Landespflegebericht

nach §2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG)

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit

Vorwort

Das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit legt hiermit den ersten Bericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen – den Landespflegebericht – vor. Es entspricht damit seiner Verpflichtung nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) in der Fassung vom 26. Mai 2004.

Eine kontinuierliche Beobachtung der Versorgungssituation der pflegebedürftigen Menschen im Land und eine vorausschauende Strukturplanung sind vor dem Hintergrund der demographischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen unter Berücksichtigung der finanziellen Ressourcen zwingend erforderlich. Der Landespflegebericht enthält dazu Aussagen in regionaler Gliederung auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise. Er bietet eine gute Datengrundlage und Orientierungshilfe für alle, die für die Gestaltung der Lebensverhältnisse der auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen in Niedersachsen an deren Lebensort ebenso wie auf überörtlicher Ebene Verantwortung tragen. Hierin einzubeziehen sind neben dem Land im Rahmen seiner bundesrechtlich übertragenen Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur und den Kommunen im Rahmen ihrer allgemeinen Daseinsfürsorge für ihre Einwohnerinnen und Einwohner, neben den Pflegekassen und anderen Kostenträgern und den Anbietern von ambulanten und stationären Pflegeleistungen und ihren Verbänden auf Landesebene z. B. auch die Vertreter des Handwerks, der Wirtschaft und des Handels, der Kirchen und Verbände und nicht zuletzt der Selbsthilfeorganisationen und -gruppierungen.

Der Landespflegebericht knüpft nach der Gesetzeslage wie in seinem Aufbau und Inhalt an den Pflegerahmenplan aus dem Jahr 2000 an. Damit wird die Abbildung von Entwicklungen in den letzten fünf Jahren möglich. Der Bericht legt hierauf einen besonderen Schwerpunkt. Durch eine zwischenzeitlich verbesserte Datenlage sind verlässliche Informationen über Zahl und Struktur der pflegebedürftigen Menschen und der Angebote in der Pflege in Niedersachsen vorhanden. Gleiches gilt für die Erkenntnisse zur Qualität der pflegerischen Versorgung, nicht hingegen für die Situation von Bevölkerungsgruppen mit besonderem Hilfebedarf wie Demenzkranke oder pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten. Hier besteht weiterhin Informationsbedarf.

Bestandsanalysen, Vorausberechnungen zur zahlenmäßigen Entwicklung des Pflegebedarfs und Einschätzungen über strukturelle Entwicklungen, die der Bericht enthält, erlauben es letztlich, Entwicklungsbedarf, ggf. auch solchen auf örtlicher Ebene, zu erkennen und, dem gesetzlichen Auftrage entsprechend, Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur zu machen.

Hierzu ist festzustellen: Wir brauchen ein vielfältigeres, flexibleres und besser aufeinander abgestimmtes und vernetztes Angebot an professionellen und niedrigschwelligen Hilfen, das den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen verstärkt Rechnung trägt und

Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur zu machen.

Hierzu ist festzustellen: Wir brauchen ein vielfältigeres, flexibleres und besser aufeinander abgestimmtes und vernetztes Angebot an professionellen und niedrigschwelligen Hilfen, das den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen verstärkt Rechnung trägt und gleichwohl mittel- bis langfristig bezahlbar bleibt bzw. durch entsprechende Finanzierungsgrundlagen bezahlt werden kann. Dafür bedarf es entsprechender bundesgesetzlicher Rahmenbedingungen. CDU, CSU und SPD haben auf Bundesebene im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 unter anderem mit den Grundsätzen zur Strukturreform und langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung, mit der Ankündigung der Verbesserung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflege, des Ausbaues von Prävention als eigenständiger Säule der gesundheitlichen Versorgung sowie der Verbesserung der Voraussetzungen für ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement richtige Weichen gestellt. Die Landesregierung wird die angekündigten Reformprozesse im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützen und konstruktiv begleiten. Das gilt insbesondere für die Umsetzung auf der Landesebene.

Die Versorgungsbedingungen für pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen bieten für eine Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen sehr gute Voraussetzungen. Diese Potenziale müssen gezielt genutzt werden. Dabei wird es vor allem auf die Erhaltung und Stärkung der Bereitschaft zu privatem und freiwilligem Engagement zur Unterstützung der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen an ihrem Wohnort und zur Vermeidung von Pflege ankommen.
Die langfristige Sicherung einer qualitätvollen Versorgung der auf Hilfe, Unterstützung und Pflege in unserem Land angewiesenen Menschen ist eine Aufgabe von hohem Stellenwert. Wir alle müssen ihr uns heute stellen, um die Voraussetzungen für eine lebenswerte Zukunft aller Generationen in einer alternden Gesellschaft zu schaffen. Das gilt besonders für alle Menschen, die auf praktische Solidarität, auf Unterstützung und Hilfe im Alltag und bei Pflege angewiesen sind, Ich wünsche mir, dass der Landespflegebericht hierzu impulsgebend beiträgt.

Mechthild Ross-Luttmann
Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit

Inhalt

Seite

Teil A:
Versorgungsstand und Entwicklungsbedarf der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen - Kurzfassung 12- 67

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen 13

2. Pflegerische Versorgung 20

   2.1 Pflegedienste und Pflegeheime 20
   2.2 Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege 26
   2.3 Qualität der Versorgung 29

3. Entwicklung des Pflegebedarfs 35

   3.1 Zahl pflegebedürftiger Menschen bis 2020 / 2050 35
   3.2 Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung 37

4. Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf 42

   - Kinder 42
   - Personen mit dementiellen Erkrankungen 44
   - Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen 46
   - Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten oder mit Schädel-Hirn-Trauma 48
   - Migrantinnen und Migranten 51
   - Sterbende 53

5. Personal in der Pflege 54

6. Entwicklungsbedarf 56

   - Stärkung von Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Marktautonomie pflegebedürftiger Menschen 56
   - Differenzierung, bedarfs- und bedürfnisgerechte Anpassung der traditionellen pflegerischen Versorgungsstruktur 57
   - Ausbau von Angeboten zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie zu deren Minderung 59

	Seite
▪ Entwicklung und Ausbau von Hilfeangeboten für Personen mit besonderem Hilfebedarf	59
▪ Ausbau des Angebotes an Betreutem Wohnen, Umstrukturierung und Qualifizierung des Wohnungsbestandes	63
▪ Stärkung der Befähigung und Bereitschaft zur privaten und ehrenamtlichen Pflege und zur Alltagshilfe bei Pflegebedürftigkeit und in deren Vorfeld	64
▪ Personalbestands- und Nachwuchssicherung in der professionellen Pflege	64
▪ Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege	65
▪ Deregulierung, Verwaltungsvereinfachung, Entbürokratisierung	65
▪ Neuordnung der Leistungsstrukturen und langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung.	66

Teil B:
Bericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung

Seite 68-662

Einführung 69- 82

1. Gesetzlicher Auftrag, rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen 69
2. Strukturpolitische Aufgabe 73
3. Aufbau und Inhalt des Berichts, Reichweite der Aussagen 75
4. Datengrundlagen 80

I. Stand der pflegerischen Versorgung 83-536

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen 83 -167

1.1 Sozio-demographische Merkmale, Pflegebedarf, Art der pflegerischen Versorgung 83

1.1.1 Exkurs: Versicherte und Leistungsempfängerinnen /Leistungsempfänger der Privaten Pflege-Pflichtversicherung 107

1.2 Regionale Verteilung und Strukturen 116

1.3 Personen mit besonderem Hilfebedarf 132

1.3.1 Kinder 132
1.3.2 Pflegebedürftige Jugendliche, sowie Erwachsene jungen und mittleren Alters 137
1.3.3 Personen mit dementiellen Erkrankungen 148
1.3.4 Menschen mit Behinderungen, 153
1.3.5 Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder mit Schädel-Hirn-Trauma 156
1.3.6 Migrantinnen und Migranten 159

2. Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz 168-190

2.1 Nachfrage nach Leistungen für Pflege 168

2.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Erst- und Wiederholungsbegutachtungen und bei Widersprüchen 175
2.3 In Anspruch genommene Leistungen 184

			Seite
3.	Pflegerische Versorgungsstruktur		191-436
3.1	Pflegedienste und Pflegeheime		191
3.1.1	Bestand und zahlenmäßige Entwicklung der Pflegeeinrichtungen im Überblick		192
	3.1.1.1	Pflegedienste	193
	3.1.1.2	Pflegeheime	196
3.1.2	Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)		204
	3.1.2.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	204
	3.1.2.2	Angebotsstruktur	206
	3.1.2.3	Regionale Verteilung	211
	3.1.2.4	Zusammenfassende Bewertung	214
3.1.3	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)		214
	3.1.3.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	214
	3.1.3.2	Angebotsstruktur	216
	3.1.3.3	Regionale Verteilung	221
	3.1.3.4	Zusammenfassende Bewertung	225
3.1.4	Kurzzeitpflegeeinrichtungen		227
	3.1.4.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	227
	3.1.4.2	Angebotsstruktur	230
	3.1.4.3	Regionale Verteilung	237
	3.1.4.4	Zusammenfassende Bewertung	240
3.1.5	Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (vollstationäre Pflegeheime)		242
	3.1.5.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	242
	3.1.5.2	Angebotsstruktur	244
	3.1.5.3	Regionale Verteilung	254
	3.1.5.4	Zusammenfassende Bewertung	273
3.2	Personal in Pflegediensten und Pflegeheimen		274
3.2.1	Personal in Pflegediensten		274
	3.2.1.1	Zahl der Beschäftigten	274
	3.2.1.2	Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit	280
	3.2.1.3	Regionales Strukturbild	302

Seite

3.2.2 Personal in Pflegeheimen 304
3.2.2.1 Zahl der Beschäftigten 304
3.2.2.2 Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit 310
3.2.2.3 Regionales Strukturbild 328

3.2.3 Strukturvergleich Pflegedienste / Pflegeheime 330

3.3 Vergütungen 332

3.3.1 Vergütungen von ambulanten Pflegeleistungen 334
3.3.2 Vergütungen von Leistungen der vollstationären Dauerpflege 341
3.3.2.1 Vergütungen für allgemeine Pflegeleistungen für vollstationäre Dauerpflege 342
3.3.2.2 Entgelte für Unterkunft und Verpflegung 350
3.3.2.3 Investitionskosten 351
3.3.3 Vergütungen von teilstationären Pflegeleistungen (Tages- und Nachtpflege) 354
3.3.4 Vergütungen von Leistungen der Kurzzeitpflege 358

3.4 Angebote für Personen mit besonderem Hilfebedarf 362

3.4.1 Kinder 362
3.4.2 Personen mit dementiellen Erkrankungen (soweit nicht in 3.6) 373
3.4.3 Menschen mit Behinderungen, 382
3.4.4 Personen mit fortschreitenden Immunerkrankungen (MS., Aids) oder Schädel-Hirn-Trauma 389
3.4.5 Migrantinnen und Migranten 397
3.4.6 Sterbende (Hospizdienste und stationäre Hospize) 403

3.5 Angebote des Betreuten Wohnens 408

3.5.1 Betreutes Wohnen – Bindeglied und Alternative zum Pflegeheim 408
3.5.2 Betreute Wohnungen für alte Menschen 417
3.5.3 (Ambulant) Betreute Wohngemeinschaften 425

3.6 Niedrigschwellige Betreuungsangebote (§ 45c SGB XI) und gerontopsychiatrische Zentren 427

3.6.1 Niedrigschwellige Betreuungsangebote 427
3.6.2 Gerontopsychiatrische Zentren 435

Seite

4. Qualität der pflegerischen Versorgung 437-531

4.1 Grundsätzliche Feststellungen zur Sach- und Rechtslage 437

4.1.1 Gesellschaftspolitische Bedeutung einer qualitätsgesicherten Pflege 437
4.1.2 Rechtlicher Rahmen der Qualitätssicherung, -entwicklung und -prüfung 438
4.1.3 Objektivierbarkeit und Vergleichbarkeit von Qualität in der Pflege – Grundsätze, Verfahren und Instrumente 446

4.2 Stand der Entwicklung in Niedersachsen 456

4.2.1 Qualität in der ambulanten und in der stationären Pflege nach Erkenntnissen des Medizinischen Dienstes 456
4.2.2 Qualität der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug 473
4.2.3 Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz 481
4.2.4. Einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung und Zertifizierungen 486
4.2.5 Ausbildung und Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen 492
4.2.6 Landesweite Personalinitiative Pflege 513
4.2.7 Einzelmaßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung 518

4.3 Bürokratieabbau in der Pflege 520

5. Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Vor- und Umfeld von Pflege 531-536

II. Entwicklung des Pflegebedarfs 537-607

1. Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demographischen Entwicklung (Status-quo-Prognose) 537

1.1 Datengrundlagen und Annahmen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit 537

1.2 Altersspezifische Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen 544

Seite

1.3 Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen – Vorausberechnung bis 2020 / 2050 548
1.3.1 Gesamtentwicklung 548
1.3.2 Entwicklung in den verschiedenen Lebensaltern 552
1.3.3 Entwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen bis 2020 559

2. Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung 565

2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter 566

2.2 Private Unterstützungs- und Hilfepotentiale 570

2.3 Institutionelle Pflege und komplementäre Versorgung 584

2.4 Personal 589

3. Personen mit besonderem Hilfebedarf 596
- Kinder 596
- Personen mit dementiellen Erkrankungen 596
- Menschen mit Behinderungen 600
- Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder Schädel-Hirn-Trauma 602
- Migrantinnen und Migranten 605
- Sterbende 607

III. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur 608-662

1. Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen 609

2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige 616

2.1. Anpassung der Versorgungsstrukturen an veränderte und sich ändernde Anforderungen 616
2.1.1 Allgemeine Grundsätze 616
2.1.2 Ambulante Pflege (Pflegedienste) 620
2.1.3 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege 626
2.1.4 Vollstationäre Dauerpflege 626

2.2 Flankierende Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege 631

Seite

2.2.1 Ausbau betreuter Wohnangebote 632
2.2.2 Maßnahmen zur Stützung des privaten Hilfe- und Pflegepotentials 634
2.2.3 Vernetzung der Angebote und Anbieter 638

2.3 Entwicklung und Ausbau von Angeboten für Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf 641
2.3.1 Kinder 641
2.3.2 Personen mit dementiellen Erkrankungen 643
2.3.3 Menschen mit Behinderungen 645
2.3.4 Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten oder mit Schädel-Hirn-Trauma 647
2.3.5 Migrantinnen und Migranten 650
2.3.6 Sterbende 654

3. Personalbestands- und Nachwuchssicherung 655

4. Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Sicherung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität 657

Anhang 663

1. Verzeichnis der Tabellen im Anhang 664-670
2. Tabellen im Anhang 671-809
3. Verzeichnis der Tabellen im Text 810-813
4. Verzeichnis der Abbildungen 814-821
5. Verzeichnis der Quellen 822-824

Teil A:
Versorgungsstand und Entwicklungsbedarf der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen – Kurzfassung

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen[1]

Sachverhalt

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung insgesamt weiter I.1.1

- Ende 2003 erhielten 218.363 Personen in Niedersachsen Leistungen der Pflegeversicherung. Das waren 2,73% der Bevölkerung; im Bundesdurchschnitt waren es 2,52%.

- Zwischen Ende 1999 und Ende 2003 ist die Zahl der pflegebedürftigen Personen um 9.100 Personen bzw. 4,4% gestiegen; bundesdurchschnittlich betrug der Anstieg 3,0%.

- Der Anstieg ist zurückzuführen auf:
  – die steigende Zahl der älteren Bevölkerung (65 J. u. älter: 1,7%) *und*
  – die Dauer des Leistungsbezugs (im Durchschnitt 8,2 Jahre!).

- Der Anstieg ist *nicht* zurückzuführen auf: weiter I.2.1
  - die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung; diese hat in Niedersachsen zwischen 1997 und 2004 um rd. 4% abgenommen; weiter I.2.2
  - die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI durch den MDKN; der Anteil ist über die Jahre nahezu gleich geblieben. weiter I.1.1
- Der Anstieg fiel geringer aus als nach der Bevölkerungsentwicklung zu erwarten gewesen wäre (sinkende Prävalenz von Pflegebedürftigkeit). Das gilt grundsätzlich für alle Altersgruppen, besonders aber für die hochaltrigen Personen; hier sank der Anteil bei den Personen im Alter von 80 u. m. Jahren zwischen Ende 1999 und Ende 2003 von 35,6% auf 33,4%.

Geschlecht, Alter, Grad der Pflegebedürftigkeit weiter I.1.1

- Frauen machen fast 70% aller pflegebedürftigen Personen aus; der Anteil ist über die Jahre konstant geblieben. Er steigt mit zunehmendem Alter aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen. Im Alter unter 65 Jahren überwiegen die Männer; bei den Kindern sind annähernd 60% Jungen.

- Die große Zahl der pflegebedürftigen Frauen im Alter ist nicht nur auf deren aus Gründen der höheren Lebenserwartung gegenüber den Männern größere Zahl, sondern auch maßgeblich durch einen vergleichsweise zum anderen Geschlecht höheren Anteil an pflegebedürftigen Personen (höhere Pflege-Prävalenz) zurück zu führen. Beide Faktoren wirken insoweit additiv zusammen. In den jüngeren Lebensjahren überwiegt Pflegebedürftigkeit bei den Männern.

- Pflegebedürftigkeit in frühen und mittleren Lebensjahren ist sehr selten (unter 65 J. weniger als 1%). Auch die Menschen im so genannten 3. Lebensalter (zwischen 65 bis 80 Jahre) sind noch verhältnismäßig selten pflegebedürftig (5.5%). Im hohen Lebensalter nehmen Art und Schwere der Beeinträchtigungen stark zu; ein Drittel der 80-Jährigen und Älteren sind mindestens erheblich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI.

---

[1] Quellen:
1) Pflegebedürftige gesamt: Statistisches Landesamt / statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 1999 / 2001 / 2003, jeweils 15.12. / 31.12. (Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld)
2) Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der privaten Pflege-Pflichtversicherung: Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Köln, unveröffentlicht, Stand 31.12.2003
3) Daten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen im Jahr 2003[1)]

Anzahl:	**218 363**
davon weiblich:	**67,9 %**
Pflegequote[2)]:	**2,73 %**

Pflegestufe in %		**Art der Pflegeleistung**		
I	48,7 %	Pflegegeld	100 028	(45,8 %)
II	36,3 %	Ambulante Pflege	47 398	(21,7 %)
III	15,0 %	Tagespflege	1 233	(0,6 %)
		Kurzzeitpflege	1 544	(0,7 %)
		Vollstationäre Dauerpflege	68 160	(31,2 %)

Kinder (0 bis unter 15 Jahre)	
Anzahl:	7 518
davon weibl.:	41,6 %
Pflegequote:	0,59 %
Pflegestufe	
I	47,9 %
II	32,6 %
III	19,5 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	92,6 %
Ambulante Pflege	7,1 %
Kurzzeit- und Tagespflege	0,0 %
Vollstationäre Dauerpflege	0,3 %

Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis unter 40 Jahre)	
Anzahl:	9 752
davon weibl.:	44,7 %
Pflegequote:	0,38 %
Pflegestufe	
I	39,3 %
II	35,6 %
III	25,1 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	87,8 %
Ambulante Pflege	8,4 %
Kurzzeit- und Tagespflege	0,2 %
Vollstationäre Dauerpflege	3,6 %

Erwachsene mittleren Alters (40 bis unter 65 Jahre)	
Anzahl:	23 040
davon weibl.:	47,3 %
Pflegequote:	0,86 %
Pflegestufe	
I	48,7 %
II	35,0 %
III	16,3 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	64,8 %
Ambulante Pflege	14,6 %
Kurzzeit- und Tagespflege	0,6 %
Vollstationäre Dauerpflege	20,0 %

Ältere Menschen (65 bis unter 80 Jahre)	
Anzahl:	61 442
davon weibl.:	59,2 %
Pflegequote:	5,54 %
Pflegestufe	
I	51,7 %
II	35,4 %
III	12,9 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	50,1 %
Ambulante Pflege	22,7 %
Kurzzeit- und Tagespflege	1,5 %
Vollstationäre Dauerpflege	25,7 %

Alte Menschen (80 Jahre und älter)	
Anzahl:	116 611
davon weibl.:	80,3 %
Pflegequote:	33,41 %
Pflegestufe	
I	47,9 %
II	37,4 %
III	14,7 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	33,7 %
Ambulante Pflege	24,9 %
Kurzzeit- und Tagespflege	1,4 %
Vollstationäre Dauerpflege	40,0 %

1) Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Pflegestatistik 2003 (Stand: 15.12.2003)
2) in % der Bevölkerung

Sachverhalt

- Je älter die pflegebedürftigen Personen sind, umso häufiger greifen sie auf die Unterstützung durch Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflege zurück oder wechseln ins Pflegeheim über. weiter I.1.1

- Knapp die Hälfte aller pflegebedürftigen Personen waren Ende 2003 Pflegestufe I zugeordnet (erheblich pflegebedürftig), 36% Pflegestufe II (schwer pflegebedürftig), 15% Pflegestufe III (schwerst pflegebedürftig; einschl. Härtefälle). Die Werte entsprechen weitgehend dem Bundesdurchschnitt.

- Zwischen 1999 und 2003 ist der Anteil der Personen in Pflegestufe I gestiegen (um 3,5%), derjenige in Pflegestufe III um 1,4% gesunken. Dieser Trend gilt bundesweit; er ist auf das Begutachtungsverhalten der MDK-Gemeinschaft zurückzuführen.

- Mit steigendem Grad der Pflegebedürftigkeit steigt auch die Inanspruchnahme professioneller Hilfen. Ende 2003 nahmen über die Hälfte der Personen in Pflegestufe I nur Pflegegeld in Anspruch, dagegen nur knapp 30% der Pflegestufe III. Bei der vollstationären Pflege waren die Verhältnisse fast umgekehrt (knapp 22% in Pflegestufe I, fast 50% in Pflegestufe 3).

Art der pflegerischen Versorgung

- Annähernd 70% der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen werden zu Hause gepflegt (Ende 2003). Das entspricht dem Bundesdurchschnitt.

- Ausschließlich Pflegegeld beziehen 47% (Bund: 48,5%). Einen Pflegedienst nehmen 22% in Anspruch (Bund: dto.), zwei Drittel hiervon allerdings nur ergänzend zum Pflegegeld (Kombileistung).[2]
  Knapp ein Drittel (31%) aller pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen lebt in einem Pflegeheim (Bund: 29,5%).

- Der Anteil der häuslich gepflegten Personen hat sich seit Ende 1999 leicht verringert (3%). Die Abnahme erfolgte nur bei den Personen, die keine professionelle Pflegehilfe in Anspruch nehmen (Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher).

- Dementsprechend sind Zahl und Anteil derjenigen gestiegen, die (ergänzend) Pflegedienste in Anspruch nehmen oder in einem Pflegeheim leben. Ende 2003 nahmen 18 % Personen mehr ambulante Pflege, 14% mehr vollstationäre Dauerpflege in Anspruch.
  Die Inanspruchnahme von Heimpflege ist also vergleichsweise geringer gestiegen als diejenige von Pflegediensten, aber in absoluten Zahlen waren dies mehr (stationär: +8385; ambulant: +7465).
  Im Bundesdurchschnitt war die Entwicklung tendenziell gleich, nur etwas weniger stark ausgeprägt.

- Der überproportionale Anstieg bei den Pflegesachleistungen in Verbindung mit den im Vergleich zum Pflegegeld wesentlich höheren Sachleistungsbeträgen hat zu erheblichen Ausgabensteigerungen in der Pflegeversicherung geführt.

- Die steigende Inanspruchnahme bei den Pflegesachleistungen ist weniger auf die gestiegene Zahl der alten Menschen als auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit (s. o.) zurückzuführen. Die seit 1997 laufend gestiegene Zahl der Wiederholungsbegutachtungen des MDKN zur Feststellung einer Heimpflegebedürftigkeit ist hierfür ein Indiz.

---

[2] einschl. anteilig Bezieherinnen und Bezieher von Tages- und Kurzzeitpflegeleistungen

Sachverhalt

- Über 70% der Erstanträge auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung werden – seit Jahren gleichbleibend – positiv beschieden, um 85% derjenigen auf (voll-)stationäre Pflege. weiter I.1.1

- In 75 – 85% aller Fälle werden zuerst Leistungen der häuslichen Pflege gewählt. Im weiteren Verlauf erfolgt, nach zwischenzeitlicher Höherstufung bei weiterhin häuslicher Versorgung, zu etwa der Hälfte ein Wechsel in die stationäre Versorgung.

- Die Inanspruchnahme von Tagespflege ist zwar gestiegen, jedoch nach wie vor auf sehr niedrigem Niveau.
  Bei der Kurzzeitpflege – vor allem der so genannten Urlaubspflege – ist ein stetiger und deutlicher Anstieg zu verzeichnen.

Regionale Verteilung weiter I.1.2

- Hinsichtlich der sozio-demographischen Merkmale der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger bestehen in den Landkreisen und kreisfreien Städten keine nennenswerten Unterschiede zum Landesdurchschnitt.

- Im Verhältnis zur Bevölkerung – auch zur älteren Bevölkerung – überproportional viele pflegebedürftige Menschen leben in den Landkreisen. Auch die Zunahme der Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger der Pflegeversicherung zwischen 1999 und 2003 hat zu fast 95% dort stattgefunden. Den stärksten Zuwachs haben die kommunalen Gebietskörperschaften in den ehemaligen Regierungsbezirken Weser-Ems und Lüneburg erfahren; im Anteil an der Bevölkerung liegen dennoch beide Regionen nach wie vor unter dem Landesdurchschnitt von 27,3 pflegebedürftigen Personen auf 1000 Einwohner. Im ehemaligen Regierungsbezirk Hannover hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Personen kaum erhöht; in ihrem Anteil an der Bevölkerung ist sie sogar gesunken.

- Zwischen den einzelnen Kommunen haben sehr unterschiedliche Entwicklungen stattgefunden. In einigen Kommunen hat die Zahl der pflegebedürftigen Personen abgenommen.

- Diese Fakten sind aus der Altersstruktur und der Altersentwicklung der Bevölkerung in den Gebietskörperschaften allein nicht zu erklären. Weitere Merkmale wie die Attraktivität der Region, das Angebot an Diensten und Einrichtungen (Vielfalt, Qualität, Preis) etc., die Zuwanderung in die jeweilige Gebietskörperschaft auslösen, können von Einfluss (gewesen) sein.

- Keine klaren Deutungsmuster ermöglichen auch die Daten zur Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungen (Pflegegeld, ambulante Pflege, vollstationäre Pflege). Tendenziell kann ein gewisser Zusammenhang zum vorhandenen Angebot an familienexternen Diensten und Einrichtungen, bei der Inanspruchnahme von Pflegeheimen auch zum Angebot an Betreuten Wohnformen festgestellt werden.

Zusammenfassung:
Eine Deutung der Entwicklungen und Zusammenhänge ist nur auf örtlicher Ebene z. B. im Zuge der Erarbeitung der örtlichen Pflegeberichte möglich.

Abbildung A 2

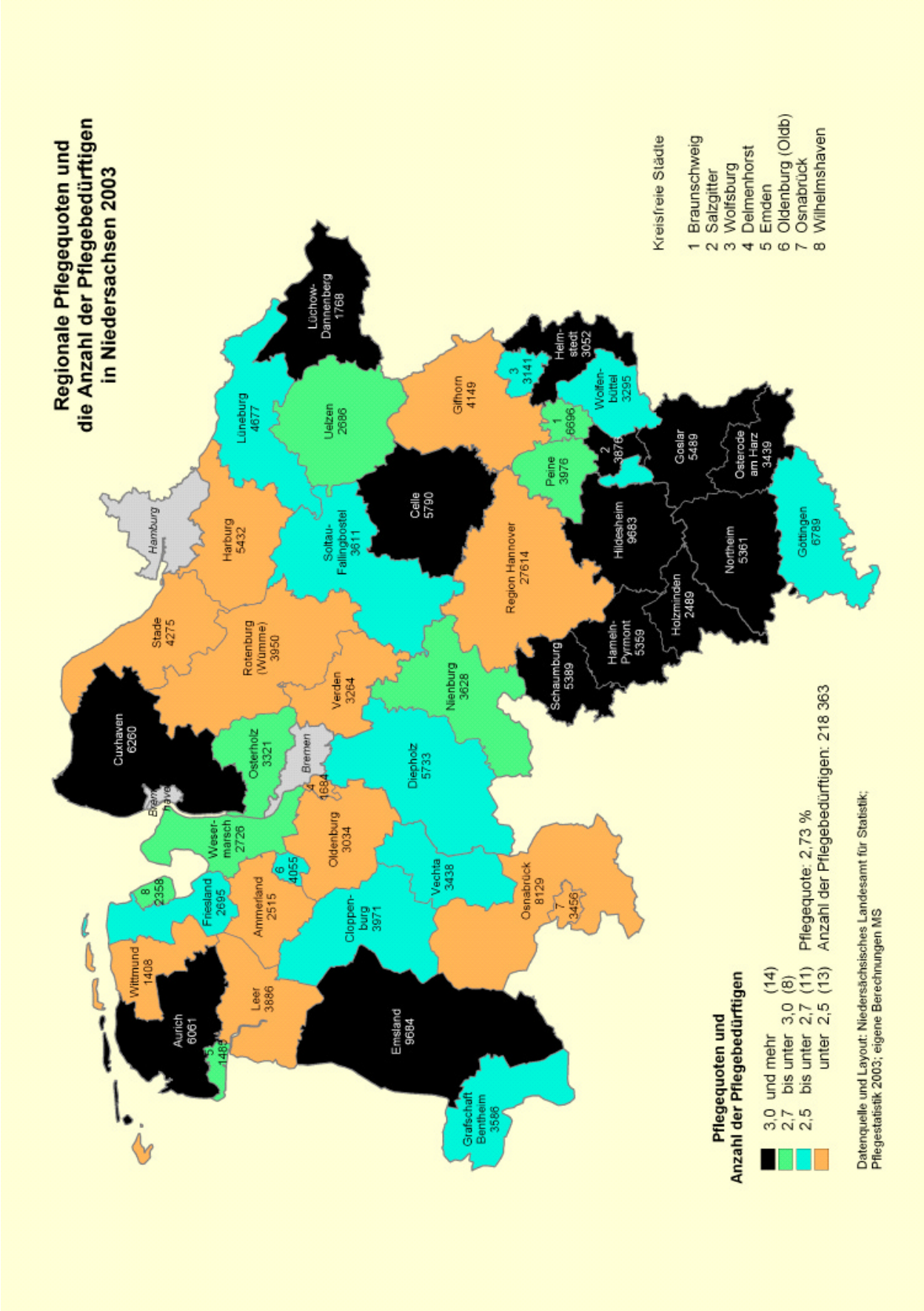
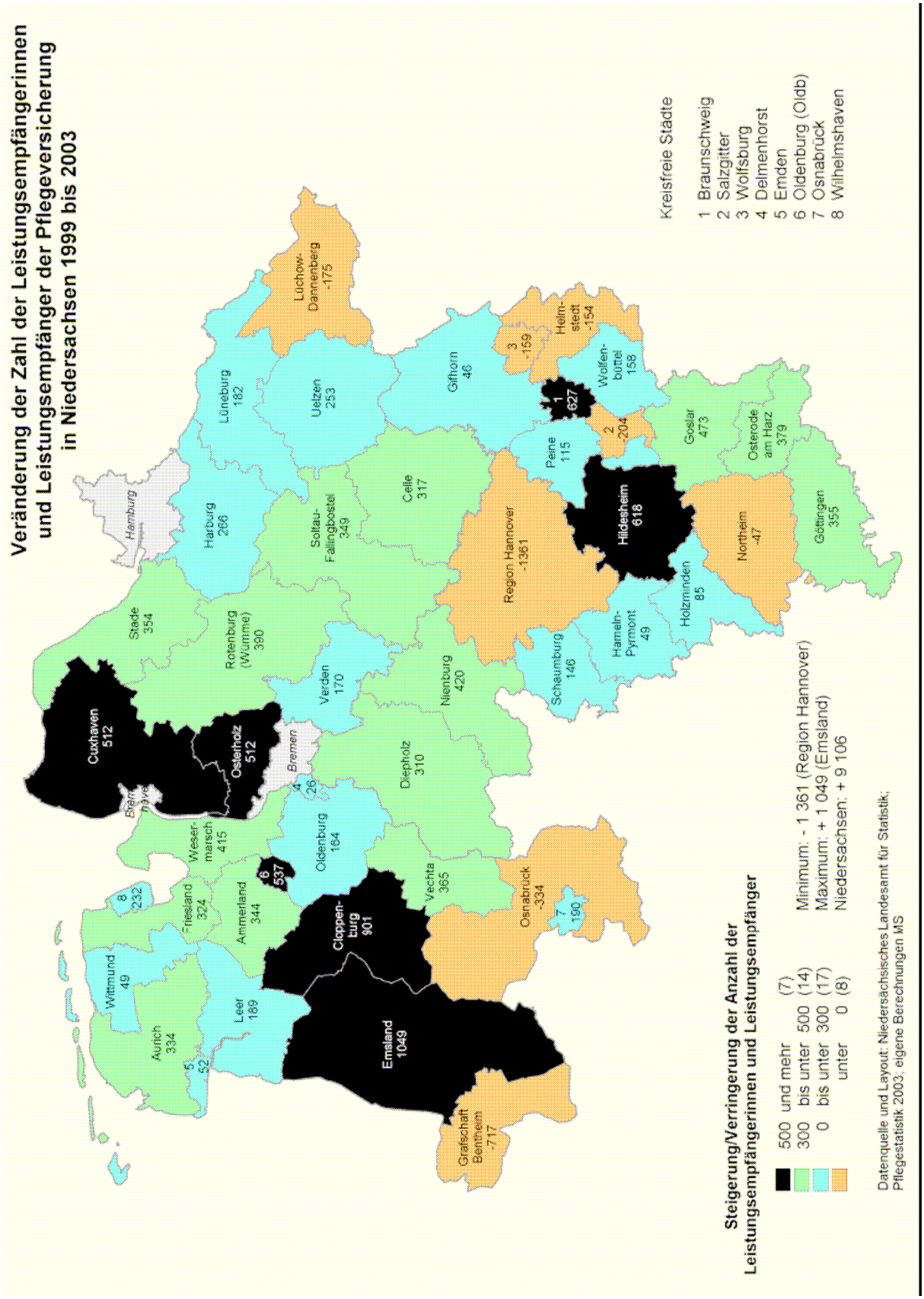


Abbildung A 3



Sachverhalt

Vergleich: soziale Pflegeversicherung / private Pflegepflichtversicherung[3]
weiter I.1.1.1

- Ende 2003 waren im Bundesgebiet 11,3% aller Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert (8,92 Mio. Personen). Die Zahl stieg seit 1997 um 12%.

- 3% der privat Pflegepflichtversicherten sind 80 und mehr Jahre alt, rd. 5% der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung.

- Ende 2003 erhielten rd. 3% der sozial Pflegeversicherten Leistungen, aber nur 1,3% der privat Pflegepflichtversicherten. Allerdings betrug der Anstieg der Leistungsbezieherinnen und –bezieher zwischen 1999 und 2003 dort 13,5%; über alle Versicherten lag er nur bei 3%.

- Der Anteil der privat pflege-pflichtversicherten pflegebedürftigen Frauen liegt mit 61% deutlich unter dem Anteil insgesamt (Bund und Niedersachsen 2003 bei 68%).

- Bei den privat Pflegepflichtversicherten setzt(e) der Leistungsbezug vergleichsweise durchschnittlich erst in höherem Lebensalter ein. Sie waren / sind häufiger in Pflegestufe II und III.

- Hinsichtlich der Art der gewählten Leistungen bestehen keine nennenswerten Unterschiede; der Anstieg bei der Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen lag bei den privat Pflegepflichtversicherten noch über demjenigen bei allen Leistungsempfängerinnen und –empfängern.

Zusammenfassung:

- Die private Pflegepflichtversicherung hat derzeit und auf absehbare Zukunft das geringere Risikopotential.

- Die vergleichsweise stärkeren Entwicklungen auf der Ausgabenseite stellen vor diesem Hintergrund auch auf absehbare Zukunft keine Gefährdung der Finanzierbarkeit der Leistungen dar.

[3] auf Niedersachsen bezogene Daten liegen nicht vor.

2. Pflegerische Versorgung

2.1 Pflegedienste und Pflegeheime

Sachverhalt

Pflegedienste weiter I.3.1.1 und I.3.1.2

- Ende 2003 gab es in Niedersachsen annähernd 1000 Pflegedienste; das entspricht dem durchschnittlichen Versorgungsstand im Bundesgebiet.
  Das Angebot ist flächendeckend; in den Landkreisen und kreisfreien Städten gibt es zwischen 5 und 112 Pflegedienste (Region Hannover).

- Im Unterschied zu anderen Ländern hatte Niedersachsen zwischen Ende 1999 und Ende 2003 noch per Saldo einen Zuwachs um 76 Dienste (8%). Bei Pflegediensten sind Zu- und Abgänge (u. a. auch durch Zusammenlegungen) keine Seltenheit. Bundesweit ist die Zahl der Pflegedienste im genannten Zeitraum um 2% zurückgegangen.

- Durchschnittlich betreuen die Pflegedienste ca. 50 Personen – mehr noch als 1999. Die Zahl der durchschnittlich betreuten Personen ist im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern in Niedersachsen groß.
  Die durchschnittliche Versorgungsdichte liegt bei 6 Personen je 1000 Einwohner bzw. 29 Einwohnern im Alter von 65 und mehr Jahren. Zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften gibt es deutliche Unterschiede; sie sind auf die Altersstruktur der Bevölkerung, aber auch weitere örtliche Gegebenheiten zurückzuführen.

- Private Träger machen inzwischen den größten Anteil aus (57%); es folgen Pflegedienste in gemeinnütziger Trägerschaft (41%); nur 2% sind in öffentlicher (kommunaler) Trägerschaft. Die Pflegedienste in gemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft betreu(t)en durchschnittlich fast doppelt so viele pflegebedürftige Personen wie diejenigen in privater Trägerschaft (65 / 34).

- Die allermeisten Pflegedienste bieten außer den Leistungen nach SGB XI noch Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie ergänzende Leistungen wie Essen auf Rädern etc. an. Seit In-Kraft-Treten der besonderen Leistungen für zeitweise Betreuung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI) bieten inzwischen 278 Pflegedienste auch solche Betreuungsleistungen an. weiter I.3.6

- Über 100 Pflegedienste sind Wohneinrichtungen zugeordnet – ein zunehmender Markt für ambulante Pflege, Betreuung und Service – , 21 Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Hospizen; 7 erbringen als Familienentlastende Dienste Leistungen der Betreuung und Pflege bei Menschen mit (geistigen) Behinderungen. weiter I.3.4.3

- Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen erfolgen überwiegend in Form von Komplexleistungen. In Niedersachsen kommen z. Z. vier Leistungskomplexkataloge zur Anwendung; für die Kunden fehlt es daher an Markttransparenz. Die Landesorganisationen der Pflegekassen streben die Vereinheitlichung des Vergütungssystems an (Leistungskomplexkatalog Niedersachsen 2002). Rund 60% der Pflegedienste werden inzwischen nach diesem Leistungskomplexkatalog vergütet. Vereinbarungen über Vergütungsstruktur und Einzelver-

Sachverhalt

- gütungen unterliegen der Vertragsgestaltung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern; das Land hat hierauf rechtlich keinen Einfluss und ist bei den Pflegediensten auch nicht Vertragspartei. weiter I.3.3.1

- Zur Sicherung der häuslichen Pflege fördert das Land die Investitionsaufwendungen der Pflegedienste durch eine landeseinheitliche Pauschale in Zuordnung zu den erbrachten Pflegeleistungen (§ 9 NPflegeG). Den pflegebedürftigen Kunden werden diese Kosten dementsprechend von den Pflegediensten nicht in Rechnung gestellt. Die Landesregierung hat im Zuge der Novellierung des NPflegeG zum 1. Jan. 2004 die von der Vorgängerregierung eingeführte „Deckelung“ der Förderung rückgängig gemacht. Damit werden die Investitionskosten wieder voll vom Land übernommen.
  Die Förderung kommt allen, die Pflegeleistungen durch Pflegedienste in Anspruch nehmen, zugute; das sind z. Z. rund 50.000 Personen. Im Jahr 2005 stellte das Land hierfür 22,5 Mio. € bereit.

Pflegeheime weiter I.3.1.1.2

- gütungen unterliegen der Vertragsgestaltung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern; das Land hat hierauf rechtlich keinen Einfluss und ist bei den Pflegediensten auch nicht Vertragspartei.In Niedersachsen gab es Ende 2003 1253 zugelassene Pflegeheime mit zusammen 79.148 Plätzen. Hiervon waren jeweils etwas über 95% Heime bzw. Pflegeplätze für alte Menschen. Daneben gab es 17 Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen (831 Plätze) und 40 Pflegeheime für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen (3.018 Plätze).

- Die durchschnittliche Platzzahl der Heime liegt bei 63 / 49 / 75,5 Plätzen. Aus der Entwicklung der letzten Jahre ist ein Trend zu größeren Einrichtungen erkennbar (z. B. 1999 in Altenpflegeeinrichtungen durchschnittlich 61 Plätze).

- Die Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeheimplätzen (99 Plätze je 10.000 EW) liegt in Niedersachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (86,4 Pl. / 10.000 EW).

- In der Zeit von Ende 1999 bis Ende 2003 ist die Zahl der vollstationären Pflegeplätze um 9.281 Plätze (13,3%) gestiegen! Davon waren 95% Plätze in Altenpflegeheimen. Bundesweit betrug der Platzanstieg durchschnittlich 11%.

- Der Anstieg der Platzzahlen bezog sich fast ausschließlich auf Einrichtungen der Dauerpflege. Der Entwicklungsprozess ist zugleich gekennzeichnet durch Strukturveränderungen zugunsten monofunktionaler Einrichtungen unter Aufgabe von angeschlossenen Tages- oder Kurzzeitpflegeangeboten. Die Zahl der Plätze in eingliedrigen Einrichtungen der Dauerpflege ist dementsprechend sogar um 11.146 Plätze (18,1%) gestiegen. weiter I.3.1.3 und I.3.1.4

Die zusätzliche Zahl an Pflegeplätzen übersteigt die Zunahme an Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen der vollstationären Dauerpflege in Niedersachsen. Die „freien Kapazitäten“ werden durch Bewohnerinnen und Bewohner belegt, die der Heimbetreuung bedürfen, aber nicht pflegebedürftig im Sinne von SGB XI sind (so genannten Pflegestufe „Null“ oder „G“). Einige bleiben auch ungenutzt; Einrichtungsträger beklagen zunehmend Leerstände.
Die diesbezüglichen Auswirkungen sind zwiespältig: Leerstände erhöhen die Marktmacht der Nachfrager; zugleich können sie qualitätsmindernd für die Bewohner der Einrichtungen wirken. Die Marktanpassungsstrategien der Einrichtungsträger werden abzuwarten sein.

Sachverhalt

- Von den *vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege* sind 57% in privater, 39% in gemeinnütziger und 4% in öffentlicher (überwiegend kommunaler) Trägerschaft. Die privaten Träger bieten 48%, die gemeinnützigen 47% und die öffentlichen Träger 5% der Plätze an. weiter I.3.1.5.2

- Annähernd die Hälfte der Dauerpflegeeinrichtungen hat weniger als 50 Plätze, 17% haben mehr als 100 Plätze. Private Träger unterhalten vergleichsweise viele kleinere Heime (60%), bei den gemeinnützigen Trägern überwiegen dagegen Einrichtungen zwischen 50 und 100 Plätzen (46%); nur 31% haben dort Heime mit bis zu 50 Plätzen.

- Im Landesdurchschnitt waren 53,5% aller Plätze in Dauerpflegeheimen in 1-Bett-Zimmern, 44,6% in 2-Bett-Zimmern und 1,9% in Mehrbettzimmern.

- Der Anstieg der Plätze in den Dauerpflegeeinrichtungen hatte eine erhebliche Standardverbesserung der Einrichtungen zur Folge: In 85% der Fälle handelte es sich bei den zusätzlichen Plätzen um 1-Bett-Zimmer – ein Anstieg um annähernd ein Drittel gegenüber dem Stand von Ende 1999. Zudem wurden über 1000 Plätze in Mehrbettzimmern im selben Zeitraum abgebaut.
  Allerdings bestehen bei 1-Bett-Zimmern regional z. T. beträchtliche Unterschiede; ihr Anteil reicht von 37% bis 86%. weiter I.3.1.5.3

- Das Angebot an vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege für ältere Menschen in Niedersachsen ist flächendeckend. Die Zahl korrespondiert grundsätzlich mit der Einwohnerzahl bzw. der Zahl der älteren Bevölkerung. Hinsichtlich der Einrichtungsgrößen bestehen keine regionalspezifischen Zusammenhänge. weiter I.3.3.2.1 und I.3.3.2.2

- Die Träger von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erhielten Ende 2003 als Vergütung für Pflegeleistungen je Tag und Platz durchschnittlich 40 € bei Pflegeklasse I, 52 € bei Pflegeklasse II und 65 € bei Pflegeklasse III. Für Unterkunft und Verpflegung waren durchschnittlich 16 € aufzuwenden. Private Träger hatten im Durchschnitt etwas niedrigere Preise als die gemeinnützigen und die öffentlichen Träger. Die Preise sind zwischen den Heimen sehr unterschiedlich; in den letzten Jahren zeigt sich ein Trend zum mittleren Preissegment; dies mag auf den in Niedersachsen angewandten Personalschlüssel-Korridor zurückzuführen sein.
  Das Land hat auf die Preisgestaltung rechtlich keinen, faktisch nur in den (wenigen) Pflegeheimen Einfluss, in dem es als überörtlicher Träger der Sozialhilfe Vertragspartner ist. Im Übrigen handeln die Kommunen in ihrer Eigenschaft als örtlicher Sozialhilfeträger als Vertragspartei im eigenen Wirkungskreis.

- Die Heime in Niedersachsen sind im Ländervergleich die preisgünstigsten unter den „alten“ Bundesländern. Dies lässt aber keinen Rückschluss auf eine schlechtere Versorgungsqualität zu: die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste belegen bundesweit einen fehlenden direkten Zusammenhang zwischen Qualität und Preis.

- Trotz der günstigen Preisstruktur reichen die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in den allermeisten Fällen nicht mehr aus, um die Vergütungen für die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken. Angesichts der geringen Entwicklung der Alterseinkommen in den vergangenen Jahren wird hierdurch der Zuzahlungsbedarf durch nachrangige Leistungsträger (Sozialhilfe) immer häufiger und größer.

Sachverhalt

- Die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner müssen auch für die Investitionskosten (Investitionsfolgeaufwendungen) der Einrichtungen aufkommen. Hierfür mussten Mitte 2005 durchschnittlich rd. 15 € je Tag aufgewandt werden.[4] Der Betrag wird von den individuellen Finanzierungsstrukturen der Einrichtungen bestimmt; die Spanne reicht von 3,25 € bis 32,25 €. Bei Bedürftigkeit der Heimbewohnerin oder des Heimbewohners treten nachrangige Kostenträger, im wesentlichen die örtlichen Sozialhilfeträger, ein. Das Land stellt den Kommunen den entsprechenden Betrag zum Ausgleich zur Verfügung; für 2005 lag der Ansatz hierfür bei 95,7 Mio. Euro. weiter I.3.3.2.3

- *Tagespflegeeinrichtungen* sind zur häuslichen Pflege komplementäre Einrichtungen; sie dienen deren Sicherung und damit der Vermeidung von dauerhaften Heimaufenthalten. Die Strukturdaten der Nutzer bestätigen diese Funktion; Personen mit Pflegestufen II und III sind dort überrepräsentiert. Tagespflegeeinrichtungen erreichen insofern den intendierten Nutzerkreis der „Grenzgänger“ zwischen häuslicher Pflege und Heimpflege. weiter I.3.1.3

- Ende 2003 gab es in Niedersachsen 98 Tagespflegeeinrichtungen. Die Zahl hat seit Ende 1999 leicht ab-, diejenige der Plätze in den verbleibenden Einrichtungen leicht zugenommen. Insgesamt standen Ende 2003 knapp 1.100 Plätze in solchen Einrichtungen zur Verfügung. Zur Jahresmitte 2005 gab es nach Aussage der Landkreise und kreisfreien Städte nur noch 94 Tagespflegeheime.

- Das Angebot an Tagespflegeeinrichtungen ist nicht flächendeckend; 13 der 46 kommunalen Gebietskörperschaften verfügen über keine solche Einrichtung. Bei den anderen bestehen jeweils im Verhältnis zur älteren Bevölkerung als potientielle Hauptnutzergruppe erhebliche Unterschiede; auch unter diesem Aspekt kann insofern nicht von in etwa gleichartigen Versorgungsbedingungen gesprochen werden. Die Tagespflegeeinrichtungen befinden sich tendenziell häufiger in städtischen Verdichtungsräumen (größeres Nachfragepotential in vergleichsweise kleinem Einzugsbereich).

- Bundesweit betrachtet bildet die Versorgung mit Tagespflegeeinrichtungen und deren Entwicklung in Niedersachsen keine Ausnahme.

- Die aus versorgungsstrategischen Gesichtspunkten wenig zufriedenstellende Entwicklung des Tagespflegeangebotes ist entscheidend auf den Nachrang der Leistungen gegenüber den Leistungen der häuslichen Pflege durch Pflegedienste zurückzuführen (§ 41 SGB XI). weiter I.3.3.3

- Preislich liegen die Tagespflegeeinrichtungen unter den Dauerpflegeeinrichtungen. Zu zwei Dritteln sind sie Teil von mehrgliedrigen Einrichtungen und können Synergieeffekte nutzen. Das Land fördert die Investitionsaufwendungen in vollem Umfang (§ 10 NPflegeG); den Tagespflegegästen entstehen damit keine solchen Kosten. Diese günstigen Voraussetzungen konnten dennoch die leistungsrechtlichen Nachteile mit der Folgewirkung einer geringen Nachfrage nicht ausgleichen. Die Entwicklung eines kleinräumigen Angebotes setzt aber eine ausreichende Nachfrage voraus. Andererseits: ohne bzw. bei schlechter Erreichbarkeit des Angebotes keine Nachfrage. Angebot und Nachfrage bedingen einander insoweit auch gegenseitig.

---

[4] Quelle: AOKN, unveröffentlicht

Sachverhalt

- Einrichtungen der *Kurzzeitpflege* dienen wie Tagespflegeeinrichtungen als zur häuslichen Pflege komplementäre Einrichtungen für vorübergehende vollstationäre Pflege der Sicherung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen.
  Leistungen der Kurzzeitpflege können in speziellen Kurzzeitpflegeheimen und als so genannte „eingestreute“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden. weiter I.3.1.4

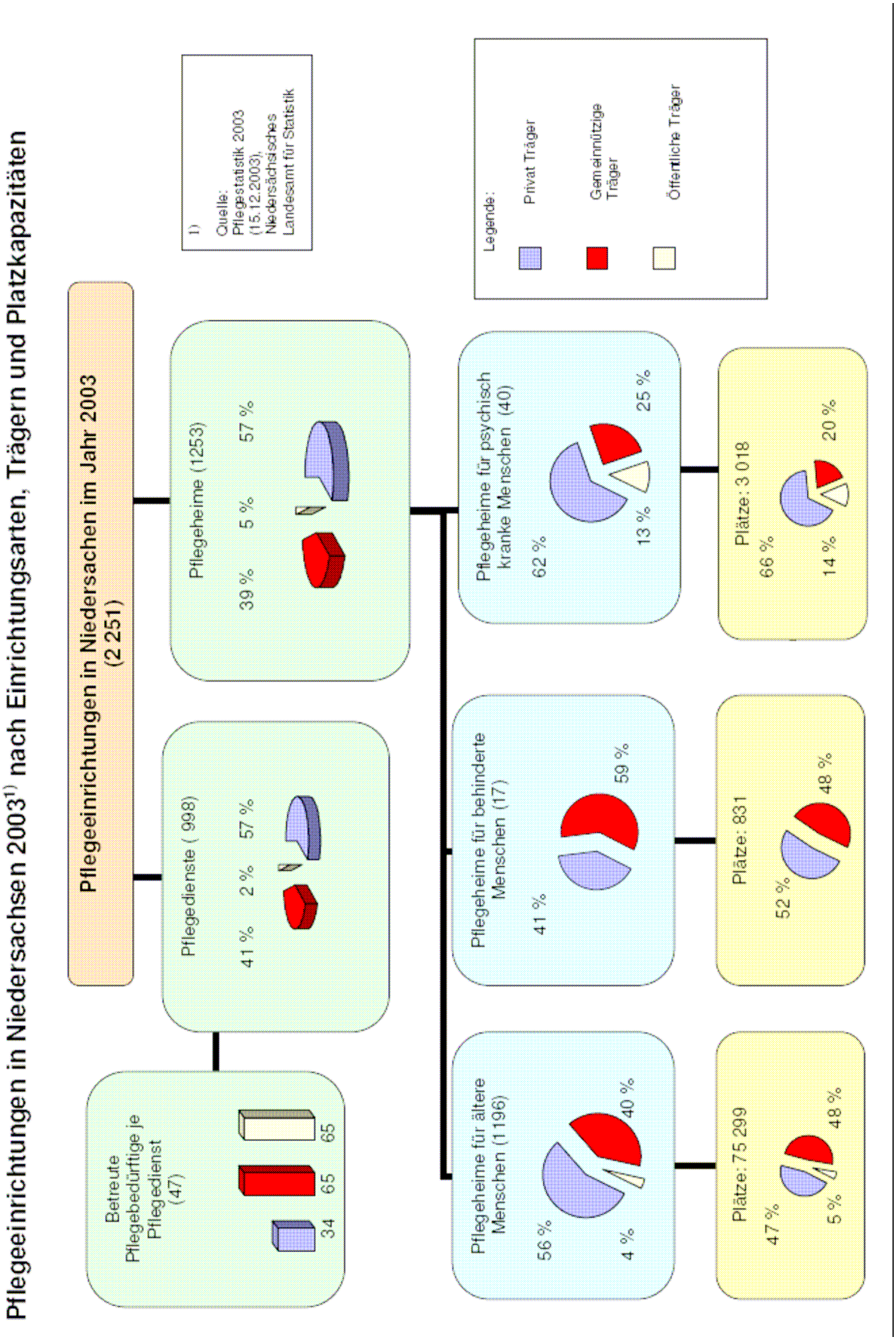
- Die Inanspruchnahme von „eingestreuter“ Kurzzeitpflege hat in den vergangenen Jahren laufend zugenommen. Hierfür spricht der erhebliche Anstieg zwischen Ende 1999 bis Ende 2003 an Plätzen in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können, um 1300 auf annähernd 3.600 Plätze (4,7% aller Plätze in diesen Einrichtungen). Niedersachsen liegt damit weit über dem vergleichbaren Anteil der anderen Bundesländer.
  Die Inanspruchnahme lässt sich nur näherungsweise ermitteln; für 2003 wird eine Zahl von 15.500 – 18.500 Leistungsfällen angenommen.

- Von versorgungspolitisch besonderem Interesse sind die Kurzzeitpflegeheime. Sie erbringen im Schwerpunkt Leistungen der Kurzzeitpflege nach stationärer Behandlung im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung (rehabilitativ orientierte Pflege zur Sicherung der häuslichen Pflege). Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege sind in der Regel im Rahmen der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege für solche Leistungen nicht ausgerichtet.
  Ende 2003 waren in Niedersachsen 47 Kurzzeitpflegeheime zugelassen; die Zahl ist seit Ende 1999 um 22 Einrichtungen gesunken. Über die Platzzahl liegen keine hinreichend validen Daten vor. Geschätzt werden 700 bis 900 Plätze. Nach Auskunft der Landkreise und kreisfreien Städte waren zur Jahresmitte 2005 51 Kurzzeitpflegeheime vorhanden – per Saldo 4 mehr als Ende 2003. Dabei waren allerdings 12 Zugänge und 8 Abgänge zu verzeichnen. Das Angebot ist insoweit als relativ instabil zu bezeichnen.

- Die 51 Kurzzeitpflegeheime konzentrieren sich auf 19 Landkreise und kreisfreie Städte sowie die Region Hannover. Die Gründe liegen nach Aussagen der Praxis vor allem in besonderen Schwierigkeiten einer wirtschaftlichen Betriebsführung dieser nicht zuletzt aufgrund der Zahl der zu versorgenden Personen zumeist kleinen Einrichtungen. Nachfrageerhöhungen könnten durch Personen mit vergleichsweise kurzem Pflegebedarf im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erreicht werden. Solche Personen sind aber weder nach dem SGB XI noch nach dem SGB V leistungsrechtlich abgesichert. Es bedürfte insoweit bundesgesetzlicher Regelungen.

- Trotz einer Vollförderung ihrer Investitionsaufwendungen nach Landesrecht (§ 10 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG) sind Kurzzeitpflegeheime aufgrund ihrer besonderen Kosten- Nutzen- Struktur vergleichsweise teuer.
  Am 30. Jan. 2003 hat der Landespflegeausschuss eine Rahmenempfehlung zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen beschlossen. Sie soll die wirtschaftlichen Bedingungen für solche Einrichtungen verbessern durch entsprechende Empfehlungen zur personellen Ausstattung. Nach derzeitigen Erkenntnissen hat die Empfehlung jedoch noch nicht zu der erwünschten Vermehrung des Angebotes geführt. Der Landespflegeausschuss wird den Gründen nachgehen. weiter I.3.3.4

Abbildung A 4:



2.2 Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege

Sachverhalt

Angebote des Betreuten Wohnens weiter I.3.5

- Angebote des Betreuten Wohnens sind grundsätzlich geeignet, einen Aufenthalt im Pflegeheim zu verzögern oder sogar zu vermeiden. Sie ermöglichen weitestgehend die gewünschte selbstbestimmte Lebensführung und bieten den Wohnungsinhaberinnen und Wohnungsinhabern bei fortschreitender Gebrechlichkeit und psychischen Beeinträchtigungen Schutz und geeignete Hilfe.
  Die inzwischen vorhandenen Erfahrungen mit betreuten Wohnangeboten in NRW lassen die Feststellung zu, dass vor allem die Bewohnerinnen und Bewohner der so genannten Pflegestufe „Null“ oder „G“, ein entsprechendes Wohn- und ambulantes Versorgungsarrangement vorausgesetzt, nicht im Pflegeheim leben müssten. Diese Personengruppe macht ungefähr 8% der Bewohnerschaft der Heime aus. Auch bei Pflegestufe I und Pflegestufe II sowie bei leichter bis mittel schwerer Demenz kommt – in Abhängigkeit vom Einzelfall – Betreutes Wohnen nach Aussagen von Heimbetreibern grundsätzlich noch in Betracht.

- Art und Umfang der angebotenen ambulanten Unterstützungsleistungen im Verhältnis zum Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedarf im Einzelfall bestimmen letztlich die Grenzen der verschiedenen Angebotsformen des Betreuten Wohnens weiter I.3.5.3
  - Wohnungen mit Grund- und Wahlservice,
  - Wohnprojekte mit integriertem Service (ggf. einschl. ambulanter / teilstationärer Pflege / Kurzzeitpflege),
  - Betreute Wohnungen in Zuordnung zu einem Pflegedienst oder Pflegeheim,
  - gemeinschaftlich organisierte Wohnformen (Hausgemeinschaften, ambulant betreute Wohngemeinschaften.

- Die drei letztgenannten Formen können grundsätzlich bei entsprechender Organisation der Hilfen eine weitgehend heimgleiche Versorgung und Betreuung sicherstellen. Das gilt besonders für die betreuten Wohngemeinschaften. Die rechtlichen und faktischen Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Wohnungsbewohnerinnen und –bewohner oder ihrer gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer über Art und Umfang der Dienstleistungen (Wohnungsnutzung, Serviceleistungen) bilden die formalen Abgrenzungskriterien zum Heim.

- Die Akzeptanz der unterschiedlichen Formen des Betreuten Wohnens bei der älteren Bevölkerung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, dementsprechend auch die Zahl der Angebote. Das ergeben Wohnungsmarktanalysen. Eine statistische Erhebung zum Bestand an Wohnungen und deren Art in Niedersachsen liegt nicht vor. Das gilt zum Teil auch für die kommunale Ebene. So haben z. B. die Städte Braunschweig und Göttingen in ihrem Gebiet jeweils über 1000 betreute Altenwohnungen. Eine Reihe von Kommunen gab an, über Kenntnisse nicht zu verfügen. Dies erstaunt angesichts des Bestrebens der Kommunen, Leistungen der Sozialhilfe in stationären Einrichtungen der Altenhilfe zu minimieren. weiter I.3.5.2
  Diesem unbefriedigenden Informationsstand abhelfen soll eine in Entwicklung befindliche Datenbank über Angebote und Leistungen der Behinderten- und der Altenhilfe („Informationsplattform Altenhilfe“). Das Land und die kommunalen Spitzenverbände fördern dieses Vorhaben.

[5] Hierunter werden alle Angebote verstanden, die keine Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI oder SGB V beinhalten, aber direkt oder indirekt auf die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen oder auf die Vermeidung oder die Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit gerichtet sind.

Sachverhalt

- Das Land hat im Rahmen seiner Wohnungsbauförderungsprogramme zwischen 2000 und 2004 366 Altenwohnungen und 60 Wohnungen für schwerbehinderte Menschen gefördert, davon über die Hälfte als Betreute Wohnungen.
  weiter I.3.5.2

- Das Land hat zudem für einen Zeitraum von drei Jahren die Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung – Wohnen im Alter als landesweites Informations- und Beratungsinstitut gefördert. Die Konzertierte Aktion Wohnen hat in 2002 eine Resolution zu Anforderungen über altengerechten Wohnungsbau verabschiedet.

- In Niedersachsen gibt es derzeit 23 ambulant Betreute Wohngemeinschaften, davon 15 für dementiell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Weitere 3 Wohngemeinschaften sind projektiert. weiter I.3.5.3

- Im Unterschied zum Heim besteht bei Betreutem Wohnen keine staatliche Aufsicht zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Übervorteilung und Schlechtleistung. Der allgemeine Marktmechanismus der das Angebot regelnden Nachfrage greift zu kurz. In Entwicklung und Erprobung begriffen sind z. Z. Instrumente und Verfahren zur angebotsübergreifenden Qualitätssicherung mit dem Ziel einer Selbstverpflichtung von Anbietern zur Qualitätssicherung und wechselseitigen Qualitätsprüfung. Beispiele hierfür bestehen in Berlin und NRW.
  Das Land fördert mit dem o. g. Ziel die Erarbeitung von Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften. Aus dem Projekt heraus hat sich bereits eine landesweite Arbeitsgemeinschaft gebildet.
  Die Erfahrungen mit solchen angebotsübergreifenden Qualitätssicherungsinstrumenten und Verfahren auf Selbstverwaltungsebene werden abzuwarten sein.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote und ambulante gerontopsychiatrische Zentren weiter I.3.6

- *Niedrigschwellige Betreuungsangebote* dienen der vorübergehenden stundenweisen oder ganztägigen Entlastung von privaten Pflegepersonen, die einen dementiell erkrankten Angehörigen zu Hause betreuen und versorgen (§ 45 c SGB XI), in Form von Einzel- oder Gruppenbetreuung. Sie dienen damit zugleich der Sicherung der häuslichen Pflege und der Heimvermeidung. Zur Bedeutung eines solchen Angebotes: 60% der dementiell erkrankten Menschen können heute aufgrund der privaten Unterstützungsleistung zu Hause leben; andererseits ist dementielle Erkrankung vor allem in fortgeschrittenem Stadium die Hauptursache für den Übergang ins Pflegeheim. weiter I.3.6.1
  Die Betreuung erfolgt durch freiwillige Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung und Begleitung.

- Niedrigschwellige Betreuungsangebote müssen qualitätsgesichert sein (§ 45b SGB XI). Die dazu erforderliche Anerkennungsverordnung hat das Land bereits im September 2002 erlassen. Inzwischen sind rd. 150 solcher Angebote in Niedersachsen anerkannt; sie halten insgesamt 282 unterschiedliche Teilangebote (s. o.) vor.

- Das Land fördert seit Anfang 2004 den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Alle anerkannten Angebote erhalten grundsätzlich auf Antrag eine Förderung. Für die Förderung stehen annähernd 1 Mio. € an Mitteln bereit. Mittel im selben Umfang erhalten die Träger von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten aus Mitteln der Pflegeversicherung (§ 45c SGB XI).

Sachverhalt

- Das Land fördert darüber hinaus auf freiwilliger Basis das „Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote“ bei der Landesvereinigung für Gesundheit e. V., Hannover als Informations- und Beratungsstelle, um den Aufbau solcher Angebote flächendeckend in Niedersachsen zu erreichen.

- Familien, die dementiell erkrankte Personen betreuen, haben oft keine hinreichenden Kenntnisse über die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten und das erforderliche Hilfearrangement. *Ambulante gerontopsychiatrische Zentren* übernehmen entsprechende Beratungen und Vermittlungen. Sie richten sich vor allem an Menschen mit akuten Krankheitssymptomen und deren Angehörige.
  weiter I.3.6.2

- In Hannover gibt es z. Z. drei Ambulante gerontopsychiatrische Zentren mit aufeinander abgestimmten Einzugsbereichen. Ein weiteres solches Zentrum ist in Braunschweig bekannt.

- Zwei der vorgenannten Zentren bieten mit Förderung des Landes überregionale Beratung zum Aufbau weiterer ambulanter gerontopsychiatrischer Zentren bzw. zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur auf örtlicher Ebene an.

Sonstige Angebote und Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege weiter I.5

- Angebote und Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege reichen über praktische Hilfen zur Alltagsbewältigung, Beratung und Vermittlung von Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die Organisation von Selbst- und Nachbarschaftshilfe bis zur Organisation der Zusammenarbeit der Pflegedienste und –einrichtungen, der Anbieter der gesundheitlichen Versorgung, der Bildungsträger, des kommunalen Sozialdienstes etc. in Form eines Care-Managements.
  Die Angebote sind vielzählig, kleinteilig, oft nur auf begrenzte Gebiete (z. B. Stadtteile) beschränkt. Nur einige Kommunen ermöglichen Hilfe- und Ratsuchenden eine Orientierung und die gezielte Auswahl durch die Herausgabe von Seniorenratgebern oder ähnlichen Informationsmaterialien.

  Diese Strukturen erschweren auch den überregionalen Informationstransfer und –austausch zur Entwicklung vergleichbarer örtlicher Angebote oder Organisationsformen im Sinne von best-practice erheblich. Mit der Förderung des Regionalen Dialog „Innovative lokale Altenpolitik“ im Rahmen des „Dialog Soziales Niedersachsen“ hatte das Land ein Verfahren zum intra- und interkommunalen Informations- und Erfahrungsaustausch erprobt. Die grundsätzliche Eignung dieses Verfahrens wurde von den beteiligten Kommunen nicht bestritten; der Aufwand wurde jedoch als auf Dauer mit den verfügbaren Personalkapazitäten nicht leistbar angesehen.

  Die Entwicklung der o. g. Datenbank über alle auf die Hilfe und Unterstützung der älteren und ggf. pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner gerichteten Angebote („Informationsplattform Altenhilfe“) soll nunmehr die Grundlage für bessere Informationen auf örtlicher und auf überörtlicher Ebene bieten.

- Das Land hat darüber hinaus durch eine Reihe von weiteren Maßnahmenförderungen zur Entwicklung der örtlichen Altenhilfestrukturen bzw. für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen beigetragen bzw. trägt im Rahmen laufender Förderung dazu bei. Beispielhaft werden hier die Mehrgenerationenhäuser erwähnt.

2.3 Qualität der Versorgung

Sachverhalt

Grundsätzliche Anmerkungen weiter I.4.1

- Die Würde des Menschen auch im Falle von Pflegebedürftigkeit, physischer Gebrechlichkeit und geistigem Verfall durch bestmögliche Anwendung medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und persönliche Zuwendung zu achten und zu bewahren und dabei Beschwerden so weit möglich zu beseitigen oder zu lindern ist der handlungsleitende Anspruch einer qualitätvollen Pflege. An ihm wird sie sich auch in Zukunft trotz steigender Zahl der zu pflegenden, versorgenden und betreuenden Menschen unverändert messen lassen müssen.

- Für eine solche Bemessung mangelt es allerdings nach wie vor an operationalisierten Kriterien der „notwendigen Leistungen“ und der diesbezüglich zu erbringenden Qualität. Die gesetzlichen Vorgaben reichen dazu nicht aus; der Gesetzgeber hat die Definitionsmacht der so genannten Selbstverwaltung überantwortet (§ 80 Abs. 1 SGB XI). Die gesetzlich geforderten Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege in der vom Pflegequalitäts-Sicherungsgesetz geforderten Form sind bislang trotz Einigung in fachlicher Hinsicht wegen der von den kommunalen Spitzenverbände befürchteten finanziellen Folgen nicht zu Stande gekommen.

  Die in den letzten Jahren entwickelten und inzwischen auch mehrjährig erprobten Verfahren zur Qualitätsprüfung des MDK sowie von Verfahren zur Einführung und Fortentwicklung eine betriebsinternen Qualitätsmanagements und die Erarbeitung von Expertenstandards für Pflegesachverhalte von zentraler Bedeutung (z. B. Dekubitus- oder Sturzprophylaxe) haben dennoch schrittweise zu einer Konkretisierung der Prüfgegenstände und Prüfraster geführt, die auch trägerseitig weitgehend akzeptiert wird.
  Der Entwicklungsprozess ist allerdings keinesfalls als abgeschlossen zu bezeichnen. Die Umsetzung der zum 1. Jan. 2006 in Kraft tretenden Prüfrichtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen mit den anliegenden Fragenkatalogen zur Qualitätsprüfung bei ambulanten und bei stationären Pflegeeinrichtungen wird insofern mit Interesse zu verfolgen sein.

- Angestrebt wird auch eine Vereinheitlichung der Prüfinstrumentarien von MDK und Heimaufsicht (Koalitionsvertrag vom 11. Nov. 2005); in Niedersachsen laufen in diesem Sinne bereits Gespräche zwischen den Beteiligten auf der Fachebene unter Moderation des MS.

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen des MDKN weiter I.4.2.1

- Der MDKN hat in den vergangenen Jahren jährlich ca. 15% der Pflegeeinrichtungen geprüft. Weit überwiegend handelte es sich dabei um Pflegeheime. Die Ausweitung des Prüfumfanges auf ca. 20 % der Einrichtungen ist geplant. Es sind sieben Prüfteams mit regionalen Schwerpunkten tätig.

Aus den Berichten des MDKN (erstmalig für den Zeitraum Mai 2000 – April 2001) folgen, zusammenfassend, folgende wesentlichen Erkenntnisse:

- Ca. 90 % der (stationären) Pflegeeinrichtungen leisten gute bis angemessene Pflege.

Sachverhalt

- Die Situation in den Pflegeeinrichtungen hat sich in den letzten Jahren verbessert. Dennoch sind die Ergebnisse in Teilbereichen nach wie vor nicht immer zufriedenstellend. Dies betrifft vor allem Bereiche wie
  - Pflegeprozessplanung und –umsetzung,
  - Vollständigkeit und z. T. auch Qualität der baulichen und sächlichen Ausstattung,
  - Vollständigkeit der Pflegedokumentation,
  - Ernährung und Flüssigkeitszufuhr
  - Pflegeprophylaxen allgemein und Dekubitusprophylaxe im besonderen.

  weiter I.4.2.1

  Bei den letztgenannten zeigen die niedersächsischen Heime im Ländervergleich allerdings einen vergleichsweise sehr hohen Anteil guter Pflege. Es ist zu hoffen, dass dieses Niveau gehalten wird.

Qualitätssicherung bei Pflegegeldbezug weiter I.4.2.2

- Die Hälfte aller pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen stellt nach einer entsprechenden Bestätigung durch den MDK im Rahmen der Erstbegutachtung die Pflege ausschließlich mit privater Hilfe selbst sicher. Der Bundesgesetzgeber hat dennoch im Sinne einer Verlaufsbeobachtung aus fachlicher Sicht den Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung bei häuslicher Pflege mit Pflegegeldbezug eingeführt.
  Der Beratungsbesuch ist bei Pflegestufe 1 und 2 halbjährlich, bei Pflegestufe 3 vierteljährlich verpflichtend in Anspruch zu nehmen. Die Beratung erfolgt durch Pflegedienste nach Wahl der/des Pflegebedürftigen.
  Pflegebedürftige Personen mit dementiellen Erkrankungen haben Anspruch auf eine Beratung in doppelter Häufigkeit.

- Nach den Erkenntnissen der Pflegekassen ist die häusliche Pflege bei Pflegegeldbezug nur in sehr seltenen Ausnahmefällen nicht gesichert.

- Allerdings lässt die Tatsache, dass diese Beurteilung von Pflegediensten abgegeben wird, gewisse Zweifel an der Eignung des Verfahrens als Instrument der Qualitätssicherung aufkommen. Vielmehr sollte die derzeitige Möglichkeit des Einsatzes von durch die Pflegekassen beauftragten jedoch nicht bei ihnen angestellten Pflegekräften im Zuge der anstehenden Novellierung des SGB XI verbindlich vorgesehen werden.

- Die Inanspruchnahme der Möglichkeiten für eine intensivere Beratung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen von dementiell erkrankten Personen ist derzeit noch sehr gering. Die die verpflichtenden Beratungsbesuche durchführenden Pflegefachkräfte der Pflegedienste sollten den betroffenen Familien verstärkt nahelegen, von dem zusätzlichen Beratungsangebot verstärkt Gebrauch zu machen.

- Qualitätssicherung bei häuslicher Pflege mit Pflegegeldbezug erfolgt zudem durch flankierende Angebote. Hierzu zählt die Übernahme von Kosten durch die Pflegeversicherung für
  - Heil- und für technische Hilfsmittel,
  - die Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes,
  - Pflegekurse einschl. Beratung und praktische Unterweisung im häuslichen Bereich.

  Diese Möglichkeiten werden von den betroffenen Familien zunehmend in Anspruch genommen. Dennoch sollte – insbesondere im Rahmen der Beratungsbesuche – gezielt verstärkt für ihre Nutzung geworben werden.

Sachverhalt

Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz weiter I.4.2.2

- Zum Zweck der Effektivitätssteigerung und zur Koordination von Prüfungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Pflegeheimen sind die für die Qualitätssicherung in der Pflege Verantwortlichen – Pflegekassen und ihre Verbände, MDK, Heimaufsichten und Sozialhilfeträger – zur Zusammenarbeit in Form von Arbeitsgemeinschaften verpflichtet (§ 20 HeimG, § 117 SGB XI).

- In Niedersachsen sind solche Arbeitsgemeinschaften flächendeckend eingerichtet (20 AGs). Die Zusammenarbeit gestaltet sich nach dortiger Auskunft gut. 2002/2003 wurden 192 Prüfungen von MDK und örtlicher Heimaufsicht gemeinsam durchgeführt.

- Zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit erarbeiten die Beteiligten z. Z. auf Landesebene unter Moderation des MS eine Empfehlung zur Vereinheitlichung des Prüfverfahrens und der Prüfinhalte und –instrumente sowie der arbeitsteiligen Aufgabenwahrnehmung.

Einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung und Zertitifizierung weiter I.4.2.4

einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung

- Qualität in der Pflege kann sich nur aus einem einrichtungsinternen Prozess heraus entwickeln. Die Träger der Pflegedienste und Pflegeheime sind dementsprechend zum betriebsinternen Qualitätsmanagement und dessen Weiterentwicklung gesetzlich verpflichtet.
  Die Qualitätsprüfungen des MDK lassen erkennen, dass der durch den Bundesgesetzgeber diesbezüglich angestoßene Entwicklungsprozess vielfach noch andauert.

- Die Landesregierung hat ihn im Blick auf die besonderen Umsetzungsschwierigkeiten kleinerer Einrichtungen (Pflegedienste, kleinere Pflegeheime) im Rahmen einer Projektförderung über zwei Jahre unterstützt. Die teilnehmenden Einrichtungen haben dies als sehr hilfreich betrachtet. Mittlerweile haben sich auch die träger- und verbandsseitigen Anstrengungen um systematisches Qualitätsmanagement in den Einrichtungen deutlich verstärkt.

- Eine zusätzliche Beförderung des Umsetzungsprozesses wird auch von der zu Jahresbeginn 2005 von der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI getroffenen Festlegung zur Refinanzierung von Qualitätssicherungsbeauftragten in den stationären Einrichtungen erwartet.

Zertifizierungen

- Im Rahmen von Maßnahmen zur Qualitätssicherung unterziehen sich Pflegeeinrichtungen zunehmend Verfahren der (verbandsinternen) Zertifizierung. Die Anwendung solcher externer Qualitätssicherungsverfahren kann sowohl für den betriebsinternen Qualitätsentwicklungsprozess als auch als Kennzeichen geprüfter Qualität für die Nachfrage(r) nach Pflegeleistungen von Nutzen sein. Derzeit sind bundesweit ca. 10% der Einrichtungen auf der Grundlage eines anerkannten Zertifizierungsverfahrens geprüft.

Sachverhalt

- Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der medizinischen Dienste lassen allerdings nach den von dort zugrunde gelegten Prüfkriterien bislang noch keine Unterschiede in der Ergebnisqualität bei zertifizierten und nicht zertifizierten Pflegeeinrichtungen erkennen. weiter I.4.2.4

- Die Markttransparenz für die Kunden wird gegenwärtig durch die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der Zertifizierungsangebote beeinträchtigt. Die auf Anregung der niedersächsischen Landesorganisationen der Pflegekassen derzeit durch den MDS in Erarbeitung befindlichen Anforderungskatalog an Zertifizierungsverfahren sollen die Transparenz erhöhen. Ziel ist die Anerkennung von Zertifizierungsverfahren zur Verringerung der Zahl von Qualitätsprüfungen durch den MDK (Entbürokratisierung, Entlastung der Einrichtungsträger). Dies würde von der Landesregierung begrüßt. Eine gesetzliche Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Zertifizierung wird aus grundsätzlichen Erwägungen (Selbstverantwortung der Leistungsanbieter) und zur Vermeidung weiterer bürokratischer Auflagen für die Dienste und Einrichtungen weiterhin abgelehnt.

Ausbildung und Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen weiter I.4.2.5

- Eine qualifizierte professionelle Pflege setzt eine entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildung voraus. Eine solche umfasst neben den fachlichen Aspekten die Persönlichkeitsbildung zur Sicherung der gerade in der Pflege besonders bedeutsamen personalen Qualifikationen.

- Die Landesregierung hat im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Umsetzung der einschlägigen bundesrechtlich geregelten Berufsausbildungsgesetze (Altenpflegegesetz, Krankenpflegegesetz etc.) sowie in eigener Zuständigkeit (Ausbildung in der Heilerziehungspflege, Gesetz und Verordnung über die Berufszulassung und die Weiterbildung in den anderen Heilberufen) dem aktuellen Stand der theoretischen und praktischen Erkenntnisse entsprochen und gesetzliche und untergesetzliche Voraussetzungen geschaffen.

  Eine Neuordnung der so genannten Helferberufe in Form einer integrierten Ausbildung wird angestrebt. Die Ergebnisse eines dazu laufenden Schulversuches sind abzuwarten.

- Die Erkenntnisse des MDKN aus den Qualitätsprüfungen lassen allerdings einen Fortbildungsbedarf im Personalbestand der Pflegedienste und Pflegeheime erkennen. Die Träger der Einrichtungen sind aufgerufen, hier ggf. ihre Anstrengungen zu verstärken.

- An den derzeit 77 Altenpflegeschulen in öffentlicher und freier Trägerschaft werden in 2005 4.818 Schülerinnen und Schüler ausgebildet. Die Zahl ist seit dem Jahr 2000 um rd. 800 Schülerinnen und Schüler gewachsen, in der Altenpflegehilfe im selben Zeitraum von 139 auf 1107 Personen.

- In der Krankenpflege sind in der Folge der bundesgesetzlichen Neuregelungen zur Vergütung der stationären Behandlung (Fallpauschalengesetz) die Zahlen der Ausbildungsverhältnisse leicht rückläufig. Sie sanken in der Erwachsenenpflege von rd. 6.200 in 2000 auf rd. 5.800 Schülerinnen und Schüler in 2005, in der Kinderkrankenpflege von rd. 700 auf 675.
  In der Krankenpflegehilfe erfolgte dem entgegen ein geringer Anstieg von 124 auf 154 Schülerinnen und Schüler.

Sachverhalt

- Positiv stellt sich auch die Entwicklung in der Heilerziehungspflege-Ausbildung dar. Hier erfolgte zwischen 2000 und 2005 ein Anstieg um rd. 350 auf insgesamt 1.850 Schülerinnen und Schüler. In der Heilerziehungshilfe konnte die Zahl von rd. 100 auf 140 gesteigert werden. weiter I.4.2.5

- Nach einhelligen Berichten aus der Praxis kann derzeit der Nachwuchsbedarf in der Pflege mit den Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungen gedeckt werden.
  Zugleich erfolgt die Ausbildung dem Bedarf auf dem Arbeitsmarkt entsprechend: MS und MK sind keine grundsätzlichen Beschäftigungsprobleme für Pflegefach- und –hilfskräfte bekannt.

- Nach wie vor nicht voll befriedigen ist die Bereitschaft der Träger von Pflegediensten und Pflegeheimen, Plätze für die praktische Ausbildung bereitzustellen. Mit Unterstützung des MS in der Pflegesatzkommission ist es gelungen, den Refinanzierungsbetrag für die Altenpflegeausbildungsvergütung von bisher 6.125 Euro auf 7.300 Euro anzuheben. Die diesbezüglichen Auswirkungen auf das Ausbildungsverhalten der Einrichtungsträger sind abzuwarten.

  Die Wiedereinführung eines Umlageverfahrens zur lastengerechten Finanzierung der Ausbildungsvergütung kommt für die Landesregierung derzeit aus rechtlichen Gründen (kein derzeitiger oder absehbarer Mangel an Fachkräften) sowie angesichts des hiermit verbundenen außerordentlichen Verwaltungsaufwandes nicht in Betracht.

- Hinsichtlich der Zahl der Umschülerinnen und Umschüler wird deren Entwicklung vor dem Hintergrund der bundesgesetzlichen Neuregelungen zur Begrenzung der Förderung von Weiterbildungen in den anderen Heilberufen durch die Bundesagentur für Arbeit von 3 auf 2 Jahre und veränderter Förderstrategien in Richtung auf kurzfristige Maßnahmen abgewartet werden müssen. Das Land hat sich bereit erklärt, die Kosten der theoretischen Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr zu übernehmen. Die zusätzlichen Kosten für die Einrichtungsträger sind über den Pflegesatz refinanzierbar.
  Die derzeitige Entwicklung erscheint noch nicht beunruhigend: Mit Stand vom 30.11.2005 hatte der Anteil der Umschülerinnen und Umschüler in der Altenpflege von bislang rd. 26% auf 18% abgenommen. Die weitere Entwicklung wird von MK und MS in Zusammenarbeit mit dem Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ (s. u.) laufend beobachtet.

Personalinitiative Pflege weiter I.4.2.6

- Die demographische Entwicklung erfordert eine rechtzeitige und kontinuierliche Personalbestands- und Nachwuchssicherung in der Pflege. MS (damals MFAS) hat hierzu Ende 2001 eine „Personalinitiative Pflege“ angeregt. Dieser Vorschlag fand bei allen Beteiligten große Zustimmung. Es bildete sich ein landesweiter Arbeitskreis.
  Das Land förderte auf einen Zeitraum von drei Jahren eine Leitstelle mit koordinierenden Aufgaben.

- Der Landesarbeitskreis hat gemeinsam mit der Leitstelle u. a. mehrfach erfolgreich eine Imagekampagne für die Ausbildung in der Altenpflege durchgeführt. Tätigkeiten des Landesarbeitskreises und der Leitstelle sind – neben einer Job- und Ausbildungsbörse – auf der Homepage der Leitstelle unter www.pflegeleitstelle-niedersachsen.de abrufbar. Die Homepage wird mit Förderung durch das Land weiterhin gepflegt.

Sachverhalt

- Der Landesarbeitskreis hält auch nach Ablauf der Förderung der Leitstelle zu Ende Mai 2005 seine Tätigkeit aufrecht; es wurde eine enge Kooperation mit dem Landespflegeausschuss vereinbart. weiter I.4.2.6

Einzelmaßnahmen des Landes zur Förderung der Qualitätsentwicklung in der Pflege weiter I.4.2.6

Neben den genannten Aktivitäten zur Qualitätssicherung und –entwicklung in der Pflege durch die Schaffung von rechtlichen Grundlagen zur Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen und durch Maßnahmen zur Personalbestands- und Nachwuchssicherung hat die Landesregierung in den vergangenen Jahren die Qualitätsentwicklung bei den Pflegeeinrichtungen durch eine Reihe von Maßnahmen mit Impulscharakter unterstützt. Als solche sind beispielhaft zu nennen:

- Die Auslobung eines Qualitätspreises für stationäre und für ambulante Pflegeeinrichtungen,

- Die Förderung einer Maßnahme zur betriebsinternen Qualitätsentwicklung kleiner Pflegeeinrichtungen (s. o.),

- Die Förderung eines landeszentralen Pflege-Notruftelefons.

Das Letztgenannte ist auch nach Ablauf der Landesförderung beim SoVD Niedersachsen weiterhin erreichbar.

3. Entwicklung des Pflegebedarfs

3.1 Zahl pflegebedürftiger Menschen bis 2020 / 2050 (Status-quo-Prognose)

Vorbemerkung:
Die nachfolgenden Vorausberechnungen basieren auf unterschiedlichen Annahmen zur demographischen Entwicklung.[6] Im Übrigen werden gegenüber heute unveränderte Verhältnisse unterstellt, z. B. hinsichtlich der alters- und geschlechtsspezifischen Häufigkeit des Auftretens von Pflegebedürftigkeit oder der leistungsrechlichen Bestimmungen des SGB *XI (was passiert, wenn nichts passiert?*). Die Ergebnisse sind insoweit im Sinne von Trendaussagen zur Kennzeichnung von Größenordnungen zu interpretieren (siehe auch nachfolgend 3.2)

Sachverhalt

Alle nachfolgenden Daten beziehen sich auf die Fußnote zu 1) und zu 2a).
weiter II.1.3.1

- Bis zum Jahr 2020 würden für Niedersachsen unter den vorgenannten Voraussetzungen *rechnerisch* zwischen rd. 263.550 und 273.750 pflegebedürftige Menschen anzunehmen sein.
  Das wären rd. 45.200 (20,7%) bzw. 55.400 (25,4%) Personen mehr als heute (Ende 2003), jahresdurchschnittlich ein Anstieg zwischen 3.000 und 3.700 Personen. Zum Vergleich: zwischen Ende 1999 und Ende 2003 betrug die jährliche durchschnittliche Zunahme 2.277 Personen.

- Bis 2050 wäre eine Zunahme auf insgesamt rd. 393.350 pflegebedürftige Personen zu erwarten. Dabei wird entsprechend der Berechnungsgrundlage – 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (s. Fußnote) – ein geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung unterstellt.

  Im Jahr 2050 wären demnach rd. 175.100 pflegebedürftige Personen in Niedersachsen mehr als heute zu versorgen. Dies wäre eine Steigerung gegenüber dem Jahresende 2003 um 80%. weiter II.1.3.2
  Jahresdurchschnittlich wären es rd. 3.900 Personen mehr.

- Die *Entwicklung* verläuft *in den verschiedenen Altersstufen* entsprechend der demographischen Entwicklung *unterschiedlich*. Unter denselben Annahmen wie vorstehend (keine oder eine nur geringe Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung; s. Fußnote) folgt:

  - Die Zahl der pflegebedürftigen *Kinder* (bis unter 15 J.) *sinkt* von z. Z. 7518 bis 2020 um 14,9 – 17,1% , bis 2050 um 24,1%.

  - Die Zahl der *pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (15 bis unter 40 J.) *sinkt* von 9.752 bis 2020 um 5,5 – 7,9%, bis 2050 um 17,4%.

  - Die Zahl der *pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters* (40 – unter 65 J.) *steigt* von 23.040 *bis 2020* um 9,4 – 10,7%,
    sinkt dann bis 2050 um 11,4%.
    Für 2050 ergibt sich damit gegenüber 2003 eine Abnahme um 3,0% .

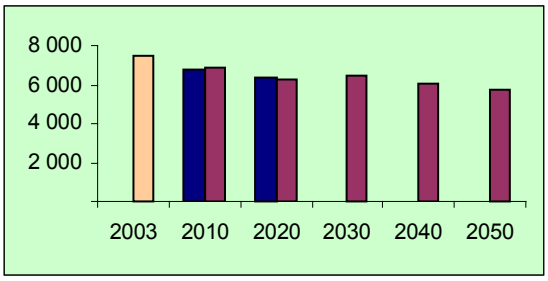
---

[6] 1) Statistisches Landesamt: Regionale Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen bis 2020; zentrale Annahme: keine Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung gegenüber heute (Jungen: 74,9 J. / Mädchen: 80,7 J..
2) Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; zentrale Annahmen:
a) leichte Erhöhung der Lebenserwartung: Jungen: 78,9 J. / Mädchen: 85,7 J.
b) mittlere Erhöhung der Lebenserwartung: Jungen: 81,1 J. / Mädchen: 86,6 J.
c) starke Erhöhung der Lebenserwartung: Jungen: 82,6 J. / Mädchen: 88,1 J.

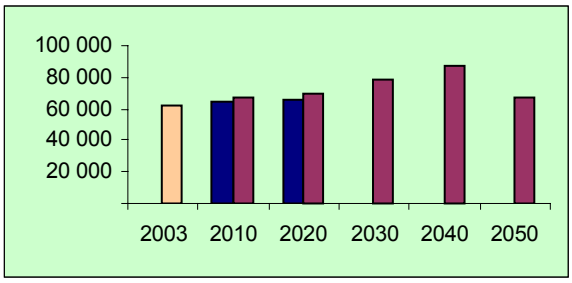
Abbildung A 5:

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen nach Altersgruppen bis zum Jahr 2050

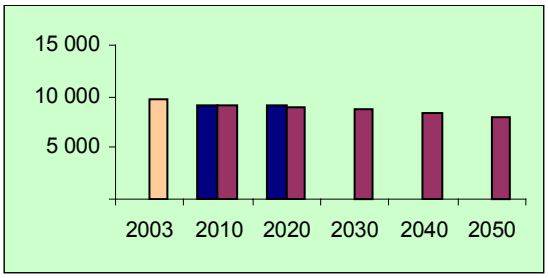
Kinder (0 bis unter 15 Jahren)



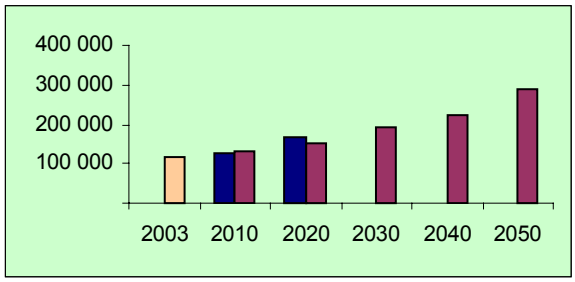
Ältere Menschen (65 bis unter 80 Jahren)



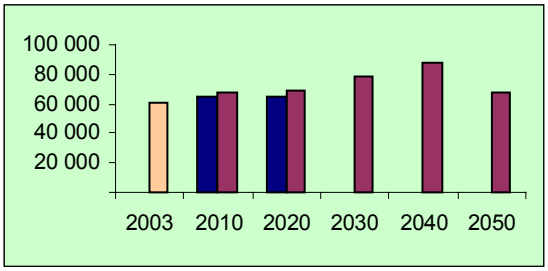
Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis unter 40 Jahren)



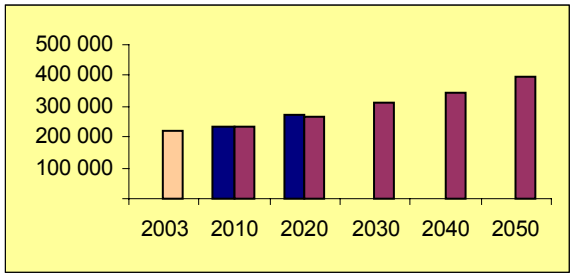
Alte Menschen (80 Jahre und älter)



Erwachsene mittleren Alters (40 bis unter 65 Jahren)



Pflegebedürftige Menschen insgesamt



Menschen im Alter von… bis unter …	2003[1]	2010		2020		2030	2040	2050
		Regionale Berech. NLS [2]	Variante 2 [3]	Regionale Berech. NLS [2]	Variante 2 [3]	Variante 2 [3]	Variante 2 [3]	Variante 2 [3]
unter 15	7 518	6 879	6 801	6 247	6 395	6 473	6 015	5 708
15 - 40	9 752	9 152	9 160	8 980	9 218	8 751	8 283	8 051
40 - 65	23 040	23 178	23 406	25 799	25 209	22 929	21 063	22 344
65 - 80	61 442	67 158	64 236	69 251	65 407	78 248	87 633	66 970
80 und älter	116 611	129 620	127 137	153 258	167 515	192 594	221 463	290 270
insgesamt	218 363	235 987	230 739	263 535	273 744	308 995	344 457	393 343

1) Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen am 15.12.2003; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003 nach § 109 SGB XI

2) Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2020; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020; Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

3) Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 2)

Sachverhalt

- - Die Zahl der *pflegebedürftigen älteren Menschen* (65 bis unter 80 J.) *steigt* von 61.442 bis 2020 um 6,5 – 11,3%, bis 2050 um 9,0%.
  Von 2020 bis 2030 – also in nur 10 Jahren – erfolgt zwischenzeitlich ein Anstieg um 19,6% (12.840 Personen); danach nimmt die Zahl um 14,4% (11.280 Personen) ab. weiter II.1.3.2

  - Die Zahl der pflegebedürftigen *alten Menschen* (80 J. u. älter) *steigt* von 116.611 bis 2020 um 23,9 – 43,7% (36.650 – 50.900 Personen), bis 2050 um **148,9%** (173.660 Personen).

3.2 Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung

Vorbemerkung:

Die Vorausberechnungen zur Zahl der pflegebedürftigen Personen (3.1) unterstellen für die Zukunft gegenüber heute weitestgehend unveränderte Verhältnisse. Dies kann realistischerweise jedoch nicht erwartet werden. Vielmehr werden Rahmenbedingungen wie der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. verstärkter Einbezug dementiell erkrankter Personen[7]) oder ein späterer Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Zuge der fortschreitenden Lebenserwartung erheblichen Einfluss auf die Zahl der zu versorgenden Menschen haben. Ebenso werden Art und Umfang der zu erbringenden Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsleistungen durch Pflegedienste und Pflegeheime wesentlich von der Entwicklung des privaten Pflegepotentials sowie der komplementären Angebote zur Sicherung der häuslichen Versorgung abhängen. Solchen Zukunftsszenarien wurde in Form begründeter Einschätzungen nachgegangen (*was passiert, wenn was passiert?)*[8]. Hinsichtlich der Ableitungen und Begründungen der nachfolgenden Feststellungen und Schlussfolgerungen wird auf Abschnitt B II.2 hingewiesen.

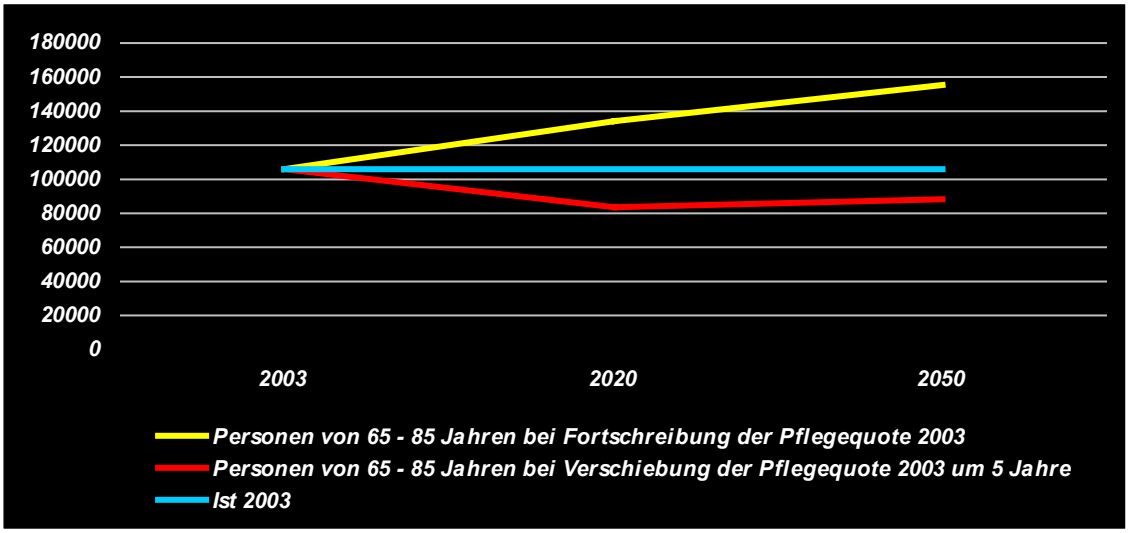
Sachverhalt

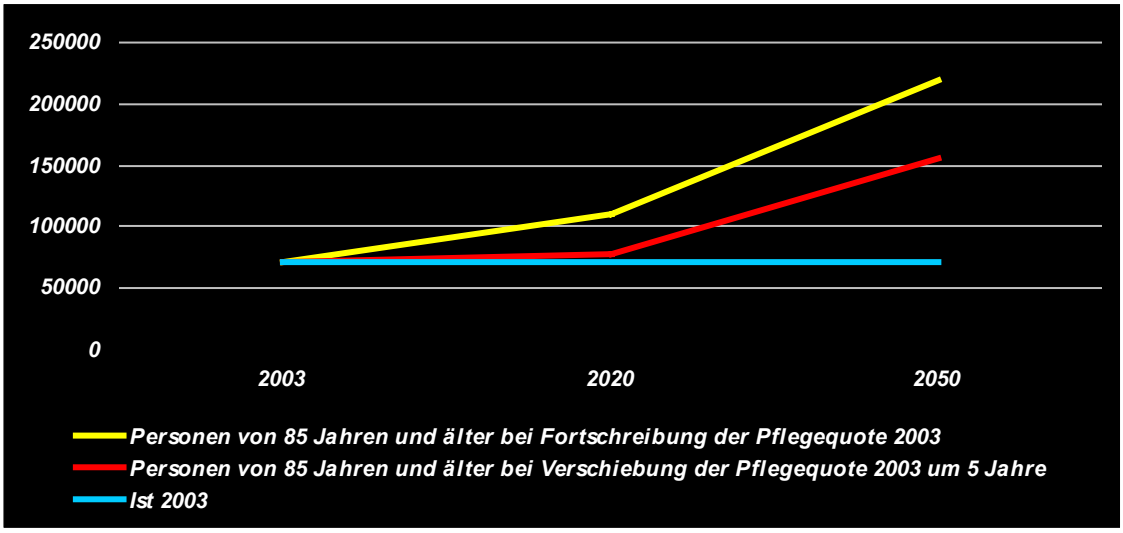
Verschiebung des Eintrittsalters von Pflegebedürftigkeit aufgrund verlängerter Lebenserwartung weiter II.1.3.2

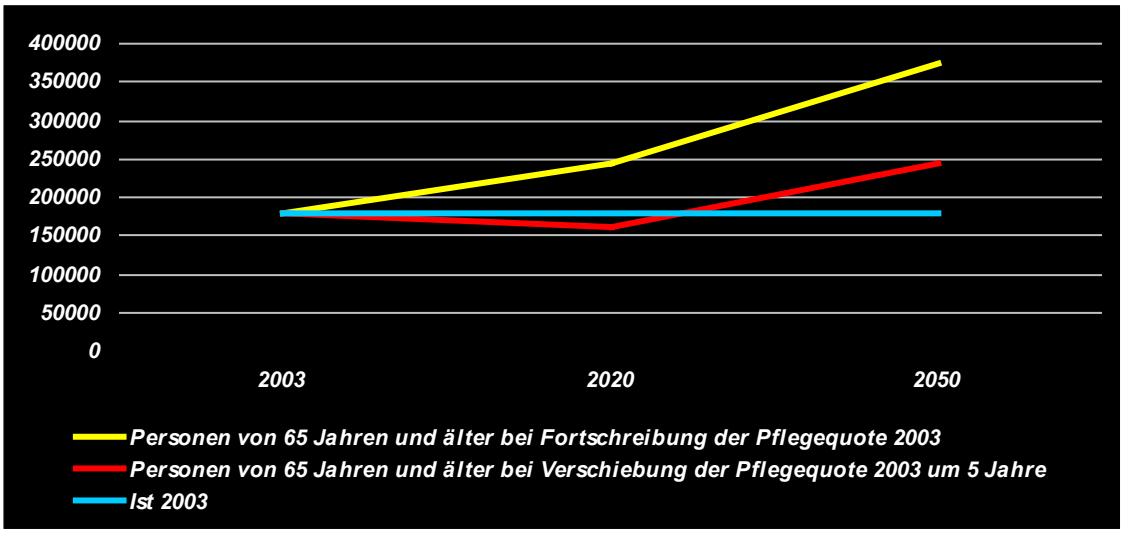
- Die auch für die Zukunft zu erwartende Verlängerung der Lebenserwartung wird mit einer längeren Dauer der in relativer Gesundheit / ohne Pflegebedürftigkeit zu verbringenden Lebenszeit einhergehen. Hierfür spricht die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte, das zunehmende individuelle und öffentliche gesundheits- und umweltbewusste Handeln bzw. die fortschreitende Entwicklung von solches Handeln unterstützenden Strukturen und Angeboten. Hoch wahrscheinlich ist auch ein weiterer medizinisch-therapeutischer Fortschritt insbesondere bei Alterserkrankungen.

[7] siehe folgender Abschnitt 4. und Abschnitt B II.3
[8] zur Frage des zukünftigen Personalbedarfs siehe Abschnitt 5. und B II.2.4

Abbildung A 6: Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zu Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050 [1)]







- 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 5
- altersspezifische Pflegequoten auf Grundlage Bevölkerung von Niedersachsen 31.12.2003 und Leistungsbezieherinnen und bezieher der Pflegeversicherung am 15.12./31.12.2003 gem. Pflegestatistik 2003

Sachverhalt

- Ein daraufhin nur um wenige Jahre hinausgeschobenes Eintrittsalter von Pflegebedürftigkeit (in der heutigen Definition) bei den älteren Menschen hätte angesichts der alterungsbedingten Häufung von Pflegebedürftigkeit einen erheblich geringeren Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen zur Folge: weiter II.2.1
  Bei einer „Verschiebung" der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit in den höheren Lebensaltersgruppen um fünf Jahre wäre für die 85-Jährigen und Älteren bis 2020 eine im Vergleich zum Ergebnis der konventionellen Schätzung (s. 3.1) um 31.300 Personen (43,5%) niedrigere Zahl pflegebedürftiger Personen anzunehmen; für 2050 beträgt die Differenz rd. 63.100 Personen (87,8%).

  Anstelle einer Zahl von insgesamt 244.200 pflegebedürftigen Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr wären in 2020 nur 162.350 (heute: 178.107), in 2050 anstelle von 374.600 nur 244.300 Personen pflegerisch zu versorgen. Gegenüber dem heutigen Stand wäre dies nur ein Zuwachs um 66.200 Personen (37,2%)

  Diese Zahlen verdeutlichen die Sinnhaftigkeit bzw. Notwendigkeit von Maßnahmen jedweder Art, die flankierend zur erwarteten „natürlichen" Verlängerung der „gesunden Lebenszeit" dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit vorbeugen bzw. deren Eintritt verzögern.
  Die diesbezüglich von CDU, CSU und SPD in dem Koalitionsvertrag vom 11. Nov. 2005 angekündigten Maßnahmen und Zielvorgaben werden vor diesem Hintergrund vom MS ausdrücklich begrüßt.

Entwicklung des privaten Pflegepotentials weiter II.2.2

- Der zukünftige Bedarf an Familien ergänzenden und Familien ersetzenden Hilfeleistungen für pflegebedürftige Menschen und damit auch der privat wie von der Solidargemeinschaft der Versicherten und der öffentlichen Hand aufzubringenden Finanzmittel für solche Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsangebote wird entscheidend durch die Entwicklung der zur Pflege und Unterstützung verfügbaren und bereiten Personen im privaten Umfeld der pflegebedürftigen Personen und deren Belastbarkeit abhängen.

- Für die vergangenen zehn Jahre seit In-Kraft-Treten des SGB XI ist eine unveränderte Bereitschaft zur privaten Pflege festzustellen. Die deutlich gestiegene Zahl der pflegebedürftigen Menschen wurde weiterhin in nahezu demselben Umfang aus dem privaten Umfeld heraus gepflegt. Der Anteil der in Pflegeheimen umfassend außerfamilial versorgten Personen ist lediglich um 2% gestiegen. Nach wie vor stellen nahe Angehörige den größten Teil der Pflegepersonen. Der Anteil der männlichen Personen (Ehepartner, Söhne) hat sich erhöht; die privaten Pflegearrangements sind vielgestaltiger geworden.

- Deutlich gestiegen ist allerdings die Zahl derjenigen, die ergänzende professionelle Pflege durch Pflegedienste in Anspruch nehmen.[9]

[9] siehe 1. und Abschnitt B 1.1

Sachverhalt

- **Das private Pflegepotential wird auch zukünftig weitgehend unverändert zur Verfügung stehen.** weiter II.2.2

  Gründe:
  - Die Bevölkerungszahl in den für private Pflegeleistung typischen Altersgruppen nimmt mittelfristig (2020) zu, langfristig (2050) hat sie nahezu denselben Umfang wie heute.
  - Pflegegeld und ergänzende Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie eventueller privater Zuzahlungsbedarf für externe Pflege- und Betreuungsleistungen stellen unverändert wichtige Entscheidungskriterien für die Übernahme privater Pflegetätigkeit dar,
  - Der auch für die Zukunft zu erwartende Prozess der Tendenz zur Verkleinerung der Haushaltsgrößen („Singularisierung") wird angesichts einer „Vernachbarschaftlichung" der Generationen die Erreichbarkeit von privaten Hilfeleistungen grundsätzlich erhalten.
  - Die altengerechte Wohnungsversorgung mit ergänzender Betreuung wird auch künftig zunehmen.

- Mit einer zukünftig voraussichtlich höheren und in höheres Lebensalter hinein dauernden *Erwerbstätigkeit von Frauen* wird sich allerdings die Frage der *Vereinbarkeit mit privater Pflegetätigkeit* verstärkt stellen. Hier *bedarf* es *familienunterstützender Maßnahmen.*

- *Die Stabilität des Angebotes an privater Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit wird zudem zukünftig verstärkt abhängen vom Umfang, von der Qualität und von der klientengerechten Vermittlung von externen professionellen und freiwilligen / ehrenamtlichen Dienst-, Beratungs- und Betreuungsleistungen.* Das gilt insbesondere im Blick auf die nach heutigem Kenntnisstand zu erwartende steigende Zahl dementiell erkrankter Menschen. Niedrigschwellige Betreuungsangebote und ambulante gerontopsychiatrische Zentren, wie sie vom Land gefördert werden, leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der privaten Unterstützung.
  Die derzeitigen leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI sind für die Entwicklung komplementärer und flankierender Unterstützungsleistungen und Angebote zur häuslichen Pflege nicht förderlich.

Auswirkungen auf den institutionellen Versorgungsbedarf und auf den Finanzbedarf bei Annahme gegenüber heute unveränderten Versorgungsstrukturen weiter II.2.3

- Ende 2003 nahmen 22% der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen die Unterstützung durch Pflegedienste in Anspruch, 32% lebten im Pflegeheim.[10]

- Für den Fall, dass sich an diesen Verhältnissen zukünftig nichts ändert und dass die Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen zutreffen, wären die Folgen
  - bei der ambulanten Pflege eine Zunahme bis 2020 um 20 – 25% (10.000 – 12.200 Personen), bis 2050 um 80% (38.600 Personen),
  - bei der vollstationären Dauerpflege (gleiche Zuwachsraten wie ambulant) eine Zunahme bis 2020 um 14.050 – 17.250 Personen, bis 2050 um 54.550 Personen.

[10] siehe 1. und Abschnitt B I.1.1

Sachverhalt

- Bei diesen Zahlen liegen die Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnungen zugrunde, dass es zu keinem bzw. zu einem geringen Anstieg der Lebenserwartung kommt.[11] weiter II.2.3

- Die daraus für die privaten Haushalte folgenden zusätzlich privat aufzubringenden Mittel können nicht näher bestimmt werden; über die Höhe der von dort über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus aufgebrachten Mittel zur Sicherung der häuslichen Pflege liegen keine Erkenntnisse vor. Der Umfang solche Mittel dürfte allerdings angesichts der Tatsache, dass nur ca. ein Drittel der häuslich Gepflegten den Pflegesachleistungsbetrag voll ausschöpft, nicht allzu hoch anzunehmen sein.

- Anders würden sich die Verhältnisse darstellen für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen im Blick auf den grundsätzlich durch sie zu entrichtenden Investitionsbetrag, für Land und Kommunen als Träger der Sozialhilfe, für das Land im Rahmen der Förderung von Investitionsaufwendungen nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) und die Pflegeversicherung.
  So wäre z. B. bis 2050 ein Refinanzierungsbedarf für die zusätzlich zu errichtenden Pflegeheimplätze in Höhe von 9 bis 10 Mrd. € anzunehmen. Für das Land wäre in 2050 ein Erstattungsbetrag an die Kommunen in etwa in Höhe des Doppelten des heutigen Betrages von rd. 95 Mio. € für die von dort erbrachten Leistungen für von den sozialhilfeberechtigten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu zahlenden Investitionskosten der Einrichtungen anzunehmen.
  Ein weiterer Sozialhilfe-Mehrbedarf folgt aus den für bedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zusätzlich aufzubringenden Leistungen für nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckte Vergütungen für die Pflege und für aus der Sozialhilfe zu zahlenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Der hierfür anfallende Finanzmehrbedarf errechnet sich auf 14,8 bis 18,1 Mio. € für 2020 und 57,3 Mio. € für 2050. Land und Kommunen wären nach derzeitiger Rechtslage (Quotales System) in etwa mit jeweils der Hälfte dieser Beträge belastet.
  Das Land hätte zudem – bei unverändertem Förderbetrag und unverändertem Leistungsvolumen der Pflegedienste – bis 2020 einen Anstieg des Fördermittelvolumens für die Pflegedienste von derzeit rd. 23,2 Mio. € (Ausgaben 2004) auf 28,1 bis 29,2 Mio. €, bis 2050 in Höhe von 42,1 Mio. € zu vergegenwärtigen. Der nicht näher bezifferbare zusätzliche Mittelbedarf für die Förderung der teilstationären und der Kurzzeitpflegeeinrichtungen käme hinzu.
  Für die Pflegekassen in Niedersachsen käme es allein bei den vollstationären Dauerpflegeleistungen 2050 zu zusätzlichen Ausgaben von rd. 840 bis 998 Mio. €.

- *Diese Beträge stehen unter dem Vorbehalt vielfältiger Annahmen. Sie sind daher nur Modellrechnungen und Trendanzeigen. Sie zeigen aber gleichwohl erneut die dringende Notwendigkeit aller Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und zur Stützung des privaten Pflegepotentials durch flankierende Hilfen vor allem im niedrigschwelligen Bereich auf örtlicher Ebene.*

[11] Erläuterung siehe 3.1 und Abschnitt B II.1.1

4. Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf

Sachverhalt

Kinder
(unter 15 Jahren)

- Pflegebedürftigkeit kann auch bereits bei Kindern vorliegen. Sie ist hier stets verbunden mit einer schweren chronischen Krankheit und / oder Behinderung. Pflegebedürftige Kinder sind demnach auch überdurchschnittlich häufig in Pflegestufen II oder III eingestuft. Der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit nimmt – durchschnittlich betrachtet – mit zunehmendem Kindesalter zu. Dies spricht für eine sehr begrenzte Lebensdauer vieler dieser Kinder. weiter I.3.1

- Ende 2003 waren 7.518 Kinder in Niedersachsen als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft. Kinder machten daher zu diesem Zeitpunkt 3,4% aller Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung aus. Auf rund 1000 Kinder kamen damit 6 pflegebedürftige Kinder (Bundesdurchschnitt vergleichbar).

- Die allgemeinen Beurteilungsmaßstäbe zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit finden auch bei den Kindern Anwendung. Dies führt vor allem bei den Säuglingen und Kleinkindern (unter 3 J.) zu rechtskonformen aber im Blick auf den Hilfebedarf nicht sachgerechten Begutachtungsergebnissen hinsichtlich des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit. Für die o. g. Krankheits- bzw. Behinderungsbilder ist daher eher von einer Gesamtzahl von 9.000 bis 10.000 betroffenen Kindern auszugehen.

- Zwischen 1999 und 2003 hat die Zahl der pflegebedürftigen Kinder um 15% abgenommen. Dies ist auf die demographische Entwicklung dieser Altersgruppe, insbesondere aber auf die vorstehenden Rechtsgrundlagen des SGB XI zur Begutachtung zurückzuführen.

- Das Verhältnis von Mädchen und Jungen (40 : 60) entspricht in etwa dem allgemeinen Geschlechterproporz in diesem Alter.

- Pflegebedürftige Kinder werden fast ausnahmslos in der Familie gepflegt und betreut. Die Eltern stellen die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Inhalt der Leistungen nach dem SGB XI) der kranken Kinder ohne fachpflegerische Unterstützung selbst sicher (Bezug von Pflegegeld). In größerer – aber nicht bezifferbarer – Zahl werden Leistungen der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) nach Verordnung eines Arztes in Anspruch genommen.

- Die räumliche Verteilung der pflegebedürftigen Kinder entspricht weitestgehend der Bevölkerungsverteilung dieser Altersgruppe.

- Unter sonst gleichbleibenden Bedingungen wird die Zahl der pflegbedürftigen Kinder im Zuge der demographischen Entwicklung bis 2020 um ca. 1.100 – 1.250 (16,7%) , bis 2050 um 1.800 Kinder (24%) abnehmen.
  Diese Entwicklung ist unter dem Aspekt der Sicherung einer flächendeckenden (pflegerischen) Versorgung bedeutsam. weiter II.3

Sachverhalt

- Seit der Vorlage des Pflegerahmenplans des MS (damals MFAS) im Mai 2000 hat die Versorgung pflegebedürftiger / schwerstkranker / -behinderter Kinder und ihrer Familien vielfältig Verbesserungen und Weiterentwicklungen erfahren. Als solche sind u. a. zu nennen: weiter I.3.4.1
  - das Kinderhospiz Löwenherz als Kurzzeit- und Dauerpflegeeinrichtung für Kinder mit begrenzter Lebenserwartung,
  - die Verbesserung der Information der betroffenen Familien sowie aller mit der Aufgabe der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung professionell und ehrenamtlich befassten Institutionen und Organisationen durch die Broschüre des MS „Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern in Niedersachsen“ (4. Auflage in Vorbereitung),
  - die Erweiterung des Angebotes an auf die häusliche Pflege schwerstkranker Kinder ausgerichteter Krankenpflegedienste (Kinderkrankenpflegedienste) von 7 auf 12 solcher Angebote,
  - das Angebot einer häuslichen Kinderkrankenpflege nach einer stationären Behandlung (Schwerpunkt „Übergangspflege“) von bisher 22 (von 34) Kinderkliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin an Allgemeinkrankenhäusern,
  - ein neues bzw. erweitertes Angebot an Kurzzeitpflegeeinrichtungen (insbes. für wachkomatöse und beatmungspflichtige Kinder (im Bau bzw. in Planung),
  - ein Katalog für Leistungen häuslicher Kinderkrankenpflege für schwerstkranke Kinder sowie von Qualitätsmaßstäben für solche Leistungen (Anerkennung durch die Krankenkassen im Rahmen der Vergütung),
  - ein Konzept zur Fortbildung von Kinderkrankenschwestern in allgemeinen Pflegediensten (in Erprobung),
  - die Einrichtung eines „Runden Tischs schwerstkranke Kinder“ zur fachlichen Beratung des MS im Blick auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen für schwerstkranke / -behinderte / pflegebedürftige Kinder.

  Die meisten der vorgenannten Maßnahmen wurden durch Förderung des Landes ermöglicht bzw. unterstützt.

- Daneben befinden sich – ebenfalls mit Förderung durch das Land – weitere Projekte in der Erprobung oder in Vorbereitung. Sie zielen im Besonderen ab auf die Beratung betroffener Eltern und die koordinierte Vermittlung von Hilfen im häuslichen Umfeld (Case-Mangement) sowie auf die Kooperation und Vernetzung der örtlichen Dienste, Einrichtungen und Selbsthilfegruppen vor Ort (Care-Management). Hierzu zählen z.B.
  - die Erprobung eines klinikgestützten Case-Managements im städtischen und im ländlichen Siedlungsraum,
  - die Erprobung fachlicher Beratung von Elterngruppen sehr kleiner Frühgeborener;
  - die Erarbeitung und Erprobung eines landeseinheitlichen Konzepts zur Beratung von Eltern mit pflegebedürftigen Kindern im häuslichen Bereich nach § 45 SGB XI.
  - die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern durch Fachkräfte der Kinderkrankenpflege beim MDKN.

  Im Fall der erfolgreichen Erprobung dieser Versorgungsbausteine wird ihre flächendeckende Umsetzung bzw. Anwendung angestrebt. Der Entwicklungsprozess wird mit Unterstützung des Landes insofern weitergeführt.

Sachverhalt

Personen mit dementiellen Erkrankungen

- Vor allem hochaltrige Menschen sind neben physischen Gebrechen auch durch altersbedingte Fähigkeitsstörungen und psychische Erkrankungen (Altersdemenz) betroffen. Mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung vor allem ab der Mitte des vorigen Jahrhunderts und der demographisch bedingten Zunahme alter Menschen ist dementsprechend die Zahl der unter psychischen Erkrankungen des Alters leidenden Menschen erheblich gestiegen. Ohne – derzeit nicht erkennbare – grundlegende Verbesserung der medikamentösen Behandlung dieser Erkrankungen wird die absehbare weitergehende Alterung unserer Gesellschaft zu einem erheblichen weiteren Anstieg dieser Personengruppe führen. weiter I.3.3

- Die Erscheinungsform der dementiellen Erkrankung wird statistisch nicht erfasst. Hinsichtlich der Zahl der betroffenen Menschen sind daher nur Schätzungen oder Näherungsrechnungen möglich.
  Unter Verwendung von Daten des MDKN über die Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) und unter Verwendung eines Erfahrungswertes von 60% dementer Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen führen vom MS angestellte Berechnungen zu einer Zahl von 95.000 betroffenen Personen und einem Anteil von 57% in häuslicher Betreuung und Pflege.

  Nach Schätzungen des Bundes (4. Altenbericht) wären für Niedersachsen 100.000 Personen, davon 60% zu Hause lebend, anzunehmen.

  Die hohe Übereinstimmung der Berechnungsergebnisse berechtigt zu der Annahme einer weitgehenden Verlässlichkeit der bisherigen Schätzungen. Für *Niedersachsen* ist insofern *derzeit* von einer Zahl von rd. *100.000 dementiell erkrankten Personen, hiervon ca. 60.000 in häuslicher Betreuung,* auszugehen. Hierbei handelt es sich allerdings weitgehend um Personen mit einer mittleren bis schweren Demenz; unter Einbezug auch geringfügiger bis leichter Stadien der Erkrankung wäre die Zahl nach anderen Berechnungen deutlich höher anzunehmen.

- Bei im Übrigen gleichbleibenden Verhältnissen wäre für die Zukunft aufgrund des zu erwartenden Anstiegs insbesondere der Zahl der hochaltrigen Menschen mit einem erheblichen Zuwachs an altersdementen Personen zu rechnen – für 2020 um rund 39.000, für 2050 104.500 Personen. weiter II.3
  Hierbei wird allerdings der ungünstige Fall unterstellt, dass es sich nicht ausschließlich um im heutigen Sinne pflegebedürftige Personen handelt und die zu erwartende Verlängerung der Lebenserwartung nicht zu einer längeren in relativer Gesundheit verbrachten Lebensspanne führt.
  Andernfalls wäre auf der Grundlage der hier getroffenen Annahmen zur voraussichtlichen Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen[12] mit deutlich geringeren Zuwächsen zu rechnen (2020: 15.300 – 19.700; 2050: 72.000 Personen).

[12] siehe 3.1 und Abschnitt B II.1.3.1

Sachverhalt

- Zur Versorgungslage dementiell erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen mit die häusliche Pflege und Betreuung unterstützenden Hilfen sowie bei stationärer Versorgung im Heim liegen dem MS mangels einer systematischen Erfassung nur Einzelerkenntnisse vor. Danach sind – zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften nach Zahl und Art sehr unterschiedliche und örtlich oder personell sehr begrenzte – Angebote in nicht unerheblicher Zahl anzunehmen. Von der mit Förderung durch das Land in Vorbereitung befindlichen Datenbank zu Leistungen und Angeboten der Eingliederungs- und der Altenhilfe[13] wird eine deutliche Verbesserung des Informationsstandes erwartet. weiter I.3.4.2

- Hinsichtlich der Einzelbeispiele wird auf die Ausführungen im Abschnitt B.I.3.4.2 verwiesen. Dies betrifft auch mit Förderung durch das Land initiierte oder unterstützte Angebote. In diesem Zusammenhang ist noch einmal die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der gerontopsychiatrischen Zentren hervorzuheben.[14]

- **Verallgemeinernd kann jedoch von einer bislang keineswegs befriedigenden Versorgungssituation ausgegangen werden**.

  Dies betrifft sowohl die Wohn- und Betreuungsbedingungen der dementen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen – trotz verschiedener landesweit, z. T. auch über die Grenzen Niedersachsens hinaus, bekannter Einrichtungen mit Vorbildfunktion (gut und dennoch nicht teuer).

  Dies betrifft des weiteren im Bereich der ambulanten Versorgung u. a.:
  - die Kenntnisse der niedergelassenen (Haus-) Ärzte über (frühe) Diagnose und Therapie von Demenz,
  - den Informationstransfer über vorhandene Angebote an die Pflege- und Betreuungspersonen,
  - eine zu geringe „Demenzorientierung“ im Krankenhaus,
  - die Unterstützung der pflegenden Angehörigen in Form zugehender Beratung, und koordinierender Vermittlung trotz zum Teil vorhandener guter Rechtsgrundlagen (Beratung nach § 37 Abs. 3 und § 45 SGB XI) und
  - (von positiven Ausnahmen abgesehen, s. B I.3.4.2) den Mangel an perpetuierten Aktionen auf örtlicher Ebene zur Aufklärung und Sensibilisierung für Fragen der Demenz und zum adäquaten Umgang mit dementiell erkrankten Menschen.

  Nicht zuletzt beeinträchtigen auch die leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI eine bessere Versorgung der demenzkranken Personen bzw. die Entwicklung entsprechender Versorgungsstrukturen. Die Fördertatbestände der §§ 45 b und c SGB XI für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind dem Ansatz nach richtig, aber nicht ausreichend.

---

[13] „Informationsplattform Altenhilfe“; siehe 2.2 und Abschnitt B I.3.5.1
[14] siehe 2.2 und Abschnitt B I.3.6

Sachverhalt

Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen

- Menschen mit Behinderungen sind bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nach diesem Gesetz grundsätzlich leistungsberechtigt. Im Falle einer häuslichen pflegerischen Versorgung erhalten sie die üblichen Leistungen nach §§ 36 – 42 SGB XI, bei Aufenthalt in einem Pflegeheim nach § 43 SGB XI. weiter I.1.3.4
  Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen leben (vorrangiger Zweck der Einrichtung: Eingliederungshilfe) erhalten für dortige Pflegeleistungen einen Betrag von höchstens 256 Euro monatlich (§ 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI).

- Über die Zahl der häuslich gepflegten Menschen mit Behinderungen liegen aufgrund der zu den übrigen pflegebedürftigen Personen unterschiedslosen Leistungsgewährung nach dem SGB XI keine Angaben vor. Es ist aber nach überschläglichen Schätzungen keine bedeutende Zahl anzunehmen .In vollstationären Pflegeeinrichtungen leben nach Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (LS) rd. 1000 Personen.
  weiter I.3.4.3
- Die meisten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen leben im Fall einer stationären Versorgung in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen; in Niedersachsen waren dies in 2004 schätzungsweise 6.700 – 6.800 Personen. Ihr Anteil an allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern liegt damit bei (nur) rd. 3%. Ihre Zahl ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, von 1998 bis 2004 um durchschnittlich 220 Personen. weiter I.1.3.4
  Die Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind derzeit zu rd. 85% unter 60 Jahre alt.

- Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen können bedingt auf ambulante und stationäre Pflegeangebote zurückgreifen. In der ambulante Pflege bieten 17 Familienentlastende Dienste (FED) als zugelassene Pflegedienste neben den Betreuungs- auch Pflegeleistungen an. Das sind zwei Drittel aller FED in Niedersachsen. Zwei weitere FED befinden sich im Anerkennungsverfahren. Die FED werden vom Land im Rahmen freiwilliger Leistungen gefördert. Ihre Zahl hat sich seit Vorlage des Pflegerahmenplans vom Mai 2000 um 6 Dienste erhöht. weiter I.3.4.3

  Insbesondere schwer körperbehinderte Menschen können die Hilfen der Individuellen Schwerbehindertenbetreuung (ISB) in Anspruch nehmen. Diese Dienste bieten grundsätzlich auch selbst oder in Kooperation mit zugelassenen Pflegediensten Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI an. Neue Daten zum Angebotsbestand liegen nicht vor; 1992 waren es 92 Dienste. Im August 2004 standen 414 Plätze für Zivildienstleistende für Erwachsene und 165 für Kinder zur Verfügung; sie waren zu 22% bzw. 18% belegt. Dies ist deutlich weniger als 1998 (Datenstand Pflegerahmenplan). Bereits nach Bericht der LAG der freien Wohlfahrtspflege aus 1992 wurden die abnehmende Zahl von Zivildienstleistenden durch eine Zunahme von beschäftigten Fach- und Hilfskräften ausgeglichen. Dem MS liegen keine Erkenntnisse dahingehend vor, dass die Nachfrage nach Hilfeleistungen mit dem derzeitigen Angebot nicht befriedigt werden kann.
  Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege stehen im Übrigen für Pflegeleistungen grundsätzlich alle zugelassenen Pflegedienste zur Verfügung. Ob die von dort bereitgestellten Leistungen den ggf. besonderen Anforderungen behinderter Menschen genügen, kann nicht gesagt werden. Dem MS liegen allerdings auch keine diesbezüglichen Beschwerden vor.

Sachverhalt

- Das Angebot an vollstationären Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen ist gering. Dies ist im besonderen der Tatsache zuzurechnen, dass die meisten der vollstationär versorgungsbedürftigen Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben (s. o.). Insgesamt handelt es sich dabei nach Unterlagen des LS um 642 Einrichtungen mit zusammen 21.646 Plätzen. Als Kostenträger des weiteren zuständig ist das LS für 25 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 1022 Plätzen. Hierunter befinden sich 11 Einrichtungen für schwer Schädel-Hirngeschädigte der Phase F mit 439 Plätzen (s. nachf. Abschnitt), 5 für Personen mit seelischer Behinderung (289 Pl.), 3 für solche mit Körperbehinderung (163 Pl.) und 5 für geistig behinderte Menschen (123 Pl.). weiter I.3.4.3

- Angesichts der Tatsache, dass Menschen mit Behinderungen (insbesondere mit einer wesentlichen geistigen oder seelischen Behinderung) inzwischen erfreulicherweise keine wesentlich vom Durchschnitt der Bevölkerung abweichende Lebenserwartung (mehr) aufweisen, ist auch bei diesen Personen mit einer in den nächsten Jahren deutlich steigenden Zahl älterer und damit mit höherer Wahrscheinlichkeit auch pflegebedürftiger Menschen zu rechnen.
  weiter II.3 und III.2.3
  Für die ambulante pflegerische Versorgung sind mangels entsprechender Anhaltsdaten (s. o.) keine konkreten Vorausschätzungen möglich. Vor vorstehendem Hintergrund ist aber grundsätzlich davon auszugehen, dass auch der zu erwartende steigende pflegerische Versorgungsbedarf durch die vorhandenen Pflegedienste und die anderen ambulanten Hilfsdienste im Rahmen von dortiger marktgerechter Angebotsanpassung befriedigt werden kann.

  Unter Bezugnahme auf die Altersstruktur der in den Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen lebenden Menschen ist dort in den kommenden Jahren mit einer Zunahme um rd. 3.500 Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren zu rechnen. In Betrachtung der erheblichen Zunahme bei den Leistungen der Pflegeversicherung für den Kreis der Bewohnerinnen und Bewohner solcher Einrichtungen (s. o.) in den letzten Jahren wird die Entwicklung hinsichtlich des Pflegebedarfs dieser Menschen aufmerksam zu verfolgen sein.

- Gleiches gilt für die ambulant pflegerisch versorgten Menschen mit Behinderungen. Das Thema sollte im Landespflegeausschuss auf seine Relevanz hin angesprochen werden; weitere Schritte wären in Abhängigkeit vom Beratungsergebnis vorzunehmen.

Sachverhalt

Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder mit Schädel-Hirn-Trauma

Multiple-Sklerose-Kranke

- Circa 10.000 Menschen in Niedersachsen sind an MS erkrankt. Dies sind nach Schätzungen des Landesverbandes Niedersachsen der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) 1000 Personen mehr als zum Zeitpunkt des Pflegerahmenplans im Jahr 2000. weiter I.1.3.5 und II.3
  Über die ambulant oder stationär pflegebedürftigen MS-Kranken gibt es keine Angaben; auch seitens des Landesverbandes der DMSG konnten keine diesbezüglichen Einschätzungen vorgenommen werden. In Anbetracht der in den letzten Jahre deutlichen medizinisch-therapeutischen Fortschritte und einem durchaus nicht immer zur Pflegebedürftigkeit führenden Krankheitsverlauf muss eine recht geringe und tendenziell eher abnehmende Zahl unterstellt werden. Dies bedürfte allerdings der Verifizierung im Rahmen spezieller Untersuchungen. Gleiches gilt aus denselben Gründen für die zukünftige Entwicklung.

- MS tritt in der Regel in jüngeren bis mittleren Lebensjahren auf; Frauen sind erheblich häufiger betroffen. Dies führt bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien, die die ständige Anwesenheit einer Betreuungsperson erfordern, zu erhöhtem Bedarf an familienexterner stationärer Versorgung; für Männer bestehen unter den gegebenen gesellschaftsstrukturellen Bedingungen für eine innerfamiliäre Pflege bessere Voraussetzungen.

- Die ambulante pflegerische Versorgung der MS-Kranken erfolgt im Regelfall durch allgemeine Pflegedienste. Lediglich im Raum Hannover hat sich ein Pflegedienst u. a. auf die Gruppe der MS-Kranken spezialisiert. Hinweise auf eine unzureichende ambulante pflegerische Versorgung liegen dem Sozialministerium gleichwohl nicht vor. weiter I.3.4.4

- Mangels geeigneterer spezieller Angebote oder aus Gründen der räumlichen Nähe zum Herkunftsort leben vollstationär pflegebedürftige MS-Kranke nach Aussagen des Landesverbandes der DMSG zum Teil in Altenpflegeheimen. Diese sind für den überwiegend jungen Personenkreis, der zudem über einen langen Zeitraum in den Einrichtungen leben muss, grundsätzlich ungeeignet. Vier Einrichtungen in Celle, Hannover, Lehre-Wendhausen und Osnabrück sind speziell auf MS-kranke Personen ausgerichtet. Nach Kenntnis des Landesverbandes der DMSG befinden sich vereinzelt Wohngruppen an Pflegezentren in Planung, so z. B. in der Region Braunschweig. Die DMSG sieht Bedarf an stationären Pflegeplätzen noch im Raum Oldenburg; ansonsten sieht sie gegenwärtig den Bedarf als im Wesentlichen gedeckt an.

- Die überwiegend jüngeren pflegebedürftigen MS-Kranken bevorzugen nach Erkenntnissen der DMSG zunehmend betreute Wohnangebote (ggf. in Zuordnung zu einem Pflegeheim) als für sie geeignetes Lebensumfeld. Für die Zukunft sollte dies verstärkt bedacht werden. Ein solches Angebot könnte auch den Widerspruch zwischen gewünschter Wohnortnähe und weiter entfernten Spezialeinrichtungen entschärfen. weiter III.2.3
  Es wird davon ausgegangen , dass diesbezügliche Impulse auf örtlicher Ebene durch die Ortsgruppen der DMSG oder ihre vier regionalen Beratungsstellen mit Unterstützung durch den Landesverband erfolgen.

Sachverhalt

Aids-Kranke

- Nach den Erfahrungen aus der Praxis sind am Vollbild von AIDS erkrankte Personen in der Regel auch pflegebedürftig nach SGB XI. Schätzungen des Robert-Koch-Instituts gehen derzeit von rd. 3.000 HIV infizierten Personen, davon 2.300 Männer, in Niedersachsen aus – erstmals seit 2004 wieder steigend. Die Zahl der Aidskranken wird mit 350 angenommen. Zwischen 30 – 50% der HIV-Infizierten und Aidskranken leben in der Region Hannover. weiter I.1.3.5

- Aidskranke, für die häusliche Pflege ausreicht, können im Raum Hannover auf einen u. a. auf diese Erkrankung besonders ausgerichteten Pflegedienst zurückgreifen. Die Niedersächsische AIDS-Hilfe kooperiert zudem mit einer großen Zahl anderer Pflegedienste. weiter I.3.4.4
  Aufgrund einer Zunahme komplexer Krankheitsbilder kommen aber diese Dienste zunehmend an qualifikatorische Grenzen. Dies wird nach Einschätzung der AIDS-Hilfe noch zunehmen.

- Für Personen, die auf eine umfassende Versorgung angewiesen sind, bieten das der Hannöverschen AIDS-Hilfe e. V. angegliederte „Lighthouse“ sechs Wohnplätze (mit ambulanter Pflege) an. Darüber hinaus besteht ein Angebot des integrierten Versorgungszentrums „SIDA plus“. Dieses kooperiert mit Kliniken und Pflegeheimen und bietet in diesem Kontext eine begrenzte Zahl von Pflegeplätzen und so genannten „Auffangwohnungen“ an. Diese Angebote richten sich vorrangig an pflegebedürftige akut und chronisch an AIDS erkrankte Menschen in ungesicherter oder ungeeigneter Wohnsituation. Außerdem wird auch an der MHH eine kleine Zahl von Pflegeplätzen vorgehalten.

  Für alle anderen Regionen sind dem MS auch nach Nachfrage bei der Niedersächsischen AIDS-Hilfe keine vergleichbaren Angebote bekannt.

- Nach Auskunft von „Lighthouse“ besteht dort ein dauerhaft zu belegender Platzbedarf an ca. 5 weiteren Wohnplätzen.

- Die durch verbesserte medikamentöse Therapie zum Teil deutlich verlängerte Lebenserwartung bei HIV-Infizierten und Aidskranken führt andererseits zu schwereren und komplexeren Krankheitsbildern und in diesem Zusammenhang nach den Erfahrungen aus der Praxis zu einer steigenden Zahl von pflegebedürftigen sowie schwerer pflegebedürftigen Personen unter den betroffenen Personen (s. o.). Dies wird noch zunehmen. Die Hannöversche AIDS-Hilfe rechnet mit einem Anstieg von 10 - 20%. weiter II.3

  Erforderlich sind nach dortiger Auffassung vermehrte und verbesserte ambulante Angebote, um durch möglichst frühzeitige pflegerische Intervention nachfolgenden stationären Pflege- und Versorgungsbedarf weitest möglich hinauszuschieben oder sogar zu vermeiden. Sollte dies nicht gelingen, käme es zu einem gegenüber dem heutigen Stand deutlich vermehrten stationären Versorgungsbedarf, der im gängigen Angebot der Pflegeinrichtungen nicht bzw. nicht angemessen befriedigt werden kann.

Sachverhalt

- Es wird insoweit Aufgabe der Leistungsanbieter sowie der Vertragspartner auf der Kostenträgerseite, insbesondere der Kranken- und Pflegekassen, sein, auch in Zukunft eine angemessene und fachlich ausreichende Versorgung sicherzustellen. Es ist zu unterstellen, dass die AIDS-Hilfe-Vereinigungen sich hieran Impuls gebend und beratend beteiligen. weiter III.2.3

  Aus der Sicht der Landesregierung erfordert vor allem die epidemiologische Entwicklung von AIDS in Zukunft wirksame Maßnahmen zur Verhinderung einer schnellen bzw. weiteren Ausbreitung bei den Hauptbetroffenen. Dazu gehören u. a. auch die Sicherstellung von geeigneter Beratung sowie Hilfe und Selbsthilfe bei der Betreuung von Betroffenen. Aus diesem Grund soll die Geltungsdauer der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen zur Verhütung und zur Bekämpfung von AIDS“ zum nächstmöglichen Zeitpunkt erneut für weitere vier Jahre in Kraft gesetzt werden (1,383 Mio. € für die Niedersächsische Aids-Hilfe und für Beratungsstellen).

Schädel-Hirngeschädigte (Phase F)

- Es handelt sich um einen Personenkreis mit ausgeprägten neurologischen Schädigungen mit einem umfassenden Pflege- und Versorgungsbedarf. Die geschätzte Zahl der betroffenen Personen in Niedersachsen liegt zwischen 1.100 und 1.500 Personen – Tendenz steigend. Eine zunehmend verbesserte medizinisch-pflegerische und therapeutische Versorgung führt auch hier zu einer längeren Lebenserwartung. weiter I.1.3.5

- Geschätzt zwei Drittel der betroffenen Personen (überwiegend Männer jungen oder mittleren Alters) werden zu Hause durch Angehörige mit ergänzender Unterstützung durch ambulante Pflegedienste versorgt, ca. 80% der stationär gepflegten in speziellen Nachsorgeeinrichtungen der Phase F (vollstationäre Dauerpflege), die anderen in sonstigen vollstationären Pflegeheimen. Annähernd drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner in den Spezialeinrichtungen der Phase F haben Pflegestufe III, knapp die Hälfte hiervon als Härtefall.

- Nach den Unterlagen der Landesarbeitsgemeinschaft der Nachsorgeeinrichtungen (Phase F) in Niedersachsen und des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie gibt es z. Z. in Niedersachsen 12 Spezial-Pflegeeinrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte der Phase F mit zusammen 486 Plätzen.
  weiter I.3.4.4

Hinzu kommen zwei Einrichtungen für Personen der Phase G in Lüneburg und Bleckede-Alt Garge. Hierbei handelt es um Einrichtungen für einen Personenkreis mit vergleichsweise geringem Pflegebedarf und gutem Rehabilitationspotential, das durch tagesstrukturierende und therapeutische Maßnahmen gezielt gefördert wird.

Mit Landesförderung entsteht z. Z. ein Kurzzeitpflegeheim für wachkomatöse Kinder; für die Erweiterung einer Spezialpflegeeinrichtung für Phase F bestehen gleiche Planungen.

Sachverhalt

- Einschätzungen zur voraussichtlichen Entwicklung der Zahl der betroffenen Personen sind nicht möglich. Nach Auskunft der LAG Phase F ist der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen auf mittlere Frist im derzeitigen Bestand zu dekken. weiter II.3 und III.2.3
  Als unzureichend ist nach Auskunft des Verbandes Schädel-Hirn-Patienten in Not e. V. vor dem Hintergrund des großen Anteils häuslich gepflegter Personen das Angebot an Kurzzeitpflege-Möglichkeiten zur Entlastung der Pflegepersonen zu sehen. Auch die ambulante Pflege ist nach dortiger Auffassung nicht immer hinreichend auf die besonderen Belange dieses Personenkreises und der pflegenden Angehörigen abgestellt.

- Bauliche und personelle Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen der Phase F richten sich nach dem unter Mitwirkung des MS erarbeiteten „Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase F in Niedersachsen", das vom Landespflegeausschuss mit Datum vom 9. Okt. 2000 als Empfehlung beschlossen und im März 2004 ergänzt wurde. Sofern sie Kurzzeitpflege anbieten, erhalten die Spezialpflegeeinrichtungen Investitionskostenförderung nach § 10 NPflegeG. Dies würde auch für den Fall zusätzlicher diesbezüglicher Angebote gelten.

- Die LAG der Nachsorgeeinrichtungen hat zudem für ihre Einrichtungen Qualitätsanforderungen für Stationäre Einrichtungen der Phase F formuliert, die in die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI einfließen und insoweit auch eine Grundlage für die Vergütungsvereinbarungen für solche Einrichtungen bilden.

- Für die zukünftige Entwicklung der Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der Phasen F und G wird davon ausgegangen, dass, wie in der Vergangenheit, zusätzliche Angebote in Abhängigkeit von der Bedarfslage angeboten werden. Insoweit ist derzeit kein besonderer Handlungsbedarf festzustellen.

Migrantinnen und Migranten weiter I.1.3.6

- Leistungen der Pflegeversicherung werden unabhängig von der Nationalität der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen gewährt. Über die Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger besteht daher keine Kenntnis. Näherungsweise ist daher für eine Abschätzung auf die Altersstruktur der Migrantinnen und Migranten zurückzugreifen.

- Ende 2004 lebten in Niedersachsen 28.111 ausländische Frauen und 30.792 ausländische Männer im Alter von 60 u. m. Jahren (0,35% / 0,38% der Gesamtbevölkerung). Für den Fall einer unterstellten, der deutschen Bevölkerung entsprechenden, Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung (9,4% der Altersgruppe) würde für die ausländische Bevölkerung unter den pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen eine Zahl von rd. 5.550 Personen anzunehmen sein. Dies wären 2,5% aller Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen Ende 2003.
  Die Zahl ist allerdings unter gewissen Vorbehalten zu sehen angesichts
  - einer festgestellten höheren Morbiditätsrate vor allem bei ausländischen Männern aufgrund besonderer Gesundheitsbelastungen im Erwerbsleben und allgemein im Vergleich zur deutschen Bevölkerung schlechteren Lebensbedingungen mit der Folge einer höheren Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Pflegebedürftigkeit einerseits,

Sachverhalt

- andererseits zum Teil zu unterstellender Unkenntnis über die Leistungsansprüche sowie bekannter Zugangsbarrieren zur Inanspruchnahme insbesondere von außerfamiliären Pflegeangeboten mit der Folge einer geringeren Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung.

Ob sich diese Einflussvariablen im Ergebnis aufheben, kann nicht gesagt werden.

- Für die Gesamtbevölkerung lag der Anteil der pflegebedürftigen Bevölkerung Ende 2003 bei 2,73%. Für die ausländische Bevölkerung ist angesichts ihrer Altersstruktur (derzeit noch) von einer deutlich geringeren Prävalenz von Pflegebedürftigkeit auszugehen als für die deutsche Bevölkerung. Die 5.550 pflegebedürftigen Personen stellten 1,03 % der ausländischen Bevölkerung Niedersachsens zu Ende 2004 dar.

- Die ausländische Bevölkerung ist regional sehr unterschiedlich stark vertreten. Insoweit befinden sich auch die Kommunen bzw. die dort ansässigen Pflegekassen und die Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen hinsichtlich der Nachfrage nach Versorgungsleistungen in sehr unterschiedlicher Situation. So hatte z. B. die Landeshauptstadt Hannover Ende 2003 einen Ausländeranteil von knapp 17%, in Lüchow-Dannenberg waren es 2,5%.

- Die derzeitige Altersstruktur der Migrantinnen und Migranten lässt für die Zukunft einen erheblichen Anstieg der Älteren unter ihnen erwarten. Hierzu trägt vor allem auch die Tatsache bei, dass die Migrantinnen und Migranten eine dauerhafte Rückkehr in ihr Heimatland kaum mehr realisieren. weiter II.3
  Für Niedersachsen wäre bis zum Jahr 2020 eine Zahl von rd. 199.000 ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern im Alter von 60 u. m. Jahren anzunehmen.
  Bei Fortschreibung der Pflegequote der Gesamtbevölkerung von 9,4% wären danach 2010 12.250 pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten anzunehmen. Für 2020 wären es 18.750, für 2030 26.850. Das entspricht Steigerungsraten von 121 / 238 / 384%.

- Die vorstehende Annahme einer zukünftig der Gesamtbevölkerung entsprechenden Pflegequote erscheint nicht unberechtigt. Bei längerem Aufenthalt in Deutschland ist grundsätzlich eine Anpassung an den Kenntnisstand über Leistungsansprüche und Versorgungsangebote der deutschen Bevölkerung wahrscheinlich. Außerdem sind die o. g. Nutzungsbarrieren nur für einen Teil der ausländischen Bevölkerung anzunehmen.

- Die geringe Zahl von pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund und die genannten Zugangsprobleme führen zu einer (noch) geringen Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Ambulante Pflegeleistungen werden etwas mehr nachgefragt. weiter I.3.4.5

- Bislang sind vier Pflegedienste mit spezieller Ausrichtung auf Migrantinnen und Migranten bekannt. Alle sind in Hannover ansässig. Die Zahl hat sich gegenüber dem Jahr 2000 verdoppelt. Das spricht für einen zunehmenden Bedarf an solchen Angeboten insbesondere in Kommunen mit hohem Ausländeranteil.

- Eine landeszentrale Beratungsstelle bildet das vom Land mit geförderte Ethnomedizinische Zentrum. Mit der „Kooperativen Migrationsarbeit" wurde in Niedersachsen in den vergangenen Jahren ein landesweites Netzwerk zur Integration von Migrantinnen und Migranten geschaffen. Information und Beratung z. T. in den Heimatsprachen bieten vereinzelt auch Krankenkassen sowie die o. g. Pflegedienste an. Mit finanzieller Unterstützung des Landes wurde ein mehrsprachiger Seniorenkompass erstellt.

Sachverhalt

- Personen mit Migrationshintergrund der so genannten 2. Generation sind zunehmend in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten tätig oder wählen eine Ausbildung in einem Pflegeberuf. Die Thematik der Pflege von Personen mit Migrationshintergrund ist vielerorts Gegenstand einer (fach-)öffentlichen Diskussion, von Fortbildungen des Personals von Pflegediensten und Pflegeheimen sowie an Alten- und Krankenpflegeschulen.

Sterbende weiter I.3.4.6

- Ein Leben zu Hause möglichst bis zum Lebensende ist der Wunsch der meisten Menschen. Dieser Wunsch bleibt zunehmend mehr Menschen unerfüllt. Sie sterben im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Betroffen sind vor allem alte Menschen, aufgrund ihrer durchschnittlich längeren Lebensdauer überwiegend Frauen. Betroffen ist aber auch eine steigende Zahl von Menschen jüngeren oder mittleren Alters mit tödlichen Erkrankungen. Die Individualisierung der Lebensvollzüge hat auch hier zunehmend zum Fehlen persönlicher Hilfe geführt oder aber ein Verbleib in der Familie ist wegen der Besonderheiten der Erkrankung mit der Folge eines besonderen Hilfebedarfs (insbes. palliativ-medizinische Versorgung) nicht möglich oder überlastet die pflegenden Angehörigen. weiter I.1.3.1 und 1.3.2
  Diesen Situationen und Entwicklungen fachlich und durch persönliche Zuwendung zu begegnen hat sich die Hospizbewegung zur Aufgabe gemacht. Nach Angaben der Hospiz Stiftung Niedersachsen sind gegenwärtig ca. 8000 freiwillige Helferinnen und Helfer in insgesamt 104 ambulanten Hospizdiensten (zwei hiervon speziell für sterbende Kinder) in der Sterbebegleitung im häuslichen Bereich tätig. Dies stellt nicht nur für die sterbenden Menschen und ihre Angehörigen eine außerordenliche Hilfe dar; auch Heim- oder Krankenhausaufenthalte noch für die letzte Lebenszeit werden hierdurch vermieden. weiter I.3.4.6

- Daneben bestehen 12 stationäre Hospize. Hier finden vor allem jüngere Menschen und solche mittleren Alters mit tödlichen Erkrankungen fachlich qualifizierte medizinisch-pflegerische und psycho-soziale Versorgung ebenso wie Ansprache, Trost und Geborgenheit. Mit dem Kinderhospiz Löwenherz in Syke besteht zudem ein besonderes Angebot für sterbende Kinder oder für solche mit lebensbedrohlichen Krankheiten und die jeweiligen Familien. Das Kinderhospiz dient daher sowohl dem Aufenthalt für die letzte Lebenszeit als auch für vorübergehende Aufenthalte zur Entlastung der Familien.
  Das Land hat mit einem Betrag von 772.000 Euro maßgeblich zur Errichtung des Kinderhospizes beigetragen.

- Stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste erhalten Leistungen der Krankenversicherung auf der Grundlage des § 39a SGB V. Bei Vorliegen eines Versorgungsvertrages als Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI – hiervon ist in der Regel auszugehen – erhalten sie für pflegerische Leistungen Vergütungen aus Mitteln der Pflegeversicherung. Daneben besteht ein Anspruch auf Investitionskostenförderung aus Landesmitteln nach den Bestimmungen des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG).

- Die Hospiz Stiftung Niedersachsen – eine Initiative der Kirchen – unterstützt die ehrenamtliche Hospizarbeit.

- Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass sich das Angebot an stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten nachfrageorientiert entwickeln wird. weiter II.3 und III.2.3

5. Personal in der Pflege

Sachverhalt

Personalbestand, -entwicklung und –struktur weiter I.3.2

- Ende 2003 waren in den niedersächsischen Pflegediensten insgesamt 20.715 Personen beschäftigt, je Pflegedienst durchschnittlich 20,8 Personen. Sie betreuten durchschnittlich 2,3 Personen.
  Gesundheits- und Krankenpflegekräfte machten 30%, Altenpflegerinnen und Altenpfleger 13% des Personals aus.

- In den (Alten-)Pflegeheimen (teilstationär, Kurzzeitpflege, vollstationäre Dauerpflege) waren zum selben Zeitpunkt 57.316 Personen beschäftigt – durchschnittlich 46. Einschließlich der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der so genannten Pflegestufe „Null“ oder „G“ (ca. 6.200 Personen) versorgten sie im Durchschnitt 1,3 Personen. In Pflegeheimen für Menschen mit Behinderungen war das Verhältnis 1 : 1, in solchen für psychisch kranke Menschen 1 : 1,16.
  Der Anteil der Pflegefachkräfte (im Sinne des SGB XI) betrug 30%; davon waren 70% Altenpflegerinnen und Altenpfleger.

- Der durch den Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Personen zwischen Ende 1999 und Ende 2003 erforderliche Personal-Mehrbedarf konnte durch ein entsprechendes Angebot an Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt und Neuausbildungen in der Alten- und Krankenpflege (einschl. Helferberufe) nahezu vollständig ausgeglichen werden.

Im Übrigen ist festzuhalten:

- Bestand und Struktur des Personals in den Pflegediensten und Pflegeheimen sind gleichermaßen den jeweiligen örtlichen Bedingungen angepasst.

- In beiden Versorgungsbereichen war für die Jahre von Ende 1999 bis Ende 2003 ein erheblicher Personalzuwachs zu verzeichnen. Dies gilt überdurchschnittlich für fachlich ausgebildetes Personal. Besonders qualifizierte Teilzeitarbeitsverhältnisse aber auch Vollzeitbeschäftigungen erhielten Zuwächse.

- Pflegedienste und Pflegeheime in Niedersachsen entsprechen hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zur Zahl der betreuten Personen dem Bundesdurchschnitt.

- Pflegedienste unterscheiden sich von Pflegeheimen durch eine deutlich geringere Quote an Vollzeitbeschäftigungen. Allerdings ist die Quote der qualifizierten Teilzeitbeschäftigungen hoch.

- Pflegedienste beschäftigen durchschnittlich mehr Personen in Teilzeitarbeitsverhältnissen mit geringer Stundenzahl und in geringfügigen Beschäftigungen. Bei letzteren entspricht der Anteil den rahmenvertraglichen Vereinbarungen (möglichst nicht über 20%).

- Sowohl bei Pflegediensten als bei Pflegeheimen geht die Entwicklung in Richtung auf den vermehrten Einsatz von Fachpersonal.

Sachverhalt

- Die Pflegedienste verzeichnen einen überproportionalen Anstieg von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. weiter I.3.2

- Der bei weitem größte Teil der Beschäftigten in den Pflegediensten und Pflegeheimen ist weiblich; diesbezüglich sind für die Zeit von Ende 1999 bis Ende 2003 kaum Veränderungen zu verzeichnen. Männliche Beschäftigte nehmen vergleichsweise häufiger als im Durchschnitt ihrer Präsenz in den Pflegeeinrichtungen Leitungsaufgaben und Aufgaben im technischen Dienst wahr.

- Sowohl in den Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen entsprechen die Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten ihren Ausbildungen im Sinne eines unter fachlichen wie betriebswirtschaftlichen Aspekten effektiven Personalmanagements.

- Die regionalen Strukturprofile sind vielfältig. In Anbetracht der Überlagerung der unterschiedlichen ortsspezifischen Ausprägungen der verschiedenen Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeiten sind keine siedlungsstrukturellen oder anderweitig begründbaren Strukturmuster zu erkennen. Die Bewertung der Gegebenheiten ist nur auf örtlicher Ebene durch die Beteiligten möglich.

Personalbedarf weiter II.2.4

- Zur Erhaltung des derzeitigen Versorgungsstandes der auf professionelle Hilfe durch Pflegedienste und Pflegeheime angewiesenen Personen würde sich, unter Zugrundelegung der vorausberechneten Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen[15], folgender Personal-Mehrbedarf errechnen:
  - 2020: Personal-Mehrbedarf gesamt: 13.700 – 17.250 (+ 17,6 – 22,1%),
    Pflege-Fachpersonal Altenpflege: 2.570 – 3.250 Personen,
    Pflege-Fachpersonal Krankenpflege: 2.090 – 2.850 Personen,
  - 2050: Personal-Mehrbedarf gesamt: 58.900 (+ 75,5%)
    Pflege-Fachpersonal Altenpflege: 11.200 Personen
    Pflege-Fachpersonal Krankenpflege: 8.350 Personen.

- Bei geringer steigender Zahl an pflegebedürftigen Menschen aufgrund eines mit Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung späteren Eintritts von Pflegebedürftigkeit[16] wäre ein entsprechend deutlich geringerer Personalbedarf anzunehmen

- Der zusätzliche Fachkraftbedarf könnte im Fall der Fortschreibung der derzeitigen Nachfrage nach und des derzeitigen Angebots an Ausbildungsplätzen in der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege selbst unter Anrechnung von Ersatzbedarf wegen ausscheidender Pflege-Fachkräfte gesichert werden. weiter II.2.4

- Gleiches gilt zumindest mittelfristig (bis 2020) für den Personalbedarf insgesamt, auch unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in der nachwachsenden Generation.
  Für die langfristige Entwicklung bis 2050 ist grundsätzlich dasselbe anzunehmen; allerdings verringern sich die Rekrutierungsspielräume deutlich. Kompensatorische Maßnahmen zur Erhöhung des Erwerbspersonenpotentials insbesondere von Frauen (z. B. verbesserte Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung) könnten diese Wirkungen ausgleichen oder doch verringern.

---

[15] siehe 3.1 und Abschnitt B II.1.3.1; hier erneut Annahme: keine oder nur eine geringe Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung
[16] siehe 3.2 und Abschnitt B II.2.1

6. Entwicklungsbedarf

Vorbemerkungen:

1. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich auf den in Anbetracht der voraussichtlichen demographischen und sozio-ökonomischen Entwicklung grundlegenden Entwicklungsbedarf in der pflegerischen Versorgung sowie in deren Vor- und Umfeld. Zu den Vorschlägen im einzelnen, deren Begründung und Adressaten – insbesondere auch, soweit sie speziell niedersächsische Verhältnisse betreffen – wird auf Abschnitt III von Teil B verwiesen.

2. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 enthält zu nahezu allen Bereichen, für die nachfolgend ein Entwicklungsbedarf beschrieben wird, Zielvorgaben und konkrete Aufgaben und Maßnahmen, die von der neuen Bundesregierung umgesetzt werden sollen. Insoweit wird auf entsprechende Hinweise hierauf weitgehend verzichtet; zu den Einzelheiten des Koalitionsvertrages wird ebenfalls auf Teil B III, hier vor allem Abschnitt 2.1.1 „Allgemeine Grundsätze“ verwiesen.
   Die Ausführungen des Koalitionsvertrages zur Thematik der Pflege (im weitesten Sinne) stimmen mit den Auffassungen der Landesregierung überein.

   Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung und Versorgungsstruktur sowie hinsichtlich der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit oder zu deren Minderung werden bislang in vielerlei Hinsicht durch die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen und die darauf hin im Rahmen der so genannten Selbstverwaltung entwickelten untergesetzlichen Regelungen eingeschränkt bis verhindert. Die unzureichenden leistungsrechtichen Bestimmungen im SGB XI und SGB V zur Umsetzung des Grundsatzes Reha vor Pflege oder die Bindung der Leistungen in der professionellen Pflege an konventionelle Angebote (Pflegedienste, Pflegeheime) sind hierfür gute Beispiele.

   Die Realisierung des nachfolgend dargestellten Entwicklungsbedarfs wird darum maßgeblich von der Umsetzung der Vorgaben des Koalitionsvertrages abhängen.

3. Die angekündigten gesetzgeberischen und weiteren Maßnahmen lassen umfangreiche Auswirkungen auf das System der pflegerischen Versorgung erwarten. Vor diesem Hintergrund ist auch für das Niedersächsische Pflegegesetz ein Anpassungsbedarf nicht auszuschließen.

Sachverhalt

Stärkung von Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Marktautonomie pflegebedürftiger Menschen weiter III.2.1

- Die derzeitige versorgungsstrukturelle Situation in der ambulanten und der stationären Pflege verlangt hinsichtlich der in Anspruch zu nehmenden Leistungen in hohem Maß die Anpassung der pflegebedürftigen Menschen an die von Anbieterseite gesetzten Bedingungen. Letztere werden wesentlich durch die gesetzlichen Vorgaben des Leistungs- und Vertragsrechts im SGB XI geprägt.

- Es bedarf daher eines durchgehenden Perspektivwechsels zur Sichtweise und den Bedürfnissen der betroffenen Personen und der sie Pflegenden. Eine entsprechende Feststellung trifft auch den Koalitionsvertrag vom 11.11.05. Es soll dafür ein Zielkatalog erarbeitet werden.

Sachverhalt

- Erforderlich sind zugleich differenziertere, flexiblere und vernetzte Versorgungsangebote insbesondere auch niedrigschwelliger Art, die den individuellen Lebenslagen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen stärker Rechnung tragen. Hierfür bedarf es entsprechender bundesgesetzlicher Regelungen insbesondere im Leistungs- und Vertragsrecht des SGB XI. Diesbezüglich hilfreiche Hinweise sind aus dem laufenden Modellprojekt der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Erprobung eines „persönlichen Budgets“ und der – allerdings auf Menschen mit Behinderungen bezogenen – gleichartigen Erprobung in Niedersachsen zu erwarten. weiter III.2.1.1

- Dessen ungeachtet kann anhand von Beispielen auch aus Niedersachsen festgestellt werden, dass auch unter gegebenen Rahmenbedingungen von den Trägern der Dienste und Einrichtungen und dem Personal sowie durch eine systematische Information über Angebote und deren Koordination auf örtlicher Ebene günstige Bedingungen für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen im o. g. Sinne geschaffen werden können.

Differenzierung, bedarfs- und bedürfnisgerechte Anpassung der traditionellen pflegerischen Versorgungsstruktur[17]

- Pflegedienste und Pflegeheime werden auch in Zukunft unverzichtbare Bausteine der pflegerischen Versorgungsstruktur sein.

- Grundsätzlich kann auch für die Zukunft trotz steigender Zahl pflegebedürftiger Menschen eine ausreichende Zahl pflegebereiter Personen im privaten Bereich angenommen werden. Ein Bedarf an flankierenden Hilfe- und Betreuungsleistungen ist aber bereits heute festzustellen. Er wird zunehmen. *Pflegedienste* sollten sich vermehrt dieser Aufgabe durch Bereitstellung oder Vermittlung von vor allem niedrigschwelligen Hilfen zur Alltagsbewältigung und Betreuung sowie durch Intensivierung ihrer Beratungsfunktion im Sinne von Case-Management stellen.

- Im Sinne einer stärker auf den individuellen Hilfebedarf ausgerichteten Leistungserbringung erscheint darüber hinaus die heute überwiegend praktizierte Leistungsform in Gestalt von Komplexleistungen überdenkenswert.

- Aufgrund der Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK ist Anpassungsbedarf vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von dementiell erkrankten Personen auch im Bereich der Fachkenntnis im Umgang mit diesem Personenkreis im Sinne vermehrter Fortbildung zu sehen. Das gilt auch für die stationären Pflegeeinrichtungen.

[17] Diesbezüglich wird auch auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppen I und II des „Runden Tisch Pflege“ beim Bund hingewiesen (www.bmgs.de oder www.bmfsfj.de)

Sachverhalt

- Der Ausbau von *Tagespflege* angeboten ist wünschenswert. Die Änderung der leistungsrechtlichen Bestimmungen für die Tagespflege wäre dafür eine wichtige Voraussetzung. Das Land leistet durch die Förderung der Investitionskosten unverändert einen entscheidenden Beitrag zur Sicherung des bestehenden Angebotes und grundsätzlich auch zu dessen Ausbau. Die Empfehlung des Landespflegeausschusses über die Gestaltung und den Betrieb von Tagespflegeeinrichtungen aus 1998 stellt nach Aussagen aus der Praxis nach wie vor eine geeignete Grundlage dar.

  Auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen sind in Abhängigkeit von der örtlichen Situation wirtschaftlich tragfähige Angebote möglich. Mit dem zunehmenden Angebot an (betreuten) Altenwohnungen wird sich auch die Frage nach dem Verbleib der Wohnungsinhaberinnen und –inhaber bei steigendem Pflege- und Betreuungsbedarf vermehrt stellen. Tagespflegeeinrichtungen in Zuordnung von Altenwohnkomplexen oder zum Wohnungsbestand von Wohnungsbaugesellschaften bzw. –genossenschaften mit einem hohen Anteil an alten Wohnungsinhaberinnen und –inhabern könnten hierfür ein geeignetes Angebot darstellen. Hierzu sind gute Beispiele bekannt.

- *Kurzzeitpflegeeinrichtungen* stellen mit ihrem Aufgabenschwerpunkt der Pflege nach Krankenhausaufenthalt einen sehr wichtigen Versorgungsbaustein zur Sicherung der häuslichen Pflege und Heimvermeidung dar. Auch ihre Nutzung leidet zum Teil an bundesrechtlichen Vorgaben des SGB XI bezüglich Personen, die einen nur vorübergehenden Pflegebedarf aufweisen. Die leistungsrechtliche Abgrenzungsproblematik zwischen dem SGB XI und dem SGB V ist in dem Koalitionsvertrag vom 11.11.05 grundsätzlich angesprochen. Im Verfahren der angekündigten Beseitigung von Schnittstellen u. a. zwischen Kranken- und Pflegeversicherung wird diese Frage insoweit mit zu klären sein.

  Darüber hinaus wird sich der Landespflegeausschuss in 2006 mit der Umsetzung seiner Empfehlung über „Leistungen und die Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen“ und ggf. hieraus abzuleitender Maßnahmen befassen.

- Die *stationären Einrichtungen der Dauerpflege* leisten zu weit überwiegendem Teil eine dem derzeitigen Wissensstand entsprechende Pflege und tragen für Wohn- und Aufenthaltsbedingungen Rechnung, die den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner entgegenkommen.

  Anpassungs- und Entwicklungsbedarf grundsätzlicher Art erscheint dennoch gegeben in
  - der Umsetzung neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse,
  - der Entwicklung des betriebsinternen Qualitätsmanagements einschließlich der diesbezüglichen Qualifizierung der Leitungskräfte,
  - der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit dementiellen Erkrankungen,
  - der Auswahl oder Fortbildung von Personal mit ausländischer Herkunft bezüglich der Kenntnisse der deutschen Sprache.

  Die Forderung nach einer verbesserten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit einer dementiellen Erkrankung stellt insbesondere ab auf die Umsetzung neuzeitlicher Erkenntnisse zur dementengerechten Milieugestaltung und auf die Organisation der Betreuung und Tagesstrukturierung dieser Personen.

Sachverhalt

- Die in dem Koalitionsvertrag vom 11.11.05 angekündigte bessere Berücksichtigung des allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs von altersdementen Menschen wird solche Anpassungsleistungen ggf. unterstützen.
  weiter III.2.1
- Auch die festgestellten regionalen Unterschiede bei den Wohnstandards[18] allgemein bedürfen auf örtlicher Ebene einer näheren Befassung.

Ausbau von Angeboten zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie zu deren Minderung

- Der Ausbau solcher Angebote erhält vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung für die Zukunft nicht zuletzt unter finanzpolitischen Gesichtspunkten eine außerordentlichen Bedeutung. Dies gilt auch für den Fall einer mit der zu erwartenden Verlängerung der Lebenserwartung einhergehenden Verlängerung des in relativer Gesundheit verbrachten Lebensabschnitts.

- Hinsichtlich der Umsetzung dieses Zieles wird es zum einen auf die angekündigten bundesgesetzlichen Regelungen eines Präventionsgesetzes und zu einer sachgerechten Zuordnung und Finanzierung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit ankommen.

- Von besonderer Bedeutung ist zudem der Ausbau alten- bzw. pflegegerechter Wohnbedingungen mit flankierender ambulanter und teilstationärer Betreuung.[19]

- Von nicht minder großer Bedeutung sind alle Maßnahmen der unterschiedlichsten Träger zur Unterstützung eines gesunden Alterns. Der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung seitens der Krankenkassen und den Aktivitäten und Angeboten im Rahmen der örtlichen Seniorenarbeit und kommunalen Altenpflege und –hilfe sowie der örtlichen Bildungsträger kommt hier besondere Bedeutung zu. Die diesbezüglich bereits heute vielfältigen Angebote müssen fortgesetzt und intensiviert werden.
  Das Land leistet hierzu durch Förderung von Maßnahmen und Programmen ebenfalls einen deutlichen Beitrag.

Entwicklung und Ausbau von Hilfeangeboten für Personen mit besonderem Hilfebedarf weiter III.2.3

Kinder

- Die seitens des MS im Pflegerahmenplan vom Mai 2000 und durch die beiden Beschlüsse des Niedersächsischen Landtages vom13. Juni 2001 und 26. Jan. 2005 angeregte und auf den Weg gebrachte Entwicklung zur Verbesserung der Situation schwerstkranker / -behinderter / pflegebedürftiger Kinder und deren Eltern wird mit Unterstützung des Runden Tischs kontinuierlich weiter verfolgt.

- Für die laufenden Erprobungen werden deren Ergebnisse abzuwarten und dann unter dem Aspekt einer Übertragung auch auf andere Teile des Landes zu

[18] Abschnitt B I.3.1.5.3
[19] s. vorangehender Abschnitt A 2.2

Sachverhalt

- prüfen sein. Vor dem Hintergrund der demographisch bedingten Abnahme der Zahl der betroffenen Kinder wird sich die Frage des Ausgleichs zwischen berechtigten Anforderungen an die Versorgung und der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen verschärft stellen. Die Auflösung bzw. Verringerung dieses Spannungsverhältnisses wird in einer Konzentration der stationären Angebote und dem Ausbau ambulanter Hilfestrukturen gesehen. weiter III.2.3

Personen mit dementiellen Erkrankungen

- Für den Personenkreis der dementiell erkrankten (alten) Menschen ist trotz festzustellender vielfältiger Verbesserungen insbesondere im Blick auf
  - das öffentliche Bewusstsein über diese Erkrankungen und die damit einhergehenden Verhaltensformen der betroffenen Menschen,
  - den Ausbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes sowie eines Angebotes zur Beratung der betroffenen Familien zur Vernetzung der Hilfestrukturen auf örtlicher Ebene mit Förderung des Landes und
  - den Auf- und Ausbau eines Angebotes an Ambulanten Betreuten Wohngemeinschaften

  ein erheblicher Entwicklungsbedarf festzustellen. Er erhält vor dem Hintergrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl der an Demenz leidenden Personen im Falle ausbleibender präventiver Hilfen und medizinisch-therapeutischer Fortschritte auch eine erhebliche quantitative und damit finanzpolitische Dimension.

- Auch sind die Datengrundlagen über die betroffenen Personen und die für sie vorhandenen Angebote auf örtlicher Ebene unzureichend. Erstere könnten durch eine geringfügige Ergänzung der gesetzlichen Grundlage zur Pflegestatistik nach § 109 SGB XI verbessert werden, für letztere werden entsprechende Daten aus der mit Förderung des Landes in Entwicklung begriffenen Datenbank „Informationsplattform Altenhilfe“) erwartet.

- Ein wesentliches Problem stellt – auch aus verbandlicher Sicht – die unzureichende Kenntnis der niedergelassenen Hausärzte über Verfahren zu frühzeitigen Erkennung von dementiellen Erkrankungen und zu deren Therapie dar.

- Vor diesem Hintergrund wurde der Landesfachbeirat Psychiatrie vom MS formal mit der Erarbeitung eines zukunftsfähigen Konzepts für ein abgestuftes flächendeckendes System der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen beauftragt.

Pflegebedürftige Menschen mit geistigen oder seelischen Behinderungen

- Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die zu Hause leben, können im Fall eines externen Hilfe- und Pflegebedarfs neben den allgemeinen Pflegediensten auf einige besondere Hilfeangebote zurückgreifen – die landesseitig geförderten Familienentlastenden Dienste (FED) und die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (ISB), sofern diese zugleich als Pflegedienste nach SGB XI zugelassen sind oder mit solchen Diensten kooperieren. FEDs richten sich speziell an Personen mit geistigen Behinderungen, ISBs sind im besonderen auf Personen mit schwersten körperlichen Behinderungen ausgerichtet. Ob das derzeitige Angebot bedarfsdeckend ist, konnte mangels entsprechender Daten nicht abschließend geklärt werden. Von den Interessenvertretungen der behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie den Verbänden der in diesem Versorgungssegment tätigen Leistungsanbieter wird erwartet, dass konkreter Bedarf artikuliert wird. Bei den FED befinden sich z. Z. in diesem Sinne zwei Angebote im Anerkennungsverfahren hinsichtlich der Landesförderung.

Sachverhalt

- Hinsichtlich der (voll-)stationären Pflege und Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist anzunehmen, dass weiter III.2.3

  - Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI aufgrund der derzeitigen Versorgungsinfrastruktur für Menschen mit Behinderungen, die im Schwerpunkt auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII ausgerichtet ist, auch auf mittlere Sicht eher die Ausnahme bilden und sich in Abhängigkeit von dem erkannten Bedarf – wie bisher – nachfragegerecht entwickeln werden.

  - vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 71 Abs. 4 SGB XI, in denen die bei weitem überwiegende Zahl (pflegebedürftiger) Menschen lebt, künftig im Blick auf die zu erwartende deutliche Steigerung des Alters ihrer Bewohnerinnen und Bewohner ihre baulich-räumliche und ihre Personalstruktur verstärkt auf pflegerischen Versorgungsbedarf werden ausrichten müssen, um einen dauerhaften Verbleib der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner im gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen.

- MS wird als Geschäftsstelle des Landespflegeausschusses eine Befassung dieses Gremiums mit der Frage der Entwicklung der pflegerischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen anregen.

Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten oder mit Schädel-Hirn-Trauma

- In Niedersachsen leben z. Z. ca. 10.000 Personen, die *an Multipler Sklerose (MS)* erkrankt sind. Außer in der Region Hannover steht ihnen kein auf diese Krankheit speziell ausgerichteter Pflegedienst zur Verfügung. Der Landesverband Niedersachsen der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) sieht dennoch lediglich für Personen mit vollstationärem Hilfebedarf einen Versorgungsbedarf im Raum Oldenburg.
  Anzustreben sind nach dortiger Sicht für umfassend(er) versorgungs- und pflegebedürftige MS-Kranke vermehrt Angebote des Betreuten Wohnens – ggf. in Zuordnung zu einem Pflegezentrum. Herkömmliche (Alten-)Pflegeheime entsprechen in der Regel vor allem nicht den Erfordernissen der zumeist jüngeren Erkrankten an eine angemessene Lebensgestaltung.

- Das MS geht davon aus, dass die Arrondierung der pflegerischen Versorgung von der LAG der DMSG bedarfsangepasst auf örtlicher Ebene verfolgt und ggf. diesbezüglich mit möglichen Vertragspartnern auf der Leistungserbringer- und der Kostenträgerseite Beratungen erfolgen.

- *Aids-Kranke*: Auf die Ausführungen in Abschnitt III.2.3 wird verwiesen.

- Für *Schädel-Hirngeschädigte* der Phase „F“ (aktivierende vollstationäre Dauerpflege) erscheint auf mittlere Sicht die vollstationäre Versorgung im Einrichtungsbestand gesichert. Im Fall weiteren Bedarfs ist anzunehmen, dass diesem, wie bisher, von Seiten der Leistungsanbieter und der Kostenträger nachfragegerecht entsprochen werden wird.
  Gleiches ist für Einrichtungen für schädel-hirngeschädigte Personen der so genannten Phase „G“ (pflegebedürftige Personen mit erheblichem Rehabilitationspotential) anzunehmen.

Sachverhalt

- Die Empfehlung des Landespflegeausschusses für ein Rahmenkonzept für Nachsorgeeinrichtungen der Phase F und das Qualitätssicherungskonzept der Landesarbeitsgemeinschaft der Nachsorgeeinrichtungen Phase F in Niedersachsen für solche Einrichtungen bilden eine gute Entwicklungsgrundlage für einen angemessenen, landeseinheitlichen Qualitätsstandard zur pflegerischen Versorgung dieses Personenkreises. weiter III.2.3

- Zwei Drittel der Personen mit einem Schädel-Hirn-Trauma werden privat von Angehörigen betreut und gepflegt. Letzteren stehen verschiedene Selbsthilfe-Organisationen beratend zur Seite. Von dort wird vor allem ein Bedarf an vorübergehenden Entlastungshilfen in Form von Kurzzeitpflegeangeboten gesehen. Den in der o. g. LAG vertretenen Einrichtungsträgern ist dies bekannt; sie werden im Rahmen wirtschaftlich vertretbarer Lösungen verstärkt Angebote machen.
  Das MS fördert eine Kurzzeitpflegeeinrichtung für wachkomatöse Kinder; für ein weiteres Angebot laufen die Beratungen im „Runden Tisch schwerstkranke Kinder“.

Migrantinnen und Migranten

- Die zu erwartende steigende Zahl an älteren Migrantinnen und Migranten wird zu einem Anstieg auch der Zahl pflegebedürftiger Personen unter der ausländischen Bevölkerung in Niedersachsen führen. Grundsätzlich ist dafür der Auf- und Ausbau transkultureller bzw. kultursensibler Pflege- und Betreungsangebote zu fordern.

- Andererseits ist zu bedenken, dass
  - nur für einen Teil der ausländischen Bevölkerung besondere Zugangsschwierigkeiten zu den vorhandenen Angeboten angenommen werden können,
  - ein Zuzug solcher Gruppen nach Deutschland nur noch in sehr geringem Umfang erfolgt und
  - eine Angleichung der ausländischen Bevölkerung mittleren Alters an den Informationsstand und das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich der Leistungen der Pflegeversicherung an dasjenige der deutschen Bevölkerung stattfindet.

  Eine Unterstützung des Auf- und Ausbaus ethnospezifischer Pflege- und Betreuungsangebote sollte darum nur dann und nur dort erfolgen, wo ein entsprechender Bedarf erkannt oder artikuliert wird. Dies setzt allerdings eine kontinuierliche diesbezügliche Aufmerksamkeit voraus. Kommunen mit einem hohen Ausländeranteil sind hier besonders angesprochen.

Sterbende (Hospizdienste und stationäre Hospize)

- Das Angebot an ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen hat in den letzten Jahren nicht zuletzt aufgrund der Förderung auf der leistungsrechtlichen Grundlage des § 39a SGB V und der Förderung der Investitionsaufwendungen der stationären Hospize durch das Land nach dem NPflegeG in Niedersachsen eine positive Entwicklung erfahren. Von einer entsprechenden nachfrageorientierten Weiterentwicklung dieser Angebote wird ausgegangen. Die Förderung der stationären Hospize nach dem NPflegeG wird fortgesetzt.
  Für sterbenskranke Kinder wird der Bedarf durch das mit Landesmitteln errichtete Kinderhospiz Löwenherz als derzeit abgedeckt gesehen.

Sachverhalt

Ausbau des Angebotes an Betreutem Wohnen, Umstrukturierung und Qualifizierung des Wohnungsbestandes weiter III.2.2.1

- Betreute Wohnformen (mit ambulanter Pflege) bilden ein wichtiges Bindeglied zwischen privater häuslicher und vollstationärer Pflege. In vielen Fällen können sie – ein entsprechendes Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsarrangement unterstellt – Heimaufenthalte verhindern oder deutlich hinauszögern. Ihr Ausbau erscheint daher besonders wünschenswert. Adressat sind hier vorrangig die örtliche Wohnungswirtschaft, die örtlichen Anbieter von Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen (auch solche im Bereich von Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlicher Betreuung) und die Kommunen im Rahmen ihrer Bebauungs- und Bauleitplanung sowie der kommunalen Senioren- und Altenhilfepolitik.

  Adressat sind aber auch die Träger von Pflegeheimen. Erwiesenermaßen könnten viele Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Pflegestufe „Null“ oder „G“, selbst solche der Pflegestufe I und selbst im Falle leichterer dementieller Erkrankungen in den Pflegeheimen benachbarten Betreuten Wohnungen leben. Eine Reihe solcher Beispiele auch in Niedersachsen sind bekannt.

- Erforderlich ist zudem eine alten- und pflegegerechte Umstrukturierung und Qualifizierung des Wohnungsbestandes zur Vermeidung und Verzögerung von Heimaufenthalten, zum möglichst dauerhaften Verbleib der alt gewordenen oder alt werdenden Wohnungsinhaberinnen und Wohnungsinhaber in der angestammten Wohnung und unter Wirtschaftlichkeitsaspekten aus Sicht der Wohnungseigentümer. Viele Wohnungen im Bestand entsprechen diesen Anforderungen nicht. Adressat ist hier in erster Linie die örtliche Wohnungswirtschaft.
  Des weiteren scheinen die gesetzlichen Möglichkeiten zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) noch nicht hinreichend genutzt.

- Die Sonderform der ambulant Betreuten Wohngemeinschaft kann vor allem für Personen mit fortgeschrittenem Stadium der Demenz eine angemessene Alternative zum Pflegeheim sein. Angesichts der Tatsache, dass sich kürzlich eine Landesarbeitsgemeinschaft der Anbieter solcher Wohngemeinschaften in Niedersachsen gebildet hat, kann von dort von einem Interesse an einem Ausbau dieser Wohnform ausgegangen werden.

- Obwohl vielfach körperlich und / oder geistig beeinträchtigt, unterliegen Bewohnerinnen und Bewohner von Betreuten Wohnungen im Unterschied zum Pflegeheim keinem besonderen staatlichen Schutz vor Übervorteilung und Schlechtleistung. Hier ist insoweit Entwicklungsbedarf zu sehen. Zu bevorzugen sind dabei staatsfreie Verfahren zur Qualifizierung und Qualitätsprüfung in selbstverpflichtender Form. Die diesbezüglichen Erfahrungen mit solchen Verfahren z. B. in Berlin für Betreute Wohngemeinschaften oder in NRW für Altenwohnanlagen werden abzuwarten sein. Die mit Landesförderung in Erarbeitung befindlichen Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften können hierfür eine gute Grundlage bilden.

Sachverhalt

Stärkung der Befähigung und Bereitschaft zur privaten und ehrenamtlichen Pflege und zur Alltagshilfe bei Pflegebedürftigkeit sowie in deren Vorfeld
weiter III.2.2.2 und III.2.2.3

- Private Pflege und die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger stellt oft eine Belastung bis zur Überforderung der Pflegenden dar. Oftmals sind auch Information und Beratung über vorhandene Angebote, die entlastend wirken könnten, unzureichend.

- Erforderlich ist ein Ausbau niedrigschwelliger Angebote zur Unterstützung der häuslichen Pflegefähigkeit sowie koordinierende Beratung und Vermittlung von Hilfeangeboten (Case-Management). Das Land wird eine diesbezügliche Modellerprobung des SoVD Niedersachsen in Form trägerunabhängiger Beratung auf Kreisebene im Fall einer Förderung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen finanziell unterstützen.

- Wichtige rechtliche Grundlagen für die Beratung pflegender Angehöriger bestehen bereits in den Beratungsbesuchen nach § 37 SGB XI und den Schulungen für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 SGB XI. Sie müssen zielgerechter und vermehrt eingesetzt werden. Den Pflegediensten obliegt hier eine besondere Verantwortung; sie eröffnet aber auch wirtschaftliche Perspektiven.

- Sofern nicht besondere (pflege-)fachliche Kenntnisse erforderlich sind, kann Beratung, die im Schwerpunkt auf die Vermittlung von Hilfen ausgerichtet ist, auch durch freiwillige Helferinnen und Helfer unter fachliche Anleitung und Begleitung erfolgen.

