



---

**Ausarbeitung**

---

**Verweildauer von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen und Entwicklung der Pflegeplanung in Nordrhein-Westfalen**





---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Empirische Erkenntnisse zur Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen und Einschätzung der bestehenden Kapazitäten</b>	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>Entwicklung und gegenwärtiger Stand der kommunalen Pflegeplanung sowie Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen</b>	<b>9</b>
4.1.	Entwicklung und gegenwärtiger Stand der bundes- und landesrechtlichen Grundlagen der Pflegeplanung in Nordrhein-Westfalen	9
4.2.	Entwicklung der Bedarfsplanungs- bzw. Pflegeplanungsinstrumente in Nordrhein-Westfalen	12
4.3.	Verweildauer der Pflegebedürftigen und Auslastung der Pflegeheime sowie künftiger Bedarf an Pflegeheimplätzen in Nordrhein-Westfalen	13
4.4.	Prognosen zum Bedarf an Pflegeheimplätzen in Nordrhein-Westfalen	15
4.5.	Auslastung der Pflegeheime und zur Verfügung stehende Kapazitäten in ausgewählten Kreisen bzw. kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens	16
4.5.1.	Kreis Recklinghausen	16
4.5.2.	Rhein-Sieg-Kreis	17
4.5.3.	Stadt Duisburg	17
<b>5.</b>	<b>Literatur</b>	<b>19</b>
<b>6.</b>	<b>Anlagen</b>	<b>21</b>

## 1. Einleitung

Das Thema Pflege gewinnt aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen zunehmend an Bedeutung. Aus diesem Grund hat der amtierende Bundesgesundheitsminister das Jahr 2011 zum Jahr der Pflege erklärt, in dem Reformen zur Verbesserung des vorhandenen Pflegeangebots auf den Weg gebracht werden sollen. In der öffentlichen Diskussion wird in Bezug auf die im Bereich der Pflege anstehenden Reformen häufig auf den zunehmenden Bedarf an (qualifizierten) Pflegekräften und Pflegeangeboten einschließlich stationärer Betreuungsmöglichkeiten hingewiesen. Andererseits wird zunehmend von Überkapazitäten im stationären Pflegesektor gesprochen, deren weiteres Ansteigen zu erwarten sei. Diese Entwicklung wird unter anderem auf eine zunehmend kürzere Verweildauer der pflegebedürftigen Personen in den stationären Einrichtungen zurückgeführt, die teilweise bereits als Orte der Sterbegleitung bezeichnet werden. Inwieweit sich die durchschnittliche Verweildauer in den Pflegeheimen in den letzten Jahren tatsächlich verkürzt hat, eine weitere Verkürzung zu erwarten ist und ob diese ggf. zu Überkapazitäten im stationären Pflegesektor geführt haben bzw. zunehmend führen werden, soll im Folgenden sowohl für die Bundesebene als auch speziell für Nordrhein-Westfalen genauer untersucht werden.

## 2. Empirische Erkenntnisse zur Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen

Um die Frage beantworten zu können, ob die Zahl der angebotenen Pflegeplätze die Nachfrage übersteigt und somit Überkapazitäten in diesem Bereich bestehen, ist unter anderem die Betrachtung der Verweildauer der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen von Interesse. In der Literatur wird zum Teil darauf hingewiesen, dass nur wenige Informationen über die Verweildauer in Pflegeheimen vorlägen<sup>1</sup>, die vorhandene Datenlage widersprüchlich sei<sup>2</sup> oder keine verlässlichen und vergleichbaren Zahlen über einen längeren Zeitraum zur Verfügung stünden.<sup>3</sup> Studien, die sich auch mit der Verweildauer der Pflegeheimbewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigen<sup>4</sup>, weisen zu Recht darauf hin, dass zwischen der Aufenthaltsdauer der Bewohner und ihrer Verweildauer in den jeweiligen Einrichtungen unterschieden werden müsse. Die Aufenthaltsdauer<sup>5</sup> beschreibt, wie lange die zum Zeitpunkt der jeweiligen Erhebung in den Einrichtungen lebenden Bewohner bereits dort stationär betreut werden. Die so ermittelte Aufenthaltsdauer gibt allerdings die tatsächliche Verweildauer der Heimbewohner nur unzureichend wieder, da die teils erhebliche Fluktuation der Bewohner<sup>6</sup> und somit der Aufenthalt von sog. Kurzverweilern auf diese Art nicht ausreichend berücksichtigt wird.<sup>7</sup> Insofern ist es wichtig, die ermittelte Aufenthaltsdauer entsprechend zu modifizieren. Um die tatsächliche Verweildauer

---

<sup>1</sup> Borchert/Rothgang (2007), S. 255, beigelegt als **Anlage 1**.

<sup>2</sup> Göttel (2009), S. 9.

<sup>3</sup> BMFSFJ (2006a), S. 108.

<sup>4</sup> Eine Übersicht über Studien im Pflegesektor, sowohl auf Bundes- als auch Regionalebene, sowie detaillierte Informationen zu den einzelnen Erhebungen enthält der GEK-Pflegereport (2008), S. 23 ff.

<sup>5</sup> Unter der Aufenthaltsdauer wird teilweise auch die tatsächliche Verweildauer verstanden, die angepasste Aufenthaltsdauer – vergleiche hierzu die nachfolgenden Ausführungen – wird in diesem Fall als durchschnittliche Verweildauer bezeichnet, so zum Beispiel in BMFSFJ (2004), S. 12. In den folgenden Ausführungen werden dagegen die Begriffe Aufenthaltsdauer und Verweildauer verwendet.

<sup>6</sup> BMFSFJ (2004), S. 12.

<sup>7</sup> BMFSFJ (2007), S. 132.

zu ermitteln, kann zum Beispiel zusätzlich abgefragt und in die Berechnung mit einbezogen werden, wie lange die zwei zuletzt verstorbenen Bewohner in der jeweiligen Einrichtung gelebt haben.<sup>8</sup>

Nach Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat sich die Dauer des Heimaufenthalts bis zur Einführung der sozialen Pflegeversicherung zunächst verlängert und seitdem wieder verkürzt.<sup>9</sup> Herangezogen wurden hierfür verschiedene regionale Studien. In einer dieser Studien wurde ein Zehnjahresvergleich zur Inanspruchnahme stationärer Altenhilfe in der Stadt Mannheim vorgenommen. Dabei wurde ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen von 20,2 auf 26,2 Monaten im Zeitraum 1982 bis 1992 ermittelt.<sup>10</sup> Im Rahmen einer anderen Studie wurde die Verweildauer stationär Pflegebedürftiger in entsprechenden Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg untersucht. Auch hier konnte ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer in Pflegeheimen von 26 Monaten im Jahr 1982 auf 33,6 Monate im Jahr 1992 festgestellt werden.<sup>11</sup> Die angenommene Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer nach Einführung der Pflegeversicherung wird nicht durch Studien belegt.

In den vergangenen Jahren wurden im Auftrag des BMFSFJ zwei – von Infratest auf Bundesebene durchgeführte – Studien veröffentlicht, die sich unter anderem auch mit der Frage der durchschnittlichen Verweildauer von Patienten in Altenpflegeeinrichtungen befasst haben. Die erste Erhebung fand im Jahr 1994 im Rahmen des Projekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung II (MuG II)“ statt. Die zweite Repräsentativerhebung stammt aus dem Jahr 2005. Deren Ergebnisse – sowie ein Vergleich mit den Ergebnissen der früheren Befragung – wurden im Abschlussbericht MuG IV<sup>12</sup> veröffentlicht. Sowohl in MuG II als auch im Rahmen von MuG IV wurde zwischen der Aufenthaltsdauer und der Verweildauer, in deren Berechnung – wie bereits dargestellt – die Aufenthaltsdauer der zwei zuletzt in der Einrichtung verstorbenen Bewohner einbezogen wurde, unterschieden. Sowohl die Aufenthaltsdauer als auch die Verweildauer war im Jahr 2005 kürzer als im Jahr 1994. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 1994 insgesamt 4,9 Jahre. Geschlechterspezifisch betrachtet ergab sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 4,5 Jahren bei Männern und von 5,0 Jahren bei Frauen. Diese Werte sanken 2005 auf 3,9 Jahre bzw. 47,3 Monate insgesamt sowie auf 3,6 Jahre bei den männlichen und auf 3,9 Jahre bei den weiblichen Bewohnern. Die Verweildauer, die 1994 noch durchschnittlich 56,4 Monate<sup>13</sup>

---

<sup>8</sup> Diese Vorgehensweise wurde bei den auf Bundesebene durchgeführten Infratest-Erhebungen gewählt, vergleiche die folgenden Ausführungen.

<sup>9</sup> BMFSFJ (2004), S. 11. Die soziale Pflegeversicherung trat stufenweise in Kraft. Während die Beitragszahlungspflicht bereits zum 1. Januar 1995 eingeführt worden ist, wurden Leistungen zur häuslichen Pflege erst ab 1. April 1995 bzw. zur stationären Pflege ab 1. Juli 1996 gewährt. Welcher Zeitpunkt konkret gemeint ist, wird aus den Ausführungen nicht ersichtlich.

