</b>	33	68	17	35	1	1
<b>2017</b>	31	75	14	36	1	2

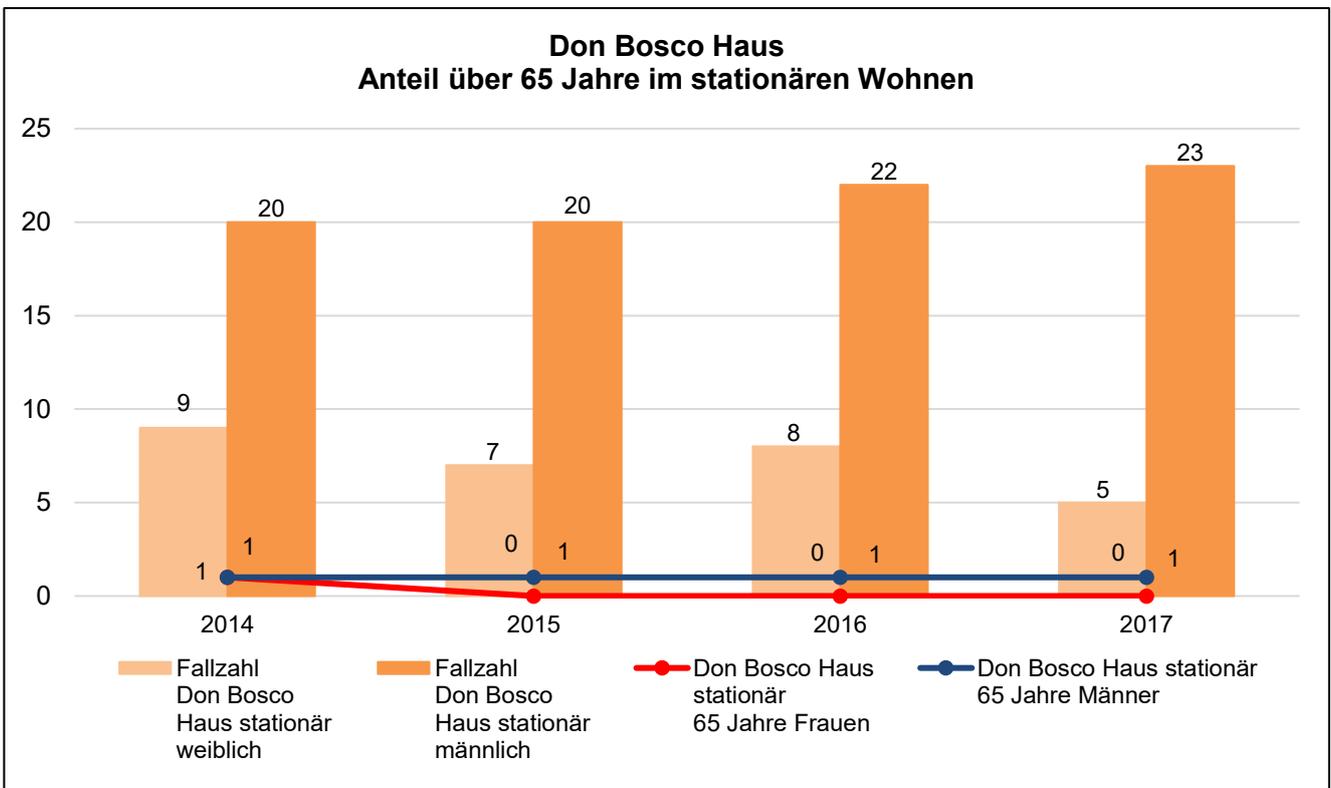
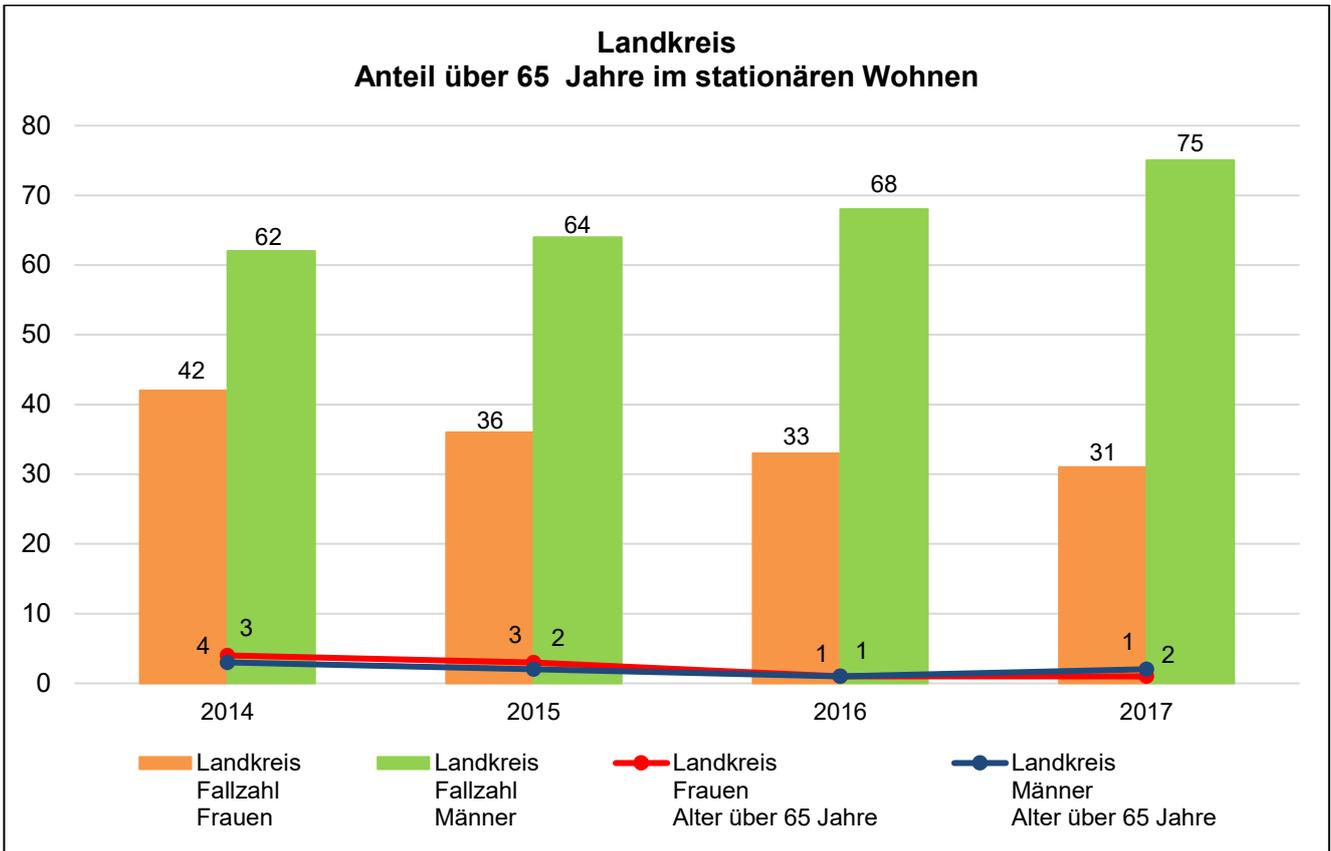
Don-Bosco- Haus (Anzahl der Bewohner)	Frauen insges.	Männer insges.	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
<b>2014</b>	9	20	5	7	1	1
<b>2015</b>	7	20	5	9	0	1
<b>2016</b>	8	22	6	10	0	1
<b>2017</b>	5	23	3	12	0	1

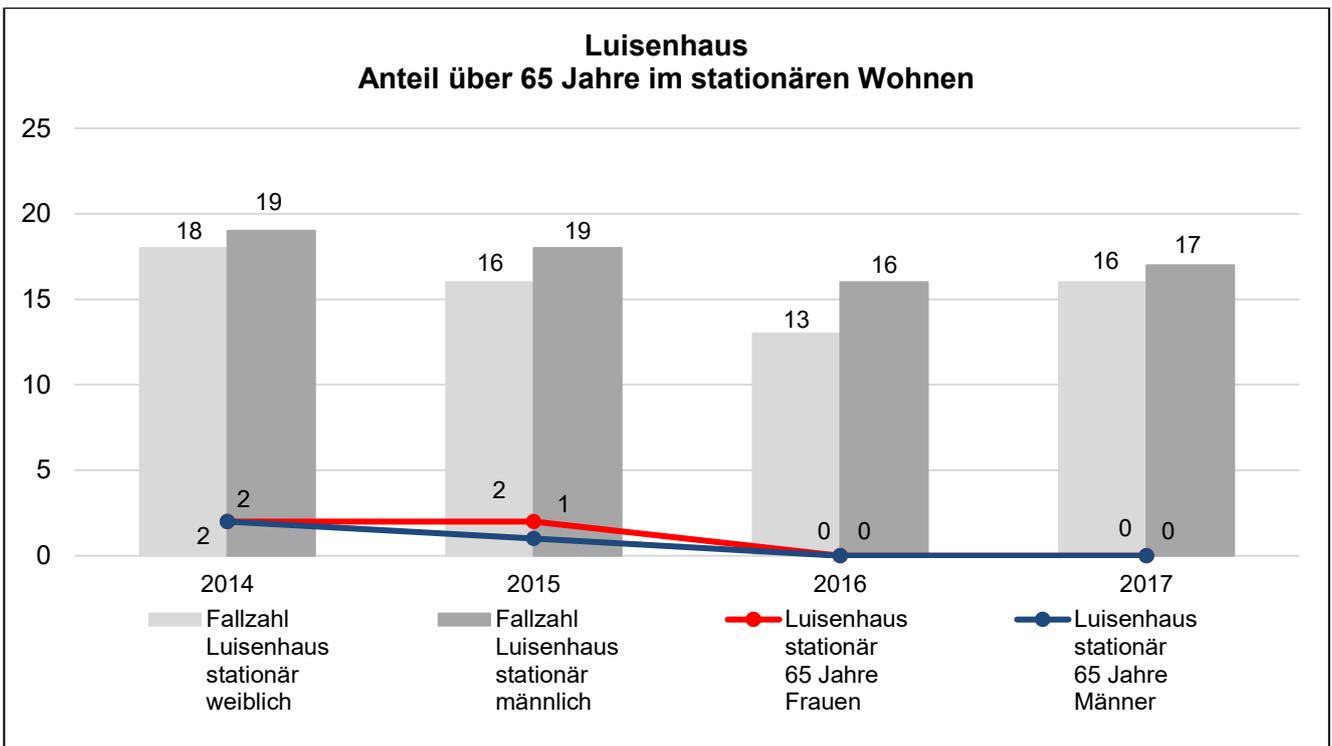
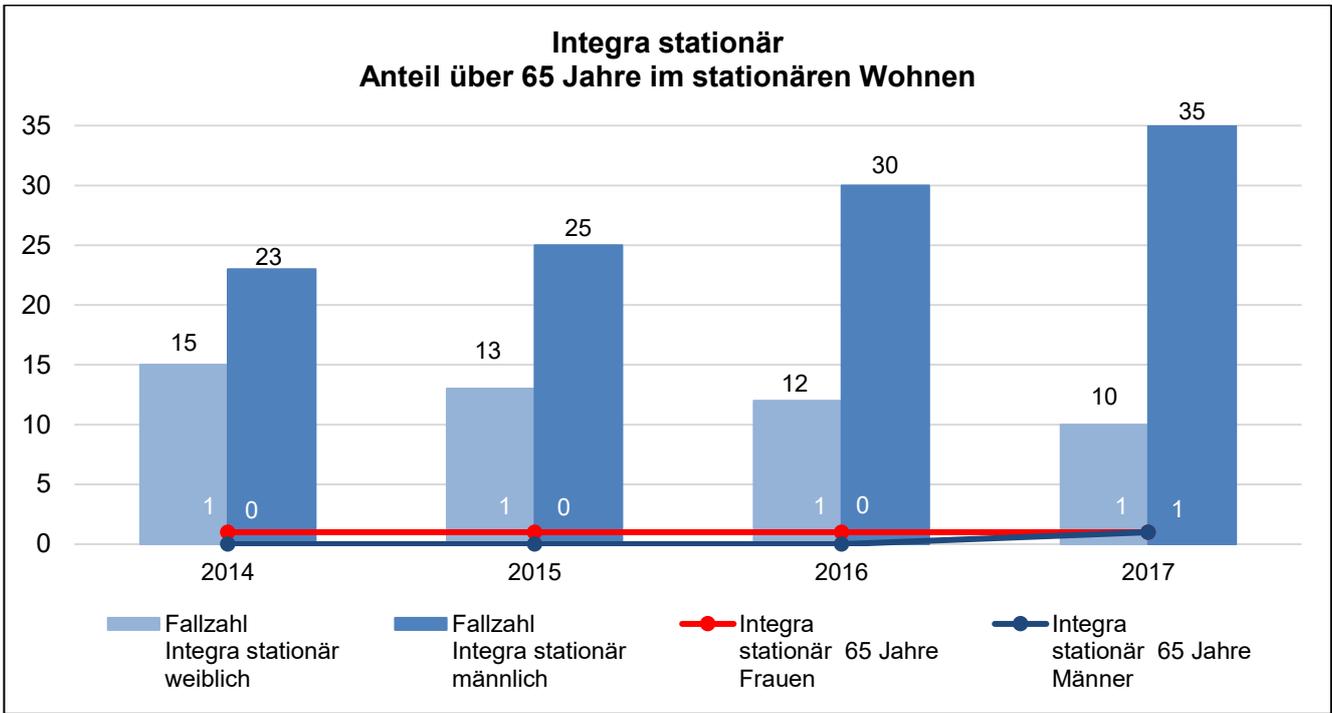
Integra Etzelwang (Anzahl der Bewohner)	Frauen insges.	Männer insges.	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
<b>2014</b>	15	23	5	9	1	0
<b>2015</b>	13	25	2	12	1	0
<b>2016</b>	12	30	2	15	1	0
<b>2017</b>	10	35	2	16	1	1

Luisenhaus (Anzahl der Bewohner)	Frauen insges.	Männer insges.	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	18	19	13	11	2	2
2015	16	19	11	9	2	1
2016	13	16	9	10	0	0
2017	16	17	9	8	0	0









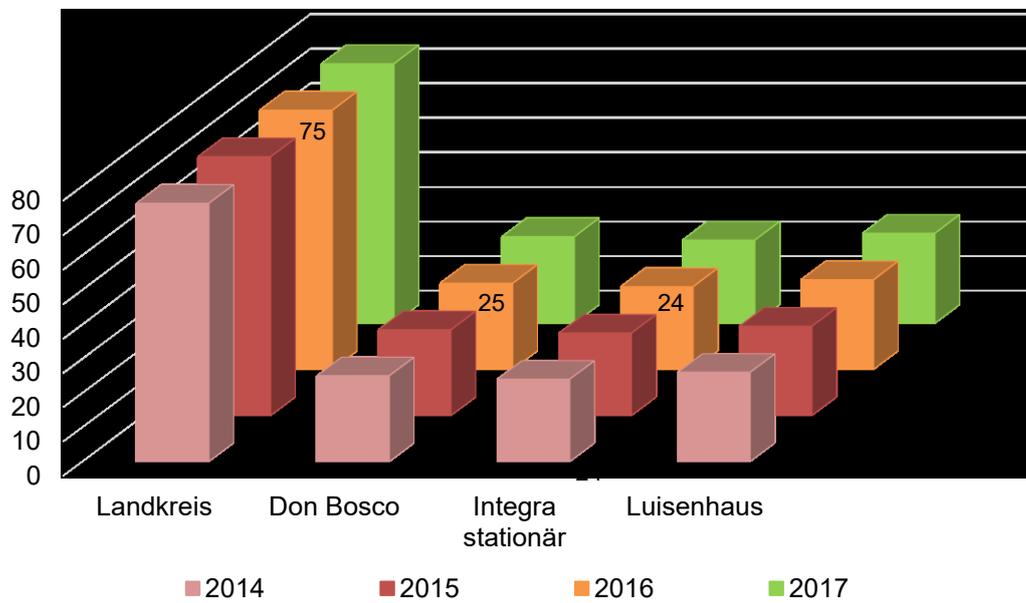
### 2.4.3. Platz- und Fallzahlen

Die Abweichungen zwischen den Fall- und Platzzahlen der Einrichtungen ergeben sich aus Zu- und Wegzügen während der Erfassungsjahre.

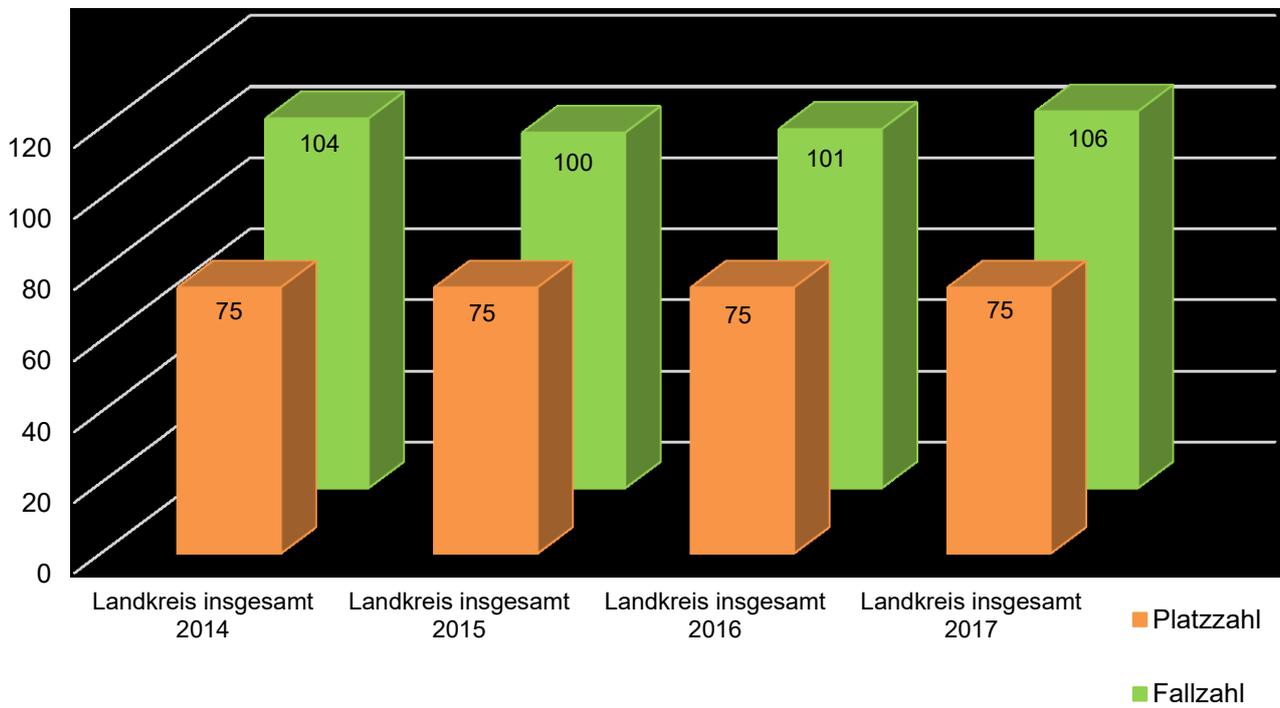
<b>Platzzahlen</b>	<b>Landkreis</b>	<b>Don Bosco Haus</b>	<b>Integra Etzelwang</b>	<b>Luisenhaus</b>
<b>2014</b>	75	25	24	26
<b>2015</b>	75	25	24	26
<b>2016</b>	75	25	24	26
<b>2017</b>	75	25	24	26

	<b>Platzzahlen</b>	<b>Fallzahlen</b>
<b>Don Bosco Haus 2014</b>	25	29
<b>Don Bosco Haus 2015</b>	25	27
<b>Don Bosco Haus 2016</b>	25	30
<b>Don Bosco Haus 2017</b>	25	28
<b>Integra Etzelwang 2014</b>	24	38
<b>Integra Etzelwang 2015</b>	24	38
<b>Integra Etzelwang 2016</b>	24	42
<b>Integra Etzelwang 2017</b>	24	45
<b>Luisenhaus 2014</b>	26	37
<b>Luisenhaus 2015</b>	26	35
<b>Luisenhaus 2016</b>	26	29
<b>Luisenhaus 2017</b>	26	33
<b>Landkreis 2014</b>	75	104
<b>Landkreis 2015</b>	75	100
<b>Landkreis 2016</b>	75	101
<b>Landkreis 2017</b>	75	106

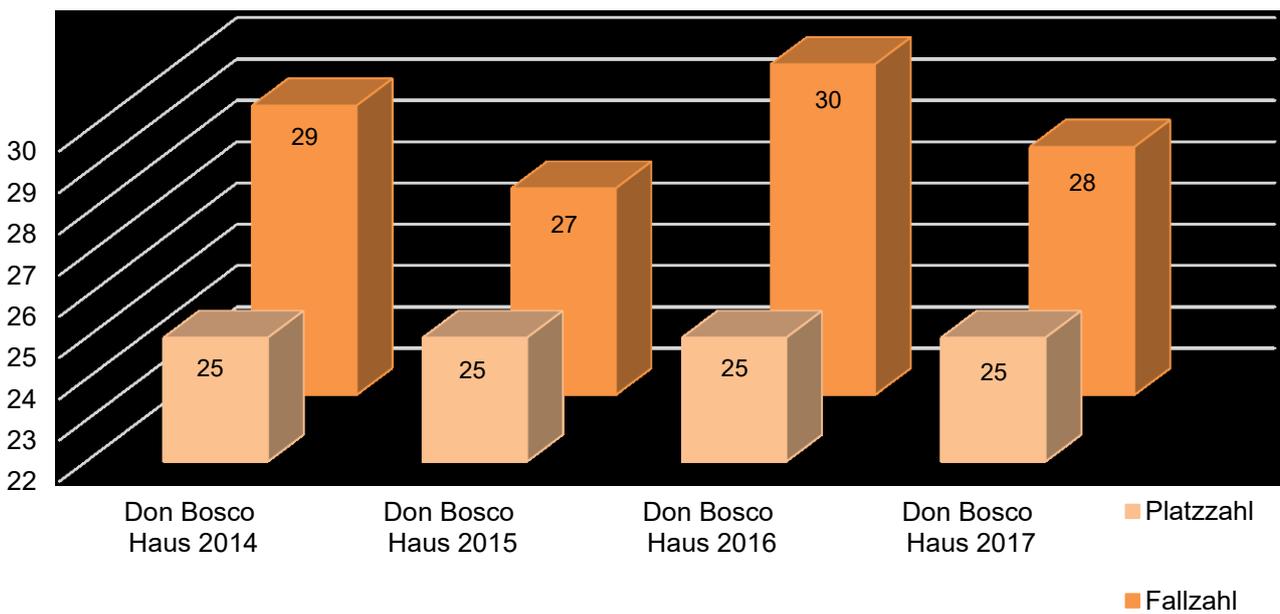
### Verteilung der Platzzahlen im Landkreis 2014 - 2017 im stationären Wohnen



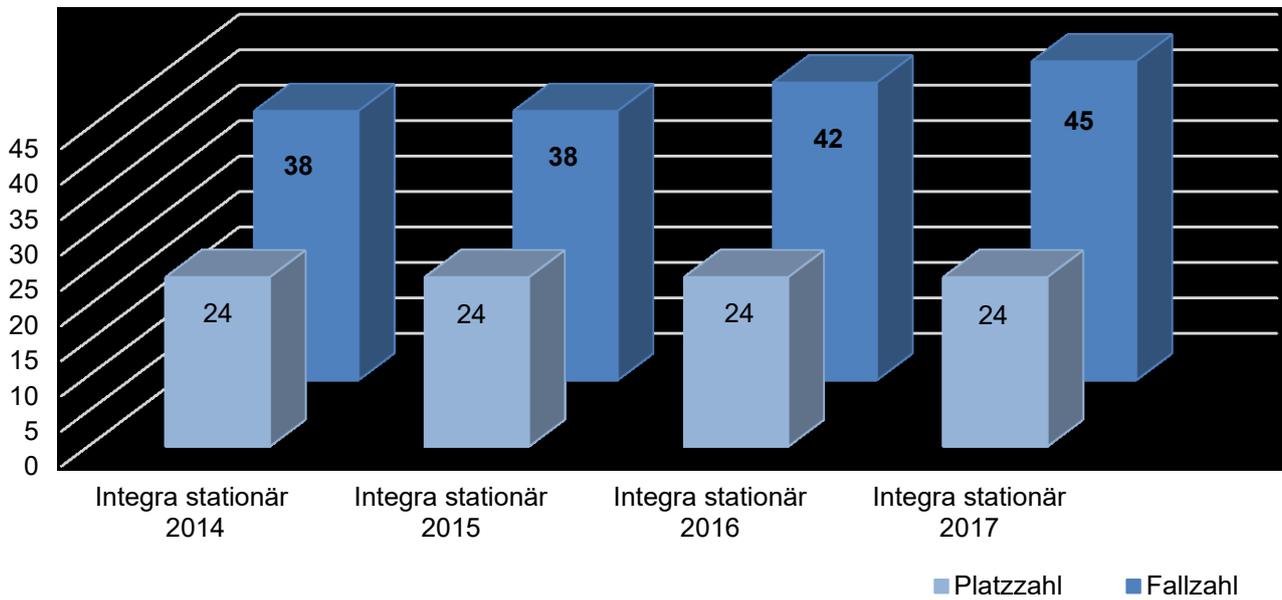
### Platz- und Fallzahlen Landkreis insgesamt stationär



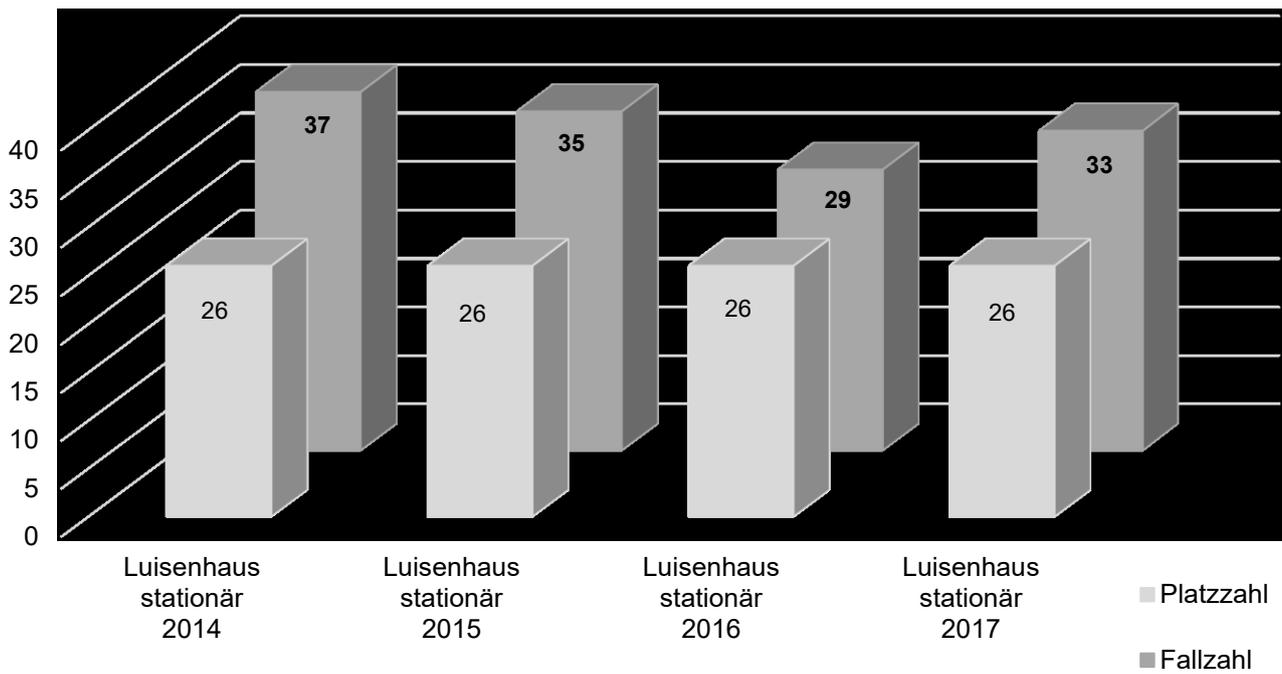
### Platz- und Fallzahlen Don Bosco Haus stationär



### Platz- und Fallzahlen Integra stationär



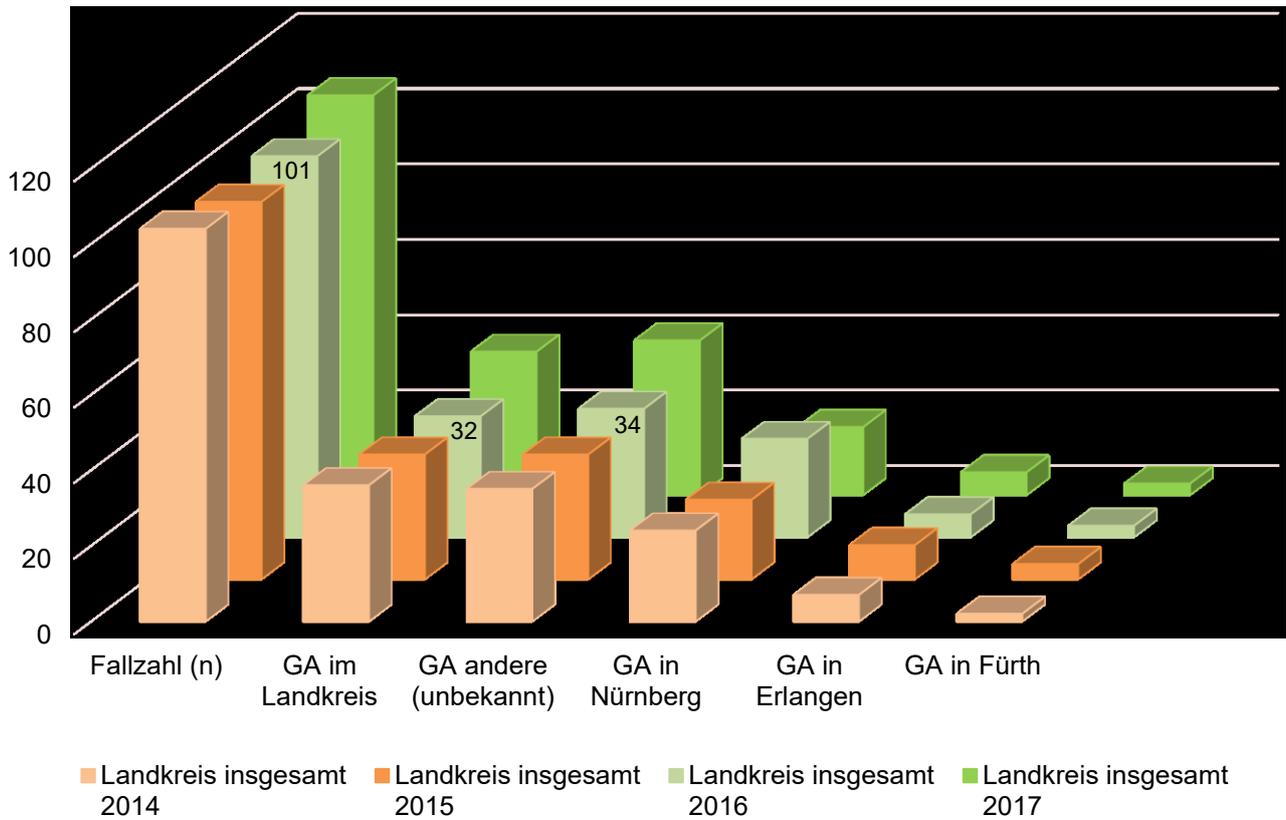
### Platz- und Fallzahlen Luisenhaus stationär



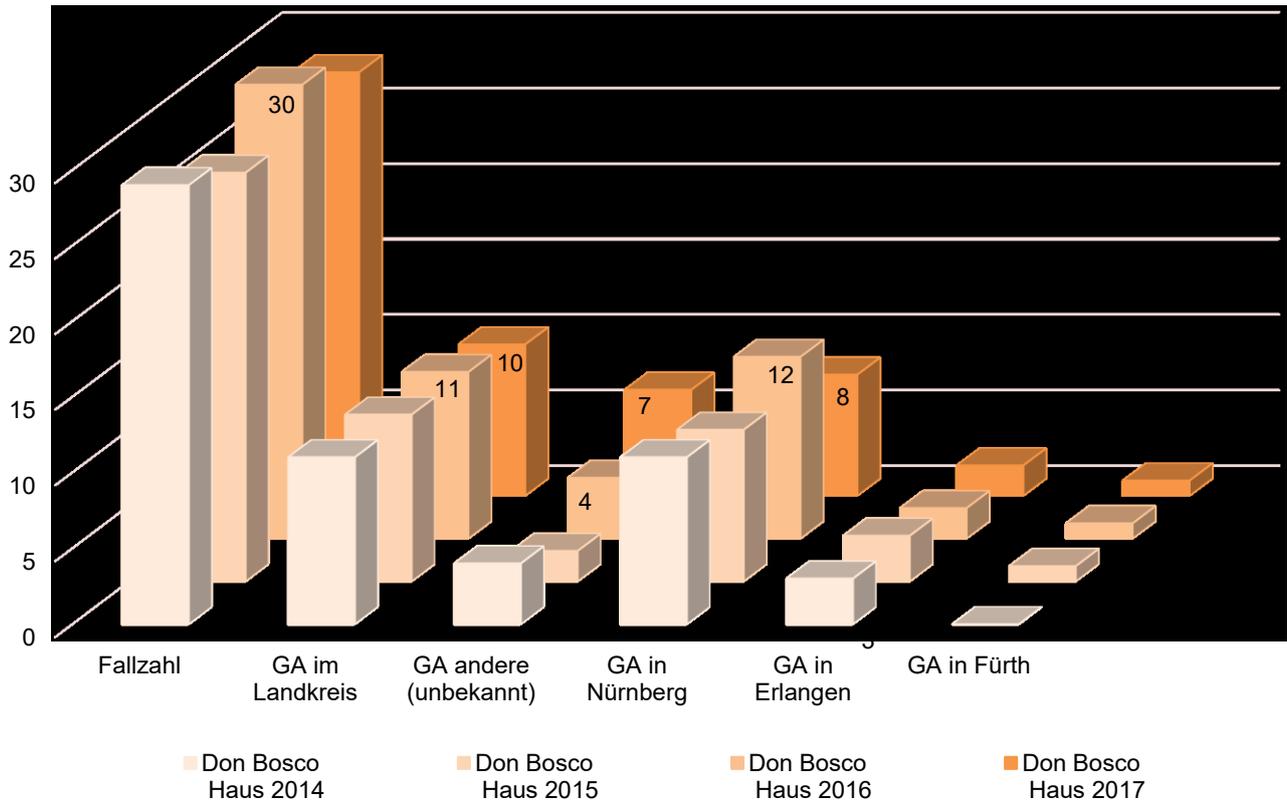
#### 2.4.4. Gewöhnlicher Aufenthalt vor der Maßnahme (Anzahl)

<b>GA vor Maßnahme (Anzahl der Bewohner)</b>	<b>Fallzahl insgesamt</b>	<b>GA im Landkreis</b>	<b>GA in Nürnberg</b>	<b>GA in Erlangen</b>	<b>GA in Fürth</b>	<b>GA andere und unbe- kannt</b>
<b>Don Bosco Haus 2014</b>	29	11	11	3	0	4
<b>Don Bosco Haus 2015</b>	27	11	10	3	1	2
<b>Don Bosco Haus 2016</b>	30	11	12	2	1	4
<b>Don Bosco Haus 2017</b>	28	10	8	2	1	7
<b>Integra Etzelwang 2014</b>	38	17	5	0	0	16
<b>Integra Etzelwang 2015</b>	38	13	6	0	1	18
<b>Integra Etzelwang 2016</b>	42	15	8	0	1	18
<b>Integra Etzelwang 2017</b>	45	19	6	0	1	19
<b>Luisenhaus 2014</b>	37	8	8	4	2	15
<b>Luisenhaus 2015</b>	35	9	5	6	2	13
<b>Luisenhaus 2016</b>	29	6	6	4	1	12
<b>Luisenhaus 2017</b>	33	9	4	4	1	15
<b>Landkreis 2014</b>	104	36	24	7	2	35
<b>Landkreis 2015</b>	100	33	21	9	4	33
<b>Landkreis 2016</b>	101	32	26	6	3	34
<b>Landkreis 2017</b>	106	38	18	6	3	41