- Die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen leidet zudem an der mangelnden Koordination der Angebote durch unzureichende oder unsystematische Kooperation der Anbieter (hierunter sind grundsätzlich auch solche nichtprofessioneller Hilfen und kommunale Stellen eingeschlossen). Es bedarf vermehrt bzw. verstärkt einer Abstimmung auf örtlicher Ebene. Das Instrument der örtlichen Pflegekonferenz sollte mehr genutzt werden.

Personalbestands- und Nachwuchssicherung in der professionellen Pflege
weiter III.3

- Ein dringender Handlungsbedarf scheint hier weder kurz- noch mittelfristig gegeben. Es ist anzunehmen, dass selbst unter Berücksichtigung der Auswirkungen der demographischen Entwicklung – Anstieg der Zahl der zu Pflegenden, Verringerung des Erwerbspersonenpotentials (nur langfristig) – auf absehbare Zeit genügend Fach- und Hilfspersonal zur Verfügung steht. Dies enthebt die für Aus-, Fort- und Weiterbildung und für das Personal in Pflegediensten und Pflegeheimen Verantwortlichen nicht der Notwendigkeit einer laufenden Beobachtung der Personalentwicklung und der Ausbildungszahlen. Der nach Anregung durch das MS gebildete Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ wird in diesem Sinne seine Arbeit auch künftig fortsetzen. Der Landesarbeitskreis wird sich in diesem Zusammenhang auch mit der Frage der Entwicklung bei den Umschülerinnen und Umschülern befassen. Das Kultus- und das Sozialministerium sind Mitglieder im Landesarbeitskreis.

- Die durch eine integrierte Pflegeausbildung angestrebte größere Einsatzflexibilität wird von der Landesregierung grundsätzlich unterstützt. Für die in der Zuständigkeit des Landes liegenden so genannten Helferberufe läuft ein entsprechender Schulversuch. Im Übrigen liegt die Gesetzgebungskompetenz beim Bund. Das Thema ist in dem Koalitionsvertrag angesprochen.

Sachverhalt

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege weiter I.4

- Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege ist originäre Aufgabe der Träger von Diensten und Einrichtungen, der Pflegekassen und ihrer Verbände auf Landes- und auf Bundesebene und der durch sie Beauftragten (MDK). Insoweit wird hier nur die Feststellung getroffen, dass nach den vorliegenden Erkenntnissen des MDKN bei vielen Pflegeeinrichtungen in Teilbereichen Entwicklungsbedarf gesehen wird. Dies gilt besonders für die (Weiter-) des betriebsinternen Qualitätsmanagements und die Umsetzung neuer Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und –praxis. Positive Entwicklungen sind allerdings ebenso feststellbar wie Einrichtungen, die hervorragende Pflege und Betreuung leisten. Die Situationen in Niedersachsen weichen nicht vom Gesamtbild der Dienste und Heime in der Bundesrepublik ab.

  Im Übrigen wird auf die ausführliche Situationsdarstellung in Abschnitt B 4. Verwiesen.

- Die Landesregierung ist grundsätzlich bereit, wie in der Vergangenheit auch weiterhin auf Wunsch der Beteiligten moderierend tätig zu werden. Auch der Landespflegeausschuss sieht sich hier in begleitender und anregender Funktion.

Deregulierung, Verwaltungsvereinfachung, Entbürokratisierung
weiter I.4.3 und III.4

- Verwaltungsvereinfachung, Deregulierung und Entbürokratisierung sind zentrale Anliegen der Landesregierung. Das gilt auch für die Pflege. Mit der Novellierung des Niedersächsischen Pflegegesetzes zum 01.01.2004 wurden unklare Rechtsverhältnisse beseitigt, überholte oder unzweckmäßige Vorschriften aufgehoben und die Förderung der Pflegedienste und Pflegeheime auf Regelungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege konzentriert.

- Auf Anregung des MS hat der Landespflegeausschuss Leitlinien zur Pflegedokumentation erarbeiten lassen und mit Datum vom 28.10.2004 als Empfehlung beschlossen. Damit wurden in Niedersachsen auf untergesetzlicher Ebene für die Praxis Wege zur Entlastung der Pflegedienste und Pflegeheime aufgezeigt bei gleichzeitiger Sicherung der fachlichen und rechtlichen Anforderungen an die Pflegedokumentation im Rahmen einer individuellen Pflegeprozessplanung. Die Leitlinien stimmen damit mit dem entsprechenden Anliegen des Koalitionsvertrages vom11.11.2005 überein.

- Unter Moderation des MS hat eine Arbeitsgruppe der Vertragsparteien auf Fachebene weitere Möglichkeiten des Bürokratieabbaus in der Pflege ausgelotet und auf den Weg gebracht. Neben Absprachen über Verfahrensweisen insbesondere im Zusammenhang mit der Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen in Zusammenarbeit mit den Landesorganisationen der Krankenkassen Hinweise für die niedergelassene Ärzteschaft zur Verordnung solcher Leistungen erarbeitet. Dies soll künftig zu einem reibungsloseren und damit insbesondere für die Pflegedienste aufwandsverringernden Verfahren führen.

Sachverhalt

- Die Zusammenarbeit zwischen MDKN und den Heimaufsichtsbehörden soll verbessert, eine Entlastung der Pflegeheime damit erreicht werden. Die hierzu vom MS in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden, den Landesorganisationen der Pflegekassen und dem MDKN eingerichtete Arbeitsgruppe wird voraussichtlich zum Jahresanfang 2006 ihre Aufgabe abgeschlossen haben. Angestrebt wird eine Vereinbarung des MS mit den Kommunalverbänden und den Kassenverbänden. Der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 enthält eine entsprechende Forderung im Hinblick auf die von dort geforderte Vereinfachung von Bestimmungen des Heimrechts. weiter I.3.4 und III.4

- Der die Pflege in der Praxis belastende Aufwand ist maßgeblich auf bundesgesetzliche Regelungen und aus ihnen erfolgte untergesetzliche Vorgaben zu deren Umsetzung zurückzuführen.
  Die Regelungen des SGB XI bedürfen dazu einer grundlegenden Überprüfung auf Möglichkeiten der Vereinfachung und Rechtsbereinigung. In den Blick zu nehmen sind dabei neben dem auch von dem Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 im Zusammenhang mit dem Qualitätssicherungs- und -prüfungsverfahren angesprochenen Regelungsbedarf vor allem Unstimmigkeiten im Leistungsrecht, die vertragsrechtlichen Bestimmungen, die verschiedenen Berichtspflichten sowie alle Bestimmungen im Schnittstellenbereich zu anderen Gesetzen. Hervorzuheben sind hier besonders diejenigen zum SGB V, ebenso aber auch zum SGB XII und zum HeimG. weiter III.4
  Die CDU/CSU-regierten Länder hatten dazu der ehemaligen Bundesregierung bereits in 2004 Vorschläge unterbreitet. Eine Reihe geeigneter Vorschläge und Denkanstöße enthalten auch die Empfehlungen der Arbeitsgruppe III „Entbürokratisierung des „Runden Tisch Pflege“, an der Niedersachsen vertreten durch das MS beteiligt war.

  Die Landesregierung unterstützt in diesem Zusammenhang auch die in dem Koalitionsvertrag enthaltenen Vorgaben zur Deregulierung im Heimrecht.

Neuordnung der Leistungsstrukturen und langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung

Der zukünftige Versorgungsbedarf in der Pflege und im Vor- und Umfeld von Pflege erfordert grundlegende Neuordnungen im Pflegeversicherungsrecht und den angrenzenden Rechtsgebieten. Die Pflegeversicherung soll dabei nach Auffassung der Landesregierung als eigenständiger Versicherungszweig erhalten bleiben. Dies entspricht der Zielsetzung des Koalitionsvertrages vom 11.11.2005.

Die Landesregierung sieht – ebenfalls im Übereinstimmung mit den Zielen und Maßgaben des Koalitionsvertrages vom 11.11.2005 – insbesondere den folgenden Regelungsbedarf.

- Die *Finanzierung* der Leistungen der Pflegeversicherung muss langfristig gesichert werden.
  Die Erhaltung des Leistungsniveaus sowie eventuell notwendige Leistungsverbesserungen müssen dabei mit berücksichtigt werden (Dynamisierung der Leistungen).

Sachverhalt

- **Beitragssatzstabilität**. weiter III.4
  Das bedeutet zugleich das Erfordernis einer stärkeren Eigenvorsorge für den Pflegefall. Allein die Umlagefinanzierung wird zukünftig den Anforderungen an das System nicht gerecht werden. Die erwerbstätige Generation darf dabei jedoch nicht überfordert werden. Dies erfordert ggf. einen intergenerativen Solidaritätsausgleich.
  Die dazu vorliegenden verschiedenen Konzepte bedürfen allerdings noch einer sorgfältigen Prüfung.

- Eine *Strukturelle Anpassung* der Leistungen der Pflegeversicherung ist zwingend.
  Hierzu zählt z. B. die stärkere Berücksichtigung von dementiellen Erkrankungen beim Leistungszugang.

- Zu überdenken ist in diesem Zusammenhang die derzeitige Methode zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Ausrichtung der Begutachtung an alters- und symptomunabhängigen Verrichtungen des täglichen Lebens geht an der Lebenswirklichkeit zum Teil vorbei.

- Besonders betroffen hiervon sind – neben der Gruppe der Personen mit dementiellen Erkrankungen – (auch nach Feststellungen der MDK-Gemeinschaft) Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene jungen und mittleren Alters mit psychischen Erkrankungen (somatisch orientierter Pflegebegriff).

  Zum strukturellen Anpassungsbedarf zählt zudem die tatsächliche Sicherstellung des Vorranges der *häuslichen Pflege.* weiter III.4

- *Die Grundsätze „Reha vor Pflege“ und „Vorbeugung zur Vermeidung von Pflege“* müssen tatsächlich umgesetzt werden können**.**

  Die rechtliche Verortung von Leistungen der Reha vor und bei Pflegebedürftigkeit muss klargestellt werden.

  Prävention muss zu einem eigenständigen Leistungsbereich werden; es bedarf dazu einer bundesgesetzlichen Regelung.

Die Landesregierung wird die für den Sommer 2006 angekündigte Vorlage eines Gesetzes zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Pflegeversicherung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens konstruktiv begleiten. Dasselbe gilt für die angekündigten Neuregelungen und Rechtsänderungen in den korrespondierenden Rechtsbereichen. Die Notwendigkeit von Folgeänderungen im Niedersächsischen Pflegegesetz wird geprüft werden.

Teil B:
Bericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung

Einführung

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit legt hiermit den Landespflegebericht nach § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes vor.

1. Gesetzlicher Auftrag, rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen

Gesetzlicher Auftrag

Nach § 2 des Gesetzes zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz – NPflegeG) in der Fassung vom 26. Mai 2004, zuletzt geändert durch Art. 7/1 des Haushaltsbegleitgesetzes 2005 vom 09. Dez. 2005 (Nds. GVBl. Nr. 29/2005 S. 426) erstellt das Fachministerium für das Gebiet des Landes einen räumlich gegliederten Bericht über den Stand[21] und die voraussichtliche Entwicklung[22] der pflegerischen Versorgung (Landespflegebericht).
Zuständiges Fachministerium ist das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS).

Der Landespflegebericht soll auch Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur enthalten (§ 2 Satz 2 NPflegeG).[23]

Der Landespflegebericht ist alle fünf Jahre fortzuschreiben (§ 2 Satz 3 NPflegeG).
Im Jahr 2000 hat das MS – damals Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS) – den 1. Pflegerahmenplan (§ 3 NPflegeG a. F.) vorgelegt. Die Aufgabenstellungen nach alter und neuer Rechtslage entsprechen einander weitestgehend. Der Landespflegebericht knüpft daher in seiner Struktur und seinen Inhalten an den Pflegerahmenplan an. Er stellt insoweit eine erste Fortschreibung im Sinne von § 3 Abs. 1 Satz 2 NPflegeG a. F. bzw. § 2 Satz 3 NPflegeG n. F. dar. Mit der Novellierung des NPflegeG zum 1. Januar 2004 ist zugleich der Berichtszeitraum aus sachlichen Erwägungen wie

[21] Kapitel B I.
[22] Kapitel B II.
[23] Kapitel B III.

aus verwaltungsökonomischen Gründen (Abbau des Berichtswesens) von drei auf fünf Jahre verlängert worden.

Die Aufgabe der Erarbeitung von Vorschlägen zur Gestaltung stationärer Einrichtungen (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 NPflegeG a. F.) ist durch den Pflegerahmenplan aus dem Jahr 2000 erfüllt. Die dortigen Ausführungen haben unverändert Bestand. Sie können Investoren und Trägern solcher Einrichtungen eine Orientierungshilfe bei Planungen von Neu- und Umbaumaßnahmen sein. Gleiches gilt für die kommunalen Gebietskörperschaften in Ihrer Funktion als örtliche Träger der Sozialhilfe bei Vereinbarungen über Investitionsbeträge nach §§ 75, 76 SGB XII und als Heimaufsichtsbehörden. Die Vorschrift wurde daher vom Landesgesetzgeber anlässlich der Novellierung des NPflegeG zum Jahresbeginn 2004 als entbehrlich angesehen. Zudem hat der Landespflegeausschuss zwischenzeitlich ergänzend Empfehlungen zur Gestaltung von stationären Pflegeinrichtungen für Schädel-Hirn-Geschädigte (Phase F) und für Kurzzeitpflegeeinrichtungen beschlossen.[24] Diese sind gemäß § 92 Abs. 1 Satz 3 SGB XI von den Einrichtungsträgern und den Pflegekassen angemessen zu berücksichtigen.

Die pflegerische Versorgung und deren Entwicklung erfolgt auf örtlicher Ebene. Das gilt letztlich selbst für Einrichtungen mit überörtlichem oder landesweitem Einzugsbereich. Korrespondierend mit dem gesetzlichen Auftrag an das Fachministerium hat der Landesgesetzgeber darum die Landkreise und kreisfreien Städten zur Erstellung und Fortschreibung örtlicher Pflegeberichte – ebenfalls in regionaler Gliederung – verpflichtet (§ 3 NPflegeG). Hierbei ist der Landespflegebericht jeweils zu berücksichtigen (Satz 4). Als räumliche Gliederungsebene des Landespflegeberichts im Sinne von § 2 Satz 1 NPflegeG wurden dementsprechend die Landkreise und kreisfreien Städte gewählt.

Rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen

Verhältnis von Bundes- und Landesrecht

Die Regelungen des NPflegeG zur Pflegeberichterstattung auf Landes- und auf kommunaler Ebene finden ihre rechtliche Begründung in den Bestimmungen des § 9 SGB

[24] www\ms.niedersachsen.de\Soziales\Landespflegeausschuss\Empfehlungen

XI. Danach sind die Länder „verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.[25] Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt.“ Pflegeeinrichtungen im vorgenannten Sinne sind die durch § 71 SGB XI definierten und nach den §§ 72, 73 SGB XI zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegedienste und Pflegeheime.

Mit den im zweiten Abschnitt des NPflegeG – Planung sowie Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur – getroffenen Regelungen hat der Landesgesetzgeber den bundesrechtlichen Auftrag umgesetzt und die rechtlichen Grundlagen für die Wahrnehmung der strukturpolitischen Verantwortung auf Landes- wie auf kommunaler Ebene geschaffen. Mit der Förderung der Pflegeeinrichtungen nach dem dritten Abschnitt leistet das Land hierzu einen maßgeblichen Beitrag.

Dementsprechend ist es nach § 1 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG Ziel dieses Gesetzes, eine leistungsfähige, wirtschaftliche und räumlich gegliederte pflegerische Versorgungsstruktur zu gewährleisten, die mit einer ausreichenden Zahl Pflegeeinrichtungen von ausreichender Qualität eine ortsnahe, aufeinander abgestimmte, dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand entsprechende ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung sicherstellt. Hierfür wurde im Gesetz der Begriff „notwendige pflegerische Versorgungsstruktur“ gewählt.

Der Landespflegebericht geht demgemäß auch auf Zusammenhänge und Wechselwirkungen innerhalb des komplexen Versorgungssystems der Pflege und zu den Versorgungssystemen mit engen Berührungen zur Pflege (gesundheitliche, soziale, Wohnungsversorgung) ein. Dabei können allerdings nur pflegerische Aspekte Berücksichtigung finden. Hierzu zählen auch solche der Vorbeugung vor Pflege, der Vermeidung oder Minderung von Pflege sowie der Verringerung der mit Pflege für die betroffenen Menschen und ihre privaten oder professionellen Helfer verbundenen Belastungen. Fachplanungen für die anderen Bereiche können dadurch nicht ersetzt werden. Beispielhaft seien hier die pflegerische Versorgung im Überschneidungsbereich von häuslicher Pflegehilfe nach dem SGB XI und häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V, von Behinderung und Pflege und das Betreute Wohnen erwähnt.

[25] Anm.: Der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung liegt bei den Pflegekassen (§ 69 SGB XI)

Aus diesem Grund ist auch die Palliativversorgung in ihrer Gesamtheit nicht Gegenstand des Landespflegeberichts. Die Palliativversorgung richtet sich an schwerstkranke und sterbende Menschen unabhängig davon, ob bei ihnen Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI besteht oder droht. Die hospizliche Versorgung ist zwar in erster Linie der Palliativversorgung zuzurechnen, sie findet im Landespflegebericht jedoch dennoch unter dem Aspekt Erwähnung, dass auch Hospize eine Zulassung als Pflegeeinrichtung erhalten können (§ 72 SGB XI) und sie insofern auch der pflegerischen Versorgungsstruktur zugerechnet werden können. Hospizdienste sind als die Pflege Sterbender ergänzend begleitende und das familiäre Pflegesystem stützende Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege einbezogen.

Verhältnis von Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen

Die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur und die Förderung der Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen (§§ 9,10 NPflegeG) bilden nach dem NPflegeG voneinander unabhängige Regelungsbereiche: Die Förderung einer neuen Einrichtung oder einer Investitionsmaßnahme in einer bestehenden Einrichtung ist nicht an eine vorhergehende Aufnahme dieser Einrichtung oder Maßnahme in einen örtlichen Bedarfsplan oder einen Bedarfsplan auf Landesebene oder an eine entsprechenden Bestätigung durch die Kommune oder das Land gebunden.

Die insoweit bis Ende 2003 geltenden Regelungen des NPflegeG wurden im Zuge der Novellierung zum 1. Januar 2004 aufgehoben. Danach setzte zuvor die Landesförderung eine Feststellung der kommunalen Förderbehörde über die Notwendigkeit der Einrichtung oder Maßnahme voraus. Eine solche den Zugang zum Markt beschränkende gesetzliche Vorgabe steht nach überwiegender Rechtsauffassung mit geltendem EU-Wettbewerbsrecht und Art. 12 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland nicht (mehr) im Einklang. Zudem hatte sich die Vorschrift in der Praxis nicht bewährt. Sie konnte umgangen werden und war insofern wenig durchsetzungsfähig; sie war streitbefangen und mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Sie wurde daher aus rechtlichen und verwaltungsökonomischen Gründen (Bürokratieabbau) aufgegeben.

2. Strukturpolitische Aufgabe

Der Landespflegebericht stellt als sektorenübergreifende (ambulant / teilstationär / vollstationär) und die Überschneidungsbereiche von Pflege mit anderen Versorgungsbereichen (s. o.) einbeziehende sowie räumlich differenzierende Information über den Stand der pflegerischen Versorgung eine wesentliche Grundlage für die Bewertung der Situation und Einschätzung zukünftiger Entwicklungen dar. Gleiches gilt für die örtlichen Pflegeberichte auf kommunaler Ebene. **Landespflegebericht und örtliche Pflegeberichte sind handlungsleitende Orientierungshilfe für strukturbildende und –entwickelnde Maßnahmen im Bereich der Pflege und der mit ihr verbundenen Bereiche.**

Als Instrumente der Strukturentwickungsplanung in diesem Sinne, vergleichbar etwa der Raumordnungs- und Siedlungsplanung oder der örtlichen Bauleitplanung, erlangen sie vor allem im Blick auf die demographische Entwicklung zunehmende Bedeutung. Die Entwicklung der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgungsstruktur folgt zudem zunehmend marktwirtschaftlichen Prinzipien. Diese entziehen sich weitgehend einer – in der Regel auf Mittel- bis Langfristigkeit ausgerichteten – maßnahmenscharfen Planung des Landes wie der kommunalen Gebietskörperschaften. Im Bereich der Pflegeversicherung wird die wettbewerbliche Ausrichtung des durch Pflegedienste und Pflegeheime verkörperten Pflegemarktes durch die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen für solche Dienstleister unterstützt.

Weiterhin vollzieht sich die Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf dem Hintergrund eines fortgesetzten Wandels der rechtlichen, ökonomischen und soziokulturellen Verhältnisse. Dieser nimmt Einfluss auf die Nachfrage nach pflegerelevanten Dienstleistungen. Die Angebotsstrukturen haben sich diesen Veränderungen angepasst bzw. sind ihnen anzupassen. So wurde z.B. bei Einsetzen der Leistungen der häuslichen Pflege ab 1. April 1995 ein zum Teil nicht unbeträchtlicher Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Pflegeplätze festgestellt. Seit Beginn der vollstationären Pflegeleistungen am 1. Juli 1996 war ein umgekehrtes Verhalten zu beobachten. In den letzten Jahren haben sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen vieler pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen im Zuge der allgemeinen Einkommensentwicklung verschlechtert. Zugleich wurde die ambulante Pflege- und Betreuungsinfrastruktur weiter ausgebaut und qualifiziert. Beide Prozesse haben nach Aussagen aus der Praxis in letzter

Zeit wieder zu einem relativen Rückgang der Nachfrage nach Pflegeheimplätzen geführt.

Hinzu treten Entwicklungen bei Zielvorstellungen und Verfahren pflegerischen Handelns als Folge fortschreitender medizin- und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen. Auf die zwischenzeitlich erarbeiteten Expertenstandards für spezielle pflegerische Versorgungsbereiche oder die im Rahmen der Qualitätsprüfungen des MDK gewonnenen Erkenntnisse wird beispielhaft hingewiesen. Auch solche Entwicklungen nehmen Einfluss auf die Angebotsstrukturen; auch sie sind nur bedingt vorausschauend zu erkennen und insofern im Ausmaß ihrer Wirkungen auf die Versorgungsstruktur schwer zu fassen.[26]

Andererseits verlangen die vorhandenen Erkenntnisse über die demographische Entwicklung, die alters- und geschlechtsbedingten Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit, aber auch die in der Regel auf eine Nutzungsdauer von mindestens 30 Jahren ausgerichtete und mit einem hohen Investitionsaufwand verbundene stationäre Infrastruktur längerfristige Orientierungen in Bezug auf die zahlenmäßige und strukturelle Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsangebote. Dasselbe gilt unter dem Aspekt der rechtzeitigen Erkenntnisgewinnung über Versorgungsdefizite. Gerade bei einem wettbewerbsorientierten Versorgungssystem, das zudem stark von leistungs- und vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen geprägt wird, können Versorgungsdefizite für nicht marktrelevante Nachfragergruppen (z.B. Menschen mit einem besonderen Hilfebedarf wie behinderte Menschen, Kinder oder Migrantinnen und Migranten) leicht entstehen oder vorhandene nicht erkannt werden. Es bedarf daher der systematischen und wiederkehrenden Mängel- und Schwachstellenanalysen und, darauf aufbauend, gezielter Anstöße zum Ausgleich solcher Versorgungsdisparitäten.

Der Landesgesetzgeber hat dem dargestellten Spannungsverhältnis, in dem sich eine Entwicklungsplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur vollzieht, durch die im NPflegeG getroffenen Vorgaben über die Aufgabenverteilung zwischen dem Land und den kommunalen Gebietskörperschaften und durch das Verfahren der Berichterstattung Rechnung getragen.

---

[26] Aus diesen Gründen wurden für die planerischen Aussagen in diesem Bericht (Kapitel III) keine modellhaften Berechnungen auf der Grundlage von in der Fachliteratur ausgewiesenen Versorgungskennziffern oder unter Zugrundelegung entsprechender Verfahren vorgenommen.

Die Fortschreibungen ermöglichen zudem jeweils eine zeitnahe Informationsgewinnung über den Stand der Versorgung. Hieraus können in Kombination mit Prognosen und Trendaussagen über die längerfristigen Entwicklungen sowie unter Einbeziehung der im Zeitverlauf zunehmenden Daten und Erkenntnisse aus den zurückliegenden Entwicklungen Schlussfolgerungen auf wahrscheinliche kurz- bis mittelfristige Entwicklungen und den dafür ggf. erforderlichen Handlungsbedarf gezogen werden. Die **Adressaten** zur Umsetzung des erkannten Handlungsbedarfes sind dabei neben den Kommunen im Rahmen ihrer Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge für ihre Einwohnerinnen und Einwohner in erster Linie die Leistungsanbieter und Kostenträger sowie die in angrenzenden Aufgabenbereichen und im Vor- und Umfeld von Pflege Tätigen auf örtlicher Ebene. In diesem Sinne ist auch der vom Landesgesetzgeber den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragene Sicherstellungsauftrag nach § 5 NPflegeG zu verstehen: Nach Abs. 2 dieser Vorschrift sollen die kommunalen Körperschaften eigene Einrichtungen nur schaffen, soweit die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nicht durch Einrichtungen anderer Träger sichergestellt werden kann.

3. Aufbau und Inhalte des Landespflegeberichtes, Reichweite der Aussagen

Aufbau und Inhalte des Landespflegeberichts sind in ihrer Grundstruktur durch § 2 NPflegeG vorgegeben. Der Landespflegebericht enthält danach

1. einen Bericht zum Stand der pflegerischen Versorgung (Abschnitt B I.),
2. einen Bericht zur Entwicklung des Pflegebedarfs (Abschnitt B II.),
3. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur (Abschnitt B III.).

Der hiermit vorgelegte Landespflegebericht[27] folgt diesen strukturellen und inhaltlichen gesetzlichen Vorgaben.

<u>Bericht über den Stand der pflegerischen Versorgung (Abschnitt B I.)</u>

Mit seinem Auftrag an das zuständige Fachministerium, im Landespflegebericht über den Stand der pflegerischen <u>Versorgung</u> zu berichten, hat der Landesgesetzgeber den Aufgabenrahmen über die zur Feststellung der Planungen bezüglich der notwendigen

Versorgungsstruktur unbedingt erforderliche Ermittlung der jeweils vorhandenen Infrastruktur hinaus in Richtung auf eine allgemeine Pflegeberichterstattung ausgeweitet. Dieser weitergehenden Aufgabenstellung wird im vorliegenden Bericht insbesondere durch die Darlegung der in den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung einbezogenen Menschen und der von diesen Menschen in Anspruch genommenen bzw. von den Leistungsträgern (Pflegekassen, private Krankenversicherungsunternehmen) für sie gewährten Leistungen nachgekommen. Sie sind im Blick auf planerische Aussagen zur notwendigen Versorgungsstruktur von besonderer Relevanz.
Ein Schwerpunkt des Berichtes ist dabei auf die Darstellung der in den letzten Jahren erfolgten Entwicklungen gelegt worden. Die durch die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI gegenüber 1998/99 (Datenbasis des Pflegerahmenplans) erheblich verbesserte Datenlage erlaubt entsprechende Aussagen. Dasselbe gilt auch für Vergleichsdaten zwischen Niedersachsen und den anderen Bundesländer bzw. den Gesamtwerten für die Bundesrepublik Deutschland.

Der Landespflegebericht richtet, wie schon der Pflegerahmenplan, sein Augenmerk erneut auch besonders auf den Versorgungsstand für pflegebedürftige Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf. Hierzu zählen zum Beispiel dementiell erkrankte Menschen, Schädel-Hirngeschädigte der Phase F, Multiple-Sklerose-Kranke, Sterbende in stationärer Versorgung außerhalb von Alten- und Pflegeheimen und von Krankenhäusern (Hospize) oder pflegebedürftige Kinder. Für diese – obschon nach den Kriterien der Pflegeversicherung unterschiedslos pflegebedürftig – in ihren Merkmalen der Lebenslage sehr unterschiedlichen Personengruppen stellt sich die Frage einer adäquaten Versorgungsstruktur in besonderer Weise unter Aspekten wie Fachlichkeit der Pflege, Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, Ortsnähe des Angebotes bei stationärer Pflege, Kosten-Nutzen-Relation bei Sonderdiensten und –einrichtungen. Intention ist dabei weiterhin, durch Erkenntnisse über die Versorgungssituation Hinweise auf Versorgungsbedarf und für Versorgungskonzepte zu gewinnen, die nachfolgend im Blick auf Umsetzungsmöglichkeiten z.B. im Landespflegeausschuss mit Leistungsanbietern und Leistungsträgern zu diskutieren oder zu erarbeiten sind. Als Beispiele können die genannten Empfehlungen des Landespflegeausschusses zu Einrichtungen für Schädel-Hirn-Geschädigte (Phase F) und für Kurzzeitpflegeeinrichtungen genannt werden.[28]

---

[27] wie vordem auch der Pflegerahmenplan aus dem Jahr 2000
[28] siehe hierzu u. a. Abschnitt B I.3.4.4 und I.3.1.4

Im Gegensatz zum Pflegerahmenplan aus dem Jahr 2000 enthält der Landespflegebericht nun auch Aussagen zur pflegerischen Versorgung unter dem Aspekt der Qualität der Pflege bei privat organisierter und bei institutioneller Pflege und über die damit in Zusammenhang stehenden Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung im Rahmen der Selbstverwaltung nach dem SGB XI oder nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften wie insbesondere dem Heimgesetz sowie Fragen der betriebsinternen Qualitätssicherung (Abschnitt B I.4).
In diesem Zusammenhang werden die in den vergangenen fünf Jahren gewonnenen Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDKN ebenso thematisiert wie Fragen der Qualitätssicherung durch Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen sowie der Personalbestands- und Nachwuchssicherung, soweit das Land diese durch eigene Maßnahmen unterstützt hat oder an ihrer Lösung beteiligt war.

Der Landespflegebericht äußert sich auch zum Thema des Bürokratieabbaus, der Verwaltungsvereinfachung und der Deregulierung im Bereich der Pflege, das in den vergangenen fünf Jahren von zunehmender praktischer Relevanz geworden ist und im Blick auf die angekündigte Reform des Pflegeversicherungsgesetzes auch zukunftsweisend ist.[29] Landesseitig oder mit Moderation durch das Land eingeleitete Schritte zum Bürokratieabbau werden dargestellt (B I.4.3).

Im Unterschied zum Pflegerahmenplan geht der Landespflegebericht schließlich auch auf die in den letzten fünf Jahren – in Teilen mit Landesförderung erfolgte – Strukturentwicklung bei den Pflegediensten und Pflegeheimen sowie bei Angeboten im Vor- und Umfeld von Pflege ein. Zu den letzteren zählt z. B. die Förderung des Auf- und Ausbaues niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Menschen mit erheblichem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf (Abschnitt B I.3.6), die Förderung von ehrenamtlicher Betreuung sowie Einzelmaßnahmen zur Vernetzung der Versorgungs- und Dienstleistungsangebote (Abschnitt B I.5.). Des weiteren wird die Thematik des Betreuten Wohnens als zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsform für pflegebedürftige Menschen aufgegriffen und im Rahmen des Möglichen mit Bestandsdaten unterlegt (Abschnitt B I.3.5).

[29] siehe Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD auf Bundesebene vom 11. Nov. 2005, dort insbesondere S. 91/92 und 109

Bericht über die Entwicklung des Pflegebedarfs (Abschnitt B II.)

Die Ermittlung der Entwicklung des Pflegebedarfs erfolgt im Schwerpunkt anhand der Abschätzung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demographischen Entwicklung (Abschnitt II.1). Sie erfolgt wie im Pflegerahmenplan als Status-quo-Prognose. Anders als dort beruht sie jedoch bei der Ermittlung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenz auf den inzwischen vorliegenden exakten Daten aus der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI sowie hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung auf den Daten der Vorausberechnungen des statistischen Landesamtes zur regionalen Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sowie den Vorausberechnungen des statistischen Bundesamtes bis 2050 im Rahmen der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

Zusätzlich zur Prognose der quantitativen Entwicklung vorgenommene Einschätzungen über strukturelle Entwicklungen z.B. bei den privaten Unterstützungs- und Hilfepotentialen oder bei den institutionellen Pflege- und Hilfsangeboten (Abschnitt B II.2) dienen der Deutung der quantitativen Entwicklung im Blick auf die Aussagen zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur im Abschnitt III. Die Vielzahl der – zum Teil auch wechselseitig aufeinander wirkenden – Einflussgrößen auf die Strukturentwicklung lassen lediglich solche Einschätzungen zu. Soweit möglich werden sie durch vorliegende Ergebnisse aus Untersuchungen empirisch gestützt.

Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur (Abschnitt B III.)

Der aus der Formulierung des § 2 Satz 2 NPflegeG zu schließende Wille des Gesetzgebers stellt vordergründig ab auf die Benennung klarer Ziele und Handlungsanweisungen zur Beseitigung von Versorgungsdefiziten, die in einem Soll-Ist-Vergleich von vorhandener und notwendiger pflegerischer Versorgungsstruktur erkannt wurden. Dies ist angesichts der benannten Vielgestaltigkeit dieser Versorgungsstruktur und dem fortgesetzten Wandel, dem sie unterliegt (s. Ausführungen zu 2.), zumindest für das Gesamt der Versorgungsstruktur nicht leistbar. Eine solche eindimensionale und statische Auffassung ist im Blick auf das vom Landesgesetzgeber eingeführte räumlich und zeitlich gegliederte Berichtssystem und das dem zu Grunde liegende Planungsverständnis ei-

ner prozesshaften Infrastruktur-Entwicklungsplanung (s. Ausführungen zu 2.) auch nicht zu unterstellen. Vielmehr wird hinsichtlich der vom Landesgesetzgeber an den Landespflegebericht gestellten Erwartungen davon ausgegangen, dass dieser

- die jeweils vorhandenen Versorgungsstrukturen in ihren wesentlichen Merkmalen und Bedingungen – soweit möglich räumlich gegliedert – unter Einschluss zurückliegender Entwicklungen kennzeichnet,
- aus der Ist-Analyse erkennbare grundlegende Versorgungsstrukturmängel und regionale Versorgungsdisparitäten benennt,
- Entwicklungsziele, Teilbereiche des Versorgungssystems betreffend, formuliert,
- relevante autonome Entwicklungen (z.B. demographische Entwicklung) nach Gestalt und Ausmaß erfasst

und hieraus in synoptischer Betrachtungsweise Vorschläge im Sinne von nachvollziehbar begründeten Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems ableitet. Diese können ihrem Charakter nach von allgemeinen Orientierungshilfen bis zu konkreten Handlungs- und Verfahrenshilfen reichen. Der Konkretheitsgrad richtet sich nach den Möglichkeiten der Aussagebestimmtheit bezogen auf den jeweiligen Planungsgegenstand (z.B. Einrichtungen für eine bestimmte Personengruppe). Er nimmt mit der Genauigkeit der Zielvorgaben, der Zahl und Genauigkeit von empirischen Daten und der Zeitnähe der Planung zu.

In diesem Sinne ermöglichen z.B. die Ausführungen in Abschnitt B III.1 zum Pflegebedarfsaufkommen und zur hiervon beeinflussten Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen auf der Grundlage der verfügbaren Ist-Daten und der Prognosen lediglich **Trendaussagen**. **Konkrete Bedarfszahlen bezogen auf die Zahl und Größe von Pflegediensten sowie auf die Zahl der Pflegeplätze in den unterschiedlichen Arten von Pflegeeinrichtungen können daraus nicht hergeleitet werden! Hierzu bedarf es der genauen Analyse auf örtlicher Ebene im Rahmen der örtlichen Pflegeberichterstattung** unter Einbezug von Daten und Erfahrungen u.a.

- zur Nachfrage nach Leistungen von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung des Versorgungspotentials im privaten Umfeld,
- zur Versorgungsqualität der Pflegedienste und Pflegeheime (z.B. Zahl und Qualifikation von Fach- und Hilfspersonal, baulich-räumliche Qualität der stationären Pflegeeinrichtungen),

- zum Einzugsbereich bzw. zur Erreichbarkeit der Einrichtungen (Topographie, Verkehrserschließung),
- zum Versorgungspotential von angrenzenden Gebietskörperschaften insbesondere im grenznahen Einzugsbereich,
- zum Versorgungspotential der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur im Übrigen,
- zu spezifischen Einflüssen auf die Nachfrage (z.B. Nachbarschaft zu verdichteten Siedlungsräumen in ländlich strukturierten Räumen, Attraktivität des Siedlungsraumes).

Insoweit wird bei einer Reihe von Ausführungen auf die notwendige weitergehende Klärung auf der örtlichen Ebene verwiesen.

4. Datengrundlagen

Im Vergleich zum Erstellungszeitraum des Pflegerahmenplans hat sich die Datenlage durch die inzwischen jeweils mit Stand vom 15. Dezember in 1999, 2001 und 2003 drei Mal durchgeführte Pflegestatistik nach § 109 Abs. 1 SGB XI wesentlich verbessert. Sie macht auch die Darstellung und Deutung der zurückliegenden Entwicklung auf der Grundlage valider Daten möglich. Die Pflegestatistik bildet für folgende Berichtsgegenstände die wesentliche Datengrundlage:

- Stand und Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen, ihre soziodemographischen Merkmale, in Anspruch genommene Leistungen und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (Abschnitt B I.),
- Stand und Entwicklung der Pflegedienste und Pflegeheime in Zuordnung zur Trägerschaft, Kombination mit anderen Einrichtungen, wesentlichen Nutzergruppen (alte Menschen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit psychischer Erkrankung (Abschnitt B I.3.1) sowie der Vergütung der von dort erbrachten Leistungen (Abschnitt B I.3.3),
- Personal in Pflegediensten nach Arbeitszeitumfang, Qualifikation, überwiegendem Tätigkeitsbereich (Abschnitt B I.3.2).

Die Daten liegen regionalisiert nach Landkreisen und kreisfreien Städten vor. Nachteilig erweisen sich hier allerdings die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei kleinen Datenmengen (Veröffentlichungsverbot). Das gilt insbesondere für die Einrichtungen der Tagespflege und der Kurzzeitpflege (Abschnitte B I.3.1.3 und I.3.1.4).

Neben der Pflegestatistik wurden als Datengrundlagen herangezogen:

- Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB IV,
- Berichte der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung (1997, 2000, 2003),
- Geschäfts- und Leistungsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN),
- Berichte des MDKN und des MDS über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI jeweils aus 2004,
- Bericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“, der Enquête-Kommission des nordrhein-westfälischen Landtages „Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen (2005) sowie Berichte aus empirischen Untersuchungen (s. Quellenverzeichnis).
- 4. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland; BT-Drs. 15/4192 vom 10.11.2004.

Die Aussagereichweite und die Validität dieser Quellen wird im Bericht jeweils an geeigneter Stelle thematisiert.

Nach wie vor unbefriedigend stellt sich die Datenlage bezüglich Daten zur Gruppe der privat Pflege-Pflichtversicherten auf Landesebene sowie in nachgeordneter regionaler Gliederung dar. Allerdings konnten für diesen Bericht durch die Unterstützung des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. einige Aussagen zur Zahl der privat pflegepflichtversicherten Personen, ihre Entwicklung in den letzten Jahren und sozio-demographische Merkmale sowie zum Leistungsbezug dieser Personengruppe auf Bundesebene getroffen werden. Sie besitzen Indikatorencharakter auch für die niedersächsischen Verhältnisse.

Bislang fehlt es auch an exakten Daten zur Zahl der (pflegebedürftigen) Menschen mit dementiellen Erkrankungen und deren sozio-demographischen Merkmale. Es liegen nur Schätzungen in Gestalt von Hochrechnungen aus einzelnen empirischen Erhebungen auf Bundesebene vor. Dies ist angesichts der Bedeutung des Themas für die Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur sowohl im Blick auf einen bedarfsgerechten Ausbau der Angebote wie andererseits der Vermeidung von Überkapazitäten misslich.

Im Zuge der Erarbeitung dieses Berichtes konnten auf der Grundlage von Daten des MDKN über Personen in häuslicher Pflege mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) erstmals näherungsweise Überprüfungen der bisherigen Annahmen vorgenommen und letztere dabei bestätigt werden (s. Abschnitt B II.3). Außerdem liegen neueste Berechnungen zur Zahl dementiell erkrankter Personen in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen vor.[30] Insofern kann von einer gegenüber dem Pflegerahmenplan aus 2000 deutlich verbesserten Datengrundlage im Sinne einer erhöhten Schätzgenauigkeit ausgegangen werden.
Zur Validierung auch dieser Schätzdaten bedürfte es letztlich jedoch einer umfassenden und insoweit kostenintensiven Erhebung.

Gleiches gilt für einige Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf (z. B. pflegebedürftige Menschen mit Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Trauma, Migrantinnen und Migranten). Diesbezüglich notwendige Basiserhebungen konnten im Zuge der Erstellung des Berichtes nicht erfolgen; zudem rechtfertigt der Erfolg solcher Befragungen im Blick auf die Repräsentativität der Antworten vielfach bedauerlicherweise nicht den außerordentlich hohen Kapazitätseinsatz.
Das gilt auch für die vorstehend in Rede gebrachte empirische Erfassung der dementiell erkrankten Personen.

[30] Gust J. „Atlas der Demenz“; Eutin 2004

I. Stand der pflegerischen Versorgung

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen[31]

1.1 Sozio-demographische Merkmale[32], Art der pflegerischen Versorgung, Pflegebedarf

Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegebedürftige nach §§ 14, 15 SGB XI)

Am **15.12.2003** erhielten in Niedersachsen 218.363 Menschen Leistungen der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung (im weiteren nur „**Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger**“ bezeichnet; Tab. I.1.1/1a).[33][34][35] Das waren **2,73% der Bevölkerung**. Dies ist **mehr als** zum selben Zeitpunkt **im Bundesdurchschnitt**. Hier lag der Wert bei 2,52%. Umgerechnet auf die Bevölkerungszahl von Niedersachsen umfasst die Differenz immerhin 16.929 pflegebedürftige Menschen.[36]

---

[31] Die im Abschnitt I.1 enthaltenen Daten entstammen der amtlichen Statistik – Pflegestatistik nach § 109 SGB XI – aus 1999, 2001 und 2003, jeweils zum Stichtag 15. Dezember für Pflegesachleistungsbezieherinnen und –bezieher / 31. Dezember für Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher. Quellenangaben erfolgen nachfolgend insoweit nur noch für Daten, die anderen Quellen entstammen.

[32] In der Pflegestatistik ausgewiesen sind die Merkmale Alter, Geschlecht und Herkunftsregion (Landkreise und kreisfreie Städte), nicht hingegen unter versorgungsplanerischen Aspekten weiterhin relevante Merkmale der Lebenslage wie Familienstand, Haushaltstyp (alleinlebend / in einem Haushalt mit ... Personen lebend) oder Einkommen.

[33] Für die Darstellung wird aus Gründen der definitorischen Genauigkeit der Begriff der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger und nicht derjenige der „Pflegebedürftigen“ gewählt. Im letzteren Fall wäre zur definitorischen Klarheit stets die Ergänzung „im Sinne von § 14 SGB XI“ erforderlich angesichts der Tatsache, dass Pflegebedarf auch bei einer weiteren – zahlenmäßig nicht bekannten – Zahl von Einwohnerinnen und Einwohnern Niedersachsens besteht, der jedoch den für die Leistungen der Pflegeversicherung relevanten zeitlichen Pflegeaufwand (erheblicher Pflegebedarf = Pflegestufe 1) noch nicht erreicht (Personen der so genannten Pflegestufe Null oder ‚G‘ (geringfügig)). Auch diese Personen wären insofern grundsätzlich als ‚pflegebedürftig‘ zu bezeichnen.

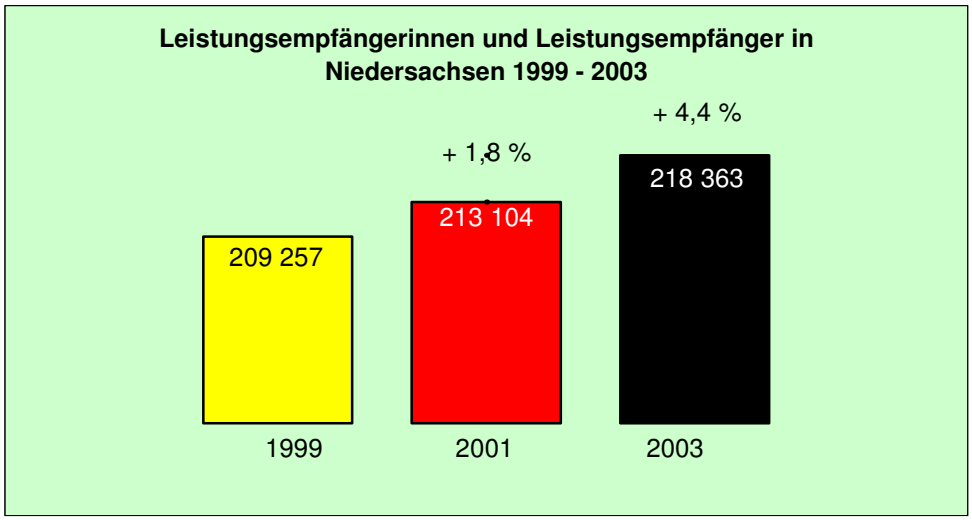
[34] Die Daten der Pflegestatistik zu den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern umfassen sowohl Leistungen der sozialen als auch der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem SGB XI; eine Differenzierung nach Art des leistungsbegründenden Versicherungsverhältnisses wird von der Statistik nicht vorgenommen. Unveröffentlichte statistische Unterlagen des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die dem MS zur Verfügung gestellt wurden, ermöglichen jedoch einen Vergleich dieser in vielerlei Hinsicht verschiedenen Gruppe von Leistungsbezieherinnen und –beziehern mit der Gesamtheit. Dies erscheint vor dem Hintergrund der laufenden politischen Diskussion um die Einführung einer Bürgerversicherung „Pflege“ unter Einbezug der privaten in die gesetzliche Pflegepflichtversicherung von Interesse. **Auf Abschnitt I.1.1.1 wird hingewiesen.**

[35] Diese Zahl kann Doppelzählungen von Personen enthalten, die zugleich Leistungen der Tagespflege und Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (häusliche Pflegehilfe) oder Pflegegeld erhielten. Da es grundsätzlich möglich ist, dass auch ausschließlich Tagespflegeleistungen bezogen werden können und insoweit auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen ganz verzichtet wird, ist die Zahl nicht bestimmbar. Es wird im Folgenden von dem letztgenannten Sachverhalt (ausschließlicher Leistungsbezug von Tagespflege, d. h. keine Doppelzählungen) ausgegangen. Die Unschärfe beträgt im Höchstfall die Gesamtzahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher der Tagespflege. Das waren am 15.12.2003 insgesamt 1233 Personen (0,57 %); für 1999 betragen die Zahlen 811 (0,39%), für 2001 927 (0,44%). Dies kann insoweit als zu vernachlässigende Größenordnung angesehen werden.

[36] Den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern der Pflegeversicherung sind grundsätzlich noch diejenigen Personen hinzuzuzählen, die zwar das Kriterium der mindestens erheblichen Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI, jedoch nicht die sonstigen Leistungsvoraussetzungen wie z. B. ausreichende Vorversicherungszeiten erfüllen oder nicht pflegeversichert sind. Über die Zahl dieser Personengruppe, die bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder vergleichbare Leistungsrechte zurückgreifen kann, liegen keine Angaben vor. Es dürfte sich bei der vorstehenden Personengruppe allerdings um eine zu vernachlässigende Zahl von Personen handeln. Für die weiteren Aussagen erscheint das Fehlen von Daten über diese Gruppe insoweit nicht von Belang.

Die **Zahl** der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist seit Beginn der Leistungen nach dem SGB XI im Jahr 1995 **ständig gestiegen**. Ende 1999 – dem Zeitpunkt der ersten amtlichen Erhebung und insoweit der erstmals validen Daten[37] – betrug die Zahl noch 209.257, Ende 2001 waren es 213.104 Personen (+ 9.106 Pers.).

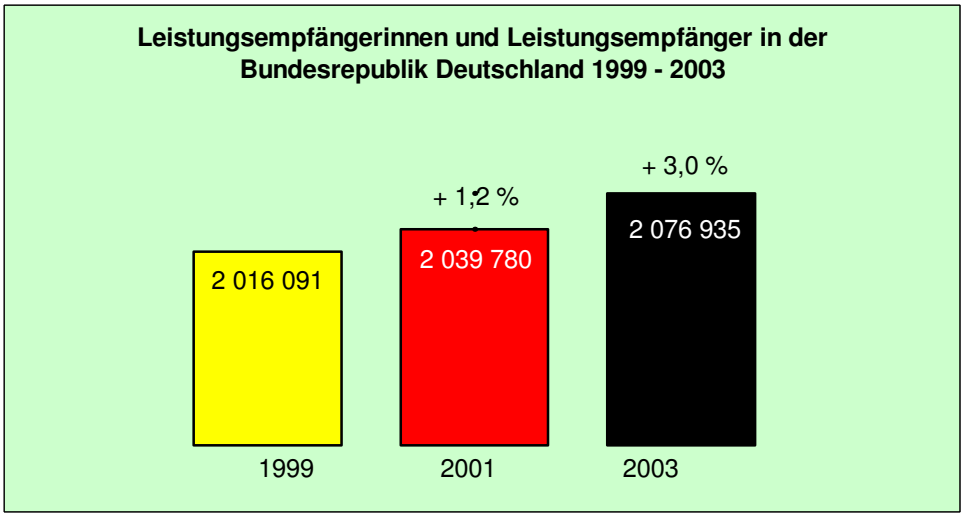
Abb.: B I. 1.1/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Der **Anstieg** seit 1999 betrug insofern 4,4% (1,9% + 2,5%). Er war damit nicht unbeträchtlich **höher als im gesamten Bundesgebiet** (3,0% = 1,2% + 1,8%)[38].

Abb.: B I. 1.1/2



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

[37] Der Pflegerahmenplan aus 2000 (a. a. O.) enthält eine aufgrund der damaligen Datenlage lediglich durch Näherungsrechnung bestimmte Zahl von 186.000 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern. Diese Zahl muss, rückwirkend betrachtet, als zu niedrig angenommen werden. Hierfür sprechen die für die Jahre zwischen 1999 und 2001 sowie 2001 und 2003 gemessenen Steigerungsraten der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger – 3,14% und 2,48 %. Ausgehend vom Näherungsbetrag von 186.000 Personen für Ende 1998 und dem Betrag der Pflegestatistik mit Stand 15.12.1999 in Höhe von 209.257 hätte dies eine Steigerung innerhalb eines Jahres von 12,5% bedeutet. Ein solcher Steigerungswert muss aus vorgenanntem Grund als sehr unwahrscheinlich betrachtet werden. Auf den Pflegerahmenplan aus dem Jahr 2000 wird deshalb hier kein Bezug genommen.

[38] Statistisches Bundesamt: „Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung“, Bonn, im April 2005, Seite 23)

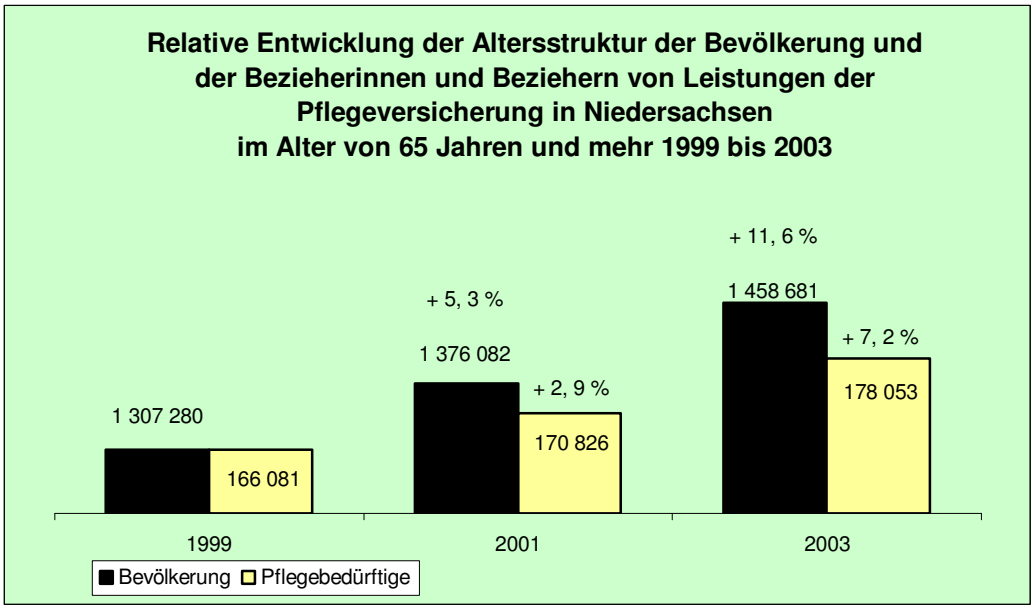
Inwieweit diese Unterschiede auch in den kommenden Jahren ihre Fortsetzung finden und welche Gründe hierfür maßgeblich sind (z. B. Unterschiede in der Altersstruktur und -entwicklung) wird zu beobachten sein. Die Daten belegen zugleich die Notwendigkeit der Situationsanalyse und Entwicklungsvorausschätzung auf Landes- und, wie noch zu zeigen sein wird, auf regionaler Ebene.

Die gestiegene Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger kommt auch in einem Anstieg ihres Anteils an der Bevölkerung zum Ausdruck. Dieser Anteil betrug Ende 1999 noch 2,65%. Die relative Alterung der niedersächsischen Bevölkerung ist hierfür von maßgeblichem Einfluss: Von Ende 1999 bis Ende 2003 stieg der Anteil der Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren von 16,55% auf 18,25 %.

Der Anstieg der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger erfolgte allerdings nicht proportional zur Altersentwicklung; er war geringer:

Zwischen Ende 1999 und Ende 2001 stieg die Zahl der Einwohner Niedersachsens im Alter von 65 und mehr Jahren um 5,3%, zwischen Ende 2001 und Ende 2003 erneut um 6,3%.

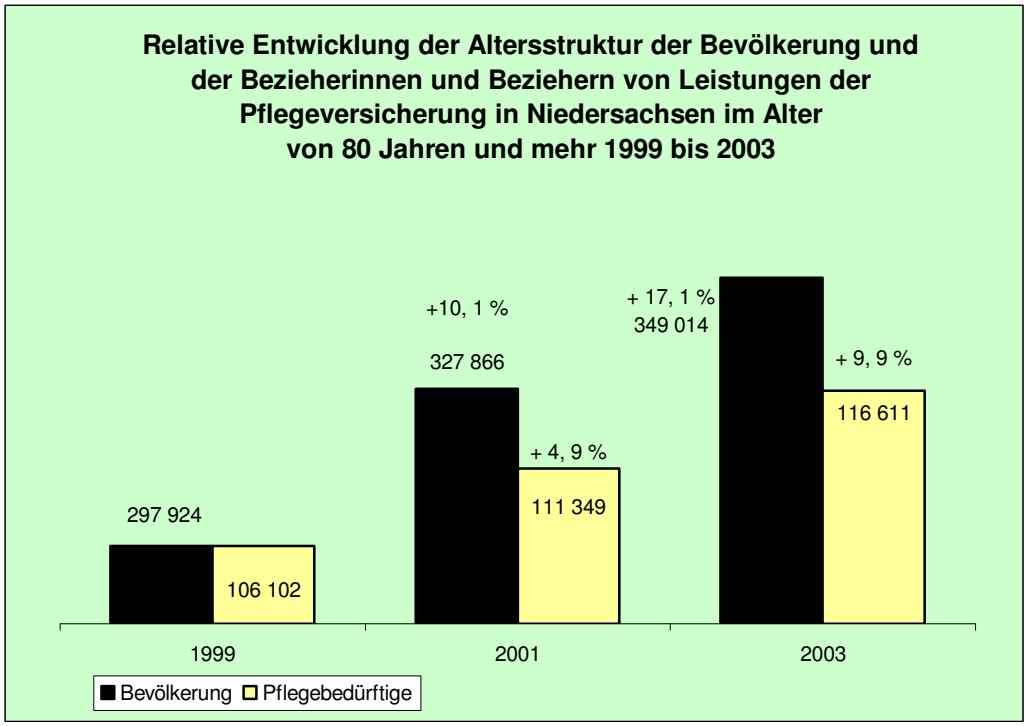
Abb.: B I. 1.1/3



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die vergleichbaren Zahlen für die Altersgruppe der Einwohner mit 80 und mehr Jahren betrugen 10,0% und 6,5%. Für alle Leistungsbezieherinnen und –bezieher zusammen lagen die Steigerungswerte in denselben Zeiträumen bei 1,8% und 2,5%, für diejenigen mit 65 und mehr Jahren bei 2,9% und 4,2% und für die 80jährigen und älteren bei 5,0% bzw. 4,7%.

Abb.: B I. 1.1/4



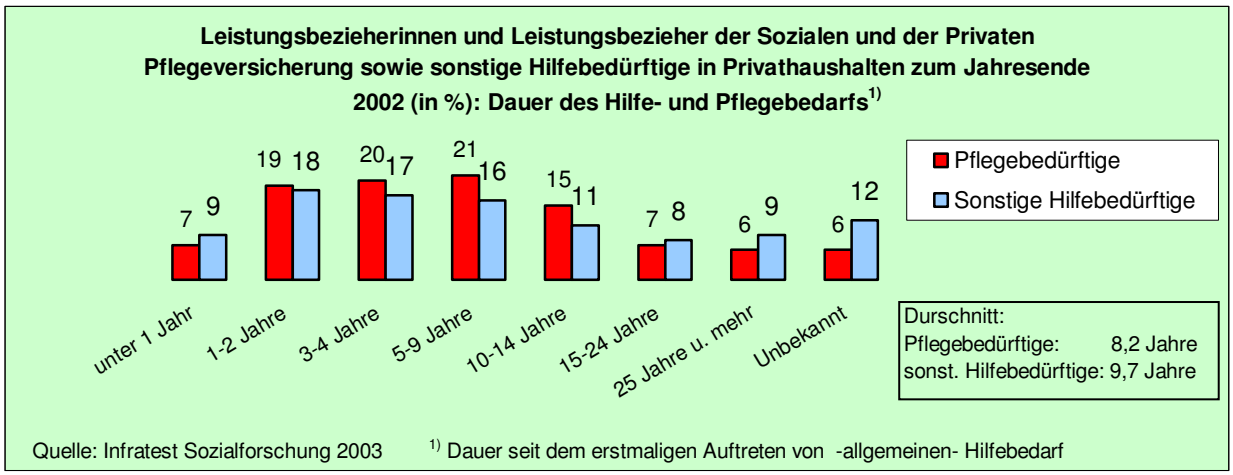
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Unter dem Gesichtspunkt der genaueren Schätzung der zukünftigen Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sowie der möglichen medizinisch-pflegerischen oder versorgungsstrukturellen Einflussnahme auf diese Entwicklung wäre es bedeutsam, die Gründe für die gemessenen Unterschiede zu ermitteln. Die statistischen Daten geben hierauf keine Hinweise. Das Ergebnis wird allerdings gestärkt durch die Entwicklung der altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten (im Einzelnen siehe nachfolgende Ausführungen im Unterabschnitt „Alter“). Vor allem in den höheren Altersgruppen ist hier über den Zeitraum von 1999 bis 2003 eine Abnahme erkennbar.

Einen Hinweis auf die wahrscheinlichen Zusammenhänge geben repräsentative Untersuchungen zur Dauer des Hilfe- und Pflegebedarfs.39 Danach lag in 2002 die durchschnittliche Dauer des Leistungsbezugs in der Pflegeversicherung bei 8,2 Jahren.

[39] Infratest Sozialforschung 2002/2003; Graphik 2.5 Dauer des Hilfe-und Pflegebedarfs, BMFSFJ (Hrsg.); www.bmfsfj.bund.de

Abb.: B I. 1.1/5



Der Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den vergangenen Jahren resultiert daher nur zum Teil aus der Altersentwicklung der Bevölkerung; er ist maßgeblich auch auf die mit den Jahren steigende Zahl der im Leistungsbezug befindlichen pflegebedürftigen Menschen seit Leistungsbeginn der Pflegeversicherung zurückzuführen. Dieser Effekt wird allerdings – ein grundsätzlich gleichartiges Nachfrageverhalten nach Leistungen der Pflegeversicherung unterstellt – im Zeitverlauf keine weitere Bedeutung mehr erfahren. Den Ausschlag wird künftig die Altersentwicklung und die altersbedingte Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Pflegebedürftigkeit geben.

Art der pflegerischen Versorgung

Die Pflegeversicherung unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Erstere gehen letzteren vor (Vorrang der häuslichen Pflege; § 3 SGB XI).

Zu den ambulanten Leistungen gehören

- die häusliche Pflegehilfe (Pflegesachleistung durch zugelassene Pflegedienste; § 36 SGB XI,
- das Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 und 2 SGB XI) und
- die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) aus häuslicher Pflegehilfe und Pflegegeld.[40]

[40] Daneben zählen zu den ambulanten Leistungen eine Reihe von flankierenden Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege, so z. B. die so genannte Verhinderungspflege bei vorübergehender Abwesenheit der Pflegeperson bei häuslicher Pflege (§ 39 SGB XI), die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Leistungen für Hilfs- und Heilmittel sowie zur Wohnraumanpassung (§ 40 SGB XI), zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§44 SGB XI), die Kurse für pflegende Angehörige (§ 45 SGB XI) sowie die besonderen Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 b SGB XI. Ausführungen über die Inanspruchnahme dieser Leistungen finden sich in den Abschnitten I.2.3., zu letzteren auch im Abschnitt I.3.6. Darüber hinaus erfolgen aus Mitteln der Pflegeversicherung Leistungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen, die nicht direkt den Versicherten zufließen. Dies sind die Mittel zur Durchführung von Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI sowie zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (siehe Abschnitt I.3.6) und Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 c SGB XI.

Zu den stationären Leistungen zählen die Leistungen für

- die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege; § 41 SGB XI)
- die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sowie
- die vollstationäre Dauerpflege (§ 43 SGB XI).

Zu letzterer zählt grundsätzlich auch der Erstattungsbetrag für **Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe** nach § 43a SGB XI (s. Abschnitt I.1.3.4).[41]

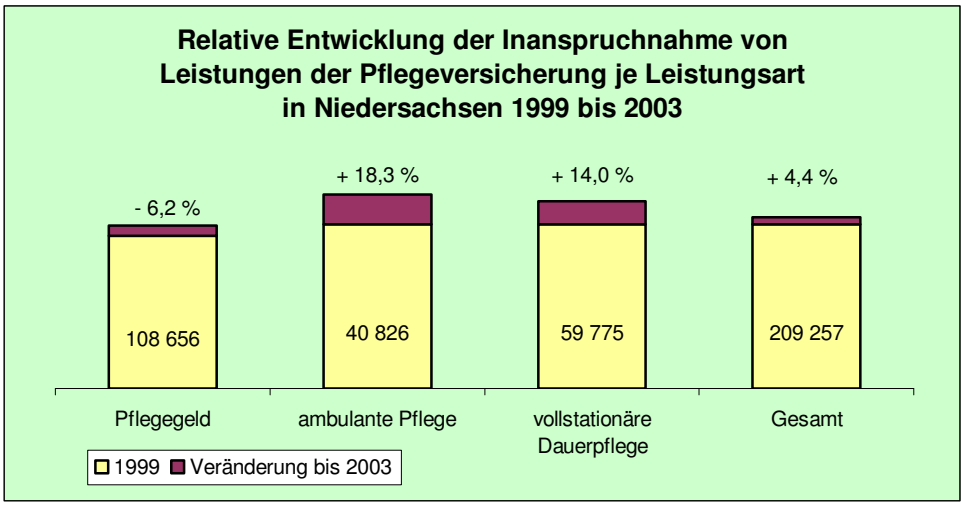
Die Leistungen der **Tages- und Nachtpflege** sowie der **Kurzzeitpflege** dienen der Unterstützung der häuslichen Pflege zur Vermeidung von dauerhaftem Heimaufenthalt (vollstationäre Dauerpflege). Beide können nur erfolgen, wenn ohne sie häusliche Pflege nicht (Tages- / Nachtpflege) oder vorübergehend nicht (Kurzzeitpflege) erbracht werden kann.
Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege erfolgen unter Anrechnung auf die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI. Dabei haben die letztgenannten Vorrang. Dies beeinträchtigt die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege erheblich und führt im Ergebnis dazu, dass diese Leistungen und das dafür vorhandene Angebot an Einrichtungen nach wie vor ein „Schattendasein“ führen.[42][43]
Die Leistung der Kurzzeitpflege ist auf einen Zeitraum von längstens vier Wochen je Jahr beschränkt.[44] Leistungen der Kurzzeitpflege können in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (besonderer Versorgungsvertrag) oder als so genannte „eingestreute Kurzzeitpflege“ in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden.

Vor diesem leistungsrechtlichen Hintergrund stellt sich die Inanspruchnahme der vorstehenden Leistungen und ihre Entwicklung von 1999 bis 2003 entsprechend den Daten der Pflegestatistik wie folgt dar (Tab. I.1./1a und b und folgende Abbildungen):

---

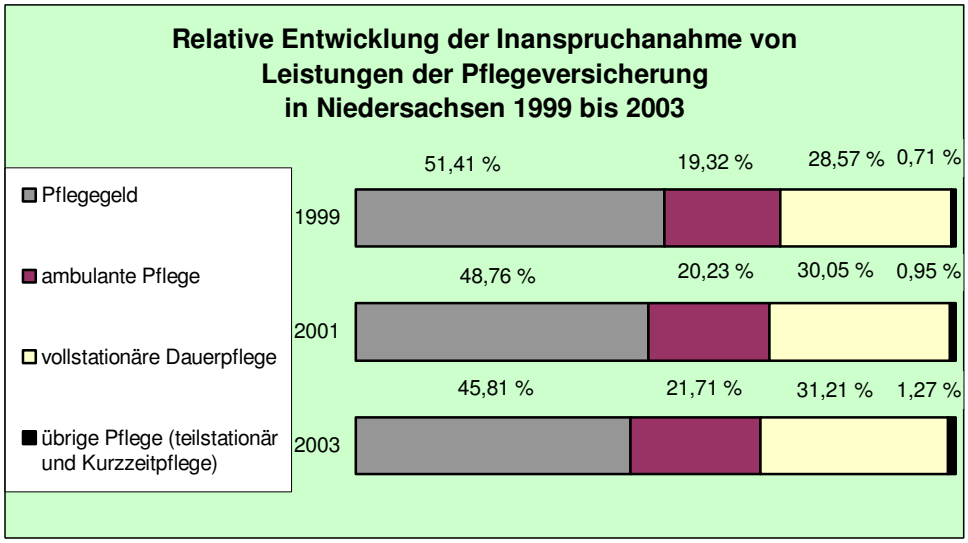
[41] Über die Zahl dieser Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger enthält die Pflegestatistik keine Angaben
[42] näher hierzu im Abschnitt I.3.1.3).
[43] Auf die Ausführungen in Fußnote 5 – Problem möglicher Doppelzählungen bei Leistungsbezieherinnen und –beziehern von Tagespflege – wird rückverwiesen. Die nachfolgenden Darstellungen gehen – wie in Fußnote 5 dargestellt – davon aus, dass keine Doppelzählungen vorliegen.
[44] Gleiches gilt für die Leistung nach § 39 SGB XI (Verhinderungspflege); diese kann im Bedarfsfall auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege können in diesem Fall nach gängiger Rechtsauffassung auch additiv für einen insofern achtwöchigen Zeitraum je Jahr erbracht werden.
Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI können grundsätzlich nur in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (§§ 71, 72 SGB XI) erbracht werden. Dies gilt nicht für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen; sie können diese Leistungen auch bei vorübergehendem Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe erhalten.

Abb.: B I. 1.1/6



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.1/7



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Summarisch sind folgende wesentliche Befunde festzuhalten:

1. **Nach wie vor werden mehr als zwei Drittel** der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher (2003 68,8%) **zu Hause versorgt**[45]. Im Vergleich zum Bundesgebiet gibt es hier keinen Unterschied.
   Der **Anteil** der häuslich Gepflegten **hat** seit 1999 **leicht abgenommen**, von 1999 bis 2001 um 2,6%, von 2001 auf 2003 um weitere 1,1%.

[45] einschl. Leistungsempfängerinnen und –empfänger von Tages-/Nachtpflege und Kurzzeitpflege

2. In den Jahren 2000 bis 2003 (einschl.) hat dennoch – bei insgesamt steigender Zahl von Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern – eine **starke Verschiebung zugunsten des Sachleistungsbezuges** stattgefunden. Nicht zuletzt daraus erklärt sich der starke **Anstieg der Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung**. Die derzeit vornehmlich unter Einnahmeaspekten (Rückgang des umlagefinanzierten Beitragsaufkommens) geführte Diskussion um die wirtschaftliche Lage der (sozialen) Pflegeversicherung erscheint insoweit zu kurz gegriffen.

3. Der **Anstieg der** Inanspruchnahme bei den **Pflegesachleistungen konnte durch** den **Rückgang der** Inanspruchnahme nach **Pflegegeldleistungen** trotz des über die Jahre nahezu gleichbleibenden Anteils an Kombileistungsbezieherinnen und -beziehern bei den ambulanten Pflegeleistungen **nicht kompensiert werden**.

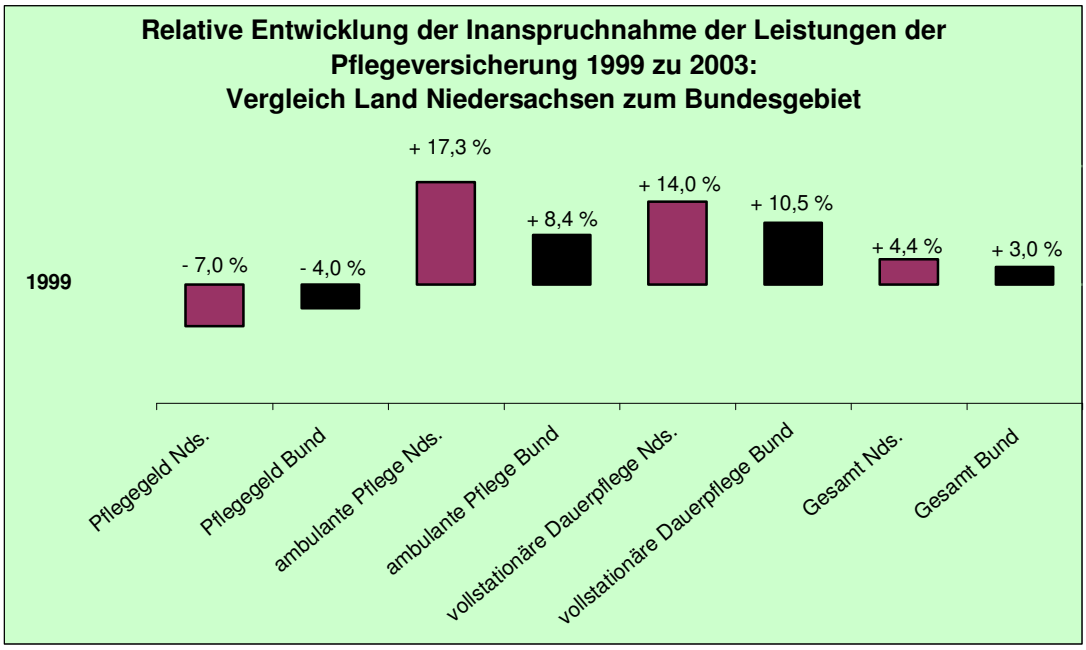
4. Entgegen des in öffentlichen Darstellungen häufig erweckten Anscheines ist **bei** den Leistungen der **vollstationären Dauerpflege** im Vergleich zu den ambulanten Pflegeleistungen **kein überproportionaler Anstieg** zu verzeichnen. Der relative Zuwachs bei den ambulanten Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern[46] überstieg sogar denjenigen bei der vollstationären Dauerpflege (18,3% statt 14,0%). **Allerdings überstieg die <u>Zahl</u> der zusätzlichen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger** in der vollstationären Dauerpflege **den Zuwachs bei** den Bezieherinnen und Beziehern von **ambulanten Pflegeleistungen**.

5. **Auf der Ausgabenseite führte die gestiegene Zahl** der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen **der vollstationären Dauerpflege** (wie auch der Kurzzeitpflege, siehe nachfolgend) angesichts der in den Pflegestufen 1 und 2 im Vergleich zu den Leistungen der ambulanten Pflege (insbesondere derjenigen der Kombileistungen) höheren Leistungsbeträge der vollstationären (Dauer-)Pflege **zu einem weit überproportionalen Ausgabenanstieg**.

6. Die **Entwicklungen in Niedersachsen** waren **nahezu durchgängig für alle Leistungsarten** – zum Teil deutlich – **ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt**.

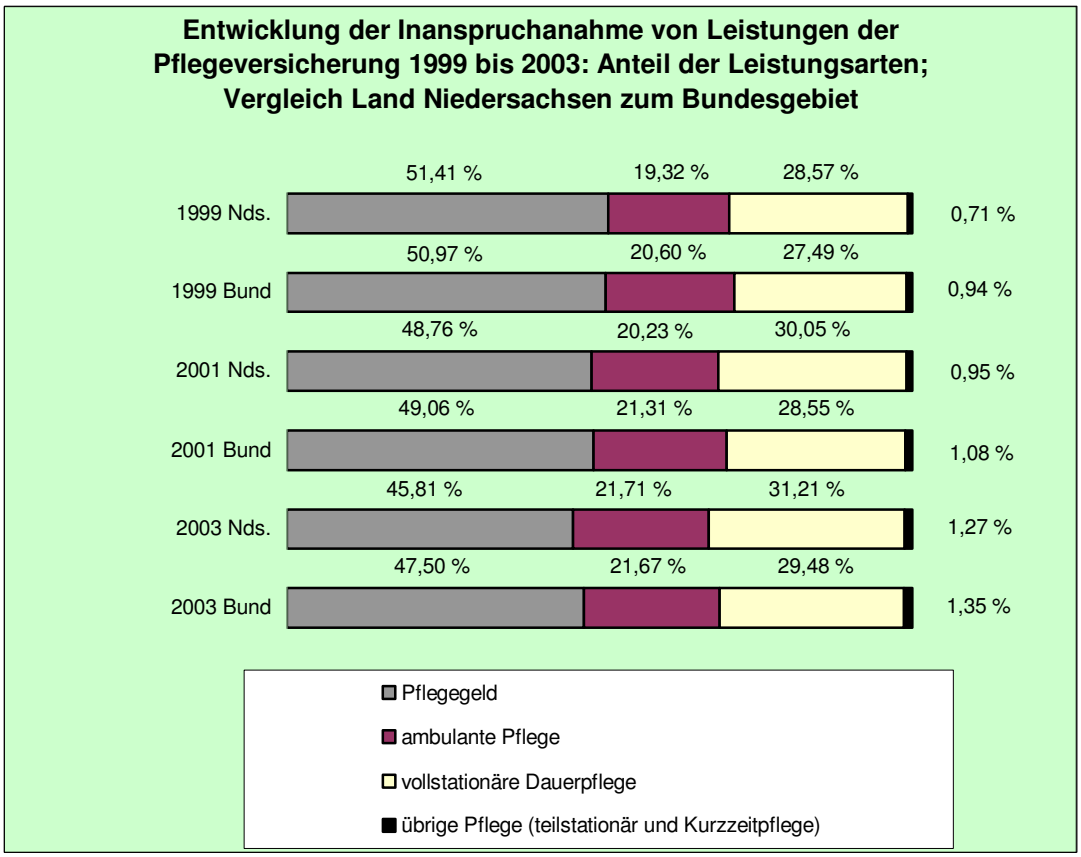
[46] einschl. Leistungsempfängerinnen und –empfänger von Tages-/Nachtpflege und Kurzzeitpflege

Abb.: B I. 1.1/8



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.1/9



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Für die verschiedenen **Leistungsarten im Einzelnen ist** im Sinne eines Beleges für die vorstehenden Feststellungen **festzuhalten**:

- Ende 2003 nahm mit 100.028 Personen **knapp die Hälfte** der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher (45,8%) **ausschließlich Pflegegeld** in Anspruch. Für das Bundesgebiet beträgt der vergleichbare Anteilswert 47,5% (Tab. I.1.1/2a)

  Zahl und Anteil dieser Personengruppe an allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern sind seit Ende 1999 ständig **gesunken**. 1999 waren es noch 107.578 Personen (51,4%), 2001 103.918 Personen (48,8%). Zwischen 1999 und 2003 hat sich damit die Zahl der Personen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch genommen haben, um 7,0% verringert, ihr Anteil an allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern um 5,6% (Tab. I.1.1/1b).
  Ein vergleichbarer Trend zeigt sich auch für das Bundesgebiet insgesamt: Dort nahm die Zahl insgesamt allerdings nur um 4,0% ab, der Anteil an allen Bezieherinnen und Beziehern ebenfalls nur von 51,0% auf 47,5% (3,5%).

  Es ist zu unterstellen, dass auch Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege zugleich Pflegegeld und/oder ambulante Pflegeleistungen bezogen. Insofern wären diese Personen grundsätzlich diesen beiden Gruppen von Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern zuzuordnen. Für diesen Fall ergeben sich für die o. g. Entwicklung im Leistungsbezug nach Leistungsarten folgende Werte: Die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und –empfänger sank zwischen Ende 1999 und Ende 2003 um 6,2%, diejenige von ambulanten Pflegeleistungen stieg um 18,3%. 1999 machten die Pflegegeldempfängerinnen und –empfänger noch rd. 52%, die Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen nur 19,5% und die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen 28,.6% aus. Ende 2003 war die Verteilung 46,7%, 22,1% und 31,2%.

- Im Gegensatz dazu ist sowohl die **Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von häuslichen Pflegesachleistungen als auch ihr Anteil** an allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern **gestiegen** – absolut um 6.977 Personen (18,3%!), relativ in Bezug auf alle Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer von 19,5% auf 22,1%, d. h. um 2,6%.[47]

[47] einschl. Personen mit Bezug von Tages- oder Kurzzeitpflege parallel zur häuslichen Pflege

Auch hier sind die Bundeszahlen im Trend entsprechend, im Veränderungsgrad jedoch wiederum weniger ausgeprägt. So stieg dort zwischen 1999 und 2003 die Zahl der Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer von ambulanten Pflegeleistungen mit 8,3% und beim Anteil an allen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern mit 1,1% auf 21,7% jeweils weniger als halb so stark wie in Niedersachsen.

Ein großer Teil der von Bezieherinnen und Beziehern ambulanter Pflegeleistungen wählte dabei – über die Jahre nahezu unverändert – eine Mischung aus Pflegesachleistung durch Pflegedienste und dem Pflegegeld (**Kombileistung** nach § 38 SGB XI). 1999 und 2001 lag der Anteil der Kombileistungen bei jeweils 69%, in 2003 bei 66%. Das heißt mit anderen Worten: **Lediglich ein Drittel aller Bezieherinnen und Bezieher von ambulanten Pflegeleistungen nutzt seinen Leistungsanspruch auf häusliche Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) durch einen Pflegedienst voll aus.**

- Positiv – wenn auch auf einem zahlenmäßig niedrigen Niveau – ist die Entwicklung auch bei der **Inanspruchnahme von Tages- und von Kurzzeitpflegeleistungen**. So stieg die Zahl der Tagespflegegäste in Niedersachsen am Erhebungsstichtag von 811 Personen in 1999 auf 1.233 in 2003[48] (Steigerung: 52%), der Anteil an allen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern von 0,4% auf 0,6%.

  Die vergleichbaren Daten für die Kurzzeitpflege (1999: 672 / 2003: 1544) sind für sich genommen wenig aussagefähig angesichts der Tatsache, dass es sich um Stichtagsdaten handelt. Von Aussagewert wären angesichts der auf eine Höchstdauer von vier Wochen je Jahr begrenzten Leistung hier die über das Jahr hinweg erfolgten Leistungsfälle. Insoweit ist die Nutzung der Leistung „Kurzzeitpflege“ wesentlich höher einzuschätzen als sie dem am Stichtag gemessenen Leistungsaufkommen entspricht. In einer groben Näherungsrechnung kann unter der Annahme einer Gleichverteilung über das Jahr hinweg von etwa dem Zwölffachen der am Stichtag ermittelten Zahl ausgegangen werden. Tatsächlich ist aber angesichts der Tatsache, dass die Leistungen der Kurzzeitpflege überwiegend als Urlaubspflege in Form der so genannten „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Anspruch genommen werden, von einer solchen Gleichverteilung über das Jahr nicht auszugehen. Andererseits stellt der 15. Dezember als

[48] Die Ausweisungen für die Empfängerinnen und Empfänger von teilstationären Pflegeleistungen umfassen grundsätzlich auch diejenigen für Nachtpflege. Die Statistik weist für diese Leistung insgesamt nur 6 Personen aus. Auf eine Differenzierung in Tages-

Stichtag nach Aussagen der Träger keinen repräsentativen Durchschnittstag für die Kurzzeitpflegenutzung der Einrichtungen dar; vielmehr ist durch die zeitliche Nähe zum Weihnachtsfest und zum Jahreswechsel eine unterdurchschnittliche Nachfrage nach dieser Leistung in den Einrichtungen zu verzeichnen. Insofern wird mangels genauerer Informationen eine Gesamt-Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege im Umfange des Zehn- bis Zwölffachen der Stichtagsdaten angenommen. Für Niedersachsen wären dies im gesamten Jahr 2003 15.440 bis 18.530 Leistungsfälle gewesen. Jede 8. Bis 10. Bezieherin bzw. jeder 8. bis 10. Bezieher von Leistungen der häuslichen Pflege hätte danach in 2003 von ihrem / seinem gesetzlichen Anspruch auf Kurzzeitpflege Gebrauch gemacht.

Diese Aussage erhält eine besondere Bedeutung dadurch, dass die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege im Zeitraum von 1999 bis 2003 erhebliche Steigerungsraten bei den stichtagsbezogenen Daten aufweist. Waren 1999 am Stichtag nur 672 Leistungsfälle verzeichnet, waren es 2001 bereits 1.099 (Zuwachs: 63,5%) und in 2003 1.544 (erneuter Zuwachs um 40,5%). Diese Feststellung findet ihre Unterstützung durch die Entwicklung der Ausgaben für die Investitionskostenförderung für Kurzzeitpflegeplätze. Danach betrugen die Ist-Ausgaben des Landes für diesen Zweck in 1999 3,75 Mio. €, im Jahr 2001 wurden 6,24 Mio. € und 2003 9,19 Mio. € aufgewandt.

Den Leistungen der Kurzzeitpflege und der hierzu parallelen Förderung der Investitionsaufwendungen nach dem NPflegeG kommt danach **eine zunehmende Bedeutung bei der Sicherung der häuslichen pflegerischen Versorgung zu.**

Die für Niedersachsen getroffenen Feststellungen zur Tages- und zur Kurzzeitpflege gelten grundsätzlich auch für das ganze Bundesgebiet. Nach der Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes[49] waren hier – für beide Leistungsarten zusammengenommen[50] - Steigerungsraten in den stichtagsbezogenen Fallzahlen von 1999 auf 2001 in Höhe von 16,4% und zwischen 2001 und 2003 von weiteren 27,1% zu verzeichnen.

---

und Nachtpflege und eine gesonderte Ausweisung der Empfängerinnen und Empfänger der Leistungen der Nachtpflege wurde daher verzichtet.

[49] a. a. O., Seite 23; eigene Berechnungen des MS

[50] a. a. O.; die statistischen Daten des Bundes enthalten hier keine Differenzierung

- Der unter allen Leistungsarten **höchste absolute Zuwachs** an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern war **bei der vollstationären Dauerpflege** (8385 Personen) zu verzeichnen.[51] Mit 14,0% liegt dieser Anstieg allerdings noch unter der Steigerungsrate von 18,3% bei den Sachleistungsbezieherinnen und –beziehern in der ambulanten Pflege (s. o.). Der Anteil der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der vollstationären Dauerpflege an allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern stieg – angesichts der nicht wesentlich geringeren Zunahme bei den Bezieherinnen und Beziehern der ambulanten Pflegeleistungen (6.977 Personen) dabei mit 2,6% von 28,6% auf 31,2% nicht ausgeprägt hoch (Zum Vergleich bei ambulanter Pflege: ebenfalls 2,6% s. o.).

  Die **Werte für Niedersachsen liegen über denjenigen im Bundesgebiet**. Hier stieg die Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger um 10,2%; ihr Anteil an allen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern lag Ende 2003 bei 29,5%.

Alter

Hinsichtlich der Altersverteilung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger zeigt sich auch nach neuestem Datenstand (Ende 2003) das typische Bild einer überproportionalen Steigerung des Auftretens von Pflegebedürftigkeit mit steigendem Lebensalter[52]: Mehr als die Hälfte (53%) der betroffenen Personen war 80 oder mehr Jahre alt, 28% zwischen 65 und 80 Jahre, etwas über 10% zwischen 40 und 65 Jahre alt. Die Altersgruppe von 15 bis 40 Jahre machten lediglich 5%, diejenige der Kinder (unter 15 Jahren) nur wenig mehr als 3,5% aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger aus (Tab.I.1.1./2b).

Die Altersverteilung der niedersächsischen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist mit derjenigen im Bundesgebiet insgesamt nahezu identisch.

[51] Ende 2003 erhielten 68.160 Personen Leistungen der vollstationären Pflege; hierin waren auch 3.169 Personen enthalten, die in stationären Pflegeeinrichtungen für behinderte Menschen (722 Personen) und solche, die in Pflegeheimen für psychisch kranke Menschen lebten (2.447 Personen). Über die pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI; § 43 a SGB XI) liegen in der Pflegestatistik keine Angaben vor.

[52] Auf den im Gegensatz hierzu nicht festzustellenden Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und dem Grad der Pflegebedürftigkeit wird an dieser Stelle bereits hingewiesen. Zum diesbezüglichen Nachweis aus den Daten der Pflegestatistik siehe im Folgenden Unterabschnitt „Grad der Pflegebedürftigkeit“.

Dasselbe gilt – mit leichter Ausnahme für die höheren Altersgruppen (65 bis 80 Jahre und 80 Jahre und älter) – für die so genannte „Pflegequote“ (Anteil der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher eines bestimmten Lebensalters / einer bestimmten Altersgruppe an der Bevölkerung desselben Alters bzw. derselben Altersgruppe). Bei den letztgenannten liegen die Anteilswerte in Niedersachsen über dem Bundesdurchschnitt (s. nachfolgende Tabelle) – ein erneuter Beleg für die überproportionalen Anteil der Älteren unter den Leistungsbezieherinnen und –beziehern in Niedersachsen.

Tab.: T B I.1.1./1: Altersspezifische Pflegequote in Niedersachsen und im Bundesgebiet 2003

Alter	**Pflegequote am 15.12.2003 (in %)**	
von ... bis ... unter Jahre	**Land Niedersachsen**[1)]	**Bundesgebiet insgesamt**[2)]
unter 15	0,6	0,5
15 – 65	0,6	0,6
65 – 80	5,5	5,2
80 und mehr	33,4	31,7
gesamt	2,7	2,5

1) Niedersächsisches Landesamt für Statistik: Bevölkerung in Niedersachsen am 31.12.2003, dto.: Pflegestatistik nach § 109 SGB XI, 2003, Tab. Z/1 „Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger am 15.12.2003 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht“, Hannover im Februar 2005, unveröffentlicht

2) Statistisches Bundesamt, Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Bonn im April 2005, Seite 10

Im Vergleich zur Altersverteilung 1998[53] haben sich keine ausgeprägten Unterschiede ergeben.

Tab. T B I.1.1/2
Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Altersgruppen:

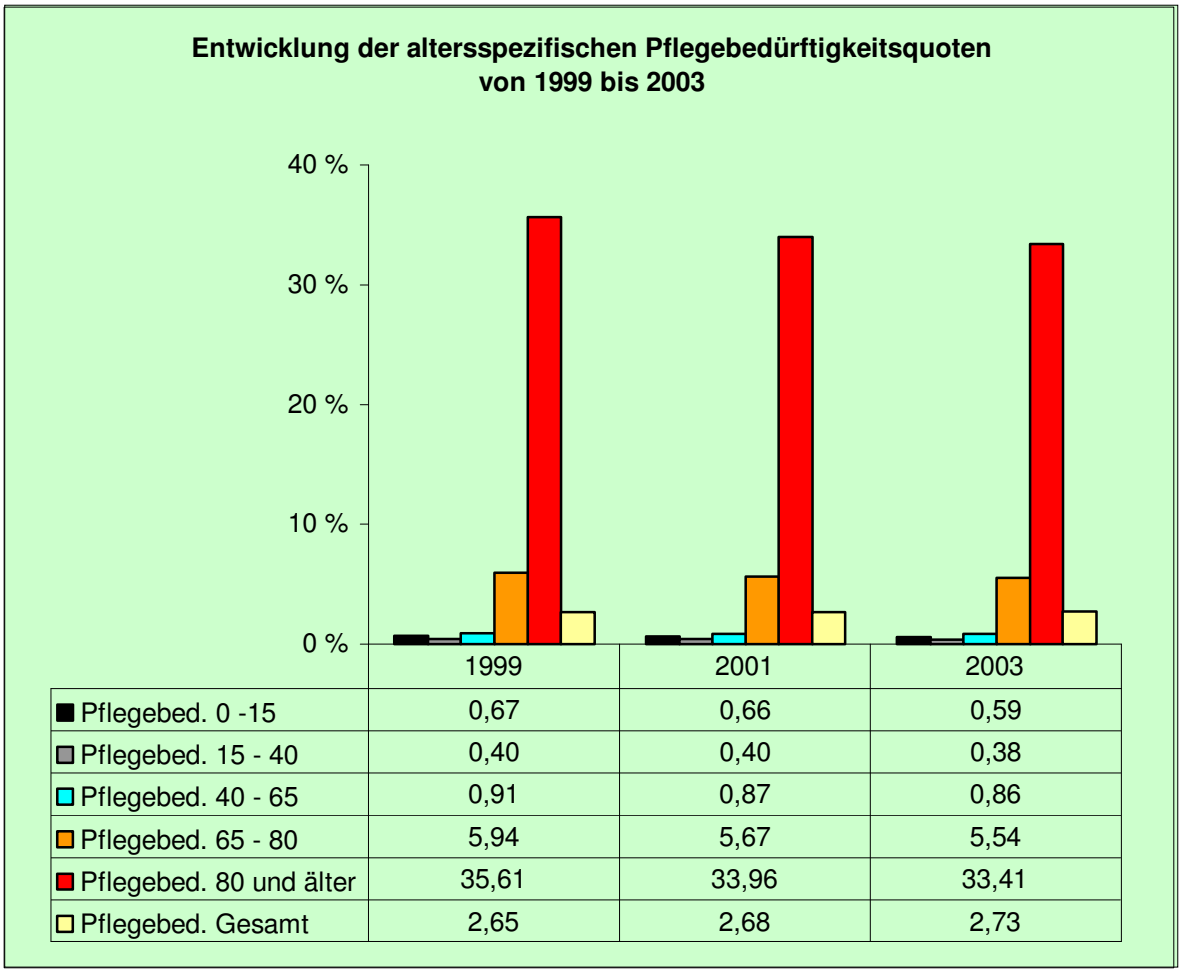
Alter von … bis unter … Jahren	**1999** [1)]		**2001** [1)]		**2003** [1)]	
0 -15	8.815	4,2%	8.682	4,1%	7.518	3,4
15-40	10.710	5,1%	10.466	4,9%	9.752	4,5
40-65	23.651	11,3%	23.130	10,9%	23.040	10,6
65-80	59.979	28,7%	59.477	27,9%	61.442	28,1
80 und älter	106.102	50,7%	111.349	52,3%	116.611	53,4
Gesamt	209.257	100,0%	213.104	100,0%	218.363	100,0

1) Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Allerdings ist eine, eventuell durch die zwischenzeitlich weiter gestiegene Lebenserwartung zu begründende, Verschiebung zugunsten der höheren Altersgruppen erkennbar: Während der Anteil der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in den Altersgruppen bis 65 Jahre leicht gesunken und bei den 65 bis unter 80jährigen

annähernd gleich geblieben ist, ist derjenige der Hochbetagten (80 Jahre und älter) stetig gestiegen – von 50,7% in 1999 über 52,3% in 2001 auf 53,4% in 2003. Dies stimmt mit der Feststellung von Einrichtungsträgerseite überein, dass ihre Dienstleistungen immer mehr von Menschen sehr hohen Alters in Anspruch genommen werden. Zugleich ist festzustellen, dass sich auch hinsichtlich der Pflegefallhäufigkeit im Zeitraum von 1999 bis 2003 Veränderungen ergeben haben, die Trendcharakter besitzen. Das gilt sowohl für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger insgesamt über alle Altersgruppen wie auch innerhalb der verschiedenen Alterskohorten (s. Tab. I.1.1/3b) und nachstehende Abb.:

Abb.: B I 1.1./10



	1999	2001	2003
Pflegebed. 0 -15	0,67	0,66	0,59
Pflegebed. 15 - 40	0,40	0,40	0,38
Pflegebed. 40 - 65	0,91	0,87	0,86
Pflegebed. 65 - 80	5,94	5,67	5,54
Pflegebed. 80 und älter	35,61	33,96	33,41
Pflegebed. Gesamt	2,65	2,68	2,73

Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

In allen Altersgruppen der Bevölkerung hat sich danach **der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung leicht verringert**. Dies kommt in der Altersgruppe der 80jährigen und älteren am stärksten zum Ausdruck. Gleichwohl gilt unverändert: Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, steigt

[53] Pflegerahmenplan, a. a. O., S. 26

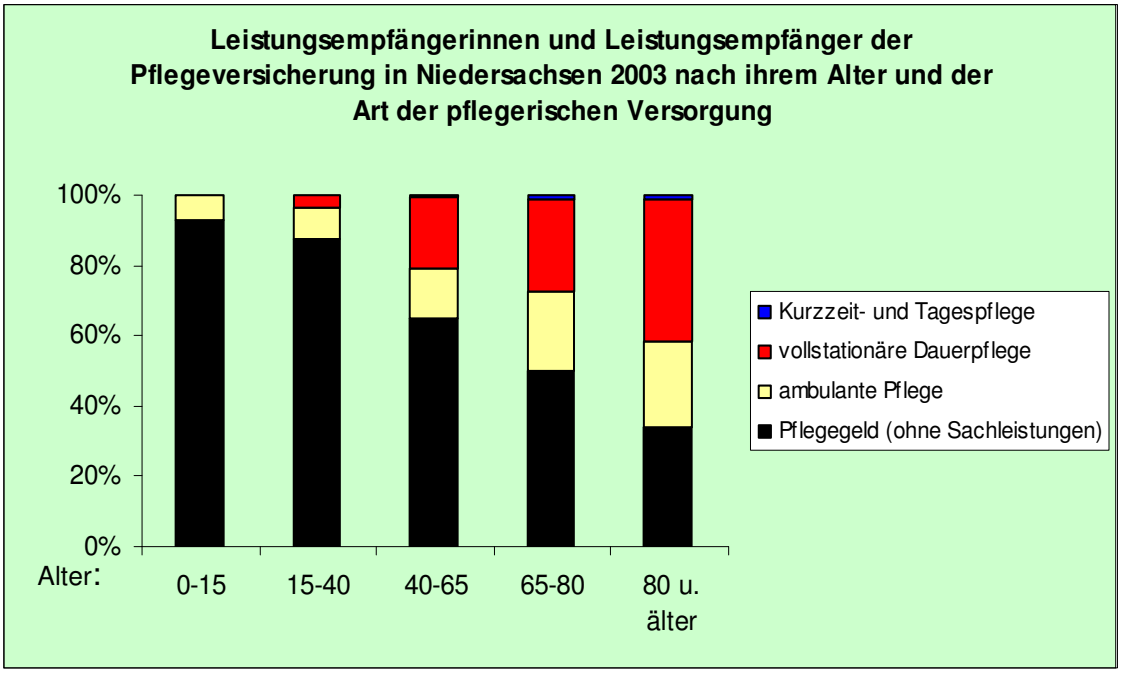
weit überproportional mit dem Erreichen eines hohen Lebensalters. Noch bis zum 65. Lebensjahr liegt diese Wahrscheinlichkeit unter 1 Prozent, selbst in einem Alter zwischen 65 und 79 Jahren liegt sie im Durchschnitt nur bei etwas über 5%. Danach steigt sie rapide: bei Personen ab dem 80. Lebensjahr liegt sie bei über 33% (Tab. I.1.1/3b).

Das tendenziell gleichartige Phänomen eines Rückganges der Pflegebedürftigkeits-Häufigkeit ist dabei in den einzelnen Altersgruppen **nicht auf gleichartige Verläufe in der Bevölkerungsentwicklung und der Entwicklung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger** (z. B. steigende Bevölkerungszahl bei gleichbleibender oder sinkender Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher) **zurückzuführen** (siehe vorstehende Graphik). Als **ein gewisses „Muster“** kann festgestellt werden: Bei den jüngeren Altersgruppen (0-15 Jahre und 15-40 Jahre) ist das Ergebnis Resultat einer überproportionalen Abnahme der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger trotz gleichzeitigen Bevölkerungsrückgangs in diesen Altersgruppen, bei den mittleren und höheren Altersgruppen entstammt es einer unterproportional gewachsenen Zahl an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern bei gleichzeitigem Bevölkerungswachstum in diesen Altersgruppen. Dennoch gilt – pointiert formuliert – für alle Altersgruppen gleichermaßen: **Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer** mindestens erheblichen Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI **ist** in den Jahren zwischen 1999 und 2003 **geringer geworden**. Die diesbezügliche Entwicklung gilt es, weiter zu beobachten und hinsichtlich ihrer Ursachen zu untersuchen.

Ein eventuell zunehmend restriktives Begutachtungsverhalten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) kann dafür ausweislich der Ergebnisse seiner monatlichen Geschäftsstatistik als Grund nicht herangezogen werden (siehe hierzu näher Abschnitte I.2.1 und I.2.2): Der Anteil der Ablehnungen ist über die Jahre weitgehend konstant geblieben

Zwischen dem Lebensalter und der Art der pflegerischen Versorgung besteht ein eindeutiger Zusammenhang. Die Daten der Pflegestatistik bestätigen diesen naheliegenden Sachverhalt eindrucksvoll (Tab. I.1.1/2b und folgende Abb.):

Abb.: B I 1.1./11



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Mit steigendem Alter steigt die Inanspruchnahme
- von Pflegesachleistungen und
- von teilstationären und vollstationären Versorgungsformen.

Eine weitergehende Darstellung und Interpretation ist in Betracht der obigen Graphik entbehrlich. Die Befunde für Niedersachsen und für das Bundesgebiet sind nahezu identisch.

<u>Geschlecht</u>

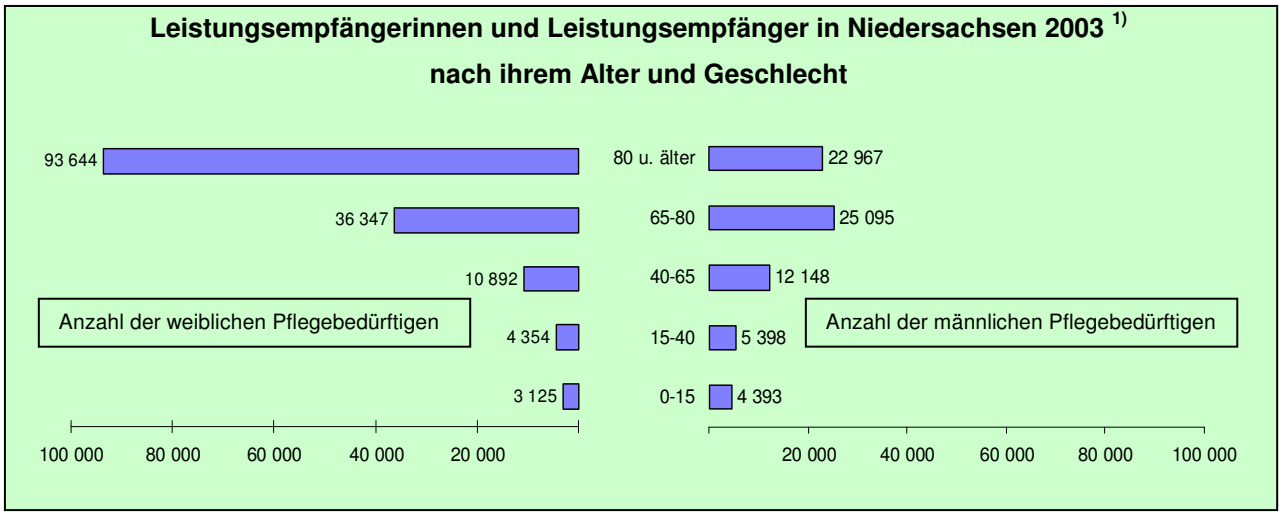
68% aller Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in 2003 waren Frauen. Auch hier haben sich über die zurückliegenden Jahre keine nennenswerten Veränderungen ergeben.

Gleiches gilt für die Geschlechterproportion bezüglich des Lebensalters (Tab. I.1.1/3a und folgende Abb.:)

- Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Frauen.
- In den Altersgruppen bis 65 Jahre liegt der Anteil der Frauen unter demjenigen der Männer; er steigt dabei von knapp 42% bei den Kindern auf 47% bei den 40-65jährigen.

- Zwischen 40 bis 65 Jahren ist der Anteil von Frauen und Männern nahezu gleich.
- In den Altersgruppen der 65-80jährigen und insbesondere der 80jährigen und älteren liegt der Frauenanteil unter den Leistungsbezieherinnen und –beziehern mit 60% bzw. 80% deutlich über demjenigen der Männer.

Abb.: B I. 1.1/12

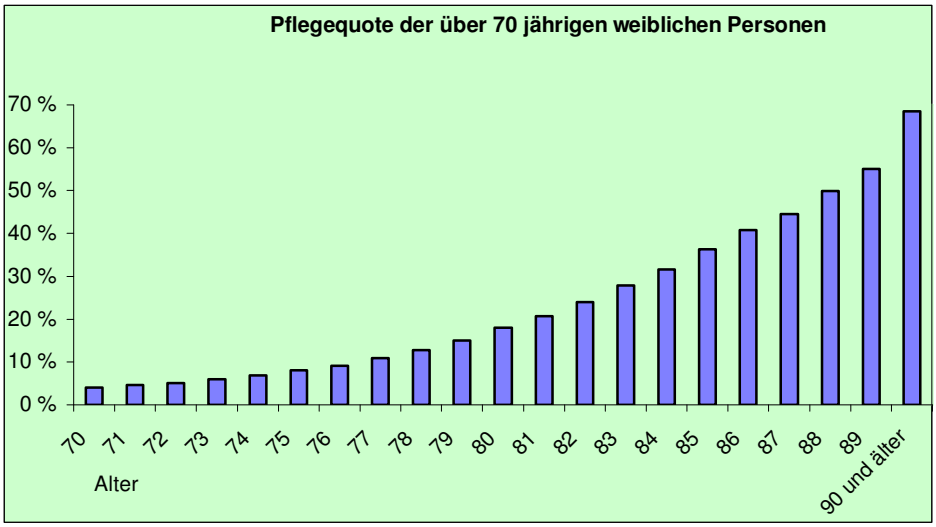


[1] Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die Daten spiegeln die geschlechtsspezifische Altersverteilung in der Bevölkerung wider und sind Ausdruck der nicht unbeträchtlich höheren durchschnittlichen Lebenserwartung der Frauen von derzeit 81 Jahren im Vergleich zur derjenigen der Männer (75 Jahre)[54].

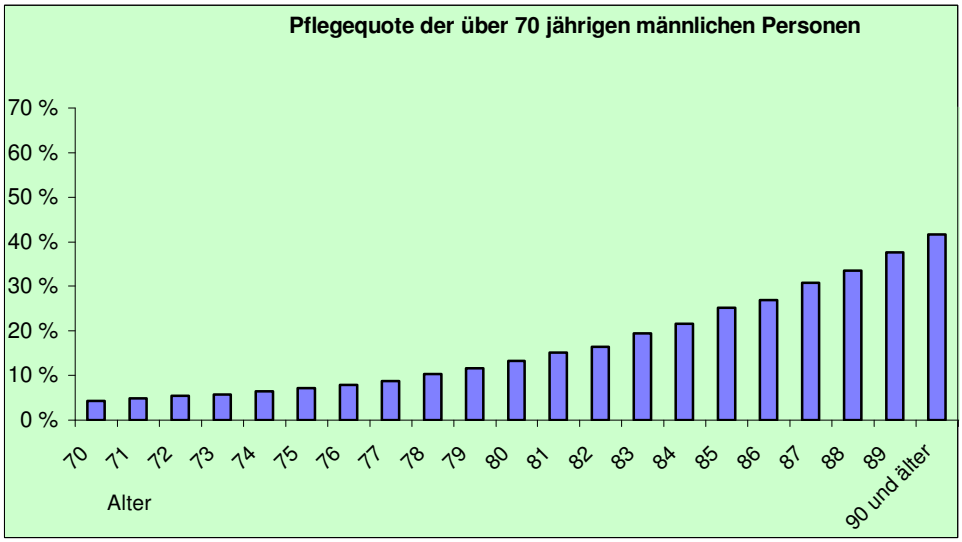
Wesentlich mehr Frauen als Männer erreichen ein sehr hohes Lebensalter und überwiegen daher auch nach ihrer Zahl die pflegebedürftigen Männer deutlich (s. o.). **Frauen sind im Alter aber auch häufiger pflegebedürftig als Männer. Das gilt ausgeprägt für die hohen Altersgruppen** (Tab. I.1.1/3c und nachfolgende Abbildungen).

Abb.: B I. 1.1/13



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.1/14

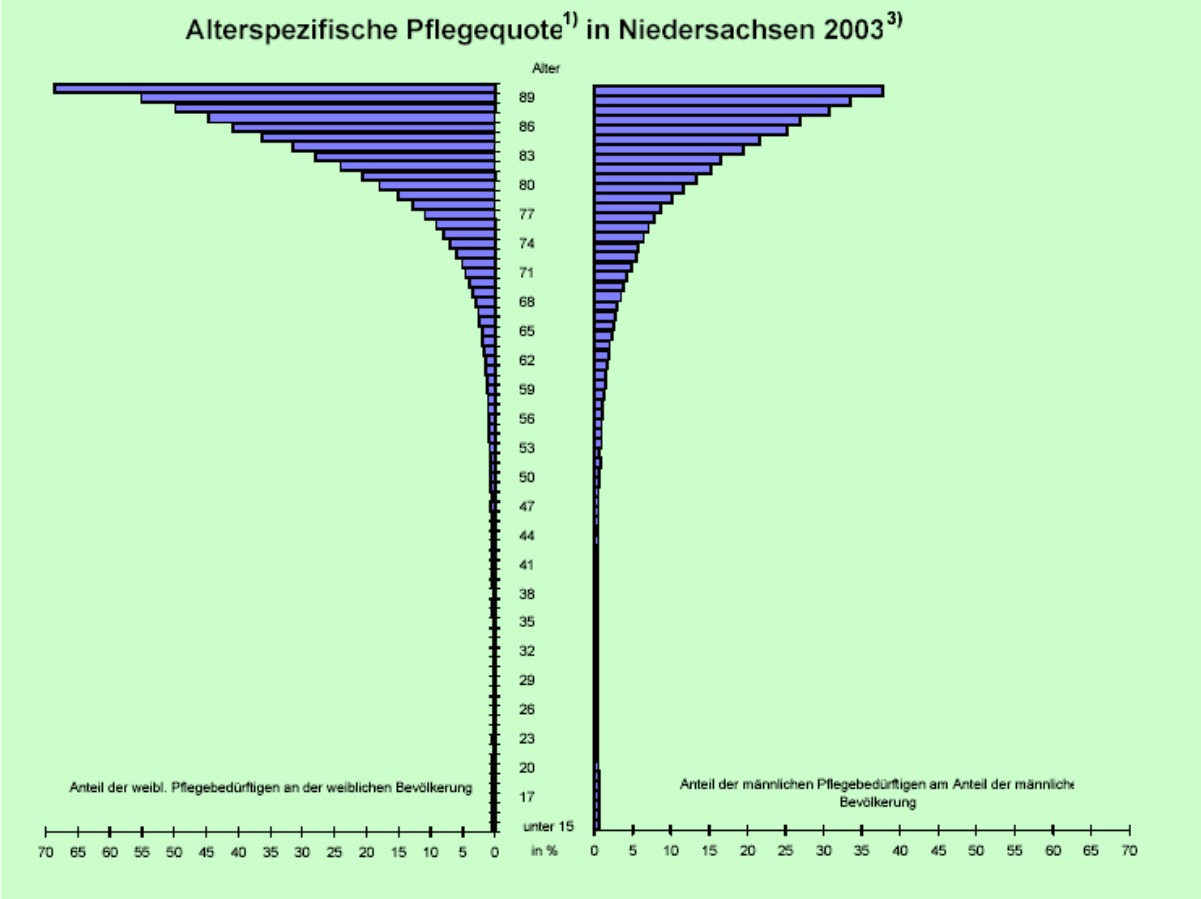


Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

So waren z. B. Ende 2003 bereits die damals 73jährigen Frauen zu 6,0%, die gleich alten Männer zu 5,7% pflegebedürftig. Bei den Personen, die sich im 80. Lebensjahr befanden, waren 15,1% der Frauen und 11,7% der Männer pflegebedürftig und bei den niedersächsischen Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter von 90 und mehr Jahren waren es gar 68,5% der Frauen, aber (nur) 41,6% der Männer, s. folgende Abb.:

[54] Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Presseexemplar, Wiesbaden 2003, S. 15

Abb.: B I. 1.1/15



[1] Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung

[3] Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Das heißt: Mit Erreichen höherer Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit gegenüber derjenigen bei den Männern überproportional.
Die große Zahl der pflegebedürftigen Frauen im Alter ist daher nicht nur auf deren aus Gründen der höheren Lebenserwartung gegenüber den Männern größere Zahl, sondern auch maßgeblich auf einen vergleichsweise zum anderen Geschlecht höheren Anteil an pflegebedürftigen Personen (höhere Pflege-Prävalenz) zurück zu führen. Beide Faktoren wirken insoweit additiv zusammen.

Frauen leben deutlich häufiger als Männer in Pflegeheimen: Ende 2003 erhielten 36% der pflegebedürftigen Frauen Leistungen der vollstationären Dauerpflege, bei den pflegebedürftigen Männern waren es nur 22% (Tab. I.1.1/3b). Auch dies ist zum einen Spiegel der höheren Lebenserwartung der Frauen mit der Folge, dass auf private Pfle-

geleistungen insbesondere in Ehen oder Lebenspartnerschaften aufgrund des früheren Todes des Ehemannes oder Partners nicht mehr zurückgriffen werden kann. Männern hingegen stehen aus demselben Grund solche Unterstützungsleistungen ihrer Frauen oder Lebenspartnerinnen noch vergleichsweise häufiger zur Verfügung. Hinzu kommt, dass nach wie vor in Ehen und Partnerschaften im Durchschnitt einen Altersunterschied zugunsten eines jüngeren Alters der Ehefrauen / Partnerinnen besteht mit der Folge, dass diese nach dem Tod des Ehemannes oder Partners, sofern Kinder oder andere nahe Verwandte als Pflegepersonen nicht in Anspruch genommen werden können, sollen oder wollen, bei umfänglichem Hilfe- und Pflegebedarf auf einen Pflegeheimplatz angewiesen sind.[55]

Grad der Pflegebedürftigkeit

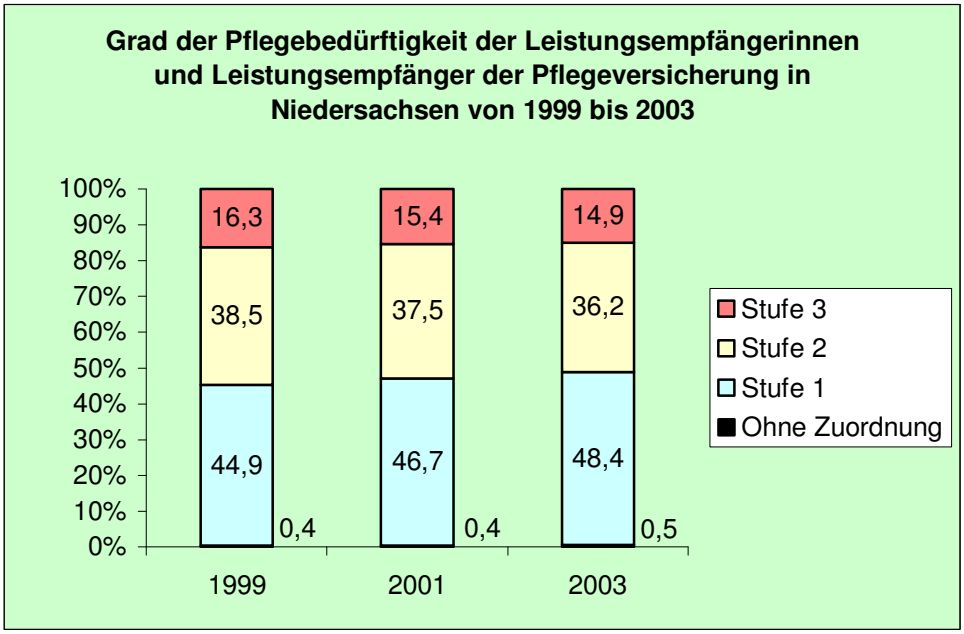
Etwas weniger als die Hälfte (48,4%) der zum Jahresende 2003 218.363 Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung in Niedersachsen waren Pflegestufe 1 (erheblich pflegebedürftig), über ein Drittel (36,2%) Pflegestufe 2 (schwer pflegebedürftig) und rd. 15% in Pflegestufe 3 (schwerst pflegebedürftig, einschl. Härtefälle) zugeordnet (Tab. I.1.1/1b und nachfolgende Abb.). 1.144 Personen (0,5%) waren zum Zeitpunkt der Erhebung (15.12.) noch keiner Pflegestufe zugeordnet. Unter Abrechnung dieser Personen ergeben sich für die Verteilung auf die Pflegestufen die Anteilswerte 48,65%, 36,35% und 14,99%. Diese Personengruppe stellt insofern keine aussagenrelevante Größenordnung dar.

Für alle Leistungsempfängerinnen und –empfänger im Bundesgebiet lauten die Anteilswerte 49,6% (PSt. 1), 36,8% (PSt. 2) 13,3% (PSt. 3 einschl. Härtefälle), 0,4% (ohne Einstufung)[56].
Die niedersächsischen Einstufungsergebnisse sind demnach hiermit nahezu identisch – mit einer leichten Tendenz zu den höheren Pflegestufen. Als Grund hierfür anzunehmen ist eine insoweit geringfügig andere Begutachtungspraxis des MDKN. Andere Merkmale wie die Altersverteilung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger oder die Versorgungsform (ambulant / stationär) sind angesichts der Gleichheit der diesbezügli-

[55] Diese Feststellung wird vor dem Hintergrund der derzeit gegebenen Versorgungsstrukturen getroffen. Bei einer weitergehenden Entwicklung von betreuten Wohnformen unterschiedlicher Ausprägung (s. Abschnitte I.3.5, II.2.3.2 und III.2.2.1) würden diese die Wohnform „Heim“ zum Teil ersetzen. Dies würde allerdings auch für diese Wohnformen die grundsätzliche Sicherstellung einer umfassenden Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegeleistung erfordern.
[56] Statistisches Bundesamt, a. a. O., S. 23; eigene Berechnungen MS

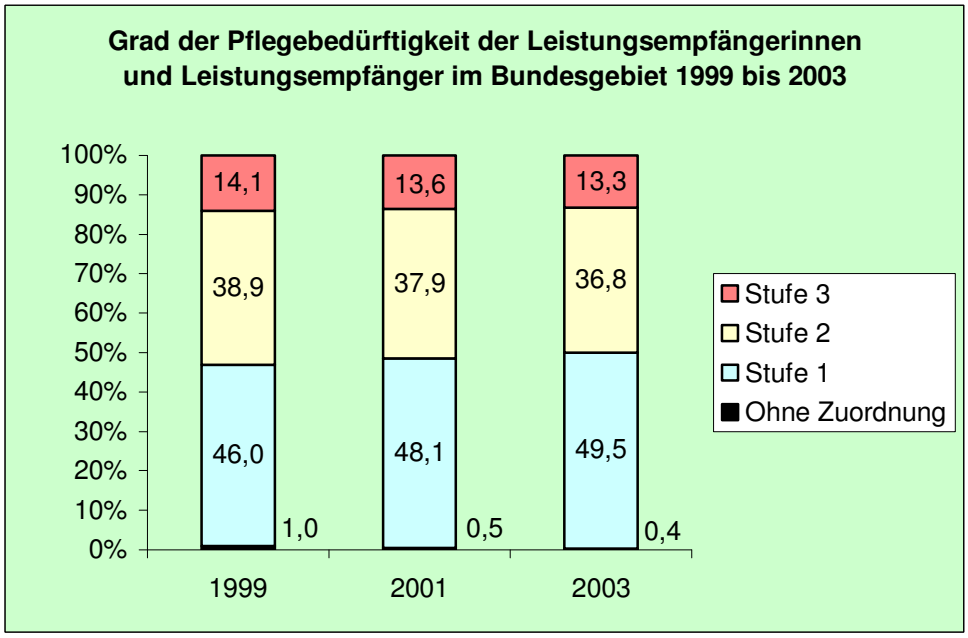
chen Strukturen bei den Leistungsempfängerinnen und –empfängern in Niedersachsen und im Bundesgebiet insgesamt (s. vorstehende Unterabschnitte) zur Erklärung nicht heranzuziehen.

Abb.: B I. 1.1/16



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.1/17



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Ebenfalls nahezu identisch mit den Verhältnissen im Bundesgebiet stellt sich die **Entwicklung der Einstufungsergebnisse** in Niedersachsen dar. Danach sind generell

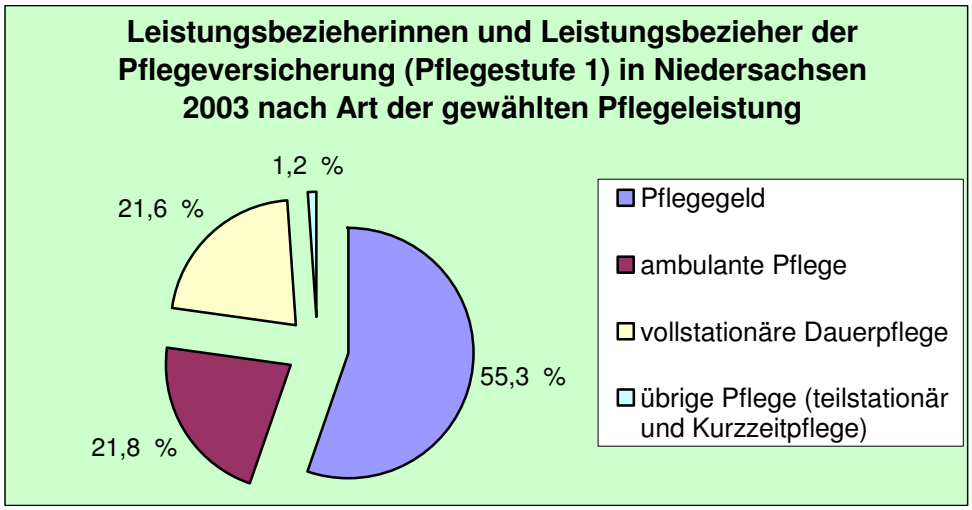
vermehrt Einstufungen bei den niedrigeren Pflegestufen zu verzeichnen. Der Anteil der Einstufungen bei Pflegestufe 1 stieg dabei jeweils zu Lasten des Anteils von Pflegestufe 3 bei relativer Konstanz der Anteilswerte für Pflegestufe 2 (s. vorstehende Abb.). Auch hierfür kann weder die Entwicklung der Altersstruktur (s. o.) und noch weniger die Art der pflegerischen Versorgung (Trend zum Sachleistungsbezug und zu stationären Versorgungsformen, s. o.) als Begründung herangezogen werden. Vielmehr ist ein **veränderte Begutachtungspraxis der MDK-Gemeinschaft** anzunehmen. Ein Zusammenhang mit der Einführung der Zeitanhaltswerte bei vollständiger Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens (so genannter „Zeitkorridor") in die Begutachtungsrichtlinien nach § 17 SGB XI erstmalig – befristet – zum 1. Juli 1997 erscheint dabei nicht ausgeschlossen. Der Zeitkorridor wurde nach einer Erprobungsphase zwischenzeitlich durch die Spitzenverbände der Pflegekassen mit Zustimmung durch das Bundesministerium für Gesundheit endgültig in die Begutachtungsrichtlinien ohne bedeutsame Änderungen aufgenommen. Allerdings erklärt dies nicht die vergleichsweise kontinuierliche Verschiebung zu den niedrigeren Pflegestufen im Zeitraum zwischen 1999 und 2003. Die grundsätzliche Feststellung eines Zusammenhanges mit der Begutachtungspraxis findet sich für Niedersachsen allerdings durch die Geschäftsstatistik des MDKN bestätigt. Auf die diesbezüglichen Ausführungen im Abschnitt I.2.2 wird hingewiesen.

Die vorstehend dargestellte Entwicklung ist für alle Arten der pflegerischen Versorgung einheitlich festzustellen (Tab. I.1.1/1a und I.1.1/1 b). Auch dies spricht für die vorstehende These.

Im Übrigen besteht grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der pflegerischen Versorgung: Mit zunehmendem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit werden vermehrt externe Hilfen durch Pflegedienste in Anspruch genommen oder es erfolgt ein Wechsel in die Heimpflege. So waren z. B. Ende 2003 in Niedersachsen nur knapp 10% der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld (ausschließlich) in Pflegestufe 3, hingegen 14,4% derjenigen, die ambulante Pflege durch Pflegedienste in Anspruch nahmen und 23,8%, die in einem Pflegeheim lebten. Die nachstehende Abb. veranschaulicht diesen Zusammenhang.[57]

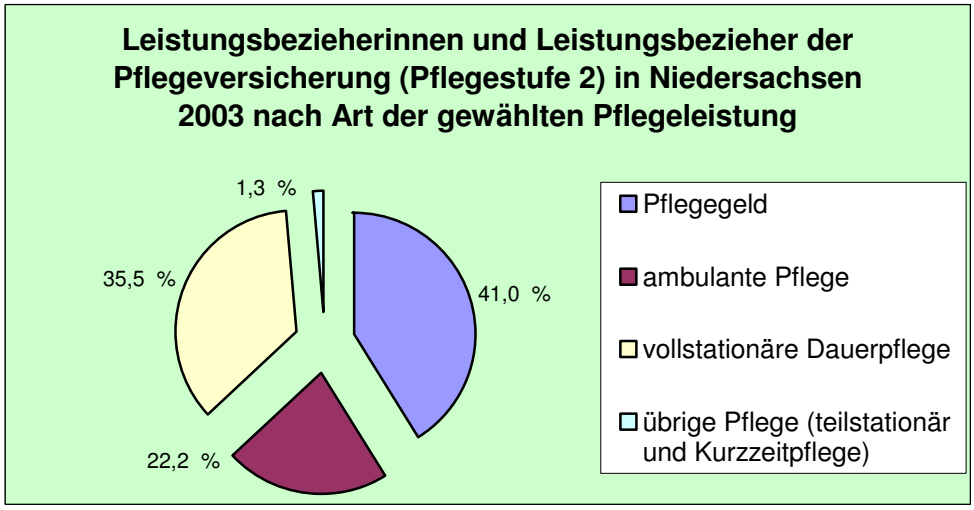
[57] Hinsichtlich der Verteilung der von Pflegediensten betreuten Bezieherinnen und Bezieher von ambulanten Pflegesachleistungen im Bundesgebiet und in den anderen Bundesländern wird auf Abschnitt I.1.3.2, Unterabschnitt *„Grad der Pflegebedürftigkeit"* hingewiesen.

Abb.: B I. 1.1/18



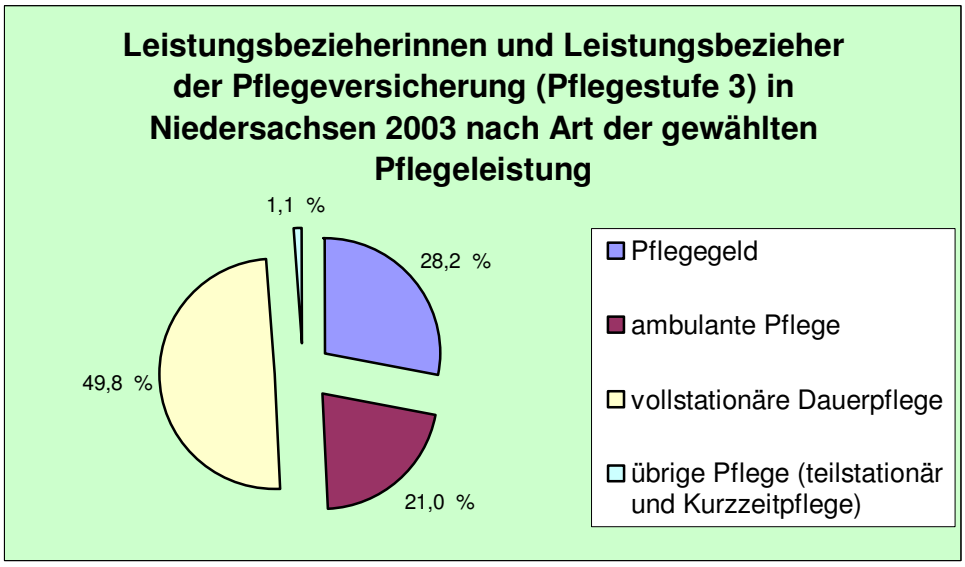
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.1/19



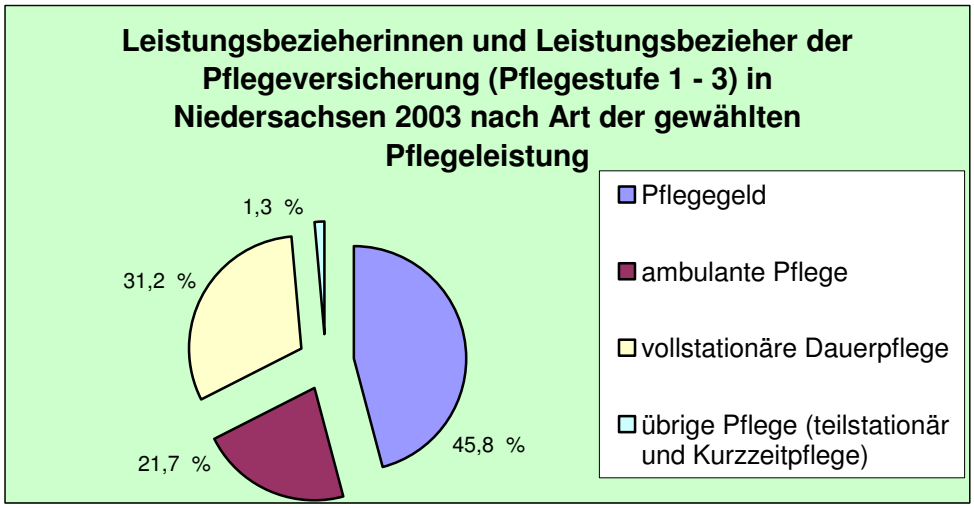
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.1/20



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.1/21



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Der beschriebene grundlegende Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit (s. o., Unterabschnitt ‚Alter') findet keine Entsprechung beim Alter und dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Nach den vorliegenden Daten aus der Pflegestatistik (Tab. I.1.1/2a und 2b) lässt sich **kein Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und dem Grad der Pflegebedürftigkeit** feststellen. Die diesbezüglichen Abweichung in den Daten je Altersgruppe bzw. je Pflegestufe erscheinen zufällig; sie sind überwiegend gering und lassen sich keinem plausiblen Muster zuordnen (Tab. I.1.1/2a und 2c). Das heißt: Wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne von SGB XI vorliegt, wird ihr Ausmaß durch die Art und Grad der Beeinträchtigungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens bestimmt. Diese scheinen weitestgehend unabhängig vom Lebensalter zu sein.

Die landläufige Feststellung „je älter, desto häufiger und desto stärker pflegebedürftig" kann insofern bezüglich des Grades der Pflegebedürftigkeit nicht aufrecht erhalten werden.

1.1.1 Exkurs: Versicherte und Leistungsempfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf statistischen Unterlagen des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V., Köln.[58] Die Daten beziehen sich auf das gesamte Bundesgebiet; eine regionale Differenzierung nach Ländern war nicht möglich. Unter der – aus langjährigen Erfahrungen gerechtfertigten – Annahme einer

[58] Die in dieser Form unveröffentlichten Daten wurden dem MS vom Verband freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Proportionalität zur Bevölkerungszahl können für Niedersachsen jeweils etwa 10 Prozent der für das Bundesgebiet ermittelten Gesamtzahlen angenommen werden. Diese statistische „Unschärfe“ dürfte jedoch für das im Weiteren dargestellte Strukturbild bezüglich der Merkmale

- Alter
- Geschlecht
- Grad der Pflegebedürftigkeit und
- Art der pflegerischen Versorgung

nur von nachrangiger Bedeutung sein.

Versicherte in der Privaten und in der Sozialen Pflegepflichtversicherung

Zur Jahresmitte 2004 waren in der Sozialen Pflegeversicherung 70.270.950 Personen, zum Jahresende 2003 **in der privaten Pflegepflichtversicherung** 8.918.114 Personen pflegeversichert.[59] Das sind **11,3% an allen Versicherten** (Tab. I.1.1.1/1).
Von ihnen waren 40,4% Frauen (Soziale Pflegeversicherung 53,2%). Auf die bei Frauen angesichts der höheren Lebenserwartung größere Pflegehäufigkeit wird in diesem Zusammenhang hingewiesen. Vergleichbares gilt auch für die Altersverteilung insbesondere bei den Altersgruppen mit hoher Pflegequote: So waren **Ende 2003 15,5% der Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung,** hingegen nur **10,1% der privat Pflege-Pflichtversicherten im Alter zwischen 65 und unter 80 Jahren. In der Altersgruppe der über 80jährigen waren 4,8%, bei** den **privat Pflege-Pflichtversicherten** waren es **nur rd. 3,0%**. Der Anteil dieser Altersgruppe hat sich in der Zeit von Ende 1997 bis Ende 2003 auch nur unwesentlich erhöht (0,3%); bei der Altersgruppe der 65-unter 80jährigen betrug der Anstieg 0,9%.

Die **Zahl der privat pflege-pflichtversicherten Personen hat sich seit dem In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung stetig erhöht** – **von** 7.926.039 **Ende 1996**[60] auf die vorgenannte Zahl der Versicherten Ende 2003 (Steigerung: 993.075 Personen = **12,5%**).

[59] Für die Soziale Pflegeversicherung war der Datenstand 31.12.2003 nicht verfügbar. Die Unterschiede zum Versichertenstand 1. Juli 2004 dürften jedoch zu vernachlässigend gering sein. Insofern wird von einer Gesamtzahl von 79.189.064 ausgegangen. Auf Niedersachsen entfallen somit ca. 892.000 in einer privat pflege-pflichtversicherte Personen.

Anzahl der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung

Ende 2003 erhielten im Bundesgebiet insgesamt 2.076.935 Personen Leistungen der Pflegeversicherung, 116.845 (5,6%) hiervon Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung Tab. I.1.1/2a und I.1.1.1/2). Damit erhielten zu diesem Zeitpunkt **rd. 2,8% aller in der Sozialen Pflegeversicherung versicherten Personen Leistungen, bei den privat Pflege-Pflichtversicherten** hingegen **nur 1,3%.** Dies allein – unbeschadet der noch darzustellenden Leistungsstruktur – macht schon die Gründe für die in der Fachöffentlichkeit diskutierten Unterschiede in derzeitige Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung auf der Ausgabenseite deutlich.[61]

Die **Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher in der privaten Pflegepflichtversicherung stieg** (allerdings) zwischen Ende 1997 bis Ende 2003 um 28.468 Personen (32,2%), in der Zeit **von Ende 1999 bis Ende 2003** (Vergleichszeitraum mit der Pflegestatistik) **um 13,5%**. Zum Vergleich: Leistungsempfängerinnen und -empfänger im **Bundesgebiet insgesamt und** in **Niedersachsen: 3,0% bzw. 4,4%.** Der Anstieg der Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung übertraf insofern denjenigen bei der sozialen Pflegeversicherung deutlich.

Strukturmerkmale der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher

Alter

Im Vergleich zwischen den beiden Leistungsträgerarten zeigt sich für die Anteile der verschiedenen Altersgruppen folgendes Bild (Tab. I.1.1/2c und I.1.1.1/2)

[60] Frühere Daten liegen dem MS nicht vor.
[61] Hinzu treten die bekannten, bei der Sozialen Pflegeversicherung wesentlich höheren Einnahmerisiken (großer Anteil von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern mit geringem Einkommen) auf der Einnahmenseite.

Tab. T B I. 1.1.1/1

Alter von … bis unter… Jahre	**Leistungsempfängerinnen und –empfänger Bundesgebiet**		**Niedersachsen**
	SPV[1)] + PPPV[2)]	**PPPV**	**SPV + PPPV**
unter 15	*3,1*	3,4	*3.5*
15 – 40	*4,8*	3,0	*4,5*
40 – 65	*10,8*	9,9	*10.5*
65 – 80	*28,8*	25,1	*28,1*
80 und mehr	*52,6*	58,6	*53,4*
gesamt	*100.0*	100,0	*100,0*

1) soziale Pflegeversicherung 2003
2) private Pflege-Pflichtversicherung 2003

Auch hinsichtlich der Altersverteilung stellen sich die Bedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung damit etwas günstiger dar: Mit Ausnahme der Gruppe der Kinder treten Leistungsfälle bei der Sozialen Pflegeversicherung vergleichsweise häufiger schon in den jüngeren Altersgruppen auf.

Die Altersverteilung der Leistungsempfängerinnen und –empfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung hat sich im Zeitraum von Ende 1997 bis Ende 2003 kaum verändert (Tab. I.1.1.1/2).

Geschlecht

Der **Anteil der Frauen** unter den privat Pflege-Pflichtversicherten beträgt derzeit (Ende 2003) 60,9% (Tab. I.1.1.1/2). Er liegt damit **recht erheblich unter dem Durchschnittswert für alle Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung** im Bundesgebiet (68,1%)[62] sowie in Niedersachsen (67,9%). Der Anteil der Frauen unter den Leistungsbezieherinnen und –beziehern der privaten Pflege-Pflichtversicherung ist im Zeitraum zwischen Ende 1997 und Ende 2003 ständig um insgesamt 2% gesunken.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Die privat pflege-pflichtversicherten Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zuordnung zu den Pflegestufen von der Gesamtheit der Leistungsbezieherinnen und -bezieher im Bundesgebiet ebenso wie auch zu derjenigen in Niedersachsen durch höhere Anteile bei Pflegestufe 2 (schwer pflegebedürftig)

[62] Quelle: Statistisches Bundesamt; 2. Bericht Pflegestatistik 2003; Ländervergleich: Pflegebedürftige, Bonn, Mai 2005, Seite 7

und vor allem Pflegestufe 3 (schwerst pflegebedürftig). Im Vergleich zeigt sich das Bild wie folgt:

Tab. T B I. 1.1.1/2

Pflegestufe	Leistungsempfängerinnen und -empfänger Bund (Ant. in %)		Niedersachsen (Ant. in %)
	SPV + PPPV[63]	PPPV[64]	SPV + PPPV[65]
Ohne Einstufung	*0,4*	0,5	*0,5*
Stufe 1	*49,6*	43,1	*48,4*
Stufe 2	*36,9*	38,9	*36,2*
Stufe 3	*13,3*	17,5	*14,9*
gesamt	*100,0*	100,0	*100,0*

Der überproportionale Anteil der schwerst pflegebedürftigen Leistungsbezieherinnen und –bezieher in der privaten Pflege-Pflichtversicherung mag mit der ebenfalls vergleichsweise großen Zahl der hochbetagten Leistungsbezieher zusammenhängen. Eine andere Begutachtungspraxis durch die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen tätigen Gutachter ist aufgrund der den Vorgaben für die MDK-Gemeinschaft entsprechenden Ausführungsbestimmungen grundsätzlich auszuschließen.

Ansonsten ist wie bei den Bezieherinnen und Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung insgesamt ein systematischer Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und dem Grad der Pflegebedürftigkeit im Sinne „je älter, desto höher der Grad der Pflegebedürftigkeit“ nicht festzustellen (s. Abschnitt I.1.1, Tab. I.1.1/2a und I.1.1/2b; Tab. I.1.1/3a).

Auch bei den privat Pflege-Pflichtversicherten weicht die Gruppe der Kinder und insbesondere **der Jugendlichen und jungen Erwachsenen** (15 bis unter 40 Jahren) **von der durchschnittlichen Verteilung über die Pflegestufen ab**. Von der letztgenannten (nach ihrer Zahl geringen) Gruppe waren Ende 2003 34,3% in Pflegestufe 3 (Durchschnitt: 17,5%, s. o.) und nur 28,7% in Pflegestufe 1 (Durchschnitt 43,1%) eingestuft. Auch bei den Kindern lag der Anteil der Pflegestufe 3 mit 18,3% **über dem Durchschnitt**. Dies bestätigt dem Grunde nach die in Abschnitt I.1.3.1 dargestellte Erfahrung der Medizinischen Dienste, dass Auftreten von Pflegebedürftigkeit in den jungen Lebensaltern **überdurchschnittlich mit schweren Erkrankungen** (vergleichsweise kurzfristige Erkrankungen mit hohem Pflegebedarf, oft Finalphase) **und** / **oder**

[63] a.a.O., Seite 14
[64] Tab. I.1.1.1/2

schwersten Behinderungen (lebensbedrohliche Entwicklung oder Sterbephase) zusammenhängen.

Art der pflegerischen Versorgung

Für die privat pflege-pflichtversicherten Personen wird für die Art der Leistungen in den Statistiken des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. nur unterschieden zwischen ambulanten Leistungen (Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld und von Erstattungen für ambulante Pflegesachleistungen) und stationären Leistungen (Empfängerinnen und Empfänger von Erstattungen für die Inanspruchnahme von teil- oder vollstationären Leistungen). Im **Vergleich zur Gesamtzahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher** im Bundesgebiet und in Niedersachsen sind hier **keine wesentlichen Unterschiede** zu bemerken: Ende 2003 erhielten 68,5% der privat Versicherten Leistungen der häuslichen Pflege; im Bundesgebiet waren es für das Gesamt der Leistungsbezieherinnen und –bezieher durchschnittlich 69,2% und in Niedersachsen 67,5% (Tab. I.1.1.1/2).

Auch **bei den privat Pflege-Pflichtversicherten** ist jedoch die **Zahl der stationären Leistungen** laufend und deutlich gestiegen – von Ende 1999 bis Ende 2003 um 16,0% (Tab. I.1.1.1/2). Der **Anstieg** lag damit **deutlich über demjenigen aller Leistungsempfängerinnen und –empfänger im Bundesgebiet** (11,7%)[66] **sowie** auch noch geringfügig über dem Anstieg **in Niedersachsen** (15,8%) (Tab. I.1.1/1a).

Im Vergleich zur Entwicklung auf Bundesebene für alle Leistungsbezieherinnen und Bezieher ebenso wie in Niedersachsen sehr unterschiedlich verlief die Entwicklung der Zahl der privat pflege-pflichtversicherten Personen bei den ambulanten Pflegeleistungen (Pflegegeld und Erstattungen für ambulante Pflegesachleistungen): Hier stieg die Zahl zwischen Ende 1999 und Ende 2003 um 8810 Personen entsprechend 12,4% (Tab. I.1.1.1/2). In der Bundesrepublik und in Niedersachsen sank im selben Zeitraum die Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher aufgrund des überproportionalen Absinkens der Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld um jeweils 0,4%[67]. Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Pflegegeldempfängerinnen und –empfängern

[65] Tab. I.1.1/1b
[66] Quelle: Statistisches Bundesamt; Bericht Pflegestatistik 2003 - Deutschlandergebnisse -, a. a. O., Seite 23
[67] für Bundesgebiet: wie vorstehend; für Niedersachsen: siehe Tab. I.1.1/1a

und Beziehern von Erstattungen für ambulante Pflegeleistungen liegen für die privat Pflege-Pflichtversicherten unter dem Aspekt der Bewertung der Finanzentwicklung der Zahlen im Leistungsbezug bedauerlicherweise keine Daten vor. Hinsichtlich der diesbezüglichen Entwicklungen bei den Leistungsbezieherinnen und –beziehern in Niedersachsen insgesamt wird auf die Ausführungen in Abschnitt I.1.1 hingewiesen.

Wie beim Leistungsbezug in der Sozialen Pflegeversicherung besteht auch bei den privat Pflege-Pflichtversicherten ein deutlicher grundsätzlicher **Zusammenhang zwischen der Art der Leistung** (ambulant / stationär) **und** dem **Lebensalter sowie** dem **Grad der Pflegebedürftigkeit** (Tab. TB I.1.1.1/3 und /4):

Für die verschiedenen Altersgruppen zeigt sich im Vergleich zu den Leistungsbezieherinnen und –beziehern insgesamt im Bundesgebiet und in Niedersachsen das folgende – weitgehend übereinstimmende – Bild:

Tab. T B I. 1.1.1/3

Alter von … bis unter … Jahren	**Leistungsempfängerinnen und -empfänger häusliche Pflege (Pflegegeld und Pflegesachleistung)** Anteile in %		
	Insgesamt Bund		**Niedersachsen**
	SPV + PPPV[68]	**PPPV[69]**	**SPV + PPPV[70]**
unter 15	*99,6*	98,6	*99,7*
15 – 40	*95,7*	90,4	*96,2*
40 – 65	*80,6*	85,2	*79,4*
65 - 80	*74,2*	76,5	*72,8*
80 u. mehr	*57,0*	59,4	*58,6*
gesamt	*69,4*	68,5	*67,9*

[68] Tab. I.1.1/2a
[69] Tab. I.1.1.1/3
[70] Tab. I.1.1/2a

Die Verteilung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit stellt sich wie folgt dar:

Tab. T B I. 1.1.1/4

Pflegestufe	Leistungsempfängerinnen und -empfänger häusliche Pflege (Pflegegeld und Pflegesachleistung) Anteile in %		
	Insgesamt Bund		Niedersachsen
	SPV + PPPV[71]	PPPV[72]	SPV +PPPV[73]
Stufe 1	**79,0**	80,4	*77,2*
Stufe 2	**63,0**	63,6	*63,2*
Stufe 3	**51,6**	50,5	*49,1*
Gesamt	**69,4**	68,5	*67,9*

Danach besteht auch hier zwischen den Leistungsbeziehergruppen der verschiedenen Leistungsträgerarten sowie zwischen den Gesamtwerten auf Bundesebene und für Niedersachsen eine hohe Übereinstimmung. Allerdings mit einer gewissen Tendenz zu etwas günstigeren Bedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung unter dem Aspekt des – bundesweiten – **Ausgabenvolumen**s infolge etwas höherer Anteile bei Pflegestufe 1 und etwas geringere bei Pflegestufe 3. **Niedersachsen hat unter diesem Gesichtspunkt die derzeit ungünstigste Situation**: Die jeweils vergleichsweise niedrigsten Anteile der Bezieherinnen und Bezieher häuslicher Pflegeleistungen bedeuten im Gegenzug eine vergleichsweise hohe Zahl an Bezieherinnen und –bezieher der teureren stationären Leistungen.

Vergleich Soziale Pflegeversicherung / Private Pflege-Pflichtversicherung – zusammenfassende Bewertung der Finanzlage und -entwicklung

Die vorliegenden Daten über die Versichertenstruktur und –entwicklung sowie über das Leistungsgeschehen (Stand und Entwicklung) in der Sozialen Pflegeversicherung und **in der Privaten Pflege-Pflichtversicherung** bestätigen die in der fachpolitischen Debatte um die langfristige finanzielle Absicherung der Pflegeversicherung getroffene Feststellung **gegenwärtig wie auch auf absehbare Zukunft günstigere**r **Bedingungen** der privaten Pflege-Pflichtversicherung gegenüber der sozialen Pflegeversicherung auf der Einnahmen- und auf der Ausgabenseite.

[71] Statistisches Bundesamt; Bericht: Pflegestatistik 2003 – Deutschlandergebnisse – , a.a.O., Seite 9
[72] Tab. I.1.1.1/4

Die Private Pflege-Pflichtversicherung hat vergleichsweise

- einen stärkeren Zuwachs an Versicherten,
- ein deutlich geringeres Risikopotential unter den Versicherten (jünger, einkommensstärker und –sicherer),
- einen infolge der Altersverteilung der Versicherten (zumindest auf absehbare Zeit) deutlich geringeren Anteil an Leistungsbezieherinnen und –beziehern,
- eine günstigere Geschlechterproportion,
- einen durchschnittlich späteren Zugang zu Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten,
- eine etwas höheren Inanspruchnahme von Leistungen zur Sicherung der häuslichen Pflege bei „nur“ erheblicher Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 1), eine etwas geringere bei schwerster Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3).

Allerdings ist andererseits für die Entwicklung der letzten Jahre für die Private Pflege-Pflichtversicherung ein im Vergleich zur Sozialen Pflegeversicherung nicht unwesentlich **stärkerer Anstieg der Belastungen auf der Ausgabenseite** festzustellen:

- Die Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Privaten Pflege-Pflichtversicherung stieg (Bundesgebiet gesamt) in den Jahren von Ende 1999 bis Ende 2003 um mehr als das Vierfache des für alle Pflegeversicherten gemessenen Wertes. Bezogen auf die Entwicklung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in Niedersachsen betrug der Anstieg mehr als das Dreifache.
- Im Gegensatz zum Bundes- und Landesdurchschnitt stieg bei der Privaten Pflege-Pflichtversicherung auch die Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der häuslichen Pflege (Pflegegeld + ambulante Pflegesachleistungen).
- Die Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von stationären Leistungen stieg stärker als im Bundes- und Landesdurchschnitt bei allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern.

Diese genannten negativen **Entwicklungen auf Ausgabenseite stellen** allerdings selbst unter der Annahme einer „Alterung“ der Versichertenstruktur der Privaten Pflege-Pflichtversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung **unter gleichbleibenden rechtlichen Rahmenbedingungen auf absehbare Zeit keine Gefährdung der Finanzierbarkeit der Leistungen durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen** dar.

---

[73] Tab. I.1.1/2a

Dies nicht zuletzt aufgrund der – selbst bei weiterhin bestehendem Kontraktionszwang ohne Prüfung des gesundheitlichen Risikos – geringeren Risiken auf der Einnahmenseite.

1.2 Regionale Verteilung und Strukturen

Der im Abschnitt 1.1 vorgenommene Vergleich der wesentlichen Strukturdaten der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung zwischen Niedersachsen und den Daten für das Bundesgebiet insgesamt und deren Entwicklung in den Jahren von 1999 bis 2003 hat überwiegend große Ähnlichkeiten erkennen lassen. Gleiches gilt für den Vergleich der Strukturdaten der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in den kreisfreien Städten und den Landkreisen in Niedersachsen im Verhältnis zu den Gesamtbefunden für das Land. Die Darstellung der Verhältnisse und der Entwicklungen hinsichtlich des Bezuges bzw. der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungs-Leistungen in den kommunalen Gebietskörperschaften beschränkt sich daher auf einige wenige zusammenfassende Betrachtungen sowie die nachfolgenden Abbildungen. Im Übrigen wird auf die Tabelle I.1.2/1 u. I.1.2/2 hingewiesen.

Auf die – auch tabellarische – Wiedergabe von Daten zur Altersverteilung und zur Verteilung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit wurde aus vorgenannten Gründen ganz verzichtet.

Für die Darstellung von regionalen Unterschieden wird zum Teil auf die Zuordnung zu den früheren Regierungsbezirken zurückgegriffen. Dies lässt die Auswertungssystematik der Pflegestatistik zu. Zudem sind diese Zusammenfassungen in große Teilregionen des Landes angesichts gewisser grundlegender Unterschiede in den bevölkerungs- und siedlungsstrukturellen Bedingungen sowie sozio-strukturellen Merkmalen für solche typisierenden Kennzeichnungen geeignet. Dies zeigen die diesbezüglich langjährigen Erfahrungen bei statistischen Erhebungen.

Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger 2003

In den eher ländlich strukturierten Gebieten Niedersachsens leben im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung leicht überproportional viele pflegebedürftige Menschen: Von den am 15.12.2003 insgesamt 218.363 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern lebten 81,8% in den Landkreisen; der Bevölkerungsanteil dieser kommunalen Gebietskörperschaften beträgt jedoch nur 80,9%. Der höhere Anteil der Leistungsbezieherinnen und –bezieher in den Landkreisen korrespondiert nicht, wie zu vermuten wäre, mit einem in diesen Gebietskörperschaften – landesweit betrachtet – höheren Anteil an älteren Einwohnern (65 Jahre und älter). Dieser Anteil beträgt dort 18,1%, in den kreisfreien Städten, zusammengenommen, 19,1%. Die Unterschiede zwischen „Stadt und Land“ sind insoweit hieraus nicht erklärlich.

Die vergleichsweise größte Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger lebt in den Landkreisen und kreisfreien Städten des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems – annähernd 30% aller Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungs-Leistungen in Niedersachsen. Im weiteren folgen die Kommunen im ehem. Regierungsbezirk Hannover (27,4%), danach Braunschweig (22,6%) und zuletzt Lüneburg (20,6%).

Bei den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften weist die Region Hannover aus naheliegenden Gründen mit 27.614 Personen (12,7%) die meisten Leistungsbezieherinnen und –bezieher auf. Annähernd die Hälfte davon entfällt auf die Landeshauptstadt (13.021 Personen). Mit jeweils 4,4% an allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern (insofern mit großem Abstand) folgen die Landkreise Emsland und Hildesheim. Jeweils weniger als 1% der Leistungsbezieherinnen und –bezieher leben in den kreisfreien Städten Emden und Delmenhorst und in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Wittmund. Letzterer hat mit 1408 Personen (0,64%) die geringste Zahl.

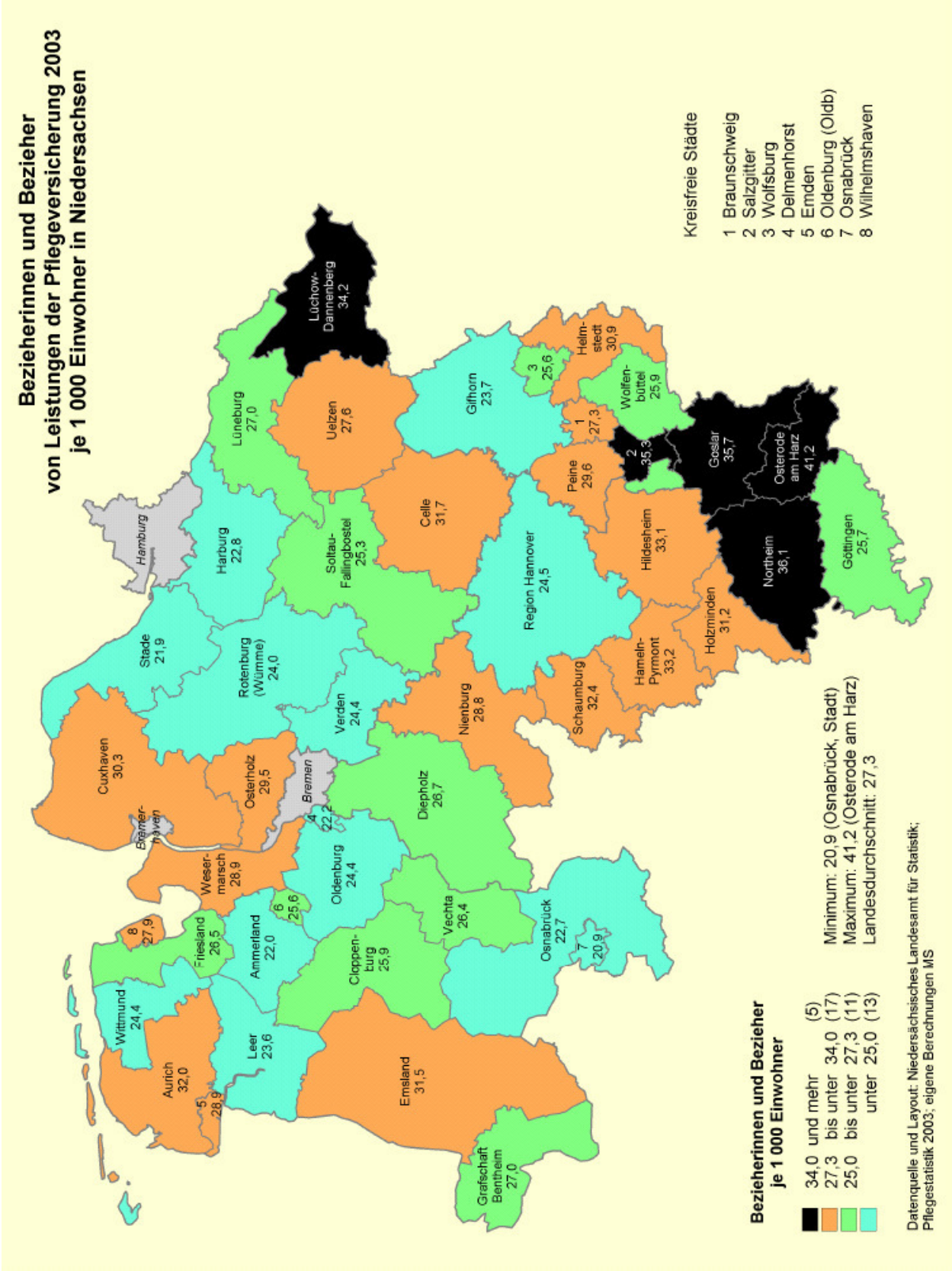
Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher im Verhältnis zur Bevölkerungszahl

Unter versorgungspolitischen Aspekten von größerer Aussagekraft als die Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher ist deren Verhältnis zur Einwohnerzahl. Landesdurchschnittlich kommen 27,3 Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen auf 1000 Einwohner (Tab. I.1.1/4). Deutlich über diesem Wert liegen

die Landkreise Osterode (41,2), Northeim (36,1), Goslar (35,7) und Lüchow-Dannenberg (34,2) sowie die Stadt Salzgitter (35,3). Deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegen die Städte Osnabrück (20,9) und Delmenhorst (22,2) sowie die Landkreise Stade (21,9), Ammerland (22,0), Osnabrück (22,7) und Harburg (22,8).74 Einen Überblick über die Situation in allen kommunalen Gebietskörperschaften gibt die nachfolgende Abbildung.

[74] hinsichtlich der zu erwartenden Entwicklung wird auf die Ausführungen in Abschnitt II.1.3 hingewiesen.

Abb.: B I. 1.2/1


Bezieherinnen und Bezieher
von Leistungen der Pflegeversicherung 2003
je 1 000 Einwohner in Niedersachsen
Hamburg
Lüchow-Dannenberg 34,2
Lüneburg 27,0
Uelzen 27,6
Gifhorn 23,7
3 25,6
Helmstedt 30,9
Wolfenbüttel 25,9
1 27,3
2 35,3
Goslar 35,7
Osterode am Harz 41,2
Peine 29,6
Celle 31,7
Harburg 22,8
Soltau-Fallingbostel 25,3
Region Hannover 24,5
Hildesheim 33,1
Northeim 36,1
Göttingen 25,7
Stade 21,9
Rotenburg (Wümme) 24,0
Verden 24,4
Nienburg 28,8
Schaumburg 32,4
Hameln-Pyrmont 33,2
Holzminden 31,2
Cuxhaven 30,3
Osterholz 29,5
Bremen
4 22,2
Diepholz 26,7
Bremerhaven
Wesermarsch 28,9
Oldenburg 24,4
Vechta 26,4
Osnabrück 22,7
7 20,9
8 27,9
Friesland 26,5
Ammerland 22,0
6 25,6
Cloppenburg 25,9
Wittmund 24,4
Leer 23,6
Aurich 32,0
5 28,9
Emsland 31,5
Grafschaft Bentheim 27,0
Kreisfreie Städte
1 Braunschweig
2 Salzgitter
3 Wolfsburg
4 Delmenhorst
5 Emden
6 Oldenburg (Oldb)
7 Osnabrück
8 Wilhelmshaven
Bezieherinnen und Bezieher
je 1 000 Einwohner
34,0 und mehr (5)
27,3 bis unter 34,0 (17)
25,0 bis unter 27,3 (11)
unter 25,0 (13)
Minimum: 20,9 (Osnabrück, Stadt)
Maximum: 41,2 (Osterode am Harz)
Landesdurchschnitt: 27,3
Datenquelle und Layout: Niedersächsisches Landesamt für Statistik;
Pflegestatistik 2003; eigene Berechnungen MS

Entwicklung von 1999 – 2003 (jeweils 15.12.)

Landesdurchschnittlich ist in den vier Jahren die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger um 9106 Personen oder 4,4% gestiegen. Diese **Entwicklung ist in den Teilregionen des Landes** allerdings **keineswegs einheitlich** verlaufen. Der Anstieg erfolgte mit 5,1% gegenüber 1999 **weit überproportional in den Landkreisen** (kreisfreie Städte: 1,3%). **94,4% des Gesamtzuwachses an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern entfiel auf die Landkreise**. Dies ist aus der Altersentwicklung in diesen Gebieten allein nicht zu erklären. Als Grund kommen eher Stadt-Umland-Wanderungen – Umzüge bei Wechsel in ein Heim in attraktive landschaftliche (Harz) oder preisgünstigere Regionen (Umland von Bremen) – in Betracht. Dafür sprechen die vergleichsweise, zum Teil sogar ausnehmend, hohen Steigerungsraten in den Landkreisen Goslar (9,4%), Osterode (12,4%), Osterholz (18,2%), Rotenburg (11,0%) und Soltau-Fallingbostel (10,7%). Dies reicht allein zur Erklärung aber nicht aus. Denn auch eine Reihe von Landkreisen außerhalb von Ballungsrandzonen, insbesondere im ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems, wie beispielsweise Cloppenburg (29,3%!), Ammerland (15,8%), Friesland (13,7%), Emsland (12,1%) oder Vechta (11,9%) hatten einen weit überdurchschnittlichen Anstieg der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger zu verzeichnen.

Absolut betrachtet hatten die kommunalen Gebietskörperschaften im ehem. Regierungsbezirk Weser-Ems den größten Zuwachs an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern zu verzeichnen: annähernd die Hälfte (45,2%) des gesamten Zuwachses in Niedersachsen entfällt auf die dortigen Landkreise und kreisfreien Städte; die Steigerungsquote gegenüber 1999 beträgt 6,9%. Je 1000 Einwohner bedeutete dies jedoch nur einen Anstieg um 1,1 Personen (von 24,9 auf 26,0). Dem entgegen entfiel auf die Landkreise im ehemaligen Regierungsbezirk Lüneburg[75] nur etwas mehr als ein Drittel (34,4%) des gesamten Zuwachses an Leistungsbezieherinnen und –bezieher. Bezogen auf den Stand von 1999 war dies allerdings ein Anstieg um 7,5% und lag insoweit über den Werten für den ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems. Gleiches gilt für das Verhältnis der Leistungsbezieherinnen und –bezieher zur Einwohnerzahl. Hier stieg die Verhältniszahl um 1,3 von 25,2 auf 26,5.

[75] Kreisfreie Städte dort nicht vorhanden

In beiden Teilregionen des Landes lag das Verhältnis von pflegebedürftigen Menschen zur Einwohnerzahl damit dennoch auch 2003 noch unter dem Landesdurchschnitt von 27,3 (s. o.).76

Im Vergleich zu den vorgenannten Teilregionen Niedersachsens fiel in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehemaligen Regierungsbezirks Braunschweig die Entwicklung der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung deutlich niedriger aus. Die zusätzlichen 1.589 Personen machten am gesamten absoluten Zuwachs nur 17,5% aus, der relative Anstieg betrug 3,3% und das Verhältnis der Leistungsbezieherinnen und –bezieher auf 1.000 Einwohner stieg um 1,0 von 28,6 auf 29,6. Allerdings ist hierbei festzuhalten, dass diese „Belastungsquote“ bereits 1999 2,1 Personen/1.000 EW über dem Landesdurchschnitt von damals 26,5 lag und sich dieser Unterschied bis 2003 um weitere 0,2 Personen/1.000 EW verstärkt hat.

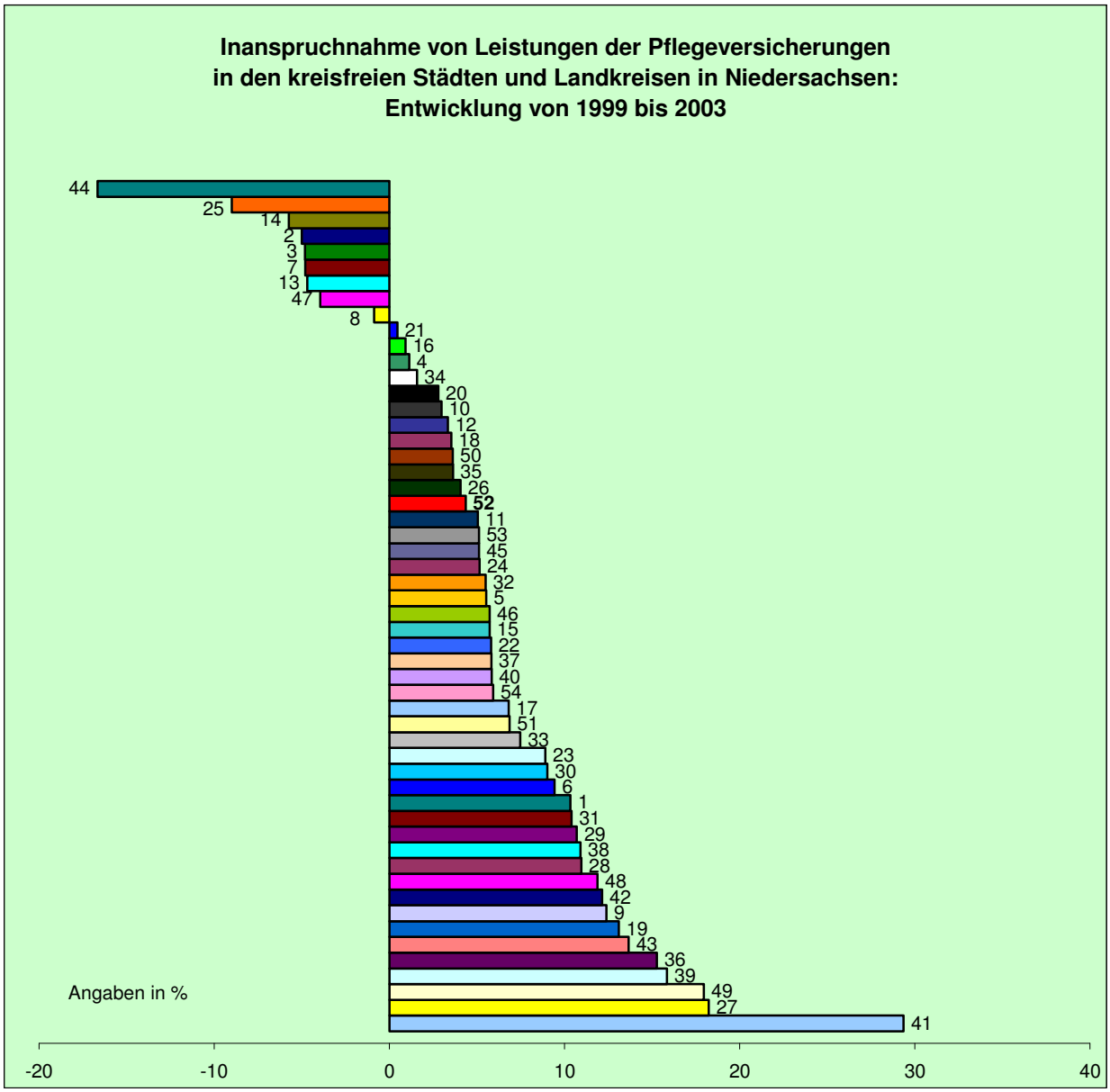
Im ehemaligen Regierungsbezirk Hannover schließlich hat – durchschnittlich betrachtet – nur eine ganz geringfügige Entwicklung stattgefunden. Dies gilt sowohl für den absoluten Anstieg mir nur 267 Personen (2,9% an Gesamt) als auch für die Steigerungsrate (0,5 % gegenüber 1999). Im Verhältnis zur Einwohnerschaft ist die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger von Pflegeversicherungsleistungen sogar geringfügig gesunken – um 0,1Person/1000 EW. Allerdings gilt hier dasselbe wie für die Situation im ehemaligen Regierungsbezirk Lüneburg: schon 1999 lag das Verhältnis „Leistungsbezieher zu Einwohner“ mit 27,7 über dem damaligen Landesdurchschnitt (26,5). Dies gilt grundsätzlich auch noch für 2003, allerdings hat sich mit einem Verhältniswert von 27,6 der Abstand dazu (27,3) deutlich verringert.

Wie im Verhältnis der ehemaligen Regierungsbezirke zueinander hat sich auch die **Entwicklung in den** einzelnen **kommunalen Gebietskörperschaften** zum Teil **sehr unterschiedlich** vollzogen. So ist in einer **Reihe von Landkreisen und kreisfreien Städten** eine **Abnahme der Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher** erfolgt. Quantitativ am ausgeprägtesten trifft das auf die Region Hannover (- 1.361 = 4,7%) und dort im besonderen für die Landeshauptstadt zu. Dort hat die Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher um 5,7%, im Gebiet des ehemaligen Landkreises Hannover um

[76] Die Befunde machen deutlich: Für die Bewertung der (regionalen) Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und die daraus ggf. abzuleitende Einschätzung der Auswirkungen auf die Versorgungssituation und –entwicklung dieser Personen ist daher die zusammenfassende Betrachtung aller vorgenannten Indikatoren erforderlich.

3,8% abgenommen. Das Verhältnis zur Einwohnerzahl sank in der Region um 1,5/1000 EW auf 24,5, dasjenige in der Landeshauptstadt um 1,6 auf 25,2.
Absolut deutlich geringer, relativ im Verhältnis zum Wert aus 1999 aber zum Teil nicht weniger hat sich die Abnahme der Leistungsbezieherinnen und –bezieher auch in einer Reihe anderer Kommunen vollzogen: in Salzgitter, Wolfsburg, Helmstedt, Northeim, Lüchow-Dannenberg und in der Grafschaft Bentheim. Bezüglich der dortigen Daten der Veränderung ebenso wie für die Daten der anderen Landkreise und kreisfreien Städte wird auf die folgende Abb. hingewiesen:

Abb.: B I. 1.2/2



1 Braunschweig, Stadt	19 Nienburg (Weser)	37 Osnabrück, Stadt
2 Salzgitter, Stadt	20 Schaumburg	38 Wilhelmshaven, Stadt
3 Wolfsburg, Stadt	21 Bezirk Hannover	39 Ammerland
4 Gifhorn	22 Celle	40 Aurich
5 Göttingen	23 Cuxhaven	41 Cloppenburg
6 Goslar	24 Harburg	42 Emsland
7 Helmstedt	25 Lüchow-Dannenberg	43 Friesland
8 Northeim	26 Lüneburg	44 Grafschaft Bentheim
9 Osterode am Harz	27 Osterholz	45 Leer
10 Peine	28 Rotenburg (Wümme)	46 Oldenburg
11 Wolfenbüttel	29 Soltau-Fallingbostel	47 Osnabrück
12 Bezirk Braunschweig	30 Stade	48 Vechta
13 Region Hannover	31 Uelzen	49 Wesermarsch
14 Hannover, Landeshauptstadt	32 Verden	50 Wittmund
15 Diepholz	33 Bezirk Lüneburg	51 Bezirk Weser-Ems
16 Hameln-Pyrmont	34 Delmenhorst, Stadt	52 Niedersachsen
17 Hildesheim	35 Emden, Stadt	53 kreisfreie Städte gesamt
18 Holzminden	36 Oldenburg, Stadt	54 Landkreise gesamt

Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Art der pflegerischen Versorgung

Ebenso wie für die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger bestehen auch hinsichtlich der Art der in Anspruch genommenen Leistungen zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften Unterschiede. Deren Ursachen können allerdings nur vermutet werden. Als verhaltensrelevante Merkmale kommen im wesentlichen in Betracht:

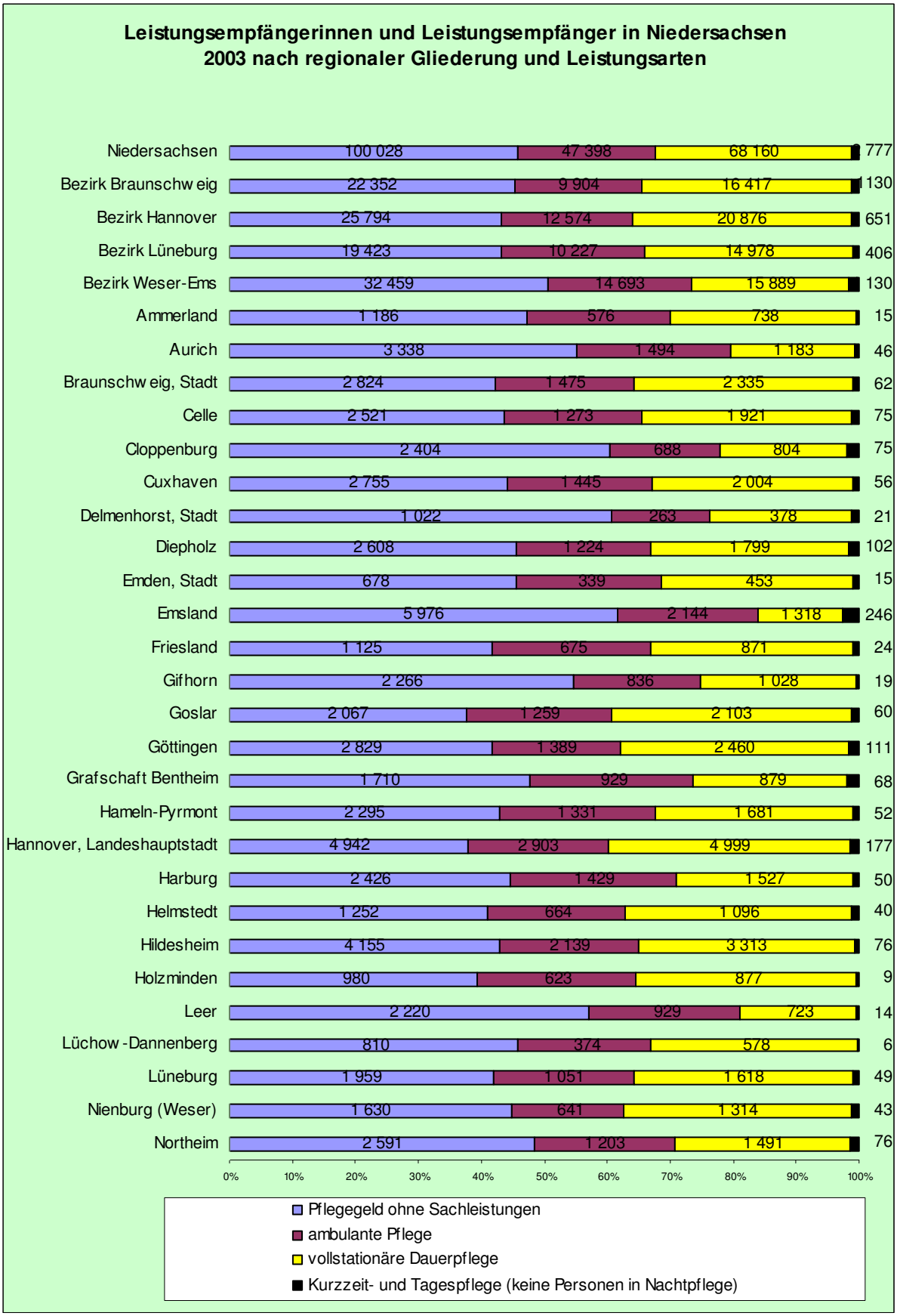
- die tatsächlichen Möglichkeiten einer privaten häuslichen Pflege (Vorhandensein von Pflegepersonen in privaten Beziehungsverhältnissen, z. B. das Vorliegen entsprechender Familienstrukturen),
- das Angebot an nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Unterstützungsleistungen (z. B. Betreuung, hauswirtschaftliche Hilfen),
- das Angebot (quantitativ und qualitativ) an ambulanten Pflegediensten (Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuung, ergänzende Dienstleistungen),
- das Angebot an Tages- und Kurzzeitpflege (einschließlich Übergangspflege nach Krankenhausaufenthalt zur Sicherung der häuslichen Pflege),
- das Angebot (quantitativ, qualitativ und preislich) an vollstationärer Dauerpflege (Pflegeheime),
- das Angebot an Formen des Betreuten Wohnens (Betreute Wohnungen, betreute Wohngemeinschaften,
- das Angebot an qualifizierter leistungserschließender Beratung (z. B. bezügl. Pflege, Hilfsmittel, Wohnungsanpassung, Case-Management zur Optimierung des Unterstützungs-Settings grundsätzlich mit dem Ziel der Vermeidung von Heimaufenthalten oder bezüglich der Auswahl eines geeigneten Pflegeheimes),[77]
- die Befähigung und die Bereitschaft von Angehörigen zur innerfamilialen Versorgung und Pflege (letztere ggf. auch in Abhängigkeit von regionalspezifischen Traditionen oder religiösen Orientierungen).

Die dargestellte Vielzahl der Einflussvariablen und die Tatsache, dass diese einander zum Teil auch wechselseitig bedingen, schließen eine Deutung der zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften unterschiedlichen Ausprägungen der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung in Sinne einer Belegführung, die wissenschaftlichen Anforderungen genügt, auf der Grundlage der vorliegenden Daten zur Ist-Situation aus. Im weiteren wird darum auf eine Interpretation der Daten weit-

gehend verzichtet. Die Darstellung konzentriert sich stattdessen auf die Feststellung besonderer Auffälligkeiten in Gestalt von Abweichungen von den landesdurchschnittlichen Werten. Im Übrigen wird auf die folgenden Abb. hingewiesen.

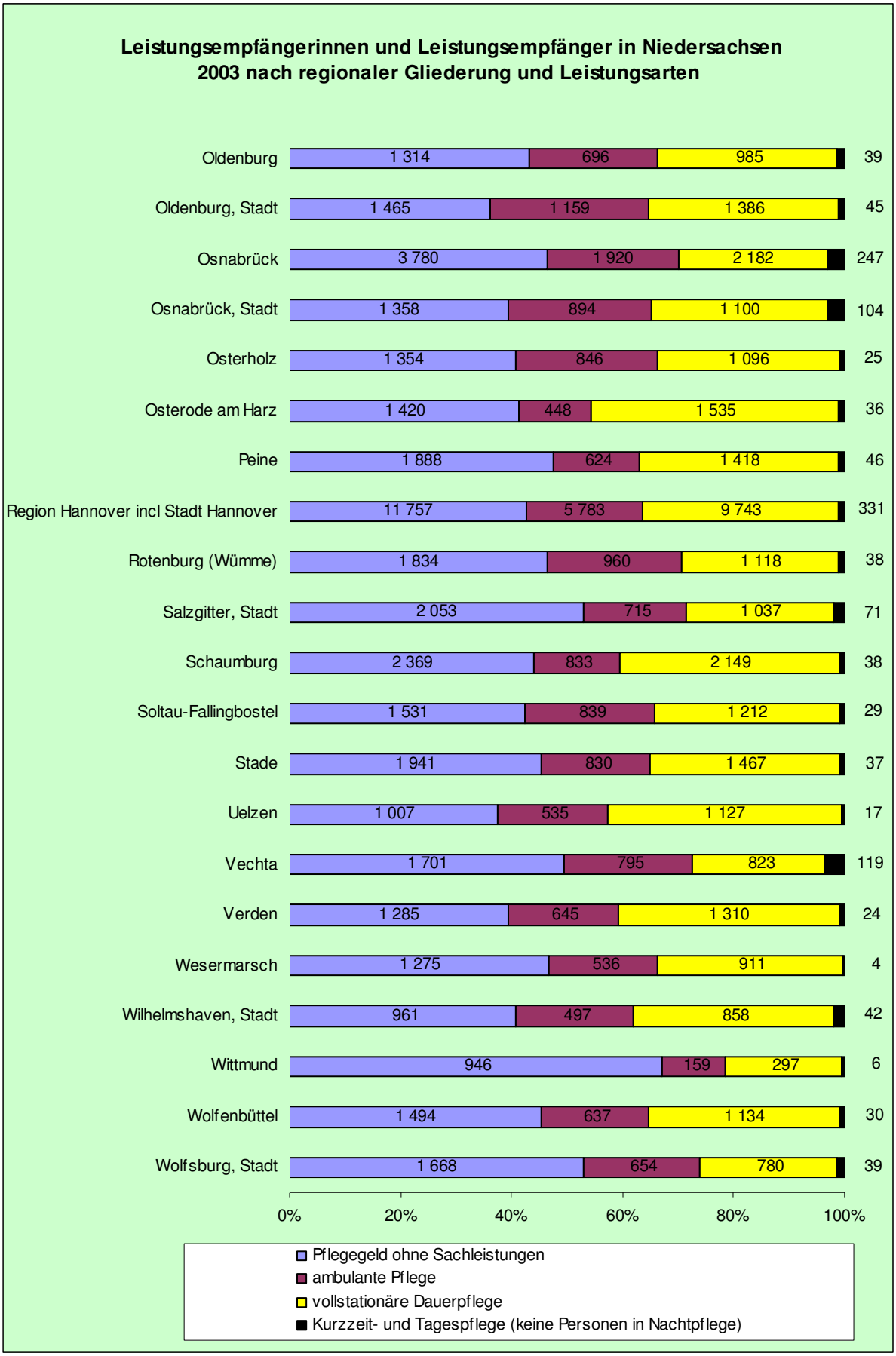
[77] Zur Versorgungslage mit den unterschiedlichen Angeboten wird auf die Ausführungen in Abschnitt I.3 hingewiesen.

Abb.: B I. 1.2/3a



Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I. 1.2/3b



Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Bezug von Pflegegeld

Der Bezug (ausschließlich) von Pflegegeld setzt voraus, dass die häusliche Pflege durch Privatpersonen sichergestellt werden kann (§ 37 SGB XI). Dies ist offenbar in besonderem Maß in den Kommunen des ehemaligen Regierungsbezirks Weser-Ems der Fall. Dieser Sachverhalt konzentriert sich dabei nicht nur auf ländliche Regionen. Bei der ausschließlichen Inanspruchnahme von Pflegegeld weisen die Landkreise Wittmund (67,2%), Emsland (61,7%), Cloppenburg (60,5%), Leer (57,1%) und Aurich (55,1%) ebenso wie die kreisfreie Stadt Delmenhorst (60,7%) weit über dem Durchschnittswert des Landes (45,8%) liegende Werte auf. Auch die Landkreise Vechta, Grafschaft Bentheim, Ammerland, Wesermarsch und Osnabrück liegen beim Pflegegeldbezug über dem Landesdurchschnitt. Letzterer allerdings geringfügig (46,5%).

Von den Kommunen des ehemaligen Regierungsbezirks Weser-Ems geringfügig bis erheblich unter dem Landesdurchschnitt liegen hingegen die kreisfreien Städte Emden (45,7%), Osnabrück (39,3) und Oldenburg (an letzter Stelle mit 36,1%) sowie die Landkreise Oldenburg (43,3%) und Friesland (41,7%).

Diese Befunde könnten den Schluss eines Zusammenhanges zwischen den Siedlungstypen ländlicher / städtischer Siedlungsraum und dort typischer Merkmalskonfigurationen wie z. B. traditionelle Familienstrukturen / Individualität des Lebensvollzuges oder traditionelle Wertorientierungen / Wertepluralität nahelegen. Dass dies zu kurz gegriffen ist, zeigen nicht nur die vorstehenden Beispiele aus dem Gebiet des ehemaligen Regierungsbezirks Weser-Ems: Auch andere kreisfreie Städte wie Wolfsburg (53,1%) und Salzgitter (53,0%) liegen nicht unerheblich über, andere Landkreise wie z. B. Uelzen (37,5%), Goslar (37,7%) , Verden oder Holzminden (jeweils 39,4%) entsprechend unter dem Landesdurchschnitt. Welche der vorgenannten Entscheidungskriterien und deren Kombination letztlich das Ergebnis bewirken, und insofern auch für die Entwicklung von Versorgungsstrategien für die Zukunft von Bedeutung sind, kann nur durch eine genauere Analyse der örtlichen / regionalen Bedingungen im Rahmen der örtlichen Pflegeberichte erfolgen (s. Abschnitt „Einführung“, 2.).