<sup>10</sup> Bickel (1995), S. 17. Für die Bewohner von Wohn- und Altenheimen konnte im selben Zeitraum eine Verlängerung der Verweildauer von 64,8 Monaten auf 69 Monate festgestellt werden.

<sup>11</sup> Messmer (1995), S. 29.

<sup>12</sup> BMFSFJ (2007).

<sup>13</sup> Teilweise wird für 1994 von einer, im Rahmen der Infratest-Erhebung ermittelten, durchschnittlichen Verweildauer von 36 Monaten in pflegeorientierten Einrichtungen ausgegangen, so zitiert in BT-Drs. 14/5130, S. 128, auch zitiert in Göttel (2009), S. 9. Diese Zeitspanne bezieht sich auf die mittlere Verweildauer bis zum Ableben der Bewohner in Pflegeeinrichtungen mit mindestens 75% Pflegeplätzen. Für Einrichtungen mit Wohn- und Pflegeplätzen wurde ein Mittelwert von 73 Monaten ermittelt, vergleiche BMFSFJ (1997), S. 44.

betrug, sank auf 41,3 Monate im Jahr 2005. Für die Männer sank der Wert von 34,4 Monate auf 25,9 Monate, während die Frauen statt durchschnittlich 62,9 Monate nur noch 47,4 Monate in den Einrichtungen betreut wurden. 2005 betrug die Verweildauer von circa 22% der Heimbewohner weniger als sechs Monate. Weitere 9% lebten länger als sechs Monate aber weniger als ein Jahr in den Einrichtungen. Der Anteil dieser zwei Bewohnergruppen betrug im Jahr 1994 noch 18 bzw. 11%. Im Gegensatz dazu konnte für 16% der Bewohner eine Verweildauer zwischen fünf und zehn Jahren und für 6% von mehr als 10 Jahren ermittelt werden. 1994 wiesen jeweils 14% eine solche Verweildauer auf. Der Bericht kommt aufgrund dieser Zahlen – trotz des Anteils der Bewohner, die bereits relativ kurz nach Beginn der stationären Betreuung verstarben – zu dem Ergebnis, dass vollstationäre Einrichtungen in Deutschland mehrheitlich nicht als Sterbehospize charakterisiert werden können.<sup>14</sup>

Auf der Grundlage statistischer Daten aus den Jahren 2000 bis 2005 kommt eine andere Untersuchung zu dem Ergebnis, dass sich die Verweildauer nicht verkürzt habe, wobei diese Aussage auf den Zeitraum der ersten zwölf Monate des Heimaufenthalts begrenzt wurde. Betrachtet wurde das Sterblichkeitsrisiko im ersten Jahr der stationären Betreuung. Dieses schwankte im Beobachtungszeitraum und war zu Beginn der Betrachtung, also im Jahr 2000, am geringsten. Das größte Risiko während der ersten zwölf Monate nach Heimeintritt zu versterben, bestand danach im Jahr 2003. Nach diesem Zeitpunkt kam es zu einer Abnahme des Sterblichkeitsrisikos. Die Autoren der Studie ziehen daraus den Schluss, dass es im ersten Jahr des Heimaufenthaltes in den letzten Jahren zu keinem Anstieg des Sterblichkeitsrisiko gekommen ist und dass daher die Verweildauer – zumindest in diesem Zeitraum – nicht abgenommen hat. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass die Betrachtung längerer Zeiträume zu genaueren und damit wohl auch zu anderen Ergebnissen führen könne.<sup>15</sup>

Eine Untersuchung der GEK aus dem Jahr 2009 kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass die im Jahr 2000 erstmalig pflegebedürftigen Frauen im Beobachtungszeit von 8,5 Jahren durchschnittlich 13,9 Monate stationär betreut wurden. Für Männer wurde eine durchschnittliche Betreuungszeit in der stationären Pflege von 6,4 Monaten ermittelt.<sup>16</sup>

Abgesehen von den vorgenannten empirischen Erkenntnissen zur Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen ist für die Einschätzung, ob Überkapazitäten im Bereich der stationären Pflege bestehen, auch die zukünftige Entwicklung dieses Parameters von Bedeutung. Insofern ist nach den Faktoren zu fragen, die auf die Verweildauer der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen Einfluss nehmen. So wirken sich zum Beispiel der Familienstand und das Geschlecht des Pflegebedürftigen auf die Dauer des Heimaufenthaltes auf. Personen, die verwitwet, ledig oder geschieden sind, haben eine längere Aufenthaltsdauer in Pflegeeinrichtungen als verheiratete Personen. Männer werden größtenteils länger von ihren meist jüngeren Frauen gepflegt, so dass sie in der Regel eine kürzere Zeit in Pflegeeinrichtungen verbringen als Frauen<sup>17</sup> und sich bei einem Wechsel in die stationäre Pflege zumeist in einem schlechteren Gesundheitszustand als Frauen befinden.<sup>18</sup> Durch das höhere Verwitwungsrisiko von Frauen steigt bei diesen die

---

<sup>14</sup> BMFSFJ (2007), S. 130 ff, für 2005 auch BMFSFJ (2006b), S. 17.

<sup>15</sup> Bochert/Rothgang (2007), S. 263 ff.

<sup>16</sup> GEK-Pflegereport (2009), S. 19.

<sup>17</sup> BT-Drs. 14/5130, S. 128.

<sup>18</sup> Borchert/Rothgang (2007), S. 263.

Wahrscheinlichkeit, formelle Pflege und damit auch stationäre Betreuungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen zu müssen.<sup>19</sup>

Auch das Alter der Pflegebedürftigen bei Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung, das sog. Eintrittsalter, wird als eine Ursache für das Absinken der Verweildauer angesehen. Für den Zeitraum vom Jahr 2000 bis 2005 konnte festgestellt werden, dass lediglich bei Frauen das Durchschnittseintrittsalter leicht angestiegen ist. Für die Jahre 2000 bis 2004 kam es zu einem Anstieg des Eintrittsalters, der jedoch größtenteils auf die Gruppe der Hochaltrigen zurückzuführen war. Im Jahr 2005 waren Heimbewohner beim Heimeintritt weitestgehend im gleichen Alter wie im Jahr 2000. Insgesamt war ein starker Anstieg dieses Wertes nicht nachweisbar. Der vermutete Zusammenhang zwischen einem höheren Eintrittsalter und dem Sterblichkeitsrisiko konnte hingegen bestätigt werden. So verstarb die Hälfte der Personen zwischen 90 und 100 Jahren 15,5 Monate nach Eintritt in das Pflegeheim. Bei den 60- bis 69-Jährigen war dies erst nach 25,5 Monaten der Fall. Insofern konnte ein Zusammenhang zwischen Eintrittsalter und Verweildauer bejaht werden. Letztere war umso höher, je jünger die pflegebedürftige Person zum Zeitpunkt des stationären Behandlungsbeginns war.<sup>20</sup> Inwieweit der medizinische Fortschritt in Zukunft einen Anstieg des Eintrittsalters nach sich ziehen wird, wurde bisher nicht untersucht. Auch wenn dies durchaus denkbar und realistisch erscheint, darf in diesem Zusammenhang nicht vernachlässigt werden, dass der medizinische Fortschritt nicht nur ein steigendes Eintrittsalter, sondern ggf. auch eine steigende Lebenserwartung zur Folge haben könnte. Die verbesserte medizinische Betreuung in Pflegeheimen könnte trotz eines höheren Eintrittsalters damit auch zu längeren Verweildauern in den Einrichtungen führen.<sup>21</sup>

Neben dem Eintrittsalter wird oftmals auch der zunehmend schlechtere Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen beim Heimeintritt und ein dadurch bedingtes früheres Versterben für ein Absinken der Verweildauer verantwortlich gemacht. Auch dieser Frage geht die vorgenannte Studie nach. Als Maßstab für die Morbidität der stationär betreuten Pflegebedürftigen wurden die Pflegestufen nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI<sup>22</sup>) herangezogen. Je nach Pflegebedarf wird der Pflegebedürftige danach der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftiger), der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftiger) oder Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftiger) zugeordnet. In den letzten Jahren hat der Anteil der stationär betreuten Pflegebedürftigen der Pflegestufe I zugenommen, der der Pflegestufen II und III hingegen abgenommen. So ist der relative Anteil der Heimbewohner mit Pflegestufe I von 38,4% im Jahr 2000 auf 46,9% gestiegen. Dies widerlegt die Annahme, dass sich Pflegebedürftige bei Aufnahme in ein Pflegeheim in zunehmend schlechterem Zustand befinden. Vielmehr ist der Anteil der bei Heimeintritt bereits Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) gesunken. Die Verfasser der Studie weisen an dieser Stelle jedoch darauf hin, dass die Einstufung in Pflegestufen die tatsächliche Morbidität nicht vollständig abbilden könne, da diese stets Ergebnis eines sozialrechtlichen Begutachtungsprozesses sei. Gleichwohl ist auch im Hinblick auf den Gesundheitszustand beim Heimeintritt ein Zusammenhang mit der Verweildauer nachweisbar. Personen, die bei Aufnahme in ein Pflegeheim bereits schwerstpfle-

<sup>19</sup> GEK-Pflegereport (2008), S. 10.