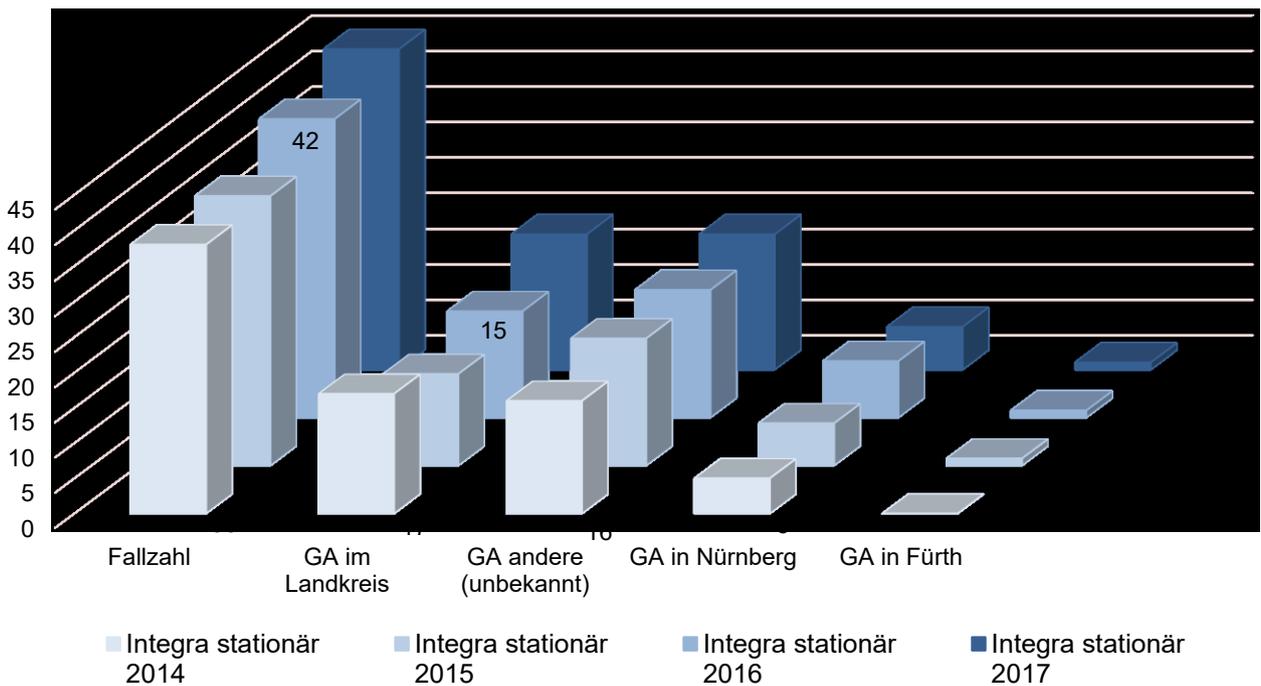
**Landkreis  
Gewöhnlicher Aufenthalt (GA) vor der Maßnahme  
(Anzahl) im stationären Wohnen**



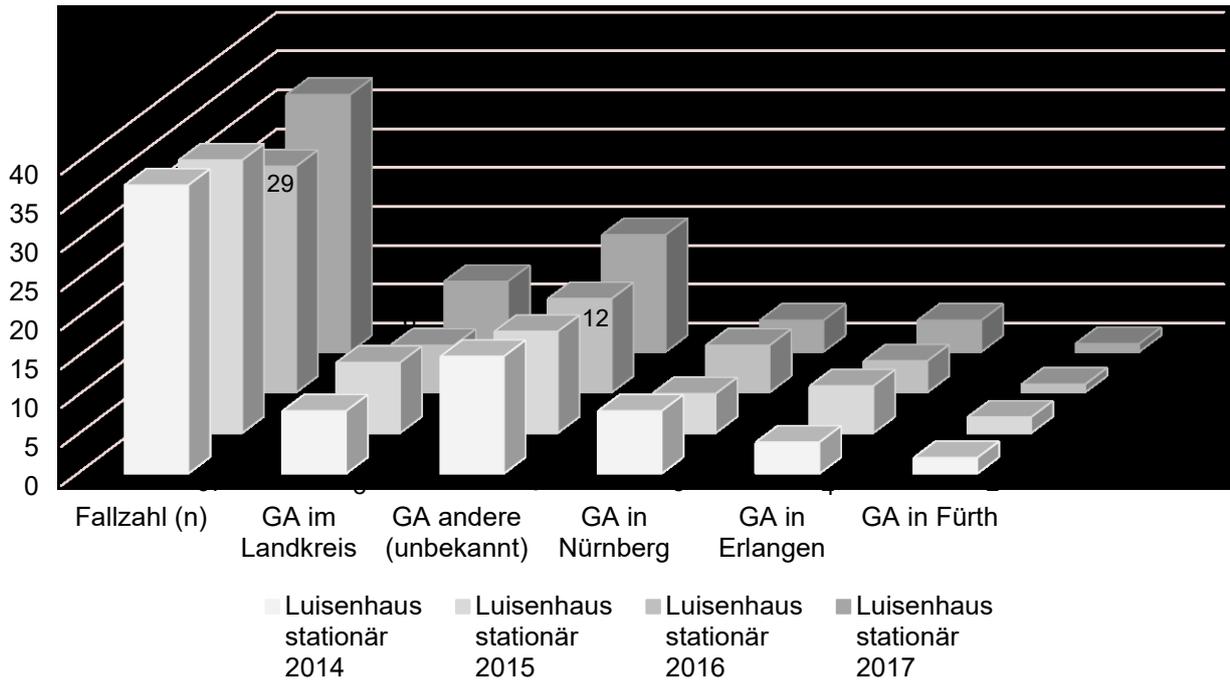
**Don Bosco Haus  
Gewöhnlicher Aufenthalt (GA) vor der Maßnahme  
(Anzahl) im stationären Wohnen**



**Integra Gewöhnlicher Aufenthalt (GA) vor der Maßnahme  
(Anzahl) im stationären Wohnen**



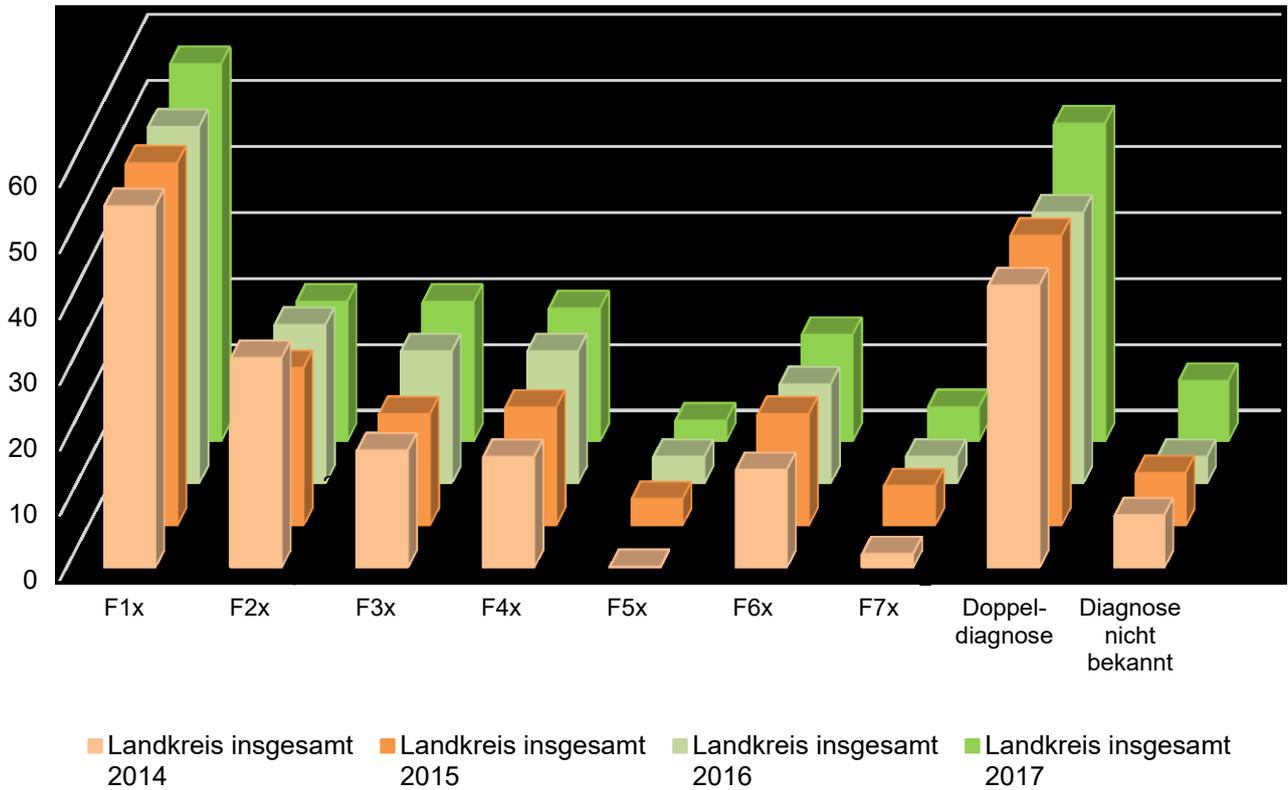
**Luisenhaus**  
**Gewöhnlicher Aufenthalt (GA) vor der Maßnahme**  
**(Anzahl) im stationären Wohnen**



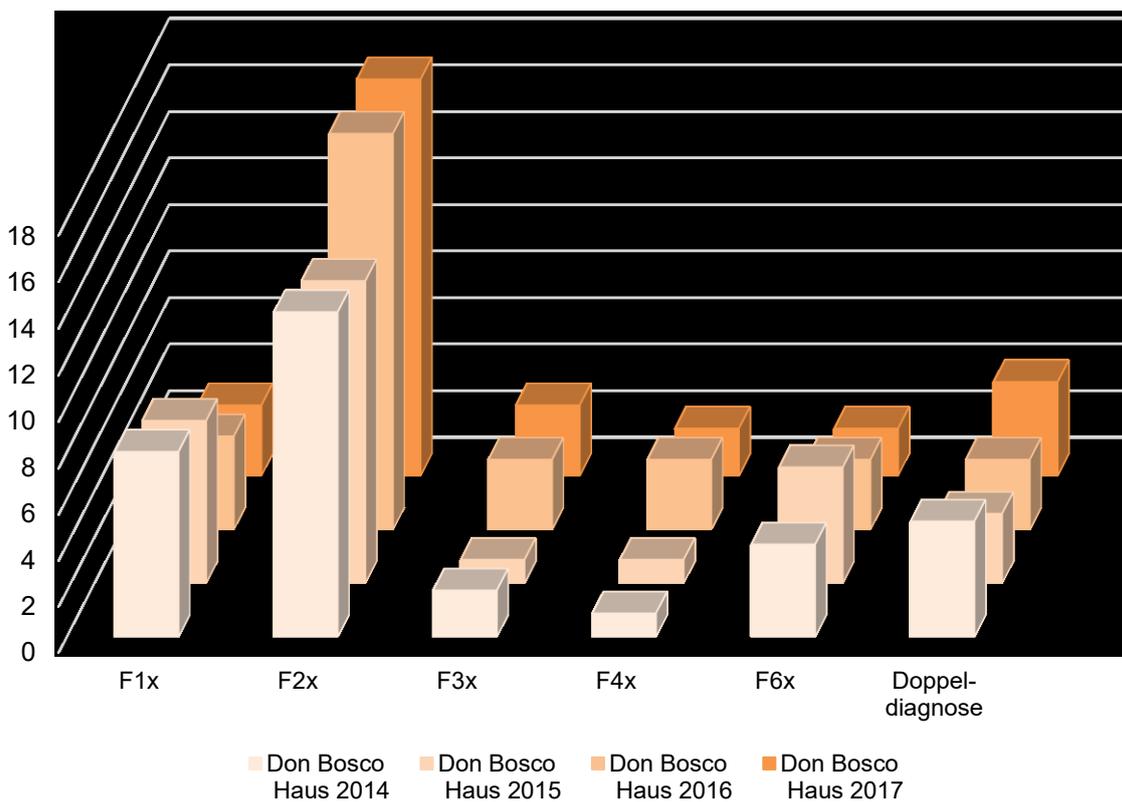
#### 2.4.5. Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Gruppen

Diagnoseverteilung Stationäre Einrichtungen (Anzahl)	F1x	F2x	F3x	F4x	F5x	F6x	F7x	Doppel- diagnose	Diagnose nicht bekannt
<b>Don Bosco Haus 2014</b>	8	14	2	1	0	4	0	5	0
<b>Don Bosco Haus 2015</b>	7	13	1	1	0	5	0	3	0
<b>Don Bosco Haus 2016</b>	4	17	3	3	0	3	0	3	0
<b>Don Bosco Haus 2017</b>	3	17	3	2	0	2	1	4	0
<b>Integra Etzelwang 2014</b>	38	1	4	2	0	2	0	15	6
<b>Integra Etzelwang 2015</b>	38	0	6	4	0	0	1	18	7
<b>Integra Etzelwang 2016</b>	42	1	8	5	2	0	1	18	2
<b>Integra Etzelwang 2017</b>	45	0	9	6	1	0	1	23	5
<b>Luisenhaus 2014</b>	9	17	12	14	0	9	2	23	2
<b>Luisenhaus 2015</b>	10	11	10	13	4	12	5	23	1
<b>Luisenhaus 2016</b>	8	6	9	12	2	12	3	20	2
<b>Luisenhaus 2017</b>	9	4	9	12	2	14	3	21	4
<b>Landkreis 2014</b>	55	32	18	17	0	15	2	43	8
<b>Landkreis 2015</b>	55	24	17	18	4	17	6	44	8
<b>Landkreis 2016</b>	54	24	20	20	4	15	4	41	4
<b>Landkreis 2017</b>	57	21	21	20	3	16	5	48	9

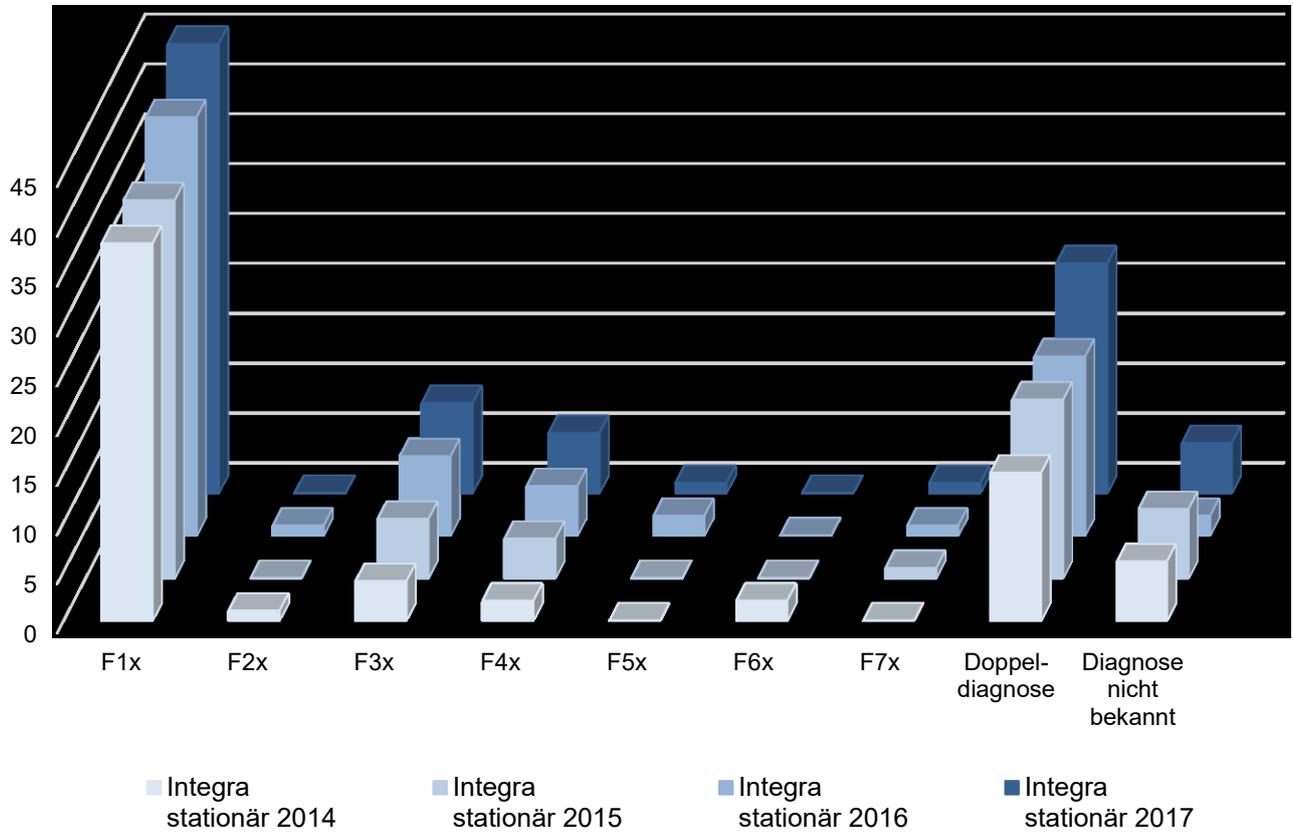
### Landkreis Diagnoseverteilung im stationären Wohnen



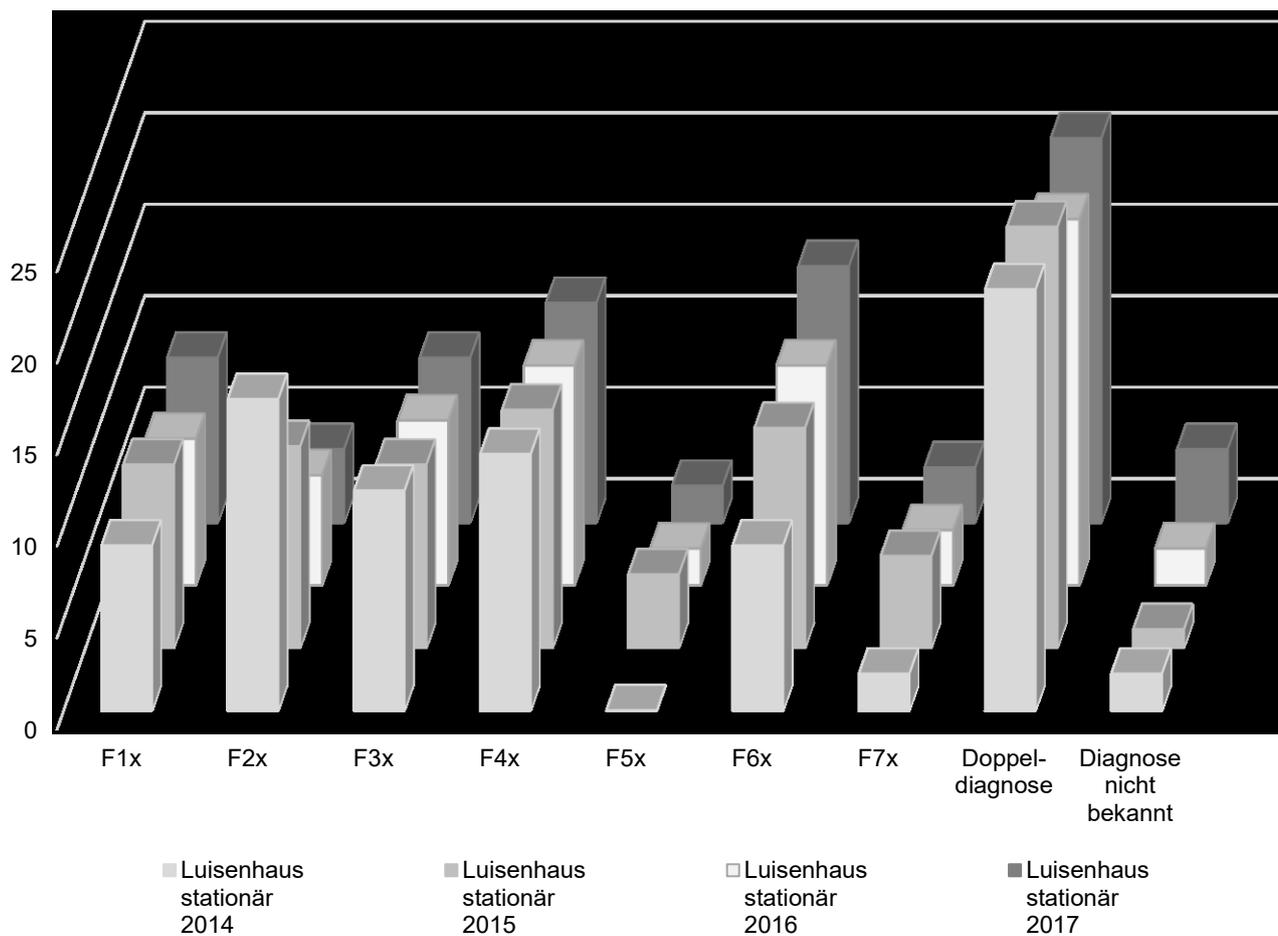
### Don Bosco Haus Diagnosenverteilung stationär



## Integra stationär Diagnosenverteilung



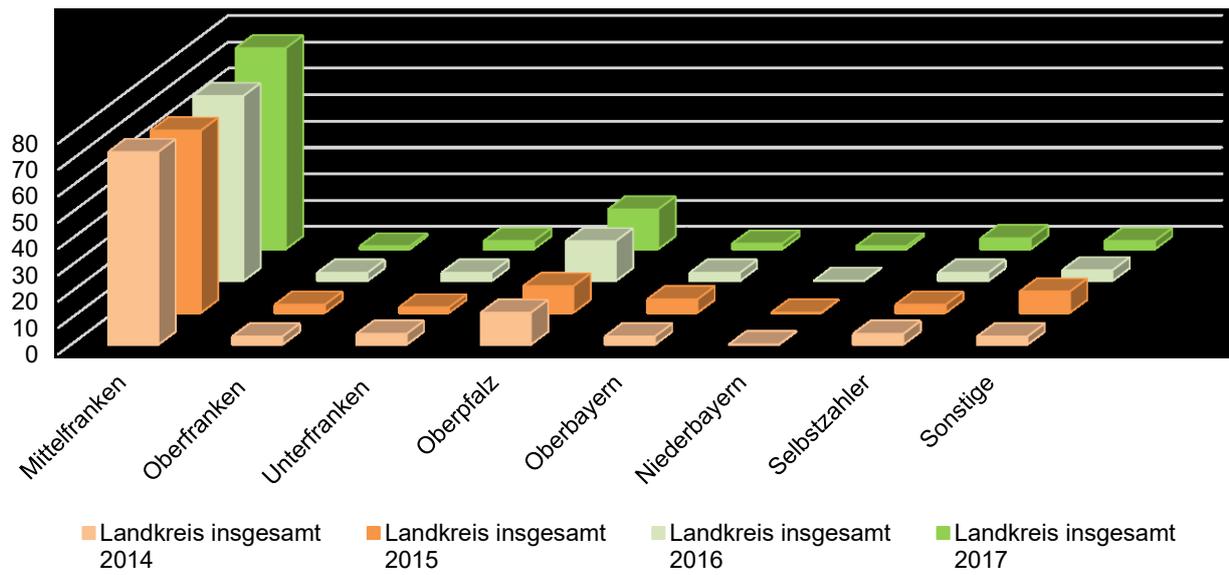
## Luisenhaus Diagnosenverteilung



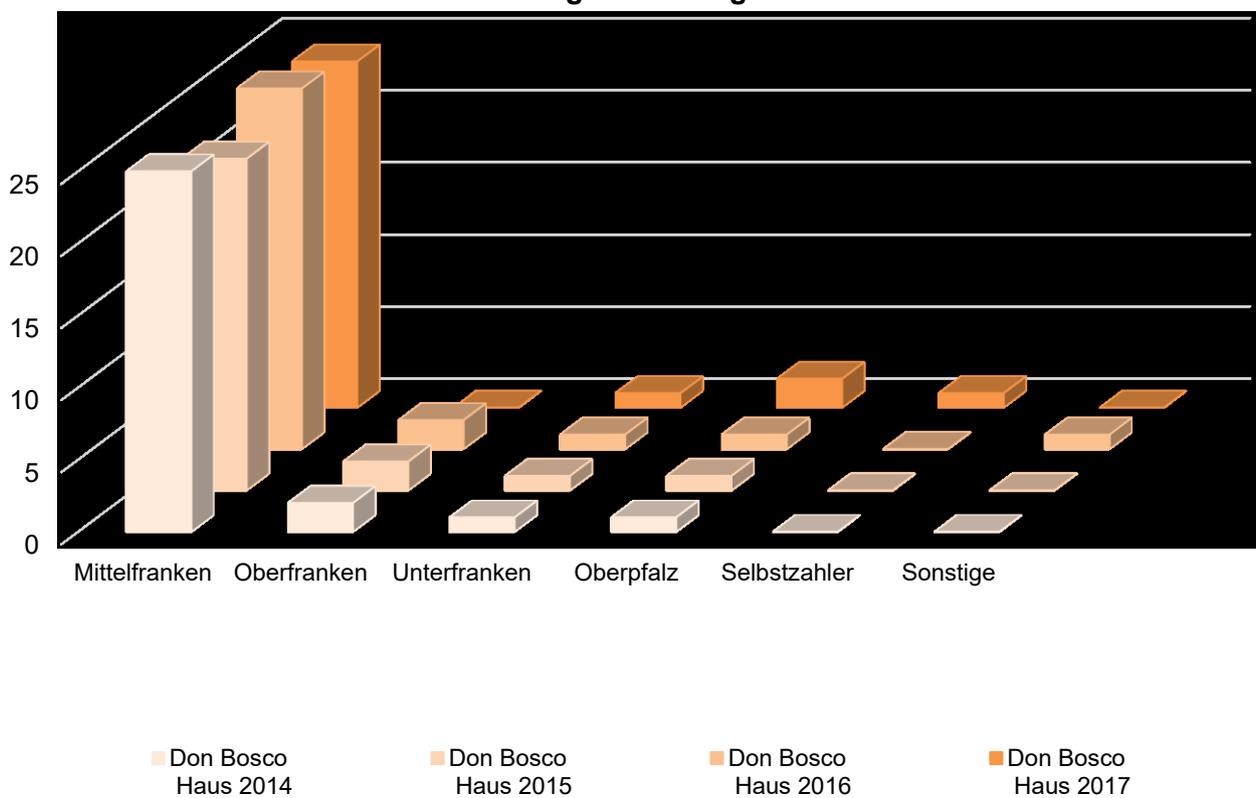
#### 2.4.6. Kostenträger der Maßnahme (Anzahl)

Kostenträger (Anzahl der Bewohner)	Mittel- franken	Ober- franken	Unter- franken	Ober- pfalz	Ober- bayern	Schwa- ben	Nieder- bayern	Selbst- zahler	Son- stige
<b>Don Bosco Haus 2014</b>	25	2	1	1	0	0	0	0	0
<b>Don Bosco Haus 2015</b>	23	2	1	1	0	0	0	0	0
<b>Don Bosco Haus 2016</b>	25	2	1	1	0	0	0	0	1
<b>Don Bosco Haus 2017</b>	24	0	1	2	0	0	0	1	0
<b>Integra Etzelwang 2014</b>	23	0	0	9	2	0	0	1	3
<b>Integra Etzelwang 2015</b>	24	0	0	7	3	0	0	0	4
<b>Integra Etzelwang 2016</b>	27	0	0	11	1	0	0	0	3
<b>Integra Etzelwang 2017</b>	30	0	0	12	0	0	0	0	3
<b>Luisenhaus 2014</b>	25	1	3	2	1	0	0	3	0
<b>Luisenhaus 2015</b>	22	1	1	2	2	0	0	3	4
<b>Luisenhaus 2016</b>	18	1	2	3	2	0	0	3	0
<b>Luisenhaus 2017</b>	22	1	2	1	2	0	1	3	0
<b>Landkreis 2014</b>	73	3	4	12	3	0	0	4	3
<b>Landkreis 2015</b>	69	3	2	10	5	0	0	3	8
<b>Landkreis 2016</b>	70	3	3	15	3	0	0	3	4
<b>Landkreis 2017</b>	76	1	3	15	2	0	1	4	3

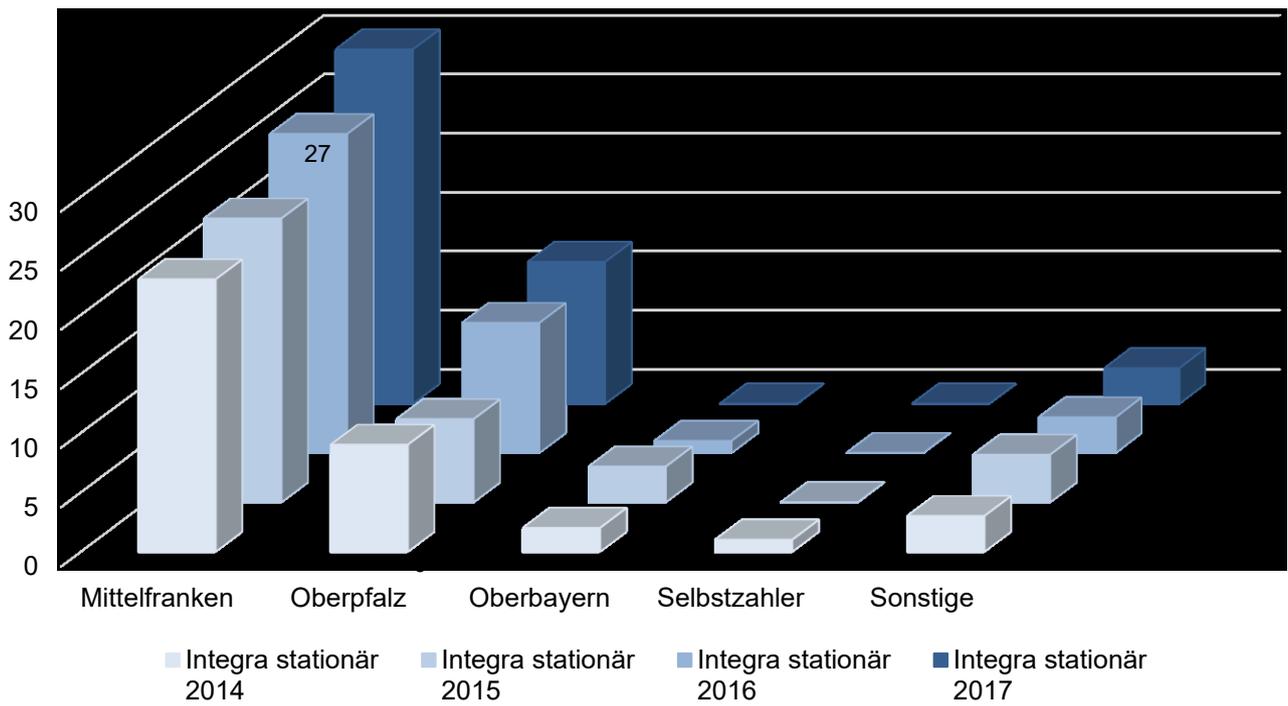
### Landkreis Verteilung Kostenträger stationär



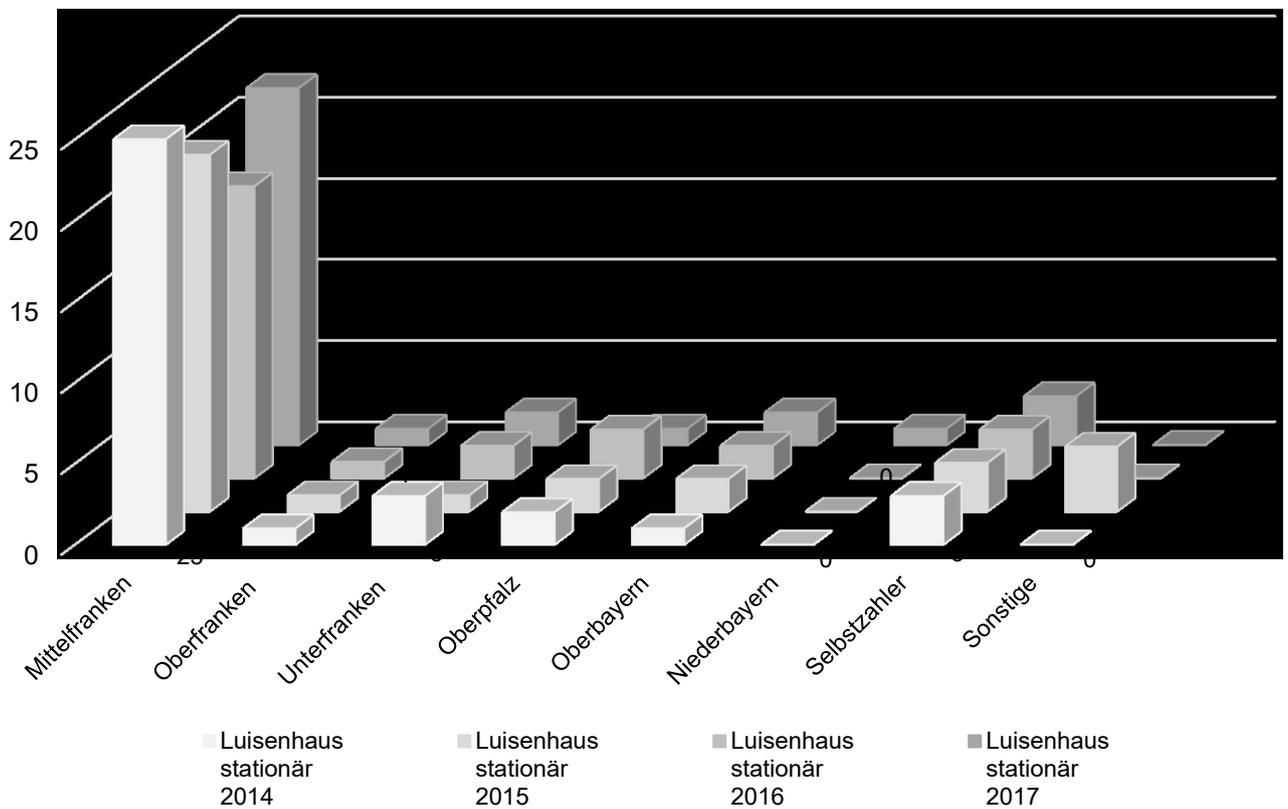
### Don Bosco Haus Verteilung Kostenträger stationär



### Integra Verteilung Kostenträger stationär



### Luisenhaus Verteilung Kostenträger stationär



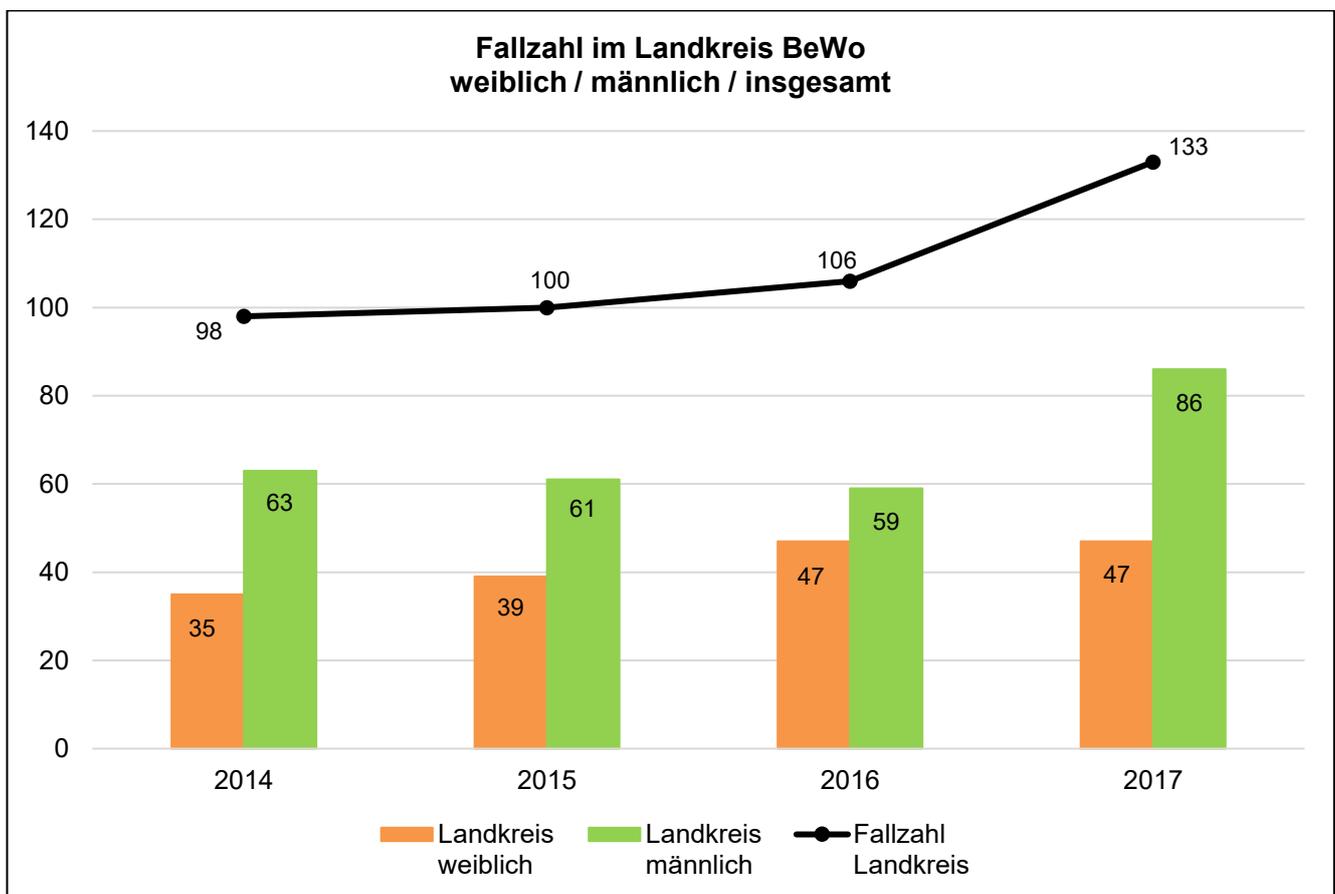
## 2.5. Betreutes Wohnen für psychisch (p) und Suchtkranke (s)