Eine gewisse Unterstützung findet aus den Daten zum Leistungsbezug allerdings die vorstehende These zum Zusammenhang zwischen dem Angebot an bzw. den Nutzungsvoraussetzungen von externen fachlichen Hilfen – hier in Gestalt der ambulanten

Pflege durch Pflegedienste. Von den genannten Gebietskörperschaften mit einem weit unterdurchschnittlichen Anteil der Inanspruchnahme ausschließlich von Pflegegeld, weisen die kreisfreien Städte Oldenburg (28,6%) und Osnabrück (25,9%) sowie die Landkreise Friesland (25,1%), Aurich (24,7%) und Leer (23,9%) weit bis deutlich über dem Landesdurchschnitt (21,7%) liegende Werte für die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen auf. Umgekehrtes gilt für die Landkreise Wittmund (11,3%) und Cloppenburg (17,3%) und die Stadt Delmenhorst (15,6%). Allerdings sind auch hier eine Reihe von Ausnahmen zu verzeichnen wie z. B. der Landkreis Grafschaft Bentheim, der sowohl beim ausschließlichen Pflegegeldbezug als auch bei der Inanspruchnahme von ambulanter Pflege überdurchschnittliche Werte besitzt. Vergleichbares gilt auch für den Landkreis Aurich. Für beide Leistungsarten unterdurchschnittliche Nutzungsanteile weisen z. B. die Landkreise Goslar und Osterode auf; auch hier findet also die o. g. These keine Unterstützung.

Bezug von ambulanter Pflege

Über die im vorangehenden Unterabschnitt dargestellten Verhältnisse hinaus, ist, kurzgefasst, festzuhalten:

Neben den Städten Oldenburg und Osnabrück sowie den Landkreisen Grafschaft Bentheim und Friesland (s. o.) deutlich über dem Landesdurchschnitt liegen noch die Landkreise Harburg (26,3 %), Osterholz (25,5%) und Holzminden (25,0%). Die niedrigsten Anteilswerte für die Nutzung von ambulanten Pflegeleistungen haben neben den genannten Landkreisen Wittmund und Osterode sowie der Stadt Delmenhorst die Landkreise Schaumburg (15,5%) und Peine (15,7%).

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang, dass die Nutzungswerte für die ambulanten Pflegeleistungen (und die Inanspruchnahme von Pflegegeld), da sich die Anteilswerte über alle Leistungsarten rechnerisch zu 100 Prozent addieren, insbesondere auch noch von der Nutzung der Leistungen der vollstationären Dauerpflege abhängen.78 Das wird besonders an den Daten für die Landkreise Osterode, Uelzen und Goslar deutlich (s. nachfolgender Unterabschnitt).

[78] Die Nutzung von Leistungen der Tages- und der Kurzzeitpflege haben dagegen angesichts ihres geringen Anteils an den insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen mit einem landesdurchschnittlichen Anteilswert von 1,3% keinen in diesem Sinne die Verteilung auf die Leistungsarten prägenden Einfluss.

Vollstationäre Dauerpflege

Hinsichtlich der Nutzung der Leistungen der vollstationären Dauerpflege liegt der Landesdurchschnitt bei 31,2%.

Weit über diesem Wert liegen die Landkreise Osterode (44,6%), Uelzen (42,0%), Verden (40,1%), Schaumburg (39,9%) und Goslar (38,8%) sowie die Landeshauptstadt Hannover (38,4%).

Erheblich unterdurchschnittlich wird vollstationäre Dauerpflege genutzt in Landkreisen Emsland (13,6%), Leer (18,6%), Aurich (19,5%), Cloppenburg (20,3%), Wittmund (20,9%) sowie in der Stadt Delmenhorst (22,5%). Diese Ergebnisse korrespondieren klar mit der deutlich überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Pflegegeld in diesen Gebietskörperschaften. Für die Stadt Delmenhorst muss allerdings angenommen werden, dass die tatsächliche Nutzung von Heimpflege über dem statistischen Wert liegt, da bekanntermaßen von der dortigen Einwohnerschaft Pflegeheime im benachbarten LK Oldenburg mit in Anspruch genommen werden. Dementsprechend niedriger müssten die Anteilswerte im Landkreis Oldenburg ausfallen, wenn der Bezug nur zur pflegebedürftigen Bevölkerung aus diesem Landkreis hergestellt würde. Eine solche „einwohnerscharfe“ Zuordnung ist aber statistisch nicht möglich.

Die Werte für die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von vollstationärer Dauerpflege lassen erneut eine einfache Stadt- / Land-Zuweisung für eine Interpretation nicht zu. Vielmehr liegt z. B. bei den Landkreisen Goslar und Osterode als ein wesentliches Einflussmerkmal die landschaftliche und klimatische Attraktivität, allerdings auch der vergleichsweise große Anteil an alten Menschen unter der Bevölkerung für die Begründung nahe. Bei der Landeshauptstadt Hannover könnte der dort vergleichsweise hohe Anteil an alleinstehenden Personen, die bei Auftreten von Pflegebedürftigkeit nicht (mehr) auf ein privates Unterstützungsnetz zurückgreifen können, bedeutsam sein. Gleiches kann z. B. auch für Göttingen unterstellt werden (36,2%); allerdings bedürfte es hier zur genaueren Analyse zumindest der Differenzierung des Nutzungsverhaltens in der Stadt Göttingen und derjenigen im umliegenden Landkreis. Diese Daten liegen jedoch nicht vor.

Tages- und Kurzzeitpflege

Die Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflege ist augenscheinlich zu erheblichen Teilen vom bestehenden Angebot an solchen Einrichtungen abhängig. Diesen Schluss lassen die Nutzungswerte für diese Angebote unter Heranziehung der Bestandsdaten (s. Tab. I.3.1.3/5 und I.3.1.4/5) mit einer gewissen Sicherheit zu.

Dementsprechend lag die Nutzung solcher Angebote in Landkreisen wie Vechta (3,5%), Osnabrück (3,1%) und dem Emsland (2,5%) sowie in der Stadt Osnabrück (3,0%) deutlich über dem Gesamtdurchschnitt von 1,3%. Hingegen waren in Landkreisen ohne Angebote von Tagespflege- und/oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen wie Wesermarsch (0,2%), Lüchow-Dannenberg (0,3%), Leer, Holzminden und Wittmund (jeweils 0,4%) nahezu keine Nutzungen von Tages- oder Kurzzeitpflegeleistungen zu verzeichnen. Dies erscheint umso bedeutsamer, als hierin auch die Nutzungen von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege für die so genannte „eingestreute Kurzzeitpflege“ mit enthalten sind[79].

Die vorstehende Feststellung eines Zusammenhanges zwischen dem Nutzungsaufkommen der Tages- und Kurzzeitpflegeleistungen und dem Angebot an solchen Einrichtungen bzw. Plätzen erlaubt allerdings keinen Rückschluss auf eventuellen Bedarf an solchen Einrichtungen. Vielmehr kann das Fehlen solcher Einrichtungen unter Umständen auch auf eine unter Wirtschaftlichkeitsaspekten unzureichende Nachfrage zurückzuführen sein. Diese Frage ist letztlich nur vor Ort ggf. durch Fehlbedarfsanalysen im Zuge der Erstellung von örtlichen Pflegeberichten oder durch örtliche Pflegekonferenzen zu klären.

[79] Auf die bezüglich der Ausweisung der Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege besondere Problematik der nach der Pflegestatistik erfassten stichtagsbezogenen Daten wird – einschränkend – hier noch einmal hingewiesen. Auf Abschnitt I.1, Unterabschnitt „Art der pflegerischen Versorgung – Kurzzeitpflege“ wird diesbezüglich zurückverwiesen.

1.3 Personen mit besonderem Hilfebedarf

1.3.1 Kinder

Zahl der pflegebedürftigen Kinder

Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI tritt zwar weitaus am häufigsten bei alten Menschen auf, dennoch sind auch Kinder hiervon betroffen. Sie geht in diesen Fällen nahezu immer mit einer schweren Erkrankung und / oder einer schweren Behinderung des Kindes einher. Eine indizierte Pflegebedürftigkeit bei Kindern ist insofern äußeres Kennzeichen für eine jeweils sehr belastete Familiensituation. Ihr muss durch ein besonderes Angebot an unterstützenden, beratenden und zum Teil auch familienersetzenden Versorgungsangeboten Rechnung getragen werden (hierzu im Einzelnen Abschnitte I.3.4.1, II.3 und III.2.3).

In Niedersachsen lebten am 15.12.2003 insgesamt 7518 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung im Alter unter 15 Jahren (Tab. I.1.3.1/1). Von ihnen waren 17,2% unter 5, 40,5% zwischen 5 und 10 und 42,3% zwischen 10 und 15 Jahre alt. Zu den großen Unterschieden hinsichtlich der Zahl der pflegebedürftigen Kinder in der Altersgruppe der 0-5jährigen einerseits und derjenigen in den beiden anderen Altersgruppen ist festzuhalten: **Die vergleichsweise geringe Zahl der pflegebedürftigen Kinder bei den 0-5jährigen ist nicht auf eine geringere Pflegebedürftigkeits-Prävalenz in dieser Altersgruppe zurückzuführen. Vielmehr sind die im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK anzulegenden Kriterien** gem. Begutachtungsrichtlinien nach § 7 SGB XI **hierfür maßgebend.** Danach ist bei Kindern stets nur der Aufwand an grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfen berücksichtigungsfähig, der das Maß der altersüblichen Hilfeleistungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens übersteigt. Dies ist – aus nahe liegenden Gründen – bei Säuglingen und kleinen Kindern nur eher ausnahmsweise der Fall.[80] Unter Ausklammerung dieser systembedingten Auswirkungen des Begutachtungsverfahrens ist

[80] Zum Zeitpunkt der statistischen Erhebungen stand dem MDK nur ein sehr grobes Raster als Anhalt zur Verfügung. Zwischenzeitlich wurden die Richtlinien diesbezüglich differenziert und durch beispielhaft aufgeführte typische Fallkonstellationen ergänzt, bei denen das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich angenommen werden kann. Diese Änderungen stellen allerdings nur den Ansatz zu einer Optimierung des bestehenden Verfahrens dar; innerhalb der MDK-Gemeinschaft wird deshalb diskutiert, ob es insbesondere bei Kindern nicht eines grundlegend anderen Verfahrens zur Feststellung des Hilfebedarfs in Form von Assessmentverfahren bedarf. Ob die bislang vorgenommene Ausdifferenzierung bereits schon zu bedarfsgerechteren Einstufungen führt, muss in den kommenden Jahren verfolgt werden.

anzunehmen, dass auch in der Altersgruppe der 0-5jährigen der phänotypische Hilfebedarf von Pflegebedürftigkeit quantitativ etwa gleich umfangreich vertreten ist wie bei den nachfolgenden Altersgruppen der Kinder. **Danach wäre auch bei den Säuglingen und Kleinkindern von einer Zahl von derzeit rd. 3000 Kindern auszugehen. Die Charakteristik von Pflegebedürftigkeit trifft nach dieser Annahme damit auf insgesamt 9.000 – 10.000 Kinder zu**. Für diese These spricht auch, dass zwischen den Altersgruppen der 5-10jährigen und der 10-15jährigen ein kaum noch nennenswerter Anstieg der Zahl der betroffenen Kinder zu verzeichnen ist. Hier kann ggf. von zwischenzeitlich zum Beispiel durch Krankheiten oder Unfälle erworbener oder krankheits- oder behinderungsbedingt erst nach und nach entwickelter Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden.

Über die Jahre von 1999 bis 2003 ist eine Abnahme der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen bei Kindern um insgesamt 14,7% erfolgt (Tab. I.1.3.1/1); diese war zwischen 2001 und 2003 mit 1164 Kindern besonders deutlich (-13,4%). Die Abnahme vollzog sich dabei am stärksten innerhalb der Altersgruppe der 0-5jährigen (519 Kinder = 28,7%). Auch hierfür wird die Begutachtungssystematik und –praxis, wie dargestellt, als Grund angenommen.
Für den Rückgang der Zahl der pflegebedürftigen Kinder kommen grundsätzlich daneben weitere Ursachen wie z. B. eine verbesserte prä-, peri- oder postnatale medizinische und ggf. pflegerische Versorgung einschließlich einer entsprechenden Beratung der (werdenden) Mütter/Eltern in Betracht. Diese Feststellung kann jedoch nicht belegt werden.
Die in den Jahren 1999 – 2003 festzustellende Abnahme der Zahl der pflegebedürftigen Kinder kommt auch in ihrem Verhältnis zur Zahl der Kinder in Niedersachsen insgesamt zum Ausdruck: Kamen am 15.12.1999 noch 6,7 nach SGB XI pflegebedürftige Kinder bis unter 15 Jahren auf 1000 Kinder derselben Altersgruppe, waren es am 15.12.2003 nur noch 5,9 Kinder (Tab. I.1.3.1/2). Allerdings ist im selben Zeitraum auch die Zahl der unter 15jährigen Kinder um rd. 32.000 Kinder zurückgegangen. Insofern wird der Rückgang der pflegebedürftigen Kinder auch hiervon beeinflusst; der Bevölkerungsrückgang bei den Kindern (2,4%) erklärt aber nicht den überproportionalen Rückgang bei den pflegebedürftigen Kinder (14,7%, s.o.).

Grad der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige Kinder sind vergleichsweise häufiger vor allem schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe 3) als der Durchschnitt aller Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in Niedersachsen. Ende 2003 waren 47,9% der pflegebedürftigen Kinder in Pflegestufe 1, 32,6% in Pflegestufe 2 und 19,5% in Pflegestufe 3 eingestuft (Tab. I.1.3.1/1). Für die Gesamtheit der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen betrugen die vergleichbaren Werte 48,7%, 36,3% und 15,0%. Die für die Gesamtheit der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in den Jahren 1999 bis 2003 festzustellende Verschiebung der Verhältnisse zwischen den Pflegestufen zugunsten der niedrigeren Pflegestufen (s. I.1.1, Unterabschnitt „Grad der Pflegebedürftigkeit“) trifft zwar auch auf die pflegebedürftigen Kinder zu, allerdings in geringerem Ausmaß. So betrug die Zunahme zwischen 1999 und 2003 in Pflegestufe 1 bei den Kindern 2,3%, die Abnahme bei Pflegestufe 3 0,6%; für alle Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher betrugen die entsprechenden Steigerung- bzw. Abnahmewerte 3,5% und 1,4%.

Mit steigendem Lebensalter der Kinder steigt durchschnittlich auch der Grad der Pflegebedürftigkeit. So waren am 15.12.2003 über die Hälfte (53%) der betroffenen Kinder der Altersgruppe der unter 5jährigen in Pflegestufe 1, nur rd. 12% in Pflegestufe 3; bei den Kindern der Altersstufe 5-10 Jahren war die Hälfte in Pflegestufe 1, 18,4% in Pflegestufe 3, bei denjenigen zwischen 10-15 Jahren 23,6% in Pflegestufe 3, hingegen nur noch 43,6% in Pflegestufe 1 (Tab.: I.1.3.1/3).
Bei der Gesamtheit der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher war ein solcher Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und dem Grad der Pflegebedürftigkeit nicht festzustellen (siehe hierzu Abschnitt I.1.1, Unterabschnitt Grad der Pflegebedürftigkeit). Ein Grund für die bei den Kindern feststellbare Situation wird erneut in dem Begutachtungsverfahren gesehen: Aufgrund des durch schwere Krankheit oder Behinderung geprägten Gesundheitszustandes werden in zunehmendem Maß die Unterschiede zu den Fähigkeiten altersgleicher gesunder Kinder erkennbar. Dies findet in einer entsprechend höheren Einstufung des Grades der Pflegebedürftigkeit seinen Niederschlag. Es steht zu vermuten, dass die für die Altersstufe der 0-5Jährigen hinsichtlich der Anzahl der pflegebedürftigen Kinder getroffene Behauptung einer tatsächlich größeren Zahl von betroffenen Kindern auch im Blick auf den Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Grad der Pflegebedürftigkeit zutrifft: **Schwere und schwerste Pflegebedürftig-**

keit liegt bei Kindern in höherem Maß vor, als in den diesbezüglichen statistischen Daten zum Ausdruck kommt. Dies ist ursächlich auf das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern zurückzuführen.

Geschlecht

Das Verhältnis zwischen pflegebedürftigen Mädchen und Jungen beträgt ungefähr 40 : 60 (Tab.: I.1.1/3c). Der überwiegende Jungenanteil entspricht den allgemeinen Erkenntnissen der Geburtenstatistik (höherer Anteil von Knaben unter den Neugeborenen) sowie der aus der Gesundheitsberichterstattung bekannten größeren Krankheits-, Behinderungs- und Sterblichkeitsrate bei Jungen.

Art der pflegerischen Versorgung

Nahezu alle Eltern von pflegebedürftigen Kindern stellen die pflegerische Versorgung in der Familie ohne fachliche Hilfe durch Dritte sicher und beziehen für ihre Kinder Pflegegeld. Leistungen der vollstationären Dauerpflege erhielten Ende 2003 nur 22 pflegebedürftige Kinder.[81] Einen Pflegedienst nahmen 1999 und 2001 jeweils nur rd. 5%, Ende 2003 wenig mehr als 7% der Eltern in Anspruch.[82] Aus der Steigerung zwischen 2001 und 2003 kann nicht selbstverständlich auf ein geändertes Verhalten der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung bei Kindern geschlossen werden. Die diesbezügliche weitere Entwicklung gilt es aber zu beobachten.

Die Daten über den Leistungsbezug bei pflegebedürftigen Kindern lässt jedoch andererseits die **Bedeutung qualifizierter Beratung der Eltern solchermaßen betroffenen Kinder insbesondere im Rahmen der verpflichtenden Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI** bei Bezug von Pflegegeld erkennbar werden. **Bedacht werden sollte in diesem Zusammenhang, inwieweit allgemeine Pflegedienste für diese Aufgabe hinreichend geeignet erscheinen, oder ob es für diese Aufgaben nicht**

[81] Hierzu zählen nicht solche in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Leistungen nach § 43a SGB XI), hierfür erfolgt keine Erfassung in der Pflegestatistik.
[82] Dies bezieht sich allerdings nur auf Leistungen nach dem SGB XI (Grundpflege und hauswirtschaftliche Hilfen); Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Gestalt der Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V) werden nach Informationen aus dem Runden Tisch „Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Kinder in Niedersachsen“ (siehe u.a. Abschnitt I.3.4.1) nach ärztlicher Verordnung häufiger in Anspruch genommen angesichts der hierfür erforderlichen spezifischen fachberuflichen Kenntnisse.

besonderer Kenntnisse und Erfahrungen bedarf, wie sie üblicherweise nur in den speziellen Kinderkrankenpflegediensten vorhanden sind.

Regionale Verteilung

Mit einer Zahl von rd. 2500 lebten Ende 2003 die meisten pflegebedürftigen Kinder in Niedersachsen in den kreisfreien Städten und Landkreisen des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems (Anteil: 29,4%; Tab. I.1.3.1/2). Im Weiteren folgten die Gebietskörperschaften im ehem. Regierungsbezirk Hannover (rd. 1910, 27,4%), Lüneburg (rd.1700, 22,6%) und Braunschweig (rd. 1420, 18,8%). Über die Jahre von 1999 bis 2003 ist diesbezüglich keine bzw. keine interpretationsfähige Veränderung festzustellen. Die zahlenmäßige Gewichtung spiegelt den höheren Kinderanteil unter der Bevölkerung insbesondere im Gebiet des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems wieder. Dementsprechend sind dort auch pflegebedürftige Kinder im Vergleich zur Verteilung aller pflegebedürftigen Personen in den Kommunen der ehemaligen Regierungsbezirke Weser-Ems und Lüneburg über-, in denjenigen der ehem. Regierungsbezirke Hannover und Braunschweig unterrepräsentiert.

Gewichtiger ist allerdings die Feststellung, dass hinsichtlich des Aufkommens der Pflegebedürftigkeit bei Kindern (Prävalenz) zwischen den ehemaligen Regierungsbezirken keine nennenswerten Unterschiede zum Landesdurchschnitt bestehen. Hier entfielen Ende 2003 5,9 Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung im Alter unter 15 Jahren auf 1000 Kinder derselben Altersgruppe. In den ehemaligen Regierungsbezirken Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Weser-Ems waren es durchschnittlich 5,8 / 5,9 / 6.0 und 5,8 Kinder (Tab. I.1.3.1/2).

Bei einzelnen Kommunen gibt es von diesen Durchschnittswerte zum Teil nicht unerheblich abweichende Werte nach unten wie nach oben. Unter einem Wert von 5,0 Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern im Alter unter 15 Jahren auf 1000 Kinder derselben Altersgruppe liegen dabei die kommunalen Gebietskörperschaften Göttingen (Stadt + Landkreis), Osterode, Cuxhaven, Delmenhorst, Stadt Osnabrück, Landkreis Oldenburg und Vechta; über ein Verhältnis von 5,9 kommen die Landkreise Helmstedt, Hameln-Pyrmont, Schaumburg, Harburg, Lüneburg sowie die kreisfreien Städte Emden und Oldenburg. Den niedrigsten Wert mit 3,9 weist die Stadt Osnabrück auf,

den höchsten mit 8,5 der Landkreis Lüneburg, gefolgt von den Landkreisen Helmstedt und Harburg mit jeweils 8,2 pflegebedürftigen auf 1000 Kinder unter 15 Jahren. Hinsichtlich der diese Werte bedingenden Merkmale sind mangels entsprechender Anhaltspunkte keine Deutungen möglich. Möglichen Ursachen und Zusammenhängen wäre insoweit im Rahmen der örtlichen Pflegeberichterstattung durch die jeweiligen Kommunen nachzugehen.

Für die notwendige Gewährleistung einer ausreichenden und familiennahen pflegerischen Versorgungsstruktur stellen allerdings die pflegebedürftigen Kinder im Blick auf ihre geringe Zahl eine besondere Problemgruppe dar. Dies gilt insbesondere unter dem Aspekt der Erreichbarkeit vor allem in den dünner besiedelten ländlich strukturierten kommunalen Gebietskörperschaften, der fachlichen Anforderungen an die Pflege und die Beratung der betroffenen Familien sowie – damit in Zusammenhang stehend – auch der Wirtschaftlichkeit und Kosten der Versorgungsangebote.[83]

1.3.2 Pflegebedürftige Jugendliche sowie Erwachsene jungen und mittleren Alters

Die öffentliche Debatte um die Pflegeversicherung und die Sicherstellung einer quantitativ wie qualitativ ausreichenden Pflege erfolgt derzeit nahezu ausschließlich unter dem Aspekt der Pflege, Versorgung und Betreuung alter Menschen. Dies ist angesichts des auch in diesem Bericht erneut aufgezeigten gehäuften Auftretens von Pflegebedürftigkeit im Alter und der prognostizierten Alterung unserer Gesellschaft nahe liegend. Tatsächlich werden jedoch – neben Kindern (s. voriger Abschnitt I.1.3.1) – **auch Jugendliche und Erwachsene jüngeren und mittleren Alters** aufgrund von Erkrankungen und Behinderungen oder Unfall bedingt pflegebedürftig und **bedürfen Pflege- und Unterstützungsarrangements**, die den altersspezifischen Lebensanforderungen gerecht werden.

Zudem werden – erneut vergleichbar den Kindern – **die gesetzlichen Bestimmungen zur Feststellung des Hilfe- und Pflegebedarfs der besonderen Situation der in jüngerem Alter von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen nicht hinreichend**

[83] Auf die Ausführungen zu den Maßnahmen der Landesregierung zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker / -behinderter / pflegebedürftiger Kinder in Abschnitt I. 3.4.1 wird hingewiesen.

gerecht. Zu dieser Feststellung kommt auch der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen (MDS) in seinem Pflegebericht für das Jahr 2003 aus dem Mai 2005[84] für die dort näher analysierte Gruppe der 40-60jährigen, bei denen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI durchgeführt wurde. Dort heißt es:

„Versicherte zwischen 40 und 60 Jahren, bei denen der Medizinische Dienst keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes festgestellt hat, leiden überproportional häufig an Erkrankungen des psychiatrischen und hirnorganischen Formenkreises. In knapp 40 v. H. diagnostizierten die Gutachter psychische und Verhaltensstörungen, sowie Krankheiten des Nervensystems. Ihr Hilfebedarf in Bezug auf die Verrichtungen nach § 14 SGB XI ist demnach (noch) nicht so hoch, als dass ihnen nach den Kriterien des Gesetzes Leistungen aus dem Pflegeversicherungs-Gesetz zustehen. Auch Sachleistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz stehen diesem Personenkreis nicht zu, da diese an die Pflegebedürftigkeit nach dem geltenden (somatisch orientierten) Pflegebedürftigkeitsbegriff geknüpft sind.

An diesem Punkt zeigen sich Schwächen der derzeitigen Gesetzeslage. …Diese Nichtberücksichtigung stößt bei vielen Angehörigen auf Unverständnis und führt deshalb zu einer vergleichsweise hohen Widerspruchsquote. Dies ist verständlich, da viele der Versicherten im psychosozialen Bereich auf Fremdhilfe angewiesen sind. ‚Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen', ‚Antrieb/Beschäftigung', ‚Stimmung' und ‚Situatives Anpassen' sind dabei die häufigsten Bereiche, in denen die Gutachter eine Auffälligkeit feststellen, die einen erheblichen Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand erfordern. Dieser spezielle Hilfebedarf kann allerdings bislang nicht zur Feststellung auf Pflegebedürftigkeit herangezogen werden."

a) Jugendliche und junge Erwachsene

Als Jugendlichen und junge Erwachsene wurden für diesen Bericht die an das Kindesalter anschließenden Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in der Altersgruppe der 15 bis unter 40jähigen definiert. Allerdings wurde bei dieser Gruppe aus Gründen der geringen Zahl keine weitere Differenzierung in Jugendliche (bis etwa zu einem Lebensalter von 25 Jahren) und junge Erwachsene vorgenommen. Im Blick auf die lebensverlaufstypischen Lebenslagen von Jugendlichen und die nachfolgenden Altersjahrgänge ist jedoch z. B. im Blick auf die privaten Unterstützungs- und Hilfenetze von unterschiedlichen Rahmenbedingungen auszugehen. So ist für Jugendliche eher eine Einbettung in die Herkunftsfamilie anzunehmen. Vergleichbares gilt für junge Erwachsene und Erwachsene mittleren Alters, die in fester Partnerschaft oder Ehe bzw. eigener Familie leben. Anders stellt sich die Versorgungsfrage sicher für die zuneh-

[84] Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.: „Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003, Essen Mai 2005, S. 43

mende Zahl von Alleinlebenden im Jugend- oder jungen und mittleren Erwachsenenalter dar. Angesicht fehlender statistischer Unterlagen zur Differenzierung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach deren Haushaltsstruktur bzw. Wohnsituation (allein lebend / gemeinsam mit …) können hierzu allerdings keine nachprüfbaren Aussagen getroffen werden.

Zahl der pflegebedürftigen Personen zwischen 15 und 40 Jahren

Ende 2003 lebten in Niedersachsen 9.752 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Alter zwischen 15 und 40 Jahren. Diese Zahl entspricht in etwa derjenigen der pflegebedürftigen Kinder (bei Vernachlässigung der aus den gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen zu Leistungen der Pflegeversicherung folgenden, im Verhältnis zu den tatsächlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen und Erkrankungen dieser Kinder zu geringen Zahl der als pflegebedürftig zu bezeichnenden Kinder; siehe Ausführungen zu I.1.3.1). Insofern erscheint die Behauptung nicht unzulässig, dass bis etwa zu einem Lebensalter von 40 Jahren die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nahezu unverändert bleibt. Sicherlich werden in diesen Altersjahrgängen Abgänge durch Versterben einerseits, krankheitsbedingte, durch erworbene Behinderungen oder durch Unfälle verursachte Neuzugänge andererseits zu verzeichnen sein. Diese gleichen einander jedoch offensichtlich in etwa aus. **Für den größten Teil der im Jugendalter oder als junge Erwachsene Pflegebedürftigen ist** vielmehr **anzunehmen, dass sie bereits im Kindesalter pflegebedürftig waren und dauerhaft bleiben. Von großem versorgungs- und auch finanzpolitischen Interesse wäre daher eine Untersuchung über altersspezifische Verweildauern im Leistungsbezug.** Dies gilt grundsätzlich auch für alle anderen Altersjahrgänge.

Die Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in der Altersgruppe von 15 bis unter 40 Jahren ist in den Jahren von 1999 bis 2003 geringfügig aber stetig gesunken (von 10.710; ca. -9%). Dies korrespondiert grundsätzlich mit der Bevölkerungsentwicklung in dieser Altersgruppe. Diese sank im selben Zeitraum allerdings nur um rd. 4,8 %. Insofern ist eine überproportionale Verringerung bei den pflegebedürftigen Menschen festzustellen (wie bei den Kindern s. Abschnitt I.1.3.1), d. h. ihre Zahl sank stärker als die Zahl aller Personen dieser Altersgruppe. Die altersspezifische Pflegequote

hat sich demgemäß auch von 4,0 je tausend Jugendliche und junge Erwachsene in den Jahren 1999 und 2001 auf 3,8 verringert (Tab. I.1.3.2/2a).

Grad der Pflegebedürftigkeit

Jugendliche und junge Erwachsene sind im Fall von Pflegebedürftigkeit – noch ausgeprägter als Kinder (s. Abschnitt I.1.3.1) – vergleichsweise **häufig schwer oder schwerst pflegebedürftig**. Von den am 15.12.2003 eingestuften Personen (Tab. I.1.1/1-3) waren rund 40% in Pflegestufe 1, 35% in Pflegestufe 2 und 25% in Pflegestufe 3. Die vergleichbaren Werte für das Gesamt der Pflegebedürftigen lauten 49%, 36% und 15% (Tab. I.1.1/1a). **Ursächlich** hierfür sind **vor allem Krebs oder andere unheilbare somatische Erkrankungen**, die einen entsprechenden Pflegebedarf nach sich ziehen. Dies wird gestützt durch die Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Altersgruppe der 40-60jährigen: Danach sind bei pflegebedürftigen Personen dieser Altersgruppe der Pflegestufen 2 und 3 zu 45% bösartige Neubildungen die erste pflegebegründende Diagnose.[85]

Die Gruppe der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterscheidet sich von der Gesamtheit der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen auch hinsichtlich der Veränderungen bei den Einstufungen von 1999 bis 2003. Während sich bei letzteren die Einstufungen von Pflegestufe 2 und 3 deutlich zugunsten von Pflegestufe 1 verschoben hat (s. Abschnitt I.1.1 und Tab. I.1.1/1a), ist dieser Prozess bei den pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwar auch, aber wesentlich weniger ausgeprägt zu verzeichnen und ausschließlich auf seltenere Einstufungen in Pflegestufe 2 zurückzuführen. Einstufungen in Pflegestufe 3 haben sogar kontinuierlich zugenommen von 23,8% in 1999 auf 24,5% in 2001 und 25,1% in 2003 (Tab. I.1.3.2/1a).

Geschlecht

Bei den pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Anteil der Anteil der Mädchen und jungen Frauen im Vergleich zur Geschlechterproportion bei den Kindern mit 45% geringfügig höher (Kinder: 42%; Tab. I.1.1/3c). Da es wenig wahr-

[85] MDS, a. a. O., S. 42

scheinlich scheint, dass die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen beim weiblichen Geschlecht stärker ausgeprägt ist als bei den Knaben und den jungen Männern, ist anzunehmen, dass der relative Anstieg der Mädchen und jungen Frauen unter den pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf eine höhere Mortalität bei Jungen zurückzuführen ist.

Art der pflegerischen Versorgung

Ende 2003 wählten nahezu 88 % der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen Pflegegeld. Dies stützt die vorstehend aufgestellte These eines privaten Unterstützungsnetzes in Gestalt der Herkunftsfamilie bzw. einer eigenen Familie, Ehe oder Partnerschaft. Letzteres mag auch für die allein lebenden jungen Erwachsenen gelten. Insofern wäre erklärlich, dass Unterstützungsleistungen durch einen Pflegedienst nur zu 8,5 % in Anspruch genommen wurden (alle Leistungsbezieher: 21,7%; s. Tab. I.1.1/1a). Tendenziell ist – wie im Durchschnitt über alle Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung – in den vier Jahren bis Ende 2003 ein leichter, gleichmäßiger Anstieg der Inanspruchnahme von externer Pflege durch Pflegedienste festzustellen (von 6,7% auf 8,4%; Tab. I.3.2./1a).

Nur 370 pflegebedürftige Menschen (3,8%) im Alter zwischen 15 und 40 Jahren lebten Ende 2003 in einem Pflegeheim. [86]

Auch für die pflegerische Versorgung ist ein Zusammenhang mit dem großen Anteil an den Pflegebedarf begründenden Krebserkrankungen und den nicht alternsbedingt typischen psychischen Störungen und Erkrankungen zu unterstellen: Diese These wird erneut gestützt durch Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) bezüglich der pflegebegründenden Diagnosen für die Altersgruppe der 40 bis 60jährigen Erstantragstellerinnen und -antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung[87]: Fast ein Viertel dieses Personenkreises (23,0%) leidet nach den Erkenntnissen des MDS an Krebs. In der Häufigkeit folgen dann psychische und Verhaltensstörungen (17,9%), Krankheiten des Kreislaufsystems (14,7%) und Krankhei-

[86] wiederum nicht solche in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
[87] MDS, a. a. O., S. 42

ten des Nervensystems (14,5%). Der MDS kommt zusammenfassend zu der Feststellung:

„Krebserkrankungen und Krankheiten, die dem psychiatrischen und hirnorganischen Formenkreis zuzurechnen sind, bilden somit das Gros der Krankheiten von Erstantragstellern in dieser Altersgruppe."

In diesem Zusammenhang darf die Tatsache, dass in den 16 Pflegeheimen der vollstationären Dauerpflege für behinderte Menschen sowie in den 37 Dauerpflegeheimen für psychisch kranke Menschen zusammen je 824 bzw. 2.870 Plätze verfügbar sind (Tab. I.3.1.5/ 1a und b), als ein Indikator dafür gewertet werden, dass **von den auf vollstationäre Dauerpflege angewiesen Personen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren nur sehr wenige „fehlplaziert" in Altenpflegeheimen leben** dürften. Diese These wird gestützt durch Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) bezüglich der pflegebegründenden Diagnosen für die Altersgruppe der 40 bis 60jährigen Erstantragstellerinnen und -antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung (s. o.).

Die **Zahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in vollstationärer Dauerpflege** blieb **zwischen 1999 und 2003** mit gewissen kleineren Schwankungen **nahezu konstant** (s. Tab. I.1.3.2/1a). Hier bestehen deutliche Unterschiede zur Entwicklung bei den älteren Menschen; dort war in den genannten Jahren ein erheblicher Anstieg der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der vollstationären Dauerpflege zu verzeichnen (s. Abschnitt I.1.1, Tab. I.1.1/2a und I.1.1/2b).

Ungeachtet eines auch bei pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vergleich zur Gesamtzahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher deutlich höheren Anteils derjenigen, die unter Bezug von Pflegegeld ihre Pflege im privaten Bereich sicherstellen (88% anstelle 46%), ist dieser Anteil im Vergleich zum Leistungsbezug der pflegebedürftigen Kinder (93%) bereits niedriger. Dies bestätigt ebenfalls die eingangs aufgestellte These, dass von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren bereits häufiger auf Pflegeleistungen durch Dritte (ambulant oder stationär) angewiesen sind. Die Ursachen mögen sowohl auf ein fehlendes persönliches Hilfenetz als auch die vorstehend beschriebenen, die Pflegebedürftigkeit verursachenden Krankheiten, wie z. B. ein Krebsleiden, zurückzuführen sein, die neben oder anstelle der privaten Pflege pflegefachliche Hilfe erfordern.

Regionale Verteilung

Im Durchschnitt kamen Ende 2003 in Niedersachsen 3,8 pflegebedürftige Jugendliche und junge Erwachsene auf 1000 Einwohner dieser Altersgruppe (Tab. I.1.3.2/2a). Die Prävalenz ist insofern nicht unerheblich niedriger als bei den Kindern (5,9, Altersgruppe bis 15 Jahre). In den kommunalen Gebietskörperschaften der ehem. Regierungsbezirke Braunschweig, Hannover und Lüneburg lag der Verhältniswert geringfügig unter, in denjenigen des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems mit 4,3 vergleichsweise deutlich über dem Landesdurchschnitt. Welche Ursachen hierfür maßgeblich sein könnten, ist aus den vorliegenden Daten nicht abzuleiten bzw. zu deuten.

Mit Werten zwischen 2,5 bis 2,8 je 1000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 40 Jahren deutlich unter dem Landesdurchschnitt vertreten waren pflegebedürftige Jugendliche und junge Erwachsene in den Städten Braunschweig, Osnabrück und Wilhelmshaven sowie den Landkreisen Göttingen (einschl. Stadt Göttingen), Osterholz, Uelzen und Verden. Bei Werten zwischen 4,5 und 6,0 lagen die Landkreise Goslar, Helmstedt, Northeim, Osterode, Hildesheim, Nienburg, Lüchow-Dannenberg, Aurich, Cloppenburg, Emsland und Grafschaft Bentheim (Tab. I.1.3.2/2a). Die Stadt Braunschweig verzeichnete mit 2,5 den niedrigsten, der Landkreis Emsland den höchsten Wert (6,0) aller kreisfreien Städte und Landkreise in Niedersachsen.

b) Pflegebedürftige Personen mittleren Alters

Als Erwachsene mittleren Alters wurden Leistungsempfängerinnen und –empfänger der Altersgruppe der 40 bis unter 65jährigen bezeichnet.

Zahl der pflegebedürftigen Personen zwischen 40 bis 65 Jahren

Mit 23.040 betrug Ende 2003 die Zahl der pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters nahezu das 2,4fache der Zahl pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwach-

senen. Dies ist zum Einen Ausdruck der bekannten und an anderer Stelle (Abschnitt I.1.1) belegten Korrelation zwischen Anstieg des Lebensalters und Häufung des Auftretens von Pflegebedürftigkeit. Hierfür bedingend sind allerdings nicht die in höherem Lebensalter typischen Alterskrankheiten und der altersbedingte Fähigkeitenverlust.[88] Von prägendem Einfluss sind vielmehr die bereits im Abschnitt I.1.3.1 über die pflegebedürftigen Kinder sowie im Abschnitt I.1.3.2 über die pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen dargestellten körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen und Krankheiten (Krebs, psychische Erkrankungen), die eine Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen. Auf die vorstehenden Abschnitte wird insoweit verwiesen.

Zahl sowie Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung sind auch bei den pflegebedürftigen Erwachsenen zwischen Ende 1999 und Ende 2003 leicht und kontinuierlich gesunken von 23651 auf 23040 bzw. 9,1 auf 8,6 Personen je 1000 Einwohner derselben Altersgruppe. Mit dem letztgenannten Verhältniswert liegt die Gruppe der pflegebedürftigen Erwachsenen zwar deutlich über der – vom Zeitraum (25 Jahre) gleichen Gruppe der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (3,2, s. Abschnitt a), jedoch immer noch weit unter dem durch die älteren Pflegebedürftigen geprägten Durchschnittswert für alle Leistungsbezieherinnen und –bezieher der Pflegeversicherung in Niedersachsen (27,3 Personen je 1000 Einwohner).

Grad der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige Erwachsene mittleren Alters wiesen Ende 2003 mit 16,2% (Tab. I.1.3.2/1b) etwas häufiger als die Gesamtheit aller Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen (14,9%) eine schwerste Pflegebedürftigkeit auf (Pflegestufe 3). Zu den diesbezüglich relevanten Gründen wird auf den vorigen Abschnitt verwiesen. Bei Pflegestufe 1 entsprach der Anteil mit 48,4% demjenigen der Gesamtheit aller pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen zu diesem Zeitpunkt.

Bei dieser Altersgruppe zeigen sich auch bei der Entwicklung der Einstufungsergebnisse im Gegensatz zu den Kindern und den Jugendlichen und jungen Erwachsenen tendenziell Übereinstimmungen mit den landesweiten Durchschnittswerten – allerdings

[88] Diese sind – angesichts der großen Zahl der altersbedingt pflegebedürftigen Personen – prägend für das typische Bild der pflegebegründenden Diagnosen. Danach sind Erkrankungen des Kreislaufsystems (18,1%), psychische und Verhaltensstörungen

quantitativ weniger stark ausgeprägt. So stiegen die Anteilswerte bei Pflegestufe 1 von rd. 45,9% über 47,4 auf 48,4% (Tab. I.1.3.2/1b) (zum Vergleich gesamt: 44,9% / 46,7% / 48,4%; Tab. I.1.1/1a), bei Pflegestufe 2 sanken sie von 36,7% über 36,1% auf 34,7% (38,5% / 37,5% / 36,2%). Ein Unterschied zeigt sich für Pflegestufe 3: Hier blieben die Werte mit 17,0%, 16,2% und 16,2% nahezu konstant; für die Gesamtheit aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sanken sie im selben Zeitraum von 16,3% über 15,4% auf 14,9%.[89] Auch hierin manifestieren sich letztlich die vom MDS bei Analyse der Pflege begründenden Diagnosen erkannten Zusammenhänge mit den typischen Krankheitsbildern der dort betrachteten Altersgruppe der 40-60jährigen Erstantragstellerinnen und -antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Geschlecht

Die für die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen getroffenen Feststellungen gelten sinngemäß auch für die pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters. Allerdings ist der Anteilswert der Frauen mit 47,3% bei dieser Altersgruppe noch einmal um 2,6% höher (Tab. I.1.1/3c).

Art der pflegerischen Versorgung

Pflegebedürftige Erwachsene mittleren Alters nahmen Ende 2003 zu rd. 65 % Pflegegeld in Anspruch, um damit ihre Pflege ohne fachliche Hilfe durch zugelassene Pflegedienste oder –heime sicherzustellen (Tab. I.1.3.2/1b). Zu knapp 15% wählten sie unterstützend zur häuslichen Pflege einen Pflegedienst und 20,6% lebten in einem Pflegeheim. Die vergleichbaren Werte für die Gesamtheit der pflegebedürftigen in Niedersachsen betrugen 45,8%, 21,7% und 31,2%.

Diese Zahlen verdeutlichen auffällig die Übergangsituation, in der sich viele Menschen mittleren Alters befinden, wenn sie in diesem Alter pflegebedürftig werden. Ein weit überwiegender Teil kann nach wie vor die Pflege im häuslichen Bereich durch Angehörige sicherstellen, allerdings unter vergleichsweise häufiger Inanspruchnahme

(17,2%), Symptome und abnorme klinische Laborbefunde (16,2%) – darunter insbesondere Senilität – und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (14,8%) die häufigsten Krankheitsbilder. Quelle: MDS, a.a.O., S. 41f

[89] Zu den diesbezüglichen Zusammenhängen siehe im einzelnen Abschnitt I.1.1

ergänzender pflegerischer und hauswirtschaftlicher Leistungen durch einen Pflegedienst. Gründe hierfür mögen die Schwere der Pflegebedürftigkeit, aber auch die mit der Pflege einhergehenden physischen und psychischen Belastungen bei den häufig altersgleichen Pflegepersonen sein. Zudem dürfte eine Rolle spielen, dass die pflegenden Angehörigen - bekanntermaßen überwiegend die Ehefrau / Lebenspartnerin, die Tochter oder Schwiegertochter noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Letzteres dürfte angesichts der typischen Erwerbsbiographien noch ausgeprägter für männliche pflegende Angehörige gelten.

Zugleich **kann in dieser Altersgruppe aber bereits ein Fünftel die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr ermöglichen**. Zum Vergleich: Nur knapp 4% der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen lebten zum selben Zeitpunkt in einem Pflegeheim.
Der Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohner ist dabei über den Zeitraum von 1999 bis 2003 nur wenig von 19.9% auf 20,6% und im Vergleich zu allen pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen geringer gestiegen (dort von 28,6 auf 31,2%; Tab. I.1.1/1a). Insofern ist die vergleichsweise hohe Quote der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen der Dauerpflege kein Widerspruch zu der an anderer Stelle getroffenen Feststellung des Zusammenhanges von Lebensalter und Art der pflegerischen Versorgung (s. Abschnitt I.1.1).

Dennoch erstaunt der Umfang der vollstationären Versorgung. Kann als ein maßgeblicher Grund für den Heimaufenthalt in höheren Lebensaltern das Fehlen einer Pflegeperson angenommen werden, die die Pflege zu Hause übernehmen kann, dürfte dies bei Personen mittleren Alters seltener sein. Die volle Erwerbstätigkeit eines (Ehe-) Partners könnte hierfür eher ausschlaggebend sein. Von größerer Bedeutung scheinen in diesem Zusammenhang aber eher die pflegebegründenden Erkrankungen oder Behinderungen zu sein, wie sie der MDS für diese Altersgruppe ermittelt hat (s. voriger Abschnitt a). Danach sind dies zu großen Anteilen schwere somatische oder psychogene Erkrankungen, die, wie anzunehmen ist, eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung und den Einsatz von Fachpflege- oder –betreuungspersonal erfordern[90]. Beides kann vielfach im häuslichen Umfeld unter den gegebenen Bedingungen nicht bzw. nicht hinreichend gewährleistet werden.

[90] hierzu könnten auch Personen mit progredierenden Erkrankungen des Immunsystems (MS, Aids) gehören; siehe Abschnitt I.1.3.5

Pflegebedürftige Menschen dieses Alters werden andererseits in den überwiegend von Hochaltrigen bewohnten Altenpflegeheimen keine altersgemäße Betreuung, Ansprache und Förderung erhalten. Sie sind dort fehlplaziert. Die Träger von Altenpflegeheimen werden angesichts der Tatsache, dass Bewohnerinnen und Bewohner mittleren Alters nur rund 7% aller pflegebedürftigen Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohner ausmachen, den Heimbetrieb aus Wirtschaftlichkeitserwägungen nicht oder nur unzureichend auf die Bedürfnisse der vergleichsweise jungen Bewohnerinnen und Bewohner ausrichten können. **Darum erscheint der Ausbau alternativer Wohn- und Betreuungsformen z. B. in Gestalt betreuter Wohngemeinschaften oder der Organisation von Pflegepatenschaften für diese Altersgruppe der pflegebedürftigen Menschen für die Zukunft besonders wichtig.**

Regionale Verteilung

Rund 30% der insgesamt 23.040 pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 40 bis unter 65 Jahren in Niedersachsen kamen Ende 2003 aus den kreisfreien Städten und Landkreisen des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems, gefolgt von den Kommunen im ehem. Regierungsbezirk Hannover (27,3%), Braunschweig (22,3%) und Lüneburg (19,9%) (Tab. I.1.3.2/2b). Die Verteilung über die ehem. Regierungsbezirke entspricht annähernd der Bevölkerungsverteilung in dieser Altersgruppe. Gegenüber der Bevölkerung leicht überrepräsentiert sind die pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner mittleren Alters in den ehem. Regierungsbezirken Braunschweig und Weser-Ems, leicht unterrepräsentiert im ehem. Regierungsbezirk Lüneburg.

Diese Verhältnisse finden ihre Entsprechung in den Pflegequoten (pflegebedürftige Personen je 1000 Einwohnerinnen und Einwohner derselben Altersgruppe): 9,3 (ehem. Reg.bez. Braunschweig), 8,5 (ehem. Reg.bez. Hannover), 7,8 ehem. Reg.bez. Lüneburg und 8,6 (ehem. Reg.bez. Weser-Ems). Der Landesdurchschnitt beträgt 8,6 (Tab. I.1.3.2/1b). **Die durchschnittliche Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ist in dieser Altersgruppe damit mehr als doppelt so hoch als in der Altersgruppe der 15-40jährigen.**

Zwischen den einzelnen Gebietskörperschaften zeigen sich in dieser Altersgruppe ausgeprägte Unterschiede. Die Pflegequoten reichen dabei von 5,6 (Stadt Osnabrück) bis zu 17,0 (Osterode am Harz). Deutlich über dem Landesdurchschnittswert von 8,6 liegen mit Werten zwischen 9,8 bis 12,9 auch noch die Stadt Salzgitter und die Landkreise Goslar, Helmstedt, Northeim, Hameln-Pyrmont, Hildesheim, Lüchow-Dannenberg, Aurich, Emsland und Wesermarsch. Deutlich niedriger als im Landesdurchschnitt ist die Pflegequote, bezogen auf je 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, außer in Osnabrück noch in der Stadt Braunschweig sowie in den Landkreisen Göttingen (einschl. Stadt Göttingen), Harburg, Rotenburg, Stade, Verden, Ammerland, Oldenburg und Osnabrück (Tab. I.1.3.2/1b).

1.3.3 Personen mit dementiellen Erkrankungen

Mit der steigenden Zahl insbesondere hochaltriger Menschen sind auch Zahl und Anteil von Menschen mit altersbedingter Demenz oder vergleichbaren Krankheiten des gerontopsychiatrischen Formenkreises - z.B. Alzheimer-Syndrom - in den letzten Jahrzehnten ständig gestiegen.[91]

Über den Umfang dieses Personenkreises liegen keine genauen Kenntnisse vor angesichts der Tatsache, dass

- die meisten dieser Menschen, solange dies möglich ist, noch in der eigenen Häuslichkeit oder Familie leben, dort versorgt und betreut werden und dementsprechend solange nicht in Erscheinung treten, wie nicht z.B. Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung (insbes. für allgemeine Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI; siehe auch Abschnitt I.3.6) geltend gemacht werden,

- eine Registrierung dieser Personen im statistischen Sinne im Rahmen der Behandlung durch niedergelassene Ärzte oder in den Krankenhäusern sowie bei stationärer Pflege im Heim nicht erfolgt,

---

[91] Der Begriff der Demenz „beschreibt ein komplexes Symptombild mit organisch bedingtem, fortschreitendem Verlust geistiger Fähigkeiten, mit Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Desorientierung, Persönlichkeitsveränderungen und in der Folge auch körperlichem Abbau. Auch wenn Demenzen in klarer Beziehung zum Alter stehen, sind sie dennoch keine „normale Alterserscheinung“, sondern eine Erkrankung.
Etwa 60 % der Betroffenen leiden an einer Alzheimer-Demenz, der häufigsten Form der primär degenerativen Demenzen. An zweiter Stelle folgt die sog. vaskuläre Demenz (Multi-Infarkt-Demenz) mit einem Anteil von ca. 20%. Die übrigen 20% verteilen sich auf Mischformen der vorher Genannten und andere Ursachen.“ (BMFSFJ (Hrsg.): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen, Berlin, Dezember 2004, S. 11.).
Eine weitergehende allgemeine Befassung mit den medizinischen, pflegewissenschaftlichen und –praktischen Erkenntnissen über (Alters-)Demenzen sowie mit der sozialen Lage dieses Personenkreises und seiner Angehörigen und den fachlichen Erfordernissen an eine adäquate Betreuung ist nicht Aufgabe dieses Berichtes; sie würde, unter Bezugnahme auf den gesetzlichen Auftrag nach § 3 NPflegeG den Rahmen sprengen. Auf die mittlerweile umfangreiche Literatur zu diesen Themenstellungen muss insoweit verwiesen werden. Die Ausführungen dieses Berichtes beschränken sich im Rahmen der gegebenen Informations- und Datenlage auf die Darstellung und Bewertung der Situation (Zahl der Betroffenen, Pflege- und Betreuungsangebote) und ihre voraussichtliche Entwicklung in Niedersachsen.

- altersdemente Personen häufig ‘nur’ der allgemeinen Beaufsichtigung und Unterstützung oder dazu auch geringer pflegerischer Hilfe bedürfen, so dass sie den leistungsauslösenden Voraussetzungen nach dem SGB XI nicht oder nicht hinreichend genügen[92] und insofern leistungspraktisch nicht in Erscheinung treten (Personen der sog. Pflegestufe Null oder „G“ mit (erheblich) eingeschränkter Alltagskompetenz),

- eine statistische Erfassung dieses Personenkreises seit Einführung der Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zwar erfolgt (Leistungsstatistik nach § 79 SGB IV). Diese ist aber auf eine bundesweite (für Niedersachsen nicht regionalisierbare) Ausweisung der Fälle von erfolgten Leistungen nach § 45b SGB XI für häuslich pflegebedürftige Personen beschränkt. Sie lässt keinen Schluss zu auf die Zahl der Personen, für die diese Leistungen erfolgten und insbesondere auf die Zahl der grundsätzlich Anspruchsberechtigten (= Zahl der pflegebedürftigen Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz entsprechend dem Gutachten des MDK).

- Empfängerinnen und –empfänger von Leistungen nach § 45 b SGB XI auch durch die Pflegestatistik nicht erfasst werden; hierzu fehlt es bislang an der rechtlichen Grundlage in § 109 SGB XI. Die letztgenannten Nachteile der Leistungsstatistik beträfen im Übrigen auch eventuelle Angaben über den Leistungsbezug in der Pflegestatistik; allerdings bezögen sich die Daten dort auf die Personen, nicht auf „Fälle“ (s. o.).

Die derzeitigen Angaben über die Zahl der von einer Demenz betroffenen Menschen beruhen daher auf Schätzungen und Hochrechnungen auf der Grundlage von Einzel-Untersuchungen.[93] Danach geht die Bundesregierung von einer Zahl von gegenwärtig 1 Mio. betroffener Personen aus. Für 60% von ihnen wird angenommen, dass sie – ggf. mit ergänzenden Hilfen durch ambulante Pflegedienste – zu Hause von Angehörigen betreut werden, die meisten der übrigen 40% leben in Heimen.[94] Die Schätzungen schließen nach Aussage des 4. Altenberichts der Bundesregierung leichte Demenzen nicht ein.[95]

Die Richtigkeit der vorstehenden Berechnungen auf Bundesebene unterstellt, würde für Niedersachsen unter der Annahme des überschlägigen Erfahrungswertes von 10% eine Zahl von 100.000 Personen mit einer höhergradigen dementiellen Erkrankung anzunehmen sein.
In anderen Berechnungen für eine „Deutschlandkarte Demenz“ geht Gust von der Alzheimer-Angehörigen-Initiative e. V., Berlin, unter Annahme von „Unteren-„ und von „O-

[92] Dieses Problem ist Gegenstand der allgemeinen Diskussion um den Aufgaben- und Leistungsbereich der Pflegeversicherung nicht zuletzt im Rahmen der Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung (s. auch Abschnitt III.4; er wird darum hier nicht weiter ausgeführt.
[93] Insbesondere von Bickel; siehe BMFSFJ, 4. Altenbericht der Bundesregierung, BT-Drs. 15/4192 v. 10.11.2004 , Seite 181
[94] eine zwar immer noch vergleichsweise kleine, aber zunehmende Zahl auch in anderen Wohnformen mit Betreuung (betreute Wohngemeinschaften, siehe Abschnitt I.3.5.3).
[95] a.a.O.

beren-Prävalenz-Raten“ für die Zahl der dementiell Erkrankten in Niedersachsen im Jahr 2001 von einem Korridor aus, der sich zwischen rd. 128.000 und 169.000 Personen bewegt (1,61 – 2,12 % der Gesamtbevölkerung am 31.12.2003).[96] In die Berechnungen für die Obergrenze einbezogen sind auch Personen mit leichterer Symptomatik.

Mit der Änderung des SGB XI durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz zum 1. Jan. 2002 hat der Bundesgesetzgeber mit dem § 45b SGB XI eine neue Leistung eingeführt. Danach haben Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im Umfang bis zu 460 Euro im Jahr. Der o. g. Personenkreis umfasst Personen, der Pflegestufen 1,2 oder 3 mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der MDK im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben (§ 45a SGB XI).

Vor diesem Hintergrund führt der MDK bei allen Erstanträgen auf Leistungen der häuslichen Pflege eine Prüfung bezüglich des Vorliegens der Berechtigung auf Leistungen nach § 45 b SGB XI durch. Diese werden für den Fall des Zutreffens in der Geschäftsstatistik des MDK erfasst. Die entsprechende Statistik des MDKN liegt dem MS vor. Danach wurde in 2003 für 13.867 Personen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Rahmen der Erstbegutachtung festgestellt. In 2004 waren es 12.565 Personen, bis einschließlich September im Jahr 2005 11.896 Personen. Auf das ganze Jahr 2005 hochgerechnet ergäben sich 15.861 Personen.

Diese Daten ermöglichen erstmals eine annähernd valide Schätzung der Zahl dementiell erkrankter Menschen in Niedersachsen. Dabei wurde aufgrund der für dieses Jahr vorliegenden Daten über alle Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung, differenziert nach solchen der häuslichen und der stationären Pflege (s. Abschnitt I.1), von den Daten von 2003 ausgegangen.

[96] Gust, Jochen: „Deutschlandkarte der Demenz – Veränderungen der Bevölkerungsstruktur und die daraus resultierenden Anforderungen“; in: www.vincentz.net/nightingale...online, Hannover 2003

In 2003 betrug das Verhältnis der Leistungsbezieherinnen und –bezieher in der häuslichen Pflege (Pflegegeld, Pflegehilfe, teilstationäre und Kurzzeitpflege: 150.203 Personen) zur Zahl der Personen, für die in der Erstbegutachtung durch den MDKN das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde (38.143 Personen) 3,938 zu 1. Diese Proportion von ca. 4 : 1 entspricht nach Auskunft des MDKN auch in etwa dem bisherigen Erfahrungswert[97]. Insofern ist näherungsweise anzunehmen, dass dieses Verhältnis auch für die im Rahmen der Erstbegutachtung festgestellten Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gilt. Für 2003 ergibt sich danach rechnerisch eine Zahl von 54.608 Personen (13.867 x 3,938).

Keine vergleichsweise gesicherten Daten liegen für die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vor, die in Pflegeheimen leben. Allgemein ist hier nach Berichten der Verbände der Einrichtungsträger ein Anteil von 50 bis 60 Prozent anzunehmen. Für den letztgenannten Anteil ergibt sich unter Bezug auf die Leistungsbezieherinnen und –bezieher der vollstationären Dauerpflege in 2003 (68.160 Personen, s. Tab. I.1.1/1a) eine Zahl von 40.886 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, für die eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz angenommen werden kann.

Häusliche und stationär gepflegte Personen zusammengenommen **ergibt für Niedersachsen eine Zahl von** – gerundet – **insgesamt 95.500 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**. Hiervon entfallen 57% auf Personen, die zu Hause leben.[98]

---

[97] eine Überprüfung der Validität der hier getroffenen Annahmen kann erst nach Vorliegen der Pflegestatistik 2005 (Stichtag 15.12.2005) erfolgen. Diese wird erfahrungsgemäß erst im Herbst 2007 vorliegen.

[98] In der repräsentativen Untersuchung von Infratest „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MUG III) im Auftrage des BMFSFJ kommt das Institut in Hochrechnungen für das Bundesgebiet zu folgenden Ergebnissen:

1.	Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten insgesamt	ca. 4,4 Mio.
	davon	
	- Pflegebedürftige (SGB XI)	ca. 1,4 Mio.
	- Sonstige (vorrangig hauswirtschaftlich) Hilfebedürftige	ca. 3,0 Mio.
2.	Hilfe- und Pflegebedürftige mit kognitiven Beeinträchtigungen	ca. 1,4 Mio.
	davon	
	- Pflegebedürftige mit kognitiven Beeinträchtigungen	ca. 660 Tsd.
	- Sonstige Hilfebedürftige mit kognitiven Beeinträchtigungen	ca. 730 Tsd.
3.	Hilfe- und Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz	ca. 600 Tsd.
	Davon	
	- Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz	ca. 440 Tsd
	- Sonstige Hilfebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz	ca. 160 Tsd.
Nachrichtlich:	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege	ca. 330 Tsd

Anmerkung: nach diesen Schätzungen lägen die auf Niedersachsen „heruntergerechneten“ Zahlen für die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowohl in der häuslichen Versorgung mit ca. 44 Tsd. als in der vollstationären Pflege mit ca. 33 Tsd. deutlich unter den oben ermittelten Werten. Angesichts der erheblichen Übereinstimmung zwischen der eigenen Berechnung des MS mit den Ergebnissen des 4. Familienberichts und den Berechnungen von Gust (a. a. O.) wird auf die Berechnungen von Infratest im Folgenden nicht mehr eingegangen.

Die Berechnungsergebnisse weisen eine erhebliche Übereinstimmung mit den in der Literatur ausgewiesenen Berechnungen (s. o.) auf. Dies kann angesichts der von den dortigen Berechnungsgrundlagen völlig unabhängigen Berechnungsbasis der vorstehenden Berechnung wechselseitig als Bestätigung der jeweiligen Ansätze gewertet werden.

Die vorstehende Berechnung erfasst nur pflegebedürftige Personen und insofern keine solchen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, die jedoch mangels anderen ausreichenden Pflegebedarfs im Sinne des SGB XI nicht als pflegebedürftig gelten und daher in der Statistik des MDKN nicht ausgewiesen werden. Die Berechnung umfasst weiter keine Personen mit einer unter der Grenze der erheblichen Beeinträchtigung der Alltagskompetenz liegenden dementiellen Erkrankung. Die Zahl von rd. **100.000 Personen** stellt daher mit hoher Wahrscheinlichkeit die **Untergrenze** dar. Die **Berechnungsergebnisse von Gust**[99] , soweit sie nach dortiger Auffassung mit der Zahl von rd. **128.000 Personen**[100]die Untergrenze bilden, erscheinen unter diesem Aspekt daher **nicht unrealistisch**.

Die in einem ersten Schritt für die Ebene der Bundesländer vorgenommenen Berechnungen liegen inzwischen auch für alle Landkreise und kreisfreien Städte vor.[101] Hierbei wurden die für die Landesebene ermittelten Werte auf die Landkreise und kreisfreien Städte unter Zugrundelegung der jeweiligen Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren „heruntergerechnet“. Die nachfolgende Tabelle stellt die Berechnungsergebnisse dar.

Gleichwohl erscheinen sie von Relevanz im Hinblick auf die Ausweisungen der Personengruppen, die zwar keinen Pflege-, aber einen allgemeinen, vorrangig hauswirtschaftlichen, Hilfebedarf aufweisen. Diese Gruppe ist unter dem Aspekt des erforderlichen Ausbaues von Betreuten Wohnangeboten (s. Abschnitt I.3.5 und III.2.2.1) von besonderer Bedeutung.

[99] a. a. O.

[100] in einer nachfolgenden Berechnung auf Basis der Landkreise und kreisfreien Städte (s. nachfolgende Fußnote) kommt Gust auf eine Gesamtzahl von 123.300 betroffenen Personen mit Daten vom 31.12.2003. Dieser Unterschied erscheint im Blick auf die vorgenommene Wertung nicht relevant.

[101] Gust, J. „Atlas der Demenz“, Demenzerkrankungen von Aachen bis Zwickau, Eutin 2004, S. 68ff.

Tab. T B I 1.3.3/1

Personen mit dementiellen Erkrankungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen am 31.12.2003

Landkreise/kreisfreie Städte	Demenzkranke	Landkreise/kreisfreie Städte	Demenzkranke
Ammerland	1.293	Lüneburg	2.065
Aurich	2.162	Nienburg	1.623
Grafschaft Bentheim	1.478	Northeim	2.248
Braunschweig	3.711	Oldenburg (Stadt)	2.085
Celle	2.509	Oldenburg	1.313
Cloppenburg	1.374	Osnabrück (Stadt)	2.235
Cuxhaven	2.843	Osnabrück	4.095
Delmenhorst	851	Osterholz	1.257
Diepholz	2.628	Osterode	1.408
Emden	675	Peine	1.698
Emsland	2.932	Rotenburg	1.878
Friesland	1.307	Salzgitter	1.478
Gifhorn	1.727	Schaumburg	2.460
Goslar	2.672	Soltau-Fallingbostel	1.813
Göttingen	2.156	Stade	2.127
Hameln-Pyrmont	2.657	Uelzen	1.836
Region Hannover	14.857	Vechta	1.204
Harburg	2.649	Verden	1.514
Helmstedt	1.367	Wesermarsch	1.186
Hildesheim	4.127	Wilhelmshaven	1.352
Holzminden	1.266	Wittmund	669
Leer	1.768	Wolfenbüttel	1.641
Lüchow-Dannenberg	815	Wolfsburg	1.594

Quelle: Gust J. „Atlas der Demenz“, Eutin 2004

1.3.4 Menschen mit Behinderungen

Rechtslage

Nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussicht-

lich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
Leistungsrechtlich von Relevanz sind insofern Umfang und Dauer des Hilfebedarfs, nicht hingegen dessen Ursache in Gestalt einer Krankheit oder Behinderung.
Durch vorstehende rechtliche Regelung wird lediglich sichergestellt, dass Menschen mit Behinderungen grundsätzlich zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören.

Angesichts dessen wird bei der Ausweisung der durch die Pflegeversicherung erbrachten Leistungen in der Leistungsstatistik nach § 79 SGB IV und der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI auch nicht nach der die Pflegebedürftigkeit auslösenden Ursache (Krankheit / Behinderung) differenziert. Für (wesentlich) behinderte Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung liegen daher keine gesonderten Daten vor. Eine Ausnahme bilden behinderte pflegebedürftige Personen, die in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben und Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten (s. u.).

Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen haben in Abhängigkeit von ihrem (überwiegenden) Lebensort unterschiedlich Zugang zu den Leistungen nach dem SGB XI:

- Leben sie zuhause und bedürfen der Pflege im Sinne des SGB XI, erhalten sie die Leistungen nach den allgemeinen Vorschriften über Leistungen bei häuslicher Pflege (§§ 36 - 42 SGB XI).
  Sofern es sich um Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung handelt (§ 45a SGB XI), haben sie zudem Anspruch auf besondere Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI).[102]

- Leben sie in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, erhalten sie die üblichen Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI - in Abhängigkeit von der Pflegestufe im Regelfall monatlich 1023 / 1279 / 1432 Euro (1688 Euro bei Härtefall).

- Leben sie in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe[103], in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs.4 SGB XI), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen -10 % der Vergütung nach § 75 Abs. 3 SGB XII, jedoch höchstens monatlich 256 Euro. Hierbei handelt es sich um einen Pauschalsatz, der keine Differenzierung nach Pflegestufen entsprechend § 15 SGB XI erfordert.
  Neben diesen Leistungen werden bei intermittierendem häuslichen Aufenthalt (z.B. in Ferien) Leistungen der häuslichen Pflege unter gleichzeitigem Ruhen der Ansprüche nach § 43a SGB XI gewährt.

[102] Differenziert hierzu Abschnitt I.3.6
[103] Zu diesen zählen neben den so genannten Langzeiteinrichtungen für geistig, körperlich, seelisch oder Sinnes- Behinderte u.a. auch die Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte (WfB)

Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Die Zahl der in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebenden Personen ist im letzten Jahrzehnt ständig gestiegen. Insoweit ist auch bei den hierunter pflegebedürftigen Menschen ein – weitgehend kontinuierlicher – Anstieg festzustellen – für das Bundesgebiet von 56.534 im Jahr 1998 auf 65.052 Personen in 2004.[104]

Im Jahr 2003 sind bundesweit für 63.104 Personen Leistungen für stationäre Pflege in vollstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen geflossen. Dies ist – verglichen mit 1999 – eine Zunahme um 9.229 Personen (1999: 53.875 Personen), also um 17 Prozent. Diese „überproportionale“ Zunahme muss vor dem Hintergrund des vergleichsweise niedrigen Ausgangsniveaus betrachtet werden.
In 2004 erhielten bundesweit 65.052 pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe Leistungen nach § 43a SGB XI (s. o.). Unter Annahme des überschlägigen Erfahrungswertes von 10 Prozent des auf Niedersachsen entfallenden Anteils und in Fortführung des durchschnittlichen Anstiegs zwischen 1999 und 2004 i. H. v. 2.235 Personen bundesweit jährlich wäre demnach für die Leistungsempfängerinnen und –empfänger in diesen Einrichtungen eine Zahl von derzeit ca. 6.700 bis 6.800 Personen anzunehmen.

Noch immer macht die Gruppe der Menschen mit Behinderung in diesen Einrichtungen damit nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger aus. Bezogen auf die Leistungsdaten für 2003 waren es 2,8%.[105]

Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI sind gegenwärtig zu rund 85 % unter 60 Jahre alt.

---

[104] Quelle unter www.bmg.bund.de\Datenbanken,Statistiken\StatistikenPflege\inZahlen; Tabelle: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)
[105] Rechnung: Leistungsempfänger nach § 43a SGB XI (6.310) : (Empfänger von Leistungen nach §§ 36 – 43 SGB XI = 218.363 + Leistungsempfänger nach § 43a) x 100

Mit einer Zunahme auch „altersbedingter“ Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen ist danach zu rechnen, da sich die gegenwärtig noch durch die Verbrechen der Nazi-Zeit geprägte Altersstruktur in den nächsten Jahren dahingehend ändert, dass die Zahl geistig behinderter Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren zunehmen wird. Auf eine überproportional höhere altersbedingte Pflegebedürftigkeit dieser Personengruppe („Frühalterung“ aufgrund der behinderungsbedingten Beeinträchtigungen) kann nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht geschlossen werden. Auf die weiteren Ausführungen zur Frage der zahlenmäßigen Entwicklung der Personengruppe der wesentlich behinderten pflegebedürftigen Menschen in Abschnitt II.3 wird hingewiesen.

1.3.5 Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder mit Schädel-Hirn-Trauma

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Multiple Sklerose (MS) ist eine der am häufigsten auftretenden neurologischen Krankheiten in Deutschland. In Niedersachsen sind nach Schätzungen des Landesverbandes Niedersachsen der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) etwa 10.000 Menschen von dieser Erkrankung betroffen. Sie tritt vorwiegend zwischen dem 18. und 50. Lebensjahr unerwartet auf. Die diagnostischen und Therapeutischen Möglichkeiten in jungen Lebensjahren haben sich verbessert. Frauen sind nicht nur deutlich häufiger betroffen als Männer, sondern auch in höherem Maße auf stationäre Versorgung angewiesen. Hierbei wesentlich sind, nach Kenntnis des Landesverbandes Niedersachsen der DMSG, vor allem in fortgeschrittenen Alter die ungünstigeren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für häusliche Pflege, insbesondere, wenn der Pflegebedarf die ständige Anwesenheit einer Pflegeperson erfordert (z.B. wegen Vollzeit-Erwerbstätigkeit des (Ehe-)Partners, eines (krankheitsbedingt) fehlenden Partners oder Überlastung von privaten Pflegepersonen bei fortgeschrittenen Krankheitszustand).

Angesichts der Tatsache, dass die Krankheit im Einzelfall sehr unterschiedlich und nicht immer progedient verläuft, ist bei vielen MS-Kranken eine eigenständige Lebensführung dauerhaft oder über einen langen Zeitraum erhalten. Hinsichtlich der Zahl der der pflegebedürftigen an MS erkrankten Personen liegen keine Erkenntnisse vor. Die zur Pflegebedürftigkeit führende Art der Erkrankung stellt kein leistungsrechtlich relevantes Kriterium dar und wird insoweit auch weder in der Leistungsstatistik der Pflegekassen

nach § 79 SGB IV noch in der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI ausgewiesen. Aussagen hinsichtlich Zahl, regionaler Verteilung und Pflege- und Betreuungssituation dieses Personenkreises sind daher nicht möglich.

Aids-Kranke

Aids steht für „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, also „Erworbener Immundefekt“, die Abwehrfähigkeit des Körpers ist gegenüber Krankheitserregern vermindert. Ursache für Aids ist Infektion mit HIV („Human Immunodefiency Virus“), es gibt zwei Virustypen (HIV-1 und 2) mit speziellen Merkmalen.
Die Wissenschaft teilt die HIV-Infektion in verschiedene Stadien ein, mit Aids wird das Stadium bezeichnet, bei dem das Immunsystem stark beeinträchtigt ist und sich bestimmte lebensbedrohliche Infektionskrankheiten und Tumore entwickeln können.
Zwar ist die HIV-Infektion (noch) nicht heilbar, aber dank medizinischer Therapien bestehen gute Chancen, dass sich eine Immunschwäche zurückbildet oder viele Jahre hinauszögern lässt. So hat der medizinische Fortschritt bei Menschen mit HIV inzwischen zu einer deutlich höheren Lebenserwartung und –qualität geführt.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) schätzt die Zahl der derzeit in Niedersachsen mit HIV-Infektion und Aids lebenden Menschen auf ca. 3.000 (davon 2300 Männer, 350 Aidserkrankte)[106], die Zahl der jährlichen neuen Aids-Erkrankungen liegt 2004 bei ca. 50, die HIV-Erstdiagnosen steigen nach rückläufiger Zahl 2004 erstmals wieder (ca. 150). Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) schätzt aufgrund ihrer Patientendaten die HIV/Aids-Zahl auf ca. 3500.
Im Vergleich zum Bundesgebiet ist Niedersachsen eher unterproportional betroffen, am meisten die großstädtischen Regionen (Anteil der Region Hannover an den Neudiagnosen 30-50%, danach folgt Braunschweig).
Über den Anteil pflegebedürftiger HIV-Infizierter bzw. Aids-Kranker liegen keine genauen Zahlen vor. Bei fortgeschrittenem Stadium der Krankheit ist jedoch auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI hoch wahrscheinlich.

[106] Epidemiologische Kurzinformation des RKI, Stand Ende 2004, Berlin

Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“

Betroffener Personenkreis

Bei den Schädel-Hirngeschädigten der Phase ‚F‘ (Bedarf an vollstationärer Dauerpflege) handelt es sich um Personen mit ausgeprägten neurologischen Schädigungen, insbesondere

- cerebrale Gefäßkrankheiten (u.a. Schlaganfall),
- Schädigungen durch akuten Sauerstoffmangel (hypoxische Hirnschädigungen, z.B. bei Herz-Kreislauf-Stillstand),
- traumatischen Ereignissen (Unfallfolgen),
- entzündlichen Prozessen (z.B. Encephalitis oder Polyradikulitis),
- Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS).

Die Folgen dieser Schädigungen beeinträchtigen die selbständige Lebensweise der Betroffenen wegen der mit der Schädigung verbundenen schweren und dauerhaften Fähigkeits- und Funktionsstörungen. Im Vordergrund der Beeinträchtigung stehen verschiedene Bewusstseinsstörungen, intellektuell-kognitive Störungen, Wahrnehmungsstörungen, Störungen der Sensorik und Motorik sowie der Kommunikationsfähigkeit. Hierdurch sind die Betroffenen in ihrer Erlebnis- und Empfindungsverarbeitung oftmals sehr eingeschränkt.

Unter den durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) geprägten Bezeichnung ‚Phase F‘ subsumierten Hilfebedarf fallen unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Maßnahmen[107] für Personen mit o.g. Symptomatik, bei denen trotz qualifizierter Akutbehandlung (Phase A) und Rehabilitation (Phasen B, C, D oder E) über Monate kein wesentlicher funktioneller Zugewinn erreicht werden konnte. Dies schließt allerdings nicht aus, dass dennoch im Einzelfall Rehabilitationspotential vorhanden ist. Diese Menschen bedürfen aber in jedem Fall dauerhafter pflegerischer Hilfen. Nach einer in 2000 durch den MDKN vorgenommenen Untersuchung in drei stationären Einrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte der Phase F (unveröffentlicht) waren von den in die Untersuchung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner nicht ganz drei Viertel der Pflegestufe III zugeordnet, etwas weniger als die Hälfte davon als Härtefall. In Pflegestufe I war nur eine Person. Dies dürfte auch die heutige Situation widerspiegeln (neuere Untersuchungen sind nicht bekannt) und verdeutlicht die besondere Situation dieses Personenkreises.

[107] Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Ausgabe 1999, S. 16

Anzahl der Betroffenen

Nach einer Wachkoma-Studie des Selbsthilfeverbandes „Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.“ in 2002 beträgt die Zahl der Phase F-Langzeitpatienten (6 Monate Wachkoma und länger) in Niedersachsen 1111 Personen (aufgeteilt in einen Gesamtsockel von 833 und eine Zahl von 278 jährlich neu hinzukommenden Personen). Diese Zahl liegt unter der noch im Pflegerahmenplan nach Erkenntnissen aus der Praxis geschätzten Zahl von ca. 1500, wobei berücksichtigt werden muss, dass nach derselben Studie die Zahl der sich in Phase A oder B befindlichen Personen mit zusammen 5490 erheblich höher ist. Von daher hat die Aussage des Pflegerahmenplans, dass nicht zuletzt in Folge der fortschreitenden Verbesserungen in der Unfallmedizin die Zahl der Personen mit Schädel-Hirn-Schädigungen steigend ist, nach wie vor seine Berechtigung. Allerdings scheint die Zahl der Personen, die tatsächlich die Phase F erreichen, geringer zu sein als damals angenommen.
Der Landesverband Niedersachsen von „Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.“ geht von einem Anteil von 2/3 aus, die im häuslichen Bereich gepflegt werden. Dies sind oft Jugendliche (speziell häufig junge Männer), die noch eher auf Hilfe der Familie (in der Regel die Eltern) rechnen können.

Schätzungsweise 80% der stationär versorgten Personen befinden sich nach Aussage der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Niedersächsischer Nachsorgeeinrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte (Phase F) in Spezialeinrichtungen der Phase F, weitere Personen mit Schädel-Hirn-Verletzungen befinden sich in anderen (z.B. Altenpflege-) Einrichtungen.

1.3.6 Migrantinnen und Migranten

a) Ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger

Obwohl die ausländische Bevölkerung im Vergleich zur deutschen Bevölkerung noch deutlich jünger ist, vollzieht sich auch in ihr ein sichtbarer demografischer Wandel. Die Zahl der über 60jährigen Ausländerinnen und Ausländer wächst kontinuierlich.[108] Allein zwischen

[108] Die im Folgenden angegebenen Zahlen erfassen nur Personen ausländischer Staatsangehörigkeit. Bundesweite Statistiken erfassen ältere Menschen mit Migrationshintergrund nicht, da zu eingebürgerten Personen und Aussiedlern keine Daten existieren. Die Bestandszahlen älterer Migrantinnen und Migranten können zudem aufgrund unvollständiger Abmeldungen nicht abschließend angegeben werden.

1995 und 2003 ist die Gruppe der über 60jährigen in der Bundesrepublik unter ihnen von 427 789 auf 757 928 Personen, d. h. um ca. 77 % angewachsen. Im gleichen Zeitraum vergrößerte sich die Zahl der 40 bis 60jährigen ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger von 1.748.793 auf 1.932.750 Personen.

Je nach Herkunft zeigen sich deutliche Unterschiede beim Anteil der über 60 Jahre alten Ausländerinnen und Ausländer. Ältere Migrantinnen und Migranten aus den ehemaligen Anwerbestaaten bilden derzeit (noch) die zahlenmäßig stärkste Gruppe. 2003 waren 19,8 % aller Ausländerinnen und Ausländer aus Spanien, 16 % aus Kroatien, 15,5 % aus Griechenland, 12,1 % aus Italien, 10,8 % aus Serbien und Montenegro, je 10,2 % aus Portugal und der Türkei und 9,1 % aus Bosnien-Herzegowina über 60 Jahre alt. Dagegen hatten nur 4,4 % aus Afrika und 4,2 % aus Asien dieses Alter erreicht.[109]

Der Altersstrukturwandel der ausländischen Bevölkerung begründet sich u. a. darin, dass die ehemaligen Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter eine dauerhafte Rückkehr in ihr Heimatland im Alter kaum mehr realisieren. Folgende Gründe werden hierfür angegeben:

- Zahlreiche Migrantinnen und Migranten der ersten Generation haben Ehegatten und Kinder nach Deutschland nachgeholt. Die Familien sind erweitert worden, Kinder und Enkelkinder sind hier geboren, die ihr Leben nicht mehr in den Herkunftsländern ihrer Eltern oder Großeltern, sondern in Deutschland gestalten möchten. Familiäre Gründe sind somit ausschlaggebend für den Verbleib älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland.

- Das hiesige Gesundheitssystem wird von vielen älteren Migrantinnen und Migranten positiv bewertet. Viele von ihnen, die aufgrund ihrer Arbeitsplätze bzw. der Art ihrer Arbeit (z. B. durch Akkord-, Schicht- und Nachtarbeit, körperlich schwere Arbeit) erhöhten gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt waren, möchten im Alter auf die gesundheitliche Versorgung in Deutschland nicht verzichten.

- Mit der Dauer des Lebens in Deutschland und den Veränderungen in den Herkunftsländern kommt es bei vielen Einwanderern zu einem Prozess der Entfremdung und der Lockerung sozialer Beziehung im Herkunftsland.[110]

Für die kommenden Jahrzehnte wird darum mit einem weiteren Anstieg der Zahl der älteren – und damit auch in Teilen pflegebedürftigen – ausländischen Bevölkerung zu rechnen sein.[111]

---

[109] Bericht der Migrationsbeauftragten der Bundesregierung über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Juni 2005, S. 141
[110] ebd.
[111] Näher hierzu Abschnitt II.2.3

Für **Niedersachsen** lassen sich die bundesweiten Entwicklungstrends bestätigen, wenngleich im Einzelnen die Daten für bestimmte Ausländergruppen abweichen.

Ende 2004 lebten in Niedersachsen nach dem Ausländerzentralregister insgesamt 462.383 ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger (6,7% der Gesamtbevölkerung)[112].
Mit 24,33 % bildeten die Türken die Hauptgruppe der ausländischen Staatsangehörigen, gefolgt - ohne asiatische Migrantinnen und Migranten - von 6,36 % Polen.[113] Durch die in den 70iger Jahren durch die damalige Landesregierung aufgenommenen vietnamesischen „Boat-People“ ist die Gruppe der Asiaten in Niedersachsen besonders hoch.

Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen am 31.12.2004[114]

Tab. T B I 1.3.6/1

Ausländer gesamt davon aus …	**462.383**
Türkei	24,33 %
Asien gesamt	15,48 %
Polen	6,36 %
Jugoslawien	6,26 %
Italien	5,25 %
Russ. Förderation	3,90 %
Griechenland	3,60 %
Ukraine	2,53 %

Von der in Niedersachsen lebenden Gesamtbevölkerung[115] (Stand 31.12.2004) sind nach der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes 3,25 % ausländische Frauen (48,4% der ausländischen Bevölkerung) und 3,45 % ausländische Männer (51,6%). 58.903 Personen (11,0%) waren 60 und mehr Jahre alt. Männer und Frauen wiesen hierbei mit 10,8% und 11,1% nahezu identische Anteilswerte auf. Die vergleichbaren Werte für die Gesamtbevölkerung betrugen 25,1%, 22,2% und 27,8%. Die Älteren unter den ausländischen Einwohnerinnen und Einwohnern Niedersachsens sind

[112] abweichend hiervon: nieders. Landesamt für Statistik, Bevölkerung am 31.12.2004: 563.393 Personen
[113] Ausländerzentralregister, Stand: 31.12.2004
[114] ebd.
[115] Nds. Landesamt für Statistik, Bevölkerung zum Stand: 31.12.2004; Ausländer gesamt hier: 536.393

damit nach wie vor im Vergleich zur Altersverteilung in der Gesamtbevölkerung weit unterrepräsentiert.

Tab. T B I 1.3.6/2

Bevölkerung nach Altersjahren und Geschlecht in Niedersachsen am 31.12.2004[116]

Bevölkerung gesamt:	**8.000.909**	Anteil an der Gesamtbevölkerung
deutsche Frauen gesamt	3.821.744	47,76%
deutsche Männer gesamt	3.642.772	45,52%
ausländische Frauen gesamt	259.790	3,25%
ausländische Männer gesamt	276.603	3,45%
ausländische Frauen 60-älter	28.111	0,35%
ausländische Männer 60-älter	30.792	0,38%

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Anteilswerte sind ebenfalls deutliche Unterschiede vorhanden. Danach ist der Anteil der männlichen älteren Bevölkerung vergleichsweise hoch, derjenige der Frauen deutlich niedriger als dem Verhältnis in der Gesamtbevölkerung entspricht. Dies wird ausgeprägt deutlich in Betrachtung der Altersgruppe der Hochaltrigen: Während in der Gesamtbevölkerung 10,6% der Frauen ein Alter von 75 und mehr Jahren aufweisen, sind dies unter den Männern (angesichts der geringeren Lebenserwartung) nur 5,6%; d. h. auf einen Mann in dieser Altersgruppe kommen durchschnittlich 1,9 Frauen. Unter der weiblichen ausländischen Bevölkerung macht die Gruppe der Frauen mit 75 und mehr Jahren 3,1% aus, diejenige unter den ausländischen Männern 2,3%; das Verhältnis beträgt hier 1 (männlich) : 1,3 (weiblich). Die Zahl der ausländischen Bürgerinnen und Bürger im Alter von 75 und mehr Jahren betrug Ende 2004 14.268, 8.031 Frauen und 6.237 Männer.

Aus diesen Zahlen folgt im Blick auf die für die pflegerische Versorgung der ausländischen Bevölkerung besonders relevanten Merkmale „Alter“ und „Geschlecht“:

- unter den ausländischen Einwohnerinnen und Einwohnern gibt es derzeit angesichts der Altersstruktur (noch) wesentlich weniger (potentiell) pflegebedürftige Personen als in der Gesamtbevölkerung bzw. der deutschen Bevölkerung,

- Zahl und Anteil der älteren Frauen sind auch bei der ausländischen Bevölkerung höher als Zahl und Anteil der Männer – Alter ist auch hier „weiblich“ – , jedoch ist der Unterschied bei weitem weniger ausgeprägt als in der deutschen Bevölkerung.

[116] ebenda

Letzteres ist der Tatsache geschuldet, dass vor allem die so genannte 1. Generation der Migranten weit überwiegend Männer waren. Angesichts der o. g. Geschlechterproportion in der Gesamtheit der ausländischen Bevölkerung – 48% Frauen zu 52 % Männern – wird hier in den nächsten Jahrzehnten eine Anpassung an die Verhältnisse der deutschen Bevölkerung erfolgen. Dort ist das Verhältnis derzeit 49 : 51%. Insofern werden auch anteilig deutlich mehr Personen und unter ihnen überwiegend Frauen das für das Eintreten von Pflegebedürftigkeit besonders bedeutsame Alter erreichen.

Betrachtet man zudem die regionale Verteilung der Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen, so werden hierbei erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten deutlich. Demzufolge sind die einzelnen Kommunen entsprechend unterschiedlich auch mit den Bedürfnissen älterer, potenziell pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten konfrontiert.

Tab. T B I 1.3.6/3

Anteil ausländischer Bevölkerung in ausgewählten kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen[117]

Landkreis/kreisfreie Stadt	%	Landkreis/kreisfreie Stadt	%
Lüchow-Dannenberg	2,5	Braunschweig Stadt	7,7
Wesermarsch	5,3	Grafschaft Bentheim	8,9
Peine	5,4	Delmenhorst Stadt	9,1
Oldenburg Stadt	5,5	Osnabrück Stadt	9,8
Schaumburg	6,2	Salzgitter Stadt	9,9
Vechta	6,6	Wolfsburg Stadt	10,4
Göttingen	6,7	Hannover Land	11,2
Hameln-Pyrmont	7,2	Landeshauptstadt Hannover	16,6

Statistische Daten zur Zahl der ausländischen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger unter der ausländischen Bevölkerung liegen nicht vor. Angesichts der Tatsache, dass die Frage der Nationalität keine für Leistungen aus der Pflegeversicherung relevante Voraussetzung bildet und der Bundesgesetzgeber in der für die Pflegestatistik maßgeblichen Vorschrift des § 109 SGB XI bezüglich der Strukturdaten der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger die Ermächtigung zur Erhebung entsprechender Daten (§ 109 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB XI) nicht auch auf die Nationalität ausgeweitet hat, machen weder die Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen

[117] Stand 31.12.2003; Nds. Landesamt für Statistik

nach § 79 SGB IV noch die Pflegestatistik nach § 109 Abs. 1 SGB XI hierüber Aussagen.

Durch die ungesicherte Datenlage werden nicht nur Aussagen zur derzeitigen Versorgungssituation von pflegebedürftigen ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern sondern auch Einschätzungen zu künftigen Pflegebedarfen stark erschwert.

Würden – mangels exakter Daten (s. o.) – die Verhältnisse der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung in der Gesamtbevölkerung auf die ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger übertragen, würde sich entsprechend der landesdurchschnittlichen Pflegequote für Männer von 1,79% und derjenigen der Frauen von 3,64% (Stand Ende 2003) für 2004 eine Zahl von ca. 4950 Männern und 9450 Frauen, zusammen also etwa 14.400 Personen, als Leistungsempfängerinnen und –empfänger der Pflegeversicherung ergeben. Das wären, bezogen auf die Zahl aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger[118] 6,6%.

Eine solche Übertragung der Gesamtverhältnisse auf die ausländische Bevölkerung ist allerdings nicht unproblematisch angesichts insbesondere zweier aus Untersuchungen bekannten Gegebenheiten

- eine vor allem bei älteren ausländischen Männern festzustellende im Vergleich zu deutschen Männern gleichen Alters höhere Morbiditätsrate und
- vergleichsweise größere Barrieren zur Inanspruchnahme insbesondere familienexterner Pflegeleistungen.

Erstere ist vor allem auf die im Vergleich zum Durchschnitt der (männlichen) Bevölkerung eher gesundheitsgefährdende berufliche Tätigkeiten zurückzuführen; dies betrifft vor allem die ehemaligen Gastarbeiter (und Gastarbeiterinnen) und dürfte damit insofern eher ein Übergangsproblem darstellen. Als Zugangsbarrieren von älteren Migranten zu Angeboten der Altenhilfe werden in der Literatur genannt[119]:

- wenig Informationen über bestehende Angebote und Unkenntnis über die Palette der Angebote, Dienste und Einrichtungen,

[118] 218.363 mit Stand 15.12.2003
[119] „Älter werden in Deutschland"; Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten, Nr. 11, Sept. 2001, S. 28

- die Beeinträchtigung des aktiven Zugangs durch die „Rückkehrillusion“ und die Annahme, im Bedarfsfall auf die Kinder zurückgreifen zu können,
- Sprach- und Verständigungsprobleme,
- religiöse, ethische oder kulturelle Anschauungen und Werte,
- Konzentration der Kontakte zu Institutionen oder Einrichtungen auf solche der eigenen Nationalität oder internationale Zentren,
- negative Vorstellungen oder Erfahrungen bei deutschen Institutionen,
- Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen.

Daneben können aber auch Zugangsbarrieren bei Einrichtungen für ältere (pflegebedürftige) Menschen zu älteren Migrantinnen und Migranten bestehen. Als solche werden genannt[120]:

- unzureichende Information über das Migrationsgeschehen und die Wanderungsentwicklung,
- wenig bis kein Kontakt zur Zielgruppe (möglicher Hilfebedarf wird daher nicht erkannt),
- ausgeprägte Komm-Struktur der Einrichtungen und Dienste[121]
- monokulturelle Ausrichtung und wenig Sprachvielfalt,
- Arbeitsüberlastung im Tagesgeschäft,
- wenig Fortbildungsangebote und –gelegenheiten,
- allgemeine Rat- und Hilflosigkeit bei der Entwicklung von Angeboten.

Die Auswertung der vorhandenen Statistiken zu Unterschieden in den Lebensverhältnissen von Deutschen und Nichtdeutschen in Niedersachsen macht deutlich, dass es nach wie vor starke Unterschiede in den Lebensverhältnissen und damit in den Lebenschancen der Menschen gibt. So beziehen 3,1 % der Deutschen und 19,3 % der Nichtdeutschen Sozialhilfe (Stichtag 31.12.2003). Nichtdeutsche haben im Durchschnitt geringere Qualifikationen, die deutlich geringeren Einkommen, die schlechteren Arbeitsplätze und ein höheres Arbeitsplatzrisiko. Sie bewohnen kleinere und qualitativ schlechtere Wohnungen.[122] Ob hieraus auch vergleichsweise umfänglicher und spezifischer Bedarf an Hilfe und Pflege insbesondere im Alter erwächst, kann angesichts der diesbezüglich fehlenden empirischen Grundlagen nur gemutmaßt werden.

[120] ebenda
[121] dies gilt für ambulante Pflegedienste nur insoweit, als der Antrag auf Erbringung von Pflegeleistungen von den pflegebedürftigen Personen oder ihren Angehörigen beim Pflegedienst gestellt werden muss.

Spätaussiedler und jüdische Zuwanderinnen und Zuwanderer

Nicht zu der Gruppe der Migranten zählend, jedoch häufig nicht weniger „fremd in der (neuen) Heimat“ ist die Gruppe der Spätaussiedler und der jüdischen Zuwanderinnen und Zuwanderer. Insofern stellt sich auch hier die Frage nach dem bestehenden Pflegebedarf (quantitativ und qualitativ), nach der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung bzw. nach dem Zugang zu diesen Leistungen und den Angeboten der pflegerischen Versorgung.

Bei beiden Gruppen handelt es sich um zahlenmäßig vergleichsweise kleine und nach ihrer Zuwanderungszahl deutlich abnehmenden Personengruppen.

Bei den seit 1990 nach Niedersachsen zugewanderten Spätaussiedlern handelt es sich überwiegend um Familien, die aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion stammen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter den ankommenden Spätaussiedlern liegt bei ca. 30 %. Der Anteil der anerkannten Spätaussiedler hat sich, bezogen auf alle Neueinreisenden, auf unter 20 % reduziert.
Im Jahr 2004 sind nach Niedersachsen 456 über 60jährige Aussiedlerinnen und Aussiedler (183 Männer und 273 Frauen) zugewandert. Dies sind 8,79 % von den 2004 nach Niedersachsen insgesamt 5.184 zugewanderten Aussiedlerinnen und Aussiedlern (3,53 % von insgesamt 2.460 männlichen Personen und 5,26 % von insgesamt weiblichen 2.724 Personen).[123]

Die Anzahl der jüdischen Zuwanderinnen und Zuwanderer hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Waren es 2001 noch 1.988 nach Niedersachsen zugewanderte Personen, reduzierte sich die Zahl (2002 = 1.498, 2003 = 768) im Jahr 2004 auf 704.[124]
Die Kriterien für die künftige Aufnahme jüdischer Zuwandererinnen und Zuwanderer (ab 01.07.2006) werden gegenwärtig überarbeitet. Es ist damit zu rechnen, dass nur noch ca. 10-20 % der Anträge künftig positiv beschieden werden können. Allerdings gibt es noch 27.000 unbearbeitete Anträge, die zum Teil noch nach altem Recht bearbeitet werden sollen (Antragstellung bis 30.06.2001).

---

[122] Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Bundesamt für Statistik
[123] Bundesverwaltungsamt, Bestandszahlen/Altersstruktur Aussiedler für den Berichtszeitraum Januar – Dezember 2004
[124] BVA bzw. eigene Erhebungen Nds.

Hinsichtlich der Versorgungssituation in der Pflege lässt sich folgendes feststellen:

- Für die jüdischen Zuwanderinnen und Zuwanderer ist davon auszugehen, dass der Zugang zur pflegerischen Versorgung durch eine gezielte Unterstützung seitens der jüdischen Gemeinden und der Zentralstelle der jüdischen Wohlfahrt erfolgt. Für stationär pflegebedürftige Mitbürgerinnen und Mitbürger jüdischen Glaubens bietet der Jüdische Altersheim e. V. mit dem Lola-Fischel-Haus in Hannover – landeszentral – ein Pflegeheim mit 86 Plätzen an.

- Eine vergleichbar gezielte Hilfestellung wie für die jüdischen Zuwanderinnen und Zuwanderer kann grundsätzlich auch für die Spätaussiedler angenommen werden – hier seitens der örtlichen Kommunalverwaltungen in Form von (zugehender) Beratung durch spezielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Auf diese beiden Gruppen wird insoweit im Folgenden nicht weiter eingegangen.

2. Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Die Daten über Zahl und Struktur der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen im vorangehenden Abschnitt I.1 sind Ausdruck der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben über die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI und der insoweit praktizierten Bewertung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne der (nach wie vor streitbefangenen) Kriterien von Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI.

Die Daten zu Abschnitt 1 geben keine Auskunft über

- Die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung aus der Bevölkerung und ihre Entwicklung
- Die Zahl der von dem Leistungsbezug der Pflegeversicherung ausgeschlossenen Versicherten mangels hinreichender Pflegebedürftigkeit im Sinne der oben genannten Vorschriften.
  Hierzu zählen auch die auf allgemeine Betreuung und Unterstützung angewiesenen dementen sowie geistig behinderten oder psychisch kranken Menschen, soweit sie nicht zugleich auch den nach § 15 i.V.m. § 14 SGB XI definierten Mindest-Hilfebedarf für die Gewährung von Leistungen der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) aufweisen. Es handelt sich dabei um Personen, die entweder ausschließlich auf allgemeine Betreuung und Unterstützung angewiesen sind, oder zusätzlich einen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI haben, der jedoch die o.g. Mindestvoraussetzungen für Leistungen in der Pflegeversicherung nicht erreicht.
- Art und Umfang der nach den Vorschriften des SGB XI erbrachten Leistungen im einzelnen und deren Entwicklung seit Leistungsbeginn nach diesem Gesetz.

Der nachfolgende Abschnitt gibt hierüber Auskunft.[125]

2.1 Nachfrage nach Leistungen für Pflege

<u>Nachfrageentwicklung gesamt</u>

Die Anträge auf Leistungen nach dem SGB XI sind bis zum Jahr 2001 stetig zurückgegangen, seitdem ist wieder ein Anstieg der Antragseingänge zu verzeichnen. Eine Ausnahme stellt das Jahr 2003 dar, in dem die Zahl der Anträge einen bisherigen Tiefst-

[125] Die Angaben beruhen auf der Geschäftsstatistik des MDKN; diese enthalten keine geschlechts- oder altersspezifische Differenzierung.

stand erreichte.[126] Insgesamt jedoch haben die Anträge auf Pflegeleistungen in Niedersachsen zwischen 1997 und 2004 um etwa 4 Prozent abgenommen.

Anzahl der Anträge auf Pflegeleistungen seit 1997:

Tab. T B I 2.1/1

Jahr	
1997	144.389
1998	141.259
1999	139.857
2000	139.542
2001	136.212
2002	137.455
2003	133.124
2004*	153.910

* ab 1.7.2004 mit MDK HB

Die Antragsentwicklung steht im Gegensatz zur Entwicklung der älteren Bevölkerung, die den größten Teil der Leistungsempfängerinnen und -empfänger darstellt: Die Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen ist im selben Zeitraum in Niedersachsen um etwa 200.000 Personen gewachsen, das entspricht einer Zunahme von 13,4 Prozent.[127] **Die „Alterung" der Gesellschaft** geht aus diesen Zahlen deutlich hervor, jedoch **hat sich** diese **nicht im Sinne einer Steigerung auf die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung ausgewirkt**. Dieses Ergebnis ist im Blick auf die Frage nach der zukünftigen Entwicklung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger (im Einzelnen siehe Abschnitt II.1) insofern **von erheblicher Bedeutung als damit nicht selbstverständlich von einem linearen Zusammenhang von demographischer Entwicklung und Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher in der Pflegeversicherung ausgegangen werden kann**.

Der für die Jahre 1999 – 2003 festgestellte Anstieg der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung ist also **weder auf ein verändertes Nachfrageverhalten nach Leistungen der Pflegeversicherung noch auf eine aus der demographischen Entwicklung (Alterung der Einwohnerschaft) resultierende Nachfrageveränderung zurückzuführen. Der Anstieg kann demgemäß nur auf die Dauer der im Leistungsbezug befindlichen Personen seit Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen sein.** Die Richtigkeit dieser These wird durch repräsen-

[126] Die Gründe für den starken Rückgang der Antragseingänge im Jahr 2003 sind nicht bekannt, dieser „Ausreißer" kann aber für Trendaussagen nicht relevant sein.

tative Erhebungen der Infratest Sozialforschung aus 2002 im Auftrage des BMFSFJ bestätigt.[128] Danach liegt die **durchschnittliche Dauer des Bezuges von Leistungen der Pflegeversicherung bei ca. 8,2 Jahren** (s. auch Abschnitt I.1.1, Abb. B I.1.1/5)).

Der sprunghafte Anstieg der Anträge im Jahr 2004 ist als Folge der Verwaltungsgemeinschaft des MDK von Niedersachsen und Bremen zu interpretieren, da die Bremer Aufträge seit dem 01.07.2004 ohne Länderzuordnung mit erfasst werden. In Bremen gingen in den vergangenen Jahren ca. 10 Prozent des Auftragsvolumens gegenüber Niedersachsen ein.[129] Berücksichtigt man dieses Verhältnis, so ist davon auszugehen, dass im Jahr 2004 bei den Antragseingängen aus Niedersachsen ein etwas höheres Niveau als 2002 erreicht wurde.

Bei der Nachfrage nach Pflegeleistungen ist zwischen Anträgen auf stationäre und Anträgen auf ambulante Pflege zu unterscheiden. Anträge auf ambulante Pflege umfassen Anträge auf Pflegegeld sowie auf häusliche Pflegeleistungen, Anträge auf stationäre Pflege umfassen voll- und teilstationäre sowie Kurzzeitpflegeleistungen – wobei die ersteren weit überwiegen.

Entwicklung der Nachfrage nach ambulanten und stationären Leistungen

Während die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung in den Jahren 1997 bis 2004 insgesamt tendenziell eher rückläufig war, zeigt sich bei einer Differenzierung nach den Leistungstypen „ambulant“ und „stationär“ ein unterschiedliches Bild (s. nachfolgende Tabelle und Graphik):

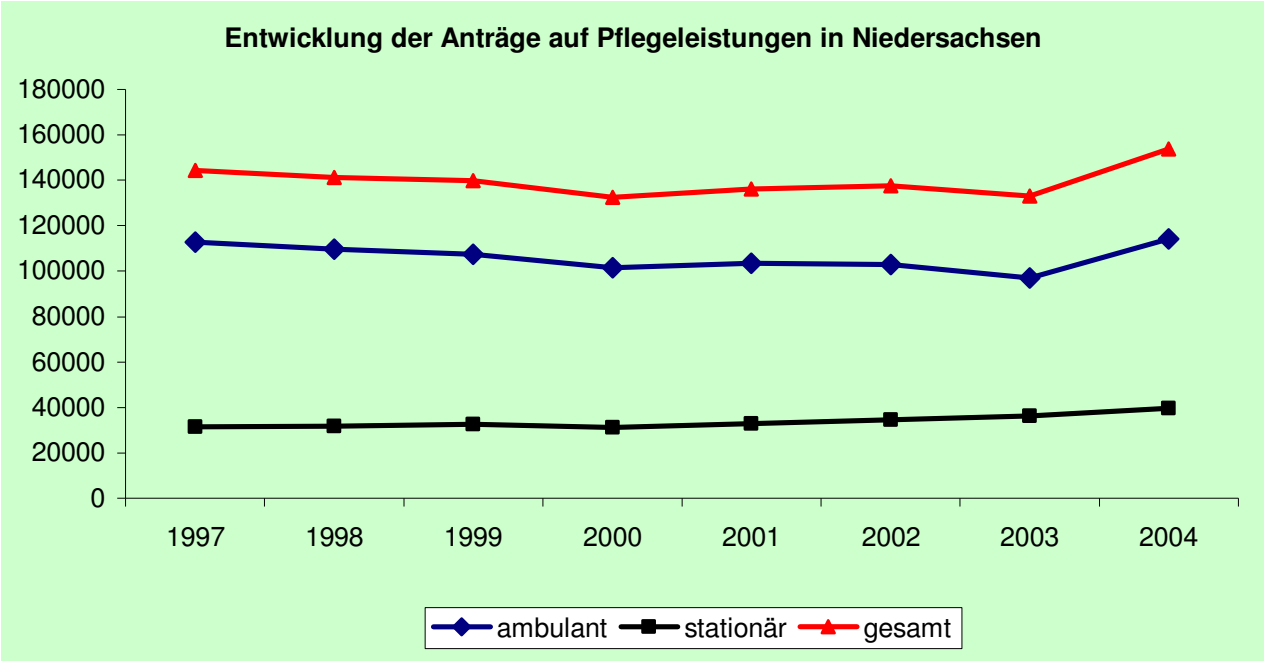
Tab. T B I 2.1/2

Jahr	ambulant	stationär
1997	112.900	31.489
1998	109.616	31.643
1999	107.311	32.546
2000	101.399	31.143
2001	103.396	32.816
2002	102.951	34.504
2003	96.973	36.151
2004*	114.202	39.708

* ab 1.7.2004 mit MDK HB

[127] Nach Angaben des statistischen Landesamtes Niedersachsen nahm die Zahl der Menschen über 65 Jahren von 1.262.984 im Dezember 1996 auf 1.458.681 im Dezember 2003 zu.
[128] Infratest Sozialforschung 2003, Graphik 2.5: Dauer des Hilfe- und Pflegebedarfs
[129] Nach Information des MDK Niedersachsen.

Abb.: B I 2.1/1



Während die Anträge auf ambulante Pflege seit 1997 – weitgehend kontinuierlich – zurückgingen, weist die Zahl der Anträge auf stationäre Pflege einen – ebenfalls weitgehend stetigen – Anstieg auf. Die im Gesamtergebnis abnehmende Zahl der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bestimmt durch die im Vergleich zur Zahl der Anträge auf stationäre Pflege weitaus größere Zahl der Anträge auf ambulante Leistungen. Allerdings hat sich das Verhältnis zwischen den beiden Leistungstypen deutlich zugunsten stationärer Leistungen verschoben: Machten in 1997 die Anträge auf stationäre Leistungen an allen Leistungen noch 28 % aus, betrug dieser Anteil im Jahr 2004 (unter Abrechnung von 10 % für Bremen) 35 %. Die Nachfrage nach stationärer Pflege nahm also in absoluten Zahlen zu.

Betrachtet man die Zahl der Anträge allerdings vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung, so kann man nicht behaupten, dass die stationäre Pflege verhältnismäßig mehr nachgefragt wurde: Neben der Zunahme der über 65-Jährigen insgesamt (um 13,4 Prozent) ist besonders bei der Alterskohorte der 80-85-Jährigen Bevölkerung eine starke Zunahme zu beobachten – sie wuchs seit 1997 um 17,1 Prozent.[130] Gerade in dieser Altersspanne kommt es verstärkt zum Eintritt in stationäre Einrichtungen, wenn

[130] Niedersächsisches Landesamt für Statistik: Bevölkerungsfortschreibung, www.nls.niedersachsen.de/statistik.

andere Pflegemöglichkeiten ausgeschöpft sind.[131] Vergleicht man die Antragszunahme stationärer Leistungen von 12 Prozent mit der Zunahme der 80-85-Jährigen von 17 Prozent, kommt man zu dem Schluss, dass in Proportion zur Bevölkerungsentwicklung tendenziell sogar eher ein Rückgang der Nachfrage nach stationärer Pflege vorliegt. Die starke Zunahme der Hochbetagten schlug sich also nicht in gleichem Maße in der Nachfrage nach stationärer Pflege nieder.
Diese Zahlen stützen die in Abschnitt I.1 aus den Daten über den Leistungsbezug im Verhältnis zur Entwicklung der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) abgeleitete Feststellung eine Abnahme der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit insbesondere in den höheren Altersgruppen.

Erst- und Wiederholungsanträge sowie Widersprüche

Unter den Antragsarten wird nach Erst-, Wiederholungs- und Widerspruchsanträgen unterschieden. Als Erstanträge werden Anträge gewertet, wenn noch keine Leistungen nach dem SGB XI bezogen wurden. Erfolgt z.B. ein Antrag auf stationäre Pflege, so wird dieser nicht als Erstantrag angesehen, wenn in der Vergangenheit bereits ambulante Pflegeleistungen in Anspruch genommen worden sind. Ein solcher Antrag wird in der Pflegestatistik des MDK unter ‚Wiederholungsbegutachtungen' erfasst. Unter Wiederholungsanträgen sind also folgende Fallkonstellationen subsumiert:

- Neubegutachtungen zum Zwecke der Einstufung in eine andere Pflegestufe derselben Leistungsart und

- Neubegutachtungen zum Zwecke eines Wechsels von ambulanter zu stationärer Leistung (und ggf. zugleich eine andere Pflegestufe).

Die letzte Fallkonstellation wird unter die stationären Wiederholungsbegutachtungen in dem Fall subsumiert, dass zugleich auch eine Überprüfung der Pflegestufe erfolgt. Während bei den Erstanträgen die Zahlen eindeutig im Sinne der Nachfrage nach ambulanter bzw. stationärer Pflege interpretiert werden können, ist bei den Wiederho-

[131] Im Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland wurde festgestellt, dass es jenseits des 80. bis 85. Lebensjahres einen deutlichen Anstieg des Auftretens von Krankheiten gibt, der die Lebensqualität der Betroffenen einschränkt, siehe Drucksache 15/4192 des Deutschen Bundestags vom 10.11.2004, S. 2.

lungsanträgen auf stationäre Pflege die Option eines Wechsels von ambulanter zu stationärer Pflege mit einzubeziehen.

Die folgende Tabelle zeigt die Differenzierung der Erstanträge nach Leistungsarten:

Tab. T B I 2.1/3

Jahr	gesamt	ambulant	stationär	Anteil der Erstanträge an den Gesamtanträgen in Prozent
1997	79.991	63.295	16.696	55,4
1998	75.701	60.795	14.906	53,6
1999	73.871	59.669	14.202	52,8
2000	68.510	55.661	12.849	51,7
2001	71.594	57.455	14.139	52,6
2002	72.146	57.053	15.093	52,5
2003	71.013	53.867	17.146	53,3
2004*	86.913	67.090	19.823	56,5

* ab 1.7.2004 MDK mit HB

Im Verhältnis entfielen etwa 20 bis 25 Prozent des Erstantragsvolumens auf die Beantragung von Pflege in stationären Einrichtungen, 75 bis 80 Prozent auf die Nachfrage nach Leistungen der häuslichen Pflege. Betrachtet man die Entwicklung bei den Erstanträgen, so fällt ein einheitlicher Trend bei beiden Leistungsarten auf: Zunächst sank die Zahl der Erstanträge auf ambulante wie auf stationäre Leistungen bis 2000, dann stieg sie wieder. Der zwischenzeitliche Rückgang könnte vermutlich infolge einer vorübergehenden „Deckung“ des Pflegebedarfs nach Einführung der Pflegeversicherung entstanden sein. Die Erstanträge machen dabei regelmäßig etwas über 50 Prozent des Gesamtantragsvolumens aus.

<u>Differenzierung der Wiederholungsanträge nach Leistungsarten</u>:

Tab. T B I 2.1/4

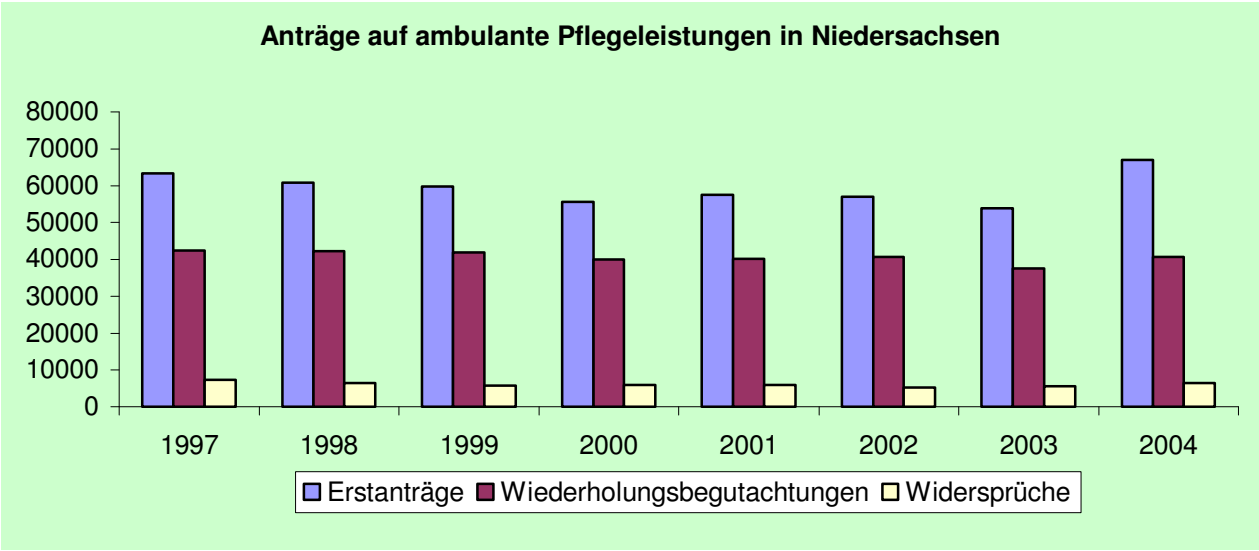
Jahr	gesamt	ambulant	stationär	Anteil der Wiederholungsanträge an den Gesamtanträgen in Prozent
1997	55.996	42.352	13.644	38,8
1998	58.225	42.328	15.897	41,2
1999	59.506	41.904	17.602	42,6
2000	57.617	39.937	17.680	43,5
2001	58.159	40.124	18.035	42,7
2002	59.460	40.771	18.689	43,3
2003	55.811	37.599	18.212	41,9
2004*	59.544	40.714	18.830	38,7

* ab 1.7.2004 mit MDK HB

Bei Betrachtung der Zahl der Wiederholungsanträge ist der Vergleich zwischen den Leistungsarten aufschlussreich: Der Anteil der Anträge auf stationäre Leistungen betrug hier 1997 noch 24,4 Prozent und stieg bis 2004 auf 31,6 Prozent an. Während die Zahl der Anträge auf ambulante Wiederholungsbegutachtungen leicht zurückgegangen ist, hat die Zahl der Anträge auf stationäre Wiederholungsbegutachtungen von 1997 bis 2002 um mehr als ein Drittel (37 %) zugenommen. Ist die Pflege im häuslichen Umfeld nicht mehr zu leisten, erfolgt der Wechsel in die stationäre Versorgung. **Die Zunahme der stationären Wiederholungsanträge ist somit Ausdruck des Wechsels von der ambulanten zur stationären Pflege mit zunehmender Geltungsdauer des Pflegeversicherungsgesetzes (Dauer des Leistungsbezugs).** Der leichte Rückgang stationärer Wiederholungsanträge in den Jahren 2003 und 2004 korrespondiert mit Aussagen der Heimträger, dass in letzter Zeit die Nachfrage nach Heimplätzen rückläufig ist. Das Verhältnis von Wiederholungs- zu den Erstanträgen verschob sich zwischenzeitlich zugunsten der Wiederholungsanträge, in den letzten beiden Jahren ist der Anteil der Wiederholungsanträge aufgrund des Rückgangs ambulanter und stationärer Wiederholungsanträge wieder unter 40 Prozent gesunken.

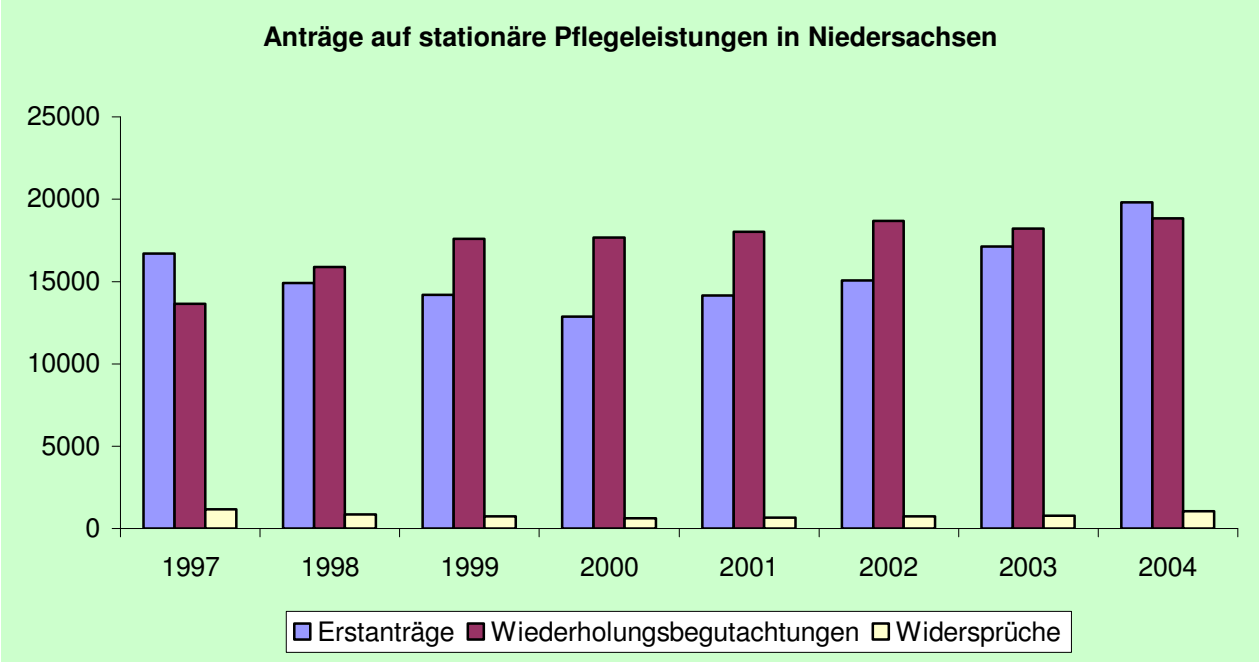
Die vorstehende These von dem Zusammenhang zwischen dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der nachgefragten Pflegeleistung (ambulant/stationär) wird belegt bei einer Differenzierung nach der Art der Anträge bezogen auf die jeweilige Leistungsart. Danach zeigt sich:

Abb.: B I 2.1/2



Im stationären Bereich ist die Zahl der Wiederholungsanträge mit Ausnahme der Jahre 1997 und 2004 größer als die der Erstanträge. Dies zeigt, dass im stationären Bereich bei mehr als der Hälfte der Anträge bereits eine ambulante Leistung vorausgeht. Die Zahl sowohl von Erst- als auch von Wiederholungsanträgen ist im Zeitverlauf gestiegen, was wiederum ein Kennzeichen für die gestiegene Nachfrage nach stationären Leistungen insgesamt ist.

Abb.: B I 2.1/3



Bei den Widerspruchszahlen zeigen sich keine nennenswerten bzw. interpretationswürdigen Entwicklungen.

2.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Erst- und Wiederholungsbegutachtungen und bei Widersprüchen

Vorbemerkung zur Aussagereichweite der Geschäftsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung:

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf der monatlichen Geschäftsstatistik des MDKN. Die in dieser Statistik ausgewiesenen Begutachtungsergebnisse stellen aus mehreren Gründen keine Abbildung der Leistungsempfängerinnen und –empfänger dar:

- Die bereits im Leistungsbezug befindlichen Personen sind nur soweit erfasst, wie bei ihnen im jeweiligen Jahr Wiederholungsbegutachtungen vorgenommen wurden.

- Die in einem bestimmten Jahr erstmals Begutachteten können im selben Zeitraum als in eine Wiederholungsbegutachtung einbezogen erfasst werden (Doppelzählung).
- Die im jeweiligen Jahr Begutachteten können noch im selben Zeitraum aus dem Leistungsbezug ausgeschieden sein.
- Das Ergebnis von Wiederholungsbegutachtungen wird nicht nach Pflegestufen aufgeschlüsselt.

Aussagescharf ist die Statistik aber im Hinblick auf diejenigen Personen, die bei der Erstbegutachtung die Voraussetzungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI nicht erfüllen. Da zudem seitens der Pflegekassen den Empfehlungen des MDK nahezu ausnahmslos gefolgt wird, lassen die Ergebnisse der Erstbegutachtungen Aussagen über die Zahl und Anteil derjenigen zu, die im Anschluss an die erstmalige Begutachtung überhaupt Leistungen nach dem SGB XI beziehen.
Die Statistik ermöglicht zudem vor allem Aussagen über die Entwicklung des Begutachtungsgeschehens im Zeitverlauf – Letzteres auch bezogen auf die Einstufungen nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit.[132]

Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit

Infolge der Antragsrückgänge seit 1997 ist auch die Zahl der Erstbegutachtungen zurückgegangen. Erfolgten 1997 noch 74.860 Erstbegutachtungen, so waren es im Jahr 2003 mit 61.931 Erstbegutachtungen rund 17 Prozent weniger. Der Rückgang der Erstbegutachtungen trifft sowohl für Begutachtungen im ambulanten als auch im stationären Bereich zu, wobei in der letztgenannten Kategorie ab 2003 ein erneuter Anstieg zu verzeichnen ist.
Die folgende Tabelle gibt den Anteil der nach der Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuften Personen wieder:

[132] Ein Rückschluss auf die Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher in den einzelnen Pflegestufen (und damit zugleich auf ihre Verteilung auf die Pflegestufen) ist hieraus aus o.g. Gründen (Abbild jeweils nur der neu hinzugekommenen Leistungsempfängerinnen und –empfänger) nicht möglich. Diese werden aber auf anderem Wege ermittelt (Pflegestatistik), wie bereits in Abschnitt I.1 dargestellt.

Tab. T B I 2.2/1

Jahr	ambulant			stationär		
	Erstbegut-achtungen gesamt	davon als Pflegebe-dürftige anerkannt	Anteil in %	Erstbegut-achtungen gesamt	davon als Pflegebe-dürftige anerkannt	Anteil in %
1997	60.855	42.650	70,1	14.005	11.747	83,9
1998	55.904	40.000	71,6	13.278	11.310	85,2
1999	58.022	41.800	72,0	12.889	10.957	85,0
2000	51.834	36.632	70,7	11.314	9.759	86,3
2001	51.512	36.398	70,7	11.571	9.898	85,5
2002	50.897	36.646	72,0	11.025	9.360	84,9
2003	49.527	36.728	74,2	12.404	10.535	84,9
2004*	53.570	38.143	71,2	16.020	12.952	80,8

* ab 1.7.2004 MDK mit HB

Der Anteil der als pflegebedürftig anerkannten Personen ist im Zeitverlauf annähernd gleich geblieben. Die jährlichen Schwankungen zeigen keine erkennbare Struktur und sind von daher nicht interpretationsfähig. Im ambulanten Bereich werden etwas über 70 % der Antragsteller als pflegebedürftig anerkannt, im stationären Bereich sind es um 85 %. Die höhere Wahrscheinlichkeit der Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit in der stationären Pflege steht in Übereinstimmung mit der Erfahrung, dass Heimpflege tendenziell erst bei Vorliegen einer schweren Pflegebedürftigkeit gewählt bzw. in Anspruch genommen wird. Die Daten zeigen aber auch, dass immerhin fast 30 Prozent derjenigen, die nach Antrag auf ambulante Leistungen und etwa 15 Prozent derjenigen, die nach Antrag auf vollstationäre Leistungen erstmalig begutachtet wurden, keine Leistungen erhalten konnten, da sie das entsprechende Ausmaß der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (noch) nicht aufwiesen. In absoluten Zahlen ausgedrückt waren dies im Jahr 2003 12.799 Personen mit Antrag auf ambulante und 1.869 Personen mit Antrag auf stationäre Pflegeleistungen.

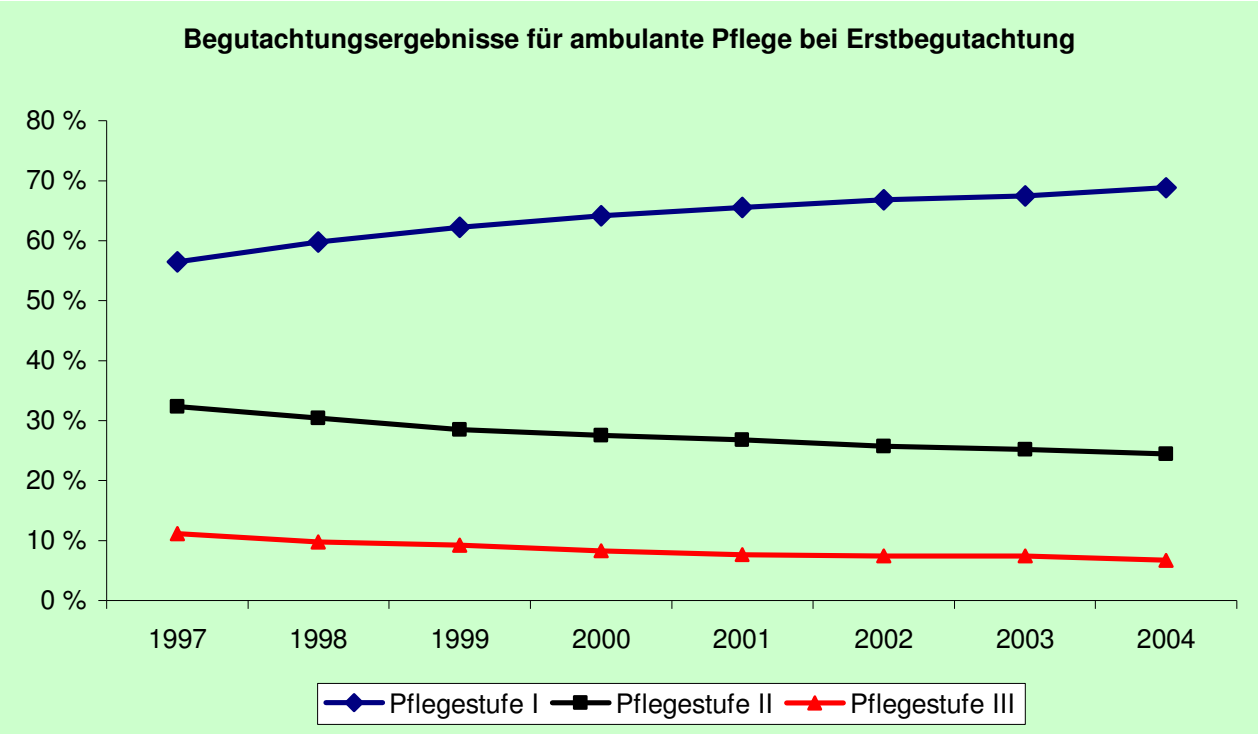
Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe)

Tab. T B I 2.2/2

	Einstufungen für ambulante Pflege bei Erstbegutachtung in %							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pflegestufe I	56,5	59,8	62,2	64,1	65,5	66,8	67,4	68,8
Pflegestufe II	32,3	30,4	28,5	27,6	26,8	25,7	25,2	24,5
Pflegestufe III	11,2	9,8	9,3	8,3	7,7	7,5	7,4	6,7

In der ambulanten Pflege stieg der Anteil der Einstufungen in die Pflegestufe I um etwa 12%, d.h. dass zuletzt fast 70 % der Erstbegutachteten der Pflegestufe I zugeteilt wurden. In Konsequenz dessen nahmen die Einstufungen in die Pflegestufen II und III anteilsmäßig ab, so dass im Jahr 2004 etwa ein Viertel der Erstbegutachteten auf Pflegestufe II und nur etwa 7 Prozent der Erstbegutachteten auf Pflegestufe III entfallen.

Abb.: B I 2.2/1



Ein ähnliches, in den Entwicklungstrends jedoch noch stärker ausgeprägtes, Bild zeichnet sich bei den Einstufungen für stationäre Pflege ab:

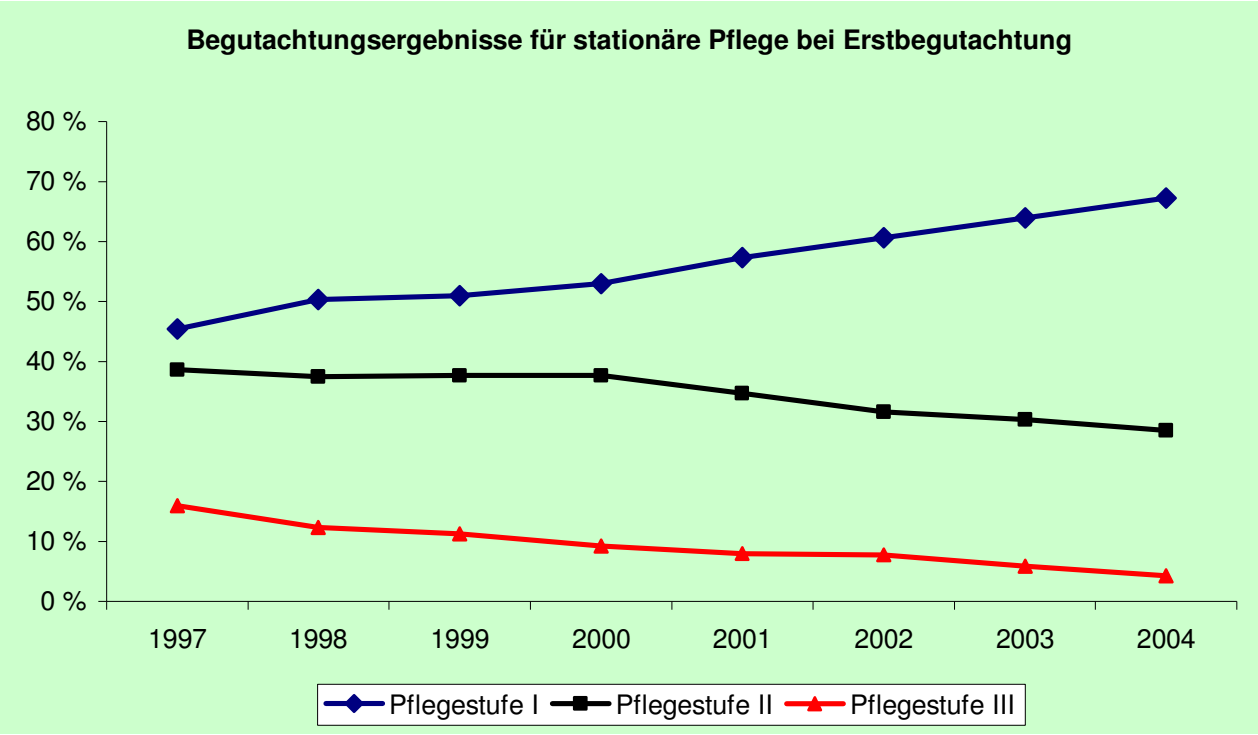
Tab. T B I 2.2/3

Einstufungen für stationäre Pflege bei Erstbegutachtung in %								
	1997	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
Pflegestufe I	45,4	50,3	51	53	57,3	60,6	63,9	67,2
Pflegestufe II	38,6	37,4	37,7	37,7	34,7	31,6	30,3	28,5
Pflegestufe III	16	12,3	11,3	9,3	8	7,8	5,8	4,3

Während der Anteil der Erstbegutachtungen ohne nachfolgende Leistungsgewährung (Pflegestufe „Null“ oder „G“) leicht rückgängig war, nahm der Anteil der der Pflegestufe I Zugeteilten noch stärker zu als im ambulanten Bereich, und zwar um etwa 22 % - damit wurden über zwei Drittel der stationär Eingestuften bei der Erstbegutachtung in die Pflegestufe I eingestuft. Dieser Anstieg lässt sich mit der Zunahme der sogenannten

Schnelleinstufungen des MDKN begründen.[133] Dies sind Einstufungen, die beim Übergang von Krankenhausaufenthalt in die stationäre Pflege basierend auf der Aktenlage im wesentlichen zur Sicherung des Leistungsanspruches bei kurzfristig auftretendem Heimpflegebedarf erfolgen. Da nach einem Krankenhausaufenthalt zudem oftmals ein nur vorübergehend höherer Pflegebedarf vorliegt, der sich mit zunehmender Genesung wieder reduziert, ist eine Einstufung in Pflegestufe I nahe liegend. Die persönliche Begutachtung führt nachfolgend zu einer im Sinne des SGB XI sachgerechten Einstufung. Nur wenn die Notwendigkeit einer höheren Pflegestufe zu dem Zeitpunkt offensichtlich ist, erfolgt eine entsprechende Zuordnung zu den Pflegestufen II und III.

Abb.: B I 2.2/2



Zu berücksichtigen ist, dass es sich hier um Ersteinstufungen handelt. Unter 2.1 wurde dargestellt, dass die Zahl der Anträge auf Wiederholungsbegutachtung im stationären Bereich signifikant zugenommen haben. Kommt es zur Wiederholungsbegutachtung, so erfolgt oft eine Höherstufung (das zeigen auch die Zahlen im folgenden Abschnitt „Wiederholungsbegutachtungen“).

Aufgrund der Abnahme auch der in Pflegestufe II eingestuften Pflegebedürftigen entfielen 2004 schließlich weniger als 30 % der Erstbegutachteten mit Antrag auf stationäre Pflege auf diese Kategorie. Der Anteil der in Pflegestufe III Eingestuften ging noch deut-

[133] nach Auskunft von dort

licher von 16% in 1997 auf einen Anteil von nur 4,3 % im Jahr 2004 zurück. Hierbei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich bei den jeweiligen Anteilswerten für die Pflegestufen um korrespondierende Werte handelt, die einander zu 100% ergänzen: Anstiege bei einer Kategorie führen damit zwangsläufig zu bei einer oder beiden anderen Kategorien. Dies macht jedoch die Trendbewertung nicht unrichtig.

Wiederholungsbegutachtungen

Wiederholungsbegutachtungen der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen auf Grund sich verändernder – in der Regel steigender – Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel der Feststellung bzw. der Inanspruchnahme von Leistungen, die den neuen Erfordernissen der pflegerischen Versorgung entsprechen. Sie führen, wie die nachfolgenden Übersichten belegen, für die Antragstellerinnen und Antragsteller relativ häufig zum Erfolg im Sinne der Feststellung einer höheren Pflegestufe – im Verlauf des Beobachtungszeitraumes mit steigender Tendenz. Dies ist bei solchen Begutachtungen im stationären Bereich ausgeprägter. In der ambulanten Pflege führen die Anträge vergleichsweise seltene zu einer Höherstufung (s. nachfolgende Tabellen).

Tab. T B I 2.2/4

Jahr	ambulant				
	gesamt	mit höherer Pflegestufe		mit niedrigerer Pflegestufe	
		gesamt	%	gesamt	%
1997	36.055	12.932	35,9	3.475	9,6
1998	36.738	13.883	37,8	3.207	8,7
1999	37.519	15.626	41,6	3.003	8,0
2000	35.292	15.107	42,8	3.124	8,8
2001	34.056	15.020	44,1	2.746	8,1
2002	34.721	15.047	43,3	2.568	7,4
2003	33.474	15.031	44,9	2.666	7,9
2004*	35.898	15.185	42,3	2.434	6,8

* ab 1.7.2004 MDK mit HB

Tab. T B I 2.2/5

Jahr	stationär				
	gesamt	mit höherer Pflegestufe		mit niedrigerer Pflegestufe	
		gesamt	%	gesamt	%
1997	13.808	7.767	56,3	588	4,3
1998	15.506	8.671	55,9	601	3,9
1999	16.616	9.338	56,2	660	3,9
2000	16.706	9.558	57,2	668	3,9
2001	17.625	10.342	58,7	725	4,1
2002	18.147	11.188	61,6	683	3,8
2003	17.618	10.809	61,4	592	3,4
2004*	19.080	11.735	61,5	501	2,6

* ab 1.7.2004 MDK mit HB

Eine Höherstufung infolge der Wiederholungsbegutachtung, und damit die Inanspruchnahme höherer Leistungen wurde 1997 noch in 41,5 % aller Fälle gewährt, im Jahr 2003 in 50,6 % aller Fälle. Die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung ist dabei sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gestiegen.

Eine Herabstufung wurde im Jahr 1997 in 8,1 %, im Jahr 2004 nur noch in 5,3 % aller Fälle von Wiederholungsbegutachtungen veranlasst. Die Wahrscheinlichkeit einer niedrigeren Einstufung ist also im Gegensatz zur Wahrscheinlichkeit der Höherstufung gesunken, insgesamt liegt damit eine höhere Erfolgsquote aus Sicht der Pflegebedürftigen vor.

Dabei stieg die Rate der Höherstufungen in der stationären Pflege auf über 60 Prozent. Bei den Leistungsempfängerinnen und –empfängern in stationären Einrichtungen war demnach anteilsbezogen in entschieden höherem Maße ein ansteigendes Pflegebedürftigkeitspotential gegeben als bei denjenigen, die sich in häuslicher Pflege befanden. Dort konnten trotz steigender Tendenz deutlich weniger als 50 Prozent des Personenkreises, der Bedarf auf Umstufung geltend gemacht hat, mit einer Einstufung in eine höhere Pflegestufe und insofern mit höheren Leistungen rechnen.

Die statistischen Befunde sind allerdings auch ein Indiz für die Tatsache, dass Pflege – zumindest unter den gegenwärtigen Bedingungen – nur in seltenen Fällen zu einer Verringerung der Pflegebedürftigkeit beiträgt, bzw. dass es sich bei Pflegebedürftigkeit in der Regel um progrediente Prozesse des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs handelt, die zwar unter Umständen durch positive Interventionen gemildert und verzögert werden

können, nur in Einzelfällen hingegen reversibel sind. Die Wiederholungsbegutachtungen sind somit von zunehmender Bedeutung für die Pflegebedürftigen, um eine adäquate Pflegeleistung zu bekommen.

Begutachtungen bei Widersprüchen

Die folgende Tabelle zeigt die Begutachtungsergebnisse bei Widersprüchen für die Nachfrage nach ambulanter und stationärer Pflege:

Tab. T B I 2.2/6

Jahr	ambulant			stationär		
	durchgeführte Begutachtungen	Anerkennung bisher abgelehnter Anträge		durchgeführte Begutachtungen	Anerkennung bisher abgelehnter Anträge	
		gesamt	%		gesamt	%
1997	6.696	1.536	23	1.333	305	23
1998	5.830	1.555	26,7	863	250	29
1999	5.192	1.389	26,8	713	221	31
2000	5.269	1.595	30,3	631	221	35
2001	5.052	1.497	29,6	647	343	53
2002	4.714	1.459	31	641	217	34
2003	4.713	1.518	32,2	794	314	39,5
2004*	5.609	1.893	33,7	923	412	44,6

* ab 1.7.2004 MDK mit HB

Die Zahl der Widersprüche bei Anträgen auf ambulante Pflege ist seit 1997 deutlich zurückgegangen, bis zum Jahr 2003 um rund 30 %. Die Zahl stationärer Widerspruchsbegutachtungen ist in noch größerem Umfang gesunken, bis zum Jahr 2002 um rund 50 %. Hier ist seit 2003 ein erneuter Anstieg zu verzeichnen, der Gesamtrückgang liegt demnach trotzdem bei knapp 40 %.

Fasst man beide Leistungsarten zusammen, so zeichnet sich ein deutlicher Rückgang der Widersprüche von 8.029 im Jahr 1997 auf 5.507 im Jahr 2003 ab. Dies deutet auf eine wachsende Kenntnis der Antragstellerinnen und Antragsteller über die Voraussetzungen zum Bezug von Leistungen nach dem SGB XI und eine höhere Sicherheit der MDK-Gemeinschaft in der Begutachtungspraxis hin, da offensichtlich weniger Anlass zu Widersprüchen besteht.

Hinsichtlich der Ergebnisse von Widerspruchsverfahren ist festzuhalten:

Seit 1997 stieg der Anteil der positiv beschiedenen Anträge sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich kontinuierlich. Die steigende Erfolgsquote bei der Anerkennung bisher abgelehnter Anträge ist gerade aus Sicht der Betroffenen positiv. Insbesondere im stationären Bereich hat sich die Chance auf die Anerkennung eines bisher abgelehnten Antrages nahezu verdoppelt.

2.3 In Anspruch genommene Leistungen

Vorbemerkung (dargestellte Leistungen, Datengrundlage)

Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Einblick in das Leistungsgeschehen der sozialen Pflegeversicherung bezüglich der Art der von den pflegebedürftigen Versicherten nachgefragten bzw. von den Pflegekassen gewährten Leistungen. Hierbei sollen an dieser Stelle nur diejenigen Leistungen betrachtet werden, die neben den in Abschnitt I.1 dargestellten Leistungen (Pflegegeld, ambulante und stationäre Pflegeleistungen) weiterhin unter den Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung fallen.[134]

Dabei kann allerdings nur auf bundesweite Angaben zurückgegriffen werden. Datengrundlage bildet die Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Diese ist nicht regionalisiert verfügbar. Sie enthält für die nachfolgend dargestellten Leistungen auch keine Angaben über die Zahl der Leistungsfälle bzw. die Zahl der Personen, die diese Leistungen in Anspruch genommen haben, sondern lediglich über das diesbezügliche Ausgabenvolumen der Pflegekassen. Die Darstellung erscheint unter dem Aspekt der Aufschlüsse über die (relative) Bedeutung dieser Leistungen (auch im Verhältnis zueinander) und eventuell hieraus zu ziehende Schlüsse auf Entwicklungsbedarf dennoch gerechtfertigt bzw. von Interesse.
In Anbetracht der Tatsache, dass die Höhe der Ausgaben, die in Niedersachsen anfallen dürften, etwa 10 % der Gesamtausgaben im Bundesgebiet ausmachen, kann jedoch auf eine ungefähre Größenordnung der Leistungen in Niedersachsen geschlossen werden.

Befunde

Bei der Mehrheit der hier aufgeführten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind die Ausgaben in den letzten vier Jahren gestiegen. Dies zeigen auch die folgenden Schaubilder. Da der Umfang der einzelnen Leistungen sehr unterschiedlich ist, wurden sie in den Diagrammen nach kleinerem und größerem Umfang getrennt. Bei der Darstellung in einem Schaubild wären die Entwicklungen der Leistungsarten zum Teil nicht mehr erkennbar gewesen.

[134] Für die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen diesbezüglich erfolgten Leistungen liegen keine Daten vor.

Abb.: B I 2.3/1a

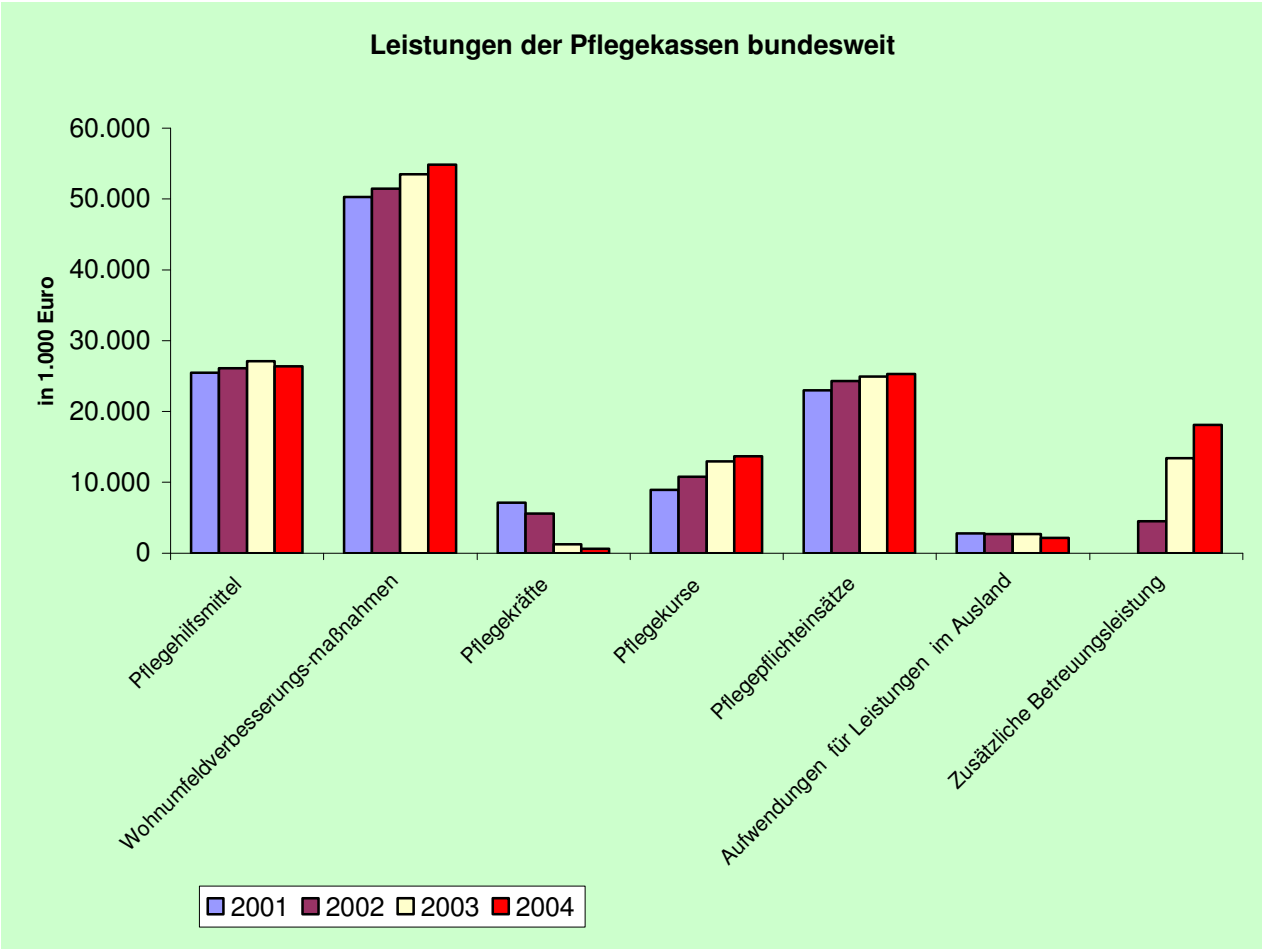
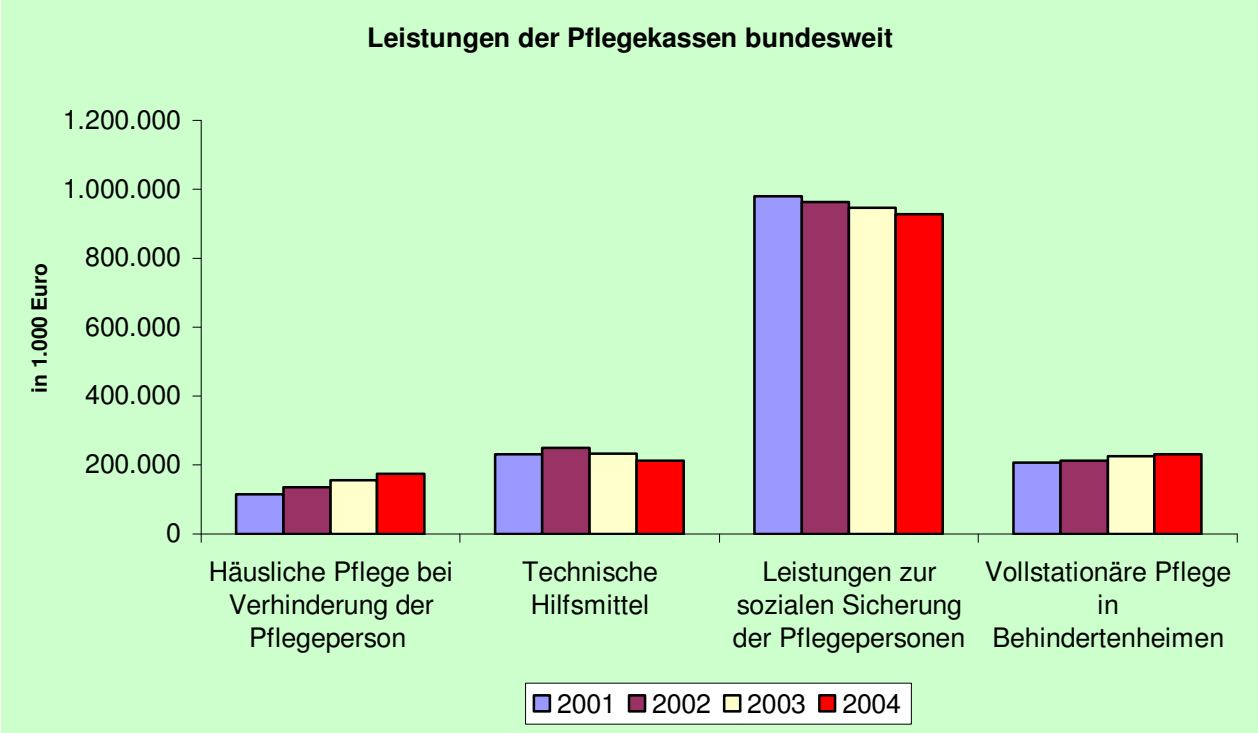


Abb.: B I 2.3/1b



Pflegehilfsmittel (§ 40 I, II SGB XI) und technische Hilfsmittel (§ 40 III SGB XI)

Zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung oder zur Überwindung von körperlichen Behinderungen haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln in Höhe von bis zu 31 Euro monatlich und auf technische Hilfsmittel, welche von den Pflegekassen vorrangig leihweise überlassen werden. Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Desinfektionsmittel und Unterlagen. Zu den technischen Hilfsmitteln gehören zum Beispiel Pflegebetten und Hausnotrufanlagen. In den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung betragen Kosten der technischen Hilfsmittel ein Vielfaches der Pflegehilfsmittel. Die Ausgaben für technische Hilfsmittel gingen jedoch bundesweit seit 2001 von 232 auf 213 Millionen Euro zurück. Bei den Pflegehilfsmitteln stiegen die Ausgaben leicht von 25 auf 26 Millionen Euro.

Leistungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 IV SGB XI)

§ 40 Abs. 4 SGB XI gibt den Pflegekassen die Möglichkeit, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen zu gewähren, und zwar bis zu einem Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme. Die Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen dienen der Entlastung des Pflegebedürftigen und der Pflegekraft in der häuslichen Umgebung. Neben technischen Hilfen im Haushalt kann es sich hier um Umbaumaßnahmen , z. B. die Verbreiterung von Türen, der Einbau einer Dusche, Haltegriffe oder eines Treppenliftes handeln. In Abhängigkeit von der Höhe des Einkommens trägt der Pflegebedürftige einen angemessenen Eigenanteil an der Maßnahme.

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für diese Leistung sind zwischen 2001 und 2004 bundesweit geringfügig von 50 auf 54 Millionen Euro gestiegen. Dies erscheint im Hinblick auf die Bedeutung solcher Maßnahmen für den längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gering.[135] Hier sind ggf. Impulse gegenüber Versicherten oder auch Wohnungsbaugesellschaften etc. durch eine gezielte Ansprache seitens der Pflegekassen erforderlich.

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI)

Bei Bedarf können die Pflegekassen einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit die Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für diese in der häuslichen Pflege tätigen Pflegekräfte betrugen im Jahr 2001 noch über 7 Millionen Euro, im Jahr 2004 nur noch 600.000 Euro bundesweit. Vor dem Hintergrund der dargestellten Rechtslage einerseits, dem flächendeckenden und umfangreichen Angebot an Pflegediensten andererseits ist diese Entwicklung nachvollziehbar.

Pflegekurse (§ 45 SGB XI)

Im Rahmen von Pflegekursen werden Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt. Sie sollen das soziale Engagement im Bereich der Pflege fördern und Pflege und Betreuung erleichtern und verbessern. Begünstigt sind daher nicht nur Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, sondern auch Angehörige eines Pflegebedürftigen oder sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen. Die Inanspruchnahme von Pflegekursen hat sich seit 2001 positiv entwickelt, dies ist aus dem Ausgabenvolumen für solche Maßnahmen zu entnehmen: es stieg von 8 auf 13 Millionen Euro bundesweit.[136]

Beratung bei Pflegegeldbezug (§ 37 III SGB XI)

Im Abstand von 6 (bei Pflegestufe I und II) bzw. 3 (bei Pflegestufe III) Monaten haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Versicherte mit erheblichem allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf (§ 45a SGB XI) haben Anspruch auf die doppelte Zahl an Beratungen im jeweils selben Zeitraum.
Diese Leistung der Pflegeversicherung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der pflegefachlichen Unterstützung der Pflegepersonen. Die Ausgaben für

[135] S. Abschnitte A 6., B I.3.5, II.2.2 und III.2.2.1
[136] siehe auch Abschnitt III.2.2.2

Pflegepflichteinsätze richten sich dementsprechend nach der Zahl der Leistungsbezieherinnen und –bezieher und dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit. Sie stiegen in den letzten vier Jahren bundesweit von 22 auf 25 Millionen Euro.[137]

Aufwendungen für Leistungen im Ausland

Hält sich ein Pflegebedürftiger in ambulanter Pflege im Ausland auf, so hat er neben dem Pflegegeld Anspruch auf sog. „Sachleistungsaushilfen". Der Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 36 SGB XI kann jedoch nur in den Ländern erhoben werden, die von der entsprechenden EU-Verordnung mit erfasst sind. Die Sachleistungsaushilfen im Ausland lagen 2001 bei einer Größenordnung von 2,8 Millionen Euro und 2004 bei 2,1 Millionen Euro bundesweit.

Zusätzliche Betreuungsleistung (§ 45b SGB XI)

Zusätzlich zu den ambulanten und teilstationären Betreuungsleistungen können Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI (u.a. demenzbedingte Fähigkeitsstörungen) Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Sie erhalten zu deren Finanzierung einen Betrag von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden erst seit 2002 gewährt.

Seither stiegen die Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen sprunghaft an von 4 auf 18 Millionen Euro. Diese Zahlen sprechen – trotz des bislang gegenüber dem dafür grundsätzlich vorgesehenen Mittelvolumen i. H. v. bundesweit jährlich 450 Mio. Euro – für eine steigende Kenntnis und Akzeptanz dieser Leistung bei den betroffenen Personen und ihren pflegenden Angehörigen.[138] Dies wird durch die nachfolgenden Angaben der AOK-Niedersachsen bestätigt.

[137] ausführlich hierzu Abschnitt I.4.2.2
[138] siehe hierzu auch Ausführungen in Abschnitt I.3.6, II.3 „Personen mit dementiellen Erkrankungen" und III.2.2.2

Tab. T B I 2.3/1
Leistungen nach § 45b SGB XI AOK Niedersachsen

Anspruchnahme AOK N 2002			
Fälle 1 (Kurzzeitpflege)	402	39,33 %	101 998,08 €
Fälle 2 (Tages- u. Nachtpflege)	272	26,61 %	49 418,17€
Fälle 3 (Pflegedienste)	232	22,70 %	42 274,75 €
Fälle 4 (Niedrigschwellige)	116	11,35 %	21 127,57 €
Gesamt	1 022	100,00 %	214 818,57 €

Anspruchnahme AOK N 2003			
Fälle 1 (Kurzzeitpflege)	533	32,80 %	128 793,62 €
Fälle 2 (Tages- u. Nachtpflege)	254	15,63 %	45 954,89 €
Fälle 3 (Pflegedienste)	500	30,77 %	68 757,41 €
Fälle 4 (Niedrigschwellige)	338	20,80 %	47 573,53 €
Gesamt	1 625	100,00 %	291 079,45 €

Anspruchnahme AOK N 2004			
Fälle 1 (Kurzzeitpflege)	888	30,47 %	216 932,67 €
Fälle 2 (Tages- u. Nachtpflege)	441	15,13 %	65 600,43 €
Fälle 3 (Pflegedienste)	960	32,94 %	137 174,41 €
Fälle 4 (Niedrigschwellige)	625	21,45 %	74 076,46 €
Gesamt	2 914	100,00 %	493 783,97 €

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson § 39 SGB XI

Diese Leistung kann in Anspruch genommen werden, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. Die Kosten für eine Ersatzpflege (privat oder professionell, auch stationär) werden von den Pflegekassen für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zur Höhe von 1.432 Euro übernommen. Seit 2001 stiegen die Ausgaben für die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson beträchtlich – bundesweit von 115 Millionen Euro auf 174 Millionen Euro (51%).

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI)

Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt und dabei nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Pflegekassen entrichten Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen stellen mit einem Anteil von 5,8 % an den Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2001 den größten Posten unter den hier aufgezählten Leistungen dar.

Die Ausgaben für die soziale Sicherung sanken allerdings bundesweit in den letzten vier Jahren von 979 auf 928 Millionen Euro. Die Gründe hierfür sind dem MS nicht bekannt. Gleichwohl bleibt angesichts der Tatsache, dass die private Pflegetätigkeit weit überwiegend von Frauen wahrgenommen wird, festzuhalten, dass es sich bei den Leistungen nach § 44 SGB XI aus frauenpolitischer Sicht um Leistungen von außerordentlicher Bedeutung handelt. Gleiches gilt dem Grunde nach für pflegende Männer im erwerbsfähigen Alter – wenn dort aufgrund ihrer Erwerbs- und Einkommenssituation nicht sogar verstärkt.[139]

Leistungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen (§ 43a SGB XI)

Die Pflegekasse übernimmt für behinderte Menschen in sog. „Wiedereingliederungseinrichtungen“ (das sind Einrichtungen, deren vordergründiger Zweck die Teilhabe am Arbeitsleben, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen ist) 10 v. H. des Heimentgelts. Diese Aufwendungen dürfen allerdings im Einzelfall höchstens 256 Euro monatlich betragen.

In den Jahren 2001 bis 2004 stiegen die Ausgaben für die vollstationäre Pflege von 207 Millionen Euro auf 231 Millionen Euro bundesweit.[140]

[139] siehe hierzu auch Abschnitt II.2.2
[140] Zur näherungsweisen Ermittlung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen siehe Abschnitt I.1.3.4

3. Pflegerische Versorgungsstruktur

3.1 Pflegedienste und Pflegeheime

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die durch die leistungs- und vertragsrechtlichen Vorgaben des SGB XI bestimmten und abgegrenzten Formen der pflegerischen Versorgungsstruktur. Das SGB XI unterscheidet hierbei – einheitlich subsumiert unter dem Begriff der Pflegeeinrichtung – zwei Angebotskategorien (§ 71 SGB XI):

- ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) und
- stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime).

Bei letzteren wird nach dem Umfang der Versorgung unterschieden in

- teilstationäre Pflegeheime (Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Personen nur tagsüber oder nur nachts (Tages- / Nachtpflegeeinrichtungen) und
- vollstationäre Pflegeheime (Pflege und Versorgung ganztägig)

Hier wiederum ist – mit Blick auf den Aufenthaltszeitraum der Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen – zu unterscheiden zwischen

- Einrichtungen der Kurzzeitpflege und
- Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege.

Die Einrichtungsarten korrespondieren mit den leistungsrechtlichen Vorgaben. Pflegedienste erbringen häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI oder im Rahmen von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Teilstationäre Pflegeheime erbringen Leistungen der Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI, Kurzzeitpflegeeinrichtungen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sowie der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Diese beiden Leistungen können jedoch auch von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden – so genannte „eingestreute“ Kurzzeitpflege – angesichts der Tatsache, dass es sich auch bei der Kurzzeitpflege um vollstationäre Pflege handelt. Auch bei Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ist diese in vollstationärer Form zulässig. Im wesentlichen erbringen vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege allerdings Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI.

Zur Leistungserbringung bedarf es in allen Fällen einer Zulassung zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag (§§ 72, 73 SGB XI).

Ausdrücklich keine Pflegeeinrichtungen sind Krankenhäuser und stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen. Dasselbe gilt für stationäre Einrichtungen die vorrangig der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, der schulischen Ausbildung oder der Erziehung kranker oder behinderter Menschen dienen. Die letztgenannten erhalten für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner eine Erstattung ihres pflegerischen Aufwandes in Höhe von monatlich bis zu 256 Euro (§ 43a SGB XI; siehe auch I.1.3.4).[141]

Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit Angebot von Pflege stellen ebenfalls keine Pflegeeinrichtungen im o. g. Sinne dar. Sofern sie mit einem Angebot der Pflege verbunden sind, wird diese durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst in der Wohnung der pflegebedürftigen Person erbracht. Betreute Wohnungen oder Wohngemeinschaften unterliegen allerdings nach geltender Rechtsprechung dem Heimgesetz, wenn seitens der Bewohnerinnen und Bewohner faktisch keine Wahlmöglichkeit bei den Pflege- und Betreuungsanbietern besteht. In diesen Fällen wird im Regelfall auch das Bestehen einer stationären Pflegeeinrichtung zu unterstellen sein. Näheres hierzu in Abschnitt 3.5.

3.1.1 Bestand und zahlenmäßige Entwicklung der Pflegeeinrichtungen im Überblick

Die nachfolgenden Ausführungen enthalten die wesentlichen Kerndaten über den Bestand an Pflegediensten und Pflegeheimen in Niedersachsen und deren Entwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2000 sowie im Vergleich zum Bundesgebiet und anderen Bundesländern[142]. Auf Abb. 2. in Teil A wird hier noch einmal hingewiesen. Nähere Informationen zu den verschiedenen Einrichtungsarten, z. B. bezüglich der von Ihnen versorgten Personen, Art des Einrichtungsträgers oder regionalen Verteilung geben die nachfolgenden Abschnitte 3.1.2 bis 3.1.5.

---

[141] Eine leistungs- und vertragsrechtliche Grundlage im SGB XI haben neben den vorstehenden „klassischen“ Einrichtungen der pflegerischen Versorgung auch die so genannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote für pflegebedürftige Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Demenz und geistige Behinderungen) nach den §§ 45a-c SGB XI und stationäre Hospize (siehe § 39a SGB V). Letztere allerdings nur dann, wenn sie zugleich eine Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI haben. Niedrigschwellige Betreuungsangebote bedürfen der Anerkennung nach Landesrecht als Voraussetzung von Leistungen nach § 45b SGB XI. Nähere Ausführungen hierzu finden sich in den Abschnitten I.1.3.6, zu stationären Hospizen in Abschnitt I.3.4.6.

[142] Quelle: Pflegestatistik nach § 109 SGB XII 1999, 2001, 2003; Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt

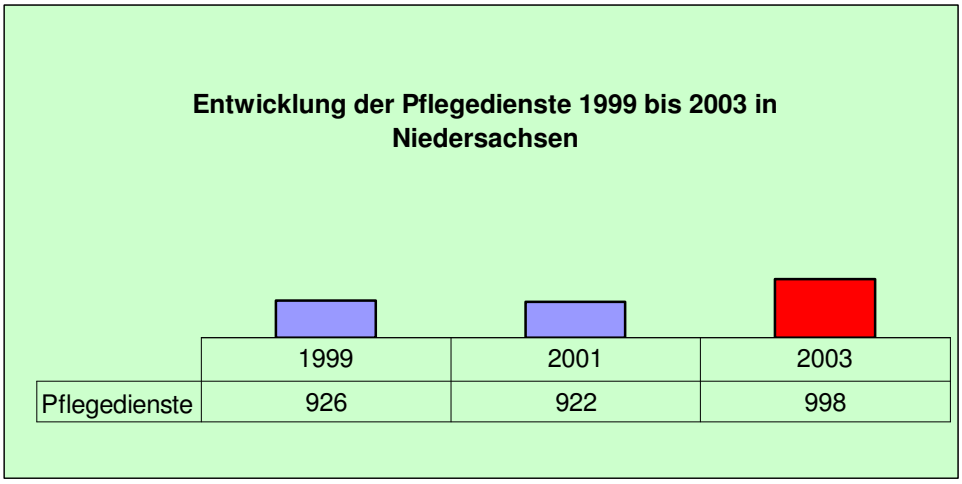
3.1.1.1 Pflegedienste

Anzahl der Dienste

Ende 2003 waren in Niedersachsen annähernd 1000 Pflegedienste für die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI zugelassen (Tab. I.3.1.1/1). In Relation zur bei weitem größten Zahl der Nutzer dieser Einrichtungen, der älteren Menschen, kam danach rechnerisch durchschnittlich ein Pflegedienst auf 1462 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren. Die Pflegedienste versorgten im Durchschnitt knapp 50 pflegebedürftige Menschen (47,5).

Entwicklung der Zahl der Dienste seit 1999

Abb.: B I 3.1.1.1/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XII

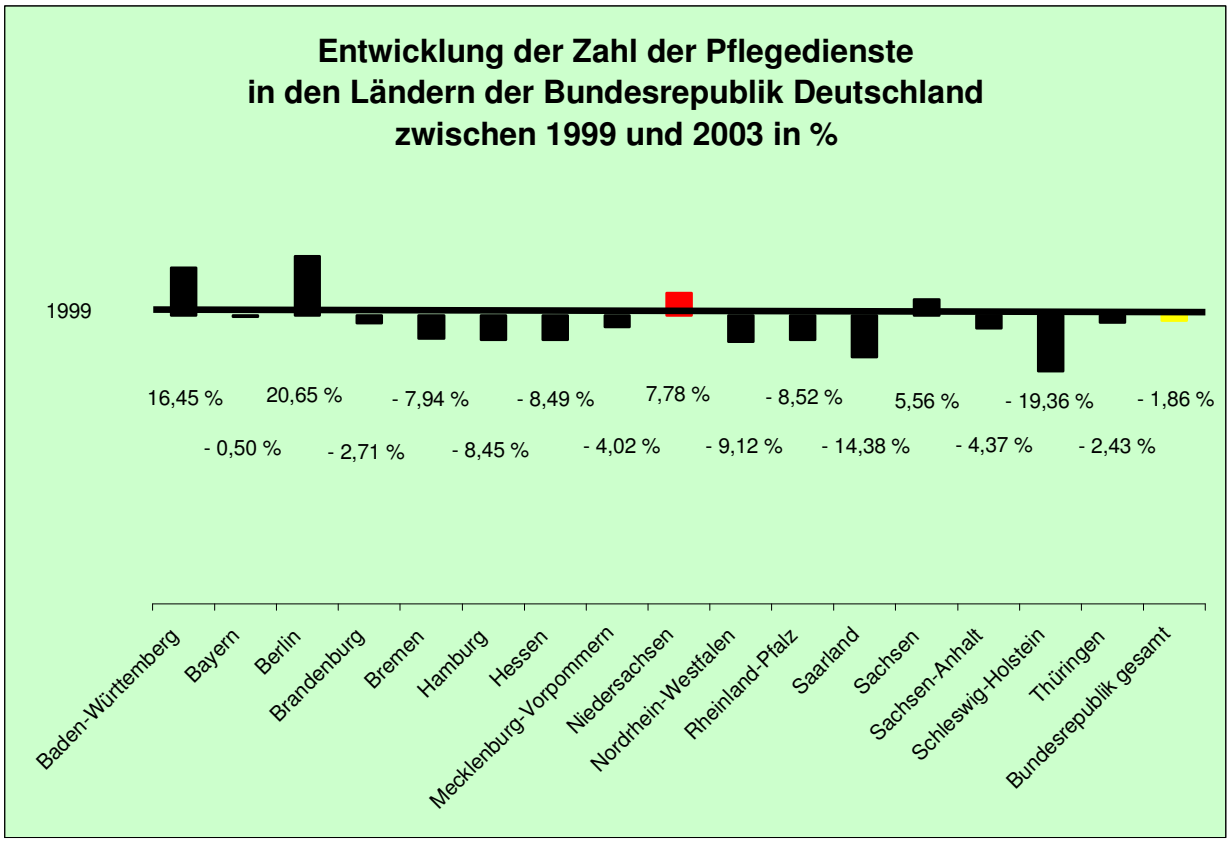
Die Zahl der Pflegedienste ist zwischen 2001 und 2003 von 922 auf 998 (rd. 8%) gestiegen (Tab. I.3.1.1/1). Zuvor war sie zwischen 1999 und 2001 mit 926 bzw. 922 recht konstant. Gründe für den Anstieg können nicht genannt werden. Die Bestandszahlen zu den jeweiligen Messzeitpunkten verdecken allerdings das tatsächliche lebhafte Geschehen auf dem Anbietermarkt für ambulante Pflegeleistungen: Nach unveröffentlichten Unterlagen der AOK-Niedersachsen wurden in den Jahren 1999 bis einschließlich 2003 insgesamt 316 neue Versorgungsverträge – im Durchschnitt also 63 je Jahr – mit

Anbietern ambulanter Pflegeleistungen nach § 72 SGB XI geschlossen. Hierin enthalten waren zwar auch reine Trägerwechsel. Dennoch übersteigt die Zahl des Zugangs an neuen Versorgungsverträgen den durch die Statistik ausgewiesenen Anstieg der Zahl der Pflegedienste bei weitem. Insofern müssen im selben Zeitraum auch viele ambulante Pflegedienste ihre Tätigkeit eingestellt haben oder in anderen bestehenden Pflegediensten aufgegangen sein, ohne dass es bei dem aufnehmenden Pflegedienst zu einer den Versorgungsvertrag grundsätzlich berührenden Änderung gekommen ist (z. B. neue Trägerbezeichnung).
Angesichts der Tatsache, dass es in den letzten beiden Jahren per Saldo zu einem nicht unerheblichen Anstieg der Zahl der Pflegedienste gekommen ist, **ist zu unterstellen, dass die laufenden Veränderungen im Dienstleistungssegment der häuslichen Pflege nach dem SGB XI nicht zur Beeinträchtigung der Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung geführt haben**. Lediglich unter dem Aspekt der Versorgungskontinuität im Einzelfall könnten hier gewisse Vorbehalte geltend gemacht werden.

Vergleich zu anderen Bundesländern

Mit 9,3% aller Pflegedienste in der Bundesrepublik entspricht das Angebot in Niedersachsen seinem Anteil an der bundesrepublikanischen Gesamtbevölkerung.
Hinsichtlich der Entwicklung der Zahl der Pflegedienste liegt das Land deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Nur Baden-Württemberg und Berlin hatten zwischen Ende 1999 und Ende 2003 einen etwas größeren Anstieg zu verzeichnen (Tab. I.3.1.1/4). Auch Sachsen hatte noch einen – gegenüber Niedersachsen etwas geringeren – Zuwachs an Pflegediensten. In allen anderen Bundesländern ist die Zahl der Pflegedienste gegenüber 1999 zum Teil erheblich gesunken. So z. B. in Schleswig-Holstein um annähernd 20%, im Saarland um 15% und in Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz um jeweils 8,5%. Bundesdurchschnittlich hat sich dementsprechend die Zahl der Pflegedienste zwischen Ende 1999 und Ende 2003 auch um rd. 2% (201 von insgesamt 10820) verringert.

Abb.: B I 3.1.1.1/2



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

3.1.1.2 Pflegeheime

Zahl, Kapazität und Art der Pflegeheime

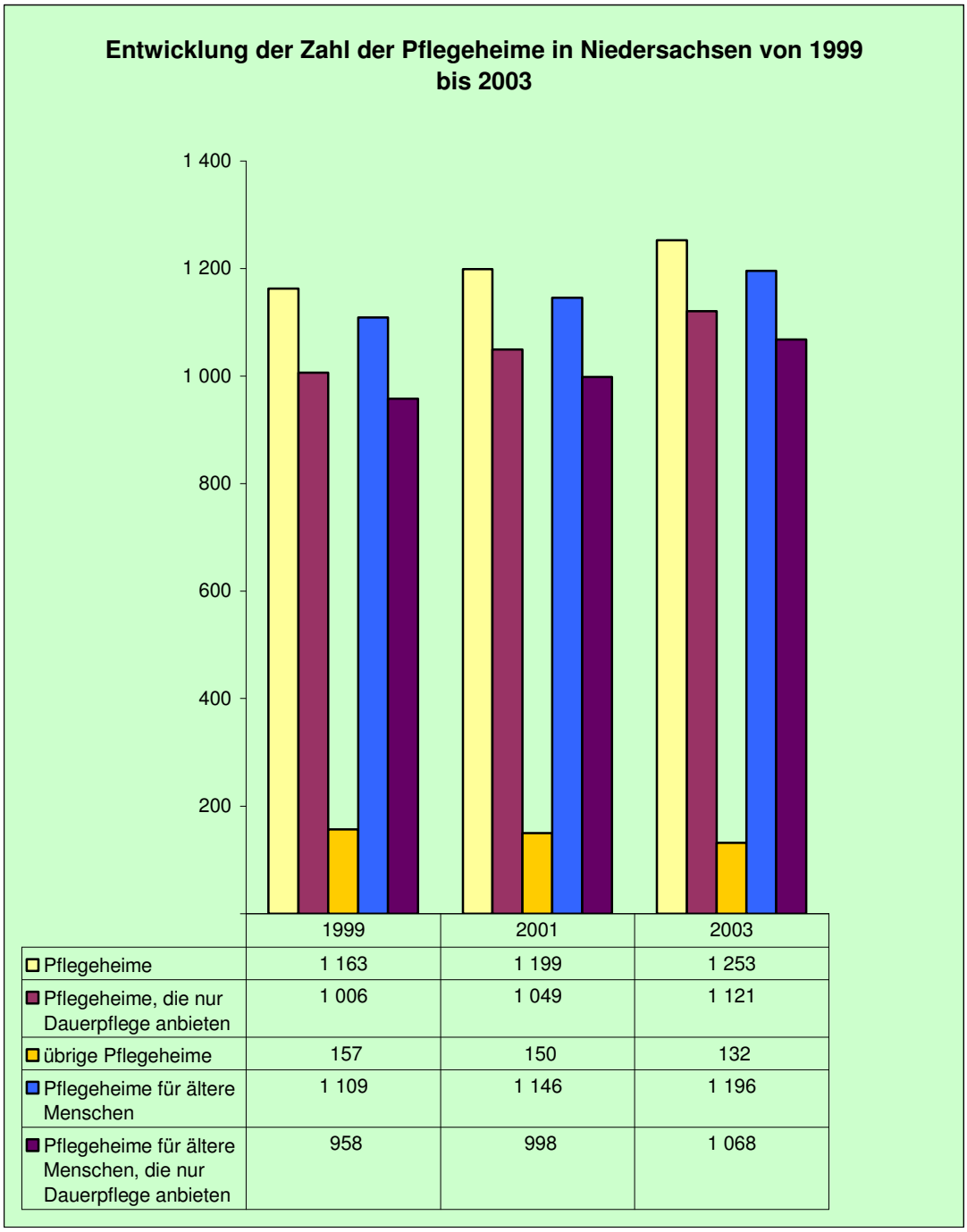
Niedersachsen verfügte Ende 2003 über einen Bestand von 1253 Pflegeheimen (1196) mit zusammen 79.148 Plätzen (s. Abb. 2, Teil A). Hiervon waren 1196 Heime mit insgesamt 75.299 Plätzen stationäre Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen. Das sind jeweils etwas mehr als 95% aller Pflegeheime bzw. Pflegeplätze (Tab. I.3.1.1./1 und I.3.1.1./3). Neben den Altenpflegeheimen standen – entsprechend der Kategorisierung nach der Pflegestatistik – 17 Heime für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen mit zusammen 831 Plätzen und 40 Heime mit einer Gesamtkapazität von 3018 Plätzen für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen (i. S. der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII: Personen mit einer seelischen Behinderung)[143].

Die durchschnittliche Platzzahl liegt bei den drei Einrichtungskategorien somit bei rd. 63 bei den Altenpflegeeinrichtungen, 49 bei den Pflegeeinrichtungen für die behinderten Menschen und 75,5 Plätzen bei den Einrichtungen für die pflegebedürftigen psychisch kranken (seelisch behinderten) Menschen.

[143] Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, in denen die Pflege nach SGB XI im Vordergrund des Nutzungszweckes steht und insofern nicht um Einrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 4 SGB XI (s. Einführung zu Abschnitt 3.1). Die Aufgliederung in Einrichtungen für ältere, für behinderte und für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen gem. Erhebungskategorien der Pflegestatistik ist weder vom Leistungs- noch vom Vertragsrechts des SGB XI vorgegeben, erscheint jedoch unter versorgungspolitischem Aspekt zweckmäßig.

Entwicklung der Zahl der Einrichtungen und der Platzkapazität seit 1999

Abb.: B I 3.1.1.2/1



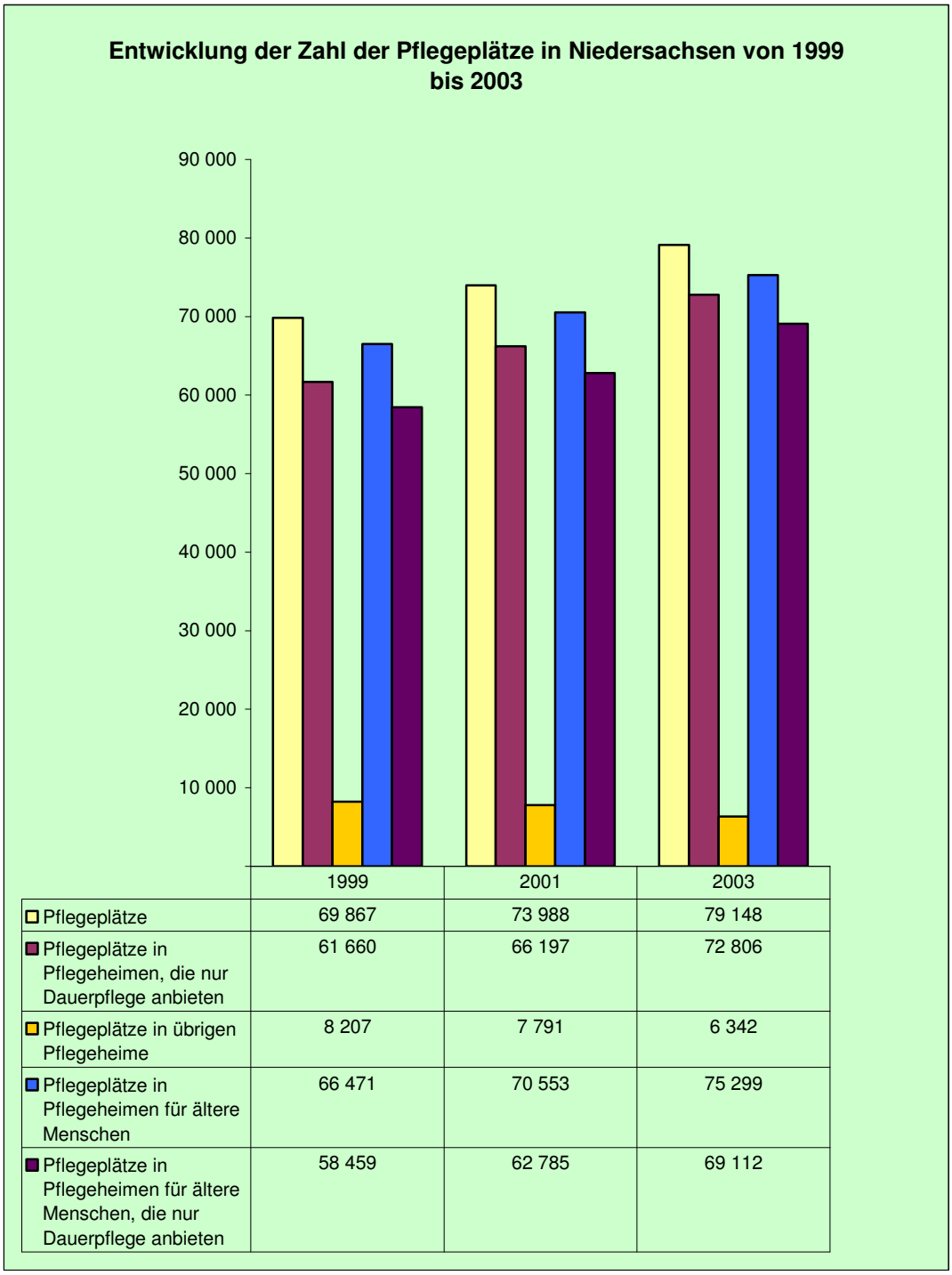
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die Zahl der Pflegeheime ist zwischen Ende 1999 und Ende 2003 um 90 (7,7%), die Platzkapazität um 9281 Plätze (13,3% !) gestiegen. Hatte danach Ende 1999 noch jedes Pflegeheim durchschnittlich rd. 61 Plätze, waren es Ende 2003 über 63 Plätze (Tab. I.3.1.1/1). **Der Anstieg der Zahl der Pflegeheime und der Platzzahl in diesen Heimen fand weitestgehend bei den Altenpflegeheimen statt.** Hier wuchs die Zahl

der Einrichtungen um 87, die Platzzahl um 8828. Zu Beginn der vollstationären Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 1996 verfügten die Altenpflegeheime in Niedersachsen zusammengenommen über rd. 55.000 Plätze; Ende 2003 waren es rd. 75.300 Plätze.
Die Zahl der Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen blieb bei 17 Einrichtungen konstant; allerdings fanden auch bei diesen Einrichtungen Platzerweiterungen im Umfang von 125 Plätzen statt. Bei den Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen kamen drei dazu; die Gesamtplatzzahl stieg hierdurch wie ggf. auch durch Platzerweiterungen im Einrichtungsbestand um 328 Plätze.

Der Anstieg der Zahl der Pflegeheime und der Platzzahl in diesen Heimen bezog sich nahezu ausschließlich auf vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege. **Dabei fanden z. T. gleichzeitig nicht unwesentliche Strukturveränderungen von ursprünglich funktional gemischten Einrichtungen zu monofunktionalen Einrichtungen der Dauerpflege statt**. So sank z. B. die Zahl der Einrichtungen, in denen neben Dauer- auch Kurzzeitpflege (als eigenständiges Angebot) und / oder Tagespflege angeboten worden war, um die Hälfte von 14 auf 7 Einrichtungen (Tab. I.3.1.1./1), solche, in denen Dauer- und Kurzzeitpflege angeboten wurde, verringerten sich ebenfalls um annähernd die Hälfte von 30 auf 16 Einrichtungen und kombinierte Einrichtungen aus Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sanken von 10 auf 6 Einrichtungen. Dem entgegen stieg die Zahl der Einrichtungen, in denen ausschließlich Kurzzeit- bzw. Tagespflege angeboten wird, von 15 auf 18 bzw. von 35 auf 38 Einrichtungen und, besonders ausgeprägt, bei den Einrichtungen, die ausschließlich Leistungen der Dauerpflege (ggf. mit eingestreuter Kurzzeitpflege) anbieten. Hier kamen von 1999 bis 2003 115 neue Einrichtungen auf den Markt; der Anstieg der Platzzahlen bei den Einrichtungen der (nur) Dauerpflege betrug 11.146; davon entfielen auf die Einrichtungen für ältere Menschen 10.653 (95,6%).