<sup>20</sup> Borchert/Rothgang (2007), S. 258 ff.

<sup>21</sup> Weitere Argumente zur möglichen Auswirkung des medizinischen Fortschritts auf das Eintrittsalter und die Verweildauer in Pflegeheimen können der Studie von Bickel (1995), S. 7f., entnommen werden.

<sup>22</sup> In der Fassung vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, zuletzt geändert durch Artikel 12 Abs. 7 des Gesetzes vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453). Das SGB XI wurde durch das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz, PflegeVG) eingeführt.

gebedürftig waren, wiesen das größte Sterblichkeitsrisiko auf. Von dieser Personengruppe war bereits nach 8,2 Monaten die Hälfte verstorben. Von den bei Heimeintritt in Pflegestufe II eingestuften Personen war die Hälfte erst nach 16,8 Monaten verstorben, bei den Pflegebedürftigen der Stufe I traf dies erst nach 31,1 Monaten zu.<sup>23</sup>

Darüber hinaus können weitere Faktoren Einfluss auf die Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen haben. Einer davon ist das Auftreten und die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. So steigt beim Vorliegen von Demenz die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Darüber hinaus führen derartige Erkrankungen zu längeren Pflegeverläufen, höheren Pflegestufen und einer höheren Inanspruchnahme professionell erbrachter Pflegeleistungen. Untersucht wurde dieser Zusammenhang im BARMER GEK Pflegereport 2010.<sup>24</sup> Danach werden 28% aller pflegebedürftigen GEK-Versicherten vollstationär gepflegt, während dieser Anteil bei den pflegebedürftigen Demenzen in Abhängigkeit vom Alter zwischen 40 und 70% liegt. Betrachtet man die über 60-Jährigen, haben 12% aller pflegebedürftigen Versicherten die Pflegestufe III. Von den demenzen Versicherten derselben Altersklasse weisen 20% einen Pflegebedarf aus, der zu einer Einstufung in diese Pflegestufe führt. Es wird geschätzt, dass die Anzahl Demenzkranker in Deutschland von derzeit 1,2 Millionen auf 2,5 Millionen im Jahr 2060 steigt. Dieser Schätzung liegt die Annahme zugrunde, dass der Anteil der älteren Bevölkerung steigt und die altersspezifische Prävalenz, also die Krankheitshäufigkeit, gleich bleibt. Legt man diese Zahlen zugrunde, kann von einer steigenden Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen ausgegangen werden.

Zusätzlich zu den bereits genannten Aspekten hat auch das Ausmaß der häuslichen Pflege Auswirkungen auf die zukünftige Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Ein Anstieg der häuslichen Pflege hätte – bei gleichbleibendem Pflegebedarf – eine verringerte Nachfrage nach formellen Pflegedienstleistungen und somit auch nach stationären Betreuungsleistungen zur Folge. Verringert sich in Zukunft der Anteil der häuslichen Pflege, so kann von einer steigenden Nachfrage ausgegangen werden. Aufgrund demografischer und anderer gesellschaftlicher Faktoren wird angenommen, dass die Pflege in Zukunft nur noch in geringerem Ausmaß von Angehörigen übernommen wird. Von dieser Entwicklung profitieren Schätzungen zufolge sämtliche Anbieter professioneller Pflegedienstleistungen, wobei insbesondere ambulante Dienste zunehmend nachgefragt sein werden. Für den stationären Bereich wird mit einem Anstieg der Pflegefälle von 709.000 im Jahr 2007 auf 962.00 im Jahr 2020 und 1.111.000 bis 2030 ausgegangen. Für die Berechnung wurde von konstanten Pflegequoten ausgegangen.<sup>25</sup>

### **3. Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen und Einschätzung der bestehenden Kapazitäten**

Die Verweildauer der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen hat auch Auswirkungen auf die Auslastung entsprechender Einrichtungen. Insofern wirken sich Faktoren, die Einfluss auf die Verweildauer haben, auch auf die Auslastung von stationären Einrichtungen aus. Im Folgenden werden statistische Daten zum Auslastungsgrad dargestellt. Allerdings kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit sich die Verweildauer oder andere Faktoren auf den Auslastungsgrad auswirken.

---

<sup>23</sup> Borchert/Rothgang (2007), S. 261 ff.

<sup>24</sup> BARMER GEK (2010)

<sup>25</sup> RWI (2009a), S. 4, beigelegt als **Anlage 2**.

Im Jahr 1994 waren auf Bundesebene 97% der vorhandenen Pflegeplätze belegt, Ende 2005 waren es nur noch 93%. Da in den Einrichtungen Plätze teilweise flexibel, d.h. voll- oder teilstationär oder auch für die Kurzzeitpflege, genutzt werden, kann der Grad der Auslastung unterschiedlich beurteilt werden. Aufgrund der vorgenannten Zahlen sieht das BMFSFJ keine Überkapazitäten im Bereich der vollstationären Versorgung, wobei mögliche regionale Besonderheiten unberücksichtigt geblieben sind.<sup>26</sup> Ende 2007 waren 87,6% aller angebotenen Pflegeplätze, ohne Unterscheidung zwischen Dauer- und Kurzzeitpflege sowie Tages- und Nachtpflege, belegt.<sup>27</sup> Zwei Jahre später waren es 86,6% des Platzangebots<sup>28</sup>, die Auslastung ist somit leicht zurückgegangen.

Zwischen 1999 und 2005 ist die Anzahl der Pflegeheime und die der verfügbaren Pflegeplätze um 25% gestiegen. Seit 2003 sinkt die Auslastung der Pflegeeinrichtungen, wobei Selbstzahler der sog. Pflegestufe 0 ohne Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei diesen Berechnungen unberücksichtigt geblieben sind.<sup>29</sup> Bis 2011 wird mit einer sinkenden Auslastung gerechnet. Allerdings wird nach diesem Zeitpunkt von einem steigenden Bedarf ausgegangen. So werden Schätzungen zufolge im Vergleich zum Jahr 2010 bis zum Jahr 2020 weitere 150.000 Plätze und bis 2030 circa 230.000 Plätze benötigt. Begründet wird dies mit einem Anstieg der Zahl stationärer Pflegefälle um 36% bis zum Jahr 2020 bzw. 57% bis zum Jahr 2050<sup>30</sup> und der rückläufigen Pflege von Pflegebedürftigen durch Familienangehörige.<sup>31</sup>

#### **4. Entwicklung und gegenwärtiger Stand der kommunalen Pflegeplanung sowie Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen**

##### **4.1. Entwicklung und gegenwärtiger Stand der bundes- und landesrechtlichen Grundlagen der Pflegeplanung in Nordrhein-Westfalen**

Bereits aus Art. 30 i.V.m. 70 Abs. 1 Grundgesetz (GG<sup>32</sup>) ergibt sich, dass die Gesetzgebungskompetenz zur Daseinsvorsorge im Pflegesektor aufgrund fehlender Gesetzgebungsbefugnisse für den Bund bei den Ländern liegt. Darüber hinaus wurde auf Betreiben der Länder eine entsprechende Regelung in das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) als Grundlage der sozialen Pflegeversicherung aufgenommen.<sup>33</sup> Gemäß § 9 Satz 1 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. § 9 Satz 2 Halbsatz 1 SGB XI bestimmt, dass das Nähere hinsichtlich der Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch Landesrecht bestimmt wird.<sup>34</sup> In Nordrhein-Westfalen ist das Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz

---

<sup>26</sup> BMFSFJ (2007), S. 157.

<sup>27</sup> Destatis (2007), S. 22.

<sup>28</sup> Destatis (2009), S. 19.

<sup>29</sup> Augurzky/Krolop (2009), S. 18.

<sup>30</sup> Pressemitteilung RWI (2009).

<sup>31</sup> RWI (2009a), S. 4.

<sup>32</sup> In der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2010 (BGBl. I S. 944).

<sup>33</sup> Höfer/Krahmer, in: Klie/Krahmer u.a. (2010), § 9 SGB XI, Rn. 5 ff., auch Rothgang (2000), S. 1004 (46).

<sup>34</sup> Eine Übersicht über die entsprechenden Landesgesetze bietet Behrend, in: Udsching u.a. (2010), § 9 SGB XI, Rn. 7.

Nordrhein-Westfalen, PfG NW<sup>35</sup>) einschlägig. Nach § 2 PfG NW sind die Kreise und kreisfreien Städte zur Sicherstellung einer pflegerischen Angebotsstruktur verpflichtet. Diese soll den örtlichen Anforderungen entsprechen und die Trägervielfalt berücksichtigen.