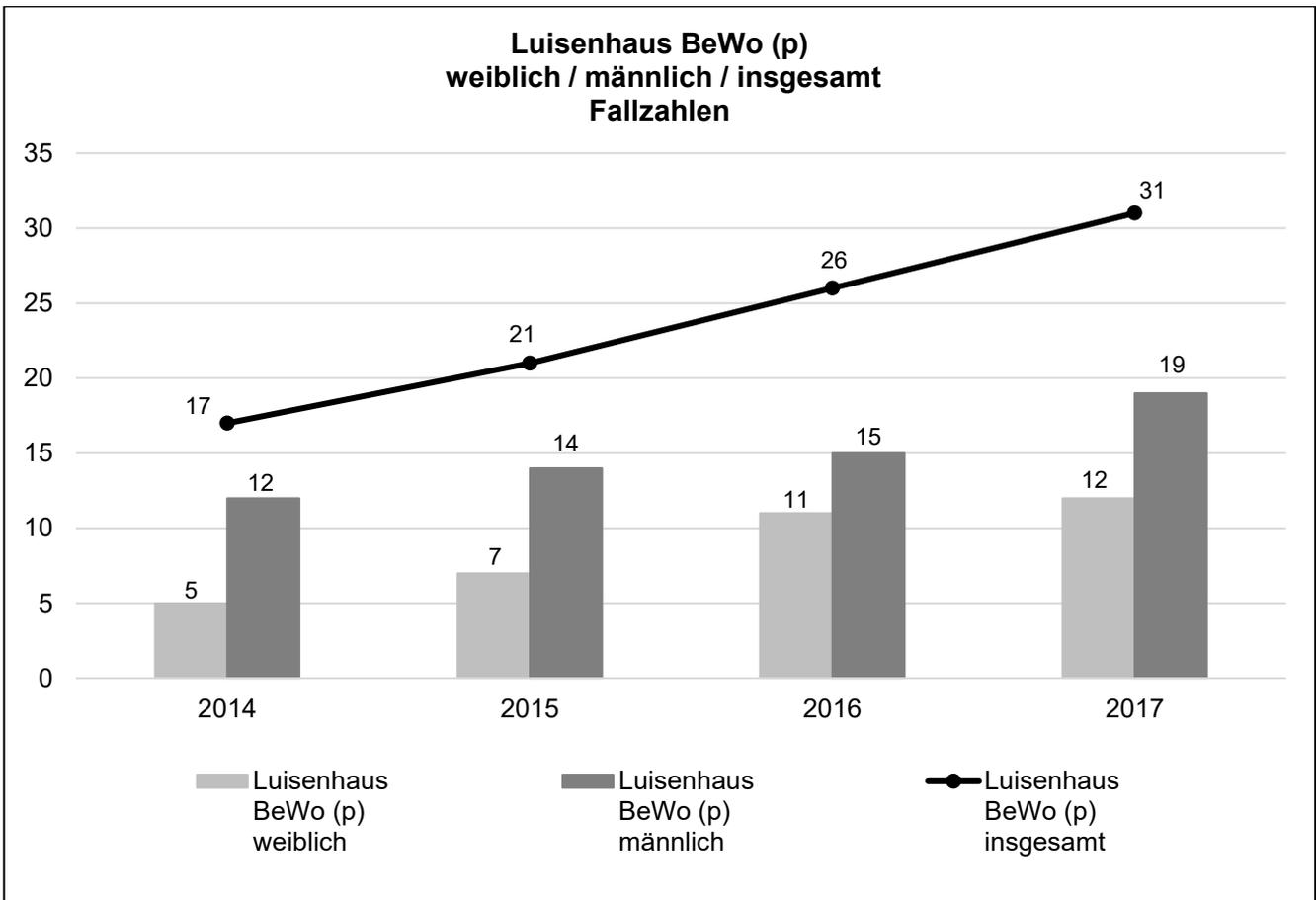
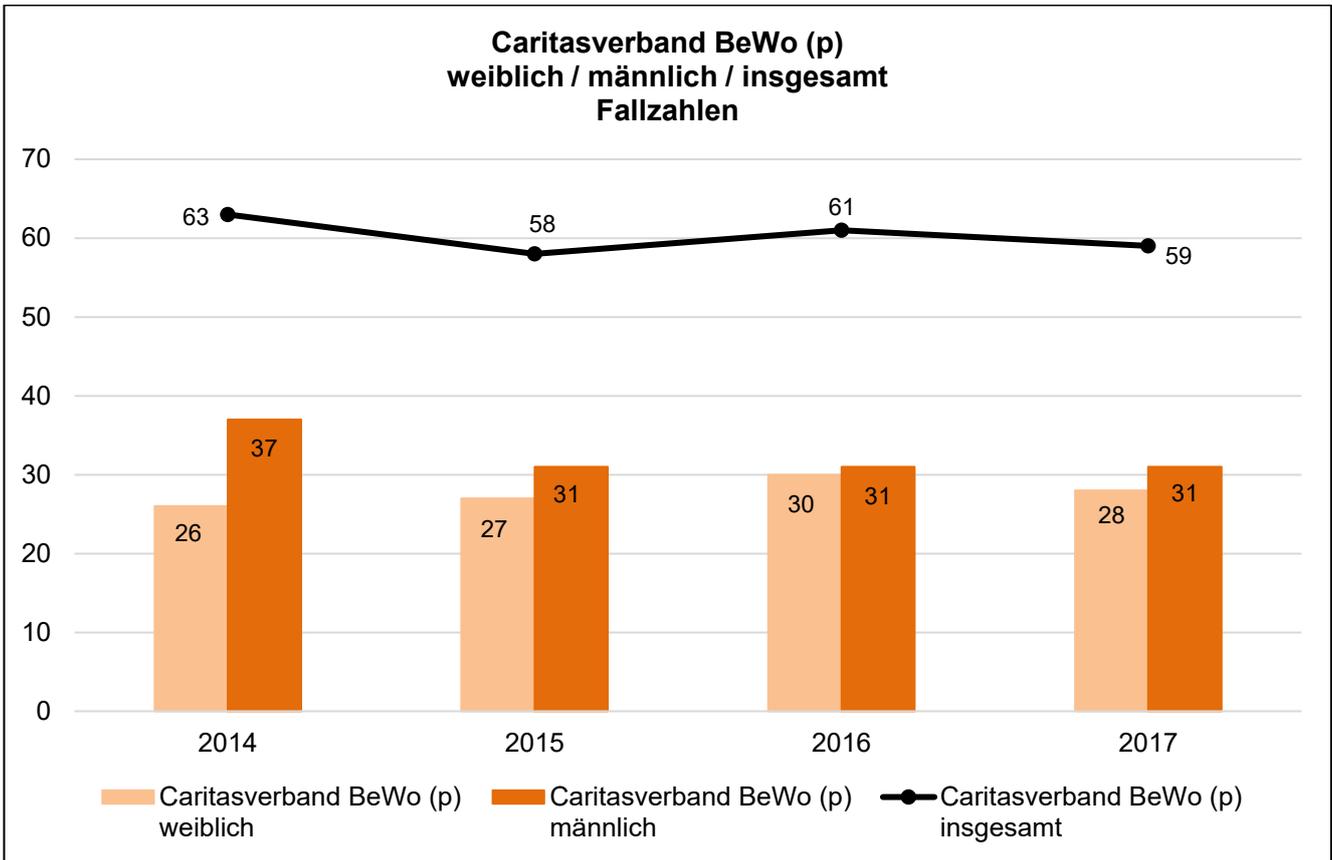
### 2.5.1. Fallzahlen und Geschlechtsverteilung

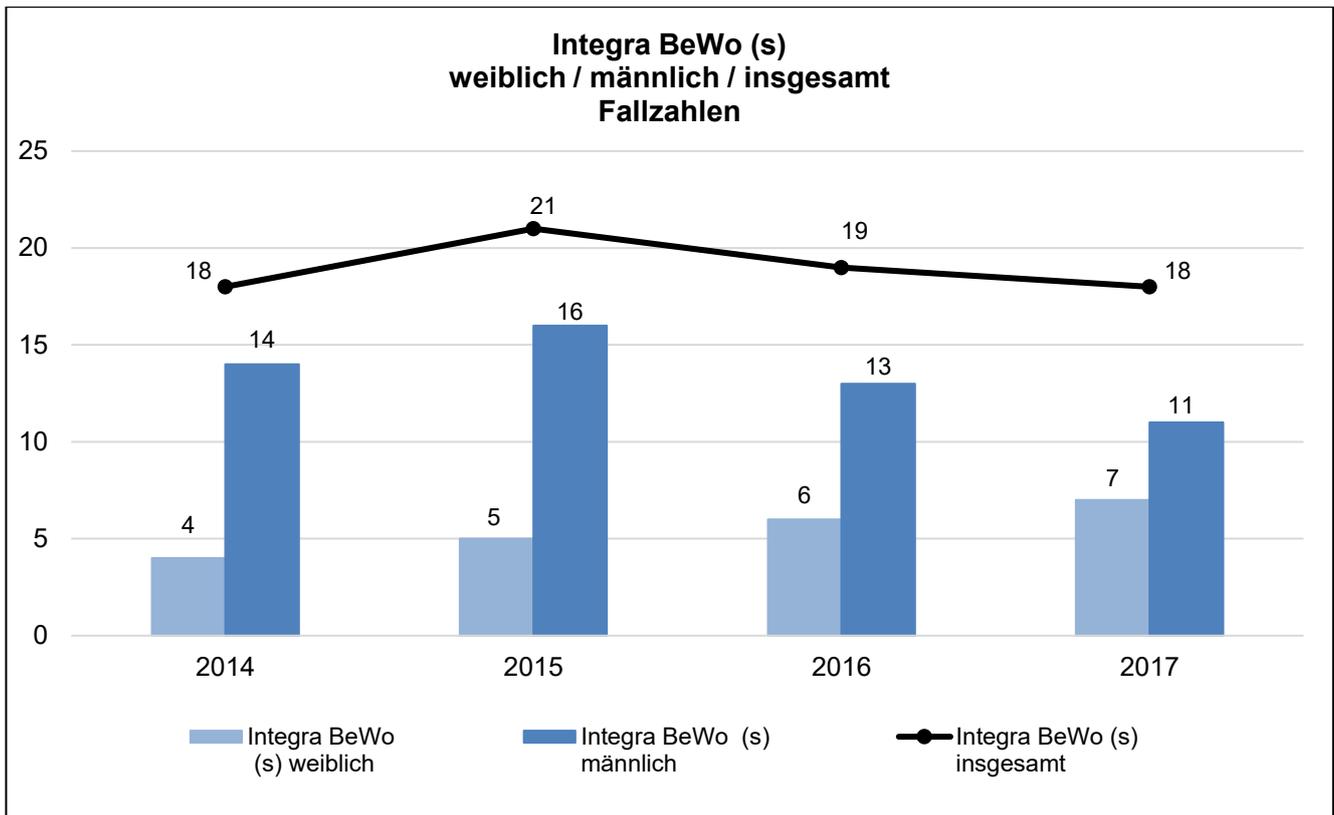
Fallzahlen insgesamt	Landkreis	BeWo Caritasverband (p)	Luisenhaus BeWo (p)	Integra BeWo (s)	Womega BeWo (s)
2014	98	63	17	18	0
2015	100	58	21	21	0
2016	106	61	26	19	0
2017	133	59	31	18	25

Fallzahlen weiblich	Landkreis	BeWo Caritasverband (p)	Luisenhaus BeWo (p)	Integra BeWo (s)	Womega BeWo (s)
2014	35	26	5	4	0
2015	39	27	7	5	0
2016	47	30	11	6	0
2017	47	28	12	7	0

Fallzahlen männlich	Landkreis	BeWo Caritasverband (p)	Luisenhaus BeWo (p)	Integra BeWo (s)	Womega BeWo (s)
2014	63	37	12	14	0
2015	61	31	14	16	0
2016	59	31	15	13	0
2017	86	31	19	11	25







### 2.5.2. Altersbetrachtung

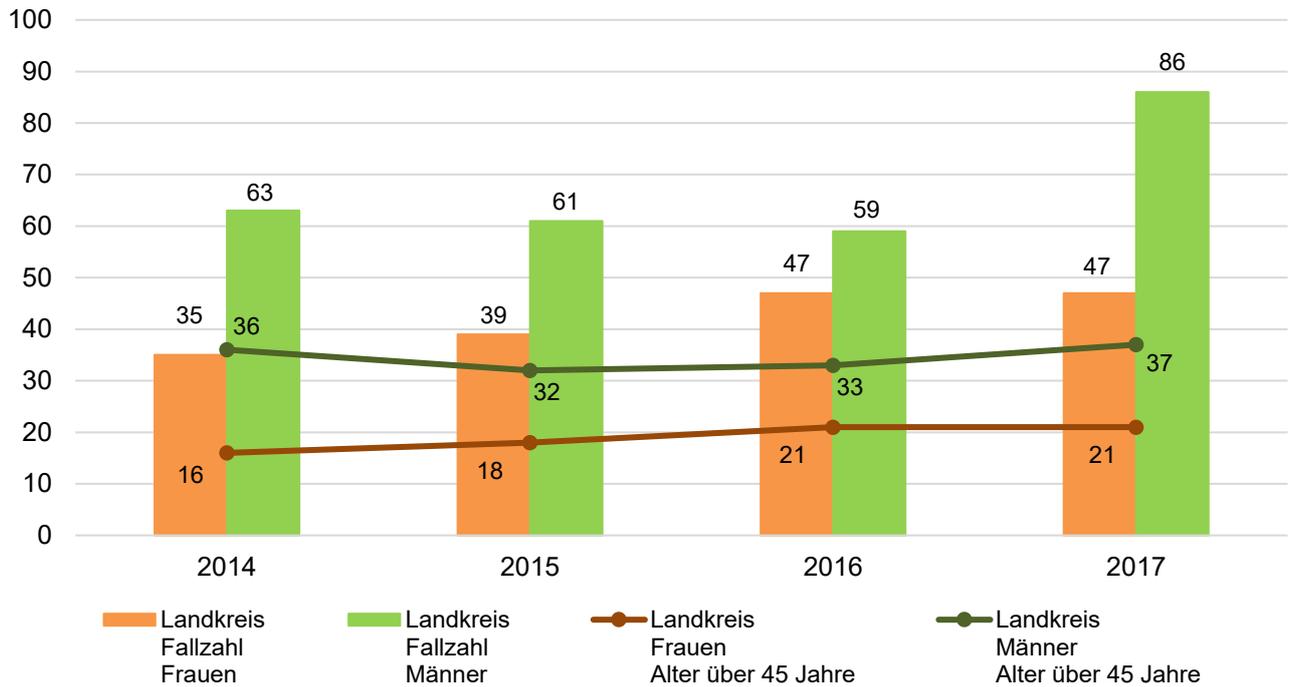
Anzahl Männer über 45 Jahre	Landkreis	Caritasverband BeWo (p)	Luisenhaus BeWo (p)	Integra BeWo (s)	Womega BeWo (s)
2014	36	18	9	9	0
2015	32	18	8	6	0
2016	33	20	8	5	0
2017	37	17	9	5	6

Anzahl Frauen über 45 Jahre	Landkreis	Caritasverband BeWo (p)	Luisenhaus BeWo (p)	Integra BeWo (s)	Womega BeWo (s)
2014	16	10	4	2	0
2015	18	10	4	4	0
2016	21	10	7	4	0
2017	21	10	7	4	0

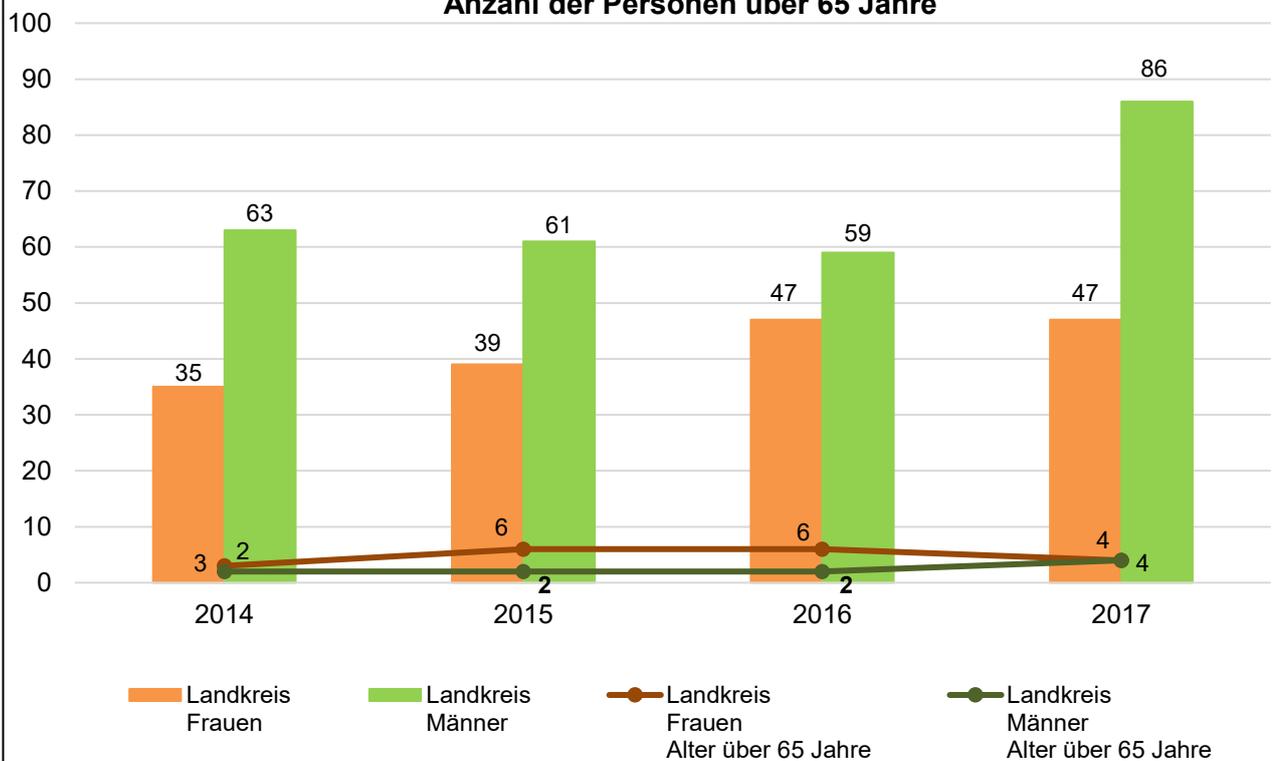
Anzahl Männer über 65 Jahre	Landkreis	Caritasverband BeWo (p)	Luisenhaus BeWo (p)	Integra BeWo (s)	Womega BeWo (s)
2014	2	1	0	1	0
2015	2	1	0	1	0
2016	2	1	0	1	0
2017	4	1	0	1	2

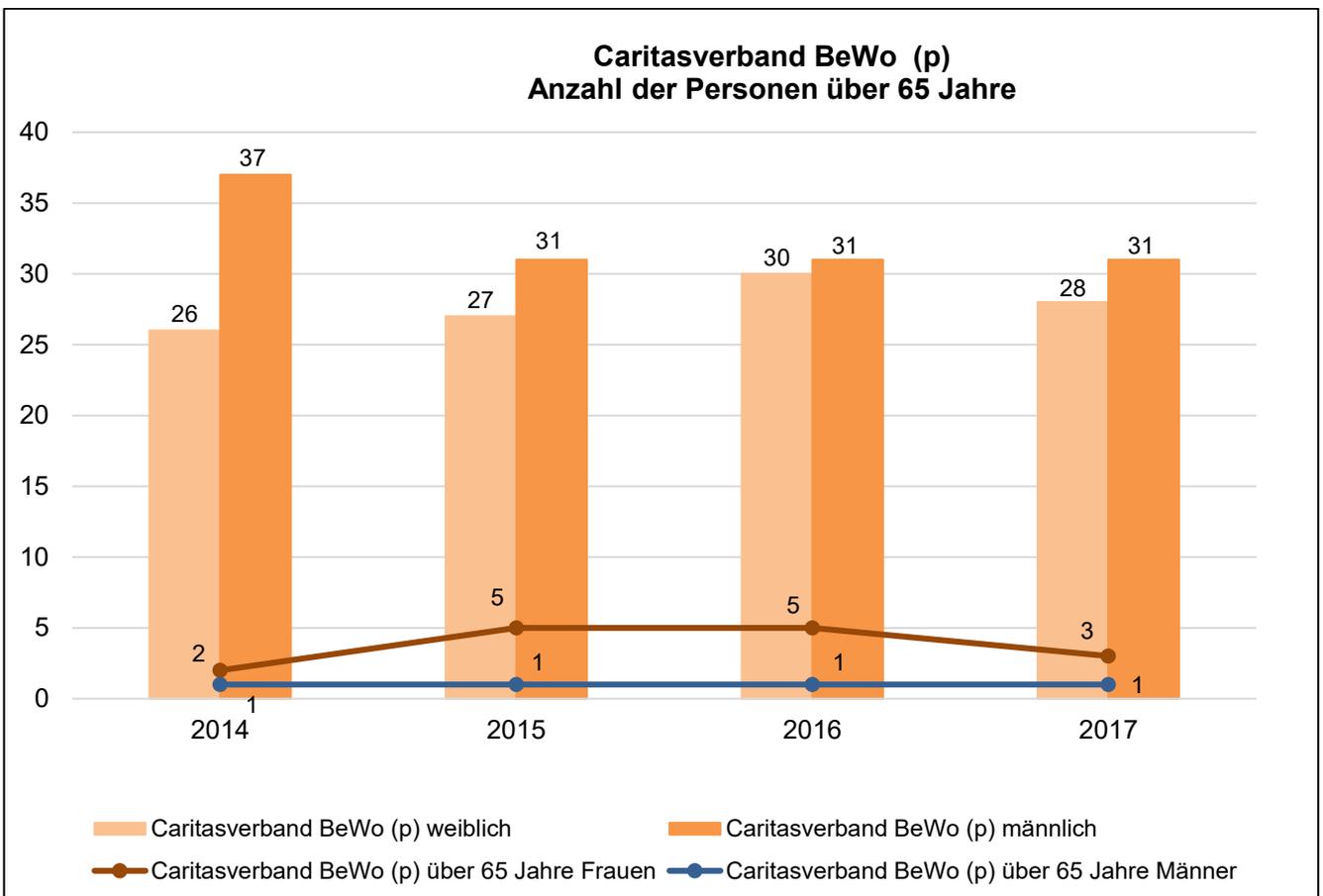
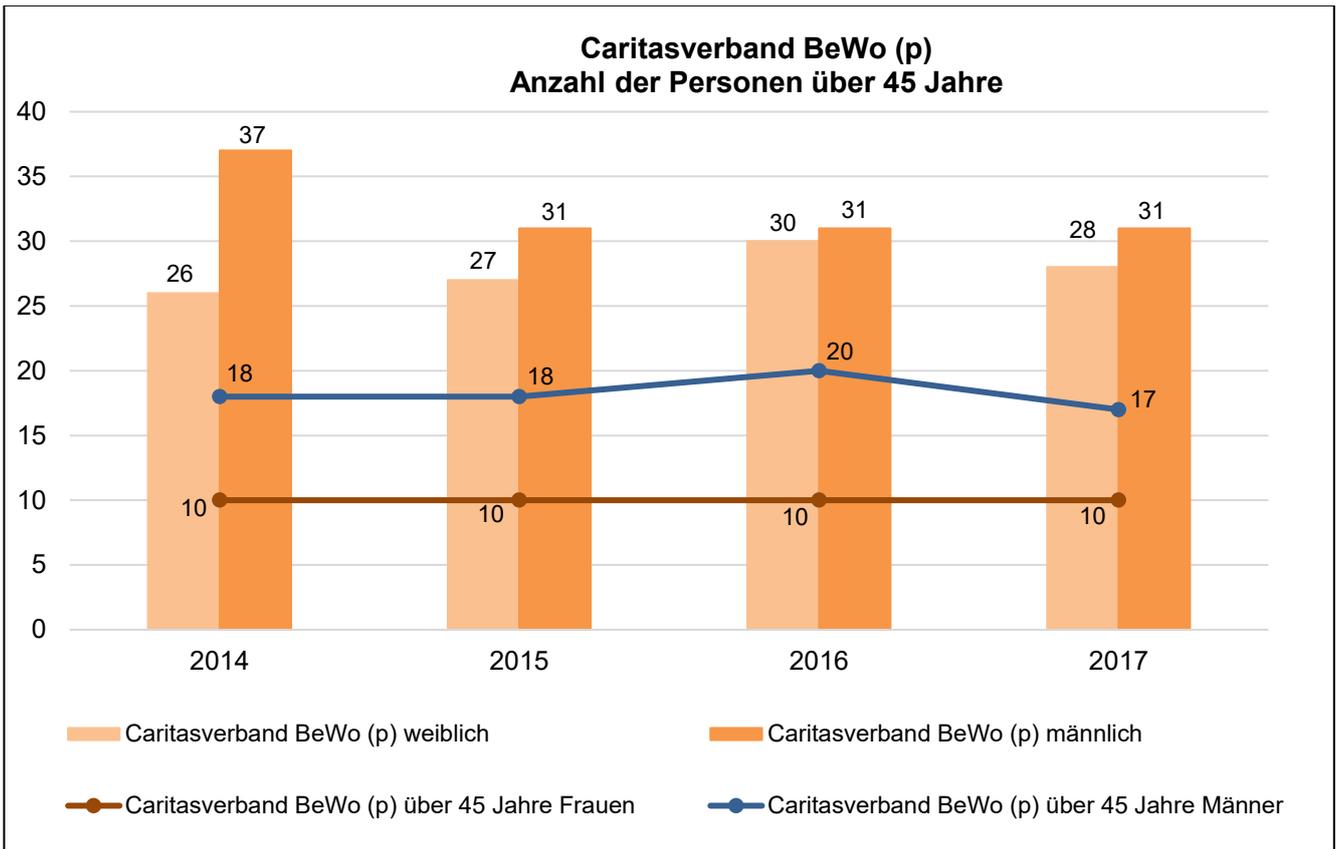
Anzahl Frauen über 65 Jahre	Landkreis	Caritasverband BeWo (p)	Luisenhaus BeWo (p)	Integra BeWo (s)	Womega BeWo (s)
2014	3	2	0	1	0
2015	6	5	0	1	0
2016	6	5	0	1	0
2017	4	3	0	1	0

**Betreutes Wohnen  
Landkreis  
Anzahl der Personen über 45 Jahre**

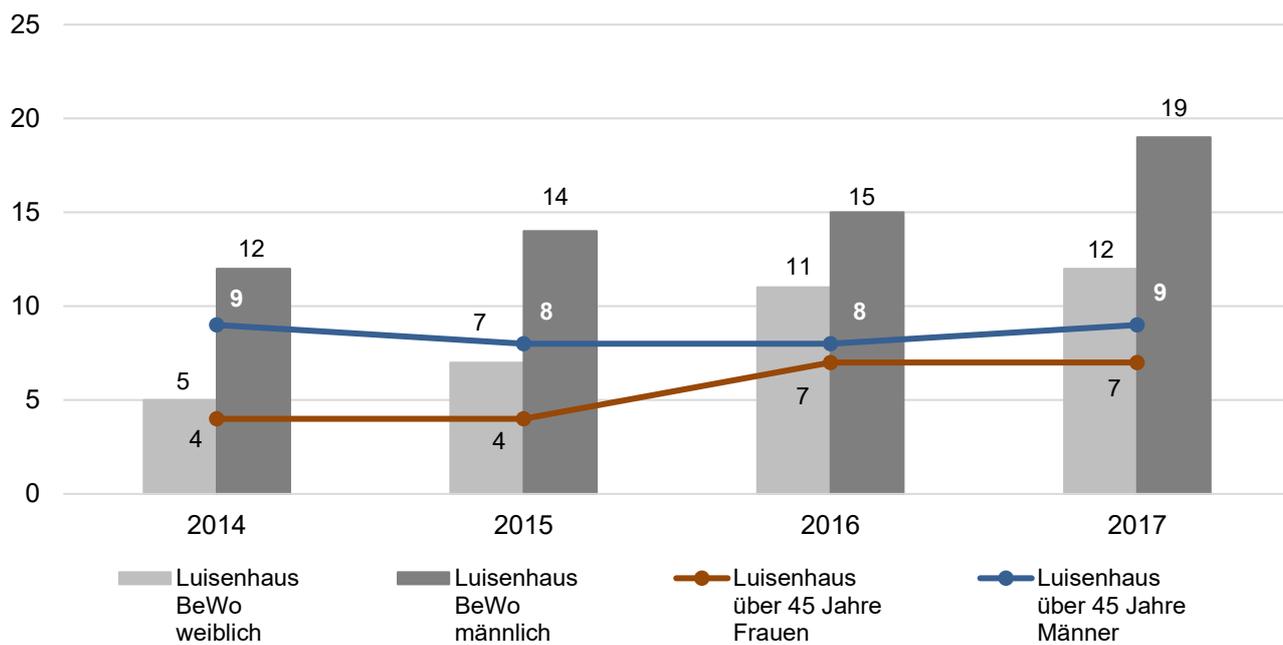


**Betreutes Wohnen  
Landkreis  
Anzahl der Personen über 65 Jahre**

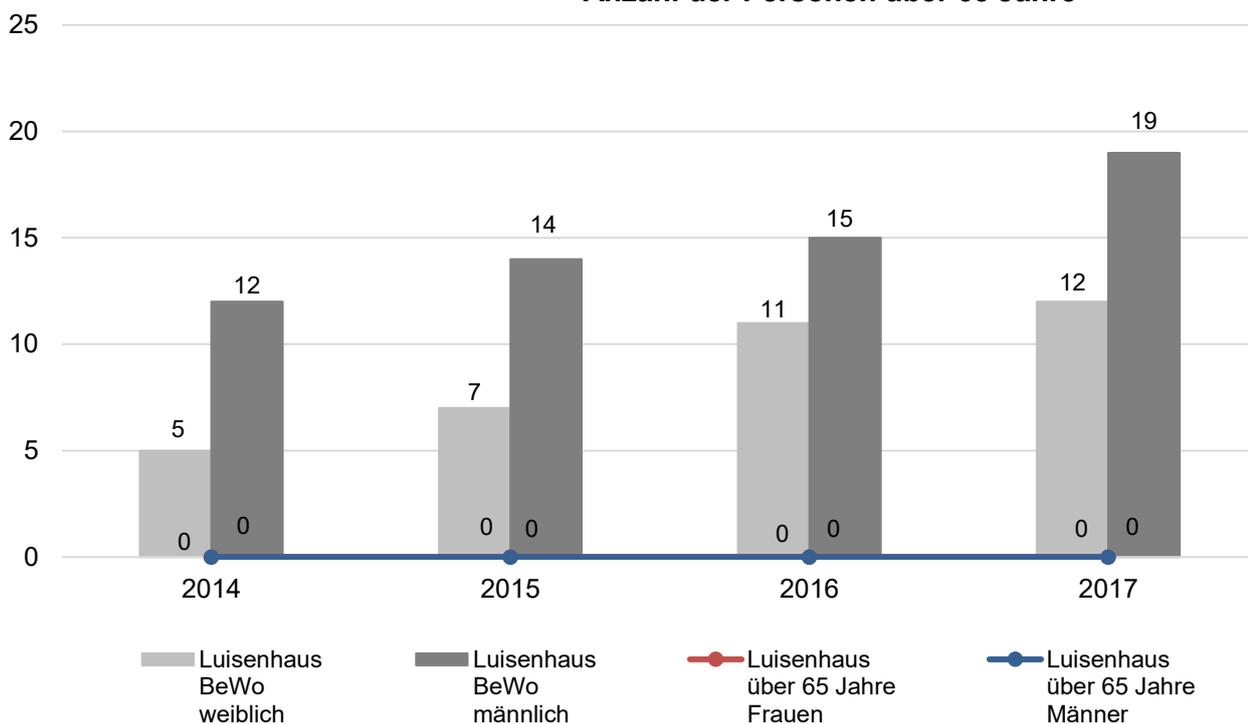




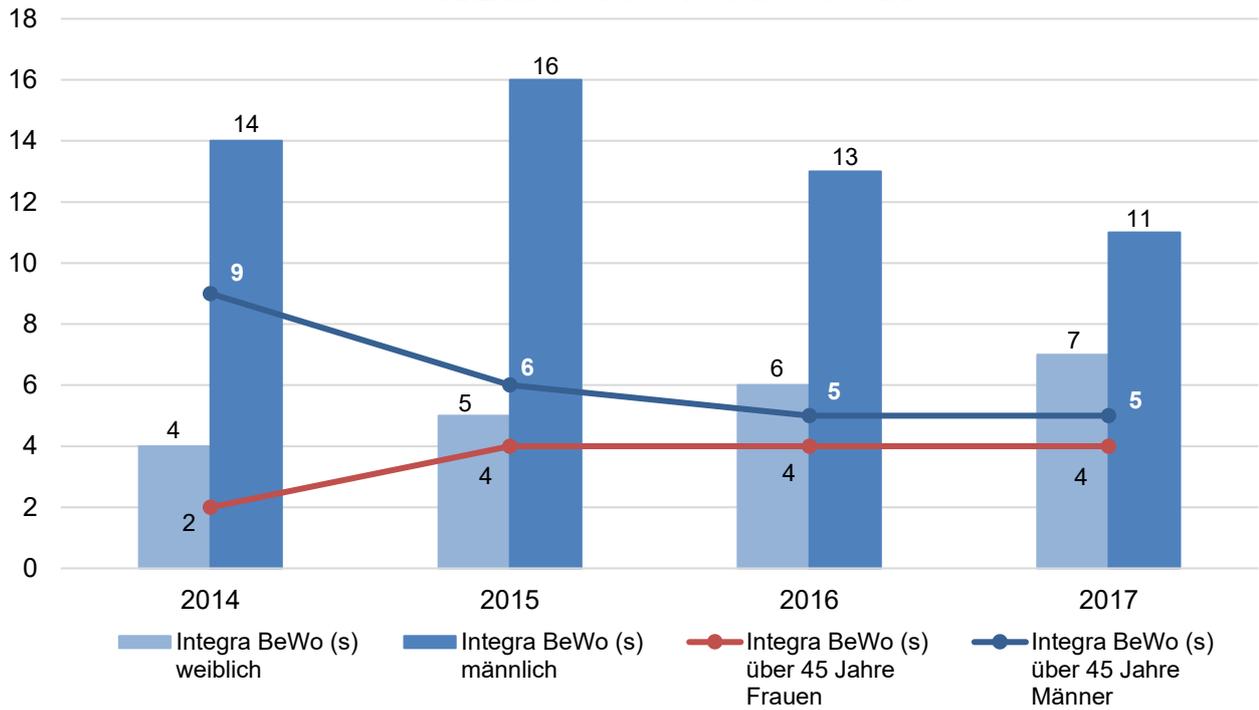
**Luisenhaus BeWo (p)**  
**Anzahl der Personen über 45 Jahre**