Abb.: B I 3.1.1.2/2



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Diese Zahlen übertreffen den im Zuge der Erarbeitung des Pflegerahmenplanes des MS (damals MFAS) aus dem Jahr 2000 bis zum Jahr 2010 erforderlichen Bedarf an zusätzlichen Heimplätzen deutlich. Dort waren für den genannten Zeitraum rund 8000 Plätze geschätzt worden. Diese Schätzung war insoweit bereits Ende 2003 weit übertroffen.

Der Zuwachs an Platzkapazitäten für die vollstationäre Dauerpflege korrespondiert nur bedingt mit dem Zuwachs der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der vollstationären Dauerpflege. Hier betrug der Anstieg zwischen Ende 1999 und Ende 2003 „nur“ 8385. Es ist anzunehmen, dass die Differenz zwischen der Platzkapazität und der tatsächlichen Nutzung der Plätze durch pflegebedürftige Personen durch eine entsprechende Nutzung durch Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ausgelastet wird, die einen vollstationären Versorgungsbedarf, aber keinen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI aufweisen (so genannte Pflegestufe Null oder „G“).[144] Ob hierdurch allerdings eine Vollauslastung der Einrichtungen erreicht wurde/wird, kann angesichts fehlender Daten zur Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Pflegestufe Null bzw. „G“ nicht mit hinreichender Bestimmtheit gesagt werden. In letzter Zeit mehren sich auch Hinweise von Trägern vollstationärer Pflegeeinrichtungen auf zunehmende Auslastungsschwierigkeiten.

Unter Aspekten der Versorgungslage der auf vollstationäre Pflege angewiesenen Menschen in Niedersachsen ist ein gewisser Angebotsüberhang an Pflegeplätzen positiv zu bewerten: Ein Überangebot erhöht ihre Wahlfreiheit und stärkt ihre Marktmacht. Auch unter dem Aspekt der Preise für die Heimpflege – und damit im Blick auf die Aufwendungen, die von den pflegebedürftigen Menschen selbst, ihren Angehörigen oder nachrangig leistungsverpflichteten Kostenträgern (Sozialhilfe) für die stationäre Pflege aufgebracht werden müssen – ist die durch Überangebot geschaffene Konkurrenz grundsätzlich positiv zu sehen. **Andererseits sind negative Effekte wie eine Qualitätsminderung in der Pflege, bei der Versorgung oder beim Wohnen sowie hinsichtlich der Entlohnung oder der Arbeitsbedingungen des Personals nicht auszuschließen. Den Qualitätsprüfungen des MDK und der Heimaufsichten kommen unter diesen Aspekten besondere Bedeutung zu** (s. hierzu Abschnitt I.4.2.1).

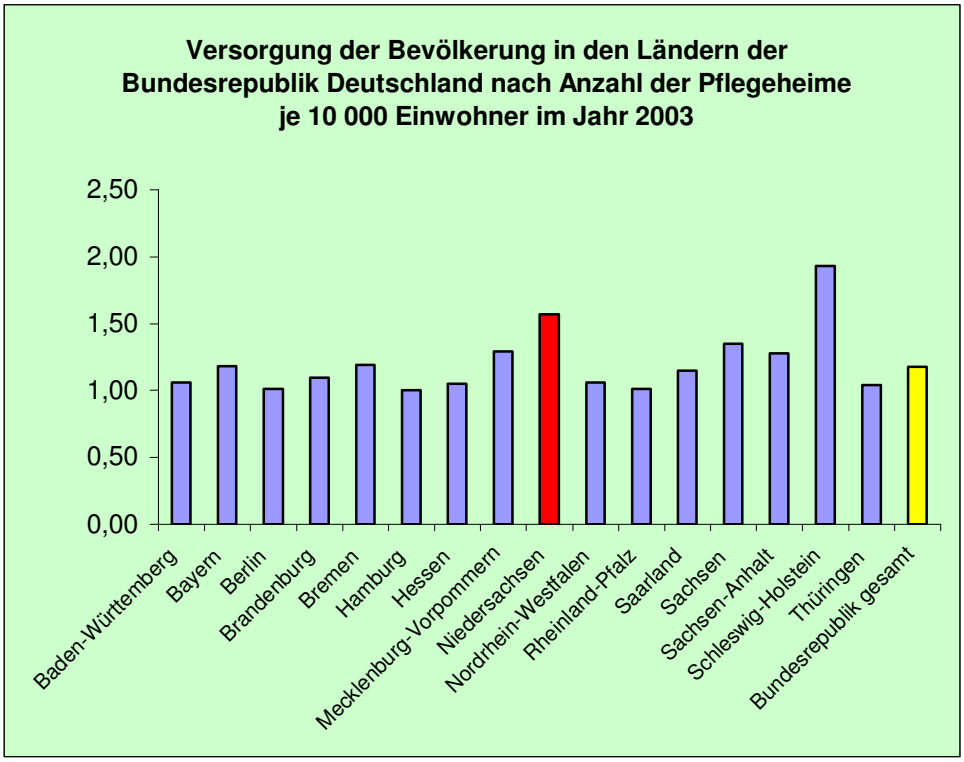
Zudem schafft Angebot bekanntermaßen auch Nachfrage. Dies wird nach allgemeiner Auffassung unterstützt durch die geltenden leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI. Hiernach bestehen insbesondere bei Pflegestufe 1 mit dem Leistungsbetrag der Pflegeversicherung in der ambulanten Pflege in Höhe von 1.023 € monatlich wesentliche Unterschiede zur Pflegesachleistung in Höhe von bis zu 384 € oder gar zum Pflegegeld in Höhe von 205 €. Diesem leistungsrechtlichen Attraktivitätsbonus wäre nur

[144] Siehe hierzu auch Abschnitt I.3.1.5, Unterabschnitt „Auslastung der Dauerpflegeeinrichtungen“ und 3.2.2.1 (Fußnote)

durch eine Gleichstellung der Leistungsbeträge für ambulante und vollstationäre Pflegeleistungen zu begegnen. Hierbei wäre sowohl unter dem Primat des Vorranges der häuslichen Versorgung als auch hinsichtlich des finanzpolitischen Ziels einer Aufwandsneutralität für die Pflegeversicherung eine Minderung der derzeitigen Leistungsbeträge für die vollstationäre Pflege zugunsten einer angemessenen Erhöhung der ambulanten Pflegesachleistungsbeträge vorzunehmen (siehe hierzu auch Abschnitt III.4).

Vergleich zu anderen Bundesländern

Abb.: B I 3.1.1.2/3

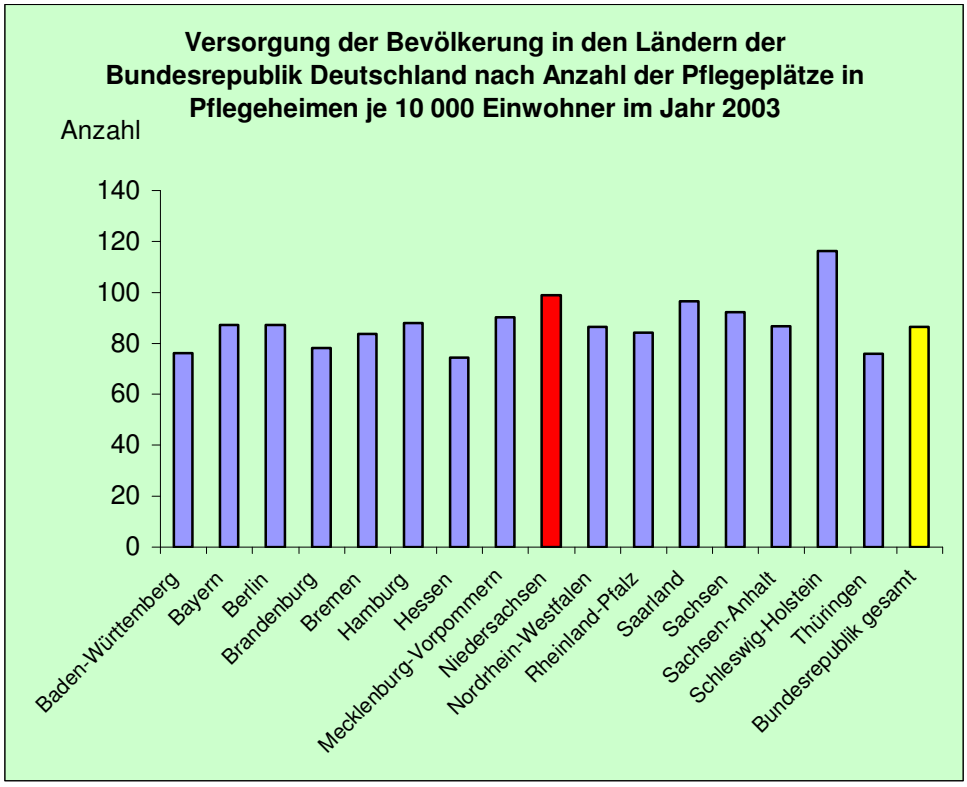


Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die niedersächsische Bevölkerung hat im Vergleich zu anderen Bundesländern eine erheblich überdurchschnittliche Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen und mit Plätzen in diesen Einrichtungen. Niedersachsen liegt mit einer Zahl von 1253 (12,9%) sowohl nach der Zahl der Heime als auch nach der Zahl der Plätze in Pflegeheimen (79148 = 11,6%) deutlich über seinem Anteil an der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik (9,7%) (Tab. I.3.1.1/3). Bundesweit kamen Ende 2003 durchschnittlich rd. 1,2 Heime und 86,4 Pflegeplätze auf je 10.000 Einwohner. In Niedersachsen waren es zum selben Zeitpunkt 1,6 Heime bzw. 99 Plätze.

Die Versorgung mit stationären Pflegeheimangeboten in Niedersachsen wird – sowohl bezüglich der Zahl der Heime als der Plätze je 10.000 Einwohner nur noch von Schleswig-Holstein überboten (1,9 / 116,1). Nach Niedersachsen folgen das Saarland (1,2 / 96,5) und die Länder Sachsen (1,4 / 92,1) und Mecklenburg-Vorpommern (1,3 / 90,1). Weniger als 1 Pflegeheim auf 10.000 Einwohner hat kein Bundesland. Bei 1,0 Heimen liegen die Länder Berlin, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen. Die geringsten Platzzahlen auf 10.000 Einwohner weisen die Länder Hessen (74,4), Thüringen (75,6) und Baden-Württemberg (76,1) auf.

Abb.: B I 3.1.1.2/4



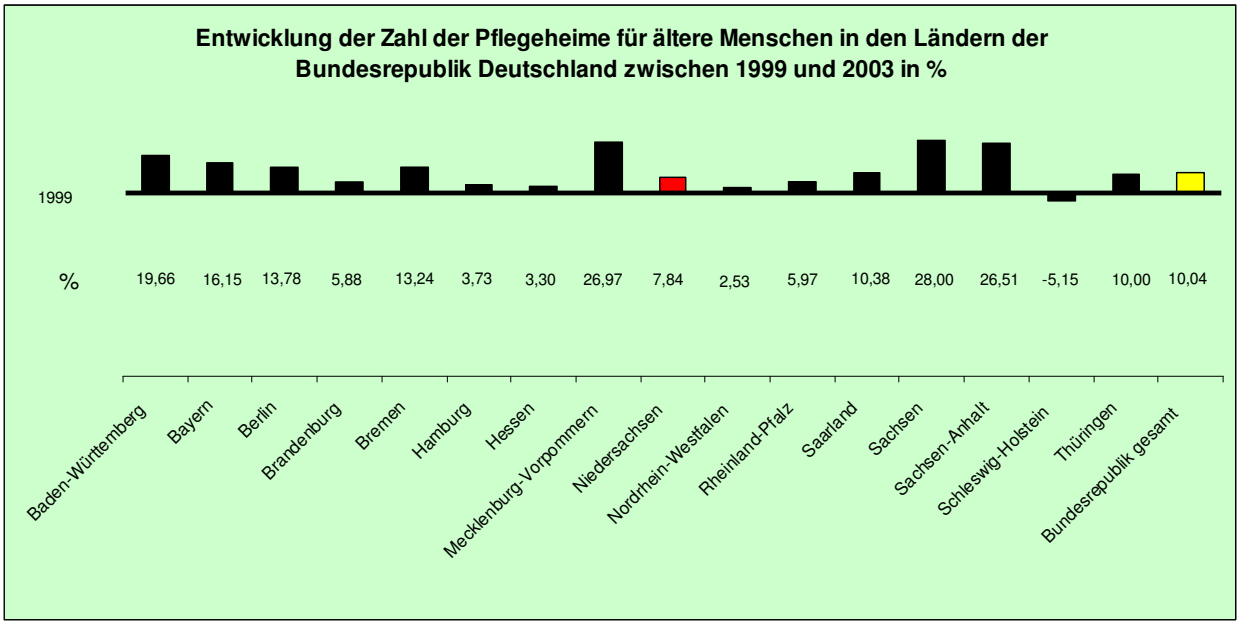
Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Der größte Anteil der Heime (94,1%) bzw. der Plätze (95,7%) entfällt bundesweit auf Pflegeheime für ältere Menschen (Tab. I.1.3.1/3). Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen machen nur 2,3% der Heime und 1,2% der Gesamt-Platzkapazität, solche für Menschen mit psychischen Erkrankungen (seelischen Behinderungen) 3,6% bzw. 3,1% aus. Für Niedersachsen liegen die Anteilswerte für die Pflegeheime für ältere Menschen mit 95,5% aller Heime leicht über bzw. mit 95,1% aller Plätze geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt. Niedriger fallen sie für die stationären Pflegeeinrichtungen für behinderte Menschen aus (1,4% / 1,0%). Für Menschen mit psychischen Erkrankun-

gen/seelischen Behinderungen ist der Anteilswert der Heime mit 3,2% leicht unter-, derjenige für die Platzkapazität mit 3,8% nicht unerheblich über dem bundesweiten Wert.

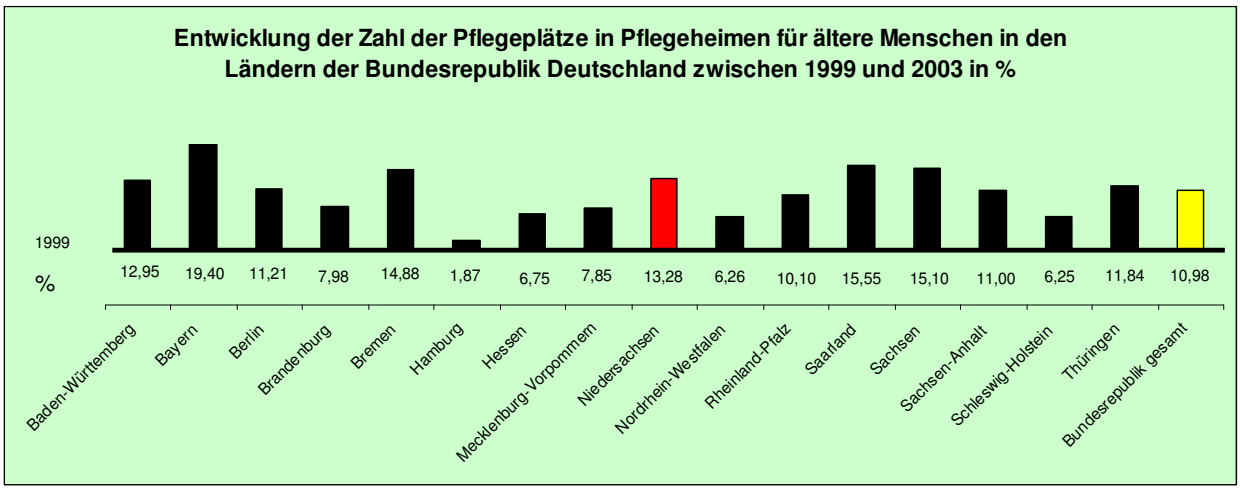
Wie in Niedersachsen ist auch in nahezu allen anderen Bundesländern vor allem die Zahl der Pflegeheime und der Pflegeplätze für ältere Menschen gestiegen. Lediglich Schleswig-Holstein hatte von Ende 1999 bis Ende 2003 einen leichten Rückgang der Zahl solcher Heime um knapp 5% zu verzeichnen; die Zahl der Plätze ist gleichwohl auch hier im selben Zeitraum um 6% gestiegen (Tab. I.3.1.1/4).

Abb.: B I 3.1.1.2/5



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.1.1.2/6



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Bundesdurchschnittlich hat es einen Zuwachs der Heime um 10%, an Pflegeplätzen um 11% gegeben. **Niedersachsen** liegt dabei bei der Zahl der Heime mit einer Steigerungsrate von 7,8% unter, bei den Pflegeheimplätzen mit 13,3% über dem Bundesdurchschnitt. Dies signalisiert einen **Trend zu größeren Pflegeheimen**. Die stärkste quantitative Entwicklung nach der Zahl der Heime haben die Länder Sachsen (+28%), Mecklenburg-Vorpommern (+27%) und Sachsen-Anhalt (+26,5%) genommen; nach der Zahl der Plätze waren es neben Niedersachsen die Länder Bayern (+19,4%), das Saarland (15,6%), Sachsen (15,1%) und Baden-Württemberg (12,9%).

Allerdings sind letztlich diese Steigerungsraten im Hinblick auf den Versorgungsstand im Land von geringem Aussagewert; hierfür ist das vorstehend dargestellte Verhältnis von Zahl der Heime bzw. Zahl der Plätze zur Bevölkerungszahl maßgeblich.

3.1.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)

3.1.2.1 Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund

Leistungsrechtlicher Hintergrund:

Die zentrale leistungsrechtliche Grundlage nach dem SGB XI bildet § 36 - Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe). Danach haben Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung. Der Anspruch umfasst solche Leistungen im Wert von monatlich bis zu

- 384 Euro bei Pflegestufe 1
- 921 Euro bei Pflegestufe 2
- 1432 Euro bei Pflegestufe 3.

Bei Härtefällen (§ 36 Abs. 2 SGB XI) können bis zu 1918 Euro monatlich gewährt werden.

Pflegedienste können aus Mitteln der Pflegeversicherung auch Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 erbringen. Der Leistungsrahmen beträgt 1432 Euro je Kalenderjahr auf einen Höchstzeitraum von vier Wochen.

Pflegebedürftige Personen, die häuslich gepflegt werden und bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt (insbesondere Altersdemenz; § 45a SGB XI) haben zudem Anspruch auf einen Zuschuss der Pflegeversicherung für die Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Leistungen für allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung (§45b SGB XI). Diese können auch von Pflegediensten erbracht werden. Dies setzt allerdings voraus, dass es sich dabei um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt (gem. § 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3). Auf diesbezüglich weitergehende Ausführungen in Abschnitt I.3.6 wird hingewiesen.

Nahezu alle Pflegedienste erbringen neben den Leistungen nach dem SGB XI auch solche der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (s. u.) sowie ergänzende Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege (z. B. Essen auf Rädern, Fußpflege etc.). Letztere sind von den Personen, die solche Leistungen in Anspruch nehmen, aus eigenem Einkommen und Vermögen zu vergüten, sofern nicht nachrangige Leistungsträger (Sozialhilfe) bei Vorliegen von Bedürftigkeit hierfür aufzukommen haben.

Vertragsrechtlicher Hintergrund:

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) bedürfen zur Leistungserbringung aus Mitteln der Pflegeversicherung der Zulassung durch Versorgungsvertrag (§§ 72, 73 SGB XI). Sie sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1 SGB XI).

Zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bedarf es des Abschlusses von Verträgen mit den Krankenkassen nach § 132 a SGB V. Die Inhalte der vergütungspflichtigen Leistungen sind bundeseinheitlich durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und gemeinsame Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132 a Abs. 1 SGB V vorgegeben. Die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene sind noch nicht zustande gekommen. An ihrer Stelle haben die Landesorganisationen der Krankenkassen mit den Landesverbänden der niedersächsischen Träger von Pflegediensten eine entsprechende Empfehlung für Niedersachsen im Vorgriff vereinbart.

Förderrechtlicher Hintergrund:

Pflegedienste erhalten nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) für ihre im Rahmen der Leistungserbringung nach §§ 36 und 39 SGB XI anfallenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen eine Erstattung in Form einer landeseinheitlichen Pauschale (§ 9 NPflegeG). Die Höhe der Förderung beträgt 0,00317 Euro je Bewertungspunkt, sofern nach § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI eine Bemessung der Vergütung nach Komplexleistungen vereinbart ist[145], im Übrigen 1,89 Euro je Zeitstunde, für die Pflegeeinsätze abgerechnet worden sind (§ 2 DVO-NPflegeG).

In der Folge dieser Förderung entstehen den durch die Pflegedienste gepflegten Personen keine andernfalls durch sie oder einen nachrangigen Kostenträger (Sozialhilfe) zu tragenden Investitionsaufwendungen. Die Förderung dient der Stärkung der häuslichen pflegerischen Versorgung und der Vermeidung von dauerhaften Heimaufenthalten. Mit dem Gesetz zur Änderung des Niedersächsischen Pflegegesetzes vom 11. Dez. 2003 (Nds. GVBl. 30/2003, S. 425) hat die Landesregierung den zwischenzeitlich in den Jahren 2002 und 2003 auf ein Fördervolumen von 20,5 Mio. Euro budgetierten Finanzierungsrahmen zugunsten einer erneuten Förderung auf alle im o. g. Sinne erbrachten Leistungen der Pflegedienste wieder geöffnet. Die Haushalts-Veranschlagung für das Jahr 2006 beträgt 23,765 Mio. Euro.

[145] siehe hierzu auch Abschnitt I.3.3.1

3.1.2.2 Angebotsstruktur

Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegedienste und Vergleich zu anderen Bundesländern

Siehe Abschnitt I.3.1.1, Unterabschnitt „Pflegedienste“.

Art des Trägers

Von den 998 Pflegediensten in Niedersachsen zum Jahresende 2003 waren 567 (56,8%) in privater, 408 (40,9%) in gemeinnütziger und 23 (2,3%) in öffentlicher - überwiegend kommunaler – Trägerschaft (Tab. I.3.1.2/1a; s. auch Abb. 2, Teil A). Zwischen Ende 1999 und Ende 2003 hat diesbezüglich eine Verschiebung zugunsten der privaten Dienstleistungsanbieter stattgefunden. So waren die vorstehenden Anteile Ende 1999 noch 53,2%, 44,3% und 2,5%.

Im Ländervergleich sind die Pflegedienste in privater und in öffentlicher Trägerschaft leicht über-, in gemeinnütziger Trägerschaft eher unterdurchschnittlich vertreten. Bundesdurchschnittlich liegen die entsprechenden Anteilswerte bei 55,1% und 1,7% bzw. 43,2%.[146]
Zwischen den Bundesländern gibt es hinsichtlich der Trägerzugehörigkeit der Pflegedienste – wohl in Abhängigkeit von den traditionellen Anbieterstrukturen sozialer Dienste – außerordentliche Unterschiede: So weisen z. B. die Länder Hamburg (74,8%), Berlin (70,1%), Sachsen (67,8%) und das Saarland (65,6%) weit überdurchschnittliche Anteile an Pflegediensten in privater Trägerschaft, Baden-Württemberg (57,4%), Bayern (53,6%), Schleswig-Holstein (50,6%) und Rheinland-Pfalz (48,9%) hingegen solche mit gemeinnütziger Trägerschaft auf.[147] Der Anteil von Pflegediensten in öffentlicher Trägerschaft ist mit 7,0% in Hessen und Baden-Württemberg (4,2%) vergleichsweise hoch; in Berlin und Bremen gibt es dagegen keinen Pflegedienst in öffentlicher Trägerschaft.

[146] Quelle: Statistisches Bundesamt, 3. Bericht: Pflegestatistik 2003, Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste, Bonn, im Mai 2005, Seite 6
[147] a. a. O.

Betreute pflegebedürftige Personen

Zahl der betreuten Personen

Die Zahl der Pflegedienste sagt für sich genommen noch nichts über deren Versorgungspotential aus. Dies wird u. a. durch die Zahl der zum Erhebungstag betreuten pflegebedürftigen Menschen deutlich. Hier übertreffen die Dienste in gemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft die privaten Pflegedienste mit jeweils 65 betreuten Personen um nahezu das Doppelte (Tab. I.3.1.2/1a).

Ende 2003 versorgte jeder Pflegedienst in Niedersachsen durchschnittlich mehr pflegebedürftige Personen als noch Ende 1999. Das trifft auch auf die Pflegedienste in privater Trägerschaft zu (Tab. I.3.1.2/1a). Hier stieg die Zahl von durchschnittlich 29 auf 34, bei den gemeinnützigen von 60 auf 65 und bei den öffentlichen Trägern von 58 auf ebenfalls 65 betreute Personen. Der Durchschnitt über alle Pflegedienste lag 1999 bei 44, ab 2001 bei 47 Personen. Der Anstieg ist ebenso wie die vermehrte Zahl von Pflegeeinrichtungen ein Indikator für die gestiegene Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen (s. Abschnitt I.1, Unterabschnitt „Art der pflegerischen Versorgung“) bei gleichzeitig „konsolidiertem Anbietermarkt“ (s. Abschnitt 3.1.1.1).

Die Spanne der durchschnittlichen Zahl der betreuten Personen reicht von unter 10 bis über 150 Personen (Tab. I.3.1.2/3b). Ersteres traf Ende 2003 nur auf 56 (5,6%) der Pflegedienste zu, letzteres sogar nur auf 18 (1,8%). Auch zwischen 100 bis 150 Personen betreuten nur 41 Pflegedienste (4,1%). Am häufigsten wurden zwischen 36 und 50 bzw. 51 und 70 Personen betreut (zusammen 36,5% aller Pflegedienste).

Die niedersächsischen – ebenso wie die nordrhein-westfälischen – Pflegedienste versorgten Ende 2003 mit 47 Personen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (42 Pers.) überdurchschnittlich viele Personen (Tab. I.3.1.2/1c). Durchschnittlich noch mehr Personen wurden nur von den Pflegediensten in Berlin (55), Rheinland-Pfalz (50) und Baden-Württemberg (48) betreut. Weit unter diesem Versorgungswert (und damit zugleich unter dem Bundesdurchschnitt) liegen die Pflegedienste in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (30), Sachsen (35) sowie Brandenburg und Sachsen-Anhalt (je 37).

Versorgungsgrad der Bevölkerung

Ende 2003 kamen in Niedersachsen auf je 1.000 Einwohner 6 von Pflegediensten betreute pflegebedürftige Personen. In den Jahren davor waren es noch durchschnittlich 5 Personen (Tab. I.3.1.2./1a). Der von 1999 bis 2003 gestiegene Versorgungsumfang (s. Abschnitt I.1 und vorstehender Unterabschnitt *„Zahl der betreuten Personen“* findet insoweit auch hier seinen Niederschlag. Gleiches gilt bei Betrachtung des Verhältnisses der betreuten Personen mit 65 und mehr Jahren zur Zahl der Einwohner dieser Altersgruppe: hier stieg die Zahl von durchschnittlich 28 auf 29 je 1.000 Einwohner.

Für das Bundesgebiet insgesamt und die andern Bundesländer liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Grad der Pflegebedürftigkeit der betreuten Personen

Die von den niedersächsischen Pflegediensten betreuten pflegebedürftigen Personen waren zu rd. 49% in der Pflegestufe 1, 37% in der Pflegestufe 2 und 14,4% in der Pflegestufe 3 (Tab. I.3.1.2/1a).[148] Niedersachsen liegt damit – mit Ausnahme von Pflegestufe 3 – nahe am Bundesdurchschnitt (49,9% / 37,2% / 12,8%).[149] Zwischen den Bundesländern bestehen auch hier zum Teil nicht unwesentliche Unterschiede. So sind z. B. in den Ländern Sachsen (55,1%), Schleswig-Holstein (54,6%), Mecklenburg-Vorpommern (54,3%) und Bremen (53,5%) betreute Personen der Pflegestufe 1, in Hessen (17,1%), Bayern (16,2%) und Rheinland-Pfalz (14,9%) solche der Pflegestufe 3 überrepräsentiert. Bei Pflegstufe 3 weit unter dem Durchschnitt liegen die betreuten Personen der Pflegedienste in Sachsen (8,1%), Mecklenburg-Vorpommern (9,4%) und Hamburg (9,5%). Ob hierfür – trotz bundeseinheitlicher Begutachtungs-Vorgaben – unterschiedliche Bewertungen durch die Medizinischen Dienste oder ob andere Gründe hierfür maßgebend sind, kann hier nicht geklärt werden.

[148] ausführlicher hierzu Abschnitt I.1, Unterabschnitt „Art der pflegerischen Versorgung“
[149] Statistisches Bundesamt, a. a. O., Seite 9

Personal[150]

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Zahl der von den Pflegediensten durchschnittlich betreuten pflegebedürftigen Personen (s. o.) kommt auch in den Daten über die Personalstärke der Pflegedienste zum Ausdruck. In den niedersächsischen Pflegediensten waren Ende 2003 durchschnittlich 21 Personen beschäftigt (Bundesdurchschnitt: 19). In Ländern mit vergleichsweise geringem Betreuten-Aufkommen je Pflegedienst wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg liegt die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit 11, 15, 13 und 14 Beschäftigten deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, in Ländern mit hohem Betreuten-Aufkommen je Pflegedienst (s. o.) deutlich darüber.

Diese Unterschiede führen jedoch nicht zwangsläufig zu Unterschieden im Verhältnis von Personal zu betreuten Personen. Hier entsprechen z. B. Niedersachsen, Hessen und das Saarland mit durchschnittlich 2,2 betreuten Personen je Beschäftigter / Beschäftigtem dem Bundesdurchschnitt. Annähernd gleich sind die Verhältnisse in Schleswig-Holstein (2,1), Baden-Württemberg (2,0), Sachsen (2,3), Bayern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz (je 2,4). Durchschnittlich nicht unerheblich mehr Betreute kommen auf eine Beschäftigte bzw. einen Beschäftigten hingegen in den Ländern Sachsen-Anhalt (2,9), Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern (je 2,7), überdurchschnittlich günstig fällt die Relation im Vergleich in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg (je 1,6) sowie Bremen (1,8) aus. Diese Werte erlauben allerdings keinen Bezug zur Versorgungslage der betreuten Personen angesichts der Tatsache, dass hierbei jeweils alle Beschäftigten der Pflegedienste summarisch erfasst sind. Für eine Beurteilung im vorstehenden Sinne wäre zumindest Arbeitszeitumfang und Qualifikation der Beschäftigten einzubeziehen.[151]

[150] ausführlich hierzu Abschnitt 3.2.1
[151] siehe hierzu Abschnitt I.3.2.1.2

Art und Leistungsangebot der Pflegedienste

Singuläre sowie anderen Einrichtungen oder Diensten zugeordnete Pflegedienste

Nicht alle rd. 1000 Pflegedienste in Niedersachsen bieten ihre Dienstleistungen für alle potentiellen Nachfrager gleichermaßen auf dem jeweiligen regionalen „Markt“ an. Immerhin 130 (13%) Pflegedienste sind als eigenständige Dienste tätig an einer Wohneinrichtung (Altenheim, Altenwohnung, Betreutes Wohnen; gesamt: 102 Pflegedienste), einem Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung oder einem Hospiz (21 Dienste), einige wenige (7 Dienste) auch an einer Einrichtung oder einem Dienst der Eingliederungshilfe (i. d. Regel Familienentlastende Dienste – FeD – mit gleichzeitiger Zulassung als ambulante Pflegeeinrichtung) (Tab. I.3.1.2/2). Für diese Dienste ist anzunehmen, dass sie ihre Tätigkeit weitestgehend oder sogar ausschließlich auf die pflegebedürftigen Menschen konzentrieren, die entweder im Zusammenhang mit der Einrichtung, der sie zugeordnet sind, einen ambulanten pflegerischen Versorgungsbedarf haben (z. B. bei Altenwohnanlagen oder im Nachgang einer stationären Krankenbehandlung oder Reha-Maßnahme) oder die – wie oft Menschen mit einer geistigen Behinderung – einen Pflege- und Betreuungsbedarf aufweisen, der besondere fachliche und persönliche Qualifikationen oder Erfahrungen erfordert.

Auffällig erscheint dabei vor allem die recht große Zahl von **Pflegedienste**n**, die einer Wohneinrichtung** – in der Regel für alte Menschen – **zugeordnet sind**. Die **Zahl hat sich zwischen** Ende **1999 und** Ende **2003 kontinuierlich** von 71 über 85 auf nunmehr 102 Pflegedienste **erhöht**.[152] Dies erscheint als ein **Indikator für** einen gewissen **Strukturwandel in der pflegerischen Versorgung** dahingehend, dass **betreute Wohnformen für alte Menschen mit zugeordneter ambulanter externer Pflege** und weitergehender Unterstützung durch Pflege- und ggf. andere Hilfsdienste (z. B. für hauswirtschaftliche Hilfen, Betreuung, Unterhaltung, Notruf) **an** die **Stelle eines (frühzeitigen) Wechsels in ein Pflegeheim** treten.
Auch die an einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung oder einem Hospiz angegliederten Pflegedienste sind zahlreicher vertreten: Ende 1999 waren hiervon nur 13 Einrichtungen zugelassen; inzwischen bestehen 21. Im Gegensatz dazu ist der Bestand an Pflegediensten, die Einrichtungen oder Diensten der Eingliederungshilfe zugeordnet

[152] Statistisches Landesamt Niedersachsen: Pflegestatistik 1999, 2001 und 2003, jeweils Tab. 1.1, a. a. O.

sind, nach zwischenzeitlichem Anstieg von 6 auf 9 Pflegedienste Ende 2001 bis Ende 2003 wieder auf ein Angebot von insgesamt 7 Diensten zurückgegangen.

Leistungsangebot

Nur sehr wenige Pflegedienste (14 = 1,4%) erbringen ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI. Diese Zahl ist seit Ende 1999 sogar gesunken (von 23 Diensten).[153] Diese Dienste sind zudem sehr klein; sie versorgten Ende 2003 durchschnittlich 9 pflegebedürftige Personen mit durchschnittlich 5 Beschäftigten (Tab. I.3.1.2./3a). Die übrigen (so genannte „gemischte Einrichtungen“) erbringen zu annähernd 97% zugleich Leistungen der häuslichen Krankenpflege, zu rd. 73% Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, annähernd die Hälfte zudem sonstige ambulante Hilfeleistungen (wie z. B. Essen auf Rädern, Fußpflegedienste, besondere Betreuungsleistungen, Kurse und Unterweisungen für pflegende Angehörige etc.). Diese Verhältnisse haben sich seit 1999 kaum verändert.
Die Pflegedienste bieten insofern **ein vielfältiges Pflege- sowie Unterstützungsangebot in deren Vor- und Umfeld an**. Das jeweils örtliche Angebot wird sich dabei nach der Nachfrage nach den jeweiligen Dienstleistungen ebenso wie nach den betrieblichen Bedingungen und unternehmerischen Entscheidungen im Einzelfall richten.

3.1.2.3 Regionale Verteilung

Zahl der Pflegedienste

Das Angebot an Pflegediensten in Niedersachsen ist flächendeckend. Jede kreisfreie Stadt und jeder Landkreis verfügt über mehrere Dienste. Die Zahlen reichen von 112 Diensten in der Region Hannover, davon allein 55 in der Landeshauptstadt, bis zu 5 Pflegediensten in der Stadt Delmenhorst (Tab. I.3.1.2/4).

Die Zunahme an Pflegediensten von Ende 1999 bis Ende 2003 – per Saldo 72 Dienste (s. Abschnitt I.3.1, Unterabschnitt „Pflegedienste“) war mit 23 Diensten am stärksten im ehem. Regierungsbezirk Braunschweig; es folgten die kommunalen Gebietskörper-

[153] a. a. O.

schaften im ehem. Regierungsbezirk Hannover (19), Weser-Ems (17) und Lüneburg (13). Den größten Einzelzuwachs hatten der Landkreis Hildesheim (einschl. Stadt Hildesheim) mit 10 und die Stadt Braunschweig mit 8 zusätzlichen Pflegediensten, die größte Verringerung die Landeshauptstadt Hannover (minus 7); diese wurden aber durch überproportionale Zugänge an Pflegediensten im ehemaligen Landkreis Hannover nahezu wieder ausgeglichen, so dass insgesamt in der Region Hannover nur – per Saldo – ein Verlust von einem Pflegedienst zu verzeichnen war. Diese Daten machen erneut die nicht unerheblichen Bewegungen auf dem Markt der ambulanten Pflegeleistungsanbieter deutlich (s. Abschnitt I.3.1, Unterabschnitt „Pflegedienste“).

Von den Pflegediensten betreute Personen

Durchschnittlich wurden von den Pflegediensten Ende 2003 17,3% mehr Personen betreut als Ende 1999. Veränderungen vollzogen sich dabei in den kommunalen Gebietskörperschaften zum Teil sehr unterschiedlich und sind insoweit nicht allein auf die demographische Entwicklung zurückzuführen. So verzeichnete z. B. die Stadt Osnabrück einen Anstieg der ambulant durch Pflegedienste gepflegten Personen um 89,4%, der Landkreis Osterholz um 84,3%. Dies mag z. T. auf den Zuwachs an Pflegediensten in beiden Regionen – in der Stadt Osnabrück um 6 auf 19 Dienste und im Landkreis Osterholz um 4 auf 15 – zurückzuführen sein (bisherige Unterversorgung wird ausgeglichen oder steigendes Angebot steigert die Nachfrage), kann diese Entwicklung jedoch allein nicht erklären angesichts der Tatsache, dass der Landkreis Holzminden im selben Zeitraum um einen Pflegedienst verlustig ging während gleichzeitig die Zahl der von den verbleibenden Pflegediensten betreuten Personen um 52,3% stieg. Nähere Erklärungen könnten daher nur von einer genauen Analyse der örtlichen Bedingungen und Entwicklungsverläufe im Zuge der örtlichen Pflegeberichte erwartet werden. Im Übrigen war nicht für alle kommunalen Gebietskörperschaften durchgängig ein Anstieg der von den Pflegediensten betreuten Personen zu verzeichnen. So hatte z. B. die Stadt Delmenhorst einen Rückgang um 30,8%, der Landkreis Lüchow-Dannenberg um immerhin 11,8% zu verzeichnen. In absoluten Werten stehen hier allerdings nur 81 bzw. 44 Personen dahinter.

Nur einige wenige kommunale Gebietskörperschaften weichen vom landesdurchschnittlichen Wert von 6 betreuten pflegebedürftigen Personen je 1000 Einwohner bzw. 29

betreuten Personen im Alter von 65 und mehr Jahren an allen Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Altersgruppe in erheblicherem Umfang ab (Tab. I.3.1.2/4). Jeweils nur 3 betreute Personen auf 1000 Einwohner entfielen auf die Stadt Delmenhorst und den Landkreis Wittmund, jeweils 8 betreute Personen kamen auf 1000 Einwohner in den Landkreisen Goslar, Northeim, Hameln-Pyrmont, Holzminden, Osterholz und Aurich. Für die Altergruppe der älteren Menschen (65 J. u. älter) deutlich überdurchschnittliche Versorgungswerte wurden für die Landkreise Emsland, Aurich und Osterholz gemessen (41 betreute Personen), erheblich unter dem Durchschnitt lagen mit 14, 21 und 18 betreuten Personen je Pflegedienst die Landkreise Wittmund und Osterode a. Harz sowie die Stadt Delmenhorst.

Auch hinsichtlich der Verteilung der von den Pflegediensten betreuten Personen auf die Pflegestufen zeigt der Vergleich der kommunalen Gebietskörperschaften untereinander kein einheitliches Bild. So weisen die Städte Wilhelmshaven mit 64,2% und Braunschweig mit 57,6% sowie die Landkreise Hameln-Pyrmont (59,3%) und Lüneburg (56,9%) bei Personen der Pflegestufe 1 deutlich überdurchschnittliche Werte auf (Landesdurchschnitt 48,7%), die Landkreise Wittmund (27,0%), Emsland (23,2%) und Cloppenburg (20,6%) ebensolche bei Pflegestufe 3 (Landesdurchschnitt 14,4%). Die möglicherweise besseren familiären Voraussetzungen zur innerfamiliären Pflege in diesen Regionen selbst im Falle sehr hohen Pflegebedarfs kann insoweit nicht zur Erklärung dienen, als für die nicht minder ländlich strukturierten Landkreise Wesermarsch und Friesland mit nur 11,6% bzw. 12,0% der von den Pflegediensten betreuten Personen ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteilswert bei Pflegestufe 3 ausgewiesen wird. Insofern müssen andere / weitere, hier nicht näher bestimmbare Einflussvariablen das Einstufungsergebnis bewirken. Auch dies kann ggf. nur durch nähere Betrachtung und Analyse der regionalen Bedingungen im Rahmen der Erstellung örtlicher Pflegeberichte geklärt werden. Nicht zuletzt kommen wiederum unterschiedliche Bewertungen durch die Gutachter des MDKN in Betracht. Dies Argument verliert aber angesichts der Tatsache, dass nach der Neuorganisation des MDKN im Jahr 2004 niedersachsenweit nur noch insgesamt sechs so genannte „Regionale Dienstleistungscenter“ (Lüneburg, Oldenburg, Bremen, Osnabrück, Hannover, Braunschweig) – jeweils bestimmte Landkreise übergreifend – nach dem SGB XI gutachterlich tätig werden.

3.1.2.4 Zusammenfassende Bewertung

Für Niedersachsen kann hinsichtlich der ambulanten pflegerischen Versorgung von einem flächendeckenden, zahlenmäßig ausreichenden und aufgrund der Trägervielfalt im Sinne einer gegebenen Wahlfreiheit zwischen den Angeboten positiv zu bewertenden Angebot an Pflegediensten ausgegangen werden. Diese Feststellung gilt auch bei regionaler Betrachtung und im Vergleich zu den anderen Bundesländern.

Das Angebot an Diensten erscheint – im Sinne der Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes – nachfrageinduziert (marktorientiert). Vor dem Hintergrund der feststellbar gestiegenen Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste ist im Blick auf die demographische Entwicklung insofern auch für die Zukunft mit einer Ausweitung des Angebotes zu rechnen.
Die bereits heute feststellbare zunehmende Diversifikation des Angebotes der Pflegedienste über die Pflegeleistungen im engeren Sinne hinaus in Richtung auf umfassendere Dienstleistungs-, Service-, Beratungs- und Betreuungsangebote und die zunehmende Orientierung auf Serviceangebote im Rahmen des Betreuten Wohnens für ältere Menschen lassen für den für die Zukunft nicht zuletzt aufgrund der Finanzierbarkeit des Hilfesystems erforderlichen Zuwachs an Angeboten der häuslichen Pflege und Versorgung und eine zunehmende Vielfalt hoffen.

3.1.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)

3.1.3.1 Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund

<u>Leistungsrechtlicher Hintergrund</u>

Die leistungsrechtliche Grundlage bildet § 41 SGB XI. Pflegebedürftige haben danach Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.
Die letztgenannte Voraussetzung wurde mit dem Ziel der verstärkten Inanspruchnahme von teilstationären Pflegeleistungen zur Vermeidung oder Verzögerung dauerhaften Heimaufenthaltes mit dem Gesetz zur Änderung des SGB XI vom 14.12.2001 in das SGB XI aufgenommen.

Die Leistung der Tages- oder Nachtpflege (die die Transportkosten zwischen Wohnung und Pflegeeinrichtung mit umfasst) kann parallel zu Leistungen der häuslichen Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) oder dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) bezogen werden. Sie ist zu ersteren jedoch nachrangig und erfolgt nur in dem Umfang, in dem durch die Leistungen nach § 36 SGB XI der gesetzlich festgelegte monatliche Höchstbetrag (s. Abschnitt 3.1.2) nicht verbraucht ist (§ 41 Abs. 3 SGB XI).

Dieses Nachrangigkeitsprinzip wurde ebenfalls mit dem o. g. SGB XI-Änderungsgesetz klargestellt. Angesichts der ursprünglichen Formulierung im Gesetz in Abs. 3 waren hinsichtlich des Vorranges / Nachranges bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 oder von Pflegegeld nach § 37 SGB XI und Leistungen der Tagespflege Zweifel aufgekommen. Dort hieß es: „Pflegebedürftige erhalten zusätzlich zu den Leistungen nach Absatz 2 ein anteiliges Pflegegeld, wenn der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Höchstwert der Sachleistung *(für die Tagespflege, Anm. d. Verf.)* nicht voll ausgeschöpft wird. § 38 Abs.2 *(Anrechnungsvorschrift bei parallelem Bezug von häuslicher Pflegehilfe nach § 36 und Pflegegeld nach § 37 SGB XI – so genannte Kombinationsleistung; Anm. d. Verf.)* gilt entsprechend. Sachleistungen können neben den Leistungen *(der Tagespflege; Anm. d. Verf.)* nach Abs. 2 in Anspruch genommen werden, die Aufwendungen dürfen jedoch insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwert nicht übersteigen."

Vertragsrechtlicher Hintergrund

Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege bedürfen zur Vergütung ihrer Leistungen aus Mitteln der Pflegeversicherung einer Zulassung durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Nach § 71 Abs. 2 SGB XI handelt es sich um – selbständig wirtschaftende – stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt und nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden.

Förderrechtlicher Hintergrund

Einrichtungen der Tages- oder der Nachtpflege erhalten nach § 10 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG) eine Förderung im Umfang ihrer betriebsnotwendigen Investitionsfolgeaufwendungen. Die Kosten hierfür trägt das Land. Die Förderung erfolgt leistungsfolgend für belegte Plätze. Sie berücksichtigt durch Unterauslastungszuschläge die besonderen Marktbedingungen solcher Einrichtungen (§ 8 Abs. 2 DVO-NPflegeG).

In der Folge dieser landesrechtlichen Regelungen entstehen Nutzerinnen und Nutzern dieser Einrichtungen keine andernfalls von ihnen aus eigenem Einkommen oder Vermögen oder durch einen nachrangigen Leistungsträger (Sozialhilfe) zu tragenden Investitionsaufwendungen. Die Förderung dient der Stärkung der häuslichen pflegerischen Versorgung und der Vermeidung von dauerhaftem Heimaufenthalt.

Die Landesregierung hat durch Änderung der Durchführungsverordnung (DVO-NPflegeG, hier § 8 Abs. 2 i. d. F. d. Neubekanntmachung vom 30. März 2005, mit Wirkung zum 1. Jan. 2004 die Förderbedingungen für teilstationäre Einrichtungen durch praxisgerechte Anpassung des Unterauslastungsaufschlages von bislang 85% auf 80%

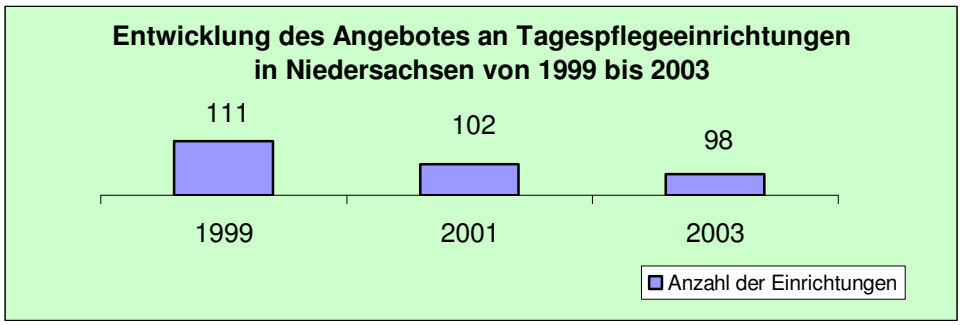
verbessert. Die Aufwendungen des Landes für die Förderung von teilstationären Pflegeeinrichtungen sind seit In-Kraft-Treten des NPflegeG zum 1. Juli 1996 entsprechend der zunehmenden Nutzung dieser Einrichtungen (siehe Abschnitt I.1, „Art der pflegerischen Versorgung) laufend gestiegen. Für 2006 sind Mittel in Höhe von 1,893 Mio. Euro veranschlagt.

3.1.3.2 Angebotsstruktur

a) Tagespflegeeinrichtungen

Zahl und Platzkapazität der Einrichtung

Abb.: B I 3.1.3.2/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Ende 2003 waren in Niedersachsen insgesamt 98 solcher Einrichtungen mit zusammen 1.091 Plätzen zugelassen (Tab. I.3.1.3/1 und I.3.1.3/2).[154]

Ausweislich der Daten der Pflegestatistik 1999, 2001 und 2003 hat das Angebot an Tagespflegeeinrichtungen kontinuierlich abgenommen – von 111 über 102 auf derzeit 98 (94 s. Fußnote) Einrichtungen. Die Zahl der Plätze in den Einrichtungen hat gleichwohl leicht zugenommen – von 979 über 1.080 auf 1.091 Plätze.[155] Es ist anzunehmen, dass die am Markt verbliebenen Einrichtungen ihre **Wirtschaftlichkeit durch eine Vergrößerung der Einrichtungen gesichert** haben. Diese Annahme wird durch die Daten zur Platzzahl der Einrichtungen (s. u.) unterstützt. Insgesamt macht das Platzangebot an

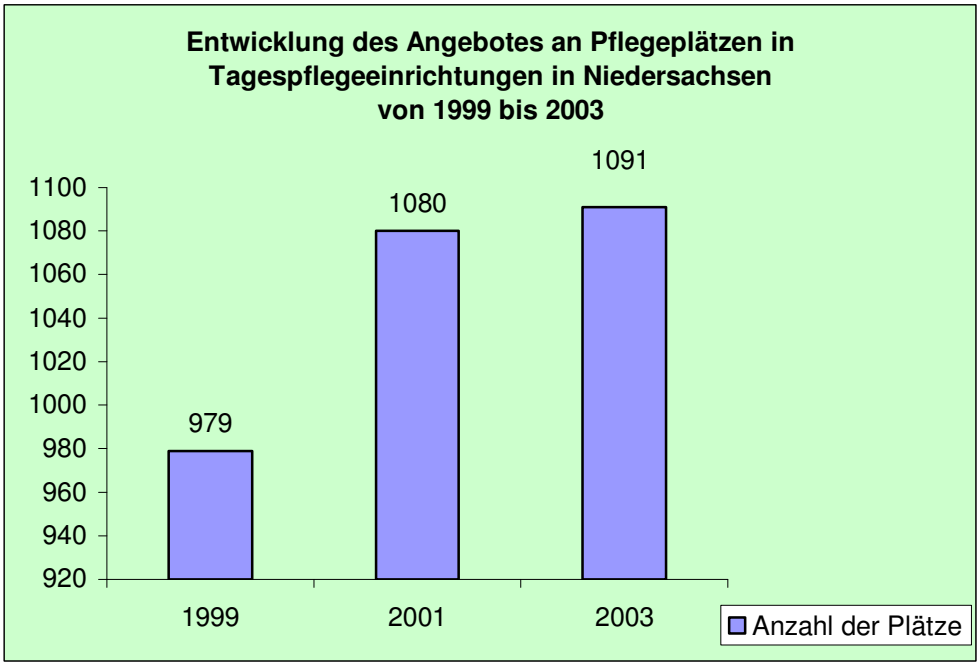
[154] Im Zuge der Berichtslegung wurden die kommunalen Förderbehörden (Landkreise und kreisfreie Städte, Region Hannover) nach dem Einrichtungsbestand befragt. Danach gab es in Niedersachsen mit Stand vom Juli 2005 nur noch 94 Tagespflegeheime (s. nachfolgend Abschnitt 3.1.3.3)

[155] Es ist Zum Zeitpunkt der Berichtslegung des Pflegerahmenplans (1999) lagen die Ergebnisse der Pflegestatistik 1999 noch nicht vor. Nach den verfügbaren Daten der Landesverbände der Pflegekassen waren mit Datum April 1999 190 Tagespflegeeinrichtungen mit zusammen 1406 Plätzen zugelassen. Hierin enthalten waren allerdings auch im Rahmen der Bestandsschutzregelung des § 73 SGB XI als Einrichtungen der Tagespflege bezeichnete Angebote, die, nachgehend, seitens der Landesverbände der Pflegekassen auf Veranlassung des MS überprüft, die gesetzlichen Vorgaben (eigenständig wirtschaftende Einheit) nicht erfüllten. Eine im Auftrag der Arbeitsgemeinschaften der Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen erfolgte und mit Datum August 1999 vorgelegte Untersuchung hatte eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Zahl von 105 Einrichtungen mit einer Platzzahl von zusammen etwa 920 ergeben (Quelle: Pflegerahmenplan 2000, a. a. O., S. 93 ff). Es ist insofern davon auszugehen, dass die Daten

Tagespflegeplätzen mit 1,4% an allen stationären Pflegeplätzen in Niedersachsen dennoch nur einen sehr geringen Anteil aus. Das gilt letztlich auch bundesweit. **Im Vergleich zum Bundesgebiet** insgesamt (2,5%)[156] **ist Niedersachsen** allerdings **unterdurchschnittlich mit Tagespflegeplätzen versorgt**.

Die am Markt verbliebenen **Einrichtungen konnten** im Übrigen auch **ihre Auslastung deutlich verbessern** (s. u. „Auslastung"). Dieses Datum wiederum findet seine Bestätigung durch die insgesamt gestiegene Zahl an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern der Tagespflege (s. Abschnitt I.1).

Abb.: B I 3.1.3.2/2



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Träger der Einrichtungen

Über zwei Drittel der Tagespflegeinrichtungen befinden sich in gemeinnütziger Trägerschaft, 18% in privater und 4,1% (4 Einrichtungen) in öffentlicher Trägerschaft (Ende 2003; Tab. I.3.1.3/1). Hinsichtlich dieser Verteilung haben sich im Zeitraum seit Ende 1999 nicht unerhebliche Änderungen zugunsten der Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft ergeben. Diese sind allerdings bewirkt durch eine weit **überproportionale Aufgabe der Angebote privater Träger**. Während die Zahl der Einrichtungen von 1999 auf 2003 dort um 10 von 38 auf 28 Einrichtungen abnahm, verringerte sie sich bei

der Pflegestatistik die tatsächlichen Verhältnisse im Sinne der Erfassung nur solcher Tagespflegeeinrichtungen wiedergeben, die den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI entsprechen.

den Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft nur um 2 (von 68 auf 66) und bei denjenigen in öffentlicher Trägerschaft um eine Einrichtung. Allerdings wurden auch von den gemeinnützigen Trägern – nach einem zusätzlichen Angebot von drei Einrichtungen zwischen 1999 und 2001 – danach wieder fünf Einrichtungen aufgegeben. Dies kann als Zeichen schwieriger bzw. unrentierlicher Marktbedingungen bei Tagespflege auch für gemeinnützige Träger gewertet werden.

Zuordnung der Tagespflegeeinrichtungen zu anderen Einrichtungen

Um zwei Drittel der Tagespflegeeinrichtungen waren jeweils über die Jahre von Ende 1999 bis Ende 2003 Teil so genannter „mehrgliedriger Einrichtungen“ in Verbindung mit einer Dauer- und/oder Kurzzeitpflegeeinrichtung oder auch einem ambulanten Pflegedienst (Tab. I.3.1.3/1 und /2). Durch einrichtungsübergreifenden Personal- und Sachmitteleinsatz können dabei Synergieeffekte zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit genutzt werden. Annähernd ein Drittel der Einrichtungen konnte allerdings auch ihre Existenz als eigenständige Einrichtung sicherstellen. Bei den privaten Einrichtungsträgern hat diese Einrichtungsform – aus nicht erklärbaren Gründen – sogar ständig (von ursprünglich 6 auf jetzt 10 Einrichtungen) zugenommen.

Die eigenständigen Tagespflegeeinrichtungen verfügen durchschnittlich über mehr Plätze als die Tagespflegeeinrichtungen in den mehrgliedrigen Einrichtungen. Dies trägt offensichtlich zur Existenzsicherung der eingliedrigen Einrichtungen bei. Bei ihnen betrug der Durchschnitt Ende 2003 13 Plätze, bei den mehrgliedrigen Einrichtungen waren es durchschnittlich 10 Plätze (Tab. I.3.1.3/2 i. V. m. Tab. I.3.1.3/1). Auch die letztgenannte Zahl scheint jedoch ein Indiz dafür zu sein, dass es sich – zumindest bei den statistisch erfassten Einrichtungen – um räumlich abgegrenzte, mit einem eigenständigen Angebot versehene und eigenständig wirtschaftende Einrichtungen im gesetzlichen Sinne handelt. „Eingestreute Tagespflege“ (Betreuung von Tagesgästen im Rahmen der Tagesbetreuung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in Einrichtungen der Dauerpflege), wie sie zur Zeit der Berichtslegung des Pflegerahmenplanes noch in größerem Umfang bei durch Bestandsschutz (§ 73 SGB XI) zugelassenen Pflegeeinrichtungen angenommen werden musste, scheint insofern aufgrund der zwischenzeitlich von den Landesorganisationen der Pflegekassen konsequent verfolgten normenge-

[156] Quelle: Statistisches Bundesamt: Bericht: Pflegestatistik 2003 – Deutschlandergebnisse -, Bonn im April 2005, Seite 18

rechten Vertragsgestaltung bei Versorgungsverträgen nur noch in Einzelfällen vorzukommen.
Vorübergehende Tages-Aufenthalte in vollstationären Pflegeeinrichtungen, z.B. bei zeitweiser Verhinderung der Pflegeperson, sind deshalb aber nicht ausgeschlossen. Das Vorhalten eines solchen Angebotes kann sinnvoll sein zur bedarfsweisen Abdeckung von Notsituationen in der häuslichen Pflege und ist auch durch Leistungen der Pflegeversicherung - § 39 SGB XI ‚Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson' - grundsätzlich abgedeckt.

Bei Kombination von Tagespflege- mit Dauerpflegeeinrichtungen macht die Tagespflege im Verhältnis zur Gesamtzahl der Plätze in diesen Einrichtungen nur einen geringen Anteil aus – zwischen 1999 und 2003 jeweils um oder leicht über 10% (Tab. I.3.1.3/2). In den – seltenen – Fällen, in denen eine Kurzzeit- mit einer Tagespflegeeinrichtung kombiniert ist (in Niedersachsen insgesamt nur 6 Einrichtungen[157] mit zusammen 57 Plätzen), machen die Tagespflegeplätze durchschnittlich 40 Prozent der Plätze, in den kombinierten Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen (1Einrichtung[158] mit zusammen 13 Plätzen) sind 11 Plätze der Tagespflege vorbehalten.

Auslastung

Über die Jahre von Ende 1999 bis Ende 2003 konnten die Tagespflegeeinrichtungen ihre Auslastung deutlich und kontinuierlich anheben – von durchschnittlich 82,2% Ende 1999, auf rd. 86% Ende 2001 und 113 % Ende 2003. Die Auslastung über 100% ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass bei Tagespflege halbtägliche Nutzungen häufig sind.[159] Bei den eingliedrigen Tagespflegeeinrichtungen betrug die Auslastung Ende 2003 durchschnittlich sogar rd. 150% (Tab. I.3.1.3/2).

Von den Tagespflegeeinrichtungen betreute pflegebedürftige Personen

Von den insgesamt 218.363 Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung erhielten am Stichtag der Erhebung (15.12.2003) insgesamt nur 1233 (0,6%) Leistungen der Tagespflege (Tab. I.3.1.3/3). Bezüglich der Empfängerinnen und Empfänger von häuslichen Pflegeleistungen (häusliche Pflegehilfe nach § 36 oder Pfle-

[157] Statistisches Landesamt Niedersachsen: Pflegestatistik 2003, Tab. S 1.1, unveröffentlicht
[158] Quelle: wie vorstehende Fußnote
[159] Der Anteilswert wird gebildet aus dem Verhältnis der Zahl der für den jeweiligen Einrichtungstypus statistisch erfassten pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzer zur Zahl der Plätze der Einrichtungen. Hierdurch kann es bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen auch zu Anteilswerten über 100% kommen.

gegeld nach § 37 SGB XI) – Tagespflege ist eine zur häuslichen Pflege komplementäre Leistung der Pflegeversicherung – betrug der Anteil 0,8%.

Tagespflege wird nahezu ausschließlich von älteren pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen. Ende 2003 waren lediglich 70 der insgesamt 1233 Nutzerinnen und Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen im Alter zwischen 40 bis unter 65 Jahren. Jüngere waren gar nicht vertreten (Tab. I.3.1.3/3). Bei den Altersgruppen der 65 bis unter 80jährigen und der 80jährigen und älteren ist die erstgenannte Altersgruppe im Vergleich zur Gesamtheit aller Leistungsbezieherinnen und –bezieher mit 39%[160] etwas überrepräsentiert vertreten (gesamt: 30,6%)[161]. Dies erscheint angesichts der mit Tagespflege stets verbundenen Belastungen durch den Transport nachvollziehbar.

Im Verhältnis zu ihrem Anteil unter allen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern (rd. 68%) sind **Frauen** als Nutzerinnen von Tagespflegeangeboten **etwas überrepräsentier**t (72,2%).
Gleiches gilt – hier jedoch ausgeprägter – für den **Grad der Pflegebedürftigkeit**. Hier sind vor allem Tagespflegegäste der Pflegestufe 1 recht deutlich unter-, solche der Pflegestufe 2 deutlich und solche der Pflegestufe 3 noch leicht überrepräsentiert (Tab. I.3.1.3/3).

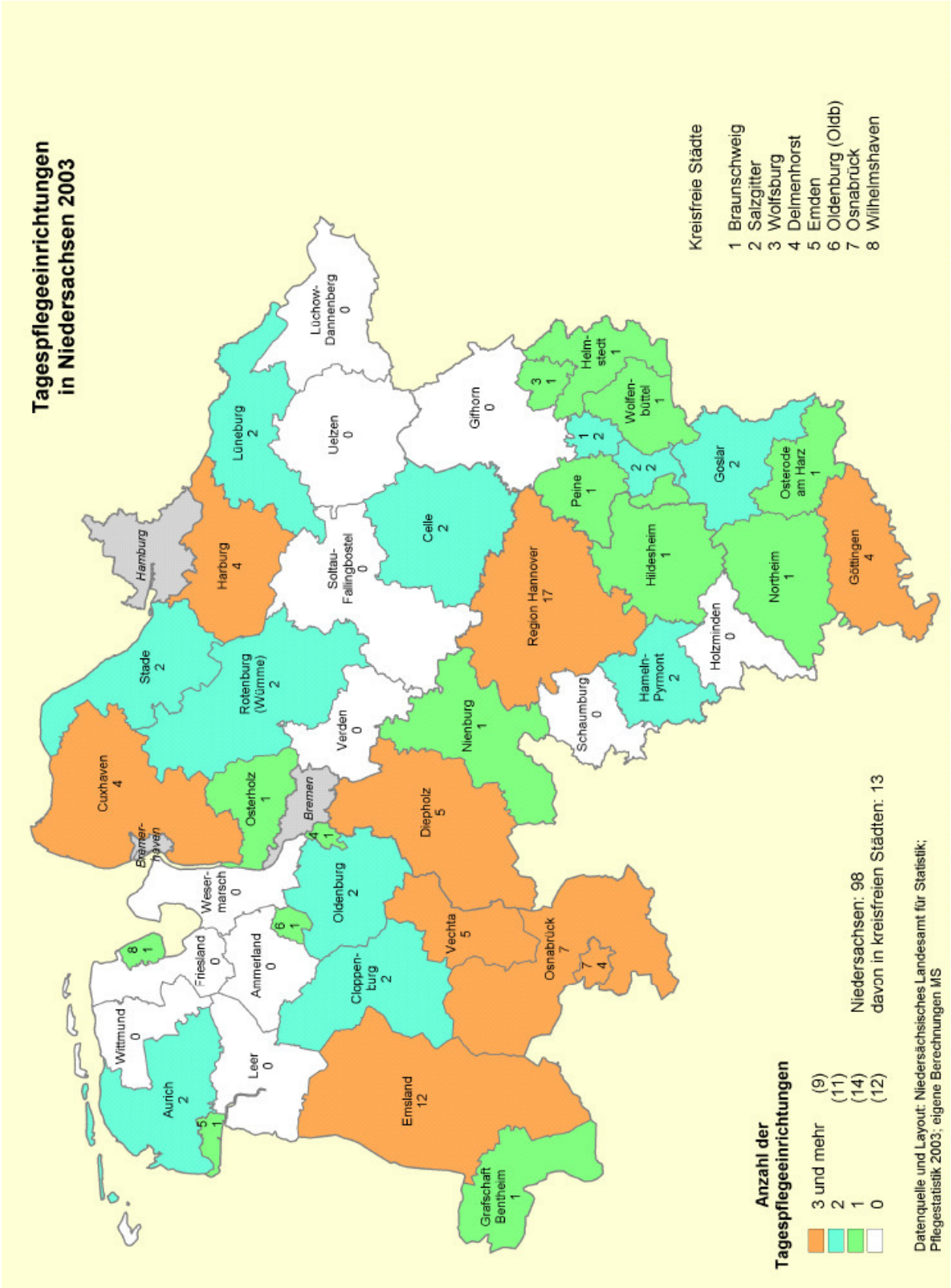
Das lässt **folgende Feststellung** zu: **Tagespflegeeinrichtungen erreichen den intendierten Nutzerkreis der „Grenzgänger“ zwischen häuslicher Pflege und Heimpflege. Sie stellen für die pflegenden Angehörigen besonders im Falle schwererer Pflegebedürftigkeit eine vorübergehende Entlastung dar, die diesen daraufhin die weitergehende häusliche Pflege und Betreuung ermöglicht. Verbesserungen der leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI erscheinen darum dringend geboten, um das Angebot an Tagespflege zu stärken und auszubauen.**

[160] Alle Leistungsempfängerinnen und –empfänger der Altersgruppen ab 40 Jahren = 100 %
[161] Ermittlung wie vorstehende Fußnote

3.1.3.3 Regionale Verteilung

Die insgesamt unbefriedigende Versorgungslage mit Angeboten der Tagespflege in Niedersachsen wird besonders deutlich bei Betrachtung der Verhältnisse in den kreisfreien Städten und Landkreisen. Danach verfügten **Ende 2003** allein **12** der 46 kommunalen **Gebietkörperschaften** über **keine Tagespflegeeinrichtung**, **14** weitere über **nur eine** solche **Einrichtung** (s. nachstehende Abb. und Tab. I.3.1.3/4).

Abb.: B I 3.1.3.3/1


Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen 2003
Kreisfreie Städte
1 Braunschweig
2 Salzgitter
3 Wolfsburg
4 Delmenhorst
5 Emden
6 Oldenburg (Oldb)
7 Osnabrück
8 Wilhelmshaven
Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen
3 und mehr (9)
2 (11)
1 (14)
0 (12)
Niedersachsen: 98
davon in kreisfreien Städten: 13
Datenquelle und Layout: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; eigene Berechnungen MS
Hamburg
Bremen
Bremerhaven
Lüchow-Dannenberg 0
Lüneburg 2
Uelzen 0
Gifhorn 0
Harburg 4
Soltau-Fallingbostel 0
Celle 2
Stade 2
Rotenburg (Wümme) 2
Verden 0
Nienburg 1
Region Hannover 17
Schaumburg 0
Hameln-Pyrmont 2
Holzminden 0
Hildesheim 1
Peine 1
Wolfenbüttel 1
Helmstedt 1
Goslar 2
Osterode am Harz 1
Northeim 1
Göttingen 4
Cuxhaven 4
Osterholz 1
Diepholz 5
Oldenburg 2
Weser-marsch 0
Friesland 0
Wittmund 0
Aurich 2
Ammerland 0
Leer 0
Cloppenburg 2
Vechta 5
Osnabrück 7
Emsland 12
Grafschaft Bentheim 1

In den letzten Jahren hat sich die **Situation** sogar **verschlechtert**: Nach dem Datenstand des Pflegerahmenplans (Oktober 1998) waren zum damaligen Zeitpunkt „nur“ 9 kommunale Gebietskörperschaften ohne ein Tagespflegeangebot, 10 verfügten über nur eine Einrichtung.

Bei den kommunalen Gebietskörperschaften ohne Tagespflegeeinrichtungen handelt es sich ausschließlich um ländliche Siedlungsregionen. Unter ihnen befinden sich auch solche mit einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Bevölkerung wie Holzminden (22,2% Einwohner mit 65 u. mehr Jahren; Landesdurchschnitt: 18,2%). Schaumburg (20,0%), Lüchow-Dannenberg (22,5%) und Uelzen (21,5%). Weitere Gebietskörperschaften mit einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Menschen wie Osterode am Harz (23,4%) und die Stadt Wilhelmshaven (21,1%) verfügten nur über eine Tagespflegeeinrichtung.

Landesdurchschnittlich kam Ende 2003 eine Tagespflegeeinrichtung auf knapp 15.000 (14.885) Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren. Von den überhaupt mit einer Tagespflegeeinrichtung versorgten kommunalen Gebietskörperschaften den mit Abstand besten Versorgungswert, gemessen an diesem Durchschnittswert, hatten die Landkreise Vechta (1 Einrichtung auf 3.633 alte Einwohner) und Emsland (3.936), gefolgt von der Stadt Osnabrück (7.610) und dem Landkreis Diepholz (7.709). Ebenfalls noch deutlich über dem Landesdurchschnitt lagen die Landkreise Osnabrück (8.585), Oldenburg (9.974), Harburg (10.141) und Cuxhaven (10.186) und die Stadt Emden (9.640), weit darunter die Landkreise Hildesheim (57.579), Northeim (31.525), Peine (24.407), Wolfenbüttel (23.731), Nienburg/Weser (23.712) und Grafschaft Bentheim (22.989) sowie die kreisfreien Städte Wolfsburg (25.616), Oldenburg (24.409) und Braunschweig (24.266). Die Landeshauptstadt Hannover und das Gebiet des ehemaligen Landkreises Hannover zeichnen sich trotz einer vergleichsweise großen Zahl an Einrichtungen (8 und 11 Einrichtungen) nur durch eine leicht überdurchschnittliche Versorgung aus: Hier entfielen jeweils 12.209 bzw. 10.196 ältere Menschen auf ein Tagespflegeangebot.

Die vorstehenden Daten über die regionale Versorgung Niedersachsens mit Tagespflegeeinrichtungen verdeutlichen – unabhängig von der dargestellten grundlegenden leistungsrechtlichen Problematik – folgendes: **Das Kriterium (dicht besiedelter) städtischer Siedlungsraum** / **(dünn besiedelter) ländlicher Siedlungsraum und die damit**

jeweils verbundenen Merkmale einer vergleichsweise guten bzw. ungünstigen Erreichbarkeit sowie der Notwendigkeit / Bereitschaft der Inanspruchnahme zur häuslichen Versorgung ergänzender externer Unterstützungsangebote sind für die Frage des Vorhandenseins bzw. der Möglichkeit zur Führung eines wirtschaftlich tragfähigen Tagespflegeangebotes nicht oder nur von nachrangiger Relevanz. Vielmehr scheinen hier der unternehmerischer Wille zur Bereitstellung eines solchen Angebotes und die unternehmerischen Fähigkeiten, die erforderliche Nachfrage zu erreichen, von maßgeblicher Bedeutung. Diese These wird durch die in der zitierten Untersuchung der Arbeitsgemeinschaft der niedersächsischen Tagespflegeeinrichtungen aus dem Jahr 1998 dargestellten Erkenntnisse unterstützt.

b) Nachtpflegeeinrichtungen

In Niedersachsen gab es ausweislich der Pflegestatistik vom 15.12.2003 zu diesem Zeitpunkt keine eigenständige Nachtpflegeeinrichtung. Soweit nach Auskunft der Einrichtungsträger Nachtpflege angeboten wurde[162], erfolgte dies im Zusammenhang mit Tagespflege (1 Einrichtung) Kurzzeitpflege- oder Angeboten der vollstationären Dauerpflege (in insgesamt 59 Einrichtungen). Angesichts der Tatsache, dass für Nachtpflege insgesamt nur 21 Plätze ausgewiesen sind[163] und die statistische Auswertung bei den Einrichtungen nicht nach Tages- und Nachteinrichtungen unterscheidet, darf unterstellt werden, dass die Zahl der Einrichtungen, die Plätze für Nachtpflege bereitstellen, tatsächlich wesentlich geringer ist.

Weiterhin wird aus den statistischen Daten deutlich, dass es sich bei den Angeboten durchweg um „eingestreute Nachtpflege“ (Bereitstellung bei Einzelnachfrage) handelt. Die Nachtpflegeangebote dürften damit nicht der an die Zulassung von Pflegeeinrichtungen gebundenen Voraussetzung der selbständig wirtschaftenden Einheit entsprechen. Insoweit dürften auch Leistungen nach § 41 SGB XI nicht gewährt bzw. in Anspruch genommen werden können. Allerdings kommen Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Betracht. Für Personen, die im Einzelfall eine nächtliche stationäre Betreuung benötigen oder wünschen, ist danach zeitlich auf insgesamt 4 Wochen im Jahr und einen Leistungsbetrag von 1432 Euro begrenzt.

---

[162] Anmerkung: Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Vollerhebung bei allen Pflegediensten und Pflegeheimen; die Einrichtungsträger sind zu den für die Statistik vorgegebenen Aussagen verpflichtet.
[163] Statistisches Landesamt Niedersachsen: Pflegestatistik 2003, Tab. S 2.2, unveröffentlicht

In der Praxis ist diese rechtlich wenig befriedigende Situation aufgrund der geringen Nachfrage nach einem Nachtpflegeangebot jedoch ohne Belang..

3.1.3.4 Zusammenfassende Bewertung

a) Tagespflege

Die vorstehenden **Daten bestätigen** die in Betrachtung der Inanspruchnahme der Leistungen der Tagespflege (Abschnitt I.1, Unterabschnitt „Art der pflegerischen Versorgung“) getroffene Feststellung, **dass** der Leistungs- und Angebotsbereich „**Tagespflege**“ **nach wie vor** – gemessen an der Zielsetzung des Gesetzgebers, besonders mit diesem Instrument die Entscheidung für einen dauerhaften Heimaufenthalt weitgehend zu vermeiden – in den letzten Jahren zwar eine (geringe) Steigerung der Inanspruchnahme, letztlich jedoch aber **keine befriedigende Entwicklung erfahren hat**.

Die entscheidenden Ursachen hierfür sind in den **leistungsrechtliche**n **Bestimmungen des § 41 SGB XI** angelegt. Diese sind durch die Neuformulierung des Abs. 3 mit dem SGB XI-Änderungsgesetz vom 14.12.2001 (s. o.) noch weiter zu Ungunsten der Leistungen der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) verändert worden.

Die mit demselben SGB XI-Änderungsgesetz vorgenommene Ergänzung in Absatz 1, wonach Leistungen der Tagespflege auch dann in Anspruch genommen werden können, „wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ (bis dahin lediglich, „wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann“, s. o.) hat die durch das Gesetz vom 14.12.2001 noch verstärkte Nachrangigkeit von Tagespflege gegenüber den Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI nicht auszugleichen vermocht.
Gleiches gilt letztlich auch für die seit Mitte 1996 erfolgende **Förderung der Investitionskosten von Tagespflegeeinrichtungen** nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG; § 11 a. F., § 10 n. F.) **durch das Land**. Auch sie hat es nicht vermocht, die Entwicklung der Nachfrage nach bzw. des Angebots an Tagespflege nachdrücklich positiv zu gestalten. Es darf jedoch angenommen werden, dass sie zumindest **zum Bestand an Einrichtungen maßgeblich beigetragen** hat.

Die aufgrund der unzureichenden leistungsrechtlichen Absicherung von Tagespflege geringe Inanspruchnahme dieser Leistung hat zwangsläufig auch das diesbezügliche Angebot an Tagespflegeeinrichtungen beeinflusst. Nur eine ausreichende Nachfrage nach einer Leistung bewirkt auch ein wirtschaftlich tragfähiges und, in der Folge davon, ausreichendes Angebot. Nur mit einem solchen Angebot werden wiederum die vom SGB XI geforderte Wohnungsnähe (§ 8 SGB XI) und damit Nutzungsbedingungen sichergestellt, die für die pflegebedürftigen Menschen zu zumutbaren Transportbedingungen und für die Träger zu auskömmlichen Betriebsbedingungen führen. **Solange diese Bedingungen durch eine entsprechende leistungsrechtliche Absicherung von Tagespflege als eigenständiger Leistung neben den Leistungen der häuslichen Pflege nicht erfüllt werden**, **wird der** in Anbetracht der demographischen Entwicklung, des in den letzten Jahren außerordentlichen Anstiegs der Inanspruchnahme von vollstationären Leistungen der Dauerpflege (s. Abschnitt I.1) und des erwarteten Anstiegs der Zahl demenzkranker Menschen **dringend gebotene Ausbau von Tagespflegeangeboten nicht oder nicht hinreichend erfolgen**.

Allerdings lassen die Daten zur gegenwärtigen Versorgung mit Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen auch erkennen, dass selbst unter den gegebenen rechtlichen Bedingungen solche Einrichtungen im begrenzten Umfange angeboten und wirtschaftlich geführt werden können. Insoweit bietet sich hier ein landesweiter interkommunaler Austausch im Sinne eines Benchmarking an. Bislang nicht oder gering versorgte Regionen könnten hieraus für mögliche eigene Angebote Erkenntnisse gewinnen.

b) Nachtpflege

Nach Kenntnis der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen und des MS besteht derzeit in Niedersachsen mangels ausreichender Nachfrage nach wie vor kein Angebot der Nachtpflege im Sinne der Vorhaltung eines regelmäßigen Angebotes für einen Personenkreis mit gestörtem Tag-/Nacht-Rhythmus, nächtlichen Angstbeschwerden oder besonderen Anforderungen an nächtlicherseits anfallende Pflege mit der Folge nicht erträglicher Schlafunterbrechungen bzw. -störungen der pflegenden Angehörigen. Dies schließt eine Versorgung solcher Personen im Einzelfall oder vorübergehend

bei entsprechend freier Kapazität in vollstationären Pflegeeinrichtungen – wie dargestellt – nicht aus.

Die dem MS (damals: MFAS) zum Zeitpunkt der Berichtslegung des Pflegerahmenplans aus dem Jahr 2000 bekannt gewordenen Bestrebungen eines Trägers, vor dem Hintergrund einer dort damals bestehenden kontinuierlichen Nachfrage in allerdings ebenfalls geringer Zahl (um vier Personen), ein eigenständiges Nachtpflegeangebot einzurichten, sind nach Kenntnis des MS letztlich nicht realisiert worden[164]

3.1.4 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

3.1.4.1 Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund

Leistungsrechtlicher Hintergrund:

Die leistungsrechtliche Grundlage ist § 42 SGB XI. Die Leistung dient – wie die Tagespflege – der Ermöglichung oder Sicherung der häuslichen Pflege. Sie erfolgt insoweit ebenfalls grundsätzlich komplementär zu den Leistungen der häuslichen Pflege (häusliche Pflegehilfe nach § 36 oder Pflegegeld nach § 37 SGB XI). Sie ist dieser und auch der Tagespflege nachrangig: sie wird nur gewährt, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Die Leistung ist auf einen kalenderjährlichen Höchstzeitraum von 4 Wochen und einen Höchstbetrag von kalenderjährlich 1432 Euro begrenzt. Die Leistung begründet einen Anspruch auf eine vollstationäre Pflege. Sie wird gewährt

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Es handelt sich im vorgenannten Rahmen um einen Leistungsanspruch unter der Voraussetzung des durch den MDK oder den durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen autorisierten Gutachterinnen und Gutachter festgestellten Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI. Zur Leistungsgewährung durch die Pflegekassen oder Erstattung durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen reicht insoweit ein Antrag mit Feststellung des Vorliegens des Sachverhaltes zu 1. oder 2. aus; eine weitergehende Prüfung der Leistungsberechtigung hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. In der Praxis dürfte daher nahezu jeder Antrag auf Kurzzeitpflege von den Leistungsträgern positiv beschieden werden. Im Unterschied zur Tagespflege erlangt das Nachrangigkeitsprinzip somit in der Praxis auch keine Relevanz.

[164] Pflegerahmenplan a. a. O., Seite 99

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege ist zudem mit Gesetz vom 21.7.1999 begünstigt worden durch den Verzicht auf die ursprüngliche weitere Voraussetzung einer mindestens einjährigen häuslichen Pflege vor erstmaliger Leistungsgewährung.

Bei der Leistung nach § 42 Abs. Nr. 1 SGB XI für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Pflegebedürftigen steht die auf die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit ausgerichtete aktivierende und rehabilitativ orientierte Pflege im Vordergrund. Häusliche Pflege soll damit her- bzw. wieder hergestellt werden.
Diesbezüglich besteht im Blick auf die Intention des Bundesgesetzgebers ein deutlicher Unterschied zu den Leistungen nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Als typische Krisensituationen dieser Art gelten in der Praxis Krankheit, Kuraufenthalt oder auch Urlaub der privaten Pflegeperson. Insoweit sind hier die Grenzen zu den Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) fließend.
Die Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI ist – unbeschadet der allgemeinen gesetzlichen Vorgabe der aktivierenden Pflege – mehr auf eine zustandserhaltende Pflege ausgerichtet; sie überwiegt in der Praxis bei weitem.[165] Sie ist hinsichtlich des Nachfrageaufkommens nur schwer kalkulierbar und starken saisonalen Schwankungen unterworfen. Die Träger vollstationärer Einrichtungen bevorzugen es daher aus betriebswirtschaftlichen Gründen, Kurzzeitpflege bedarfsweise in Abhängigkeit zur Auslastung ihrer Einrichtungen mit pflegebedürftigen Dauerbewohnern anzubieten (sogen. ‚eingestreute Kurzzeitpflege‘, s. u.).

Vertragsrechtlicher Hintergrund

Kurzzeitpflege kann als – zeitlich befristete - vollstationäre Leistung nur in für die vollstationäre Pflege durch Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Der Gesetzgeber hat allerdings diesbezüglich – anders als bei den ambulanten Pflegediensten und den teilstationären Pflegeeinrichtungen – keine Vorgaben hinsichtlich der Selbständigkeit der Wirtschaftsführung in Abgrenzung zur vollstationären Dauerpflege gemacht (§ 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI). Insofern können Leistungen der Kurzzeitpflege auch in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden (so genannte „eingestreute Kurzzeitpflege“. Dies erfolgt in der Praxis in der Regel in Abhängigkeit von der Auslastung der Einrichtungen durch Dauerbewohnerinnen und – bewohner; manche Einrichtungen halten für die „eingestreute Kurzzeitpflege“ auch Platzkontingente vor (s. nachstehende Ausführungen).

Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege erbringen (unabhängig von deren Form), sowie Teile von Einrichtungen unter dem Dach eines vollstationären Pflegeheims, die ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehalten und räumlich und wirtschaftlich klar und eindeutig abgegrenzt sind, erhalten für diesen Bereich einen eigenen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI.
Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege mit Angebot der „eingestreuten Kurzzeitpflege“ erhalten einen insoweit unspezifizierten Versorgungsvertrag für die Erbringung vollstationärer Pflege.

[165] Zur Frage der Möglichkeiten einer verstärkten Nutzung der Kurzzeitpflege auch für Zwecke des § 42 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI s. Abschnitt III.2.1.3

Die nachfolgenden Angaben über die zugelassenen Einrichtungen und Plätze können insofern die tatsächlichen Strukturverhältnisse in der Kurzzeitpflege in Niedersachsen nur teilweise wiedergeben. Unter Einbezug der nutzbaren freien Dauerpflegeplatzkapazitäten – insbesondere auch solcher, die nur fallweise für Kurzzeitpflegegäste zur Verfügung gestellt werden und daher von den Einrichtungsträgern bei den Erhebungen zur Pflegestatistik nicht als spezielle Platzkapazitäten für Kurzzeitpflegeaufenthalte angegeben wurden – ist die Kapazität der für Kurzzeitpflege verfügbaren Angebote wesentlich höher einzuschätzen. Sie ist zahlenmäßig jedoch nicht genau bestimmbar. Es werden darum nachfolgend auch keine Verhältnisse zur Einwohnerzahl oder zur Zahl der Hochaltrigen hergestellt, um Missdeutungen bezüglich des Versorgungsstandes – auch im Vergleich der Regierungsbezirke bzw. der Kommunen zueinander – zu vermeiden.

Förderrechtlicher Hintergrund:

Einrichtungen der Kurzzeitpflege ebenso wie solche der vollstationären Dauerpflege für die „eingestreute Kurzzeitpflege“ erhalten nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG, § 10) eine Förderung der betriebsnotwendigen Investitionsfolgeaufwendungen. Die Kosten der Förderung trägt das Land. Die Förderung (Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 sowie der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI) erfolgt leistungsfolgend für belegte Plätze in dem Umfang, dass den Kurzzeitpflegegästen aus dem Aufenthalt in der Einrichtung keine Belastungen aus andernfalls in Rechnung gestellten Investitionskosten entstehen. Dies wird als maßgeblicher Beitrag des Landes zur Unterstützung der häuslichen Pflege und zur Vermeidung von dauerhaften Heimaufenthalten gesehen.

Die Förderung der Investitionsaufwendungen bei „eingestreuter Kurzzeitpflege“ erfolgt in Höhe des mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe nach den §§ 75, 76 SGB XII vereinbarten Investitionsbetrages (§ 3 DVO-NPflegeG i. V. m. § 10 Abs. 1 Satz 2 NPflegeG). Eine weitergehende Berechnung des Einrichtungsträgers von Investitionsaufwendungen gegenüber den Kurzzeitpflegegästen ist nicht zulässig (§ 10 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz NPflegeG); andernfalls entfällt die Förderung. Dies erscheint gerechtfertigt im Blick auf die trägerseitig im Rahmen der Vereinbarung nach §§ 75,76 SGB XII akzeptierten Investitionsbeträge und dem Gebot der sparsamen Haushaltsführung bei öffentlichen Ausgaben.

Die Förderung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit gesondertem Versorgungsvertrag erfolgt nach den Einzelbestimmungen der DVO-NPflegeG auf der Grundlage der nachgewiesenen zustimmungsfähigen Investitionsaufwendungen. Zustimmungsbehörden sind die kreisfreien Städte und Landkreise. Die Förderbestimmungen berücksichtigen über Unterauslastungszuschläge die besonderen wirtschaftlichen Bedingungen von Kurzzeitpflegeeinrichtungen (siehe nachfolgende Ausführungen zum Einrichtungsangebot).
Mit Änderung der Durchführungsverordnung (§ 8 Abs. 2 DVO-NPflegeG i. d. F. d. Neubekanntmachung vom 30. März 2005) mit Wirkung zum 1. Jan. 2004 hat die Landesregierung diese Bestimmung an die Bedingungen der Praxis angeglichen (unterstellte Auslastungsquote bislang 90%, nunmehr 85%).

Das Fördervolumen des Landes ist seit Beginn der Förderung zum 1. Juli 1996 laufend und – entsprechend der starken Entwicklung der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen – erheb-

lich gestiegen (s. Abschnitt I.1, „Art der pflegerischen Versorgung“). Für das Jahr 2006 sind für diesen Zweck 13,871 Mio. Euro veranschlagt.

Im Zuge des **Haushaltsbegleitgesetzes 2006** (Nds. GVBl. 29/2005, S. 426) hat der Landesgesetzgeber die Förderung von Investitionsaufwendungen bei Kurzzeitpflegeeinrichtungen dahingehend geändert, dass

- die Förderungsdauer auf den Zeitraum der Leistungen nach den §§ 42 und 39 SGB XI (jeweils bis zu 4 Wochen je Jahr),
- der förderberechtigte Personenkreis auf in Niedersachsen ansässige Personen (Landeskinderregelung) und
- ‚bei „eingestreuter“ Kurzzeitpflege, auf solche Personen, die nicht unmittelbar im Anschluss an den Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung als Dauerbewohnerinnen und –bewohner verbleiben,

begrenzt ist. Im übrigen bleibt die Förderung wie vorstehend dargestellt.

3.1.4.2 Angebotsstruktur

Zahl und Platzkapazität der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Ende 2003 waren in Niederachsen 47 selbständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit zusammen 486 Plätzen zugelassen (Tab. I.3.1.4/1 und /2).[166] Die **Zahl dieser Einrichtungen** ist seit Ende 1999 **kontinuierlich zurückgegangen**; zu diesem Zeitpunkt waren es noch 69 (553 Pl.), zum Jahresende 2001 noch 65 Einrichtungen (571 Pl.). Zwischenzeitlich sind in der Region Hannover nach Kenntnissen des MS zwei weitere Kurzzeitpflegeinrichtungen mit zusammen 31 Plätzen aufgegeben worden. Für die Entwicklung (Abnahme / Zunahme von Angeboten) in den übrigen Regionen des Landes liegen keine neueren Erkenntnisse vor. Bei den eingliedrigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen stieg allerdings die Zahl von 15 auf 18 Einrichtungen, die Platzzahl von 202 auf 239 Plätze.

Die Abnahme mag zum Teil auf Anpassung der Versorgungsverträge im Blick auf die vorstehend dargestellte Rechtslage und die tatsächliche Leistungserbringung nur im Rahmen „eingestreuter Kurzzeitpflege“ zurückzuführen sein. Dennoch kann auch die Feststellung von Trägerseite – z. B. bei den letztgenannten Einrichtungen aus der Re-

[166] Nach einer Umfrage des MS bei den kommunalen Förderbehörden gab es mit Stand Juli 2005 insgesamt 51 Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

gion Hannover – über besondere Schwierigkeiten, Einrichtungen der Kurzzeitpflege als selbständige Einrichtungen wirtschaftlich gesichert zu führen, nicht von der Hand gewiesen werden. Dies gilt auch dann, wenn durch Zuordnungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu Krankenhäusern oder zu anderen Pflegeeinrichtungen (insbesondere der Dauerpflege) in gewissem Umfang Synergieeffekte bei der Personalbewirtschaftung oder im Sachkostenbereich genutzt werden können.

Gründe hierfür liegen zum Einen in der für selbständig wirtschaftende Einrichtung erforderlichen Personal-Vollausstattung (verantwortliche Pflegefachkraft und Stellvertretung, Nachtwache) etc., zum weiteren in den auch bei diesen Einrichtungen – trotz ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung auf (rehabilitativ orientierte) Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt – saisonbedingten Auslastungsschwankungen. Schließlich übertreffen bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen Verwaltungsaufwand infolge des kurzfristigen Nutzerwechsels, Beratungsaufwand im Zuge von Aufnahmen und Entlassungen sowie Aufwand für behandlungspflegerische Leistungen und für besondere fachliche Anforderungen beim Pflegepersonal deutlich denjenigen von Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege.

Dies sind Erkenntnisse aus der Erarbeitung eines Rahmenkonzeptes für Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen in Umsetzung entsprechender Vorschläge des MS (damals MFAS) im Pflegerahmenplan aus dem Jahr 2000.[167] Dieses Rahmenkonzept, das mit den Landesorganisationen der Pflegekassen abgestimmt ist, enthält dementsprechend auch vergütungsrelevante Empfehlungen zur personellen Ausstattung, die über die Personalansätze für Dauerpflegeeinrichtungen hinausgehen. Die Wirkung dieser Empfehlungen im Blick auf die Neueinrichtung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen bzw. die Bestandssicherung wird abzuwarten sein.[168] Bislang habe nach Kenntnis des MS lediglich drei Einrichtungen zu Vergütungsverhandlungen auf der Grundlage des Rahmenkonzeptes aufgefordert und auch entsprechende Vergütungen abgeschlossen. Welche Gründe die anderen Träger veranlasst hat, diesem Beispiel bislang nicht zu folgen werden die im Rahmen des Auftrages des Landespflegeausschusses an den Vorbereitenden Ausschuss zur Evaluation der vom Landespflegeausschuss bislang

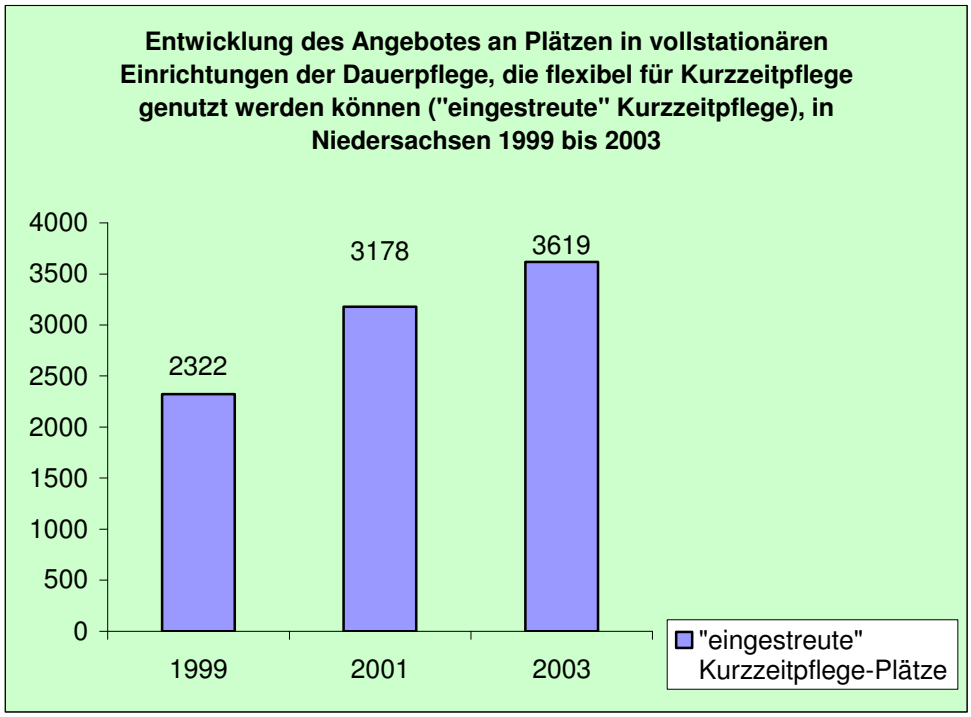
[167] „Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege“ – Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen; Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 30.01.2003

[168] Der Landespflegeausschuss hat auf seiner Sitzung am 28.10.2004 die Evaluation seiner bisherigen Empfehlungen beschlossen und den Vorbereitenden Ausschuss hiermit beauftragt. Die entsprechenden Gespräche mit den diesbezüglich auskunftsfähigen Leistungsanbietern werden nach zwischenzeitlich erfolgten Vorarbeiten in 2006 aufgenommen.

beschlossenen Empfehlungen – so auch zum Rahmenkonzept für Kurzzeitpflegeeinrichtungen – zu führenden Gespräche mit der Praxis zeigen.[169]

Der Rückgang der Zahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen und ihrer Platzkapazität steht in – allerdings scheinbarem – Widerspruch zum erheblichen Anstieg der Nutzung der Leistungen der Kurzzeit- und z. T. auch der Verhinderungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (s. Abschnitt I.1, „Art der pflegerischen Versorgung“). Dieser Anstieg realisierte sich im Rahmen der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege. Hierfür sprechen die statistischen Angaben über die Zahl der Plätze in Dauerpflegeeinrichtungen, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können. Sie stieg von Ende 1999 bis Ende 2003 um annähernd 1.300 auf über 3.600 Plätze (Tab. I.3.1.4/2). Das entspricht einem Anteil von 4,6% aller stationären Pflegeplätze in Niedersachsen (1999: 3.3%).

Abb.: B I 3.1.4.2/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Diese Kapazität würde im Falle einer vollständigen Nutzung (Annahme: je Platz 1 Nutzung je Monat) jährlich rd. 43.400 pflegebedürftigen Menschen einen Kurzzeitpflegeaufenthalt ermöglichen. Hinzu kommt – eine Auslastung von 85% unterstellt – eine Zahl

[169] Wie vorstehende Fußnote

von rd. 5.000 Personen, die sich jährlich in den Einrichtungen der Kurzzeitpflege (s. o) aufhalten. Die tatsächliche Zahl der pflegebedürftigen Personen, die in 2003 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 in Anspruch nahmen, wurden auf der Grundlage der Daten über die Leistungsbezieherinnen und –bezieher mit höchstens etwa 18.530 angenommen (Abschnitt I.1, „Art der pflegerischen Versorgung“). Selbst wenn nach den Erfahrungen aus der Praxis berechtigterweise unterstellt wird, dass zu diesen weitere Personen hinzukommen, die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für einen vorübergehenden Aufenthalt in einer vollstationären Dauerpflegeeinrichtung in Anspruch genommen haben, ist dennoch festzuhalten: **Die Kapazität an Plätzen für vorübergehenden Aufenthalt in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege übersteigt die anzunehmende tatsächliche Nachfrage nach solchen Aufenthalten.** Bei dieser Feststellung nicht einmal berücksichtigt sind „Platzreserven“, die bedarfsweise im Einzelfall von den Einrichtungen im Falle einer Unterauslastung zur Verfügung gestellt werden.

Daten über die **Verhältnisse in den anderen Bundesländern** liegen dem MS nur für die Plätze von vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen vor, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können. Danach verfügen diese Einrichtungen **in Niedersachsen** mit 4,7 % anteilig **bei weitem** über das **größte Platzkontingent an „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätzen** (Tab. I.3.1.5/3b). Der bundesdurchschnittliche Wert liegt bei 2,2% der stationären Plätze. An nächster Stelle folgen mit 2,7% die Einrichtungen in Hessen, danach Baden-Württemberg und Saarland (je 2,4%) und Bayern (2,3%). Für die Einrichtungen in Berlin und Rheinland-Pfalz wurden jeweils nur 0,1%, für Sachsen 0,6% der stationären Pflegeplätze angegeben. Niedersachsen stellt mit 3.619 Plätzen auch absolut das größte Kontingent an „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätzen, gefolgt von Nordrhein-Westfalen mit 3.168 Plätzen (2,1%).
Die Gründe für die Ausnahmesituation Niedersachsens in diesem Angebotssegment sind nicht bekannt. Ein Zusammenhang mit den im Ländervergleich günstigen Nutzungsbedingungen aufgrund der Investitionskostenförderung des Landes auch bei „eingestreuter“ Kurzzeitpflege ist nicht auszuschließen. Dennoch ist anzunehmen, dass es sich in nicht geringem Umfang um ein Platzangebot handelt, das derzeit auf keine entsprechende Nachfrage trifft (**Überkapazität**).

Träger der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Wie bei den Tagespflegeeinrichtungen machen auch bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemeinnützige Träger mit annähernd 60% den überwiegenden Trägeranteil aus, gefolgt von privaten Trägern mit knapp 30% und den öffentlichen Trägern mit 10 Prozent. Ebenfalls wie bei den Tagespflegeeinrichtungen waren besonders bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft Angebotsrückgänge zu verzeichnen. Bei Ihnen sank die Zahl der Angebote von 26 zum Jahresende 1999 auf 14 Ende 2003. Bei den gemeinnützigen Trägern war die Zahl der Geschäftsaufgaben im Kurzzeitpflegebereich mit 12 Einrichtungen im selben Zeitraum nach der absoluten Zahl gleich, allerdings reduzierte sich das Angebot in dieser Trägerschaft dabei nur auf ca. 70 Prozent des Ausgangsangebotes von 40 Einrichtungen. Bei den öffentlichen Trägern war sogar von 1999 auf 2001 eine Zunahme an Einrichtungen um 3, danach allerdings wieder der Abgang einer Einrichtung zu verzeichnen. Letztlich gab es damit Ende 2003 5 Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft (Tab. I.3.1.4/1).

Zuordnung der Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu anderen Einrichtungen

Von den 47 Kurzzeitpflegeeinrichtungen waren lediglich 18 (38%) eingliedrige Einrichtungen (Tab. I.3.1.4/1). Die übrigen waren anderen Einrichtungen angegliedert. Allerdings verfügten die eingliedrigen Einrichtungen über annähernd die Hälfte aller Plätze (Tab. I.3.1.4/2). Die übrigen verteilten sich auf mehrgliedrige Einrichtungen. Die durchschnittliche Platzzahl in den eingliedrigen Einrichtungen betrug damit 13,3 Plätze, diejenige in den mehrgliedrigen Einrichtungen 8,5 Plätze. Es muss daher auch hier daran gezweifelt werden, dass es sich tatsächlich in allen Fällen um selbständig wirtschaftende Einrichtungen im gesetzlichen Sinne (§ 71 SGB XI) handelt, oder ob ein Teil der Angebote nicht nach wie vor in der Folge der Bestandsschutzregelung des § 73 SGB XI eine Zulassung erfahren hat, deren Aufrechterhaltung im Falle des Abschlusses eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI nicht mehr möglich wäre. Allerdings, ist zu konstatieren, wäre damit das Angebot an Kurzzeitpflegeeinrichtungen abermals reduziert. Ob dies ggf. unter Aspekten der Qualität der pflegerischen Versorgung - insbesondere bei der Wahrnehmung von Aufgaben im Sinne des § 42 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 (nach Krankenhausaufenthalt) – von Schaden wäre, kann hier nur als Frage formuliert werden.

Das Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen geht für solche Einrichtungen – vor allem, wenn sie den Aufgabenschwerpunkt auf die Überleitungspflege nach einer stationären Behandlung legen – von einer **wirtschaftliche**n **Größe** von **mindestens 15 Plätze**n aus.[170] Diese Mindestgröße **wird von den eingliedrigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Durchschnitt nahezu erreicht** (s. o.). Aus den Bestandsdaten und ihrer Entwicklung seit 1999 kann auf die Richtigkeit dieser Größenordnung geschlossen werden: Danach hat sich zwischen Ende 1999 und Ende 2003 die Zahl der eingliedrigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen erhöht (von 15 auf 18; Tab. I.3.1.4/1). Die Aufgaben des Angebotes fanden bei den mehrgliedrigen Einrichtungen mit den vergleichsweise geringen Platzzahlen statt.

Raumangebot der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

60 Prozent aller Plätze in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden Ende 2003 als Einzelzimmer angeboten, in lediglich 1,2% der Fälle (6 Plätze) waren es Dreibettzimmer (Tab. I.3.1.4/2). Die Qualität des Raumangebotes hat sich seit Ende 1999 leicht verbessert. Damals standen nur rd. 55% der Plätze in Einzelzimmern zur Verfügung und 12 Plätze befanden sich in Dreibettzimmern. Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen weisen damit zugleich gegenüber den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege etwas bessere Raumbedingungen auf: Dort befanden sich Ende 2003 53,5% der Plätze in Einzel-, 44,6% in Doppel- und 1,9 % in Drei- oder mehr Bettzimmern (Tab. I.3.1.5/3a).

In der Kurzzeitpflege betreuter Personenkreis

Vorbemerkung:

Die nachfolgend dargestellten Strukturmerkmale der pflegebedürftigen Personen, die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben, beziehen sich sowohl auf solche Personen, die in Kurzzeitpflegeeinrichtungen gepflegt wurden, als auch solche, die sich im Rahmen „eingestreuter“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege aufgehalten haben. Die Datengrundlagen erlauben diesbezüglich keine Differenzierung.

[170] a. a. O., Seite 22

Unter den 1.544 Personen, die am 15.12.2003 als Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Kurzzeitpflege ausgewiesen waren, befanden sich keine Kinder (pflegebedürftige Personen unter 15 Jahren) und einige wenige (16) Personen im Alter zwischen 15 und unter 40 Jahren (1%) und ebenfalls wenige (82 = 5,3%) in der Altersgruppe der 40 bis unter 65jährigen (Tab. I.3.1.4/3). Die Altersverteilung der Leistungsbezieherinnen und –bezieher von Kurzzeitpflege entspricht damit weitgehend den Bezieherinnen und Beziehern von ambulanten Pflegeleistungen durch Pflegedienste (Tab. I.1.1/2a). Dennoch lassen sich bei weiterer Differenzierung nach dem Geschlecht und vor allem dem Grad der Pflegebedürftigkeit relevante Unterschiede erkennen (siehe jeweils Tab. I.3.1.4/3).

So war z. B. unter den Kurzzeitpflegegästen – mit Ausnahme der Personen im Alter von 80 und mehr Jahren – der Anteil weiblicher Gäste jeweils geringer als im Vergleich zu den Bezieherinnen und Beziehern von ambulanten Pflegeleistungen oder von Pflegegeld (zum Vergleich Tab. I.1.1/3c). Insgesamt waren Personen mit niedrigeren Pflegestufen vergleichsweise häufiger vertreten als in der Grundgesamtheit der Bezieherinnen und Bezieher von ambulanten Pflegeleistungen. Das trifft nicht auf die Altersgruppe der 15-unter 40jährigen zu; hier waren Personen der Pflegestufe III deutlich über-, solche der Pflegestufe I deutlich unterrepräsentiert. Allerdings ist die Basis von 16 Personen für eine Deutung dieser Werte zu gering. Bestenfalls ließe sich vermuten, dass es sich um Personen mit schwersten oder lebensbedrohlichen Erkrankungen handelt, die nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht direkt in die häusliche Versorgung gegeben werden konnten. Dies könnten typischerweise Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflegeeinrichtungen sein, ebenso wie diejenigen Personen, die in auffälliger Häufigkeit zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine Einstufung in eine Pflegestufe hatte (68 Personen = 4,4%). Dabei handelt es sich üblicherweise um Personen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt noch einer vorübergehenden stationären Pflege bedürfen, jedoch keinen stationären Behandlungsbedarf haben.[171] Personen, die ein Angebot der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, kommen im Regelfall aus einem laufenden Bezug ambulanter Leistungen der Pflegeversicherung (häusliche Pflegehilfe oder Pflegegeld) mit einer insoweit schon bestehenden Pflege-Einstufung in die Kurzzeitpflege.

[171] Es ist nicht ersichtlich, in wiefern diese Personen als Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung in der Statistik ausgewiesen werden konnten; es ist lediglich anzunehmen, dass bereits ein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit

3.1.4.3 Regionale Verteilung

Kurzzeitpflegeeinrichtungen

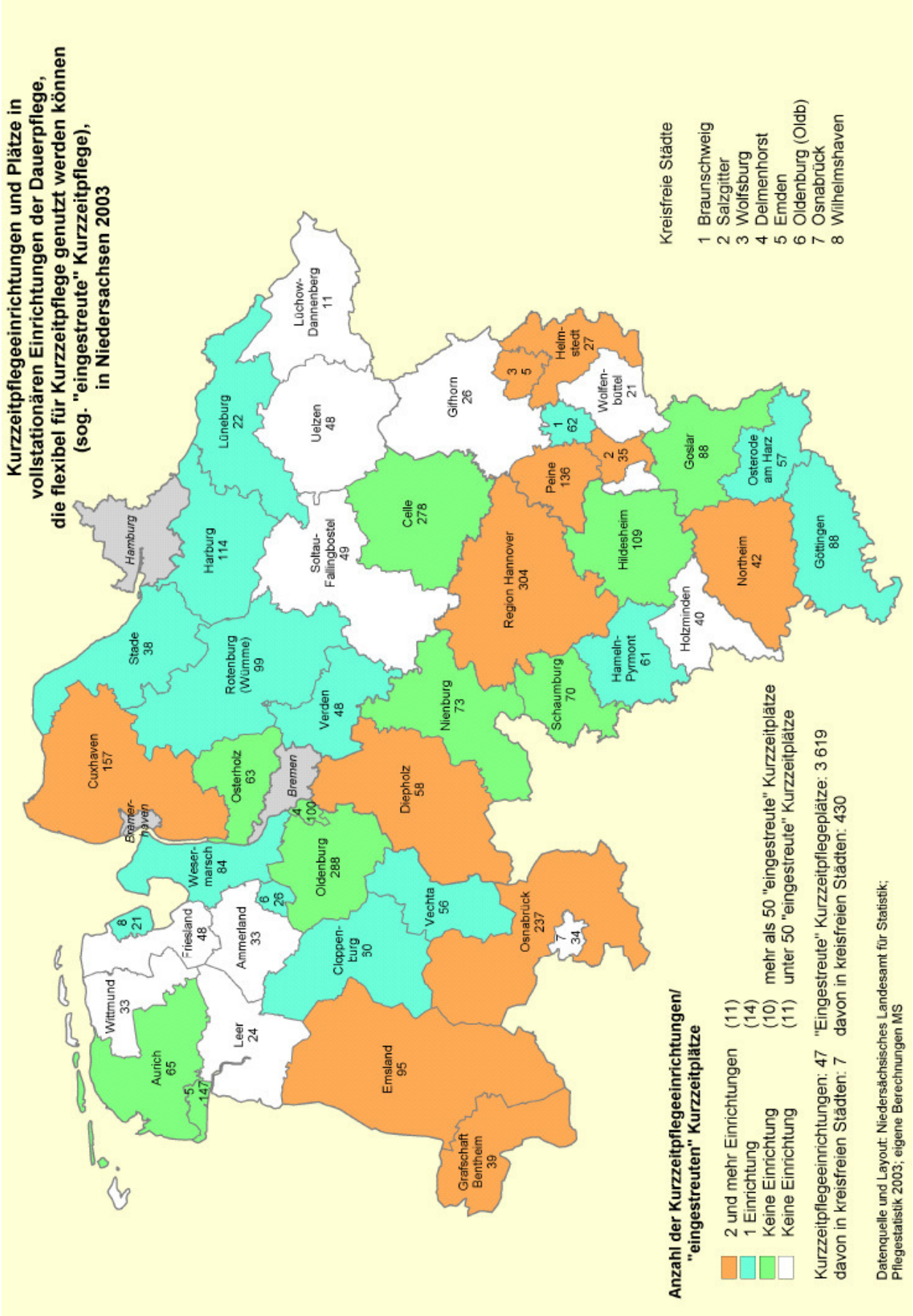
Die für die Einrichtungen der Tagespflege getroffene Feststellung einer – wenn auch regional unterschiedlichen – unzureichenden Versorgungslage Niedersachsens mit Einrichtungen – gilt grundsätzlich auch für die Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Hierbei bezieht sich die Bewertung allerdings insbesondere auf diejenigen Einrichtungen, die ihren Aufgabenschwerpunkt in der Übergangspflege nach einem Krankenhausaufenthalt (§ 42 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB XI) haben. Die Bewertung für die Tagespflegeeinrichtungen ist bei der Kurzzeitpflege mit Blick auf die „eingestreute" Kurzzeitpflege insoweit zu relativieren, als auch diese Form der Kurzzeitpflege zweifelsfrei der vorübergehenden Entlastung der pflegenden Angehörigen und damit der Sicherung der häuslichen Versorgung und Pflege dient. Nicht auszuschließen ist auch, dass auch Angebote „eingestreuter" Kurzzeitpflege auf die Gestaltung aktivierender und zustandsfördernder Pflege- und Versorgungsleistungen ausgerichtet sind. Es darf nach Berichten aus der Praxis allerdings bezweifelt werden, dass im betrieblichen Rahmen einer stationären Dauerpflegeeinrichtung die an eine Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt zu richtenden Anforderungen im ausreichenden Maß gewährleistet werden können. Unter diesem Aspekt stellt sich die regionale Versorgung mit Kurzzeitpflegeangeboten in Niedersachsen wie folgt dar (Tab. I.3.1.4/4):

- In 21 der 46 kommunalen Gebietskörperschaften gab es Ende 2003 keine Kurzzeitpflegeeinrichtung, 14 weitere (30,4%) verfügten nur über eine solche Einrichtung (s. nachstehende Abb.).[172]

gestellt, dieser aber noch nicht beschieden war. Gleichwohl wurden diese Personen von den auskunftspflichtigen Einrichtungsträgern bereits zu den Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern gezählt.

[172] An der Korrektheit der statistischen Erfassung bzw. der Selbstauskunft der Einrichtungsträger bei der Erhebung bestehen angesichts im MS vorliegender Kenntnisse allerdings gewisse Zweifel. So ist aus der Erarbeitung des Rahmenkonzeptes für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit Gewissheit die Existenz einer Kurzzeitpflegeeinrichtung an einem Krankenhaus in Hildesheim bekannt. Die Umfrage des MS bei den Flächenländern (s.o.) ergab für den LK Hildesheim einen Bestand von 2 Kurzzeitpflegeeinrichtungen (Juli 2005). Diese „Unsicherheiten" in der Datenlage können an den allgemeinen Feststellungen zur Versorgungslage mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen keine Änderung bewirken.

Abb.: B I 3.1.4.3/1


Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können (sog. "eingestreute" Kurzzeitpflege), in Niedersachsen 2003
Hamburg
Lüchow-Dannenberg 11
Lüneburg 22
Uelzen 48
Harburg 114
Soltau-Fallingbostel 49
Celle 278
Gifhorn 26
3 5
Helmstedt 27
Wolfenbüttel 21
1 62
2 35
Peine 136
Stade 38
Rotenburg (Wümme) 99
Verden 48
Region Hannover 304
Hildesheim 109
Goslar 88
Osterode am Harz 57
Northeim 42
Göttingen 88
Holzminden 40
Hameln-Pyrmont 61
Schaumburg 70
Nienburg 73
Cuxhaven 157
Osterholz 63
Bremen
4 100
Diepholz 58
Bremerhaven
Weser-marsch 84
Oldenburg 288
6 26
Vechta 56
Osnabrück 237
7 34
8 21
Friesland 48
Ammerland 33
Cloppenburg 50
Wittmund 33
Leer 24
Emsland 95
Aurich 65
5 147
Grafschaft Bentheim 39
Kreisfreie Städte
1 Braunschweig
2 Salzgitter
3 Wolfsburg
4 Delmenhorst
5 Emden
6 Oldenburg (Oldb)
7 Osnabrück
8 Wilhelmshaven
Anzahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen/ "eingestreuten" Kurzzeitplätze
2 und mehr Einrichtungen (11) mehr als 50 "eingestreute" Kurzzeitplätze
1 Einrichtung (14) unter 50 "eingestreute" Kurzzeitplätze
Keine Einrichtung (10)
Keine Einrichtung (11)
Kurzzeitpflegeeinrichtungen: 47 "Eingestreute" Kurzzeitpflegeplätze: 3 619
davon in kreisfreien Städten: 7 davon in kreisfreien Städten: 430
Datenquelle und Layout: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; eigene Berechnungen MS

- **Angebote fehlen vor allem in ländlich strukturierten Regionen.** Allerdings haben auch kreisfreie Städte wie Delmenhorst und Emden und sogar Osnabrück keine Kurzzeitpflegeeinrichtung. Andererseits bieten – wie bei den Tagespflegeeinrichtungen – die Kriterien ländlich / städtisch bzw. Siedlungsdichte keinen Erklärungshintergrund für den Bestand an Kurzzeitpflegeinrichtungen und insoweit den Möglichkeiten, ein solches Angebot auch unter Aspekten seiner dauerhaften wirtschaftlichen Sicherung vorzuhalten.

- **Das Vorhandensein bzw. Fehlen von Kurzzeitpflegeeinrichtungen findet keine Entsprechung mit dem Anteil älterer Menschen in der jeweiligen Gebietskörperschaft**. Es sind sowohl Einrichtungen vorhanden in Gebietskörperschaften mit einem deutlich unterdurchschnittlichen Anteil an älteren Menschen, wie z. B. – besonders ausgeprägt – dem Landkreis Emsland wie Einrichtungen in Gebieten mit einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Menschen fehlen, so z. B. im Landkreis Goslar.

- **Landesdurchschnittlich kommt eine Kurzzeitpflegeeinrichtung auf etwas mehr als 31.000 ältere Menschen.** Ein deutlich günstigeres Verhältnis weisen die Landkreise Emsland (1 : 7.872), Helmstedt (10.013), Grafschaft Bentheim (11.499), Osnabrück (12.019) und Peine (12.204) auf. Wesentlich schlechter sind außer in Kommunen, in denen überhaupt kein Angebot besteht, die älteren Menschen in der Stadt Braunschweig (48.531) und in den Landkreisen Göttingen (einschl. Stadt Göttingen) und Harburg (40.563) versorgt. In Stadt und Landkreis Hannover stellt sich – trotz vergleichsweise großer Zahl an Kurzzeitpflegeeinrichtungen – die Versorgungslage ebenfalls unter- bzw. annähernd durchschnittlich dar (Stadt Hannover: 32.556, ehem. Landkreis Hannover: 37.387).[173]

Plätze für „eingestreute“ Kurzzeitpflege

Für Ende 2003 wurden von den Trägern der stationären Einrichtungen der Dauerpflege im Rahmen der Erhebung zur Pflegestatistik 3.619 Pflegeplätze in diesen Einrichtungen

[173] Durch den zwischenzeitlichen Wegfall von 2 weiteren Kurzzeitpflegeeinrichtungen in der Region Hannover mit zusammen 31 Plätzen hat sich die Versorgungslage weiter verschlechtert: Damit kommt inzwischen in der Region Hannover eine Kurzzeitpflegeeinrichtung auf 52.457 Einwohner mit 65 und mehr Jahren.

benannt, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können (Tab. I.3.1.5/3a). Das waren zu diesem Zeitpunkt 4,6% aller Plätze in diesen Einrichtungen.

Dieser **Anteilswert fällt von Region zu Region sehr unterschiedlich aus** (***Abb. …*** und Tab. I.3.1.5/5c). Während in den Einrichtungen der Stadt Wolfsburg nur 0,6% aller Dauerpflegeplätze für „eingestreute“ Kurzzeitpflege bereitstehen (5 Plätze), waren es – im Höchstfall – in der Stadt Emden 28,2% der Plätze (147 Plätze). Ebenfalls weit überdurchschnittliche Werte wurden für die Stadt Delmenhorst (24,9% / 100 Plätze) sowie die Landkreise Oldenburg (26,2% / 288 Plätze), Celle (12,8% / 278 Plätze) und Wittmund (10,1% / 33 Plätze) angegeben.
Vergleichsweise deutlich unterdurchschnittliche Angebotswerte weisen neben der Stadt Wolfsburg auch die Landkreise Lüneburg (1,2%), Wolfenbüttel und Lüchow-Dannenberg (je 1,7%) sowie die Stadt Oldenburg (ebenfalls 1,7%) auf.

Gründe für die großen regionalen Unterschiede sind nicht bekannt.

3.1.4.4 Zusammenfassende Bewertung

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege hat in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen. Dies ist unter dem Aspekt der Sicherung der häuslichen Pflege positiv zu werten. Die Investitionskostenförderung des Landes, die Kurzzeitpflegegäste von der Zahlung von Investitionskosten freistellt, hat hierzu mit Sicherheit nicht unwesentlich beigetragen.

Kurzzeitpflege erfolgt aber andererseits gegenwärtig immer noch weit überwiegend als so genannte ‚Urlaubspflege‘ in Gestalt „eingestreuter“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege. Dies entspricht nicht dem vorrangigen leistungsrechtlichen Anliegen einer übergangsweisen stationären Pflege **nach einer stationären Behandlung oder im Fall eines häuslichen Krisenfalles**.[174]

[174] Als solche ist die urlaubs- oder krankheitsbedingte Abwesenheit der Pflegeperson nur ausnahmsweise zu werten; hierfür hat der Gesetzgeber den leistungsrechtlichen Tatbestand des § 39 SGB XI – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – geschaffen. Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 käme bei diesen Fällen nur in Betracht, wenn eine Ersatzpflege im häuslichen Bereich nicht beschafft werden kann.
Anders sind diejenigen Fälle zu werten, wo häusliche Pflege noch nicht sichergestellt werden kann, weil die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen noch nicht geschaffen werden konnten (z.B. Wohnungsanpassung, kurzfristige Abkömmlichkeit einer Pflegeperson; siehe auch Abschnitt 3a).

Letzteres umfasst nach dem Willen des Gesetzgebers vor allem Fälle, bei denen aus in der Person der oder des Pflegebedürftigen liegenden Gründen vorübergehend häusliche Pflege nicht ausreicht.

Kurzzeitpflege stellt auch eine geeignete Gelegenheit dar, nach einer stationären Behandlung zu „sondieren“, inwieweit bei den betroffenen Personen Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung (noch) bestehen. Ein solcher **Orientierungszeitraum** kann aus medizinischer und / oder pflegerischer Sicht wie auch für die pflegebedürftigen Menschen selbst oder die Angehörigen von großem Nutzen sein. Nach Erfahrungen aus der Praxis werden **diese** in Kurzzeitpflege liegenden **Möglichkeiten nicht hinreichend genutzt** – mit der **Folge** von **übereilten Entscheidungen für einen dauerhaften Heimaufenthalt oder insuffizienter Rückkehr in den häuslichen Bereich**. Gleiches gilt für die durch Kurzzeitpflege erzielbare Reha-Fähigkeit bei Personen mit grundsätzlich vorhandenem Reha-Potential. Insoweit **bedarf es auch der Prüfung und Bewertung der praktizierten Überleitungsverfahren und –instrumente** und bedarfsweise der Erarbeitung von Alternativen.

Die Einführung der DRGs (Diagnosis-related-groups)[175]wird eine Verringerung von Verweildauern im Krankenhaus mit sich bringen. Erfahrungen aus der Einführung von DRGs in anderen Ländern lassen in der Folge davon einen deutlichen **Anstieg** der Anzahl von **Personen** erwarten, **die nach stationärer Behandlung noch einen – zeitlich begrenzten – stationären Pflegebedarf** (ohne entsprechenden Behandlungsbedarf) **aufweisen. Zur Versorgung dieser Personen müssen die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Dies schließt auch die Frage der leistungsrechtlichen Zuordnung einer Übergangspflege für diese Personen im SGB V bzw. SGB XI mit ein**. Personen mit einem vorübergehenden Pflegebedarf, die die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI – hier insbesondere des mindestens sechsmonatigen Pflegebedarfs – nicht erfüllen, haben derzeit für die Kosten in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung grundsätzlich selbst aufzukommen.[176]

[175] Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.04.2002 (BGBl. Teil I Nr. 27, S. 1412)
[176] Siehe diesbezüglich bereits Bundestagsentschließung der Fraktionen der SPD und von Bündnis 90 / Die Grünen vom 24.06.2002 (BT-Drs. 14/9562) sowie Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, a. a. O., Seite 6.

3.1.5 Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (vollstationäre Pflege heime)

3.1.5.1 Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund

Leistungsrechtlicher Hintergrund

Leistungen der vollstationären Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgen im Falle eines notwendigen umfassenden Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarfs bei Aufenthalt der pflegebedürftigen Person in

- einer vollstationären Pflegeeinrichtung (vollstationäres Pflegeheim) oder
- einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen.

Die leistungsrechtlichen Grundlage bilden die §§ 43 und 43a SGB XI.

Die Leistungen nach § 43 SGB XI sind denjenigen für die häusliche und die teilstationäre Pflege nachrangig. Sie werden gewährt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Eine leistungsauslösende Situation ist in der Regel auch gegeben, wenn aus dem privaten Umfeld der pflegebedürftigen Person keine Möglichkeit für eine häusliche Pflege gesehen wird oder die Bereitschaft hierzu fehlt.

Die Leistungen umfassen einen monatlichen Höchstbetrag

- bei Pflegestufe 1 von 1023 Euro
- bei Pflegestufe 2 von 1279 Euro
- bei Pflegestufe 3 von 1432 Euro (Härtefall: 1688 Euro)[177].

Nach Kenntnissen des MS werden diese Höchstbeträge in nahezu allen Einzelfällen erreicht.

Die Leistungen nach § 43 a SGB XI umfassen 10% des nach § 75 Abs. 3 SGB XII mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe vereinbarten Heimentgelt, höchstens jedoch monatlich 256 Euro. Sie stellen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschrift eine Abgeltung für die in den vollstationären Einrichtungen der Hilfen für Menschen mit Behinderungen (§ 71 Abs. 4 SGB XI) erfolgten Aufwendungen im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI (Grundpflege, Behandlungspflege und soziale Betreuung) dar. Auf die Ausführungen in Abschnitt I.1.3.4 wird diesbezüglich zurückverwiesen.

Vertragsrechtlicher Hintergrund

Einrichtungen, die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI erbringen wollen, bedürfen dafür der Zulassung durch Versorgungsvertrag nach §§ 72, 73 SGB XI. Voraussetzung hierfür ist, dass in ihnen pflegebedürftige Personen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt und ganztägig (vollstationär) untergebracht und verpflegt werden (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

[177] Anzahl solcher Fälle gem. Pflegestatistik 2003: 402 (0,6%) von 68.160 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern

Die Zulassung für die Erbringung vollstationärer Pflege umfasst grundsätzlich auch Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 („eingestreute“ Kurzzeitpflege) sowie der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (s. voriger Abschnitt I.3.1.4).

Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind von der (parallelen) Zulassung als vollstationäre Pflegeeinrichtungen ausdrücklich ausgenommen (§ 71 Abs. 4 SGB XI). Dort erbrachte vollstationäre Pflegeleistungen im Sinne des § 43 SGB XI werden nach Maßgabe des § 43 a SGB XI (s. o.) abgegolten. Dies schließt allerdings die Zulassung von vollstationären Einrichtungen, in denen überwiegend oder ausschließlich pflegebedürftige Menschen mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung leben, als Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 nicht aus (siehe nachfolgende Situationsdarstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur). Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, bei denen die Pflege im Vordergrund des Einrichtungszweckes steht.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege. Hinsichtlich der vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen wird auf Abschnitt I.3.4.3 hingewiesen.

Förderrechtlicher Hintergrund

Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege erhielten nach den Bestimmungen des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG) für Bewohnerinnen und Bewohner eine Förderung der Investitionsfolgekosten in dem Umfange, in dem diese für diese Kosten aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht selbst aufkommen konnten („Bewohnerbezogener Aufwendungszuschuss; § 13 NPflegeG a. F.). Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2002/2003 wurde diese Förderung auf einen monatlichen Höchstbetrag von 580 Euro begrenzt; eventuell über diesen Betrag hinausreichende betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen mussten daraufhin aus Mitteln nachrangige Leistungsträger (Sozialhilfe) aufgebracht werden. Hierzu waren – neben dem Zustimmungs- und Bewilligungsverfahren nach dem NPflegeG – gesonderte Vereinbarungen mit den örtlichen Trägern der Sozialhilfe nach § 93 BSHG erforderlich. Der hieraus resultierende allseitig unzumutbare Verwaltungsaufwand sowie obergerichtliche Entscheidungen (Nieders. Oberverwaltungsgericht vom 22.01.2003) über das Verhältnis der bundesrechtlichen Vorschriften über die gesonderte Berechnung von betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen zu den diesbezüglichen Vorgaben des NPflegeG, denen sich in der Folge das Bundessozialgericht in einer Entscheidung gegen das Land Schleswig-Holstein angeschlossen hatte, veranlassten die Landesregierung zu einer grundlegenden Novellierung der Förderung nach diesem Gesetz mit Wirkung zum 1. Jan. 2004 mit der Schwerpunktsetzung der Förderung zum Zwecke der Sicherung der häuslichen Pflege (siehe vorstehende Abschnitte 3.1.2 bis 3.1.4).

Bedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner haben anstelle des Anspruchs auf die Landesförderung seitdem wieder einen Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe. Die hierfür erforderliche Mittel (2005: 95,7 Mio. Euro) werden den örtlichen Sozialhilfeträgern vom Land erstattet.

3.1.5.2 Angebotsstruktur

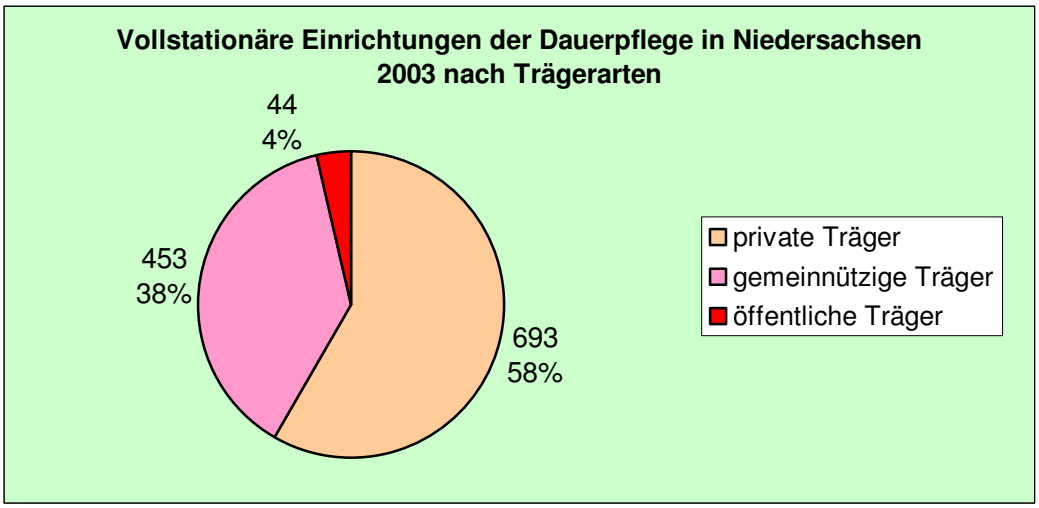
Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegeheime und ihrer Kapazität im Vergleich zu anderen Bundesländern

Siehe Abschnitt I.3.1.1.2, Unterabschnitt „Pflegeheime“.

Träger der Dauerpflegeeinrichtungen

Zahl der Einrichtungen

Abb.: B I 3.1.5.2/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Private Einrichtungsträger machten Ende 2003 in Niedersachsen den größten Anteil unter den Trägern von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege aus (58,2%), gefolgt von gemeinnützigen Trägern (38,1%) und den öffentlichen Trägern (3,7%) (Tab. I.3.1.5/1a und vorstehende Abb.). Unter den Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft machen die Träger von Verbänden der Wohlfahrtspflege mit 83,5%, bei denjenigen in öffentlicher Trägerschaft die kommunalen Träger mit 86% den bei weitem größten Anteil aus.

Die Verhältnisse haben sich zwischen Ende 1999 und Ende 2003 nur sehr geringfügig zugunsten privater Träger verschoben (s.a. Tab. I.3.1.5./1a).

Auch im Ländervergleich sind nach Schleswig-Holstein (64,6%) in Niedersachsen private Einrichtungsträger besonders häufig vertreten. Der Bundesdurchschnitt liegt dort bei

37,1%.[178][179] Dementsprechend deutlich unterdurchschnittlich ist in Niedersachsen der Anteil der Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft ebenso wie in öffentlicher Trägerschaft. Bei letzteren liegt der Bundesdurchschnitt bei 7,5%. Weit bzw. erheblich über diesem Wert liegen die Länder Hamburg (18,4%), Bayern (11,9%), Sachsen (10,4%) und Baden-Württemberg (10,1%). Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft sind in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (78,1%), Brandenburg (67,4%) und Bremen (67,1%) besonders häufig (Bundesdurchschnitt: 55,5%).

Bei Einrichtungen, die ausschließlich Dauerpflege anbieten (ggf. einschl. „eingestreuter" Kurzzeitpflege) sind private Träger mit annähernd 60% noch etwas häufiger, gemeinnützige sowie öffentliche Träger beide etwas seltener vertreten (36,3% bzw. 3,7%) (Tab. I.3.1..5./1a).

Angesichts der Tatsache, dass Pflegeheime für ältere Menschen 95 % aller Pflegeheime ausmachen, unterscheiden sich diese in ihrer Verteilung nach Trägern nicht von der Verteilung bei der Summe aller Heime.

Auch bei den Pflegeeinrichtungen für behinderte Menschen befindet sich die größte Zahl der Einrichtungen in privater Trägerschaft – allerdings etwas seltener als im Durchschnitt über alle Dauerpflegeeinrichtungen (56,3%). Entsprechend höher ist dort der Anteil der Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft (43,6%). Öffentliche Träger halten solche Einrichtungen nicht vor.

Bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen (38 Pflegeheime) ist der Anteil der privaten Träger mit zwei Drittel aller Einrichtungen am größten. Vergleichsweise groß ist mit 5 Einrichtungen auch die Zahl solcher Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. In gemeinnütziger Trägerschaft befinden sich demgemäß nur rd. ein Fünftel der Dauerpflegeeinrichtungen für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen.

---

[178] Quelle: Statistisches Bundesamt, 4. Bericht Pflegestatistik 2003, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich : Pflegeheime, Bonn, im August 2005, Tab. 1

[179] Die Daten des Statistischen Bundesamtes beziehen sich auf die Gesamtzahl stationärer Pflegeeinrichtungen (einschl. Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und nicht nur auf Dauerpflegeeinrichtungen, diejenigen für Niedersachsen nur auf Dauerpflegeeinrichtungen. Dies schmälert den Aussagewert jedoch nur unwesentlich, da der Unterschied bei einer Gesamtzahl von 1253 / 1190 lediglich 63 Einrichtungen (5%) betrifft.

Zahl der Plätze

Nach Zahl der Plätze in den vollstationären Pflegeheimen entspricht die Verteilung auf die drei Trägerarten derjenigen nach der Zahl der Einrichtungen nicht vollständig. Insgesamt entfielen Ende 2003 auf die Einrichtungen in privater Trägerschaft 48% aller Plätze, auf diejenigen in gemeinnütziger Trägerschaft rd. 47% und etwas mehr als 5% aller Plätze entfielen auf die Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. Bei den Einrichtungen, die ausschließlich Dauerpflege anbieten, war die Verteilung 50%, 45% und 5% (Tab. I.3.1.5./1b).
Die Verhältnisse haben sich hier zwischen Ende 1999 und Ende 2003 etwas stärker zugunsten der Einrichtungen in privater Trägerschaft verschoben (Tab. I.3.1.5/1b).

Im Ländervergleich zeigt sich bezüglich der Platzkapazität der Einrichtungen eine weitgehende Übereinstimmung mit der Verteilung nach der Zahl der Einrichtungen. Niedersachsen liegt auch nach der Platzzahl bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft mit 48% nach Schleswig-Holstein (57,4%) an der Spitze. Der Bundesdurchschnitt liegt hier bei 30,3%.[180] Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft haben die meisten Plätze in Mecklenburg-Vorpommern (74,7%), Bremen (73,1%), Nordrhein-Westfalen (71,7%) und dem Saarland (71,2%). Bundesdurchschnittlich haben die Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft 60,5% der Platzkapazität. Die Platzkapazität in Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ist anteilig besonders hoch in den Ländern Hamburg (20,5%), Sachsen (14,2%), Thüringen (13,4%) und Bayern (13,2%). Der Bundesdurchschnitt beträgt 9,2%.

Für die Platzzahl der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege für ältere Menschen ist aus o. g. Gründen die Verteilung auf die Trägerarten nahezu identisch. Allerdings sind hier die Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft ein wenig stärker vertreten (Tab. I.3.1.5/1b).

Gleiches gilt für die Pflegeeinrichtungen für behinderte Menschen.

[180] Statistisches Bundesamt, 4. Bericht Pflegestatistik 2003, a. a. O., Tab. 2
Die Bezugnahme der Plätze erfolgt auch hier auf alle vollstationären Pflegeheime und nicht ausschließlich auf solche der vollstationären Dauerpflege. Auch dies ist für die Verteilung auf die Trägerarten kaum von Belang angesichts der Tatsache, dass rd. 96% aller Plätze in vollstationären Pflegeheimen auf Heime mit vollstationärer Dauerpflege entfallen.

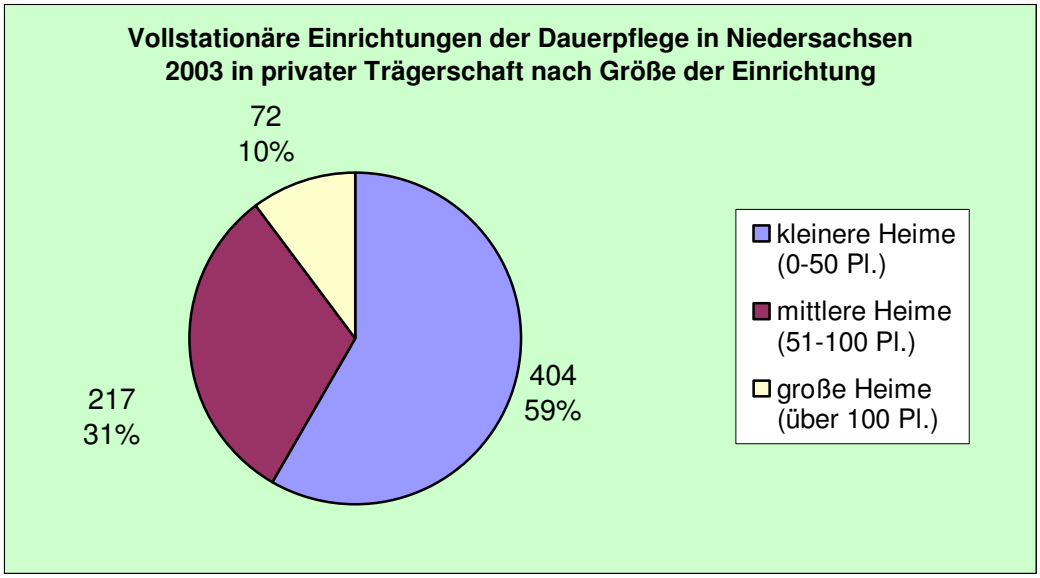
Bei den Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen sind private und öffentliche Träger nach der Platzkapazität mit zwei Dritteln bzw. rd. 14% noch ausgeprägter vertreten als nach der Zahl der Heime. Gemeinnützige Träger halten hier nur knapp ein Fünftel der Plätze vor.

Größe der Einrichtungen

Insgesamt waren Ende 2003 im Bestand aller vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege Einrichtungen mit Platzzahlen von unter 10 Plätzen bis zu solchen über 300 Plätze vertreten (Tab. I.3.1.5/2a). Annähernd die Hälfte der Einrichtungen (44,5%) hat bis zu 50 Plätze, rd. 38,5% zwischen 51 und 100 Plätze und 17% über 100 Plätze (Tab. I.3.1.5/2a).

Die privaten Träger haben überdurchschnittlich viele kleinere Pflegeheime; nahezu 60% der Heime haben hier 50 und weniger Plätze, gut 30% sind mittelgroße Heime und 10% der Heime haben über 100 Plätze.

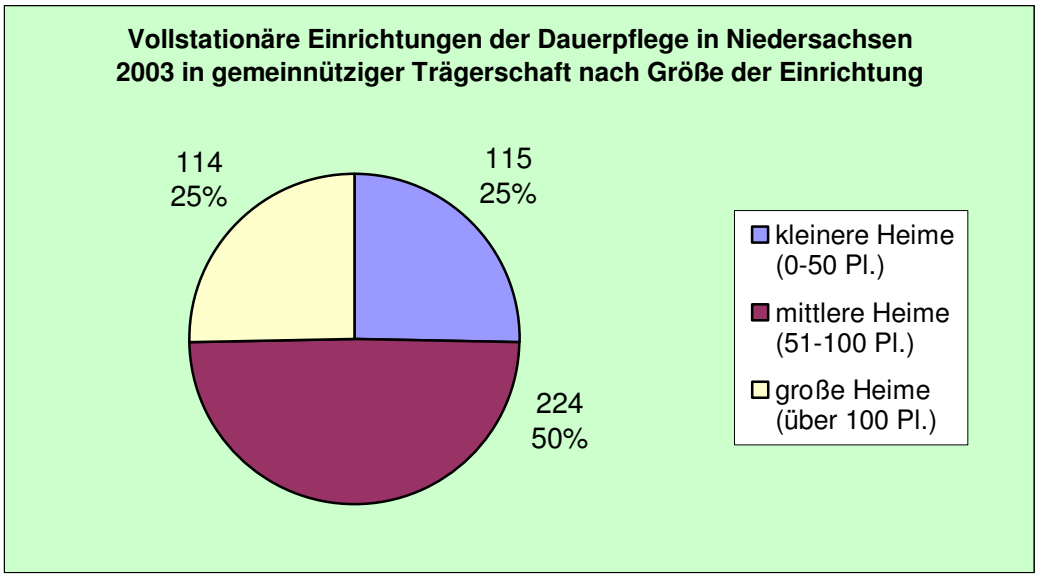
Abb.: B I 3.1.5.2/2



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Dem entgegen überwiegen bei den gemeinnützigen Trägern eher die größeren Heime: rd. 46% hatten 51 bis 100 Plätze, gut 23% über 100 Plätze. Kleinere Heime machten weniger als ein Drittel aus (31,2%).

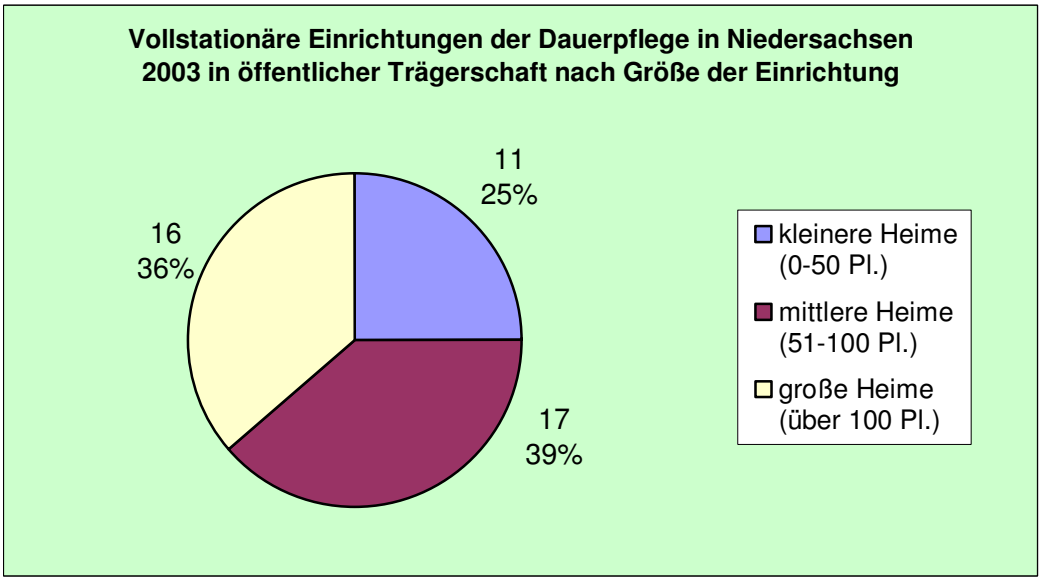
Abb.: B I 3.1.5.2/3



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die (50) Pflegeheime in <u>öffentlicher Trägerschaft</u> verteilten sich zu jeweils einem Drittel (34% / 34% / 32%) auf kleinere, mittlere und große Heime (Tab. I.3.1.5/2a).

Abb.: B I 3.1.5.2/4



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

In der Zeit von Ende 1999 bis Ende 2003 hat **eine leichte aber kontinuierliche Veränderung zugunsten größerer Einrichtungen** stattgefunden (Tab. I.3.1.5/2b). Hatten 1999 noch 48,7% aller Dauerpflegeheime 50 und weniger Plätze, waren dies Ende 2003 nur noch 44,5%. Der Anteil der mittelgroßen Pflegeheime wuchs dagegen im selben Zeitraum von 35,3% auf 38,5%, derjenige der großen Heime mit mehr als 100 Plät-

zen von 16,0% auf 17,0%. Diese Entwicklung gibt – neben der gestiegenen Zahl der Heime der vollstationären Dauerpflege – **eine Begründung für den großen Anstieg der** in Niedersachsen **verfügbaren Platzkapazität** (siehe auch Ausführungen in Abschnitt I.3.1.1.2).[181]

Raumangebot der Dauerpflegeeinrichtungen

In Niedersachsen wurden Ende 2003 insgesamt 77.550 Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege angeboten, davon 93,9% (72.806 Plätze) in so genannten eingliedrigen Einrichtungen (nur Dauerpflege).[182] Hiervon entfielen **über die Hälfte** auf **1-Bett-Zimmer** (53,5%), knapp 45% auf Doppelzimmer, lediglich 1,8% auf 3-Bett-Zimmer und 0,1% (76 Plätze) auf 4-und-mehr-Bettzimmer (Tab. I.3.1.5/3a).

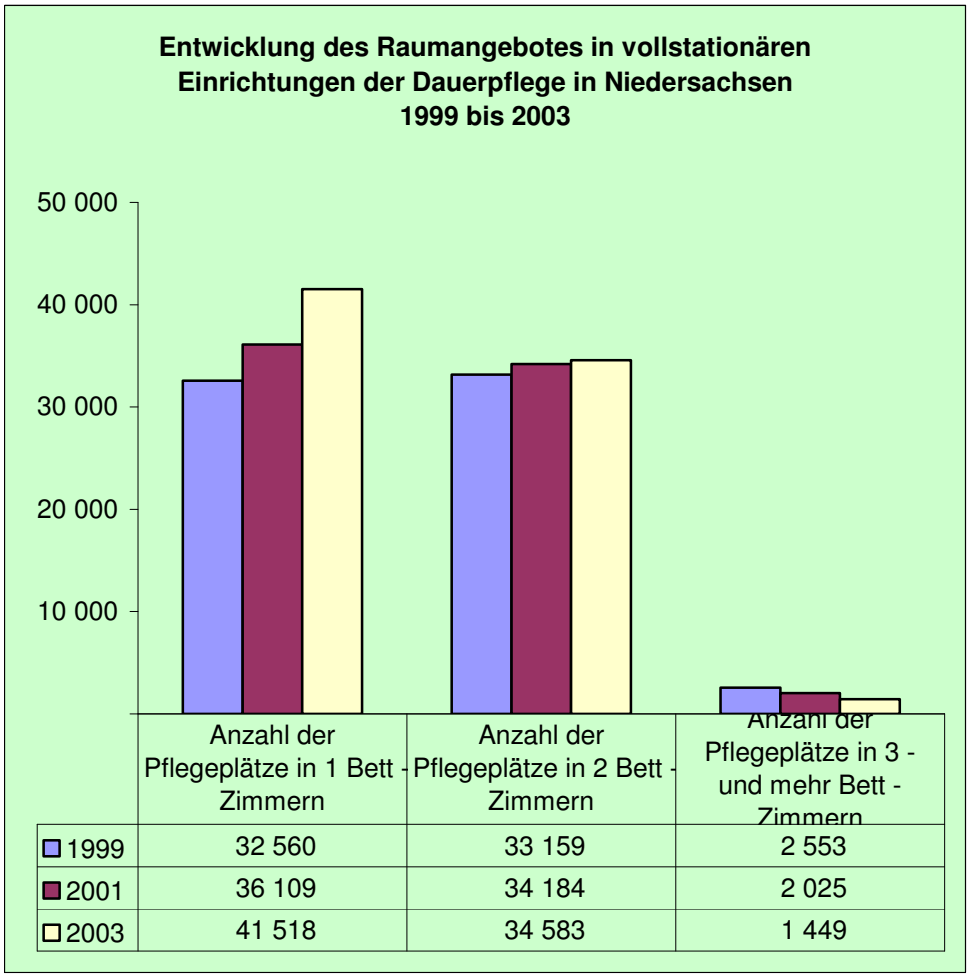
Der Anteil der Plätze in 1-Bett-Zimmern hat zwischen Ende 1999 und Ende 2003 von 47,7% auf 53,5% **zugenommen, derjenige in Doppel- und in Mehrbettzimmern abgenommen** (von 48,6% auf 44,6% bzw. 3,7% auf 1,9%). In nahezu demselben Umfang gilt dies auch für die eingliedrigen Dauerpflegeeinrichtungen (47,0% / 52,9%; 49,0% / 45,2%; 3,6% / 1,9%).

Die zahlenmäßige Entwicklung der Plätze in den vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen ist weit überproportional zugunsten des Angebotes an 1-Bett-Zimmern erfolgt. Der Standard der Einrichtungen hat sich insoweit deutlich verbessert (s. nachfolgende Abb.).
Die Zahl der Plätze ist von Ende 1999 bis Ende 2003 insgesamt um 9278 Plätze (13,6%), in den eingliedrigen Einrichtungen der Dauerpflege sogar um 11.146 Plätze (18,1%) gestiegen[183]. Die Zahl der 1-Bett-Zimmer nahm dabei um 8.958 (27,5%) bzw. 9.520 Plätze (32,8%), die Zahl der Plätze in 2-Bett-Zimmern nahm um (lediglich) 1.424 (4,3%) bzw. 2.669 Plätze (8,8%) zu. Die Zahl der Plätze in 3-Bett-Zimmern sank in dem

[181] Die verfügbaren Daten der Pflegestatistik ermöglichen keine Differenzierung nach der Art der Pflegeeinrichtung (für ältere Menschen / für behinderte Menschen / für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen)
[182] Diesen Einrichtungen sind keine Einrichtungen der Kurzzeitpflege oder der Tages-/Nachtpflege angeschlossen. Sie erbringen aber Leistungen der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege (s. Abschnitt I.1.3.4). Der Bestand an Plätzen in allen vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege einschl. der so genannten mehrgliedrigen Einrichtungen, die flexibel für diese Form der Kurzzeitpflege genutzt werden konnten, betrug am 15.12.2003 insgesamt 3619 Plätze; davon entfielen 3.302 Plätze (91,2%) auf die eingliedrigen Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (Tab. I.2.1.5/3a).
[183] zur Erläuterung für diesen scheinbaren Widerspruch, dass in der Summe aller vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege insgesamt ein geringerer Anstieg der Platzzahlen zu verzeichnen war als in den eingliedrigen Einrichtungen, siehe Ausführungen in Abschnitt I.3.1.1.2

selben Zeitraum um 963 (70,0%) bzw. 906 Plätze (68,8%), diejenige in 4-und-mehr-Bettzimmern um 141 (185,5%) bzw. 137 Plätze (180,2%) (Tab. I.3.1.5/3a).

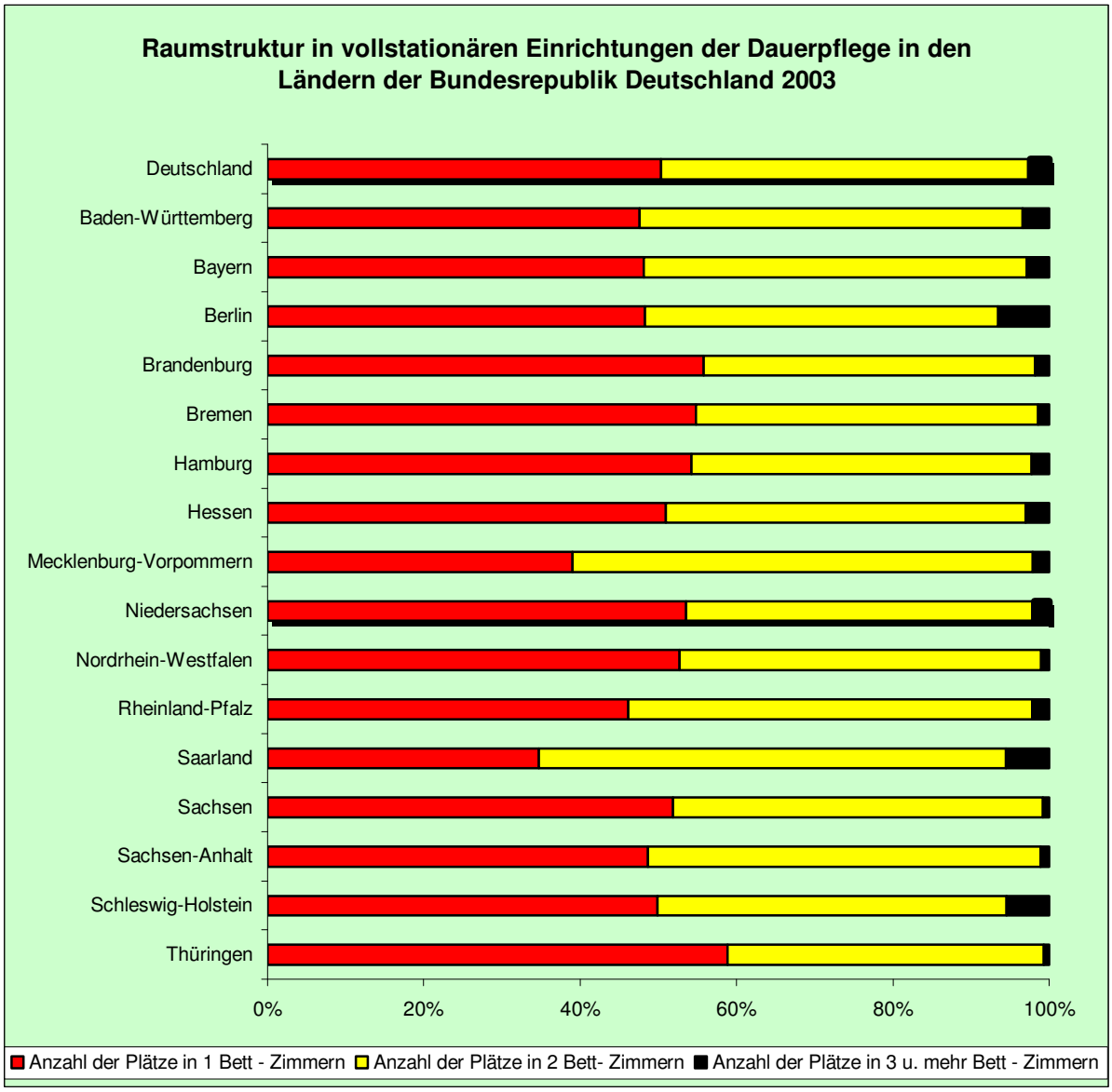
Abb.: B I 3.1.5.2/5



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Bei den 1-Bett-Zimmern weist Niedersachsen im Ländervergleich überdurchschnittliche, bei allen anderen Zimmerarten unterdurchschnittliche Anteilswerte auf (s. nachstehende Abb.).

Abb.: B I 3.1.5.2/6



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Ende 2003 betrug der Anteil der Pflegeplätze an allen Pflegeplätzen in Ein-Bett-Zimmern in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen (s. o.) 53,3%. Bundesdurchschnittlich wurde ein Wert von 50,4% erhoben (Tab. I.3.1.5/3b). Einen größeren Anteil an 1-Bett-Zimmern als Niedersachsen hatten die Länder Thüringen (58,9%), Brandenburg (55,8%), Bremen (54,9%) und Hamburg (54,2%).
Bei den Plätzen in 2-Bett-Zimmern lag der Bundesdurchschnitt bei 47,2% (Nds.: 44,6%). Unter dem Wert für Niedersachsen lagen lediglich – geringfügig – die Länder Brandenburg (42,4%), Hamburg (43,5%) und Bremen (43,7%).
Nur noch 1,8% der Pflegeplätze in Niedersachsen befanden sich in 3-Bett-Zimmern; der Bundesdurchschnitt lag Ende 2003 bei 2,1%.

Deutlich über diesem Wert lagen das Saarland (5,5%) und die Länder Berlin (5,3%) und Schleswig-Holstein (4,9%) (Tab. I.3.1.5/3b).

Auslastung der Dauerpflegeeinrichtungen

Ende 2003 waren die niedersächsischen Dauerpflegeheime zu annähernd 90% mit pflegebedürftigen Personen ausgelastet (Tab. I.3.1.5/4). Angesichts der Tatsache, dass neben diesen im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen auch solche der so genannten Pflegestufe Null oder „G“[184] leben, deren Größenordnung nach Berichten aus der Praxis mit etwa 8 - 10 Prozent der Heimbewohnerinnen und –bewohner angegeben wird, muss (zumindest bis zum **Jahresende 2003**) grundsätzlich von einer **Vollauslastung** der vollstationären Dauerpflegeheime in Niedersachsen ausgegangen werden.

Diese Feststellung **gilt** weitgehend **für alle Einrichtungsarten** (Pflegeheime für ältere / für behinderte / für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen) **und für alle Arten der Einrichtungsträger** (privat / gemeinnützig / öffentlich). Lediglich die Dauerpflegeheime für psychisch kranke (seelisch behinderte Menschen) weisen im Gesamtdurchschnitt und vor allem bei den Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft leichte bis erhebliche Abweichungen in den Auslastungswerten nach unten auf (Tab. I.3.1.5/4). Für die diesbezüglichen Gründe liegen keine Hinweise vor.

Von den Dauerpflegeinrichtungen betreute pflegebedürftige Personen

Grundsätzlich wird hierzu auf Abschnitt I.1 sowie Abb. 1 in Teil A bezüglich der dortigen Ausführungen über Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der vollstationären (Dauer-)Pflege hingewiesen.

Ergänzend wird zur Situation der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in Niedersachsen hinsichtlich ihrer zahlenmäßigen Entwicklung und ihres Grades der Pflegebedürftigkeit im Vergleich zur Situation in anderen Bundesländern folgendes ergänzt:

[184] „G“ steht für Personen mit einem geringfügigen Pflegebedarf; dieser bemisst ich an den Einstufungskriterien des SGB XI (§ 14).

Zahlenmäßige Entwicklung

Ende 2003 bezogen 68.160 Personen Leistungen für vollstationäre Dauerpflege – 6,7% mehr als noch Ende 2001.[185] Bundesdurchschnittlich betrug die Steigerung 5,1%. Zwischen den Bundesländern bestehen sehr große – hier nicht näher begründbare - Unterschiede. Die Steigerungswerte reichen von 0,8% in Hamburg, 1,4% in Rheinland-Pfalz und 1,9% in Hessen bis 8,5% in Baden-Württemberg, 8,7% in Sachsen-Anhalt, 9,4% in Sachsen, 10,5% in Bremen und 12,3% im Saarland. Einziges Land mit einer negativen Entwicklung war Schleswig-Holstein. Hier sank aus nicht näher bestimmbaren Gründen die Zahl der Dauerpflegeheimbewohnerinnen und –bewohner zwischen Ende 2001 und 2003 um 3,0%.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Niedersachsen befindet sich bezüglich des geringsten Schweregrades (Pflegestufe 1) seiner Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege mit 34,6% annähernd am Bundesdurchschnitt (34,2%). Insgesamt ist die Streuung der Einstufungswerte für die Pflegestufe 1 über die Bundesländer nicht besonders ausgeprägt.[186] Am deutlichsten über dem bundesdurchschnittlichen Wert liegen das Saarland (38,8%) und Schleswig-Holstein (37,1%).
Beim Anteilswert für Pflegestufe 2 liegt Niedersachsen mit 41,7% vergleichsweise deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (44,7), hingegen bei Pflegestufe 3 mit 23,7% gegenüber 21,1% ebenso deutlich darüber. Noch höhere Anteilswerte dort wurden für die Länder Bremen (27,7%), Bayern (25,1%) und Berlin (25,0%) festgestellt. Pflegestufe 2 ist vom MDK besonders häufig für Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner in Sachsen (50,6%) und Sachsen-Anhalt (49,1%) begutachtet worden. Auch hier sind für die Unterschiede zwischen den Ländern keine nahe liegenden plausiblen Gründe ersichtlich.

[185] Statistisches Bundesamt, 4. Bericht: Pflegestatistik 2003, a. a. O., Tab. 3.1 und 3.2
[186] wie vorstehend, Tab. 3.2

3.1.5.3 Regionale Verteilung

Zahl der Pflegeheime[187]

Alle Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen verfügen über Pflegeheime in ihrem Gebiet. Ihre Zahl korrespondiert grundsätzlich mit der Einwohnerzahl.[188] Dementsprechend hatte die Stadt Delmenhorst Ende 2003 mit 6 Einrichtungen die geringste, die Region Hannover mit 148 Einrichtungen die größte Zahl an Pflegeheimen (Tab. I.3.1.5/5a). Auf die Landeshauptstadt entfiel hiervon mit 75 Einrichtungen etwas über die Hälfte. Von den insgesamt 1253 Pflegeheimen befanden sich über drei Viertel (77,8%) in den Landkreisen (ohne Region Hannover).

Zwischen Ende 1999 und Ende 2003 wuchs der Einrichtungsbestand um 90 Einrichtungen.[189] [190]
In einigen kommunalen Gebietskörperschaften – Landkreise Friesland, Osterholz, Wolfenbüttel, Helmstedt, Gifhorn und Wesermarsch sowie Stadt Wilhelmshaven – waren allerdings auch Abgänge zu verzeichnen. Davon hatten der Landkreis Friesland mit vier, der Landkreis Osterholz mit drei und die Stadt Wilhelmshaven mit ebenfalls drei Einrichtungen den größten Rückgang zu verzeichnen. In den genannten anderen Gebietskörperschaften war jeweils nur eine Einrichtung aufgegeben worden. Einer Verringerung der Platzzahlen und eine – rechnerische – **Verschlechterung der Versorgung** der Bevölkerung war **mit** dieser **Angebotsverringerung** allerdings **nicht verbunden**: Mit Ausnahme des Landkreises Osterholz (Verringerung der Platzzahlen um 66 Plätze) war trotz verringerter Einrichtungszahl ein **steigendes Platzangebot in den verbleibenden Einrichtungen** zu verzeichnen, so z. B. im Landkreis Friesland um 55 Plätze (5,8%), in der Stadt Wilhelmshaven um 52 Plätze (ebenfalls 5,8%) (Tab. I.3.1.5/5a). Die Verringerung der Platzzahlen im Landkreis Osterholz machte ebenfalls nur 5,2% des

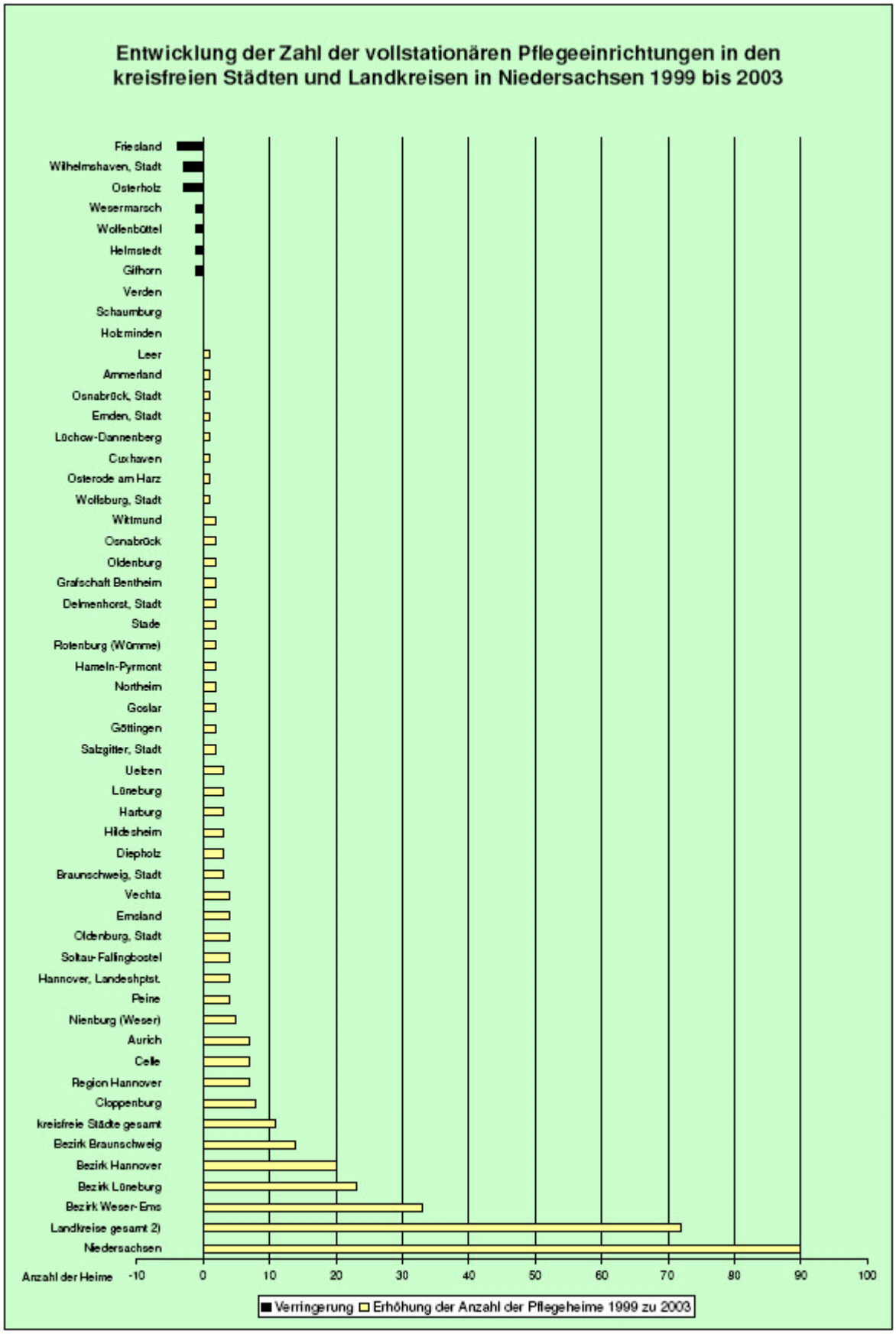
[187] Die Darstellung bezieht sich wegen der Datengrundlage – Pflegestatistik Tab. S. 7 – auf alle stationären Pflegeeinrichtungen einschl. solche der Tages- und der Kurzzeitpflege. Angesichts der geringen Zahl der letztgenannten Einrichtungen (60 Einrichtungen = rd. 5%) erscheint diese Ungenauigkeit im Blick auf die Aussagen zur Versorgungssituation unbedeutend.
[188] Differenziertere Aussagen hierzu im nachfolgenden Abschnitt „Versorgung der Bevölkerung“.
[189] Siehe auch Abschnitt 3.1.1
[190] Die Angaben über die Veränderungen stellen jeweils nur den am Stichtag der statistischen Erhebung festgestellten „Saldo“ der Zu- und der Abnahmen dar. Insofern können die nachfolgend dargestellten Veränderungen durchaus aus (stärkeren) Zu- bzw. Abgängen resultieren. Das gilt auch für kommunale Gebietskörperschaften, für die 2003 gegenüber 1999 keine Veränderung festgestellt wurde. Für diese Annahme spricht insbesondere, dass mit Ausnahme einer Kommune in allen anderen mit verringerter Einrichtungszahl dennoch ein Anstieg an Plätzen zu verzeichnen war (neue Einrichtungen mit größeren Platzzahlen kamen, ältere mit kleineren Platzzahlen wurden aufgegeben). Hierfür spricht auch das Beispiel der Stadt Delmenhorst: Zuwachs an Einrichtungen 2 = 50 %, Zuwachs an Plätzen insgesamt nur 29.

Platzbestandes aus; insofern ist auch hier nicht von einer nachhaltigen Verschlechterung des Angebotes auszugehen.

Unverändert blieb die Zahl der Pflegeheime im genannten Zeitraum in den Landkreisen Verden, Holzminden und Schaumburg.

Den höchsten absoluten wie auch relativen Zuwachs an Einrichtungen verzeichnete der Landkreis Cloppenburg (8 Heime, Steigerung um 66,7%). Jeweils 7 zusätzliche Pflegeheime wurden in der Region Hannover (davon 4 in der Landeshauptstadt) sowie in den Landkreisen Celle und Aurich zur pflegerischen Versorgung zugelassen, 5 im Landkreis Nienburg/Weser. Den anteilig größten Zuwachs an Heimen hatten neben dem Landkreis Cloppenburg die Stadt Delmenhorst (+ 2 Einrichtungen = 50%) und die Landkreise Aurich (rd.44%), Wittmund (40%) und Soltau-Fallingbostel (30,8%). Auch die Landkreise Nienburg/Weser, Vechta und Peine sowie die Stadt Oldenburg hatten Ende 2003 etwas über bzw. annähernd ein Viertel mehr Pflegeheime als Ende 1999. Im Landesdurchschnitt betrug der Zuwachs an Pflegeheimen 7,7%.

Abb.: B I 3.1.5.3/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Zahl der verfügbaren Plätze[191][192]

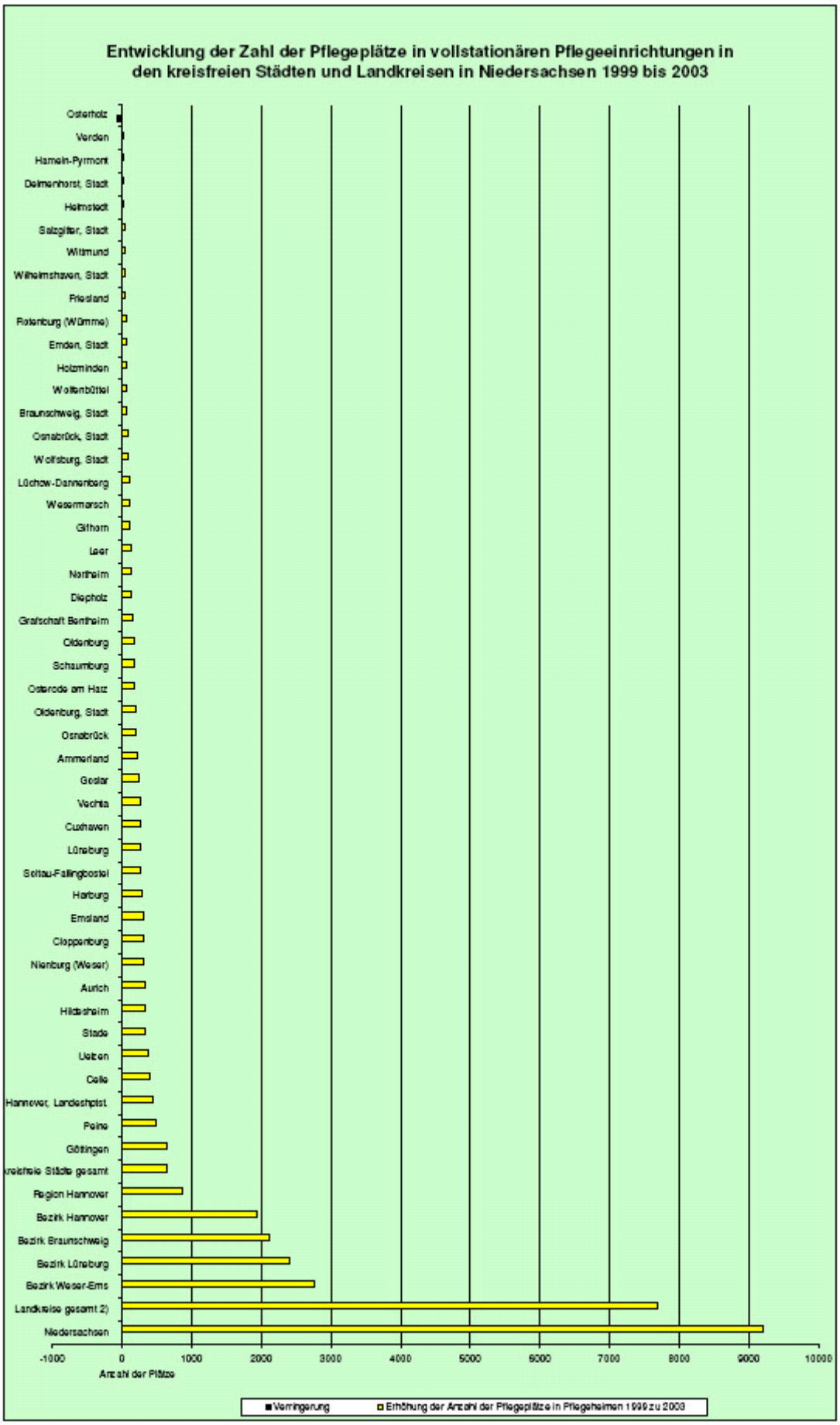
Für die Zahl der verfügbaren Plätze in vollstationären Pflegeheimen gilt – ebenso wie für die Zahl der Einrichtungen (s. vorstehend) bezüglich des Verhältnisses zur Bevölkerungszahl dieselbe Feststellung einer grundsätzlichen Relation. Die demgemäß meisten der insgesamt 78.036 Plätze vereinigte mit zusammen 10.935 Plätzen (14%) Ende 2003 die Region Hannover auf sich. Davon entfielen 5.610 (51,3%) auf die Landeshauptstadt (Tab. I.3.1.5./5a).
Auf die Landkreise zusammen kamen mit 57.698 Plätzen 73,9% aller vollstationären Pflegeplätze und insofern etwas weniger als nach der Zahl der Einrichtungen (s. o.). Die Einrichtungen dort verfügten dementsprechend auch nur über durchschnittlich 59 Plätze (s. nachfolgender Abschnitt „Größe der Einrichtungen“), diejenigen in den kreisfreien Städten (ohne Region Hannover) hingegen durchschnittlich 72, in der Region Hannover sogar 74 Plätze (Tab. I.3.1.5/5b).

Zwischen Ende 1999 und Ende 2003 nahm die Zahl der vollstationären Pflegeplätze um insgesamt 9.211 Plätze entsprechend 13,4% zu.[193]
Einzig im Landkreis Osterholz (s. o.) waren Ende 2003 per Saldo weniger Pflegeplätze verfügbar als vier Jahre zuvor.

Den größten absoluten Anstieg verzeichnete mit 866 Plätzen (8,6%) die Region Hannover (dav. Stadt Hannover 448 Pl.), danach der Landkreis Göttingen einschl. Stadt Göttingen (643 Pl. / 27,2%) und die Landkreise Peine (486 Pl. / 42,7%) und Celle (412 Pl. / 23,5%). Den anteilig zum Bestand größten Platzzuwachs hatten die Landkreise Cloppenburg, Peine, Vechta, Ammerland und Uelzen (44,3%, 42,7%, 35,0%, 33,7%, 31,3%), den geringsten die Landkreise Hameln-Pyrmont, Verden, Helmstedt (1,3%, 1,5%, 2,7%) und die Stadt Braunschweig (2,9%).

[191] ausgewiesen sind gem. Datengrundlage – Pflegestatistik Tab. S. 7 – die Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen, insofern solche in Einrichtungen der Dauer- und der Kurzzeitpflege (lediglich 17 eigenständige Einrichtungen), nicht hingegen solche der Tages- und Nachtpflege (1112 Plätze).
[192] Für die Zahl der Plätze gelten die Aussagen in der vor-vorstehenden Fußnote entsprechend.
[193] Auf die Unterschiede zu den Zahlenangaben in Abschnitt I.3.1.1.2 wird hingewiesen. Sie sind statistischer Natur durch andere Gruppenbildungen bei den Einrichtungen (Pflegeheime insgesamt / nur vollstationäre Pflegeheime). Diese Unterschiede sind jedoch für den Inhalt der Aussagen zur Situation und zur erfolgten Entwicklung nicht von Relevanz.

Abb.: B I 3.1.5.3/2



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Der Landesdurchschnitt lag bei 13,4%, derjenige der Landkreise betrug 15,4% und derjenige der kreisfreien Städte (ohne Region Hannover) 7,5%. Insofern kann festgestellt werden, dass **die Entwicklung des Platzangebotes in den ländlich strukturierten Regionen Niedersachsens und im Umland der großen Städte diejenige in den Städten durchschnittlich deutlich überstieg**.

Versorgung der Bevölkerung

Als geeigneter Indikator für die – quantitative – Versorgung der Bevölkerung kann insbesondere das Verhältnis der angebotenen Plätze zur Zahl der Einwohner, angesichts des hohen Anteils der auf stationäre Pflege angewiesenen alten Menschen, noch besser das Verhältnis des Platzangebotes zur Zahl der älteren Einwohner (hier: 65 Jahre und älter) gelten.[194] Danach zeigt sich für die kreisfreien Städte und die Landkreise in Niedersachsen folgendes Bild (s. nachstehende Abb. und Tab. I.3.1.5/5a).

[194] Zur qualitativen Versorgung, gekennzeichnet durch Merkmale wie Wohnkomfort, Qualität der pflegerischen und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der sozialen Betreuung, der Teilhabe der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner am Leben in der Gemeinschaft, Preis-Leistungs-Verhältnis und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner können in diesem Bericht mangels entsprechender Informationsgrundlagen keine Aussagen getroffen werden. Dies wäre insoweit ggf. einer Darstellung und Bewertung im Rahmen der Erstellung der örtlichen Pflegeberichte vorbehalten. Einen gewissen Indikator liefern allerdings die Daten zur Raumstruktur der Einrichtungen (siehe nachfolgender Unterabschnitt „Raumstruktur“).

Abb.: B I 3.1.5.3/3

Versorgung der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in den Städten und Landkreisen in Niedersachsen 2003 mit Plätzen in Einrichtungen der vollstationären Pflege

Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die Versorgungswerte – Zahl der Plätze auf je 1000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren – reichen in den kommunalen Gebietskörperschaften von 30 in der Stadt Delmenhorst, jeweils 31 in den Landkreisen Leer und Emsland und jeweils 32 in der Stadt Wolfsburg und im Landkreis Harburg bis zu 88 Plätzen im Landkreis Osterode am Harz, 76 im Landkreis Schaumburg, 75 im Landkreis Uelzen und 70 im Landkreis Goslar (Tab. I.3.1.5/5a). Der Landesdurchschnitt lag Ende 2003 bei 53 Plätzen je 1000 Einwohner ab 65 Jahre, derjenige der Landkreise zusammengenommen bei 55, der kreisfreien Städte bei 48 und der Region Hannover bei 52 (Stadt Hannover: 57).

Die Verhältniswerte stellen einen gewissen Indikator für die Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen in den jeweiligen Gebietskörperschaften dar. Diese wiederum wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, beispielsweise den Anteil der älteren Bevölkerung und/oder die Wohnortattraktivität für ältere Menschen. Die Landkreise Osterode am Harz und Goslar sind hierfür ein gutes Beispiel. In Betracht kommen auch „Sogeffekte“ im Umland großstädtischer Siedlungsräume wie z. B. dem Landkreis Schaumburg oder den Landkreisen Osterholz (Verhältniszahl: 63) und Verden (69) im Umland von Bremen.
Die **Verhältniswerte ermöglichen** hingegen **keine Aussage über die Bedarfsdeckung in der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft**. Diese Frage kann nur vor Ort z. B. im Zuge der Erstellung der örtlichen Pflegeberichte geklärt werden. So kann ein niedriger Verhältniswert wie beispielsweise in den Landkreisen Leer oder Emsland in Anbetracht einer überdurchschnittlichen Möglichkeit und Bereitschaft zur häuslichen Pflege oder aufgrund eines überdurchschnittlichen Versorgungsangebotes an professionellen und ehrenamtlichen Pflege- und Hilfsdiensten, an betreuten Wohnungen etc. ein größeres stationäres Pflegeangebot entbehrlich machen. Im Fall der Stadt Delmenhorst ist anzunehmen, dass von ihren auf stationäre Pflege angewiesenen Einwohnern Einrichtungen in den angrenzenden Landkreisen in Anspruch genommen werden.

Auch die **Veränderungen im Verhältnis** zwischen der Zahl der vollstationären Plätze und der älteren Bevölkerung in der Zeit von Ende 1999 bis Ende 2003 ist

kein hinreichender Indikator für eine Verbesserung oder Verschlechterung der – quantitativen – **Versorgung** der Bevölkerung. Insofern wird hier nur nachrichtlich eine am Landesdurchschnitt (Steigerung um 1 je 1000 Einwohner über 65 Jahre) deutlich überproportionale Abnahme des Verhältniswerts für die Landkreise Osterholz (von 79 auf 63; 20,2%), Verden (von 78 auf 69; 11,4%) und Friesland (von 58 auf 53; 8,7%) wiedergegeben.

Am Beispiel des Landkreises Friesland wird besonders anschaulich deutlich, dass die Verwendung eines Merkmales allein wie z. B. Veränderung der Zahl der Einrichtungen leicht zu fehlerhaften Deutungen führen kann: Im Landkreis Friesland ist, wie dargestellt, die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen zwischen Ende 1999 und Ende 2003 von 21 auf 17 Einrichtungen (-19%) zurückgegangen. Zugleich hat die Zahl der Plätze um 56 (5,8%) zugenommen; dennoch ist - anzunehmender Weise aufgrund der demographischen Entwicklung – das Verhältnis zwischen der Platzzahl und der älteren Bevölkerung ungünstiger geworden.

Insgesamt ist dennoch festzuhalten, dass – trotz eines Zuwachses an vollstationären Pflegeplätzen in allen kommunalen Gebietskörperschaften mit Ausnahme des Landkreises Osterholz (s. o.) in immerhin 20 der 46 Gebietskörperschaften mehr oder minder ausgeprägt in den vier Jahren zwischen Ende 1999 und Ende 2003 eine Änderung zu ungunsten der älteren Bevölkerung zu verzeichnen ist. Andere hingegen wie der Landkreis Peine (von 52 auf 66; 27,4%) oder die Landkreise Cloppenburg (36,5 / 46,0; 25,9%), Uelzen (62,2 / 74,5; 19,8%), Vechta (45,8 / 54,6; 19,2%), Göttingen (58,2 / 68,0; 16,7%), Nienburg/Weser (55,9 / 62,7; 11,9%) und Aurich (37,7 / 43,3; 15,1%) weisen eine deutlich überdurchschnittliche Anhebung des Verhältnisses zwischen der Zahl der vollstationären Pflegeplätze und der Zahl der älteren Bevölkerung auf.

Strukturmerkmale der vollstationären Pflegeeinrichtungen

Größe der Einrichtungen (verfügbare Plätze je Heim)

Ende 2003 hatten die vollstationären Pflegeheime in Niedersachsen durchschnittlich 62 Plätze. **Die Spanne für die Durchschnittsgröße der Heime in den kreisfreien Städten und Landkreisen ist** dabei erstaunlich **groß** (Tab. I.3.1.5/5a): Sie reicht von 38 Plätzen in der Stadt Wilhelmshaven oder jeweils 40 in den Landkreisen Celle und Osterholz bis 103 (Stadt Wolfsburg), 102 (Landkreis Wolfenbüttel), 96 (Stadt Osnabrück) oder 93 (Landkreis Helmstedt). Angesichts der Tatsache, dass sich sowohl bei den Gebietkörperschaften mit deutlich unterdurchschnittlich großen wie bei denjenigen mit im Durchschnitt überproportional großen Pflegeheimen ländlich wie städtisch strukturierte Kommunen befinden, ist eine an diesem nahe liegenden Strukturmerkmal geführte Deutung der Werte für die durchschnittlichen Heimgrößen nicht möglich. Es ist daher anzunehmen, dass für die Größe der Einrichtungen jeweils örtliche Rahmenbedingungen des Einzelfalles oder auch unabhängig von den Standortkriterien getroffene unternehmerische Entscheidungen jeweils die regionale Entwicklung beeinflusst haben.