Die Verpflichtung der Länder zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen beinhaltet keine Ermächtigung, das Angebot am vorhandenen Bedarf auszurichten<sup>36</sup>, vielmehr muss es sich um eine wettbewerbsneutrale Förderung handeln.<sup>37</sup> In den Jahren nach Einführung der sozialen Pflegeversicherung fand dennoch in fast allen Bundesländern<sup>38</sup> eine Bedarfsplanung statt. So war die Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen in der Regel an die Aufnahme in einen Bedarfsplan geknüpft, nicht als bedarfsnotwendig angesehenen Einrichtungen sollte so der Marktzutritt erschwert werden.<sup>39</sup> Diese Beschränkung des Marktzutritts warf allerdings zum einen verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf die in Artikel 12 Abs. 1 GG garantierte Berufsfreiheit auf<sup>40</sup> und entsprach zum anderen auch nicht der Absicht des Gesetzgebers, den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen zu fördern und einen geschlossenen Pflegemarkt zu verhindern.<sup>41</sup> Überkapazitäten wurden vom Gesetzgeber als sinnvoll und wünschenswert angesehen.<sup>42</sup> Auch wenn die Vorhaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur den Ländern obliegt, müssen nach § 69 SGB XI die Pflegekassen den Sicherstellungsauftrag erfüllen, bei denen somit die Verschaffungspflicht liegt.<sup>43</sup> Diese schließen daher unter anderem Versorgungsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI, die bei Erfüllung bestimmter – in § 72 Abs. 3 S. 1 SGB XI im Einzelnen festgelegter – Voraussetzungen einen Anspruch auf Abschluss eines solchen Versorgungsvertrages haben. Dabei wird nicht auf den Bedarf an Pflegeeinrichtungen abgestellt. Ausschlaggebend ist gemäß § 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB XI unter anderem vielmehr, dass die Pflegeeinrichtung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bietet. Die Pflicht zur Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden Versorgung zielt insofern auf die Vermeidung einer Unterversorgung ab und ist nicht auf die bedarfsgerechte Begrenzung des Angebots ausgerichtet. Ausgenommen davon sind Pflegeeinrichtungen in kommunaler Trägerschaft. Da freigemeinnützige und private Träger nach § 11 Abs. 2 Satz 3 und § 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern haben, kann letzteren bei bestehender Überversorgung die Zulassung verweigert werden.<sup>44</sup> Dennoch sahen die

---

<sup>35</sup> In der Fassung vom 26. Mai 2005, abrufbar unter:  
[https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?print=1&anw\\_nr=2&gld\\_nr=%208&ugl\\_nr=820&val=3867&ver=0&sg=0&menu=1&aufgehoben=N&keyword=&bes\\_id=3867#FN1](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?print=1&anw_nr=2&gld_nr=%208&ugl_nr=820&val=3867&ver=0&sg=0&menu=1&aufgehoben=N&keyword=&bes_id=3867#FN1)

<sup>36</sup> Höfer/Krahmer, in: Klie/Krahmer u.a. (2010), § 9 SGB XI, Rn. 9. Auf die Einzelheiten der Förderung von Pflegeeinrichtungen durch die Länder wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

<sup>37</sup> MAGS (2007), S. 11, beigelegt als **Anlage 3**.

<sup>38</sup> Einzige Ausnahme war das Land Bremen, in dem eine Bedarfssteuerung durch Investitionssteuerung ohne Bedarfsplanung erfolgte, vergleiche Rothgang (2000), S. 1004 (46).

<sup>39</sup> Rothgang (2000), S. 1004 (46).

<sup>40</sup> So widerspricht die sachlich nicht gerechtfertigte Mittelvergabe an Konkurrenten dem Grundrecht auf freie Berufsausübung, vergleiche dazu MAGS (2007), S. 12.

<sup>41</sup> Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, in: Bundestagsdrucksache 12/5262, S. 136.

<sup>42</sup> Rothgang (2000), S. 1003 (45).

<sup>43</sup> Rothgang (2000), S. 1004 (46).

<sup>44</sup> MAGS (2007), S. 13.

meisten Bundesländer – so auch Nordrhein-Westfalen – in ihren entsprechenden Landespflegegesetzen ursprünglich eine Vorhaltepflcht für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur vor.<sup>45</sup>

Aufgrund der bereits erwähnten verfassungsrechtlichen Bedenken<sup>46</sup> hat das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 28. Juni 2001<sup>47</sup> festgestellt, dass zur Versorgung zugelassene Pflegeeinrichtungen von einer gewährten Landesförderung nicht ausgeschlossen werden dürfen und die Investitionsförderung somit von der Pflegebedarfsplanung zu entkoppeln ist.<sup>48</sup> Daraufhin wurden die Regelungen des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen im Jahr 2003 entsprechend angepasst.<sup>49</sup> Seit Inkrafttreten der Änderungen zum 1. August 2003 ist eine Förderung von Pflegeeinrichtungen nach § 9 Abs. 2 Satz 1 PFG NW an das Vorliegen eines Versorgungsvertrages sowie einer vertraglichen Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI gebunden.<sup>50</sup> Es wird nicht mehr auf den Bedarf an entsprechenden Pflegeeinrichtungen abgestellt. Die Pflegebedarfsplanung wurde daher ab diesem Zeitpunkt durch die kommunale Pflegeplanung ersetzt. Diese ist in § 6 PFG NW geregelt und dient unter anderem der Bestandsaufnahme über das vorhandene Angebot an Pflegeeinrichtungen (Abs. 1 Satz 1 Nr. 1). Dadurch soll festgestellt werden, inwieweit ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Hilfeangebot zur Verfügung gestellt wird (Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) und welche Maßnahmen die Kreise und kreisfreien Städte zur Sicherung und Weiterentwicklung des Hilfeangebots ggf. ergreifen müssen (Abs. 1 Satz 1 Nr. 3). Die Kreise und kreisfreien Städte sind nach § 6 Abs. 2 Satz 1 PFG NW verpflichtet, regelmäßig über die Entwicklung auf dem örtlichen Pflegemarkt zu berichten. Bei der Aufstellung kommunaler Pflegepläne sind die kreisangehörigen Gemeinden und die kommunalen Pflegekonferenzen<sup>51</sup> nach § 6 Abs. 1 S. 2 PFG NW durch die Kreise zu beteiligen. Für das Verfahren zur kommunalen Pflegeplanung gibt das für die Pflegeversicherung zuständige Ministerium – derzeit das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen – unter Mitwirkung des Landespflegeausschusses Empfehlungen gemäß § 6 Abs. 3 PFG NW heraus. In diesen Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der kommunalen Pflegeplanung<sup>52</sup> aus dem Jahr 2007<sup>53</sup> werden einerseits die rechtlichen Hintergründe für den Wechsel von der Pflegebedarfs- zur Pflegeplanung dargestellt und andererseits unter anderem Hinweise zur Organisation des Planungsprozesses gegeben.<sup>54</sup>

---

<sup>45</sup> Rothgang (2000), S. 1006 (48).

<sup>46</sup> Auf eine ausführliche Darstellung dieser verfassungsrechtlichen Bedenken wird hier verzichtet.

<sup>47</sup> BSG-Urteil vom 28.06.2001, B 3 P 9/2000 R, zitiert u.a. in MAGS (2007), S. 12.

<sup>48</sup> Ausführliche Informationen zur Notwendigkeit der Entkoppelung von Pflegebedarfsplanung und Förderverfahren in MAGS (2007), S. 11 ff.

<sup>49</sup> MAGS (2009), S. 4, beigefügt als **Anlage 4**.

<sup>50</sup> Die ebenfalls erwähnte vertragliche Regelung der Vergütung nach § 89 SGB XI bezieht sich auf ambulante Pflegeleistungen und die hauswirtschaftliche Versorgung und ist daher für den Bereich der stationären Pflege ohne Bedeutung.

<sup>51</sup> Diese werden nach § 5 Abs. 1 PFG NW von den Kreisen und kreisfreien Städten unter anderem zur Mitwirkung an der kommunalen Pflegeplanung eingerichtet (§ 5 Abs. 2 PFG NW).

<sup>52</sup> MAGS (2007)

<sup>53</sup> Diese wurden vom damals zuständigen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) erstellt. Mittlerweile werden die Aufgaben vom MGEPA sowie dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS) wahrgenommen.

<sup>54</sup> Vergleiche hierzu die nachfolgenden Ausführungen zu Gliederungspunkt 4.2.