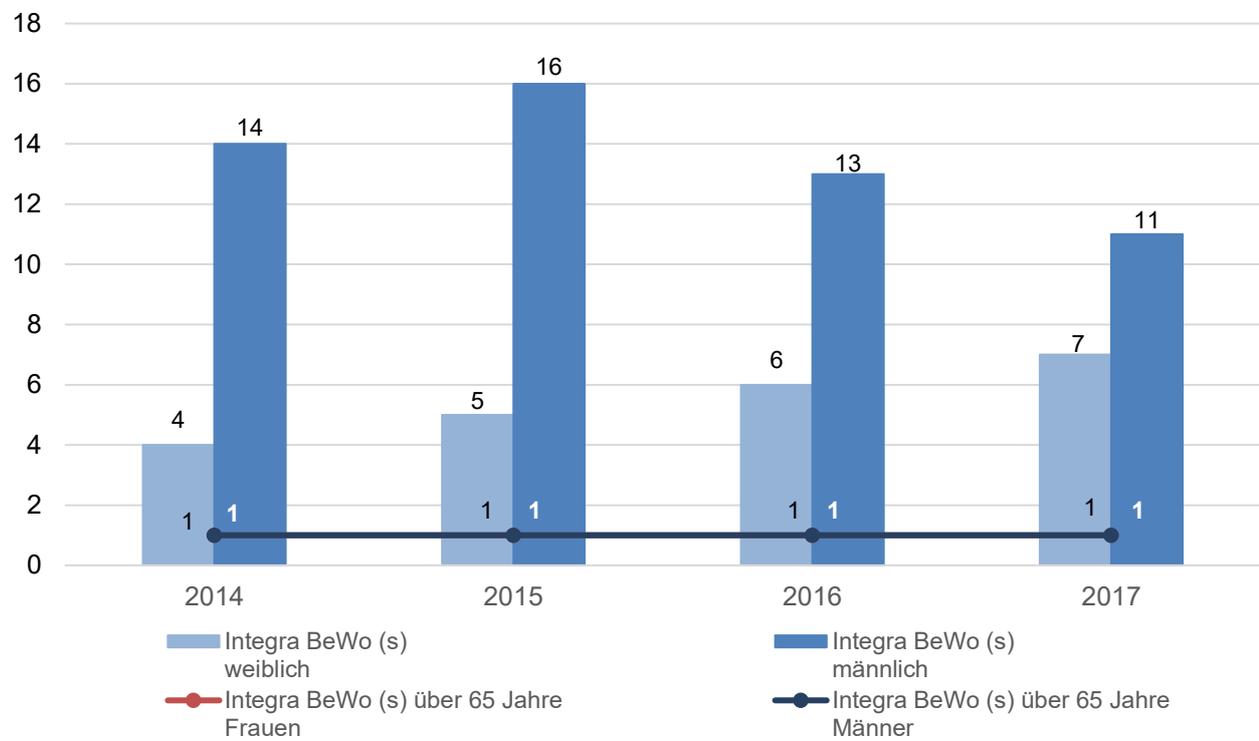
**Luisenhaus BeWo (p)**  
**Anzahl der Personen über 65 Jahre**



**Integra Suchthilfe BeWo (s)  
Anzahl der Personen über 45 Jahre**



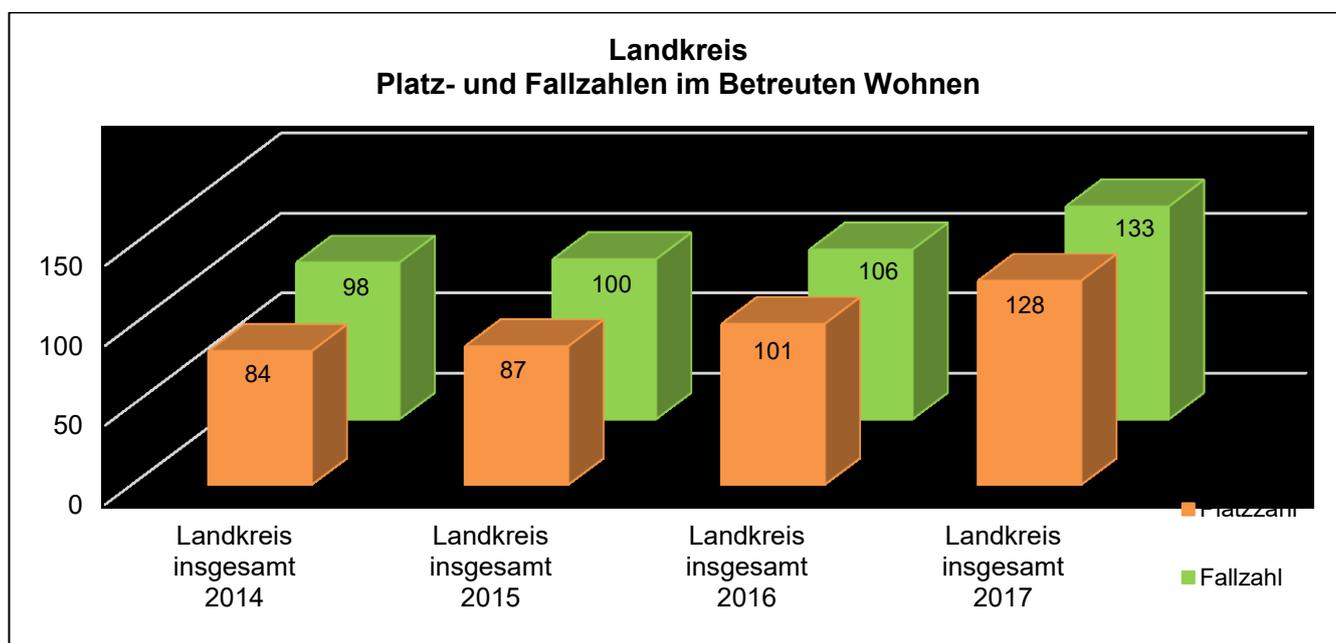
**Integra Suchthilfe BeWo (s)  
Anzahl der Personen über 65 Jahre**



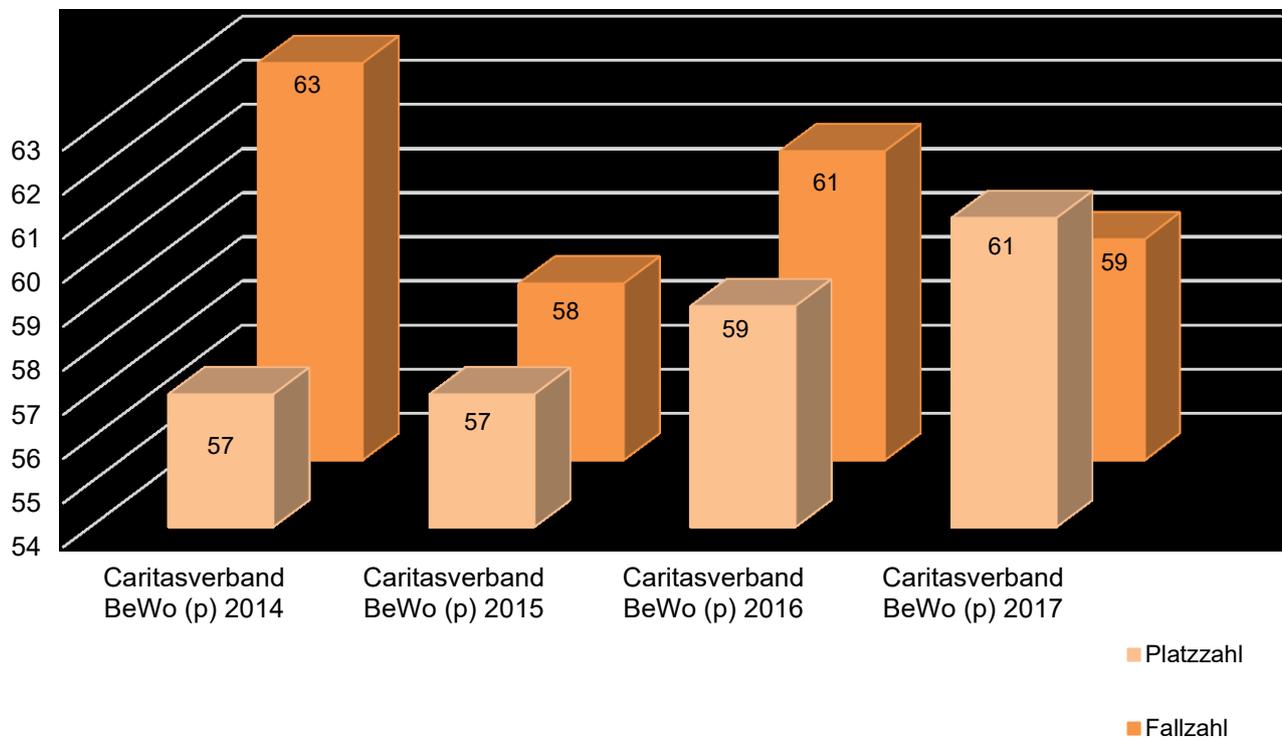
### 2.5.3. Platz- und Fallzahlen

Die Abweichungen zwischen den Fall- und Platzzahlen der Einrichtungen ergeben sich aus Zu- und Wegzügen während der Erfassungsjahre.

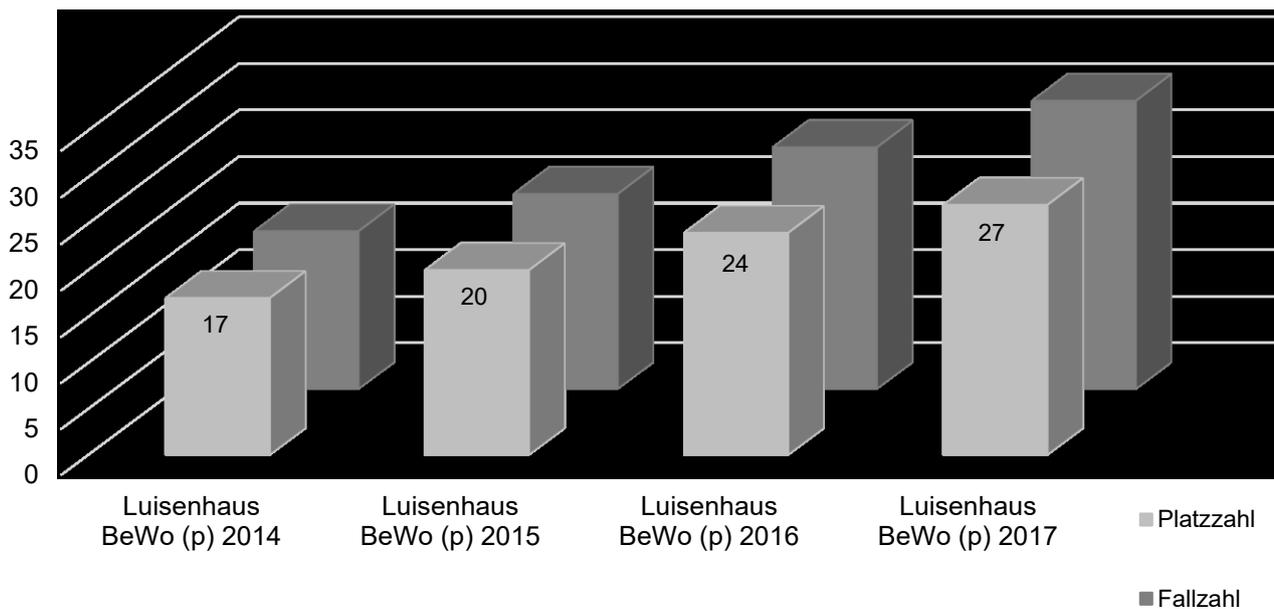
Betreuten Wohnen	Platzzahlen	Fallzahlen
Caritasverband BeWo (p) 2014	57	63
Caritasverband BeWo (p) 2015	57	58
Caritasverband BeWo (p) 2016	59	61
Caritasverband BeWo (p) 2017	61	59
Luisenhaus (p) 2014	17	17
Luisenhaus (p) 2015	20	21
Luisenhaus (p) 2016	24	26
Luisenhaus (p) 2017	27	31
Integra (s) 2014	10	18
Integra (s) 2015	10	21
Integra (s) 2016	18	19
Integra (s) 2017	18	18
Womega (s) 2017	22	25
Landkreis 2014	84	98
Landkreis 2015	87	100
Landkreis 2016	101	106
Landkreis 2017	128	133



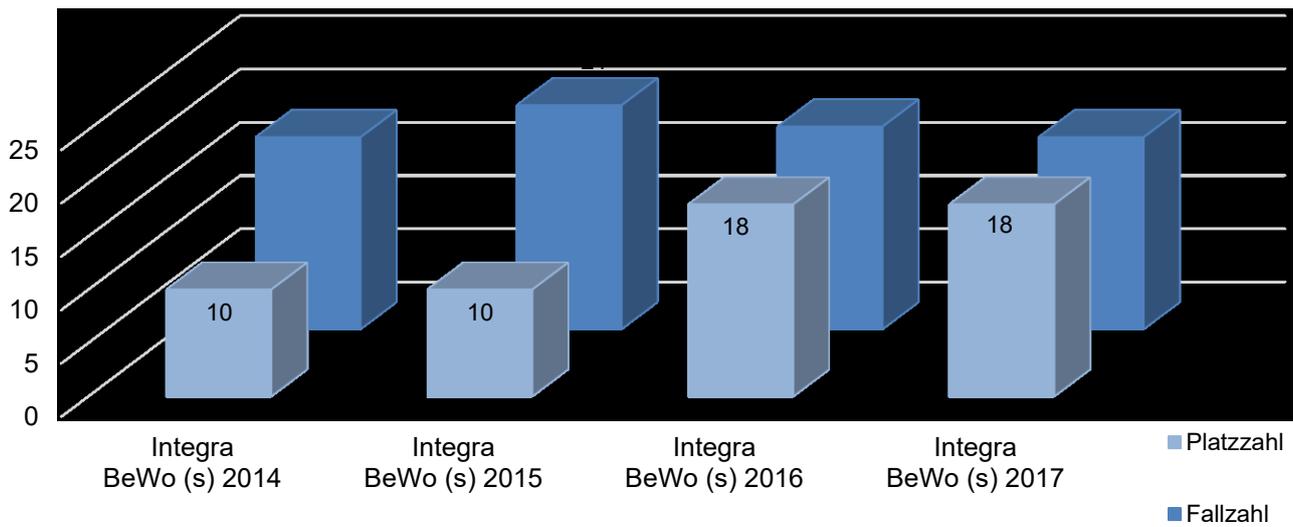
### Caritasverband BeWo (p) Platz- und Fallzahlen



### Luisenhaus BeWo (p) Platz- und Fallzahlen



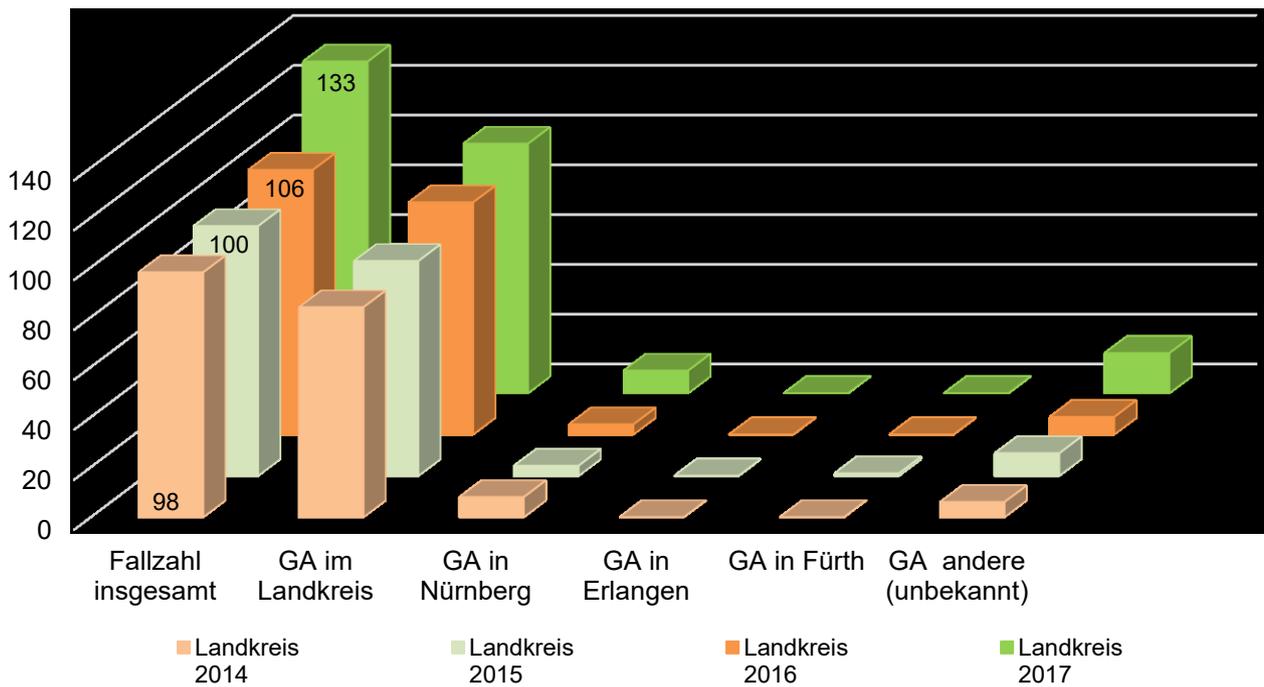
### Integra BeWo (s) Platz- und Fallzahlen



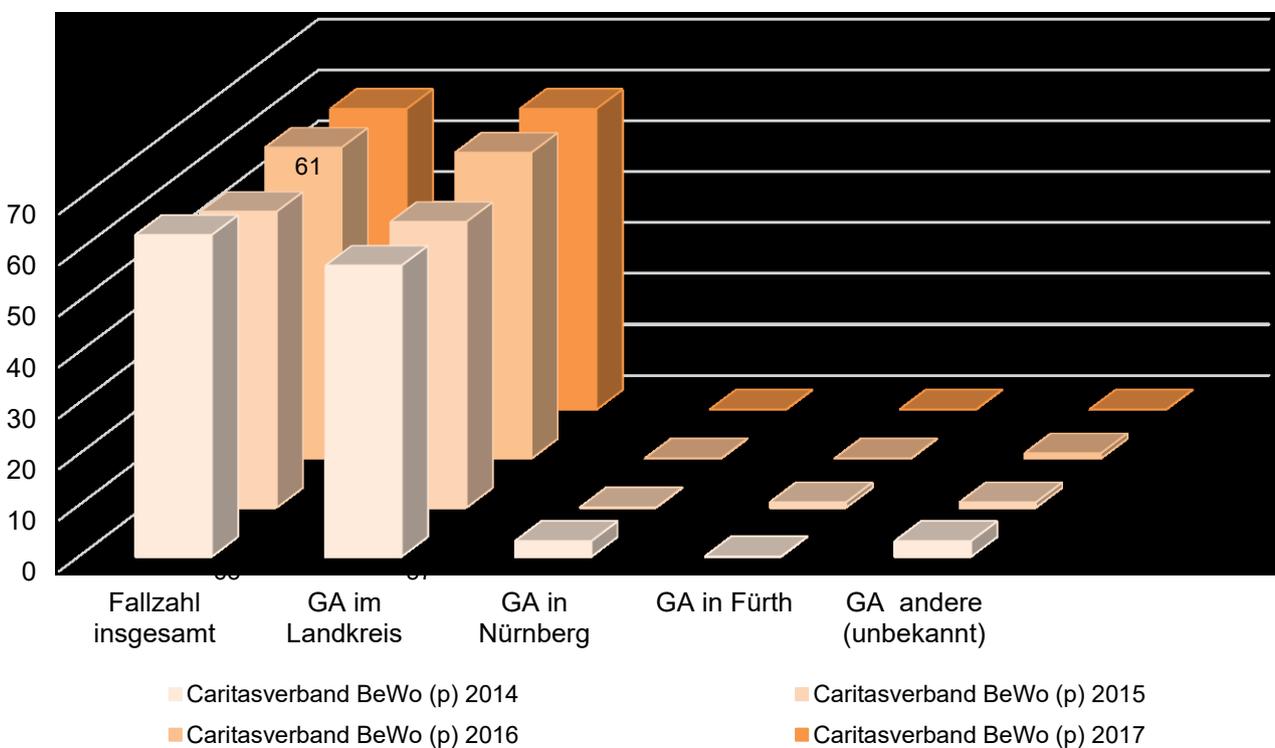
#### 2.5.4. Gewöhnlicher Aufenthalt vor der Maßnahme

Betreutes Wohnen GA vor Maßnahme Anzahl	Fallzahlen insgesamt	GA im Land- kreis	GA in Nürnberg	GA in Erlan- gen	GA in Fürth	GA andere und unbekannt
<b>Caritasverband BeWo (p) 2014</b>	63	57	3	0	0	3
<b>Caritasverband BeWo (p) 2015</b>	58	56	0	0	1	1
<b>Caritasverband BeWo (p) 2016</b>	61	60	0	0	0	1
<b>Caritasverband BeWo (p) 2017</b>	59	59	0	0	0	0
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2014</b>	17	1	2	0	0	14
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2015</b>	21	3	0	0	0	18
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2016</b>	26	4	0	0	0	10
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2017</b>	31	4	1	0	0	22
<b>Integra BeWo (s) 2014</b>	18	12	3	0	0	3
<b>Integra BeWo (s) 2015</b>	21	11	4	0	0	6
<b>Integra BeWo (s) 2016</b>	19	10	4	0	0	5
<b>Integra BeWo (s) 2017</b>	18	9	4	0	0	5
<b>Womega BeWo (s) 2017</b>	25	6	4	0	0	15
<b>Landkreis 2014</b>	98	70	8	0	0	20
<b>Landkreis 2015</b>	100	70	4	0	1	25
<b>Landkreis 2016</b>	106	74	4	0	0	26
<b>Landkreis 2017</b>	133	78	9	0	0	42

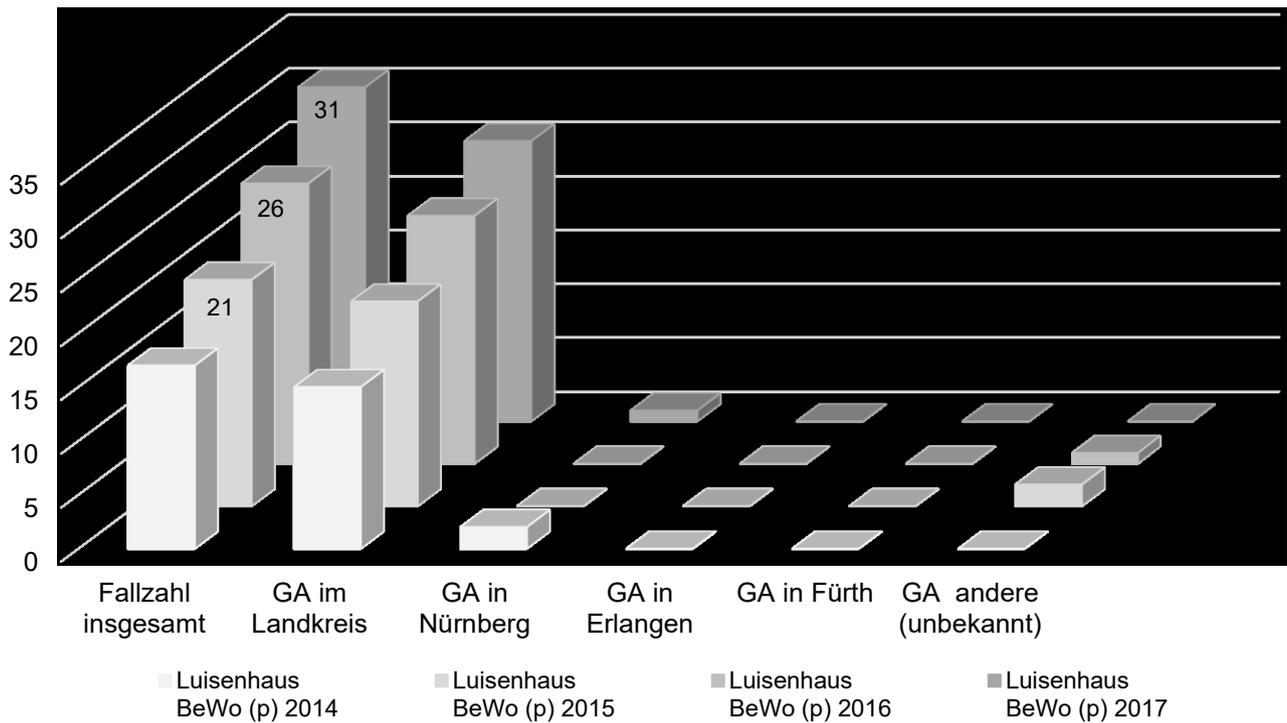
**Landkreis  
GA vor der Maßnahme**



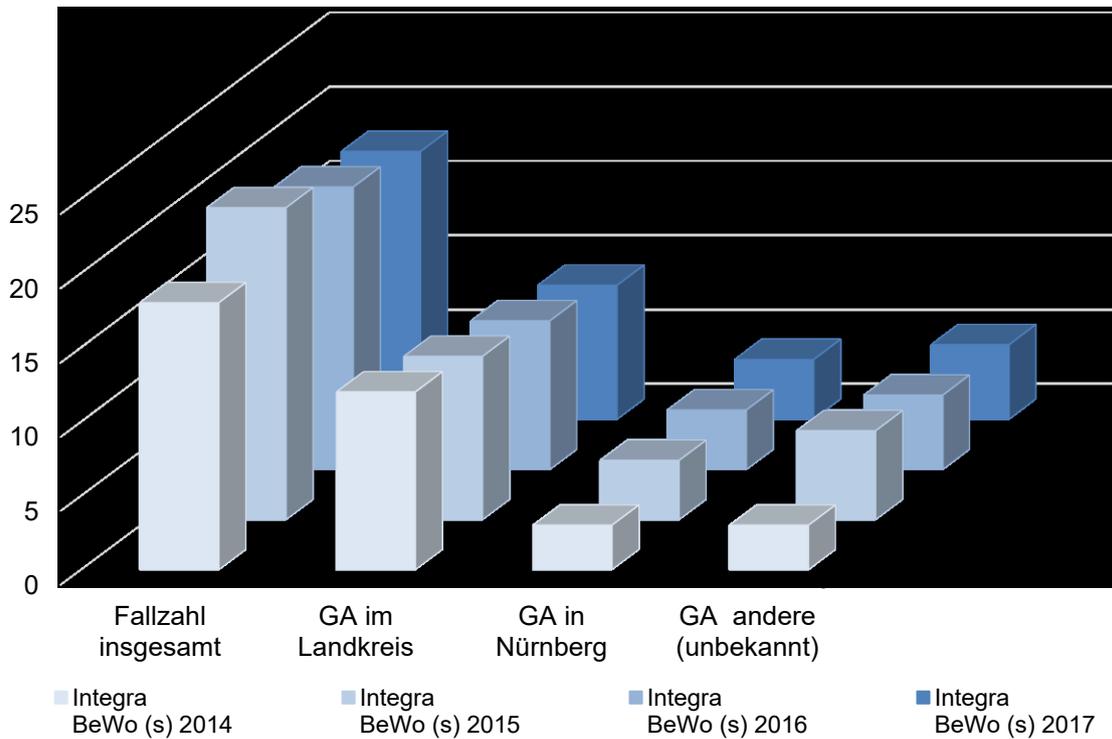
**Caritasverband Betreutes Wohnen (p)  
GA vor der Maßnahme**



### Luisenhaus Betreutes Wohnen (p) GA vor der Maßnahme



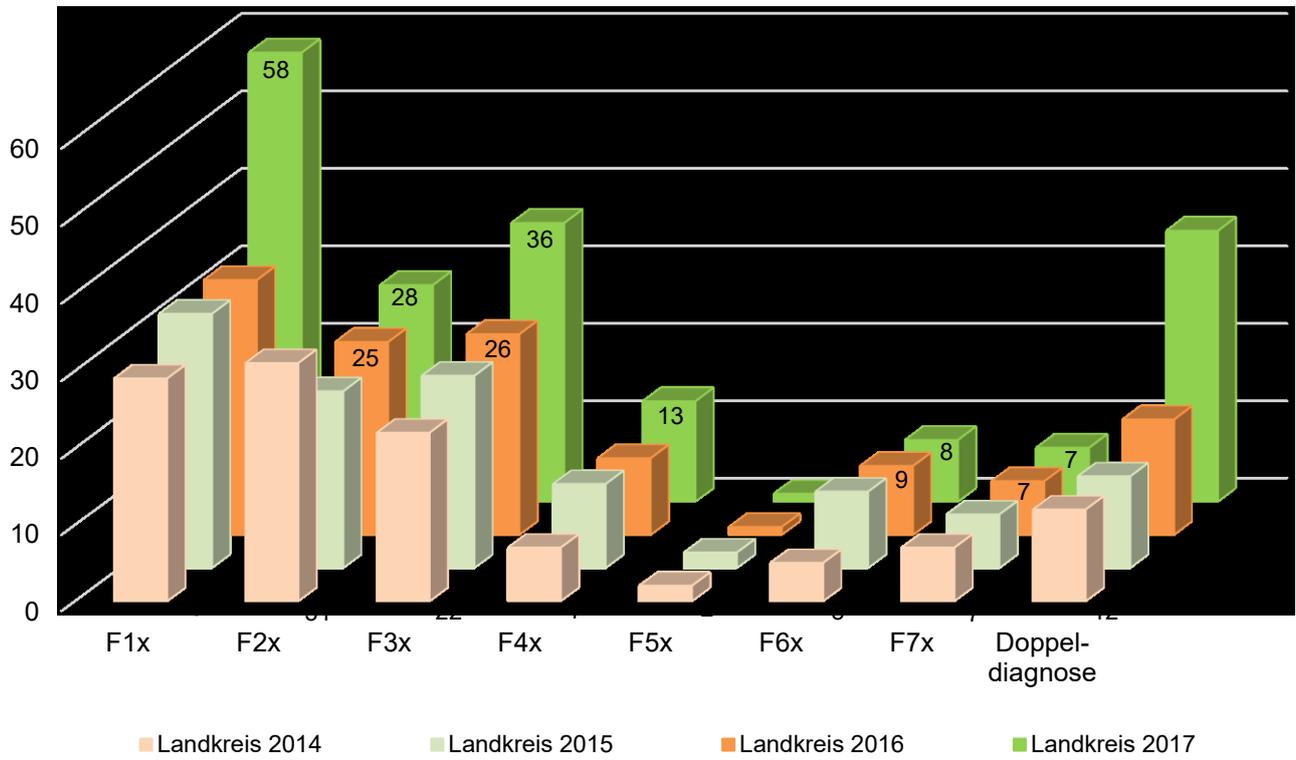
### Integra Betreutes Wohnen (s) GA vor der Maßnahme



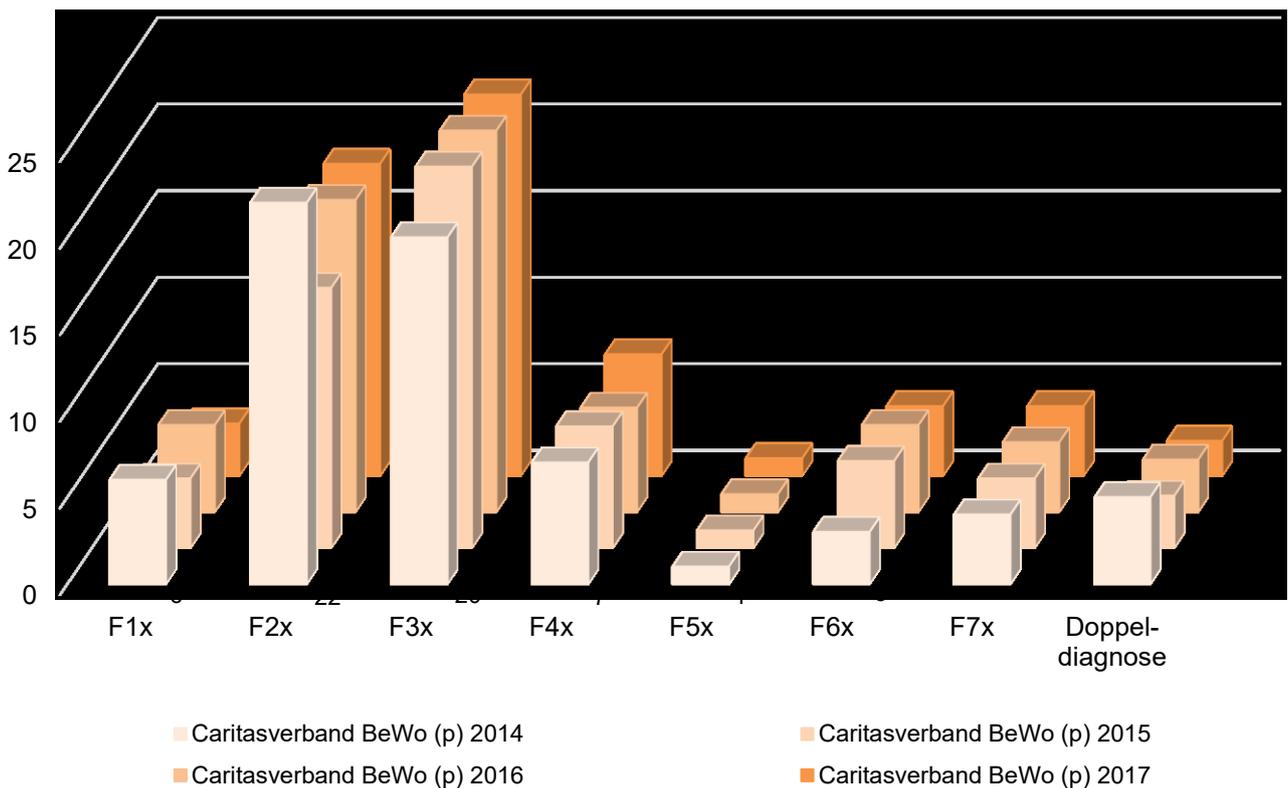
### 2.5.5. Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Gruppen

<b>Betreutes Wohnen Diagnoseverteilung Anzahl</b>	<b>F1x</b>	<b>F2x</b>	<b>F3x</b>	<b>F4x</b>	<b>F5x</b>	<b>F6x</b>	<b>F7x</b>	<b>Doppel- diag- nose</b>	<b>Diagnose nicht be- kannt</b>
<b>Caritasverband BeWo (p) 2014</b>	6	22	20	7	1	3	4	5	0
<b>Caritasverband BeWo (p) 2015</b>	4	15	22	7	1	5	4	3	0
<b>Caritasverband BeWo (p) 2016</b>	5	18	22	6	1	5	4	3	0
<b>Caritasverband BeWo (p) 2017</b>	3	18	22	7	1	4	4	2	0
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2014</b>	5	9	1	0	0	2	1	5	0
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2015</b>	8	8	2	3	0	4	1	5	0
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2016</b>	9	7	4	2	0	3	1	9	0
<b>Luisenhaus BeWo (p) 2017</b>	12	5	4	2	0	3	1	13	0
<b>Integra (s) BeWo 2014</b>	18	0	1	0	1	0	2	2	0
<b>Integra (s) BeWo 2015</b>	21	0	1	1	1	1	2	4	0
<b>Integra (s) BeWo 2016</b>	19	0	0	2	0	1	2	3	0
<b>Integra (s) BeWo 2017</b>	18	0	0	2	0	1	2	3	0
<b>Womega (s) BeWo 2017</b>	25	5	10	2	0	0	0	17	0
<b>Landkreis 2014</b>	29	31	22	7	2	5	7	13	0
<b>Landkreis 2015</b>	33	23	25	11	2	10	7	10	0
<b>Landkreis 2016</b>	33	25	26	10	1	9	7	15	0
<b>Landkreis 2017</b>	58	28	36	13	1	8	7	35	0