Entsprechend der im Durchschnitt über alle kommunalen Gebietskörperschaften zwischen Ende 1999 und Ende 2003 vermehrten Zahl der Einrichtungen ebenso wie der Zahl der Plätze in diesen Einrichtungen ist entsprechend auch die durchschnittliche Größe der Einrichtungen, bezogen auf die Platzzahl, gestiegen – von landesdurchschnittlich 59 auf 62 Plätze (s.o.). Dies gilt allerdings nicht unterschiedslos für alle kommunalen Gebietskörperschaften. In immerhin 14 Kommunen sind im vorgenannten Zeitraum die durchschnittlichen Heimgrößen trotz gestiegener Platzzahlen gesunken.
Dies ist nur ein scheinbarer Widerspruch: Mit gestiegener Platzzahl muss nicht zwangsläufig auch eine Steigerung der Durchschnittsgröße aller Einrichtungen einer Kommune verbunden sein. Beispiele für das Gegenteil sind – im Vergleich zu anderen mit derselben Entwicklung besonders ausgeprägt – die Städte Del-

menhorst und Wilhelmshaven und der Landkreis Wittmund. In allen diesen Kommunen stieg zwischen Ende 1999 und Ende 2003 die Zahl der Pflegeheimplätze. Diese verteilten sich aber wegen gleichzeitiger Zunahme der Zahl der Einrichtungen nunmehr auf mehr Einrichtungen. In der Folge verringerte sich die durchschnittliche Größe der Einrichtungen.

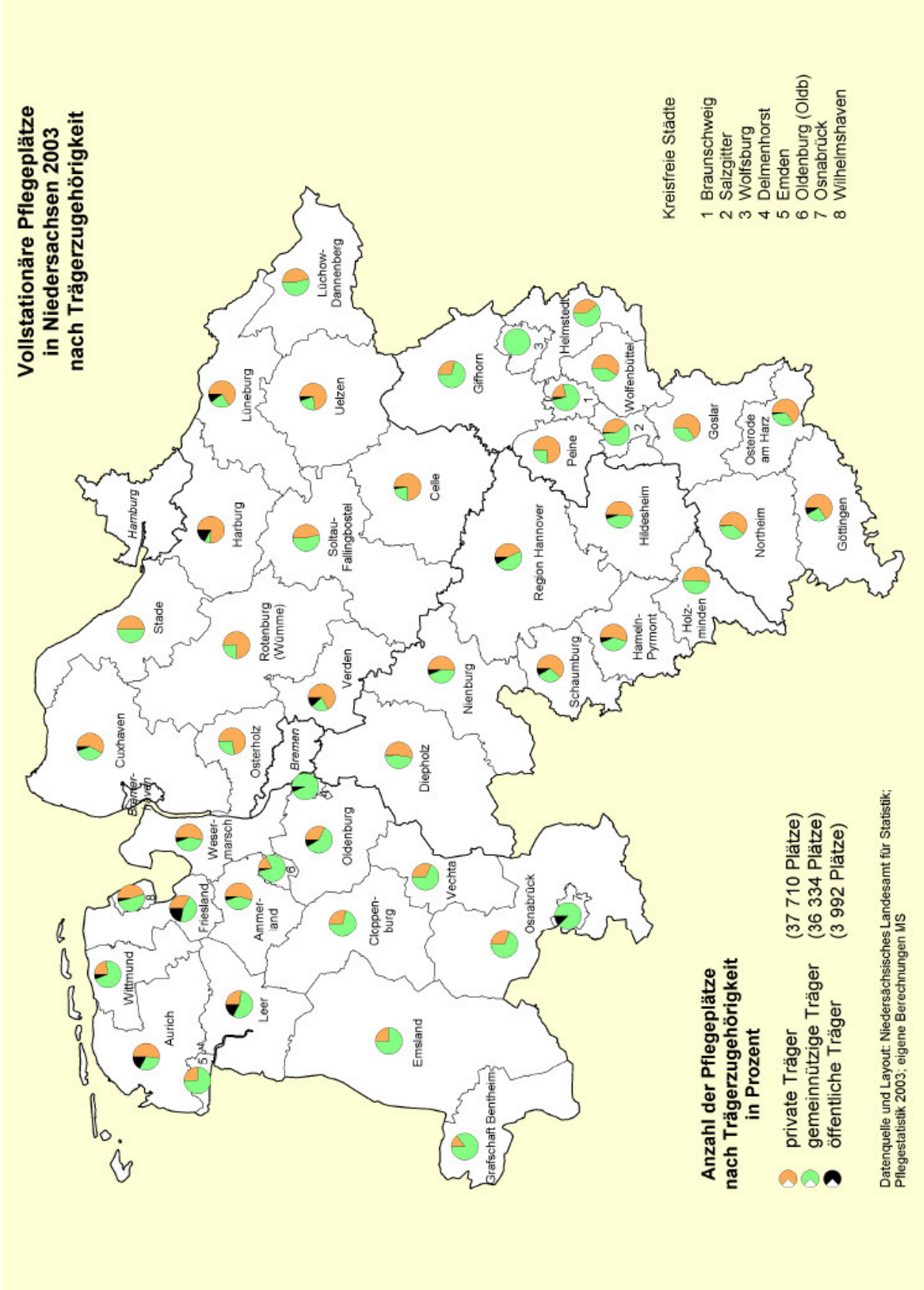
Die Entwicklung in diesen und den vorgenannten weiteren 11 Kommunen darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass in den letzten Jahren überwiegend im Zuge von Neubauten, Ergänzungen im Einrichtungsbestand oder im Zuge von umfassenden Modernisierungsmaßnahmen überwiegend größere Pflegeheime entstanden sind. Für die mit der bis Ende 2003 geltenden bedingten Voraussetzung zur Förderung von Investitionsaufwendungen von stationären Pflegeeinrichtungen, dass diese eine angemessenen Größe aufweisen sollen (§ 8 Abs. 2 NPflegeG a. F.; Richtgröße gem. Gesetzesbegründung: 40 Plätze), muss insofern festgestellt werden, dass sie in der Praxis nicht wirksam geworden ist. Hierzu haben nicht zuletzt eine Reihe von im Ergebnis für das Land negativen Klagen von Einrichtungsträgern beigetragen. Auf die Vorgabe wurde nicht zuletzt aus diesen Gründen bei der Novellierung des NPflegeG zum 1. Jan. 2004 verzichtet.

Träger der stationären Pflegeeinrichtungen[195]

Den Überblick über die regionale Verteilung der Pflegeheime in Niedersachsen nach ihrer Trägerzugehörigkeit gibt die nachstehende Abbildung.

[195] Datengrundlage Pflegestatistik Tab. S. 7. Folge:
Zahl der Heime: alle stationären Pflegeheime (einschl. teilstationär);
Zahl der Plätze: von allen vollstationären Pflegeheime

Abb.: B I 3.1.5.3/4


Vollstationäre Pflegeplätze
in Niedersachsen 2003
nach Trägerzugehörigkeit
Kreisfreie Städte
1 Braunschweig
2 Salzgitter
3 Wolfsburg
4 Delmenhorst
5 Emden
6 Oldenburg (Oldb)
7 Osnabrück
8 Wilhelmshaven
Anzahl der Pflegeplätze
nach Trägerzugehörigkeit
in Prozent
private Träger (37 710 Plätze)
gemeinnützige Träger (36 334 Plätze)
öffentliche Träger (3 992 Plätze)
Datenquelle und Layout: Niedersächsisches Landesamt für Statistik;
Pflegestatistik 2003; eigene Berechnungen MS
Hamburg
Bremen
Bremerhaven
Luchow-Dannenberg
Lüneburg
Uelzen
Gifhorn
Helmstedt
Wolfenbüttel
Goslar
Osterode am Harz
Peine
Celle
Harburg
Soltau-Fallingbostel
Region Hannover
Hildesheim
Northeim
Göttingen
Stade
Rotenburg (Wümme)
Verden
Nienburg
Schaumburg
Hameln-Pyrmont
Holz-minden
Cuxhaven
Osterholz
Diepholz
Weser-marsch
Oldenburg
Friesland
Ammer-land
Cloppen-burg
Vechta
Osnabrück
Wittmund
Aurich
Leer
Emsland
Grafschaft Bentheim

Folgende wesentliche Verteilungsmuster werden daraus deutlich (Tab. I.3.1.5/5b):

- Private Träger sind weit überdurchschnittlich in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehem. Regierungsbezirks Lüneburg vertreten (74,0%; Landesdurchschnitt: 56,7%).
  Private Träger sind in einigen Kommunen (Städte Wolfsburg, Delmenhorst und Osnabrück) überhaupt nicht vertreten.
  In der Region Hannover und insbesondere in der Landeshauptstadt sind die privaten Einrichtungsträger unterdurchschnittlich repräsentiert (46,6% / 28,0%).

  Der Zuwachs an Einrichtungen in privater Trägerschaft zwischen Ende 1999 und Ende 2003 war besonders ausgeprägt in den Landkreisen Aurich (+9), Peine und Stade (je +6) sowie in der Landeshauptstadt Hannover (+5).
  Vergleichsweise viele Einrichtungen in privater Trägerschaft wurden aufgegeben im Landkreis Friesland (-4) und in der Stadt Wilhelmshaven (-3).

- Gemeinnützige Träger sind deutlich überdurchschnittlich in den kreisfreien Städten und Landkreisen des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems vertreten (53,2%; Landesdurchschnitt: 39,3%).
  Gemeinnützige Träger sind in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens mit mindestens drei Einrichtungen vertreten.
  In der Region Hannover sind die Einrichtungen der gemeinnützigen Träger überdurchschnittlich häufig (47,3%). Dies wird besonders geprägt durch ihre weit überdurchschnittliche Repräsentanz in der Landeshauptstadt (66,7%).

  Der Zuwachs an Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft zwischen Ende 1999 und Ende 2003 war deutlich geringer als bei denjenigen in

privater Trägerschaft (28 gegenüber 65 Einrichtungen). Überwiegend ist das Entwicklungsbild bei den gemeinnützigen Trägern von einem eher konstanten Einrichtungsangebot geprägt. Zuwächse an Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft in vergleichsweise maßgeblichem Umfang erfolgten in den Landkreisen Cloppenburg (+5), Vechta (+4) und Celle (+3), diesbezügliche Abnahmen in der Grafschaft Bentheim (-2). In den übrigen Kommunen, in denen von gemeinnützigen Trägern Einrichtungen aufgegeben (oder ggf. auch mit anderen zusammengelegt) wurden, handelte es sich jeweils nur um eine Einrichtung.

- Öffentliche Träger stellen in Niedersachsen mit insgesamt 50 Einrichtungen lediglich zu 4,0% die Trägerschaft von stationären Pflegeheimen. Diesbezüglich ein wenig überrepräsentiert sind sie in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehemaligen Regierungsbezirks Weser-Ems (5,2%) und Hannover (4,7%), deutlich unterrepräsentiert in den Kommunen des ehem. Regierungsbezirks Braunschweig (2,7%).
  In der Region Hannover liegt der Anteil der stationären Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ebenfalls über dem Landesdurchschnitt (6,1%), davon insbesondere durch Einrichtungen im ehem. Landkreis Hannover. In der Landeshauptstadt machen die Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft 5,3% des Einrichtungsbestandes aus.
  17 der insgesamt 46 kommunalen Gebietskörperschaften[196] verfügen über keine, weitere 19 jeweils nur über eine stationäre Pflegeeinrichtung in öffentlicher Trägerschaft.

  Die Entwicklungsbewegungen hinsichtlich der Zahl der Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft zwischen Ende 1999 und Ende 2003 waren insgesamt sehr gering.
  Vergleichsweise größer Zuwächse im Umfang von 2 Einrichtungen sind nur für den Landkreis Göttingen (einschl. Stadt Göttingen), überdurchschnittliche Aufgaben von Trägerschaften mit 3 bzw. 2 Einrichtungen in

[196] Region Hannover sowie Stadt und Landkreis Göttingen jeweils als eine Gebietskörperschaft gezählt.

den Landkreisen Stade und Aurich festzustellen. Diese Aufgaben dürften in der Regel allerdings nicht mit der Folge eines Verlustes des Angebotes verbunden gewesen sein. Vielmehr ist nach den Berichten aus der Praxis in der Regel lediglich eine Privatisierung der Einrichtungen oder eine Übernahme durch einen anderen Träger erfolgt.
Diese Feststellung wird angesichts der im genannten Zeitraum insgesamt gestiegenen Platzzahlen grundsätzlich auch für die Aufgabe von Einrichtungen bei den anderen Trägerarten gelten.

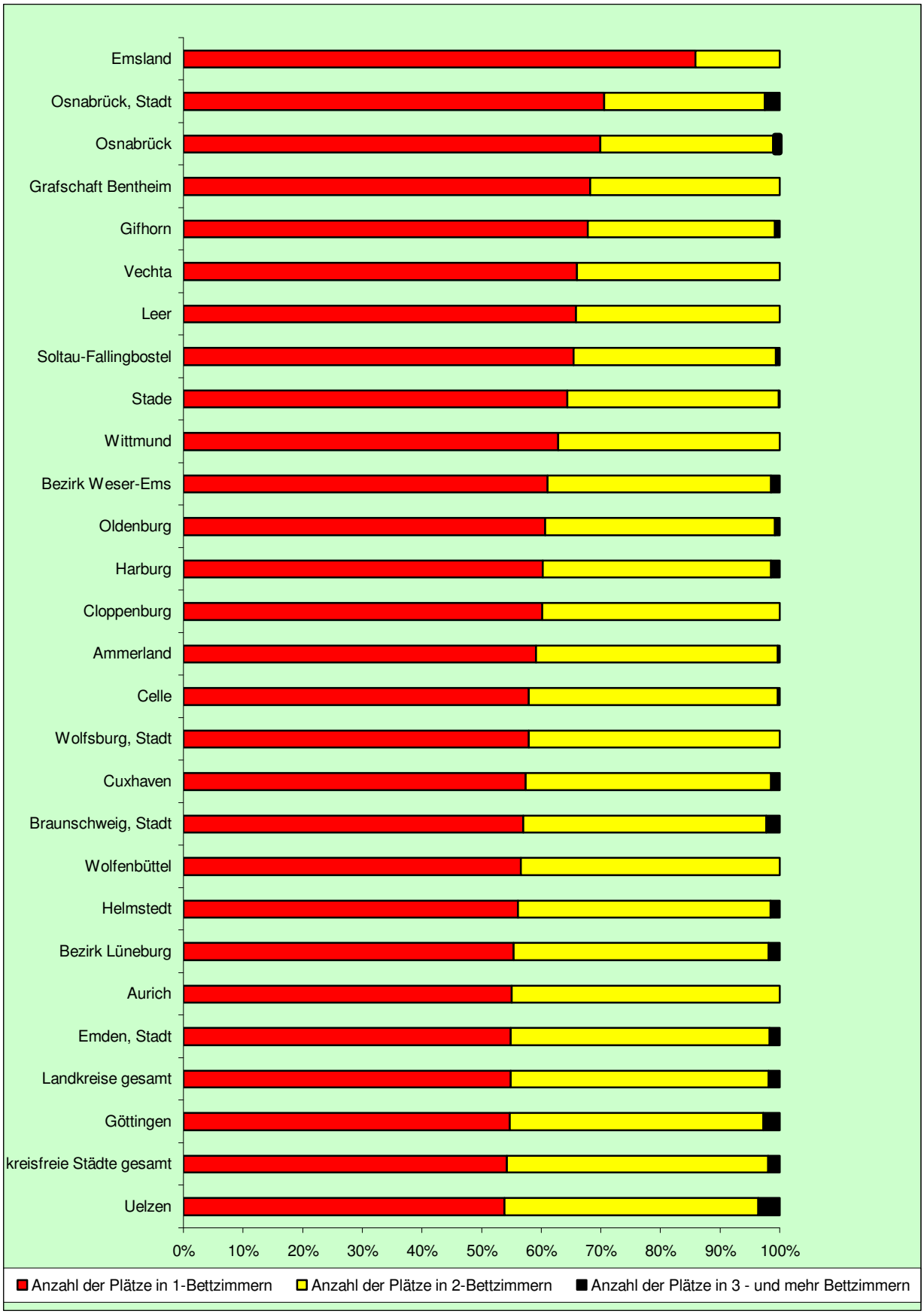
Raumangebot der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege[197]

Zimmergröße nach Zahl der Pflegeplätze

Über die Situation in den Landkreisen und kreisfreien Städten gibt die nachfolgende Abb. einen Überblick.[198]

[197] Enthalten nur Plätze für Dauerpflege (einschl. solche für „eingestreute“ Kurzzeitpflege); Raumstruktur von Einrichtungen der Kurzzeitpflege siehe Abschnitt I.3.1.4.
[198] Hinsichtlich der Verhältnisse in Niedersachsen im Vergleich zu den anderen Bundesländern wird auf den vorstehenden Abschnitt I.3.1.5.2, Unterabschnitt „Raumstruktur“ verwiesen.

Abb.: B I 3.1.5.3/5a



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.1.5.3/5b

Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Zusammenfassend ist darüber hinaus festzuhalten (s. auch Tab. I.3.1.5/5c):

1-Bett-Zimmer

Die Spanne des Anteils von 1-Bett-Zimmern in den vollstationären Dauerpflegeheimen ist, über alle kreisfreien Städte und Landkreise Niedersachsens betrachtet, beachtlich. Sie reicht von 36,6% im Landkreis Peine bis zu 85,8% im Landkreis Emsland. Der Landesdurchschnitt liegt bei 53,5%. Im Schnitt unter diesem Wert liegen die Einrichtungen in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehem. Regierungsbezirks Hannover (47,0%), noch deutlicher die Einrichtungen in der Region Hannover (45,9%). Dieser Wert wird vor allem geprägt durch die Einrichtungen im ehemaligen Landkreis Hannover (45,5%); derjenige für die Landeshauptstadt liegt demgegenüber mit 46,3% etwas darüber. Die Einrichtungen im ehem. Regierungsbezirk Braunschweig entsprechen mit 52,8% nahezu dem Landesdurchschnitt, diejenigen im ehem. Regierungsbezirk Lüneburg liegen mit 55,4% etwas darüber. Deutlich besser fallen dagegen durchschnittlich die Einrichtungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems aus (61,1%).

Vergleichsweise wenig 1-Bett-Zimmer weisen außer im Landkreis Peine auch noch die Einrichtungen in der Stadt Wilhelmshaven (38,3%) und den Landkreisen Lüchow-Dannenberg (43,5%), Verden (44,4%) und Wesermarsch (44,7%) auf. Die höchsten Einzelzimmerquoten befinden sich außer im Landkreis Emsland in der Stadt Osnabrück (70,5%) sowie in den Landkreisen Osnabrück (69,9%), Grafschaft Bentheim (68,2%) und Gifhorn (67,8%).

2-Bett-Zimmer

Landesdurchschnittlich beträgt der in Doppelzimmern befindliche Anteil der Dauerpflegeplätze 44,6%. Für die Einrichtungen in den kreisfreien Städten und den Landkreisen korrespondieren die Durchschnittswerte weitestgehend mit denjeni-

gen für die Plätze in den 1-Bett-Zimmern (s. o.) angesichts der Tatsache, dass 3-und-mehr-Bettzimmer in allen Gebietskörperschaften einen sehr geringen Anteil haben (s. nachstehender Unterabschnitt). Insofern ist in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Anteil an Plätzen in Doppelzimmern – im Durchschnitt über die Einrichtungen betrachtet – gering, die eine hohe Einzelzimmerquote besitzen und umgekehrt.

Dementsprechend niedrig (37,5%) im Vergleich zum Landesdurchschnitt ist darum der Anteil an Doppelzimmerplätzen in den Gebietskörperschaften der ehem. Bezirksregierung Weser-Ems, vergleichsweise deutlich überdurchschnittlich (50,5%) in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehem. Regierungsbezirks Hannover. Den höchsten Anteil an Plätzen in 2-Bett-Zimmern haben die Einrichtungen im Landkreis Peine (62,5%), die niedrigsten diejenigen im Landkreis Emsland (14,2%).

3-und-mehr-Bettzimmer

In elf der 46 Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens gibt es keine vollstationäre Einrichtung der Dauerpflege mehr, die Räume mit 3 oder mehr Plätzen anbietet (s. vorstehende Abb. und Tab. I.3.1.5/5c).
Deutlich unter dem Landesdurchschnitt (1,8%) liegen bei den 3-und-mehr-Bettzimmern durchschnittlich auch die Einrichtungen in den ehem. Regierungsbezirken Braunschweig und Weser-Ems mit jeweils 1,4%, aber auch die Einrichtungen in der Landeshauptstadt Hannover mit 1,0%. Dahingegen weisen die Einrichtungen im ehem. Landkreis Hannover einen vergleichsweise hohen Wert auf (2,8%; 147 Plätze).
Den größten Anteil an Plätzen in 3-und-mehr-Bettzimmer haben die vollstationären Dauerpflegeheime im Landkreis Friesland (10,3%; 105 Plätze). Mit deutlichem Abstand folgen die Stadt Delmenhorst (5,2%; 21 Plätze) und die Einrichtungen in den Landkreisen Hildesheim (4,9%), Lüneburg (4,8%) und Osterholz (4,5%).

Auf die insgesamt abnehmende Tendenz der Ausstattung der Pflegeeinrichtungen insbesondere mit 3-und-mehr-Bettzimmern wurde bereits hingewiesen (Abschnitt I.3.1.5.2, Unterabschnitt *Raumangebot*).

3.1.5.4 Zusammenfassende Bewertung

Die Daten über die Angebotsverhältnisse bezüglich der vollstationären (Dauer-)pflege in Niedersachsen ebenso wie in den kommunalen Gebietskörperschaften lassen die Feststellung einer flächendeckenden, zahlenmäßig ausreichenden und bezüglich des Raumangebotes sich positiv entwickelnden Versorgungsstruktur zu. Das gilt auch im Ländervergleich.

In Anbetracht der Tatsache, dass die Dauerpflegeheime derzeit nur dadurch eine (weitgehende) Vollauslastung erfahren, dass in Ihnen zu einem Anteil von etwa 8-10 Prozent der Platzkapazität Personen leben, die (noch) keinen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI, jedoch einen hohen Hilfe- und/oder Betreuungsbedarf haben (so genannte Pflegestufe Null oder „G“), kann mit einer gewissen Berechtigung von bestehenden **Überkapazitäten an vollstationären Pflegeplätzen** in Niedersachsen ausgegangen werden. Eine zunehmende Zahl an Beispielen aus der Praxis zeigt, dass im Falle einer gut ausgebauten wohnungsnahen und im Einzelfall gut koordinierten ambulanten / zugehenden Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsinfrastruktur, ggf. auch im Rahmen Betreuten Wohnens, ein Großteil der Personen der Pflegestufe Null keiner vollstationären Versorgung bedürfte. Aufgrund des hohen Anteils der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegestufe 1 in der häuslichen Pflege – insbesondere unter den Empfängerinnen und Empfängern von Pflegegeld – kann unterstellt werden, dass die vorgenannte Behauptung sogar auf einen Teil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit Pflegestufe 1 zutrifft.

3.2 Personal in Pflegediensten und Pflegeheimen

Qualifizierte Pflege bedarf – sofern sie nicht durch Angehörige erbracht wird bzw. werden kann – einer ausreichenden Zahl für diese Aufgabe qualifizierter Fach- und Hilfskräfte. Für die Jahre von Ende 1999 bis Ende 2003 kann ein nicht unwesentlicher Anstieg der Inanspruchnahme von ambulanten, und – darüber hinausgehend – von stationären Pflegeleistungen festgestellt werden (s. Abschnitt I.1.1). Es wird nachfolgend zu zeigen sein, dass bzw. in wie weit dieser Entwicklung durch die Bereitstellung eines entsprechenden Angebots an Personal in den Pflegediensten und Pflegeheimen Rechnung getragen werden konnte.

Die Daten der Pflegestatistik – zum Zeitpunkt des Pflegerahmenplans aus dem Jahr 2000 noch nicht vorliegend – ermöglichen dazu (insoweit erstmals) einen differenzierten Einblick in die quantitative wie strukturelle Entwicklung und den derzeitigen Personalbestand im Hinblick auf Zahl, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereiche und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste und Pflegeheime. Sie ermöglicht darüber hinaus einen Vergleich der Situation in Niedersachsen mit derjenigen in den anderen Bundesländern und gibt einen Einblick in die Verhältnisse auf örtlicher Ebene in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Niedersachsen.

3.2.1 Personal in Pflegediensten

3.2.1.1 Zahl der Beschäftigten

Gesamtzahl / je Betrieb / betreute Personen

Ende 2003 waren in den zugelassenen Pflegediensten Niedersachsens insgesamt 20.715 Personen beschäftigt (Tab. I.3.2.1/1) - je Pflegedienst 20,8 Personen, die durchschnittlich 2,3 Personen betreuten. Hierbei handelt es sich nur um Personal, das im Bereich des SGB XI tätig ist.[199]

[199] Angesichts der Tatsache, dass nur 1,4% aller Pflegedienste ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI erbringen (s. Abschnitt I..3.2.1.2) ist die tatsächliche Zahl der Beschäftigen in den Pflegediensten noch höher. Dies betrifft alle diejenigen Beschäftigten, die keine Leistungen im Bereich des SGB XI erbringen(z. B. nur solche im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V oder therapeutisch tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc). Statistische Erhebungen oder Anhaltswerte für diese Personengruppen liegen nicht vor.

Beschäftigte bei privaten / gemeinnützigen / öffentlichen Trägern

40,6% der Beschäftigten entfielen auf Pflegedienste in privater Trägerschaft, rd. 57% auf solche in gemeinnütziger und rd. 2,5% in öffentlicher Trägerschaft (Tab. 3.2.1/5c). Nach der Zahl der Gepflegten betrug die Verteilung nach Art des Trägers 40,9%, 56,8% und 2,3% (s. Abschnitt I.3.1.2.2). Die Pflegedienste in privater Trägerschaft waren damit im Durchschnitt – gemessen an der Zahl der dort Beschäftigten – deutlich kleiner als diejenigen in gemeinnütziger Trägerschaft. Auf sie entfielen durchschnittlich 14,8 Personen je Pflegedienst, auf die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft 28,9 Personen und auf solche in öffentlicher Trägerschaft 22,1.

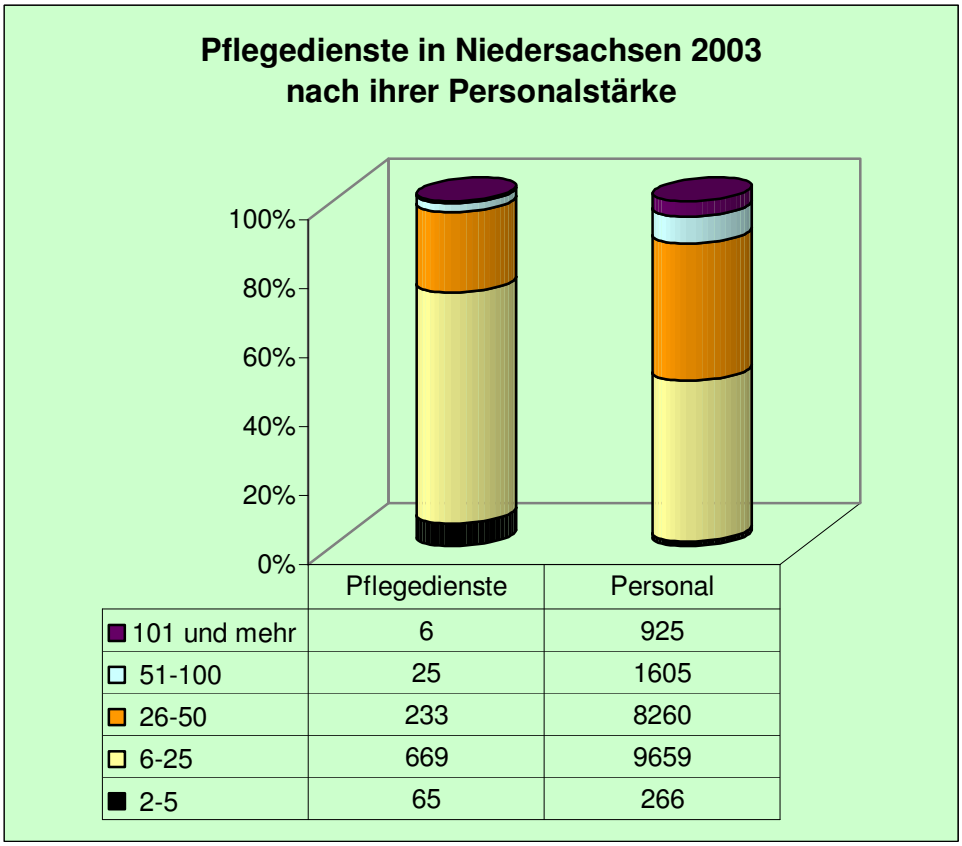
Zwischen den Trägerarten bestehen hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zu betreuten Personen kaum Unterschiede.

Personalstärke der Betriebe

Eine Verteilung der Pflegedienste nach Zahl der Beschäftigten ergibt für Ende 2003 folgendes Bild (Tab. I.3.1.2/1b):

- Die Zahl der Beschäftigten reicht von 2 (6 Dienste) bis 241 (1 Pflegedienst)
- 65 Dienste (6,5%) hatten bis zu 5 Beschäftigte (1,3% der Beschäftigten)
- Zwei Drittel der Pflegedienste hatte zwischen 6 und 25 Beschäftigte; in ihnen waren 46,6% aller Beschäftigten tätig
- Zwischen 26 und 50 Beschäftigte hatten zusammengenommen 23,3% der Betriebe (39,9% aller Beschäftigten)
- 25 Pflegedienste (2,5%) hatten zwischen 51 bis 100 Beschäftigte (zusammen 7,7% der Beschäftigten)
- 6 Betriebe (0,6%) hatten über 100 Beschäftigte; 4,5% der Beschäftigten waren für sie tätig.

Abb.: B I 3.2.1/1



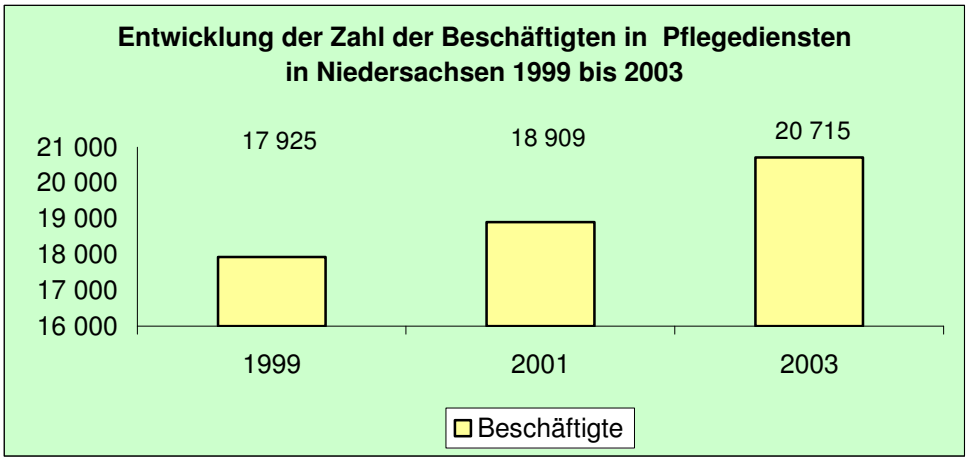
	Pflegedienste	Personal
101 und mehr	6	925
51-100	25	1605
26-50	233	8260
6-25	669	9659
2-5	65	266

Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Entwicklung seit 1999

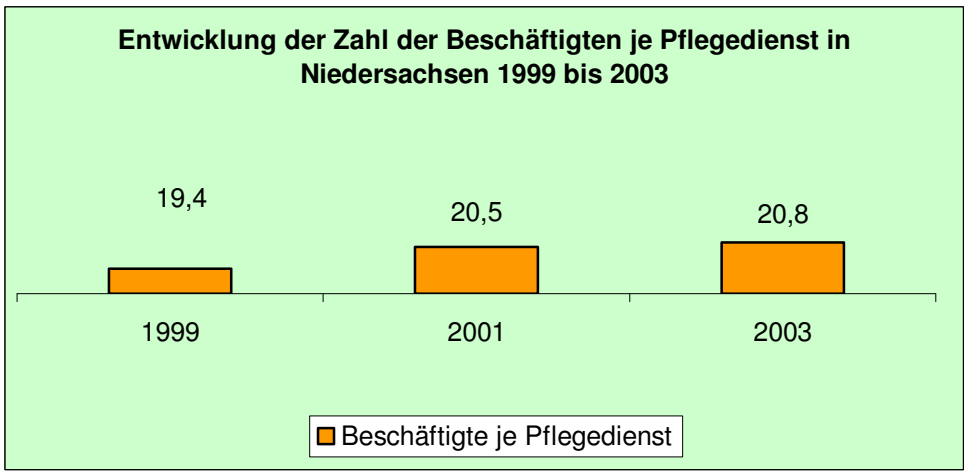
Zwischen Ende 1999 und Ende 2003 hat das Personal in Pflegediensten niedersachsenweit um 2.790 Personen (15,6%) zugenommen. Der Anstieg in den Personalzahlen war überproportional zum Anstieg der Zahl der Pflegedienste (8%; s. Abschnitt I.3.1.1.1). Dies kommt auch in der Zahl der Beschäftigten je Pflegedienst zum Ausdruck: Ende 1999 betrug diese noch 19,4. Der Anstieg der Beschäftigten verlief aber proportional zum Anstieg der von den Diensten betreuten Personen. Durchschnittlich entfielen auf das zusätzliche Personal 2,5 betreute Personen. **Die gestiegene Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen konnte insoweit durch einen vermehrten Personaleinsatz in unverändertem Maß befriedigt werden**.

Abb.: B I 3.2.1/2



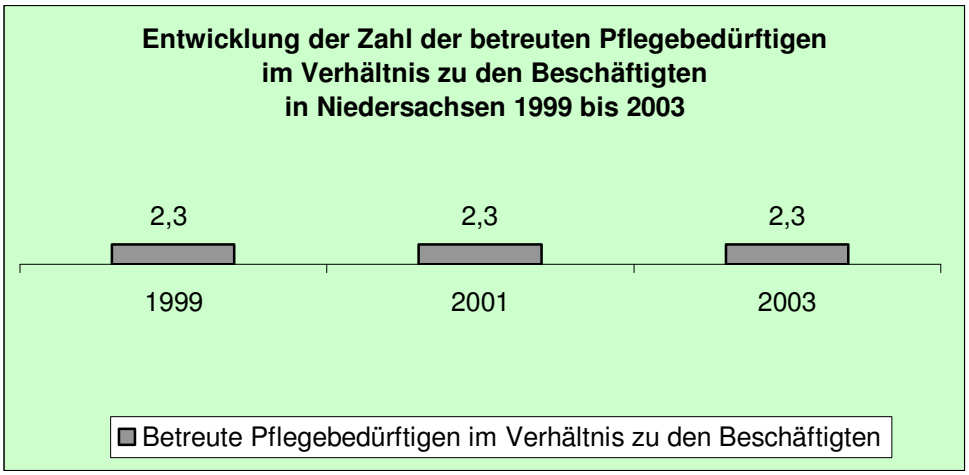
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.1/3



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.1/4



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegedienste im genannten Zeitraum findet auch bei der Personalentwicklung der unterschiedlichen Träger ihren Niederschlag. **Pflege-**

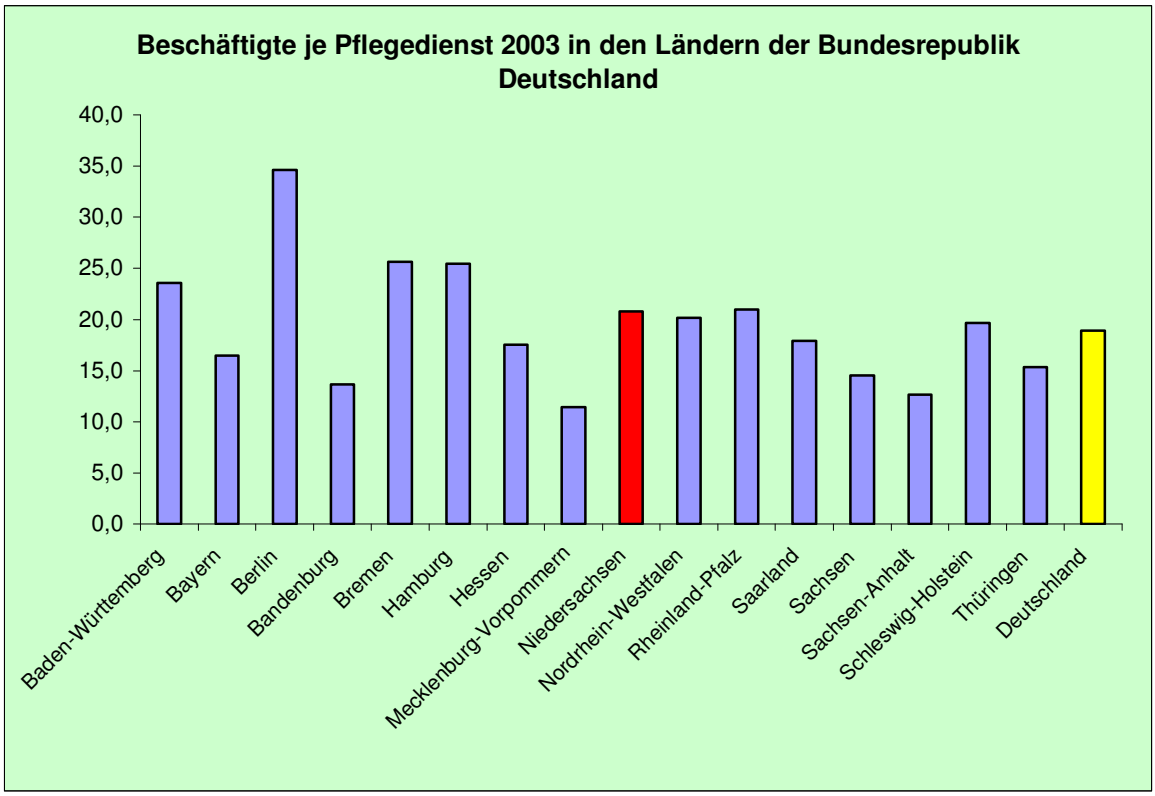
dienste in privater Trägerschaft hatten nach absoluter Zahl (1852 Personen) wie relativ im Verhältnis zur Zahl Ende 1999 (+28,3%) **den stärksten Ausbau zu verzeichnen** (Tab. I.3.2.1/1). Obwohl die Zahl der Pflegedienste in gemeinnütziger Trägerschaft bis Ende 2003 um 2 Dienste abgenommen hatte, ist die Zahl der Beschäftigten in den verbliebenen Diensten ebenfalls um 950 Personen (8,8%) gestiegen. Hingegen ist sie bei dem nach Zahl der Dienste unveränderten Angebot in öffentlicher Trägerschaft (23 Pflegedienste) in - allerdings kaum nennenswertem – Umfang gesunken (12 Personen / 2,4%).

Personalstärke im Ländervergleich

Pflegedienste mit großem Personalbestand sind vor allem in den Stadtstaaten Berlin (34,6), Bremen (25,6) und Hamburg (25,5) sowie in Baden-Württemberg (23,6) zu finden. Auch Niedersachsen liegt mit durchschnittlich 20,8 Beschäftigten je Pflegedienst noch über dem Bundesdurchschnitt (18,9). Vergleichsweise niedrig ist das Verhältnis dagegen in allen östlichen Flächenländern, so z. B. in Mecklenburg-Vorpommern (11,4) oder Sachsen-Anhalt (12,7) (Tab. I.3.2.1/2).

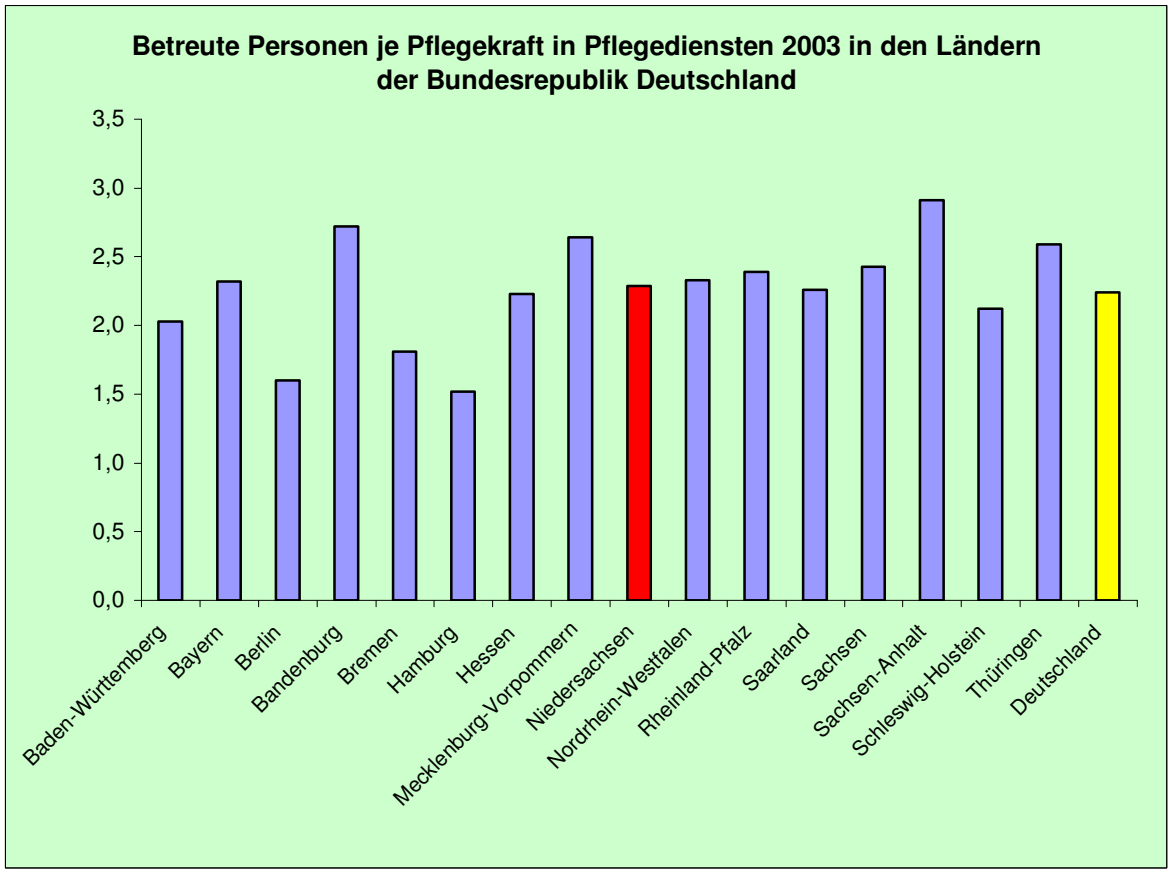
Hinsichtlich der Zahl der durchschnittlich je Beschäftigter bzw. Beschäftigtem betreuten Personen entsprechen die niedersächsischen Dienste mit 2,3 dem Bundesdurchschnitt (2,24). Ungünstiger fällt die Relation vor allem in Brandenburg (2,7), Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (je 2,6) aus, günstiger hingegen in den vorstehend genannten Stadtstaaten (Bremen: 1,5; Berlin: 1,6; Hamburg 1,8). Hinsichtlich der Versorgungsqualität der häuslich Gepflegten können hieraus allerdings keine Schlüsse gezogen werden.

Abb.: B I 3.2.1/5



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.1/6



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

3.2.1.2 Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit

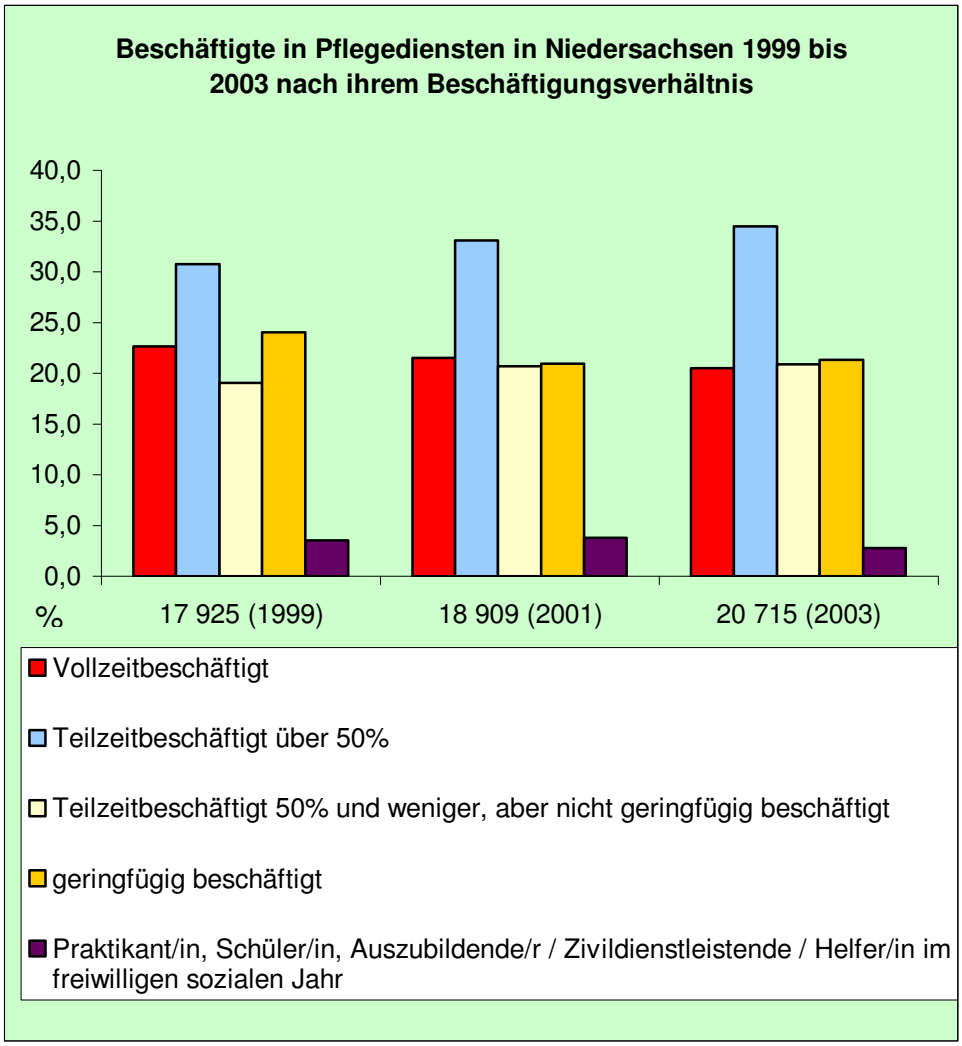
Geschlecht

Unter den Beschäftigten der Pflegedienste **überwiegen die Frauen** nach wie vor **erheblich**. Der Anteil lag Ende 2003 bei annähernd 89% und blieb **seit Ende 1999** nahezu völlig **unverändert** (Tab. I.3.2.1/3a).
Das Geschlechterverhältnis zeigt allerdings gewisse Zusammenhänge mit dem Beschäftigungsverhältnis und der ausgeübten Tätigkeit (s. nachfolgende Abschnitte).

Beschäftigungsverhältnis

Die wesentlichen Merkmale hier sind (Tab. I.3.2.1/3a und nachfolgende Abb.):

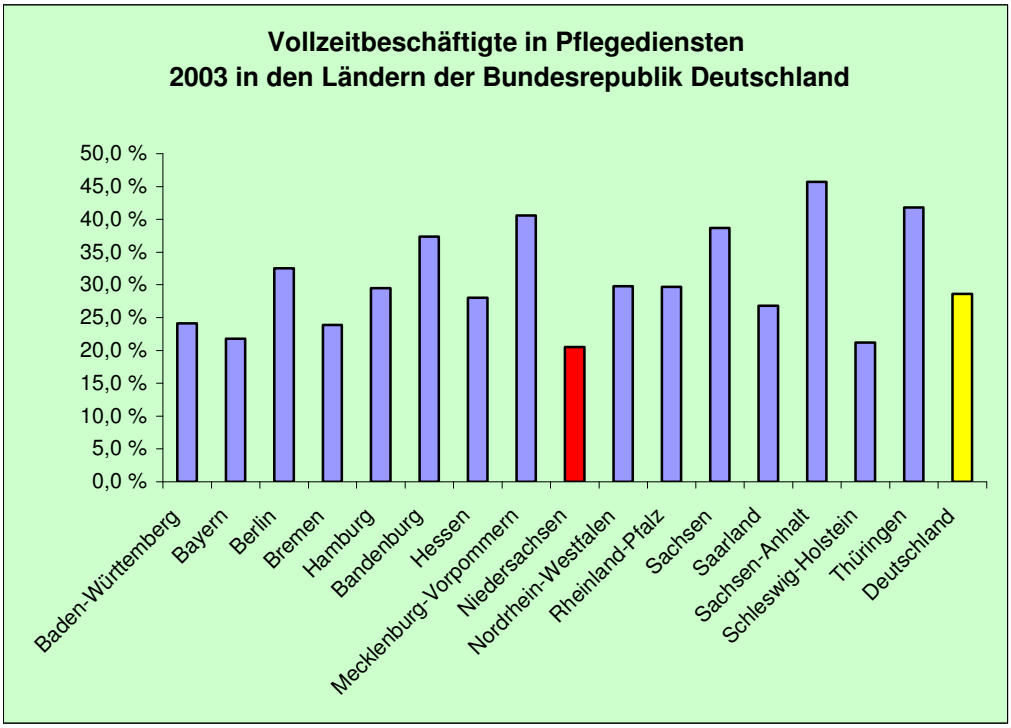
Abb.: B I 3.2.1.2/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Nur 20,5% der Beschäftigten sind **Vollzeit erwerbstätig**; der Anteil sank seit Ende 1999 um knapp 2%. Unter den weiblichen Beschäftigten macht der Anteil der Vollzeit Beschäftigten nur 18% aus; dieser Anteil sank seit Ende 1999 ebenfalls um 2%.
  Im Ländervergleich liegt **Niedersachsen bei den Vollzeit-Beschäftigungen** in den Pflegediensten **an letzter Stelle**; der Bundesdurchschnitt liegt bei rd. 29%). **Die östlichen Bundesländer liegen** mit Anteilswerten bis 46% (Sachsen-Anhalt), Thüringen (42%) oder Mecklenburg-Vorpommern (41%) bei der Vollerwerbs-Beschäftigung in den Pflegediensten **weit vor allen westlichen Bundesländern** (Tab. I.3.2.1/3b und nachfolgende Abb.).

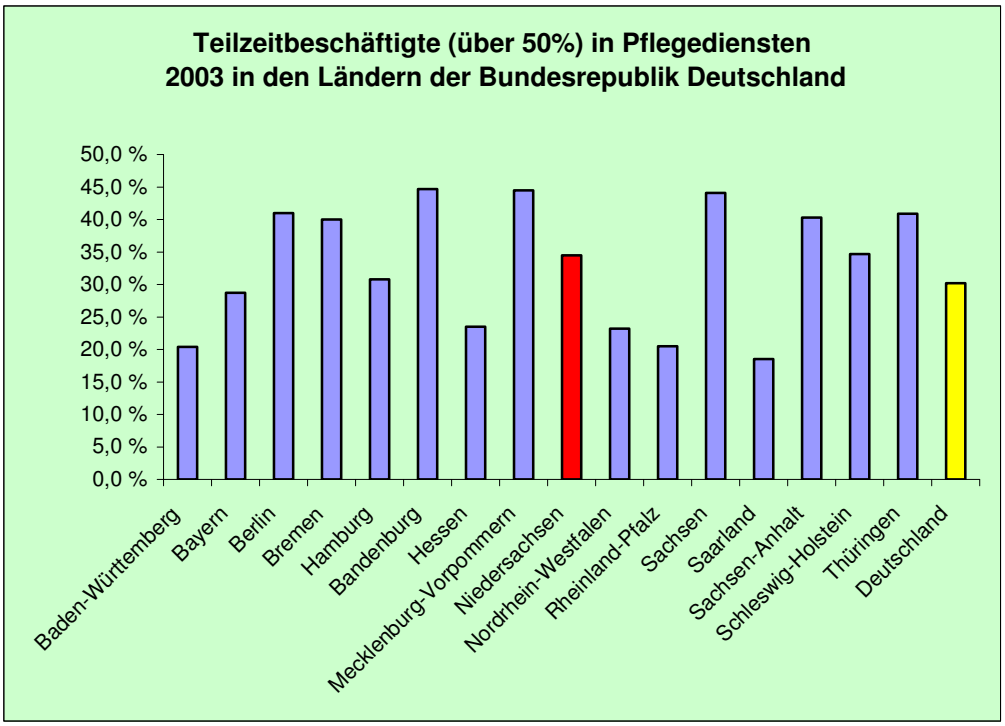
Abb. : B I 3.2.1.2/2



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- **Teilzeitbeschäftigung überwiegt**. Qualifizierte Teilzeitbeschäftigungen mit über 50% machen rd. 35%, solche mit geringerem Zeitansatz knapp 21% aus. Beide Beschäftigungsarten haben seit Ende 1999 zugenommen, davon besonders Teilzeittätigkeit mit mehr als der Hälfte der wöchentlichen Voll-Arbeitszeit.
  Bei beiden Teilzeit-Arbeitsverhältnissen sind die Frauen leicht überproportional vertreten.
  Bei den qualifizierten Teilzeitbeschäftigungen (über 50%) liegt Niedersachsen unter den westlichen Bundesländern gemeinsam mit Schleswig-Holstein an erster Stelle. Allerdings sind diese Beschäftigungen in den östlichen Bundesländern wiederum noch häufiger (zwischen 40 bis 45%) (Tab. I.3.2.1/3b und nachfolgende Abb.).

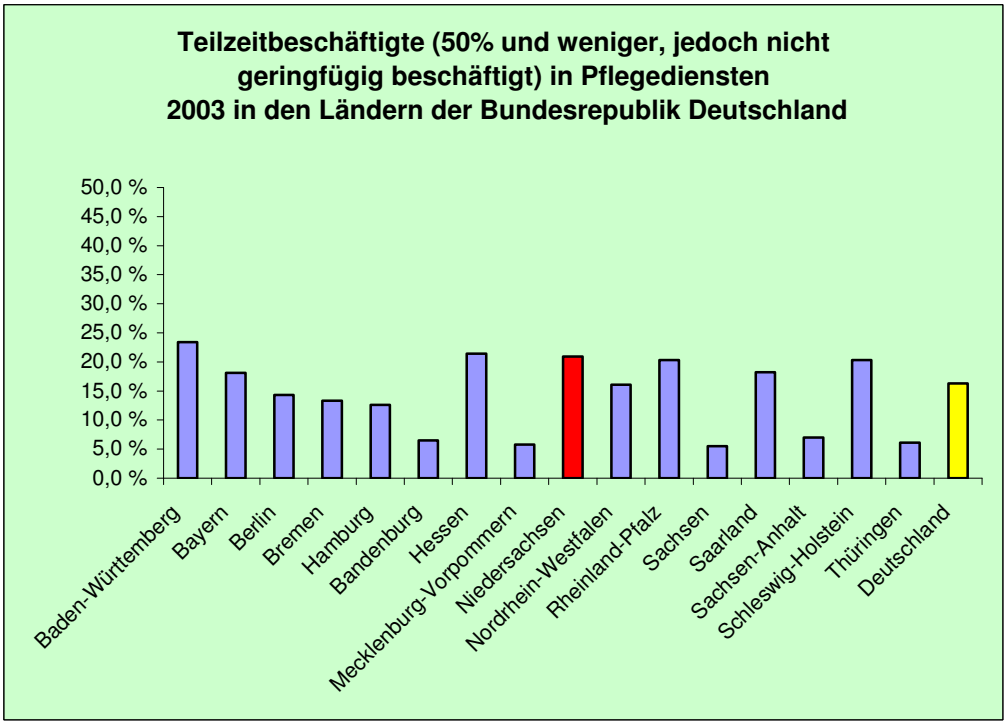
Abb.: B I 3.2.1.2/3



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Dementsprechend sind Teilzeitbeschäftigungen unter 50% dort weit unterdurchschnittlich vertreten. Niedersachsen liegt mit rd. 21% etwas über dem Bundesdurchschnitt 16,3%). Den höchsten Anteil von solchen Teilzeitbeschäftigungen gibt es in Baden-Württemberg (23,4%) und Hessen (21,4%).

Abb. B I 3.2.1.2/4



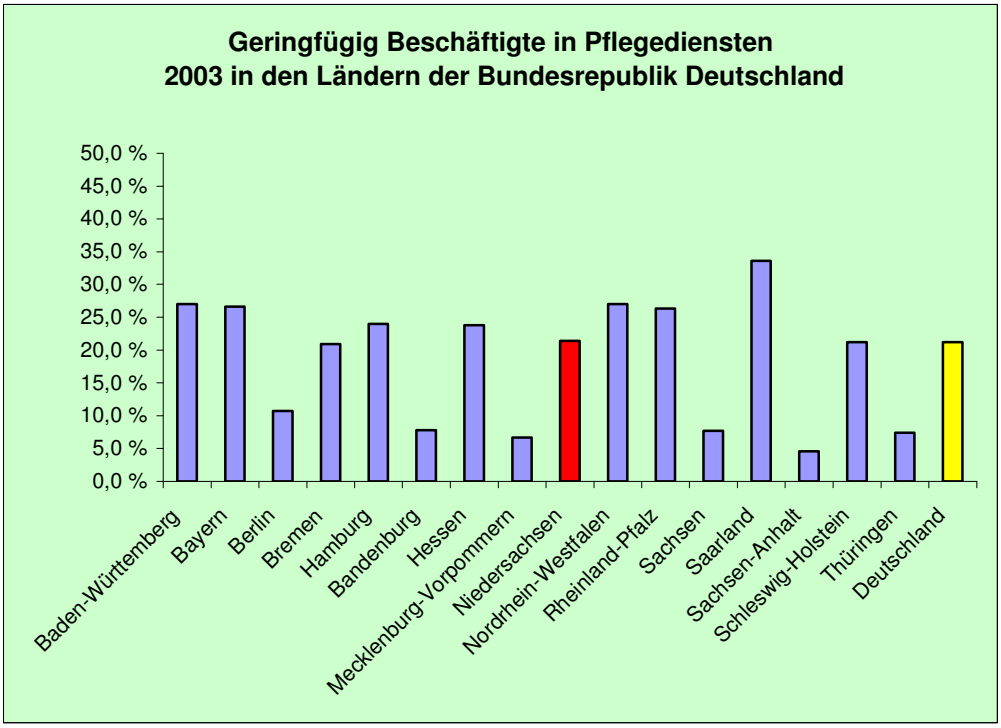
Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Gut **ein Fünftel** (21,4%) des Personals der Pflegedienste in Niedersachsen (4423 Personen) ist Ende 2003 **geringfügig beschäftigt** gewesen. **Der Anteil** der geringfügig Beschäftigten **hat** dabei seit Ende 1999 um 3 % **abgenommen**. Der Anteil der Frauen ist interessanterweise nicht überdurchschnittlich hoch.

  Der **Anteil der geringfügig Beschäftigten in Niedersachsen entspricht dem bundesdurchschnittlichen Wert**. Er entspricht zugleich weitestgehend den Vorgaben des Rahmenvertrages für die ambulante Pflege; danach soll der Anteil der im Rahmen solcher Beschäftigungen erbrachten Leistungen 20% möglichst nicht überschreiten.[200] Weit darüber liegt der Anteil im Saarland (34%) sowie in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen (jeweils 27%).

  Geringfügige Beschäftigungen und solche in Teilzeittätigkeit unterhalb von 50% gehen nicht zwangläufig mit geringer beruflicher Qualifikation einher (siehe nachfolgend „Berufsabschluss“). Diese bereits im Pflegerahmenplan aus 2000 getroffene Feststellung kann hier erneut getroffen werden.[201]

Abb. B I 3.2.1.2/5

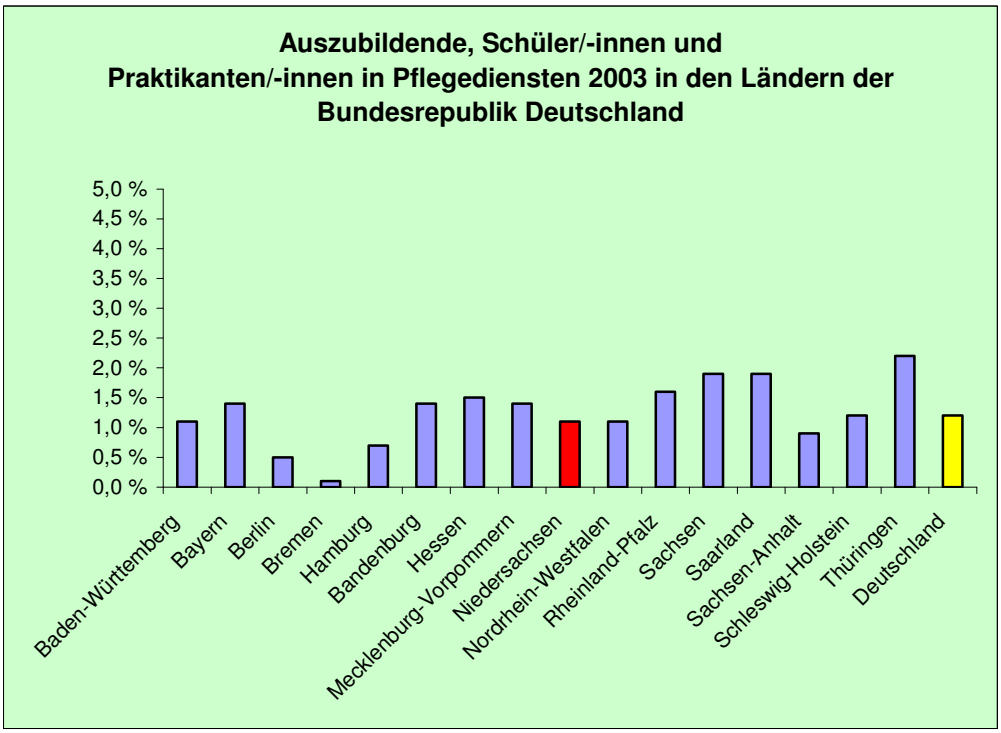


Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

[200] Rahmenvertrag nach §75 SGB XI für die ambulante pflegerische Versorgung vom 6. Nov. 1995; § 19 Abs. 2
[201] a. a. O., S. 113

- Die Pflegedienste in Niedersachsen **beschäftigen nur zu geringen Anteilen Praktikantinnen/Praktikanten bzw. Auszubildende** (1,1%), Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr (0,2%) und Zivildienstleistende (1,5%). Die erstgenannten Gruppe hat in den vergangenen Jahren **geringfügig zugenommen**. **Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Pflegedienste unverändert für die praktische Ausbildung z. B. in der Altenpflege kaum zur Verfügung stehen**.[202] Niedersachsen unterscheidet sich im Übrigen diesbezüglich nicht von den anderen Bundesländern; in den Stadtstaaten liegen die Anteilswerte noch deutlich niedriger.
  Hinsichtlich der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am freiwilligen sozialen Jahr in den Pflegediensten haben sich über die Jahre keine maßgeblichen quantitativen Veränderungen ergeben. Die feststellbaren Schwankungen sind nicht interpretierbar.
  Die **Zahl der Zivildienstleistenden hat** von 415 Ende 1999 auf 308 Ende 2003 **deutlich abgenommen**. Dies dürfte im Zusammenhang mit der aus der veränderten Einberufungspraxis resultierenden bundesweit geringeren Zahl von Zivildienstleistenden stehen. Gleichwohl verzeichnen die Pflegedienste in einigen anderen Ländern wie Baden-Württemberg (3,4%), Bayern (2,9%) und Nordrhein-Westfalen (2,6%) über einen größeren Anteil an Zivildienstleistenden. Es sind dies Länder, in denen sich traditionsgemäß ein vergleichsweise großer Anteil der Pflegedienste in gemeinnütziger Trägerschaft befindet. Dies mag ggf. von Einfluss sein.

Abb. B I 3.2.1.2/6



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

[202] Dies verwundert letztlich angesichts der Tatsache, dass immerhin knapp 32% der Pflegedienste über die Personalstärke eines mittleren bis größeren Pflegeheimes verfügen (s. o. „Verteilung der Einrichtungen nach Personalstärke“) und die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung gem. Empfehlung der Pflege-Vergütungskommission vom 30.05.2000 zu 80% direkt über die Pflegevergütung erfolgen kann (bei stationären Pflegeeinrichtungen nur in Höhe von 7.300 €/Jahr; das entspricht bei angenommenem durchschnittlichen Aufwand von ca. 12.000 €/Jahr einem Anteil von nur rd. 61%).

Umfang der Beschäftigung im Bereich SGB XI

Nur etwas mehr als ein Fünftel der Beschäftigten in den Pflegediensten in Niedersachsen erbringt ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI (Tab. I.3.2.1/3c), einschließlich dieser ist allerdings annähernd die Hälfte des Personals zu mindestens drei Vierteln der Arbeitszeit für Leistungen nach dem SGB XI oder hiermit im Zusammenhang stehend tätig. Ein weiteres Viertel ist zwischen 25 und 50% mit Aufgaben nach dem SGB XI oder damit in unmittelbarem Zusammenhang stehend (z. B. Leitungs- oder Verwaltungstätigkeiten) beschäftigt, die restlichen jeweils zur Hälfte zwischen 25 und 50% bzw. zu weniger als 25%.

Die dargestellte Verteilung findet sich interessanterweise weitgehend auch für die verschiedenen Beschäftigungsverhältnisse. So sind z. B. nur 45% der Vollzeitbeschäftigten, 53% der Beschäftigten in einer qualifizierten Teilzeitbeschäftigung, 50% derjenigen, die eine Teilzeittätigkeit unter 50% ausüben und wiederum nur 53% der geringfügig Beschäftigten zu mindestens 75% im Leistungsbereich des SGB XI tätig. Die Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und die Zivildienstleistenden waren Ende 2003 sogar zu annähernd 60% in anderen Leistungsbereichen eingesetzt.

Tätigkeitsbereich im Pflegedienst

Von den Beschäftigten der niedersächsischen Pflegedienste erbrachten Ende 2003 rd. 84% praktische Pflege- und Hilfeleistungen im häuslichen Bereich der pflegebedürftigen Menschen – 86% hiervon im Bereich der Grundpflege, 14% in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Gut 6% waren als Pflegedienstleitungen, etwas über 5% in der Verwaltung tätig – ebenso in „sonstigen Bereichen“ (Tab. I.3.2.1/4a).[203]
Die Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung werden weitestgehend durch weibliche Beschäftigte erbracht. Auch die Pflegedienstleitung liegt zu annähernd 82% in der Hand von Frauen, allerdings sind sie mit rd. 5,8% im Vergleich zum Gesamtanteil der Beschäftigten in diesem Tätigkeitsbereich (6,3%) leicht unterrepräsentiert.

[203] Aufgrund von Berichten aus der Praxis erscheint – insbesondere bei kleinen Pflegediensten – die Wahrnehmung auch von praktischer Tätigkeit im häuslichen Bereich der pflegebedürftigen Menschen neben Leitungstätigkeiten üblich. Die Pflegestatistik lässt aber hier keine Mehrfachnennungen zu. Insoweit vermögen die dargestellten Daten die Praxis nur unvollkommen abzubilden.

Hinsichtlich des Personaleinsatzes für Leitungsaufgaben entsprechen die niedersächsischen Pflegedienste dem Bundesdurchschnitt (6,4%) (Tab. I.3.2.1/4b). Deutlich größer war dieser Wert Ende 2003 in Mecklenburg-Vorpommern (11,5%) und in den anderen östlichen Flächenländern (Werte zwischen 8,5 und 7,2%). Dieses Faktum kann allerdings nicht bewertet werden.

Die Daten über die Tätigkeitsbereiche des Personals in den niedersächsischen Pflegediensten machen deutlich: Die Leistungsstruktur der Pflegedienste nach dem SGB XI ist weitestgehend auf die grundpflegerischen Leistungen ausgerichtet. Im Vergleich dazu sind hauswirtschaftliche Tätigkeiten von untergeordneter Bedeutung. Dies ist nachvollziehbar angesichts der Tatsache, dass die Inanspruchnahme von häuslichen Leistungen nach dem SGB XI das Vorhandensein einer privaten Pflegeperson voraussetzt. Diese ist in der Regel in der Lage, die hauswirtschaftliche Versorgung der pflegebedürftigen Person sicherzustellen, benötigt aber die fachliche oder auch praktische Hilfe des Pflegedienstes im Rahmen der Grundpflege.[204]
Der Anteil von Verwaltung hält sich mit 5% im angemessenen Rahmen; er entspricht dem Bundesdurchschnitt. Eine Berechtigung der öffentlich geführte Klage der Leistungserbringerseite über ein Übermaß an Verwaltungsaufwand lässt sich insoweit aus diesen Daten zumindest nicht belegen. Dasselbe gilt für die anderen Länder; der geringste Wert liegt dort bei 4,2% (Bremen und Thüringen), der höchste bei 6,2 bzw. 6,1% (Saarland und Hamburg).

Hinsichtlich der Bedeutung hauswirtschaftlicher Hilfen durch Pflegedienste sind allerdings **im Ländervergleich** durchaus **unterschiedliche Verhältnisse** festzustellen: So entfielen beispielsweise Ende 2003 in Berlin fast 30%, in Baden-Württemberg nahezu 24% der Tätigkeiten des Personals der dortigen Pflegedienste auf solche Hilfen. Auch im Saarland und in Rheinland-Pfalz war der Anteil mit jeweils etwas über einem Fünftel im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (16,2%) hoch. Die niedrigsten Werte weisen neben Niedersachsen Bremen (9,6%), Schleswig-Holstein (10,7%) und Nordrhein-Westfalen (wie Niedersachsen: 11,6%).
Plausible Deutungen für diese doch recht bedeutsamen Unterschiede können nicht gegeben werden. Das Deutungsmuster städtischer/ländlicher Siedlungsraum scheidet angesichts der Verteilungen aus. Allenfalls können unterschiedliche Traditionen oder Bewusstseinsentwicklungen im „Kundenverhalten“ vermutet werden. Diese These erfährt

[204] Hinsichtlich der diesbezüglichen Einschätzung der zukünftigen Entwicklung und des Versorgungsbedarfs siehe Abschnitte II. 2.4

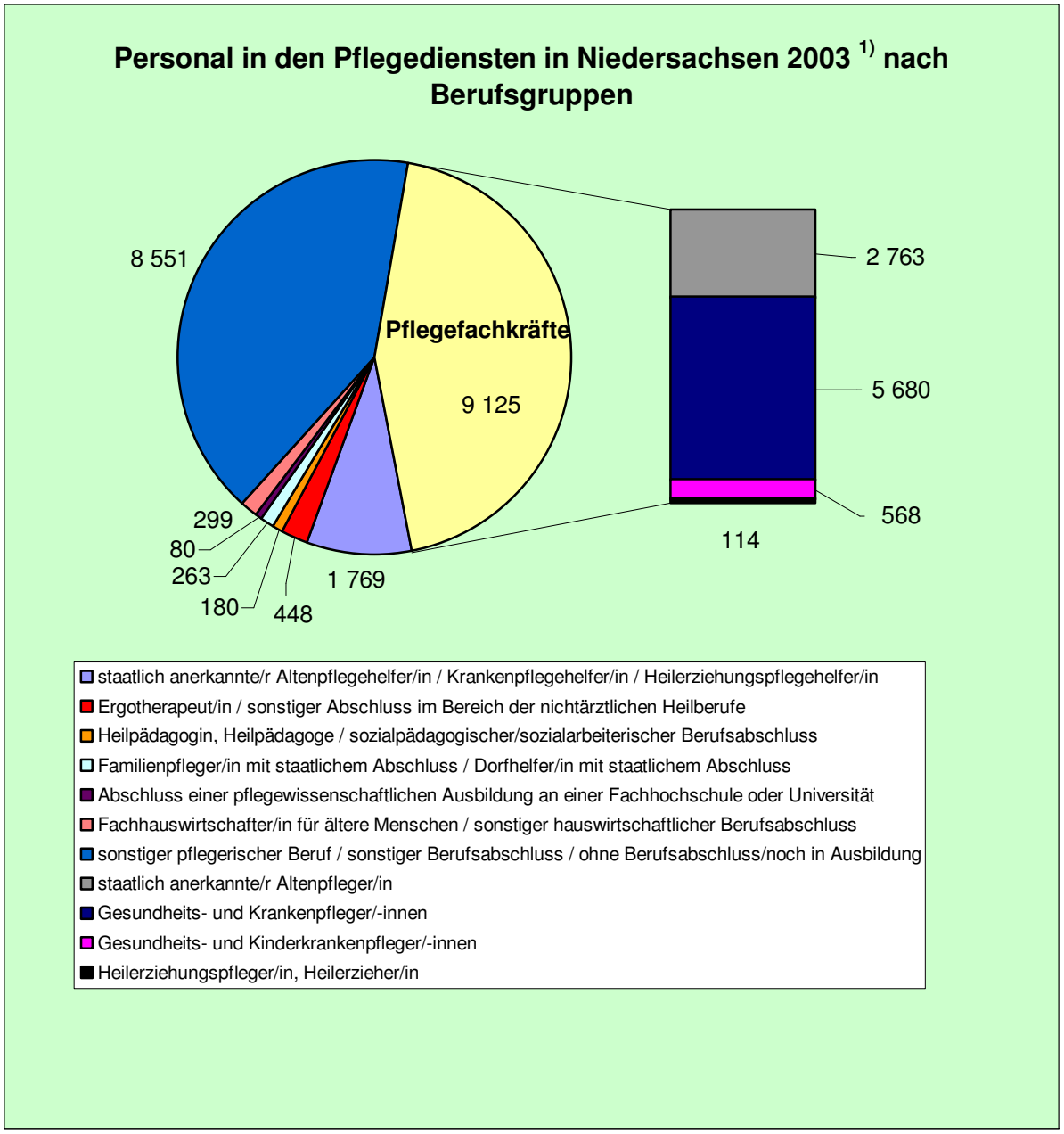
eine gewisse Unterstützung durch die hiesige Kenntnis über die vergleichsweise langjährigen Fördermaßnahmen der baden-württembergischen Landesregierung im Bereich ambulanter Pflege und Dienste.

Berufsabschluss

Vertretene Berufsabschlüsse nach ihrer Häufigkeit

Die häusliche pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung bietet ein Betätigungsfeld für Personen mit sehr unterschiedlichen Berufen und Ausbildungsniveaus. Sie reichen von fachbezogenen Hochschulabschlüssen an Fachhochschulen oder Universitäten bis zu Beschäftigten ohne Berufsabschluss.

Abb. I 3.2.1.2/7



[1] Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; eigene Berechnung MS

Das Gros der Beschäftigten bilden nach wie vor Angehörige der zentralen Pflegeberufe

- Gesundheits- und Krankenpflegerin / -pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / - pfleger
- Altenpflegerin / Altenpfleger

und der dazu jeweils gehörenden Helferberufe mit staatlichem Abschluss.

Diese Gruppe von Beschäftigten machte Ende 2003 **zusammen etwas über die Hälfte des** im Bereich des SGB XI tätigen **Personals der Pflegedienste** aus (Tab. I.3.2.1/5a). Die nach wie vor größte Untergruppe bilden mit zusammen rd. 30% die Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. –pfleger einschl. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger. Letztere machte knapp 10 Prozent von allen zugelassenen Krankenpflegekräften aus. Staatlich geprüfte Altenpflegerinnen und Altenpfleger bildeten mit 13,3% die zweitgrößte Einzelgruppe der Fachberufe des Gesundheitswesens. Die Helferberufe (Alten- / Krankenpflegehelferinnen und –helfer) hatte einen Anteil von gut 8% an den Beschäftigten.

Im Sinne des SGB XI (§ 71) ebenfalls als Pflegefachkräfte für ambulante Pflegedienste mit der Berechtigung einer verantwortlichen Pflegeleitung als Voraussetzung für die Zulassung des Pflegedienstes gelten **Heilerziehungspflegerinnen und –pfleger bzw. Heilerzieherinnen und –erzieher**. Diese Zuordnung ist allerdings auf Pflegedienste beschränkt, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen (§71 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Einen solchen Berufsabschluss hatten jedoch nur wenige Beschäftigte (114 Personen). Sie machten zusammen mit den beschäftigten Heilerziehungshelferinnen und –helfern (42 Personen) und Heilpädagoginnen/Heilpädagogen (22 Personen) insgesamt nur rd. 0,9% aller Beschäftigten aus. Für die o. g. Pflegedienste, die sich in erster Linie an Menschen mit Behinderungen wenden[205] - dies sind in der Regel die so genannten Familienentlastenden Dienste (FeD) – bilden sie dennoch ein wichtiges Fachpersonal. Sie sind insoweit gesondert zu betrachten.

Weiterhin nur **gering vertreten** sind **hauswirtschaftliche Fachkräfte** (Hauswirtschafterinnen für den städtischen / ländlichen Raum, Fachhauswirtschafterinnen für ältere Menschen (zusammen 299 Personen entsprechend rd. 1,5%). Dies erstaunt auf den ersten Blick selbst unter Berücksichtigung des in Niedersachsen vergleichsweise geringen Anteils der hauswirtschaftlichen Leistungen bei den Pflegediensten (s. o.). Die Erklärung ist allerdings nahe liegend: Die hauswirtschaftliche Fachausbildung zielt grundsätzlich ab auf die Leitung oder Führung betrieblich geführter Hauswirtschaft in Großküchen, Küchen von Pflegeheimen etc. Soweit pflegebedürftige Einzelpersonen Hilfen im Haushalt benötigen, sind hierfür Kenntnisse und Erfahrungen wie diejenigen der Helferinnen und Helfer aus dem persönlichen Lebensvollzug ausreichend – ggf. angereichert

[205] siehe auch Abschnitt I.3.4.3

mit Zusatzkenntnissen aus Fortbildungen über eine altersgerechte Ernährung oder den Umgang mit alten Menschen.

Ebenfalls **gering vertreten** (448 Personen = 2,2%) sind **Angehörige der therapeutischen nichtärztlichen Heilberufe** wie Ergotherapeuten, Physiotherapeuten etc.. Auch dies ist nachvollziehbar angesichts der Tatsache, dass die Vergütung solcher Fachkräfte, wenn sie entsprechend ihrer Ausbildung tätig werden, nicht nach dem SGB XI erfolgen kann. Sie setzt vielmehr eine Verordnung eines Arztes voraus und erfolgt dann aus Mitteln der Krankenversicherung. Die statistischen Daten lassen insofern die Frage offen, ob diese Beschäftigten ihrer Ausbildung gemäß bei den von den Pflegediensten betreuten Personen eingesetzt wurden oder ob sie „berufsfremd“ (und insofern gleichsam als ungelernte Kräfte) im Rahmen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI eingesetzt wurden.

Als weitere Berufsgruppen – auch hier mit einer geringen Besetzung (263 Personen = 1,3%) – treten schließlich **Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen** (jeweils solche mit einem staatlichen Abschluss) hinzu.

Mit 41,3% **einen sehr großen Anteil unter den Beschäftigten machen an- und ungelernte Kräfte aus** (Tab. I.3.2.1/5a). 17% der Beschäftigten (3.513 Personen) wurden unter der Bezeichnung „sonstiger pflegerischer Beruf“ subsumiert. Hierbei handelt es sich in der Regel um im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen auf häusliche Hilfetätigkeiten vorbereitete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. die so genannten „Haus- und Familienpflegehelferinnen“). 3.338 Beschäftigte (16,1%) verfügten über einen „sonstigen Berufsabschluss“ und 8,2% (1.700 Personen) waren ohne Berufsabschluss bzw. noch in Ausbildung (letztere sehr wenige, s.o.).

Entwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2003

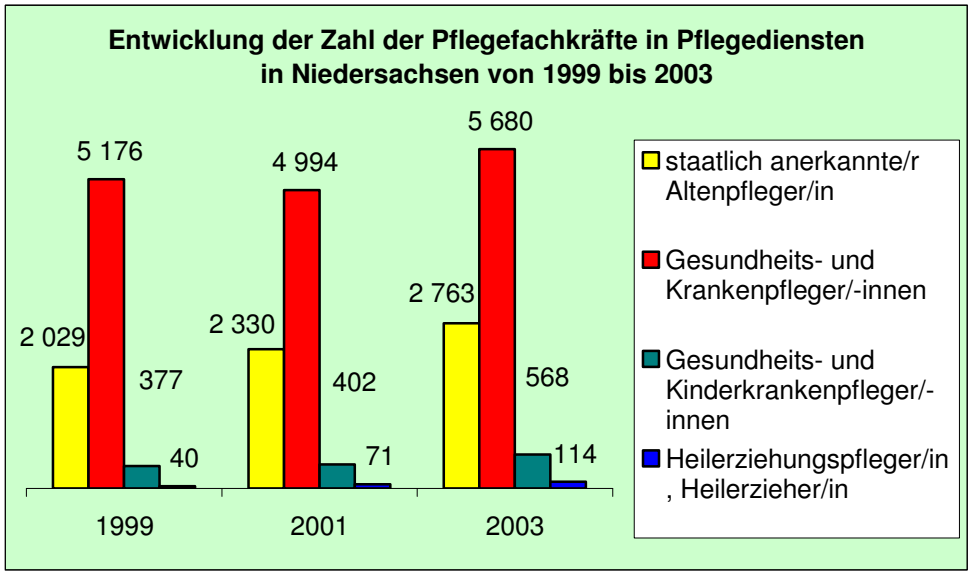
Die Besetzung der Pflegedienste mit Personal der verschiedenen Berufsgruppen hat sich in den Jahren von Ende 1999 bis Ende 2003 recht unterschiedlich entwickelt. Diesbezüglich am interessantesten erscheint die **Entwicklung in den Fachberufen der Alten- und der „Gesundheits- und Krankenpflege“**. Unbeachtlich der Tatsache, dass die Zahl der Beschäftigten aller nichtärztlichen Heilberufe (auch der therapeutischen

und der heilpädagogischen) in den genannten vier Jahren zunahm, entfiel der absolut (734 Personen) wie relativ (36,2%) **größte Zuwachs** auf die **Altenpflegerinnen und Altenpfleger**. Ihr **Anteil an den Pflegefachkräften** im Sinne des SGB XI **stieg** damit **von 26,% auf 30,3%** (Tab. I.3.2.1/5a); derjenige der Gesundheits- und Krankenschwestern und –pfleger hingegen sank trotz Steigerung der Zahl um 504 Personen von 67,9% auf 62,3%. Diese Berufsgruppe stellt daher zwar traditionsgemäß nach wie vor den größten Teil der Fachkräfte in Pflegediensten, Fachkräfte der Altenpflege gewinnen aber zunehmend an Bedeutung und Einfluss. Hierzu mag u. a. beigetragen haben, dass die landesunmittelbaren Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen im Vorgriff auf eine (nach wie vor nicht erfolgte) entsprechende Regelung in einem für die Landesebene geltenden Rahmenvertrag nach § 132a SGB V für die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V eine Zulassung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch für Pflegedienste ermöglicht haben, die unter der Leitung einer Altenpflegerin oder eines Altenpflegers mit einer grundsätzlich dreijährigen Ausbildung stehen.[206]

Unter dem Aspekt der Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Kinder (LT-Entschließungen vom 13. Juni 2001 – LT-Drs. 14/2564 – und vom 26. Jan. 2005 – LT-Drs. 15/1652 –; siehe auch Abschnitte I. 3.4.1) von Interesse ist auch die Tatsache, dass die **Zahl der** Gesundheits- und **Kinderkrankenpflegerinnen** / **-pfleger** in den Pflegediensten zwischen Ende 1999 und Ende 2003 nicht unerheblich von 377 auf 568 Beschäftigte **gestiegen** ist; diese Berufsgruppe macht damit jetzt 6,2% der Pflegefachkräfte in den Pflegediensten aus (2,7% an allen Beschäftigten). Durchschnittlich je Pflegedienst sind damit 1,8 Kinderkrankenpflege-Fachkräfte tätig.[207]

[206] Rahmenvertrag nach § 132a SGB V vom 1. Juli 2003, Abs. 2 Satz 1

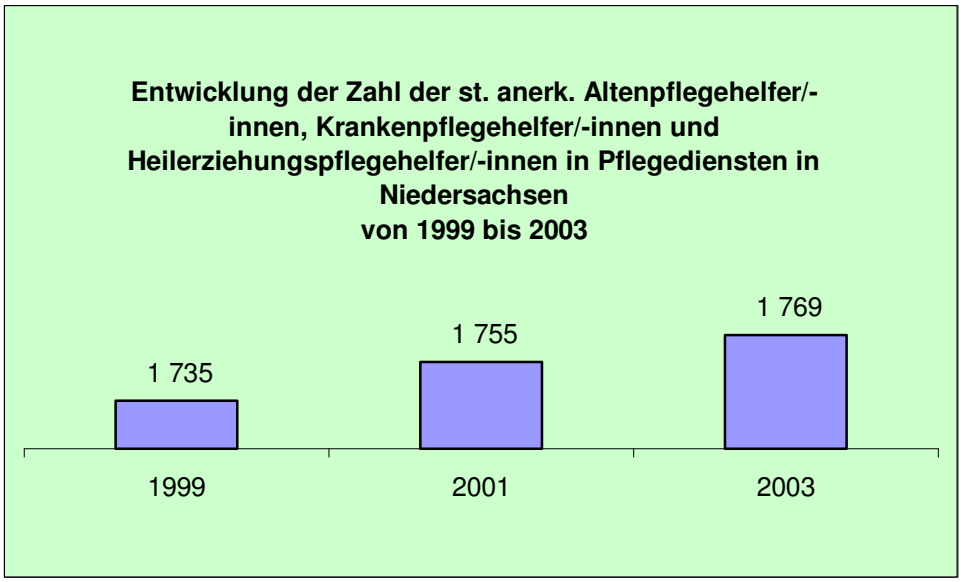
Abb.: B I 3.2.1.2/8



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Auch die **Beschäftigten aller anderen Fachberufe** – mit **Ausnahme** der **hauswirtschaftlichen Berufe** – hatten einen **Anstieg** der Beschäftigtenzahlen zu verzeichnen (Tab. I.3.2.1/5a).

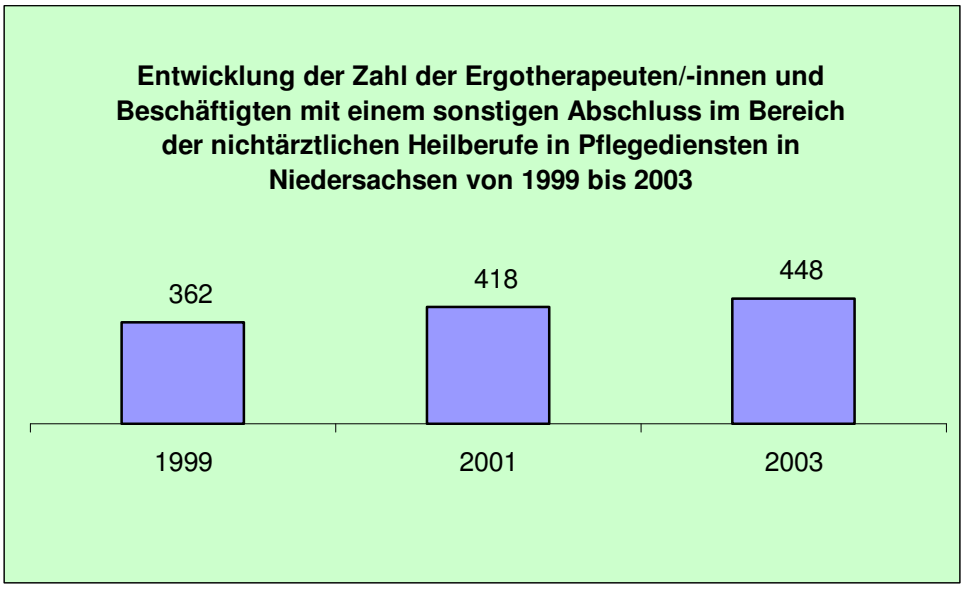
Abb.: B I 3.2.1.2/9



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

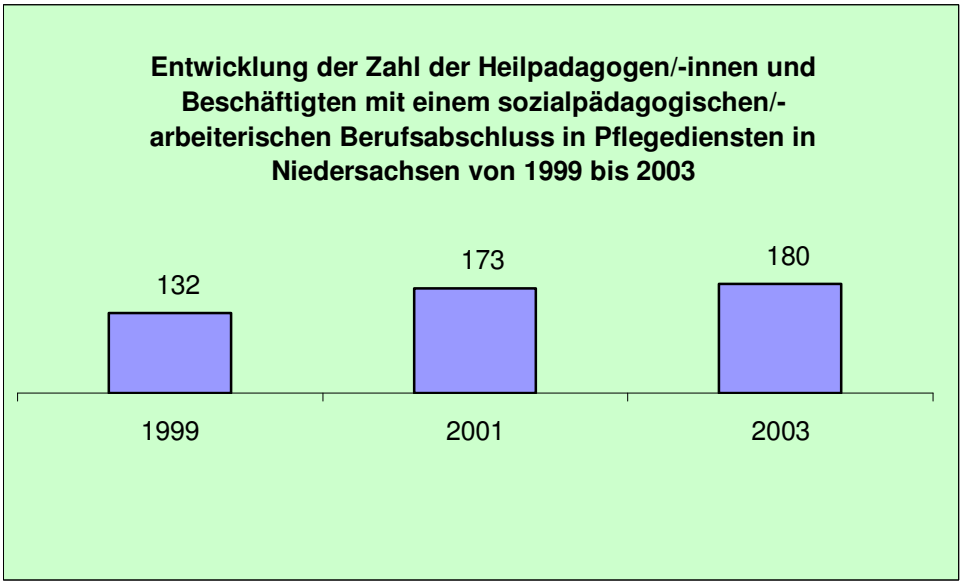
[207] Zur Qualifizierung solcher Pflegekräfte für die Pflege schwerstkranker Kinder erfolgen bis Ende 2007 mit Förderung durch das Land Fortbildungsmaßnahmen. Die Maßnahme wird wissenschaftlich begleitet. Auf den Bericht der Landesregierung zur Umset-

Abb.: B I 3.2.1.2/10



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

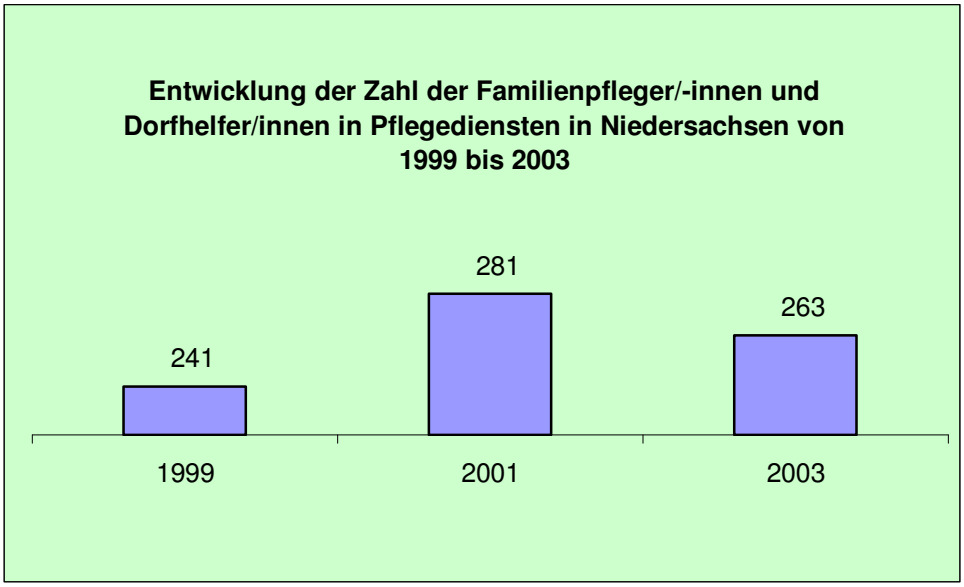
Abb.: B I 3.2.1.2/11



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

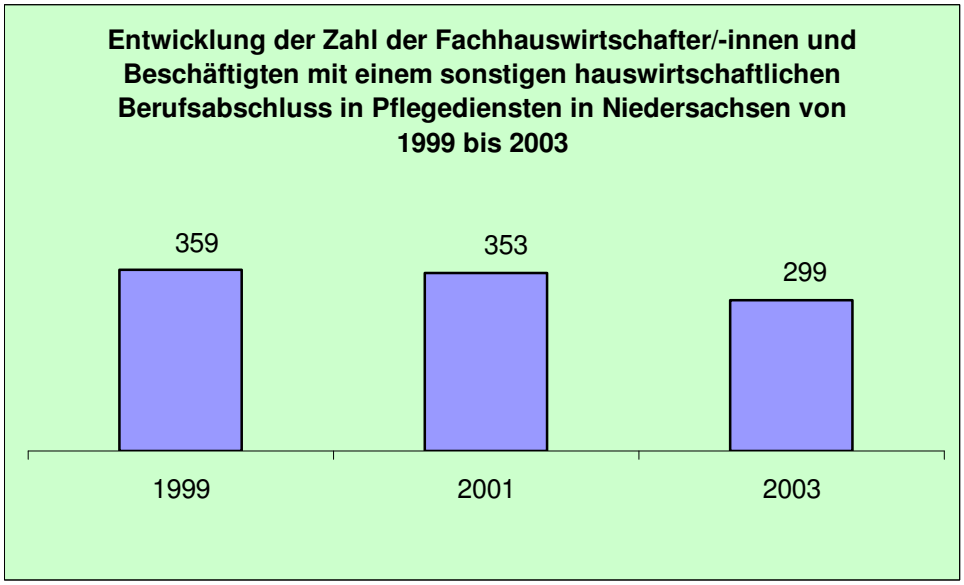
zung der o. g. Landtagsentschließungen vom 30.06.05 – LT-Drs. 15/2091 – wird hingewiesen.

Abb.: B I 3.2.1.2/12



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

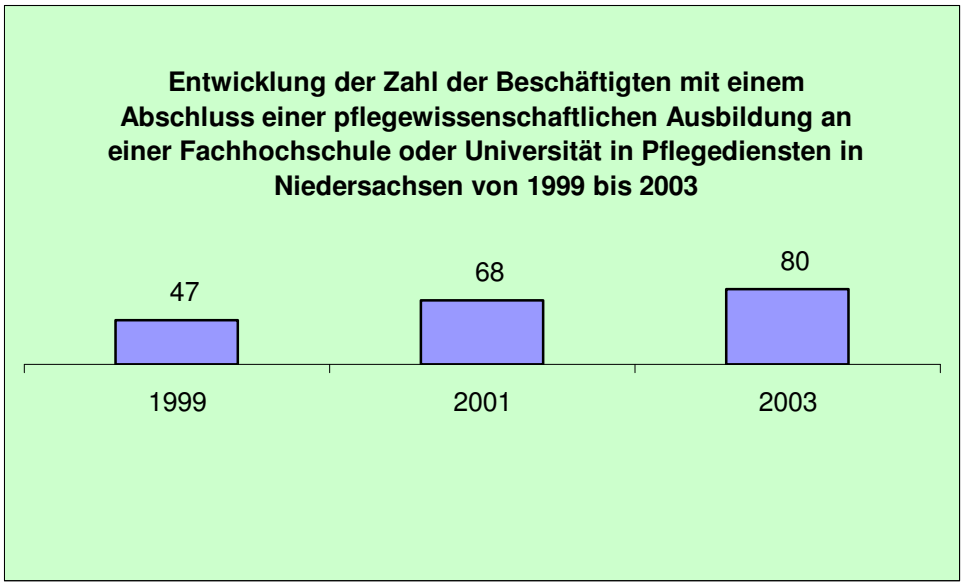
Abb.: B I 3.2.1.2/13



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Das gilt **besonders** für **die Beschäftigten mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung** an einer Fachhochschule oder Universität (wenn auch auf quantitativ insgesamt niedrigen Niveau): hier erfolgte bis Ende 2003 fast eine Verdoppelung auf 80 Personen.

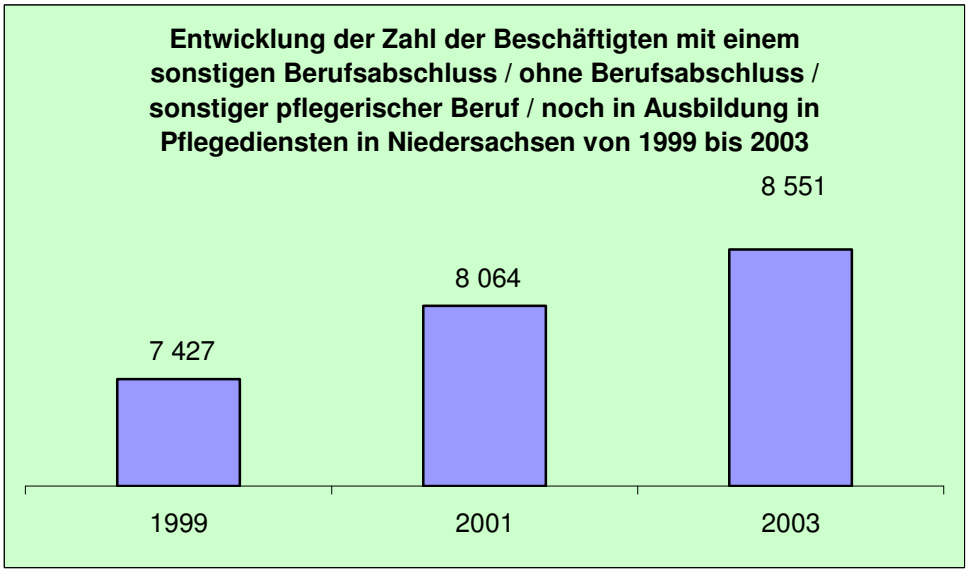
Abb.: B I 3.2.1.2/14



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Der Anteil an- und ungelernter Kräfte blieb dagegen – wenn auch nach der Zahl steigend – annähernd gleich oder ging sogar leicht zurück (Personen mit sonstigem Berufsabschluss und solche ohne Berufsabschluss; Tab. I.3.2.1/5a).

Abb.: B I 3.2.1.2/15



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XII

Zusammenfassend kann insoweit von einer gewissen Entwicklungstendenz zu einer verstärkten fachberuflichen Prägung der Beschäftigtenstruktur der Pflegedienste insbesondere zugunsten der Altenpflege gesprochen werden.

Pflegedienste in Niedersachsen im Ländervergleich

Die Pflegedienste in Niedersachsen liegen gleichwohl hinsichtlich des Anteils von 13,3% der dort beschäftigten Altenpflegerinnen und Altenpfleger unter dem Bundesdurchschnitt (Tab. I.3.2.1/5b). Letzterer lag Ende 2003 bei 15,8%. In Sachsen-Anhalt beschäftigte die Pflegedienste zu über einem Fünftel Altenpflegerinnen und Altenpfleger, auch in Sachsen und Bayern lag ihr Anteil nahe an 20%, in Baden-Württemberg bei 18,3%. Den mit Abstand geringsten Anteil Altenpflegerinnen und –pfleger hatten die Pflegedienste in Berlin (4,7%) und im Saarland (9,7%).[208]

Personalprofil der Träger

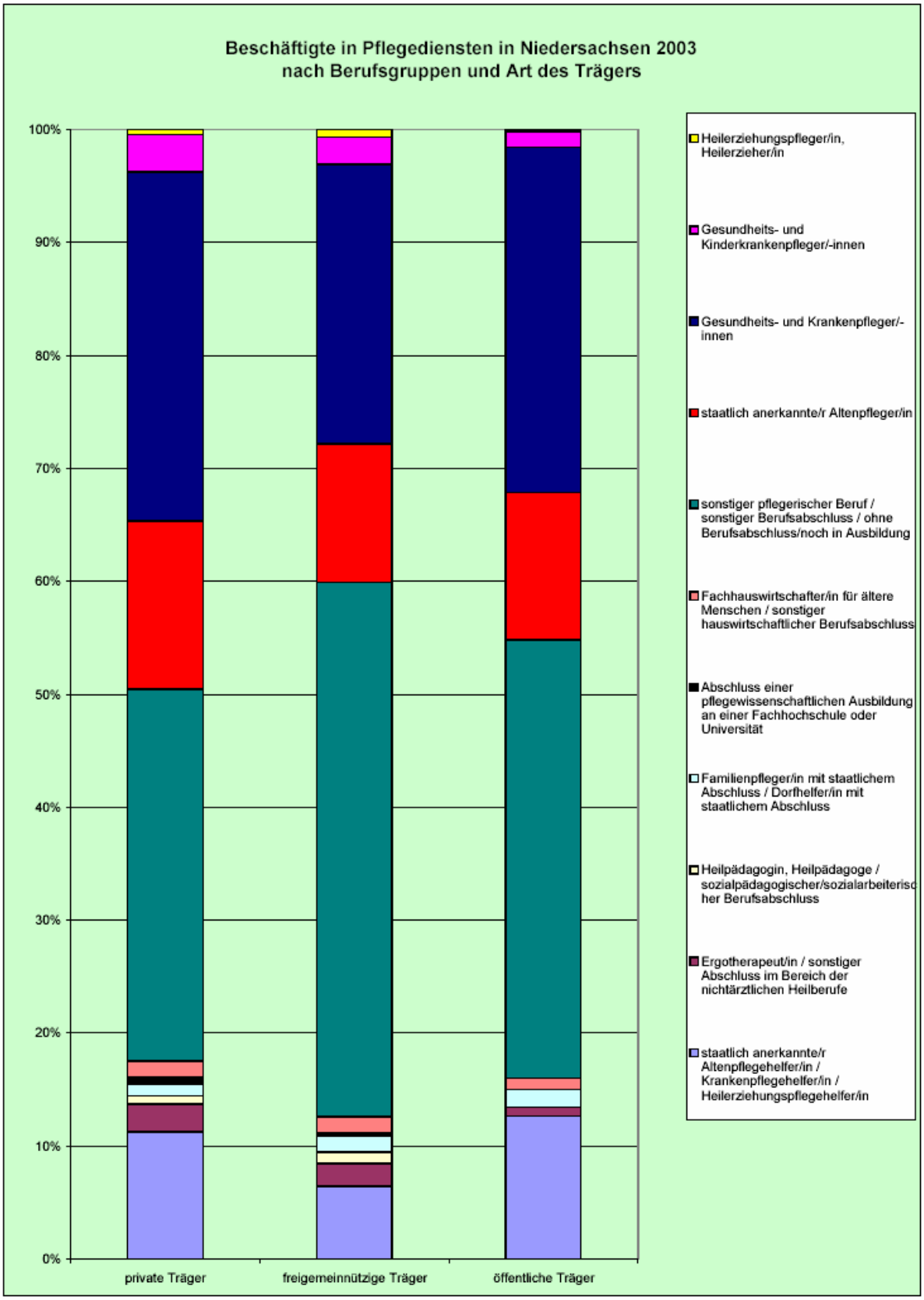
Private Träger von Pflegediensten beschäftigen im Vergleich überdurchschnittlich Pflege- und anderes Fachpersonal (Tab. I.3.2.1/5c). So waren z. B. knapp 15% der Beschäftigten Altenpflegerinnen/Altenpfleger, 31% Gesundheits- und Krankenschwestern / -pfleger und gut 11% staatlich anerkannte Altenpflege- bzw. Krankenpflegehelferinnen und –helfer. Bei den Pflegediensten in gemeinnütziger Trägerschaft und in öffentlicher Trägerschaft betrugen die entsprechenden Anteilswerte 12,2% bzw. 13,0% für die Altenpflege, 24,8% und 30,6% für die Gesundheits- und Krankenpflege und 6,2% bzw. 13,6% bei den Helferberufen. Hinzu kamen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger im Umfang von 3,3% bei den privaten Trägern, 2,4% bei den gemeinnützigen und 1,4% bei den öffentlichen Trägern. Auch bei den sonstigen Abschlüssen im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe (therapeutische Berufe) hatten die privaten Träger mit 2,3% gegenüber den gemeinnützigen Trägern (1,8%) und den öffentlichen Trägern (0,8%) die höheren Fachkräfteanteile.

Bei den an- und ungelernten Kräften fallen die Werte der Personalzusammensetzung bei den Pflegediensten in privater Trägerschaft dementsprechend vergleichsweise niedriger aus. So betrugen die Beschäftigten, die unter der Bezeichnung „sonstiger pflegerischer Beruf“ zusammengefasst sind, dort „nur“ 13,1%, hingegen annähernd 20% bei den gemeinnützigen und rd. 15% bei den öffentlichen Trägern. Sonstige Berufsab-

[208] Für die Anteile anderer Berufgruppen waren keine Daten verfügbar.

schlüsse sowie Beschäftigte ohne Berufsabschluss / in der Ausbildung machten bei den privaten Trägern zusammen knapp 20%, bei den beiden anderen Trägergruppen 27,6% bzw. 24% aus.

Abb.: B I 3.2.1.2/16



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

Zwischen fachlicher Qualifikation und dem Umfang der Beschäftigung besteht ein enger – allerdings nicht immer monokausaler – Zusammenhang. Das wird beispielhaft deutlich bei einem Vergleich zwischen den beschäftigten Fachpflegepersonen und den an- und ungelernten Arbeitskräften (Tab. I.3.2.1/5d). So überwogen Ende 2003 bei den Pflegefachkräften eindeutig Vollzeitbeschäftigungen oder qualifizierte Teilzeittätigkeit. Vollzeit beschäftigt waren rd. 31% der Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 29% der Gesundheits- und Krankenschwestern / -pfleger und 30,1% der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger. Für die qualifizierte Teilzeittätigkeit betrugen die Anteilswerte 43,6%, 32,2% und 34,9%. Die Durchschnittswerte über alle Beschäftigten betrugen 20,5% und 34,5%.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus einem sonstigen pflegerischen Beruf waren hingegen nur zu 9,3% Vollzeit beschäftigt, solche mit einem sonstigen bzw. ohne Berufsabschluss nur zu 14,1% bzw. 12,3%. Bei den Letztgenannten waren auch qualifizierte Teilzeit-Arbeitsverhältnisse mit 26,8% bzw. 16,4% vergleichsweise selten. Demgegenüber waren hier geringfügige Beschäftigungen mit 31,6% und 29,5% überdurchschnittlich häufig (landesdurchschnittlich 21,4%).

Eine gewisse Ausnahme stellen die Beschäftigten dar, die als angelernte Kräfte in den Haushalten der pflegebedürftigen Menschen eingesetzt werden: sie waren überdurchschnittlich häufig teilzeitbeschäftigt mit fünfzig oder mehr Prozent der wöchentlichen Voll-Arbeitszeit 42%).

Eine Ausnahmeposition haben auch Beschäftigte mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität: Wenn solche Fachkräfte beschäftigt wurden, so geschah dies weit überdurchschnittlich in Form einer Vollzeittätigkeit (60,3%); weitere 21,3% übten eine Tätigkeit im Umfang von mindestens 50% der wöchentlichen Vollzeit aus.

An diesem Beispiel wird die **positive Korrelation zwischen Ausbildungsniveau und Beschäftigungsumfang** besonders deutlich.

Festzustellen bleibt weiterhin:

- Die Beschäftigung in Pflegediensten ist zu einem hohen Anteil von Teilzeittätigkeiten mit geringem Stundenumfang (unter 50% der Wochen-Voll-Arbeitszeit) und von geringfügigen Tätigkeiten gekennzeichnet (zusammen durchschnittlich über 42%) und

- diese Beschäftigungsverhältnisse betreffen – wenn auch unterschiedlich gewichtet – alle in den Pflegediensten tätigen Berufsgruppen. So waren auch die Fachkräfte der Alten-, der Gesundheits- und Kranken- und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu annähernd 10% bzw. fast 20% und 16% in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig.

Dies mag zwar unter betrieblichen Gesichtpunkten im Wettbewerb von Nutzen sein, muss aber unter arbeitsmarkt-, frauen- und sozial(versicherungs)politischen Gesichtspunkten kritisch betrachtet werden.

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Beschäftigten der Pflegedienste ihrer beruflichen Qualifikation entsprechend eingesetzt werden und arbeitsteilige Leistungserbringung praktiziert wird. Inwieweit dies durch eine Verteilung der verschiedenen Teil-Dienstleistungen auf mehrere Personen im selben Haushalt, die in der Regel auch zu unterschiedlichen Tageszeiten tätig werden, eine gewisse Beeinträchtigung bzw. Belastung der pflegebedürftigen Menschen darstellt, ist hier nur im Sinn einer Frage zu thematisieren. Andererseits garantiert die „Versorgung aus einer Hand“ nicht zwangsläufig auch eine optimale Versorgung; sie ist zudem wirtschaftlich nicht darzustellen.

Nach wie vor bilden die Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege den größten Teil der Beschäftigten in den Pflegediensten, die Leitungsfunktionen innehaben. Rd. 17% der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / pfleger und 16,4% der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen /-pfleger nahmen Ende 2003 eine solche Aufgabe wahr,

hingegen nur 5,3% der examinierten Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Tab. I.3.2.1/5c). Sie sind weit überwiegend in der Grundpflege tätig. Diese Aufgabenteilung erklärt sich aus der bereits dargestellten Tatsache, dass nahezu alle Pflegedienste außer Leistungen nach dem SGB XI auch solche der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erbringen. Dies setzt(e) für die Leitungsposition in Pflegediensten eine abgeschlossene Ausbildung und die Berufszulassung in der Krankenpflege voraus. Auf die diesbezüglich seit dem 1. Juli 2003 veränderten Rahmenbedingungen für die niedersächsischen Pflegedienste wurde bereits hingewiesen[209]. Hier wird die Entwicklung hinsichtlich einer stärkeren Präsenz von Fachkräften der Altenpflege in der Pflegedienstleitung von ambulanten Pflegediensten abzuwarten sein.

Ebenfalls weit überdurchschnittlich in Leitungsfunktionen (zu rd. 54%) waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität tätig oder sie nahmen Aufgaben der Geschäftsführung und Verwaltung wahr (28,8%). Letzteres gilt im Übrigen auch für Beschäftigte mit einem sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Berufsabschluss. Diese in den Pflegediensten in recht geringer Zahl (insgesamt 158 Beschäftigte = 1,3%) tätigen Personen waren zu knapp einem Viertel in solche Funktionen tätig. Andernfalls waren sie schwerpunktmäßig im Bereich der Grundpflege (und insoweit hier eigentlich nur als angelernte Kräfte) tätig.

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen wurden – sofern durch Fachkräfte erbracht – durch die hierfür ausgebildeten Beschäftigten (Hauswirtschaft-Fachkräfte, Familienpflegerinnen/-pfleger und Dorfhelferinnen/-helfer) erbracht, hingegen so gut wie nicht vom Fachpflegepersonal oder den Beschäftigten mit einem anerkannten diesbezüglichen Helferberuf.

[209] Rahmenvertrag nach § 132a SGB V der Verbände der landesunmittelbaren Krankenkassen mit den Verbänden der Leistungserbringer und den kommunalen Spitzenverbänden vom 1. Juli 2003.

3.2.1.3 Regionales Strukturbild

Personal in den Pflegediensten und hiervon betreute Personen

Die große Spannbreite der Pflegedienste hinsichtlich ihrer Personalkapazität (s. Abschnitt 3.2.1.1) besteht auch innerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte.

Sie wird u. a. aus den Daten über die durchschnittliche Personalbesetzung deutlich. Diese reichte Ende 2003 von rd. 12 Beschäftigten in Wilhelmshaven oder jeweils gut 15 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Landkreisen Wittmund und Wolfenbüttel bis zu durchschnittlich 34 Beschäftigten in der Stadt Wolfsburg und im Landkreis Grafschaft Bentheim. Weit über dem Landesdurchschnitt (rd. 21 Personen) lagen zudem die Pflegedienste im Landkreis Leer (rd. 31 Beschäftigte), in der Landeshauptstadt Hannover (rd. 29) sowie in der Region Hannover, den Städten Braunschweig und Delmenhorst und im Landkreis Emsland mit jeweils durchschnittlich rd. 25 Beschäftigten. Nur über durchschnittlich rd. 16 Beschäftigte verfügten hingegen die Landkreise Peine, Osterode, Nienburg und Cuxhaven (Tab. I.3.2.1/6a).

Die Werte über die durchschnittlichen Personalbesetzungen lassen im Vergleich über die kommunalen Gebietskörperschaften kein bestimmtes Verteilungsmuster erkennen. Erneut bildet das Kriterium städtischer / ländlicher Siedlungsraum kein brauchbares Erklärungsmerkmal: sowohl Gebietskörperschaften mit überwiegend städtischer als solche mit überwiegend ländlicher Siedlungsprägung haben jeweils sowohl vergleichsweise hohe wie niedrige Durchschnittswerte. Von Einfluss dürften insoweit vielmehr die örtlich gewachsenen Angebotsstrukturen sein; hierzu zählt u. a. die Trägerstruktur. Auf die dortige Tendenz von nach ihrer Beschäftigtenzahl eher kleineren Betrieben bei den Pflegediensten in privater Trägerschaft wurde bereits hingewiesen (Abschnitt I.3.2.1.1).

Die Personalbesetzung in den Pflegediensten lässt auch keine Rückschlüsse auf die (quantitative) Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu. Es gibt allerdings auch keinen <u>proportionalen</u> Zusammenhang zwischen der Personalkapazität und der Zahl der durchschnittlich betreuten Personen. So wiesen z. B. die – durchschnittlich – personalstarken Pflegedienste in der Stadt Wolfsburg, oder in den Landkreisen Grafschaft Bentheim und Leer (s. o.) mit durchschnittlich 2,1, 1,7 und 1,5 je Mitarbeiterin / Mitarbeiter betreuten Personen ebenso, gemessen am Landesdurchschnitt (2,3), einen über-

durchschnittlich guten Verhältniswert auf wie z. B. der Landkreis Friesland (1,9 Betreute/Beschäftigte; durchschnittlich 16,3 Beschäftigte). Allerdings kann im Blick auf die Häufigkeit des parallelen Auftretens von großer Personalkapazität und vergleichsweise günstiger Personal-Betreuten-Relation davon ausgegangen werden, dass ein großes Personalangebot in der Regel auch zu etwas günstigeren Relationen zwischen den Beschäftigten und den von ihnen betreuten Personen führt.

Insgesamt kamen in den Landkreisen Leer, Grafschaft Bentheim, Göttingen, Wittmund und Friesland sowie in den Städten Oldenburg und Hannover die wenigsten betreuten Personen auf eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter (zwischen 1,5 und 1,9 Personen), in den Landkreisen Vechta, Northeim, Cloppenburg, Holzminden, Osterholz und Goslar die meisten (zwischen 3,6 und 2,9) (Tab. I.3.2.1/6a).

Strukturmerkmale der Beschäftigten und der Tätigkeit

Angesichts der Tatsache der bereits in den Abschnitten .3.2.1.1 und 3.2.1.2 dargestellten grundlegenden Zusammenhänge z. B. zwischen der Trägerzugehörigkeit der Dienste, Ihrer Beschäftigtenzahl und –struktur einerseits, der diesbezüglich – wie ebenfalls bereits geschildert – eher zufälligen oder historisch gewachsenen örtlichen Verhältnisse bezüglich der Strukturmerkmale der Beschäftigten und der Tätigkeiten andererseits führt eine regional vergleichende Betrachtung und Wertung im Sinne von Tendenzaussagen aus Landessicht zu keinen Ergebnissen von versorgungspolitischem Interesse.

Auf die für die regionale Betrachtung ermittelten Strukturdaten der Beschäftigten und ihrer Tätigkeiten – Tab. I.3.2.1/6b und 6c – wird insoweit nur hingewiesen. Zudem wird zusammenfassend festgestellt, dass hinsichtlich der verschiedenen Merkmale wie z. B. der Zahl der Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten oder der Verteilung über die verschiedenen Berufsgruppen bei den Durchschnittswerten für die Pflegedienste bei einzelnen Kommunen jeweils erheblichen Abweichungen vom Landesdurchschnitt bestehen. So reichte beispielsweise der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von unter 10% bis über 30%, der durchschnittliche Anteil für geringfügig Beschäftigte von rd. 11% bis über 40%. Eine Bewertung dieser Daten kann nur von den Beteiligten vor Ort vor dem Hintergrund der spezifischen Kenntnisse der örtlichen Verhältnisse erfolgen.

Bezüglich des landesweiten Strukturbildes des Personals in den Pflegediensten und seiner Beschäftigung wird auf die Ausführungen in den Abschnitten 3.2.1.1 und 3.2.1.2 verwiesen.

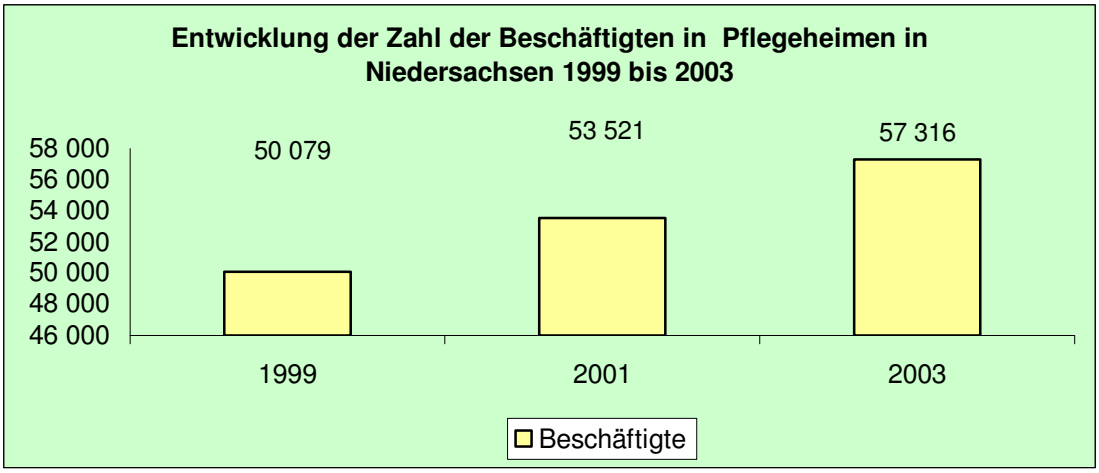
3.2.2 Personal in Pflegeheimen

3.2.2.1 Zahl der Beschäftigten

Die Situation lässt sich wie folgt stichwortartig wiedergeben (Tab. I.3.2.2/1):

- Ende 2003 waren in den Pflegeheimen Niedersachsens **insgesamt 57.316 Personen beschäftigt** (Tab. I.3.2.2/1). In diesen 1.196 Pflegeheimen wurden damit annähernd **drei Mal** (2,84) **so viele** Personen beschäftigt **wie in den** 998 **Pflegediensten**.

Abb.: B I 3.2.2.1/1



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

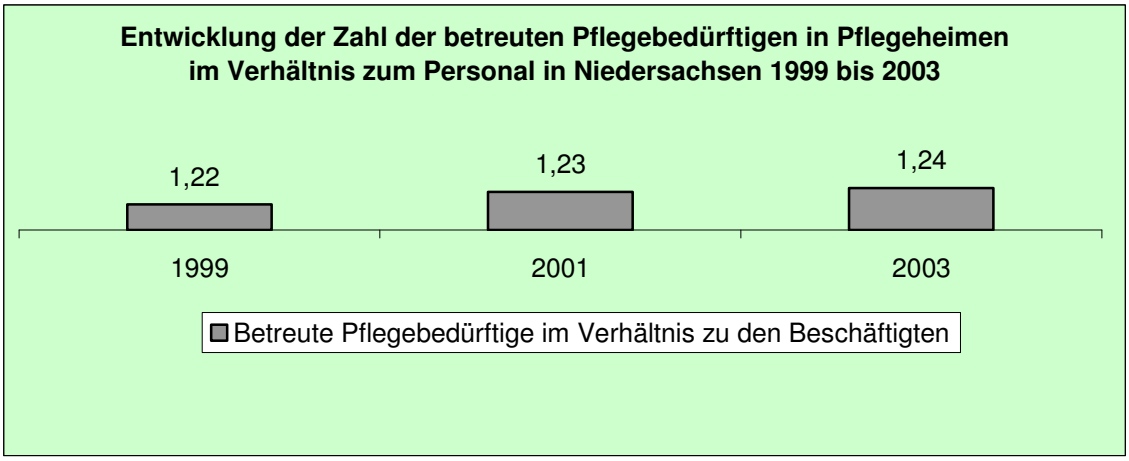
Die Pflegeheime in Niedersachsen hatte Ende 2003 **durchschnittlich rd. 46 Beschäftigte.**
Sie **versorgten** dabei **im Durchschnitt 1,24 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner**.[210]

- Die Zahl der in den Pflegeheimen Beschäftigten wuchs zwischen Ende 1999 und Ende 2003 um 7237 Personen.

[210] Verhältnis aus Zahl der Empfängerinnen und –empfänger von Leistungen der voll- und teilstationären sowie der Kurzzeit-Pflege. Diese Berechnung lässt die Tatsache außer Acht, dass in den Pflegeheimen auch Personen leben, die nicht pflegebedürftig im Sinne von SGB XI sind (sog. Pflegestufe „Null“ oder „G“). Ihre Zahl kann nur ungefähr mit 6.200 Personen angenommen werden; Berechnung: Summe aller Plätze in Dauerpflegeeinrichtungen (78.260), abzüglich nicht belegte Plätze Annahme für Ende 2003 aufgrund von Berichten aus der Praxis: 5%), abzüglich Zahl der pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und –bewohner. Unter Berücksichtigung auch der nicht-pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und –bewohner ergibt sich eine Relation Personal zu Bewohner von 1:1,30.

Im selben Zeitraum stieg die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von stationären Pflegeleistungen um 9679 Personen (Tab. I.1.1/1a). **Das zusätzliche Personal konnte diesen Anstieg der Heimbewohnerinnen und -bewohner dennoch nahezu vollständig kompensieren**. Nach den vier Jahren bis Ende 2003 entfielen lediglich durchschnittlich 0,02 betreute Personen mehr auf eine Beschäftigte / einen Beschäftigten.

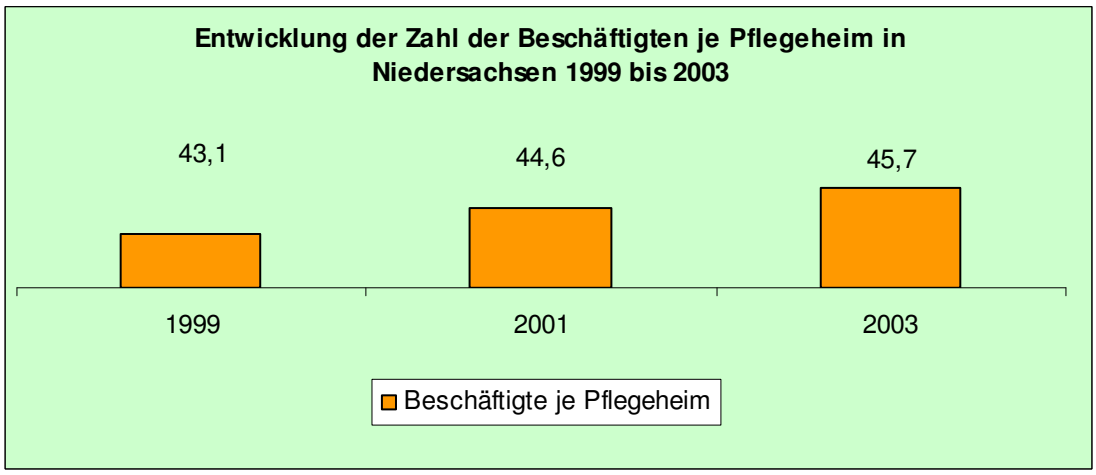
Abb.: B I 3.2.2.1/2



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten je Pflegeheim hat sich seit Ende 1999 um 3 Personen erhöht. Dies korrespondiert mit der Zunahme der durchschnittlichen Zahl der Plätze in den Heimen (s. Abschnitt I.3.1.1.2 und I.3.1.5.2).

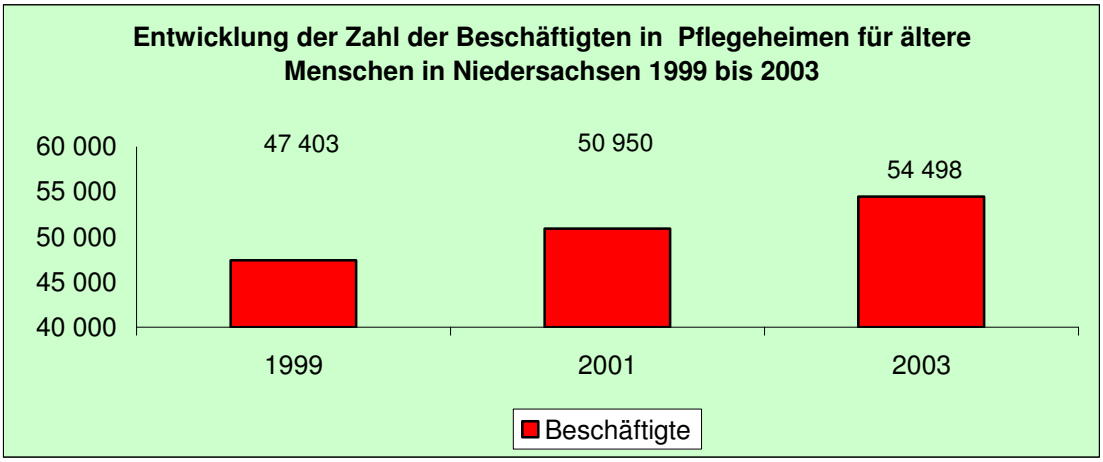
Abb.: B I 3.2.2.1/3



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Die Pflegeheime für ältere Menschen entsprachen hinsichtlich der durchschnittlichen Zahl der Beschäftigten, ihrem Verhältnis zur Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie in der zeitlichen Entwicklung aufgrund ihres außerordentlich großen Anteils an den Pflegeheimen insgesamt (über 95%; s. Abschnitt I.3.1.1.2) den vorstehend dargestellten Durchschnittswerten für alle Pflegeheime.

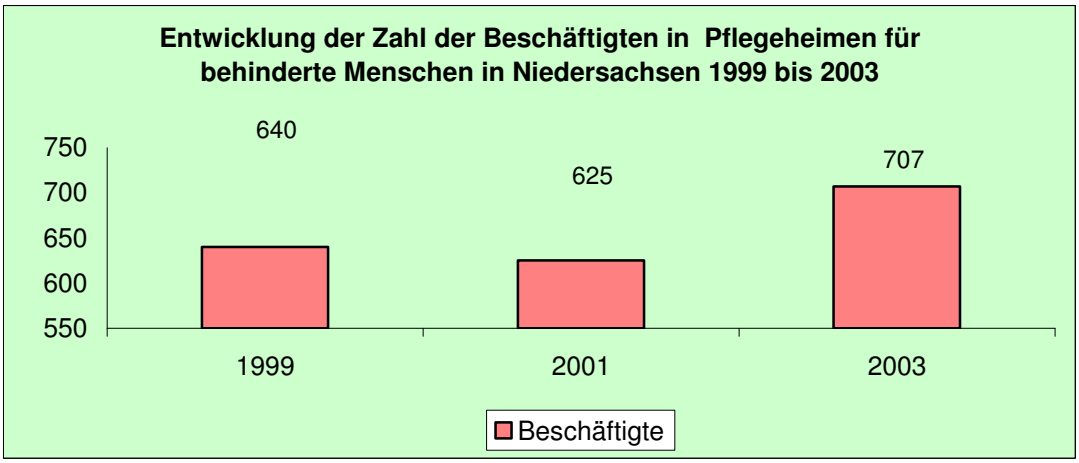
Abb.: B I 3.2.2.1/4



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Bei den Pflegeheimen für behinderte Menschen waren durchschnittlich weniger Personen beschäftigt (rd. 42); hier wurden Ende 2003 durchschnittlich 4 Personen mehr als Ende 1999 beschäftigt. Auch dies korrespondiert mit der erfolgten Vermehrung der Plätze in diesem Bereich (Abschnitt I.3.1.1.2).
  Durchschnittlich kam hier Ende 2003 **auf eine** / **einen Beschäftigten eine betreute Person**. Auch hier blieb das Verhältnis zwischen Beschäftigten und betreuten Personen nahezu gleich (Anstieg um 0,06 Bewohner je Mitarbeiterin / Mtarbeiter).

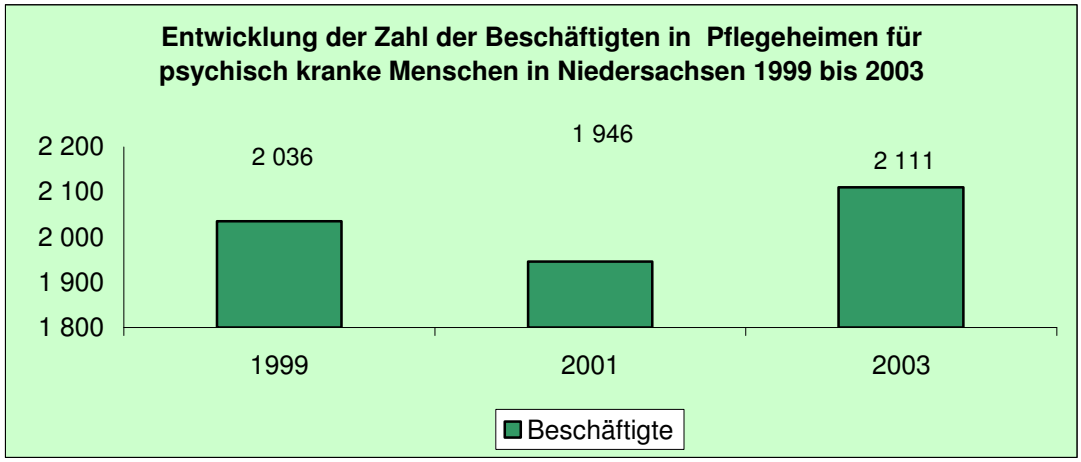
Abb.: B I 3.2.2.1/5



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Die Pflegeheime für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen hatten Ende 2003 durchschnittlich rund 53 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die durchschnittliche Beschäftigtenzahl sank seit Ende 1999 um 2 Personen und ging dementsprechend nicht mit der Platzzahlerweiterung im selben Zeitraum (Abschnitt I.3.1.1.2) konform.
  In diesen Heimen stieg dementsprechend die **Zahl der betreuten je beschäftigter Person** von 1,09 auf **1,16**. Die **Relation ist** gleichwohl nach wie vor in diesen Einrichtungen **günstiger als in den Pflegeeinrichtungen für alte Menschen**.

Abb.: B I 3.2.2.1/6



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Einrichtungen in privater Trägerschaft beschäftigten Ende 2003 **46% des Personals** aller niedersächsischen Pflegeheime. Das korrespondiert in etwa mit dem Anteil der von diesen Trägern vorgehaltenen Plätze (48%; s. Abschnitt I.3.1.5.2). Der zwischen Ende 1999 und 2003 überproportionale Zuwachs an Pflegeplätzen bei privaten Pflegeheimen kommt auch im Anstieg des o. g. Anteils der bei solchen Trägern Beschäftigten (Anstieg seit Ende 1999 um 5%) und in der Zahl der durchschnittlich in den privaten Pflegeheimen Beschäftigten zum Ausdruck (Steigerung von 32 auf 37 Personen).

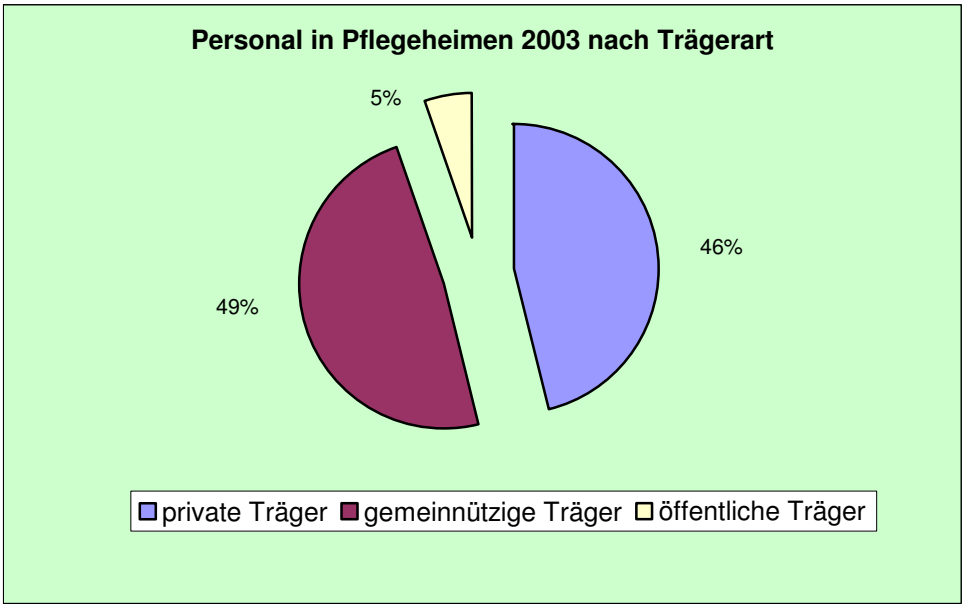
  In den Pflegeheimen in privater Trägerschaft kamen **durchschnittlich 1,27 Bewohnerinnen und Bewohner auf eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter**. Das Verhältnis wurde im Zeitraum zwischen Ende 1999 und Ende 2003 leicht verbessert; die Personal-Betreuten-Relation in den Pflegeheimen der privaten Träger ist damit allerdings nach wie vor – wenn auch nur geringfügig (0,06 betreute Personen je Beschäftigter / Beschäftigtem) – ungünstiger als im Durchschnitt in den Heimen der gemeinnützigen und der öffentlichen Träger.

- Die gemeinnützigen Träger von Pflegeheimen beschäftigten Ende 2003 nahezu die **Hälfte aller in solchen Einrichtungen** in Niedersachsen **Erwerbstätigen**. Damit übersteigt ihr Anteil des Personals am gesamten Personalaufkommen in den Pflegeheimen leicht denjenigen der von den gemeinnützigen Trägern vorgehaltenen Plätze (47%; s. Abschnitt I.3.1.5.2). Bezogen auf alle in Pflegeheimen in Niedersachsen Beschäftigten hat sich der Anteil der von den gemeinnützigen Anbietern Beschäftigten – korrespondierend zum leichten Anstieg bei den privaten Trägern – von rd. 53% Ende 1999 auf rd. 49% verringert.

  Die durchschnittliche Personalstärke je Pflegeheim hat sich zwischen Ende 1999 und Ende 2003 lediglich um 0,16 Personen je Heim erhöht; sie lag Ende 2003 bei rd. 57. Der im Vergleich zu den Einrichtungen in privater Trägerschaft deutlich höhere durchschnittliche Personalbestand korrespondiert mit den höheren Durchschnittswerten für die Platzzahl der Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft.
  Die Pflegeheime in gemeinnütziger Trägerschaft haben Ende 2003 **durchschnittlich 1,21 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter betreut**.

- Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft beschäftigten Ende 2003 **5,2% des Pflegepersonals in Pflegeheimen in Niedersachsen**. Dies stimmt mit ihrem Anteil an Plätzen in diesen Einrichtungen überein (Tab. I.3.1.5/1a). Auch die Abnahme des Personalanteils der Heime in öffentlicher Trägerschaft um 1% zwischen Ende 1999 und Ende 2003 korrespondiert mit der Abnahme der von diesen Trägern jeweils vorgehaltenen Plätze. Allerdings erhöhte sich die durchschnittliche Platzzahl bei diesen Einrichtungen im selben Zeitraum leicht um 1,2 Plätze auf 59,2 Plätze. Die **durchschnittliche Zahl der Betreuten je Mitarbeiterin** / **Mitarbeiter** lag wie bei den gemeinnützigen Einrichtungsträgern bei **1 : 1,21**.

Abb.: B I 3.2.2.1/7



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

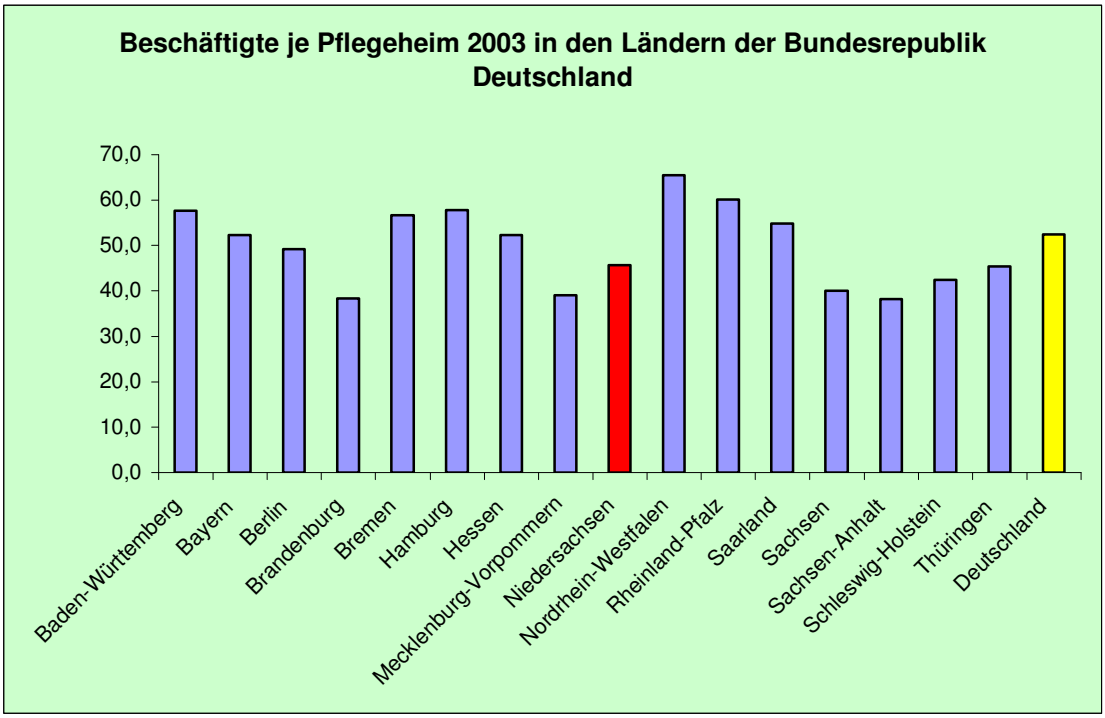
- **Der Zuwachs an Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern konnte durch zusätzliches Personal bei allen Trägern weitestgehend kompensiert werden**: die Zahl der durchschnittlich von einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter betreuten Personen hat sich zwischen Ende 1999 und Ende 2003 durchschnittlich nur zu 0,02 erhöht. Das Verhältnis hat sich bei den privaten Einrichtungsträgern leicht verbessert, bei den beiden anderen Trägerarten geringfügig verschlechtert (Tab. I.3.2.2/1).

- Die Niedersächsischen Pflegeheime nehmen hinsichtlich des durchschnittlichen Personalbestandes (45,7 Personen) im Ländervergleich einen leicht unterdurchschnittlichen (52,4) Rang ein (Tab. I.3.2.2/2). Ableitungen auf den Versorgungsstand der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sind hieraus – unabhängig von der Frage der Qualifikation des eingesetzten Personals – auch quantitativ nicht zulässig. Von besonderem Einfluss ist dabei die Größe der Einrichtungen. Im Ländervergleich liegt Niedersachsen mit 63,2 Plätzen je Pflegeheim[211] in etwa auf der gleichen unterdurchschnittlichen Position wie hinsichtlich des durchschnittlichen Personalbestandes. Insofern kann hier für die niedersächsischen Pflegeheime von keiner vergleichsweise negativen wie positiven Situation ausgegangen werden.

[211] Quelle: Statistisches Bundesamt; 4. Bericht Pflegestatistik 2003, a. a. O., Tabellen 1 und 2

Die durchschnittlich geringste Zahl an Beschäftigten hatten Ende 2003 die Pflegeheime in Mecklenburg-Vorpommern (39,0), die durchschnittlich höchste diejenigen in Nordrhein-Westfalen (65,5). Der Bundesdurchschnitt lag bei 52,4.

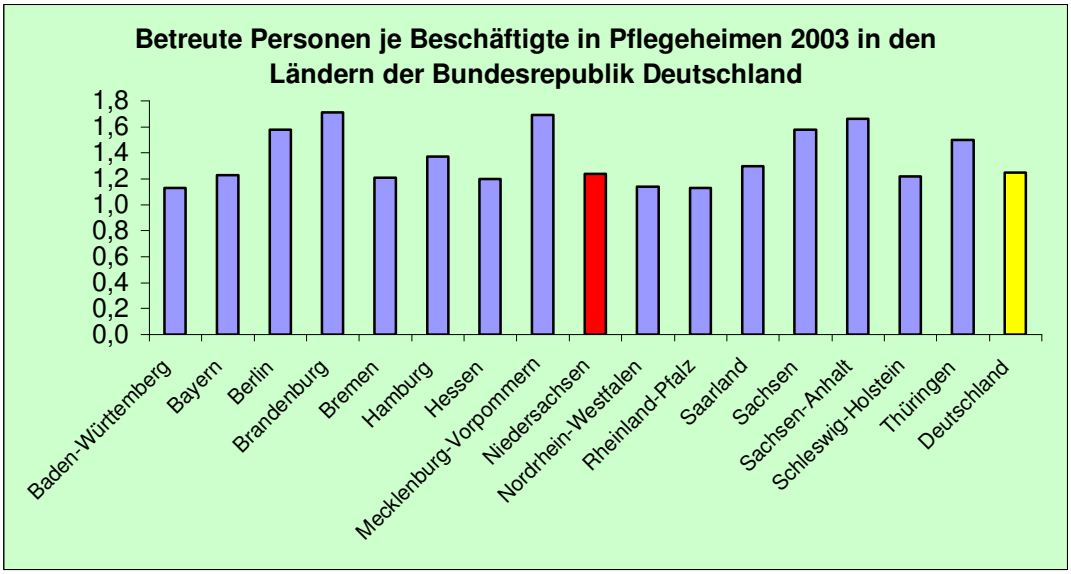
Abb.: B I 3.2.2.1/8



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zur Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner entsprachen die Pflegeheime in Niedersachsen dem Bundesdurchschnitt (1,25). Die ungünstige Relation wiesen die Heime in Brandenburg (1 : 1,71), die günstigste die Einrichtungen in Baden-Württemberg und im Saarland (je 1 : 1,13) auf.

Abb.: B I 3.2.2.1/9



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

3.2.2.2 Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit

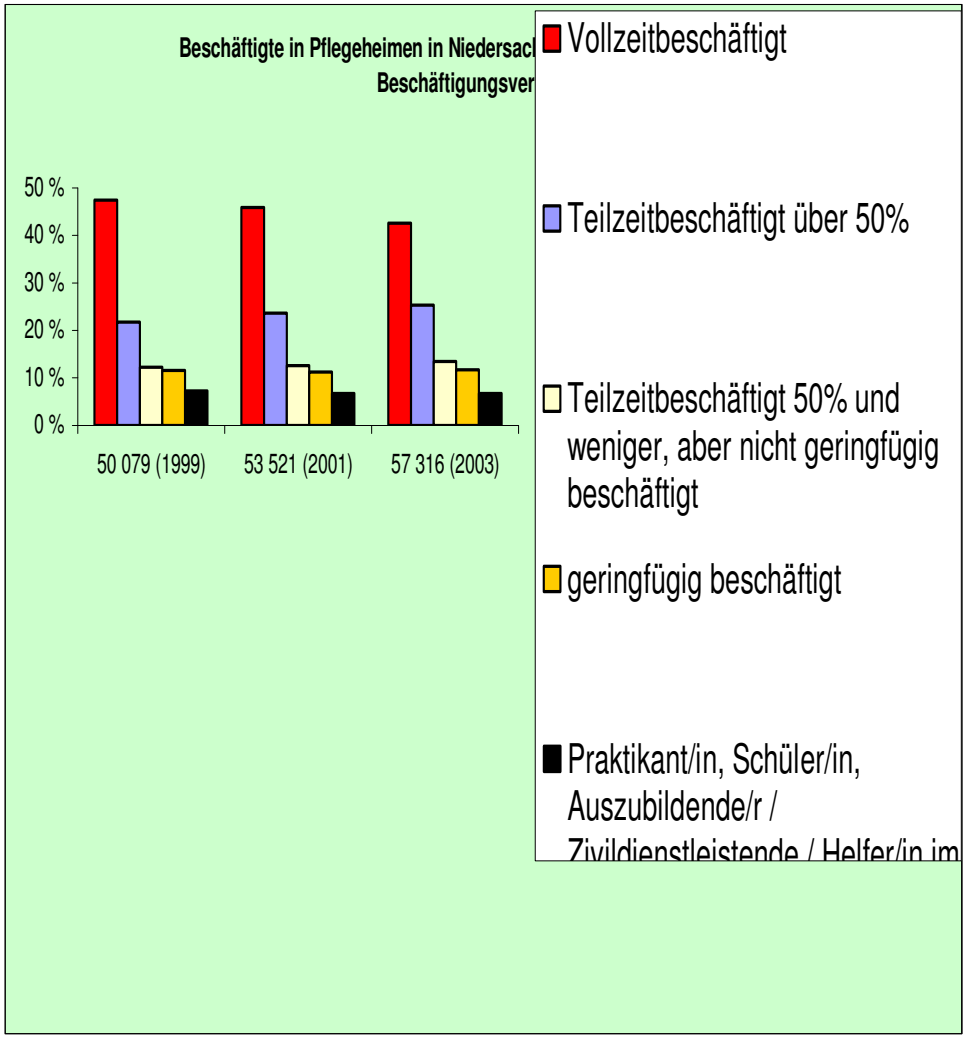
Geschlecht

Die für die Pflegedienste getroffenen Feststellungen (Abschnitt 3.2.1.2) über das Geschlechterverhältnis unter den Beschäftigten, dessen Entwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2003 (nahezu unverändert) und über Zusammenhänge mit dem Beschäftigungsverhältnis und den ausgeübten Tätigkeiten gelten nahezu gleich auch für die Beschäftigten in den Pflegeheimen. Einzig die Quote der männlichen Beschäftigten war hier (Ende 2003) mit 13,6% geringfügig höher als bei den Pflegediensten (11%).

Beschäftigungsverhältnis

Die wesentlichen Merkmale hier sind (Tab. I.3.2.2/3a):

Abb.: B I 3.2.2.2/1

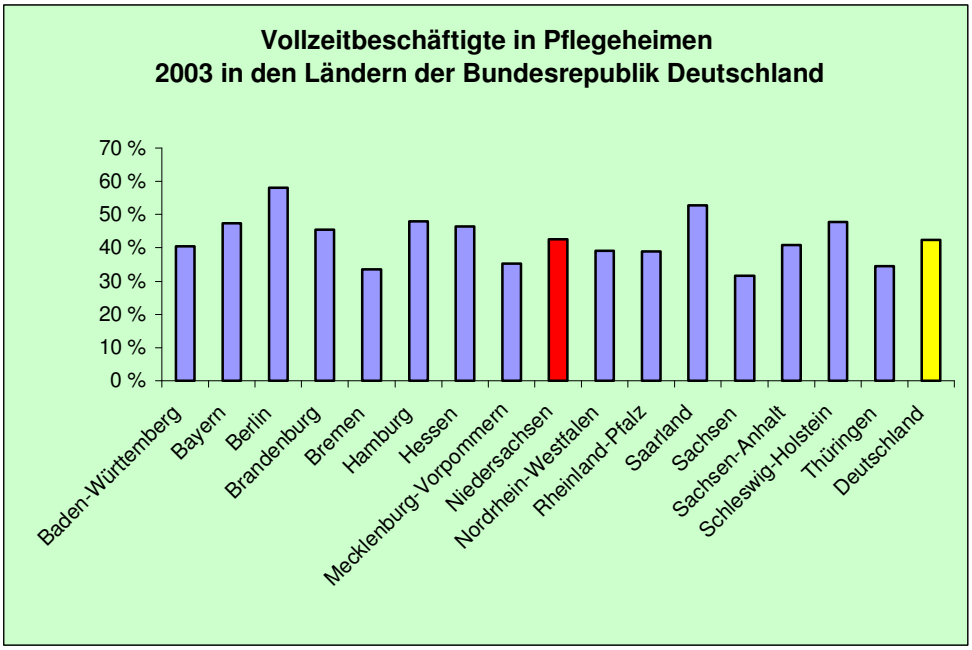


Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- **In der stationären Pflege überwiegen Vollzeit-Arbeitsverhältnisse und qualifizierte Teilzeitbeschäftigungen deutlich** (zusammen über zwei Drittel der Beschäftigungsverhältnisse).

- Nahezu **43%** der Beschäftigten sind **Vollzeit erwerbstätig** (Pflegedienste: 20,5%)[212]; der Anteil sank seit Ende 1999 um 4,7% (Pflegedienste: 2%); er traf die weiblichen Beschäftigten überproportional (5,3%).
  Im Ländervergleich entspricht **Niedersachsen** dem **Bundesdurchschnitt** (42,4%; Tab. I.3.2.2/3b). Den höchsten Anteil an Vollzeitbeschäftigungen stellen die Pflegeheime im Saarland (52,8%), den niedrigsten Sachsen (31,6%). Auch die Pflegeheime in den anderen östlichen Flächen-Länder mit Ausnahme Brandenburgs haben unterdurchschnittliche Anteile an Vollzeit beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Situation im stationären Versorgungssektor unterscheidet sich hier insoweit deutlich von derjenigen in der ambulanten Pflege (s. Abschnitt 3.2.1.2).

Abb.: B I 3.2.2.2/2



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

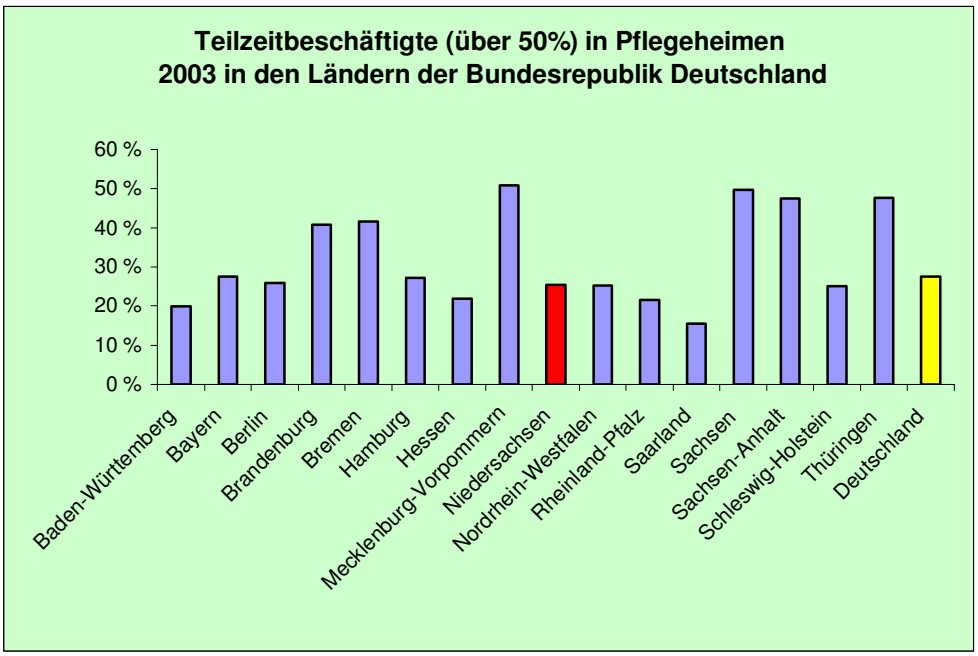
- **Ein Viertel** der in der stationären Pflege in Niedersachsen Beschäftigten übt eine **qualifizierte Teilzeittätigkeit** aus (ambulant: 35%). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Wochenarbeitszeit **unter 50% beträgt 13,5%** (ambulant: 21%).

  Vor allem qualifizierte **Teilzeitarbeitsverhältnisse** haben zwischen Ende 1999 und Ende 2003 **leicht zugenommen** (gegenläufig zur Entwicklung bei Vollzeitbeschäftigungen, s. o.). Die Steigerungsrate betrug bei qualifizierter Teilzeit 3,7%, bei Teilzeittätigkeiten unter 50% 1,3%.

[212] alle Daten, sofern nicht ausdrücklich anders genannt, beziehen sich auf das Datum der Pflegestatistik 2003 (15.12.03)

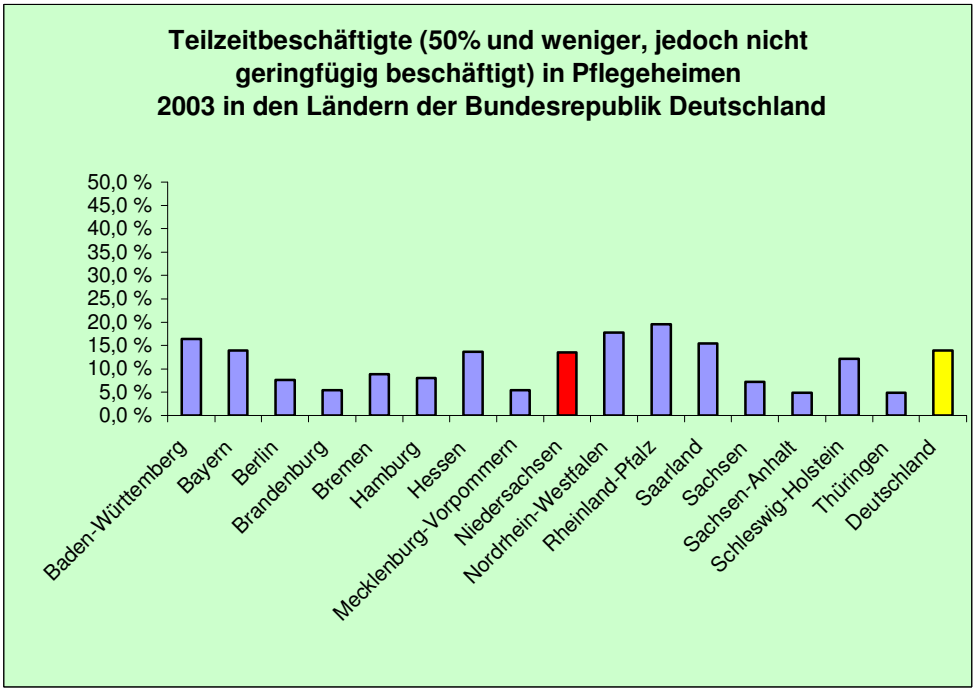
Im **Ländervergleich** ist **Teilzeitbeschäftigung** in Pflegeheimen in **Niedersachsen** ebenfalls **annähernd bundesdurchschnittlich** (27,5% / 13,9%)vertreten; dies gilt für beide Arten von Teilzeitbeschäftigungen.

Abb.: B I 3.2.2.2/3



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

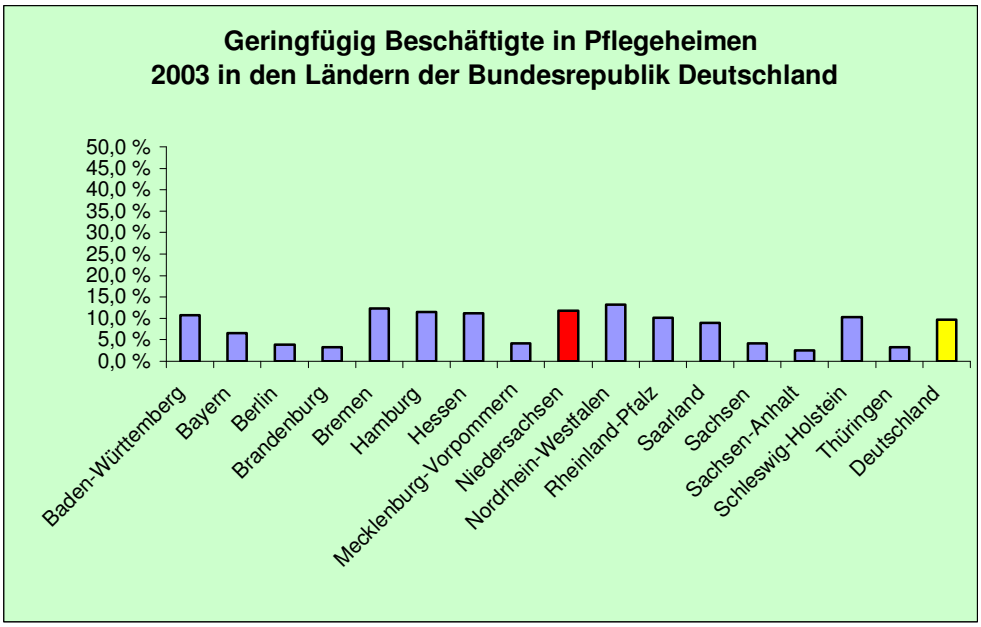
Abb.: B I 3.2.2.2/4



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Der Anteil der **geringfügig Beschäftigten** ist im stationären Bereich **deutlich niedriger als bei den Pflegediensten** (13,7% gegenüber 21,4%). Er **blieb** im Zeitraum zwischen Ende 1999 und Ende 2003 nahezu **konstant**.
  In den **niedersächsischen Pflegeheimen** sind allerdings, gemessen am Bundesdurchschnitt (9,6%), **überdurchschnittlich** viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter **geringfügig beschäftigt**. Die geringsten Anteile hatten hier durchweg die östlichen Bundesländer und Berlin (zwischen 2,5% und 4,2%), die höchsten die Länder Nordrhein-Westfalen und Bremen (13,2% und 12,3%; Tab. I.3.2.2/2).

Abb.: B I 3.2.2.2/5

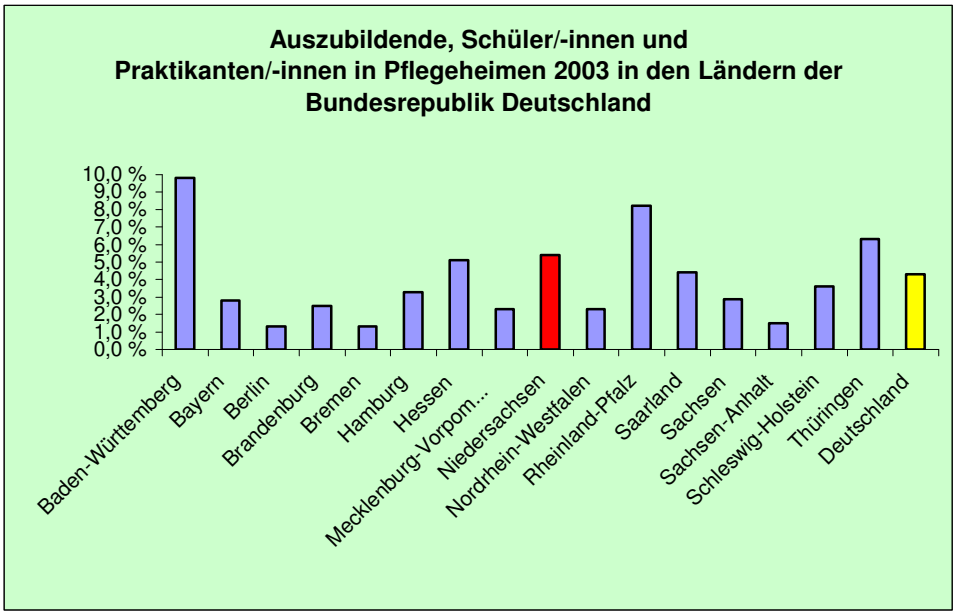


Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- **5,4%** der in Pflegeheimen in Niedersachsen Beschäftigten (3.080 Personen[213]) waren Ende 2003 **Auszubildende** oder Praktikantinnen / Praktikanten. Pflegeheime betreiben damit in einem erheblich größeren Umfang als die Pflegedienste (1,1%) Nachwuchssicherung insbesondere in der Altenpflege. Zahl und Anteil dieser Beschäftigungsverhältnisse haben zwischen Ende 1999 und Ende 2003 **leicht zugenommen**. **Im Ländervergleich** liegt der Anteil der Auszubildenden / Praktikanten / Schüler in den niedersächsischen Pflegeheimen **über dem Bundesdurchschnitt** (4,3%). Deutlich höher war der Anteil in Baden-Württemberg (9,8%; 6.379 Personen) und Rheinland-Pfalz (8,2%; 2.016 Personen), äußerst gering in Bremen, Berlin (je 1,3%) und Sachsen-Anhalt (1,5%).

[213] Quelle: Statistisches Bundesamt; Vierter Bericht „Pflegestatistik 2003“, a. a. O., Tab. 4.1 und 4.2

Abb.: B I 3.2.2.2/6



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Zwischen Ende 1999 und Ende 2003 **leicht** von 115 auf 140 Personen (0,23 / 0,24% der Beschäftigten) **gestiegen** ist die **Zahl der Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr**.
  Deutlich abgenommen hat – infolge der Verringerung der Einberufungen durch das Bundesamt für Zivildienst - die **Zahl der Zivildienstleistenden** in den niedersächsischen Pflegeheimen (von 1.021 auf 671); gesunken ist dementsprechend auch der Anteil der Zivildienstleistenden an den Beschäftigten (von 2,0 auf 1,2%).

  Wenn auch gering, ist die Zahl der Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und der Zivildienstleistenden in den Pflegeheimen deutlich größer als in den Pflegediensten (dort Ende 2003 34 bzw. 308 Personen).

  In beiden Beschäftigtenkategorien liegen **die niedersächsischen Pflegeheime deutlich unter dem Bundesdurchschnitt** (0,7% und 1,6%). Die meisten Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr im Verhältnis zur Beschäftigtenzahl in den dortigen Pflegeheimen befanden sich Ende 2003 in Sachsen (2,2%) und Thüringen (1,9%), den größten Anteil an Zivildienstleistenden wiesen die Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen und Sachsen (je 2,2%) sowie in Berlin und Bremen (je 2,1%) auf.

<u>Umfang der Beschäftigung im Bereich SGB XI</u>

Die allermeisten Beschäftigten in den niedersächsischen Pflegeheimen – aber nicht alle – waren ausschließlich für die im Zusammenhang mit der vollstationären Pflege nach dem SGB XI anfallenden Aufgaben tätig. Insgesamt waren über 90% zumindest im Umfange von 75% ihrer Arbeitszeit, über drei Viertel zur Gänze mit diesen Aufgaben be-

schäftigt (Tab. 3.2.2/3c). Immerhin gut bzw. knapp drei Prozent der Beschäftigten widmeten sich nur zwischen 50-unter 75% bzw. 25-unter 50% der vollstationären Pflege und den damit im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten, annähernd 4% sogar nur zu weniger als 25%.

Auch vom Vollzeit beschäftigten Personal nahmen nur rd. 83% ausschließlich Aufgaben der vollstationären Pflege oder hiermit zusammenhängende Aufgaben wahr. Diese auf den ersten Blick widersprüchliche Tatsache erklärt sich z. B über Personen im Leitungsbereich, die im Rahmen ihres Beschäftigungsverhältnisses einen Teil ihrer Arbeitszeit für übergeordnete Tätigkeiten einsetzten.

Bei den Teilzeit und geringfügig beschäftigten Personen kommt in erster Linie das Bestehen weiterer Beschäftigungsverhältnisse als Erklärung in Betracht. Das wird besonders deutlich bei den geringfügig Beschäftigten: Hier widmeten 10% von ihnen ihre Arbeitskraft zu weniger als 25% dem Pflegeheim bzw. auf das Leistungsgeschehen nach dem SGB XI gerichteten Tätigkeiten.

Tätigkeitsbereich im Pflegeheim

Knapp zwei Drittel der in den niedersächsischen Pflegeheimen Beschäftigten waren Ende 2003 im Bereich der **Pflege und** (hiermit in engem Zusammenhang stehenden) **Betreuung** der Heimbewohnerinnen und –bewohner tätig (Tab. I.3.2.2/4a). Einbezogen sind hierin auch die Pflegedienstleitungen (bei den Pflegediensten 6,3%; Tab. I.3.2.1/4a).

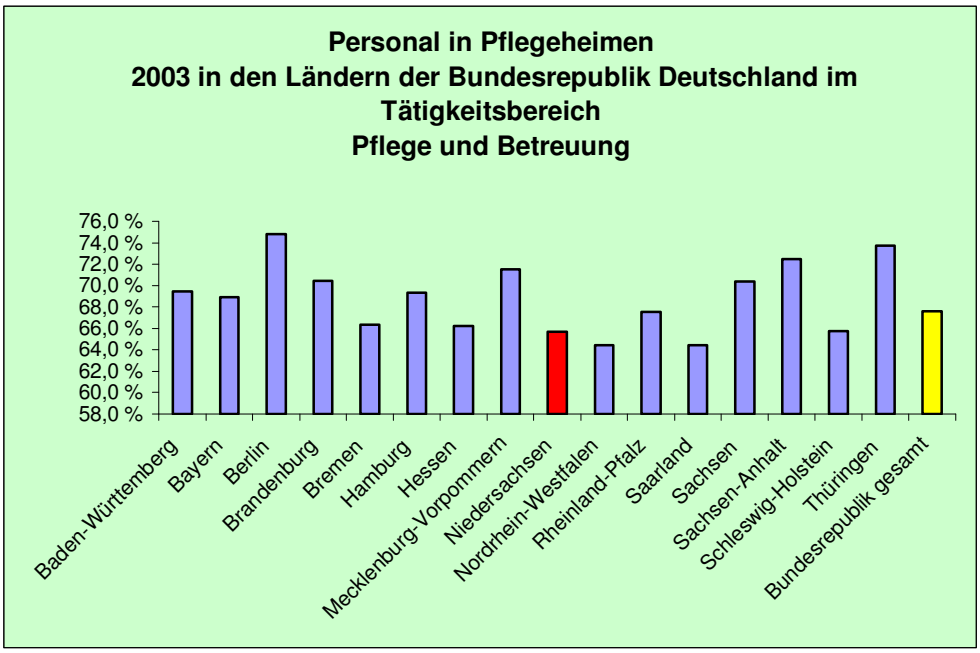
Die in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machten am Gesamt des Personals deutlich weniger als bei den Pflegediensten aus (dort Grundpflege: 72,1%). Die Erklärung hierfür liegt angesichts der aufgrund der umfassenden Versorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner wesentlich bedeutenderen **hauswirtschaftlichen Versorgung** nahe: **Über ein Fünftel der Beschäftigten** in den Pflegeheimen (21,6%) nahmen solche Aufgaben wahr (Pflegedienste: 11,6%). Hinzu kommen noch zu rd. **3% Beschäftigte im haustechnischen Bereich**, die in der ambulanten pflegerischen Versorgung nicht benötigt werden.

Rund **3,2% des Personals** waren für Leistungen der **sozialen Betreuung** eingesetzt („begleitender Dienst"). **Verwaltung und Geschäftsführung** banden **5,7%** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.[214]

Die Tätigkeitsfelder zeigen geschlechtsspezifische Ausprägungen (Tab. I.3.2.2/4a). Im Bereich von Pflege und Betreuung waren zu annähernd 90% Frauen tätig, in der sozialen Betreuung 83% und im Hauswirtschaftsbereich 93%. Verwaltungs- und Geschäftsführungsaufgaben nahmen dagegen nur zu rd. 74% Frauen wahr, haustechnische Aufgaben fast nur Männer (Anteil von Frauen 11,4%).

Anders als bei den Pflegediensten (s. Abschnitt 3.1.2.2) gibt es **hinsichtlich der Verteilung des Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeheimen nach ihrem Tätigkeitsfeld zwischen den Bundesländern keine besonders auffälligen Abweichungen** (Tab. I.3.2.2/4b). So liegen z. B. die Anteilswerte für Pflege und Betreuung zwischen 74,8% (Berlin) und 64,4% (Saarland), der Wert für Niedersachsen etwas unter dem Bundesdurchschnitt (67,6%).

Abb.: B I 3.2.2.2/7



Stand: 15.12.; Quelle: Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Bundesdurchschnittlich wurden 3,5% des Personals für die soziale Betreuung eingesetzt – im Höchstfall 4,9% (Thüringen), zu 4,4% in Mecklenburg-Vorpommern und zu

[214] Auch dieser Wert erscheint nicht außergewöhnlich hoch; siehe hierzu Ausführungen im Abschnitt I.3.2.1.2

4,4% in Nordrhein-Westfalen. Baden-Württemberg und Bayern hatten die niedrigsten Werte (2,78% und 2,82%).

Auf die Hauswirtschaft entfielen zwischen 11,3% (Thüringen) und 21,6% (Niedersachsen) des Personals. Der Bundesdurchschnitt lag bei 19,3%. Die Werte des für die Hauswirtschaft eingesetzten Personals korrespondieren auffällig mit denjenigen des mit Pflege und Betreuung befassten Personals im Sinne einer umgekehrten Proportionalität. Ein Vergleich zwischen den Angaben für die östlichen Bundesländer und Berlin mit denjenigen der westlichen Bundesländer legt dabei die Vermutung einer unterschiedlichen Zuordnung von Aufgaben zu den beiden Tätigkeitsbereichen nahe.[215]

Der Bereich der Haustechnik bindet bundesdurchschnittlich 2,7% des Personals. Die Werte liegen zwischen 2,4% (Berlin) und 3,4% (Sachsen-Anhalt).

Für **Verwaltungs- und Leitungsaufgaben** setzen die Pflegeheime in der Bundesrepublik durchschnittlich 5,5% ihres Personals ein; im Höchstfall waren es 6,9% (Brandenburg), der niedrigste Wert lag bei 4,9% (Baden-Württemberg). Niedersachen lag mit 5,7% (s. o.) am Bundesdurchschnitt.

In sonstigen Bereichen wurde Personal –bundesdurchschnittlich- nur zu 1,4% beschäftigt. Diese Kategorie ist bei den Pflegediensten mit annähernd 5% (Tab. I.3.2.1/4b) vergleichsweise deutlich häufiger vertreten. Der Personaleinsatz entspricht dort dem Bundesdurchschnitt (4,9%); für die Pflegeheime liegt er mit 1,0% deutlich darunter (niedrigster Wert unter den Bundesländern). Im Höchstfall waren 2,1% des Personals mit „sonstigen“ Aufgaben befasst.

Berufsabschluss

Vertretene Berufsabschlüsse nach ihrer Häufigkeit

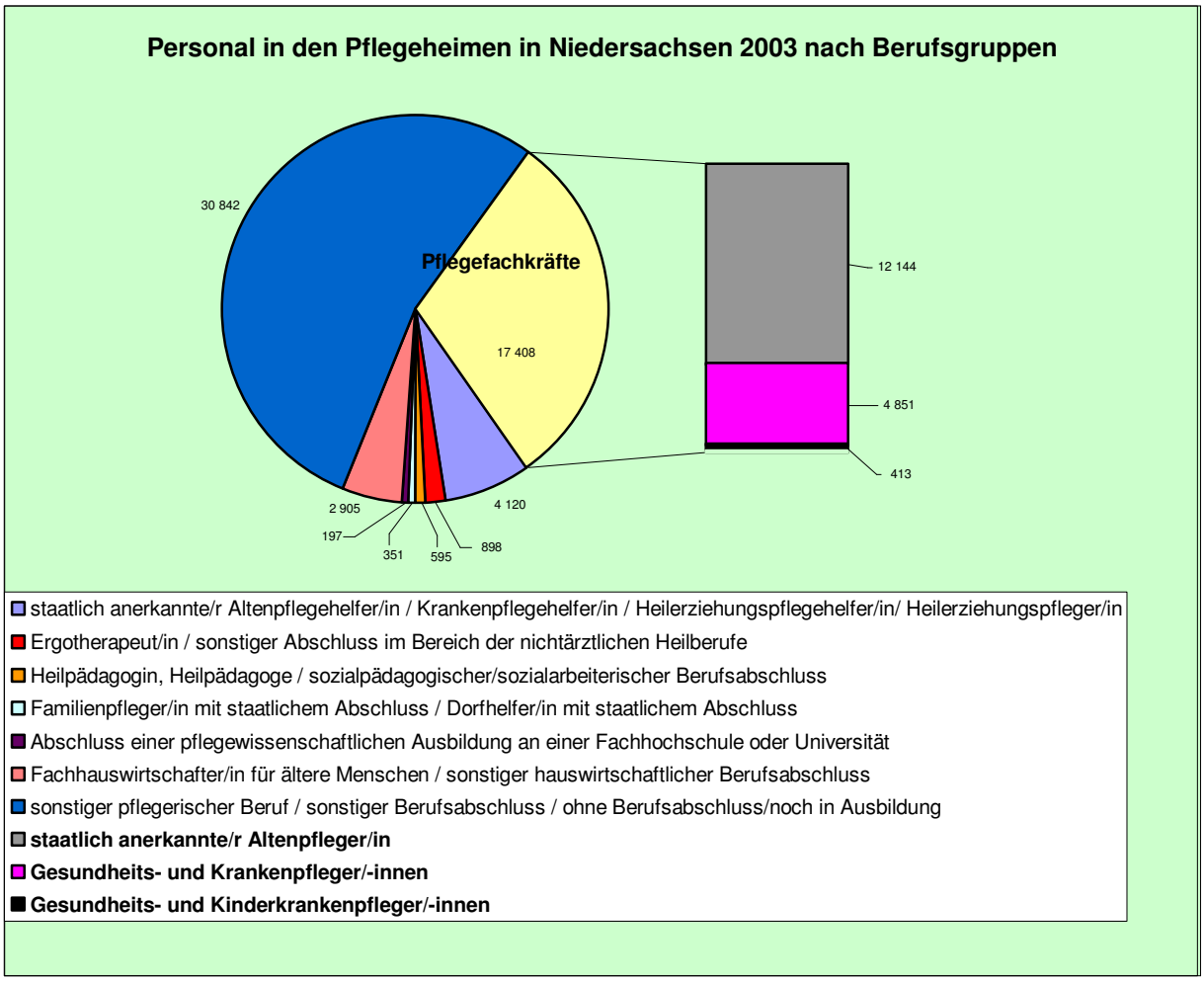
Die Beschäftigten in den niedersächsischen Pflegeheimen unterscheiden sich in ihrer beruflichen Zusammensetzung maßgeblich von den Beschäftigten der Pfle-

[215] Für die hierfür maßgeblichen Gründe fehlen im MS allerdings plausible Anhaltspunkte.

gedienste, insbesondere durch einen geringeren Anteil an Pflegefachkräfte und einen höheren Anteil an an- und ungelernten Kräften.

Für Ende 2003 zeigt sich **folgendes Strukturbild** (Tab. I.3.2.2/5a und I.3.2.1/5a):

Abb.: B I 3.2.2.2/8



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; eigene Berechnung MS

- **Pflegefachkräfte** (Altenpflegerinnen / -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / - pfleger) machen zusammen **30,4%** des Personals aus (Pflegedienste: 43,5%). Aus den diesbezüglichen Helferberufen kommen 6,6% (Pflegedienste: 8,2%).

- **Unter den Pflegefachkräften** machen die **Altenpflegerinnen und Altenpfleger fast 70%** aus (Pflegedienste: 30,7%). Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger (413 Personen) machen nur einen Anteil von 2,4% der Pflegefachkräfte aus (Pflegedienste: 6,3%) (Tab. I.3.2.2/5a).

- **Ungelernte Kräfte** machen 45,3% der Beschäftigten aus (Pflegedienste: 24,3%). **Einschließlich** der Angehörigen der Gruppe „sonstiger pflegerischer Beruf“ (8,5%; Pflegedienste: 17,0%!) machen **an- und ungelernte Kräfte** damit **zu-**

sammen 53,8% aller Beschäftigten aus. Dieser Anteil ist zwar in den Pflegediensten gleich (ebenfalls 53,8%), doch angelernte Kräfte (d. h. solche der Gruppe „sonstiger Pflegeberuf“) besitzen dort einen wesentlich größeren Anteil (s. vorstehend).

- **Hauswirtschaftliche Fachkräfte** sind – aus nahe liegenden Gründen – in den Pflegeheimen deutlich öfter beschäftigt als in Pflegediensten. Ihr Anteil an den Beschäftigten beträgt dennoch auch in den Pflegeheimen nur 5,1% (Pflegedienste: 1,4%).

- **Alle anderen Berufsgruppen** sind nur **mit sehr geringen Anteilswerten** vertreten. Das gilt insbesondere auch für die therapeutischen Berufe (Ergotherapeutinnen / -therapeuten, Physiotherapeutinnen / -therapeuten etc.); sie machen insgesamt nur 1,57% aus (Pflegedienste: 2,16%).

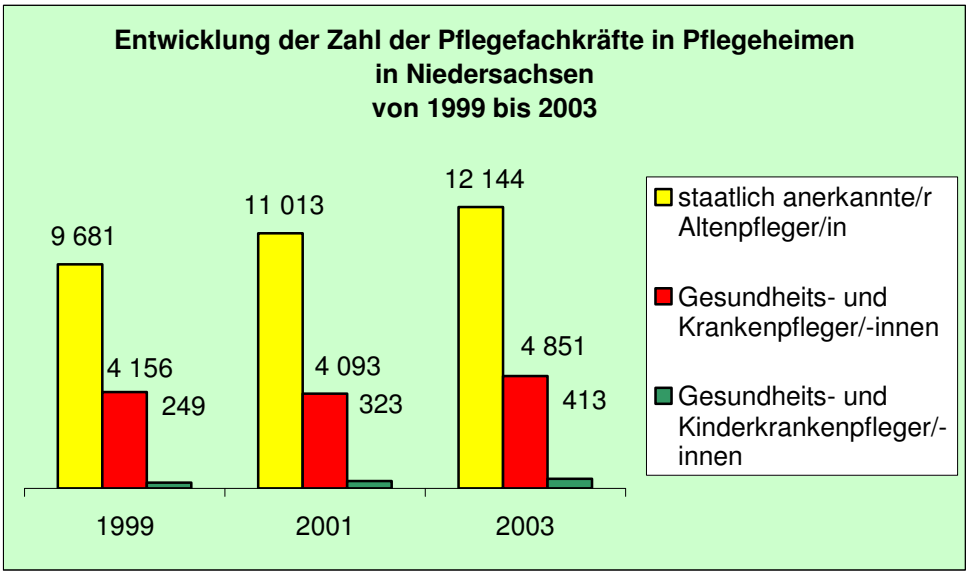
Entwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2003

Hier zeichnete sich für das Personal in den Pflegeheimen folgendes ab:

- Die **Altenpflegerinnen und Altenpfleger** stellen nicht nur den bei weitem größten Anteil unter den Pflegefachkräften in den Einrichtungen, sie haben in den genannten vier Jahren auch die **stärkste** zahlenmäßige **Entwicklung** erfahren (**Steigerung um 25,4%**; 2.463 Personen). Hinsichtlich des Anteils an allen Beschäftigten betrug der Anstieg damit 1,9%.

  Das **Krankenpflegepersonal** (beide Berufsgruppen zusammen) hat zwar **auch zugenommen**, jedoch nur um **19,5%** (859 Personen).

Abb.: B I 3.2.2.2/9



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- In allen drei Untergruppen der **an- und ungelernten Beschäftigten** ist die Zahl der Beschäftigten gestiegen. Für sie zusammen betrug die **Steigerung 11%** (3.065 Personen); ihr **Anteil an allen Beschäftigten sank** dabei **allerdings um 1,7%** auf 53,8% (s. o.). Das heißt:

Wie bei den Pflegediensten sind auch bei den Pflegeheimen in bescheidenem Umfang Entwicklungstendenzen zu einer verstärkten Beschäftigung von Fachpersonal erkennbar.

- Diese Feststellung wird unterstützt in Betrachtung der steigenden Zahl von **Beschäftigten mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung** an einer Fachhochschule oder Universität. Hier hat sich die Zahl von Ende 1999 bis Ende 2003 mehr als verdoppelt (von 95 auf 197 Personen).

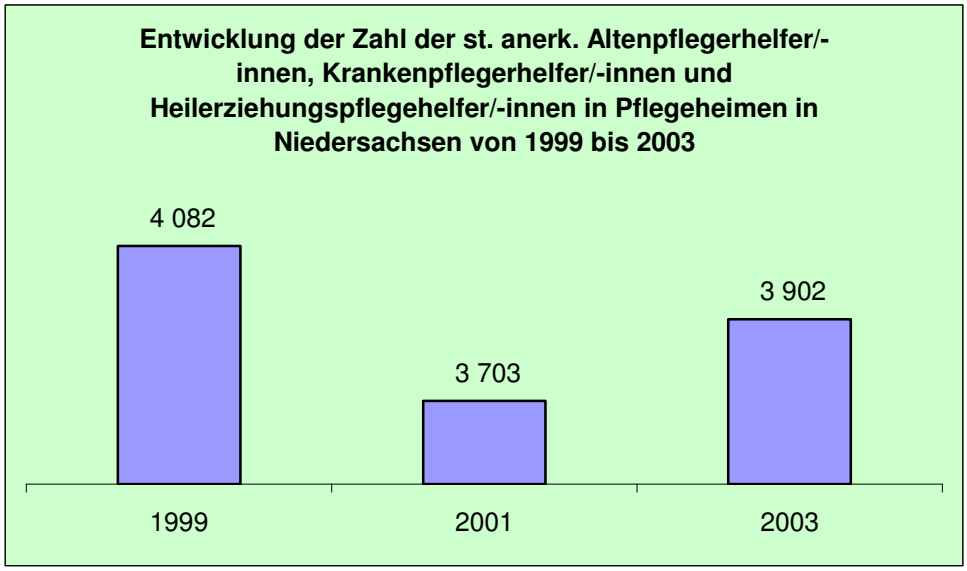
  Ende 2003 gab es in den Pflegeheimen 124 Ergotherapeutinnen / -therapeuten (+ 33,8%)[216], 76 Heilerziehungspflegerinnen / -pfleger (+ 53,2%), 36 **Dorfhelferinnen** (+ 171%) und 195 staatlich geprüfte **Familienpflegerinnen** (+ 197%) mehr als Ende 1999.