#### 4.2. Entwicklung der Bedarfsplanungs- bzw. Pflegeplanungsinstrumente in Nordrhein-Westfalen

Wie bereits dargestellt<sup>55</sup>, war auch in Nordrhein-Westfalen die Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen bis zur Novellierung des Landespflegegesetzes im Jahr 2003 an den Pflegeplatzbedarf gekoppelt. Dieser wurde in sog. Pflegebedarfsplänen dargestellt. Zur Ermittlung des Bedarfs standen verschiedene Instrumente zur Verfügung, die im Laufe der Zeit kontinuierlich weiterentwickelt wurden. Im Hinblick auf die Bedarfsplanung hatte Nordrhein-Westfalen innerhalb der Bundesrepublik die Vorreiterrolle inne. Erste Vorüberlegungen, die in die Erstellung der Landesaltenpläne 1975 sowie 1991 mündeten, wurden bereits im Jahr 1958 angestellt.<sup>56</sup> 1995 wurde die sog. „indikatorengestützte“ Bedarfsplanung eingeführt. Auf der Grundlage von Bevölkerungs-, Bedarfs- und Bestandsindikatoren wurden Bedarfe ermittelt, in die auch regionale Gegebenheiten einbezogen wurden. Darüber hinaus wurden verschiedene Alterssegmente ebenso wie die Substitution zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten berücksichtigt. Diese Methode war auf die sozialplanerische Ermittlung objektiver Bedarfe gerichtet. Unter anderem aufgrund des PflegeVG wurde nur kurze Zeit später die Bedarfsplanung umgestellt und an der Nachfrage orientiert. Hierbei wurde auf eine Prognose der zukünftigen Inanspruchnahme pflegerischer Dienste abgestellt. Nach einer kleinräumigen Bestandserhebung, die durch die Erstellung eines Pflegeberichts ihren Abschluss fand, wurde die gegenwärtige Inanspruchnahme fortgeschrieben. Dabei wurden verschiedene Indikatoren, wie zum Beispiel verschiedene Alterssegmente, die Entwicklung des häuslichen Pflegepotenzials und die Nutzerstruktur, berücksichtigt. Die ermittelten Ergebnisse wurden im Nachgang im Rahmen von kommunalen Pflegekonferenzen qualitativ nachbearbeitet. Auf diese Weise fanden kommunale Besonderheiten Eingang in die Ermittlung des Pflegebedarfs. Untersuchungen ergaben allerdings, dass auf Grundlage dieses Bedarfsermittlungsmodells keine zuverlässigen Prognosen ermittelt werden konnten; dies galt auch für sehr kurzfristige Prognosen.<sup>57</sup>

Seit Inkrafttreten der Novellierung des Landespflegegesetzes zum 1. August 2003 werden Pflegeeinrichtungen losgelöst vom Bedarf an entsprechenden Einrichtungen gefördert. Die kommunale Pflegebedarfsplanung wurde umgestellt auf die kommunale Pflegeplanung. Damit diese als Grundlage für die Sicherstellung und Weiterentwicklung des vorhandenen Angebots an Pflegeeinrichtungen dienen kann, ist die Erhebung vielfältiger Daten – zum aktuellen Stand der örtlichen Versorgungsstrukturen ebenso wie zu den zu erwartenden Entwicklungen – notwendig. Einige dieser Daten werden auf Grundlage von § 109 SGB XI in Verbindung mit § 4 Abs. 1 der Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV<sup>58</sup>) direkt vom Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT-NRW)<sup>59</sup> erhoben. Zu den auf diesem Weg erhobenen Pflegeinfrastrukturdaten gehören neben der Art der Pflegeeinrichtungen, den Trägern und der Art des Leistungsträgers auch statistische Daten zu den in der Pflege beschäftigten Personen sowie zu

---

<sup>55</sup> Vergleiche hierzu die Ausführungen zum vorangegangenen Gliederungspunkt 4.1.

<sup>56</sup> Einzelheiten dazu können den Ausführungen von Rothgang (2000), S. 1007 (49) entnommen werden.

<sup>57</sup> Alle Informationen in Rothgang (2000), S. 1007 f. (49 f.) und 1015 f. (57 f.).

<sup>58</sup> Pflegestatistik-Verordnung vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2282).

<sup>59</sup> Dieses ist seit 2009 das Statistische Landesamt von Nordrhein-Westfalen und hat seit diesem Zeitpunkt unter anderem die Aufgaben des ehemaligen Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen übernommen.

den betreuten Pflegebedürftigen und Angaben zu den in Anspruch genommenen Pflegeleistungen. Im Hinblick auf die betreuten pflegebedürftigen Personen werden Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort und Grad der Pflegebedürftigkeit erfasst. Für eine ortsnahe Planung sind darüber hinaus weitere Daten erforderlich. Ergänzende Daten sollen nach den Empfehlungen des MAGS unter Abwägung von Kosten und Ertrag erhoben werden. Explizit angesprochen werden in diesem Zusammenhang Informationen über die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufe 0, die Verweildauern in den Pflegeeinrichtungen und die Auslastungsgrade der stationären Pflege. Das MAGS hat die Daten aufgelistet, die für die jeweilige kommunale Pflegeplanung von Bedeutung sein können. Die Liste stellt allerdings lediglich eine Empfehlung dar, da die Entscheidung über die Erhebung zusätzlicher Daten in der Verantwortung der Kreise und kreisfreien Städte liegt<sup>60</sup>.

Der Aspekt, dass nicht ausschließlich das Verhältnis von Angebot und Nachfrage zur Beurteilung der Frage herangezogen wird, inwieweit die vorhandene Pflegeinfrastruktur quantitativ (und qualitativ) ausreicht, gewinnt in der Pflegeplanung im Vergleich zur früheren Pflegebedarfsplanung zunehmend an Bedeutung. So erschöpft sich die kommunale Pflegeplanung nicht in Prognosen über die Nachfrage und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und einen daraus ableitbaren zusätzlichen Bedarf. Vielmehr ist anhand der erhobenen Daten – sowohl der bereits verfügbaren als auch der darüber hinaus gesondert noch zu ermittelnden Daten – die Erstellung verschiedener Szenarien möglich. Beispielhaft spricht das MAGS hierbei den Einfluss eines Ausbaus pflege- und wohnbegleitender Dienste auf die Inanspruchnahme stationärer Leistungen sowie einer Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements auf die Nutzung professioneller Unterstützungsleistungen an. Letztendlich müssen die entwickelten Szenarien ebenso wie die zusätzlich zu erhebenden Daten die regionalen Besonderheiten berücksichtigen.<sup>61</sup> Aus diesem Grund können die konkret entworfenen Szenarien ebenso wie die Datenlage innerhalb Nordrhein-Westfalens variieren.<sup>62</sup>

#### 4.3. Verweildauer der Pflegebedürftigen und Auslastung der Pflegeheime sowie künftiger Bedarf an Pflegeheimplätzen in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen gab es Mitte Dezember 2007 insgesamt 2.138 stationäre Pflegeeinrichtungen mit 161.155 Dauerpflegeplätzen<sup>63</sup>. Im Vergleich zum Jahr 2003 existierten damit circa 12% mehr Pflegeheime, während sich die Anzahl der Pflegeplätze um circa 7% erhöhte. Vergleicht man die Zahlen aus 2007 mit denen des Jahres 1999, ergibt sich ein Anstieg um circa 14% bei den Heimen und 13,5% bei den Plätzen. Betrachtet man die Versorgungsdichte in der vollstationären Pflege in Bezug auf die Einwohner im Alter von mindestens 80 Jahren, so ist festzustellen, dass diese trotz insgesamt steigenden Platzangebots in den letzten Jahren gesunken ist. Gab es im Jahr 1999 noch 22,7 Plätze je 100 Einwohner dieser Altersgruppe, waren es im Jahr 2003 nur noch 20,5 und im Jahr 2007 nur noch 19,1 Plätze. Die Versorgungsdichte in Bezug auf die Einwohner, die mindestens 65 Jahre alt sind, ist von 4,8 Plätzen je 100 Einwohnern dieser Altersgruppe im Jahr 1999 leicht auf 4,6 Plätze 2003 gesunken. Nach einem weiteren Absinken im Jahr

---

<sup>60</sup> Informationen zu den zu erhebenden Daten und den Empfehlungen zur darüber hinausgehenden Datenerhebung in MAGS (2007), S. 22ff.

<sup>61</sup> Alle Angaben in MAGS (2007), S. 28.

<sup>62</sup> Weitere Informationen zur Bewertung der Infrastruktur für Hilfe- und Pflegebedürftige, zur Beeinflussung des Pflegemarktes durch das Instrument der kommunalen Altenhilfe- und Pflegeplanung sowie zur Beschreibung der Vorgehensweise bei der Organisation des Planungsprozesses in MAGS (2007).

<sup>63</sup> Tages- und Nachtpflegeplätze wurden dabei nicht berücksichtigt.

2005 auf 4,5 Plätze je 100 Einwohner im Alter von mindestens 65 Jahren ist dieser Wert 2007 wieder auf 4,6 Plätze angestiegen.<sup>64</sup>

Insgesamt sind etwa 485.000 Personen und somit circa 2,7% der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen pflegebedürftig, 245.000 Menschen im Alter von mindestens 65 Jahren sind dement.<sup>65</sup> Nachdem die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2005 eher rückläufig war, kam es danach zu einem sprunghaften Anstieg dieser Zahl. Insgesamt ist die Zahl der pflegebedürftigen Personen seit 2003 um 5,5% gestiegen, wobei der Zuwachs in den ländlichen Kommunen deutlich höher ausgefallen ist. Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung ist jedoch in den städtischen Kommunen höher. Eine Zeitreihe über die Anzahl der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte bietet das MAGS in den Empfehlungen zur kommunalen Pflegeplanung.<sup>66</sup> Der Anteil der dauerhaft in Pflegeheimen betreuten Pflegebedürftigen liegt bei rund 30% der pflegebedürftigen Personen; dieser Wert ist seit Jahren konstant. Die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist jedoch in den letzten Jahren gestiegen. So befanden sich Ende 2007 circa 145.000 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege, was einem Anstieg um ca. 6% seit 2003 entspricht.<sup>67</sup> Vergleicht man die Zahl der stationär betreuten Pflegebedürftigen Anfang 2000 mit der zu Beginn des Jahres 2006, so ergibt sich ein Anstieg um 11%. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Schwerstpflegebedürftigen im gleichen Zeitraum um circa 9% gesunken.<sup>68</sup>