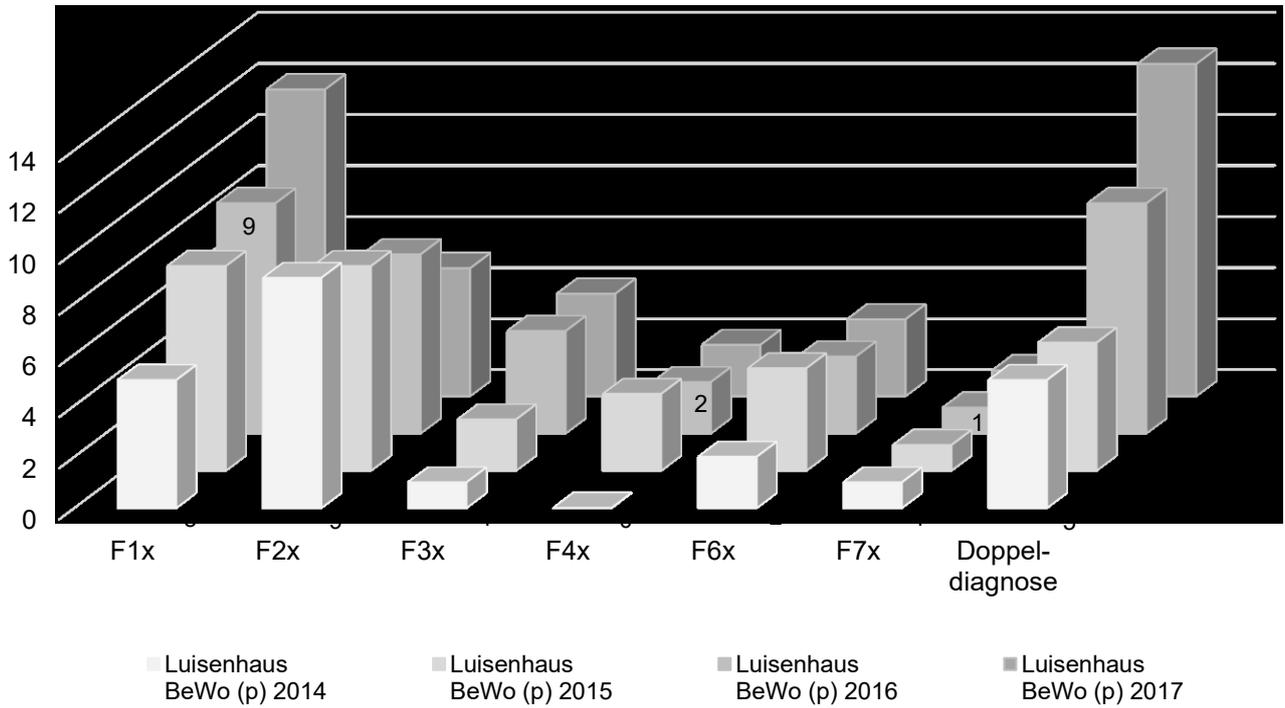
### Landkreis Diagnoseverteilung



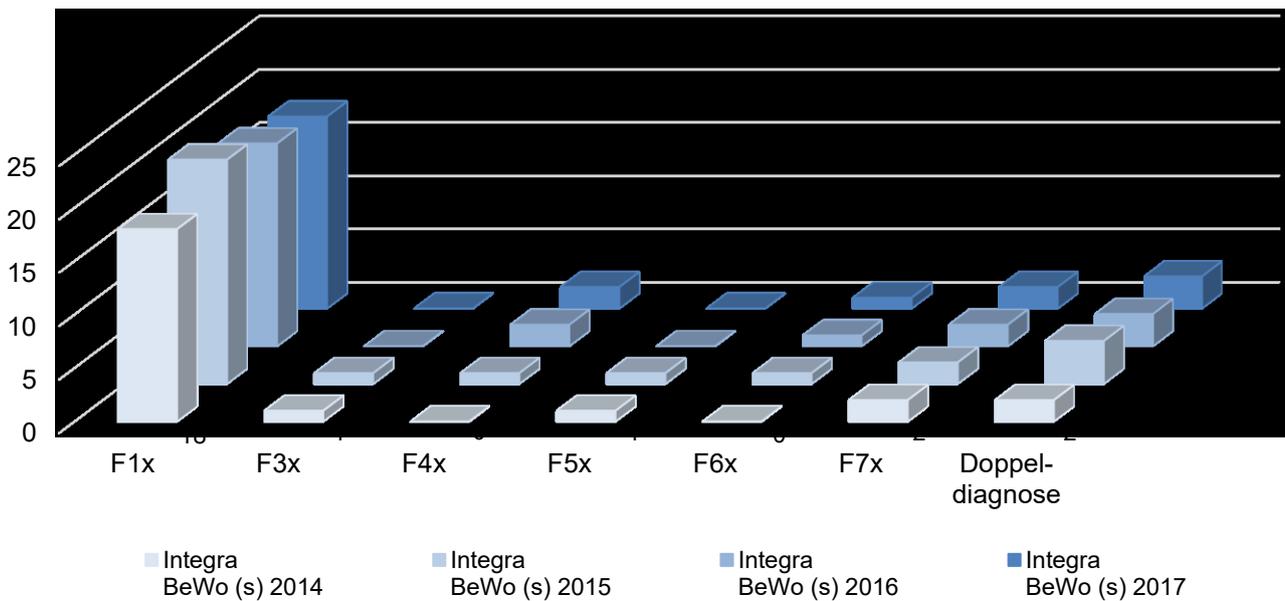
### Caritasverband Betreutes Wohnen (p) Diagnoseverteilung



### Luisenhaus Betreutes Wohnen (p) Diagnoseverteilung



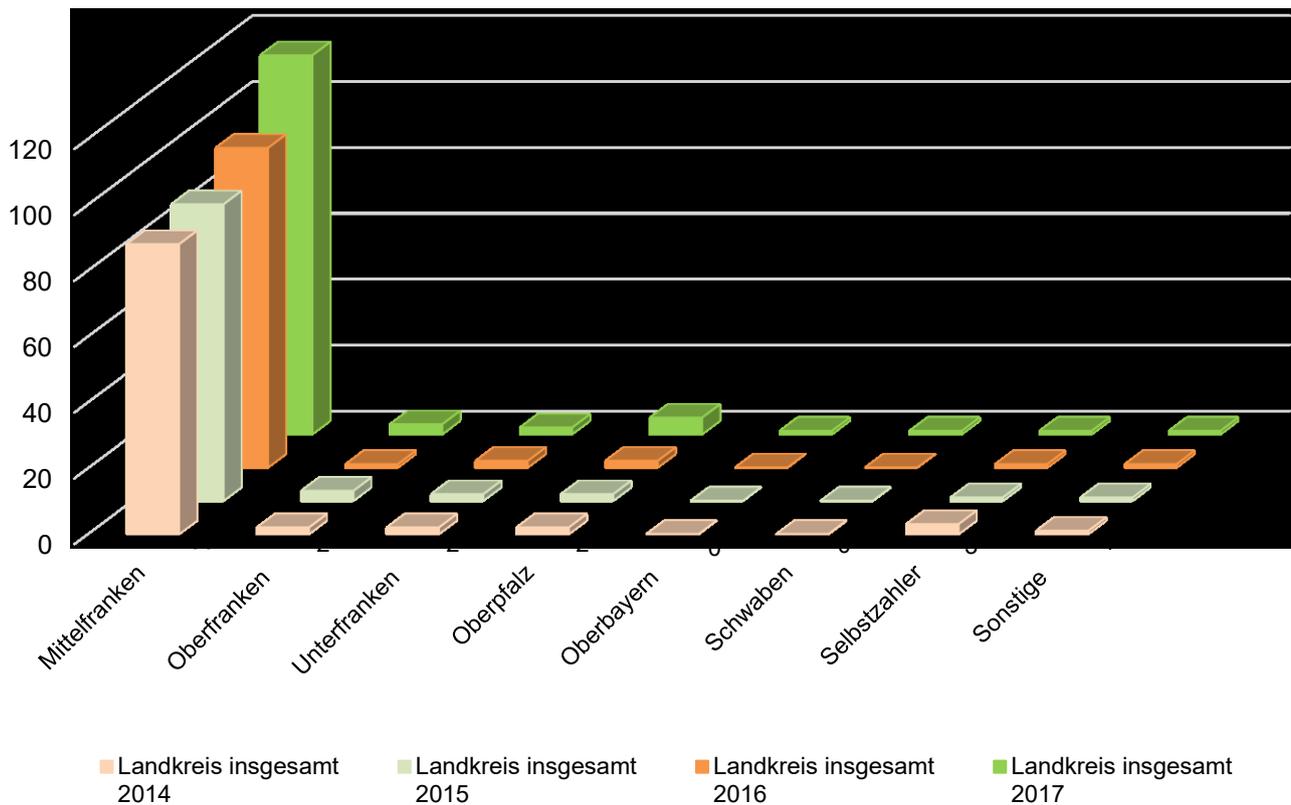
### Integra BeWo (s) Diagnoseverteilung



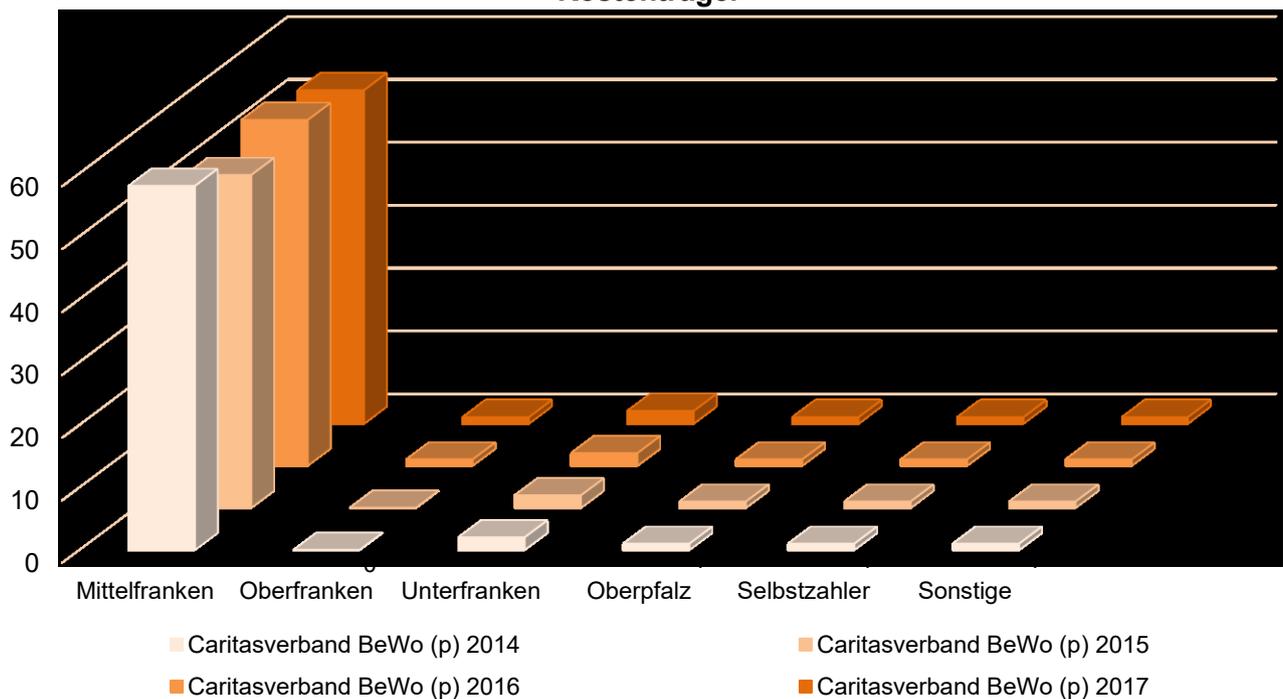
## 2.5.6. Kostenträger

Betreutes Wohnen Kostenträger Anzahl	Mittel- fran- ken	Ober- fran- ken	Unter- fran- ken	Ober- pfalz	Ober- bayern	Schwa- -ben	Nie- der- bayern	Selbst- zahler	Sons- tige
Caritasverband BeWo (p) 2014	58	0	2	1	0	0	0	1	1
Caritasverband BeWo (p) 2015	53	0	2	1	0	0	0	1	1
Caritasverband BeWo (p) 2016	55	1	2	1	0	0	0	1	1
Caritasverband BeWo (p) 2017	53	1	2	1	0	0	0	1	1
Luisenhaus (p) 2014	15	1	0	0	0	0	0	1	0
Luisenhaus (p) 2015	19	1	0	0	0	0	0	0	0
Luisenhaus (p) 2016	24	0	0	0	0	0	0	0	0
Luisenhaus (p) 2017	26	0	0	0	1	0	0	0	0
Integra (s) 2014	15	1	0	1	0	0	0	1	0
Integra (s) 2015	18	2	0	1	0	0	0	0	0
Integra (s) 2016	18	0	0	1	0	0	0	0	0
Integra (s) 2017	18	0	0	0	0	0	0	0	0
Womega (s) 2017	18	2	0	4	0	1	0	0	0
Landkreis 2014	88	2	2	2	0	0	0	3	1
Landkreis 2015	90	3	2	2	0	0	0	1	1
Landkreis 2016	97	1	2	2	0	0	0	1	1
Landkreis 2017	115	3	2	5	1	1	0	1	1

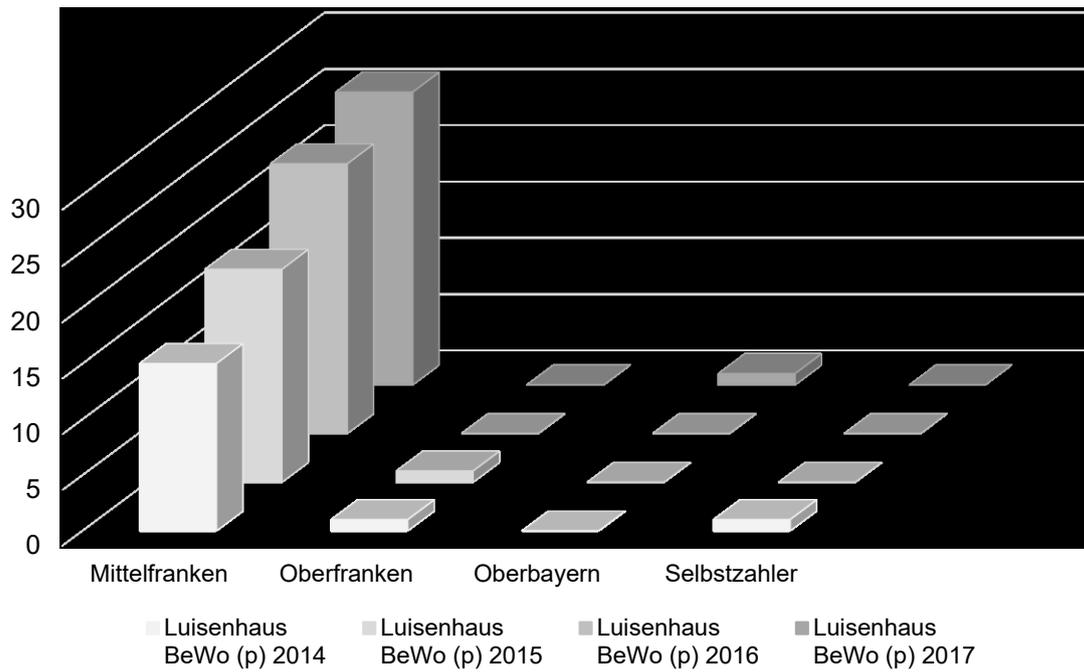
### Landkreis im Betreuten Wohnen Kostenträger



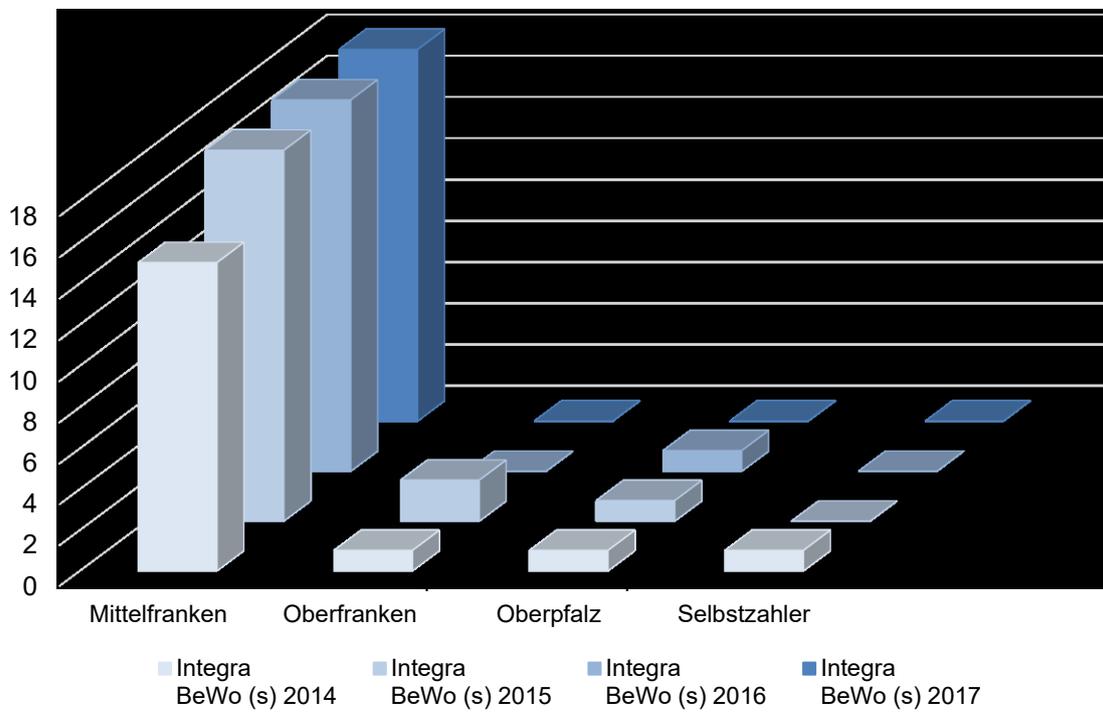
### Caritasverband BeWo (p) Kostenträger



**Luisenhaus BeWo (p)  
Kostenträger**



**Integra BeWo (S)  
Kostenträger**



## 2.6. Arbeitstherapie (AT) und Zuverdienst (ZVD)

### 2.6.1. Fallzahlen, Geschlechtsverteilung und Altersbetrachtung

Landkreis Anzahl	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt über 45 Jahre	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	insgesamt über 65 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	110	22	88	65	11	54	2	2	0
2015	114	20	94	66	9	57	2	2	0
2016	117	21	96	67	11	56	2	2	0
2017	115	23	92	63	10	53	2	1	1

Carisma AT Anzahl	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt über 45 Jahre	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	insgesamt über 65 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	90	20	70	51	10	41	2	0	2
2015	91	17	74	51	7	44	2	0	2
2016	91	17	74	50	8	42	2	0	2
2017	93	19	74	49	8	41	2	1	1

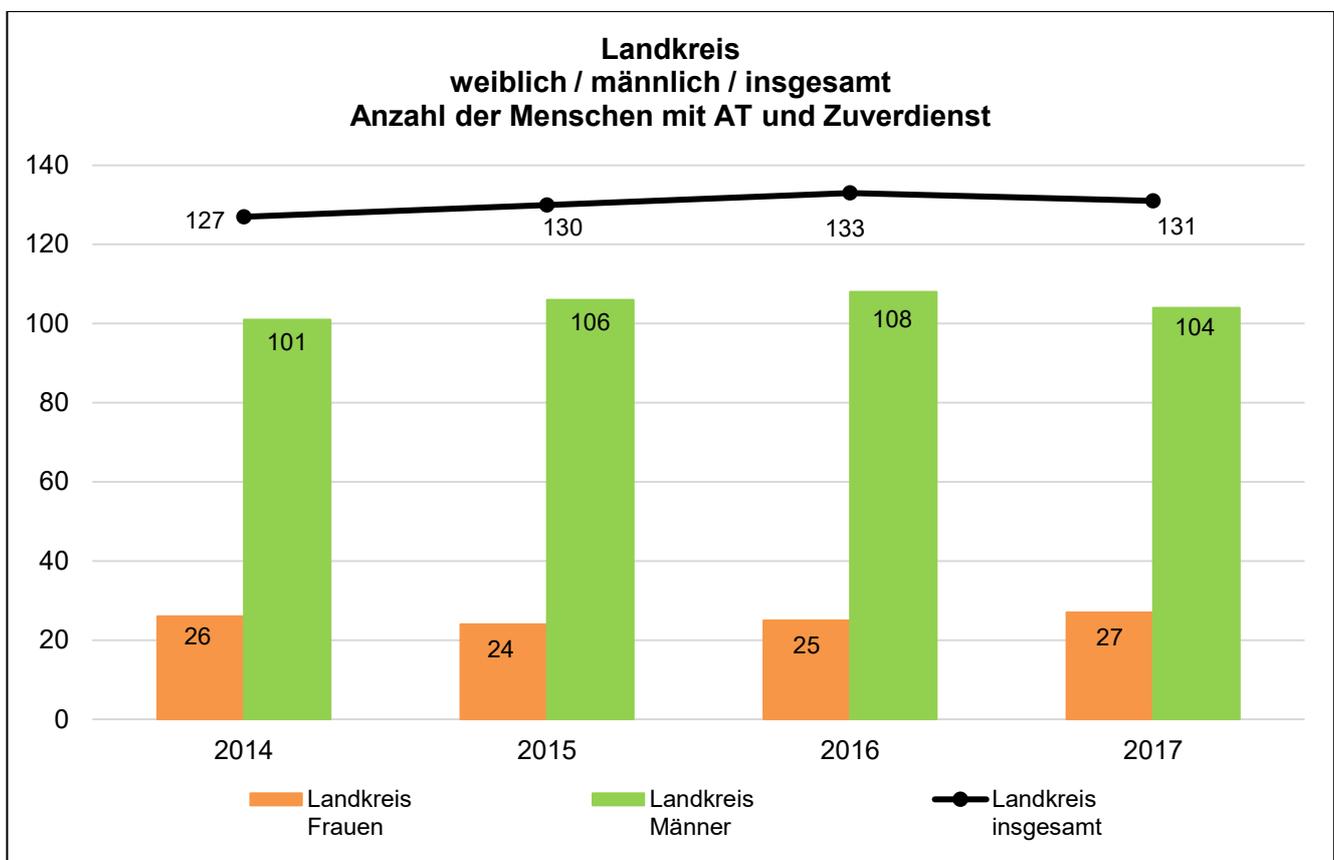
Carisma AT Zuverdienst Anzahl	insgesamt	Frauen	Männer	insgesamt über 45 Jahre	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	insgesamt über 65 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	13	1	12	7	0	7	0	0	0
2015	15	1	14	7	0	7	0	0	0
2016	18	2	16	9	1	8	0	0	0
2017	13	1	12	6	0	6	0	0	0

Carisma Inklusionsbetrieb Zuverdienst Anzahl	insgesamt *	Frauen	Männer	insgesamt über 45 Jahre	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	insgesamt über 65 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	7	1	6	7	1	6	0	0	0
2015	8	2	6	8	2	6	0	0	0
2016	8	2	6	8	2	6	0	0	0
2017	9	3	6	8	2	6	0	0	0

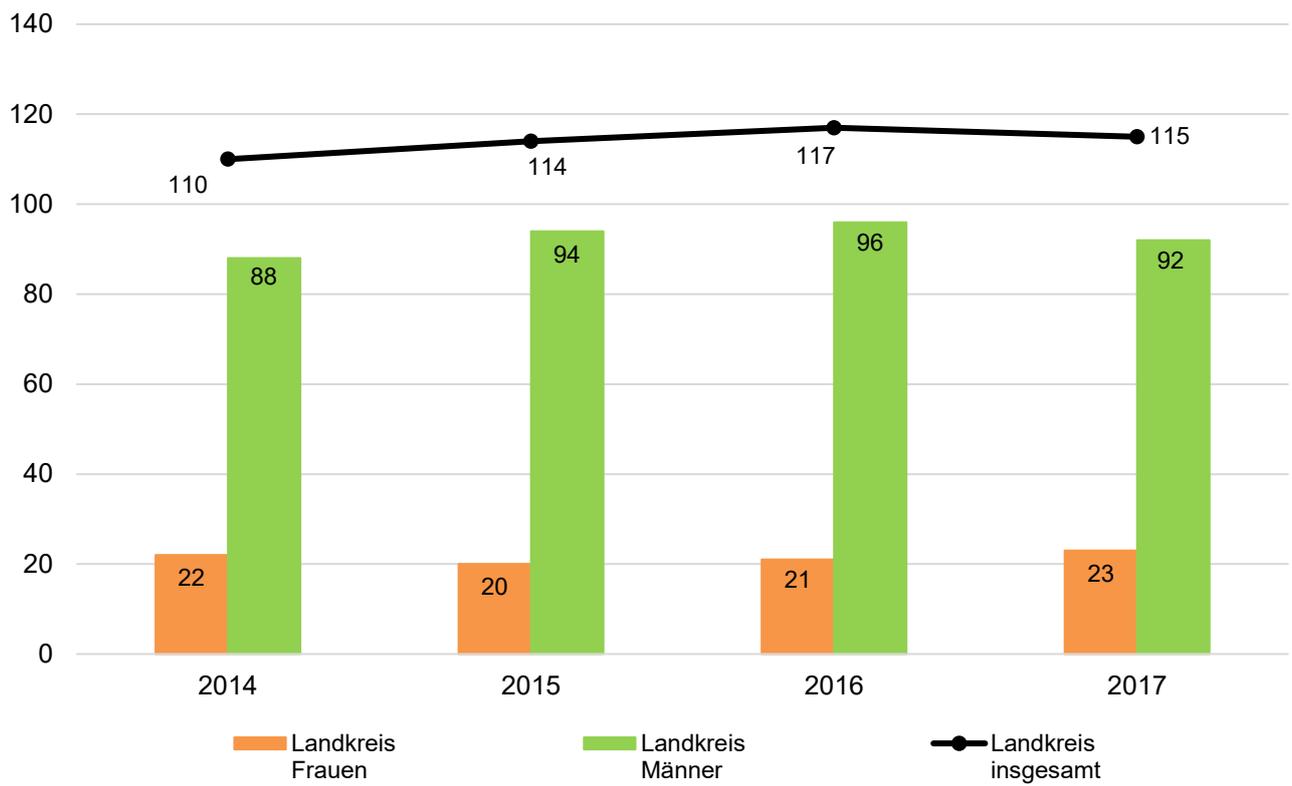
\*Anmerkung: Bei diesen Zahlen liegt ein Erhebungsfehler vor, der aufgrund des Leitungswechsels des Betriebes aktuell nicht mehr geklärt werden kann.

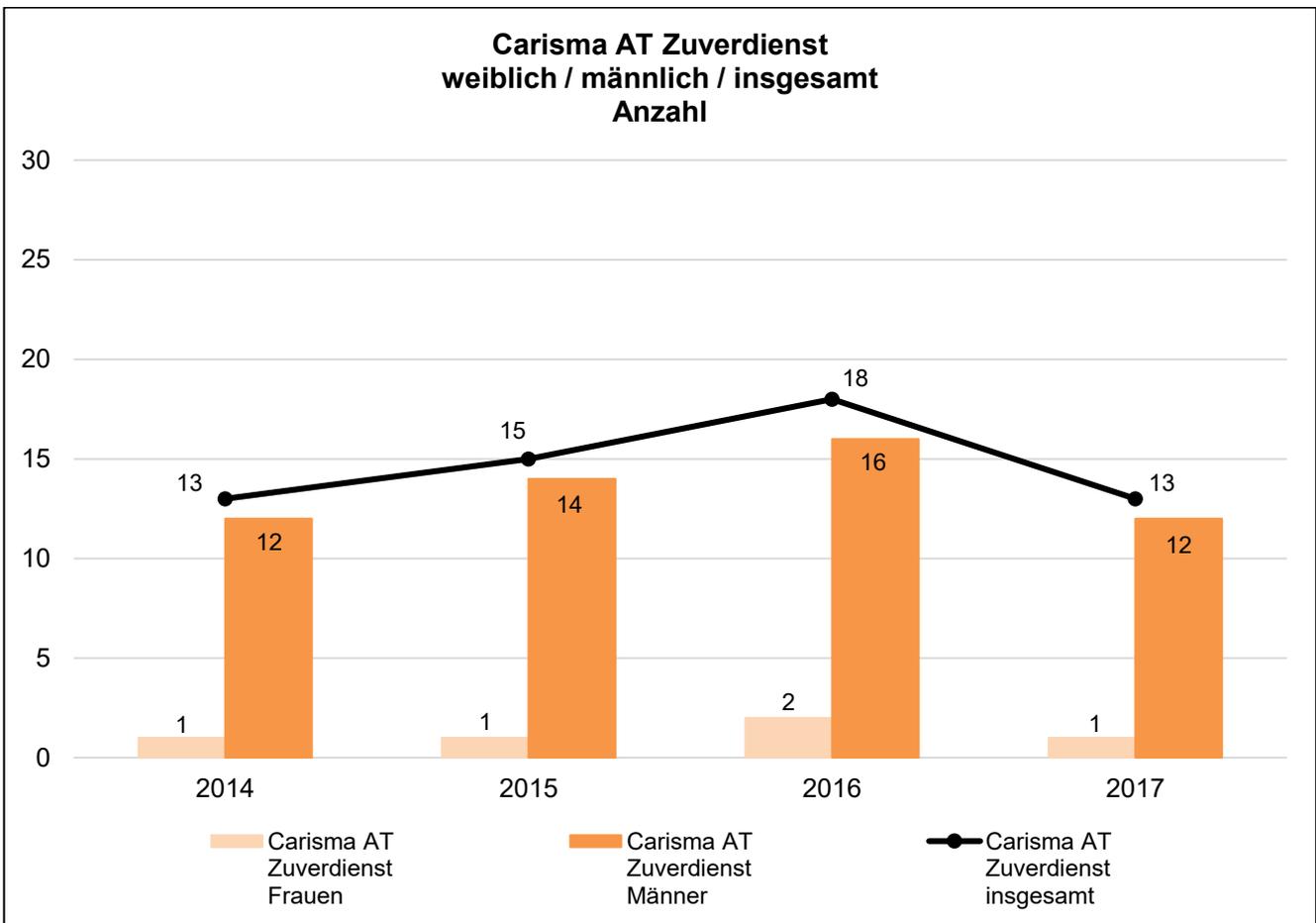
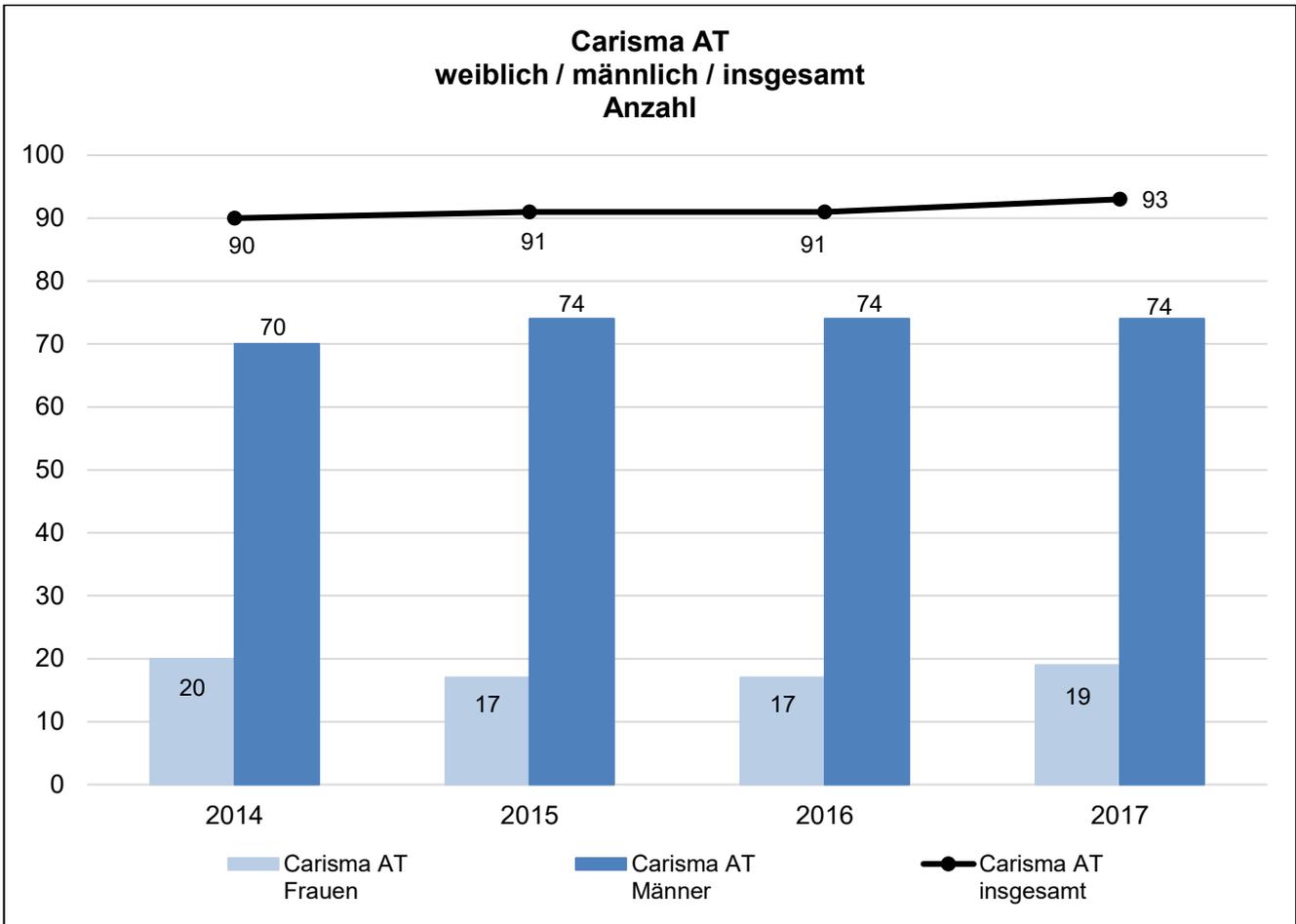
Gesamtarbeitsplätze Carisma Inklusionsbetrieb Anzahl	insgesamt *	Frauen (Platzzahl)	Männer (Platzzahl)	insgesamt über 45 Jahre	Frauen über 45 Jahre	Männer über 45 Jahre	insgesamt über 65 Jahre	Frauen über 65 Jahre	Männer über 65 Jahre
2014	19	4	13	10	2	8	0	0	0
2015	18	4	12	10	2	8	0	0	0
2016	20	4	12	11	2	9	0	0	0
2017	19	4	12	12	2	10	0	0	0

\*Anmerkung: Bei diesen Zahlen sind die Fallzahlen eines Jahres genannt, die aufgrund wechselnden Personals höher als die Summe der aktuell belegten Platzzahlen sind (Summe aus Männern und Frauen).