  Vor allem **die letztgenannten beiden Berufsgruppen erstaunen angesichts der grundsätzlich auf den Einsatz in Privathaushalten ausgerichteten Ausbildung**.

  Ihre Zuordnung nach den Tätigkeitsbereichen in den Pflegeheimen macht jedoch deutlich, dass sie gleichwohl zu annähernd 60% Aufgaben der Pflege und Betreuung und zu einem Viertel bzw. annähernd 30% im hauswirtschaftlichen Bereich **Aufgaben, auf die hin sie ausgebildet waren, auch in der stationären Versorgung wahrnehmen konnten**.

Hier die Entwicklung der Berufsgruppen im Überblick:

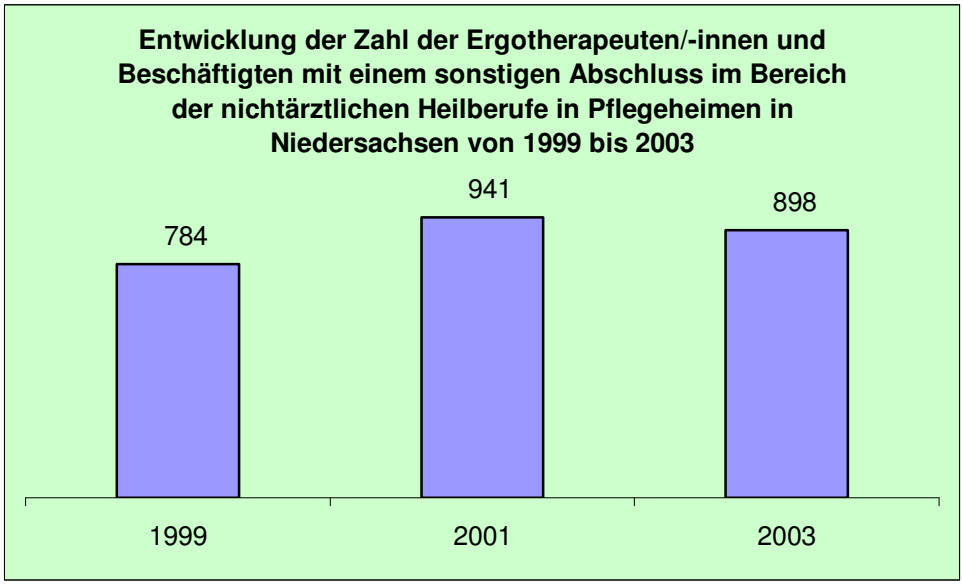
Abb.: B I 3.2.2.2/10



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

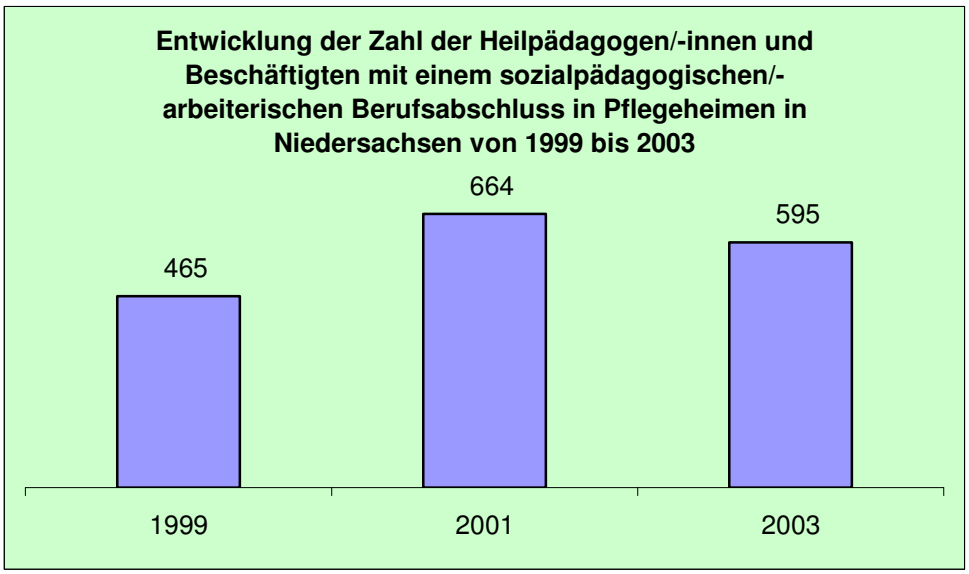
[216] Die Zahl der Beschäftigten mit einem sonstigen Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe blieb nahezu konstant.

Abb.: B I 3.2.2.2/11



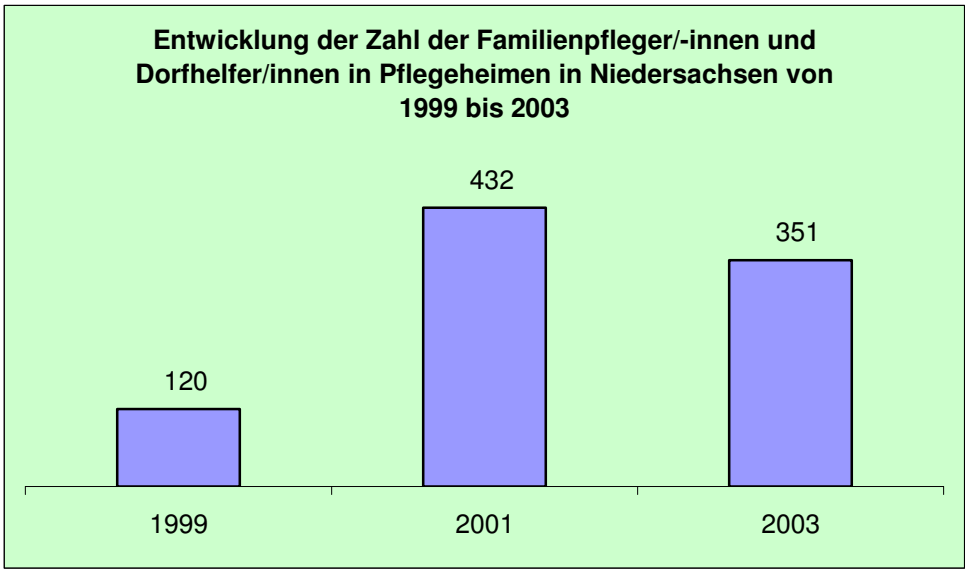
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.2.2/12



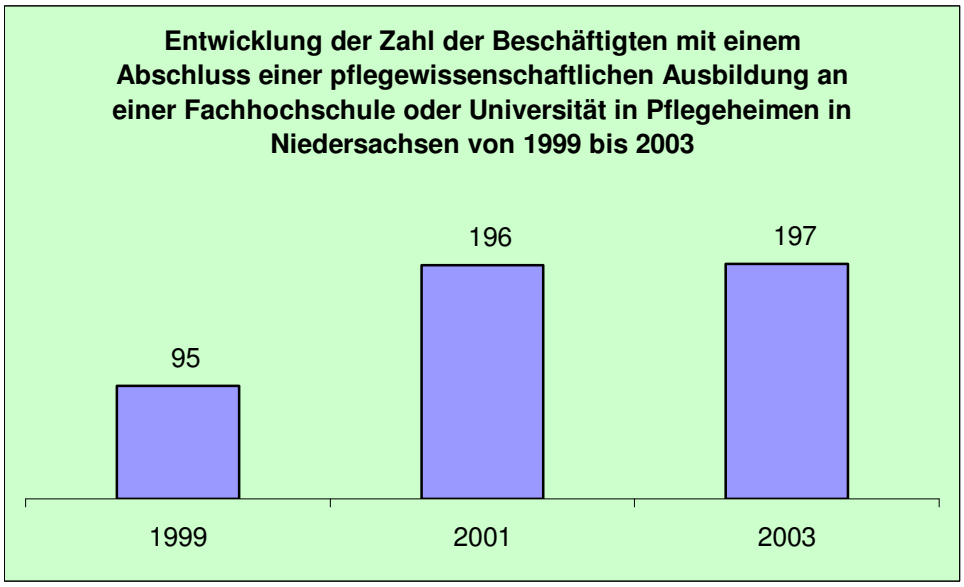
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.2.2/13



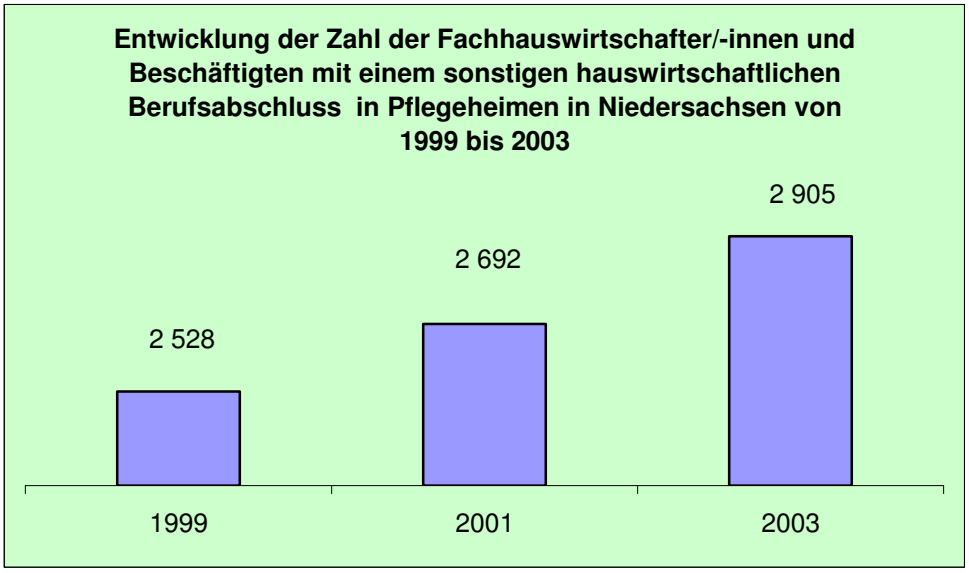
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.2.2/14



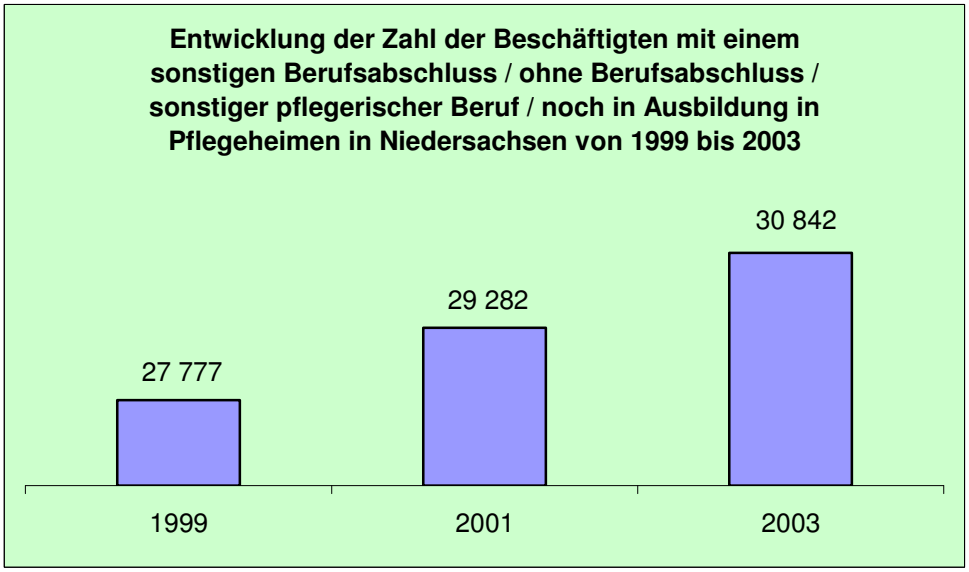
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.2.2/15



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb.: B I 3.2.2.2/16



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Pflegeheime in Niedersachsen im Ländervergleich

Hinsichtlich ihres Anteils an den Beschäftigten der Pflegeheime nehmen die **Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Niedersachsen** im Ländervergleich einen **durchschnittlichen Rang** ein.[217] Deutlich über dem Bundesdurchschnittswert von 21,6% lagen im Durchschnitt die Pflegeheime in den Ländern Hamburg (27,3%), Bayern (24,8%) und Bremen (24,6%). Anteilig im Durchschnitt vergleichsweise wenig Fachkräfte der Altenpflege beschäftigten die Pflegeheime in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (14,3%), im Saarland (15,6%) und in Brandenburg (15,9%) (Tab. I.3.2.2/5b).

Personalprofil der Träger

Hinsichtlich ihrer Zuordnung zu den verschiedenen Trägerarten lassen sich – anders als bei den Pflegediensten (s. Abschnitt I.3.2.1.2) bei den niedersächsischen Pflegeheimen **beim Fachpersonaleinsatz keine nennenswerten Unterschiede** feststellen. Private ebenso wie gemeinnützige und öffentliche Träger beschäftigte zu Ende 2003 zu rd. 30% Fachpflegepersonal der Alten- und der Krankenpflege.

Pflegeheime in privater Trägerschaft hatten allerdings im Vergleich zu denjenigen der beiden anderen Trägerarten (zu Lasten des Anteils der Altenpflegerinnen und Altenpfleger) **häufiger Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger** angestellt (10,4% gegenüber 6,6% bzw. 7,5%) (Tab. I.3.2.2/5c).

Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft beschäftigten dagegen vergleichsweise häufiger staatlich geprüfte Alten- oder Krankenpflegehelferinnen / -helfer (7,6% gegenüber 7,1% bei privaten und 6,1% bei gemeinnützigen Trägern.

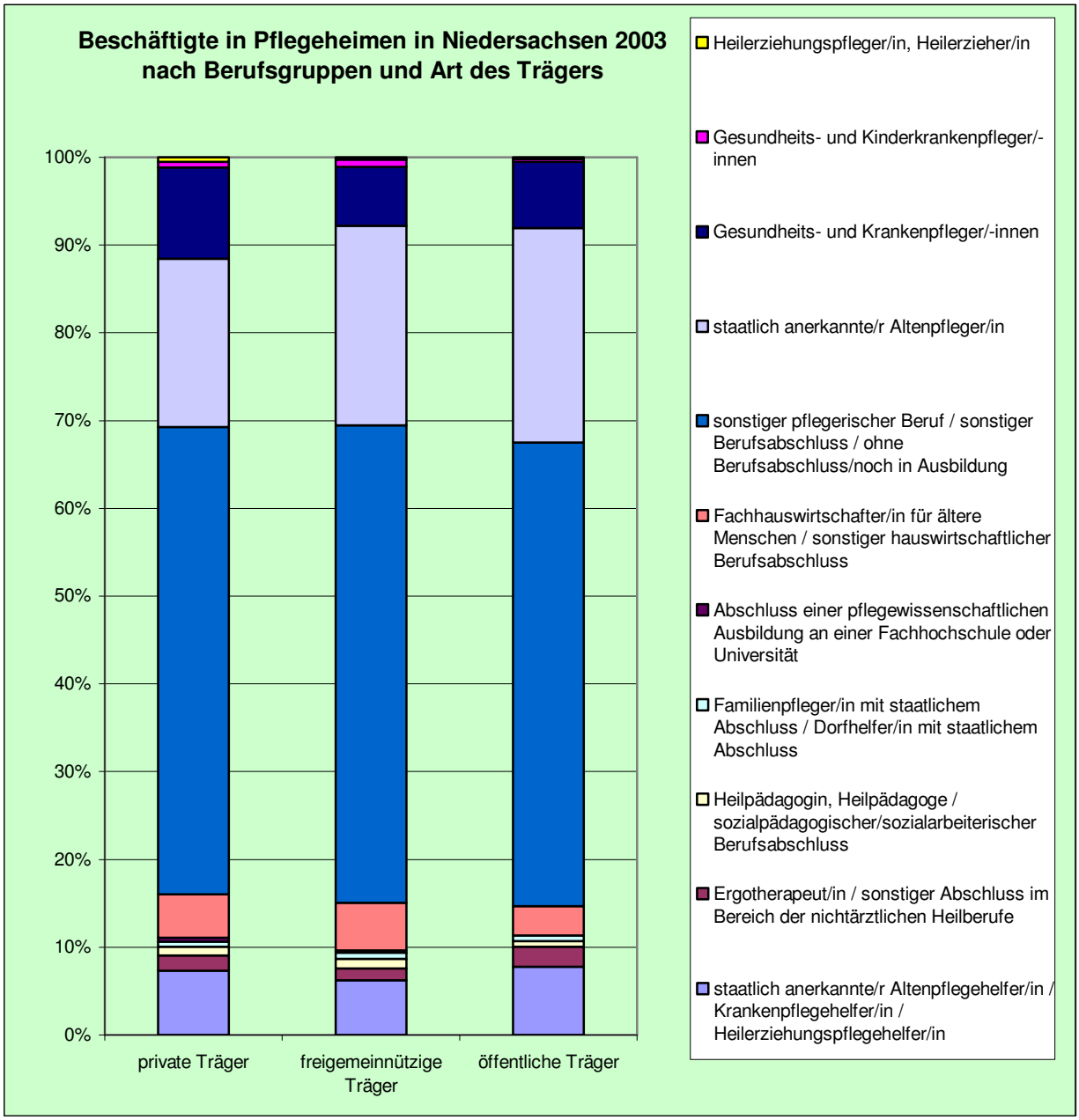
Angelernte Kräfte hatten den größten Anteil unter den Beschäftigten der Heime in privater Trägerschaft (9,1%); bei den gemeinnützigen waren solche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu 8,2% und bei den öffentlichen Trägern zu 5,8% tätig. Ungelernte Arbeitskräfte beschäftigten am meisten die Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft (47%); die

[217] Daten zu anderen Berufsgruppen lagen nicht vor.

Heime in gemeinnütziger und in privater Trägerschaft waren hier mit etwas geringeren Anteilen vertreten (46,2% bzw. 44,2%).

Alles in allem ist zwischen den Trägerarten hinsichtlich der in den Pflegeheimen beschäftigten Berufsgruppen und deren jeweiligem Verhältnis zur Gesamtzahl der Beschäftigten eine weitgehende Übereinstimmung festzustellen. Die vorhandenen geringfügigen Unterschiede lassen keine weitergehende Interpretation zu.

Abb.: B I 3.2.2.2/17



Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

Die für die niedersächsischen **Pflegedienste** zum Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis **getroffenen Feststellungen** (s. Abschnitt I.3.2.1.2) **treffen** grundsätzlich **auch auf die Pflegeheimen zu** – **allerdings** in **weniger** ausgeprägtem Maß.

Das gilt vor allem für die bei den Pflegeheimen etwas geringeren Unterschiede zwischen dem Fach- und dem an- und ungelernten Personal. So waren rd. 63% der Altenpflegerinnen und Altenpfleger, knapp 55% der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger und gut 52% der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger Vollzeit erwerbstätig. Bei den Beschäftigten aus der Gruppe der „sonstigen pflegerischen Berufe“ waren es immerhin noch 40,1% (Pflegedienste: 9,3%), bei den Beschäftigten mit einem sonstigen Berufsabschluss 36,2% (Pflegedienste: 14,1%) und bei denjenigen ohne Berufsabschluss bzw. in Ausbildung 23,6% (Pflegedienste: 12,3%)[218]. Bei den beiden Letztgenannten waren allerdings qualifizierte Teilzeitarbeitsverhältnisse in etwa im gleichen Anteil vorhanden wie bei den Pflegefachkräften; insoweit haben sie in den Pflegeheimen gegenüber den Pflegediensten offenbar günstigere Beschäftigungsbedingungen.

Wie bei den Pflegediensten waren aber auch bei den Pflegeheimen un- und angelernte Kräfte vergleichsweise überdurchschnittlich häufig in Teilzeitbeschäftigungen unter 50% tätig oder geringfügig beschäftigt. Bei den (Pflege)Fachkräften sind hingegen insbesondere geringfügige Beschäftigungen vergleichsweise selten.

Dies wird auch wiederum besonders an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung deutlich: 64% von Ihnen waren vollzeit-, weitere 10% in einer qualifizierten Teilzeittätigkeit beschäftigt.

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich

Die Beschäftigten der Pflegeheime werden – gegenüber der Beschäftigungssituation in den Pflegediensten noch ausgeprägter (s. Abschnitt I.3.2.1.2) – **entsprechend ihrer**

[218] Allerdings wurde rd. ein Viertel dieser Beschäftigten – zu ihnen zählen auch Praktikanten, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Zivildienstleistende - keinem Beschäftigungsverhältnis bezüglich des Arbeitsumfanges zugeordnet.

beruflichen Qualifikation eingesetzt. Ende 2003 waren dementsprechend die Beschäftigten nachfolgenden Berufsgruppen schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen tätig (Tab. I.3.2.2/5e):

- **Fachpersonen der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege** (einschl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, einschl. Helferberufe): jeweils zu weit **über 90%** (92,3% - 97,4%) im Tätigkeitsfeld **„Pflege und Betreuung".**
  Daneben fallen in gewissem Umfang auch noch Tätigkeiten im Bereich „Leitung und Verwaltung" und „Soziale Betreuung" ins Gewicht.
  Aufgaben von Leitung und Verwaltung nahmen die Fachpersonen der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vergleichsweise häufiger wahr (4,6%, 3,9%) als die in den Pflegeheimen beschäftigten Altenpflegerinnen und Altenpfleger (2,3%).
  Im Bereich der sozialen Betreuung waren zwischen 1,1% und 2,2% der beschäftigten Pflegefachkräfte tätig.

- Im Einsatzfeld „Pflege und Betreuung" waren auch fast alle Beschäftigten (96%) der Kategorie „sonstiger pflegerischer Beruf" tätig.

- **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der heilpädagogischen Fachberufe** waren – mit Ausnahme von Heilpädagoginnen und Heilpädagogen – ebenfalls weit überwiegend im Tätigkeitsfeld „Pflege und Betreuung" eingesetzt.[219] Die letztgenannte – zahlenmäßig mit insgesamt 75 Personen sehr geringe – Gruppe war nur zu einem Drittel in „Pflege und Betreuung" eingesetzt, dafür aber zu fast 30% im Hauswirtschaftsbereich und zu 13,5% in „Leitung und Verwaltung".

- Von den in den Pflegeheimen beschäftigten **Ergotherapeutinnen /-therapeuten** waren über 60% im Bereich von „sozialer Betreuung", knapp 30% in „Pflege und Betreuung" tätig. **Beschäftigte mit einem sonstigen Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe** nahmen hingegen zu über 60% Aufgaben aus dem Bereich „Pflege und Betreuung" und zu knapp 13% im Rahmen der sozialen Betreuung wahr. 13,3% hatten Funktionen in Leitung und Verwaltung inne.

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem **sozialpädagogischen Abschluss** oder einem Abschluss als Sozialarbeiterin / Sozialarbeiter (520 Personen) machten nur 0.9% der Beschäftigten aus. In diesen Fällen hatten sie aber vergleichbar häufig (**20,8%) Leitungsaufgaben** inne. Zu **nahezu** der **Hälfte** waren sie im Bereich der **sozialen Betreuung**, zu einem Viertel im Bereich „Pflege und Betreuung" tätig.

- **Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen** waren weitestgehend im Bereich von „Pflege und Betreuung" (annähernd 60%) und im Hauswirtschaftsbereich (25 – 30%) eingesetzt.

- Wie bei den Pflegediensten hatten auch bei den **Pflegeheimen Beschäftigte mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität** (197 Personen) zu weit überdurchschnittlichem

[219] Für diese Fach- und examinierten Hilfskräfte ist anzunehmen, dass sie insbesondere in den Pflegeheimen für behinderte Menschen und für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen tätig sind. Die verfügbaren Daten lassen allerdings eine Differenzierung hiernach nicht zu. Die Zahl dieser Beschäftigten ist, bezogen auf alle Beschäftigten, allerdings sehr gering (insgesamt 405 Personen entsprechend 0,7%).

Umfang (**43,2%)** Aufgaben im Bereich von **Leitung und Verwaltung** inne.

- Ähnliches gilt im übrigen auch – hier anders als bei den Pflegediensten – für die Beschäftigten der Kategorie „**sonstiger Berufsabschluss**“. Von dieser zahlenmäßig sehr großen Gruppe (12.761 Personen) nahmen immerhin **17,4%** Aufgaben im Bereich von **„Leitung und Verwaltung“** wahr. Hierbei dürfte es sich zum öfteren um **Heimleiterinnen und Heimleiter** handeln, deren Tätigkeit nicht zwangsläufig einen fachlichen Bezug zum Zweck der Einrichtung haben muss; vielmehr können dies auch Personen mit einer betriebswirtschaftlichen oder kaufmännischen Ausbildung sein.
  In dieser Berufskategorie befand sich andererseits der vergleichsweise größte Anteil an Beschäftigten des „haustechnischen Bereichs“ (9,8%).

  Jeweils rund ein Drittel nahm Aufgaben von „Pflege und Betreuung“ oder im Hauswirtschaftsbereich wahr.

- **Hauswirtschaftlichen Fachkräfte** (2.905 Personen = 5%): zu weit überwiegendem Maß (80% / 92%) im Hauswirtschaftsbereich tätig.

- **Personen ohne Berufsabschluss** (13.192 Personen = 23%): Zu mehr als der Hälfte (55,5%) im Bereich „Pflege und Betreuung“, zu weiteren 37% in der Hauswirtschaft.

In Betrachtung der Tätigkeitsfelder unter Bezugnahme der Beschäftigten auf Vollzeitäquivalente ergeben sich keine maßgeblichen Strukturunterschiede; insoweit wird diesbezüglich nur auf Tab. I.3.2.2/5f hingewiesen. Den insgesamt 57.316 Beschäftigten entsprachen 42.857 Vollzeit-Äquivalente.

3.2.2.3 Regionales Strukturbild

Personal in den Pflegeheimen und von dort betreute Personen

Die große Spannbreite der Pflegeheime hinsichtlich ihrer Personalkapazität (s. Abschnitt 3.2.2.1) besteht grundsätzlich auch innerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte. Sie wird u. a. aus den Daten über die durchschnittliche Personalbesetzung deutlich. Diese reichte Ende 2003 von rd. 28 Beschäftigten im Landkreis Celle und in der Stadt Wilhelmshaven bis zu 77,5 Beschäftigten in der Stadt Wolfsburg oder 73 Beschäftigte in der Stadt Osnabrück und dem Landkreis Wolfenbüttel (Tab. I.3.2.2/6a).

Wie bei den Pflegediensten lassen auch bei den Pflegeheimen die Werte über die durchschnittliche Personalbesetzung im Vergleich über die kommunalen Gebietskör-

perschaften kein bestimmtes Verteilungsmuster erkennen. Wiederum bildet das Kriterium städtischer / ländlicher Siedlungsraum kein brauchbares Erklärungsmerkmal: sowohl Gebietskörperschaften mit überwiegend städtischer als solche mit überwiegend ländlicher Siedlungsprägung haben jeweils sowohl vergleichsweise hohe wie niedrige Personal-Durchschnittswerte bei den dortigen Pflegeheimen. Von Einfluss dürften insoweit vielmehr die örtlich gewachsenen Angebotsstrukturen sein; hierzu zählt u. a. die Trägerstruktur. Auf die dortige Tendenz von nach ihrer Beschäftigtenzahl eher kleineren Betrieben bei den Pflegeheimen in privater Trägerschaft wurde bereits hingewiesen (Abschnitt I.3.2.2.1).

Im Unterschied zu den Pflegediensten gibt es bei den Pflegeheimen **bei dem Verhältnis zwischen durchschnittlicher Personalkapazität und durchschnittlich betreuten Personen** zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften **nur geringe Abweichungen**. Die Spanne reicht hier nur von 0,9 (Landkreis Cloppenburg) bis 1,4 (Landkreise Uelzen, Ammerland, Osterode am Harz, Peine und Stade sowie die Städte Salzgitter und Braunschweig). Mit einem Verhältnis von 1 : 1 (1 Mitarbeiterin / Mitarbeiter je Bewohnerin / Bewohner) im Vergleich zum Landesdurchschnitt (1 : 1,2) günstige Bedingungen wiesen auch noch die Pflegeheime in den Landkreisen Osnabrück, Emsland und Leer auf.

Wie schon bei den Pflegediensten lassen sich keine systematischen Zusammenhänge zwischen der Personalkapazität und der Zahl der betreuten Personen feststellen. So entsprach z. B. im durchschnittlich mit personalstarken Einrichtungen versehenen Landkreis Grafschaft Bentheim das Verhältnis zwischen durchschnittlicher Beschäftigtenzahl und durchschnittlicher Zahl der betreuten Personen mit 1 : 1,1 demjenigen im Landkreis Cuxhaven. Die Personalstärke betrug dort in den Pflegeheimen durchschnittlich 35,1, im Landkreis Grafschaft Bentheim hingegen 55,6 Personen/Heim (Tab. I.3.2.2/6a).

Strukturmerkmale der Beschäftigten und der Tätigkeit

Angesichts der Tatsache der bereits in den Abschnitten 3.2.2.1 und 3.2.2.2 dargestellten grundlegenden Zusammenhänge z. B. zwischen der Trägerzugehörigkeit der Dienste, Ihrer Beschäftigtenzahl und –struktur einerseits, der diesbezüglich – wie ebenfalls bereits aufgezeigt – eher zufälligen oder historisch gewachsenen örtlichen Verhältnisse bezüglich der Strukturmerkmale der Beschäftigten und der Tätigkeiten andererseits

führt eine regional vergleichende Betrachtung und Wertung im Sinne von Tendenzaussagen aus Landessicht zu keinen Ergebnissen von versorgungspolitischem Interesse.

Auf die für die regionale Betrachtung ermittelten Strukturdaten der Beschäftigten und ihrer Tätigkeiten – Tab. I.3.2.2/6b und 6c – wird insoweit nur hingewiesen. Zudem wird zusammenfassend festgestellt, dass hinsichtlich der verschiedenen Merkmale wie z. B. der Zahl der Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten oder der Verteilung über die verschiedenen Berufsgruppen bei den Durchschnittswerten für die Pflegeheime bei einzelnen Kommunen jeweils erheblichen Abweichungen vom Landesdurchschnitt bestehen. So reicht beispielsweise der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 19,8% (Landkreis Cloppenburg) bis 58,1% (Landkreis Goslar), derjenige für qualifizierte Teilzeitarbeitsverhältnisse von 16,4% (Stadt Wilhelmshaven) bis 45,1% (Landkreis Lüchow-Dannenberg) und der durchschnittliche Anteil für geringfügig Beschäftigte von 3,3% (Stadt Delmenhorst) bis 19,8% (Landkreis Cloppenburg).

Eine Bewertung dieser Daten kann nur von den Beteiligten vor Ort vor dem Hintergrund der spezifischen Kenntnisse der örtlichen Verhältnisse erfolgen.

Bezüglich des landesweiten Strukturbildes des Personals in den Pflegeheimen und seiner Beschäftigung wird auf die Ausführungen in den Abschnitten 3.2.2.1 und 3.2.2.2 verwiesen.

3.2.3 Strukturvergleich Pflegedienste / Pflegeheime

Im Sinne einer zusammenfassenden Bewertung der Strukturdaten können als **wesentliche Merkmale** festgehalten werden:

- Bestand und Struktur des Personals in den Pflegediensten und Pflegeheimen sind gleichermaßen den jeweiligen örtlichen Bedingungen angepasst.
- In beiden Versorgungsbereichen war für die Jahre von Ende 1999 bis Ende 2003 ein erheblicher Personalzuwachs zu verzeichnen. Dies gilt überdurchschnittlich für fachlich ausgebildetes Personal. Besonders qualifizierte Teilzeitarbeitsverhältnisse aber auch Vollzeitbeschäftigungen erhielten Zuwächse.
- Die zunehmende Zahl der pflegebedürftigen Menschen konnte durch die Personalzuwächse weitestgehend befriedigt werden.

- Pflegedienste und Pflegeheime in Niedersachsen entsprechen hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zur Zahl der betreuten Personen dem Bundesdurchschnitt.

- Pflegedienste unterscheiden sich von Pflegeheimen durch eine deutlich geringere Quote an Vollzeitbeschäftigungen. Allerdings ist die Quote der qualifizierten Teilzeitbeschäftigungen hoch.

- Pflegedienste beschäftigen durchschnittlich mehr Personen in Teilzeitarbeitsverhältnissen mit geringer Stundenzahl und in geringfügigen Beschäftigungen. Bei letzteren entspricht der Anteil den rahmenvertraglichen Vereinbarungen (möglichst nicht über 20%).

- Sowohl bei Pflegediensten als bei Pflegeheimen geht die Entwicklung in Richtung auf den vermehrten Einsatz von Fachpersonal.

- Pflegedienste unterscheiden sich strukturell von Pflegeheimen beim Pflegefachpersonal deutlich. In den Pflegediensten überwiegen die Fachberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, in den Pflegeheimen die Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Auch die Pflegedienste verzeichnen allerdings einen überproportionalen Anstieg von Altenpflegerinnen und Altenpflegern.

- Der bei weitem größte Teil der Beschäftigten in den Pflegediensten und Pflegeheimen ist weiblich; diesbezüglich sind für die Zeit von Ende 1999 bis Ende 2003 kaum Veränderungen zu verzeichnen. Männliche Beschäftigte nehmen vergleichsweise häufiger als im Durchschnitt ihrer Präsenz in den Pflegeeinrichtungen Leitungsaufgaben und Aufgaben im technischen Dienst wahr.

- Sowohl in den Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen entsprechen die Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten ihren Ausbildungen im Sinne eines unter fachlichen wie betriebswirtschaftlichen Aspekten effektiven Personalmanagements.

- Die regionalen Strukturprofile sind vielfältig. In Anbetracht der Überlagerung der unterschiedlichen ortsspezifischen Ausprägungen der verschiedenen Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeiten sind keine siedlungsstrukturellen oder anderweitig begründbaren Strukturmuster zu erkennen. Die Bewertung der Gegebenheiten ist nur auf örtlicher Ebene durch die Beteiligten möglich.

Zu den quantitativen Ausprägungen von Unterschieden zwischen den Pflegediensten und den Pflegeheimen wird auf die Ausführungen insbesondere in Abschnitt 3.2.2 hingewiesen.

3.3 Vergütungen

Wie hinsichtlich des Leistungsbezuges der Versicherten und der Pflegeeinrichtungen (Pflegdienste und Pflegeheime) ermöglichen die erst nach Erstellung des Pflegerahmenplanes aus dem Mai 2000 (siehe Abschnitt „Einführung“) veröffentlichten Daten der Pflegestatistik erstmals einen Einblick in die Vergütungen der Pflegeeinrichtungen und deren Entwicklung seit 1999 auf Bundes- und Landesebene und für die verschiedenen Pflegeeinrichtungen. Die statistischen Daten geben allerdings nur die Vergütungen für stationäre Pflegeeinrichtungen (vollstationär, teilstationär und Kurzzeitpflege) wieder. Die Vergütungen für die ambulanten Pflegeleistungen sind nicht zuletzt aufgrund sehr unterschiedlicher Vertragsgrundlagen in den verschiedenen Bundesländern und zwischen den Pflegediensten (s. nachfolgende Ausführungen im Abschnitt 3.3.1) statistisch nicht erfasst. Insofern sind hier auch für die Situation in Niedersachsen nur allgemeine Angaben zur Vergütungsstruktur und finanziellen Bewertung von Leistungen (Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung / Fahrkosten) möglich.

Die von der Pflegestatistik erfassten Merkmale beziehen sich zudem nur auf die Vergütungsbestandteile „Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen“ und „Entgelt für Unterkunft und Verpflegung“ (§ 82 Abs. 1 SGB XI). Über die den Nutzerinnen und Nutzern der Pflegedienste und Pflegeheime ebenfalls berechneten Investitions(folge)aufwendungen (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) werden aufgrund der diesbezüglich fehlenden Zuständigkeit der Vertragsparteien zur Vereinbarung auch dieses Kostenbestandteiles der Pflegeeinrichtungen im SGB XI keine Aussagen getroffen.[220]

---

[220] Die Vergütung nach dem SGB XI setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen (§ 82 Abs. 1 SGB XI):

- Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung). Diese erhalten Pflegedienste und Pflegeheime. Die Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen von stationären Einrichtungen trägt die Bezeichnung „Pflegesatz“ (§ 84 Abs. 1 SGB XI). Er umfasst neben der Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen auch diejenige für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (bis 31.12.2007 begrenzt) und der sozialen Betreuung (§ 82 Abs. 1 Satz 2 und i. V. m. § 84 Abs. 1 SGB XI).

- Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

Für beide Vergütungsbestandteile müssen die Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer grundsätzlich aus eigenem Einkommen und Vermögen aufkommen. Zu den Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen leisten die Pflegekassen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen bei privat Pflege-Pflichtversicherten einen Zuschuss in der gesetzlich festgelegten Höhe (§§ 36, 38, 39, 41, 42, 43, 43a SGB XI). Dieser kann aufwandsdeckend sein.[220] Eine eventuellen durch die Versicherungsleistungen nicht gedeckten Betrag sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung haben die Leistungsnehmerinnen und –nehmer oder – bei Vorliegen von Bedürftigkeit – nachrangige Kostenträger (Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge, Beihilfe etc.) zu tragen.

Die Träger der Pflegedienste und –heime können zudem ihre zur Vorhaltung von oder im Zuge der Erbringung von Leistungen anfallenden Investitions(folge)auf - wendungen den Nutzerinnen und Nutzern in Rechnung stellen (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI). Der Umfang richtet sich dabei danach, ob und in welcher Höhe eine Förderung dieser Aufwendungen aus öffentlicher Förderung erfolgt.

In Niedersachsen trägt das Land die Investitionsaufwendungen der Pflegedienste sowie der teilstationären und der Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach §§ 9 und 10 NPflegeG. Gefördert werden sie zudem bei Kurzzeitpflegeaufenthalten in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege (§ 10 Abs.1 Satz 2 NPflegeG) i.d.F. des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 vom 9.12.2005. Für die Nutzerin-

Dennoch werden im Folgenden auch hierzu Ausführungen auf der Grundlage von dem MS zugänglichen Daten der Landesorganisationen der Pflegekassen für die Pflegeheime in Niedersachsen gemacht.[221] Die in diesen Datengrundlagen ebenfalls enthaltenen Beträge für die stationären Pflegevergütungen (Pflegesätze) sowie für die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung werden jeweils mit den Daten der amtlichen Statistik verglichen.

Im Gesamtergebnis liegen die in der Pflegestatistik ausgewiesenen Preise über die Jahre hinweg jeweils etwas über den von den Landesorganisationen der Pflegekassen statistisch erfassten Werten.

Zur Rechtslage allgemein ist zudem vorab festzuhalten:

Die Preisfindung für Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erfolgt auf vertragsrechtlicher Grundlage. Der Bundesgesetzgeber hat demgemäß diese Aufgabe grundsätzlich den im Gesetz näher bezeichneten Vertragsparteien (§ 85 Abs. 1, § 89 Abs. 2 SGB XI) überantwortet. Ersatzweise können die Vergütungen auch durch Bundesverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden (§§ 83, 90 SGB XI). Hiervon wurde bislang kein Gebrauch gemacht.

Vertragsparteien sind grundsätzlich die Pflegekassen oder ihre Verbände sowie der jeweils zuständige (örtliche oder überörtliche) Sozialhilfeträger auf der Leistungsträgerseite, der Träger des Pflegedienstes oder –heimes auf der Leistungsanbieterseite. Einen für den Einzelvertrag verbindlichen Rahmen bilden die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI und die auf Landesebene vereinbarten Rahmenverträge nach § 75 SGB XI. Der Abschluss von Vergütungsvereinbarungen bei stationären Pflegeeinrichtungen setzt zudem den Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung voraus (§ 80a SGB XI). Der Abschluss von Vergütungsvereinbarungen bedingt in jedem Fall das Vorliegen einer Zulassung zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI). Auch der Abschluss der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI und der Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ist den o. g. Vertragsparteien (hier bezogen auf Landes- bzw. Bundesorganisationen) verpflichtend vorgegeben. Diese Vereinbarungen sind für alle Pflegedienste und Pflegeheime unmittelbar verbindlich. Bei Nichteinigung kann die – neben drei unabhängigen Mitgliedern – paritätisch aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungsanbieter- und der Leistungsträgerseite besetzte Schiedsstelle (§ 76 SGB XI)[222] angerufen, anschließend kann der Klageweg beschritten werden.

Das Land ist vor diesem Hintergrund nur in seiner Funktion als überörtlicher Träger der Sozialhilfe Vertragspartei. In Niedersachsen trifft dies nur auf zugelassene Pflegeheime

---

nen und Nutzer der Einrichtungen entstehen insoweit keine solchen Kosten mehr.[220] Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in stationärer Dauerpflege haben sie zu tragen, bei Bedürftigkeit tritt ein nachrangig leistungsverpflichteter Kostenträger ein.

[221] Die Verwendung dieser Daten für diesen Bericht ist angesichts ihrer Aggregierung im Mindesten auf die Summe der jeweils in den kreisfreien Städten und Landkreisen befindlichen Pflegeheime unbedenklich.

[222] siehe auch Abschnitt I.3.1.1

zu, in denen überwiegend volljährige Bewohnerinnen und Bewohner im Alter unter 60 Jahren leben. Von den insgesamt 1121 Pflegeheimen Ende 2003 traf dies nur auf 53 Pflegeheime zu (4,7%).[223] Für alle anderen Pflegeheime – dies sind die 1.068 Altenpflegeheime – sowie für alle Pflegedienste (Ende 2003: 998) sind die örtlichen Träger der Sozialhilfe Vertragspartei. Diese Aufgabe nehmen sie eigenständig (im eigenen Wirkungskreis) wahr. Das Land ist an den Ausgaben für die Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach dem Quotalen System[224]derzeit landesdurchschnittlich zu etwa 50% beteiligt.

Das Land hat im Übrigen nur die Rechtsaufsicht über die Verbände der landesunmittelbaren Pflegekassen.

Vor diesem Hintergrund **ist zusammenfassend festzuhalten**:

Das Land hat mit geringfügigen Ausnahmen rechtlich keine Möglichkeiten, auf die Preisgestaltung bei Pflegediensten und Pflegeheimen einzuwirken.

Nachfolgend werden darum die statistisch zu den Vergütungen erfassten Merkmale lediglich auf ihre Ausprägungen hin dargestellt und ohne wertende Kommentierung erläutert.

3.3.1 Vergütungen von ambulanten Pflegeleistungen

Rechtsgrundlagen

Die Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen können gem. § 89 Abs. 3 SGB XI, je nach Art und Umfang der Pflegeleistungen, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.

Vergütungen

Vergütungsgrundlagen

In Niedersachsen erfolgt die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen weit überwiegend auf der Grundlage von Vereinbarungen über Leistungskomplexe. Dabei kommen – historisch bedingt – unterschiedliche Leistungskomplexkataloge zur Anwendung.

[223] Tab. I.3.1.5/1a2
[224] Nds. Gesetz zur Ausführung des zwölften Buchs Sozialgesetzbuch – SGB XII – vom 13.12.2004 (Nds. GVBl. S. 644) und

So erhält z. B. der überwiegende Teil der Pflegedienste in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden Vergütungen nach dem von der niedersächsischen Schiedsstelle nach § 76 SGB XI im Jahr 1995 festgesetzten so genannten „Leistungskatalog Schwanewede“ (s. u.). Pflegedienste in privater Trägerschaft werden zwischenzeitlich überwiegend nach dem so genannten „Leistungskatalog Niedersachsen 2002“ vergütet. Hierbei handelt es sich um einen seitens der Kostenträgerverbände und der Leistungsanbieterverbände gemeinsam unter Moderation des damaligen Vorsitzenden der Schiedsstelle entwickelten Leistungskatalog. Dieser hat jedoch letztlich bei den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen keine Zustimmung erfahren. Des weiteren existieren noch Vergütungen nach den so genannten Leistungskomplexkatalogen „1995“ und „1996“. Dabei handelt es sich um von den Spitzenverbänden der Pflegekassen entwickelte und zur bundesweiten Anwendung empfohlene Leistungskomplexkataloge.

Nach Aussage der Landesorganisationen der Pflegekassen stellt sich derzeit die Vergütungsstruktur der Pflegedienste nach dem SGB XI wie folgt dar:

- 670 Pflegedienste: Leistungskomplexkatalog Niedersachsen 2002
- 314 Pflegedienste: Leistungskomplexkatalog Schwanewede
- 116 Pflegedienste: Leistungskomplexkatalog 1995
- 19 Pflegedienste: Leistungskomplexkatalog 1996.[225]

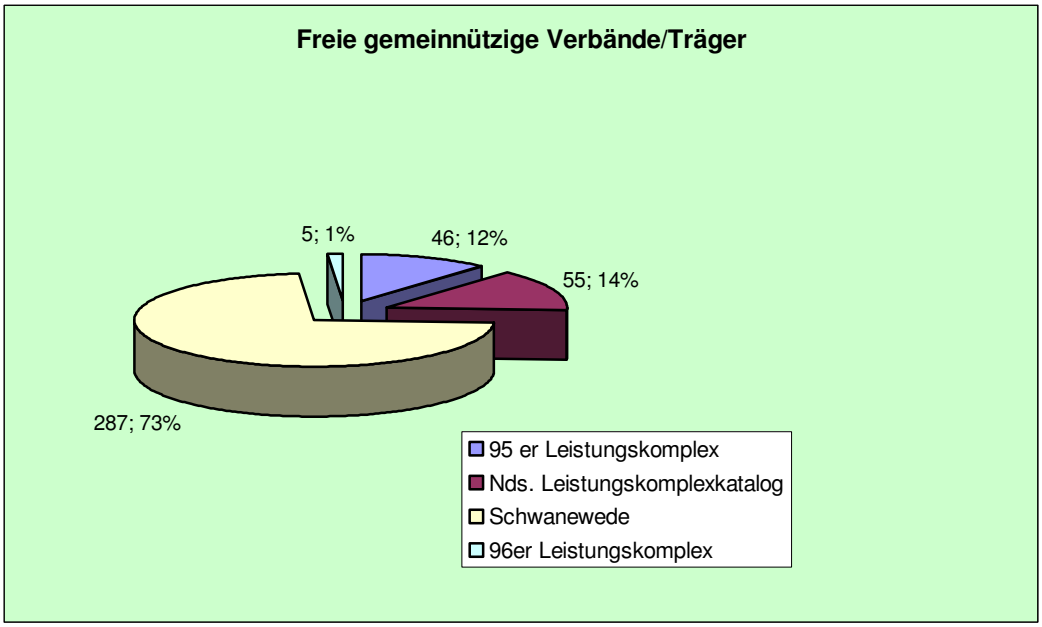
Für die verschiedenen Trägerarten zeigt sich folgendes Bild (Tab. I.3.3.1/1):

- Den Vergütungen der einem Wohlfahrtsverband angeschlossenen Pflegedienste (frei gemeinnützige Trägerschaft) liegt zu knapp drei Vierteln (288 Pflegedienste) der Leistungskomplexkatalog „Schwanewede“ zugrunde. Weiterhin häufiger Anwendung finden die Leistungskomplexkataloge „Schwanewede“ (14%; 55 Pflegedienste) und „1995“ (12%; 47 Pflegedienste).

Verordnung über die quotale Verteilung von Sozialhilfeaufwendungen vom 21.12.2000 (Nds. GVBl. S. 381), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31.08.2005 (Nds. GVBl. S. 286)

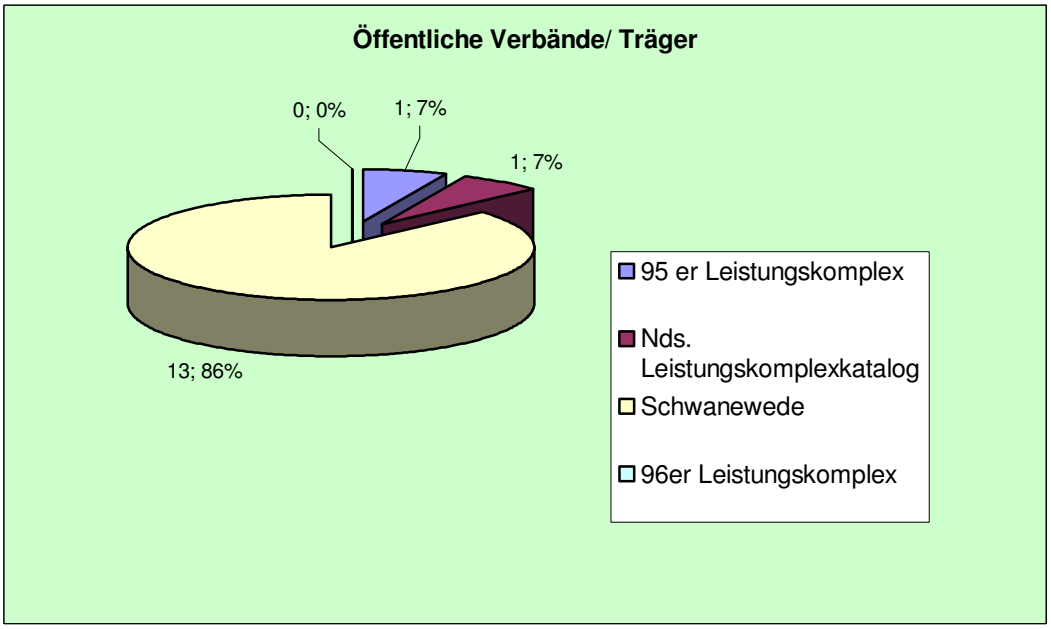
[225] Die Zahl der von den Landesorganisationen der Pflegekassen genannten Dienste (1.119) liegt deutlich über der statistisch für Ende 2003 ausgewiesenen Zahl (998). Die Gründe für den Unterschied konnten nicht ermittelt werden. Sowohl zwischenzeitliche Neuzulassungen von Pflegediensten als auch unterschiedliche Zählweisen (Zweigniederlassungen werden gezählt oder nicht) kommen in Betracht. In dem hier thematisierten Kontext sind die Unterschiede nicht von Relevanz.

Abb.: B I 3.3.1/1



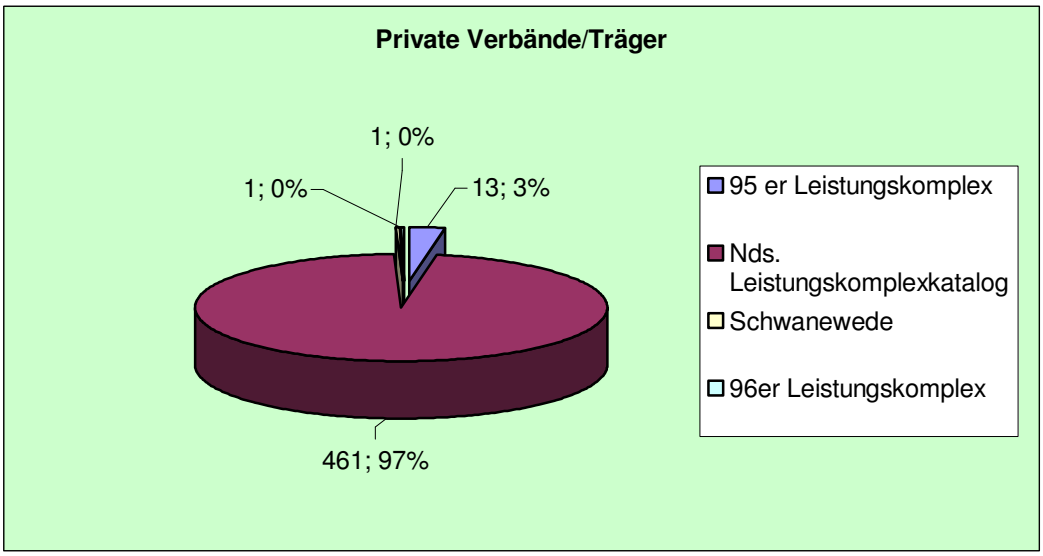
- 13 der 15 Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft werden auf der Grundlage des Leistungskomplexkataloges „Schwanewede“ vergütet. Die übrigen beiden verteilen sich auf die Leistungskomplexkataloge „Niedersachsen 2002“ und „1995“.

Abb.: B I 3.3.1/2



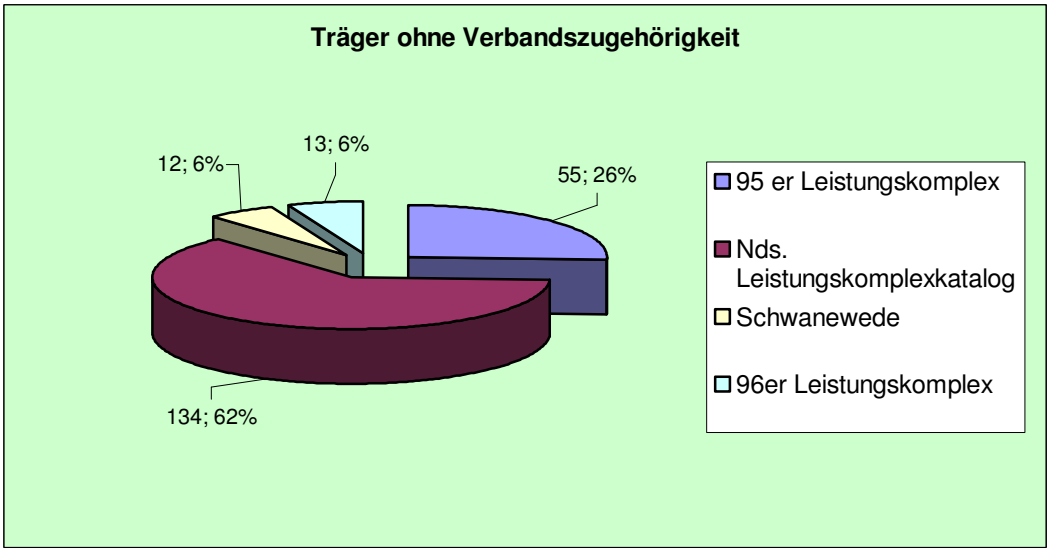
- Pflegedienste mit Verbandszugehörigkeit zu einem Verband privater Einrichtungsträger werden nahezu ausnahmslos (97%; 473 Pflegedienste) auf der Grundlage des Leistungskomplexkatalogs „Niedersachsen 2002“ vergütet. Für 13 Dienste findet der Leistungskomplexkatalog „1995“ Anwendung, für die verbleibenden 2 Dienste jeweils der Leistungskomplexkatalog „Schwanewede“ und „1996“.

Abb.: B I 3.3.1/3



- Bei den insgesamt 221 privaten Pflegediensten, die keinem Verband angeschlossen sind, werden annähernd zwei Drittel ebenfalls auf der Grundlage des Leistungskomplexkataloges „Niedersachsen 2002“ vergütet, ein Viertel (55 Dienste) nach dem Leistungskomplexkatalog „1995“ und 12 bzw. 13 Pflegedienste nach „Schwanewede“ bzw. Leistungskomplexkatalog „1996“.

Abb.: B I 3.3.1/4



Zusammenfassend kann insofern festgehalten werden: **Die vier in Niedersachsen angewandten Leistungskomplexkataloge kommen – wenn auch in deutlich unterschiedlicher Gewichtung – bei allen Trägerarten vor**.

Die **gesetzliche Möglichkeit von Einzelleistungsvergütungen** wird nach Kenntnissen des MS **nicht ausgeschöpft**. Dies ist nicht zuletzt **unter dem Aspekt des** mit Einzelleistungs-Abrechnungen stets verbundenen **Verwaltungsaufwandes zu begrüßen**.

Auch Vergütungen nach dem Leistungsinhalt unabhängig von dem Zeitaufwand werden nach hiesiger Kenntnis nicht praktiziert. Hierunter zählen nach hiesiger Auffassung nicht die so genannten „Hausbesuchspauschalen“ (leistungsunabhängige Vergütung für Vorhaltungs- und Fahrtaufwand).
Hingegen finden nach Berichten aus der Praxis Vergütungen nach dem Zeitaufwand bei Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI vereinzelt Anwendung. Dies gilt vor allem für in diesem Zusammenhang stehende Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung. Für diese Leistungen sieht auch der Leistungskomplexkatalog „Niedersachsen 2002“ eine Vergütung nach Zeitaufwand ohne Bezugnahme auf die in dieser Zeit erbrachten Einzelleistungen vor. Der Zeittakt beträgt dabei 10 Minuten.

Höhe der Vergütung

Bei der Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen nach Leistungskomplexen sind jeweils zu solchen Komplexen (z. B. „kleine Morgentoilette“, „große Morgentoilette“ etc.) zusammengefasste Einzelleistungen mit einem Punktwert versehen, dem praxisgestützte Annahmen zum durchschnittlichen Zeitbedarf für die Einzelleistungen zugrunde liegen. Die Vereinbarung über die Vergütung bezieht sich auf den Leistungspunkt. Sie ist – von Leistungskomplexkatalog zu Leistungskomplexkatalog – unterschiedlich; zum Teil erfolgen auch unterschiedliche finanzielle Bewertungen zwischen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Hilfen (Leistungskomplexkataloge „Schwanewede“ und „1996“). Angesichts der Tatsache, dass die Vergütungen für jeden Pflegedienst einzeln zu vereinbaren sind (§ 89 Abs. 2 Satz 5 SGB XI), können unterschiedliche Beträge je Leistungspunkt vereinbart werden. Dies wird jedoch nach den dem MS vorliegenden Unterlagen der Landesorganisationen der Pflegekassen nur in seltenen Einzelfällen praktiziert.

Je Leistungspunkt sind in den Leistungskomplexkatalogen für die jeweils weitaus überwiegende Zahl der Pflegedienste bzw. im Mittel über die jeweiligen Pflegedienste von den Landesorganisationen der Pflegekassen die nachfolgend dargestellten Beträge ausgewiesen (s. a. folgende Tab.).

Tab. T B I 3.3.1/1

Leistungskomplex-katalog	Punktwert Grundpflege (in Euro)	Punktwert Hauswirtschaft (in Euro)
„1995“	0,0378 (Mittelwert) 0,0383 (häufigster Wert; 25% der Dienste)	0,0378 (Mittelwert) 0,0383 (häufigster Wert; dto.)
„1996“	0,0373 (Mittelwert) 0,0383 (häufigster Wert; 21% der Dienste)	0,0366 (Mittelwert) 0,0383 (häufigster Wert; dto.)
„Schwanewede“	0,0411 (Mittelwert) 0,0412 (häufigster Wert; 94% der Dienste)	0,0257 (Mittelwert) 0,0254 (häufigster Wert; dto.)
„Niedersachsen 2002“	0,0350 (Mittelwert) 0,0350 (häufigster Wert; 95% der Dienste)	0,0350 (Mittelwert) 0,0350 (häufigster Wert; dto.)

Festzustellen ist: Die Leistungskomplexkataloge „Schwanewede“ und „Niedersachsen 2002“ führen jeweils zu wesentlich einheitlicheren Preisen bei den beteiligten Pflegediensten als die Vergütungsvereinbarungen nach den beiden anderen Leistungskomplexkatalogen. Die Anwendung der beiden erstgenannten Leistungskomplexkataloge führt daher aus der Nutzerperspektive zu einer erheblich besseren Übersicht.

Zu den leistungsbezogenen Vergütungen treten jeweils die leistungsunabhängigen **Hausbesuchspauschalen** (Wegepauschalen) **hinzu.** Hierbei gelten folgende grundsätzliche Unterscheidungen:

- Für die Zeit von 20.00 – 6.00 Uhr fallen grundsätzlich die doppelten Beträge an. Dasselbe gilt – für jede Tageszeit – an Wochenenden und Feiertagen.

- Werden vom Pflegedienst anlässlich desselben Hausbesuches sowohl Leistungen nach dem SGB XI als auch solche der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) erbracht (dies ist häufig der Fall), halbieren sich die in den Leistungsabrechnungen für die nach SGB XI erbrachten Leistungen auszuweisenden jeweiligen Hausbesuchspauschalen.

- Werden mehrere pflegebedürftige Menschen in einem gemeinsamen Haushalt durch den selben Pflegedienst in einem Einsatz gepflegt, wird die entsprechende Hausbesuchspauschale für jede gepflegte Person hälftig gerechnet.

- In Wohnanlagen für Senioren (z. B. Seniorenresidenzen, Wohnstifte, Seniorenwohngemeinschaften): Sofern der Pflegedienst dort unmittelbar räumlich zugeordnet ist und Leistungen in der Wohneinrichtung erbringt, kann für jede gepflegte Person eine Hausbesuchspauschale von 1,00 Euro abgerechnet werden.
  Von externen Pflegediensten, die in solchen Wohnanlagen zeitlich zusammenhängend mehr als zwei Personen nacheinander pflegen, kann für jede gepflegte Person eine Hausbesuchspauschale von 1,50 Euro in Rechnung gestellt werden.

Für die „Grundpauschale“ gehen aus den Unterlagen der Landesorganisationen der Pflegekassen bei den verschiedenen Leistungskomplexkatalogen folgende Beträge hervor:

- Leistungskomplexkatalog „1995“:
  2,56 € / 2,61€ / 3,18 €.
  Hierbei bildet 2,61 € den häufigsten Betrag. Allerdings wurden bei Anwendung dieses Leistungskomplexkataloges ausweislich der o. g. Unterlagen nur bei 7 von insgesamt 115 Pflegediensten Hausbesuchspauschalen vereinbart.

- Leistungskomplexkatalog „1996“:
  3,18 €, jedoch nur bei 1 von insgesamt 19 Pflegediensten.

- Leistungskomplexkatalog „Schwanewede“:
  3,53 € (bei 297 von 313 Pflegediensten); ansonsten auch 3,21 €, 3,44 €, 3,48 €.

- Leistungskomplexkatalog „Niedersachsen 2002“:
  3,18 € (einheitlich für alle Pflegedienste).

Entwicklungsziel: Vereinheitlichung der Vergütungsgrundlagen

Die **Vielfalt von Vergütungsgrundlagen und unterschiedlichen Preisen bei grundsätzlich gleichen Leistungen** ist vor allem **unter dem Aspekt der fehlenden Transparenz für die „Kunden“ der Pflegedienste von Nachteil**. Dies gilt vor allem für die Vergütungen (einschl. der Hausbesuchspauschalen) des bei weitem größten Teils der Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI. Die verschiedenen Komplexleistungskataloge führen **nach Auffassung der Landesorganisationen der Pflegekassen** auch zu unterschiedlichen Leistungsvolumina gegenüber den „Kunden“.

Nach dortiger Ansicht **bildet der Leistungskatalog „Niedersachsen 2002“ die heute erforderlichen Pflegemaßnahmen umfassend ab**. Er wird sowohl den Belangen der Versicherten als auch der Leistungserbringer weitgehend gerecht. **Darum** hält, so die Landesorganisationen der Pflegekassen, die Mehrheit der in der ambulanten pflegerischen Versorgung Beteiligten eine flächendeckende **Anwendung dieses Leistungskomplexkataloges** für **zielführend**. **Damit wäre es den pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen zukünftig möglich, Preisunterschiede zu erkennen und bei der Auswahl eines Anbieters angemessen zu berücksichtigen**.

Mit dem **Ziel** einer **Harmonisierung der Leistungskataloge in Niedersachsen** wäre darum zunächst mit Pflegediensten, die den Leistungskatalog „Schwanewede“ anwenden, hinsichtlich des Leistungskomplexkataloges „Niedersachsen 2002“ verhandelt worden. Die zwischenzeitlich vor der niedersächsischen Schiedsstelle geführten zwölf Verfahren konnten – so die Kassenverbände – durchweg mit einem Punktwert zwischen 3,85 und 3,95 Eurocent und der Übernahme des Leistungskomplexkatalogs „Niedersachsen 2002“ bei gleichzeitiger Anpassung des Wegegeldes auf dessen Niveau (s. u.) abgeschlossen werden.

Gegen diese Schiedssprüche will allerdings der Landesverband Niedersachsen des Deutschen Roten Kreuzes nach entsprechenden Informationen der Landesorganisationen der Pflegekassen wegen Kompetenzüberschreitung der Schiedsstelle Klage erheben.

Um – zumindest mittelfristig – zu einer Vereinheitlichung der Grundlagen für die einzelvertraglichen Vereinbarungen mit den Pflegediensten in Niedersachsen zu kommen wurde durch die Landesorganisationen der Pflegekassen als weitere Vorgehensweise abgestimmt, zunächst alle Pflegedienste mit den Leistungskatalogen „1995“ und“1996“ zur Übernahme des Leistungskomplexkataloges „Niedersachsen 2002“ aufzufordern sowie geeignete Pflegedienste in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes, die freiwillig zur Übernahme dieses Kataloges bereit sind, hierauf umzustellen. Nach erfolgreicher Umsetzung dieser Schritte wird **abschließend** die **flächendeckende Umstellung aller übrigen Pflegedienste in Niedersachsen vorgesehen**.

3.3.2 Vergütung von Leistungen der vollstationären Dauerpflege

Rechtsgrundlagen

Die vertragsrechtlichen Grundlagen für die Vergütung stationärer Pflegeleistungen (Leistungen der vollstationären Dauerpflege ebenso wie solche der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege) bilden die §§ 84, 85 SGB XI i. V. m. §§ 75 (Rahmenvertrag) und 80a (Leistungs- und Qualitätsvereinbarung)[226]. Die Vergütungen für die vollstationären Pflegeleistungen – Pflegesätze – umfassen neben denjenigen für die allgemeinen Pflegeleistungen auch die Vergütung für die medizinische Behandlungspflege

[226] Auf die differenzierten Ausführungen zur Vergütungssystematik nach dem SGB XI in der vor-vorstehenden Fußnote wird hingewiesen.

und die soziale Betreuung (§ 84 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegesätze sind nach dem Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen (Pflegestufen) in drei Pflegeklassen einzuteilen. Eine besondere Vergütung für Personen, die in Pflegestufe 3 als Härtefall eingestuft sind, ist nicht vorgesehen; sie ist vielmehr im Sinne einer „Mischkalkulation" in den Ansätzen für die Vergütungen der Pflegeklasse 3 enthalten.[227]

Die Pflegesätze sind jeweils für einen zukünftigen Zeitraum zu verhandeln („prospektive Pflegesätze"; § 85 Abs. 3 SGB XI). Sie müssen leistungsgerecht sein; sie müssen dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen (§ 84 Abs. 2 Satz 5 SGB XI).
Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig (§84 Abs. 3 SGB XI).
Die vertraglichen Vereinbarungen über das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (s o.) richten sich nach § 87 SGB XI.

Neben den Pflegesätzen und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen mit den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern einzelvertraglich Zusatzleistungen vereinbart werden (§ 88 SGB XI). Sie sind in dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI von den notwendigen Leistungen abzugrenzen.[228]

Die Zusatzleistungen sind von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern jederzeit abwählbar. Die vom Pflegeheim angebotenen Zusatzleistungen müssen vor Leistungsbeginn den Landesverbänden der Pflegekassen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe schriftlich mitgeteilt werden.

3.3.2.1 Vergütungen für allgemeine Pflegeleistungen[229] für vollstationäre Dauerpflege

Durchschnittsbeträge je Platz und Tag[230]

Die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege erhielten Ende 2003 für ihren Pflegeaufwand gem. Pflegestatistik je Platz und Tag durchschnittlich

- in Pflegeklasse 1: 40 Euro
- in Pflegeklasse 2: 52 Euro und
- in Pflegeklasse 3: 65 Euro.

Der Durchschnitt über alle Pflegeklassen lag bei 52 Euro (Tab. I.3.3.2/1).

---

[227] Der erhöhte Leistungsbetrag der Pflegekasse fließt insofern den derart pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu. Eine Änderung dieser rechtlich nicht unumstrittenen Regelung wäre ggf. im Rahmen der in Aussicht genommenen Reform der Pflegeversicherung vorbehalten.
[228] Im niedersächsischen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI wurden angesichts der fehlenden Abgrenzungsverordnung nach § 83 SGB XI des Bundes im Blick auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (Betriebskosten) auch eine Abgrenzung zu den nicht unter die Pflegesätze und die Entgelte zu subsumierenden Investitionsaufwendungen vorgenommen. Hierbei wurde zudem im Blick auf die Förderung des Landes nach dem NPflegeG unterschieden zwischen (grundsätzlich förderfähigen) betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen und solchen, die im Sinne des § 88 SGB XI als besondere Komfortleistungen anzusehen sind, unterschieden.
[229] einschl. für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung (§ 84 SGB XI)

Nach den Datengrundlagen der Landesorganisationen der Pflegekassen lagen die Preise mit Datum vom 01.10.2003 für die Pflegklassen bei 38,72 / 50,45 / 62,65 Euro; der Durchschnitt über alle Pflegeklassen betrug 50,61 Euro.
Derzeit (01.07.2005) betragen die Vergütungen hiernach im Durchschnitt 38,83 / 50,78 / 63,22 Euro; der Durchschnitt über alle Pflegeklassen liegt bei 50,94 Euro.

Vergütungen im Ländervergleich

Die vollstationären Pflegeheime in **Niedersachsen** hatten damit im Ländervergleich **den niedrigsten Durchschnittssatz der westlichen Bundesländer** (einschl. Berlin) (Tab. I.3.3.2/2). Alle östlichen Bundesländer lagen allerdings mit Durchschnittsbeträgen zwischen 43 Euro (Thüringen) und 48 Euro (Brandenburg) noch nicht unerheblich darunter. Die durchschnittlich höchsten Pflegesätze hatten mit 60 Euro die Pflegeheime in Berlin zu verzeichnen, gefolgt von den Ländern Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg mit jeweils 59 Euro. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein lagen die Durchschnittspflegesätze jeweils bei 57 Euro.

Die Abweichungen der Durchschnittsvergütungen der Pflegeheime in Niedersachsen vom Bundesdurchschnitt waren in der Pflegeklasse 2 mit 52 Euro im Vergleich zu bundesdurchschnittlich 55 Euro und Pflegeklasse 3 (65 Euro im Vergleich zu 69 Euro) ausgeprägter als in Pflegeklasse 1. Hier lag der Betrag in Niedersachsen bei 40 Euro, im Bundesdurchschnitt bei 41 Euro. In Pflegeklasse 1 reichten die Beträge über alle Bundesländer von 31 Euro in Thüringen bis 48 Euro in Bayern, in Pflegeklasse 2 von 42 Euro in Sachsen und Thüringen bis 62 Euro in Berlin, in Pflegeklasse 3 von 56 Euro – wiederum in Sachsen und Thüringen – bis 76 Euro in Hamburg. Von den westlichen Bundesländern den höchsten Durchschnittsbetrag in Pflegeklasse 1 nach Bayern hatte Baden-Württemberg (46 Euro), in Pflegeklassen 2 nach Berlin Bayern (60 Euro) sowie Baden-Württemberg und Hamburg (je 58 Euro) und in Pflegeklasse 3 Berlin und Nordrhein-Westfalen mit 74 Euro sowie Baden-Württemberg und Hessen mit jeweils 73 Euro. Bei den (westlichen) Bundesländern ist insoweit kein nachvollziehbares „Muster“ hinsichtlich der Preise für die vollstationären Pflegeleistungen bei den drei Pflegeklassen festzustellen.

[230] In der Pflegestatistik sind alle Beträge jeweils auf einen vollen Euro-Betrag auf- bzw. abgerundet ausgewiesen.

Vergütungen bei privaten, gemeinnützigen und öffentlichen Trägern

Vollstationäre **Pflegeheime in privater Trägerschaft** waren Ende 2003 mit einem Durchschnittspflegesatz über alle Pflegeklassen von 50 Euro **vergleichsweise am günstigsten**. Die Pflegeheime in gemeinnütziger Trägerschaft lagen bei 54 Euro, diejenigen in öffentlicher Trägerschaft bei 57 Euro je Platz und Tag (Tab. I.3.3.2/1).

Die Preisverhältnisse finden sich auch bei den einzelnen Pflegeklassen wieder. Bei Pflegeklasse 1 lagen die Durchschnittspreise bei 38, 41 und 44 Euro, bei Pflegeklasse 2 bei 50, 54 und 57 Euro und bei Pflegeklasse 3 waren durchschnittlich 61, 67 und 71 Euro zu zahlen.

Preisentwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2003

In dem genannten Zeitraum sind die **Preise für vollstationäre Leistungen der Dauerpflege kontinuierlich** – im Durchschnitt **aber nur gering** um 3 Euro je Platz und Tag (6,1%) – **gestiegen** (Tab. I.3.3.2/1). In Pflegeklasse 1 betrug der Preisanstieg ebenfalls durchschnittlich 3 Euro (8,1%), in den Pflegeklassen 2 und 3 jeweils durchschnittlich 4 Euro (8,3% / 6,6%).
Die von den Landesorganisationen der Pflegekassen verfügbaren Daten sind hinsichtlich der Stichtagsdaten und des Zeitraumes nicht ganz vergleichbar. Vom 01.10.2000 bis 01.07.2005 stiegen danach die Preise für die Pflegesätze im Durchschnitt über alle Heime um nahezu 4 Euro (von 46,88 auf 50,82 Euro; Anstieg: 8,4%). In den letzten rd. eineinhalb Jahren betrug der Preisanstieg allerdings nur 0,4%. Die Preissteigerungen bei den einzelnen Pflegeklassen betrugen im vorstehenden Gesamtzeitraum 9,5% in Pflegeklasse 1, 9,7% in Pflegeklasse 2 und 6,8% in Pflegeklasse 3.

Bei den (vergleichsweise teuren, s. o.) Pflegeheimen in öffentlicher Trägerschaft war der Preisanstieg gemäß Pflegestatistik mit 2 Euro je Platz und Tag durchschnittlich **am niedrigsten**. Bei den Heimen in privater und in gemeinnütziger Trägerschaft betrug er jeweils durchschnittlich 4 Euro. Vergleichbares gilt auch für die einzelnen Pflegeklassen.

Preisunterschiede zwischen den Einrichtungen

Zwischen den Einrichtungen bestehen **zum Teil erhebliche Preisunterschiede** (Tab. I.3.3.2/1). So gab es beispielsweise Ende 2003 in Pflegeklasse 1 5 Einrichtungen mit einem Pflegesatz zwischen 20 – 25 Euro je Platz und Tag und 10 Pflegeheime mit einem Satz von über 65 Euro. Bei Pflegeklasse 2 bewegten sich die Pflegesätze zwischen 30 – 35 Euro (1 Heim) und 75 und mehr Euro (12 Heime), bei Pflegeklasse 3 zwischen weniger als 45 Euro (5 Heime) und über 100 Euro (5 Heime).

Insgesamt folgt Verteilung der Pflegesätze **aber** weitgehend dem typischen Zufallsprinzip einer Normalverteilung: Hierbei liegt die **größte Anzahl jeweils am Mittelwert oder in dessen Nähe**. So lagen z. B. Ende 2003 bei Pflegeklasse 1 annähernd drei Viertel aller Pflegheime bei einem Betrag zwischen 35 – 45 Euro, bei Pflegeklasse 2 annähernd 60% im Bereich zwischen 45 – 55 Euro. Hiervon etwas abweichend verhielten sich die Pflegesätze in Pflegeklasse 3: Hier war die Verteilung insbesondere bei den unteren Preisklassen etwas breiter (rd. 20% in Preisklasse 55 – 60 Euro, gut ein Viertel in Preisklasse 60 – 65 Euro), zugleich waren aber auch 36,5% der Heime in der Preisklasse zwischen 65 bis 75 Euro konzentriert; in den nachfolgenden Preisklassen sind dann nur noch vergleichsweise wenige Heime vertreten.

Zwischen den Pflegeheimen in privater, gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft bestehen keine wesentlichen Unterschiede mit Ausnahme der Tatsache, dass sich bei den Heimen in gemeinnütziger Trägerschaft und in öffentlicher Trägerschaft in allen Pflegeklassen vergleichsweise seltener Einrichtungen in den unteren und häufiger solche in den oberen Preissegmenten befinden. Dies findet, wie bereits dargestellt, in den höheren Durchschnittspreisen seinen Niederschlag. Auffällig ist bei den Pflegeheimen in öffentlicher Trägerschaft auch deren vergleichsweise geringe preisliche „Streubreite“.
Über die Jahre ist tendenziell eine „Verdichtung“ der Preise für die vollstationären Pflegeleistungen **bei den** jeweiligen **mittleren Preisklassen** festzustellen. Das heißt: bei vergleichsweise teuren Pflegeeinrichtungen wurden die Pflegesätze nicht oder nur geringfügig angehoben (ggf. sogar gesenkt), bei Pflegeheimen mit vergleichsweise

niedrigen Pflegesätzen wurden diese dem mittleren Preissegment angenähert oder angeglichen.[231]

Zusammenhang zwischen Preis und Größe der Einrichtung

Die Daten der Pflegestatistik lassen hier **nicht** auf einen **ausgeprägten Zusammenhang** schließen (Tab. I.3.3.2/3). Allenfalls ist festzustellen, dass **kleine Pflegeheime vergleichsweise häufiger in den unteren Preissegmenten, große Heime in den oberen Preissegmenten anzutreffen** sind. Dies trifft aber z. B. bei (den eher kleinen) Spezial-Pflegeeinrichtungen – insbesondere für Personen mit Schädel-Hirn-Traumata – nicht zu.

Verhältnis der Preise für die vollstationäre Pflege zu den Leistungen der Pflegeversicherung:

Pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erhalten aus den Mitteln der Pflegeversicherung monatlich bis zu

- 1023 Euro bei Pflegestufe 1
- 1279 Euro bei Pflegestufe 2 und
- 1432 Euro bei Pflegestufe 3 (Härtefall: 1688 Euro (§ 43 SGB XI).

Das entspricht Beträgen je Tag von jeweils 33,63 Euro[232] / 42,04 Euro / 47,07 Euro und 55,49 Euro.

Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Niedersachsen konnten Ende 2003 somit im Durchschnitt in keiner Pflegestufe mehr ihre Aufwendungen für die Pflegeleistungen im Heim aus Mitteln der Pflegeversicherung voll abdecken. Bereits bei Pflegestufe 1 waren von ihnen im Durchschnitt täglich 6,37 / monatlich 193,78 Euro aus eigenem Einkommen und Vermögen oder zu Lasten eines nachrangigen Leistungsträgers (Sozialhilfe) aufzubringen. Bei Pflegstufe 2 betrug die notwendige Eigenleistung durchschnittlich täglich rd. 10 / monatlich 303 Euro, bei Pflegestufe 3 17,93 /

[231] Hierzu mag beitragen, dass den Preisverhandlungen ein mehrjährig unveränderter „Korridor“ für die Personalschlüssel (§ 75 Abs. 3 Satz 4 SGB XI) zugrunde liegt (Empfehlung der Pflegesatzkommission / Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI); zudem kommt nach Maßgabe des Urteils des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 (B 3 P 19/00 R) gegen die niedersächsische Schiedsstelle nach § 76 SGB XI bei Pflegesatzverhandlungen zunehmend der so genannte „externe Vergleich“ zur Anwendung. Gleiches gilt auch für Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialhilfe über den Investitionsbetrag in Pflegeeinrichtungen nach §§ 75, 76 SGB XII.

[232] Monatsbetrag dividiert durch 30,42 Tage/Monat (bei 365 Tagen/Jahr)

monatlich 545,43 Euro, im Härtefall (d. h. bei erhöhter Leistung der Pflegeversicherung, s. o.) immerhin noch täglich 9,51 / monatlich 289,30 Euro.

Unter Zugrundelegung der – etwas niedrigeren (s. o.) – Preisangaben der Landesorganisationen der Pflegekassen gelten im Grundsatz die vorstehenden Ausführungen; lediglich die von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern oder den nachrangigen Leistungsträgern aufzubringende Selbstbeteiligung ist etwas geringer.

Unter Betrachtung der durchschnittlich vergleichsweise geringen Preisentwicklung in den vergangenen Jahren einerseits und den seit Einführung der stationären Leistungen in der Pflegeversicherung zur Jahresmitte 1996 unveränderten Leistungsbeträge andererseits hat sich die Situation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in den vergangenen Jahren nicht grundsätzlich verändert: Bereits Ende 1999 lagen die Pflegesätze im Durchschnitt in allen drei Pflegeklassen über den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung.

Legt man jedoch für die vorstehende Betrachtung die Verteilung der Pflegeeinrichtungen über verschiedene Preisklassen zugrunde (s. Tab. I.3.3.2/1), kommt man zu für die Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlichen Ergebnissen: **Ende 2003 konnten danach Bewohnerinnen und Bewohner**

- **der Pflegestufe 1 in (nur) 16% der Einrichtungen,**
- **der Pflegestufe 2 in (nur) 15% der Einrichtungen,**
- **der Pflegestufe 3 in (nur) 3% der Einrichtungen und selbst**
- **der Pflegestufe 3 / Härtefall in (nur) etwas mehr als 12% der Einrichtungen**

(noch) ihre Pflege bedingten Heimkosten ohne oder mit nur sehr geringer Zuzahlung aus den Leistungen der Pflegekassen bestreiten.

Diese **Bedingungen** waren Ende 1999 für die Bewohner noch deutlich besser. Sie **haben sich** trotz der zwischenzeitlich nicht außergewöhnlichen Preissteigerungen dennoch bei gleichzeitig unveränderten Leistungen der Pflegeversicherung vor allem für Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegestufen 1 und 2 seither recht **erheblich verschlechtert**. **Ende 1999** waren die **Leistungen der Pflegeversicherung** für Bewohnerinnen und Bewohner der **Pflegestufe 1 noch in annähernd der Hälfte aller Einrichtungen** zur Begleichung der Pflege bedingten Kosten **ausreichend**, für solche der **Pflegestufe 2 in über 45% der Heime**. Bewohnerinnen und Bewohner der **Pflegestufe 3** hatten Ende 1999 immerhin in rd**. 13% der Einrichtungen** , solche, die als **Härtefall**

eingestuft waren, sogar **in über 30% der Heime keinen oder nur einen sehr geringen Zuzahlungsbedarf**.

Auch unter Berücksichtigung der Einkommensentwicklung bei den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern kommt man zu keinem anderen Ergebnis. Aufgrund der in den vier Jahren nur gering oder gar nicht gestiegenen Alterseinkommen wird die Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die für ihren Eigenbeitrag noch selbst aufkommen konnte, gesunken sein. Dies führte – neben dem Anstieg der Leistungsausgaben bei den bereits bestehenden Leistungsverpflichtungen aufgrund der Preisentwicklung – zwangsläufig auch zu einer **zusätzliche**n **Belastung** der nachrangigen Leistungsträger, vor allem **der Sozialhilfe** (Kommunen und Land zu etwa gleichen Teilen).
Die **Auswirkungen auf die Gesamtausgaben in der Sozialhilfe** dürften **aber** durch den moderaten Preisanstieg bei den Pflegesätzen der Pflegeheime in den vergangenen Jahren vergleichsweise **niedrig einzuschätzen** sein. Dem MS liegen hierzu allerdings derzeit keine quantifizierbaren Belege vor.

Auswirkungen der Entwicklung der Einstufungspraxis des MDKN und der Preisentwicklung auf die Erlössituation der Pflegeheime

In Abschnitt I.1 wurde dargestellt, dass sich zwischen Ende 1999 und Ende 2003 der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von stationären Pflegeleistungen insbesondere in Pflegestufe 1 zu Lasten der Leistungsempfängerinnen und –empfänger in Pflegestufe 3 verschoben hat. Als Folge hiervon wäre der Durchschnittsertrag der Einrichtungen je pflegebedürftiger Heimbewohnerin / pflegebedürftigem Heimbewohner gesunken, sofern er nicht durch Preiserhöhungen ausgeglichen werden konnte.

Hiervon kann nicht ausgegangen werden (Tab. I.3.3.2/4): Zwar sind im genannten Zeitraum aufgrund der Pflegesatzsteigerungen die durchschnittlichen Erlöse je pflegebedürftiger Bewohnerin / pflegebedürftigem Bewohner und Tag von 48,22 Euro Ende 1999 über 49,76 Euro Ende 2001 auf 51,06 Euro Ende 2003 angestiegen. Unter der Annahme gegenüber 1999 unveränderter Pflegesätze (= Berücksichtigung des Kaufkraftverlustes) hätte sich für Ende 2001 aufgrund der veränderten Einstufungen jedoch nur noch ein Durchschnittserlös von 47,76 Euro und Ende 2003 von 47,40 Euro gegenüber 48,22 Euro von Ende 1999 ergeben. Der **Durchschnittserlös je pflegebedürftiger Heimbewohnerin / pflegebedürftigem Heimbewohner und Tag ist in Folge der sich**

ändernden Einstufungsergebnisse also **zwischen Ende 1999 und Ende 2003 real um 82 Cent gesunken**.

Die **ökonomische Gesamtwirkung** ist **dennoch gering**: Ende 2003 gab es insgesamt 68.160 Empfängerinnen und –empfänger der vollstationären Dauerpflege. Auf diese bezogen ist durch die veränderten Einstufungen des MDKN im Vergleich zur Situation Ende 1999 eine tägliche Erlösminderung für alle Pflegeheime zusammengenommen von 55.891 Euro zu verzeichnen. Das entspricht **1,6% der täglichen Erlössumme** zum Jahresende 2003. Zu berücksichtigen ist ggf. zudem ein geringerer Pflegeaufwand bei den mit Pflegestufe 1 eingestuften Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern.

Regionale Preisstrukturen

Anders als für weite Teile der ambulanten Pflegeeinrichtungen (s. Abschnitt 3.3.1) sind die für die vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege vereinbarten Preise sehr individuell und auch im Durchschnitt auf kommunaler Ebene durchaus unterschiedlich. Hierbei lässt sich erneut kein typisches Muster Stadt / Land feststellen, wenn auch **die durchschnittlich höchsten Sätze** über alle Pflegeeinrichtungen hinweg in den **Städte**n **Göttingen** (44,59 / 58,11 / 71,14 Euro) **und Osnabrück** (43,27 / 57,30 / 71,49 Euro) bezahlt wurden (Tab. I.3.3.2/5). Der **Landesdurchschnitt** lag bei rd. **38,80** / **50,75 und 63,20 Euro** (s. o.). Vergleichsweise hoch im Pflegesatz lagen auch noch die Landeshauptstadt Hannover und die Städte Salzgitter und Wolfsburg, aber ebenso die Landkreise Osnabrück (41,82 / 55,25 / 68,57 Euro), Hameln-Pyrmont (41,72 / 54,12 / 66,65 Euro) und Grafschaft Bentheim (41,16 / 54,49 / 67,05 Euro). Die durchschnittlich niedrigsten Pflegesätze hatten die Einrichtungen in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg, Osterode am Harz, Peine und Uelzen (Tab. I.3.3.2/5).

Die **höchsten überhaupt gezahlten Pflegesätze** waren in Pflegeklasse 1 80,92 Euro in einer Einrichtung in der Stadt Göttingen, in Pflegeklasse 2 ebenfalls bei einer Einrichtung in Göttingen 94,79 Euro und in Pflegeklasse 3 116,02 Euro in einer Einrichtung im Landkreis Cuxhaven. Die niedrigsten Pflegesätze lagen bei 15,73 / 20,45 / 28,32 Euro bei einer Einrichtung im Landkreis Cuxhaven.

3.3.2.2 Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

Höhe der Entgelte

Hierzu ist, kurz gefasst, festzuhalten (Tab. I.3.3.2/1):

- Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen mussten Ende 2003 nach den Daten der Pflegestatistik durchschnittlich **16 Euro je Platz und Tag** für Unterkunft und Verpflegung aufwenden. Die Landesorganisationen der Pflegekassen weisen für den 01.10.2003 einen identischen Durchschnittsbetrag aus (16,12 Euro).

- Gemeinsam mit Berlin hatten die Pflegeheime in **Niedersachsen auch bei Unterkunft und Verpflegung den niedrigsten Durchschnittspreis aller westlichen Bundesländer** (Tab. I.3.3.2/2). Durchschnittlich am teuersten waren hier die Heime in Nordrhein-Westfalen (25 Euro), gefolgt von Bremen und Hamburg (je 22 Euro) sowie Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein (je 20 Euro). Die Durchschnittspreise der Heime in den östlichen Bundesländern lagen zwischen 14 und 18 Euro (Sachsen / Thüringen).

- Ausweislich der Pflegestatistik blieb das **Durchschnittsentgelt** für Unterkunft und Verpflegung über die Jahre **von Ende 1999 bis Ende 2003 unverändert**. Die Landesorganisationen der Pflegekassen weisen zwischen Oktober 2000 (erstes verfügbares Datum) und Ende 2001 einen Preisanstieg von 15,95 auf 18,79 Euro, anschließend ein Absinken auf den o. g. Betrag im Oktober 2003 aus. Zwischenzeitlich (1. Juli 2005) liegt das Durchschnittsentgelt mit 16,14 Euro geringfügig höher..

- **Pflegeeinrichtungen in gemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft** nahmen Ende 2003 **durchschnittlich 1 Euro mehr** pro Platz und Tag (17 Euro). Bei den Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ist der Preis von durchschnittlich 18 auf 17 Euro platztäglich gesunken. Dieses statistische Datum spricht für die Angaben der Landesorganisationen der Pflegekassen.

- Im Unterschied zu den Pflegesätzen weisen die **Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zwischen den Pflegeheimen nur** vergleichsweise **geringe Unterschiede** auf. Ende 2003 hatten annähernd drei Viertel aller Pflegeheime Preise zwischen 15 und 18 Euro platztäglich, weitere rd. 13% solche unter 15 Euro und 11% zwischen 18 – 21 Euro. Auch hier tendieren die **Pflegeheime in freigemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft häufiger zu der höheren, diejenigen in privater Trägerschaft eher zur niedrigeren Preisklasse**.

- **Bewohnerinnen und Bewohner kleinerer Heime haben durchschnittlich geringere Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung als solche in großen Pflegeeinrichtungen** (Tab. I.3.3.2/3). So hatten Ende 2003 beispielsweise 60% der Heime unter 10 und rd. 40% zwischen 11 – 20 Bewohnerinnen und Bewohner Entgelte unter 15 Euro je Platz und Tag, hingegen nur 6,3% / 5,2% und 2,7% der Heime mit 61- 80 / 81 – 100 / 101 – 150 Plätzen solche günstigen Preise. Im

Vergleich dazu lagen bei diesen Heimen bei 12,6% / 18,2% und 16,9% die Entgelte in der Preisklasse zwischen 18 – 21 Euro.

Regionale Preisstrukturen

Auch **zwischen den** Regionen Niedersachsens, repräsentiert durch die ehemaligen Regierungsbezirke, und zwischen den **kommunalen Gebietskörperschaften** bestehen hinsichtlich der durchschnittlich von den Dauerpflegeeinrichtungen erhobenen Beträge für Unterkunft und Verpflegung mehr oder weniger erhebliche **Unterschiede**. So lagen z. B. die Einrichtungen in den ehem. Regierungsbezirken Braunschweig mit durchschnittlich 16,26 und 16,16 Euro über, diejenigen der ehem. Regierungsbezirke Lüneburg und Weser-Ems mit 15,69 und 15,33 Euro unter dem Landesdurchschnitt (Tab. I.3.3.2/5).

Bei den Landkreisen und den kreisfreien Städten reichten die Durchschnittsbeträge für die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung **von 14,71 Euro** (**Landkreis Oldenburg**) und 14,94 Euro (Landkreis Lüneburg) **bis** zu **17,54 Euro** in der Stadt **Wolfsburg** und 17,31 bzw. 17,15 Euro in der Stadt Göttingen und in der Landeshauptstadt Hannover.[233]

Der höchste Betrag für Unterkunft und Verpflegung war für eine Einrichtung im Landkreis Nienburg (Weser) ausgewiesen (24,97 Euro), der niedrigste (10,23 Euro) für eine Einrichtung im Landkreis Cuxhaven.

3.3.2.3 Investitionskosten[234]

In Rede stehen hier die Aufwendungen für die betriebsnotwendigen Investitionsfolgeaufwendungen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen in Rechnung gestellt werden können (§ 82 SGB XI).[235] [236]

---

[233] Dies gilt, wie dargestellt, im Falle der Stadt Göttingen und der Landeshauptstadt auch für die Pflegesätze und die Investitionskosten. Bewohnerinnen von Pflegeheimen in diesen beiden kommunalen Gebietskörperschaften haben darum vergleichsweise ausgeprägt hohe Gesamtheimentgelte und insofern auch besonders hohe (Zu-)Zahlungen aus Eigenmitteln zu leisten.
[234] Die Daten beruhen auf Angaben der Landesorganisationen der Pflegekassen mit Stand 1. Juli 2005 sowie für Vorjahre
[235] Auf die diesbezüglichen Ausführungen im Einführungstext zu diesem Abschnitt hingewiesen.
[236] Dargestellt werden erneut Durchschnittswerte sowie niedrigste und höchste Werte. Tatsächlich unterscheiden sich die Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen maßgeblich voneinander aufgrund unterschiedlicher Gestehungs- und Finanzierungs-Folgelasten sowie Aufwendungen für Instandsetzung und Instandhaltung, Mieten / Pachten etc.. Die Höhe der Investitionsaufwendungen gibt grundsätzlich auch keinen Hinweis auf den baulich – räumlichen Zustand der Einrichtungen – zumal wenn durch verbandliche Eigenmittel, Eigenmittel aus Kirchensteuern oder aus Spenden die Folgeaufwendungen aus Investitionen zur Neuerrichtung oder zur Modernisierung gering gehalten werden können.

Höhe der Investitionsbeträge

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege mussten Mitte 2005 über ihren Beitrag zu den allgemeinen Pflegeleistungen hinaus – soweit nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt (s. o.) – und zusätzlich zu den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung **im Durchschnitt** über alle vollstationären Pflegeheime je Tag rd. 15 Euro (14,89 €; Tab. I.3.3.2/6) **für die Investitions(folge)aufwendungen** bezahlen.[237] **Monatlich** war dies ein Betrag von rd. **453 Euro**. Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen sind – je nach Ausfinanzierungsgrad der vordem getätigten Investitionen und sonstiger Finanzierungsbedingungen bei den zurückliegenden Investitionen – außerordentlich unterschiedlich. Sie reichten am Stichtag (01.07.2005) von 3,25 bis 32,23 Euro, d. h. monatlich von einem Betrag **von rd. 99 Euro bis zu über 980 Euro**.

Anmerkung:
Pflegebedürftige Personen oder ihre Angehörigen sollten daher bei der Wahl der Pflegeeinrichtung außer auf die Pflegekosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung auf die in Rechnung gestellten Investitionskosten achten und diese ggf. zu den Einkommensverhältnisse und den eigenen Wohnansprüchen ins Verhältnis setzen. Dies sollte auch ein hervorgehobener Beratungsgegenstand im Falle der Inanspruchnahme von fachlicher Unterstützung der Betroffenen bei der Auswahl eines Pflegeheimes sein.

Die **Beträge** für die Investitionsaufwendungen sind im hier zugrunde liegenden Vergleichszeitraum vom 01.01.2001 bis zum 01.07.2005 (Tab. I.3.3.2/6) nicht unerheblich, **um durchschnittlich ein Fünftel**, **gestiegen**. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 5,7% und liegt damit **erheblich über dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenshaltungskosten** in diesen Jahren.

Die Einrichtungen können zudem Selbstzahlern und Heimbewohnern, die Sozialhilfe erhalten, auch bei gleicher Leistung unterschiedliche Beträge abverlangen (§ 7 Abs. 5 HeimG). Die Beträge müssen nur angemessen sein. Preisliche Differenzierungen sind grundsätzlich auch möglich in Abhängigkeit von der Leistung (z. B. Größe der Räume oder Altbau / Neubau). Von diesen Möglichkeiten der Differenzierung wird nach Kenntnis des MS allerdings nur vergleichsweise selten Gebrauch gemacht.

Regionale Preisstrukturen

Das Preisbild bei den Investitionskosten lässt – trotz aller Unterschiedlichkeit von Einrichtung zu Einrichtung (s. o.) – sowohl regionale wie kommunale Unterschiede erkennen (Tab. I.3.3.2/6). Auffällig sind insbesondere die Unterschiede in den durchschnittlichen Beträgen der Einrichtungen in den ehemaligen Regierungsbezirken Braunschweig, Hannover und Lüneburg einerseits und im ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems. Bei den ersteren liegen derzeit die durchschnittlichen Investitionsfolgeaufwendungen nahe beieinander bei Beträgen zwischen 15,30 und 15,70 Euro. Im ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems hingegen beträgt der Durchschnittswert nur 13,63 Euro. Heimbewohnerinnen und Heimbewohner aus dieser Region haben daher vergleichsweise etwas günstigere Preisbedingungen als solche in den übrigen Landesteilen.

Allerdings bieten erneut typische siedlungsstrukturelle Faktoren wie z. B. Siedlungsdichte, Altersstruktur oder städtische / ländliche Prägung keine hinreichende Erklärung. Dies macht ein Blick auf die Situation in den kommunalen Gebietskörperschaften deutlich (Tab. I.3.3.2/6). So lagen z. B. die Pflegeheime in den Städten Delmenhorst, Osnabrück und Wilhelmshaven mit Durchschnittsbeträgen von 11,70, 12,70 und 13,25 Euro ebenso unter dem Landesdurchschnitt wie die ausgesprochen ländlich strukturierten Landkreise Emsland (11 Euro; niedrigster kommunaler Durchschnitt), Lüchow-Dannenberg (11,90 Euro) oder Grafschaft Bentheim (12,54 Euro). Hinsichtlich der kommunalen Gebietskörperschaften mit vergleichsweise hohen durchschnittlichen Investitionskosten bei den Pflegeeinrichtungen wie der Landeshauptstadt Hannover (18,22 Euro; höchster kommunaler Durchschnitt) und den Städten Göttingen (17,94 Euro), Salzgitter (17,31 Euro) und Oldenburg (17,27 Euro) sowie den Landkreisen Osterholz (17,93 Euro) und Harburg (17,67 Euro) könnte man mit einer gewissen Berechtigung einen Zusammenhang mit den in den urbanen Verdichtungsräumen und den Ballungsrandgebieten bekanntermaßen höheren Bau- und Grundstückskosten annehmen. Allerdings gehören auch Einrichtungen in eher ländlich strukturierten Gebietskörperschaften wie der Landkreis Holzminden mit einem Durchschnittsbetrag von 17,14 Euro oder Verden mit 16,58 Euro zu den Regionen mit überdurchschnittlichen Investitionskosten.

---

[237] Diese Aufwendungen beinhalten: Eigen- und Fremdkapitalzinsen, Abschreibungen, Aufwendungen für Instandhaltung und Instandsetzung sowie für Mieten und Pachten.

Auch hinsichtlich dieses statistischen Ergebnisses bleibt insofern die Bewertung der Situation – z. B. im Blick auf die Suche nach alternativen preisgünstigeren Versorgungsmöglichkeiten als dem Pflegeheim – den örtlich an Planungen Beteiligten wie den örtlichen Leistungsanbietern und dem örtlichen Sozialhilfeträger vorbehalten.

Die im Durchschnitt **stärkste Preisentwicklung** seit Anfang 2001 haben im Übrigen die Einrichtungen in den Landkreisen Soltau-Fallingbostel (51,2%), Osterholz (36,4%) und Friesland (35,7%) erfahren, **die geringste** die Einrichtungen in den Landkreisen Nienburg/Weser (-0,7%), Aurich (1,5%), Cloppenburg (5,7%) und Emsland (8,2%).

3.3.3 Vergütung von teilstationären Pflegeleistungen (Tages- und Nachtpflege)

Rechtslage

Auf die Ausführungen im Einführungsteil dieses Abschnittes sowie diejenigen im Unterabschnitt 3.3.2 wird hingewiesen.

Vergütungen

Die gemäß Pflegestatistik für Ende 2003 ausgewiesenen 98 teilstationären Pflegeeinrichtungen[238] hatten einen Durchschnittspflegesatz über alle Pflegeklassen von 43 Euro (Tab. I.3.3.3).

Angesichts der Tatsache, dass die Leistungen in diesen Einrichtungen nur tagsüber oder nur nachts erbracht werden, erscheint dieser Durchschnittswert im Vergleich mit dem Durchschnittspflegesatz der vollstationären Heime der Dauerpflege (52 Euro; s. Abschnitt 3.3.2) auf den ersten Blick relativ hoch. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass auch in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege die weit überwiegenden Aufwendungsanteile (Personaleinsatz) halbtägig, d. h. hier: tagsüber, entstehen. Insoweit dürfte eine Vergleichbarkeit gegeben sein.

[238] siehe auch Abschnitt I.3.1.3.2; lediglich 1 Einrichtung der Nachtpflege

Für die Pflegeklassen 1, 2 und 3 lagen die Durchschnittssätze bei 34, 43 und 52 Euro je Platz und Tag.

Die Pflegesätze für teilstationäre Pflegeleistungen sind in den Jahren zwischen Ende 1999 und Ende 2003 um durchschnittlich 6 Euro gestiegen; das entspricht einer Steigerungsrate von insgesamt 16,2%, jährlich durchschnittlich demzufolge rd. 4%. Sie liegt damit deutlich über derjenigen der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege (gesamt 6,1%). In den Pflegeklassen 2 und 3 waren die Steigerungsraten noch höher (7 Euro entspr. 19,4% und 8 Euro entspr. 18,2%).

Die Pflegesätze reichen in Pflegeklasse 1 von 20 – 24 Euro (10 Einrichtungen) bis zu 65 und mehr Euro täglich (1 Einrichtung). Die weitaus meisten Einrichtungen (81 Einrichtungen entspr. 82,7%) bewegten sich zu jeweils in etwa gleicher Zahl in den Preisklassen zwischen 25 und 44 Euro.

In Pflegeklasse 2 reicht die Spanne von ebenfalls 20 – 24 Euro (1 Einrichtung) bis zu 75 und mehr Euro (ebenfalls 1 Einrichtung). Insgesamt 88,8% der Einrichtungen hatten Pflegesätze zwischen 25 und 54 Euro, 43% allein solche zwischen 35 – 44 Euro.

Für Nutzer der Pflegestufe 3 boten immerhin 48% der Einrichtungen Ende 2003 noch einen Pflegesatz von unter 45 Euro pro Tag. Die übrigen Einrichtungen verteilten sich mit jeweils etwa 12 bis 14% auf die Preisklassen zwischen 45 und 59 Euro. Immerhin noch 7 Einrichtungen forderten von ihren Tages- / Nachtgästen 65 und mehr Euro, eine davon sogar über 100 Euro.

Wie bei den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege lässt sich auch bei den teilstationären Pflegeheimen ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Pflegesätze und der Größe der Einrichtung allenfalls tendenziell zugunsten der Heime mit geringeren Platzzahlen feststellen. Angesichts der vergleichsweise geringen Zahl der teilstationären Pflegeheime sind zufällige Ergebnisse aber noch häufiger anzutreffen.

Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung lagen Ende 2003 bei durchschnittlich 14 Euro je Platz und Tag. Damit betrugen sie nur durchschnittlich 2 Euro weniger als bei den vollstationären Dauerpflegeheimen. Es ist zu unterstellen, dass hierbei auch die Betriebskosten für den Transport der Tages- bzw. Nachtpflegegäste nicht unerheblich zu Buche schlagen. Da es sich bei den teilstationären Einrichtungen zudem um vergleichsweise kleine Einrichtungen handelt (an der Platzzahl gemessen) wirken sich Fixkosten für betriebliche Anlagen anteilig stärker aus. Gegen diese Annahme spricht allerdings, dass – wie bei den vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen – auch die teilstationären Pflegeheime mit steigender Größe tendenziell höhere Entgelte für Unterkunft und Verpflegung hatten.

Ebenfalls wie bei den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege ist auch bei den Tages- und Nachtpflegeeinrichtung der Preis für Unterkunft und Verpflegung gesunken – hier von Ende 1999 bis Ende 2003 um durchschnittlich 1 Euro je Tag.

Investitionskosten

Zu den Investitionskosten der teilstationären Pflegeeinrichtungen liegen keine statistischen Daten vor. Für die Nutzer der Einrichtungen sind sie angesichts der Förderung durch das Land (s. Abschnitt I.3.1.3) nicht von Belang.

Zusammenfassende Feststellung:

Die Erkenntnisse über die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung der teilstationären Pflegeeinrichtungen bestätigen die bereits im Pflegerahmenplan im Mai 2000 festgestellten leistungsstrukturellen Mängel und unterstützen die Richtigkeit der (damaligen) Forderung nach einer deutlichen Verbesserung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen zur verstärkten Inanspruchnahme eines solchen Angebotes[239] (s. auch Abschnitt I.3.1.3.4). Vor dem Hintergrund der derzeitigen Rechtslage ist Tages-

[239] a. a. O., Abschnitt II.2.2.3, S. 188 ff

und Nachtpflege aus der Sicht der pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen ein teures und wenig rentierliches Angebot. Denn:

- Die Möglichkeit, die gesetzlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen, besteht nur in dem Umfang, in dem nicht auch ambulante Pflegeleistungen durch Pflegedienste in Anspruch genommen werden (s. Abschnitt I.3.1.3.4).

- Der selbst ohne Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen zur Verfügung stehende monatliche Leistungsbetrag liegt in Pflegestufe 1 mit 384 Euro wesentlich, derjenige in Pflegestufe 2 mit 921 Euro immer noch deutlich unter den vergleichbaren Beträgen für vollstationäre Pflegeleistungen (1023 Euro bzw. 1279 Euro). Lediglich für Pflegestufe 3 leistet die Pflegeversicherung einen gleich hohen Betrag von monatlich bis zu 1432 Euro. Eine Regelung für Härtefälle ist – ebenfalls im Unterschied zur häuslichen Pflegehilfe und zu den vollstationären Leistungen – nicht vorhanden.[240]

- Unter der Annahme einer ausschließlich für Tagespflege eingesetzten Leistung ermöglicht der Leistungsbetrag in Pflegestufe 1unter Zugrundelegung der statistisch ausgewiesenen Durchschnittsvergütungen von Ende 2003 im Durchschnitt lediglich einen Aufenthalt von 11 Tagen im Monat, sofern keine Zuzahlung aus eigenem Einkommen erfolgen soll. Im Unterschied zur Kurzzeitpflege bestehen bei der Tagespflege keine Möglichkeiten auf die Verlängerung der Aufenthaltsdauer aus Mitteln der Pflegeversicherung durch Inanspruchnahme einer vergleichbaren Leistung (s. Abschnitt I.3.1.4.1 und nachfolgender Abschnitt 3.3.4).
  Der Leistungsbetrag in der Pflegestufe 2 ermöglicht immerhin eine Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 21,5 Tagen, d. h. einen werktäglichen ganztägigen Aufenthalt (ohne Samstage) für einen vollen Monat.
  Bei Pflegestufe 3 ist – rechnerisch – eine Aufenthaltsdauer von bis zu 27,5 Tagen möglich. Angesichts der Tatsache, dass die Tagespflegeeinrichtungen in der Regel nur von Montag bis Freitag geöffnet sind, übersteigt hier die Leistung der Pflegeversicherung im Durchschnitt die Aufenthaltskosten und bietet damit gewisse Spielräume für Prioritätensetzungen bei der Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege. Dies ist in der Praxis jedoch insoweit von geringerer Bedeutung als, wie gezeigt (Abschnitt I.3.1.4.4), Tagespflege für pflegebedürftige Personen der Pflegestufe 3 aufgrund der bei diesen Personen vorliegenden außerordentlich schlechten körperlichen und / oder geistigen Befindlichkeit kaum in Betracht kommt.

- Zu den Aufwendungen für die Pflegeleistungen (durchschnittlich 40 Euro je Tag, s. o.) kommen noch diejenigen für Unterkunft und Verpflegung in durchschnittlicher Höhe von 14 Euro täglich hinzu. Dem stehen keine entsprechenden häuslichen Einsparungen z. B. bei der Miete, der Ernährung, der Heizung oder der Wohnungsreinigung gegenüber. Letztere bleiben nahezu in vollem Umfang erhalten.

- Die täglichen Vorbereitungen der häufig sehr gebrechlichen und zum Teil altersverwirrten Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen auf den Transport zur

[240] Vergleichbares gilt auch für Pflegegeldbezieher (annähernd 50% aller Leistungsbezieherinnen und –bezieher); eine sachliche Begründung hierfür gibt es nicht. Im Zuge einer umfassenden Novellierung des SGB XI wären insoweit auch hier gleichartige Leistungsstrukturen zu schaffen.

Einrichtung sind für die pflegenden Angehörigen mit besonderem Aufwand verbunden und gestalten sich nach Berichten aus der Praxis in Abhängigkeit von der Tagesform der pflegebedürftigen Menschen schwierig.

- Die mit der Pflege und Betreuung in der verbleibenden Zeit des häuslichen Aufenthaltes der pflegebedürftigen Person verbundene immaterielle Belastung der pflegenden Angehörigen bleibt hoch. Bei vollstationärer Dauerpflege sind hingegen Pflege, Betreuung und Versorgung gegen einen vergleichsweise geringen „Aufpreis“ gänzlich der Pflegeeinrichtung überantwortet.

Es ist von daher leicht nachvollziehbar, weshalb das Unterstützungsangebot „Tagespflege“ oder „Nachtpflege“ bei weitem nicht in dem gewünschten oder wünschbaren Umfange angenommen wurde und – bei unveränderten Rahmenbedingungen – auch weiterhin angenommen werden wird.

3.3.4 Vergütungen von Leistungen der Kurzzeitpflege

Rechtslage

Auf die Ausführungen im Einführungsteil dieses Abschnittes sowie diejenigen im Unterabschnitt I.3.1.4 wird hingewiesen.

Zudem wird angemerkt:
Die nachfolgenden Daten beziehen sich ausschließlich auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die ein spezielles Kurzzeitpflegeangebot in Gestalt einer Solitäreinrichtung oder einer abgegrenzten wirtschaftlichen Einheit mit eigenem Versorgungsvertrag in Angliederung an eine andere Pflegeeinrichtung – zumeist eine Einrichtung der vollstationären Dauerpflege (s. auch Abschnitt I.3.1.4) – , ein Krankenhaus oder eine stationäre Einrichtung der medizinischen Rehabilitation vorhalten. Die Vergütungen der Leistungen der so genannten „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, die während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes von den Kurzzeitpflegegästen aufzubringen sind, entsprechen grundsätzlich denjenigen der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime, die sich dauerhaft in den Einrichtungen aufhalten. Auf die vorangehenden Ausführungen in Abschnitt I.3.3.1 wird insoweit verwiesen.

Vergütungen

Ende 2003 waren in Niedersachsen ausweislich der Pflegestatistik insgesamt 47 Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur entsprechenden Versorgung mit Leistungen nach § 42 SGB XI und ggf. § 39 SGB XI (s. Abschnitt I.3.1.4.1) zugelassen. Ihr Durchschnittspflegesatz lag zu diesem Zeitpunkt bei 60 Euro je Platz und Tag (Tab. I.3.3.4). Er lag damit um 8 Euro über demjenigen der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen (Abschnitt 3.3.2).

Die **Durchschnittspflegesätze** in den Pflegeklassen 1, 2 und 3 betrugen **48, 60 und 73 Euro**, die Vergleichswerte in der vollstationären Dauerpflege lagen bei 40, 52 und 65 Euro. Die vergleichsweise hohen Pflegesätze der Kurzzeitpflegeeinrichtungen **spiegeln die besonderen wirtschaftlichen Bedingungen dieser Einrichtungen wider**.[241]

Für die Kurzzeitpflege besteht gem. § 42 SGB XI ein – pflegestufenunabhängiger – Leistungsanspruch in Höhe bis zu 1.432 Euro je Kalenderjahr. Der Anspruch ist auf vier Wochen je Kalenderjahr beschränkt. Die bei den vorgenannten durchschnittlichen Vergütungen möglichen **Aufenthaltsdauern** in den Einrichtungen ohne einen Zuzahlungsbedarf für die Pflegeleistungen aus eigenem Einkommen betragen **im Höchstfall** (jeweils knapp) **30 Tage** bei **Pflegeklasse 1**, **24 Tage** bei **Pflegeklasse 2** und **20 Tage** bei **Pflegeklasse 3**. Insofern werden bei den beiden letztgenannten Pflegeklassen die Aufwendungen nicht mehr in vollem Umfang aus Mitteln der Pflegeversicherung gedeckt, sofern der gesetzlich mögliche Höchstzeitraum für den Aufenthalt in der Einrichtung genutzt werden soll. Dieser leistungsrechtliche „Mangel“ **kann** im Falle der Kurzzeitpflege allerdings **durch die ergänzende Inanspruchnahme von** Leistungen der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) **kompensiert werden**. Diese Vorschrift ermöglicht ebenfalls Leistungen bis zu kalenderjährlich vier Wochen und bis zu 1.432 Euro. **Insofern können sich die o. g. Aufenthaltsdauern** in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Bedarfsfall **verdoppeln**.[242]

Die Preisentwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2003 fiel bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit durchschnittlich 5 Euro, entsprechend 9 %, etwas höher als bei den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege aber wesentlich moderater als bei den

[241] siehe hierzu Abschnitt I.3.1.4.2
[242] diese rechtlichen Rahmenbedingungen treffen auf die so genannte „eingestreute“ Kurzzeitpflege in gleicher Weise zu.

teilstationären Pflegeheimen (s. o.) aus. Der Preisanstieg war in den verschiedenen Pflegeklassen nahezu identisch (jeweils um 9%).

Die Preisspannen lagen Ende 2003 bei Pflegeklasse 1 zwischen 25 – 30 und 65 und mehr Euro je Platz und Tag, bei Pflegeklasse 2 zwischen 35 – 45 und 75 und mehr Euro und bei Pflegeklasse 3 zwischen 45 – 50 und 100 und mehr Euro. Wie bei den Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege sind auch hier die Pflegesätze in den verschiedenen Pflegeklassen nahezu normalverteilt; die größte Zahl der Einrichtungen befindet sich je Pflegeklasse jeweils in den mittleren Preisklassen.

Der Zusammenhang zwischen der Größe der Einrichtung und der Höhe des Pflegesatzes ist bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen noch weniger ausgeprägt als bei den vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und den teilstationären Pflegeeinrichtungen.

Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung lagen Ende 2003 mit durchschnittlich 19 Euro deutlich über denjenigen der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen (16 Euro) und der teilstationären Pflegeeinrichtungen (14 Euro). Im Gegensatz zu den letztgenannten Einrichtungsarten sind die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im Zeitraum von Ende 1999 bis Ende 2003 nicht gesunken; sie haben vielmehr nach einer zwischenzeitlichen Verringerung auf durchschnittlich 17 Euro (Ende 2001) bis Ende 2003 das Niveau von Ende 1999 wieder erreicht. Gründe für die vergleichsweise hohen Beträge und die dargestellte Preisentwicklung sind nicht bekannt; anzunehmen ist, dass sie ebenfalls mit den besonderen wirtschaftlichen Bedingungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen[243] im Zusammenhang stehen.

Investitionskosten

Zu den Investitionskosten der Kurzzeitpflegeeinrichtungen liegen keine statistischen Daten vor. Für die Nutzer der Einrichtungen sind sie angesichts der Förderung durch das Land (s. Abschnitt I.3.1.4) nicht von Belang.

[243] s. Abschnitt I.3.1.4.2

Zusammenfassende Feststellung

In Abschnitt I.3.1.4 wurde dargestellt, dass sich die Zahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den Jahren zwischen Ende 1999 und Ende 2003 um 22 Einrichtungen verringert hat und auch die Zahl der angebotenen Plätze – wenn auch bedeutend weniger – abgenommen hat. Die besonderen Schwierigkeiten der Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur dauerhaften Sicherstellung einer wirtschaftlichen Betriebsführung wurden erläutert.

Diese Entwicklung erstaunt dennoch in Betracht der gegenüber den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege deutlich höheren Pflegesätze und zugleich der im Verhältnis zur Tages- und Nachtpflege wesentlich günstigeren leistungsrechtlichen Voraussetzungen (s. o.). **Es kann insoweit z. B. nicht angenommen werden, dass die höheren Pflegesätze der Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Anbetracht des daraus resultierenden höheren Zuzahlungsbedarfs von Seiten der pflegebedürftigen Menschen, die Nutzung dieser Einrichtungen beeinträchtigt. Bestenfalls könnten hier psychologische „Abschreckungseffekte“ angenommen werden; sachlich sind diese nicht gerechtfertigt.**

Anders als bei der Tagespflege oder der vollstationären Dauerpflege handelt es sich bei der Kurzzeitpflege um zeitlich begrenzte Inanspruchnahmen. Selbst für den Fall einer notwendigen Zuzahlung aus Eigenmitteln kann daher angenommen werden, dass diese von den pflegebedürftigen Personen oder Angehörigen im Regelfall wird getragen werden können. Notwendige Eigenbeiträge werden von daher die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege kaum behindern. Hierfür spricht auch die starke Zunahme der Nutzung dieser Leistung der Pflegeversicherung (Abschnitt I.1.1) – allerdings weitestgehend in der Form der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege.

Die Preise der Kurzzeitpflegeeinrichtungen könnten – eine derzeit unzureichende Auskömmlichkeit unterstellt – angesichts der dargestellten leistungsrechtlichen Bedingungen sogar noch steigen, ohne dass es selbst bei den Pflegestufen 2 und 3 unter Aspekten einer (zeitlich) ausreichenden Versorgung zu maßgeblichen Beeinträchtigungen kommen würde. Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen stoßen hier – im Gegensatz zur den

teilstationären Pflegeeinrichtungen – auf „komfortable“ leistungsrechtliche Rahmenbedingungen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich auch erneut die Frage (s. Abschnitt I.1.3.4.2), warum bislang erst drei Kurzzeitpflegeeinrichtungen von der Möglichkeit des Abschlusses verbesserter Pflegesätze auf der Grundlage der Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 30. Jan. 2003[244] Gebrauch gemacht haben. Die vom Landespflegeausschuss eingeleitete Evaluation der Umsetzung seiner Empfehlungen (s. Abschnitt I.3.1.4.2) wird hierzu nähere Erkenntnisse erbringen müssen.

Die derzeitigen leistungsrechtlichen und vergütungsrechtlichen Grundlagen für Einrichtungen der Kurzzeitpflege liefern für die unbefriedigende Versorgungslage mit diesen Einrichtungen in Niedersachsen keine hinreichenden Gründe. Sie sind vielmehr im Vergleich zu den Marktbedingungen für Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen als gut zu bezeichnen.

3.4 Angebote für Personen mit besonderem Hilfebedarf

3.4.1 Kinder

Mit derzeit etwas mehr als 7.500 Personen stellen Kinder (unter 15 Jahren) eine vergleichweise kleine Gruppe unter den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängerinnen der Pflegeversicherung dar. Allerdings sind unter ihnen überproportional solche der Pflegestufe II und III vertreten (s. Abschnitt 1.3.1). Pflegebedürftigkeit bei Kindern geht zumeist einher mit einer schweren Erkrankung und/oder Behinderung bzw. wird durch diese bewirkt.

Die weit überwiegende Zahl der pflegebedürftigen Kinder wird in der Familie von den Eltern betreut. Sie stellen die pflegerische Versorgung im Sinne des SGB XI (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) mit Bezug von Pflegegeld selbst sicher.

[244] a. a. O., siehe Abschnitt I.1.3.4.2

Mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit – in diesem Alter oft verbunden mit einer schweren Behinderung – nimmt aber (wie bei den Erwachsenen) die stationäre Versorgung wegen Überforderung des familialen Kontextes zu (s. Abschnitt 1.3.1). Solche Kinder befinden sich nahezu ausnahmslos in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI; s. Abschnitte 1.3.4 und 3.4.3). Bei ihnen geht das MS angesichts der Zuständigkeit des Landes als überörtlicher Träger der Sozialhilfe, vertreten durch das Landesamt für Soziales, Familien und Jugend – Landessozialamt (LS) von einer alters- und behinderungsgerechten Wohn- und Betreuungssituation sowie einer fachlich qualifizierten medizinisch-pflegerischen Versorgung aus. Die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen in den Einrichtungen auch diese Leistungen. Das LS ist für diese Einrichtungen auch die Heimaufsichtsbehörde.

Bei der häuslichen Versorgung wird die pflegerische Versorgung der Kinder nicht selten ergänzend durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) sichergestellt. Das trifft vor allem bei sehr kleinen oder schwerst kranken Kindern zu. Solche Kinder bedürfen häufiger behandlungspflegerischer Leistungen nach ärztlicher Verordnung, die (neben den Ärzten) nur von Fachpflegekräften ordnungsgemäß ausgeführt werden können. Vielfach bedarf es auch der fachlichen Anleitung und Unterstützung der Eltern hinsichtlich der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Eltern und Geschwister von pflegebedürftigen Kindern leben in einer andauernden Ausnahmesituation. Sie sind außerordentlichen Belastungen physischer und psychischer Art ausgesetzt. Ganz besonders gilt dies nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren sowie bei lebensbedrohlichem Zustand des Kindes. Eltern pflegebedürftiger Kinder bedürfen daher neben ärztlicher und fachpflegerischer Information und Anleitung auch begleitender Beratung und psychosozialer Unterstützung.

Bereits im Pflegerahmenplan des MS (damals MFAS) aus dem Mai 2000 wurde – im Rahmen der damals zur Verfügung stehenden Kenntnisse beschränkt auf die häusliche Kinderkrankenpflege – auf ein, unter dem Aspekt einer flächendeckenden Versorgung unzureichendes Angebot hingewiesen und ein Dialog des MS hierüber mit den Landesorganisationen der Kranken- und Pflegekassen und dem Arbeitskreis der häuslichen Kinderkrankenpflege in Niedersachsen angekündigt. Dieser Dialog wurde noch im Jahr 2000 auf der Fachebene begonnen und durch ein Gespräch der damals amtierenden Sozialministerin mit der damaligen Vorstandsvorsitzenden der AOKN unterstützt.

Gleichzeitig wurde über die Errichtung eines Kinderhospizes für sterbende Kinder und für Kinder mit einer begrenzten Lebenserwartung mittels landesseitiger Förderung beraten. Das Kinderhospiz „Löwenherz“ mit Sitz in Syke wurde am 22. September 2003 eröffnet. Für den Bau dieser – in Niedersachsen bislang einmaligen - Einrichtung wurden vom Land 772.000 € bereitgestellt. Der Bund beteiligte sich, nach Vermittlung durch das MS, mit weiteren 600.000 €. Die durch die Förderung nicht gedeckten Investitionsfolgeaufwendungen werden nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NpflegeG) gefördert.
Das Kinderhospiz bietet 8 Plätze für die Betreuung, Unterstützung und Begleitung von Kindern mit einer lebensbedrohenden Krankheit und deren Eltern. Es umfasst neben Räumlichkeiten für die Kinder auch solche für begleitende Eltern. Die Einrichtung ist als Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI für Leistungen der vollstationären Pflege und der Kurzzeitpflege zugelassen. Sie dient insoweit den Familien auch für eine vorübergehende Entlastung.

Bis Dezember 2004 haben nach Aussage des Trägers 82 Kinder mit einer lebenslimitierenden Krankheit und deren Eltern das Angebot des Kinderhospizes angenommen.[245]

Die vorstehenden Bemühungen der Landesregierung um eine Verbesserung der Situation schwerstkranker / -behinderter / pflegebedürftiger Kinder fanden ab Mitte 2001 eine wesentliche Unterstützung durch den einstimmigen Beschluss des Landtages „Flächendeckende Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder sicherstellen“ vom 13. Juni 2001 (LT-Drs. 14/2567). Anliegen des Landtages mit Blick auf ein entsprechendes Handeln der Landesregierung waren:

- Eine Bestandsaufnahme der Versorgungsangebote für schwerstkranke Kinder und ihre Eltern,
- die Bekanntmachung und Vernetzung der vorhandenen Angebote in Zusammenarbeit mit den Trägern,
- die Unterstützung der Gründung neuer Einrichtungen sowie die Förderung von Kinderhospizen als ergänzende stationäre und ambulante Einrichtungen,
- Gespräche mit Angebots- und Kostenträgern zur Sicherstellung der Finanzierung,

[245] Zu weiteren Informationen über die Einrichtung wird auf die Antwort der Landesregierung vom 30. Juni 2005 auf die Entschließung des Landtages „Versorgung schwer kranker Kinder in Niedersachsen qualitativ verbessern“ vom 26. Jan. 2005, Anlage 3 (LT-Drs. 15/2091 vom 05.07.2005) sowie auf die homepage des Kinderhospizes verwiesen.

- eine Verstärkung der Unterstützung des Medizinischen Dienstes für die Erschließung von Hilfen für Eltern,
- die Herstellung einer länderübergreifenden Vernetzung insbesondere mit den Bundesländern Bremen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen,
- die Verbesserung der Koordination von medizinischen, pädagogischen und sonstigen Hilfen sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit,
- eine Bundesratsinitiative zur Änderung der Begutachtungskriterien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern sowie
- die Unterstützung schwerstkranker Kinder und ihrer Eltern bei der Geltendmachung von Leistungsansprüchen durch die Servicestellen nach § 23 SGB IX.

Mit Datum vom 26. Januar 2005 hat der Niedersächsische Landtag durch einen erneuten, wiederum einstimmigen, Beschluss „Versorgung schwer kranker Kinder in Niedersachsen qualitativ verbessern“ die Thematik erweitert und vertieft.246

Zur Umsetzung der Entschließung vom Juni 2001 wurde vom MS ein „Runder Tisch schwerstkranke Kinder“ (im Folgenden nur Runder Tisch) eingerichtet. Mitglieder in diesem Runden Tisch sind neben Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger auf Seiten der Kranken- und Pflegekassen und der Verbände der Leistungsanbieter der freien Wohlfahrtspflege und der privaten Pflegeeinrichtungen, der Kinderkliniken, der niedergelassenen Kinderärzteschaft, der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und des Arbeitskreises der Kinderkrankenpflegedienste auch solche von Organisationen und Vereinigungen von betroffenen Eltern. Er berät das MS hinsichtlich der mit der Umsetzung der Landtagsentschließung verbundenen fachpraktischen Fragen sowie bei Anträgen auf Förderung von Einzelmaßnahmen (Modellerprobungen, Untersuchungen und wissenschaftlichen Begleitungen, Baumaßnahmen, Fortbildungsmaßnamen) und stellt die Koordination und Vernetzung unter den Beteiligten und in die nachgeordneten Gliederungen sicher. Die Arbeit des Runden Tisches dauert an.

Über die Umsetzung dieser Entschließung hat die Landesregierung in zwei Antworten mit Datum vom 16.01.2002 (LT-Drs. 14/3053) und 30.06.2005 (LT-Drs. 15/2091) informiert. Der letztgenannte Bericht enthält auch Kurzdarstellungen der landesseitig geförderten Projekte und Maßnahmen zum derzeitigen Erkenntnisstand (www.landtag-niedersachsen.de/Infothek/Landtagsdrucksachen). Die Darstellung des Umsetzungs-

[246] Im Einzelnen siehe Antwort der Landesregierung; LT-Drs. 15/2091 vom 30.06.2005

standes und der erreichten Ergebnisse an dieser Stelle beschränkt sich darum auf eine Auswahl wesentlicher Aspekte.

- Die Bestandsaufnahme der für schwerstkranke Kinder und ihre Eltern in Niedersachsen verfügbaren Einrichtungen, Dienste, Informationen und Organisationen wurde durch eine bereits im August 2001 veröffentlichte Broschüre dokumentiert. Die Broschüre wurde zwischenzeitlich laufend aktualisiert und liegt mit Datum vom Juli 2003 inzwischen in dritter Auflage vor. Eine 4. Auflage wird vorbereitet. Die Broschüre wurde jeweils allen relevanten Institutionen, Einrichtungen und Organisationen übermittelt; sie ist ins Internet gestellt und hier über die homepage des MS einzusehen (www.ms.niedersachsen.de/Soziales /HilfenfürFamilien/Familienmitschwerstkrankenkindern).

- Die Bestandsaufnahme hat zum einen erkennen lassen, dass Niedersachsen über ein landesweites und differenziertes Angebot an Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für schwerstkranke Kinder und ihre Eltern verfügt. Gleichzeitig stellt(e) sie einen wertvollen Erkenntnishintergrund für unzureichendes Angebot in quantitativer und qualitativer Hinsicht wie unter dem Aspekt der Erreichbarkeit seitens der betroffenen Familien dar. Diese unzureichenden Versorgungsstrukturen wurden und werden im Runden Tisch aufgearbeitet, im Blick auf ihre Umsetzbarkeit bzw. die Umsetzungsbedingungen und –voraussetzungen geprüft und, sofern möglich, gemeinsam bzw. von den jeweiligen Partnern einer Lösung zugeführt. Da es sich hierbei überwiegend um neuartige Maßnahmen handelt(e), wurde vom Runden Tisch bevorzugt die modellhafte Erprobung empfohlen und umgesetzt (siehe nachfolgende Aufstellung der initiierten und landesseitig geförderten bzw. in Diskussion befindlichen Projekte):

▪

Tab. T B I 3.4.1/1

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Maßnahme	Jahr der Bewilligung	Laufzeit	bewilligte Förderung (in Euro)
1	Qualifizierung einer Kinderpflegekraft zur häuslichen Pflege für dauerbeatmete Kinder	2002	abgeschlossen (2003)	8 000,00
2	Zuwendungen zum Bau des Kinderhospizes Löwenherz	2002	abgeschlossen (2003)	772 000,00
3	Entwicklung einer zuverlässig beurteilbaren Narkoseführung bei Kindern in den ersten Lebensmonaten (Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder bis zu einem Jahr)	2002	01.11.2002 bis 31.10.2004	248 858,00
4	Modellerprobung klinikgestütztes Case-Management zur Sicherstellung der Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder - städtischer Raum	2002	09.12.2002 bis 31.12.2007	187 188,00
5	Modellerprobung fachlich begleitete Gruppen von Eltern sehr kleiner Frühgeborener	2004	01.07.2004 bis 31.05.2008	101 948,80
6	Wissenschaftliche Begleitung des vom MDKN durchgeführten Modellvorhabens „Verbesserung der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern in Niedersachsen“	2004	01.06.2004 bis 28.02.2006	74 170,00
7	Konzeptentwicklung und Erprobung einer Fortbildung für die häusliche Krankenpflege für schwerstkranke Kinder	2004	28.09.2004 bis 30.06.2007	103 824,00 (aus Toto-Lotto-Mitteln)
8	Wissenschaftliche Begleitung der Konzeptentwicklung und Erprobung einer Fortbildung für die häusliche Krankenpflege für schwerstkranke Kinder	2004	01.12.2004 bis 30.04.2007	150 000,00
9	Modellerprobung klinikgestütztes Case-Management zur Sicherstellung der Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder - ländlicher Raum	2004	01.12.2004 bis 30.11.2008	160 000,00
10	Errichtung eines therapeutischen Zentrums mit integrierter Kurzzeitpflege für hirnorganisch/neurologisch erkrankte Kinder und Jugendliche, Zuwendung für den Bau und die Ausstattung eines Wohn- und Aufenthaltsbereiches für die Eltern sowie von Räumlichkeiten für die Schulung und Förderung der Eltern	2004	23.12.2004 bis 31.05.2005	175 324,00
11	Einführung einer Qualitätsgemeinschaft und Versorgungsstruktur bei niedersächsischen Kinderkrankenpflegediensten	(vorgesehen)		
	Gesamt			1 877 488,80 (1 981 312,80)

▪ Mit dem Kinderhospiz Löwenherz ist eine wesentliche Versorgungslücke geschlossen worden. Gleiches gilt für die – nach Auffassung des Runden Tisches unzureichende – Versorgung mit Einrichtungen der Kurzzeitpflege bzw. der vorübergehenden vollstationären Betreuung der Kinder bei Abwesenheit, Krankheit oder Urlaub der Eltern. Hier wird mit der Kurzzeitpflegeeinrichtung in Bad Salzdetfurth (s. o.) in

Kürze ein erstes Angebot bereitstehen.
Dem Runden Tisch ist eine weitere Projektabsicht des Lions-Clubs Hannover in Zusammenarbeit mit der Hannoverschen Kinderheilanstalt für die Region Hannover mit derselben Zielsetzung (Kurzzeitpflege für schwerstkranke / -behinderte / pflegebedürftigen Kinder) vorgetragen worden. Die Planungen sind nach Auskunft der Hannoverschen Kinderheilanstalt noch nicht abgeschlossen.

Eine Einrichtung für wachkomatöse sowie für beatmungspflichtige Personen beabsichtigt eine Erweiterung und hierbei ein besonderes Angebot für Kinder für die Langzeit- und die Kurzzeitpflege. Der Runde Tisch wird hierzu in Kürze voraussichtlich über einen konkreten Förderantrag beraten.

Schließlich bestehen aus dem Runden Tisch heraus Überlegungen von Kinderkliniken, ebenfalls vorübergehende Betreuung und Pflege (keine stationäre Behandlung) anzubieten. Die diesbezüglichen Beratungen zwischen den Mitgliedern des Runden Tisches von Seiten der Elternvertretungen, der Kinderkliniken, der NKG und der Kranken- und Pflegekassenverbände dauern noch an.

- Besonders problematisch gestaltet sich oft – vor allem nach der Geburt eines schwerstkranken oder –behinderten Kindes – der Übergang aus der Kinderklinik in den familiären Alltag am Wohnort der betroffenen Familie. Die in Anlehnung an das so genannte „Augsburger Modell“ geförderten beiden Modellprojekte eines klinikgestützten Case-Managements stellen hier einen viel versprechenden Ansatz zur Verbesserung der Situation der Eltern dar. Die bislang gewonnenen Erkenntnisse lassen eine Fortführung des Angebotes nach Ablauf der Modellerprobung und eine Einführung auch in anderen Regionen lohnend erscheinen. Als mögliche Finanzierungsgrundlage für eine solche Verstetigung und Vervielfältigung des Angebots bietet sich die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 14.12.2003 geschaffene Leistung der sozialmedizinischen Nachsorge (§ 43 Abs. 2 i. V. m. § 132c SGB V) an. Nach dieser Vorschrift kann die Krankenkasse

  „... aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erbringen oder fördern, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer

der Erkrankung erforderlich ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ärztliche Behandlung zu sichern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Maßnahmen."

Diese Empfehlungen der Spitzenverbände sowie solche über die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen (§ 132c SGB V) liegen inzwischen vor. Der Runde Tisch hat daher die Bildung einer Arbeitsgruppe, in der über die Anwendung der Bestimmungen des § 43 Abs. 2 SGB V im Besonderen auf den o. g. Ansatz des klinikgestützten Case-Managements beraten werden soll. In diesem Zusammenhang soll zudem geprüft werden, inwieweit nicht auch ambulante Kinderkrankenpflegedienste solche Aufgaben der sozialmedizinischen Nachsorge wahrnehmen können bzw. angesichts ihrer besonderen Erfahrungen über die Versorgungsbedingungen im häuslichen Bereich wahrnehmen sollten.

Ein besonderes Problemfeld im Zusammenhang mit der Versorgung und Betreuung schwerstkranker / -behinderter / pflegebedürftiger Kinder bildet die häusliche pflegerische Versorgung. Diese Problematik betrifft im wesentlichen vier Kernfragen:

1) die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI durch den medizinischen Dienst;
2) die Herstellung eines flächendeckenden, fachlich ausreichenden Angebotes,
3) die fachliche Qualität bzw. Qualifizierung der professionellen Pflegekräfte in allgemeinen Pflegediensten und
4) die Möglichkeiten der verstärkten Nutzung der häuslichen Kinderkrankenpflegedienste Einrichtungen der Fachberatung und –koordinierung im Aufgabenfeld der häuslichen Pflege schwerstkranker Kinder.

Zu 1) Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI durch den medi zinischen Dienst

Auf die diesbezüglichen grundlegenden Probleme des Leistungsrechts der Pflegeversicherung wurde bereits in Abschnitt I.1.3.1 näher eingegangen. Sie können nur durch bundesgesetzliche Änderungen – z. B. die Einführung von Assessmentverfahren zur

Feststellung des individuellen Pflegebedarfs anstelle des derzeitigen Zeitbemessungsverfahrens für bestimmte Verrichtungen – gelöst werden. Aus diesem Grund konnte auch für den Vorstoß des Landes im Sinne des Auftrages aus der Landtagsentschließung vom 13.06.2001 für eine Bundesratsinitiative bereits auf Fachebene keine Bereitschaft anderer Länder, ein solche Initiative zu unterstützen, gefunden werden.
Dessen ungeachtet lassen auch Erfahrungen der Praxis mit der Begutachtung des MDK zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unbefriedigt. Als der besonderen Situation von Familien mit schwerstkranken Kindern nicht angemessen wird z. B. die Begutachtung durch Personen gewertet, deren Kenntnisse und Erfahrungen im wesentlichen auf die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen ausgerichtet sind. Der MDKN hat demzufolge, einer Anregung des MS folgend, sich zu einer modellhaften Erprobung der Begutachtung bei Kindern ausschließlich durch Fachkräfte der Kinderkrankenpflege in einer Teilregion bereit gefunden. Das Projekt wird mit Förderung des Landes wissenschaftlich begleitet (s. vorstehende Übersicht). Es wird im 1. Quartal 2006 abgeschlossen sein. Die Ergebnisse im Blick auf eine allgemeine Einführung dieser Begutachtungspraxis seitens des MDKN ist insoweit abzuwarten.

Zu 2) Herstellung eines flächendeckenden, fachlich ausreichenden Angebotes

In Niedersachsen gibt es zur Zeit nach Angaben des Arbeitskreises der ambulanten Kinderkrankenpflegedienste 12 solche Dienste – gegenüber 7 zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Pflegerahmenplans im Mai 2000. Mit den Standorten in Bremen, Göttingen, Hannover (2 Dienste), Sulingen, Vechta, Wunstorf, Sögel, Uplengen-Remels, Braunschweig, Oldenburg und Nordhorn sind sie zwar weitestgehend über das Land verteilt, jedoch großräumig ungleichgewichtig verteilt. So besteht vor allem im Nord- und Südosten des Landes nahezu kein solches, in besonderer Weise für die Pflege schwerstkranker Kinder qualifiziertes Angebot. Die bestehenden Angebote haben zum Teil Einzugsbereiche von 80 km und mehr; dies ist weder unter dem Aspekt einer ausreichenden Versorgung noch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu vertreten. Andererseits ist die Zahl der zu versorgenden Kinder wiederum so gering, dass sich die Frage der wirtschaftlichen Tragfähigkeit eines spezialisierten Angebotes für die bestehenden Pflegedienste im Fall einer Verdichtung des Angebotsnetzes stellt. Zudem haben diese Dienste hinsichtlich ihrer Personalstärke und der Zahl der betreuten Kinder ein außerordentlich unterschiedliches Volumen. So verfügt z. B. einer der Pflegedienste über 100 Mitarbeiterinnen, davon 39 in Festanstellung, ein anderer in einer anderen Region hin-

gegen nur über 6 Fachpflegekräfte und 11 betreute Kinder.

Vor diesem Hintergrund wurde vom Runden Tisch ein Konzept für eine Verdichtung des Hilfeangebotes im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege entwickelt. Es wird derzeit schrittweise umgesetzt. Das Konzept besteht aus zwei Komponenten:

- den Einbezug der Kinderkliniken und Abteilungen für Kinderheilkunde in die ambulante Versorgung insbesondere im Übergang nach einer stationären Behandlung im Wege von Vereinbarungen mit den Krankenkassen.

- die Gewinnung und Qualifizierung (s. nachfolgend zu 3)) von Kinderkrankenpflegepersonal aus allgemeinen Pflegediensten zur Erbringung von Pflege- und Beratungsleistungen in Familien mit schwerstkranken Kindern. Bei diesen Fachkräften muss(te) angesichts ihrer weitgehend auf die Pflege alter Menschen ausgerichteten Berufspraxis von einem erheblichen Bedarf an Aktualisierung und Erweiterung ihres fachlichen Wissens im Blick auf die Pflege schwerstkranker Kinder ausgegangen werden.

Zum derzeitigen Stand kann zu beidem ein positives (Zwischen-)Ergebnis festgestellt werden:

Bislang haben von den 34 Kinderkliniken und kinderheilkundlichen Abteilungen an Krankenhäusern in Niedersachsen 22 eine Vereinbarung mit den Landesverbänden der landesunmittelbaren Krankenkassen abgeschlossen.[247] Die bundesunmittelbaren Kassen sahen sich aus grundsätzlichen Erwägungen (bundesweite Präzedenzwirkung) zu einem formellen Beitrag nicht in der Lage. Sie haben aber eine Einzelfall bezogene Leistungsbereitschaft zu erkennen gegeben und diese auch bereits in mehreren Fällen realisiert.
Für die Fortbildung der Kinderkrankenpflegekräfte aus allgemeinen Pflegediensten wurde mit Förderung durch das Land ein Konzept entwickelt. Es befindet sich derzeit in der Anwendung; das Projekt, das zwei jeweils einjährige Maßnahmen zur berufsbegleitenden Fortbildung umfasst, wird wissenschaftlich begleitet (s. vorstehende Übersicht über die geförderten Projekte). Die Fortbildungsmaßnahmen sind bei den Trägern von Pflegediensten auf erfreuliche Resonanz gestoßen. In der ersten Maßnahme befinden sich

[247] Zum Zeitpunkt der Antwort der Landesregierung auf die Entschließung vom 26.01.2005 waren es noch 18 Kliniken.

15 Teilnehmerinnen; für die zweite Maßnahme liegen bereits ausreichende Anmeldungen vor. Die bis jetzt vorliegenden Erfahrungen haben bereits erkennen lassen, dass die Kinderpflegekräfte einer nachgehenden Beratung und Unterweisung bedürfen. Insoweit stellen die Fortbildungen notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für eine nachhaltig zufrieden stellende Verbesserung der Versorgung der schwerstkranken Kinder mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege dar. Der Runde Tisch berät diesbezüglich über Lösungsansätze (s. nachfolgend zu 4)).

Zu 3) fachliche Qualität bzw. Qualifizierung der professionellen Pflegekräfte in allgemeinen Pflegediensten

Auf die vorstehenden Ausführungen in 2) wird verwiesen.

Zu 4) Möglichkeiten der verstärkten Nutzung der häuslichen Kinderkranken pflegedienste als Einrichtungen der Fachberatung und –koordinierung im Aufgabenfeld der häuslichen Pflege schwerstkranker Kinder

Die vorhandenen Kinderkrankenpflegedienste verfügen über hervorragende Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Pflege und Betreuung von schwerstkranken Kindern und deren Familien. Sie haben dazu u. a. in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen im Runden Tisch einen **Leistungskatalog und Qualitätskriterien für die häusliche Krankenpflege schwerstkranker Kinder** entwickelt. Dieser Leistungskatalog wird von den landesunmittelbaren Krankenkassen für die Vergütung von Leistungen bei solchen Kindern zugrunde gelegt. Auch hier handeln die bundesunmittelbaren Kassen entsprechend.

Der bundesweit einmalige Leistungskatalog wurde seitens der Landesorganisationen der gesetzlichen Krankenkassen an ihre Spitzenverbände zur Kenntnis übermittelt. Die Bundesgesundheitsministerin Schmidt hat ein entsprechendes Schreiben von Frau Sozialministerin Dr. von der Leyen aufgegriffen und den Leistungskatalog dem Gemeinsamen Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit der Bitte um Beachtung im Rahmen seiner Beratungen über die Richtlinien zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zugeleitet.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage einer verstärkten Nutzung der besonderen Fachkompetenz der Kinderpflegedienste. Im Runden Tisch wurden dazu verschiedene Ansätze erörtert, von denen sich derzeit im Blick auf konkrete Projekte konkretisieren:

- die Bildung einer „Qualitätsgemeinschaft häusliche Kinderkrankenpflege in Niedersachsen“ und
- die Erarbeitung und Erprobung eines Konzeptes zur Beratung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern nach § 45 SGB XI (Pflegekurse für pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende).

Bei letzterem soll vor allem auf die individuelle Beratung in der Familie abgestellt werden, wie sie aufgrund entsprechender Einwirkungen des MS auf den Gesetzgebungsprozess im Zuge des Pflegequalitäts-Sicherungsgesetzes durch eine entsprechende Änderung der Vorschrift des § 45 SGB XI verstärkt ermöglicht wurde.
Das erstgenannte Projekt soll der Bildung einheitlicher landesweiter Qualitätsmaßstäbe für die Leistungserbringung in der häuslichen Krankenpflege dienen und deren Umsetzung im Rahmen vernetzter Angebotsstrukturen auf Landes- und auf örtlicher Ebene durch die dort agierenden Pflegedienste.

3.4.2 Personen mit dementiellen Erkrankungen

Die Versorgungslage für die derzeit rund 100.000 bis 130.000 (pflegebedürftigen) Personen in Niedersachsen mit einer dementiellen Erkrankung (s. Abschnitt 1.3.3) hinsichtlich ihrer medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie bezüglich der Angebote zur Betreuung ist angesichts einer fehlenden systematischen Erfassung und Analyse nur partiell und zum Teil auch nur beispielhaft darstellbar.[248] Aus einzelnen Untersuchungen in ausgewählten Regionen Niedersachsens[249] oder Presseberichten – so z. B. jüngst über die Ausbildung von „Sozialberatern in der Altenhilfe“ in der Stadt Delmenhorst durch das Berufsförderungswerk Weser-Ems[250] oder den Bericht über ein Kooperationsprojekt der VHS, der Freiwilligen-Agentur und der Alzheimer-Selbsthilfegruppe in Osnabrück zur Fortbildung von freiwilligen Helferinnen und Helfern zu „Demenzbeglei-

[248] Das MS erwartet sich von der in Vorbereitung befindlichen Datenbank über die Angebote der Altenhilfe - „Informationsplattform Altenhilfe“ - diesbezüglich eine wesentliche Verbesserung. Nähere Ausführungen hierzu siehe Abschnitt I.3.5.2
[249] Melchinger H: Regionale Versorgung von Demenzkranken – Analysen zur Versorgungssituation und Implikationen für Qualitätsziele und Qualifizierungsmaßnahmen; Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsbereich Versorgungsforschung, Hannover, im Februar 2005

tern[251] – steht eine Vielzahl von Einzelaktivitäten auf örtlicher Ebene zu vermuten. Gleiches wird auch bei der Durchsicht der dem MS vorliegenden örtlichen Pflegepläne/Pflegeberichte deutlich[252]. Sie können an dieser Stelle nicht wiedergegeben werden.

Im Landkreis **Diepholz** werden **fünf gerontopsychiatrische Beratungsstellen** vorgehalten, an deren Finanzierung sich seit Juni 2005 der Landkreis beteiligt. Auch ist im Gesundheitsamt des Landkreises eine halbe Stelle für die Koordination der Arbeit der gerontopsychiatrischen Beratungsstellen eingerichtet worden.

Der Verein **PRO DEM e.V.** unterhält im Landkreis Diepholz ein Mehrgenerationenhaus, dessen Konzept der Begegnungsmöglichkeit für Menschen aller Altersgruppen auch den Personenkreis der an Demenz erkrankten Menschen und deren Angehörige einbezieht, so dass ein gleichberechtigtes Miteinander von gesunden und kranken Menschen möglich ist.

In **Wolfsburg** stellt die **Beratungsstelle AGe** eine Anlaufstelle für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Angeboten werden Hilfen für Erkrankte, Angehörigenberatung und Gedächtnissprechstunden für ältere Bürgerinnen und Bürger.

Ebenfalls in Wolfsburg setzt sich der Verein **Altersvision e.V.** zur Aufgabe, die Integration, Rehabilitation und Therapie von hilfebedürftigen älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen in psychosozialen Krisen zu fördern. Es wird Unterstützung angeboten, um den betroffenen Menschen eine weitestgehend eigenständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Hierbei wird auch das Thema Tagespflege einbezogen.

Der Paritätische Niedersachsen e. V.: bietet mit dem Projekt **HilDe – Hilfen bei Demenz** betroffenen Familien Informationen, Beratung und Betreuung an.

In **Delmenhorst** hat zum 01.11.2005 das **Ambulante Betreuungszentrum Cramer-Huus** eröffnet. Die ambulante Anlaufstelle für hilfs.- und pflegebedürftige ältere Menschen bietet ein individuelles und flexibles Betreuungsprogramm, das eng an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet wird.

---

[250] Delmenhorster Kreisblatt vom 16.09.2005
[251] Neue Osnabrücker Zeitung vom 06.10.2005

Gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten werden zudem tagesklinisch in den allgemeinpsychiatrischen **Tageskliniken** mitversorgt, sofern nicht gerontopsychiatrische Tageskliniken zusätzlich eingerichtet worden sind. Solche bestehen z. B. an den Landeskrankenhäusern in Göttingen, Hildesheim, Lüneburg, Osnabrück und Wunstorf und am Klinikum Wahrendorff.

Gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten werden im Rahmen des gesetzlichen und vertraglichen Zielauftrages der **Institutsambulanzen** vollinhaltlich mitversorgt.
Der Anteil gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Institutsambulanzen in Niedersachsen liegt bei 10-20 %. Dieser Anteil ist ansteigend.
Die Institutsambulanzen arbeiten mit Allgemeinärztinnen und -ärzten, mit komplementären Diensten und Sozialpsychiatrischen Diensten zusammen. Mehr oder minder intensiv ist auch die Zusammenarbeit mit Alten- und Pflegeheimen und anderen ambulanten Anbietern der Geriatrie, natürlich auch mit den bestehenden gerontopsychiatrischen Stationen oder Abteilungen an Fach- oder Allgemeinkrankenhäusern.

An einigen Behandlungs- und Beratungszentren werden sog. Gedächtnissprechstunden zur Diagnose und Therapie dementiell Erkrankter und zur Beratung der Angehörigen angeboten, so z. B. von der Henriettenstiftung und der Medizinischen Hochschule in Hannover (MHH) und der Universitätsklinik in Göttingen. Vergleichbare Angebote, ohne dass diese ausdrücklich eine entsprechende Benennung bzw. Ausweisung erfahren haben, halten nach Auskunft des Arbeitsbereichs Versorgungsforschung der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH auch verschiedene Institutsambulanzen an Landeskrankenhäusern, psychiatrischen Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern vor, so z. B. in Wunstorf und Quakenbrück.

Auch einige Träger von stationären Pflegeeinrichtungen sind für ihre besonderen Aktivitäten im Blick auf die Verbesserung und Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung von dementiell erkrankten alten Menschen dem MS bekannt. Eine dieser Einrichtungen veranstaltet jährlich hierzu bundesweite Tagungen, die sich erheblichen Zuspruchs innerhalb und außerhalb von Niedersachsen.[253] Auch weitere Einrichtungen in den Landkreisen Hameln-Pyrmont, Emsland und Osnabrück sind dem MS bezüglich weitgehend regelmäßiger Informations- und Diskussionsveranstaltungen zur Versorgung dementiell

[252] 22Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Region Hannover haben inzwischen einen örtlichen Pflegeplan / Pflegebericht erarbeitet; in zwei weiteren ist die Berichtserstellung für 2006 vorgesehen.
[253] Förderverein Dementenbetreuung Holle e. V. i. V. m. der Seniorenzentrum Holle GmbH

erkrankter Menschen – auch außerhalb von stationären Einrichtungen – bekannt. In einigen Regionen, so z. B. in Braunschweig („Braunschweiger Alzheimer-Tage“) werden von der örtlichen Alzheimer-Gesellschaft in Zusammenarbeit mit der Kommune und örtlichen Kliniken, Pflegediensten und –einrichtungen jährliche Fach- und Informationsveranstaltungen durchgeführt. Auch von Trägern von Wohngemeinschaften für dementiell Erkrankte (s auch Abschnitt I.3.5.3) gehen vergleichbare Impulse in die jeweilige Region aus.

Alle diese Veranstaltungen und Aktivitäten dienen einerseits dem fachlichen Diskurs und dem Informationstransfer im professionellen Versorgungssystem und sollen Vernetzungen der (örtlich) Beteiligten bewirken. Zugleich zielen sie aber ab auf die Information und Beratung Betroffener bzw. von deren Angehörigen zur Versorgung und Betreuung im häuslichen Bereich. Insbesondere soll ein Abbau der bekanntermaßen bei vielen pflegenden Angehörigen bestehenden Vorbehalten, Hilfen „von außen“ anzunehmen, und eine Verbesserung des allgemeinen Bewusstseins- und Kenntnisstandes in der Bevölkerung über die Situation von und den Umgang mit dementiell erkrankten (alten) Menschen erreicht werden. Auch das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit war noch vor wenigen Jahrzehnten tabuisiert. Mit der steigenden Zahl der betroffenen Menschen, dem damit verbundenen verstärkten gesellschaftspolitischem und fachlichen Diskurs, der – in einigen Ländern wie auch Niedersachsen – offensiv geförderten Entwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung und, nicht zuletzt, der Einführung der Pflegeversicherung in 1994 ist die Kenntnis über das allgemeine Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung zum Allgemeingut, die Akzeptanz von außerfamilialen Hilfen zur Selbstverständlichkeit geworden. Vergleichbares soll auch für die besondere Lebensproblematik einer dementiellen Erkrankung im Alter erreicht werden. Hierfür bilden die vorstehend genannten vielfältigen Ansätze eine gute Grundlage.
Auch das Land hat diesbezüglich zur Verbesserung im Rahmen von Maßnahmenförderungen beigetragen bzw. trägt hierzu bei. Zu erwähnen sind hier beispielhaft die Projekte

- Vernetzung ambulanter Versorgungsstrukturen der Arbeitsgemeinschaft der Sozialstationen in Braunschweig (abgeschlossen),
- Aufbau eines Laienhilfsdienstes zur Entlastung der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken durch die Gedächtnissprechstunde der Universität Göttingen in Zusammenarbeit mit dem Diakonieverband Göttingen (Modellförderung und Förderung

der wissenschaftlichen Begleitung; abgeschlossen),

- Entwicklung eines Leistungskataloges und Modellerprobung von ambulanter psychiatrischer Krankenpflege in einer ausgewählten Teilregion von Niedersachsen durch den Arbeitsbereich Versorgungsforschung der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH (Förderung der Modellentwicklung und wissenschaftlichen Begleitung; abgeschlossen),

- Entwicklung und Erprobung eines Leistungskataloges für häusliche gerontopsychiatrische Krankenpflege durch den Arbeitsbereich Versorgungsforschung (s. vorstehend); Förderung der Modellentwicklung und der wissenschaftlichen Begleitung, abgeschlossen.

Die beiden letztgenannten Projekte wurden jeweils in Zusammenarbeit mit den Verbänden der landesunmittelbaren Krankenkassen durchgeführt. Am Projekt zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege beteiligten sich zudem die jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften als örtliche Träger der Sozialhilfe, am Projekt zur gerontopsychiatrischen Krankenpflege, das auf die Landeshauptstadt beschränkt war, die Stadt Hannover.

Alle genannten Projekte haben in verschiedener Weise neben den unmittelbaren Hilfeleistungen im Rahmen der Projektdurchführung zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung der dementiell erkrankten Menschen beigetragen:

- Die Ergebnisse der Modellerprobung zur häuslichen psychiatrischen Krankenpflege haben – zur bundesweiten Anwendung – Eingang in die **Richtlinie für Leistungen der häuslichen Krankenpflege** nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI gefunden. Die **diesbezügliche Erweiterung des Leistungskataloges** wurde durch den Gemeinsamen Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen und durch das BMGS genehmigt; sie ist **zum 1. Juli 2005 in Kraft getreten**.

  Von der Regelung einen Nutzen haben auch Personen mit dementiellen Erkrankungen, allerdings nur solche mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ mit spätem Beginn (Typ 1). Die Gewährung der Leistung setzt zudem grundsätzlich eine positive Prognose voraus. Es sollte nach Maßgabe der Richtlinie zu erwarten sein, dass „das mit der Behandlung verfolgte Ziel von dem Versicherten manifest umgesetzt werden“ kann und die benannten Fähigkeitsstörungen „positiv beeinflusst werden können“. Voraussetzung ist außerdem die Verordnung durch einen Facharzt für Psychiatrie. Aus der Praxis wird berichtet, dass die Umsetzung der gesetzlichen Möglichkeiten angesichts der vergleichsweise geringen Zahl solcher Fachärzte und der erforderlichen Überweisung der Patienten durch die Hausärzte an den Facharzt (gegenwärtig noch) auf Probleme stößt.

- Die Ergebnisse der Entwicklung und Erprobung von **häuslicher gerontopsychiatrischer Krankenpflege** hat insoweit zum Erfolg geführt, als die Verbände der landesunmittelbaren Krankenkassen nach Auskunft der AOKN ambulanten Leistungserb-

ringern, die sich auf die Erbringung von Leistungen der psychiatrischen oder der gerontopsychiatrischen häuslichen Krankenpflege spezialisieren, entsprechende Verträge nach § 132 SGB V anbieten. Die bundesunmittelbaren Kassen haben zu erkennen gegeben, dass sie die Inhalte der Verträge – einzelfallbezogen – ebenfalls anerkennen und dementsprechend Leistungen gewähren werden.
Mit der Beschränkung auf spezialisierte Pflegedienste soll aus Sicht der Kassenverbände die Qualität der für die häusliche Krankenpflege dieser Klientel erforderlichen besonderen Versorgungsleistungen gesichert werden.
Die Leistungsgegenstände der Vereinbarung sind auf den Leistungskatalog der Richtlinien des Gemeinsamen Ausschusses abgestellt; insoweit gelten die vorstehend dargestellten Vorbehalte bezüglich der Pflege gerontopsychiatrischer Patienten auch hier.

- Das Angebot vernetzter Angebotsstrukturen in Braunschweig hat nach Kenntnis des MS weiterhin Bestand. Durch die kooperativen Strukturen werden fallbezogene Optimierungen der Versorgung betroffener Menschen ermöglicht, die Informationsdichte auf der Anbieter- wie auf der Nutzerseite nimmt zu.

- Die Förderung des Aufbaues des Laienhilfsdienstes zur Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken in Göttingen war Bestandteil der „Qualitätsoffensive Pflege“ des MS (damals MFAS) in den Jahren 2002 – 2004. Das Projekt hat bereits in seinem Verlauf wesentliche Erkenntnisse geliefert für das nachfolgende – laufende – Programm des Landes zur Förderung des Auf- und Ausbaus von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten im Sinne einer Bestätigung der offensichtlich in hohem Maß bestehenden Bereitschaft zur ehrenamtlichen Betreuung von Menschen mit alters- oder behinderungsbedingten Fähigkeitsstörungen unter fachlicher Anleitung und Begleitung und der für diese Aufgabe notwendigen Vorbereitung der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden zudem Verfahren zu Auswahl der für die Betreuungstätigkeit geeigneten Personen erprobt und validiert. Der Forschungsbericht liegt dem MS seit kurzem vor. Das Angebot in Göttingen ist in die Förderung des Landes von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten einbezogen worden und hat insofern Bestand.
150 **niedrigschwellige Betreuungsangebote** sind zwischenzeitlich mit der Unterstützung durch das Land als förderungsberechtigt anerkannt worden. Nähere Ausführungen hierzu sind Abschnitt I.3.6.1 zu entnehmen.

Das Land fördert zudem zwei **gerontopsychiatrische Kompetenzzentren** in Braunschweig und Hannover (siehe auch Abschnitt I.3.6.2). Diese sollen vor allem aufgrund langjähriger Praxis in der Pflege und Betreuung von Personen mit altersbedingten Fähigkeitsstörungen und in der Beratung pflegender Angehöriger ebenso wie von Leistungsanbietern und Selbsthilfeorganisationen und –gruppierungen gewonnene Erfahrungen sowie theoretischen Kenntnisse als überregional tätige Kompetenzzentren vermitteln und die Bildung von Versorgungsnetzwerken auf örtlicher Ebene gezielt unterstützen. Die Tätigkeit der gerontopsychiatrischen Kompetenzzentren richtet sich dabei zentral auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich.
So hat z.B. der Birkenhof in Hannover seit kurzem (erneut) ein Demenzzentrum eingerichtet. Für ein weiteres solches Zentrum bestehen konkrete Planungen eines privaten

Einrichtungsbetreibers im südlichen Teil der Region Hannover. Dieses Angebot soll außer den Bewohnerinnen und Bewohnern von zwei nach dem Modell betreuter ambulanter Wohngemeinschaften (s. Abschnitt 3.5.3) organisierten Wohneinrichtungen für altersdemente Menschen auch den betroffenen Einwohnern in der Gemeinde zur Verfügung stehen.

Dementielle Erkrankungen sind die häufigste Indikation für einen Übergang aus der häuslichen in eine vollstationäre Versorgung und Betreuung. Das gilt besonders für solche in fortgeschrittenem Stadium. Um 40% der dementiell erkrankten alten Menschen leben heute in einem Pflegeheim; sie machen dort im Durchschnitt um 60% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner aus (siehe auch Abschnitt I.1.3.3). Nach derzeitigem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand bedürfen diese Menschen insbesondere einer ihren Krankheitssymptomen entsprechenden spezifischen Betreuung, Strukturierungen des Alltages, die dem individuellen Zeitrhythmus angepasst sind und ein stressreduzierendes Wohnumfeld, das Bewegungsdrang Raum gibt, zugleich aber den notwendigen Schutz gewährleistet. Insbesondere bei Personen mit einer fortgeschrittenen Demenz ist Wohnen und Betreuung in homogenen Gruppen angezeigt.

Das über eine Reihe von Jahren hinweg verfolgte Leitbild eines Beeinträchtigungsausgleichs durch das Zusammenleben von überwiegend somatisch pflegebedürftigen mit dementiell erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern bzw. von dementiell leichter erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern mit solchen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium – vor allem mit hohem Mobilitätsdrang – hat sich nicht bewährt.

Nach Kenntnisstand des MS steht zu vermuten, dass derzeit erst ein – nicht näher bekannter – Teil der Pflegeheime ihre innerbetriebliche Organisation, die Wohnbedingungen und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner auf die neuen Erkenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit dementen alten Menschen umfassend ausgerichtet hat. Im Besonderen die baulich-räumlichen Bedingungen machen dies nach den Berichten von Trägerseite oft nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand, der letztlich im Preis für die Bewohnerinnen und Bewohner und ggf. den Sozialhilfeträger seinen Niederschlag findet, möglich. Dieses Argument kann nach Auffassung des MS allenfalls für den Altbestand gelten. Wie gezeigt (Abschnitt I.3.1.1.2) sind in Niedersachsen allein von Ende 1999 bis Ende 2003 90 neue Heime und – im Rahmen von Neu- und Erweite-

rungsbauten 9281neue Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege geschaffen worden.

Zudem zeigen gelungene Beispiele von Heimen mit konventioneller Bauweise aus früheren Jahrzehnten, dass bereits mit vergleichsweise geringen Eingriffen in die Bausubstanz und durch entsprechende Milieugestaltung der Wohn- und Aufenthaltsbereiche erhebliche Verbesserungen erzielt werden können. Von eher noch bedeutsamerem Einfluss auf die Lebensbedingungen altersdementer Menschen im Heim als die baulich-räumliche Gestaltung sind nach Ansicht von Einrichtungsträgern, die mit der Betreuung auch mental erheblich beeinträchtigter Bewohnerinnen und Bewohner positive Erfahrungen machen, Organisation und Inhalte der Betreuung dieser Menschen. Die Versorgungslage erscheint diesbezüglich nach Erkenntnissen des MS vielerorts nicht befriedigend.

Andererseits sind dem MS auch im Zusammenhang mit Förderungen für Einzelmaßnahmen im Zusammenhang mit der Förderung von Modernisierungsmaßnahmen nach § 12 NPflegeG a. F., die bedauerlicherweise aufgrund der Haushaltssituation des Landes nur für 14 Projekte erfolgen konnte, aber auch der Einzelinitiative einzelner Einrichtungsträger ohne Inanspruchnahme von Mitteln des Landes (außer solchen der Regelförderung nach § 13 NPflegeG a. F.) erfolgreiche bis hervorragende Bespiele der Schaffung von Wohn- und Betreuungsbedingungen für altersdemente Bewohnerinnen und Bewohner im o. g. Sinne mit Vorbildcharakter bekannt.

Erheblicher Entwicklungsbedarf – generell und insbesondere aufgrund erheblicher regionaler Unterschiede - muss auch für die ambulante Versorgung festgestellt werden.[254] Eine Fachtagung der CDU-Landtagsfraktion am 25.11.2004 hat dies – neben Berichten auch über gute Ansätze und Entwicklungen wie z. B. den Einsatz von Fachberaterinnen durch Verbände von Kranken- und Pflegekassen oder den Ausbau der niedrigschwelligen Betreuungsangebote (s. o.), deutlich erkennen lassen. Insbesondere hervorgehoben wurde eine bislang weitgehend unbefriedigende Ausfüllung ihrer Schlüsselfunktion für die Früherkennung von dementiellen Erkrankungen (des Alters) und frühzeitigen Einleitung entsprechender Therapien durch die niedergelassenen Hausärzte.[255]

---

[254] Diese Feststellung gilt bundesweit; siehe diesbezüglich 4. Altenbericht der Bundesregierung, a. a. O., 3. Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin 2003

[255] so der Vorsitzende des Niedersächsischen Hausärzteverbandes, Dr. med. Volker Damerau-Dombrowski

Zum gleichen Ergebnis kommt unter anderem auch die bereits zitierte Untersuchung des Arbeitsbereiches Versorgungsforschung (s. o.) zur regionalen Versorgung von Demenzkranken, die am Beispiel empirischer Erhebungen und Befragungen in drei ausgewählten Regionen Niedersachsens gewonnen wurden. Der Autor des Forschungsberichts fasst die Ergebnisse wie folgt zusammen:[256]

- „Die demenzspezifische Qualifikation der niedergelassenen Ärzte ist weithin unzureichend. Leitlinienorientierte Diagnostik und Behandlung findet nur in seltenen Fällen statt.
- Die Vielfalt der vorhandenen Versorgungsangebote ist häufig nur ausschnittsweise bekannt. Aktuelle und vollständige Verzeichnisse von Leistungsangeboten und Leistungserbringern liegen nicht vor.
- In Allgemeinkrankenhäusern werden dementielle Krankheitsanteile von Patienten eher nicht zur Kenntnis genommen.
- Häusliche Betreuung und Pflege sind in weiten Bereichen unzureichend.
- Die gesetzlichen Vorgaben der Pflegeversicherung schränken die Möglichkeiten der ambulanten Pflegedienste ein, bei Patienten mit dementiellen Krankheitsanteilen bedarfsgerechte Hilfen zu leisten.
- Die Qualität der Pflege in Heimen variiert unabhängig von der Größe der Einrichtung und von der Trägerschaft. In vielen Heimen ist die demenzspezifische Versorgung *(aber auch, Anm. MS)* als gut zu bezeichnen, in einzelnen Heimen sogar als ausgezeichnet.
- In der Mehrzahl der Heime findet die Pflege von Demenzkranken nicht in getrennten Bereichen statt.
- Eine öffentliche Diskussion über mögliche Alternativen zur Heimunterbringung von Demenzkranken ... findet gegenwärtig noch nicht statt.
- Die von der Alzheimer-Gesellschaft, anderen Fachgesellschaften, verschiedenen Verbänden und Pharmaherstellern zur Verfügung gestellten Informationsmaterialien erreichen die Adressaten eher selten,
- Während die überregionale Öffentlichkeitsarbeit zur Demenz als ausreichend betrachtet wird, mangelt es an örtlichen / regionalen Initiativen zur Aufklärung und zur Sensibilisierung für Fragen der Demenz.“

Ausdrücklich soll festgehalten werden: Die dargestellten Ergebnisse stellen keine gleichlautende Positionierung des MS dar. Sie stützen jedoch die vorstehend dargestellten auf dem Kenntnisstand des MS beruhenden Aussagen auf der Grundlage empirischer Befunde. Sie werden seitens des MS insofern als Indikatoren für Ziele und Inhalte notwendiger Entwicklungen und diesbezügliche Denkanstöße gewertet.

[256] Melchinger H., a. a. O., S. 7 f

3.4.3 Menschen mit Behinderungen

Den unterschiedlichen Leistungsarten der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderungen (s. Abschnitt I.1.3.4) entsprechen – auf deren spezifische Belange mehr oder minder ausgerichtete – Versorgungsangebote.

Pflegedienste

Entsprechend dem nicht auf die Ursachen von Pflegebedürftigkeit, sondern auf spezifische Beeinträchtigungen ausgerichteten Pflegebegriff des SGB XI[257] finden pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen grundsätzlich keine auf ihre spezifischen Belange in besonderer Weise angepassten ambulanten Pflegedienste vor. Inwieweit damit unter qualitativen Aspekten die Versorgung bezüglich der Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens hinreichend sichergestellt ist, ist nach Kenntnis des MS bislang nicht näher erforscht[258]. Aus den Unterlagen über die Personalstruktur (s. Abschnitt 3.2) kann lediglich festgestellt werden, dass die speziell auf die Belange von (pflegebedürftigen) Menschen mit Behinderungen hin ausgebildeten Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger bzw. Heilerzieherinnen und Heilerzieher in den Pflegediensten so gut wie nicht vertreten sind. Dabei hat der Bundesgesetzgeber diese Berufsgruppen sogar ausdrücklich als verantwortliche Pflegefachkräfte im Sinne der Zulassungsvoraussetzungen für Pflegedienste gelten lassen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen (§ 71 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Es ist daraus zu schließen, dass diese Ermächtigung somit praktisch kaum Bedeutung erlangt hat.

Dennoch bestehen in Niedersachsen besondere ambulante Hilfeangebote für Menschen mit Behinderungen, die zum Teil als Pflegedienste nach dem SGB XI zugelassen sind oder über Kooperationsverträge mit einem zugelassenen Pflegedienst Leistungen nach dem SGB XI erbringen.

---

[257] Grundsätzlich gelten für behinderte pflegebedürftige Menschen hinsichtlich der Voraussetzungen zum Leistungsbezug dieselben Kriterien wie für nicht behinderte. Auch hier richten sich darum die leistungsauslösenden Hilfen auf die Verrichtungen des täglichen Lebens im Sinne des § 14 Abs. 3 SGB XI. Der vor allem bei Menschen mit geistiger Behinderung oft gegebene besondere (Zeit-)Bedarf an Anleitung und Unterstützung ist von daher auch nur insoweit für die Einstufung in eine Pflegestufe berücksichtigungsfähig, als er in unmittelbarem Zusammenhang zu diesen Verrichtungen steht. Höchstrichterliche Rechtsprechung hat diese Auffassung inzwischen bestätigt (z.B. BSG v. 26.11.1998 – B 3 P 12/97 R – und – B 3 P 2/98 R -).

[258] Diese Frage ist grundsätzlich unabhängig von derjenigen nach einer notwendigen Änderung des Pflegebegriffs im SGB XI zur besseren Berücksichtigung von allgemeiner Beaufsichtigung und Anleitung im Zuge der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu sehen. Beide hängen aber in der Praxis miteinander zusammen.

Dies sind

- Familienentlastende Dienste (FED),
- Dienste der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) und
- Dienstleistungsverhältnisse im Rahmen so genannter ‘Persönlicher Assistenz’.

Familienentlastende Dienste

Familienentlastende Dienste sind – ihrem Namen entsprechend – in erster Linie zur zeitweisen Entlastung von Familien, die Kinder und Erwachsene mit schweren und schwersten Behinderungen zu versorgen haben, durch freigemeinnützige Verbände, vor allem dem Verband der Lebenshilfe, gebildet worden und sind von ihrem Grundverständnis ambulante Dienste der Eingliederungshilfe mit heil- und sozialpädagogischen Schwerpunkt. Als solche werden sie auch vom Land durch freiwillige Leistungen gefördert.

Die Richtlinien des Landes „für die Gewährung von Zuwendungen zur Finanzierung von familienentlastenden Diensten“ des MFAS (heute: MS) vom 08.03.1999 beschreiben entsprechend als Aufgabe dieser Dienste: „Durch die Förderung sollen im Rahmen von FED Personen entlastet werden, die in ihrem Haushalt einen i. S. des § 54 SGB XII (vorher: § 39 BSHG) wesentlich geistig, körperlich und/oder seelisch behinderten Menschen betreuen“. Bei diesen Diensten handelt es sich um ambulante Einrichtungen, die durch Fach- und Hilfskräfte Pflege und Betreuung in der häuslichen Umgebung bzw. bei Bedarf auch Gruppenbetreuung außerhalb des Haushalts bieten. Das Angebot alltagsorientierter Dienstleistungen wird nach Art und Umfang den Erfordernissen der einzelnen Familien angepasst, ist somit bedürfnisorientiert und flexibel angelegt.

Familienentlastende Dienste sind damit in der Lage, durch die Bereitstellung von qualifizierten und verlässlichen Entlastungsangeboten Überforderungen in der Pflegesituation zu verringern. Sie tragen auf diese Weise dazu bei, Freiräume für Erholung und die Wahrnehmung eigener Interessen in privater und beruflicher Hinsicht zu schaffen, so dass letztendlich die Betreuungs- und Pflegefähigkeit der Angehörigen erhalten und gefördert und das Verbleiben des pflegebedürftigen Angehörigen in der Familie ermöglicht wird.

Bei pflegebedürftigen Kindern bieten sie, indem sie ihren Verbleib im Haushalt der Eltern ermöglichen bzw. erleichtern, die Voraussetzungen, die für eine besonders förderliche Entwicklung notwendig sind. Andererseits kann die gelegentliche Betreuung durch außenstehende Personen dazu beitragen, dass junge behinderte Menschen im Laufe der Zeit mehr Autonomie und Selbständigkeit außerhalb der Familie gewinnen und der Ablösungsprozess vom Elternhaus unterstützt und gefördert wird.

Derzeit gibt es 26 Familienentlastende Dienste (s. Anhang), zwei weitere haben für 2005 einen Erstantrag auf Anerkennung gestellt.

Im Bereich der ehemaligen Bezirksregierung Weser-Ems gibt es 13 FEDs sowie einen Erstantrag auf Anerkennung, im Bereich der ehemaligen Bezirksregierungen Lüneburg und Braunschweig gibt es jeweils 5 und im Bereich der ehemaligen Bezirksregierung Hannover 3 und einen Erstantrag auf Anerkennung.

Eine von Landesamt für Soziales, Jugend und Familie 2005 durchgeführten Befragung führte zu folgendem Ergebnis:

17 FEDs besitzen eine Zulassung als Pflegedienst oder erbringen Leistungen der Pflege im Sinne des SGB XI durch Kooperation mit einer oder mehreren zugelassenen Pflegediensten. Zwei Einrichtungen stehen vor dem Abschluss eines Kooperationsvertrages.

2004 wurden von den FEDs insgesamt 2.991 Familien unterstützt.

Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung

Die Dienste der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) sind dem Grunde nach Angebote der ambulanten Eingliederungshilfe. Die Hilfen werden überwiegend von Zivildienstleistenden erbracht. Die mit der ISB verfolgten Zielsetzungen lassen sich Erlassen des Bundesamtes für den Zivildienst entnehmen. Nach dem von dort veröffentlichten Merkblatt „Die individuelle Schwerstbehindertenbetreuung – ISB – durch Zivildienstleistende“ vom November 1993 soll der Einsatz von Zivildienstleistenden in der individuellen Betreuung von Schwerstbehinderten diesen ermöglichen, in ihrer privaten

häuslichen Umgebung zu verbleiben und am allgemeinen Leben (Beruf, Freizeit) teilzunehmen. Dabei können die Zivildienstleistenden u. a. mit Hilfen betraut werden, die typischerweise oder zumindest in Teilen den nach SGB XI zu erbringenden Hilfen entsprechen:

- Pflegerische Hilfen (z. B. beim Aufstehen, Waschen, Zähneputzen, Kämmen, Benutzen der Toilette, Anziehen).
- Hilfen im Haushalt (Reinigen der Wohnung, Zubereitung der Mahlzeiten).
- Hilfe außer Haus (Einkäufe, Erledigungen bei Behörden, Geschäftsgänge u. ä., uns zwar allein oder als Begleitperson des Schwerbehinderten).

Der von ISB-Diensten betreute Personenkreis erfüllt nach Aussagen von Trägerseite ausnahmslos die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nach dem SGB XI. Diese kann als Pflegesachleistung auch von den ISB-Diensten erbracht werden, sofern diese die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllen. Dies wäre auch dann der Fall, wenn die ISB-Dienste in vertraglicher Kooperation mit einem zugelassenen Pflegedienst tätig würden. Die ordnungsgemäße Erfüllung der pflegerischen Verrichtungen nach dem SGB XI wäre in diesem Fall durch die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes gewährleistet.

Die ISB-Dienste sind in jedem Fall anerkannte Beschäftigungsstellen für Zivildienstleistende nach §§ 3, 4 des Zivildienstgesetzes. Für die individuelle Schwerstbehindertenbetreuung standen in Niedersachsen mit Stand vom 15.08.2004 insgesamt 414 anerkannte Zivildienstplätze für erwachsene Personen und 165 für Kinder zur Verfügung; das sind zusammen 4,32 % aller Zivildienstplätze in Niedersachsen. Von den bereitgestellten Plätzen waren allerdings noch nicht einmal ein Viertel (21,74 %) der für die Erwachsenenbetreuung und unter einem Fünftel (17,58 %) der für die Kinderbetreuung vorgesehenen Plätze belegt. Über Gründe hierfür wie

- genereller Überhang an Plätzen im Vergleich zur Zahl der anerkannten Zivildienstleistenden,
- geringe Nachfrage nach solcher Tätigkeit von Seiten der Zivildienstleistenden oder
- unzureichende Eignung von Bewerbern für diese Tätigkeit

liegen keine Informationen vor. Festzuhalten bleibt dennoch: Die ISB macht nur einen sehr geringen Teil des Einsatzes von Zivildienstleistenden aus. Von 5.392 Zivildienstleistenden in Niedersachsen arbeiteten im August 2004 nur 2,2 % für Dienste des ISB.

Die Zahl der Dienste der ISB wird nicht statistisch erfasst. Die letzte Vollerhebung wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG-FW) im Januar 1992 in Abstimmung mit dem Niedersächsischen Sozialministerium durchgeführt. Danach bestanden zum damaligen Zeitpunkt insgesamt 92 solcher Dienste in Niedersachsen.[259]

Persönliche Assistenz

Zu Beginn der Leistungsgewährung nach dem SGB XI haben in eigenem Haushalt lebende, zumeist schwer körperbehinderte und als pflegebedürftig nach dem SGB XI eingestufte Personen von der so genannten 'Persönlichen Assistenz' Gebrauch gemacht, indem sie einen Pflegesachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI (häusliche Pflegehilfe) geltend gemacht und Pflegekräfte weisungsgebunden beschäftigt haben (Arbeitgeber-Status), die eine Einzelzulassung nach § 77 Abs. 1 SGB XI besaßen. Diesen Weg einer selbst bestimmten Verwendung des Sachleistungsanspruches hat der Bundesgesetzgeber im Zuge des 2. SGB XI-Änderungsgesetzes[260] durch eine Änderung in § 77 Abs.1 SGB XI mit Wirkung zum 01.07.1996 ausgeschlossen. Insbesondere sollten dabei der
Vorrang der Leistungserbringung durch zugelassene – und damit der Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI unterliegende – Pflegedienste gesichert und die Umgehung des Anspruches auf Pflegegeld bei selbst beschaffter (privater) Pflege zugunsten der Inanspruchnahme der vom Leistungsrahmen wesentlich höheren Pflegesachleistung verhindert werden.

Nach der Neuregelung in § 71 Abs. 1 SGB XI sind Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, unzulässig. In Einzelverträgen mit zur Pflege geeigneten Pflegepersonen (§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) ist zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häusli-

[259] Zu den weiteren Ergebnissen der Abfrage siehe Pflegerahmenplan vom Mai 2000, a. a. O., S. 142 ff.

chen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen (§ 77 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Diese Bestimmungen gelten allerdings nicht, wenn das Beschäftigungsverhältnis vor dem 01.05.1996 bestanden hat und die vor dem 01.05.1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind (§ 77 Abs. 1 Satz 5 SGB XI). Aufgrund dieser Ausnahmebestimmung ist nicht auszuschließen, dass in Niedersachsen nach wie vor eine gewisse Zahl von behinderten Personen ambulante Leistungen aus der Pflegeversicherung im Wege 'Persönlicher Assistenz' erhält. Angaben hierüber liegen nicht vor; die Zahl ist jedoch angesichts der Tatsache, dass vor der Gesetzesänderung bundesweit ca. 300 solcher bestehender Pflege-Arbeitsverhältnisse bestanden haben sollen und mittlerweile annähernd 10 Jahre vergangen sind, äußerst gering einzuschätzen. Die Ausführungen der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD auf Bundesebene vom 11. Nov. 2005[261] enthalten keinen Hinweis auf eine eventuelle Wiederaufnahme der noch 1998 in der Koalitionsvertrag von SPD und Bündnis 90 / Die Grünen grundsätzlich unterstützten Forderungen einzelner Behindertenorganisationen.[262]

Im Falle einer generellen Einführung von Persönlichen Budgets in das Leistungsrecht des SGB XI behielten solche Forderungen auch kaum noch eine Berechtigung. In dem für Menschen mit Behinderungen zentralen Bundesrecht des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen[263] – ist das Persönliche Budget bereits als Leistung grundsätzlich festgeschrieben (Ermessensleistung nach § 17 SGB IX). Hinsichtlich der Leistungen der Pflege nach dem SGB XI für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen besteht allerdings keine gegenüber anderen pflegebedürftigen Personen unterschiedliche Rechtslage: Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch gewerbliche Leistungsanbieter kann als Pflegesachleistung nur von zugelassenen Pflegediensten abgerufen werden (§ 35a SGB XI).