Über die durchschnittliche Verweildauer Pflegebedürftiger in stationärer Pflege liegen laut MAGS für das Land Nordrhein-Westfalen keine repräsentativen Daten vor. In diesem Zusammenhang wird auf die für das gesamte Bundesgebiet durchgeführte repräsentative Heimbefragung von Infratest aus dem Jahr 2005 und auf die dort ermittelte durchschnittliche Verweilzeit von 3,4 Jahren (circa 41 Monate) verwiesen.<sup>69</sup> Auch hinsichtlich der Verweildauer von Schwerstpflegebedürftigen, d.h. pflegebedürftige Personen mit der Pflegestufe III, in Pflegeeinrichtungen sowie von an Demenz erkrankten Personen liegen dem MAGS keine Daten vor. Das MAGS geht jedoch davon aus, dass demenzerkrankte Pflegebedürftige durchschnittlich länger in Pflegeheimen betreut werden. Begründet wird dies mit der Annahme, demente Pflegebedürftige wiesen eine bessere körperliche Verfassung auf als andere Pflegebedürftige.<sup>70</sup> Darüber hinaus sei der Anteil der dementen pflegebedürftigen Personen, die stationär betreut werden müssten, im Vergleich zu den stationär betreuten sonstigen Pflegebedürftigen höher.<sup>71</sup>

---

<sup>64</sup> Alle statistischen Angaben entstammen der amtlichen Pflegestatistik des Landes Nordrhein-Westfalen, vergleiche MAGS (2009), S. 20f.

<sup>65</sup> Die Zahl ist dem Evaluierungsbericht aus dem Jahr 2009 entnommen, in dem von „aktueller“ Zahl der Pflegebedürftigen gesprochen wird. Insofern wird hier davon ausgegangen, dass sich die Angabe auf das Jahr 2009 bezieht.

<sup>66</sup> MAGS (2007), S. 141.

<sup>67</sup> Sofern nicht anders angegeben, sind alle Zahlen aus MAGS (2009), S. 13 f. entnommen.

<sup>68</sup> MAGS (2008), S. 14.

<sup>69</sup> Vergleiche hierzu näher die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2.

<sup>70</sup> MAGS (2008), S. 14.

<sup>71</sup> Vergleiche BARMER GEK (2010), vergleiche die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2. Die zugrunde liegende Auswertung erfolgte bundesweit für alle GEK-Versicherten. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich,

Im Hinblick auf die Frage, inwieweit Überkapazitäten im Bereich der vollstationären Pflege bestehen, ist der Auslastungsgrad von Pflegeheimen von Interesse. Dieser ergibt sich aus dem Verhältnis der erwirtschafteten Berechnungstage zur im Versorgungsvertrag vereinbarten Platzzahl. Ohne Berücksichtigung der Bewohner entsprechender Einrichtungen mit der Pflegestufe 0 betrug die Auslastung der Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen Mitte Dezember 2007 circa 90%. Dieser Wert ist im Verlauf der letzten Jahre relativ konstant geblieben. Allerdings gab es für die Aufnahme in eine entsprechende Pflegeeinrichtung nach Einschätzung der Kommunen 2003 in vielen Orten Nordrhein-Westfalens noch Wartelisten, d.h. zu diesem Zeitpunkt bestanden Nachfrageüberschüsse. Im Gegensatz dazu überstieg das Angebot an Pflegeplätzen im Jahr 2007 in fast allen Landesteilen die Nachfrage. Nach Angaben der Landesverbände der Pflegekassen ist die Gesamtauslastung vollstationärer Pflegeeinrichtungen von 98% im Jahr 2003 auf 96% im Jahr 2008 gesunken. Die Verbände gehen für Juli 2009 von 2030 vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich Spezialeinrichtungen aus, was bezogen auf Juli 2006 einem Anstieg um 160 Einrichtungen bzw. 11.000 Plätzen entspreche.<sup>72</sup>

Inwieweit in Nordrhein-Westfalen Überkapazitäten an Pflegeplätzen bestehen, wird unterschiedlich bewertet. So wird die sinkende Auslastung von den Landesverbänden der Pflegekassen nicht als Zeichen für ein bestehendes Überangebot angesehen. Vielmehr würden sich die geringere Auslastung von Neueinrichtungen in ihrer Anfangsphase sowie durchgeführte Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen während des laufenden Betriebs bestehender Einrichtungen auf den Auslastungsgrad insgesamt auswirken. Faktische Auslastungsprobleme seien eher punktueller als regionaler Natur und vorrangig auf mangelnde Abstimmung der Bauherrn zurückzuführen. Dies lasse sich durch eine zeitliche Entzerrung von Bauvorhaben vermeiden.<sup>73</sup> Im Gegensatz dazu vertritt der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. (DBfK Nordwest) die Auffassung, es gebe regional zum Teil erhebliche Überkapazitäten. Als Beispiel wird der Bericht des Ressorts Soziales der Stadt Wuppertal aus dem Jahr 2009 angeführt, demzufolge die Anzahl der im wirtschaftlichen Auslastungsbereich liegenden Einrichtungen von 26 im ersten Halbjahr 2007 auf 16 im zweiten Halbjahr 2008 gesunken sei. Dies decke sich mit den Erfahrungen des Vereins aus der Beratungspraxis. So werde von vielen stationären Einrichtungen ein Preiswettbewerb mit anderen Anbietern wahrgenommen, der aufgrund regionaler Überkapazitäten bestehe.<sup>74</sup>

#### 4.4. Prognosen zum Bedarf an Pflegeheimplätzen in Nordrhein-Westfalen

Bis zum Jahr 2020 soll es Schätzungen zufolge in Nordrhein-Westfalen circa 650.000 Pflegebedürftige geben. Ferner wird davon ausgegangen, dass sich die Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2025 auf 707.000 und bis 2050 auf 1.000.000 erhöhen wird. Die potenzielle Zahl der an Demenz erkrankten Personen wird für das Jahr 2020 mit 332.000 angegeben und es wird ein Anstieg auf 556.000 Personen bis 2050 angenommen. Allerdings ist es schwierig, eine zuverlässige Prognose über die Anzahl pflegebedürftiger Menschen zu erstellen. Darauf weist das MAGS in seinem Evaluierungsbericht hin. So haben unter anderem der medizinische Fortschritt, aber auch Veränderungen im individuellen gesundheitsbezogenen Verhalten Einfluss auf die Pflegequote.

---

dass demente Pflegebedürftige in Nordrhein-Westfalen seltener stationär betreut werden müssen als im gesamten Bundesgebiet. Insofern wird von der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Nordrhein-Westfalen ausgegangen.

<sup>72</sup> Die Stellungnahme der Landesverbände der Pflegekassen wurde in den Evaluierungsbericht des MAGS aufgenommen, vergleiche MAGS (2009), S. 22.

<sup>73</sup> So die AOK Rheinland/Hamburg, zitiert in MAGS (2009), S. 22.

<sup>74</sup> Huneke (2010), S. 1.

Die tatsächliche zukünftige Pflegequote kann insofern von der der Berechnung zugrundegelegten Pflegequote abweichen und somit auch zu Abweichungen vom Berechnungsergebnis führen. Darüber hinaus fließen in die Berechnungen bestimmte Annahmen zur Altersverteilung ein, die sich auf die berechnete Zahl der zukünftig Pflegebedürftigen auswirken. Des Weiteren wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass eine Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgenommen werden soll, welche auch Auswirkungen auf den anerkannten Hilfebedarf und die Pflegestufen haben wird. Insofern kann die Zahl der Pflegebedürftigen bereits dadurch erheblich von den errechneten Werten abweichen. Allerdings ist in Bezug auf den letztgenannten Einflussfaktor festzustellen, dass eine Veränderung der Einstufung in die Pflegestufen sowie ein sich dadurch ändernder anerkannter Bedarf nicht zwangsläufig Einfluss auf die tatsächliche Nachfrage haben muss.<sup>75</sup>

#### 4.5. Auslastung der Pflegeheime und zur Verfügung stehende Kapazitäten in ausgewählten Kreisen bzw. kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens

Innerhalb Nordrhein-Westfalens bestehen hinsichtlich der Auslastung der Pflegeheime und der zur Verfügung stehenden Kapazitäten zum Teil erhebliche regionale Unterschiede. Diese lassen sich durch Auswertung der jeweiligen Pflegeplanung ermitteln. Die Pflegepläne sind allerdings unterschiedlich aufgebaut; hinzu kommt, dass die zugrundeliegende Datenbasis voneinander abweichen kann. Im Folgenden werden einige Daten ausgewählter Kreise bzw. kreisfreier Städte Nordrhein-Westfalens kurz dargestellt. Einzelheiten können dem jeweiligen Pflegeplan des entsprechenden Kreises bzw. der entsprechenden Stadt entnommen werden. Eine detaillierte Auswertung kann an dieser Stelle nicht vorgenommen werden.