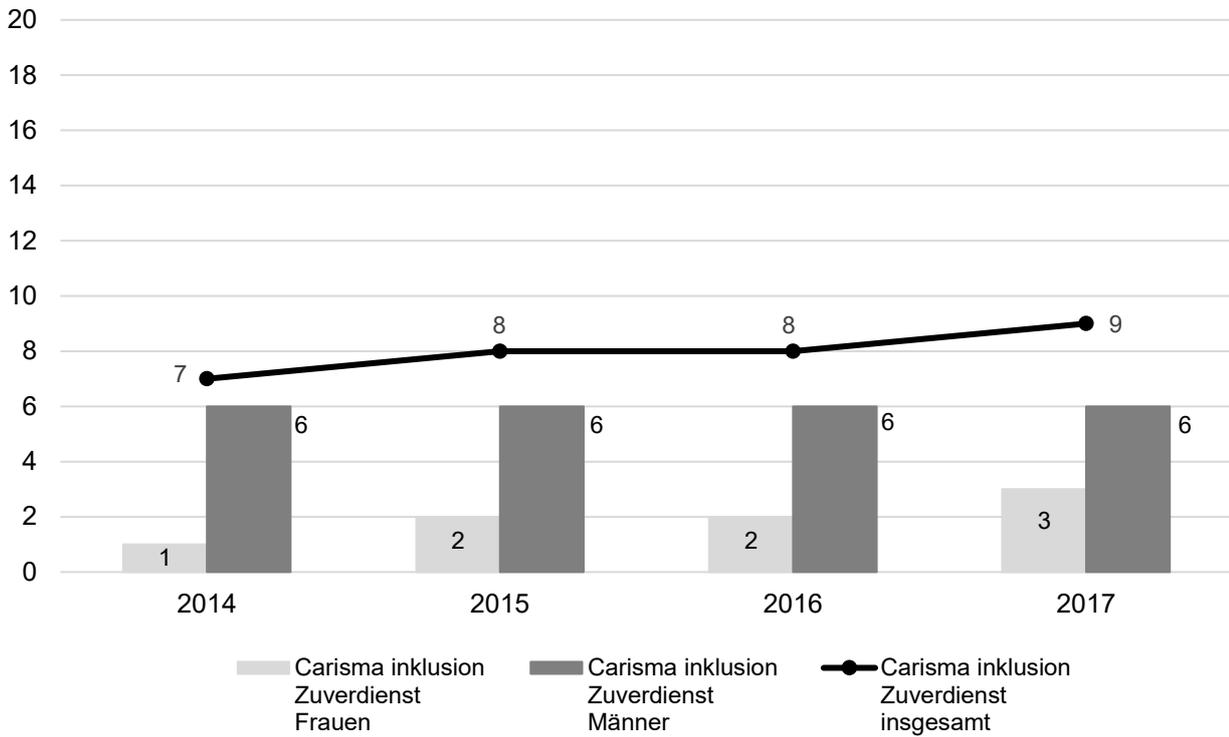


**Landkreis ohne Carisma Inklusionsbetrieb  
weiblich / männlich / insgesamt  
Anzahl der Menschen mit AT und Zuverdienst**

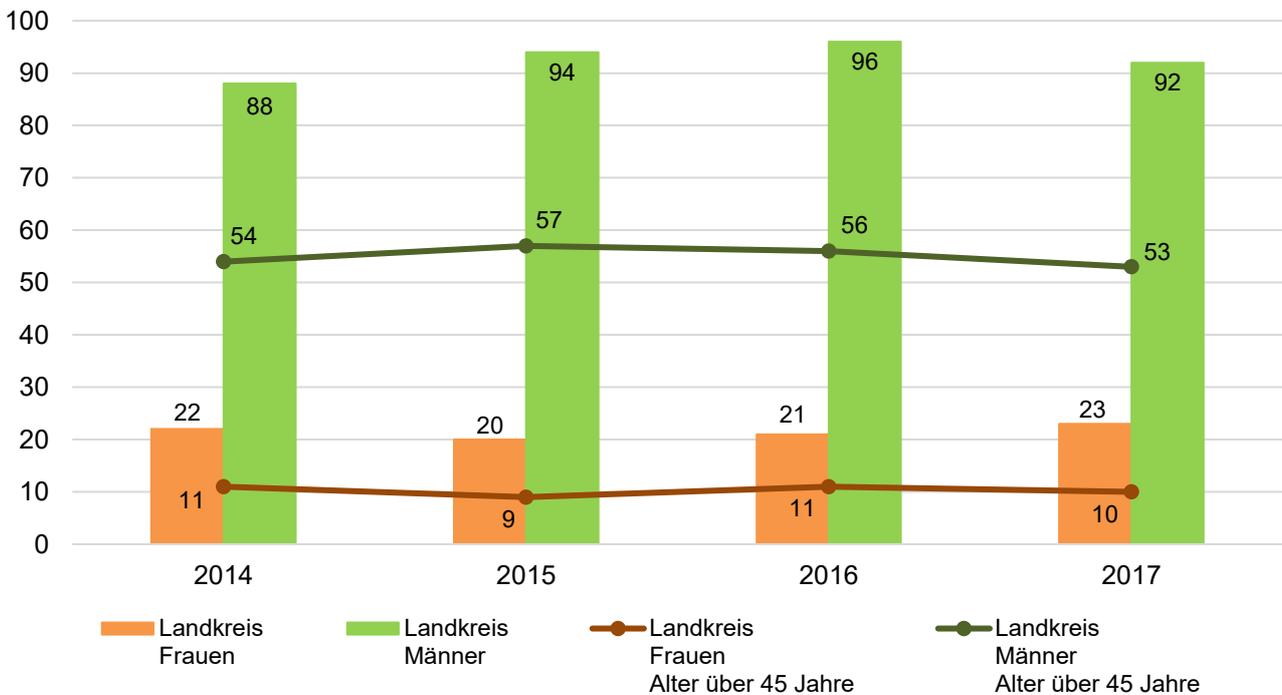




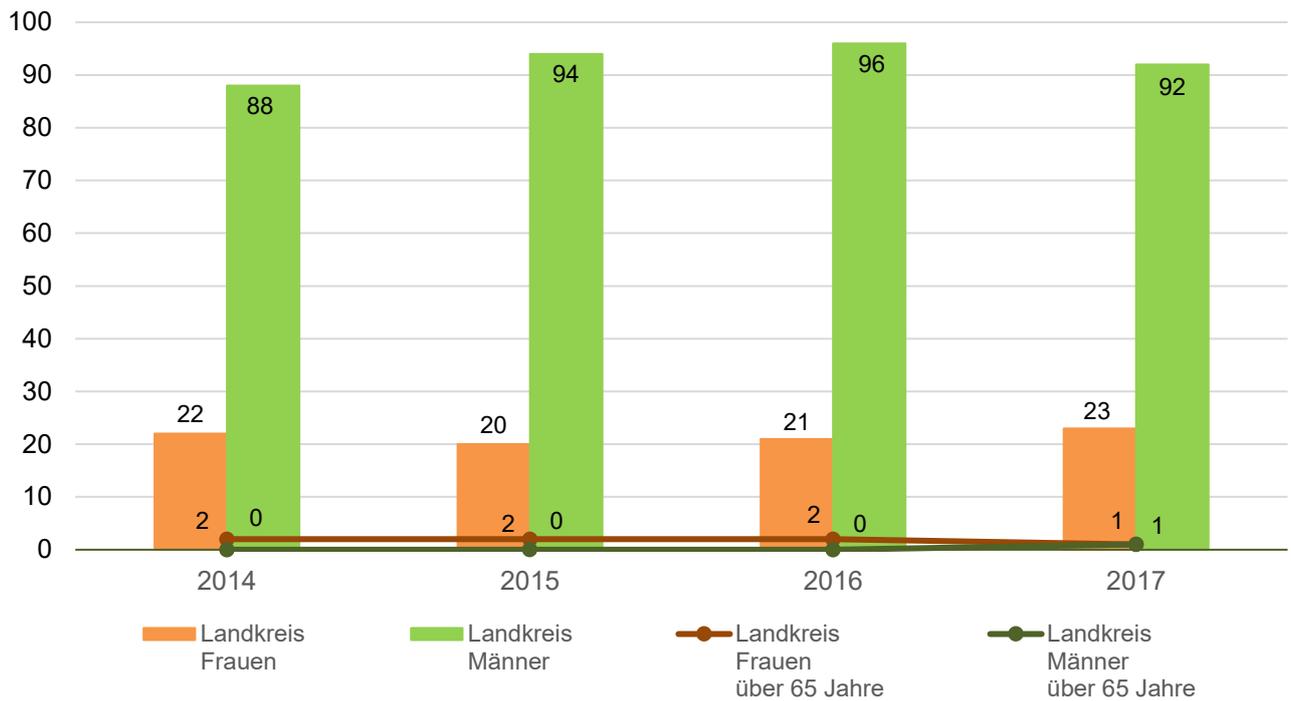
**Carisma inklusion Zuverdienst  
weiblich / männlich / insgesamt  
Anzahl**



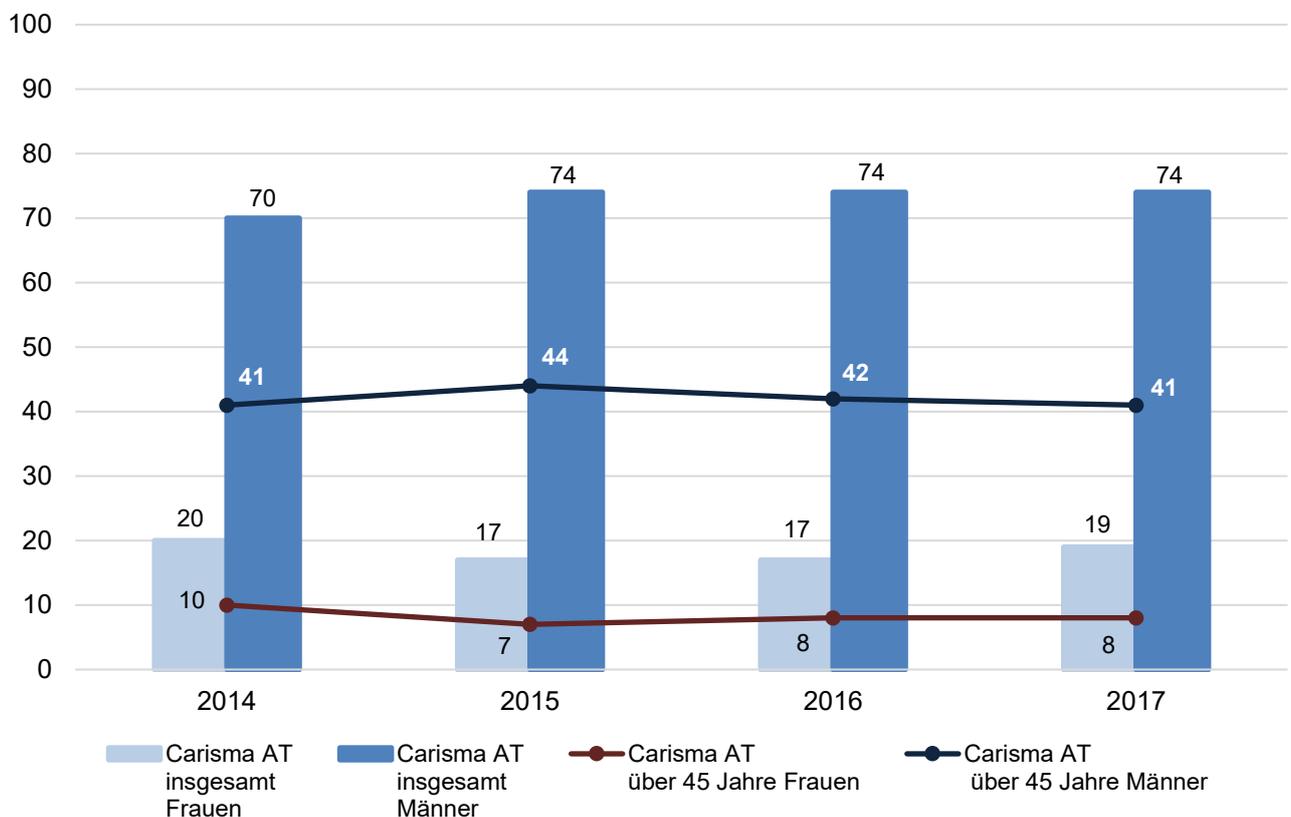
**Landkreis ohne Carisma Inklusionsbetrieb  
Anzahl der Menschen mit AT und Zuverdienst  
Alter über 45 Jahre**



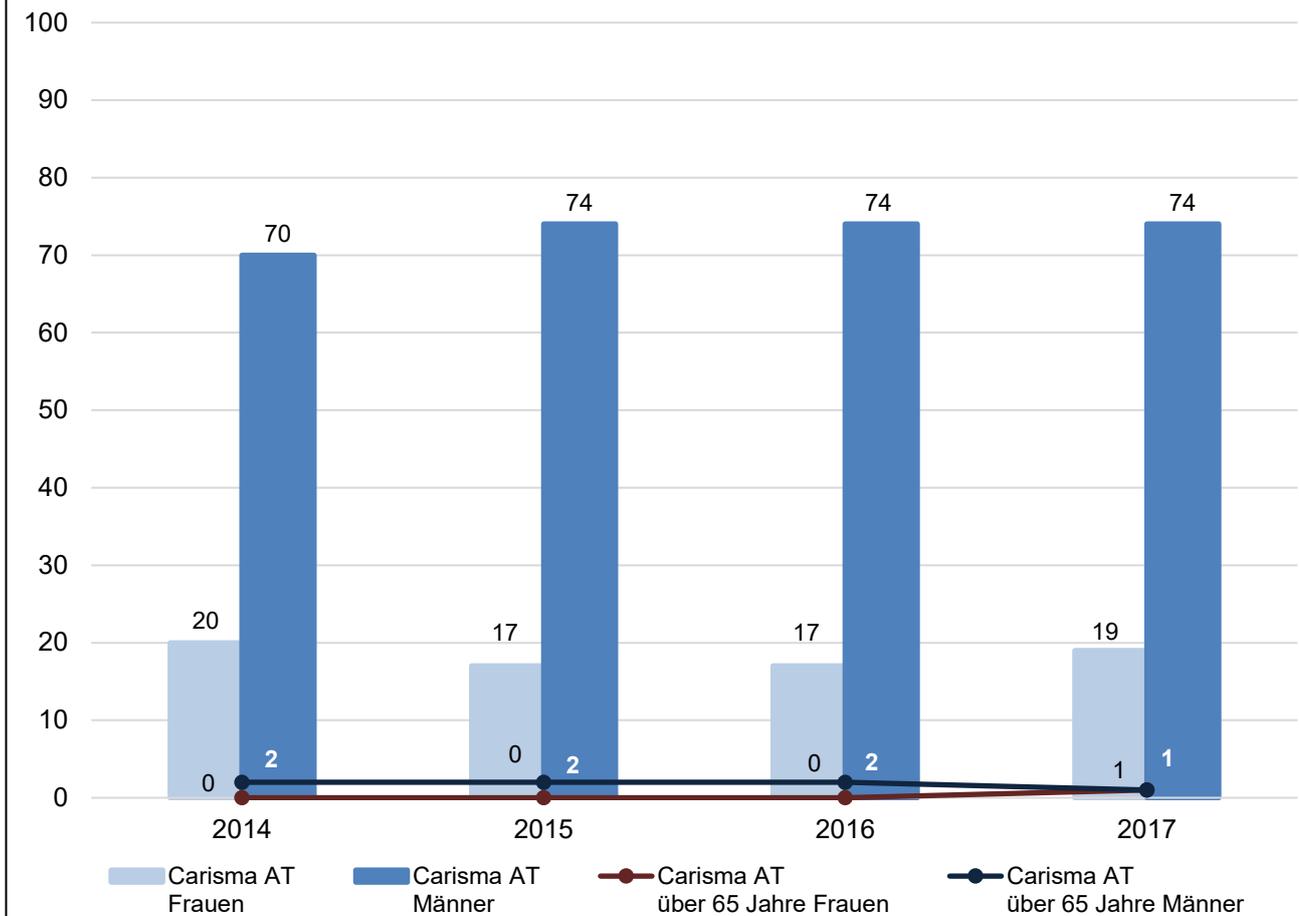
**Landkreis ohne Carisma Inklusionsbetrieb  
Anzahl der Menschen mit AT und Zuverdienst  
Alter über 65 Jahre**



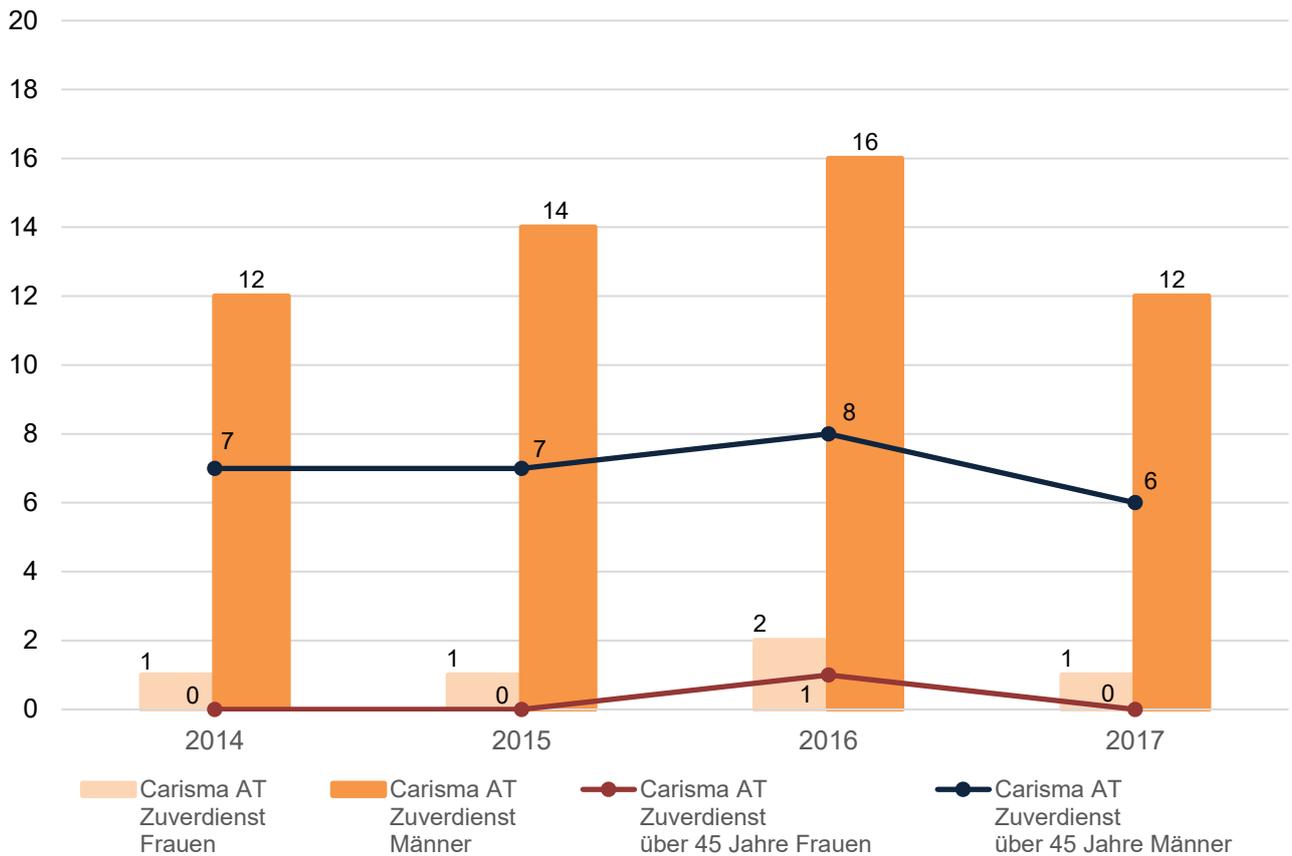
**Carisma AT  
Anzahl der Menschen über 45 Jahre**



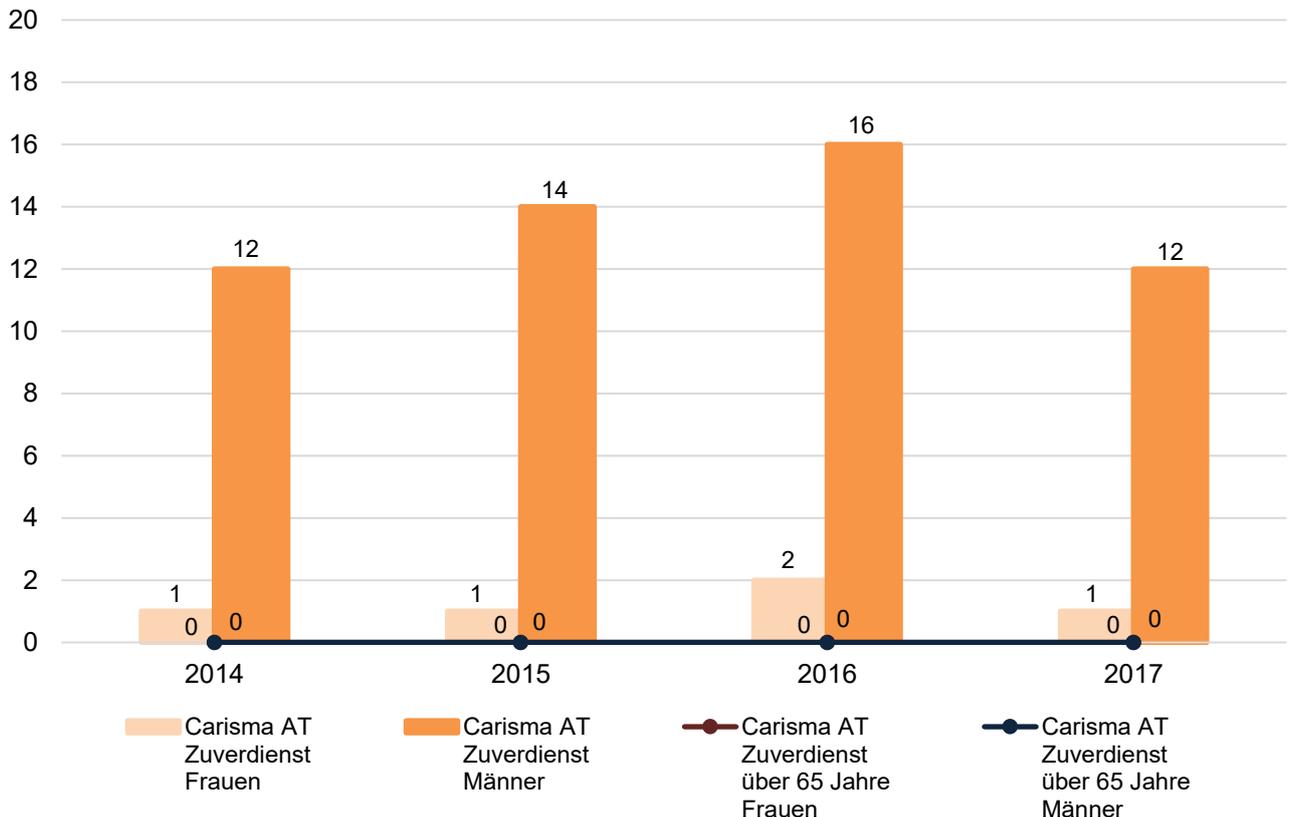
### Carisma AT Anzahl der Menschen über 65 Jahre



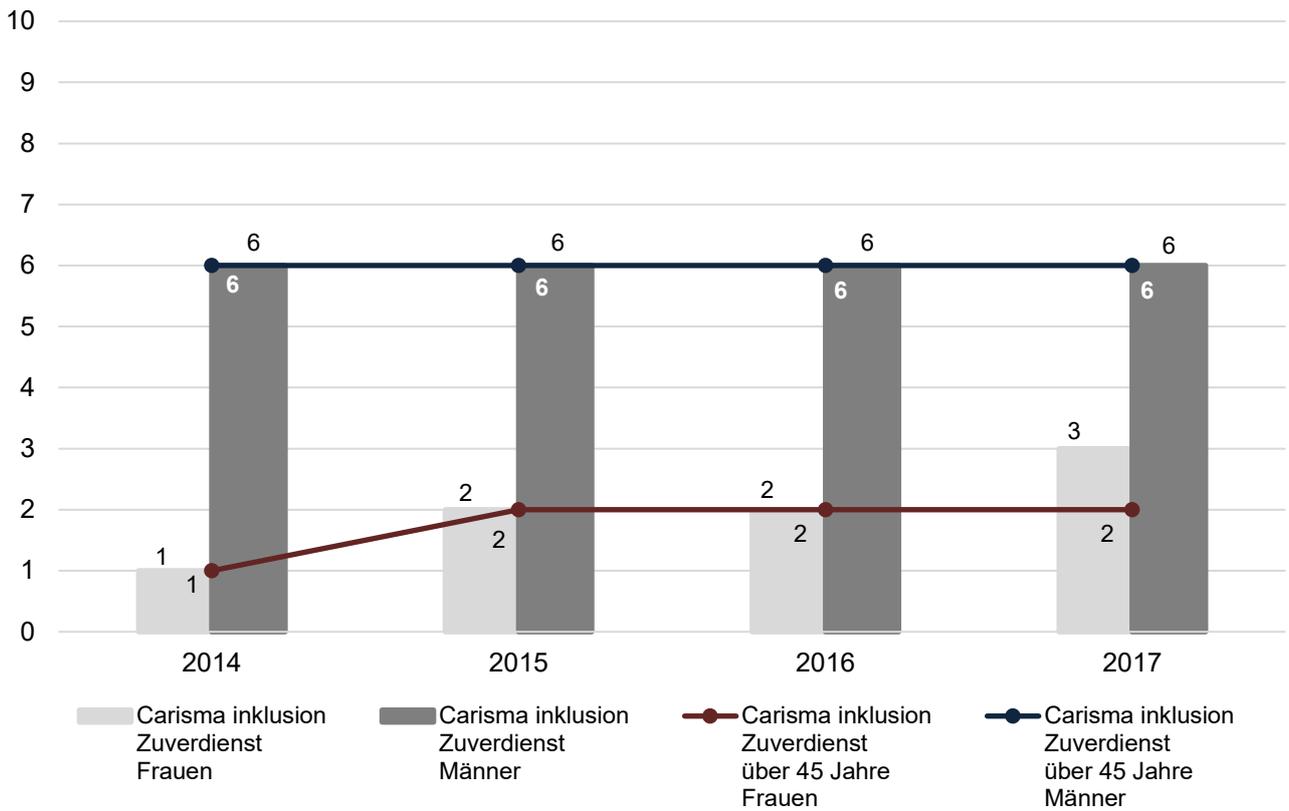
### Carisma AT Zuverdienst Anzahl der Menschen über 45 Jahre



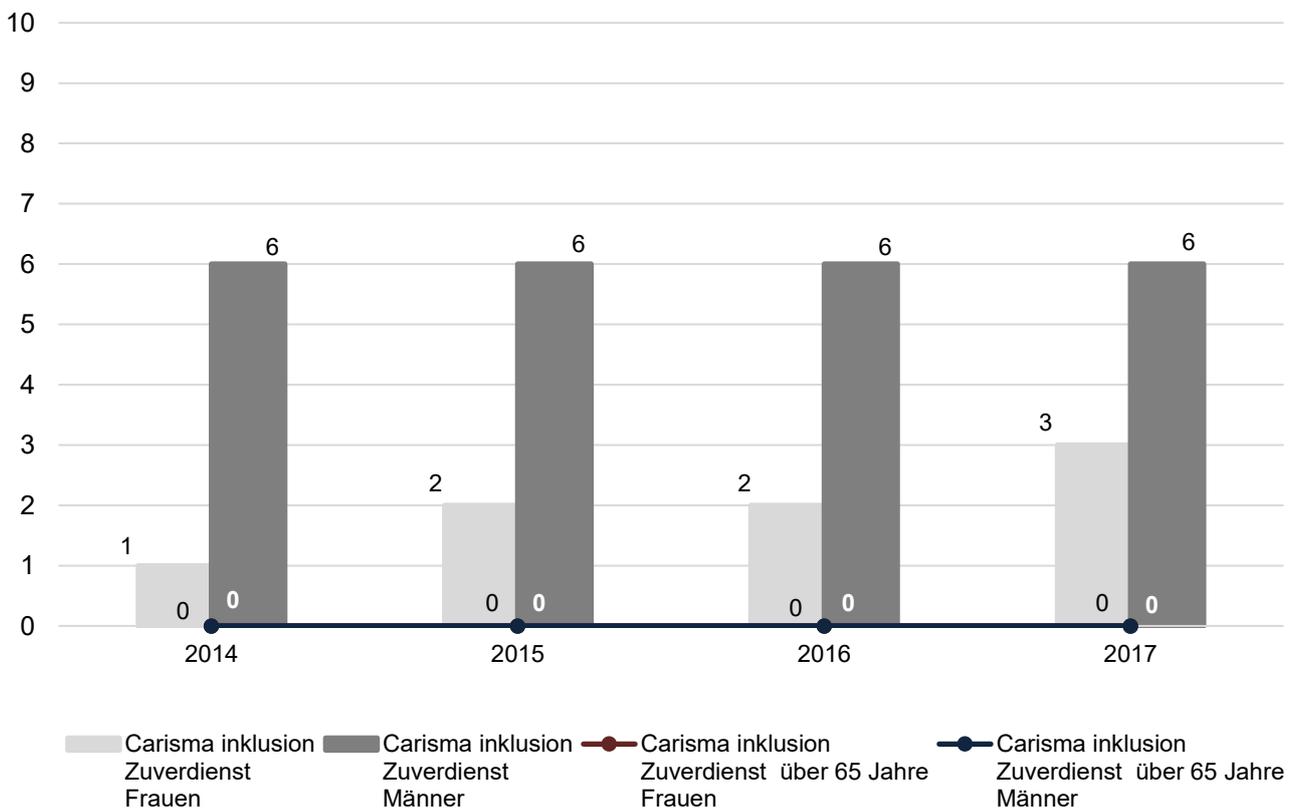
### Carisma AT Zuverdienst Anzahl der Menschen über 65 Jahre



### Carisma inklusion Zuverdienst Anzahl der Menschen über 45 Jahre



### Carisma inklusion Zuverdienst Anzahl der Menschen über 65 Jahre

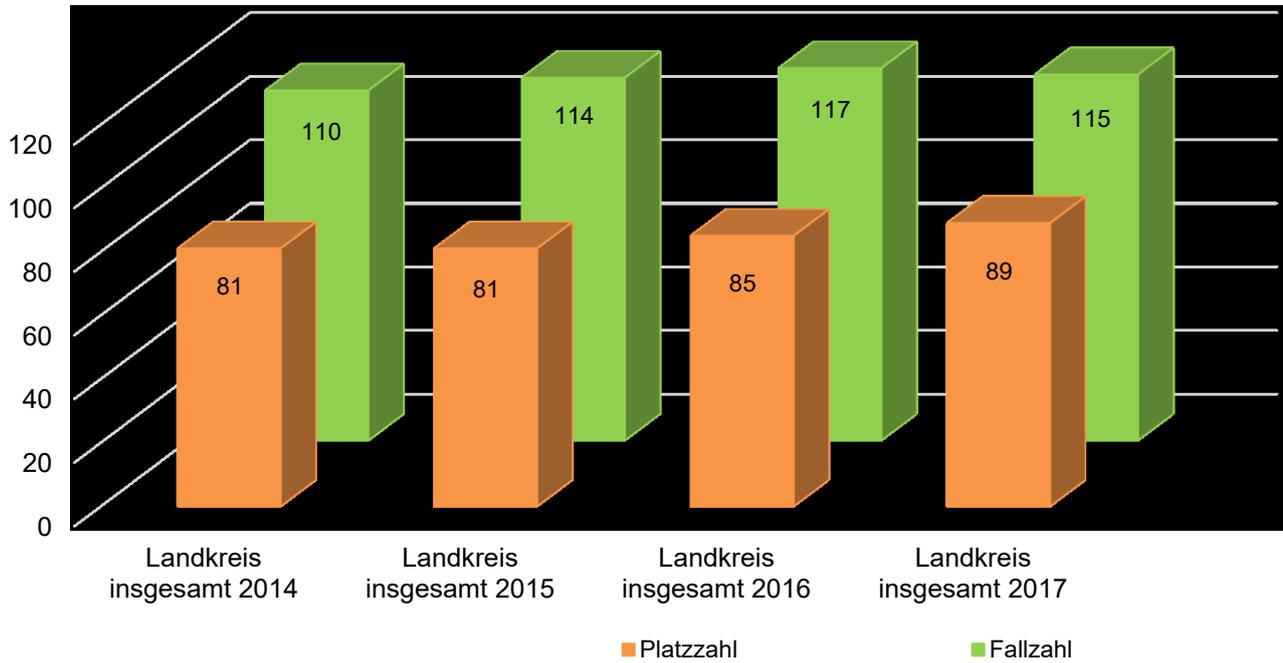


## 2.6.2. Platz- und Fallzahlen

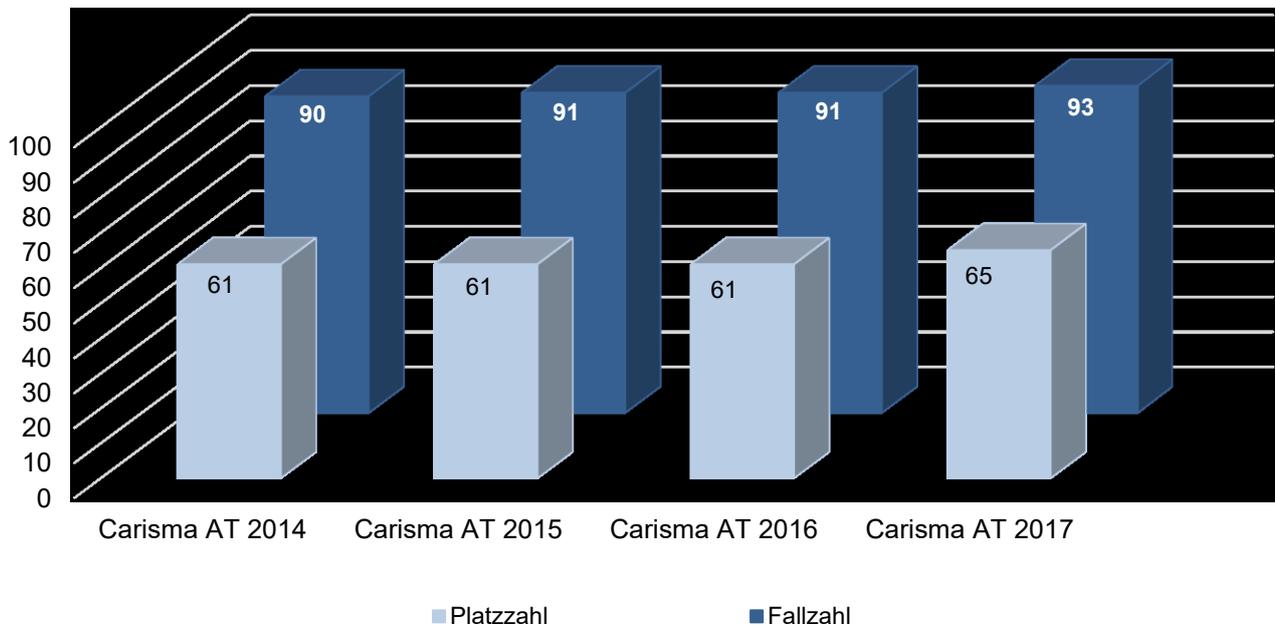
	<b>Platzzahl</b>	<b>Fallzahl</b>
Carisma AT 2014	61	90
Carisma AT 2015	61	91
Carisma AT 2016	61	91
Carisma AT 2017	65	93
Carisma AT Zuverdienst 2014	12	13
Carisma AT Zuverdienst 2015	12	15
Carisma AT Zuverdienst 2016	12	18
Carisma AT Zuverdienst 2017	12	13
Carisma Inklusionsbetrieb Zuverdienst 2014*	8	10
Carisma Inklusionsbetrieb Zuverdienst 2015*	8	12
Carisma Inklusionsbetrieb Zuverdienst 2016*	12	17
Carisma Inklusionsbetrieb Zuverdienst 2017*	12	15
Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusionsbetrieb 2014	17	19
Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusionsbetrieb 2015	16	18
Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusionsbetrieb 2016	16	20
Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusionsbetrieb 2017	16	19
Landkreis 2014	81	110
Landkreis 2015	81	114
Landkreis 2016	85	117
Landkreis 2017	89	115

\*Anmerkung: Bei diesen Zahlen liegt ein Erhebungsfehler vor, der aufgrund des Leitungswechsels des Betriebes aktuell nicht mehr geklärt werden konnte.