---

[260] vom 14.6.1996, BGBl. I , S. 830
[261] a. a. O., S. 91f
[262] Koalitionsvertrag der Regierungsfraktionen der SPD und von Bündnis 90 / Die Grünen vom 20.10.1998. Danach waren die Möglichkeiten der (Wieder-)Einführung von persönlicher Assistenz bei pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen durch die Bundesregierung zu prüfen. Ein Ergebnis einer solchen Prüfung ist dem MS nicht bekannt geworden.

Vollstationäre Einrichtungen

Die überwiegende Anzahl der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen lebt in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI und erhält ggf. ergänzende Leistungen aus der Pflegeversicherung bis zu 256 € (s. o.).
Besondere Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner den Leistungsanspruch nach § 43 SGB XI geltend machen können, gibt es derzeit nur wenige. Nach Informationen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie gibt es zum Stichtag 01.12.2005 insgesamt 25 Einrichtungen mit zusammen 1022 Plätzen. Hiervon sind

- 5 Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung mit zusammen 289 Plätzen
- 3 Einrichtungen für Menschen mit Körperbehinderung mit zusammen 163 Plätzen
- 5 Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung mit zusammen 123 Plätzen
- 11 Einrichtungen für Schädel-Hirnverletzte mit zusammen 439 Plätzen.[264]

Für alle übrigen stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen ist grundsätzlich anzunehmen, dass sie in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 71 Abs. 4 SGB XI leben.[265] Insgesamt handelt es sich nach den Unterlagen des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (Landessozialamt) mit Stand vom 1. Dez. 2005 um 642 Einrichtungen mit 21.646 Plätzen.

Die Zahl der Einrichtungen ist damit seit dem September 1999 (Datenstand des Pflegerahmenplans vom Mai 2000) um 140 (rd. 28%), die Zahl der Plätze um 3.167 (17%) gestiegen. Die Aufteilung für die verschiedenen Behinderungsarten und ihre regionale Zuordnung ist der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

---

[263] Vom 19.6.2001 (BGBl. I S. 1046, zuletzt geändert durch Gesetz vom 9.12.2004 (BGBl. I 3242)
[264] Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XII mit Stand 15.12.2003 weist demgegenüber 17 stationäre Pflegeeinrichtungen mit zusammen 831 Plätzen und 40 Pflegeheime für psychisch kranke Menschen mit zusammen 3018 Plätzen aus (siehe hierzu Abschnitt I.3.1.1.2, I.3.1.5.2 und Tab. I.3.1.5/1a und 1b). Diesen Unterschieden konnte im Rahmen dieses Berichts nicht weiter nachgegangen werden. Bei den oben genannten Einrichtungen handelt es sich um solche, für die das Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe Vertragspartner im Sinne des Achten Kapitels des SGB XI sowie, bezüglich der Investitionsbeträge nach §§ 75,76 SGB XII ist.
[265] auf die vorstehende Fußnote wird in diesem Zusammenhang noch einmal hingewiesen.

Tab. T B I 3.4.3/1

Art der Behinderung	Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen									
	gesamt		davon im ehem. Regierungsbezirk …							
			Braunschweig		Hannover		Lüneburg		Weser-Ems	
	Anzahl	Plätze	Anzahl	Plätze	Anzahl	Plätze	Anzahl	Plätze	Anzahl	Plätze
Geistige Behinderung	476	15.106	76	2.580	108	3.319	126	4.942	166	4.265
Körperbehinderung	14	545			6	333	5	186	3	26
Hörschädigung	7	443	1	45	1	65			5	333
Sehbehinderung	4	338			4	338				
Seelische Behinderung	112	4.277	21	644	34	1.950	22	632	35	1.031
Suchtkrankheit	29	937	6	144	9	404	9	177	5	212

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

3.4.4 Menschen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder Schädel-Hirn-Trauma

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Bei fortschreitenden Funktionsstörungen, die eine stationäre Pflege notwendig machen, sind an Multipler Sklerose Erkrankte heute nach Aussage des Landesverbandes Niedersachsen der DMSG in der Regel auf die Aufnahme in Altenpflegeheimen angewiesen, in Einrichtungen also, die ihrer Hauptklientel entsprechend auf die Lebensphase alter und hochaltriger Menschen orientiert sind. Spezialisierte Einrichtungen stehen nur begrenzt zur Verfügung, da es an freien Kapazitäten mangelt oder die Aufnahmefähigkeit für Schwerstpflegebedürftige nicht gegeben ist.

Z.Z. gibt es als Spezialangebote für diese Personengruppe in Niedersachsen insbesondere das Liner-Haus in Celle mit 24 Plätzen, des weiteren den Margaretenhof in Laatzen, das Senioren- und Pflegezentrum in Lehre-Wendhausen sowie das Paulusheim in Osnabrück, die in Bereichen mit ca. 20-26 Plätzen (auch) Plätze für plegebedürftige Multiple-Sklerose-Erkrankte anbieten (so z.B. in den beiden letzten zusammen mit Schwerst-Schädel-Hirn-geschädigten Menschen). Aus der Region Hannover ist dem MS zudem ein Pflegedienst bekannt, der sich auf die ambulante Pflege von Personen mit fortschreitenden Erkrankungen des Immunsystems spezialisiert hat. Zwecks regionaler Nähe wünscht sich der Landesverband Niedersachsen der DMSG noch eine sta-

tionäre Einrichtung im Raum Oldenburg, ansonsten sei der Bedarf aber gedeckt.[266] Nach Kenntnis des Landesverbandes befinden sich weitere Wohngruppen an Pflegezentren z.B. in der Region Braunschweig in Planung. In den 4 DMSG-Beratungsstellen jeweils im Bereich der ehemaligen Regierungsbezirke in Hannover, Braunschweig, Winsen und Leer gehen jährlich ca. 3-4 Anfragen bzgl. einer stationären Versorgung für jüngere MS-Patienten ein, wo ein geeigneter Platz nur schwer zu finden ist.

MS-Kranke finden in „normalen“ Pflegeeinrichtungen nach Auffassung des Landesverbandes Niedersachsen der DMSG in der Regel keine alters- und dem Krankheitsverlauf angemessene Pflege durch ausgebildetes Fachpersonal. Pflegebedürftige in jungen und mittleren Jahren bedürften einer Pflegesituation, in der altersbedingten Bedürfnissen durch entsprechende Pflege- und Betreuungsangebote Rechnung getragen wird, dies umso mehr, als bei normaler Lebenserwartung von einem z. T. jahrzehntelangen Verbleiben der pflegebedürftigen Multiple-Sklerose-Kranken in den Einrichtungen ausgegangen werden muss. Hierin unterscheiden sie sich wiederum erheblich vom Durchschnitt der alten Menschen, die in ein Pflegeheim gehen. Der Erfahrungswert über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pflegebedürftiger alter Menschen in den Pflegeheimen liegt gegenwärtig zwischen acht Monaten und 1,5 Jahren.

Niedersachsenweit gibt es im Bereich der DMSG ca. 90 Kontakt- und Selbsthilfegruppen. Eine Schätzung der pflegerischen Versorgung im ambulanten Bereich lässt sich nur sehr schwer vornehmen. Nach Auffassung des Landesverbandes der DMSG findet unter den älteren MS-Betroffenen eher die Pflege oft zu Haus unter Inanspruchnahme von ambulanten Diensten statt, während junge Kranke eher Möglichkeiten des Betreuten Wohnens vor Ort suchen (auch wegen geringerer Rückgriffsmöglichkeit auf familiäre Strukturen).

[266] Nach Auffassung des MS wäre es Aufgabe des Verbandes, hier mit den Beteiligten in der Region –z.B. der Stadt Oldenburg oder den dortigen Organisationen der Leistungsanbieter den Versorgungsbedarf zu verdeutlichen und ein entsprechendes Angebot zu befördern.

Aids-Kranke

Nach Auskunft der Niedersächsischen AIDS-Hilfe wird aus der Praxis von den Mitarbeitern berichtet, dass die pflegeintensiven Erkrankungen, die nicht ihrem Aufwand entsprechend über SGB XI oder SGB V abzurechnen sind, generell zunehmen (neurologische, psychische und onkologische Erkrankungen). Als problematisch wird wahrgenommen, dass es die für diese Fälle notwendigen stationären Einrichtungen oder eine adäquate ambulante Versorgung zurzeit nicht bzw. nicht ausreichend gibt. So sind nur zwei spezielle Angebote Im Sinne Betreuten Wohnens (Wohnen mit ambulanter Pflege) für Aidskranke bekannt. Beide befinden sich in Hannover

1. Lighthouse

Das Lighthouse, das der Hannöverschen AIDS-Hilfe e.V. angegliedert ist, besteht seit Ende 2002. Es kooperiert mit der Immunologischen Ambulanz in Hannover (MHH), Allgemein- und Schwerpunktpraxen sowie Fachärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie. Die pflegerische Versorgung wird durch ambulante Pflegedienste gewährleistet. Als einzige Wohneinrichtung für Aidserkankte in Niedersachsen bietet es aber nur 6 Plätze an. In Folge der Behandlungserfolge der antiretroviralen Therapie und der erfreulich höheren Lebensdauer bestehen lange Wartezeiten. Auch wenn die Betroffenen nicht mehr wie in früheren Zeiten schnell nach Aufnahme in dieser Versorgung versterben, sind Angebote wie das Lighthouse aufgrund der neuro-psychiatrischen Erkrankungen und den damit verbundenen sozialen Verlusten eine unersetzliche Hilfe.

Nach eigener Einschätzung könnte das Lighthouse noch bis zu 5 weitere Plätze dauerhaft auslasten.

2. SIDA plus

Eine Alternative bietet das integrierte Versorgungszentrum SIDA plus in Hannover, das in Kooperation mit Kliniken und Pflegeheimen eine begrenzte Zahl stationärer Betten und Auffangwohnungen anbietet. Die Angebote richten sich vorrangig an pflegebedürftige, akut und chronisch an Aids erkrankte Menschen in ungesicherter oder ungeeigneter Wohnsituation. Die Angebote umfassen Grund- und Behand-

lungspflege, die Durchführung von HIV und Aids-spezifischen Prophylaxen und Therapien sowie 24-Stunden-Pflege und Haushaltshilfe.

Nach Angaben von SIDA plus stieg zwischen 2003 und 2004 unter den von ihnen betreuten HIV-Patienten die Zahl mit neurologischer Behandlungsbedürftigkeit auf 60% allein für den Bereich Hannover an. Das entspricht einer Erhöhung um 28%.

Die folgenden Zahlen belegen, dass die Häufigkeit der Besuche und Arztkonsultationen drastisch zugenommen haben, während die Anzahl der Patienten fast konstant blieb .

Der starke Anstieg der Behandlungsfälle bedeutet, dass der Einzelne sehr viel komplizierter erkrankt; häufigere Praxisbesuche notwendig wurden. Dies bedeutet auch eine Zunahme an häuslicher Versorgung.

2001 = 101 HIV-infizierte Behandlungsfälle (Patientenkontakte mit den Ärzten von SIDA)
2002 = 267 HIV-infizierte Behandlungsfälle
2003 = 598 HIV-infizierte Behandlungsfälle

Patienten:

2003 = 130 (davon 51 mit Vollbild Aids)

2004 = 124 (davon 25 mit Vollbild Aids)

Außerdem wird auch an der MHH eine kleine Zahl von Pflegebetten vorgehalten.

Zahl und Verteilung ambulanter Hilfsangebote (Pflege und Betreuung sowohl professionell als auch ehrenamtlich)

Hier können keine exakten Angaben gemacht werden. Von der Niedersächsischen AIDS-Hilfe wird die Situation folgendermaßen eingeschätzt:

Nachdem es in den 80ern wenige Informationen über Ausbruch, Übertragungswege und Verlauf der Krankheit gab und Angst den Umgang mit Infizierten prägte, hat sich im Vergleich zu den Anfangsjahren von Aids das Angebot von ambulanten Pflegediensten, die auch Aids- und HIV-Patienten betreuen, deutlich verbessert. Nach Angaben der Mitgliedsorganisationen der Niedersächsischen AIDS-Hilfe wird die heutige Auswahl – bis auf wenige spezielle Sonderfälle - als gut bezeichnet, mit vielen Anbietern bestehen Kooperationen vor Ort. Allein im Stadtgebiet Hannover gibt es ca. 70 – 90 Pflegeangebote. Diese Pflegedienste sind allerdings nicht auf

Aids und HIV spezialisiert, sondern betreuen die Infizierten lediglich standardmäßig mit allgemeiner Grund- und Behandlungspflege. Dem komplexen Krankheitsbild einer fortgeschrittenen HIV-Infektion können sie ohne spezielle Fortbildung nicht gerecht werden.

Bei differenzierter Betrachtung des Gesundheitsprofils (Art und Ausmaß der Gesundheitsstörung) wird zukünftig die Kostenlast der ambulanten HIV-Pflege durch die komplex Erkrankten nach Einschätzung der Niedersächsischen AIDS-Hilfe maßgeblich bestimmt werden.

Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“

Angebote für die stationäre Versorgung

Der Landespflegeausschuss hat am 29.11.2000 empfohlen, sich bei der stationären Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten („Phase F“) sich zukünftig am „Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase F in Niedersachsen“ vom 09.10.2000[267] (ergänzt am 16.03.04) zu orientieren. Dieses Rahmenkonzept ist hervorgegangen aus den von der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen der „Phase F“ unter beratender Mitwirkung des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Landesorganisationen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen getroffenen Überlegungen für diesen Personenkreis. Es umfasst auch Ausführungen über die besonderen Rahmenbedingungen zur Versorgung von langzeitbeatmeten Pflegebedürftigen und zudem zu Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung.

Aufbauend auf das Rahmenkonzept hat die LAG Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen der Phase F für ihre Mitglieder Kriterien für Qualitätsanforderungen für stationäre Einrichtungen der „Phase F“ entwickelt, die -nach Mitgliedseinrichtung differenziert- in den abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) ihren Niederschlag finden. Damit wurde für diese Einrichtungen die entscheidende Grundlage zur (Weiter-) Entwicklung der betriebsinternen Qualitätsentwicklung im Sinne von § 80 SGB XI gelegt.

In der LAG „Phase F“ sind folgende Einrichtungen (mit Platzzahl) zusammengeschlossen:

Tab. T B I 3.4.4/1

Einrichtung	PLZ, Ort	Plätze
AWO Pflege GmbH am Vilser Holz	27305 Bruchhausen	40
MATERNUS, Senioren- und Pflegezentrum Wendhausen[268]	38165 Lehre-Wendhausen	36
Henriettenstift	30559 Hannover	40
Ev. Krankenhausverein e.V.	49824 Emlichheim	40
Zentrum für Gesundheit, Pflege und Therapie	21339 Lüneburg	45
Facheinrichtung für Intensiv-pflege	26672 Barßel	36
Pflegeheime Fichteneck	38700 Braunlage	65
Haus der Heimat[269]	34346 Hedemünden	15
Gesamt:		317

Nach Auskunft der LAG sind die Einrichtungen bis auf zwei in der Regel zu ca. 95% ausgelastet, von daher ist nach dortiger Auffassung von einer mittelfristigen Bedarfsdeckung mit Plätzen in Fachpflegeeinrichtungen in Niedersachsen auszugehen.

Als weitere Spezialeinrichtungen sind dem MS bekannt:

- Noi Vita in Hannover mit 40 Plätzen
- Gut Retzen in Süstedt mit 70 Plätzen
- Pflegezentrum am Maddick in Sande mit 15 Plätzen
- Paulusheim in Osnabrück[270] mit 26 Plätzen.

Summe: 151 Plätze

Die letzte bekannte Gesamtübersicht der Plätze in Niedersachsen ist im vom MS herausgegebenen Niedersächsischen Krankenhausplan vom Juli 2002[271] nachrichtlich enthalten. Zur weiteren Entwicklung ist dem MS lediglich bekannt, dass eine Einrichtung im Umland von Bremen ihren Betrieb inzwischen eingestellt hat.

---

[267] Abrufbar im internet unter www.ms.niedersachsen.de (Pfad:Themen.Soziales.Landespflegeplan)
[268] auch für Pflegebedürftige mit Multipler Sklerose, s. a. diesbezüglicher Abschnitt
[269] mit Gaststatus
[270] auch für Pflegebedürftige mit Multipler Sklerose

Nachdem im Pflegerahmenplan 2000 von 489 Plätzen ausgegangen worden war und der Krankenhausplan von 2002 mindestens 409 Plätze erfasst, scheint sich unter Berücksichtigung der jetzt bekannten 468[272] Plätze die Kapazität der Angebote von Plätzen in Spezialeinrichtungen für diese Personengruppe zu stabilisieren. Dafür spricht auch die hohe Auslastungsquote von fast überall 95% in den Einrichtungen der LAG (gegenüber knapp 50% bei allen Einrichtungen im Pflegerahmenplan 2000) sowie die Tatsache, dass dem MS seit geraumer Zeit keine Anfragen von potentiellen Investoren oder Einrichtungsträgern in diesem Bereich vorliegen.

Inzwischen gibt es in Niedersachsen auch schon Einrichtungen der „Phase G“ (geringerer Pflegeanteil und Unterstützung des Rehabilitationspotentials z.B. durch Tagesstruktur und Alltagsgestaltung). Bekannt sind dem MS die beiden Einrichtungen des Zentrums für Gesundheit, Pflege und Therapie in Lüneburg (40 Plätze) und in Bleckede-Alt Garge (20 Plätze).

Mit Förderung des Landes entsteht derzeit in Bad Salzdetfurth eine Kurzzeitpflegeeinrichtung für wachkomatöse Kinder; eine weitere Einrichtung im Raum Oldenburg beabsichtigt eine entsprechende Erweiterung. Eine landesseitige Förderung ist auch hier grundsätzlich möglich, der entsprechende Antrag befindet sich in Vorbereitung. Auf die Ausführungen im Abschnitt I.3.4.1 wird hingewiesen.

Ambulante Versorgung

Hinsichtlich des Personenkreises der Schädel-Hirngeschädigten besteht ein relativ großes Selbsthilfepotential. Neben den Regionalgruppen in Hannover/Uelzen/Lüneburg, Südniedersachsen/Nordhessen, Friesland und Rotenburg von „Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.“ gibt es inzwischen weitere Selbsthilfegruppen des „Forum Gehirn“ und den „Selbsthilfeverband für neurologisch Erkrankte und Unfallopfer“. Soweit die Pflege nicht ausschließlich durch private Pflegepersonen (Angehörige) und unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, wird fachpflegerischer Bedarf (Grund- und Behandlungspflege) durch die zugelassenen Pflegedienste erfüllt. Aus fachlicher Sicht wären auch dafür beim Pflegepersonal besondere Kenntnisse in der Pflege neurologisch geschädigter Menschen erforderlich, was nach Aussage des Selbsthilfeverbandes „Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.“ nicht immer hinreichend der Fall ist.

---

[271] Abrufbar im internet unter www.ms.niedersachsen.de (Pfad: Themen, Gesundheit, Krankenhausplan 2002, S.38)
[272] abzüglich der Plätze für Personen mit Multipler Sklerose in 2 Heimen

Ergänzend bedarf es nach Aussagen aus der Praxis häufig ärztlich verordneter Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Die häusliche Versorgung von schwer Schädel-Hirngeschädigten setzt deswegen eine ausreichende regionale Versorgung mit entsprechenden Pflege- und Therapieangeboten voraus, was grundsätzlich gegeben zu sein scheint (s.a. Abschnitt I.3.1.1.1) Nach Aussagen von Trägern der stationären Einrichtungen erfolgt auf Anfrage von dort auch Beratung pflegender Angehöriger bei häuslich gepflegten Personen.

Eine teilstationäre Versorgung Schädel-Hirngeschädigter ist zwar denkbar, vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit der Angebote und angesichts der – aufs Ganze gesehen – geringen Zahl der Nachfrager unter Wirtschaftlichkeitsaspekten nur ausnahmsweise in Anbindung an eine vollstationäre Einrichtung tragfähig[273].

Im Gegensatz dazu erscheint das Angebot von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in vollstationären Fachpflegeeinrichtungen möglich und vor dem Hintergrund zeitweiser Entlastung der pflegenden Angehörigen oder bei deren vorübergehender Verhinderung, die Pflege durchzuführen, notwendig. Einige stationäre Einrichtungen halten darum ein solches Angebot in ‚eingestreuter' Form vor. Die gesonderte Ausweisung von Plätzen für die Kurzzeitpflege gestaltet sich allerdings betriebswirtschaftlich schwierig. Sie hat sich nach Aussage der LAG Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen der „Phase F" insofern nicht bewährt:
Hieran scheitere auch die Errichtung von Solitäreinrichtungen zur Kurzzeitpflege (bei ca. 80% verlangter Auslastung). Außerdem sei vielen pflegenden Angehörigen der Zuzahlungsbetrag für über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehende Pflegeleistungen und die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zu hoch (die Investitionskosten wären über die Förderung des Landes nach dem NPflegeG abgedeckt[274].

Beatmungspflichtige Personen

Beatmungspflichtige Personen zählen oft zum Personenkreis der schwer Schädel-Hirngeschädigten; sie bilden aber aufgrund ihres besonderen Pflegebedarfs insoweit wiederum eine eigene Patientengruppe. Während noch vor wenigen Jahren dieser Personenkreis wegen seines spezifischen Versorgungsbedarfs als krankenhausbehandlungsbedürftig angesehen und typischerweise dort auf den Intensivstationen versorgt

[273] s. Rahmenkonzept, a. a. O., S.7

wurde, ermöglichen die fortgeschrittene Medizintechnik und die weiterentwickelten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse eine Versorgung dieses Personenkreises auch in hierfür personell wie apparativ speziell ausgestatteten Pflegeeinrichtungen und damit für diese Menschen zugleich lebensgerechteren Umgebung. Dem MS sind zur Zeit zwei solcher Einrichtungen bekannt – je eine in den ehemaligen Regierungsbezirken Lüneburg und Weser-Ems.

3.4.5 Migrantinnen und Migranten

Pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten bedürfen, wenn sie pflegefachlich versorgt werden müssen, eines Pflegeangebots, das ihrer sozio-kulturell geprägten Lebens- und Bedürfnislage Rechnung trägt. Zur Durchführung einer klientelorientierten effizienten Pflege müssen Dienste und Heime auch angesichts der Inhomogenität dieser Bevölkerungsschicht Kompetenzen und Konzepte der Versorgung und Betreuung unter jeweils kulturkongruenten Vorzeichen einbringen bzw. entwickeln. Sprach- und Religionskenntnisse, ein Wissen um kulturelle Traditionen, Sitten und Gebräuche (Esskultur, Tages- und Lebensrhythmus, Geschlechterrollen, Umgang mit Körper, Krankheit und Schmerz etc.) und Sensibilität für die soziale Situation (Migrations-, Arbeits- und Alltagserfahrungen, materielle und psychische Ressourcen) sind wesentliche Voraussetzungen für die Bereitstellung und Akzeptanz von Pflegeleistungen der Dienste und Heime.

Bislang kann nach wie vor[275] auf ein derartiges Angebot nur begrenzt zurück gegriffen werden, da Leistungsanbieter in der Regel noch kein entsprechendes Leistungsspektrum vorhalten. Die Gründe hierfür – vergleichsweise geringe Zahl betroffener Personen und Barrieren der unterschiedlichsten Art hinsichtlich der Inanspruchnahme von außerfamiliären Dienstleistern in der Pflege – wurden in Abschnitt I.3.4.5 dargelegt.

Bekannt sind vier Pflegedienste in Hannover, die speziell pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten betreuen und versorgen: der Interkulturelle Sozialdienst, der Transkulturelle Pflegedienst, der Kultursensible Sozialdienst (KSD) und der Helfende Orient. Hilfe-

---

[274] s .I.3.1.4.1
[275] siehe Pflegerahmenplan, a. a. O., S. 148

stellung bei der Gesundheitsfürsorge bietet auch das Ethno-medizinische Zentrum e. V., Hannover, an. Die Beratungsstelle wird vom Land finanziell gefördert.
Der Kultursensible Sozialdienst plant derzeit den Bau des „Multikulturellen Zentrums". Neben dem eigenen Pflegedienst sollen hierin altengerechte Wohnungen in Form von Wohngemeinschaften mit sieben bis acht Personen angeboten werden. Zudem sollen Wohnungen für Menschen mit Behinderungen entstehen. Das Angebot im „Multikulturellen Zentrum" soll durch Wohnungen, die nicht auf spezifische Bedürfnisse von alten oder behinderten Menschen ausgerichtet sind, sowie Arztpraxen, eine Apotheke und ein Restaurant ergänzt werden. Intendiert ist eine multikulturelle Belegung der Wohnungen. Im Falle von Pflege- oder sonstigem Hilfebedarf können die Bewohnerinnen und Bewohner den Kultursensible Sozialdienst in Anspruch nehmen. Eine Kopplung mit dem Mietverhältnis soll jedoch nicht bestehen. Das Multikulturelle Zentrum wäre insofern kein Heim im Sinne des Heimgesetzes; es wäre vielmehr hinsichtlich des speziellen Angebotes für alte und für behinderte Menschen dem Betreuten Wohnen zuzurechnen[276]. Die Fertigstellung ist für 2007 geplant.

Die vom Land Niedersachsen gemeinsam mit den Ländern Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein geförderte, Erhebung des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege „Bestandsaufnahme von interkulturellen Aktivitäten/Projekten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der pflegerischen Aus- und Weiterbildung in Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein" hat für den Zeitraum zwischen 1997 und 1999 in Niedersachsen ergeben, dass von 156 rückmeldenden Einrichtungen für Niedersachsen 20 Einrichtungen der stationären oder ambulanten Pflege oder Aus- und Weiterbildungsstätten in der Kranken- und Altenpflege interkulturell tätig sind.[277] Neben den o. g. Einrichtungen geben fünf stationäre Einrichtungen der Altenpflege und zwei weitere ambulante Pflegedienste an, interkulturell tätig zu sein.
Die hierauf bezogen weitergehenden Beschreibungen lassen allerdings erkennen, dass es sich bei diesen Aktivitäten wohl nicht um konkretes pflegerisches Handeln bei ausländischen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern oder Kunden ambulanter Dienstleistungen handelt. Vielmehr erfolgt eine eher theoretische Auseinandersetzung mit dieser Thematik durch Mitarbeit an örtlichen Arbeitskreisen oder wohlfahrtsverbandlichen Aktivitäten, Informationsveranstaltungen über Themen kultursensibler Pflege oder Ver-

[276] hierzu weitergehend Abschnitt I.3.5
[277] Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege: „Aus aller Welt", Norddeutsche Bestandsaufnahme interkultureller Aktivitäten im Gesundheits- und Pflegebereich; Kiel 2000

anstaltungen der Begegnung mit ausländischen Seniorinnen und Senioren. Zielgruppen sind sowohl die eigenen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner oder die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch die ausländische Einwohnerschaft am Standort des Pflegeheims bzw. im Einzugsbereich des Pflegedienstes. Die Gewinnung ausländischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Pflegefach- oder Hilfskräfte für die Einrichtung oder den Pflegedienst ist ein weiterer Aspekt, über den berichtet wird.

Aufgrund dieser Aussagen muss insofern bezweifelt werden, ob über die genannten Pflegedienste hinaus auch von anderen Pflegediensten oder von Pflegeheimen interkulturelle Pflege mit Ausnahme von Einzelfällen erbracht wird. Andererseits zeigen die Darstellungen der Einrichtungen und Dienste und insbesondere auch von Alten- und Krankenpflegeschulen und von Trägern der Fort- und Weiterbildung in der Pflege, die sich an der Umfrage beteiligt haben, dass sowohl im Bereich der pflegefachlichen beruflichen Bildung wie bei den Anbietern von Pflegeleistungen die erwartungsgemäß zunehmende Problematik der interkulturellen bzw. kultursensiblen Pflege auch zunehmend erkannt und offensiv aufgegriffen wird.

Nach den Zwischenergebnissen des Forschungsprojekts „Migrant/inn/en in der Altenpflege – Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in NRW“[278], hatten **in den** 96 **Altenpflegeheimen**, die Auskunft gaben, rund 30,5% der dort in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Migrationshintergrund. Der Verfasser führt hierzu im weiteren aus:

„Mehr als die Hälfte (58) Prozent der Pflegenden mit Migrationshintergrund werden als Spät/Aussiedler/innen bezeichnet. Sie sind „deutschstämmig“ oder haben deutsche Angehörige, lebten aber seit Generationen im Ausland.[279]. Die übrigen Migrant/innen sind als Erwachsene aus dem Ausland oder als Kinder aus Zuwanderungsfamilien in den Pflegeberuf gekommen.

Mit ca. 26 Prozent folgen Menschen der ersten Zuwanderungsgeneration aus dem Ausland. Schon seit der Einwanderungswelle der 70er Jahre kamen Pflegekräfte aus Herkunftsländern wie Italien, Spanien oder Portugal in die Bundesrepublik. Eine zweite Gruppe Pflegender wurde seinerzeit in Asien, besonders in Korea, den Philippinen oder in Thailand für die Krankenhäuser angeworben. Sie sind noch heute in Altenpflegeeinrichtungen beschäftigt. Es findet weiter kontinuierlich Einwanderung nach Deutschland statt, insbesondere in Form des Nachzugs von Familienangehörigen und durch internationale Migrationsbewegungen. So finden sich in den Altenpflegeberufen nicht nur Menschen aus ganz Europa, sondern auch aus Südamerika und Afrika.

---

[278] a. a. O., siehe Abschnitt I.1.3.6

[279] „Die Beschreibungs- und Erfassungskategorie „Spätaussiedler/innen“ liefert bisher keine hinreichenden Kriterien, um den Zuwanderungshintergrund der Betroffenen und die sich daraus für die Lebenslage ergebenden Konsequenzen zu ermitteln (vgl. MASQT 2000, S. 8)“ (Zitat)

Rund 12 Prozent der Pflegenden mit Migrationshintergrund gehören der zweiten Zuwanderungsgeneration an[280], das heißt sie sind in Deutschland geboren oder als Kleinkinder zu uns gekommen, haben aber deutsch nicht als Muttersprache.

Flüchtlinge mit Arbeitserlaubnis finden sich selten in der Altenpflege (1,7 Prozent). Bei der Gruppe der „Sonstigen“ (2,5 Prozent) gibt es zeitbefristete Beschäftigungen, z. B. auch für „Ordensschwestern“.

Die Pflegemitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund kommen aus 31 verschiedenen Nationen. Die häufigsten Herkunftsländer sind Polen und die Nachfolgestaaten der UdSSR. Die Staaten des ehemaligen Jugoslawiens und die Türkei stehen an dritter und vierter Stelle der Herkunft.

In der Altenpflege sind Pflegemitarbeiterinnen aus osteuropäischen Ländern in der Mehrheit. Im Vergleich dazu stellen Menschen türkischer Herkunft bei der Gesamtbevölkerung in NRW rund ein Drittel der ausländischen Bevölkerung, während Zuwanderer/innen aus der ehemaligen Sowjetunion nur etwa 5 Prozent der Ausländer/innen ausmachten (MGSFF 2002).“

Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sind in den Einrichtungen bereits 4 – 6 Jahre beschäftigt; sie verfügen annähernd zur Hälfte über eine mehrjährige Pflege-Fachausbildung. 6,5 Prozent der Beschäftigten mit Migrationshintergrund waren in leitenden Funktionen tätig, 15,2 Prozent hatten ihre Ausbildung aus dem Ausland als mit einer deutschen Ausbildung gleichwertig anerkannt bekommen.

Diese grundsätzlich positiven Merkmale werden allerdings getrübt durch die Feststellung der Altenpflegeeinrichtungen, dass gerade bei den beschäftigten Spätaussiedlerinnen und -aussiedlern die Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift für den auf Kommunikation und verschriftlichte Dokumentation der durchzuführenden (Pflegeplanung) bzw. durchgeführten (Pflegedokumentation und –evaluation) besonders angewiesenen Tätigkeitsbereich der Pflege häufig unzureichend sind. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, so die Feststellung der Einrichtungsleitungen, seien häufiger an den körpernahen und medizinischen Pflegeaufgaben orientiert, weniger an der fördernden Pflege und Betreuung.

Bewertung:
Die Erkenntnis aus o. g. Forschungsprojekt, dass ein erheblicher Anteil von Pflegekräften in den untersuchten stationären Altenpflegeeinrichtungen über einen Migrationshintergrund verfügt, kann unter dem Aspekt einer adäquaten Pflege und Betreuung auf dem Niveau des Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse in Deutschland zumindest für die derzeitigen Nutzerinnen und Nutzer der Altenpflegeeinrichtungen – außer vielleicht solchen aus den o. g. Herkunftsländern – nicht als Vorteil gewertet wer-

[280] das entspräche 3,7 % aller in der Pflege Beschäftigten dieser Einrichtungen.

den. Unter dem Aspekt der zunehmenden Aufenthaltsdauer der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insbesondere aus den ehemaligen Ostblockstaaten in Deutschland dürfte es sich jedoch eher um eine vorübergehende Problematik handeln. Es liegt in der Verantwortung der Einrichtungsträger, diesen Zeitraum zum Wohl der deutschen Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen durch intensive betriebsinterne Fortbildung und Unterweisung sowie die Motivation oder Verpflichtung des Personals zu externer Fortbildung, sofern diese betriebsintern nicht geleistet werden kann, so kurz wie möglich zu halten.

Aus der Befragung lässt sich nach Darstellung des DIE allerdings auch erkennen, dass zunehmend mehr Zuwanderer der zweiten Generation den Pflegeberuf ergreifen. Sie bilden (s. o.) nach den „Spätaussiedlerinnen / Spätaussiedlern“ mit über einem Viertel der Beschäftigten mit Migrationshintergrund die zweitstärkste Gruppe. Das Forschungsinstitut wertet dies im Blick auf den auch von dort erwarteten Mehrbedarf an Pflegeleistungen für die älter werdende ausländische Bevölkerung positiv. Dem ist sicherlich beizupflichten.

Bezüglich der ambulanten Pflege stellte das DIE fest, dass hier deutlich weniger Beschäftigte als im stationären Bereich einen Migrationshintergrund aufweisen – unter den 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 16 in die Untersuchung einbezogenen Pflegedienste waren es 11 Prozent (gegenüber 30,5%, s. o.). Die Herkunftsgruppen sind in beiden Pflegebereichen weitgehend gleich, allerdings sind Beschäftigte türkischer Herkunft in den Pflegediensten im Verhältnis stärker vertreten. Der Fachkräfteanteil ist mit 54 Prozent höher als in der stationären Pflege.

<u>Bewertung</u>

Die Tatsache eines vergleichsweise geringeren Anteils an Beschäftigten mit Migrationshintergrund ist einerseits erklärlich vor dem Hintergrund der für die ambulante Pflege typischen und erforderlichen besonders intensiven personalen Bezüge zu den Gepflegten und die Tatsache, dass die Tätigkeit im häuslichen Umfeld von den Pflegekräften weitgehend allein ausgeübt werden muss. Bei Kommunikationsproblemen aufgrund schlechter deutscher Sprachkenntnisse kann daher nicht auf andere Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter zurückgegriffen werden. Andererseits muss hinsichtlich des vergleichsweise hohen Anteils an potentiell Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung, insbesondere auch solcher aus dem islamischen Kulturkreis, eine auf diese Verhältnisse nicht hinreichend ausgerichtete Personalsituation in den Pflege-

diensten unterstellt werden. Unabhängig von den in Abschnitt I.1.3.6 dargestellten Barrieren für eine Nutzung der professionellen ambulanten Pflege aus den situativen und kulturellen Hintergründen der ausländischen Bevölkerung kann auch diese Tatsache einer auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten unzureichend ausgerichteten Personalausstattung der Pflegedienste die – ggf. erforderliche – Inanspruchnahme durch die ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger beeinträchtigen.

Es ist anzunehmen, dass die Erkenntnisse der o. g. Untersuchung auch auf die Verhältnisse in Niedersachsen zutreffen. Dies gilt vor allem für Regionen mit einem vergleichsweise hohen Bevölkerungsanteil an Aussiedlern aber auch für Einrichtungen von Trägern, die traditionsgemäß über gute Kontakte zu osteuropäischen Ländern wie Polen oder Kroatien verfügen.

Für die Situation in Niedersachsen kann – im positiven Sinne – andererseits festgestellt werden: Angebote wie die o. g. Spezial-Pflegedienste oder das ethno-medizinische Zentrum sind Kernzellen für eine Verbesserung des Zugangs der ausländischen Bevölkerung zu den Angeboten der pflegerischen Versorgung und zur Qualitätsentwicklung und –sicherung einer kultursensiblen Pflege. So hat z. B. nach dortiger Angabe der interkulturelle Sozialdienst eine in sieben Sprachen übersetzte mehrsprachige Gesundheitsbroschüre zur Pflegeversicherung und zum deutschen Gesundheitssystems entwickelt, ebenso einen mehrsprachigen regionalen Telefonführer.

Auch anderweitig sind über die genannten Beispiele hinaus weitere landesweite oder örtliche Aktivitäten mit dem Ziel bzw. der Folge einer verbesserten Versorgung der Migrantinnen und Migranten mit pflegefachlicher Hilfe oder mit sonstigen unterstützenden Angeboten bei eingetretenem Pflegefall oder im Vor- und Umfeld von Pflege bekannt. So ist zum Beispiel die AOK Niedersachsen als Kooperationspartner bei der Bundeszentrale Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten (IKOM) benannt. Mittel- bis längerfristig werden über diese Kontakte auch Informationsbroschüren in den verschiedenen Muttersprachen größerer Versichertengruppen bereitgestellt. In Einzelfällen werden von der AOK Niedersachsen Kurse in russischer und türkischer Sprache angeboten.[281]

[281] Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD im Niedersächsischen Landtag „Älter werden in Niedersachsen“, LT-Drs. 14/4012 vom 3. Dez. 2002

Mit der „Kooperativen Migrationsarbeit“ wurde in Niedersachsen in den vergangenen Jahren wurde in Niedersachsen ein landesweites Netzwerk zur Integration von Migrantinnen und Migranten geschaffen. Hier sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Rahmen eines Landes- und eines Bundesprogramms – auf insgesamt 66 Stellen – für die Integrations- und Migrationserstberatung tätig. Auf regionaler Ebene unterstützen sie Entwicklungen in Zusammenarbeit mit den Stellen der kommunalen Altenpflege, die der Verbesserung der Lebenssituation von älteren Migrantinnen und Migranten – u.a. im Gesundheits- und Pflegebereich -dienen.[282]

Mit finanzieller Unterstützung des Sozialministeriums wurde ein mehrsprachiger Seniorenkompass erstellt, der einen Wegweiser für ältere Migrantinnen und Migranten in den wichtigen Lebensfragen des Alters darstellt.[283]

3.4.6 Sterbende (Hospizdienste und stationäre Hospize)

Nur verhältnismäßig wenige Menschen sterben heute in Deutschland noch alters- oder krankheitsbedingt zu Hause. Die überwiegende Zahl verbringt die letzte Lebenszeit im Krankenhaus oder in einem Pflegeheim – ersteres, weil oft akute stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht und alle Möglichkeiten medizinischer Intervention genutzt werden sollen, letzteres, weil trotz fehlenden akuten stationären Behandlungsbedarfs häusliche Behandlung und vor allem Pflege nicht oder nicht mehr ausreichend sichergestellt werden kann.
Die zunehmende Individualisierung der Lebensvollzüge – sei es durch die steigende Ehe-, Partner- und Kinderlosigkeit, durch Scheidung, das Fehlen privater Stützungsnetze mangels Kinder oder anderer Angehöriger oder fehlender räumlicher Nähe der potentiellen Pflegepersonen und nicht zuletzt, bei den Frauen, des Partnermangels aufgrund der im Regelfall höheren Lebenserwartung – trug hierzu wesentlich mit bei. Eine Trendwende ist – allein demographisch bedingt – nicht in Sicht (s. hierzu auch Abschnitt II.2.2).

In Erkenntnis dieser Entwicklung wurden im Lauf der Zeit vielerorts ehrenamtliche Gruppierungen oder Organisationen tätig, mit dem Ziel, Sterben in Einsamkeit und ohne

[282] ebenda
[283] ebenda

menschliche Zuwendung zu verhindern, Sterbende in der letzten Lebenszeit – unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort – zu begleiten und hierin auch Angehörige mit einzubeziehen. Als solche hat sich auch die Hospizbewegung gegründet, die sich in besonderer Weise an unheilbar kranke Menschen und – sofern vorhanden – ihre Familien wendet und beiden im absehbar letzten Lebenszeitraum der oder des Kranken Unterstützung und Hilfe zukommen lässt.

Im Zuge dieser Tätigkeit wurde vermehrt deutlich, dass bei einem Personenkreis, der einer ärztlichen Behandlung aufgrund des Krankheitsfortschrittes nicht mehr zugänglich ist, der jedoch der Schmerztherapie, psychosozialer Hilfe und in der Regel auch der Pflege bedarf, aber hierfür auf keine oder keine ausreichende häusliche Hilfe zurückgreifen kann, stationäre Versorgung und Betreuung erforderlich ist, für die das stationäre Versorgungssystem der Krankenhäuser und der Pflegeheime nur ungenügend geeignet ist. Dies führte zur Gründung von stationären Hospizen auch in Deutschland.

Stationäre Hospize

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz und vor allem mit der Einführung des § 39 a SGB V im Zuge des zweiten Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 23.06.1997 mit Wirkung vom 01.01.1997 hat der Bundesgesetzgeber einen Leistungsanspruch für die Nutzung von stationären Hospizen und damit - indirekt - Grundlagen für eine wesentlich verbesserte Finanzierung der stationären Hospize geschaffen.

Nach § 39 a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Leistungen nach dem SGB XI richten sich nach den üblichen Bestimmungen dieses Gesetzes. Nach dem NPflegeG erhalten diese Einrichtungen zudem als nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen eine Förderung der Investitionskosten im Umfange der durch sie nach dem SGB XI erbrachten Leistungen (Pflegetage).

Nach Maßgabe der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Rahmenvereinbarung (§ 39a Satz 4 SGB V) vom 13.03.1998 sind stationäre Hospize

„selbständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker sterbender Menschen auszurichten ist. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere Ausstattung, die eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet. Ein besonderer Anteil der Kosten ist durch Eigenleistung des Versicherten, Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufzubringen. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes."

Grundsätzlich kann das Leistungsangebot der Hospize unterschieden werden nach medizinischer Versorgung, psychosozialer und spiritueller Versorgung. Der Schwerpunkt der Hospize liegt auf der Palliativpflege sowie auf der psychosozialen und spirituellen Begleitung der Patienten. Medizinische Versorgung im Sinne von Behandlung wird in der Regel von den Hospizmitarbeitern nicht geleistet, sondern von externen Ärzten – Hausärzten, Onkologen, Schmerztherapeuten – erbracht, die bei Bedarf in das Hospiz kommen.

In dem Verzeichnis der Hospiz LAG Niedersachsen (www.hospiz-nds.de) werden z. Z. 12 stationäre Hospize in den Städten Bad Pyrmont, Bardowick, Buchholz, Dinklage, Göttingen-Weende, Hannover (3 Einr.), Lemförde, Oldenburg, Osnabrück, Wolfsburg aufgeführt. Ein weiteres, auf die Betreuung von Kindern spezialisiertes Hospiz besteht in Syke.[284] Im Durchschnitt stehen in den Hospizen 7 Plätze zur Verfügung. Abgesehen von einer Ausnahme bieten alle Hospize eine Möglichkeit zur Unterbringung von Angehörigen.

Die räumliche Ausstattung der stationären Hospize entspricht den besonderen Anforderungen der palliativmedizinischen, palliativpflegerischen und psychosozialen Versorgung und orientiert sich an Leitbegriffen wie Schutzraum, Individualität, Privatheit, Kommunikation und Integration.

Hinsichtlich der Qualitätsanforderungen unterliegen die stationären Hospize den Grundsätzen und Maßstäben der Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI. Sichergestellt werden soll die angestrebte Qualität insbesondere durch Vorhaltung von fachlich qualifiziertem Pflegepersonal. Hierzu sind in den Rahmenvereinbarungen zu § 39a SGB V genaue Anforderungskriterien festgeschrieben worden, wonach die Pflegefach-

[284] siehe Abschnitt I.3.1.4.1

kraft u.a. über den Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme verfügen muss.

Darüber hinaus unterliegen die stationären Hospize den baulichen, personellen und qualitativen Anforderungen des Heimgesetzes und der entsprechenden Verordnungen.

Stationäre Hospize erhalten auch eine Förderung der Investitionsaufwendungen, sofern sie für die Pflege nach dem SGB XI gem. § 72 als stationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen sind und soweit sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Leistungen nach dem SGB XI erbringen. Hiervon ist in der Regel auszugehen. Dies entspricht auch dem Willen des Bundesgesetzgebers.[285] Die Förderung erfolgt für Hospize für den Fall, dass sie einen Versorgungsvertrag als Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben, nach den Vorschriften über die Förderung solcher Einrichtungen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG)[286]. Sind sie als vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege zugelassen, erhalten die Hospize eine Förderung in den Fällen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhalten („eingestreute Kurzeitpflege; § 10 Abs. 1 Satz 2 NPflegeG)[287].

Ambulante Hospizdienste

Seit dem 01.01.2002 haben die gesetzlichen Krankenkassen gem. § 39a Abs. 2 SGB V ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner vollstationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen.[288] Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 03.09.2002 mit den die Interessen ambulanter Hospizdienste wahrnehmenden maßgeblichen Spitzenorganisationen eine Rahmenvereinbarung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit geschlossen.

[285] siehe Begründung zum Gesetzentwurf.
[286] siehe Abschnitt I.1.3.1.4; siehe auch Erlass des MS vom 09.12.2005 – 104 / 43 590 – 1f
[287] siehe Abschnitt I.1.3.1.4
[288] Abs. 2 angefügt durch Gesetz vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 3728)

In dem o.a. Verzeichnis der Hospiz LAG Niedersachsen für Niedersachsen werden z. Zt. 104 ambulante Hospizdienste aufgeführt, von denen zwei speziell auf die Betreuung von Kindern ausgerichtet sind (in Cuxhaven und Hannover).
Die Hospizdienste sind relativ gleichmäßig über das Land verteilt (s. auch „Übersicht Niedersachsen“ auf der o.a. Internetseite). Nach Angaben der Hospiz Stiftung Niedersachsen (s. u.) sind in ihnen ca. 8.000 Helferinnen und Helfer ehrenamtlich tätig.

Mit der Förderung nach § 39a SBG V leisten die Krankenkassen einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten des jeweiligen ambulanten Hospizdienstes für die palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen.

Neben der Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V finanzieren sich die ambulanten Hospizdienste insbesondere durch die ehrenamtliche Tätigkeit der Mitarbeiter sowie durch Spenden und Zuschüsse von den Trägern bzw. Vereinen der Hospizdienste.

Nach den Angaben der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen wurden im Jahre 2004 von den damals 94 ambulanten Hospizdiensten 49 nach § 39a Abs. 2 SGB V gefördert.

Die Strukturen (Aufbau- und Ablauforganisation), die Anzahl der betreuten Patienten und die Betreuungsdauer der Hospizdienste weisen eine große Variationsbreite auf, die den jeweiligen regionalen Gegebenheiten und den individuellen Möglichkeiten der Leistungserbringer Rechnung trägt.

Hospiz Stiftung Niedersachsen

Die Hospiz Stiftung Niedersachsen ist eine Initiative der evangelisch-lutherischen Landeskirchen Hannovers, Oldenburg, Braunschweig, Schaumburg-Lippe und der Reformierten Kirche Leer sowie der katholischen Bistümer Hildesheim, Osnabrück und des oldenburgischen Teils des Bistums Münster.

Sie hat zum Ziel, das ehrenamtliche Engagement in der Sterbe- und Trauerbegleitung dauerhaft zu stützen. Die Stiftung wurde im Jahr 2003 gegründet.

3.5 Angebote des Betreuten Wohnens

3.5.1 Betreutes Wohnen – Bindeglied und Alternative zum Pflegeheim

Selbstbestimmt leben auch im hohen Alter und bei Pflegebedürftigkeit ist der Wunsch nahezu aller Menschen. Dies haben Untersuchungen und Befragungen in der Bevölkerung und speziell bei älteren Menschen immer wieder ergeben.

Die Realisierung dieses Wunsches weitgehend zu unterstützen ist auch das Ziel der Landesregierung. Mit der Förderung der Investitionsaufwendungen der Pflegedienste, der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, der Kurzeitpflegeeinrichtungen sowie bei Kurzzeitpflegeaufenthalten in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege leistet sie hierzu einen maßgeblichen Beitrag. Rund. 36,1 Mio. Euro stehen hierfür 2005 im Landeshaushalt zur Verfügung, für 2006 sind rund 40 Mio. Euro vorgesehen. Die Förderung bewirkt, dass den pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzern der Dienste und Einrichtungen für die ansonsten aus eigenen Mitteln aufzubringenden Aufwendungen der Pflegeleistungs-Erbringer keine Kosten entstehen. Dies kann, sofern nicht aus anderen Gründen vollstationäre Pflege umfassend und dauerhaft zwingend erforderlich ist, die Entscheidung für den – ohnehin gewünschten – Verbleib in der eigenen Wohnung nachhaltig beeinflussen.

Gleichwohl ist für die vergangenen Jahre eine außerordentliche Zunahme bei der Heimpflege zu verzeichnen (s. Abschnitt I.1 und 3.1.1). Über die Gründe kann weitgehend nur spekuliert werden. Fakt hingegen ist:

- Etwa 10 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime haben einen Pflegebedarf, der unterhalb des für die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz maßgeblichen Umfanges liegt. Der Heimaufenthalt ist bei dieser Personengruppe vielfach auf ein Sicherheits- und Schutzbedürfnis der von zunehmenden Altersgebrechen betroffenen Menschen oder einen weitergehenden Betreuungsbedarf aufgrund nachlassender mentaler Fähigkeiten zurückzuführen. Weit überwiegend

handelt es sich dabei um ältere Frauen, die auf kein privates Unterstützungsnetz zurückgreifen können oder möchten. Viele dieser Menschen sind nach heutigen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft und aus der pflegerischen Praxis mangels nach Zahl und Art ausreichender anderweitiger Versorgungs- und Betreuungsarrangements in den Pflegeheimen fehlplaziert. Das gilt nach Auffassung fortschrittlicher Träger von Pflegeheimen sogar für viele pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Pflegestufe 1 und einen Teil mit Pflegestufe 2.

- Eine entsprechende häusliche Betreuung und Versorgung mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste und ggf. Tagespflege und Kurzzeitpflege sowie eventuell niedrigschwellige Betreuungsangebote (s. Abschnitt 3.6) und Serviceleistungen zur Haushaltsführung (Essen auf Rädern, Putzdienste) oder zur Körperhygiene (Fußpflege) etc. ermöglicht andererseits einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unter Umständen selbst bei schwerer oder sogar schwerster Pflegebedürftigkeit. Die Daten zur Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung zur häuslichen Pflege sind hierfür der Beleg (s. Abschnitt I.1). Dies gilt nach Aussagen aus der Fachpraxis selbst bei leichter bis mittelschwerer Altersdemenz.

Das Pflegeheim ist daher keinesfalls die einzige Alternative, wenn zunehmende Gebrechlichkeit ein Alleine-Leben ohne externe Unterstützung und Pflege subjektiv oder objektiv unmöglich macht. Durch den zunehmenden Ausbau und die qualitative Verbesserung des ambulanten Pflege- und Versorgungsangebotes in den letzten beiden Jahrzehnten ist dies auch für viele alte Menschen bereits Wirklichkeit geworden. Es hat ihnen ein weitgehend eigenständiges Leben tatsächlich bis zum Tod oder doch bis an die Schwelle des Todes ermöglicht. Das ständig steigende Eintrittsalter der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ist hierfür ein deutliches Indiz.

Andererseits machen die vorstehenden Daten und Bewertungen über die Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und über deren Lebenslage einen offensichtlichen Mangel im System der ambulanten Hilfen deutlich: fehlende oder unzureichende Betreuung im Fall fehlender privater Hilfenetze. Dieser Mangel wird zunehmend sichtbar aufgrund der mit der stetig steigenden Lebenserwartung insbesondere von Frauen verbundenen wachsenden Dauer des Allein-Lebens (neben anderen Gründen wie z. B. Anstieg der Scheidungen, fehlende oder entfernt wohnende Kinder, bewusste Entscheidung gegen Partnerschaft). Er wird sich künftig allein aufgrund der geringeren

Kinderzahl sowie einem Trend zu weiterer Singularisierung des Lebensvollzuges (s. auch Abschnitt II.2.2) im Falle ausbleibender Gegensteuerung verstärken.

Das Pflegeheim ist – selbst bei Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsgrades der Bevölkerung mit Pflegeheimplätzen – auch angesichts des zu erwartenden erheblichen Anstiegs der Zahl der pflegebedürftigen Menschen volkswirtschaftlich und im Blick auf die öffentlichen Hauhalte aufgrund des damit verbundenen Anstiegs der Ausgaben für Sozialleistungen keine Alternative, soll es nicht zu einer – nicht vertretbaren – Verschlechterung der Versorgungsqualität der auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen kommen. Damit wird der Institution Pflegeheim nicht die grundsätzliche Berechtigung abgesprochen; nicht in jedem Fall und nicht für jeden Hilfebedarf werden ambulante Versorgungsformen ausreichend zur Verfügung gestellt werden können oder den besonderen Hilfebedarf abdecken können. Dies ist für die derzeitigen traditionellen kommerziellen Pflege- und Betreuungsangebote bereits belegt (z. B. bei 24-Stunden-Betreuung durch ambulante Pflegedienste).

Erforderlich sind insofern Versorgungsarrangements, die einerseits die fachlich notwendigen Hilfen und zugleich die erforderliche Betreuung in Abhängigkeit von der individuellen Befindlichkeit der auf Unterstützung angewiesenen Personen auf einem fachlichen Niveau sichern, das wiederum an der persönlichen Situation anzulegen wäre, damit aber keinesfalls immer fachberufliche Qualifikationen voraussetzt.

Das aus sozialen oder privatwirtschaftlichen Erwägungen in den letzten Jahren vermehrt angebotene Betreute Wohnen (s. nachfolgende Abschnitte) kann nach derzeitigem Erfahrungsstand als ein grundsätzlich geeignetes Bindeglied zwischen einer Lebensführung in einer Wohnung ohne Betreuung in Form vertraglich fixierter Unterstützungsleistungen bei nicht erforderlichem oder geringfügigem Hilfe- und Pflegebedarf und dem auf die umfassende Versorgung notwendigerweise ausgerichteten Pflegeheim sowie als Alternative zu ihm im Fall ausreichender und (möglichst) kostengünstigerer Betreuungs- und Serviceleistungen für den vorstehend näher skizzierten Personenkreis gesehen werden.

Es ist dementsprechend auch von älteren Menschen zunehmend nachgefragt bzw. angenommen worden. Zum Wert dieser in verschiedener Gestalt und Qualität vermehrt auf den Markt drängenden Wohnform (s. nachfolgender Abschnitt) unter versorgungs-

politischen Aspekten bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen der selbstbestimmten Lebensführung bei Gebrechlichkeit und Pflegebedarf im Alter wie unter dem Gesichtspunkt der Kostenersparnis für die Nutzer ebenso wie für die öffentliche Hand liegen nach Kenntnis des MS bislang kaum empirisch gesicherte Erkenntnisse vor. Zwei Problemkreise sind aber zunehmend erkennbar geworden:

1) Die Sicherung bedarfsangepasster und qualifizierter Wohn- und Betreuungsleistungen und in diesem Zusammenhang des Schutzes der Bewohnerinnen und Bewohner vor Übervorteilung und Schlechtleistung.

2) Die rechtliche wie tatsächliche Abgrenzung des Betreuten Wohnens zum Pflegeheim unter anderem zur Vermeidung einer systematischen Umgehung der Schutzbestimmungen des Heimrechts durch Wohnungsanbieter und Anbieter von Betreuungs- und Serviceleistungen.

Zu 1) Qualitätssicherung bei Betreutem Wohnen im allgemeinen Wohnungsmarkt

Individuelle Entscheidungsautonomie und selbstbestimmte Lebensführung auch im Alter bei sind ein hohes Gut. Andererseits geht der individuelle Alterungsprozess vielfach einher mit eingeschränkter Alltagskompetenz (physisch und psychisch) und ggf. Pflegebedarf und insoweit mit einem – graduell unterschiedlichen – Verlust der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit, die in einem an privatwirtschaftlichen Interessen orientierten Markt – hierum handelt es sich grundsätzlich auch beim Betreuten Wohnen - leicht zur Übervorteilung der Kunden führen kann und, wie Einzelbeispiele immer wieder zeigen, auch tatsächlich führt.

Dies gilt besonders im Fall vorliegender psychischer Beeinträchtigungen der Mieter oder Wohnungsinhaber, wenn über Angehörige oder gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer keine „Kontrolle“ gegeben ist. Bewohnerinnen und Bewohner von Betreuten Wohnungen unterliegen – dies ist der „Preis der Freiheit“ – im Unterschied zu Bewohnerinnen und von (Pflege)Heimen nicht einem besonderen staatlichen Schutz, wie er durch das Heimgesetz besteht. Zwar lässt die Nachfrageentwicklung auf dem Markt betreuter Wohnungen auch eine gewisse „Selbststeuerung des Systems“ erkennen, indem Überangebote, Angebote mit einem aus Kundensicht schlechten Preis-Leistungsverhältnis oder in unattraktiver Ausführung oder Lage nicht (mehr) nachge-

fragt werden.[289] Dieses Marktregulativ ist hinsichtlich bestehender vertraglicher Beziehungen insbesondere bei Mietwohnverhältnissen zwischen Vermietern und Mietern, vor allem aber zwischen den alten Menschen und dem Dienstleister / den Dienstleistern für die Service- und Betreuungsleistungen kein Schutz.

In den letzten Jahren hat sich darum die Erkenntnis durchgesetzt, dass es auch für die (alten) Menschen, die in betreuten Wohnformen außerhalb von Heimen leben, begleitender Informationen und neutraler persönlicher Beratung und der Definition von an solche Wohnformen zu stellende Qualitätsanforderungen baulich-räumlich wie bezüglich der Service- und Betreuungsleistungen bedarf.

Eine systematische Erfassung solcher Orientierungshilfen für die Nutzer (ebenso aber auch für die Anbieter von Betreuten Wohnungen und von Serviceleistungen) konnte im Rahmen der Erstellung dieses Berichts – nicht zuletzt aufgrund ihrer zwischenzeitlich erkennbarer Vielzahl – nicht erfolgen. Nachfolgend werden darum einige nach Kenntnis des MS besonders bedeutsame Beispiele aufgeführt:

- Im Rahmen eines dreijährigen Modellprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), in dem bundesweit 12 Beratungsbüros mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten eingerichtet wurden, war das MS beteiligt an der Finanzierung der Koordinierungsstelle „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“. Der Schwerpunkt der Koordinierungsstelle in Hannover war die Integration der altengerechten Wohnungsanpassung in das Aufgabenspektrum von Wohnungsunternehmen. Ziel war die individuelle Anpassung der einzelnen Wohnungen und des Wohngebäudes an die Bedürfnisse der älteren Bewohnerinnen und Bewohner. Weiterhin wurden die Bildung von Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften von Älteren sowie generationsübergreifende Wohnprojekte unterstützt.
  Im Anschluss an das Modellprojekt wurde Anfang 2002 die Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung – selbständiges Wohnen im Alter (NFW) eingerichtet.

- Die NFW wurde vom Land in den Jahren 2002 bis 2004 gefördert. In ihrer Funktion als landesweites Informations- und Beratungszentrum konnte eine Beratung zum „Selbstbestimmten Wohnen im Alter“ bis auf die kommunale Ebene hinab sicherge-

[289] empirica – Wirtschaftsforschung und Beratung GmbH (Hrsg.): Wohnen im Alter – Teil 3: Betreutes Wohnen / Service Wohnen – aktueller Marktüberblick; empirica – paper Nr. 77, Berlin, April 2003, S. 7

stellt werden.
MS sieht es nunmehr als Aufgabe der örtlichen Ebene (Kommunen, Wohnungswirtschaft, Dienstleistungsanbieter, Wohlfahrtsverbände, Kirchen sowie Seniorenvertretungen und –selbsthilfevereinigungen) an, die von der NFW ausgegangenen Impulse aufzunehmen und weiter zu entwickeln.

- Die Landesregierung erhält durch die Konzertierte Aktion „Bauen und Wohnen“ entscheidende Hinweise auf den bestehenden Wohnungsbedarf und sich abzeichnende Veränderungen. Über den Dialog mit den am Wohnungsmarkt beteiligten Akteuren erfolgt ein Austausch über die vorhandenen Daten und wohnungsmarktpolitischen Rahmenbedingungen.

  Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen es, bei der Auswahl der zu fördernden Vorhaben steuernd so einzugreifen, dass nach Möglichkeit landesweit eine homogene Verteilung erreicht wird. Dies trägt zu einer weiteren Verbesserung einer flächendeckenden und bedarfsorientierten Versorgung der Bevölkerung mit Altenwohnungen und damit zu einer flexiblen, markt- und bedarfsorientierten Wohnungspolitik bei.

  Die Landesregierung teilt die von der konzertierten Aktion vertretene Auffassung, dass der Bedeutung des Themas „Wohnen im Alter“ eine größere Bedeutung beizumessen sein wird.

  Seit Herbst 2001 beschäftigte sich die Arbeitsgruppe „Wohnen im Alter“ der niedersächsischen „Konzertierten Aktion Bauen und Wohnen“ mit dem Thema. Im Mai 2002 wurden in einem Bericht der Arbeitsgruppe die Ausgangssituation sowie Handlungsempfehlungen und Handlungsbedarfe in Niedersachsen für die Mitglieder der Konzertierten Aktion bezüglich des Themas „Wohnen im Alter“ dargestellt. Diese Empfehlungen deckten sich in weiten Teilen mit den Tätigkeitsfeldern der Nds. Fachstelle für Wohnberatung: Aufbau eines flächendeckenden und qualifizierten Netzes von Wohnberatung, Information und Aufklärung zu allen Themen des Selbständigen Wohnens im Alter, Weiterentwicklung und Verbreitung der strukturellen und der individuellen Wohnungsanpassung sowie betreuter und gemeinschaftlicher Wohnformen.

In der Zwischenbilanz der Arbeitsgruppe vom Juni 2004 wurden dann die in den verschiedenen Handlungsfeldern zur Förderung des Selbständigen Wohnens in Niedersachsen notwendigen Fortschritte unter die Lupe genommen. In den zentralen Handlungsfeldern „Information“ und „Sicherung der Beratungsinfrastruktur“ hatte sich das Wirken der Niedersächsischen Fachstelle deutlich positiv bemerkbar gemacht. Aus diesem Grund wurde empfohlen, die Fachstelle, die sich aus Sicht der Arbeitsgruppe zu einem „treibenden Motor bei der Förderung des selbständigen Wohnens entwickelt hat“, über den Modellzeitraum von Anfang 2002 bis Ende 2004 hinaus zu erhalten.
Es gelang aber bislang nicht, eine Anschlussfinanzierung der Fachstelle zu sichern.

- Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat im Auftrage der Bertelsmann Stiftung im Juni 2003 einen Expertenworkshop Leben und Wohnen im Alter mit dem besonderen Schwerpunkt des Quartiersbezuges durchgeführt. Das Ergebnis wurde unter dem Titel „Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte“ veröffentlicht.[290] Der Bericht bietet eine praxisnahe Grundlage für örtliche Planungen im Rahmen z. B. der kommunalen Bauleit- und Bebauungsplanung und der Sozialplanung im Blick auf die wohnungsnahe Versorgung von älteren / pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohnern.

- Unter der Federführung des (ehem.) Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen ist von einer Arbeitsgruppe „Wohnen, Handwerk und Dienstleistungswirtschaft“ der nordrhein-westfälischen Landesinitiative Seniorenwirtschaft für das Land Nordrhein-Westfalen ein Qualitätssiegel „Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen in NRW“ entwickelt worden. Die Kriterien für das Qualitätssiegel sind in Zusammenarbeit mit dem Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, der Forschungsgesellschaft für Gerontologie, Dortmund, der Verbraucherzentrale NRW, der Architektenkammer NRW, dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Vertreterinnen und Vertretern der Wohlfahrtsverbände und der Wohnungswirtschaft erarbeitet worden.

  Das Qualitätssiegel ist zunächst auf den Neubau entsprechender Angebote ausgerichtet. Die dem Siegel zu Grunde liegenden Maßstäbe betreffen die vier Bereiche

[290] Kremer-Preiß U. / Stolarz H.: Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte, Expertenworkshop am 18. Juni 2003, Dokumentation im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Gütersloh/Köln 2004

„Bauwerk und Umfeld“, „Grundservice“, „Wahlservice“ und „Vertragsgestaltung“.

Mit dem Qualitätssiegel werden vor allem folgende Ziele verfolgt:
- Orientierungshilfe für Interessierte, d. h. Hilfestellung bei der Bewertung der in NRW unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ für Seniorinnen und Senioren existierenden Angebotsvielfalt,
- Orientierungshilfe für Investoren bei der Qualitätssicherung von Angeboten des Betreuten Wohnens in NRW,
- Planungssicherheit und Planungshilfen für Investoren, Architektinnen und Architekten, Betreiber und Dienstleister.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass die Qualitätsmaßstäbe keine verordneten Vorgaben darstellen. Sie sind aus der Zusammenarbeit von Wohnungswirtschaft, Betroffenen sowie Expertinnen und Experten entstanden.
Die Einhaltung der Vorgaben ist eine freiwillige Selbstverpflichtung. Qualitätsprüfungen und die Verleihung des Qualitätssiegels erfolgen im Auftrag bzw. durch das „Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen in NRW“ e. V..

Das Projekt in NRW wird vom MS positiv bewertet – sowohl fachlicherseits als auch insbesondere im Blick auf die staatsfreie Organisation der Qualifizierungs- und Zertifizierungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung von Betreuten Wohnangeboten in Form der Selbstbindung der Wohnungswirtschaft und der Anbieter der Betreuungs- und Serviceleistungen. Das MS vertritt dabei die Auffassung, dass solche staatsfreien Verfahren der Selbstverpflichtung zur Einhaltung von Qualitätsstandards gegenüber staatlichen Eingriffen durch rechtlichen Regelungen unbedingt vorzuziehen sind.

- Der Verband der Landesbausparkassen hat bereits im Jahr 1998 ein Handbuch für Investoren für Angebote des Service-Wohnens für ältere Menschen herausgegeben, das neben den besonderen baulich-architektonischen Anforderungen an die Wohnung und das Wohngebäude auf die Berücksichtigung sozialräumlicher und städtebaulicher Anforderungen (Verkehr, soziale Infrastruktur, Wohnumfeldgestaltung) hinweist.[291]

[291] empirica: Handbuch für Investoren LBS (Hrsg.), Köln 1998

Zu 2) Abgrenzung des Betreuten Wohnens gegenüber (Pflege)Heimen

Betreute Wohnangebote für ältere oder behinderte Menschen sind vielgestaltig (s. nachfolgende Ausführungen in Abschnitt 3.5.2). Sie reichen im Bereich der für die Abgrenzungsfrage gegenüber dem Heim besonders relevanten Frage der Wahlfreiheit bezüglich des Anbieters wie des Angebots an Betreuungs- und Serviceleistungen von selbstorganiserten Wohnformen älterer Menschen (Hausgemeinschaften; siehe auch nachfolgende Abschnitte) über von den Wohnungsinhabern frei wählbare Angebote eines Minimalkanons vertraglich vereinbarter Betreuungs- und Serviceleistungen bis zu heimähnlichen Wohn- und Betreuungssituationen in Gestalt Betreuten Wohnens in Altenwohnkomplexen oder betreuten Wohngemeinschaften (s. Abschnitt 3.5.3).

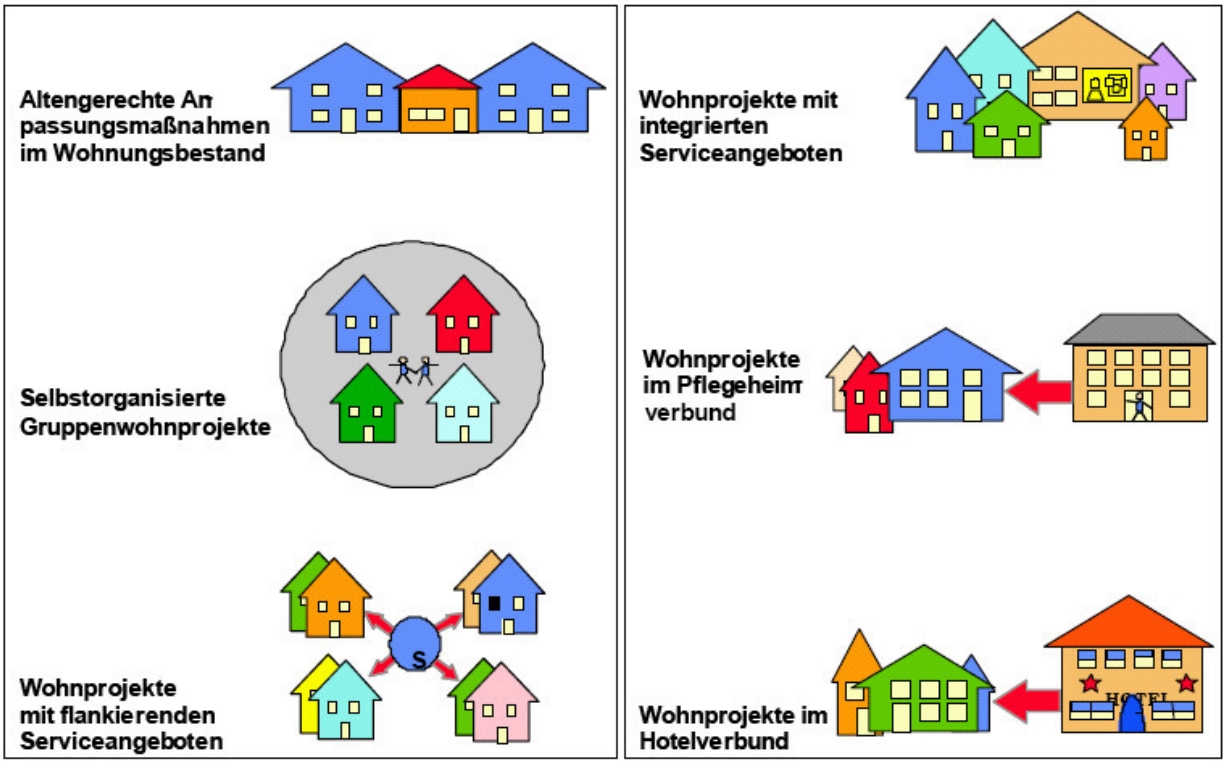
Der Bundesgesetzgeber hat im Zuge der Novellierung des Heimgesetzes durch die Einführung der Vorschrift des § 1 Abs. 2 HeimG eine Abgrenzung zwischen den beiden Wohnformen intendiert. Diese Regelung ist jedoch unzureichend. Das BMFSFJ hat nunmehr vor kurzem eine erneute Novellierung des Heimgesetzes angekündigt. Dabei besteht die Absicht, im Rahmen eine Modifikation des § 25 HeimG die heimaufsichtsrechtlich relevanten Abgrenzungskriterien zum Betreuten Wohnen näher zu bestimmen. Es ist zu unterstellen, dass dabei die zwischenzeitlich durch die Rechtsprechung vorgenommenen Abgrenzungen ihren gesetzlichen Niederschlag finden. Die diesbezüglich mittlerweile weitgehend gefestigte Rechtsprechung stellt hinsichtlich der Unterscheidung der beiden Wohnformen insbesondere ab auf den Grad der Abhängigkeit von Mietvertrag und Betreuungsvertrag sowie insbesondere der Vertragsnehmer der Betreuungs- und Serviceleistungen von dem Anbieter / den Anbietern dieser Leistungen. Von einem Heim im Sinne des Heimgesetzes ist danach dann auszugehen, wenn hinsichtlich der Inanspruchnahme der Betreuungs- und Serviceleistungen keine Wahlfreiheit der potentiellen Vertragsnehmerinnen und –nehmer (Mieter, Wohnungseigentümer) besteht. Dies gilt auch, wenn das Abhängigkeitsverhältnis zwar nicht rechtlich, aber faktisch gegeben ist. Für diese Fälle sind nach Auffassung die Bestimmungen des Heimgesetzes anzuwenden und, in Folge davon, im Falle der Erbringung auch von Pflegeleistungen, auch der leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI und der hierauf abgestimmten anderen Leistungsrechte (SGB XII, BVG).

3.5.2 Betreute Wohnungen für alte Menschen[292]

Die Angebote des Betreuten Wohnens für ältere Menschen sind vielgestaltig in Abhängigkeit davon, ob Individualität stärker betont, mehr Eigenleistungen erwünscht oder professionelle Betreuungs- und Serviceleistungen durch kommerzielle Anbieter beansprucht werden. Zu den Letztgenannten sind auch gemeinnützige Anbieter zu zählen, die Leistungen auf Vertragsbasis gegen Entgelt erbringen.

Bei den Angeboten des Betreuten Wohnens können verschiedene „Standardtypen“ unterschieden werden:

Abb.: B I 3.5.2/1



empirica

Hinsichtlich der näheren Erläuterungen zu den verschiedenen Varianten wird auf die zitierte Veröffentlichung der empirica GmbH hingewiesen. Anzumerken ist, dass sich die im April 2003 erfolgte Veröffentlichung nicht mit der o. g. Frage der Abgrenzung der verschiedenen Varianten des Betreuten Wohnens auseinandersetzt.

[292] Die nachfolgenden Ausführungen beruhen überwiegend auf der Veröffentlichung der empirica GmbH, a. a. O.

Vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich hierzu ergangenen Rechtsprechung (s. o.) bedürfen hiesigen Erachtens insbesondere die Wohnprojekte

- mit integrierten Serviceangeboten,
- im Pflegeheimverbund und
- im Hotelverbund

einer kritischen Prüfung. Letztlich wird das Ergebnis von der konkreten Ausgestaltung im Einzelfall abhängen.

Bei den realisierten Projekten überwiegen zur Zeit die Wohnprojekte mit integrierten Serviceangeboten und diejenigen im Heimverbund[293]. Zu den selbstorganisierten Gruppenwohnprojekten zählen neben den betreuten Wohngemeinschaften (s. Abschnitt 3.5.3) auch die so genannten **Hausgemeinschaften**. Als hervorhebenswerte **Beispiele** hierfür **in Niedersachsen** sind dem MS bekannt geworden die

- Hausgemeinschaft „Gemeinsam statt einsam“ am Kronsberg in Hannover,
- Hausgemeinschaft „Alt und Jung“ in Oldenburg
- „Wohnen und mehr“ in Osnabrück und
- „Alten WG“ in Göttingen.

Alle vier Hausgemeinschaften setzen auf Selbstorganisation und gegenseitige Unterstützung ihrer Nutzerinnen und Nutzer statt auf „vorgehaltene Versorgung“. So werden Heimstrukturen im Ansatz vermieden. Wenn erforderlich wird externe professioneller Hilfe (von jeder Bewohnerin / jedem Bewohne frei wählbar) ergänzend in Anspruch genommen.

Diese Formen des gemeinsamen Wohnens stellen zugleich eine wirksame Hilfe gegen die häufig besonders problematische Vereinsamung im Alter dar. Letzteres ist – sofern die vereinbarten Betreuungsleistungen auch kommunikationsfördernde Angebote enthalten – grundsätzlich auch für die anderen Formen des Betreuten Wohnens zu unterstellen; es kennzeichnet einen maßgeblichen Vorteil dieser Wohnformen gegenüber dem Wohnen im Alter im allgemeinen Wohnungsbestand ohne formalisierte Betreuung.

[293] empirica, a. a. O., S. 3

Dies betrifft insbesondere pflegebedürftige Menschen, deren Lebensraum oft gezwungenermaßen auf die Wohnung oder ihre engstes Umfeld beschränkt ist.

Zum **Bestand an** speziellen **Wohnungen für alte Menschen sowie an betreuten Altenwohnungen in Niedersachsen** liegen dem MS nach einer im Zusammenhang mit der Erstellung dieses Berichtes erfolgten Abfrage bei allen Landkreisen und kreisfreien Städten nur von einigen kommunalen Gebietskörperschaften konkrete Angaben vor[294]:

Tab. T B I 3.5.2/1

Gebiet	**Betreute Altenwohnungen**	**Altenwohnungen**	**Gebiet**	**Betreute Altenwohnungen**	**Altenwohnungen**
LK Aurich[295]	177	611	Braunschweig Stadt*	1115	
LK Gifhorn	207		Göttingen Stadt	1059	
LK Hildesheim*	6		LK Lüchow-Dannenberg	2	4
Oldenburg Stadt	455	39	Osterode am Harz	20	345
Region Hannover*[2)]	710	1806	Salzgitter Stadt	52	278[1)]
LK Soltau-Fallingbostel	4		LK Vechta	203	398
LK Wolfenbüttel	227[1)]				

* = Erfassung durch die Kommune führte zu keinen vollständigen Angaben
1) Plätze in Wohnungen
2) Einschl. Landeshauptstadt Hannover

Eine Reihe von kommunalen Gebietskörperschaften machte über den Bestand an solchen Wohnungen bzw. Wohnanlagen in ihrem Gebiet allgemeine Aussagen oder ließ aus beigefügten Seniorenratgebern oder vergleichbaren Unterlagen dementsprechende Schlüsse zu.[296] Hierbei handelte es sich um: LK Ammerland, LK Celle, LK Goslar, LK Harburg, LK Osnabrück, LK Osterholz, LK Schaumburg, LK Stade, Wolfsburg Stadt. Einige Landkreise und kreisfreien Städte verfügten nach eigener Aussage über keine entsprechenden Angaben und sahen sich von daher zu einer qualifizierten Antwort nicht in der Lage. Dies waren: LK Cuxhaven, LK Emsland, LK Göttingen, Grafschaft Bentheim, LK Helmstedt, LK Leer, LK Lüneburg, LK Northeim, LK Stade,
Die weiteren Gebietskörperschaften gaben keine Antwort.

[294] hierunter gaben einige Gebietskörperschaften an, dass mangels Antwortbereitschaft von erfassten Anbietern oder Auskunft von kreisangehörigen Gemeinden die Angaben nicht vollständig sind. Diese sind jeweils mit einem * gekennzeichnet.
[295] Angabe: weitere Betreute Wohnungen in Planung

Bewertung:
Die Beteiligung der kommunalen Gebietskörperschaften an der Umfrage des MS lassen bedauerlicherweise keine befriedigende Aussage über die Versorgung der älteren Bevölkerung mit speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Wohnungen mit bzw. ohne Betreuung zu. Es kann in diesem Zusammenhang nicht beurteilt werden, welche Gründe letztlich zu ausbleibenden oder ungenauen Antworten geführt haben. Gleichwohl erscheint aber der Schluss zulässig, dass in einer erheblichen Zahl von Landkreisen und kreisfreien Städten offenbar die Versorgung ihrer älteren Einwohnerinnen und Einwohner mit altengerechtem Wohnraum, vor allem solchem mit Betreuungsangeboten, die erfahrungsgemäß in besonderer Weise geeignet sind, Heimaufenthalte zu vermeiden, zumindest nicht so bedeutsam für die im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge erforderlichen Planungen in der Kommune ist, dass die entsprechenden Daten abrufbereit vorliegen, laufend fortgeschrieben und hinsichtlich ihres Nutzens für die Kommune bewertet würden. Dies verwundert auch unter dem Aspekt, dass die kommunalen Gebietskörperschaften als örtliche Träger der Sozialhilfe entsprechend den Bestimmungen des niedersächsischen Gesetzes zum so genannten Quotalen System derzeit – landesdurchschnittlich – für ca. die Hälfte der Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen nach dem SGB XII i. V. m. dem diesbezüglichen Nieders. Ausführungsgesetz aufkommen müssen. Die Richtigkeit der vorstehend geäußerten Feststellung über den Datenstand bei den Landkreisen und kreisfreien Städten wird bestätigt durch die diesbezüglichen Äußerungen einiger kommunaler Gebietskörperschaften (s. o.), durch Angaben einiger Kommunen gegenüber MS, dass zur Beantwortung der Umfrage von dort selbst eine Abfrage bei den Gemeinden oder Angebotsträgern erfolgte, durch die fehlende Beteiligung von Kommunen an der Umfrage sowie durch die nur pauschalen Äußerungen über das Vorhandensein von (betreuten) Wohnangeboten für ältere Menschen im jeweiligen Zuständigkeitsgebiet.

Festzustellen ist andererseits auch, dass zum einen in städtischen Siedlungsräumen das Angebot solcher Wohnungen augenscheinlich größer ist – die im städtischen Siedlungsraum bekanntermaßen geringere Dichte der privaten Unterstützungsnetze mag hier von Bedeutung sein –, zum anderen die Kenntnis der Kommunen von diesem Angebot besser zu sein scheint und dieser Infrastrukturbaustein von dort in der örtlichen Wohnungs-, Sozial- und Finanzplanung gezielt als Versorgungs- und Steuerungsele-

[296] Bei diesen Angaben muss entweder eine fehlende Kenntnis der genauen Zahlen oder mangelnde Antwortbereitschaft angenommen werden.

ment eingesetzt wird. Hiervon geben auch einige der dem MS vorliegenden „örtlichen Pflegepläne“ bzw. „örtlichen Pflegeberichte“ (nach § 4 NPflegeG) Zeugnis.

Das IZN entwickelt zur Zeit im Auftrag des MS gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden eine **Datenbank zur Erfassung aller Infrastrukturangebote** der Behindertenhilfe und **der Altenhilfe**. Angedacht ist eine Informationsplattform (**„Informationsplattform Altenhilfe“)** mit den wichtigsten Struktur- und Leistungsdaten von Diensten, Einrichtungen und Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind. Hierin **einbezogen** sind **auch die (betreuten) Wohnangebote für ältere Menschen**.

Die Datenbank soll folgende Angebote in der nachfolgenden Systematik beinhalten:

Tab. T B I 3.5.2/2

Kategorie	Art	Gewicht	lfd. Nr / Leistungsbeschreibung
1. stationär	1. Behandlung / Therapie	0. vorübergehend	1.1.0.1 geriatrische Rehabilitation
			1.1.0.2 gerontopsychiatrische Behandlung
			1.1.0.3 gerontopsychiatrische Rehabilitation
	2. Pflege	1. Dauer	1.2.1.1 Altenpflegeheim ohne besonderes Angebot
			1.2.1.2 Altenpflegeheim mit Angebot von Kurzzeitpflege ("eingestreut")
			1.2.1.3 Altenpflegeheim mit besonderem Angebot für Altersdemenz
			1.2.1.4 Altenpflegeheim mit besonderem Angebot für alte Menschen mit Behinderung
		2. Kurzzeit	1.2.2.1 Kurzzeitpflegeeinrichtung
			1.2.2.2 Hospiz
2. teilstationär		3. Tag	2.2.3.1 Tagespflegeeinrichtung ……..
		4. Nacht	2.2.4.1 Nachtpflegeeinrichtung ……
3. ambulant		5. Stunden	3.2.5.1 Ambulanter Pflegedienst ohne spezielle Ausrichtung
			3.2.5.2 Ambulanter Pflegedienst für psychiatrische Pflege
			3.2.5.3 Ambulanter Pflegedienst für gerontopsychiatrische Pflege
			3.2.5.4 Ambulanter Pflegedienst für Menschen mit Behinderung (FeD)
			3.2.5.5 Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
	3. Wohnen	1. Dauer	3.3.1.1 Altenwohnungen ohne Betreuung
			3.3.1.2 Betreute Altenwohnungen
			3.3.1.3 Betreute Wohngemeinschaften
	4. Beratung	5. Stunden	3.4.5.1.Sozialberatung ……
			3.4.5.2 Pflegeberatung allgemein
			3.4.5.3 Pflegeberatung für Personen mit Altersdemenz
			3.4.5.4 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
			3.4.5.5 Wohnberatung ……
			3.4.5.6 Beratung für hauswirtschaftliche Hilfskräfte und Betreuungspersonen
			3.4.5.4 Hilfsmittelberatung
	5. Betreuung	1. Dauer	3.5.1.1 Vermittlung von Dauer-Betreuungspersonen für alte Menschen
			3.5.1.2 Vermittlung von Dauer-Betreuungspersonen für behinderte Menschen (FeD, ISB)
		5. Stunden	3.5.5.1 Vermittlung von tages- / stundenweiser Betreuung (professionell) für alte Menschen
			3.5.5.2 Vermittlung von tages- / stundenweiser Betreuung (professionell) für behinderte Menschen (FeD, ISB)

Kategorie	Art	Gewicht	lfd. Nr / Leistungsbeschreibung
			3.5.5.3 Gruppenbetreuung ehrenamtlich (tages- / stundenweise) für alte Menschen (niedrigschwelliges Betreuungsangebot - nBA
			3.5.5.4 Gruppenbetreuung ehrenamtlich (tages- / stundenweise) für behinderte Menschen (nBA an FeD)
			3.5.5.5 Einzelbetreuung ehrenamtlich (tages- / stundenweise) für alte Menschen
			3.5.5.6 Einzelbetreuung ehrenamtlich (tages- / stundenweise) für behinderte Menschen (nBA an FeD)
			3.5.5.7 Besuchsdienst (ehrenamtlich)
			3.5.5.8 Sterbebegleitung / Hospizdienst
	6. Kontakt	5. Stunden	5.6.5.1 Selbsthilfegruppen
			3.3.5.1 Gesprächskreis Pflegender Angehöriger ……
			3.3.5.2 Seniorentreff / Seniorenfreizeit……
			3.3.5.3 Seniorensport ……..
			3.3.5.4 Seniorenbildung ……
			3.3.5.5 Mehrgenerationenhaus
		6. anlassbezogen	3.3.6.1 Seniorenbeauftragte(r) / Ombudsfrau (-mann)
	7. allgemeine Dienste	5. Stunden	3.5.5.1 Fahrdienst für Behinderte ……..
			3.5.5.2 Essen auf Rädern ……
			3.5.5.3 Einkaufservice ……..
			3.5.5.4 Gartenarbeiten / Reparaturdienst……
			3.5.5.5 Hauswirtschaftliche Tätigkeiten ……..
			3.7.5.6 Nachbarschaftshilfe mit diversen Alltagshilfen
	8. übergeordnete Leistungen	1. Dauer	3.8.1.1 Seniorenbeirat
			3.8.1.2 örtliche Pflegekonferenz / Arbeitsgemeinschaften Altenhilfe/Altenpflege o. ä.

Die Einspeisung der ortsbezogenen Daten soll nach einem festgelegten Schema durch die kommunalen Gebietskörperschaften erfolgen; die Daten sollen auch von dort gepflegt werden. Beim Land vorliegende Daten (z. B über stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe) sollen von dort (LS) eingegeben und gepflegt werden. Der Zugriff auf die Daten soll in einem ersten Schritt auf das MS und die nachgeordneten Behörden beschränkt sein. Im Fall der Bewährung der Datenbank wird der Internet-gestützte Zugang für potentielle Nutzer oder sonstige Interessierte angedacht.

Mit der „Informationsplattform Altenhilfe“ verbindet sich die Absicht, hinsichtlich des kaum (mehr) überschaubaren Angebots für ältere Menschen im Land Transparenz zu schaffen – nicht zuletzt auch für die Kommunalverwaltungen und kommunalen Entscheidungsträger. Dies würde auch die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages der Erstellung von örtlichen Pflegeberichten (§ 4 NPflegeG) wesentlich erleichtern und substantiieren. Kommunalerseits könnten die Daten auch für Informationen gegenüber rat- und Hilfe suchenden Bürgerinnen und Bürgern benutzt werden (z. B. als Grundlage für „Senioren-Ratgeber“, wie sie von vielen Städten und Landkreisen erstellt werden).

Der Markt für Service-Wohnungen ist nach den Erkenntnissen von „empirica“

„einer der letzten großen Wachstumsmärkte der Immobilienbranche. ... Im Verhältnis zu konventionellen Einrichtungen der Altenhilfe gewinnt das Service-Wohnen überproportional an Bedeutung. ... Die Größe und die Ausstattung der neuen Service-Wohnprojekte sowie die Art und der Umfang der Serviceleistungen werden vielfältiger. Neben großen, anspruchsvoll ausgestatteten Seniorenresidenzen / Wohnstiften, die auch überregionale Nachfrage binden, werden verstärkt kleinere, auf die lokale Nachfrage ausgerichtete Wohnanlagen gebaut. ... Die aktuellen Neubauprojekte sind auf einfach ausgestattete, preisgünstige Wohnanlagen für ‚Durchschnittsverdiener‘ und auf Wohnanlagen mit überdurchschnittlichem Komfort für solventere Haushalte ausgerichtet. In beiden Marktsegmenten ist es zu einem verstärkten Wettbewerbsdruck gekommen. Akzeptanz und Vermarktungschancen des Service-Wohnens werden deshalb künftig stärker als bisher davon abhängen, inwieweit die Gesamtkonzeption mit den spezifischen Rahmenbedingungen des Standorts und der konkreten Nachfragesituation vor Ort abgestimmt ist.“[297]

Hinsichtlich der Nachfrage nach Wohnprojekten in Kombination mit einem Pflegeangebot kommt das Institut aufgrund eigener Marktbeobachtungen zu der Erkenntnis, dass vor allem ein hoher Bedarf (auch für die Zukunft) gegeben ist an altengerecht gestalteten Wohnungen in Kombination

- mit integriertem stationärem Pflegebereich,
- mit einem räumlich benachbarten Pflegeheim

sowie an Wohngruppen für Demenzkranke.[298]

Bezüglich der preislichen Gestaltung (Stand 2003) wurden die nachfolgend tabellarisch dargestellten Preisspannen empirisch ermittelt.[299]

Tab. T B I 3.5.2/3

Preisspannen bei Service – Wohnprojekten in Deutschland

(in den Jahren 2000 und 2001 bezugfertig)

Preiskategorie	**Preisspanne***	**25 % der Preise unter …**	**50 % der Preise unter …**	**75 % der Preise unter …**
Kaufpreise Eigentumswohnungen (€/m³)	1 560 – 4 340	2 045	2 250	2 556
Nettokaltmieten frei finanzierte Wohnungen (€/m³ /mtl.)	4,10 – 21,50	6,40	7,70	10,00
Nebenkosten (€/m³ /mtl.)	Rd. 70 % der Projekte im Mittel 2,05 € oder darüber			
Servicepauschale für 1 Person (€/ mtl.)	16,40 – 562	46	74	110
Servicepauschale für 2 Personen (€/ mtl.)	17,90 – 1 053	59	92	133
Gesamtpensionspreis (€/ mtl.)	767 – 4 480	895	1 640	2 505

*Bei unterschiedlichen Preisen, mittlere Angabe Quelle: empirica-Datenbank

[297] ebenda, S. 7
[298] a. a. O., S. 10
[299] ebenda, S. 9

Die Darstellung lässt nicht nur außerordentliche Unterschiede sowohl bezüglich der Wohnkosten sondern auch hinsichtlich der monatlichen Service-Pauschalen erkennen. In Abhängigkeit vom jeweiligen Objekt können somit auch bei den betreuten Wohnformen für die älteren Menschen Aufwendungen entstehen, die die für Heimaufenthalt aufzuwendenden Entgelte für die betriebsbedingten Unterkunftskosten (entsprechend Nebenkosten bei Wohnungen) sowie für Investitionskosten erreichen oder sogar überschreiten. Die bei Pflegebedürftigkeit aufzuwendenden Kosten für externe Pflegeleistungen sind in den o. g. Preisen in keinem Fall enthalten.

Zwar liegen auch bei den Privatwohnungen im Marktsegment der Service-Wohnungen zu drei Vierteln für eine Person unter monatlich 110 € für eine und unter 133 € für zwei Personen (s. o.). Diese Preise übersteigen aber bei weitem den Pauschbetrag von monatlich **56 € bzw. 84 €**, die **vom MS als Obergrenze im Rahmen der Förderung von Betreuten Altenwohnungen nach dem jährlichen Wohnungsbauförderungsprogramm festgelegt** sind. MS hat auch ein Muster für den Betreuungsvertrag gefertigt (s. Anhang). Danach sind durch den Betreuer **für den Mieter als sog. Grundleistung mindestens die nachstehenden Betreuungsleistungen zu erbringen**:

- Auskunft und Beratung in Fragen des täglichen Lebens,
- Jederzeitige Ansprechbarkeit über eine Notrufanlage rund um die Uhr (24h), Beratung und Vermittlung
- Hilfe bei der Vermittlung in Behördenangelegenheiten und vergleichbaren Angelegenheiten (z. B. Sozialhilfe- und Sozialversicherungsfragen, Botengänge, Fahrdienste, Begleitung bei Einkäufen und Arztbesuchen, Hilfen bei der Erledigung des Schriftverkehrs),
- Vermittlung von hauswirtschaftlichen Dienstleistungen,
- Durchführung von pflegerischer Betreuung und Versorgung im Falle einer akuten Notsituation bis zur Leistungsübernahme durch einen Notarzt, Krankenhaus bzw. ambulante Dienste sowie Vermittlung von weiterer pflegerischer Betreuung im Anschluss an die akute Notsituation,
- Vermittlung und Koordination von Freizeitangeboten, wie z. B. kulturellen Veranstaltungen, Herstellen von Kontakten im Rahmen der Nachbarschaftshilfe sowie zu Verbänden und Organisationen, insbesondere der Seniorenarbeit,
- Vermittlung von sonstigen ambulanten Dienstleistungen sowie

- Hilfestellung bei der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber anderen Kostenträgern.

Das Land Niedersachsen hat im Zuge seiner Wohnungsbauförderungsprogramme zwischen 2000 und 2004 insgesamt 366 Altenwohnungen und 60 Wohnungen für schwerbehinderte Menschen – davon 219 Wohnungen als Betreutes Wohnen – gefördert. Der Anteil der „Betreuten“ an den in diesem Zeitraum geförderten Wohnungen betrug somit 52%.[300]

3.5.3 (Ambulant) Betreute Wohngemeinschaften

Die fortschreitende Verlängerung der durchschnittlichen Lebenszeiten hat bei einer wachsenden Zahl von hochbetagten Menschen zunehmende Morbidität, häufig in Verbindung mit psychischen Beeinträchtigungen (Altersdemenz) zur Folge mit der Konsequenz, dass eine umfassende Versorgung, Betreuung und Beaufsichtigung dieser Personen zu ihrem eigenen Schutz erforderlich wird. Vor allem die Zahl der Personen mit altersbedingten mentalen Fähigkeitsstörungen hat in den letzten zwei Jahrzehnten stark zugenommen. Nur ein Teil hiervon benötigt jedoch in erheblichem Umfang somatisch ausgerichtete Pflege oder eine umfassende und ständige Betreuung, die den Aufenthalt in einem Pflegeheim im Falle fehlender privater Versorgung und Pflege unumgänglich machen.

Diese Erkenntnis hat schon Ende der 80ger / Anfang der 90ger Jahre zu Überlegungen und Konzepten für eine stärker an der bisher gewohnten Lebensweise der betroffenen Menschen orientierten Form der Versorgung, Pflege und Betreuung in Gestalt von Betreuten Wohngemeinschaften – insbesondere solche für altersdemente, Menschen – geführt. Ein entsprechendes Modell ist z. B. bereits Mitte der 90ger Jahre mit Förderung durch das Land in Braunschweig entstanden. Gleichwohl ist erst in letzter Zeit eine stärkere Entwicklung dieser Lebensform im Alter zu verzeichnen. Hierzu haben nicht zuletzt die vermehrten praktischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse im Umgang mit altersdementen Menschen wesentlich beigetragen.

[300] Quelle: Nds. Landestreuhandstelle, Statistik vom 25.08.2005

Grundsätzlich können zwei Formen unterschieden werden, die sich im Lauf der Zeit aus den mit realisierten Einzel-Projekten auch in anderen Bundesländern, insbesondere in Berlin, und im benachbarten Ausland (Niederlande, Frankreich), entwickelt haben:

- das „Wohngruppen-Modell“ als besondere Form der vollstationären Betreuung (Heim) und
- die ambulant betreuten Wohngemeinschaften (insbesondere für altersdemente Menschen).

Die ambulant betreuten Wohngemeinschaften unterscheiden sich vom stationären Wohngruppen-Modell vor allem durch die Tatsache, dass das Lebenszentrum der betroffenen Menschen eine (angemietete oder gemeinschaftlich erworbene) Wohnung (oder Teile derselben) im allgemeinen Wohnbestand bildet sowie durch den Grad der Selbstbestimmung der Mieter / Eigentümer oder ihrer gesetzlichen Vertreter über das Alltagsgeschehen und die Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegeleistungen. Hierfür können verschiedene Vertragskonstruktionen gefunden werden.[301]

In Niedersachsen gibt es nach Informationen der Nds. Fachstelle für Wohnberatung – Wohnen im Alter (NFW; s. o.) **zur Zeit 23 ambulant betreute Wohngemeinschaften**, davon 15 für dementiell erkrankte Menschen (Liste im Anhang). Drei weitere sind projektiert.

Die Zahl der nach dem Wohngruppen-Modell organisierten vollstationären Altenpflegeeinrichtungen bzw. in den Altenpflegeeinrichtungen hieraufhin ausgerichteten Einrichtungsteilen ist dem MS nicht bekannt. Kenntnis besteht über Einrichtungen in Braunschweig, Hannoversch Münden, sowie in den Landkreisen Hildesheim, Holzminden und Hameln-Pyrmont. Für den Süden der Region Hannover bestehen konkrete Planungen für zwei betreute Wohnhäuser für dementiell erkrankte alte Menschen mit angeschlossenem „Demenzzentrum“. Letzteres soll als stadtteilintegriertes Angebot auch von Demenz betroffenen Personen und ihren Angehörigen Rat, Hilfe und Austausch bieten sowie gezielte therapeutische Angebote vorhalten. Aus fachlicher Sicht kommt diesem Projekt beispielgebende Bedeutung zu; eine beantragte Förderung durch das Land wird derzeit geprüft.

[301] Diesbezüglich besteht allerdings noch Entwicklungsbedarf insbesondere unter dem Aspekt einer klaren Abgrenzung zu den heimrechtlichen Bestimmungen.

Wie bei den Betreuten Wohnungen erhält mit wachsender Zahl solcher Wohnangebote auch bei den ambulant betreuten Wohngemeinschaften die Frage der Qualität und Qualitätssicherung der Leistungen zunehmende Bedeutung.

Das **Land fördert** darum die **Erarbeitung von Qualitätsstandards für ambulant betreute Wohngemeinschaften** alter hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Das Projekt, das von der NFW durchgeführt wird, wird voraussichtlich gegen Jahresende oder Anfang kommenden Jahres abgeschlossen sein. Ziel ist – analog eines entsprechenden Vorbildes in Berlin –, die Anbieter solcher Wohngemeinschaften zu einer Selbstverpflichtung zur Einhaltung und Kontrolle der Qualitätsstandards zu motivieren. Hierfür bestehen angesichts einer laufenden Beteiligung der Praxis an der Entwicklung der Standards aus Sicht des MS gute Voraussetzungen. Eine rechtliche Einwirkungsmöglichkeit ist dem Land nicht gegeben. Das MS wertet es darum besonders positiv, dass sich aus der Projektarbeit heraus eine landesweite Arbeitsgemeinschaft der Anbieter von ambulant betreuten Wohngemeinschaften gebildet hat; dies dürfte für die Umsetzung der Qualitätsstandards in dem genannten Sinne förderlich sein.

3.6 Niedrigschwellige Betreuungsangebote und gerontopsychiatrische Zentren

3.6.1 Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Das Land fördert den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Hierbei handelt es sich um Personen mit Demenz bedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen (seelischen Behinderungen), bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist (§ 45a Abs. 1 SGB XI).

Das Angebot dient der zeitweisen Entlastung für pflegende Angehörige zur Sicherung der häuslichen Pflege und Betreuung. Die Betreuung der pflegebedürftigen Personen erfolgt durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter fachlicher Betreuung.

Rechtsgrundlagen

Die Rechtsgrundlagen bilden:

(1) § 45c i. V. m. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI

(2) die niedersächsische Verordnung zur Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs A-nerkVO-SGB XI) vom 28. August 2002 (Nds. GVBl. Nr. 26/2002, Seite 372)

(3) die niedersächsische Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben nach § 45c SGB XI (RdErl. d. MS v. 6.9.2004 – 104-43 590/55 – ; Nds MBl. Nr. 28/2004, Seite 545).

Zu (1) § 45c i. V. m. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz als Änderungsgesetz zum SGB XI vom 14.12.2001 hat der Bundesgesetzgeber mit Wirkung zum 1. Jan. 2002 durch Einfügung der Paragraphen 45a bis 45c SGB XI rechtliche Grundlagen für eine Verbesserung der Situation von pflegebedürftigen Personen geschaffen, deren besonderer Bedarf an Betreuung und Beaufsichtigung nach den Einstufungskriterien des SGB XI (§14 SGB XI) keine hinreichende Entsprechung in den Leistungen der Pflegeversicherung findet.[302]

Danach haben solche Personen[303] einen Anspruch auf bis zu 460 Euro je Kalenderjahr zum „Einkauf“ von qualitätsgesicherten Betreuungsleistungen (§ 45b Abs. 1 SGB XI). Als solche werden durch das Gesetz festgelegt (§ 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI) Leistungen

- der Tages- oder Nachtpflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung handelt, oder
- der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert werden oder förderungsfähig sind.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind gem. § 45c SGB XI Betreuungsangebote, in denen Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Sie können nach Maßgabe von § 45c SGB XI eine Förderung aus Mitteln der Pflegeversicherung erhalten (s. nachfolgend zu (3)).

[302] Der Gesetzgeber selbst hat dies in der Gesetzesbegründung als einen ersten Schritt zur Lösung dieser Problematik bezeichnet. Angedacht ist, im Zuge der diskutierten Reform der Pflegeversicherung, für die Aufgaben der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung künftig einen pauschalen Zeitansatz von täglich einer Stunde als leistungsbegründenden Tatbestand zu normieren (Änderung des Pflegebegriffs in § 14 SGB XI). Auf die Ausführungen in Abschnitt III.3 wird hingewiesen.

[303] Die definitorische Abgrenzung dieses Personenkreises und seine Ermittlung durch den MDK erfolgt in § 45a SGB XI.

Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht

- Betreuungsgruppen für Demenzkranke,
- Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a SGB XI sowie
- Familienentlastende Dienste (§ 45c Abs. 3 Satz 5 SGB XI).

Die Bestimmungen schließen die Nutzung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote durch Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf, die jedoch die Kriterien der Pflegebedürftigkeit im Übrigen (noch) nicht erfüllen, nicht aus. Die Förderung umfasst insofern auch den Personenkreis der Pflegestufe „Null“. Allerdings ist dieser Personenkreis mangels festgestellter Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI von den Leistungen nach § 45b SGB XI ausgeschlossen. Die Nutzung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten erfolgt demnach bei diesen Personen, soweit Aufwandsentschädigungen, Fahrtkosten etc. anfallen, ausschließlich aus dem eigenem Einkommen.

Zu (2) Verordnung zur Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten

Die Inanspruchnahme von Leistungen der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung durch niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie der Förderung solcher Angebote aus Mitteln der Pflegeversicherung (§ 45b und c SGB XI) setzt deren Anerkennung durch Landesrecht mittels Rechtsverordnung voraus (s. o.). Zur Festlegung der Voraussetzungen für die Anerkennung hat der Bundesgesetzgeber die Landesregierungen ermächtigt (§ 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

Die Landesregierung hat von dieser Ermächtigung durch o. g. Verordnung Gebrauch gemacht. Sie nennt – in enger Anlehnung an die diesbezüglichen Bestimmungen des § 45b Abs. 3 SGB XI – als Voraussetzungen:

- das Vorliegen eines Betreuungskonzepts (einschl. Leistungsbeschreibung),
- die Sicherstellung einer fachlichen Anleitung, Schulung sowie kontinuierlichen Beleitung und Unterstützung der Helferinnen und Helfer,
- die Sicherstellung und den Nachweis einer qualifizierten Vorbereitung der Helferinnen und Helfer im Mindestumfang von 20 Stunden sowie den Nachweis deren kontinuierlicher Fortbildung,
- eine hinreichende Versicherung des Anbieters des niedrigschwelligen Betreuungsangebotes gegen Schäden, die durch Betreuung entstehen können.

Im Falle des Vorliegens dieser Voraussetzungen anzuerkennen sind die o. g. Arten von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten mit Ausnahme der Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen. Letztere wurden im Blick auf die grundsätzlich bei allen anderen Betreuungsangeboten bereits erfolgenden Organisations- und Vermittlungsleistungen als nicht erforderlich erachtet.

Als zuständige Behörde für die Anerkennung wurde das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) festgelegt.

Zu (3) Richtlinie zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Gemäß § 45c Abs. 1 SGB XI werden aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung zusammen jährlich bis zu 10 Mio. Euro zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige aufgebracht. Die Mittel werden auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt (§ 45c Abs. 5 SGB XI). Für den Förderzweck stehen damit in Niedersachsen in 2005 bis zu 914.000 Euro an Mitteln aus der Pflegeversicherung bereit.

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten setzt deren Anerkennung nach Landesrecht (s. o.) voraus (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI). Das Nähere über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte wird in Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen ausgeführt. Diese bedürfen der Zustimmung des BMGS und der Länder (§ 45c Abs. 6 SGB XI). Die Landesregierung hat den Empfehlungen mit Datum vom 8. Oktober 2002 zugestimmt.

Die Förderung erfolgt nur und nur in dem Umfang, in dem auch landesseitig oder kommunalerseits eine Förderung erfolgt (§45c Abs. 2 SGB XI). Dem hat die Landesregierung durch die o. g. Förderrichtlinie Rechnung getragen. Die Förderbedingungen beziehen sich auf die Voraussetzungen zur Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote sowie auf die vorgenannten Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen.

Die Förderrichtlinie legt im Rahmen der verfügbaren Mittel einen **Vorrang der Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote vor der Förderung von Modellvorhaben** fest. **Damit soll** nach dem Willen der Landesregierung ein **landesweiter und flächendeckender Aufbau solcher Angebote im Sinne einer „Breitenversorgung**“ der pflegebedürftigen Bevölkerung und ihrer pflegenden Angehörigen **erreicht werden**.

Die Förderung richtet sich auf den Aufwand der Anbieter im Bereich der Organisation des Betreuungsangebotes sowie der fachlichen Betreuung und Schulung der Helferinnen und Helfer („Overhead-Kosten“). Er umfasst nicht die seitens der Nutzer an die Helferinnen und Helfer im Regelfall zu zahlenden Aufwandsentschädigungen. Diese sind aus den dafür vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung nach § 45b SGB XI von dort aufzubringen. Als weitere Leistungsgrundlage kommt im Übrigen § 39 SGB XI (Verhinderungspflege) in Betracht (bis zu 1432 Euro je Kalenderjahr).

Die Förderrichtlinie ist rückwirkend zum 1. Jan. 2004 in Kraft getreten.

Im Haushalt 2005 steht für die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote (und von Modellvorhaben) **insgesamt 1 Mio. Euro** zur Verfügung. **Gleiches** gilt, vorbehaltlich der entsprechenden Haushaltsbeschlusses des Niedersächsischen Landtags für das Haushaltsjahr **2006**.

Mit diesen Mitteln kann das für Niedersachsen aus Mitteln der Pflegeversicherung verfügbare Fördervolumen im Falle entsprechender Förderanträge in vollem Umfange ausgeschöpft werden.
Die Anbieter von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten erhalten insofern jährlich bis zu 2 Mio. Euro. Das MS hat diesbezüglich (einschl. des Verfahrens der Förderung) eine Vereinbarung mit den Landesorganisationen der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. geschlossen.

Für die Förderung zuständig ist ebenfalls das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie.

Stand der Entwicklung in Niedersachsen

In Niedersachsen waren bis zum 31. Oktober 2005 insgesamt **148 niedrigschwellige** Betreuungsangebote, davon 34 an Familienentlastenden Diensten (FED) für Menschen mit (geistigen) Behinderungen (s. auch Abschnitt I.3.4.3 und nachfolgende Abb.) anerkannt. Viele der Anbieter hielten jeweils verschiedene Arten von Angeboten vor. Unter diesem Aspekt gab es zu vorgenanntem Datum in Niedersachsen **insgesamt 282 Angebote** (s. nachfolgende Tabelle sowie Abb.), davon 80 in FED. Sie verteilen sich auf die verschiedenen Angebotsarten wie folgt:

Tab. T B I 3.6.1/1

Art des Angebots	**Normaler Träger (114)** **(Mehrfachnennungen möglich)**	**in FED (34)** **(Mehrfachnennungen möglich)**
Helferkreis	100	31
Betreuungsgruppen	77	25
Tagesbetreuung	20	23
Einzelbetreuung	5	1

Die im Sinne der Zielsetzung erfolgreiche Entwicklung bei den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten ist nicht zuletzt auf die Tätigkeit des Informationsbüros für niedrigschwellige Betreuungsangebote bei der Landesvereinigung für Gesundheit e. V. zurückzuführen, das vom Land im Rahmen einer Projektförderung gefördert wird.

Das Informationsbüro hatte und hat die Aufgabe, den angestrebten flächendeckenden Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zu unterstützen unter anderem durch

- gezielte Information und Beratung in allen Landesteilen,
- die Veranstaltung von Informations-, Fach- und Fortbildungsveranstaltungen für (potentielle) Anbieter,
- die Vorbereitung und Internet gestützte Einführung einer Informationsplattform,
- die Entwicklung von Informationsmaterialien zum Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie zu rechtlichen oder fachlichen Fragen.
- die Vernetzung der bestehenden Angebote u. a. durch Bildung thematischer Arbeitsgruppen
- die Unterstützung von Anbietern bei der Gewinnung und Schulung von Helferinnen und Helfern (ggf. in Kooperation mit örtlichen Bildungsträgern).

Das Informationsbüro hat diese Aufgaben alle erfüllt bzw. setzt sie kontinuierlich fort. Beispielhaft seien genannt

- diverse landesweite und regionale Informationsveranstaltungen und Multiplikatorenschulungen,

- eine (derzeit in Überarbeitung begriffene) Broschüre über niedrigschwellige Betreuungsangebote,

- die Bildung eines landesweiten Arbeitskreises für Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote,

- die Einstellung einer speziellen homepage ins Internet **(www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de).**

Andererseits lässt die räumliche Verteilung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote über Niedersachsen unter dem Aspekt des flächendeckenden Angebotes noch unbefriedigt (s. nachfolgende Abbildungen).

Abb.: B I 3.6.1/1

Abb.: B I 3.6.1/2

Nach wie vor bestehen in einer Reihe von Landkreisen und kreisfreien Städten noch keine solchen Angebote oder nur eine geringe Zahl. Das MS hat darum die ursprünglich bis Ende 2005 vorgesehene Förderung des Informationsbüros um weitere zwei Jahre bis Ende 2007 (zugleich Ablaufdatum der Förderrichtlinie) verlängert. Durch schwerpunktmäßige Aktivitäten des Informationsbüros in den bislang unterversorgten Gebieten des Landes soll eine Flächendeckung systematisch verfolgt werden.

Nachrichtlich sei erwähnt, dass es neben den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten mit insgesamt 278 Angeboten auch eine nicht unerhebliche Zahl von zugelassenen Pflegediensten mit einem besonderen Betreuungsangebot im Sinne von § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 (s. o.) gibt (Tab.: I 3.6). In jedem Landkreis bzw. jeder kreisfreien Stadt in Niedersachsen mit Ausnahme des Landkreises Friesland hält mindestens ein Pflegedienst ein solches Angebot vor. Sie stellen insofern eine Ergänzung im Bereich der niedrigschwelligen Betreuung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz dar.

Im Unterschied zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten bestehen bei diesen Angeboten keine rechtlich normierten qualitativen Vorgaben. Nach Kenntnis des MS erwarten allerdings die Landesorganisationen der Pflegekassen auch von diesen Angebotsträgern die Vorlage einer Leistungsbeschreibung und eines Konzeptes als Voraussetzung zur Leistungsgewährung nach § 45b SGB XI. Für die Betreuungsleistungen der Pflegedienste nach § 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI bzw. die für die Bereitstellung des Betreuungsangebotes erforderlichen Regiekosten (einschl. der fachlichen Begleitung) erfolgt keine Landesförderung; hierzu ermangelt es der entsprechenden bundesgesetzlichen Grundlage.

Die Leistungserbringung (Betreuung der dementiell Erkrankten) erfolgt bei diesen Angeboten durch beim Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Demzufolge und angesichts der Tatsache, dass auch die Regiekosten auf die Nutzungsentgelte umgelegt werden müssen, liegen die Nutzungsentgelte deutlich über denjenigen der niedrigschwelligen Betreuungsangebote. Beträge unter 10 € je Stunde sind selten, im Höchstfall liegen sie bei 42 €; der Durchschnitt liegt bei ca. 20 € je Stunde. Die Nutzerentgelte der niedrigschwelligen Betreuungsangebote liegen im Schnitt zwischen 6 und 12 € je Stunde. Unter dem Aspekt eines möglichst effektiven Einsatzes der Leistung der Pflegeversicherung nach § 45 b SGB XI (460 € / Jahr) sind daher die niedrigschwelligen

Betreuungsangebote aus Nutzersicht die wesentlich günstigeren Angebote. Auch aus diesem Grund erscheint ihr weiterer Aufbau im Land vorteilhaft.

3.6.2 Gerontopsychiatrische Zentren

Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren in Hannover:

Das gerontopsychiatrische Pflegeangebot der Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren richtet sich an Menschen mit akuten Krankheitssymptomen (Leistung nach SGB V).
Zusammenarbeit erfolgt mit Hausärztinnen und Hausärzten, selten mit Fachärztinnen oder Fachärzten, mit den zuständigen Versorgungskliniken und Institutsambulanzen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst.
Angeboten wird telefonische oder persönliche Beratung, die Vermittlung oder Organisation von Hilfen und ambulante gerontopsychiatrische Krankenpflege. Ziele sind ein lebenswerter häuslicher Verbleib und der Erhalt der Selbständigkeit der betroffenen Personen sowie die Entlastung der Angehörigen.
Das Hilfeangebot richtet sich an ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, z. B. Demenz, Depressionen, Wahn- und Suchterkrankungen, und deren Angehörige.
Darüber hinaus wird die Vernetzung von Angebotsstrukturen, der Aufbau von Gruppenangeboten und von Ehrenamtlichenbesuchsdiensten angestrebt.

Das Ambulante Gerontopsychiatrische Zentrum Herrenhausen-Burg, Birkenhof Ambulante Pflegedienste gGmbH, versorgt derzeit die Stadtteile Bothfeld-Vahrenheide, Ledeburg/Burg, Stöcken, Herrenhausen, Leinhausen und Vinnhorst sowie Langenhagen.

Das Ambulante Gerontopsychiatrische Zentrum Linden des Caritasverbands Hannover versorgt derzeit die Stadtteile Ahlem, Badenstedt, Davenstedt, Linden, Limmer und Ricklingen.

Das Ambulante Gerontopsychiatrische Zentrum der Diakoniestationen gGmbH versorgt derzeit die Stadtteile Kleefeld, Misburg, Anderten und Kirchrode.

Förderung des Landes

Die Förderung und der Aufbau ambulanter gerontopsychiatrischer Zentren als überregional tätige Kompetenzzentren und damit verbunden der Aufbau ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen ist im Hinblick auf die demografische Entwicklung weiterhin zu befürworten.
Gerade auf diesem Gebiet ist es notwendig, ambulante Hilfepotentiale zu aktivieren und insbesondere informelle Netze zur Unterstützung pflegender Angehöriger und Betreuungspersonen aufzubauen.
Das erhebliche Interesse des Landes besteht darin, das Fachwissen der Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren in Niedersachsen landesweit über regionale Grenzen hinaus zu transferieren und so den Aufbau ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen vor Ort zu unterstützen.
Hierfür standen erstmals im Jahr 2004 Fördermittel des Landes zur Verfügung.
Derzeit wird die überregionale Tätigkeit des Kompetenzzentrums Gerontopsychiatrische Beratung in der Region Braunschweig von ambet e.V. in Braunschweig und das Forum Demenz des Caritasverbands Hannover durch Zuwendungen des Landes unterstützt.
Beide Einrichtungen bieten überregional

- Informationen um Beratungs- und Entlastungsangebote wohnortnah zu ermöglichen,
- Unterstützung beim Auf- oder Ausbau gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen vor Ort und
- regen eine Vernetzung der Versorgungsstrukturen vor Ort an.

Dies geschieht in einzelnen Beratungsgesprächen, in Gesprächskreisen und durch Vorträge oder Schulungs- und Fortbildungsangebote für professionell Pflegende und Laienhelfer.

4. Qualität der pflegerischen Versorgung

4.1 Grundsätzliche Feststellungen zur Sach- und Rechtslage

4.1.1 Gesellschaftspolitische Bedeutung einer qualitätsgesicherten Pflege

Der Anspruch eine qualitätvolle und auf die Erhaltung der Menschenwürde auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit gerichtete Pflege und Betreuung nach dem (jeweiligen) Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu leisten, war von jeher Anliegen der Pflegenden, insbesondere aus den Pflege- und den weiteren Fachberufen des Gesundheits- und des Sozialwesens. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege sind daher nicht erst mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes ein fachberufliches und gesellschaftliches Anliegen.

Die gesetzliche Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit durch das SGB XI – einschließlich entsprechender Regelungen zur Qualitätssicherung der Pflege und deren Überprüfung – war jedoch die notwendige und zeitgerechte Reaktion des Gesetzgebers auf den Altersstrukturwandel der Gesellschaft.
Die zunehmende Zahl alter und damit oft auch pflegebedürftiger Menschen, deren zunehmende Multimorbidität sowie demenzbedingten Fähigkeitsstörungen im hohen Lebensalter hatten ein wachsendes Spannungsverhältnis zwischen dem verfassungsgemäßen Anspruch auf würdevolles Leben bis zum Tod (und über ihn hinaus) und den zur Realisierung dieses Anspruches erforderlichen bzw. gebotenen personellen und finanziellen Ressourcen offenbar werden lassen, das der gesetzlichen Lösung auf Bundesebene bedurfte.

Ausgelöst hierdurch wurde zugleich ein breiter öffentlicher Diskurs über die gesellschaftliche Wertschätzung der älteren Generation und – in diesem Zusammenhang – über die an die Pflege und Betreuung pflegebedürftiger, zumeist alter Menschen zu stellenden Anforderungen. Dieser Diskurs ging weit über die fachlichen Debatten früherer Jahre hinaus, belebte sie aber zugleich neu.

Dieser Prozess ist gegenwärtig keinesfalls abgeschlossen; aufgrund der absehbaren demographischen Entwicklung wird er in den kommenden Jahrzehnten aller Wahrscheinlichkeit nach an Dynamik noch gewinnen. Die fortschreitende demographische Alterung und die damit grundsätzlich verbundene steigende Zahl von pflegebedürftigen Menschen[304] stellen eine gesellschaftspolitische Herausforderung von epochaler Bedeutung dar. Der Bedarf an privat wie professionell erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen wird noch erheblich zunehmen. Ob und wie ihm wird entsprochen werden können, wird maßgeblich bestimmt werden durch die verfügbaren bzw. bereit gestellten personellen und finanziellen Ressourcen und die Entwicklung der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse (neben denjenigen der Medizin und Arzneikunde). Die Achtung der Menschenwürde auch unter erschwerten Bedingungen wird dabei unverändert das handlungsleitende Prinzip, der gesellschaftliche Anspruch bleiben müssen. Vor diesem Hintergrund werden die Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der professionellen stationären und ambulanten Pflege wie auch der privaten häuslichen Pflege, die in der Regel durch Familienangehörige und ehrenamtlich Pflegende erfolgt, in den kommenden Jahrzehnten einen zentralen gesundheits-, sozial-, und gesellschaftspolitischen Stellenwert einnehmen.

4.1.2 Rechtlicher Rahmen zur Qualitätssicherung, -entwicklung und -prüfung

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz und insbesondere mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz vom 9. Sept. 2001 als Änderungsgesetz zum SGB XI wurden gesetzliche Verpflichtungen der professionellen Erbringer von Pflege nach diesem Gesetz (ambulant: Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; stationär: Grundpflege, Behandlungspflege (bis Ende 2007) und soziale Betreuung) zur Erbringung diesbezüglich qualitätvoller Leistungen normiert. Die Ausfüllung dieser Verpflichtungen wurde dabei wesentlich dem Aushandlungsprozess zwischen den Leistungsanbietern und den Kostenträgern (Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe) in der Praxis überlassen.

Durch das Pflegeversicherungsgesetz wurde zugleich mit der Beauftragung der Verbände der Pflegekassen zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung diesen Verbänden und den für sie fachlich-gutachterlich tätigen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung eine erhebliche Definitionsmacht einerseits, zum anderen eine

[304] Siehe Abschnitt II.1.2

gesellschaftspolitische Verantwortung zur Gewährleistung einer qualitätvollen Pflege für die Versicherten vorgegeben.

Dabei wurde nicht nur der Prüfhorizont auf die professionelle häusliche Pflege hin ausgeweitet. Vielmehr gewann auch die Prüfung der Leistungsqualität der Pflegeheime auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen (Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI, Vergütungsvereinbarung nach
§ 85 SGB XI) und unter Einbezug neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zur Systematisierung und Operationalisierung pflegerischen Handelns (Pflegeprozess, individuelle Pflegeplanung, Pflegedokumentation; Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) gegenüber der an der Einhaltung von Mindeststandards ausgerichteten heimaufsichtsrechtlichen Prüfung eine neue fachliche Dimension und andere Schwerpunktsetzungen.

Qualität der professionellen stationären Pflege und Betreuung war - ohne es explizit zu benennen - bereits Anliegen des ab 1975 geltenden Heimgesetzes, das der Staat im Rahmen der ihm zufallenden Daseinsvorsorge als schutz- und ordnungsrechtliche Regelung (Schutz von Leib und Leben) erlassen hat. Im Vordergrund standen Mindestanforderungen an Altenheime, Altenwohnheime, Altenpflegeheime, sonstige Pflegeheime und Behindertenheime. Das Heimgesetz und die dazu ergangenen Verordnungen machen Vorgaben zur Zuverlässigkeit einschließlich der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Heimbetreibers, zur baulichen und personellen Ausstattung, der Heimvertragsgestaltung und zu dem Entgelt einschließlich der Sicherung von Geldeinlagen der Bewohnerschaft. Durch Erlaubnis- und ab dem Jahr 2000 durch Anzeigepflichten für einen Heimbetrieb, durch regelmäßige Heimprüfungen, Beratungen, etwaige Anordnungen und Auflagen, ggf. Verbote, diente das Heimgesetz den Interessen und dem Schutz der Heimbewohnerinnen und –bewohner aus ordnungsrechtlicher Sicht.

Eine grundlegende Veränderung der Aufsichts- und Prüffunktionen der Heimaufsicht erfolgte zeitgleich mit dem In-Kraft-Treten des Pflegequalitätssicherungsgesetzes zum 01.01.2002 durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 5. Nov. 2001 (BGBl. I S. 2960).
In der Heimaufsicht erfolgte dabei eine Abkehr von der eng geführten Ausrichtung auf Mindeststandards unter dem Aspekt des Ordnungsrechts zur Abwehr von Gefahren für Leib und Leben hin zu einem Prüfauftrag im Sinn eines umfassenden Qualitätssiche-

rungsauftrages – einschließlich der Begutachtung der Pflegequalität (§15 Abs. 2 Nr. 5 HeimG). Dieser auf Struktur, Prozess und (Pflege-) Ergebnis ausgerichtete Prüfauftrag des Heimgesetzes im Bereich der stationären Pflege entspricht damit in großen Teilen demjenigen des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 80 SGB XI).

Die – nahezu zwangsläufigen – Folgen sind – trotz eines gesetzlichen Zusammenarbeitsgebotes – in der Praxis Abgrenzungsprobleme zwischen den beiden Prüfinstanzen und Unsicherheit hinsichtlich der Prüfbereiche sowie hinsichtlich der Bewertung der Prüfergebnisse. Bei den Einrichtungen entstand und entsteht bürokratischen Mehraufwand durch Doppelprüfungen und aufgrund voneinander abweichenden Anforderungen. Der diesbezüglich erforderliche Bürokratieabbau ist von der Landesregierung erkannt worden. Gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden, den Landesorganisationen der Pflegekassen und dem MDKN wird an einer praxisgerechten Organisation der Prüfungen von Heimaufsicht und MDKN gearbeitet[305]. Angestrebt wird insbesondere die Abgrenzung der Prüfbereiche zur Vermeidung von Doppelprüfungen, die gegenseitige Anerkennung der Prüfergebnisse und eine Zunahme gemeinsamer Prüfungen im Sinn von § 15 Abs. 4 HeimG / §§ 114 u. 117 SGB XI[306].

Nur wenige Jahre nach In-Kraft-Treten des SGB XI hat der Bundesgesetzgeber auf Grund der Tatsache, dass nach allgemeiner Feststellung die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege in der Praxis nicht den erforderliche Stellenwert besaß, erste Schritte zur Novellierung des SGB XI durch ein „Pflege-Qualitätssicherungsgesetz“ eingeleitet.
Die Regelungen zur Pflegeleistungserbringung durch die Einrichtungen, der den Pflegekassen erteilte Sicherstellungsauftrag nach § 69 SGB XI sowie die nach § 80 SGB XI zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbarten „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI“ (Grundsätze und Maßstäbe), im Bundesanzeiger veröffentlicht am 14.11.1996, reichten nach übereinstimmender Auffassung nicht aus, Pflegemängel zu vermeiden und Pflegequalität sicherzustellen.

Mit den externen Prüfungen des MDKN (und der Heimaufsicht) konnte Pflegequalität in den Einrichtungen nicht hinreichend implementiert werden. Die aus den Gemeinsamen

[305] Näher Abschnitt I.4.3
[306] im Sinne des von CDU,CSU und SPD auf Bundesebene in der Koalitionsvertrag vom 11. 11.2005 gesehenen Änderungsbedarfs zum Heimgesetz (S. 109)

Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI resultierende Verpflichtung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen „sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen“, hatte zudem wie aus Berichten über Pflegemängel ersichtlich, in den Pflegediensten und Pflegeheimen nicht ausreichend zur Orientierung an den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse für eine kompetente und bedarfsgerechte Pflege geführt. Verfahren zum einrichtungsinternen und auf stetige Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtetes Qualitätsmanagement wurden von den Pflegeeinrichtungen nur zögerlich angewandt.

Zugleich begann in der Öffentlichkeit eine breit geführte Missstandsdiskussion aufgrund bekannt gewordener Pflegemängel, deren Abhilfe zum besseren Schutz der Pflegebedürftigen gefordert wurde. In dieser Diskussion wurden Stimmen laut, die in der Pflegeversicherung mit ihren gedeckelten Leistungen den Auslöser pflegerischer Missstände sah.

Zwar hat die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung in der Bevölkerung die Hoffnung erweckt, dass das Lebensrisiko „Pflegebedürftigkeit“ umfassend abgesichert ist. Das führte zu der weit verbreiteten irrtümlichen Annahme, dass die Leistungen der Pflegeversicherung den tatsächlichen Vergütungen für die Pflege entsprechen müssten. Dabei war eine Vollabsicherung der Pflege – entsprechend der grundsätzlichen Vollabsicherung in der GKV – von Anfang an nicht das Anliegen des Pflegeversicherungsgesetzes. Die Leistungen des SGB XI zur Pflege stellen vielmehr eine solidarisch finanzierte Zuzahlung zu den pflegebedingten Aufwendungen dar.

Die Diskussion um das Verhältnis von Versicherungsleistung zur Vergütung hat jedoch letztlich die weitergehende Debatte um die adäquate Leistung für die zu entrichtende Vergütung (und umgekehrt) und damit die Qualität der Leistung bewirkt. Diese Feststellung wird unterstützt durch die Tatsache, dass z.B. in Niedersachsen das Vergütungsniveau der stationären Pflege aufgrund entsprechender Beschlüsse der Pflegesatzkommission bei Einführung der stationären Pflegeleistungen in der Pflegeversicherung zum 01.07.1996 auf dem vorhergehenden Niveau gehalten wurde.

Für eine stärkere Gewichtung der Sicherstellung und Weiterentwicklung von Pflegequalität sprachen auch die zunehmenden fachlichen Anforderungen, die an die Pflege gestellt wurden. Bedingt durch demographischen Wandel, die überproportionalen Zunah-

me alter Menschen mit altersbedingten körperlichen Einschränkungen einschließlich psychischen Veränderungen und bedingt durch den Eintritt der Pflegebedürftigkeit in immer späterer Lebensphase und damit im Zusammenhang die Zunahme von Personen mit altersbedingten Fähigkeitsstörungen und psychischen Erkrankungen erheblichen Ausmaßes veränderten sich die Anforderungen an die ambulante und die stationäre Pflege im Sinne eines zunehmenden Bedarfs an fachlich qualifizierter Pflege und Betreuung. Das wird durch folgende Sachverhalte belegt:

- In der häuslichen Pflege durch Angehörige und ehrenamtlich Pflegende wird in zunehmendem Maße ergänzend professionelle Pflege in Anspruch genommen.
- Gleichzeitig steigt seit einigen Jahren die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen mit hohem oder sehr hohem Lebensalter, bei denen der Pflegefall bereits eingetreten ist oder unmittelbar bevorsteht.
- Im Zusammenhang mit der Erhöhung des Eintrittsalters in Heime – derzeit bei über 80 Jahren – nimmt der Anteil schwer und schwerstpflegebedürftiger (und psychisch veränderter) Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu und liegt derzeit in der Altersgruppe mit 80 u. m. Jahren bei über zwei Dritteln.
- Hochaltrigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen verbunden mit gravierenden gesundheitlichen und geistigen Gebrechen stellen erhöhte Anforderungen an die medizinisch ausgerichtete Pflege aber auch an die soziale Betreuung und Versorgung. In gleichem Maße gewinnen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung an Bedeutung, ebenso die Verantwortung der Pflegeeinrichtungen für die ihnen anvertrauten Menschen und die Qualität der Pflege sowie der damit einhergehenden Leistungen.

Der Bundesgesetzgeber hat daher im Interesse und zum Schutz der Pflegebedürftigen mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQSG) vom 09.09.2001 (BGBl. I S. 2320) – gültig ab 01.01.2002 – das SGB XI novelliert und zu den bereits genannten Instrumenten der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch die neu aufgenommene ausdrückliche Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines betriebsinternen Qualitätsmanagements als eine Voraussetzung zur Zulassung als Pflegedienst oder Pflegeheim (Versorgungsvertrag) in § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB XI sowie das neu hinzugefügte Elfte Kapitel des SGB XI – §§ 112 bis 120 SGB XI – weitere Vorgaben zur Qualitätssicherung in der Pflege und zur Stärkung der Verbraucherrechte eingeführt.

Die Eigenverantwortung der Träger der Pflegeeinrichtungen für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität rückte dabei in den Mittelpunkt der Pflegeleistungserbringung. Die Ver-

pflichtung der Träger der Pflegeeinrichtungen, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen, wurde rechtsverbindlich. Die Kontrollrechte des MDKN wurden konkretisiert. Die Beratung der Pflegeeinrichtungen durch den MDKN wurde – wenn auch nicht verpflichtend – im Zusammenhang mit den Prüfungen eingeführt.

Durch die ab 01.01.2004 verbindlich eingeführte „Leistungs- und Qualitätsvereinbarung" (§ 80 a SGB XI) für die Einrichtungen der teil- oder vollstationären Pflege als Voraussetzung für den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung wurde die beiderseitige Verantwortung von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen für die Pflege klargestellt. Sie unterstreicht, dass

- beim dem Träger der Pflegeeinrichtung die Verantwortung für die Pflegequalität, ihre Sicherung und Weiterentwicklung liegt
- die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, die notwendige personelle und sachliche Ausstattung bereitzustellen,
- die Pflegekassen die Mitverantwortung für die Gestaltung und Finanzierung der Pflege tragen.

Für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten – wie bisher – insbesondere die Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI [307] und die nach § 80a SGB XI eingeführten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV).

Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags gestaltet sich allerdings schwierig vor dem Hintergrund, dass es den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene nicht gelungen ist, einvernehmliche Empfehlungen zur Gestaltung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zu beschließen. Dessen ungeachtet hat die niedersächsische **Pflegesatzkommission** für stationäre Pflegeeinrichtungen mit Datum vom **18.11.2004** eine **Empfehlung zum Abschluss von LQV's** abgegeben.

[307] Nicht unproblematisch ist dabei die Tatsache, dass bei Umsetzung der Vorschriften zur Qualitätssicherung nach dem PQSG weiterhin nach den Vorschriften und Maßstäben gemäß § 80 SGB XI verfahren wird, die aus den 90er Jahren stammen und die neue Gesetzeslage noch nicht berücksichtigen. Zwar sind die alten Grundsätze gekündigt, sie gelten aber weiter fort (§ 80 Abs. 2 Satz 2 SGB XI): Die bereits erarbeiteten neuen Grundsätze werden von allen Vertragspartnern – außer der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (KSpV) – mitgetragen, können aber wegen der ablehnenden Haltung der KSpV ihre Wirkung nicht entfalten (Grundsatz des Einvernehmens). Der Grund für die Weigerung der KSpV, neuen Grundsätzen zuzustimmen, liegt in der Befürchtung, dass aufgrund erweiterter Anforderungen an die Qualitätssicherung (z.B. zum Personalbedarf in den Einrichtungen) und in Anbetracht gedeckelter, seit 1996 unveränderter Leistungsbeträge der Pflegeversicherung, zusätzliche Belastungen in der Sozialhilfe entstehen. Die mögliche Ersatzvornahme durch Verordnungsregelung des Bundes (§ 80 Abs. 3 SGB XI) ist nicht erfolgt. MS hat darum u.a. den Gesetzgeber zu Regelungen zur Weiterbildung für die verantwortliche Pflegefachkraft nach § 71 SCB XI aufgefordert. Im gleichen Sinne auch „Runder Tisch Pflege", Bericht der Arbeitsgruppe III „Entbürokratisierung", a. a. O.

Auch hier wurde allerdings keine Einigung hinsichtlich der Empfehlungen zur personellen und zur sächlichen Ausstattung der Pflegeheime erreicht (§ 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI).
Zwischenzeitlich ist allerdings unter Mitwirkung MS noch die Erarbeitung einer **„Orientierungshilfe zur Gliederung und Erstellung einer LQV“** erfolgt und von der Pflegesatzkommission **am 01.11.2005 beschlossen** worden. **Damit** wurde **für Niedersachsen ein einheitlicher Maßstab für die Gestaltung von LQVn** geschaffen, der von allen Beteiligten mitgetragen wird. Es kann erwartet werden, dass der Einsatz dieses Instruments zügig zum flächendeckenden Abschluss von LQV führen wird. Derzeit haben von 1.253 stationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen ca.400 eine LQV abgeschlossen.

Anzumerken bleibt, dass bisher nicht erkennbar ist, ob das Instrument der LQV die mit ihm verbundene Erwartung des Bundesgesetzgebers erfüllen kann, eine Verbesserung insbesondere der für die Verbraucher notwendigen Leistungstransparenz des Pflegemarktes sowie die Durchsetzung leistungsgerechter Vergütungen seitens der Einrichtungsträger herbeizuführen.
Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben bereits erkennen lassen, dass sie das Vertragsinstrument der LQV für entbehrlich erachten. Der „Runde Tisch Pflege“ beim Bund hat sich dieser Auffassung mehrheitlich angeschlossen. Seitens des MS wird derzeit angesichts der dargestellten Fortschritte bei der Umsetzung der LQV auf Landesebene kein aktueller Handlungsbedarf gesehen. Eine abschließende Positionierung des Landes wird im Zuge der anstehenden Reform des SGB XI zu erfolgen haben. Dabei wird nicht zuletzt der bis dahin erkennbare Nutzen der LQV gegen den damit verbundenen Verwaltungsaufwand abzuwägen sein.

Der zur weiteren Umsetzung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes von der Bundesregierung im Jahr 2003 erarbeitete Entwurf einer Verordnung nach § 118 SGB XI zur „Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen“ – Pflege-Prüfverordnung – der u.a. einen umfangreichen Prüffragenkatalog vorsah, wurde am 27.09 2002 im Bundesrat als zu verwaltungsaufwendig abgelehnt. Der daraufhin vom BMGS (jetzt: BMG) vorgelegte Entwurf zur Novellierung des SGB XI (5. SGB XI-ÄndG) fand bei den Ländern in diesem Zusammenhang ebenfalls keine Zustimmung. Niedersachsen vertrat zu den in Bezug zur Qualitätssicherung stehenden vorgesehenen Regelungen – wie andere Länder

auch – zur Vermeidung übermäßigen Aufwands und neuer bürokratischer Vorgaben die Auffassung, dass

- der nach §113 SGB XI vorgesehene, in einem Zeitraum von ca. 2 Jahren vorzulegende Leistungs- und Qualitätsnachweis als Voraussetzung zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung entfallen könne,
- die Inhalte der Qualitätsprüfungen durch den MDK bundesrechtlich oder im Selbstverwaltungswege durch eine Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen nach § 53a SGB XI abzusichern seien,
- der MDK zu Regelprüfungen zu verpflichten sei, wobei zuverlässige Kenntnisse aus anderen Prüfungen, z. B. der Heimaufsicht, zur Verringerung des Aufwandes auf allen Seiten herangezogen werden sollten,
- für den Erlass einer Pflegeheimvergleichsverordnung nach § 92a SGB XI kein Bedarf besteht und die Vorschrift entbehrlich sei.

Demnach bilden weiterhin bis zu einer Neuordnung des Pflegeversicherungsgesetzes neben den §§ 69 und 80 SGB XI die folgenden mit dem PQSG eingeführten Bestimmungen die rechtlichen Grundlagen zur Qualität sowie deren Weiterentwicklung und zur Prüfung der durch zugelassene Pflegeeinrichtungen professionell erbrachten Pflege:

§ 112 SGB XI :	Grundsätze für die Qualität der Leistungen einschl. der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität durch die Einrichtungen,
§ 114 SGB XI:	Örtliche Prüfungen durch den MDKN – Verfahrensregelungen,
§ 115 SGB XI:	Ergebnisse von Qualitätsprüfungen – Behandlung und Folgerungen,
§ 117 SGB XI:	Zusammenarbeit mir der Heimaufsicht – Absprache, Information, Verständigung auf notwendige Maßnahmen.

Zwischenzeitlich haben die **Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen** allerdings eine **„Richtlinie über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinie – QPR“)** im Sinne von § 53a SGB XI erarbeitet und mit Datum vom 30.9.2005 einvernehmlich **beschlossen**. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat der Richtlinie mit Datum vom 10.11.2005 zugestimmt. Damit kann sie – wie vorgesehen – **am 01. 01. 2006 in Kraft** treten.

Die Richtlinie enthält als Anlagen zwei Erhebungsbögen zur Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI in der ambulanten und in der stationären Pflege.
Richtlinie und Anlagen bilden künftig für die Qualitätsprüfungen nach dem Elften Kapitel des SGB XI eine für alle medizinischen Dienste bundesweit verbindliche Grundlage, die auch erstmals eine vergleichende Bewertungen der geprüften Qualität zwischen den Einrichtungsträgern ermöglichen könnte.

4.1.3 Objektivierbarkeit und Vergleichbarkeit von Qualität in der Pflege – Grundsätze, Verfahren und Instrumente

Die Prüfbarkeit eines Sachverhaltes bedarf verbindlicher Kriterien und deren Operationalisierung. Andernfalls ist der Beliebigkeit der Interpretation je nach Interessenslage Tür und Tor geöffnet. Die letztjährigen vielfältigen öffentlichen und fachlichen Debatten über die Qualität von Pflege und ihre Sicherung sind Kennzeichen des Fehlens solcher praxistauglicher Maßstäbe. Sie haben zugleich einen von starker Dynamik gekennzeichneten Entwicklungsprozess ausgelöst.

Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege wurde im Niedersächsischen Pflegerahmenplan vom Mai 2000, der die Anfangsphase der Umsetzung des Elften Buchs Sozialgesetzbuch - SGB XI - vom 26.5.1994 (BGBl. I S. 1014) aufzeigt, noch nicht eigenständig thematisiert, obwohl das seinerzeit geltende SGB XI in § 80 bereits Aussagen und Bestimmungen zur Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege enthielt [308].
Dieser „Mangel“ ist jedoch nicht dem Bericht anzulasten. Er ist vielmehr Spiegelbild des diesbezüglich damaligen Bewusstseins- und Erkenntnisstandes.

Insgesamt war die Situation bei In-Kraft-Treten des SGB XI durch die vorherrschende Einschätzung geprägt, dass die Qualität der Pflege grundsätzlich sichergestellt war.
Das galt sowohl für die weit überwiegend privat wahrgenommene häusliche Pflege als auch für die stationäre Pflege. Hier bildeten das Heimgesetz und seine Ausführungsbestimmungen den staatlicherseits angelegten Mindeststandard zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Misshandlung, Übervorteilung und gesundheitsschädigenden Wohn- und Lebensbedingungen.
Dem entsprachen hinsichtlich ihres Differenzierungsgrades die Regelungen des SGB XI

[308] auf die diesbezüglich weitergehenden Erläuterungen in Abschnitt „Einführung“, 2., wird hingewiesen.

bezüglich der an die Qualität der Pflege, deren Sicherung und Überprüfung zu stellenden Anforderungen:

- Bei Inanspruchnahme von Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen bestand und besteht nach wie vor lediglich die Verpflichtung, in Abhängigkeit von der Pflegestufe zwei bzw. vier fachliche Beratungen pro Jahr durch einem ambulanten Pflegedienst in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Abs. 3 SGB XI) abzurufen[309].

  Der Beratungseinsatz „dient der Sicherung der Qualität der (selbst sichergestellten) häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden". Er stellt damit das einzige systematische Instrument der Qualitätssicherung bei privat organisierter häuslicher Pflege dar. Die betrifft annährend die Hälfte aller Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung[310]. Personen mit einem festgestellten erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45 a SGB XI haben einen Anspruch auf die doppelte Anzahl von Beratungen[311].

- Daneben werden zur Sicherstellung häuslicher Pflege nach § 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen von den Pflegekassen angeboten. Diese sollen auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden[312].

- Die grundsätzliche Verpflichtung der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Pflege, Versorgung und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse unter besonderer Berücksichtigung humaner und aktivierender Pflege (§ 11 SGB XI) zu erbringen.

- Der an die Pflegekassen gerichtete grundsätzliche Auftrag, zur Sicherstellung der professionellen ambulanten und stationären pflegerische Versorgung (§ 69 SGB XI).

- Der an die Spitzenverbänden der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gerichtete Auftrag, Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu vereinbaren und anzuwenden (§ 80 SGB XI).

Die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Pflege hat der Bundesgesetzgeber der so genannten Selbstverwaltung – im wesentlichen Organisationen und Einrichtungen der Leistungserbringer sowie der Kostenträger, ggf. unter Einbezug von Experten auf den verschiedenen räumlichen Ebenen (Bund/Land/örtliche Ebene) – übertragen. Es ist ihre Aufgabe im Rahmen dieses Mandats, für die Qualität der Pflege zu sorgen, sie nachvollziehbar darzustellen und vergleichbar zu machen.

---

[309] siehe auch I.2.3
[310] siehe Abschnitt I.1.1
[311] weitergehende Ausführungen siehe Abschnitt 4.2 .
[312] Die Erweiterung des Beratungsansatzes sowie die Verpflichtung zur Beratung in der Wohnung (§ 45 Satz 3 SGB XI) geht zurück auf niedersächsische Intervention auf der Fachebene im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren zum PQSG.

Demzufolge bestanden und bestehen nach wie vor – selbst für die professionelle Pflege – keine bundesrechtlich vorgegebenen und „einklagbaren“ Standards für die „erforderlichen Pflegeleistungen“ (§ 84 Abs. 4 Satz 1 SGB XI) und die Qualität der Erbringung dieser Leistungen mit der Folge eines weitreichenden Interpretations- und Bewertungsspielraums.

Dieser Bewertungsspielraum ist im Laufe der Jahre allerdings im Wege der Rechtsprechung, durch die Entwicklung von Pflegestandards[313], die Entwicklung valider Verfahren und Normierungen des betrieblichen Qualitätsmanagements, die Erarbeitung von Leitlinien oder Mustern zur Pflegedokumentation, die Neugründung oder erweiterte Befassung bestehender pflegewissenschaftlicher Institutionen (z.B. des mit Mitteln des Landes geförderten Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege) sowie insbesondere durch die seitens der medizinischen Dienste durchgeführten Qualitätsprüfungen und die hierfür erarbeiteten und erprobten Instrumente (s. o.) **zunehmend verringert und rationaler Begründung sowie in Teilaspekten sogar einer Messbarkeit (Pflegestandards) zugänglich gemacht worden.**
Nicht zuletzt sind hierzu auch die Empfehlungen des „Runden Tisches Pflege“, Arbeitsgruppe IV „Charta der Grundrechte alter und pflegebedürftiger Menschen“[314] zu zählen, die im Sinne einer Leitorientierung von CDU, CSU und SPD in der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 aufgegriffen wurden (Zielkatalog der Rechte und Pflichten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“)[315].

Dieser **Entwicklungsprozess dauert an**. **Er wird allerdings letztlich nie dazu führen können, dass Qualität von Pflege in allen Teilen, zu jeder Zeit und in jeder Situation widerspruchsfreier Prüfung, Messung und Bewertung unterzogen werden kann. Das ist begründet in der Tatsache, dass Pflege sich an immer neue (pflegewissenschaftliche) Erkenntnisse anpassen muss und die Wahrnehmung der Beteiligten in hohem Maß geprägt ist von Beziehungskomponenten zwischen den Pflegenden und den Gepflegten, die sich der rationalen Deutung und Messung oftmals entziehen.**

---

[313] Siehe nachfolgende Ausführungen hierzu in diesem Abschnitt
[314] siehe www.bmfsfj-bund.de
[315] a. a. O Rd.-Nrn. 5310 - 5314

Die von den Beteiligten in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben festgelegten grundsätzlichen Eckpunkte, die für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindliche Grundlage sind, gelten seit 1996 unverändert fort. In dieser dem Gesetzesauftrag folgenden vertraglichen Vereinbarung zur Qualitätssicherung in der Pflege werden die für die Qualität der Pflege maßgeblichen Ebenen – Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität – benannt, definiert und erläutert. Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung werden vorgeschrieben und das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst nach Auftrag der Verbände der Pflegekassen wird geregelt.

Die allgemeinen Pflegeleistungen nach SGB XI sollen – das gilt für die professionelle stationäre und ambulante aber grundsätzlich auch für die private Pflege – bedarfsgerecht, gleichmäßig, nach dem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Weitere Bestandteile pflegerischer Versorgung nach dem SGB XI sind im Bereich der stationären Pflege die Behandlungspflege, die soziale Betreuung sowie Leistungen für Unterkunft und Verpflegung sowie individuell vereinbarte Zusatzleistungen.

Diese allgemeine Beschreibung der Pflege und Betreuung in Verbindung mit dem Konzept von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sagt wenig darüber aus, wie und mit welchem Ziel Pflege durchgeführt wird und werden soll, ob Pflegequalität tatsächlich vorhanden ist und wie Pflegequalität festgestellt werden kann. Hierzu haben auch die differenzierten rechtlichen Bestimmungen des PQSG und des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PfLErgG) keinen wesentlich weiterführenden bzw. konkretisierenden Beitrag geleistet.

Das Gelingen von Pflege im Bereich der familienexternen Dienstleistungen ist von einer Vielzahl ineinander greifender, sich wechselseitig bedingender und beeinflussender Tatbestände abhängig. Als Kriterien, die für die Qualität von Pflege erfüllt seien müssen, gelten insbesondere:

- Professionalität und Management des Unternehmens „Pflegeeinrichtung“,
- Leit- und Unternehmenskultur,
- die zentrale und die dezentrale Organisation der Pflegeeinrichtung,
- Betriebs- und Personalmanagement einschließlich der Implementierung von Informationsstrategien und –technologien,

- Fachlichkeit und Professionalität der Pflegefachkräfte sowie anderer Fachkräfte durch pflegewissenschaftlich begründete und nachprüfbare Pflege und Betreuung,
- Case- und Care-Management,
- Wahrnehmung und Berücksichtigung der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen,
- Mitmenschlichkeit (Empathie),
- Beachtung der Rechte und der Würde der Pflegebedürftigen und nicht zuletzt
- Einbindung der Angehörigen in die Pflege sowie
- Kooperation mit anderen an der Pflege beteiligten Leistungserbringern.

Daneben bestimmen die räumlichen Gegebenheiten und die personelle und sächliche Ausstattung einer Pflegeeinrichtung den Zielerreichungsgrad der Pflege.

Sind alle genannten Voraussetzungen erfüllt, bleibt dennoch zu berücksichtigen, dass Pflege individuell empfunden wird. Pflege wird „gefühlt“. Das kann bedeuten, dass unter Aspekten von Fachlichkeit sowohl gute als auch mangelhafte pflegerische Versorgung nicht oder nicht richtig ermessen oder eingeschätzt wird. So wird z. B. von den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ein ständiger Wechsel des Pflegepersonals oft als schlechte Versorgung und Pflege empfunden, obschon Pflege und Versorgung nach streng fachlicher Bewertung arbeitsteilig oftmals zu den besseren oder zumindest gleich guten Ergebnissen führt bzw. im konkreten Fall geführt hat. Um so wichtiger ist die Anwendung verlässlicher Parameter für die Qualität der Pflege. Die Kundenzufriedenheit ist dabei – ungeachtet der vorstehenden Einschränkungen – als ein Anzeiger für die Qualität der Pflege von erheblicher Bedeutung. Auch sie ist im übrigen zu gewissem Grade durch Anwendung entsprechender Erhebungs- und Befragungsmethoden „objektivierbar“.

Das Ziel der Pflege wird in der Erreichung und Erhaltung des bestmöglichen gesundheitlichen Zustands, der geistigen Verfassung, des Wohlbefindens, der Zufriedenheit, sozialer Einbettung und angemessener Umgebung des Pflegebedürftigen und der Wahrung seiner Würde gesehen. Grundlage dafür sind die o. g. Kriterien, die der Struktur, den Prozessen und dem Ergebnis der Pflege zugeordnet werden, nach denen zu prüfen, soweit möglich zu messen sowie zu werten ist, inwieweit das Pflegeziel erreicht ist. Ein in sich geschlossenes, allseits verbindliches Konzept dafür gibt es nicht.

Neben der Verpflichtung der Einrichtungen, intern Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege zu betreiben, sieht § 112 SGB XI mit Beratung und Vergleich externe Verfahren der Qualitätssicherung vor. Dafür existieren international entwickelten Normen (DIN ISO 9000/2000, EFQM), nach denen Qualität der Pflege und Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtung eingeführt, evaluiert und weiterentwickelt sowie zertifiziert wird[316].

Die als Qualitätssicherung bezeichnete kontinuierliche Optimierung der Bedingungen, unter denen Pflege stattfindet, bildet das Gerüst für die Arbeit der Pflegeeinrichtungen und hilft, die Leistungen zu planen und die täglichen Entscheidungen zu unterstützen. Dazu gehört, das Erreichte immer wieder kritisch zu hinterfragen und zu evaluieren. Aus dem Beschwerdemanagement, aus Kunden- und Angehörigenbefragungen können Informationen über die tatsächliche Situation der Pflegebedürftigen gewonnen werden. Das gilt auch für die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen, die klare fachliche Vorgaben und Ziele, Informationen und Weiterqualifizierung erwarten, aber auch Mitsprache und Anerkennung.

Die Maßnahmen und Ansätze zur internen und externen Qualitätssicherung sind unterschiedlicher Natur. Anregungen gehen aus von der Pflegewissenschaft, den Erkenntnissen der Pflegepraxis und den Einsatz von Qualitätsmanagementberatern. Weiter gibt es eine Vielzahl verbandlicher Qualifizierungsaktivitäten. Die unterschiedlichen Ansätze beim Qualitätsmanagement, bei dem oft neben pflegefachlichen und organisatorischen Zielen träger-, fach- und regionalspezifische Kriterien umgesetzt werden, erschweren zur Zeit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zur Qualität der pflegerischen Versorgung. Andererseits spricht die zunehmende Auseinandersetzung mit den Qualitätsplanungs- und –sicherungsinstrumenten der DIN-Normen und des EFQM wie auch die grundsätzliche Akzeptanz der Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Pflegekassen dafür, dass künftig in zunehmendem Maß mit vergleichbaren Aussagen zur Qualität der pflegerischen Versorgung in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen gerechnet werden und diese den Betroffenen und Interessierten für weitere Entwicklungs- und Optimierungsprozesse im Sinn eines Benchmarking zur Verfügung gestellt werden können.

[316] näher hierzu Abschnitt 4.2.4

An die Partner der Pflegeversicherung richtet sich daher die Forderung, Transparenz und Vergleichbarkeit in der Pflege in kundenorientierter, verständlicher und allgemein zugänglicher Weise zügig herzustellen. Das derzeitig diesbezüglich noch ungenügende Informationsniveau widerspricht der Zielsetzung des SGB XI, das die Pflege marktwirtschaftlich und wettbewerblich ausgerichtet hat.

Zum Standard der verschiedenen Qualitätssegmente der Pflege herrscht ebenfalls noch nicht die Sicherheit, die Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte benötigen. Es mangelt vielerorts an der erforderlichen Systematisierung und Strukturierung pflegefachlicher Arbeit und umfassender Prüfskalen für die pflegerische Tätigkeit.

Aus der Fachpresse ist zu entnehmen, dass für die unterschiedlichsten fachlichen Aspekte der Pflege, der Hygiene, der Kooperation und Kommunikation von Pflegenden und Pflegeeinrichtungen kontinuierlich Orientierungshilfen nachgefragt werden, die sowohl Informationen über den jeweiligen wissenschaftlich gesicherten Wissens- und Erkenntnisstand zur Pflege geben als auch Handlungsstrategien zur Umsetzung und Anwendung sowie der Kontrolle aufzeigen. Diese Nachfrage richtet sich insbesondere an die Pflegewissenschaft und die übrige Fachwelt.
Sie hat bereits zur Entwicklung einer Reihe von Pflegestandards in der Bundesrepublik geführt. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG, damals BMGS) geförderten Pilotprojekts, mit dem das „Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ (DNQP) an der Fachhochschule Osnabrück im Jahr 2000 begann und das voraussichtlich 2006 abgeschlossen sein wird, sollen 10 Pflegestandards wissenschaftlich entwickelt werden.

Orientiert an dem Bedürfnis, die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen und die Pflegequalität auf einem bestimmten Niveau festzulegen, wurden, gestützt auf internationale pflegewissenschaftliche Erfahrungen, bereits zu folgenden Themen **nationale Expertenstandards** zur Erreichung bestimmter Pflegeziele entwickelt:

- Dekubitusprophylaxe (2000)
- Entlassungsmanagement (2002)
- Schmerzmanagement (2004)
- Sturzprophylaxe (2005)
- Kontinenzförderung (2006) .

Zu den Pflegethemen „Chronische Wunden“, „Bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr von pflegebedürftigen Menschen“ und „Chronische (nichtmaligne) Schmerzen“ sollen im Rahmen eines Folgeprojekts weitere Expertenstandards vom DNQP mit Förderung durch das BMG entwickelt werden.

Auch zu anderen speziellen pflegefachlichen Fragen hat die Pflegewissenschaft Ausführungen gemacht, die in der Pflegepraxis beachtet und befolgt werden. Erwähnt seien die Erkenntnisse zur Sondenernährung, Medikation und Mobilität.

Neben den verschiedenen Expertenstandards und gesicherten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gibt es verschiedene Leitlinien für spezielle Pflegeanforderungen. Verwiesen wird beispielhaft auf die Empfehlungen des (niedersächsischen) Landespflegeausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 30.01 2003 zur „Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege – Rahmenkonzept zu Leistung und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen“ – und die Empfehlung vom 29.11.2000 zum „Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel- Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase F in Niedersachsen“[317] wie auch die, sich der letztgenannten Empfehlung anschließenden, „Richtlinien und Orientierungshilfen zur Umsetzung von Pflegehandlungen mit Menschen, die unter schwersten Hirnschädigungen leiden“, die von der LAG Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen der Phase F entwickelt wurden.[318]

Die Pflegeeinrichtungen nehmen diese Standards und Empfehlungen mit großem Interesse an. Sie stehen in der Pflicht, die für die Umsetzung im Pflegealltag notwendige Vermittlung entsprechender Kenntnisse an die Pflegeteams mit Fortbildung, Standardanpassung, Standardeinführung und Audit konsequent durchzuführen.

Das gilt insbesondere für die Einrichtung und Führung einer angemessenen **Pflegedokumentation**, die die für den individuellen Pflegeprozess erforderlichen Angaben festhält und das geeignete Instrument ist, den Nachweis für die Qualität der Pflege zu führen. Die Pflegedokumentation ist als Beleg der erbrachten Leistungen für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen oder Betreuer von Bedeutung. Sie gilt dem MDKN bei

[317] Die Empfehlung ist im Internet unter www.ms.niedersachsen.de –Themen-Soziales-Landespflegeausschuss- als pdf-Datei verfügbar.
[318] siehe auch Abschnitt I.3.4

seinen Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen als Indiz einer professionellen Pflegeplanung und der individuellen Pflegeprozesssteuerung.
Die Pflegedokumentation hat folgende Funktionen:

- Qualitätssicherung
- Therapiesicherung
- Abrechnungssicherung
- Beweissicherung.

Bei der Anwendung der Pflegedokumentation, die nach den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI von jeder Pflegeeinrichtung sachgerecht und kontinuierlich zu führen ist, **herrscht auch 10 Jahre nach In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungsgesetzes noch Unsicherheit**. Sie wird durch das dazu vorhandene große Marktangebot an Dokumentationsverfahren verschiedenster Systeme und Ausprägung verstärkt. Die herrschende Unzulänglichkeit bei der Pflegedokumentation beginnt mit der Wahl unpassender oder unzureichender Dokumentationssysteme, der Benutzung unterschiedlicher Dokumentationssysteme in einer Einrichtung, mangelnder Kenntnis und Initiative, Dokumentationsblätter auch vollständig selbst zu entwickeln, mangelnder Einarbeitung des Pflegepersonals in die Dokumentation mit der Folge der Mehrfach-, der fehlerhaften und der über flüssigen Dokumentation.

Eine ungenaue Einschätzung und Interpretation des Zustandes sowie die zu geringe Beachtung und Berücksichtigung der tatsächlichen Situation des pflegebedürftigen Menschen bei der systematischen und präventiven Pflegeplanung und Gestaltung des Pflegeprozesses führt zu unangemessenen Schlussfolgerungen und Dokumentationen.
Das bestätigt der erstmalig im Jahr 2004 gemäß § 118 Abs. 4 SGB XI vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen (MDS) dem BMG (damals BMGS) und den zuständigen Länderministerien vorgelegte Bericht über die Ergebnisse der Pflege-Qualitätsprüfungen im Bund[319], der einen Zusammenhang zwischen dem Defizit an pflegerischer Versorgung und einer inhaltlich nicht korrekten Pflegedokumentation herstellt. Als Hauptursachen dafür nennen verschiedene andere Untersuchungen[320]

[319] siehe hierzu im weiteren auch Abschnitt 4.2
[320] siehe insbesondere Studie des Instituts für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte (IGK), Berlin, zu „Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln in Nordrhein-Westfalen“, veröffentlicht von der FH im DRK Göttingen am 11.04.2005

- das weitgehend herrschende Unverständnis für die Bedeutung der Pflegedokumentation und der Pflegeplanung. Sie wird nicht als Maßnahme für die Pflegebedürftigen und die Erleichterung der eigenen Arbeit verstanden, sondern als Erfüllung bürokratischer Anforderungen.

- die mangelnde Eignung der Pflegedokumentations- und Planungsinstrumente, die in den Einrichtungen verwendet werden.

- die nicht in ausreichendem Maße erforderliche symptomorientierte und klinische Qualifikation der Pflegekräfte.

- das Zeitproblem bei der Führung der Pflegedokumentation insbesondere im ambulanten Bereich.

Diese Situation hat zu einer intensiven Befassung mit dem Thema der Pflegedokumentation in Bund und Ländern geführt. Der „Runde Tisch Pflege“ beim Bund hat daraufhin Anfang 2005 die Empfehlung ausgesprochen, eine übergreifende Leitlinie für eine Pflegedokumentation in Abstimmung mit den Prüfkriterien des MDK zur Pflegedokumentation zu erarbeiten. Die Pflegedokumentation vereinfachende Konzepte haben verschiedene Länder, z.B. Bayern und Schleswig-Holstein, erarbeitet.

In Niedersachsen hat die Tatsache, dass durch zu aufwendige oder nicht zielgerichtete Dokumentationen ein unangemessener bürokratischer und zeitraubender Aufwand in Pflegeeinrichtungen entsteht, den Landespflegeausschuss veranlasst, durch eine Gruppe von Vertreterinnen und Vertretern ambulanter und stationärer Dienste, von Vertreterinnen und Vertretern der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der privaten Leistungsanbieter aus dem Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Heimaufsicht und des MDKN „Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation“ erarbeiten zu lassen, die als Empfehlung des Landespflegeausschusses am 28.10.2004 gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI verabschiedet wurden[321].

Es muss sich noch zeigen, ob die vorliegende Empfehlung zur Führung der Pflegedokumentation, die fachliche, rechtliche und wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt und mit Blick auf die Prüfungen des MDKN und wie auch – soweit es stationäre Pflegeeinrichtungen betrifft – der Heimaufsicht erstellt wurde, Akzeptanz und Berücksichtigung in der Praxis erfährt.
Es ist jedoch unstrittig, dass die Pflegedokumentation das Instrument ist, das pflegerisches Handeln transparent, nachvollziehbar und messbar macht.

[321] siehe hierzu auch Abschnitt 4.3

4.2 Stand der Entwicklung in Niedersachsen

4.2.1 Qualität in der ambulanten und in der stationären Pflege nach Erkenntnissen des Medizinischen Dienstes

Art und Zahl der Prüfungen, struktureller Rahmen

Internes und externes Qualitätsmanagement, festgeschriebene Kriterien, Standards, Leitlinien und Dokumentationssysteme sind notwendige Grundlagen für eine qualitätvolle Leistungserbringung in der Pflege. Sie sind allerdings noch keine Garantie dafür, dass die von den Pflegeeinrichtungen gegenüber ihren pflegebedürftigen Kunden, deren Angehörigen, der Solidargemeinschaft und damit den Kostenträgern geschuldete Qualität der Pflege im Pflegealltag umgesetzt wird. Daher werden, flankierend zu allen betriebsinternen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung der Pflege, Qualitätsprüfungen durch den MDKN durchgeführt. Aus Sicht der Kostenträger dienen sie zugleich der Überprüfung der Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen.

Seit 1996 führt der MDKN als Begutachtungs- und Beratungsdienst der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen solche Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch. Der Schwerpunkt der Prüfungen lag bisher bei den stationären Pflegeeinrichtungen.
Die Prüfungen des MDKN erfolgen in Form von

- Stichprobenprüfungen (Vollprüfung aller Bereiche einer Pflegeeinrichtung und einer Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern, jährliche repräsentative Auswahl nach dem Zufallsprinzip aus allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen),
- Einzelprüfungen , (anlassbezogen z.B. auf Grund von Beschwerden),
- Evaluationsprüfungen , (Nachprüfungen bei vorangegangenen Beanstandungen),
- vergleichenden Prüfungen (von in bestimmten Punkten vergleichbarer Einrichtungen)[322].

Den Prüfauftrag erteilen jeweils die Landesverbände der Pflegekassen.

[322] Bislang wurden vergleichende Prüfungen nicht durchgeführt. Sie werden künftig voraussichtlich Bedeutung erlangen, da die Spitzenverbände der PKV inzwischen mit dem Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (QPR) und den Fragenkatalogen (s. Abschnitt I. 4.1.3) über ein bundeseinheitliches Instrumentarium verfügt, das Vergleiche zwischen Einrichtungen erleichtert.

Nach den §§ 112 und 114 SGB XI erfolgen die Prüfungen des MDKN beratungsorientiert.

Mit den MDK-Anleitungen nach § 114 SGB XI zur Prüfung der Qualität in der stationären und ambulanten Pflege hat der MDS 1996 ein erstes Konzept zur Qualitätsprüfung entwickelt und seitdem mehrfach fortgeschrieben. Nach diesen MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären sowie in der ambulanten Pflege geht der MDKN gegenwärtig bei seinen Prüfungen vor[323].

Im Falle der Vollprüfung sind von der geprüften Pflegeeinrichtung bislang ca. 250 Einzelfragen zu beantworten. Danach erfolgt die Wertung und die Feststellung des Prüfergebnisses. Die Prüfgrundlage wird nach Aussagen von Trägerverbänden von der Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen trotz ihres Umfangs inzwischen akzeptiert und als hilfreich für die Strukturierung und Ausrichtung ihrer Arbeit im Rahmen des betriebsinternen Personal- und Qualitätsmanagements herangezogen.
Dessen ungeachtet soll der MDK künftig bei Stichprobenprüfungen den Schwerpunkt auf die Ermittlung der Ergebnisqualität legen[324] und sich insbesondere hinsichtlich der Strukturqualität auf die (jährlichen) Erhebungen der Heimaufsicht stützen. Ein solches arbeitsteiliges Vorgehen zur Entlastung aller Beteiligten wird auch durch einen entsprechenden Beschluss der 82. Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 17./18.11.2005 gefordert (TOP 5.2: Bürokratieabbau im Pflege- und Heimrecht). Seine Umsetzung in Niedersachsen wird durch das MS bereits für Ende des 1. Quartals 2006 angestrebt[325].

Die Prüfungen der Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen erfolgen seit 2004 durch sieben Teams (= 14 Gutachterinnen und Gutachter) des MDKN (bis 2003 nur vier Teams mit 8 Gutachterinnen und Gutachtern; Ausbau der Prüfkapazität nach entsprechenden Anregungen aus dem parlamentarischen Raum und von Seiten des MS).

Der MDKN ist mit den Standorten der Prüfteams (Hannover, Braunschweig, Göttingen, Oldenburg, Osnabrück, Stade, Walsrode) in Niedersachsen gut in der Fläche vertreten.

---

[323] Die Prüfanleitungen sind im Zuge der Erarbeitung der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien – QPR (siehe Abschnitt 4.1.3) unter Berücksichtigung der bislang aus den Qualitätsprüfungen gewonnenen Erkenntnissen überarbeitet und ergänzt worden; sie haben zudem eine besondere Schwerpunktsetzung bei der Prüfung der Ergebnisqualität erfahren. Der Einsatz der neuen Prüfanleitungen ist ab 01.01.2006 vorgesehen.
[324] Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) vom 10.11.2005, genehmigt durch BMG, veröffentlicht im BAnz. Nr. 236 vom 14.12.2005, S. 16673
[325] siehe Abschnitt 4.3

Jedem Standort sind grundsätzlich zwei Gutachterinnen / Gutachter zugeteilt, die durch eine erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpflege sowie durch Berufserfahrung, pflegefachliche Weiterbildung oder ein pflegewissenschaftliches Studium und interne Schulungen für die Gutachtertätigkeit im MDKN qualifiziert sind.
Die Prüfungseinsätze des MDK in Niedersachsen werden zentral vom MDKN – Geschäftsbereich QM Pflege in Hannover - geleitet. Dabei wird primär auf einen standortnahen Einsatz abgestellt. Bei Bedarf werden die Prüfteams jedoch niedersachsenweit tätig.

Geprüft wurden bislang jährlich ca. 15% der Pflegeeinrichtungen; dieser Anteil soll künftig auf ca. 20 % erhöht werden. Das bedeutet, dass von den insgesamt ca. 2.100 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen jährlich etwa 400 geprüft werden. Jede Pflegeeinrichtung muss folglich ca. alle 5 Jahre mit einer regulären Überprüfung rechnen; davon unabhängig erfolgen anlassbezogene Prüfungen und Evaluationsprüfungen.
Hinzu kommen bei stationären Pflegeeinrichtungen die Prüfungen durch die kommunalen Heimaufsichtsbehörden. Sie haben nach § 15 Abs. 4 Heimgesetz jährlich zu erfolgen (zur Frage der Zusammenarbeit von MDKN und Heimaufsichten s. a. Abschnitt 4.2.3 und 4.3).
Die Prüfungen des MDKN erfolgen nach dem Prinzip der Teilqualitäten :

- **Struktur** (räumliche und sächliche Ausstattung, Personal-, Betriebs- und Finanzorganisation, Umsetzung gesetzlicher Vorgaben)
- **Prozess** (pflegetheoretische Grundlagen – Pflegekonzept -, Personal- Qualitätsmanagement, Arbeitsorganisation, Transparenz der Leistungserbringung etc.)
- **Ergebnis** (Zielerreichungsgrad der pflegerischen Versorgung, Erhaltung und Steigerung individueller Fähigkeiten, Behandlung und soziale Betreuung, Lebensqualität, Kundenzufriedenheit)

sowie der Dokumentation aller dieser Kriterien.

Daneben prüft der MDKN alle Bereiche und Leistungsteile, die die pflegerische Versorgung einer Einrichtung mitbestimmen. Die Prüfungen sind vielfach schwerpunktmäßig ausgerichtet – z. B. bei der Ergebnisqualität auf Personengruppen mit erhöhtem Ge-

fährdungspotential. **Die Prüfergebnisse sind dabei nicht als generelle Feststellungen sondern als Einzelwertungen zu verstehen, die grundsätzlich nicht zur Feststellung bestimmter genereller“ Mängel“ in der Pflege der geprüften Einrichtung oder über (alle) Einrichtungen berechtigen. Zu einer entsprechenden Darstellung in seinen Berichten zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege ist der MDKN vom MS aus Gründen fehlerhafter Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und in den Medien nach dem ersten Bericht gebeten worden; dem wird in Teilen seit dem Jahr 2003 entsprochen.**

Zu den Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI hat der MDKN ca. ein Jahr nach Erlass des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes den „Ersten vergleichenden Bericht zwischen Anlassprüfungen und Stichprobenprüfungen für den Berichtszeitraum 1. Mai 2000 bis 30. April 2001 auf der Grundlage von 144 Stichprobenprüfungen und 135 Anlassprüfungen“ vorgelegt .
Die 144 Stichprobenprüfungen (Vollprüfungen) wurden ausschließlich in stationären Pflegeinrichtungen durchgeführt. Die Stichprobenauswahl aus den damals 1.116 vollstationären Pflegeeinrichtungen (Stand Februar 2000) erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Für die 135 anlassbezogenen Einzelprüfungen gab es stets einen konkreten Grund, z. B. Beschwerden von Angehörigen.
Der Bericht vermerkt zu den anlassbezogenen Prüfungen die Entwicklung seit Beginn der Pflegeversicherung von 4 solcher Prüfungen im Jahr 1996 auf 112 im Jahr 1999. Diese Steigerung wird seitens des MDKN auf ein zunehmendes Problembewusstsein der Betroffenen zurückgeführt.

In der Regel prüft der MDKN in vollstationären Einrichtungen von bis zu 100 Plätzen einen Tag (80 %der Prüfungen), größere Einrichtungen zwei Tage (20 % der Prüfungen). Die in den Einrichtungen lebenden pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner werden in die Prüfung einbezogen.

Nach dem Ergebnis der Prüfungen aus Mai 2000 bis April 2001 kam der MDKN u. a. zu folgenden Erkenntnissen:

Stichprobenprüfungen wie anlassbezogene Prüfungen wiesen in den ersten Jahren nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes auf Anfangsschwierigkeiten bei der Verwirklichung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hin. Teilweise waren Per-

sonaldefizite zu verzeichnen, gelegentlich wurde unzureichende aktivierende und prophylaktische Pflege festgestellt. Dabei ist zu bedenken, dass sich die Feststellungen von Mängeln durch den MDKN auf Einzelfälle beziehen und dadurch nicht in Frage gestellt wird, dass die Qualität der Pflege grundsätzlich sichergestellt war.

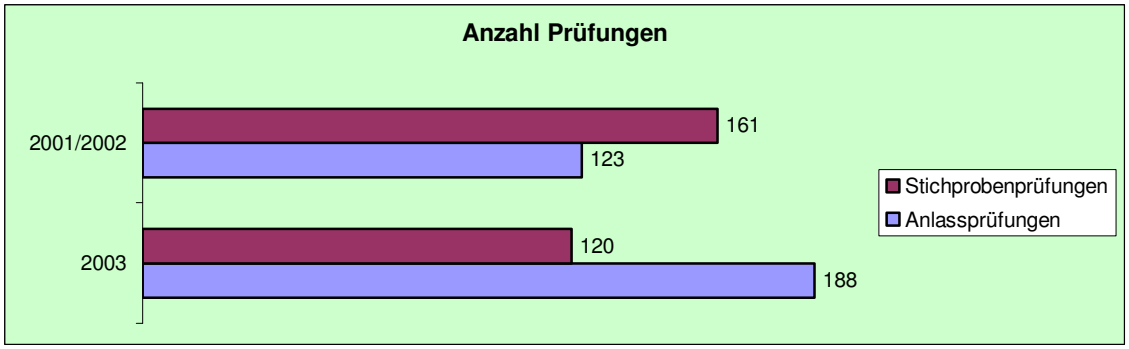
Bereits der zweite „Bericht zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege gemäß Sozialgesetzbuch XI zum Erhebungszeitraum vom 1.Oktober 2001 bis zum 31. Dezember 2002 und im Vergleich zum Erhebungszeitraum: 1. Januar 2003 bis zum 31. Dezember 2003 zeigt eine positive Entwicklung der Pflegequalität zu den Jahren 2001/2002 auf. Deutliche Verbesserungen bezogen auf alle drei Bereiche (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) wurden festgestellt. Bei genauer Betrachtung einzelner für eine qualitätvolle Pflege maßgebenden Parameter wurden zum Teil auch rückläufige Tendenzen beobachtet.
Abgesehen von der unbestrittenen Notwendigkeit der systematischen Prüfung und Darstellung von Mängeln muss aber auch hier wieder auf den Einzelfallcharakter der Feststellungen hingewiesen werden. **Die weit überwiegende Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen leistet nach den Feststellungen des MDKN gute bis angemessene Pflege. Diese Feststellung erscheint vor dem Hintergrund der Neigung insbesondere der Medien zur Skandalisierung und negativen Pauschalierung hervorhebensbedürftig.** Dies gilt es auch bei den nachfolgend auszugsweisen Darstellungen der Prüfergebnisse des MDKN zu bedenken.

<u>Stationäre Pflege in Niedersachsen – Vergleich 2001/2002 – 2003</u>

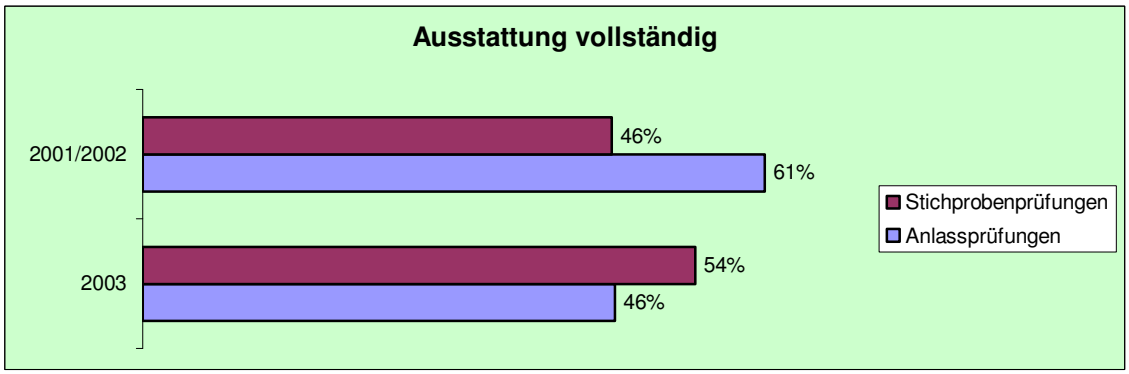
Der MDKN richtet sein Augenmerk u. a. schwerpunktmäßig auf Teilbereiche der Leistungserbringung, die für die Qualität der Pflege von besonderer Relevanz sind. Ausgehend von der Gesamtzahl der Qualitätsprüfungen werden daher im Folgenden diese Items dargestellt.
Qualitätsprüfungen des MDKN nach § 112 Abs. 3 SGB XI für die Zeiträume 2001/2002 und 2003 –ausgewählte Ergebnisse.

a) Art und Zahl der Prüfungen

Abb.: B I 4.2.1/1

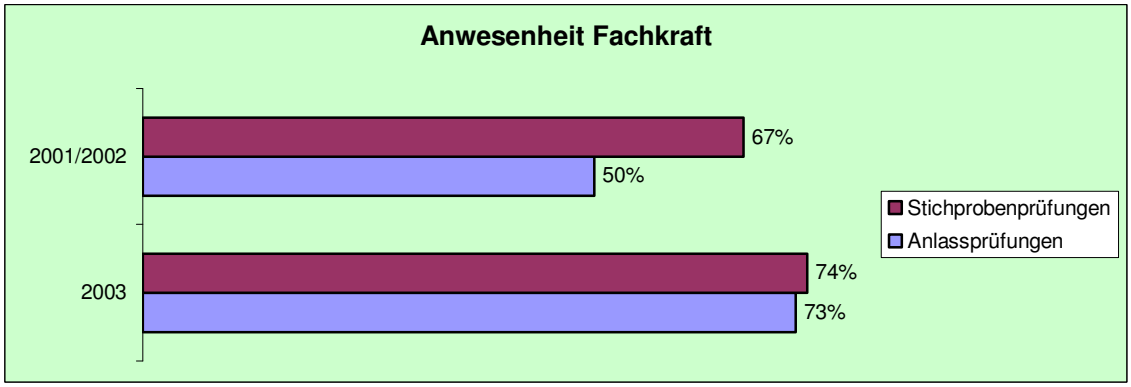


b) Alten- und behindertengerechte Ausstattung
Abb.: B I 4.2.1/2



Die Gegenüberstellung der Vergleichsgruppen zeigt, dass die Entwicklung im Bereich der alten- und behindertengerechten Ausstattung je nach Art der Prüfung zu verschiedenartigen Ergebnissen führt. Erstere ließen tendenziell auf die Verbesserung, letztere eher auf das Gegenteil schließen.

c) Ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft bzw. ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes
Abb.: B I 4.2.1/3

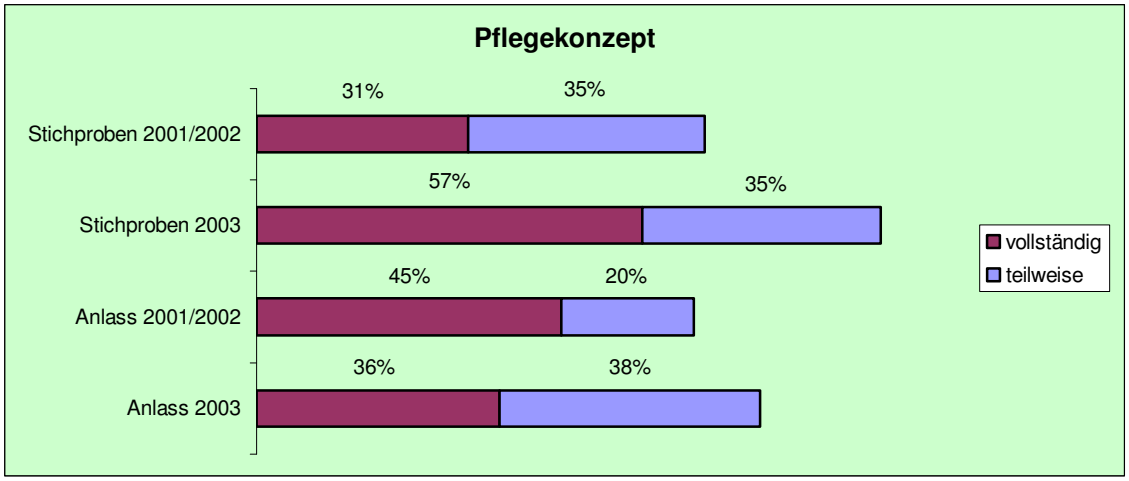


Der Vergleich der Ergebnisse des Qualitätskriteriums „ ständige Anwesenheit“ zeigt eine deutlich positive Entwicklung. Bei den restlichen Einrichtungen waren

zeitweise nur Hilfskräfte anwesend. Geeignete Pflegefachkräfte zur eigenverantwortlichen Tätigkeit und Kontrolle sind : Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpflegerin und – pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und –pfleger, Heilerzieher/in.