##### 4.5.1. Kreis Recklinghausen

Im Kreis Recklinghausen waren stationäre Pflegeplätze im Jahr 2007 durchschnittlich zu circa 93% mit Dauerpflegebedürftigen und zu weiteren 1,9% mit Kurzzeitpatienten belegt, d.h. 445<sup>76</sup> der 6.155 Plätze waren Mitte Dezember 2007 frei. Insgesamt 5.710 Personen wurden zu diesem Zeitpunkt stationär betreut, dies entspricht einem Anstieg von knapp 5% seit Ende 2003. Auch im Kreis Recklinghausen ist der Anteil der stationär Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III seit 1997 gesunken, der Anteil der Pflegestufe I und II im selben Zeitraum gestiegen.<sup>77</sup> Der Pflegeplan des Kreises Recklinghausen enthält darüber hinaus Angaben über die durchschnittliche Verweildauer<sup>78</sup> in den stationären Einrichtungen. Diese betrug durchschnittlich 3,5 Jahre, für die Bewohner bis zu einem Alter von 74 Jahren knapp 4 Jahre und für die über 80-Jährigen 3,4 Jahre. Bewohner der Pflegestufe 0 lebten durchschnittlich bereits seit 6 Jahren in den Einrichtungen, Bewohner der Stufe 1 seit 2,5 Jahren, während Bewohner der Stufe 2 seit 3,5 Jahren im Heim lebten. Die Pflegebedürftigen der Stufe 3 wurden durchschnittlich seit 5 Jahren in den Einrichtungen betreut. In den Jahren 2003 bis 2007 ist die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen im Kreis Recklinghausen deutlich gesunken. Es wird vermutet, dass sich der grundsätzlich angenommene

<sup>75</sup> Alle statistischen Angaben aus MAGS (2009), S. 13 ff.

<sup>76</sup> Nach einer telefonischen Abfrage bei den Einrichtungen waren es nur 249 freie Plätze.

<sup>77</sup> Wobei der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II im Vergleich zu den Jahren 2001 und 2003 bereits wieder gesunken ist.

<sup>78</sup> Hierbei scheint es sich eher um die in den vorherigen Ausführungen als Aufenthaltsdauer bezeichnete Zeitspanne des Aufenthaltes aller zum Zeitpunkt der Befragung in den Einrichtungen lebenden Bewohner zu handeln.

Rückgang der Pflege durch Angehörige hier nur auf die ambulanten professionellen Anbieter auswirkt. Für die nahe Zukunft könne – bedingt durch die hohe Arbeitslosigkeit im Kreisgebiet – ein eher geringes Nachfragewachstum für stationäre Pflegeleistungen vermutet werden. Allerdings werde der grundsätzliche Anstieg der Nachfrage aufgrund veränderter Familienstrukturen nicht gänzlich durch die hohe Arbeitslosigkeit aufgehoben. Insgesamt wird von einem steigenden Bedarf an stationären Pflegeplätzen ausgegangen, der jedoch aufgrund bereits bestehender Überkapazitäten zumindest bis zum Jahr 2013 gedeckt werden könne. In den Jahren 2009 bis 2012 bestanden bzw. bestehen jährlich sinkende Überkapazitäten, die sich durch bereits geplante bzw. im Bau befindliche weitere Einrichtungen jedoch wieder erhöhen werden.<sup>79</sup>

#### 4.5.2. Rhein-Sieg-Kreis

Im Rhein-Sieg-Kreis zum Beispiel ist das Angebot an stationären Pflegeplätzen seit 2005 bis zum 1. Juni 2010 um 331 auf insgesamt 4.723 Plätze gestiegen. Von den circa 15.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2007 wurden circa 4.000 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. Das Eintrittsalter der Bewohner wurde im Rahmen der Pflegeplanung nicht erhoben. Es liegen nur Angaben zum Durchschnittsalter der Bewohner vor, das bis 2007 im Vergleich zum Jahr 2003 ebenso wie der Anteil der mindestens 80-Jährigen weiter gestiegen ist. Dennoch hat sich der Auslastungsgrad in der vollstationären Pflege von 91,3% im Jahr 2003 auf 93,9% im Jahr 2007 leicht erhöht. Unter Berücksichtigung von alters- und geschlechtsspezifischen mittleren Pflegequoten der Jahre 2003 bis 2007 wurde eine Prognose für die Anzahl Pflegebedürftiger im Rhein-Sieg-Kreis erstellt. Danach wird die Zahl der pflegebedürftigen Personen bis zum Jahr 2015 auf circa 17.300 und bis zum Jahr 2020 auf circa 20.300 ansteigen. Darüber hinaus wurde die zukünftig zu erwartende Zahl der stationär Pflegebedürftigen errechnet. Neben der erwarteten Zahl der Pflegebedürftigen flossen weitere Überlegungen in diese Berechnung ein. So wurde für die Zukunft von einer deutlich niedrigeren Inanspruchnahmerate stationärer Leistungen ausgegangen. Diese Einschätzung basiert unter anderem auf den Ergebnissen des GEK-Pflegereports 2009, in dessen Rahmen für im Jahr 2000 erstmalig pflegebedürftige Frauen eine durchschnittliche Betreuungszeit in stationären Einrichtung von 13,9 Monaten und für Männer von 6,4 Monaten ermittelt wurde<sup>80</sup>. Zum anderen wurde die Entwicklung der Belegungsquote für neue Einrichtungen im Rhein-Sieg-Kreis seit der letzten Pflegeplanfortschreibung berücksichtigt. So waren die ersten beiden neueröffneten Einrichtungen noch innerhalb des ersten Halbjahres nach Eröffnung voll belegt. Diese Entwicklung hat sich für die danach eröffneten Einrichtungen nicht wiederholt. Insofern wird bis zum Jahr 2015 mit circa 5.000 stationär Pflegebedürftigen und bis zum Jahr 2020 mit circa 5.850 stationär Pflegebedürftigen gerechnet. Unter Berücksichtigung der derzeit abgestimmten Planungen wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an stationären Pflegeplätzen bis zum Jahr 2015 kreisweit gedeckt ist. Regional wird jedoch mit weiteren Bedarfen gerechnet. Für das Jahr 2020 ergibt sich darüber hinaus ein kreisweiter Bedarf von mehr als 650 Plätzen.<sup>81</sup>

#### 4.5.3. Stadt Duisburg

In der Stadt Duisburg gab es zum Ende des Jahres 2008 ein Angebot von insgesamt 4.876 stationären Pflegeplätzen. Im Vergleich zum Jahr 2003 entspricht dies einer Steigerung um 14,2%. Seit

---

<sup>79</sup> Alle Angaben sind dem Pflegeplan Kreis Recklinghausen (2008), S. 70 f., 82 f., 87, 93ff. entnommen, beigelegt als **Anlage 5**.

<sup>80</sup> GEK-Pflegereport (2009), S. 19, vergleiche die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2.

<sup>81</sup> Alle Angaben sind der Pflegeplanung Rhein-Sieg-Kreis (2010), S. 31 ff., S. 60 ff. entnommen.

1997 ist das Angebot sogar um 40% gestiegen. Die Auslastung liegt unter Berücksichtigung der Kurzzeitpflegeplätze, durch deren flexible Belegung mangelnde Auslastung in der Dauerpflege ausgeglichen werden kann, in den letzten Jahren bei leichtem Abwärtstrend relativ konstant bei circa 98%. Werden die Kurzzeitpflegeplätze heraus gerechnet, ergibt sich eine Auslastung von 96,7%. Das bestehende Angebot in Duisburg entspricht nach Angaben des Amtes für Soziales und Wohnen mindestens der Nachfrage, darüber hinaus liegen deutliche Hinweise auf einen Angebotsüberhang vor. Mitte Dezember 2007 gab es knapp 4.640 Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen, die durchschnittlich 82,16 Jahre alt waren. Der Anteil der Bewohner mit Pflegestufe 0 und I hat sich in den letzten Jahren zu Lasten des Anteils der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III erhöht, während der Anteil der in Pflegestufe II eingestuften Personen relativ konstant geblieben ist. Diese Entwicklung wird zum Teil den veränderten Kriterien des Medizinischen Dienstes (MDK) für die Festlegung der Pflegestufen zugeschrieben, zum Teil aber auch als Indiz für eine mangelnde Auslastung entsprechender Pflegeeinrichtungen gewertet. So würden in Zeiten höherer Nachfrage seltener Personen der Pflegestufe 0 und I in die Heime aufgenommen. Dies geschehe häufiger in Zeiten, in denen vorhandene Plätze nicht durch Pflegebedürftige der Pflegestufe II oder III belegt seien. Nach dem bisherigen Planungsstand wird sich die Zahl der Dauerpflegeplätze in Duisburg in absehbarer Zeit auf über 5.300 erhöhen, wobei einige der geplanten Plätze nicht in der stationären Pflege, sondern nach dem Konzept der Hausgemeinschaften entstehen sollen. Letzteres wird als die von den Kunden bevorzugte Betreuungsart angesehen. Es wird angenommen, dass die Akzeptanz stationärer Betreuung auch aufgrund alternativer Betreuungsformen wie zum Beispiel nach dem Konzept der Hausgemeinschaften abnehmen wird. Die Verweildauer, die sich in der Stadt Duisburg erheblich verkürzt habe<sup>82</sup>, werde ebenfalls zu einem abnehmenden Pflegeplatzbedarf führen. Aufgrund dieser und weiterer Einflussfaktoren, deren quantitative Wirkung schwer einschätzbar sei, könne die zu erwartende Reduzierung des familiären Pflegepotenzials<sup>83</sup> und der dadurch höhere Bedarf an stationären Einrichtungen durch den bereits absehbaren Anstieg an Pflegeplätzen mehr als aufgefangen werden. Das bereits bestehende Überangebot werde sich insgesamt ausweiten und könne damit auch einen stärkeren Rückgang des Familienpflegepotenzials bzw. eine geringere Auswirkung der anderen Faktoren auf die Nachfrage ausgleichen.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> Diese besteht nach Angaben von Einrichtungsträgern und der Heimaufsicht, ist allerdings nicht durch entsprechende Zahlen belegt.