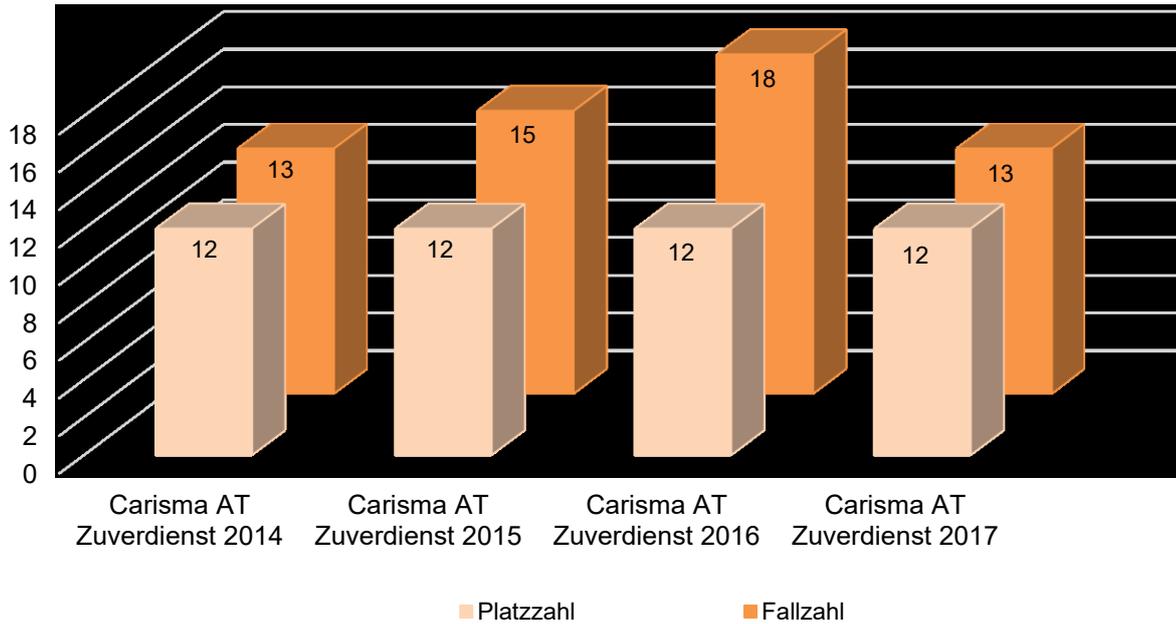
### Landkreis AT und Zuverdienst Platz- und Fallzahlen



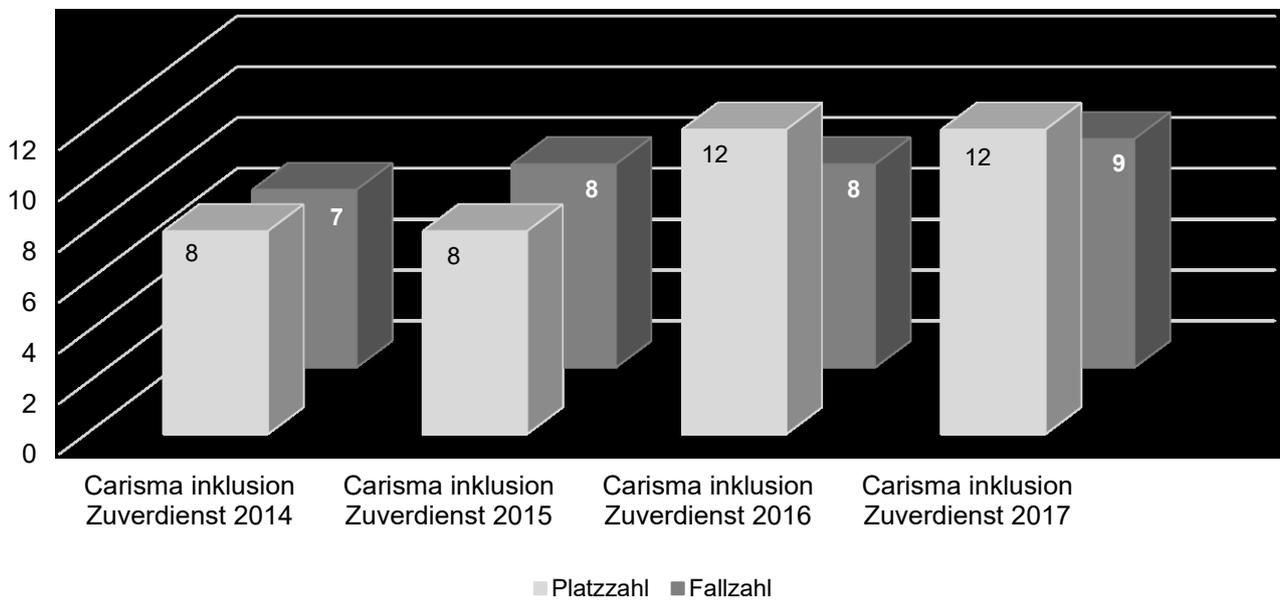
### Carisma AT Platz- und Fallzahlen



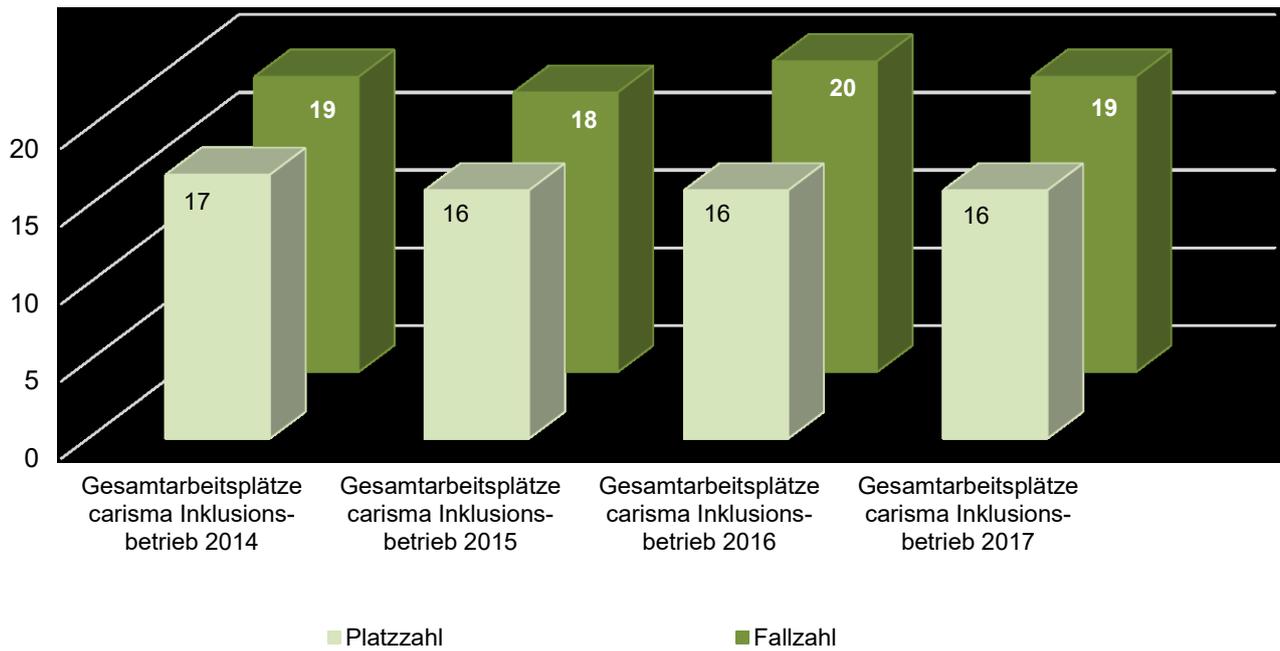
### Carisma AT Zuverdienst Platz- und Fallzahlen



### Carisma inklusion Zuverdienst Platz- und Fallzahlen



### Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusionsbetrieb Platz- und Fallzahlen



#### 2.6.3. Gewöhnlicher Aufenthalt vor der Maßnahme

#### 2.6.4. Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Schlüssel

Zum gewöhnlichen Aufenthalt vor der Maßnahme und den Diagnosen gibt es keine Erfassung, so dass auf eine tabellarische oder graphische Darstellung verzichtet wird.

## 2.6.5. Kostenträger

Aufgrund der unvollständigen Datenlage erfolgt zwar die tabellarische, aber keine graphische Darstellung der Ergebnisse.

Kostenträger (Anzahl)	Mittel- franken	Ober- fran- ken	Unter- fran- ken	Ober- pfalz	Ober- bayern	Schwa- ben	Nieder- bayern	Selbst- zahler	Sons- tige
<b>Carisma AT 2014</b>	70	4	4	6	1	1	1	1	3
<b>Carisma AT 2015</b>	74	3	3	5	2	1	0	1	2
<b>Carisma AT 2016</b>	76	5	2	3	2	0	0	1	2
<b>Carisma AT 2017</b>	78	5	2	4	1	0	0	2	1
<b>Carisma AT Zuverdienst 2014</b>	13								
<b>Carisma AT Zuverdienst 2015</b>	15								
<b>Carisma AT Zuverdienst 2016</b>	18								
<b>Carisma AT Zuverdienst 2017</b>	13								
<b>Carisma Inklusions- betrieb Zuverdienst 2014</b>	8								
<b>Carisma Inklusions- betrieb Zuverdienst 2015</b>	8								
<b>Carisma Inklusions- betrieb Zuverdienst 2016</b>	12								
<b>Carisma Inklusions- betrieb Zuverdienst 2017</b>	12								
<b>Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusions- betrieb 2014</b>	mit Inklus- sionsamt								
<b>Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusions- betrieb 2015</b>	mit Inklus- sionsamt								
<b>Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusions- betrieb 2016</b>	mit Inklus- sionsamt								
<b>Gesamtarbeitsplätze carisma Inklusions- betrieb 2017</b>	mit Inklus- sionsamt								
<b>Landkreis 2014</b>	91	4	4	6	1	1	1	1	3
<b>Landkreis 2015</b>	97	3	3	5	2	1	0	1	2
<b>Landkreis 2016</b>	106	5	2	3	2	0	0	1	2
<b>Landkreis 2017</b>	103	5	2	4	1	0	0	2	1

## 3. Interpretation

### 3.1. Der Landkreis Nürnberger Land

#### 3.1.1. Allgemeine Daten zum Landkreis Nürnberger Land

Der Landkreis hatte im Jahr 2017 169.752 Einwohner, davon waren 85.997 weiblich (50,7 %) und 83.755 männlich (49,3 %). Die Beobachtung, dass im Landkreis etwas mehr Frauen als Männer lebten, ließ sich auch über den Beobachtungszeitraum von 2012 bis 2017 feststellen. Das durchschnittliche Alter lag im Jahr 2017 bei 45,1 Jahren. In der Vorausberechnung werden im Landkreis 2037 ca. 174.000 Menschen leben, die ein durchschnittliches Alter von 47,2 Jahren haben. Das bedeutet nicht nur, dass die Einwohnerzahl steigt, sondern auch, dass die Bewohner im Durchschnitt älter werden. Im Vergleich über die Jahre 2012 bis 2017 ließ sich feststellen, dass für 2032 ein Bevölkerungsrückgang vorausberechnet war und erst ab 2014 bis 2017 in der Vorausberechnung steigende Einwohnerzahlen registriert wurden. Die Vorausberechnung der Altersentwicklung zeigte relativ stabil eine Zunahme des durchschnittlichen Alters um ca. 2,5 Jahre (min. Zuwachs 2,0 Jahre [2016]; max. Zuwachs: 3,6 Jahre [2012]). Dieser Alterszuwachs wird wahrscheinlich vor allem dadurch zustande kommen, dass die Menschen älter werden und weniger junge Menschen nachkommen. Dies kann sich unter Berücksichtigung der aktuellen Geburtenraten aber durchaus verändern.

In der aktuellen Vorausberechnung des Altersquotienten von 2017 auf 2037 zeigt sich für das Nürnberger Land ein deutlicher Anstieg der über 65-Jährigen von 37,3 % (2017) auf 55,6 % (2037).

**Die Konsequenz, die sich aus dem weiter zu erwartenden Anstieg des Durchschnittsalters und dem Altersquotienten ergibt, sollte die zeitnahe Entwicklung eines Konzeptes zur gerontopsychiatrischen Versorgung sein.**

Schaut man sich die Zahlen der ambulanten Patienten im Landkreis an, kann man diagnosegruppenspezifisch verschiedene Aspekte erkennen.

Für die ambulant behandelten Patienten mit der Diagnose Demenz (F 00 - 03) konnten nur die Ergebnisse aus dem Jahr 2017 betrachtet werden, da für 2011 und 2015 keine Daten beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit LGL hinterlegt sind. Die Zahlen sind bezogen auf 100.000 Einwohner. Für den Landkreis Nürnberger Land lagen sie über denen der Vergleichslandkreise, Mittelfrankens und Bayerns.

Des Weiteren stieg die Zahl der ambulanten Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD 10; F1x) seit 2011 stetig an. Der Landkreis hatte eine deutlich höhere Zahl betroffener Personen/100.000 Einwohner als die Vergleichslandkreise und als Mittelfranken und Bayern.

Patienten mit affektiven Störungen (ICD 10; F3x) wurden ebenfalls seit 2011 erfasst. Auch diese Zahl erhöhte sich seit 2011 stetig, aber die Kurve verlief von 2015 bis 2017 etwas flacher. Im Vergleich mit den anderen Landkreisen, Mittelfranken und Bayern wiesen der Landkreis Fürth und Mittelfranken die höchsten Zahlen auf. In allen Landkreisen stiegen die Zahlen von 2011 bis 2015 an, während sie von 2015 bis 2017 in den Landkreisen Freising und Fürth sowie in Gesamtbayern absanken (\*6).

**Aufgrund der regional unterschiedlichen Entwicklungen sollte die Festlegung der Versorgungsschlüssel unter Beachtung kleinräumiger und regionaler Besonderheiten erfolgen.**

Auch erfasst wurden die pflegebedürftigen Landkreisbewohner, deren Zahl anstieg. Diese Tendenz ließ sich auch in den Vergleichslandkreisen, Mittelfranken und Bayern beobachten. Wobei die Anzahl im Landkreis Nürnberger Land ähnlich hoch war wie in Bayern und über den Ergebnissen für Mittelfranken lag. Lediglich im Landkreis Fürth lag die Zahl im Jahr 2017 oberhalb des Ergebnisses im Nürnberger Land.

Einen Hinweis über die Struktur der Bevölkerung bekommt man nicht nur durch Geschlecht, den Altersdurchschnitt und die Anzahl der Pflegebedürftigen im Landkreis, sondern auch über die Zahl der Rentenzugänge und den Rentenbestand. Da Pflegebedürftigkeit und der Übergang in den Ruhestand

eher bei alten Menschen eintreten, weisen die Zahlen bezüglich der Vergleichsregionen auf mehr alte Menschen im Landkreis hin, auch wenn der Altersdurchschnitt nur 45,1 Jahre betrug. Im Jahr 2016 lag die Zahl der Rentenzugänge und des Rentenbestandes höher als in den Vergleichslandkreisen, Mittelfranken und Bayern. Im zeitlichen Verlauf ließ sich für den Landkreis feststellen, dass sie von 2011 auf 2012 anstieg und danach relativ gleichblieb (2014: 367; 2015: 378; 2016: 358).

In dem Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2017 nahm die ausländische Bevölkerung um 47,2 % zu (Tabelle und Diagramm Seite 47 f). Dies entspricht einem Anstieg des Anteils der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung von 2013 5,99 % auf 2017 8,57 %. In der ambulant psychiatrischen Versorgung im Landkreis sind diese Personen bisher nicht in Erscheinung getreten, wobei dies zumindest teilweise durch den noch ungeklärten Aufenthaltsstatus begründet sein kann. Unklar ist, ob diese Bevölkerungsgruppe einen erhöhten Bedarf in der ambulant psychiatrischen Versorgung aufweisen wird. Gemessen an der Gesamtbevölkerung des Nürnberger Landes dürfte hierdurch keine nennenswerte Mehrbelastung der Hilfsstrukturen entstehen.

### **3.1.2. Suizidalität**

Da Selbsttötung, wie auf Seite 23 berichtet, im Landkreis Nürnberger Land eine höhere Rate als in den Vergleichsregionen aufwies, ist es aus Sicht des RSV Nürnberger Land empfehlenswert, dies durch eine wissenschaftliche Untersuchung überprüfen zu lassen. Bisher wurde keine schlüssige Erklärung für diese Zahlen gefunden, aus der wirksame Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden könnten.

### **3.1.3. Ambulant ärztliche Versorgung**

Die ambulant ärztliche Versorgung ist statistisch im Landkreis eher überdurchschnittlich, für das Fachgebiet Psychiatrie stellen die Mitglieder des RSV allerdings Versorgungslücken fest. Auszumachen ist dies an sehr langen Wartezeiten bei der Terminvergabe (durchschnittlich 3 Monate) sowie einer geringen Arztwahlmöglichkeit für Heimbewohner und mobilitätseingeschränkte Menschen.

## **3.2. Beratungsstellen**

### **3.2.1. Suchtberatungsstelle**

Die Tabellen und Diagramme finden sich auf den Seiten 48 bis 52.

### **Fallzahlen und Geschlechterverteilung**

Die Zahlen der Beratungen in der Suchtberatungsstelle stiegen im Beobachtungszeitraum von 2014 (473) bis 2017 (520) kontinuierlich an. Es wurden mehr Männer als Frauen beraten.

### **Alter**

Die beratenen Personen waren nur zu einem geringen Anteil älter als 65 Jahre, wobei in dieser Altersgruppe mehr Frauen als Männer beraten wurden (Männer 1,45 % bis 3,27 %; Frauen 2,75 % bis 4,49 %). Die Zahlen zu den über 45-Jährigen wurden erst seit 2017 gesondert erfasst. Sie stellten eine größere Gruppe dar als die über 65-Jährigen. Dabei machten sie bei den Männern 26,35 % und den Frauen 24,42 % der beratenen Personen aus. In dieser Altersgruppe wurden mehr Männer als Frauen beraten.

### **Kontakthäufigkeit**

Die meisten Klienten hatten weniger als fünf Beratungskontakte pro Jahr (23,64 % bis 42,31 %). Kein Klient hatte mehr als 20 Kontakte. Häufig fanden zwischen 5 bis 10 (Minimum: 11,92 %; Maximum: 15,43 %) oder 11 - 20 Kontakte pro Jahr statt (Minimum: 11,54 %; maximal: 24,15 %).

### **Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Gruppen**

Erwartungsgemäß standen die Diagnosen der ICD Gruppierungen F1x (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) deutlich im Vordergrund (minimal 67,88 % bis maximal 83,64 %). Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x 1,5 % bis 2,27 %; F7x zwischen 2,27 % bis 4,49 %) und Intelligenzstörungen als Beispiel „begleitender“ psychiatrischer Problematiken (Doppeldiagnosen) traten bei der Zielgruppe ebenso auf, wurden aber statistisch nicht erfasst. Häufig treten bei Suchterkrankungen auch Depressionen auf.

Bei der diagnostischen Betrachtung wurden die Angehörigen und solche Menschen nicht berücksichtigt, die nur einen Kontakt zur Beratungsstelle hatten. Sie fanden sich in der Gruppe der sonstigen Beratungen, ohne Diagnoseerfassung.

#### **Fazit:**

Die Suchtberatungsstelle konnte dem steigenden Grundversorgungsbedarf im Berichtszeitraum gerecht werden. Das Angebot der Suchtberatungsstelle wurde von den betroffenen Personen und den Angehörigen gut angenommen. Neben der eigentlichen Abhängigkeitsproblematik zeigten die beratenen Personen ein hohes Maß an Psychopathologie und weitreichende Probleme in anderen Lebensbereichen (Familie, Finanzen, etc.). Der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen oder der Mischkonsum stoff- und nichtstoffgebundener Suchtmittel war häufig zu beobachten.

Im Hinblick auf die Gruppe älterer Suchtkranker, zu denen i.d.R. schon Menschen ab 45 Jahren gezählt werden, die aufgrund jahrelangen chronischen Suchtmittelmissbrauchs „vorgealtert“ sind, stellt sich die Frage, wie der Zugang zum Hilfesystem in einer ländlichen Region herzustellen bzw. zu erleichtern ist. Dies gilt in besonderer Weise für die Versorgung von Opiatabhängigen mit Ersatzstofftherapie. Substitutionsmöglichkeiten stehen im Landkreis Nürnberger Land nur unzureichend zur Verfügung und erschwert Betroffenen deutlich die Teilhabe am Erwerbsleben. Außerdem kann diese Situation durchaus die Mortalität dieses Personenkreises steigern.

**Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Zugangswege zum Hilfesystem noch weiter erleichtert und niedrigschwelligere Hilfen etabliert werden müssen.**

#### **3.2.2. Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)**

Die Tabellen und Diagramme finden sich auf den Seiten 52 bis 56.

#### **Fallzahlen**

Die Fallzahlen des SpDi stiegen im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2016 stetig an. Die Fallzahlsteigerung erfolgte ohne Personalmehrung. Ein scheinbarer Rückgang der Fallzahlen war im Jahr 2017 zu verzeichnen. Dieser ist aber durch die Änderung der vorgegebenen Zählweise zu erklären, da seit 2017 mittelfrankenweit Gruppenteilnehmer, die parallel keine Einzelberatung in Anspruch nehmen, nicht mehr zu den Fallzahlen gerechnet werden. Entscheidendes Kriterium für die Auslastung der Beratungsstelle ist hingegen die Erreichung eines Sollwertes der direkt klientenbezogenen Leistungen. Die Sollpunktzahl lag beim SpDi im Nürnberger Land immer über 100 %. Das bedeutet, dass eine gleichbleibend hohe Inanspruchnahme vorliegt. Wegen des festgeschriebenen Personals ist die Zahl der Beratungsfälle aufgrund der Arbeitszeit begrenzt und kein verlässlicher Indikator für die Nachfrage.

#### **Geschlechtsverteilung und Alter**

Seit Bestehen des Sozialpsychiatrischen Dienstes wenden sich stets mehr Frauen als Männer an die Beratungsstelle.

Seit 2017 wurden aufgrund der Hinzunahme des gerontopsychiatrischen Arbeitsfeldes die Klienten explizit erfasst, die über 65 Jahre alt sind, 19 Männer und 84 Frauen.

#### **Kontakthäufigkeit**

Ein Beratungsfall benötigte meist 1 bis 10 Kontakte. Eine langfristige Begleitung erfolgte bei weniger als 5 % aller Klienten. Pro Beratungsfall lag die durchschnittliche Anzahl der Beratungen am häufigsten bei 1 - 4 Kontakten/Fall (minimal: 59,77 % in 2015 und maximal 67,87 % in 2017), gefolgt von 5 - 10 Kontakten/Fall (20 % in 2014 bis 23 % in 2016). Weitere 8,36 % (2017) bis 12,97 % (2015) der Klienten benötigten 11 - 20 Kontakte. Nur wenige Klienten kamen zu mehr als 20 Terminen (minimal 3,61 % in 2017 und maximal 5,37 % in 2014).

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt**

Bei der Betrachtung des gewöhnlichen Aufenthaltes kam der Großteil der Klienten aus dem Landkreis. Bei einer deutlich kleineren Anzahl von beratenen Personen (minimal 0,98 % in 2017; maximal 6,57 % in 2016) ist der gewöhnliche Aufenthalt nicht bekannt. Jährlich wurden auch Klienten mit einem gewöhnlichen Aufenthalt in Nürnberg, Erlangen oder Fürth beraten. Dieser Anteil machte allerdings weniger als 10 Klienten/Jahr aus, das entsprach zwischen 0,19 % (2014) und 1,31 % (2015).

## **Kostenträger**

Der Kostenträger für alle beratenen Personen war der Bezirk Mittelfranken.

## **Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Gruppen**

Die Nennung der Diagnosen beruhte beim SpDi auf der Angabe der betroffenen Personen selbst. Das Kriterium „unbekannte Diagnose“ wird verwendet, wenn eine Diagnose vermutet, aber nicht ärztlich gesichert ist. In ca. 100 bis 150 Beratungsfällen pro Jahr lag keine erkennbare Diagnose vor. Ab 2016 wurden im vorliegenden Bericht die beratenen Angehörigen (je 54 in 2016 und 2017) aus der angegebenen Fallzahl herausgenommen und somit die Angaben zu den Diagnosen ausschließlich den Klienten zuordenbar.

Die drei häufigsten Diagnosegruppen waren die F3x (affektive Störungen), gefolgt von den F4x (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und an dritter Stelle sowohl die F2x (Schizophrenie und schizotype und wahnhaftige Störungen) als auch F6x (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Im erhobenen Zeitraum stieg die Zahl der Klienten mit affektiver Störung an (am häufigsten genannte Diagnose) und ebenso die Angststörungen, Posttraumatischer Belastungsstörung, multipler Persönlichkeitsstörung, etc. (am zweithäufigsten genannte Diagnose), während die F6-Diagnosen (Persönlichkeitsstörungen, etc.) etwas zurückgingen.

Die F2x-Diagnosen blieben über den Beobachtungszeitraum stabil, ebenso die Anzahl der Klienten, die eine Doppeldiagnose hatten. Hier handelte es sich um ca. 60 Klienten jährlich.

## **Fazit**

Die Diagnosen der Klienten am SpDi stimmten in der Tendenz mit den Gesundheitsberichten der Krankenkassen überein. Affektive und Angststörungen wurden mit steigender Tendenz am häufigsten genannt. Auch ein Anstieg affektiver und Verhaltensstörungen aufgrund des Missbrauchs psychotroper Substanzen wird sich am SpDi künftig noch stärker bemerkbar machen und empfiehlt eine enge Kooperation mit Suchteinrichtungen.

In den nächsten 20 Jahren wird ein höherer Anteil über 65-Jähriger erwartet. Dies und die zunehmende Auslastung der zum Erfassungszeitpunkt noch in Teilzeit beschäftigten Gerontofachkraft, rechtfertigen die Erhöhung auf die bereits beschlossene Vollzeitstelle. Wichtig ist die Vernetzung mit der Altenhilfe.

Notwendig bleibt aber, die gerontopsychiatrischen Strukturen im Landkreis weiterzuentwickeln und die Vernetzung mit der Altenhilfe zu intensivieren.

Ein anderer Schwerpunkt der Beratungsstelle liegt in der Kooperation mit der Jugendhilfe. In diesem Bereich wurde bereits eine Zusammenarbeit mit der Erziehungs- und Jugendberatungsstelle, der psychiatrischen Fachklinik sowie den Einrichtungen der Jugendhilfe initiiert. Dabei geht es inhaltlich um abgestimmte Hilfen für psychisch belastete oder erkrankte Eltern und ihre Kinder.

In der Statistik nicht abzulesen, aber über Jahre beobachtet, steigt der Grad der Komplexität der Fälle. Auch Klienten mit schweren Traumatisierungen wenden sich an den SpDi und benötigen ein Vielfaches an Zeit im Vergleich zu einfacher gelagerten Problemen.

## **3.3. Stationäre Einrichtungen**

Die zugehörigen Tabellen und Diagramme finden sich auf den Seiten 57 bis 78.

Für den Landkreis Nürnberger Land gibt es aktuell drei stationäre Einrichtungen: das Don-Bosco-Haus in Hersbruck, das Luisenhaus in Vorra und die Integra Suchthilfe in Etzelwang. Außerdem gab es bis Ende Oktober 2016 in Hersbruck die Womega als stationäre Einrichtung für chronisch alkoholranke Männer, die seitdem als ambulant Betreutes Wohnen fortgeführt wurde. Eine Auswertung der Womega als *stationäre* Einrichtung erfolgt daher in diesem Bericht nicht.

## **Fallzahlen, Geschlechts- und Altersverteilung**

Die stationären Einrichtungen im Landkreis versorgten im Beobachtungszeitraum zwischen 100 (2015) und 106 (2017) Personen. Es fand sich nur ein geringer Anstieg der Fallzahlen. Die Mehrzahl der betreuten Personen waren Männer, deren Anteil von 2014 (59,62 %) bis 2017 (70,75 %) anstieg. Der Anteil der Frauen fiel entsprechend von 2014 (40,38 %) bis 2017 (29,25 %).

In der Betrachtung der Altersverteilung zeigte sich, dass die Frauen, die älter als 45 und 65 Jahre sind, die kleinere Gruppe bildeten. Insgesamt war dabei erwartungsgemäß die Gruppe der über 45-Jährigen deutlich größer als die der über 65 Jahre alten Personen. Unter Berücksichtigung der bisherigen demographischen Entwicklung und der Altersvorausberechnung für den Landkreis muss erwartet werden, dass der Anteil der Menschen, die älter sind als 65 Jahre und der Betreuung in einer solchen stationären Einrichtung bedürfen, ansteigen wird.

Wichtig ist daher in erster Linie, diese Zahlen weiter im Auge zu behalten, um rechtzeitig die entsprechenden Kapazitäten in den Einrichtungen vorhalten zu können. Denn nicht nur der Raum für die Bewohner muss zur Verfügung stehen, sondern es ist auch der höhere Pflege- und Unterstützungsbedarf der älteren Menschen zu berücksichtigen. Mit vorausschauender Planung, Anpassung bestehender Einrichtungskonzepte und ggf. Schaffung neuer Leistungsangebote, kann Versorgungslücken vorgebeugt werden. Der Bedarf ist zum Teil schon jetzt in den Einrichtungen erkenn- und abschätzbar.

Den größten Anteil der Personen über 45 Jahre betreute das Luisenhaus, mit einem relativ ausgeglichenen Verhältnis zwischen Frauen und Männern. Das Don-Bosco-Haus und die Integra Suchthilfe betreuten ähnlich viele Personen mit einem höheren Männeranteil.

Die Abweichungen zwischen den Fall- und Platzzahlen der Einrichtungen ergaben sich aus Zu- und Wegzügen während der Erfassungsjahre.

### **Gewöhnlicher Aufenthalt (GA)**

Der gewöhnliche Aufenthalt vor der Maßnahme zeigte sich hier deutlich heterogener als bei den Klienten des Betreuten Wohnens. Betrachtet man den Landkreis insgesamt, stammten ca. ein Drittel (32 % – 36 %) der Klienten aus dem Landkreis, bei einem weiteren Drittel ist der GA vor der Maßnahme unbekannt oder ein anderer als die aufgezählten GA (33 % - 39 %) und an dritter Stelle (17 % - 26 %) war der GA vor der Maßnahme in Nürnberg. Aus Erlangen kamen über die Jahre immer nur wenige (6 % – 9 %) und aus Fürth die wenigsten Klienten (2 % – 4 %).

Das Don-Bosco-Haus hatte die Mehrzahl seiner Bewohner aus dem Landkreis und Nürnberg (Landkreis 36 % - 41 %, Nürnberg 29 % – 40 %). In der Integra Suchthilfe kam ein Großteil der Bewohner aus dem Landkreis Nürnberger Land (34 % - 45 %) während die zweite große Gruppe einen anderen bzw. unbekanntem GA hatte (42 % - 47 %). Im Luisenhaus war bei dem Großteil der Bewohner der GA vor der Maßnahme ein anderer als die genannten GA oder unbekannt (38 % - 46 %). Die beiden nächsten Hauptgruppen hatten den GA entweder im Landkreis (21 % – 27 %) oder Nürnberg (12 % – 21 %) gefolgt von Erlangen (11 % – 18 %). Aus Fürth kamen in alle Einrichtungen nur sehr wenige Bewohner (0 % – 6 %).

### **Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Gruppen**

Die Verteilung der Diagnosen zeigte Unterschiede in der Erfassung. Im Don-Bosco-Haus wurden die Hauptdiagnosen mit ICD und die Doppeldiagnosen nur numerisch erfasst ohne sie auch einer ICD-Diagnosegruppe zuzuordnen.

In der Integra Suchthilfe (Etzelwang) war die Hauptdiagnose die Erkrankung mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x), die Häufigkeit der Diagnose ist deckungsgleich mit der Fallzahl. Die weiteren hier aufgeführten Diagnosen entsprechen Doppeldiagnosen (die Summe dieser Diagnosen entspricht der Anzahl der Doppeldiagnosen).

Durch das Luisenhaus wurden alle Diagnosen zusätzlich zur psychiatrischen Hauptdiagnose erfasst. Weder war die numerische Angabe der Doppeldiagnosen deckungsgleich mit der Anzahl der F1x-Diagnose (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), noch ergibt der Abzug der numerischen Angaben der Doppeldiagnosen von der angegebenen Diagnosensumme die Fallzahl. Die Vermutung liegt nahe, dass hier zwei psychiatrische Diagnosen als Doppeldiagnose bewertet werden, wobei die klassische Definition einer Doppeldiagnose das Vorliegen einer Suchterkrankung zusammen mit einer weiteren Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis meint. Eine einheitliche Handhabung des Begriffes Doppeldiagnose war für diesen Bericht nicht möglich und wird bei einer Fortschreibung des Berichtes zu berücksichtigen sein. Für das Luisenhaus ließ sich lediglich feststellen, dass es einen Anteil von über 60 % (62 % – 69 %) der betreuten Personen hatte, die entweder eine Doppeldiagnose oder mehrere psychiatrische Erkrankungen aufweisen.

Das Don-Bosco-Haus betreute vor allem Bewohner mit der Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2x; 48 % – 61 %). Die zweitgrößte Gruppe sind die Erkrankungen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (11 % – 28 %), gefolgt von den Erkrankungen, die mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen einhergehen (7 % – 19 %). Die affektiven Störungen (4 % – 11 %) und die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (3 % – 10 %) bilden gemeinsam die viertgrößte Bewohnergruppe. Eine Doppeldiagnose haben zwischen 10 % und 17 % der Bewohner. Dieser Anteil ist deutlich geringer als in der Integra Suchthilfe Etzelwang (40 % bis 51 % mit Doppeldiagnose).

### **Kostenträger**

Kostenträger war mit 69 % – 72 % im Landkreis und in den Einrichtungen (Don- Bosco-Haus: 83 % – 86 %; Luisenhaus: 65 % – 68 % und der Integra Suchthilfe: 61 % – 67 %) der Bezirk Mittelfranken. Für die Integra Suchthilfe hat auch der Bezirk Oberpfalz erwartungsgemäß einen hohen Kostenanteil mit 18 % – 27 %. Die übrigen bayerischen und sonstige Kostenträger sowie Selbstzahler haben Anteile von 0 % – 12 %.

### **3.3.1. Don-Bosco-Haus Hersbruck**

#### **Fallzahlen**

Die Fallzahlen des Don-Bosco-Hauses zeigten, dass es im Beobachtungszeitraum in jedem Jahr Aus- und Einzüge gab. Diese variierten von zwei bis fünf Ein- und Auszügen im Jahr und sind derzeit stark von der Wohnungssituation der Menschen mit niedrigem Einkommen im Landkreis abhängig.

#### **Platzzahlen**

Die Platzzahl des Don-Bosco-Hauses blieb mit 25 Plätzen gleich, da es in Mittelfranken ein Heimplatzmoratorium (Deckelung der stationären Einrichtungsplätze) gibt.

Durch dieses Heimplatzmoratorium und den Wegfall anderer stationärer Einrichtungen in Mittelfranken ist nicht mehr gewährleistet, dass Personen aus dem Nürnberger Land zeitnah aufgenommen werden können. Die Wartezeit im Don-Bosco-Haus beträgt derzeit zwischen ein und drei Jahren.

#### **Männer und Frauen über 65 Jahre**

Hier zeigt sich, dass der Anteil der über 65-Jährigen sehr gering war. Nach hauswirtschaftlichem und pflegerischem Bedarf erscheint der Anteil alter Bewohner allerdings höher. Hier spielt die Voralterung des Personenkreises eine wesentliche Rolle.

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt vor der Maßnahme**

Im Don-Bosco-Haus wurden im Wesentlichen Menschen aus dem Landkreis Nürnberger Land oder aus der Stadt Nürnberg betreut. In relativ geringer Anzahl erhielten auch Menschen Betreuung, die ihren Wohnsitz vorher in anderen Städten der Metropolregion hatten, aber aus Mittelfranken kamen.

#### **Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Gruppen**

Die Schwerpunkte der Diagnosen im Don-Bosco-Haus lagen im Beobachtungszeitraum auf den schizophrenen und wahnhaften Störungen (F2x) sowie den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x). Die Anzahl der Personen mit Doppeldiagnosen blieb mit leichten Schwankungen im Wesentlichen gleich und war nicht so hoch wie in den stationären Einrichtungen der Suchthilfe (s.o.).

#### **Kostenträger der Maßnahme**

Hauptkostenträger war der Bezirk Mittelfranken mit über 80 %.

### **3.3.2. Integra Suchthilfe Etzelwang**

#### **Fallzahlen**

Es kam in den letzten vier Jahren zu einer deutlichen Steigerung der Fallzahlen um ca. 30 % bei gleichbleibender Platzzahl. Die Ursachen hierfür sind vielfältig: neben kürzeren Verweildauern vor allem durch einen höheren Wechsel bei den männlichen Bewohnern, gab es eine verbesserte ambulante Nachsorge. Außerdem wurden die Klienten frühzeitiger aus der klinischen Betreuung entlassen. Das Spektrum der konsumierten Substanzen hat sich deutlich erweitert. Es zeigt sich im Einrichtungsalltag, dass die Bewohner ein weniger kontrolliertes Setting anstreben, das sie bevorzugt ambulante Wohn- und Therapieformen wählen lässt.

#### **Geschlechtsverteilung und Alter**

In der Einrichtung waren die meisten Bewohner unter 65 Jahre. Jeweils nur eine Frau (2014 – 2017) und ein Mann (2017) höheren Alters lebten in der Einrichtung. Circa die Hälfte der Männer und ca. 2/3 der Frauen waren unter 45 Jahre.

#### **Verteilung der Diagnosen nach ICD-10-Gruppen**

Das Klientel fiel durch zunehmende Komorbiditäten auf. Dazu zählen Polytoxikomanien (F19.x) und mindestens eine weitere Diagnose aus dem psychiatrischen Formenkreis (nach dem ICD 10). Die Hälfte der betreuten Personen hatte eine Doppeldiagnose. Schizophrenien, affektive und andere Störungen haben sich in ihrem Auftreten bei den suchtkranken Klienten verdoppelt bis verdreifacht. Zusätzlich bietet die Einrichtung seit 2014 bis zu 10 Plätze für Substitutionspatienten an. Dieser Personenkreis ist gesundheitlich mehr vorbelastet und oftmals für einen Therapieabbruch gefährdeter. Die Integra Suchthilfe hat im Vergleich zu anderen stationären Einrichtungen im Landkreis Nürnberger Land die meisten Bewohner mit einer Diagnose aus dem Bereich der F1x im ICD-10, weil eine Abhängigkeitsdiagnose für eine Aufnahme in der Integra Suchthilfe Voraussetzung ist.

### **3.3.3. Luisenhaus Vorra**

#### **Fallzahlen**

Die Fallzahlen nahmen bei gleichbleibender Platzzahl (Heimplatzmoratorium) mit der Zeit 2014 (37) auf 2017 (33) ab. Die Aufenthaltsdauer stieg. Ursächlich scheint, dass die im Altersdurchschnitt jünger werdenden Bewohner mehr Zeit zur psychischen Stabilisierung benötigten.

#### **Männer und Frauen über 45 und über 65 Jahre**

Im gesamten Berichtszeitraum wurden mehr Männer als Frauen betreut. Die Klienten wurden immer jünger.

In der Altersgruppe über 45 Jahren war eine relativ gleichbleibende Anzahl über die Jahre hin erkennbar. Der Anteil der Frauen sank ab, während der der Männer relativ stabil war.

Bei den über 65-Jährigen gab es im den Jahren 2014 und 2015 insgesamt vier Bewohner. In den Jahren 2016 und 2017 gab es keine so alten Bewohner mehr, sie wurden in Altenpflegeeinrichtungen verlegt.

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt**

An erster Stelle hatten in den Jahren 2014 - 2017 die Bewohner ihren gewöhnlichen Aufenthalt vor der Maßnahme im Landkreis Nürnberger Land. Es folgten Nürnberg und Erlangen sowie Fürth. Bei einem Großteil der Klienten wurde der gewöhnliche Aufenthalt zum Aufnahmezeitpunkt nicht erfasst (daher in der Statistik: unbekannter GA).

#### **Kostenträger**

Bei den Kostenträgern versorgte der Bezirk Mittelfranken in allen Jahren die größte Gruppe. An zweiter Stelle kamen Selbstzahler und an dritter Stelle Unterfranken sowie die Oberpfalz.

## **Diagnosen**

Über die Jahre verteilt war die Diagnosegruppe F4x (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) am größten, gefolgt von F6x (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und F3x (Affektive Störungen). Zunehmend wurde nach Plätzen für Bewohner mit einer zusätzlichen Suchterkrankung angefragt, ohne dass von der Einrichtung stets eine Lösung gefunden werden konnte.

Nicht einfach ist für die Bewohner des Luisenhauses die ambulante psychiatrische Versorgung zu erreichen. Nicht jeder Facharzt bietet Hausbesuche an und bei manchen Ärzten können keine neuen Patienten angenommen werden. Somit ist die Arztwahlmöglichkeit deutlich eingeschränkt. Die Bewohner können, auch wenn sie das wünschen, nicht immer den Arzt wechseln.

### **3.4. Betreutes Wohnen**

Die Tabellen und Diagramme finden sich auf den Seiten 79 bis 96.

#### **Fallzahlen**

Das Betreute Wohnen im Landkreis verzeichnete seit 2014 eine Zunahme der Plätze. Waren es 2014 noch 98 Plätze, stieg diese Zahl bis 2017 auf 133 Plätze an. Dabei wurden in den Einrichtungen mehr Männer als Frauen betreut.

Die Verteilung der Plätze auf die verschiedenen Einrichtungen zeigte, dass die meisten Klienten im Betreuten Wohnen des Caritasverbandes leben, gefolgt vom Luisenhaus und der Integra Suchthilfe. Im November 2016 wurde das Betreute Wohnen der Womega von bestehenden 10 auf 22 Betreuungsplätze ausgeweitet. Auf die graphische Darstellung zum Betreuten Wohnen der Womega wurde verzichtet, da die Einrichtung 2016 erst zwei Monate bestand und für das Jahr 2017 somit nur eine Momentaufnahme ohne Vergleich zum Verlauf verfügbar war.

#### **Männer und Frauen über 45 und über 65 Jahre**

Alle Einrichtungen betreuen Männer und Frauen, jedoch mehr Männer. Circa die Hälfte der betreuten Personen war über 45 Jahre alt. Es waren mehr Männer als Frauen. Der Anteil der über 65-Jährigen nahm von 2014 bis 2015 zu und blieb seither mit acht Personen stabil. 2014 bis 2016 waren es in dieser Altersgruppe mehr Frauen, seit 2017 war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen.

#### **Fall- und Platzzahlen**

Im Vergleich der vorgehaltenen Platz- und Fallzahlen fiel auf, dass die Fallzahlen die vorgehaltenen Plätze numerisch überschritten. Die Abweichungen ergaben sich aus den Zu- und Wegzügen der Klienten während der Erfassungsjahre.

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt (GA)**

Der gewöhnliche Aufenthalt der betreuten Personen vor der Maßnahme war überwiegend der Landkreis Nürnberger Land (Betreutes Wohnen des Caritasverbandes 90 % - 100 %; Integra Suchthilfe 50 % – 67 %). Des Weiteren kamen die Klienten aus Nürnberg und bei ca. 25 % war der GA vor der Maßnahme unbekannt oder ein anderer GA als die namentlich aufgeführten.

## **Diagnosen**

Die Verteilung der Diagnosen variiert durch Unterschiede in der Erfassung. Im Betreuten Wohnen des Caritasverbandes wurden die Hauptdiagnosen mit ICD und die Doppeldiagnosen nur zahlenmäßig erfasst.

Durch das Betreute Wohnen des Luisenhauses wurden für die Klienten alle Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis gezählt. Die erfasste Anzahl der Diagnosen wich daher von der Fallzahl ab.

In dem Betreuten Wohnen der Integra Suchthilfe war die Hauptdiagnose die Erkrankung mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x), die Häufigkeit der Diagnose ist deckungsgleich mit der Fallzahl. Die weiteren hier aufgeführten Diagnosen sind die Doppeldiagnosen.

Die Diagnosen, die in Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens eine Rolle spielten, waren bezogen auf den Landkreis vor allem Erkrankungen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x; 30 % - 45 %), gefolgt von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften

Störungen (F2x; 22 % – 32 %) und an dritter Stelle die affektiven Störungen (F3x mit 23 % - 28 %). Doppeldiagnosen gab es bei ca. 10 % - 27 % der betreuten Personen.

In der Einzelbetrachtung der Einrichtungen zeigte sich erwartungsgemäß ein heterogenes Bild:

Die Klienten der Integra Suchthilfe hatten im Betrachtungszeitraum zu 100 % Erkrankungen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x). Doppeldiagnosen fanden sich bei circa 10 % - 17 % der betreuten Klienten, außerdem hatten circa 11 % der Klienten eine F7x Diagnose (Intelligenzstörung).

Die größte Klientengruppe mit einer Doppeldiagnose hatte das Betreute Wohnen im Luisenhaus (23 % - 48 % der Klienten). Das Problem einer weiter gefassten Definition von Doppeldiagnose im Vergleich zur Integra wurde bereits erörtert (s. S. 108 f). Als Hauptdiagnosen fanden sich hier Erkrankungen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2x) sowie an dritter Stelle Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x), die 2016 und 2017 etwas rückläufig waren. Dafür traten mehr Personen mit affektiven Störungen (F3x) in den Vordergrund.

Im Betreuten Wohnen des Caritasverbandes standen die affektiven Störungen (F3x) vor den Erkrankungen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2x). An dritter Stelle folgten die neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4x), während die Suchtdiagnose mit unter 10 % in der Diagnosestellung eine untergeordnete Rolle spielte.

### **Kostenträger**

Die Kosten wurden im Betreuten Wohnen vor allem vom Bezirk Mittelfranken getragen (Kostenträger in ca. 89 % - 93 % der Fälle), gefolgt von der Oberpfalz (2 % – 4 %), Ober- (1 % - 3 %) und Unterfranken (1,5 % – 2 %). Die Oberpfalz kam dabei vor allem bei Klienten des Betreuten Wohnens des Caritasverbandes und der Integra Suchthilfe sowie bei 16 % der Klienten des Betreuten Wohnens der Womega (nur 2017) für die Kosten auf.

### **3.4.1. Betreutes Wohnen des Caritasverbandes**

#### **Platz- und Fallzahlen**

Die Platz- und tatsächlichen Fallzahlen waren nicht deckungsgleich. Dabei überstiegen die Fallzahlen, außer im Jahr 2017, die vorgehaltenen Platzzahlen, begründet durch den Wechsel der Klienten und Neuaufnahmen. Vor allem im Jahr 2014 mussten viele Maßnahmen beendet werden, da bei den Klienten ein größerer Hilfebedarf als vorab eingeschätzt vorhanden war. Ursächlich waren fehlende Plätze im stationären Bereich. Außerdem wurden in diesem Jahr viele jüngere Klienten aufgenommen, die mehr Angebote und Förderung im schulischen und beruflichen Bereich benötigt hätten und sich deshalb verstärkt für Angebote im stadtnahen Bereich interessierten. Weitere Gründe für eine Beendigung der Maßnahmen lagen in der Komplexität im Umgang mit Doppeldiagnosen und fehlender Krankheitseinsicht der Betroffenen.

#### **Geschlechterverteilung**

Es wurden im Betreuten Wohnen des Caritasverbandes mehr Männer (51 % – 59 %) als Frauen (41 % - 49 %) betreut. Auffallend war dabei, dass dennoch hier mehr Frauen als in den anderen Einrichtungen betreut werden.

#### **Alter der Klienten**

In der Altersgruppe der über 45-Jährigen waren es in jedem Jahr zehn Frauen, aber deutlich mehr Männer (2014 und 2015: 18; 2016: 20 und 2017: 17 Männer), während bei den über 65-Jährigen im gesamten Beobachtungszeitraum jeweils nur ein Mann, aber mehrere Frauen (2014: 2; 2015 und 2016 je 5 und 2017: 3) betreut wurden.

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt**

Der gewöhnliche Aufenthalt der Klienten vor der Aufnahme ins Betreute Wohnen befand sich überwiegend im Landkreis.

#### **Kostenträger**

Der Kostenträger war maßgeblich der Bezirk Mittelfranken, ansonsten die Bezirke Unterfranken und Oberpfalz.

## **Diagnosen und Doppeldiagnosen**

Die überwiegenden Diagnosen kamen aus dem Bereich der affektiven Störungen, vor allem depressive und bipolar affektive Störungen. Es folgten Krankheitsbilder aus dem Formenkreis der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, wobei vermehrt schizoaffektive Störungen festzustellen waren. Es schlossen sich dann neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen an. Am seltensten fanden sich Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Ferner war zu beobachten, dass bei vielen Klienten eine Intelligenzstörung in Form einer leicht bis mittelgradigen Intelligenzminderung bestand.

Diagnostizierte Doppeldiagnosen fanden sich bei 3,4 % bis 7,9 % der Klienten. In der Betreuungspraxis zeigten sich jedoch auch zusätzlich Suchtproblematiken ohne offizielle Diagnose bei den Klienten. Bei Doppeldiagnosen war die Kooperation mit der Suchtberatungsstelle von besonderer Bedeutung.

### **3.4.1. Luisenhaus**

#### **Platz- und Fallzahlen**

Von 2014 bis 2017 wuchs die Platzzahl von 17 auf 27 Plätze um 59 %. Die Fallzahl entsprach dabei immer den vorgehaltenen Plätzen, so dass die Zunahme der erhöhten Nachfrage geschuldet war.

#### **Geschlechter- und Altersverteilung**

Es wurden mehr Männer als Frauen betreut, wobei die Anzahl der Frauen über die Jahre hin anstieg. Zunehmend wurden über 45-jährige Männer und Frauen betreut. Es wurden keine Männer und Frauen betreut, die älter als 65 Jahre waren.

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt**

Der frühere gewöhnliche Aufenthalt wurde nicht bei allen Klienten erfasst. Bei den nachgewiesenen gewöhnlichen Aufenthalten belegt der Landkreis Nürnberger Land den ersten Platz, dicht gefolgt von Nürnberg und Erlangen.

#### **Diagnosen**

Es ließ sich bei den Klienten neben ihrer primär psychiatrischen Diagnose ein Trend zu zusätzlichen Suchterkrankungen feststellen. Von 2014 bis 2017 stieg die Zahl der Personen mit einer Doppeldiagnose deutlich an (vgl. S. 108 f).

#### **Kostenträger**

Kostenträger war fast immer der Bezirk Mittelfranken.

### **3.4.2. Integra Suchthilfe**

#### **Platz- und Fallzahlen**

Das Betreute Wohnen der Integra Suchthilfe versorgte Männer und Frauen mit einer Suchterkrankung als Hauptdiagnose in der Wohngemeinschaft oder in der eigenen Wohnung. Dabei stimmte die Fallzahl seit 2016 mit der Platzzahl überein. Bis 2015 gab es mehr Fälle als Plätze, so dass als Konsequenz die Platzzahl auf 18 angehoben wurde.

#### **Geschlechter- und Altersverteilung**

Der Frauenanteil erhöhte sich während des erfassten Zeitraums und lag 2017 bei ca. einem Drittel der Gesamtzahl der Klienten. Über die Hälfte der betreuten Frauen in der Integra Suchthilfe waren über 45 Jahren alt, wohingegen über die Hälfte der Männer unter 45 Jahren waren.

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt**

Etwas mehr als die Hälfte der Klienten der Integra Suchthilfe hatte ihren GA im Landkreis. Erwartungsgemäß war der Anteil der wohnortnahen Versorgung bei Suchterkrankten damit geringer als bei psychisch erkrankten Menschen mit über 70 %. So kann das Risiko eines Erkrankungsrückfalls im alten Sozialumfeld verringert werden.

#### **Diagnosen**

Die Klientenanzahl mit Doppeldiagnosen bei der Integra Suchthilfe blieb relativ konstant (10 % - 17 %).

## **Kostenträger**

Bei fast allen Fällen der Integra Suchthilfe war der Kostenträger der Bezirk Mittelfranken.

### **3.4.3. Womega**

#### **Platz- und Fallzahlen**

Bis 2016 war die Womega eine stationäre Einrichtung für chronisch alkoholranke Männer mit 12 Plätzen und zusätzlich 10 Plätzen im ambulant betreuten Wohnen. Seit 01.11.2016 hat das Betreute Wohnen der Womega 22 Betreuungsplätze und das stationäre Angebot wurde aufgelöst. Im Jahr 2017 wurden allerdings bereits 25 Klienten im ambulant betreuten Wohnen versorgt.

#### **Geschlechter- und Altersverteilung**

Im stationären Bereich wurden ausschließlich Männer betreut. Im ambulanten Bereich werden nun sowohl Männer als auch Frauen aufgenommen.

Im Jahr 2017 waren von den 25 Bewohnern zwei Männer über 65 Jahre und sechs Männer über 45 Jahre alt.

#### **Gewöhnlicher Aufenthalt**

Der gewöhnliche Aufenthalt vor Maßnahmenbeginn war bei 44 % der Fälle nicht erfasst, 24 % kamen aus dem Landkreis und 16 % hatten den GA vor der Maßnahme in Nürnberg.

#### **Kostenträger**

Der Kostenträger war in 72 % der Fälle der Bezirk Mittelfranken (8 % Oberfranken, 16 % Oberpfalz und 4 % Schwaben).

#### **Diagnosen**

Die Hauptdiagnosegruppe war mit 100 % die F1x (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), 68 % der betreuten Personen hatten eine Doppeldiagnose.

### **3.5. Arbeitsangebote für seelisch behinderte Menschen**

Die Tabellen und Diagramme finden sich auf den Seiten 97 bis 110.

Im Landkreis bietet die „Carisma AT“ Arbeitstherapie-Plätze und Zuverdienst-Arbeitsplätze an. Außerdem gibt es den „Carisma Inklusionsbetrieb“ mit Arbeitsplätzen für behinderte Menschen und ebenfalls Zuverdienst-Arbeitsplätzen.

#### **3.5.1. Carisma Arbeitstherapie AT**

Die „Carisma-AT“ ist eine Einrichtung in Hersbruck, in der psychisch kranken Menschen eine Tagesstruktur im Rahmen einer industriellen Fertigung angeboten wird. Ziel ist eine Teilhabe an der Gesellschaft. Es werden verschiedene Tätigkeiten wie Montagen, Verpackung, Verpackungsherstellung, Lötarbeiten, Elektromontagen usw. angeboten. Die Betreuungszeit beträgt laut Vorgabe des Kostenträgers mindestens drei Stunden am Tag, kann aber auf bis zu sechs Stunden ausgeweitet werden.

#### **Platz- und Fallzahlen**

Ende 2013 wurde die Platzzahl von 55 auf 61 erhöht, 2014 wurden die Plätze dann besetzt. Da weiterhin eine höhere Nachfrage bestand, wurde eine Ausweitung auf insgesamt 71 Plätze beantragt. Diese wurden Mitte 2017 genehmigt, und anschließend weitgehend belegt.

Im Zeitraum von 2014 bis 2017 hat sich die Bedürfnislage der Klienten stark verändert. Die Ausführung von Arbeit im klassischen Sinne steht für viele beeinträchtigte Menschen nicht mehr so im Mittelpunkt, wie es früher der Fall war. Es besteht eine erhöhte Nachfrage an ergänzenden Fördermaßnahmen wie Entspannungsgruppen, Kreativgruppen usw., die entsprechend der Nachfrage in den Räumlichkeiten während der Betreuungszeit angeboten werden.

Auch eine verringerte Wochenarbeitszeit wird immer häufiger nachgefragt, so dass viele Klienten nur noch drei bis vier Tage pro Woche in die Einrichtung kommen. Da ein Platz eigentlich mit einer Wochenanwesenheitszeit von fünf Tagen kalkuliert ist, müssen inzwischen wesentlich mehr Klienten aufgenommen werden, um die Plätze voll zu besetzen.

### **Zuverdienst (ZVD)**

Bei den Zuverdienstplätzen handelt es sich seit 2015 nicht mehr um angemeldete Minijobs, sondern um ein durch den Bezirk Mittelfranken gefördertes niederschwelliges Angebot zur Tagesstrukturierung für Menschen mit Behinderungen nach dem Konzept des Bezirks vom 01.01.2015. Es beschränkt sich auf Menschen mit Erwerbsunfähigkeitsrente, somit dürfen Alg-II-Empfänger nicht in die Maßnahme aufgenommen werden. Die tägliche Arbeitszeit beträgt drei Stunden und die Heranführung an berufliche Perspektiven wird angestrebt. So ist es bisher jedes Jahr einem Klienten gelungen, auf dem ersten Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen.

Die Schwankung bei den Platzzahlen 2016 hat ihren Grund darin, dass zwei Klienten auf den ersten Arbeitsmarkt wechselten und ein Klient in eine WfbM.

### **3.5.2. Carisma Inklusionsbetrieb**

Aufgrund personeller Veränderungen in der Leitung der Einrichtung konnte keine weitere Auswertung der oben dargestellten Daten erfolgen.

## 4. Zusammenfassung und Empfehlungen

### **Anstieg der Klientenzahlen**

Die Auswertung der vorliegenden Daten zeigte, dass zum einen die Zahl der Personen mit Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis leicht anstieg, die im bisherigen Hilfesystem Anschluss gefunden haben. Außerdem ist unter Berücksichtigung der Vorausberechnungen für den Landkreis eine Zunahme der Bevölkerung und des Altersdurchschnitts zu erwarten.

### **Steigender Altersdurchschnitt**

Nahezu alle Einrichtungen sind zunehmend mit dem Älterwerden ihrer Klientel konfrontiert. Die älteren Menschen haben spezifische Bedürfnisse und oftmals Beschwerden, für die andere Leistungsträger, beispielsweise die Pflegekasse, zuständig sind. Die bisherigen Einrichtungen der Eingliederungshilfe suchen nach Lösungen, sind bisher aber nicht ausreichend an diese Klientel angepasst, weil entsprechende Ressourcen fehlen.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst ist der erste Schritt getan, indem für diesen Personenkreis eine Gerontopsychiatrische Fachkraft etabliert wurde.

**Es besteht dringender Handlungsbedarf, die bestehenden sozialpsychiatrischen Einrichtungen konzeptionell an dieser Zielgruppe auszurichten. Auch für Suchtkranke, die bereits ab einem Alter von 45 Jahren durch den Suchtmittel-Konsum vorgealtert sein können, fehlen teilweise adäquate Versorgungskonzepte.**

Da die Alterung der Bevölkerung nicht nur ein Thema für den Regionalen Steuerungsverbund ist, sondern gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben wird, bietet es sich an, im Landkreis mit der Behindertenbeauftragten, den Seniorenbeauftragten der Gemeinden und der Gesundheitsregion plus zusammenzuarbeiten. Es könnten Schnittstellen geschaffen und Erkenntnisse über die Fortschreibung der Pflegebedarfsplanung ausgetauscht werden. Die Koordination der Konzepte und der einzelnen Hilfen gewinnt zunehmend an Bedeutung.

**Für dringlich erachtet wird, dass verschiedene Leistungsträger, beispielsweise Eingliederungshilfe, Arbeitsverwaltung und Pflegekassen, gemeinsame Konzepte erarbeiten, damit angemessene Hilfen nicht an der Hürde verschiedener Leistungsträgerschaften scheitern.**

### **Substitution**

Zu den Substitutionszahlen ist keine Erfassung erfolgt, da diese Daten für den RSV nicht zugänglich sind. Die Substitutionsproblematik ist bislang für den Landkreis noch nicht befriedigend gelöst.

**Die Empfehlung der Autoren ist daher, das Thema Substitution mit in die Gesundheitsregion plus aufzunehmen. Außerdem sollte die Situation im Landkreis beim Bezirk und beim „Runden Tisch Sucht“ kontinuierlich bewertet und fortentwickelt werden.**

### **Anpassung der Arbeitsangebote**

Nach den Erfahrungen der Arbeitstherapie im Landkreis sind vermehrt Menschen mit Doppeldiagnosen beschäftigt, die keine oder nur wenig Tendenz zu abstinenter Lebensweise zeigen. Die Bedürfnislage chronisch psychisch und Suchtkranke für eine sinngebende Beschäftigung verändert sich wie oben beschrieben.

Aus dem Zuverdienstbereich gelingt in einigen Fällen der Sprung auf den ersten Arbeitsmarkt.

Viele Klienten über 65 Jahre möchten auch im Rentenalter an die AT angegliedert bleiben und nicht zu einer anderen Einrichtung wechseln müssen.

**Deshalb sollte die Arbeitstherapie zeitlich und inhaltlich flexiblere Angebote machen und eine Entwicklung hin zu Tagesstättenangeboten wäre richtungsweisend.**

### **Suizidrate**

Ungeklärt ist bisher die im Landkreis Nürnberger Land festgestellte erhöhte Suizidrate im Vergleich mit anderen bayerischen Versorgungsregionen. Hierzu fehlen noch Untersuchungen, aus denen sich wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen ableiten ließen.

### **Bedarfserkennung**

Die Bedarfserhebung des Bezirks Mittelfranken durch jährliche Abfragen erfasst den Bedarf nur zeitversetzt und nicht prospektiv. Es wurde bisher kein wirklich aussagekräftiges Instrumentarium gefunden, mit dem ein künftiger Bedarf festgestellt werden kann. Der vorliegende Bericht zeigt Tendenzen und Auffälligkeiten aus der Praxis, die eine Orientierung für weitere Planungen geben können.

### **Ambulante ärztlich psychiatrische Versorgung**

Die Ausstattung mit Nervenärzten und Psychiatern wird in der Versorgungsregion als nicht ausreichend gesehen. Im Durchschnitt müssen Patienten mit drei Monaten Wartezeit rechnen.

### **Psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder**

Dieses Thema wurde statistisch nicht behandelt. Es gilt weithin als „blinder Fleck“ im Gebiet der Sozialpsychiatrie. Einige Einrichtungen im Landkreis, wie Sozialpsychiatrischer Dienst und die Erziehungsberatungsstelle, haben sich seit 2016 diesen Arbeitsschwerpunkt gesetzt und leistungsträgerübergreifende Kooperationen initiiert. Auch die Frankenalbkllinik Engelthal ist daran beteiligt.

**Um entsprechend kombinierte Hilfen zu finden und zu finanzieren, sollten Eingliederungshilfe und Jugendhilfe unter Beteiligung der professionellen medizinischen Strukturen miteinander ins Gespräch kommen.**

### **Versorgungsstrukturen älter werdender Klienten**

Die Arbeit mit den älter werdenden Klienten zeigt, dass diese solange wie möglich selbstbestimmt in ihrer häuslichen Umgebung verweilen möchten. Dazu müssen altersgerechte Versorgungsstrukturen bereitgestellt und die Infrastruktur dementsprechend angepasst werden.

### **Wohnungsmarktlage**

Große Probleme bereitet aktuell die schwierige Lage am Wohnungsmarkt. Dies zeigt sich in für Klienten nicht bezahlbaren Mieten und somit nicht freiwerdenden stationären und ambulant betreuten Wohnplätzen. Einrichtungen müssen gezwungenermaßen immer öfter selbst Wohnungen anmieten, um sie an ihre Klienten weiter vermieten zu können. Probleme sind dabei:

- Mietverhältnisse können nicht nach Beendigung der soziotherapeutischen Maßnahme gekündigt werden.
- Klienten, die das Wohnraumangebot annehmen, ohne dass das Interesse am therapeutischen Angebot im Vordergrund steht, und so Wohnungen für motivierte Klienten belegen.
- Fehlende Wohngegenden, die ein gewisses Maß an Eigenheiten der Klienten tolerieren.

### **Schulische und berufsvorbereitende Maßnahmen**

Im Landkreis gibt es junge Klienten, die noch keine berufliche Ausbildung haben. Für diese Zielgruppe sollten die entsprechenden Angebote geschaffen bzw. weiterentwickelt werden.

**Es besteht daher die Notwendigkeit, die Angebote der schulischen und berufsvorbereitenden Maßnahmen für psychisch kranke und suchtkranke junge Menschen auszubauen.**

## 5. Fazit

Psychiatrierichterstattung ist sinnvoll, nötig und muss fortgeschrieben werden. Dies sollte künftig nach standardisierten Kriterien erfolgen, damit eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Landkreisen gegeben ist.

Als problematisch in der Datenerhebung für den vorliegenden Bericht stellten sich verschiedene Aspekte dar.

Zum einen liegt nur eine kleine Datenmenge aufgrund der Regionalität vor. Diese kleinen Zahlen unterliegen natürlich Schwankungen, die die Interpretation erschweren.

Zum anderen fiel im Rahmen der Datenauswertung auf, dass der Begriff „Doppeldiagnose“ in den verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich definiert wurde. Letztlich bezeichnet im vorliegenden Bericht die Doppeldiagnose jedes gemeinsame Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung und einer weiteren psychischen Erkrankung unabhängig vom zeitlichen Auftreten.

Im Rahmen der Berichterstattung ergaben sich folgende offene Fragen:

- Wie kann eine adäquate Versorgung für „Systemsprenger“ aussehen?
- Wie sieht die Alltagsbewältigung nach Abschluss der sozialpsychiatrischen Versorgung aus?
- Wo ist das neue Zuhause und erfolgt dort eine ambulante Versorgung und wenn ja, welche?
- Wie hoch ist die Zahl der Bewohner, die wieder in ein stationäres Setting zurückkehren?
- Welche Hilfen stehen zur Verfügung, um Klienten wieder auf den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln und wie viele können dort langfristig Fuß fassen?
- Wie sieht eine angemessene Versorgung psychisch erkrankter und suchtkranker Menschen im Seniorenalter aus?
- Wie sieht die angemessene Versorgung psychisch erkrankter und suchtkranker Menschen aus, wenn deren Bezugspersonen (Eltern, Geschwister, Verwandte) verstorben oder selbst pflegebedürftig sind?
- Welche Auswirkungen haben Gesetzesänderungen und politische Vorgaben (z. B. PsychKHG, BTHG, „ambulante vor stationärer Versorgung“, Krankenhausfinanzierung, PflWoqG)?

Diese Fragen stellen keine abschließende Zusammenstellung dar. Sie können als Anregung für künftige Schwerpunkte der Berichterstattung dienen.

Der Regionale Steuerungsverbund Nürnberger Land legt die dargestellten Sachverhalte dem Bezirk Mittelfranken und anderen Sozialleistungsträgern mit dem Ziel vor, dass die angesprochenen Themen und Informationen zu einer innovativen Weiterentwicklung der Versorgung beitragen mögen.

Anmerkungen und Anregungen werden gerne unter [rsv@nuernberger-land.de](mailto:rsv@nuernberger-land.de) entgegengenommen.

## 6. Anhang

### 6.1. Beteiligte am RSV im Landkreis Nürnberger Land

#### Mitglieder im RSV:

je eine Vertreterin oder ein Vertreter organisierter Gruppierungen von:

- Psychiatrieerfahrenen,
- Suchtbetroffenen,
- Angehörigen,
- Betreuern und Betreuerinnen sowie
- haupt- und ehrenamtlichen Helfern / Bürgerhelfern und
- gleichartigen Leistungserbringern natürlicher Personen

die / der Behindertenbeauftragte des Landkreises,

die / der Gleichstellungsbeauftragte des Landkreises,

der / die Psychiatriekoordinator / -koordinatorin für den Bezirk Mittelfranken,

die Leistungserbringer im Landkreis:

- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Nervenheilkunde,
- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
- je eine Vertreterin oder ein Vertreter der Leistungserbringer nach Art des Persönlichen Budgets,
- Sozialpsychiatrischer Dienst,
- Suchtberatungsstelle,
- Erziehungs- und Jugendberatungsstelle,
- Tagesstätten,
- Psychiatrische Krankenhäuser oder Krankenhäuser mit psychiatrischer oder Suchthilfe-Abteilung bzw. -Station,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte,
- Heime,
- Betreutes Wohnen,
- Integrationsfachdienste,
- Ansprechstellen nach § 12 SGB IX,

je eine Vertreterin oder ein Vertreter der freien Wohlfahrtsverbände,

je eine Vertreterin oder ein Vertreter folgender Leistungsträger:

- Gesetzliche Krankenkassen (SGB V),
- Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI),
- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (§ 6 SGB IX),
- örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger (SGB XII),
- Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII),
- Arbeitsförderung (SGB III),
- Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II),
- Pflegeversicherung (SGB XI),

je eine Vertreterin oder ein Vertreter:

- des Gesundheitsamtes Nürnberger Land,
- der Kommune (Landkreis Nürnberger Land),

die Mitglieder des Bezirkstages für den Landkreis Nürnberger Land.

Jede / r Sprecher / in eines Arbeitskreises des RSV ist kraft seiner / ihrer Funktion Mitglied des RSV

## **Leistungsträger und -erbringer, die die Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV-Vereinbarung) vom 19.04.2005 unterschrieben haben:**

### **Leistungsträger**

- Bezirk Mittelfranken, vertreten durch Herrn Bezirkstagspräsidenten Richard Bartsch
- Landkreis Nürnberger Land, vertreten durch Herrn Landrat Helmut Reich

### **Leistungserbringer** Trägerverbund im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV Nürnberger Land) mit

- Diakonisches Werk Altdorf, Hersbruck, Neumarkt e.V.
- Suchtberatungsstelle, Hersbruck
- Facheinrichtung Womega, Hersbruck
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Hersbruck
- Integra, Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen e.V., Hersbruck
- Lebenshilfe im Nürnberger Land e.V., Lauf
- Werkstatt für behinderte Menschen des Lebenshilfe e.V., Lauf-Schönberg
- Luisenhaus, Wohnheim für psychisch kranke Menschen, Vorra
- Caritasverband im Landkreis Nürnberger Land, Lauf
- Don-Bosco-Haus, Wohnheim für psychisch kranke und behinderte Menschen, Hersbruck
- Carisma Arbeitstherapie, Hersbruck
- Carisma Integrationsfirma, Hersbruck
- Frankenalb-Klinik, Engelthal

## **6.2. Erläuterung zu der ICD 10 Codierung (\*7)**

### F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F00.-\* Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-+)

F01.- Vaskuläre Demenz

F02.-\* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F03 Nicht näher bezeichnete Demenz

F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

F06.- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit

F07.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

F09 Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung

### F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika

F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein

F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene

F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

### F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F20.- Schizophrenie

F21 Schizotype Störung

F22.- Anhaltende wahnhaftige Störungen

F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen

F24 Induzierte wahnhaftige Störung

- [F25.- Schizoaffektive Störungen](#)
- [F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen](#)
- [F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose](#)
- [F30-F39 Affektive Störungen](#)
  - [F30.- Manische Episode](#)
  - [F31.- Bipolare affektive Störung](#)
  - [F32.- Depressive Episode](#)
  - [F33.- Rezidivierende depressive Störung](#)
  - [F34.- Anhaltende affektive Störungen](#)
  - [F38.- Andere affektive Störungen](#)
  - [F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung](#)
- [F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen](#)
  - [F40.- Phobische Störungen](#)
  - [F41.- Andere Angststörungen](#)
  - [F42.- Zwangsstörung](#)
  - [F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen](#)
  - [F44.- Dissoziative Störungen \[Konversionsstörungen\]](#)
  - [F45.- Somatoforme Störungen](#)
  - [F48.- Andere neurotische Störungen](#)
- [F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren](#)
  - [F50.- Essstörungen](#)
  - [F51.- Nichtorganische Schlafstörungen](#)
  - [F52.- Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit](#)
  - [F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert](#)
  - [F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten](#)
  - [F55.- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen](#)
  - [F59 Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren](#)
- [F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen](#)
  - [F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen](#)
  - [F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen](#)
  - [F62.- Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns](#)
  - [F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle](#)
  - [F64.- Störungen der Geschlechtsidentität](#)
  - [F65.- Störungen der Sexualpräferenz](#)
  - [F66.- Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung](#)
  - [F68.- Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen](#)
  - [F69 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung](#)
- [F70-F79 Intelligenzstörung](#)
  - [F70.- Leichte Intelligenzminderung](#)
  - [F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung](#)
  - [F72.- Schwere Intelligenzminderung](#)
  - [F73.- Schwerste Intelligenzminderung](#)
  - [F74.- Dissoziierte Intelligenz](#)
  - [F78.- Andere Intelligenzminderung](#)
  - [F79.- Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung](#)
- [F80-F89 Entwicklungsstörungen](#)
  - [F80.- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache](#)
  - [F81.- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten](#)
  - [F82.- Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen](#)
  - [F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen](#)
  - [F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen](#)
  - [F88 Andere Entwicklungsstörungen](#)
  - [F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung](#)
- [F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend](#)
  - [F90.- Hyperkinetische Störungen](#)
  - [F91.- Störungen des Sozialverhaltens](#)

- [F92.-](#) Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- [F93.-](#) Emotionale Störungen des Kindesalters
- [F94.-](#) Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- [F95.-](#) Ticstörungen
- [F98.-](#) Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- [F99-F99](#) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
- [F99](#) Psychische Störung ohne nähere Angabe

### 6.3. Abkürzungen

Alg	Arbeitslosengeld
AT	Arbeitstherapie
BayPsychKHG	Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
BeWo	Betreutes Wohnen
BTHG	Bundesteilhabegesetz
GA	gewöhnlicher Aufenthalt
GBE	Gesundheitsberichtserstattung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
KT	Kostenträger
LK FS	Landkreis Freising
LK FÜ	Landkreis Fürth
LK ERH	Landkreis Erlangen-Höchstadt
LK NL	Landkreis Nürnberger Land
n	Anzahl
PfleWoqG	Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz)
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
RSV	Regionaler Steuerungsverband
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WG	Wohngemeinschaft
ZVD	Zuverdienst

## 7. Quellennachweis

Nr.	auf Seite	Quelle
*1	17	Regionale Unterschiede Sterblichkeit Bayern; 2004 (Seite 12)
*2	23	Bericht psychische Gesundheit Erwachsene Bayern; April 2017 (Seiten 71 / 72)
*3	24/25	GBE Bund Gesundheit in Deutschland; November 2015 (Seiten 313 - 315)
*4	26	GBE Bund Gesundheit in Deutschland; November 2015 (Seite 127)
*5	27	GBE Bund Gesundheit in Deutschland; November 2015 (Seiten 205 und 206)
*6	111	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – Abrechnungsdaten; ( <a href="https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld03/index.htm">https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld03/index.htm</a> )
*7	127-129	<a href="http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html">http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html</a> (Stand: 14.02.2019)