<sup>83</sup> So wird unter anderem aufgrund familienstruktureller und demographischer Veränderungen eine Abnahme des familiären Pflegepotenzials als sicher angesehen.

<sup>84</sup> Alle Angaben sind der Pflegeplanung der Stadt Duisburg (2009), S. 35 ff., 44, 49 ff. entnommen.

## 5. Literatur

Augurzsky, Boris/Krolop, Sebastian (2009), Pflegeheim Rating Report 2009 – Preise unterschiedlich – Pflegequalität gleich, in *Altenheim* 8/2009, S. 16-23.

BARMER GEK Pflegereport 2010, Schwerpunktthema: Demenz und Pflege, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5, Schwäbisch Gmünd November 2010, abrufbar unter: [http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/2010\\_BarmerGEK-Pflegereport.pdf](http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/2010_BarmerGEK-Pflegereport.pdf).

Bickel, Horst (1995), Trend in der Inanspruchnahme von stationärer Altenhilfe – Ein Zehnjahresvergleich in der Stadt Mannheim, in: *Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege – Untersuchungen zur Entwicklung der Aufnahmewahrscheinlichkeit, des Eintrittsalters, der Verweildauer und des Kapazitätsbedarfs in der stationären Altenhilfe*, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.), Stuttgart August 1995.

BMFSFJ (1997), Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen – Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“, 1. Auflage, Stuttgart 1997.

BMFSFJ (2004), Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht, Berlin 2004, abrufbar unter: <http://www.ffg.uni-mund.de/medien/projekte/FFG%20Handbuch%20Heimaufsicht%20Langfassung%202004.pdf>.

BMFSFJ (2006a), Erster Bericht des BMFSFJ über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, 2006, abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument.property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf>.

BMFSFJ (2006b), Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005 – Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV), München April 2006, abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-alteneinrichtungen.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>.

BMFSFJ (2007), Integrierter Abschlussbericht: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“, München November 2007, abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.

Borchert, Lars/Rothgang, Heinz (2007), Pflegeheime und Sterblichkeit: Immer älter und gebrechlicher ins Heim?, in: *Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin – Festschrift für Rainer Müller*, herausgegeben von Uwe Helmert, Bernard Braun, Dietrich Milles und Heinz Rothgang, Schriftenreihe „Gesundheit – Arbeit – Medizin“, S. 255-267, Bremerhaven, 2007.

---

Destatis (2007), Pflegestatistik 2007, Deutschlandergebnisse, abrufbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001079004.property=file.pdf>.

Destatis (2009), Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse, abrufbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.property=file.pdf>.

Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Unterrichtung durch die Bundesregierung, in: Bundestagsdrucksache 14/5130 vom 19. Januar 2000.

GEK-Pflegereport (2008), Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66, Schwäbisch Gmünd, November 2008, abrufbar unter: [http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/2008\\_GEK-Pflegereport.pdf](http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/2008_GEK-Pflegereport.pdf).

GEK-Pflegereport (2009), Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73, Schwäbisch Gmünd, November 2009, abrufbar unter: <http://www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang/downloads/GEK-Pflegereport2009.pdf>.

Göttel, Kirstin (2009), Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit, Leipzig, August 2009, abrufbar unter: <http://www.pflegebildung-mobil.homepage.t-online.de/media/43fe32433d0db67effff82c1ac144233.pdf>.

Huneke, Michael J. (2010), Stellungnahme DBfK Nordwest e.V. zu den Evaluationsberichten Landespflegegesetz – insbesondere unter Berücksichtigung der Aspekte Datenlage und Handlungsbedarf, Hannover, Januar 2010.

Klie, Thomas/Krahmer, Utz (2010), Sozialgesetzbuch XI Soziale Pflegeversicherung – Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Baden-Baden, 2010.

Kreis Recklinghausen (Hrsg.), Pflegeplanung 2008, Stand August 2009, abrufbar unter: <http://service.kreis-re.de/dok/Formulare/57/Pflegeplan-Kreis-2008.pdf>.

MAGS (2007), Kommunale Pflegeplanung – Empfehlung zur praktischen Umsetzung, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, März 2007, abrufbar unter: [http://www.mags.nrw.de/08\\_PDF/003/kommunale-pflegeplanung.pdf](http://www.mags.nrw.de/08_PDF/003/kommunale-pflegeplanung.pdf).

MAGS (2008), Situation der Pflege in Nordrhein-Westfalen – Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 17 der Fraktion der SPD, in: Landtagsdrucksache 14/6222 vom 20. Februar 2008.

MAGS (2009), Evaluation Landespflegegesetz – Bericht der Landesregierung zur Überprüfung der Wirksamkeit des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz

---

Nordrhein-Westfalen – PfG NW), Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2009.

Messmer, Peter (1995), Die Inanspruchnahme stationärer Pflege im Zeitvergleich – Eine Untersuchung zur Entwicklung der Verweildauer in Pflegeheimen Baden-Württembergs, in: Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege – Untersuchungen zur Entwicklung der Aufnahmewahrscheinlichkeit, des Eintrittsalters, der Verweildauer und des Kapazitätsbedarfs in der stationären Altenhilfe, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.), Stuttgart August 1995.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (2009a), Pflegeheim Rating Report 2009 – Executive Summary/Heft 54, Essen 2009, abrufbar unter: [http://www.admed.com/website\\_deu/pdf/ADMED-RWI-Pflege-Rating-Report-2009-ExeSum.pdf](http://www.admed.com/website_deu/pdf/ADMED-RWI-Pflege-Rating-Report-2009-ExeSum.pdf).

RWI (2009b), Pflegeheime: Gute Aussichten trotz vorübergehender Überkapazitäten, Pressemitteilung vom 29. Juni 2009, abrufbar über [www.rwi-essen.de](http://www.rwi-essen.de)

Rhein-Sieg-Kreis (Hrsg.), Pflegeplanung 2010, Stand 2010, abrufbar unter: [http://www.rhein-sieg-kreis.de/imperia/md/content/cms100/buergerservice/aemter/amt\\_50/pflegeplan\\_2010-neu.pdf](http://www.rhein-sieg-kreis.de/imperia/md/content/cms100/buergerservice/aemter/amt_50/pflegeplan_2010-neu.pdf).

Rothgang, Heinz (2000), Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven, in: Zeitschrift für Sozialreform, 2000, S. 1003 (45) – 1021 (63).

Stadt Duisburg (Hrsg.), Pflegeplan 2009 – Marktbeobachtung der teil- und vollstationären Pflege in Duisburg, Stand Juni 2009, abrufbar unter: <http://www.duisburg.de/vv/50/medien/Pflegeplan2009.pdf>.

Udsching, Peter/Schütze, Bernd/Behrend, Nicola/Bassen, Andreas (2010), SGB XI Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, 3. Auflage, München 2010.

## **6. Anlagen**

Borchert, Lars/Rothgang, Heinz (2007), Pflegeheime und Sterblichkeit: Immer älter und gebrechlicher ins Heim?, in: Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin – Festschrift für Rainer Müller, herausgegeben von Uwe Helmert, Bernard Braun, Dietrich Milles und Heinz Rothgang, Schriftenreihe „Gesundheit – Arbeit – Medizin“, S. 255-267, Bremerhaven, 2007.

Anlage 1

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (2009a), Pflegeheim Rating Report 2009 – Executive Summary/Heft 54, Essen 2009, abrufbar unter: [http://www.admed.com/website\\_deu/pdf/ADMED-RWI-Pflege-Rating-Report-2009-ExeSum.pdf](http://www.admed.com/website_deu/pdf/ADMED-RWI-Pflege-Rating-Report-2009-ExeSum.pdf).

Anlage 2

MAGS (2007), Kommunale Pflegeplanung – Empfehlung zur praktischen Umsetzung, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, März 2007, abrufbar unter: [http://www.mags.nrw.de/08\\_PDF/003/kommunale-pflegeplanung.pdf](http://www.mags.nrw.de/08_PDF/003/kommunale-pflegeplanung.pdf).

Anlage 3

MAGS (2009), Evaluation Landespflegegesetz – Bericht der Landesregierung zur Überprüfung der Wirksamkeit des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfG NW), Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2009.

Anlage 4

Kreis Recklinghausen (Hrsg.), Pflegeplanung 2008, Stand August 2009, abrufbar unter: <http://service.kreis-re.de/dok/Formulare/57/Pflegeplan-Kreis-2008.pdf>.

Anlage 5

  