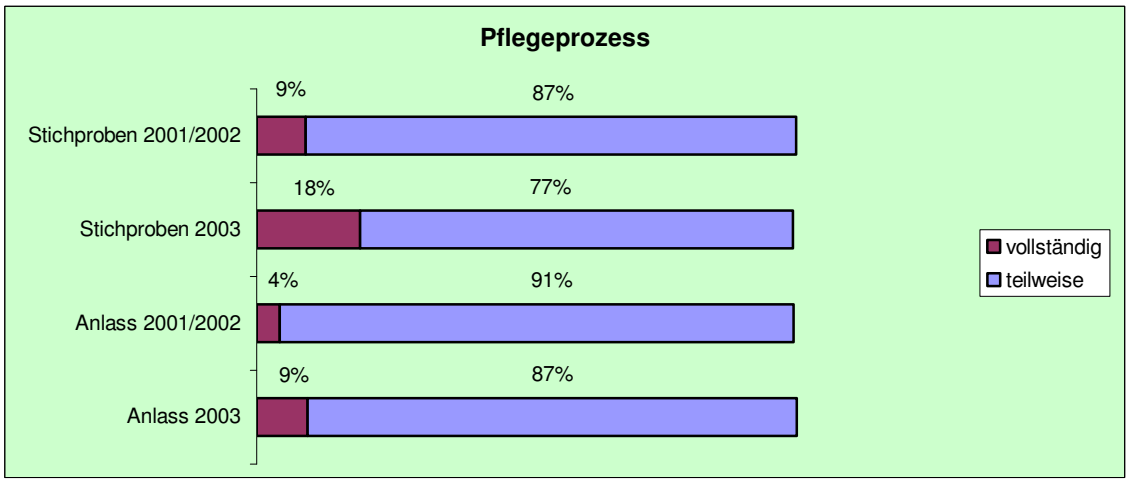
d) Pflegekonzept
Der Pflege liegt ein Pflegekonzept zugrunde, das das Angebot der Pflegeeinrichtung darstellt, allen an der Pflege Beteiligten als Handlungsorientierung dient und Informationen für interessierte Versicherte bei der Auswahl einer für sie geeigneten Einrichtung bietet.

Abb.: B I 4.2.1/4



Die Gegenüberstellung der Prüfergebnisse in den Erhebungszeiträumen bestätigt eine grundsätzlich positive Entwicklung bei der Entwicklung von Pflegekonzepten und Umsetzung durch die Pflegeeinrichtungen.

e) Pflegeprozess
systematische, zielorientierte und überprüfbare Pflege
Abb.: B I 4.2.1/5

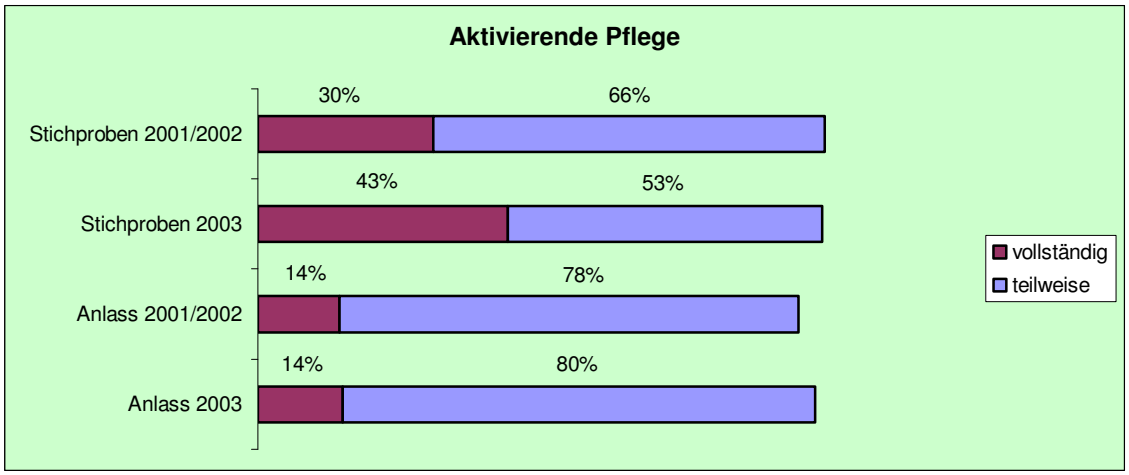


Der individuelle Pflegeprozess als Handlungsorientierung hatte sich in den dargestellten Prüfzeiträumen in der Pflegeeinrichtungen noch nicht etabliert. Mehr als drei Viertel der geprüften Pflegeeinrichtungen planten den Pflegeprozess nicht oder nicht vollständig. Eine positive Entwicklung auch bei diesem Qualitätskriterium ist allerdings unverkennbar.

f) Aktivierende Pflege

Hilfen zur Erhaltung oder Wiedererlangung von Fähigkeiten Pflegebedürftiger

Abb.: B I 4.2.1/6

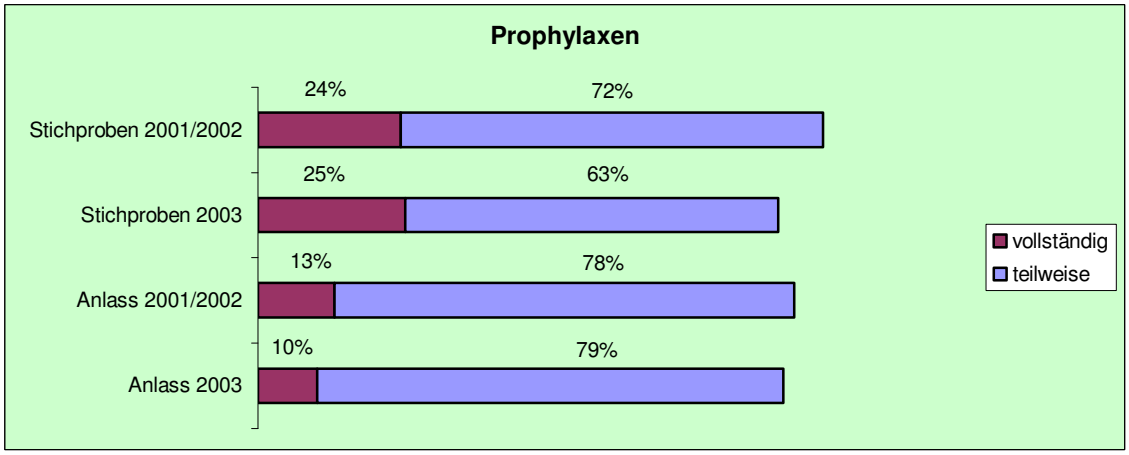


Der Anteil der Pflegeeinrichtungen bei denen aktivierende Pflege ganz oder teilweise erfüllt wurde, ist in den dargestellten Prüfzeiträumen insgesamt konstant geblieben. Verbesserungen hinsichtlich des Grades der Umsetzung der aktivierenden Pflege konnten aber bei den stichprobenhaft geprüften Einrichtungen festgestellt werden.

g) Prophylaxen

integraler Bestandteil der Pflege zur Minderung der Pflegebedürftigkeit, zur Vorbeugung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit und von Sekundärerkrankungen

Abb.: B I 4.2.1/7

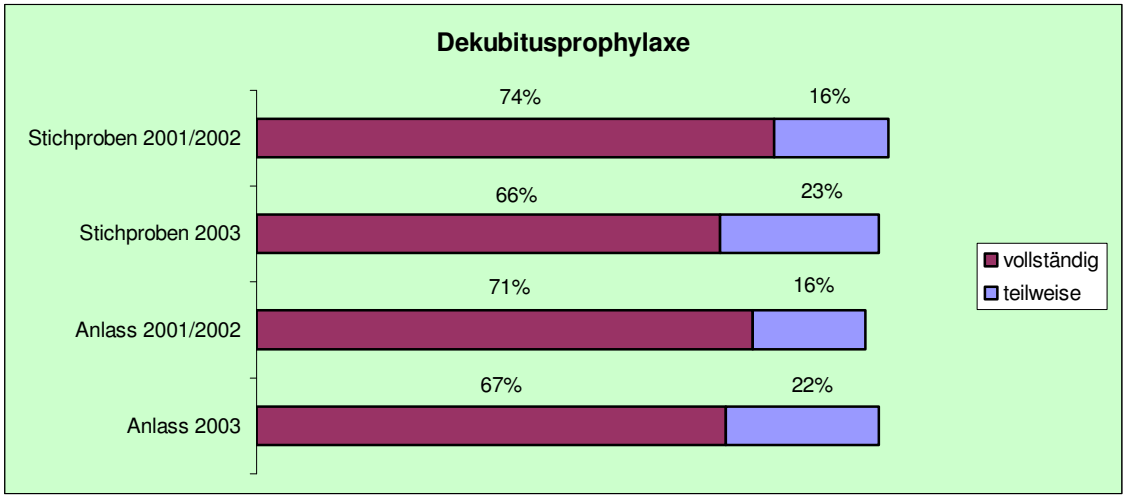


Nur etwa 8 % der geprüften Pflegeeinrichtungen scheinen beim individuellen Pflegeprozess keine Maßnahmen der Prophylaxe einbezogen zu haben. Insgesamt gesehen findet Prophylaxe jedoch große Beachtung; der allgemeine Standard erscheint dennoch verbesserungswürdig (zum Prüfzeitpunkt).

h) Dekubitusprophylaxe

Vermeidung einer durch länger anhaltenden Druck entstehenden Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes

Abb.: B I 4.2.1/8



Die Situation bei der Dekubitusprophylaxe stellte sich grundsätzlich positiv dar, obwohl ein Vergleich der Jahre 2001/2002 zum Jahr 2003 eine Verschlechterung des Umgangs mit dem Dekubitusrisiko andeutet. Die Dekubitusprophylaxe ist inzwischen gleichwohl als wesentlicher Bestandteil der Pflege im Bewusstsein der Pflegenden fest verankert. Unterstützung und Hilfe bietet dabei der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege entwickelte „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ vom Mai 2000.

Stationäre Pflege nach dem 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI vom November 2004

In diesem Bericht wurden die bis zum 31.12.2003 gewonnenen Erfahrungen der medizinischen Dienste mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfungsvorschriften, über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie eigene Erkenntnisse des MDS für das gesamte Bundesgebiet zusammengeführt.

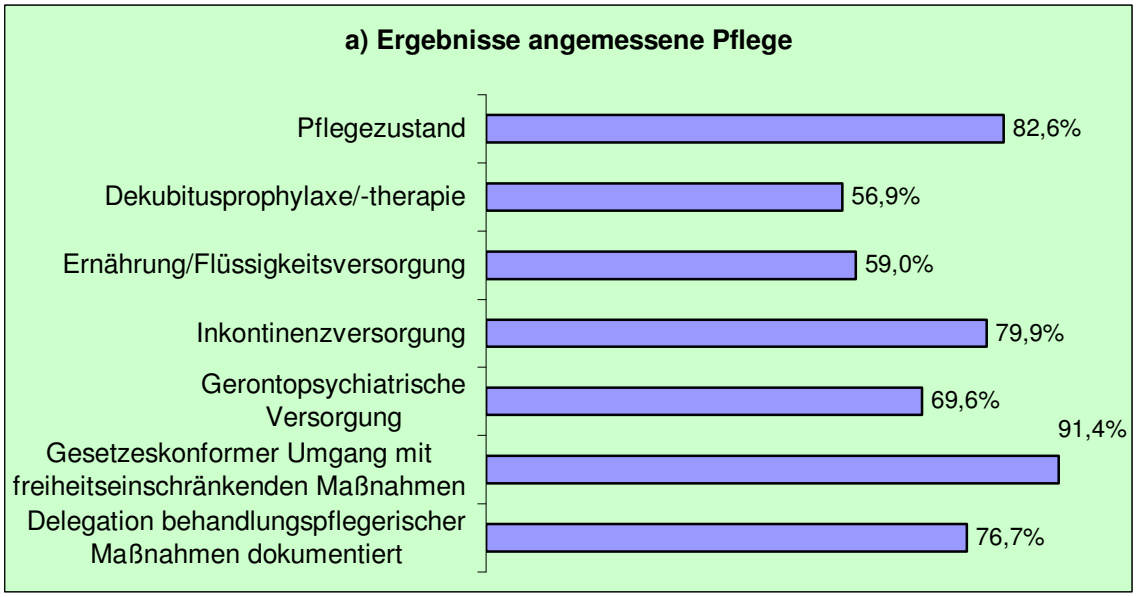
Über alle Versorgungsbereiche betrachtet wurden danach rund 90 % der Pflegebedürftigen angemessen gepflegt; der Pflegezustand wurde zu 82,6 % als angemessen bezeichnet. Die Zufriedenheitswerte der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen lagen sogar noch über 90 %. Diese für das Bundesgebiet geltenden generellen Feststellungen können auf Niedersachsen übertragen werden; sie gelten auch hinsichtlich der einzelnen im folgenden aufgeführten Parameter.

Das grundsätzlich positive Ergebnis darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass dennoch Pflegedefizite in der Praxis zu beobachten sind. Insbesondere bei der Dekubitusprophy-

laxe/-therapie und der Ernährung / Flüssigkeitsversorgung bestehen zum Teil erhebliche Verbesserungspotentiale.

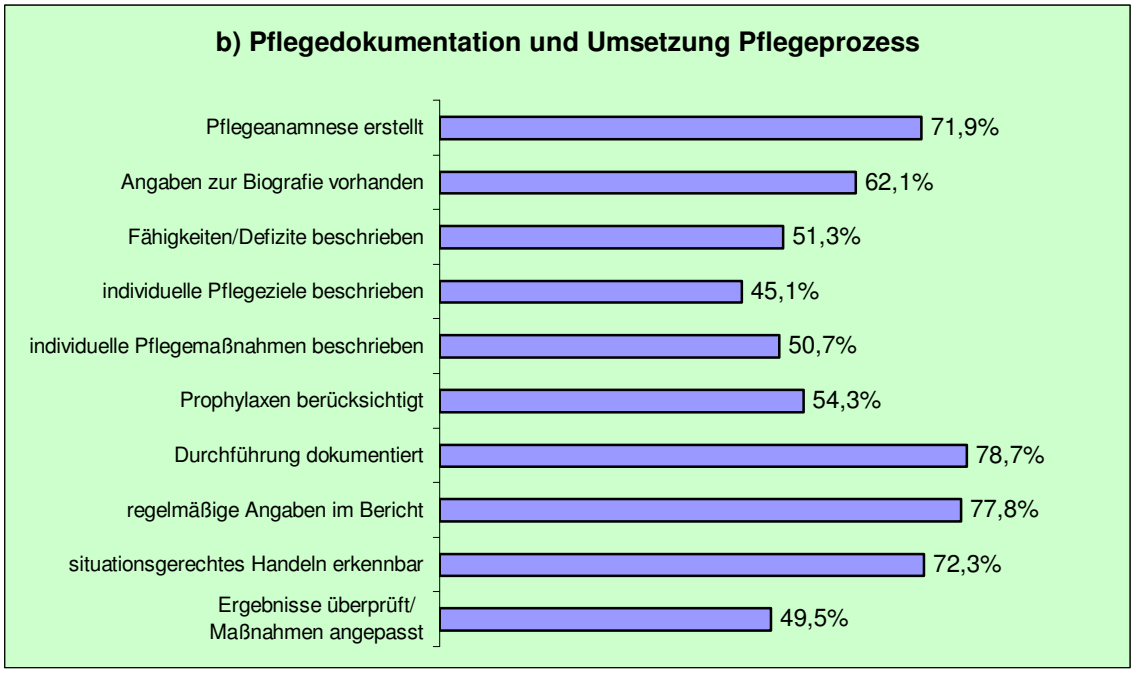
Qualitätsprüfung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland (Stand 31.12.2003)

Abb.: B I 4.2.1/9



Es kann allerdings vermutet werden, dass die Defizite bei der Versorgung zum Teil tatsächlich nicht Ergebnis schlechten Pflegehandelns sondern vielmehr Spiegel einer inhaltlich nicht korrekten Pflegedokumentation sind. Hierfür sprechen die nachfolgend dargestellten Befunde der Prüfungen zur Pflegedokumentation und der Umsetzung des Pflegeprozesses. Anderenfalls wäre auch die Gesamtbewertung eines angemessenen Pflegezustandes diesen Umfanges nicht verständlich.

Abb.: B I 4.2.1/10

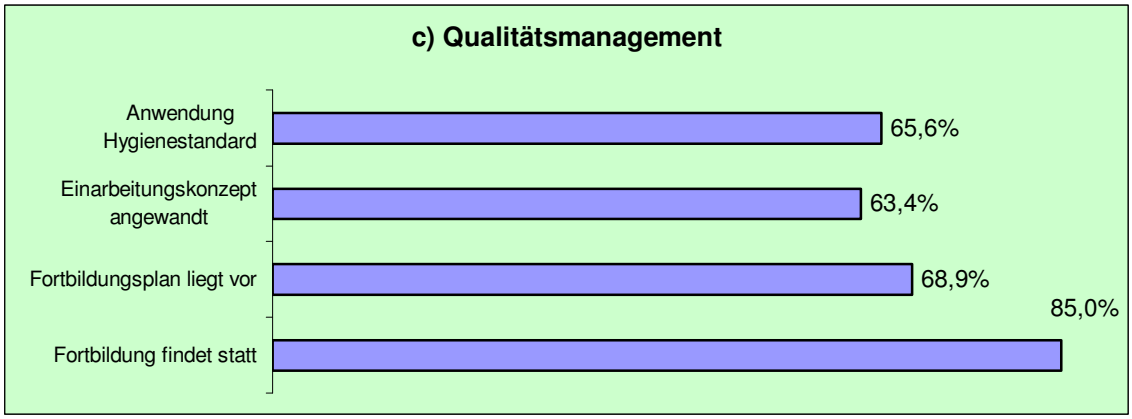


Die Ergebnisse lassen insbesondere den Schluss zu, dass die Pflegedokumentation als fachlich notwendiger Bestandteil der Pflege in den Pflegeeinrichtungen (noch) nicht hinreichend bewusst ist (s. auch vorstehender Abschnitt).

Ein weiterer Grund für die festgestellten Defizite dürfte in der Ablauforganisation liegen:

- Lediglich in 54 % der Einrichtungen erfolgte eine Erfassung der Pflegequalität und deren fachliche Beurteilung durch geeignete Methoden (z.B. Pflegevisite).
- In „nur“ 69 % der Einrichtungen wurden die Mitarbeiter in der Pflege entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt.
- Die nächtliche Versorgung war „nur“ bei 83,6 % der Heime angemessen.
- Die angemessene Versorgung am Wochenende war „nur“ zu 81 % gewährleistet.
- Qualitätsmanagementmaßnahmen wurden von „nur“ 76 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen nachgewiesen:

Abb.: B I 4.2.1/11



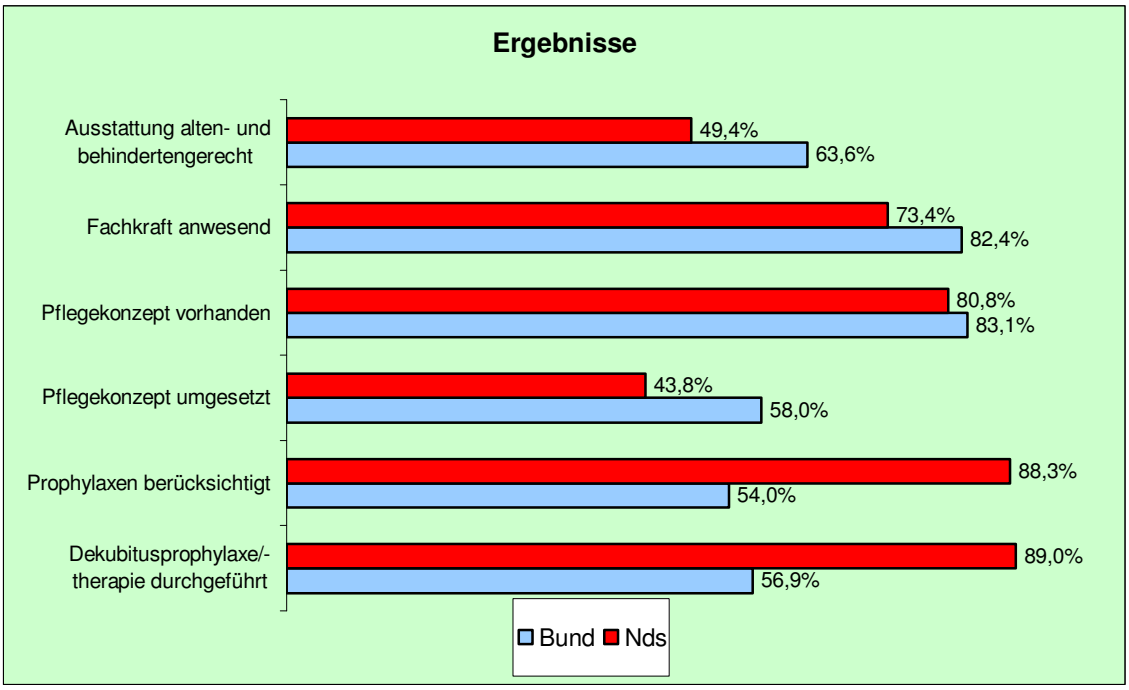
Stationäre Pflege – Vergleich Niedersachsen / Bund

Der erste „Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ nach § 118 Abs. 4 SGB XI vorgelegt bietet, wie nachfolgend zur Beschränkung der Darstellung auf zentrale Ergebnisse lediglich hinsichtlich der Parameter zur Ergebnisqualität dargestellt, die Möglichkeit eines – wenn auch aufgrund unterschiedlicher Kriterien eingeschränkten – Vergleichs von niedersächsischen Ergebnissen mit denen auf Bundesebene[326].
Es ergibt sich danach folgendes Bild:

[326] Vom MS wurde, soweit aufgrund zum Teil unterschiedlicher Darstellungssystematik und Auswertungstiefe zwischen den vorgenannten Berichten möglich, ein systematischer Vergleich vorgenommen. Hinsichtlich der jeweiligen Einzelergebnisse wird auf die vorgenannten Quellen verwiesen.

Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen des MDKN und der medizinischen Dienste in der Bundesrepublik Deutschland (Stand 31.12.2003) im Vergleich.

Abb.: B I 4.2.1/12



Fazit: Auch wenn in Niedersachsen insbesondere die alten- und behindertengerechte Ausstattung sowie die Umsetzung des Pflegekonzepts im Vergleich zum Durchschnitt der geprüften Pflegeheime im Bundesgebiet offensichtlich verbesserungswürdig erscheinen, ist es umso erfreulicher, dass die für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen im wesentlichen beitragenden sowie unter pflegerischen Aspekten besonders bedeutsamen Maßnahmen wie Prophylaxen allgemein und die Dekubitusprophylaxe im besonderen deutlich häufiger als im Bundesdurchschnitt durchgeführt wurden.

Ambulante Pflege durch zugelassene Pflegedienste in Niedersachsen

Die allgemeinen gesetzlichen Vorgaben zur Qualität und Qualitätssicherung für die ambulante Pflege durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen entsprechen denjenigen für die stationäre Pflege (§§ 75 , 80, 112 -117 SGB XI). Im Unterschied zu den stationären Pflegeeinrichtungen gibt es für die Pflegedienste aber erheblich weniger sonstiger Vorgaben, die im stationären Bereich insbesondere auf die personelle und sächliche Ausstattung abstellen. So soll z. B. die personelle Ausstattung lediglich wirtschaft-

lich und leistungsbezogen sein. Personalrichtwerte, wie sie für die stationäre Pflege in Niedersachsen in Gestalt eines „Korridors“ Anwendung finden (§ 75 Abs. 3 Satz 4 SGB XI), sind nicht vorgesehen. Dasselbe gilt bezüglich der für Pflegeheime nach § 80a SGB XI verpflichtend vorgegebenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Für ambulante Pflegedienste existiert zudem nicht etwas Vergleichbares, wie die für Pflegeheime aus dem Heimrecht resultierende Fachkraftquote, die ein Indiz für die Qualität der Leistungserbringung in der Pflege sein kann. Pflegedienste müssen nur eine leitende Pflegekraft und deren Vertretung, ebenfalls eine Pflegefachkraft, vorhalten (§ 71 SGB XI). Für die Qualität der ambulanten Pflege werden insofern die Verpflichtungen der Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI als ausreichend angesehen:

- eine dem allgemeinen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechend zu erarbeitende Pflegekonzeption,
- die Durchführung einer individuelle Pflegeplanung,
- die Führung einer geeigneten, sachgerechten und kontinuierlichen Pflegedokumentation,
- die Entwicklung einer klientenorientierte Dienstplanung,
- die Einbeziehung der Angehörigen in die Arbeit,
- die Erstellung und Vorhaltung geeigneten Informationsmaterials und
- die Gewährleistung der ständigen Erreichbarkeit bei Tag und Nacht .

Zudem geben die geltenden Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI für die ambulante Pflege vom 10.Juli 1995 i. d. F. vom 31.Mai 1996 vor, dass die Pflege möglichst immer von denselben Pflegekräften zu erbringen und zu dokumentieren ist, sowie Pflegeziel und Pflegeergebnis regelmäßig zu überprüfen und mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern sind[327].

Bei den Pflegediensten beziehen sich die Prüfungen des MDK(N) im Schwerpunkt daher auf die Qualität der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse. Fragen der Strukturqualität sind im Vergleich zu den Pflegeheimen aus nahe liegenden Gründen von untergeordneter Bedeutung.

[327] Diese im Vereinbarungswege getroffene Vorgabe ist allerdings, wie die Erfahrung zeigt, in der Praxis nur eingeschränkt umsetzbar. Näher hierzu: BMFSFJ, Schriftenreihe Band 226, Qualitätsmängel und Regelungsmängel der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Verlag Kohlhammer, 2001).

Bis zum Jahr 2003 sind in Niedersachsen lediglich 121 Pflegedienste geprüft worden[328]. Es handelte sich dabei fast ausschließlich um anlassbezogene Prüfungen. Danach wiesen die Pflegedienste bei der personellen Strukturqualität und der Ergebnisqualität bessere Ergebnisse als die geprüften stationären Pflegeeinrichtungen auf; im Bereich der Prozessqualität erzielten dagegen die stationären Einrichtungen positivere Ergebnisse. Bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen fielen insbesondere Schwächen in den Bereichen Qualitätsmanagement (61 %), Aufbauorganisation (58%) und Ablauforganisation (55%) auf.
Nach Ergebnissen des MDKN kann angenommen werden, dass diesbezüglich größere Organisationen Vorteile gegenüber kleineren Einrichtungen haben, die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben zur Qualitätssicherung und –entwicklung umzusetzen und insofern auch zu besseren Prüfergebnissen gelangen[329].

Bundesergebnisse einschließlich Niedersachsen der Prüfungen bei ambulanter Pflege im Vergleich zur stationären Pflege

Nachfolgend werden wesentliche Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen von Pflegediensten und Pflegeheimen gegenübergestellt. Die Daten beziehen sich ausschließlich auf die bundesweiten Ergebnisse (Bericht des MDS, s. o.), weil für einen Vergleich auf Landesebene wie auch für einen Vergleich von Ergebnissen von Bund und Land Niedersachsen die Quantität der für niedersächsische Pflegediensten erfassten Daten nicht ausreicht.

[328] 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 118 Abs. 4 SGB XI, a. a. O.
[329] Dieses Ergebnis aus den Qualitätsprüfungen findet seine Bestätigung aus dem landesseitig geförderten Projekt zur Einführung von Qualitätsmanagementverfahren in kleineren Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen. Siehe hierzu auch Abschnitt 4.2.4 . Die ambulanten Pflegeeinrichtungen haben zudem selbst mit Unterstützung der Pflegekassen Aktionen zur internen Qualitätsentwicklung der Pflege eingeleitet (z. B. IKK-Qualitätsgemeinschaft in der ambulanten Pflege – ein Modellansatz für Transparenz, Partnerschaft und qualitätsabhängige Vergütung; seit dem 1.4.2003 in 10 niedersächsischen Pflegediensten).

Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI der medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in ambulanten und in stationären Einrichtungen (Stand 31.12.2003).

Abb.: B I 4.2.1/13

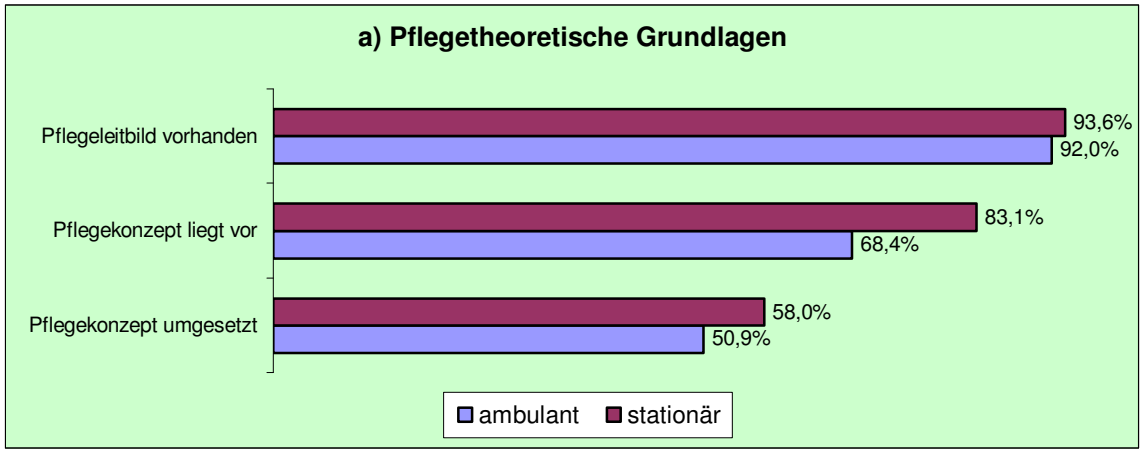


Abb.: B I 4.2.1/14

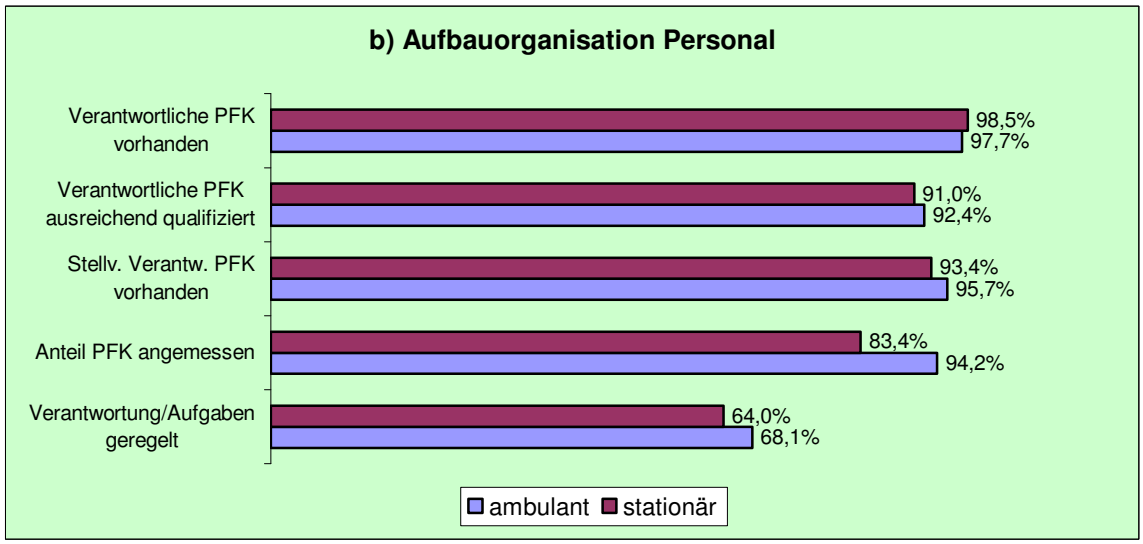


Abb.: B I 4.2.1/15

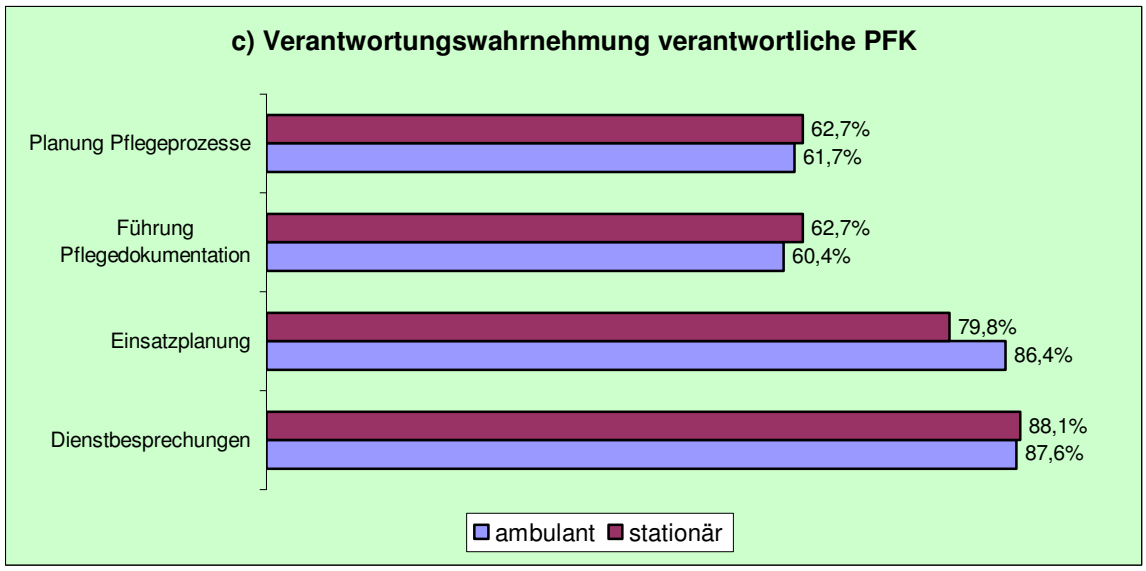


Abb.: B I 4.2.1/16

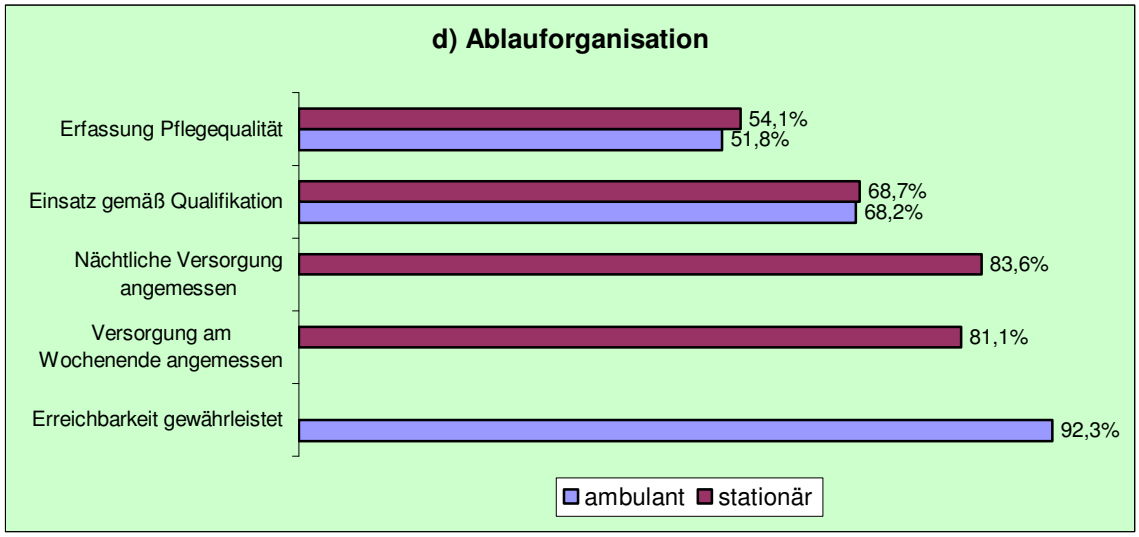


Abb.: B I 4.2.1/17

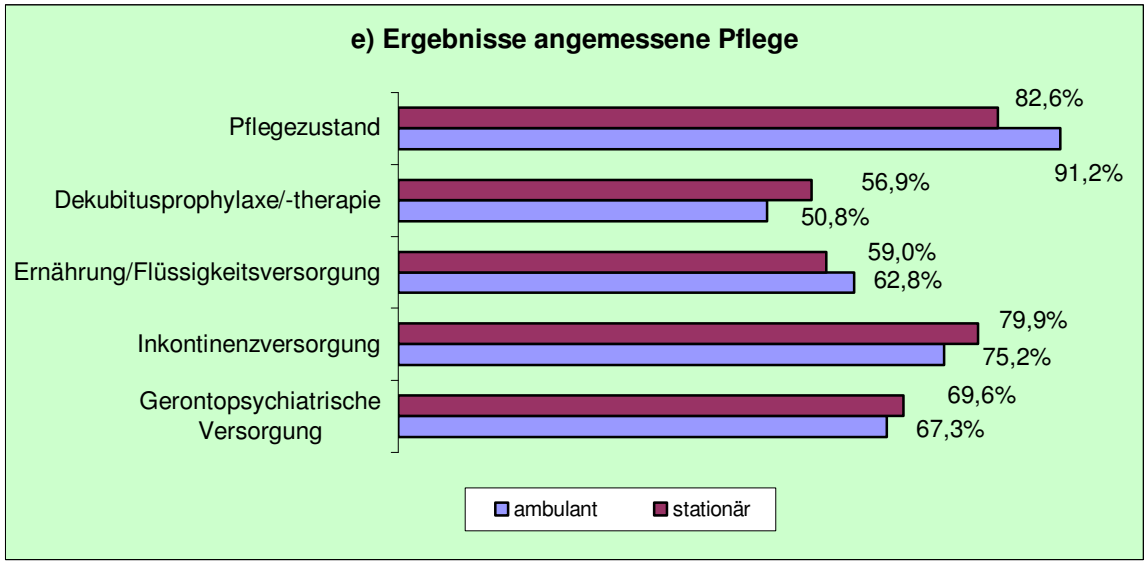
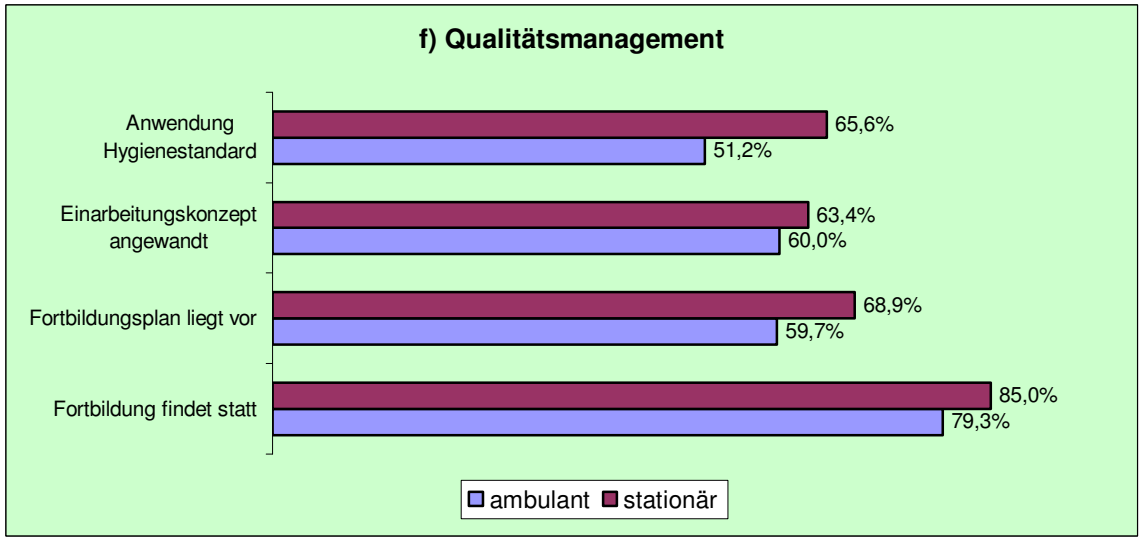


Abb.: B I 4.2.1/18



Fazit:
Bundesweit wurden bei der stationären Pflege bei den einzelnen Parametern zwar bessere Werte erzielt als im ambulanten Bereich. Ein angemessener Pflegezustand war aber im ambulanten Bereich häufiger vorzufinden.

4.2.2 Qualität der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug

§ 37 SGB XI eröffnet die Möglichkeit, bei festgestellter Pflegebedürftigkeit anstelle häuslicher Pflege durch zugelassene ambulante Pflegedienste oder stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ein Pflegegeld zu beanspruchen, wenn der pflegebedürftige Mensch selbst in geeigneter Weise die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicher stellt.

Ende 2003 nahmen 45,8 % der insgesamt 218 363 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen ausschließlich Pflegegeld, weitere 14,3 % in Kombination mit einer Pflegesachleistung durch einen Pflegedienst (§ 38 SGB XI) in Anspruch[330].

Neben dem Pflegegeld haben Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit Anspruch auf Pflegehilfsmittel und technische Hilfen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden nach § 40 SGB XI. Diese Leistungsansprüche sind letztlich ebenfalls als Beitrag zur (Qualitäts-) Sicherung der häuslichen Pflege zu werten[331].

Während die professionelle ambulante und stationäre Pflege große öffentliche Aufmerksamkeit erlangt hat, ist die Pflege und die Qualität der Pflege von Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen, bisher kaum Thema für die Öffentlichkeit gewesen. Die häusliche Pflege durch Angehörige wird häufig als die ideale Form der Pflege angesehen. Das zeigt u. a. die Tatsache, dass über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen zu Hause betreut werden.

---

[330] siehe Abschnitt I.1
[331] siehe Abschnitt 1.2.3

Pflegebedürftige, die sich anstelle professioneller Pflege für die Inanspruchnahme der Geldleistung nach § 37 SGB XI entschieden haben, sind weitestgehend selbst für die Sicherstellung der Pflege und insofern auch deren Qualität verantwortlich. Anders als bei der häuslichen Pflege durch professionelle Pflegefachkräfte und andere Pflegekräfte der ambulanten Pflegedienste ist die Laienpflege nur in geringem Maße von pflegefachlichen, sondern weit mehr von lebensgeschichtlich gewachsenen Situationen und Anforderungen, von Motiven des Helfens und eigenen Alltagskompetenzen geprägt. Anders als die professionelle Pflege entzieht sie sich darum auch in einem gewissen Maße – unbeachtlich der sich zudem dort stellenden Fragen eines rechtlich wie moralisch bedenklichen Eingriffs in die Privatsphäre – einem formellen Qualitätssicherungs- und Qualitätsprüfungsverfahren vergleichbar demjenigen nach § 80 SGB XI. In der Folge hiervon ist unter Umständen nicht auszuschließen, dass

- der Gesundheitszustand der oder des pflegebedürftigen Person nicht zutreffend beurteilt wird, die notwendigen Prophylaxen nicht erfolgen,
- der angemessene und erforderliche Pflegebedarf nicht zuverlässig eingeschätzt wird,
- die Kenntnisse über Pflegetechniken, Pflegehilfsmittel und unterstützende Hilfesysteme nicht vorhanden sind und nicht zum Nutzen der Pflegebedürftigen eingesetzt werden können.

Pflegende Angehörige sind zudem auf die pflegerische Aufgabe selten vorbereitet. Die eigenen Belastungsgrenzen werden nicht zuletzt darum ggf. nicht erkannt, der Mangel an professioneller Distanz in der Pflegebeziehung führt nach Berichten aus der Praxis und wissenschaftlichen Studien nicht selten zu seelischen Belastungen und gesundheitlichen Problemen, die die Pflegesituation für alle Beteiligten erschweren bzw. unerträglich machen[332] . Dabei kommt der Tatsache, dass 60 % der Hauptpflegepersonen bereits 55 Jahre und älter sind und die Wahrscheinlichkeit der eigenen Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit in absehbarer Zeit nicht auszuschließen ist, besondere Bedeutung zu[333].

[332] so z. B. nachgewiesen durch das seit 2002 andauernde Projekt EUROFAMCARE des Inst. für Medizin-Soziologie, Sozialgerontologie, Universität Hamburg (Projekt-Koordination)
[333] Infratest Repräsentativerhebung 2002 „Möglichkeit und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MuG III), Berlin 2005

Qualitätsfördernde Leistungen des SGB XI zur Sicherung häuslicher Pflege

Aus den o. a. Gründen sieht das SGB XI für die private häusliche Pflege neben den bereits genannten eine Reihe von Möglichkeiten der professionellen Unterstützung vor, die helfen sollen, die Qualität der Pflege sicherzustellen und gleichzeitig dauerhafte Überforderung pflegender Angehöriger zu vermeiden.

So ermöglicht § 38 SGB XI die Kombination von Geld und Sachleistung (professionelle Pflege). Hiervon wird in zunehmendem Maß Gebrauch gemacht (s. Abschnitt I.1.1 und 2.3). Wenn häusliche Pflege vorübergehend wegen Verhinderung der Pflegeperson nicht gesichert ist, kann bis zu vier Wochen im Jahr eine Ersatzperson zu Lasten der Pflegeversicherung gestellt werden (§ 39 SGB XI). Die Ersatzpflege kann auch durch Pflegedienste oder durch stationäre Pflegeeinrichtungen erfolgen. Möglichkeiten für einen vorübergehenden Aufenthalt in einem Pflegeheim bieten auch die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.
Schließlich kann unterstützend eine Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden, wenn anders die häusliche Pflege nicht sichergestellt werden kann (§ 41 SGB XI). Weiterhin bieten die Pflegekassen oder durch sie beauftragte Personen oder Institutionen Hilfestellungen in Gestalt von Pflegekursen; diese sollen in Form von Einzelberatungen und –unterweisungen auch in der Wohnung der Gepflegten stattfinden (§ 45 SGB XI).

Einfluss des MDK auf die Sicherstellung der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug im Rahmen von Begutachtungen

Die Qualität häuslicher Pflege bei Pflegegeldbezug steht zwar nicht im Focus der Tätigkeit des MDK, dennoch bietet die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Umgebung der die Leistungen nach dem SGB XI Beantragenden durch den MDK recht genaue Einblicke in die (potentielle) Versorgungssituation. Nach Angaben des MDS in seinem Pflegebericht 2003 stellt der MDK bereits in ca. 1,6 v. H der Erstanträge auf Gewährung von Pflegegeld fest, dass häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit hat der MDK mit Einwilligung des Versicherten

- eine Untersuchung im Wohnbereich der/des Betroffenen vorzunehmen,
- die behandelnden Ärzte in die Begutachtung einzubeziehen und sich Kenntnisse über wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Dauer und Umfang der Hilfebedürftigkeit zu verschaffen,
- pflegende Angehörige oder sonstige an der Pflege Beteiligte zu befragen,
- dazu Stellung zu nehmen, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt werden kann.

Darüber sind ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu empfehlen.
Bei jeder Begutachtung im häuslichen Bereich durch den MDKN wird ferner geprüft, ob die / der Hilfsbedürftige zum Personenkreis im Sinne des § 45a SGB XI gehört. Bei diesen Personen besteht neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Diese Personen haben nach § 45b SGB XI einen Anspruch von jährlich bis zu 460 Euro für die nachgewiesene Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten Betreuung durch

- eine Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege
- einen zugelassenen Pflegedienst
- ein anerkanntes niedrigschwelliges Betreuungsangebot.[334.]

Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende erhalten bei ihrer schwierigen Aufgabe zudem pflegefachliche Unterstützung in Form von Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch eine zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) eigener Wahl. Diese Beratungen sollen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege durch regelmäßige Hilfestellung und praktische pflegefachliche Unterstützung dienen. Aufgrund des regelmäßigen Zugangs zur häuslichen Pflegesituation haben professionelle Pflegekräfte auch die Möglichkeit, Überlastungserscheinungen bei pflegenden Angehö-

[334] siehe Abschnitt I.3.3 und 3.6

rigen frühzeitig zu erkennen und Hilfen aufzuzeigen und anzubieten. Im Mittelpunkt der Beratungseinsätze steht ein Training im Umgang mit Hilfsmitteln, das Erlernen bestimmter Pflegetechniken oder einer rückenschonenden Arbeitsweise, das Aufzeigen von Entlastungsangeboten, die Beratung zum Umgang mit dementiell erkrankten Menschen, das Erörtern sozialrechtlicher Belange oder die Vermittlung weiterführender Hilfsangebote wie Wohnraum- oder Seniorenberatung.

Über die Verpflichtung nach § 37 SGB XI, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abzurufen – bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich, bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich – werden die Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug bereits mit dem ersten Bewilligungsbescheid der Pflegekasse informiert. Eine Erinnerung erfolgt durch die Pflegekasse spätestens nach Versäumen des Zeitpunkts des Beratungsgesprächs. Die Beratungsbesuche werden allerdings nach Aussage der Landesverbände der Pflegekassen in Niedersachsen fast zu 100 % abgerufen. Bei den zahlenmäßig wenigen Weigerungen, die Beratung durch einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, klären die Kassen über die möglichen Folgen (Kürzung oder Entzug des Pflegegeldes) auf. Dies hat meistens die Abrufung der Beratung zur Folge. Nach Auskunft der Landesverbände der Pflegekassen in Niedersachsen wurden bislang nur in einigen wenigen Fällen die Sanktionen des § 37 Abs. 6 SGB XI ergriffen.

Bei der Frage, ob die Pflege sichergestellt ist, hat sich die Beraterin / der Berater unter Berücksichtigung individueller und situativer Aspekte zu orientieren

- an der körperlichen, psychischen und kognitiven Verfassung der Pflegebedürftigen
- an der Pflegestrategie
- an der Situation der Pflegeperson (Belastung und Belastbarkeit)
- am sozialen Umfeld der konkreten Pflegesituation
- an der Wohnsituation einschl. möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen.

Werden Defizite in der häuslichen Pflege festgestellt, sind diese zu begründen. Die weitestgehende Form eines Pflegemissstandes sind Misshandlung und Vernachlässigung der pflegebedürftigen Person. **Nach Auskunft der Landesverbände der Pflegekassen in Niedersachsen ist im Jahr 2004 kein Fall bekannt geworden, in dem die**

häusliche Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen nicht sichergestellt war. Bei ca. 20 v. H. der Beratungsbesuche wurden Anregungen zur Verbesserung der Pflegesituation gemacht, die sich insbesondere auf Pflegehilfsmittel bezogen.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben für den Nachweis über einen Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI, dem Gesetzesauftrag folgend, ein Standardformular vorgegeben, das Rückschlüsse zulässt,

- ob die Pflege gesichert ist
- ob die Pflege nicht sichergestellt ist, mit Angaben zur Qualität der tatsächlichen Pflegesituation
- welche Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation angeregt werden.

Eine Meldung ohne Dokumentation des Ergebnisses des Pflegeeinsatzes erfolgt, wenn der Pflegebedürftige den Feststellungen nicht zugestimmt hat. Die Mitteilungen der ambulanten Pflegedienste an die Pflegekassen sind die Grundlage für mögliche weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. haben zudem, der gesetzlichen Vorgabe des § 37 Abs. 5 SGB XI entsprechend, gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger auf Bundesebene unter Beteiligung des MDS Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche erarbeitet. Eine Vereinbarung hierüber ist bislang an der Weigerung der Verbände der Leistungserbringer unter Hinweis auf die dafür unzureichenden Vergütungen für die Beratungsbesuche, die gesetzlich festgeschrieben sind (§ 37 Abs. 3 Satz 4 SGB XI) , gescheitert. Insofern stellen diese **Qualitätsmaßstäbe für die Beratungsbesuche** derzeit noch keine verbindliche Handlungsgrundlage dar. **Es ist** jedoch **davon auszugehen, dass sie als Orientierungsmaßstab und Leitfaden von der Praxis aufgenommen werden**.

An den Beratungsbesuchen beteiligen sich fast alle ambulanten Pflegedienste. Grundsätzlich wird zwar moniert, dass die Vergütung für die zeitaufwendigen Beratungen zu gering ist. Gleichzeitig wird von den Pflegediensten nicht verkannt, dass der Beratungsbesuch eine Möglichkeit der Akquise künftiger Kunden darstellt, und als solcher einen zusätzlichen Wert für die Pflegeeinrichtung hat. Außerdem steigt die Rentabilität

des Einsatzes mit zunehmender Dauer der häuslichen Pflege im Fall der Personalkontinuität bei der beratenden Fachkraft des Pflegedienstes.

Für die Beratung werden ausschließlich Pflegefachkräfte, d. h. Altenpflegerinnen und -pfleger und Gesundheits- und Krankenpflegrinnen und –pfleger der ambulanten Pflegedienste entsprechend den gesetzlichen Anforderungen eingesetzt (§ 37 Abs. 4 SGB XI). Der Zeitaufwand für die Beratungsbesuche wird für die Pflegestufen I und II mit 30 bis 45 Minuten, bei der Pflegestufe III mit 45 bis 60 Minuten angegeben. Im Einzelfall – insbesondere beim Erstbesuch – kann der Zeitbedarf aber auch deutlich darüber hinaus gehen.

Bewertung

Die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI stellen die derzeit einzige Form einer systematischen „Qualitätsermittlung“ der pflegerischen Versorgung bei privat organisierter Pflege dar. Mit der Änderung und Ergänzung der Vorschrift des § 37 SGB XI im Zuge der Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes auf der Grundlage der Ergebnisse einer umfangreichen empirischen Untersuchung im Auftrage des MS (damals MFAS)[335]

- wurde die ursprüngliche Kontrollfunktion der Bestimmung mit der Folge von Leistungsentzug im Falle der Feststellung einer nicht gesicherten häuslichen Pflege mit Wirkung zum 01.01.2002 zugunsten des Beratungsauftrages abgeschafft (Paradigmenwechsel),
- wurden die Spitzenverbände der Pflegekassen zur Erarbeitung von Qualitätsmaßstäben für die Beratungsbesuche sowie von einheitlichen „Berichtsformularen“ für die Pflegedienste verpflichtet (s. o.),
- wurde die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer doppelten Anzahl von Beratungen für Familien mit dementiell erkrankten Angehörigen eingeführt.

Ungeachtet dieser wesentlichen Verbesserungen lässt allerdings die Umsetzung der Bestimmungen nach Berichten aus der Praxis und von Seiten der Pflegekassen bis heute in zweierlei Hinsicht unbefriedigt:

[335] „Der Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bei selbst beschaffter Pflegehilfe“ IES GmbH (Hrsg.), ISBN 3-933272-34-3, Hannover 2001

- die Möglichkeiten einer intensiven Beratung werden bisher von den pflegenden Angehörigen dementiell Erkrankter kaum in Anspruch genommen und

- die Objektivität der Berichte der die Beratungsbesuche ausführenden Pflegedienste im Blick auf die Feststellung einer nicht oder nicht hinzureichend sichergestellten Pflege und Betreuung der privat Gepflegten muss bezweifelt werden vor dem Hintergrund der Interessenkollision zwischen Qualitätssicherungsauftrag und (berechtigtem) Wirtschaftsinteresse.

Letzteres wäre im Zuge der anstehenden Reform der Pflegeversicherung dahingehend zu überdenken, die Aufgabe ausschließlich durch von der Pflegekassen beauftragte, jedoch von ihnen nicht angestellten Pflegefachkräfte durchführen zu lassen. Die Möglichkeit hierzu räumt das Gesetz bereits jetzt ein, von ihr wird jedoch nach Kenntnis des MS von den Pflegekassen bislang kein Gebrauch gemacht. Leider ist die damalige Bundesregierung in 2001 entsprechenden Vorschlägen Niedersachsens und einiger anderer Bundesländer nicht gefolgt. Hinsichtlich der Nutzung der verstärkten Beratung im Fall vorliegender Demenz ist zu hoffen, dass im Zusammenhang mit dem festzustellenden allmählichen Wandel des Bewusstseins der Bevölkerung von dementiellen Erkrankungen auch die bei den betroffenen Pflegepersonen vielfach noch vorhandenen Hemmungen, Hilfen Dritter in Anspruch zu nehmen, geringer werden und das Angebot künftig stärker genutzt wird.

Beratungsangebote nach § 45 SGB XI (Kurse für pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende)

Eine weitere Hilfe für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen stellen die von den Pflegekassen nach § 45 SGB XI unentgeltlich angebotenen Schulungskurse dar (s. o.). Durch sie sollen pflegerische Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt, die pflegebedingte Belastung gemindert und das soziale Engagement im Bereich der Pflege gefördert und gestärkt werden.
Die Pflegekassen in Niedersachsen verzeichnen trotz verschiedener Werbekampagnen ein geringes Interesse an diesen in der Regel mehrstündigen Unterweisungen, die auch in der häuslichen Umgebung abgehalten werden kann. Die wenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der im Jahr 2004 durchgeführten Pflegekurse waren in der Regel an speziellen Pflegethemen interessiert:

- Sterbebegleitung
- Hospizarbeit

- Erste Hilfe
- Ernährungsfragen
- krankheitsbezogene Pflege
- Demenz
- Pflegeversicherung und MDKN
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht
- Notdienste
- Informationen über Alten- und Pflegeheime.

Ungeachtet der vergleichsweise geringen Resonanz auf die Angebote sollten sie – ggf. unter anderer Schwerpunktsetzung – fortgeführt werden. **Berichten aus der Praxis zufolge wird in zunehmendem Maß von den pflegenden Angehörigen von der Möglichkeit einer konkreten Beratung und Unterweisung in der Wohnung der oder des Gepflegten Gebrauch gemacht. Erwägenswert erscheint in diesem Zusammenhang die Erarbeitung von Leitlinien und Qualitätsmaßstäben für Beratungsangebote für pflegende Angehörige im Rahmen der Tätigkeit des Landespflegeausschusses.**

4.2.3 Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz

Durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 05.11.2001 (BGBl. I S. 2960) und durch die Änderung des 11. Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) das sog. Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, die beide am 01.01.2002 in Kraft traten, wurden die rechtlichen Grundlagen zur Verpflichtung für ein aufeinander abgestimmtes und sich arbeitsteilig ergänzendes Zusammenwirken der ordnungs- und schutzrechtlich agierenden Heimaufsicht und des für die Pflegekassen die Qualität der Pflege nach SGB XI prüfenden MDKN geschaffen.

Bis dahin erfolgte das Prüfgeschehen von Heimaufsicht und MDK weitgehend ohne Koordination. Während durch die Qualitätsprüfungen des MDK auf der Basis von § 80 SGB XI u. a. der Nachweis über eine vertragsgemäße Leistungserbringung durch die Pflegedienste und Pflegeheime und in diesem Zusammenhang einer fachlichen qualitätvollen und für die Versicherten zufrieden stellenden Pflege und Betreuung geführt werden sollte, prüfte die Heimaufsicht stationäre Pflegeeinrichtungen regelmäßig

mindestens einmal jährlich, angemeldet oder unangemeldet, ggf. zusätzlich anlassbezogen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Beachtung und Umsetzung der bundesrechtlich festgelegten Mindeststandards des Heimgesetzes und der dazu ergangenen Verordnungen zum Schutz der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.

Mit den genannten Gesetzen von 2002 wurden die beiden Prüfverfahren zur Steigerung der Effizienz und der Qualität von Pflege und Betreuung zusammengeführt.
Nach § 20 HeimG sind zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in den Heimen sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung Arbeitsgemeinschaften einzurichten. Vertreten in diesen Arbeitsgemeinschaften sind die örtlichen Heimaufsichtsbehörden, der Medizinische Dienst, die Pflegekassen, deren Landesverbände und der / die Sozialhilfeträger. Den Vorsitz und die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft führen die für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Behörden. Das sind in Niedersachsen für alle Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI die Landkreise, kreisfreien und großen selbständigen Städte.
Ein Zusammenschluss mehrerer Kommunen zu einer Arbeitsgemeinschaft ist möglich und wird in Niedersachsen praktiziert (s. u.). Die Arbeitsgemeinschaften sind verpflichtet, mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, den kommunalen Trägern und den sonstigen Trägern von Pflegeeinrichtungen sowie deren Vereinigungen, den Verbänden der Bewohnerinnen und Bewohner und den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Betreuungsbehörden vertrauensvoll zusammen zu arbeiten.
§ 117 SGB XI bestimmt parallel die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen und des MDK(N) zur Zusammenarbeit bei der Zulassung und der Überprüfung von Pflegeheimen insbesondere durch

- gegenseitige Information und Beratung,
- Koordination ihrer Prüftätigkeit u. a. Terminabsprachen für gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen,
- Einvernehmen bzw. Verständigung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Abstellung von Mängeln bzw. die in Einzelfall notwendigen Maßnahmen.

In den Jahren 2002 und 2003 wurden in Niedersachsen 192 Heimprüfungen gemeinsam mit dem MDKN durchgeführt[336]. Diese Kooperation soll noch intensiviert werden.

[336] nach Berichten der Heimaufsichtsbehörden für den Bericht der Bundesregierung über die Situation der Heime nach § 22 Abs. 1 HeimG (bislang nicht veröffentlicht)

Ferner soll sichergestellt werden, dass Doppelprüfungen vermieden werden. Bei dem Zusammenarbeitsgebot handelt es sich um eine verbindliche Rechtspflicht aller Beteiligten.
Sie konkretisiert sich u. a. in der wechselseitigen Unterrichtung und Koordinierung der Prüftätigkeit und der Absprache über die zur Qualitätssicherung erforderlichen Maßnahmen, in der Erörterung und Abklärung etwaiger Maßnahmen zur Mängelbeseitigung sowie in Absprachen welche Schritte innerhalb welchen Zeitrahmens von wem vorzunehmen sind. Zur Koordinierung der Prüftätigkeit gehört auch, dass die Beteiligten Terminabsprachen für eine gemeinsame oder eine arbeitsteilige Überprüfung der Heime treffen. Stellt die Heimaufsichtsbehörde z.B. Mängel in einem Pflegeheim fest, so hat sie sich mit den Landesverbänden der Pflegekassen in Niedersachsen und dem zuständigen Sozialhilfeträger mit dem Ziel der Verständigung in Verbindung zu setzen, bevor sie Aufsichtsmaßnahmen ergreift (sofern nicht Gefahr im Verzuge ist).

Der **Auftrag des Bundesgesetzgebers zur Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz ist** inzwischen **in Niedersachsen flächendeckend umgesetzt**. Mit einer Zahl von **20** solcher **Arbeitsgemeinschaften** (siehe nachfolgende Übersicht) wurde sowohl den Organisationsstrukturen der Heimaufsicht (53 kommunale Heimaufsichtsbehörden) als auch den Pflegekassen, ihrer Verbände auf Landesebene und des MDKN Rechnung getragen. Demzufolge sind in einer Arbeitsgemeinschaft oft mehrere kommunale Heimaufsichten vertreten. Dies führt bei Beratungen über einzelne Heime aus Datenschutzgründen zu Sitzungen mit wechselnder Besetzung von Seiten der Heimaufsichtsbehörden. Dies stellt jedoch nach Auskunft von dort keine wesentliche Beeinträchtigung der Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaften dar.

Übereinstimmend wird von den Mitgliedern die Zusammenarbeit innerhalb der Arbeitsgemeinschaften als positiv bewertet, weil sich insbesondere der Austausch von Informationen wesentlich verbessert habe. Die Arbeitsgemeinschaften sind trotz ihres erst vergleichsweise kurzen Bestehens bemüht, die vom Gesetzgeber geforderte Koordinierung der verschiedenen Prüftermine zu intensivieren und zu verbessern.
Die Einrichtung der Arbeitgemeinschaften wird von allen Beteiligten mittlerweile als ein sinnvolles Instrument zur Erreichung der gesetzlichen Vorgaben und zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen geschätzt. Es besteht Grund zu der Annahme, dass ihre Arbeit zu einer noch effizienteren Prüftätigkeit führen wird.
Die in den Sitzungen behandelten Themen werden von den Mitgliedern eingebracht.

Bereits heute gelingt es nach den Berichten aus der Praxis in der Mehrzahl der Fälle, Einvernehmen über Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur Abstellung von Mängeln zu erreichen. Da die Arbeitsgemeinschaften allerdings erst am Beginn ihrer Tätigkeit stehen, liegt es in der Natur der Sache, dass sich zunächst gewisse Verfahrensweisen in der Zusammenarbeit etablieren müssen, um den Auftrag in der gewünschten Effektivität erfüllen zu können.

Als wesentlich wird es dabei von allen Beteiligten angesehen, dass MDKN und Heimaufsicht auf einer einheitlichen gemeinsamen Grundlage zusammenarbeiten. Eine entsprechende Handlungsempfehlung wird von allen Beteiligten unter Moderation des MS zur Zeit erarbeitet[337]. Sie bedarf letztlich der Zustimmung der Landesorganisationen der Pflegekassen in Niedersachsen und der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände in Niedersachsen.

[337] Dies entspricht der Zielsetzung nach § 117 SGB XI sowie nach § 20 Heimgesetz und der darauf zurückgehenden QPR (siehe a. a. O) sowie dem Beschluss der 82. ASMK vom 17. / 18. 11 2005 (siehe a. a. O.) und der Koalitionsvertrag auf Bundesebene vom 11.11.2005, dort S. 108

<u>Übersicht:</u>

Arbeitsgemeinschaften nach § 20 HeimG in Niedersachsen

1. Städte Oldenburg, Delmenhorst und Wilhelmshaven, Landkreise Friesland, Wesermarsch, Ammerland und Oldenburg
2. Stadt Emden, Landkreise Aurich, Wittmund und Leer
3. Landkreise Emsland und Grafschaft Bentheim
4. Landkreise Cloppenburg und Vechta
5. Stadt und Landkreis Osnabrück
6. Stadt Göttingen, Landkreise Göttingen und Northeim
7. Stadt Goslar, Landkreise Goslar und Osterode a. H.
8. Städte Braunschweig und Salzgitter und Landkreis Peine
9. Stadt Wolfsburg, Landkreise Gifhorn, Helmstedt und Wolfenbüttel
10. Landkreise Lüchow-Dannenberg und Uelzen
11. Stadt Celle und Landkreis Celle
12. Stadt Cuxhaven, Landkreise Verden, Osterholz, Rotenburg und Cuxhaven
13. Stadt Lüneburg, Landkreise Harburg, Lüneburg, Stade und Soltau-Fallingbostel
14. Landkreis Diepholz
15. Landkreis Hameln-Pyrmont und Stadt Hameln
16. Landkreis Hildesheim und Stadt Hildesheim
17. Landkreis Nienburg
18. Landkreis Schaumburg
19. Region Hannover und Landeshauptstadt Hannover
20. Landkreis Holzminden

4.2.4 Einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung und Zertifizierungen

Das Qualitätssicherungsgesetz vom 09.09.2001 (BGBl I S. 2320) hält zwar an der Regelung des § 80 SGB XI über die Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität fest, ordnet und gewichtet jedoch gleichzeitig die Vorschriften zur Qualitätssicherung neu , indem es ausdrücklich die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist, den Einrichtungsträgern überträgt, diese sogar als Voraussetzung zum Abschluss des Versorgungsvertrages macht (§ 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI) und deren Verantwortung für die Leistungserbringung insoweit eine höhere Bedeutung beimisst.

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement als Grundlage der Qualitätssicherung erhält damit einen eindeutigen Vorrang vor entsprechenden Anstößen aus externen Prüfungen (Qualitätsprüfungen des MDK, Prüfungen der Heimaufsicht, Prüfungen weiterer Prüfinstanzen). Mit dieser Vorgabe ist der Bundesgesetzgeber der Erkenntnis gefolgt, dass Qualitätsentwicklung in erster Linie in der Pflegeeinrichtung entstehen muss. Internes Qualitätsmanagement hat einen höheren Wirkungsgrad als externe Qualitätsprüfungen. Sie können gleichwohl unterstützend hilfreich sein. Sie bleiben auch im Blick auf die derzeit noch festzustellenden Mängel (siehe Abschnitt 4.2.1) auf absehbare Zeit erforderlich.

Internes Qualitätsmanagement ist das Bestreben von Trägern und Einrichtungen, den Forderungen der Qualitätssicherung durch innerbetriebliche Maßnahmen gerecht zu werden und darüber hinaus eigene Vorstellungen hinsichtlich der Dienstleistung zu realisieren.

In den letzten Jahren sind eine Reihen von Standards für das innerbetriebliche Qualitätsmanagement der Industrie in Gestalt von DIN-Normen entwickelt worden. Sie werden zunehmend auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft angewandt. Nach der Beschreibung dieser DIN-Norm für die Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagements genannt : DIN EN ISO 9000 :2000[338] beinhaltet Qualitätsmanagement „alle Tätigkeiten des Managements, die im Rahmen des Quali-

[338] Diese ISO-Norm wird regelmäßig alle 5 Jahre überarbeitet. Ab dem Jahr 2000 liegt sie in überarbeiteter Form vor (DIN EN ISO 9000:2000). Siehe auch WIdO 51 „Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen“ ISBN 3-922093-35-3

tätsmanagement-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und die Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung verwirklichen“. Seit der Herausgabe der neuen DIN EN ISO 9001:2000 wird der Begriff „ Produkt“ auch für die soziale Dienstleistung und somit für die Pflege verwendet.

Die Einrichtungen können Qualitätsmanagement mit eigenen Kräften und Mitteln (intern) ein- und durchführen oder mit Hilfe externer zumeist privatwirtschaftlich organisierter Qualitätsmanagementberater implementieren. Nach allgemeiner Auffassung profitiert Qualitätsmanagement vom ausgewogenen Verhältnis zwischen internen und externen Formen der Qualitätssicherung.

In der Regel beginnt die interne Qualitätssicherung mit der Selbstbewertung und Evaluation der Einrichtung. Durch eine systematische und unabhängige Untersuchung wird festgestellt, ob die Leistungen und die erzielten Ergebnisse der Einrichtung den Vorgaben entsprechen, gelebt und verwirklicht werden.
Die Ziele werden außer durch die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie die fachlichen Standards bestimmt durch die Ideen, Werte und Ziele – das Leitbild – der Einrichtung. Dadurch werden die Hauptelemente der internen Qualitätssicherung bestimmt:

- Personalmanagement
- Pflegekonzept
- Fortbildungskonzept
- Pflegeprozess
- Tagesstrukturierung
- Umgang mit Kunden / Bewohnerinnen und Bewohnern
- Umgang mit Beschwerden
- Systematische und zeitnahe Reflexion dieser Bereiche.

Internes Qualitätsmanagement benötigt die Verantwortung aller Ausführungsebenen. Es muss von der Leitung der Einrichtung gewollt, vorgelebt und gesteuert werden. Qualitätsmanagement in der Pflege erfolgt unter Beachtung der Leistungsstruktur und der vorhandenen Ressourcen prozess-, kunden- und kostenorientiert. Wichtigstes Prinzip des Qualitätsmanagements ist die Mitarbeiterorientie-

rung, d. h. in das Verfahren müssen alle Mitglieder einer Organisation – z. B. in Qualitätszirkeln – einbezogen sein, denn die Mitarbeiter bestimmen maßgeblich jegliche auf Qualität gerichtete Maßnahme einer Einrichtung.

Im Zusammenhang mit der Durchführung eines internen Qualitätsmanagements wird vielfach vor dem Hintergrund der vom SGB XI geschaffenen und sich in der Wirklichkeit verschärfenden Wettbewerbssituation im Rahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung – Beratung und Außenkontrolle – eine Zertifizierung oder ein Qualitätssiegel angestrebt. Solche „Belege“ dienen zudem Marketingzwecken; mit ihnen soll den Verbrauchern signalisiert werden, dass die Leistungen der Einrichtung von geprüfter Qualität sind. Bundesweit hatten in 2004 rd. 10 % aller ambulanten und stationären Einrichtungen ein Qualitätssiegel oder Zertifikat erlangt.[339]

Durch die Zertifizierung oder die Erlangung eines Qualitätssiegels – beides ist in die Freiwilligkeit des Trägers oder der Einrichtung gestellt – wird nach einem formellen Verfahren durch unparteiische Dritte schriftlich bestätigt, dass, im Fall von Pflegeeinrichtungen die Dienstleistung „Pflege und Betreuung“, die vorgeschriebenen Anforderungen erfüllt. Es gibt derzeit mehr als 40 Zertifizierungsunternehmen, die vom Deutschen Akkreditierungsrat (DAR) für die Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen zugelassen sind. Davon hat etwa ein Drittel bereits Pflegeeinrichtungen daraufhin überprüft, ob deren Qualitätsmanagementsystem den vorgegebenen Kriterien der DIN EN ISO 9000 - 9004 entspricht und ein dementsprechendes Zertifikat erteilt.

„Zertifikate“ für Qualitätsmanagementsysteme werden zur Zeit nur für die Systeme vergeben, die auf den Vorgaben der DIN EN ISO 9000-Familie aufgebaut sind. Diese sich an bestimmten Normen der Produktion wie für Produkte orientierten Verfahren erläutern Begriffe, geben einen Überblick über Ziele und Verantwortlichkeiten, prüfen Arbeitsabläufe und Kommunikation im Blick auf Leistungsverbesserung und Kundenzufriedenheit. Eine Bewertung spiegelt die auf den Prüfzeitraum bezogene Situation einer Einrichtung wieder.

[339] WidO, a. a. O.

„Qualitätssiegel“ für eigenständige, träger- oder verbandsbezogene gestaltete Qualitätsmanagementsysteme sind nicht an ein akkreditiertes Prüfsystem oder Prüfunternehmen gebunden. Qualitätssiegel werden von vielen Verbänden und Arbeitsfeldern, gelegentlich sogar einzelnen Einrichtungen, aufgrund eigener Prüfmodelle oder Musterhandbücher zum Qualitätsmanagement verliehen. Oft sind diese Überprüfungen an die o. g. Zertifizierungsverfahren angelehnt.

Nach dem EFQM- Modell (European Foundation for Quality Management), mit dem Ansatz des „Total Quality Management“ (TQM), einem auf dauerhafte, immer wieder erneut zu durchlaufende Qualitätsentwicklung ausgerichteten System, können den danach überprüften Einrichtungen „ Excellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeiter und Gesellschaft“ bestätigt werden. Die oberste Stufe dieser Überprüfung stellt der „European Quality Award“ dar.

Die Vielzahl der unterschiedlichen Schwerpunkte und Strategien der Anbieter von Zertifizierungen und Qualitäts- und Gütesiegeln stellt trotz gewisser Übereinstimmungen zwischen den Prüfverfahren keine Vergleichbarkeit und Transparenz des Pflegemarkts her. Daher sind zur Zeit Zertifizierungen und Gütesiegel für Verbraucher keine echte Entscheidungshilfe für die Wahl einer guten Einrichtung. Der Verbraucher kann nicht sicher sein, dass er tatsächlich eine in allen Qualitätsdimensionen gute Einrichtung gefunden hat. Die genannten Ausweisungen sind kein Garant für umfassend hohe Pflegequalität. Sie geben je nach Anbieter und Prüfunternehmen möglicherweise nur zu einigen und zu verschiedenen Aspekten der Qualität von Einrichtungen Auskunft.

Nach Erkenntnissen des MDS aus Qualitätsprüfungen bei zertifizierten und nicht zertifizierten Pflegeeinrichtungen[340] waren bei Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagementsystem insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität keine Qualitätsunterschiede feststellbar[341].

Aus diesen Gründen stehen die Verbände der Pflegekassen in Niedersachsen Zertifizierungen derzeit zurückhaltend gegenüber. Zum einen ersetzen Zertifizierungen und Qualitätssiegel nicht die Qualitätsprüfungen des MDK – im übrigen

[340] 1. Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI, November 2004, a. a. O.
[341] der geringen Fallzahl der MDK-geprüften Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement und der damit begrenzten Aussagegültigkeit wegen wurde auf eine Veröffentlichung dieser Erkenntnisse bislang verzichtet.

auch nicht diejenige der Heimaufsicht – , denn die Parameter zu Qualität und Wirtschaftlichkeit entsprechen nicht unbedingt denjenigen des SGB XI, der darauf beruhenden vertraglichen Vereinbarungen, und denjenigen des MDK (bzw. der Heimaufsicht).
Die Vielfalt der Qualitätsmanagement- und Prüfsysteme bietet zudem für die Verbände der Pflegekassen keine Transparenz des Pflegemarkts, keine Möglichkeit des Vergleichs sowie der Kommunikation und Verständigung über die Qualität der Einrichtungen.

Die **Verbände der Pflegekassen in Niedersachsen** sehen allenfalls ein standardisiertes einheitliches Zertifizierungsverfahren, das die Pflegequalität und qualitätsverbessernde Maßnahmen in den Vordergrund stellt, als bedenkenswert an. Im Februar 2005 haben sie daher **dem MDKN den Auftrag erteilt, einen Katalog zu erarbeiten, der Anforderungen an Zertifizierungsverfahren beschreibt**. Da Einrichtungsträger oft in verschiedenen Bundesländern Einrichtungen betreiben, sah es der MDKN aus Gründen der systematischen Betriebsorganisation und aus wirtschaftlichen Erwägungen als notwendig an, bundesweit ein einheitliches QM-System vorzuschlagen. Der MDKN leitete den Auftrag der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen an die Sozialmedizinische Expertengruppe Pflege der MDK-Gemeinschaft weiter, um dadurch mehrere MDK und den MDS an der Auftragsbearbeitung zu beteiligen.

Derzeit wird eine Grundsatzstellungnahme erstellt, die der MDKN als direkter Auftragnehmer den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen zu gegebener Zeit mit der Empfehlung übergeben wird, einen Konsens auf Spitzenverbandsebene anzustreben. Es ist davon auszugehen, dass die Inhalte der Zertifizierung, die sich auf die Pflege beziehen, auf die Prüfanleitung der MDK-Gemeinschaft abgestimmt sind.

Anlässlich des Antrags der Fraktion der SPD im Niedersächsischen Landtag „Zertifizierung von Pflegeeinrichtungen unterstützen“ LT-Drucksache 15/1418 vom 10.11.2004 haben sich die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen dahin gehend geäußert, dass sie es grundsätzlich für vorstellbar halten, eigene Qualitätsprüfungen für einen noch zu bestimmenden Zeitraum nur auf nicht zertifizierte Einrichtungen zu beschränken, sofern die Beurteilung von Zertifizie-

rungen nach einheitlichen Kriterien möglich und die Akzeptanz aller Beteiligten gegeben ist.

Das würde jedoch nicht für anlassbezogene Prüfungen gelten. Außerdem würden sich die Landesorganisationen der Pflegekassen das Recht vorbehalten, zertifizierte Einrichtungen im Rahmen von Stichprobenprüfungen auf die gleichbleibende Qualität der einzelnen Zertifizierungsmaßnahmen hin zu überprüfen.

Die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen vertreten keine einvernehmliche Auffassung zur Zertifizierung. Einerseits wird Vereinheitlichung und Transparenz bei Zertifizierungen, verbunden mit der Einführung von Mindeststandards, befürwortet; andererseits werden einheitliche standardisierte Zertifizierungen, da über die Anforderungen des SGB XI hinausgehend und wegen der erheblichen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen, die sie erfordern, für nicht sinnvoll erachtet.
Die von einigen Leistungsanbietern in der Pflege angedachte staatliche Anerkennung der Zertifizierungsverfahren widerspricht dem Grundsatz der selbstverantworteten Qualitätssicherung und -entwicklung und der Selbstverwaltung in der Pflegeversicherung sowie den Bemühungen um Bürokratieabbau und Deregulierung.

Ein wesentliches Hindernis auf dem Weg zur einheitlichen Zertifizierung wird in den fehlenden einheitlichen Rahmenbedingungen der Pflege insbesondere in dem pflegewissenschaftlich noch nicht konsensuierten Begriff der „guten Pflege“ bzw. „hohen Pflegequalität“ und einem anerkannten Personalbemessungssystem gesehen, ebenfalls in der Sicherstellung der Finanzierung der Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsverfahren.

Die Frage, ob und in welcher Ausgestaltung neben den Prüfungen des MDKN bei ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und zudem den Prüfungen der Heimaufsicht bei Heimen als weitere allgemein anerkannte externe Maßnahmen der Qualitätssicherung sich Zertifizierungen, Qualitäts- oder Gütesiegel durchsetzen, kann heute noch nicht beantwortet werden.
Unter dem Gesichtspunkt der Entscheidungshilfe für Verbraucher mit ihren speziellen Bedürfnissen wäre eine Weiterentwicklung der Zertifizierungsver-

fahren als eine Möglichkeit der Herstellung von Transparenz und Vergleichbarkeit des Pflegemarkts durchaus wünschenswert. Gleiches gilt auch unter dem Aspekt der Verringerung des Prüfaufwandes beim MDK und bei den Heimaufsichten im Blick auf einen möglichen Verzicht auf Qualitätsprüfungen bzw. Verringerung der Taktzeiten solcher Prüfungen durch Anerkennung der Zertifikate der externen Prüfer. Die mit einer Zertifizierung verbundenen Kosten für die Einrichtungen wie auch der damit verbundene bürokratische Aufwand sprechen grundsätzlich gegen Zertifizierungen, nicht jedoch gegen externes Qualitätsmanagement.

4.2.5 Ausbildung und Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen

Gute Pflege braucht gut ausgebildetes Pflegepersonal, das in der Lage ist, jeweils nach dem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen die pflegerische Versorgung bedarfsgerecht, gleichmäßig und nach dem anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechend durchzuführen.

Als verantwortliche Pflegefachkräfte nach § 71 SGB XI, unter deren ständiger Verantwortung ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Pflegebedürftige pflegen und hauswirtschaftlich versorgen und als weitere geeignete Pflegefachkräfte kommen ausweislich der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI primär Altenpflegerinnen / Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger in Frage; als pflegerische Hilfskräfte Altenpflegehelferinnen und –helfer und Krankenpflegehelferinnnen und –helfer. In geringem Umfang finden als Pflegefachkraft Heilerziehungspflegerinnen und –pfleger und als pflegerische Hilfskraft Heilerziehungshelferinnen und –helfer in der allgemeinen Pflege Anstellung. Heilerziehungspflegerinnen und –pfleger können nach § 71 Abs. 3 SGB XI bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, auch als verantwortliche Pflegefachkraft eingesetzt werden.[342]

[342] siehe hierzu im einzelnen Abschnitt I.3.3

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Die Pflege nach SGB XI bezieht sich weitgehend auf alte Menschen (siehe auch Abschnitt I.1). Altenpflegerinnen und Altenpfleger stellen daher in besonderer Weise geeignete Fachkräfte für die Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI dar.

Für diesen vergleichsweise jungen Pflegeberuf wurde in Niedersachsen als dem zweiten Bundesland nach NRW erstmals 1972 die Ausbildung staatlich geregelt. Eine zunehmende Zahl älterer pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen, der Rückgang der Familien- und Nachbarschaftshilfe und ein zu geringer Übergang von Krankenpflegekräften in die Altenpflege mit der Folge eines Personalmangels dort waren hierfür die ausschlaggebenden Impulse. Ungelernte bzw. angelernte Kräfte verfügten nicht hinreichend über die notwendigen altenpflegerischen, gerontologischen und gerontopsychiatrischen, rehabilitativen und sozialen Fachkenntnisse für die Pflege.
Die vorläufige Ausbildungs- und Prüfungsordnung und staatliche Anerkennung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern von 1972 (RdErl. d. MS v. 22.6.1972, MBl. S. 1006) legte für die damals vorerst zweijährige Ausbildung (als Teilzeitausbildung: 3 Jahre bei gleichzeitigem Teilzeitarbeitsvertrag) einen Lehrgang an staatlich anerkannten Altenpflegeschulen von 700 Stunden theoretischem Unterricht und 1.200 Stunden praktischer Ausbildung und eine grundsätzlich ein Jahr dauernde praktische Tätigkeit fest. Die Ausbildung wurde in den folgenden Jahren mehrfach inhaltlich differenziert, wobei der theoretische Anteil der Ausbildung umfangreicher wurde als der praktische.

Etabliert und auf das fachliche Niveau des Krankenpflegeberufs gehoben wurde der Beruf der Altenpflegerin / des Altenpflegers durch das Niedersächsische Gesetz über die Berufe in der Altenpflege – Altenpflege-Berufegesetz – (APBG) vom 20.06.1996 (Nds. GVBl. S. 276) und die zeitgleich in Kraft tretende Verordnung für andere als ärztliche Heilberufe vom 01.07.1996 (Nds. GVBl. S. 325):

- Die Altenpflegeausbildung wurde auf drei Jahre erweitert, wovon 1.920 Stunden auf die theoretische Ausbildung und 1.320 Stunden auf die praktische Ausbildung entfielen.

- Die bestehende Zuordnung des Altenpflegeberufs zu den anderen Heilberufen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz in Form der Erlaubnis zur Führung der geschützten Berufsbezeichnung wurde erstmals in der Bundesrepublik normiert.

- Der Abschluss eines Ausbildungsvertrags mit der Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung wurde verpflichtend für die Träger der praktischen Ausbildung – stationäre und ambulante Altenpflegeeinrichtungen – vorgeschrieben.

Niedersachsen ordnete den Altenpflegeberuf seit jeher aufgrund seines Schwerpunktes im heilkundlichen Bereich – vor dem sozialpflegerischen Bereich – und den der Berufsausübung innewohnenden Risiken für die Gesundheit der Pflegebedürftigen den einer Zulassung bedürftigen anderen Heilberufen des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG zu. Die Rechtmäßigkeit dieser Auffassung bestätigte das Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 24. Oktober 2002 – 2 BvF 1/01-. Mit dieser Feststellung des Bundesverfassungsgerichts wurde auch die Regelungszuständigkeit des Bundes im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung für das bundesrechtliche Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) vom 17.11.2000 anerkannt, das dann in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.8.2003 (BGBl. I S. 1690) alle landesrechtlichen Regelungen zum Beruf der Altenpflegerin / des Altenpflegers ablöste.

Finanzierung der Altenpflegeausbildung

Die Altenpflegeausbildung wurde nach ihrer ersten Regelung 1972 an staatlich anerkannten Schulen durchgeführt. Die Ausbildungskosten der in der Regel freien Schulträger wurden vorzugsweise durch Schulgeld der Schülerinnen und Schüler gedeckt.

1983 wurde die Ausbildung zwar in den Geltungsbereich des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG) einbezogen . Die Finanzierungsregelungen des NSchG fanden jedoch ausdrücklich keine Anwendung. Ab 1988 erfolgte eine Finanzierung der Ausbildung durch freiwillige Zuwendungen des Landes zu den Kosten der Lehrkräfte an die Fachschulen und durch Schulgeld der Schüler. Ab 1989 erhielten die Fachschulen – Altenpflege – auf Vertragsbasis Landeszuschüsse zur Gesamtdeckung ihrer Kosten in Höhe von 460 DM pro Schüler/Monat. Gleichzeitig

verpflichteten sich die Schulen vertraglich, Schulgeldfreiheit zu gewähren. Ab 01.08.1993 gelten für Altenpflegeschulen die Finanzhilferegelungen des NSchG .

Schulen in freier Trägerschaft erhalten Finanzhilfe zur Deckung der Sach- und Personalkosten nach den schulrechtlichen Vorgaben. An öffentlichen Schulen werden Investitionskosten von den Schulträgern (Kommunen) getragen. Bei Schulen in freier Trägerschaft entfällt dieser Teil der Finanzierung, so dass diese Schulgeld in unterschiedlichem Umfang erheben.

In der Zeit vom 01.08.1993 bis zum 31.07.1996 übernahm das Land auf freiwilliger Basis zusätzlich die nicht durch die Finanzhilfe nach dem NSchG gedeckten Kosten der Altenpflegeschulen, um Schulgeldfreiheit herzustellen. Das Land stellte diese freiwilligen Leistungen zur Herstellung der Schulgeldfreiheit ein, nachdem die Schülerinnen und Schüler Ausbildungsvergütung erhielten (mit In-Kraft-Treten des Nds. APBG ab 01.08.1996, s. o.), die ein angemessenes Äquivalent zu den Schulgeldforderungen darstellte.

Das Nds. Altenpflege-Berufegesetz regelte zudem die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung durch eine Umlage bei den nach §§ 71 und 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Umlageverordnung zum Altenpflege-Berufegesetz – UmlVO-APBG – vom 2.10.1996; Nds. GVBl. S. 427), an denen die praktische Ausbildung durchgeführt wurde und die den Ausbildungsvertrag abgeschlossen hatten.

Obwohl sich im Zuge der Anhörung zum Altenpflege-Berufegesetz eine breite Mehrheit für die Ausbildungsvergütung und das Umlageverfahren ausgesprochen hatte, fand das Verfahren nach seiner Einführung eine fortgesetzte unzureichende Akzeptanz unter Einlegung von Rechtsmitteln eines maßgeblichen Teils der Zahlungsverpflichteten. Insbesondere wurde die Vereinbarkeit der Umlage mit dem Grundgesetz angezweifelt. Das Umlageverfahren wurde daraufhin zum 01.08.1999 ausgesetzt, um die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts abzuwarten. Die nach dem genannten Zeitpunkt abgeschlossenen Ausbildungsverträge waren nicht mehr Bestandteil der Umlage. Die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung erfolgte für diese Altenpflegeschülerinnen und -schüler nach den Bestimmungen des § 82a SGB XI über die Pflegevergütung.

Das Umlageverfahren in Niedersachsen wurde zwar durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 17.07.2003 als verfassungsmäßig bestätigt. Die gescheiterte Umlage lebte aber – auch infolge der zwischenzeitlichen bundesrechtlichen Regelung der Berufe in der Altenpflege – nicht mehr auf.

Die Refinanzierungsverantwortung bezüglich der Ausbildungsvergütung liegt seither bei den Pflegeeinrichtungen, die mit den Auszubildenden den Ausbildungsvertrag abgeschlossen haben, nach den o. g. Bestimmungen des § 82a SGB XI. Zur Zeit zahlen die Kostenträger pro Auszubildender/m nach Maßgabe einer Empfehlung der Pflegesatzkommission für stationäre Pflegeeinrichtungen den ausbildenden stationären Pflegeeinrichtungen einen Betrag von 7.300 € jährlich zur Ausbildungsvergütung. Die nicht gedeckten Kosten der Ausbildungsvergütung muss die Pflegeeinrichtung aus ihrem Personalbudget erwirtschaften.
Ausbildende ambulante Pflegeeinrichtungen können die anfallenden Aufwendungen für die Ausbildungsvergütung in Höhe von 80 % auf die Pflegevergütung anrechnen (Beschluss der Pflegevergütungskommission vom 30.05.2000). Die verbleibenden 20 % müssen auch hier erwirtschaftet werden. Den Verteilungsmaßstab bilden die durch den jeweiligen Pflegedienst erbrachten Leistungspunkte des Vorjahres.

Altenpflegeschulen

Mit dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) vom 25.08.2003 hatte der Bund erstmals eine bundeseinheitliche Regelung für dieses Berufsbild vorgegeben. Zuvor war der Bildungsgang in Niedersachsen dem Fachschulbereich zugeordnet und führte zur Hochschulzugangsberechtigung. Fachschulen dienen der beruflichen Weiterbildung und verlangen als Aufnahmevoraussetzung eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Äquivalent (schulisch oder dual). Das hatte zur Folge, dass mit diesen schulsystematisch bedingten Zulassungsvoraussetzungen die Altenpflegeausbildung in Niedersachsen insgesamt mindestens vier Jahren dauerte. Mit Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes des Bundes in 2000 wird der Bildungsgang an Berufsfachschulen vermittelt, weil das Bundesgesetz die speziellen Zulassungsvoraussetzungen für Fachschulen nicht kennt. Seither führt der Besuch der Altenpflegeschule – nach Erfüllung

der Zulassungsvoraussetzungen – nicht mehr zu einer Hochschulzugangsberechtigung, weil der dazu erforderliche Umfang des allgemeinbildenden Unterrichts nicht mehr erreicht wird.

Die Verantwortung für die gesamte Ausbildung liegt ungeachtet der Tatsache, dass Schülerinnen und Schüler einen Ausbildungsvertrag mit einer Einrichtung vorlegen müssen, die eine Vergütung zu leisten hat, bei der Schule. Es handelt sich somit nicht um eine duale, sondern um eine vollschulische Ausbildung. Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) findet ausdrücklich keine Anwendung. Zugangsvoraussetzung ist der Realschulabschluss, ein weiterführender schulischer Abschluss kann durch die Ausbildung nicht erworben werden.
Die schulrechtlichen Normen gibt in Niedersachsen die Verordnung über berufsbildende Schulen (BbS-VO) vor; in sie sind die bundesrechtlichen Vorgaben eingeflossen. Es gelten ferner die ergänzenden Bestimmungen EB-BbS-VO. Die Fachlichkeit der Praxisanleitung, die von den Trägern der praktischen Ausbildung zu stellen ist, stellt der Erlass des MK vom 20. 04. 2005 sicher. Er besagt, welche Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Studiengänge zur Praxisanleitung berechtigen. Die Rahmenrichtlinien (RRL) für den Unterricht wurden 2003 wie in allen anderen Bildungsgängen auch im Lernfeldkonzept grundlegend überarbeitet.

Altenpflegehilfe

Seit dem 01.08.1991 war auch der Helferberuf in der Altenpflege – Altenpflegehelferin / Altenpflegehelfer – in seiner Ausbildung durch die Verordnung über Schulen für nichtärztliche Heilberufe vom 12.07.1990 (Nds. GVBl. S. 279) einjährig geregelt. Er wurde ebenfalls den anderen Heilberufen zugeordnet und erhielt als Zulassungsvoraussetzung eine geschützte Berufsbezeichnung.
Im Zusammenhang mit der Prüfung der Einordnung des Berufs der Altenpflegerin und des Altenpflegers als anderer Heilberuf nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG stellte das Bundesverfassungsgericht mit dem o. g. Urteil vom 24.10.2002 jedoch klar, dass der Helferberuf in der Altenpflege kein anderer Heilberuf ist aufgrund des Umstandes dass Altenpflegehelferinnen und –helfer nur „unter Anleitung einer Pflegefachkraft“ grund- und sozialpflegerischen Aufgaben durchführen können aber keine „heilkundlichen Aufga-

ben“. Nach dem genannten Urteil des BVerfG liegt die Regelungskompetenz für pflegerische Helferberufe bei den Ländern.

Der einjährige Bildungsgang „Altenpflegehilfe“ wird vollschulisch an Berufsfachschulen angeboten, wobei ein Praktikum in Einrichtungen der Altenhilfe über 15 Wochen obligatorisch ist. Zugangsvoraussetzung ist der Hauptschulabschluss. Der Bildungsgang ist in der BbS-VO normiert, neue Rahmenrichtlinien wurden zum Schuljahr 2005 / 2006 in Kraft gesetzt.
Aufgrund der Einbindung des Bildungsgangs in das Schulrecht übernimmt Niedersachsen die Kosten des schulischen Teils der Ausbildung (s. Altenpflege). Die Verpflichtung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung ist seit dem 01.08.2003 entfallen.

Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege und der Altenpflegehilfe

In beiden Bildungsgängen, die mehrheitlich an Schulen in freier Trägerschaft angeboten werden, **konnten die Schülerzahlen seit dem Jahr 2000 durch von MS und MK gemeinsam getragene Aktivitäten erheblich gesteigert werden. Gegenwärtig kann von einem ausgeglichenen Verhältnis von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt für Altenpflegekräften in Niedersachsen ausgegangen werden.** Deren Gesamtzahl hängt aber wesentlich auch von der Bereitschaft der Einrichtungen ab, Verträge für die praktische Ausbildung abzuschließen. Das schulische Angebot des Landes an Ausbildungsplätzen lag bisher immer über der Zahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge.

Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler der Altenpflege und Altenpflegehilfe in Niedersachsen von 2000 bis 2005

a) Altenpflege (zum Stichtag 15.11. j. J.)

Tab. T B I 4.2.5/1

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	davon Umschüler
2000	75	579	3.469	4.048	920
2001	78	566	3.484	4.050	950
2002	75	619	3.619	4.238	1.072
2003	76	814	3.816	4.630	1.230
2004	77	933	3.885	4.818	**1.242**
2005	80	1.049	3.875	**4.924**	**909**

b) Altenpflegehilfe (zum Stichtag 15.11.j.J.)

Tab. T B I 4.2.5/2

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	davon Umschüler
2000	8	20	119	139	29
2001	12	26	165	191	67
2002	22	65	349	414	128
2003	36	164	674	838	274
2004	46	214	893	1107	91

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger,
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger

Seit jeher werden in der Altenpflege Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger (die alten Berufsbezeichnungen lauteten: Krankenschwester / Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger.) als Pflegefachkräfte eingesetzt. Das sieht auch § 71 SGB XI für die verantwortliche Pflegefachkraft vor und die Allgemeinen Grundsätze und Maßstäbe für die Qualitätssicherung nennt sie als Pflegefachkraft für Betreuung und Pflege.

Die genannten Berufe werden den anderen Heilberufen nach Art.74 Abs.1 Nr. 19 GG zugeordnet. Sie sind seit 1955 bundesgesetzlich in Ausbildung und Berufsanerkennung geregelt. Zur Zeit gilt das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 22.10.2004 BGBl. I S. 2657) und die dazu ergangene Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263).

Die dreijährigen Bildungsgänge in der Kranken- und Kinderkrankenpflege werden ausschließlich an Schulen in freier Trägerschaft, die mit Krankenhäusern verbunden sind, durchgeführt. Es sind Schulen „der besonderen Art“, deren Finanzierung nur nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über die Pflegesätze der Krankenhäuser erfolgt. Schulrechtliche Regelungen des Landes (Gesetze und Verordnungen) sind nicht einschlägig.
Neben dem Bundesrecht gelten Erlasse des MK zu den **Mindestanforderungen an diese Schulen** (vom 25.01.1990) **sowie zur Praxisanleitung** (20.04.2005). Letzterer gilt für die Bildungsgänge in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege, da die Aus-

bildung in Teilen in den gleichen Einrichtungen erfolgt. Eine Unterscheidung hinsichtlich der fachlichen Anforderungen wäre bei diesen vergleichbaren Berufsbildern weder pädagogisch noch im Hinblick auf die weitere Annäherung dieser Pflegeberufe zweckmäßig. Zudem sind Absolventen der Bildungsgänge in der Berufstätigkeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gemeinsam tätig.

Seit 2000 nahmen die Schülerzahlen in der Krankenpflege ab, wobei im Jahr 2004 ein Einbruch zu konstatieren ist. Die Gesamtentwicklung hängt mit der zurückgehenden Nachfrage im Krankenhausbereich zusammen, welche die Schließung von Krankenhäusern, einzelner Abteilungen und Reduzierung von Betten einschließt. Sie wurde durch die Einführung neuer Abrechnungssysteme („DRG“) und damit bestehenden Unsicherheiten zur Finanzierung der Ausbildung beschleunigt.
Die Schülerzahlen in der Kinderkrankenpflege sind hingegen weitgehend konstant.

Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflege und in der Kinderkrankenpflege in Niedersachsen von 2000 bis 2004

a) Krankenpflege

Tab. T B I 4.2.5/3

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt
2000	97	1081	5104	6185
2001	96	1032	5000	6032
2002	95	1003	5033	6036
2003	95	1028	4980	6008
2004	92	1032	4754	5786

b) Kinderkrankenpflege

Tab. T B I 4.2.5/4

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt
2000	22	13	683	696
2001	20	17	643	660
2002	20	15	633	648
2003	20	14	642	656
2004	20	19	656	675

Krankenpflegehilfe

Mit der Feststellung des o. g. Urteils des BVerfG vom 24.10.2002, dass pflegerische Helferberufe keine „anderen Heilberufe sind“, entfielen im Gesetz über die Berufe in der Krankenpfege die Regelungen zur Krankenpflegehilfe. Niedersachsen hat daraufhin aufgrund seiner originären Gesetzgebungskompetenz die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe auf Basis des Gesetzes vom 04. Juni 1985 geregelt. Zum Schuljahr 2005/2006 wurde durch Erlass eine vorläufige Ausbildungsregelung für die Krankenpflegehilfe in Kraft gesetzt, da die zukünftige Bedeutung dieses zahlenmäßig geringen Bildungsgangs vom Ausgang des Schulversuchs „Sozial- und Pflegehilfe“ (s. u.) abhängen wird.

Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflegehilfe in Niedersachsen von 2000 bis 2004

Tab. T B I 4.2.5/5

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt
2000	11	22	102	124
2001	10	35	124	159
2002	14	33	153	186
2003	12	35	146	181
2004	10	28	126	154

Heilerziehungspflege

Bei der Heilerziehungspflege handelt es sich um einen vollschulischen Bildungsgang, der durch die Länder normiert wird. Grundlage ist die Rahmenvereinbarung der Kultusministerkonferenz (KMK) über Fachschulen vom 07.11. 2002. Zugangsvoraussetzung ist im Grundsatz ein Realschulabschluss sowie eine mindestens zweijährige Berufsausbildung oder ein Äquivalent (dual oder vollschulisch). Die Ausbildung hat gleichwertige sozialpflegerische, erzieherische und (behinderten-)pflegerische Schwerpunkte. Obwohl weite Anteile der Ausbildung in Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt werden, liegt die Gesamt-Verantwortung auch hier bei der Schule.

Wie in vollschulischen Bildungsgängen mit Ausnahme der Altenpflege üblich, wird keine Ausbildungsvergütung gezahlt. Einige Einrichtungen weichen jedoch von dieser Vorgehensweise ab. Der Bildungsgang wird mehrheitlich an Schulen in freier Trägerschaft angeboten. Hinsichtlich der Finanzhilfe und landesrechtlichen Normen gelten die Ausführungen zur Altenpflege sinngemäß. Die Rahmenrichtlinie wurden 2003 für die Heilerziehungspflege im Lernfeldkonzept modifiziert.

Heilerziehungshilfe

Die Heilerziehungshilfe wird einjährig an Berufsfachschulen, die sich mehrheitlich in freier Trägerschaft befinden, angeboten und schließt ein Praktikum über 12 Wochen ein. Zugangsvoraussetzung ist der Hauptschulabschluss. Es gelten die genannten landesrechtlichen Regelungen der BbS-VO. Die Rahmenrichtlinien wurden zum Ende des Jahres 2005 überarbeitet und werden zum Schuljahr 2006/2007 in Kraft treten. Heilerziehungshelferinnen und –helfer gehören nicht zu den anderen Heilberufen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG.

Seit 2000 sind vor dem Hintergrund einer ständig steigenden Zahl von Menschen mit (geistigen) Behinderungen kontinuierlich steigende Schülerzahlen zu registrieren. Dies spricht auch für eine große Akzeptanz der Bildungsgänge.

Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler der Heilerziehungspflege und der Heilerziehungshilfe in Niedersachsen von 2000 bis 2004

a) Heilerziehungspflege

Tab. T B I 4.2.5/6

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	davon Umschüler
2000	22	452	1053	1505	151
2001	23	429	1149	1578	171
2002	24	486	1169	1655	189
2003	25	513	1180	1693	412
2004	27	567	1281	1848	188

b) Heilerziehungshilfe

Tab. T B I 4.2.5/7

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	davon Umschüler
2000	5	42	55	97	-
2001	4	38	65	103	3
2002	6	41	87	128	1
2003	5	45	74	119	2
2004	6	50	89	139	9

Schulversuch „Sozial- und Pflegehilfe“

Zum Schuljahr 2005/2006 startete das Land Niedersachsen einen zweijährigen Bildungsgang „Sozial- und Pflegehilfe“ als Schulversuch an vier Schulen (drei öffentliche BFS und eine Schule in freier Trägerschaft). Eingangsvoraussetzung ist der Hauptschulabschluss. Neben der schulischen Qualifikation (Realschulabschluss) soll eine berufliche Qualifikation in der Pflegehilfe erworben werden.
Das Curriculum berücksichtigt auf dem bisherigen Niveau berufliche Handlungsfelder der Sozial-, Familien-, Heilerziehungs-, Alten- und Krankenpflege und führt sie zusammen. Die Absolventen haben damit die Fähigkeit und die Chance in den genannten verschiedenen Berufsfeldern arbeiten zu können. Aufgrund der breit angelegten Ausbildung dürfte ihnen ein entsprechend großer Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Durch den mit dem Bildungsgang erworbenen Realschulabschluss eröffnet sich den Absolventinnen und Absolventen des Ausbildungsganges der „Sozial- und Pflegehilfe“ zudem die Möglichkeit, Ausbildungen anzustreben, die den Realschulabschluss voraussetzen, z. B. Altenpflege oder Krankenpflege. Ziel ist es ferner, dass die Ausbildung in der Sozial- und Pflegehilfe auf die Ausbildung zur Pflegefachkraft in der Alten- und Krankenpflege angerechnet wird.

Neben pädagogischen und schulischen Gesichtspunkten wird die Akzeptanz am Arbeitsmarkt für die Bewertung des Versuchs eine wichtige Rolle spielen. Sofern er erfolgreich ist, sollen die einjährigen Bildungsgänge in der Altenpflegehilfe, der Krankenpflegehilfe und der Heilerziehungshilfe sowie der Sozial- und Familienpflege eingestellt werden.

Modellversuch einer „Integrierte Pflegeausbildung“

In der EU werden Pflegekräfte weit überwiegend generalistisch ausgebildet. Sie haben dadurch die Möglichkeit in verschiedenen Bereichen der Pflege tätig zu werden, ohne noch mit großem zeitlichen Aufwand weitere „grundständige“ pflegerische Ausbildungen absolvieren zu müssen. Anders in der Bundesrepublik: Hier sind die Berufsfelder der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege trotz gemeinsamer Schnittmengen der Lernbereiche in Ausbildung und Berufseinsatz stark voneinander abgegrenzt. Zur Überwindung dieses grundsätzlichen Hindernisses für einen Einsatz in allen Bereichen der Pflege, kommt der Erprobung neuer Ausbildungskonstrukte für die Pflegefachberufe auch hierzulande wachsende Aufmerksamkeit zu.

Die Fortschritte in Pflegewissenschaft und Medizin, die ineinander übergreifenden Berufsfelder von Altenpflege und Krankenpflege, die wechselnden beruflichen Einsätze sowie die Sicherstellung des künftigen Bedarfs an Pflegefachkräften in allen pflegerelevanten Bereichen legen es nahe, Strukturen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung zu entwickeln, die die Grundlage für einen umfassenden Einsatz in der Pflege bilden.

Anzustreben ist dabei auch die Europafähigkeit des Altenpflegeberufs, die im Gegensatz zur Krankenpflege nicht besteht. In zwölf von 15 Ländern der EU (Ausnahmen sind Deutschland, Österreich und Luxemburg) gibt es eine eigenständige Ausbildung in der Altenpflege nicht. Altenpflegerinnen und Altenpfleger können im Ausland in der Regel nicht als Pflegefachkräfte arbeiten.

Unter dem Gesichtspunkt der Vereinheitlichung und Weiterentwicklung der Pflegeausbildung in Deutschland beteiligt sich die Henriettenstiftung, Hannover, seit Oktober 2004 mit seiner Altenpflege- und seiner Krankenpflegeschule an dem bundesweiten Modellversuch einer integrierten Pflegeausbildung von Alten- und Krankenpflege (insges. 15 Schulen). Dabei erhalten Schülerinnen und Schüler der Alten- und Krankenpflege eine zweijährige gemeinsame Ausbildung und eine anschließende einjährige Spezialisierung auf den gewünschten Berufsabschluss. Das Modell der integrierten Pflegeausbildung berücksichtigt den großen Anteil gleicher Ausbildungsinhalte beider Ausbildungsgänge und soll einen optimalen Wechsel in das jeweils andere Berufsfeld ermöglichen. Es wird

davon ausgegangen, dass die integrierte Pflegeausbildung den Pflegeberufen mehr Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet und im Laufe des Berufslebens zwischen pflegerischen Tätigkeiten unterschiedlicher Belastung und wechselnden beruflichen Interessen gewählt werden kann. Die Attraktivität der Pflegeberufs und damit der Berufszugang könnten dadurch erheblich verbessert werden.

Umschulungen in der Alten-, Kranken- und Heilerziehungspflege

Ein maßgeblicher Anteil von Altenpflegerinnen und Altenpflegern wurde durch Umschulungsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung nach § 434 d Abs. 1 des Sozialgesetzbuches III (SGB III) gewonnen. In Niedersachsen stellten sie im Ausbildungsjahr 2004/2005 rd. 26 % aller Altenpflegeschülerinnen und –schüler. Die genannte Regelung sieht bis zum 31.12.2004 eine Ausnahme von der grundsätzlich zweijährigen Förderung von Umschulungsmaßnahmen vor: dreijährige Weiterbildungen können danach gefördert werden, wenn die Ausbildung durch bundesrechtliche Regelung dreijährig ist und nicht um ein Drittel verkürzt werden kann.
Da nach den bundesrechtlichen Gesetzen für die Berufe in der Alten- und Krankenpflege eine dreijährige Ausbildungszeit vorgeschrieben und eine Verkürzung grundsätzlich nicht möglich ist, fanden Umschulungen in der Alten- und Krankenpflege bislang dreijährig statt.

Durch die Befristung der o.g. Umschulungsregelung, die in allen Bundesländern intensiv genutzt wurde, drohte ein Einbruch bei der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege mit der Folge einer ungenügenden Sicherung der benötigten Fachkräfte für die Pflegedienste und –heime.
Niedersachsen hat daher im September 2004 eine Bundesratsinitiative gestartet, mit der die Entfristung des § 434 d SGB III erreicht werden sollte. Diesem Vorschlag hatten sich alle Bundesländer angeschlossen. Der Bundestag ist dennoch dem Votum der Bundesregierung gefolgt und hat die Ausnahmeregelung nach § 434 d lediglich bis zum 31. Dezember 2005 verlängert (Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Seemannsgesetzes“ vom 08.05.2005, BGBl. I S. 1530).

Ab 01.01. 2006 werden Umschulungen in der Alten- und Krankenpflege damit nur dann finanziert, wenn die Kosten des dritten Ausbildungsjahres (Schule und Lebensunterhalt)

außerhalb der BA verlässlich getragen werden. Nach derzeitiger Rechtslage (NSchG) bedeutet dies für Niedersachsen, dass das Land ab 2008 Schulen in privater Trägerschaft Finanzhilfe für diese Umschüler gewähren muss und die vollen Ausbildungskosten für die öffentlichen Schulen aufzubringen sind. Die Einrichtungsträger müssen sich zu Beginn der Altenpflegeausbildung einer Umschülerin / eines Umschülers bereit erklären, den Lebensunterhalt im dritten Ausbildungsjahr durch eine Ausbildungsvergütung zu sichern. Diese ist aus den Pflegesätzen zu refinanzieren (§ 80a SGB XI).

In den Bildungsgängen der Krankenpflege spielen die neuen Umschulungsbedingungen nur eine untergeordnete Rolle. Zukünftig wird die Finanzierung des dritten Jahres in Umschulungsmaßnahmen dort ebenfalls über die Pflegesätze erfolgen müssen.

Inzwischen hat der Vertreter der Bundesagentur für Arbeit anlässlich der 82. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2005 am 17. und 18. 11 2005 in Bremen bekannt gegeben, dass die Förderungsmöglichkeiten für Weiterbildungsmaßnahmen reduziert seien und dass die Subventionen zur Altenpflege-Weiterbildung eingestellt werden.

In der Heilerziehungspflege, wo keine gesetzliche Verpflichtung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung besteht und auch Refinanzierungsmöglichkeiten über Pflegesätze nicht rechtlich geregelt sind, dürften Umschulung unter den genannten Voraussetzungen gänzlich entfallen.

Im Hinblick auf die künftige Entwicklung der Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger evtl. auch der Ausbildung in der Krankenpflege muss nicht nur von einem erheblichen Rückgang der Ausbildungen im Rahmen von Umschulungen nach dem SGB III angenommen werden, sondern vielmehr der Rückzug der Bundesagentur für Arbeit aus dieser Förderung. Begründet wird das unter Hinweis auf die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit für 2004 von 33.300 arbeitslosen Altenpflegerinnen und Altenpflegern bundesweit bei nur 2 916 gemeldeten offenen Stellen[343]. Bereits für das Jahr 2005 (Stichtag: 15.11.) ist ein Rückgang von Fördermaßnahmen insbesondere in der Altenpflege im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. In diesem Bildungsgang lag der Anteil an Umschülerinnen und Umschüler bisher bei rd. 26 %; er ist auf 18,5 % zurückgegangen(siehe vorstehende Tabellen).

[343] Bericht der Bundesagentur für Arbeit: „Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland – Arbeitsmarkt und Arbeitspolitik-Entwicklung und Struktur 2000-2005

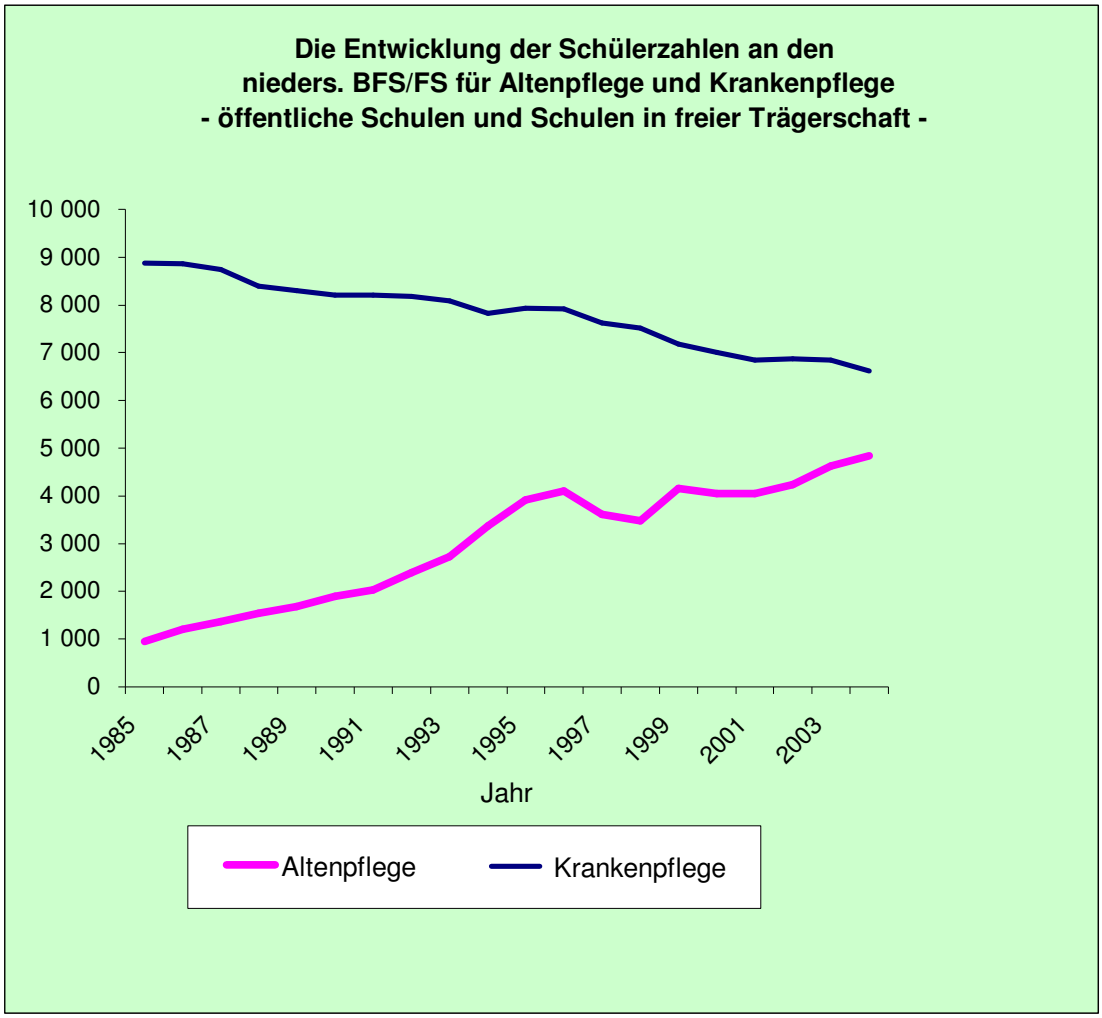
Der Rückgang, ggf. die gänzliche Einstellung der Umschulungsmaßnahmen auf längere Dauer, hat neben der quantitativen auch eine qualitative Dimension: er hat zur Folge, dass sich lebenserfahrene Menschen nicht mehr wie im bisherigen Umfang für die Pflegefachberufe interessieren können. Gerade dieser Personenkreis hatte sich jedoch bewusst für eine Tätigkeit in der Pflege entschieden und weist eine längere Verweildauer im Beruf auf. **Die veränderte Situation trifft zudem vor allem Frauen, die im Anschluss an die Betreuungsphase ihrer Kinder (wieder) eine Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen**.

Nachwuchsgewinnung

Zum 31.12.2003 arbeiteten in der Pflege nach SGB XI 14.907 Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 10.531 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und 981 Kindergesundheits- und Krankenpflegerinnen – und -pfleger, ferner 332 Heilerziehungspflegerinnen – und pfleger. Für die Pflege ist wegen des zunehmenden Bedarfs aufgrund der demographischen Entwicklung die Nachwuchsgewinnung von existenzieller Bedeutung. Die Ausbildungssituation der beiden maßgeblichen Pflegefachberufe verändert sich ständig, mangels verlässlicher Berechnungsgrundlagen kann der künftigen Bedarf an Pflegefachkräften nicht valide vorausgeschätzt werden[344].

[344] In Abschnitt II.5 erfolgt der Versuch einer überschlägigen Abschätzung; danach wäre für die folgenden Jahrzehnte ein erheblicher Nachwuchsbedarf zu konstatieren. Dieser könnte allerdings, entsprechende günstige Rahmenbedingungen z. B. zur Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit / Ausbildung unterstellt, und durch gezielte Nachwuchsförderung ausgeglichen werden.

Abb.: B I 4.2.5/1



Erstes methodisches Problem ist bereits die Frage, ob die derzeitige Anzahl an Pflegefachkräften als ausreichend anzusehen ist. Nur auf Basis dieser Einschätzung ließe sich eine Planung aufstellen. Aber es gibt sehr unterschiedliche Aussagen zur derzeitigen Personalausstattung der Pflege. In diese würden weitere Gesichtspunkte einfließen, die sich nur schwer abschätzen lassen. Dies sind unter anderem Veränderungen der finanziellen und rechtlichen Grundlagen in der Pflegeversicherung. Selbst auf Basis der demographischen Entwicklung ist ein Pflegebedarf nicht sicher quantifizierbar, da Alter nicht zwingend mit Pflegebedarf assoziierbar ist[345]. Auch die Entwicklung in den einzelnen Berufsfeldern spielt bei diesen Überlegungen eine Rolle. So wird derzeit Krankenpflegepersonal in Altenheimen tätig, weil die Krankenhäuser eine eher zurückhaltende Personalpolitik betreiben.

[345] siehe hierzu Abschnitt II.2.2.1

Eine wichtige Rolle wird die zukünftige soziale Struktur mit der Bedeutung der Familie spielen[346]. Offen ist, inwieweit Versorgungsformen gewählt werden (können), die sich von den derzeit präferierten / verfügbaren Möglichkeiten unterscheiden. Denkbar sind beispielsweise Formen des Zusammenlebens in Wohngemeinschaften, in denen sich die Bewohner im sozialen Netzwerk gegenseitig unterstützen und Pflegefachkräfte nur bei Bedarf tätig werden[347].

Nicht zwangsläufig muss in den zukünftigen Versorgungsformen das Berufsbild der Pflegefachkraft dominieren. Je nach Bedürftigkeit könnten sich Tätigkeitsfelder für Absolventinnen und Absolventen beispielsweise der Hauswirtschaft, Familienpflege oder Sozialpädagogik ergeben, die Teile der Betreuung durchaus übernehmen könnten.

Trotz aller dieser Unabwägbarkeiten soll sich dem Versuch der Bedarfsprognose nicht verschlossen werden. So ist das Land in einem Bund-/Länder-Arbeitskreis vertreten, der versucht, für derartige Prognosen erforderliche Daten zusammenzustellen.

Letztlich entscheidet jedoch der Arbeitsmarkt, ob dort die Absolventen der Pflegeausbildungen eine befriedigende Anstellung finden. Dieser unterlag bekanntlich in der Vergangenheit immer großen Schwankungen und das Grundgesetz lässt eine Planung unter Berücksichtigung des Art. 12 nur unter definierten Umständen zu.
Das Niedersächsische Schulgesetz kennt zudem keine Restriktionen für die Eröffnung von Bildungsgängen, wenn ein Bedarf oder eine Nachfrage bestehen.

Die Auswirkungen dieser verschiedenen Entwicklungsstränge auf Angebot und Nachfrage von Fachkräften in der Pflege und die Personalversorgung wird von der Landesregierung gemeinsam mit den Verbänden der Einrichtungsträger und den Kostenträgern auf Landesebene im Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ (siehe 4.2.6) aufmerksam verfolgt werden müssen, so dass rechtzeitig Entwicklungs- und Steuerungsmaßnahmen eingeleitet werden können.

[346] siehe hierzu Abschnitt II.2.2
[347] siehe hierzu Abschnitt II.2.3

Weiterqualifizierung

Die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI verpflichten alle Träger von Pflegediensten, die fachliche Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Für die verantwortliche Pflegefachkraft wird nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI ausdrücklich – neben einer Berufserfahrung – der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden oder der Abschluss einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität gefordert. Ausnahmsweise und nur im Einzelfall können andere Voraussetzungen ersatzweise anerkannt werden.

Es ist allgemein unbestritten, dass Pflegekräfte und ihre Arbeitgeber im Interesse einer guten Pflegeleistung die Verpflichtung haben, eine kontinuierliche Anpassung an den aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Kenntnisse vorzunehmen. Obwohl die als Zugangsvoraussetzung geforderte Weiterbildung (Wiederaufnahme des organisierten Lernens ausgehend vom erlernten Beruf) für die verantwortliche Pflegekraft keine gesetzliche Grundlage im SGB XI hat und daher im Zweifelsfall nicht durchgesetzt werden kann, sind in der verantwortlichen Position Managementkompetenz, psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie spezielles Pflegewissen und Pflegeorganisation, was nicht in der grundständigen Ausbildung vermittelt wird, unbedingt erforderlich und müssen mit erheblichem Aufwand durch Weiterbildung erworben werden.

Alle Beteiligten sind sich daher einig, dass mit der Novellierung des SGB XI die gesetzlichen Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft in § 71 Abs. 3 um „Weiterbildung“ als Zugangsvoraussetzung für die verantwortliche Pflegefachkraft erweitert werden müssen , um eine Abschwächung der Qualität der pflegerischen Versorgung zu vermeiden.

MS hatte das Erfordernis einer Weiterbildung für die Wahrnehmung von Leitungsaufgabe in der Pflege schon seit langem bejaht und für den Bereich der ambulanten Krankenpflege seit 1978 und für den Bereich der stationären Krankenpflege seit 1995 geregelt.

Den aktuellen Anforderungen entsprechend wurde mit der Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 18.03.2002 (Nds. GVBl. S. 86) auch Altenpflegerinnen und Altenpflegern der Zugang zur Weiterbildung zur staatlich anerkannten „Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege“ eröffnet. Diese Weiterbildung entspricht dem Rahmenkonzept für die Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft (Stand 30.8.1999), das von einer Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz der Weiterbildungsinstitute für Leitende und Lehrende Pflegepersonen entwickelt und beschlossen sowie von einer Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Pflegekassen und der zuständigen Referenten der Bundesländer überarbeitet wurde.

Die Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege nach der o. g. Weiterbildungsverordnung des Landes sieht ein Verhältnis der Weiterbildungsinhalte von
50 (Managementkompetenz) :
25 (psychosoziale und kommunikative Kompetenz) :
25 (pflegefachliche Kompetenz) vor.

Der große Bedarf und das große Interesse an dieser Weiterbildung dokumentiert sich in der Anzahl der derzeit 34 staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten für Fachkräfte für Leitungsaufgaben in der Pflege in Niedersachsen. Daneben bieten eine Vielzahl privater Bildungsträger Qualifizierungsmaßnahmen an, die nicht wie die staatlich geregelte Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege eine generelle Akzeptanz durch Einrichtungsträger und Pflegekassen erfahren.
Ferner besteht für Altenpflegerinnen und Altenpfleger die Möglichkeit der Teilnahme an der Weiterbildung zur Fachkraft für Hygiene, die aber bisher keine Nachfrage erfuhr.

In der Regel veranlassen die Träger der Pflegeeinrichtungen für die Erbringung ihrer besonders ausgerichteten pflegerischen Leistungen hausinterne berufsbegleitende Fortbildungen oder nutzen verbandsinterne oder berufsständische Fortbildungsangebote. Dazu halten sie auch Fachliteratur vor. Die Aktualisierung des beruflichen Wissens durch Selbststudium und die genannten Fortbildungen ist der Regelfall. Fortbildung hin zur Spezialisierungen auf pflegerische Schwerpunkte erfolgt grundsätzlich nach Konzepten, die von Fachgremien oder anerkannten Fachpersonen entwickelt wurden, so für die Pflege und Versorgung Schädel-Hirngeschädigter (Phase F) und für die an Formen der Demenz erkrankter Personen, die diese Fortbildungen auch vermitteln.

Werden die beruflichen Anforderungen komplexer und umfassender, ist eine Fortbildung, in der aufgrund der geringen Dauer (z. B. 1Tag) nur begrenzt neue Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden können, nicht ausreichend. Pflegeeinrichtungen und ihre Trägerverbände aber auch Berufsverbände entwickeln dann Weiterbildungen, die begrenzt oder frei zugänglich angeboten werden.
In diese Kategorie fallen die nennenswerten Weiterbildungsmaßnahmen verschiedener Einrichtungen und Institutionen mit dem Schwerpunkt Rehabilitation in Verbindung mit Langzeitpflege, Geriatrie oder Gerontopsychiatrie. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die DKG-Empfehlung zur Weiterbildung „Rehabilitation“ für Kranken- und Altenpflegepersonen aus dem Jahr 1996.

Wiederholt wurde in der vergangenen Jahren die Forderung nach staatlicher Regelung einer Fachweiterbildung für Altenpflegerinnen und Altenpfleger in der „Gerontopsychiatrischen Pflege“ mit der Begründung laut, dass dazu die erforderlichen beruflichen Kenntnisse nicht vorhanden bzw. nicht ausreichend sein. Angesichts der u. a. auf die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte ausgerichteten Altenpflegeausbildung und des darauf zielenden hohen Anteils an theoretischer und praktischer Ausbildung kann das Argument nicht überzeugen. Möglicherweise sind aber Defizite aus der Vergangenheit der vor 1996 begonnenen Altenpflegehilfeausbildungen aufzuarbeiten, als die Bereiche der Geriatrie und Gerontopsychiatrie nicht in der derzeitigen Ausprägung stattfand, was für einen zeitlich begrenzen Bedarf entsprechender umfassender Qualifizierungsmaßnahmen spricht.[348]

Im Übrigen stehen Altenpflegerinnen und Altenpflegern die staatlich geregelte Weiterbildung zur Fachkraft für psychiatrische Pflege (Anlage 1 C. zu § 2 und § 3 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 18.3.2002,Nds. GVBl. S. 86) und die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (RdErl. d. MS v. 24.2.1969, Nds. MBl. S. 253, geändert durch RdErl. d. MS v. 17.4.1970, Nds. MBl. S. 451) offen, deren Aufnahme in novellierter Form in die Weiterbildungsverordnung zur Zeit angestrebt wird. Beide Weiterbildungen sind in Theorie und Praxis auf Pflege und Betreuung bei allen psychiatrischen und neurologischen Krankheitsbildern ausgerichtet. Diese breite Basis des speziellen pflegerischen Wissens wird den Anfor-

[348] Bedauerlicherweise ist die Pflegesatzkommission stationär in 2002 einer entsprechenden Anregung der damaligen Sozialministerin Dr. Trauernicht nicht gefolgt.

derungen der Altenpflege besonders gerecht, denn die psychiatrische Pflege und Betreuung im Alter ist überwiegend von mehrfachen geistigen Einschränkungen und Erkrankungen (z.B. gerontopsychiatrischen Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen, Psychosen, Intelligenzminderung) geprägt. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Pflege nach SGB XI auch junge Pflegebedürftige einschließt, die ggf. nach Methoden der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu pflegen sind.

Die genannten breit angelegten Weiterbildungen eröffnen zudem den Weiterbildungsabsolventinnen und -absolventen ein breites berufliches Spektrum und berufliches Fortkommen – ein wesentlicher Gesichtspunkt für Berufsmotivation und Berufszufriedenheit, der nicht vernachlässigt werden darf.

4.2.6 Landesweite Personalinitiative Pflege

Die demographische Entwicklung mit der überproportionalen Zunahmen alter Menschen legt es nahe, zu eruieren, ob für den Fall eines in gleicher Weise zunehmenden Pflegebedarfs eine ausreichende Zahl fachlich qualifizierten Pflegepersonals gewonnen werden kann. Dies Frage stellt sich vor folgendem Hintergrund:

- Die Zahl der – vor allem alten – pflegebedürftigen Personen wird zunehmen (siehe Abschnitt II.1.3).
- Die Zahl der jungen ins Arbeitsleben eintretenden Menschen nimmt ab.
- Die Pflegeberufe stehen zunehmend in Konkurrenz zu anderen u. U. attraktiveren Berufen.
- In Zukunft wird auch aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen (Zunahme der 1-Personen-Haushalte) die Zahl der allein lebenden auf fremde Hilfe angewiesenen Menschen größer[349].

Personalbestandssicherung und Nachwuchsgewinnung in der Pflege sind daher bereits heute eine Aufgabe von hoher Bedeutung; sie werden es voraussichtlich in den nächsten Jahrzehnten bleiben.

[349] in welchem Ausmaß diese Faktoren Einfluss auf den Personalbedarf in der Pflege haben werden, ist allerdings nicht vorher bestimmbar. Selbst Entwicklungen ohne besondere Auswirkungen sind denkbar; siehe diesbezüglich Abschnitt II.2.2 und 2.4

Die in Niedersachsen hierfür verantwortlichen bzw. betroffenen Verbände, Institutionen und berufsständischen Vereinigungen haben daher auf Anregung durch das MS (damals MFAS) unter Beteiligung des MK bereits in 2001 eine „Personalinitiative Pflege“ ins Leben gerufen. Sie sollte vor allem den Bereichen Ausbildung, Personalgewinnung, Weiterbildung und Verbesserung des Berufsbildes der Altenpflegerinnen und Altenpfleger neue Impulse geben und so zur Sicherstellung der Pflege in qualitativer wie quantitativer Hinsicht beitragen. Für die Umsetzung der Personalinitiative wurde ein landesweiter Arbeitskreis gebildet. Die Organisation der Arbeit erfolgte durch die beim SoVD Niedersachsen angesiedelte „Leitstelle Personalinitiative Pflege“. Die Leitstelle wurde durch das Land Niedersachsen in der Zeit vom 01.05.2002 bis zum 30.04.2005 gefördert.

Der Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ besteht fort. In ihm sind folgende Institutionen und Verbände vertreten:

- Landesorganisationen der Kranken- und Pflegekassen
- Landesverbände der Träger von Pflegediensten und Pflegeheimen
- Sozialministerium
- Kultusministerium
- Arbeitsgemeinschaft der Altenpflegeschulen in Niedersachsen
- Landesseniorenrat
- Niedersächsischer Pflegerat
- Nds. Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e. V.
- SoVD Niedersachsen
- Niedersächsischer evangelischer Verband für Altenpflege und ambulante pflegerische Dienste e. V.
- Ver.di
- Ärztekammer Niedersachsen
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
- Agentur für Arbeit.

Die „Personalinitiative Pflege“ wird durch eine Internetpräsentation unterstützt, die unter www.pflegeleitstelle-niedersachsen.de aufrufbar ist. Die Kosten für die Entwicklung und Pflege dieser Homepage trägt das Land. Folgende Informationen können abgerufen werden:

- die Partner im Landesarbeitskreis der Personalinitiative (s. o.)

- Aussagen über die Voraussetzungen und Dauer der Ausbildung in der Alten- , Kranken- und Kinderkrankenpflege einschließlich der Gesetze über die Berufe in der Altenpflege und in der Krankenpflege und der dazu gehörenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen , alle Tätigkeitsfelder und Aufgabenbereiche

- Bewerbungstipps

- eine nach Landkreisen sortierte Liste über die Berufsfachschulen Altenpflege sowie Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen

- Listen der staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten, die Weiterbildungen auf der Basis der Altenpflege-, Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegausbildung nach der Verordnung über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (Nds. GVBl. S. 86) anbieten

- Universitäten und Fachhochschulen in Niedersachsen, die pflegespezifische Studiengänge anbieten .

Daneben wurde eine Job-Börse eingerichtet, die Gelegenheit geben soll

- Praktikumsplätze für das Berufspraktikum zu vermitteln, das Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen absolvieren, um Einblicke in den Alltag einer Pflegeeinrichtung zu gewinnen und das als Hilfe zur Berufsfindung dienen kann,

- praktische Ausbildungsplätze in der Altenpflege und

- Stellen für Pflegepersonal zu suchen bzw.

- solche Stellen anzubieten.

Zu speziellen Themen bildete der Landesarbeitskreis Arbeitgruppen, die ihre Ergebnisse dem Landesarbeitskreis vorstellten:

- Die Arbeitsgruppe „Berufsbild Pflege und Öffentlichkeitsarbeit“, die sich auch dem Thema „Personalentwicklung“ widmete, warb für die Ausbildung in der Altenpflege in allgemeinbildenden Schulen bei jungen Menschen durch einen Flyer sowie Plakate „Altenpflege – ein Beruf mit Zukunft“, die Informationen über das Berufsfeld, Tätigkeitsschwerpunkte und Karrieremöglichkeiten enthalten.
  Diese Materialien dienten als Grundlage für – sehr erfolgreiche – örtliche Imagekampagnen zugunsten des Altenpflegeberufs durch die Altenpflegeschulen in Zu-

sammenarbeit mit örtlichen Trägern von Pflegeeinrichtungen und allgemeinbildenden Schulen für die Ausbildungsjahre 2003/2004 und 2004/2005.

- Die Arbeitsgruppe „Konzept für einen Tag der offenen Tür “erarbeitete ein Handreichung für Berufsfachschulen Altenpflege, die in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Altenpflege einen Informationstag im Rahmen des berufsorientierten Unterrichts durchführen wollen.

- Die Arbeitgruppe „Berufsfindungspraktikum“ erstellte für das 14-tägige Berufspraktikum an allgemeinbildenden Schulen ein Konzept für die Anleitung und Begleitung von Schülerinnen und Schülern in Altenpflegeeinrichtungen.

Auch diese Materialien sind über die Homepage der „Personalinitiative Pflege“ einsehbar.

Fachberaterinnen und Fachberater für den berufsorientierten Unterricht an allgemeinbildenden Schulen wurden mit dem Informationsmaterial über den Altenpflegeberuf, den Tag der offenen Tür, das Berufsfindungspraktikum in Altenpflegeeinrichtungen versorgt, und gebeten, Schülerinnen und Schüler verstärkt dafür zu gewinnen.
Die Werbekampagne für den Altenpflegeberuf verlief insoweit positiv, als die Zahl der Bewerberinnen und Bewerber für einen Ausbildungsplatz an den Berufsfachschulen Altenpflege im Jahr 2003 deutlich zunahm – 2002: 4238; 2003: 4630.

Leider konnten – trotz immer wiederholter entsprechender Impulse des Sozialministeriums bzw. der jeweiligen Leitungen dieses Hauses an die Verbände der Einrichtungsträger – **nicht in gleicher Weise praktischen Ausbildungsplätze bei ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen eingeworben werden**. Nach Erhebungen der Personalinitiative Pflege standen in den Schuljahren 2002/2003 bis 2004/2005 zunehmend weniger praktische Ausbildungsplätze mit der Verpflichtung zur Zahlung einer Ausbildungsvergütung zur Verfügung, so dass trotz der vorhandenen Zahl schulischer Ausbildungsplätze nicht alle zur Altenpflegeausbildung Angemeldeten die Ausbildung beginnen konnten (2002: ca. 60; 2003: ca. 120; 2004: ca.210).

Der Landesarbeitskreis wird auch in den kommenden Jahren die Imagekampagne für den Altenpflegeberuf fortsetzen und unabhängig davon nach weiteren Mög-

lichkeiten suchen, Einrichtungen der Altenpflege von der Notwendigkeit zu überzeigen, sich im Interesse zur Qualitätssicherung in der Pflege und zur Zukunftssicherung des eigenen Betriebes an der praktischen Ausbildung zu beteiligen.

Die Gewinnung von Pflegeeinrichtungen für die praktische Altenpflegeausbildung ist eng mit der finanziellen Situation der Pflegeeinrichtungen verknüpft. Der Landesarbeitskreis sah die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege in Niedersachsen als verbesserungswürdig an. Er forderte daher mit Eingaben vom 30.03.2004 die Pflegevergütungskommission (ambulant) und die Pflegesatzkommission (stationär) auf, die aus seiner Sicht bisher nicht hinreichend geregelte Refinanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege positiv weiter zu entwickeln.

Der Vorstoß des Landesarbeitskreises „Personalinitiative Pflege“ war insofern erfolgreich, als die Pflegesatzkommission „stationär“ am 01.11. 2005 beschloss, den Pflegesatzparteien eine Anhebung des Baransatzes für die Aufwendungen von bisher 6.125 € auf 7.300 € je Auszubildender / Auszubildendem und Ausbildungsjahr zu empfehlen. Dies ist für die Ausbildungsbetriebe insofern von Vorteil, als eine Differenz zwischen der Pflegevergütung und diesem Betrag durch Anrechnung auf das Pflegepersonal zu erwirtschaften ist (im Sinn einer Eigenbeteiligung der Ausbildungseinrichtung als Äquivalent für die durch Auszubildende der Einrichtung erbrachte Produktivität).

Namens des Landesarbeitskreises hat die Leitstelle Personalinitiative Pflege zu aktuellen oder personalwirtschaftlich bedeutsamen Themen Workshops und Informationsveranstaltungen durch geführt[350] :

- November 2002: Vorstellung der Untersuchung „Pflegethermometer“ des Deutschen Instituts für Pflegeforschung, Köln
- Juni 2003 und September 2004:Vorstellung des arbeitsmarktpolitischen Instruments der „Job Rotation“ als einrichtungsübergreifender Vertretungsregelung bei personellen Engpässen aus unterschiedlichen Gründen und von unterschiedlicher Dauer

- Juli 2003: Vorstellung erster Ergebnisse des vom BMFSFJ geförderten Projektes Reposta – Ressourcenorienterte Personalentwicklung und Optimierung der Organisationsstrukturen in den Einrichtungen der Altenpflege“ durchgeführt und wissenschaftlich begleitet von der Niedersächsischen Akademie für

350 siehe auch : www.pflegeleitstelle-niedersachsen.de

Fachberufe im Gesundheitswesen e. V.

- Altenpflegemesse 2004: Informationsveranstaltung für Fachberaterinnen und Fachberater für Berufsorientierung an allgemeinbildenden Schulen sowie Schülerinnen und Schüler

- 20.04.2005 : Workshop „Versorgungsqualität – Balanceakt zwischen Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ – Berücksichtigung pflegerischer Problemstellungen in der LQV.

Der Landesarbeitskreis Personalinitiative Pflege wird seine Arbeit trotz der zwischenzeitlich ausgelaufenen Förderung der Leitstelle zum 31.05.2005 fortsetzen. Die künftigen Aktivitäten sollen gemäß korrespondierender Beschlüsse von Landesarbeitkreis Personalinitiative Pflege und Landespflegeausschuss vom 20.01.2005 und 12. 05. 2005 in enger Zusammenarbeit beider Gremien erfolgen.

4.2.7 Einzelmaßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Neben den genannten Aktivitäten zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung durch die Schaffung von rechtlichen Grundlagen zur Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen und durch Maßnahmen zur Personalbestands- und Nachwuchssicherung hat die Landesregierung in den vergangenen Jahren die Qualitätsentwicklung bei den Pflegeeinrichtungen durch eine Reihe von Maßnahmen mit Impulscharakter unterstützt.

Tab. T B I 4.2.7

Bezeichnung der Maßnahme	**Ziel / Inhalt**	**Finanzierung / Rechtsgrundlage**
Auslobung des Niedersächsischen Preises für Innovation und Qualitätsmanagement in der stationären Pflege 2001	Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen nach § 80 SGB XI sollte gefördert und in seiner Bedeutung für die Qualität der Pflege hervorgehoben werden. Auslobung und Vergabe eines nicht dotierten Preises sollte Anregungen geben und Ansporn zum konsequenten Qualitätsmanage-	Die Maßnahme wurde in Abstimmung mit dem Landespflegeausschuss durchgeführt und vom Land finanziert.
	ment sein. 23 stationäre Pflegeeinrichtungen stellten auf der Grundlage des Excellence Modells der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) ihren erreichten Stand des internen Qualitätsmanagements vor. Bei dieser auf Innovation und Lernen dauerhaft abgestellten Qualitätsentwicklung wurden die Kriterien - Führung - Politik und Strategie - Mitarbeiter/innen - Partnerschaften und Ressourcen - Prozesse	

	- Mitarbeiterbezogene Ergebnisse - Gesellschaftsbezogene Ergebnisse Schlüsselergebnisse. Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen erhielten eine Auszeichnung. Die Auswertung der Bewerbungen wurde durch eine unabhängige Forschungs- und Beratungsgesellschaft vorgenommen.	
Auslobung des Niedersächsischen Preises für Innovation und Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege 2002	In einem zweiten Schritt wendete sich das Land mit der o.g. Auslobung an ambulante Pflegeeinrichtungen. Die sehr geringe Bewerberzahl stand einer Auszeichnung entgegen. Die Beteiligten erhielten auf Wunsch eine Beratung zur einrichtungsinternen Qualitätsentwicklung.	Die Maßnahme wurde in Abstimmung mit dem Landespflegeausschuss durchgeführt und vom Land finanziert.
Pflegenotruftelefon Tel.Nr.: 0180-2000 872	Auf Initiative des MS wurde über 3 Jahre in Ergänzung des bestehenden Beratungs- und Hilfeangebots bei Kommunen, Pflegekassen und Verbänden der Einrichtungsträger sowie der Landeszentrale für Verbraucherschutz zu Fragen der Pflege für pflegebedürftige Personen, Angehörige und Pflegepersonen eine Beratungsstelle betrieben.	Die Beratungsstelle ist beim SoVD Niedersachsen eingerichtet .Einrichtung und Betrieb wurden vom Land maßgeblich gefördert. Das Pflegenotruftelefon wird nach Ablauf der Landesförderung vom SoVD Niedersachsen weiter angeboten. Es ist – landesweit zum Einheitstarif von 0,62 ct pro Anruf – zu erreichen.
Einführung, Erprobung und Evaluierung von Qualitätsmanagement (QM) in kleineren Pflegeeinrichtungen nach SGB XI in Niedersachsen (2003-2005)	Kleinere Pflegeeinrichtungen wurden fachlich und finanziell bei der Einführung und Weiterentwicklung der gesetzlich vorgeschriebenen QM unterstützt. Ein beauftragtes Beratungsunternehmen führte Qualitätsanalysen mit internem Audit bei den beteiligten Pflegeeinrichtungen durch. In Qualitätszirkeln mit Gruppenberatungen, monatlichen Workshops und Ergebniskontrollen wurde QM in den Einrichtungen verankert. Durchgeführt wurden zwei Maßnahmen von je einjähriger Dauer, die mit einer einrichtungsbezogenen Darstellung der erreichten Qualifizierungsreife und einem Ausblick auf weitere Qualifizierungsschritte endete.	Das Land führte in Abstimmung mit dem Landespflegeausschuss die Maßnahme durch und trug die Hälfte der anfallenden Kosten.; die andere Hälfte der Kosten entfiel auf die an der Maßnahme teilnehmenden Pflegeeinrichtungen.
Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase „F“ in Niedersachsen	Herstellung landeseinheitlicher Strukturqualität von Einrichtungen zur vollstationären pflegerischen Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der Phase „F“ unter Einschluss der diesbezüglichen Versorgung von beatmungsbedürftigen Personen	Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs.2 Satz 2 SGB XI am 29.11.2000 www.ms.niedersachsen.de Themen-Soziales-Landespflegeausschuss
Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen	Für die Kurzzeitpflege als Übergangpflege - zur (Wieder-) Gewinnung der häuslichen Pflege- und Betreuungsfähigkeit bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und - für Personen mit dementiellen	Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 30.1.2002 www.ms.niedersachsen.de Themen-Soziales-Landespflegeausschuss

	Beeinträchtigungen unterschiedlicher Schweregrade werden mit dem Rahmenkonzept die Grundlagen für den Ausbau und die Weiterentwicklung dieser Pflegeform festgelegt. Der in der Rahmenempfehlung enthaltene „Überleitungsbogen“ wurde allgemein zur Anwendung empfohlen.	
Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation	Als eine Initiative des Landes zum Bürokratieabbau in der Pflege wurde eine landeseinheitlichen Grundlage zur Pflegeprozessplanung und der Darstellung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation im Hinblick auf das tatsächlich Notwendige erstellt. Siehe auch AbschnittI.4.3	Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 vom 28.10.2004 www.ms.niedersachsen.de Themen-Soziales-Landespflegeausschuss
Verbesserung der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern (Modellerprobung durch MDKN und wissenschaftliche Begleitung)	Klärung der eventuellen Verbesserung der Pflegequalität, familiären Situation und Akzeptanz der Begutachtung durch den Einsatz von Gutachtern mit kinderkrankenpflegerischer Ausbildung	Richtlinie des Landes über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Betreuung und Versorgung schwerstkranker Kinder Vom 16.6.2004 (Nds. MBl. Nr. 19/2004, S. 414) (wissenschaftliche Begleitung)
Fortbildung Häusliche Krankenpflege für schwerstkranke Kinder für Kinderkrankenpflegekräfte in ambulanten Pflegediensten in Niedersachsen (Konzeptentwicklung, Erprobung, wissenschaftliche Begleitung)	Verbesserung der Qualifizierung von Kinderkrankenpflegekräften in ambulanten Pflegediensten	Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen für die allgemeine Förderung wohlfahrtpflegerischer Aufgaben und für außergewöhnliche Maßnahmen im sozialen Bereich (Durchführung der Fortbildung) Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Betreuung und Versorgung schwerstkranker Kinder (s. o.) (wissenschaftliche Begleitung)

4.3 Bürokratieabbau in der Pflege

Die Landesregierung sieht in einem Bürokratieabbau in der Pflege eine Aufgabe von besonderer Bedeutung und Dringlichkeit. Sie begrüßt darum auch ausdrücklich die Ankündigung in der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD auf Bundesebene vom 11.11.2005, die geltenden Bestimmungen des SGB XI und des Heimgesetzes zu vereinfachen und zu harmonisieren mit dem Ziel, den Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand der Pflegeheime und Pflegedienste zu reduzieren.[351] Gleiches gilt für die Zielsetzung, im Gesetzgebungswege Schnittstellenprobleme zwischen SGB XI und SGB V

[351] „Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit“; Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin 11.11.2005; Rd.-Nrn. 4524 – 4531 und 5336 - 5337

sowie zwischen SGB XI und Heimgesetz zu überwinden.[352] Die **Landesregierung** sieht darin eine Bestätigung und Unterstützung ihrer nachstehend näher dargestellten und zum Teil andauernden **Tätigkeiten auf Landesebene** (im Rahmen der dort gegebenen Möglichkeiten).

Zu den diesbezüglichen Maßnahmen zählt die **Novellierung des Niedersächsischen Pflegegesetzes** (NPflegeG) mit Wirkung zum 1. Januar 2004. Hierbei wurde die Förderung von Investitionskosten von Pflegediensten und Pflegeheimen auf die Förderung der Dienste und Einrichtungen der häuslichen pflegerischen Versorgung konzentriert. Weitere Vorgaben des Gesetzes wurden gestrichen oder für die Anwendung vereinfacht. Damit wurde wieder Rechtsklarheit geschaffen und der Aufwand zur Durchführung des Gesetzes für die Einrichtungsträger und die Förderbehörden bei den Landkreisen und kreisfreien Städten als Förderbehörden für kommunale Pflegeeinrichtungen maßgeblich verringert.

Auch im Hinblick auf eine qualitätvolle Pflege lässt sich die Landesregierung von dem Ziel leiten, Bürokratie zurückzudrängen, damit mehr Zeit für Zuwendung geschaffen wird. Die diesbezüglich vorgetragenen Klagen der Leistungsanbieterverbände wurden in einer vom Land geförderten Fachtagung zum Thema „Zu viel Bürokratie in der Pflege?“ gemeinsam mit den Verbänden der Leistungserbringer und der Kostenträger unter Beteiligung von Experten auf Lösungsmöglichkeiten hin diskutiert. Dabei stand die Frage einer fachlich und haftungsrechtlich ausreichenden, möglichst unaufwendigen Pflegedokumentation im Zentrum. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wandten sich in diesem Zusammenhang ausdrücklich gegen Vorgaben im Sinne von Musterdokumentationen. Vielmehr wurde dem Vorschlag des MS gefolgt, gleichwohl landeseinheitliche Handlungsorientierungen für die Pflegedienste und Pflegeheime zu erarbeiten. Das an den Landespflegeausschuss herangetragene Ergebnis der Tagung wurde von dort aufgegriffen und in einer von dort berufenen Fach-Arbeitsgruppe unter Beteiligung des MDKN umgesetzt.

Der niedersächsische Landespflegeausschuss hat in seiner Sitzung am 28.10.2004 einvernehmlich eine **Empfehlung zu „Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation“ in Niedersachsen** abgegeben. Die Empfehlung zeigt Möglichkeiten auf, die Pflegedokumentation zu vereinfachen und zu straffen, ohne dass diese an Aussa-

[352] a. a. O., Rd.-Nrn. 4533 – 4539 und 5341 - 5342

gewert verliert. Die Landesregierung sieht darin einen wichtigen Beitrag zum Bürokratieabbau in der Pflege. Zugleich ist festzuhalten, dass es hiermit – gleichsam im Vorgriff – **in Niedersachsen gelungen** ist, den nunmehr in der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 ergangenen **Auftrag an die Bundesregierung (s. o.), gesetzliche Grundlagen für eine vereinfachte Dokumentation zu schaffen, bereits auf untergesetzlichem Wege auszufüllen**.

Die Koalitionsvertrag nimmt in diesem Zusammenhang Bezug auf die Ergebnisse des „Runden Tisch Pflege".[353] Die dortigen Ausführungen zur Pflegedokumentation harmonieren mit den niedersächsischen Leitlinien.

Um eine landesweite Information der Empfehlung zu deren nachfolgender Anwendung zu sichern, wurden die im Landespflegeausschuss vertretenen Organisationen der Leistungsanbieter und der Kostenträger vom Landespflegeausschuss gebeten, umgehend für eine Weitergabe an ihre Mitglieder oder nachgeordnete Stellen Sorge tragen und die Anwendung bei den Pflegediensten und in den Pflegeheimen empfehlen. **Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Niedersachsen (MDKN) ist aufgefordert, die Empfehlungen bei seinen Prüfungen der Einrichtungen als Maßstab zugrunde zu legen**. Die Geschäftsstelle des Landespflegeausschusses beim MS hat darüber hinaus in Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium die Empfehlung allen Trägern der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen übermittelt und um ihre Einbringung in die Lehrpläne gebeten. In Kenntnis gesetzt wurden zudem die im Niedersächsischen Pflegerat zusammengeschlossenen Berufsverbände und berufsständischen Vereinigungen sowie der Landesarbeitskreis und die Leitstelle der ‚Personalinitiative Pflege'. Die Empfehlung wurde unter www.ms.niedersachsen.de (Pfad: Soziales/Landespflegeausschuss/Empfehlungen) in das Internet eingestellt.

Hinsichtlich der weiteren, von den Landesverbänden der Träger von Pflegediensten und Pflegeheimen vorgetragenen bürokratischen Hemmnisse hat das MS in Abstimmung mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und den Verbänden der privaten Träger von Pflegediensten und Pflegeheimen zum Jahresende 2003 eine **Arbeitsgruppe „Bürokratieabbau in der Pflege"** im MS eingerichtet und bis zum (vorläufigen) Abschluss zur Mitte des 1. Quartals 2005 moderiert.

---

[353] a. a. O., S. 92, Rd.-Nrn. 4530 / 31

Im Zentrum der Beratungen dieser Arbeitsgruppe standen Verfahrensfragen bei der Verordnung und Abrechnung von häuslicher Krankenpflege nach dem SGB V, der Datenerhebung und Datenübermittlung durch die Kranken- und Pflegekassen, der aus den Bestimmungen des Arbeitsschutzes, der Arbeitshygiene, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln resultierenden Umsetzungs- und Nachweisaufwände sowie Fragen der Zusammenarbeit der für Pflegedienste und Pflegeheime relevanten zahlreichen Prüfinstanzen. Die zuständigen Institutionen, insbesondere die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen, wurden im Rahmen ihrer jeweiligen thematischen Betroffenheit an den Beratungen beteiligt.

Mit Hilfe der Arbeitsgruppe ist es gelungen, die Themen, die allgemein unter dem Begriff „Bürokratieabbau“ in die Diskussion eingebracht werden, aufzuarbeiten, die konkreten Problemfelder zu analysieren und Lösungsmöglichkeiten auszuloten. **Nicht alle Vorschläge der Leistungserbringer konnten** allerdings **aus den nachfolgenden Gründen auch einer Lösung zugeführt werden**:
Bei den Anwendungsproblemen handelt(e) es sich überwiegend um Sachverhalte, die bundesrechtlich geregelt sind. Der Bundesgesetzgeber hat zudem im SGB XI und SGB V das Verhältnis zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern als Vertragsparteien klar im Sinne einer Selbstverwaltung geregelt, in der die Parteien zu partnerschaftlichem Handeln verpflichtet sind. Staatlicherseits bestehen keinerlei rechtliche Einflussmöglichkeiten; die Landesregierung ist insofern auf eine moderierende Rolle beschränkt. Dies gilt auch für Streitfälle.

Gleichwohl können aus Sicht des MS als **positive Ergebnisse** festgehalten werden:

<u>Verfahren der Verordnung und Abrechnung von häuslicher Krankenpflege</u>

a) Routinemäßige Anforderung von Pflegedokumentationsunterlagen durch Krankenkassen zur Prüfung ihrer Leistungspflicht

Die Leistungen der „Häuslichen Krankenpflege“ nach § 37 SGB V setzen einen Antrag des Versicherten voraus. Dies geschieht durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung (s. Ziffer 18 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V – im folgenden HKP-Richtlinien genannt). Allerdings erfolgt die Vorlage in aller Regel nicht durch den Versicherten selbst, sondern der Pflegedienst übernimmt diesen Vorgang, wozu er aber keineswegs verpflichtet ist. Gleiches gilt für den Fall, wenn aus Sicht des Pflegedienstes innerhalb des Verordnungszeitraumes oder über den Verordnungszeitraum hinaus weitere Leistungen erbracht werden sollen: Der Pflegedienst nimmt direkt Kontakt zum behandelnden Arzt auf.

Dieses freiwillige Tätigwerden des Pflegedienstes führt dazu, dass sich die jeweilige Krankenkasse zur Beschleunigung des Genehmigungsverfahrens wiederum direkt an den Pflegedienst wendet, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zwecks Prüfung der medizinischen Leistungsvoraussetzungen eine Dokumentation (z.B. Blutzuckermessprotokolle, Wundverlaufsprotokoll) benötigt. Dieser Umstand erweckt den Anschein, dass die Sachbearbeiter der Krankenkassen eigenmächtig und willkürlich Unterlagen anfordern und die datenschutzrechtliche Auffassung zu dieser Problematik außer Acht lassen würden.

Nach erster Erörterung der Sachlage mit den Landesverbänden der Krankenkassen am 30.08.2004 verständigten sich die Beteiligten darauf, zum Beweis der als routinemäßig bezeichneten Anforderung von Unterlagen eine Datenerhebung über die Anzahl und Art der Fälle, in denen Unterlagen eingefordert werden, vorzunehmen. Gleichzeitig wurden die Krankenkassen angehalten, die Verfahrensweise der jeweiligen Kassenart im Hinblick auf getroffene Festlegungen bei bestimmten Maßnahmen bzw. Fallkonstellationen zu hinterfragen.
Zur datenschutzrechtlichen Problematik wurde Einvernehmen darüber erzielt, dass die Krankenkassen selbst kein Einsichtsrecht in die Pflegedokumentation haben. Die bloße Anforderung der Unterlagen im Auftrag des MDK stoße aber auf keine aufsichtsrechtlichen Bedenken.

Aus der Datenerhebung wurde deutlich, dass sich die Anforderung von Unterlagen auf wenige Leistungspositionen beschränkt. Allerdings war die Anzahl – wenn auch regional unterschiedlich - nicht unerheblich. Die Krankenkassen rechtfertigten ihre Handlungsweise mit den unzureichend ausgestellten Verordnungen und der hohen Ablehnungs- bzw. Kürzungsquote aufgrund medizinischer und/oder leistungsrechtlicher Bewertung.

Wegen der zentralen Rolle des Arztes im gesamten Prozess wurde daraufhin die **Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen** zur weiteren Konsensfindung hinzugezogen. Von dort wurde die Bereitschaft erklärt, an einer **Verbesserung der Verordnungspraxis** beizutragen. Konkret wurde vorgeschlagen, **Hinweise zur Handhabung zum Verordnungsformular – Muster 12 – im Sinne einer „Ausfüllhilfe“ für die niedergelassenen Ärzte** zu erstellen. Diese soll in Papierform und auch als Internet-Version zur Verfügung gestellt werden. Vorgesehen ist, die Verbreitung mit einer entsprechenden Kommentierung zunächst im Rundbrief der KVN, später auch im Niedersächsischen Ärzteblatt, zu begleiten.

Der Vorschlag wurde allgemein begrüßt, da mit korrekt und vollständig ausgefüllten Verordnungen tatsächlich eine Reduktion der Anforderung von Unterlagen erreicht werden kann.

Einvernehmen bestand darüber, dass damit keine gänzliche Lösung des Problems einhergehen wird. In diesem Zusammenhang wurde seitens des MS darum geworben, die jeweiligen Untergliederungen mit Hinweis auf die auf Landesebene geführten Gespräche zu motivieren, Unzulänglichkeiten weitestgehend auf der örtlichen Ebene zu regeln. Dies dürfte im Hinblick auf die regional sehr unterschiedlichen Ausprägungen der individuellen Problemlage zweckmäßiger sein und dem Selbstverwaltungsgedanken gerechter werden. Von den Vertragspartnern wurde zugesichert, die geplante Ausfüllanleitung offensiv zu vermarkten. Gleichzeitig würden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe in die

Regionen transportiert, um Transparenz über Ausmaß und Vielschichtigkeit der aufgeworfenen Fragen und deren Lösungsansätze zu schaffen.

Die **Hinweise zur Handhabung von Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V liegen vor und sind zwischen der KVN und den Landesverbänden der Krankenkassen abgestimmt. Eine Zustimmung seitens der Verbände der Leistungserbringer konnte bedauerlicherweise nicht erreicht werden. Insofern werden die Erfahrungen mit der Anwendung der „Ausfüllhilfe" abzuwarten sein.** Mit dem Beginn ihrer Anwendung ist für Dezember 2005 zu rechnen. Die KVN und die Verbände der Krankenkassen werden dies durch entsprechende Informationen an die Ärzte bzw. die Mitgliedskassen oder Untergliederungen innerhalb der Verbände begleiten. Es sind auch Einspeisungen ins Internet vorgesehen (so z. B. von der AOKN).

b) Ablehnung von Verordnungen aus formalrechtlichen Gründen (Vorlagefrist nicht eingehalten)

Von Seiten des MS wurde angeregt, eine formale Ablehnung wegen Nichteinhalten der Vorlagefrist nur dann vorzunehmen, wenn es sich gleichzeitig um nach den geltenden Richtlinien nicht verordnungsfähige Maßnahmen handelt. Diese sachgerechte Verfahrensweise wird von einer Kassenart bereits praktiziert. Die anderen Kassenverbände haben die Prüfung einer entsprechenden Vorgehensweise zugesichert.

c) Unterschiedliche Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren bei den Krankenkassen

So wünschenswert einheitliche Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren auch sind, eine Angleichung wird sich aufgrund der Vielzahl von Kostenträgern und deren unterschiedlicher EDV-Systeme nicht realisieren lassen. Eine gewisse Abhilfe – zumindest für das Abrechnungsverfahren – wird die zunehmende Implementierung des gesetzlich vorgesehenen Datenträgeraustausches auf elektronischem Wege schaffen. Sie wird insbesondere die von den Leistungserbringern beklagte Parallelität von elektronischer Übermittlung und Übermittlung in Papierform beenden. Die derzeitige Parallelführung kennzeichnet ausschließlich den Erprobungsstand des elektronischen Verfahrens.

Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin, Arbeitshygiene

Das zuständige Fachreferat des MS hatte für das Jahr 2004 eine Schwerpunktprüfung ambulanter Pflegedienste vorgesehen. Es war zu befürchten, dass sich aufgrund des damit zusammenhängenden Verwaltungsaufwandes die Diskussion um Bürokratieabbau verschärft. Im Hinblick darauf wurde die Aktion zunächst zurückgestellt. Nach entsprechender Aufklärung über den Umfang und die Art der Durchführung durch das zuständige Arbeitsschutzreferat legten arbeitsmedizinischer Dienst und die Verbände der privaten Einrichtungsträger gemeinsam das Befragungsinstrument fest und erarbeiteten dazugehörige Erläuterungen. Diese **führte dazu, dass die Prüfaktion als eher hilfreich denn als bürokratischer Aufwand angesehen wurde**.

Das Ergebnis fand allerdings bei den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege keine formelle Zustimmung. Gleichwohl teilten die Arbeitsgruppenmitglieder der Freien Wohl-

fahrtspflege die Auffassung von privater Trägerseite und kündigten für den Fall von Prüfungen durch den arbeitsmedizinischen Dienst ihre Unterstützung an.

Die Thematik wurde insofern als erledigt betrachtet. Gleiches galt für die in diesen Sachzusammenhang thematisierte Fragen des Infektionsschutzgesetzes und des Medizinproduktegesetzes. Zudem wurde ausdrücklich festgestellt, dass das Thema „Schutzmaßnahmen beim Umgang mit multiresistenten Keimen“ kein Thema für die Arbeitsgruppe ist, da es hierbei um fachliche und vergütungspraktische Fragen handelt.

Abschluss von Versorgungsverträgen

Die Verbände der Leistungserbringer bemängelten, dass bei Inhaberwechsel, Änderung der Gesellschaftsform oder der Geschäftsadresse des Pflegedienstes sämtliche Verträge im SGB V/SGB XI neu beantragt und abgeschlossen werden müssen. Hierzu müssen alle notwendigen Unterlagen (Strukturerhebungsbogen SGB XI/ Anlage V nach § 132a Abs. 2 SGB V) neu eingereicht werden.

Mittlerweile arbeiten die Landesverbände der Kranken-/Pflegekassen bei vertragsunschädlichen Veränderungen, z.B. Änderung der Platzzahl, Änderung der Geschäftsadresse mit Nachträgen zum bestehenden Versorgungsvertrag. Das MS hat dazu angeregt, diese Verfahrensweise auch bei Betreiberwechsel oder Änderung der Gesellschaftsform anzuwenden. Voraussetzung dafür wäre eine schriftliche Erklärung, dass sich an der Struktur der Einrichtung (Zweck, Personal) nichts geändert hat und die bisherigen Vereinbarungen, insbesondere Vergütungsvereinbarung, als weiterhin gültig anerkannt werden. Die Kostenträger wollen dazu in die Meinungsbildung eintreten.

Einige der ursprünglichen Themen wurden durch anderweitiges Handeln zwischenzeitlich geregelt und waren damit nicht mehr Gegenstand der Beratungen. Hierzu gehörten u. a. die Themen

- Pflegedokumentation (s. o.),
- Verlängerung der Frist zur Vorlage der Verordnung für häusliche Krankenpflege bei der Krankenkasse (erfolgt durch Beschluss des Gemeinsamen Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen; Verlängerung von bisher 2 auf 3 Arbeitstage),
- Qualitätssicherung bei Beratungsbesuchen für Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger nach § 37 Abs. 3 SGB XI (erfolgt durch Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen, die von den Verbänden der Leistungserbringer fachlich mitgetragen wird)[354].

Die – da sie bundesgesetzliche Regelungen oder bundesweit verbindliche untergesetzliche Vorgaben betrafen – auf Landesebene nicht lösbaren Anwendungsprobleme haben durch dortigen Vortrag von Seiten der Leistungserbringerverbände ihren Niederschlag in den Empfehlungen und Forderungen der Arbeitsgruppe III „Entbürokratisie-

[354] siehe auch Abschnitt I 4.2.2

rung“ des „Runden Tisch Pflege“ gefunden.[355] Angesichts der Vorgabe der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005, die Ergebnisse des Runden Tisches im Rahmen von Neuregelungen zur Entbürokratisierung und Verwaltungsvereinfachung in der Pflege einzubeziehen,[356] werden daher die anstehenden Gesetzesvorlagen abzuwarten sein.

Im Zuge der Tätigkeit der Arbeitsgruppe zum Bürokratieabbau in der Pflege war von Seiten der Mitglieder der Leistungserbringer auch die Problematik **unzureichender Ankündigungsfristen von Regelprüfungen** des MDKN (sog. Stichprobenprüfungen und Evaluationsprüfungen) thematisiert worden. Auch MS war diesbezüglich auf verschiedenen Ebenen bereits mehrfach mit der Bitte um eine aus dortiger Sicht sachgerechtere Handhabung der rechtlichen Bestimmungen (§ 114 Abs. 6 SGB XI) herangetreten. Das Anliegen der Verbände der Leistungsanbieter wurde daher unterstützt. Die Vertreter der Landesorganisationen der Pflegekassen boten daraufhin hierzu Gespräche außerhalb der Tätigkeit der Arbeitsgruppe an.

Diese **Gespräche sind inzwischen mit positivem Ergebnis abgeschlossen**. Danach soll künftig eine Ankündigungsfrist von drei Arbeitstagen für die o. g. Prüfungen gelten. Hierdurch soll die durch den Gesetzgeber eingeräumte Beteiligung von Vertreterinnen oder Vertretern des jeweiligen Verbandes, dem der Einrichtungsträger angeschlossen ist (§ 114 Abs. 6 Satz 2 SGB XI), gewährleistet werden.

Unter Aspekten des damit verbundenen Aufwandes, unter fachlichen Gesichtspunkten und im Blick auf eine uneinheitliche Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen zwischen den zuständigen Behörden auf kommunaler Ebene wird von Heimträgern auch immer wieder der vorbeugende **Brandschutz** thematisiert. Dies gilt besonders im Blick auf neuzeitliche Heimkonzepte in Gestalt von Wohngruppen; sie gelten fachlicherseits als besonders geeignet für die Betreuung und Pflege altersdementer Menschen. Durchschnittlich 60 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen weisen entsprechende Krankheitsbilder auf.[357] Die Fachkommission Bauaufsicht der Bauministerkonferenz hat sich vor diesem Hintergrund in 2004 mit einer Empfehlung zu „Brandschutzanforderungen an den Bau und Betrieb von Altenpflegeheimen mit Gruppenwohnbereichen“ befasst. Ziel war, durch bundeseinheitliche Maßstäbe Genehmigungsverfahren für Neu- oder Umbauten von Altenpflegeheimen mit Wohngruppen-

[355] „Runder Tisch Pflege“, Arbeitsgruppe III „Entbürokratisierung“, Berlin im September 2005, unter: www/bmfsfj.de oder www/bmg.de
[356] a. a. O.

struktur zu vereinfachen und insoweit eine einheitliche Anwendung der Brandschutzbestimmungen zu gewährleisten. Das MS ist Mitglied in der Kommission und hat sich in die Erarbeitung der Empfehlung aktiv eingebracht. Leider konnte sich die Fachkommission Bauaufsicht nicht auf eine Empfehlung verständigen. Das MS hätte den Entwurf mitgetragen; es wird ihn deshalb im Falle von Anfragen von unteren Brandschutzbehörden als Entscheidungshilfe übermitteln.

Im Rahmen eines Beschlusses „Bürokratieabbau in der Pflege“ vom 24.06.2004 (LT-Drs. 15/1171) hat der Niedersächsische Landtag die Landesregierung gebeten, gemeinsam mit den Einrichtungs- und Kostenträgern zu überprüfen, wie sich durch den verstärkten **Einsatz von Technologien in der Pflegedokumentation** der Verwaltungsaufwand verringern lässt.

Die Thematik ist in der o. g. Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Praktikern ausführlich behandelt worden. Es ist folgendes **Ergebnis** festzuhalten:
Nach Auffassung der Vertreterinnen und Vertretern der Verbände der freien Wohlfahrtspflege und der privaten Einrichtungsträger und der Leitungen von Altenpflegeheimen **kann** danach **durch den Einsatz neuer Technologien in der Pflegedokumentation durchaus eine nachhaltige Verringerung des Verwaltungsaufwandes** erreicht werden. **Hierzu müssen im Vorfeld jedoch gewisse Rahmenbedingungen geschaffen werden, die allein in der Eigenverantwortung des Einrichtungsträgers und insbesondere der leitenden Pflegefachkräfte liegen**.
Ebensowenig wie – fachlich unbestritten – Qualität in der Pflege nicht in Einrichtungen hineingeprüft werden kann, ist auch der Einsatz von DV-gestützten Dokumentationsverfahren nur im Wege interner Motivations- und Fortbildungsprozesse erfolgreich einzuführen und dauerhaft anzuwenden. Die räumliche Möglichkeit zur Verrichtung administrativer Tätigkeiten ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie die Qualifikation des Personals, die Sicherstellung des Kommunikationsflusses und die auf den Pflegeprozess ausgerichtete Arbeitsorganisation. Hierbei sind nach den Erfahrungen der Praxis in der ambulanten Pflege andere Maßstäbe anzusetzen als bei der stationären Betreuung. Nicht für alle Dokumentationen erscheint bei gegebenem technischen Standard zudem eine EDV-technische Lösung zweckmäßig, so z. B. für die Abfassung des Pflegeberichtes nach erfolgter pflegerischer Intervention. Als durchaus hilfreich erscheint hingegen

[357] siehe Abschnitt I.1.3.3

der Einsatz von DV-gestützten Verfahren im Rahmen der Pflegeprozessplanung, des Controlling und der Leistungsaufzeichnung und –abrechnung.

Auf dem Markt existieren diesbezüglich nach Aussagen der Verbände der Leistungserbringer bereits zahlreiche qualifizierte Software-Produkte mit unterschiedlichen Ausprägungen. Welches Produkt zur Einrichtung passt und letztendlich zum Einsatz kommt, muss nach dortiger Auffassung jede Pflegeeinrichtung für sich selbst im Rahmen ihrer unternehmerischen Handlungsfreiheit entscheiden. Die **Landesregierung sieht hier insofern keine Steuerungsmöglichkeit bzw. Steuerungsbedarf**.

In Betracht kommen – vor allem für die ambulante Pflege – grundsätzlich auch Software-Produkte mit Spracherkennung. Der technische Stand dieser Produkte ist nach Erkenntnissen aus der Praxis jedoch noch nicht ausreichend. Vergleichbare Erfahrungen wurden dem MS auch seitens des MDKN aus der Erprobung solcher Geräte im Rahmen von Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit berichtet. Das Land Baden-Württemberg fördert derzeit in einem Modellprojekt die Anwendung von tragbaren PC mit Spracherkennung. Die Ergebnisse dieser Modellerprobung sollten abgewartet werden.

Durch § 20 des Heimgesetzes besteht für Heimaufsichtsbehörden, Pflegekassen, deren Landesverbände, den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** und die zuständigen Träger der Sozialhilfe die Verpflichtung, **eng zusammenzuarbeiten**.[358] Die Landesregierung hat hierzu erfolgreich auf eine flächendeckende Einrichtung der entsprechenden Arbeitsgemeinschaften hingewirkt.[359] Die Beteiligten sind bemüht, dem gesetzlichen Auftrag u.a. durch Vereinbarung gemeinsamer Prüfungen insbesondere bei anlassbezogenen Prüfungen nachzukommen. Die Heimaufsichtsbehörden wurden darüber hinaus ausdrücklich darauf hingewiesen, von ihrem Ermessen Gebrauch zu machen, auf eigene Prüfungen im selben Jahr zu verzichten, wenn z.B. der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bereits eine Prüfung durchgeführt hat.

Zur Vereinfachung der Prüfverfahren und des Prüfaufwandes für die Heimträger hat das MS als oberste Heimaufsichtsbehörde darüber hinaus die Heimaufsichtsbehörden an-

[358] siehe auch Abschnitt 4.2.3
[359] siehe Abschnitt I.4.2.3

gewiesen, im Fall von Regelprüfungen diese Prüfungen mit eventuell anstehenden Prüfungen von anderen in kommunaler Organisationszuständigkeit befindlichen Prüfinstanzen (z. B. Hygieneaufsicht beim Gesundheitsamt) zu koordinieren.

Dennoch stellt die Umsetzung der Zusammenarbeit von MDKN und Heimaufsichtsbehörden nicht zufrieden. Das MS hat darum in Abstimmung mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Bürokratieabbau in der Pflege“ (s. o.), den Landesorganisationen der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden im Mai 2005 eine eigene Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern kommunaler Heimaufsichtsbehörden, Verbänden der Pflegekassen und dem MDKN eingerichtet. Von der Landesarbeitsgemeinschaft der privaten Einrichtungsträger wurde nach Einverständnis der anderen Mitglieder der Arbeitsgruppe ebenfalls ein Vertreter mit beratendem Status entsandt.

Angestrebt wird eine Vereinbarung zwischen dem MS, den Landesorganisationen der Pflegekassen unter Beteiligung des MDKN und den kommunalen Spitzenverbänden über eine Empfehlung zum Verfahren der Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Heimaufsichtsbehörden und den Prüfteams des MDKN. Hierbei geht es insbesondere um

- die Vermeidung von Mehrfachüberprüfungen des gleichen Sachverhaltes durch arbeitsteilige Prüfungen (MDK: Schwerpunkt Ergebnis- und Prozessqualität; Heimaufsichtsbehörden: Schwerpunkt Struktur- und Feststellung der Anwendung eine formalisierten Pflegeprozesses),
- die wechselseitige Abstimmung über Termine,
- die Organisation gemeinsamer Prüfungen,
- die Abstimmung mit dem Einrichtungsträger über Prüftermine und eventuelle Auflagen,
- die Verwendung möglichst einheitlicher Prüfgrundlagen,
- die wechselseitige Information über Prüfergebnisse im Fall getrennter Prüfungen.

Nach Einschätzung des MS wird der Entwurf der Empfehlung auf Arbeitsebene bis zum Jahresanfang vorliegen. Der Abschluss des sich anschließenden Zustimmungs- und Unterzeichnungsverfahrens für die Vereinbarung wird bis Ende des 1. Quartals angestrebt.

Die für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages aus dem SGB XI und dem HeimG zur Zusammenarbeit von MDK und Heimaufsicht Verantwortlichen in Niedersachsen setzen damit eine einstimmige Empfehlung der Arbeitsgruppe III des „Runden Tisch Pflege“ zur Harmonisierung im System öffentlich-rechtlicher Prüfungen um.[360] Das MS hat in Vertretung aller zuständigen Fachressorts der CDU/CSU-regierten Länder auf der Fachebene an den Beratungen der Arbeitsgruppe III des „Runden Tisch Pflege“ mitgearbeitet und die dortigen Erkenntnisse in die Arbeitsgruppe zur Zusammenarbeit von MDK und Heimaufsichten in Niedersachsen eingebracht.

Die mit der angestrebten Vereinbarung verfolgten Ziele entsprechen im Übrigen im vollen Umfang vergleichbaren Vorgaben zu gesetzgeberischem Handeln im Heimgesetz aus der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 an die neue Bundesregierung.[361]

5. Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Vor- und Umfeld von Pflege

Die Bedeutung von Maßnahmen zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und solchen im Umfeld von Pflege ist in den vergangenen Jahren zunehmend erkannt und in vielfältiger Weise durch die verschiedensten Akteure auf Ebene des Bundes, der Länder und in den Kommunen durch den Auf- und Ausbau professioneller und ehrenamtlicher Hilfestrukturen, die Förderung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe-Strukturen sowie Einzelmaßnahmen und Programme zur Gesundheitsvorsorge und –förderung aufgegriffen worden. Im Schwerpunkt geht es dabei um die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch die Verhinderung, Verzögerung oder Minderung altersbedingter Abbauprozesse („gesundes Altern“). Angesprochen sind dabei insbesondere

- gesunde Lebensweise / Vorbeugung von Krankheiten,
- Erhalt der mentalen Fähigkeiten durch geistige Betätigung (Bildung, Unterhaltung, Teilhabe),
- gesellschaftliches Engagement / Partizipation.

Maßnahmen im Umfeld von Pflege dienen im wesentlichen der Minderung der pflegebedingten Belastungen und der Vermeidung oder Verzögerung einer gesundheitlichen Verschlechterung durch Information, Beratung und konkreten Unterstützung der pflege-

[360] a. a. O., Seite 5ff
[361] a. a. O., Seite 109, Rd.-Nrn. 5322 – 5324 und 5333 - 5335

bedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen – überwiegend mit dem Ziel, die häusliche Pflege zu sichern.

Mit der fortschreitenden Alterung auch der niedersächsischen Bevölkerung und der damit aller Wahrscheinlichkeit nach zunehmenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen[362] **erhalten** solche **Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege unter dem Aspekt der Lebensqualität der alten / pflegebedürftigen Menschen, dem Erhalt des privaten Pflegepotentials und nicht zuletzt (damit) der Finanzierbarkeit des Versorgungssystems essentielle Bedeutung**. Zur Bewältigung der absehbaren Entwicklungen bedarf es dabei vor allem auch einer verstärkten Solidarität zwischen den Generationen im Rahmen bürgerschaftlichen und freiwilligen / ehrenamtlichen Engagements und von Selbst- und Nachbarschaftshilfe.

Das Land trägt zur Entwicklung solcher Strukturen im Rahmen seiner Förderung des bürgerschaftlichen Engagements mit den Schwerpunkten

- Information, Beratung, Vernetzung,
- Förderung neuer Formen freiwilligen Engagements,
- Förderung des Dialogs der Generationen,
- Qualifizierung für ehrenamtliche Tätigkeit,
- Anerkennungskultur (z. B. Kompetenznachweis über ehrenamtliches Engagement, Versicherungsschutz (Unfall, Haftpflicht) der ehrenamtlich Tätigen)

schon langjährig bei.[363]

Beispielhaft werden genannt:

- Im Rahmen des Schwerpunktes „Qualifizierung“ beteiligt sich Niedersachsen seit 2002 am Bund-Länder-Multiplikatorenprogramm EFI (Erfahrungswissen für Initiativen). Es wendet sich gezielt an diejenigen, die am Ende ihres Berufslebens ihre Erfahrungen der nachfolgenden Generation zugänglich machen wollen. Es werden Senior-Trainerinnen und -Trainer ausgebildet, die regionale Initiativen entwickeln, beraten und begleiten sollen. Das Programm läuft noch bis 2006. In der Nachfolge von EFI wird ab 2006 das Landesprogramm ELFEN (Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche Niedersachsen) die Qualifizierung von jährlich 60 Multiplikatoren – unabhängig vom Alter – für die Initiierung, Beratung und Begleitung des bürgerschaftlichen Engagements auf der lokalen Ebene in enger Abstim-

[362] siehe Abschnitte II.1.3.1 und II.2.2.1

[363] die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf Maßnahmen, die landesseitig gefördert oder unterstützt wurden bzw. werden. Die Darstellung der Vielzahl der Maßnahmen anderer Maßnahmenträger oder Fördergeber (z. B. des Bundes im Rahmen von Modellprogrammen, der Krankenkassen auf Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene, der Kommunen, von Verbänden, Vereinigungen oder Initiativen, Bildungsträgern etc.) wäre weder leistbar noch im Zusammenhang mit diesem Bericht gerechtfertigt.

mung mit den Kommunen fortsetzen.

- Die Förderung von Freiwilligen-Agenturen.
  Wie dem MS vorliegende Tätigkeitsberichte von 17 der insgesamt 30 Agenturen ausweisen, stellen die Freiwilligen-Agenturen auch im Bereich der Initiierung und Vernetzung von pflegenahen Hilfeangeboten auf der Ebene von ehrenamtlicher Tätigkeit wichtige Knotenpunkte und Anlaufstellen dar. In diesem Zusammenhang wurden vor allem genannt:
  - die Qualifizierung zur Seniorenbegleiterin / zum Seniorenbegleiter,
  - die Unterstützung von Seniorinnen und Senioren sowie behinderten Menschen bei Angelegenheiten der alltäglichen Lebensführung,
  - der Aufbau und die Organisation von Besuchsdiensten (für den häuslichen Bereich und für Heime) in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Pflegeheimen etc.).

- Die Förderung der Niedersächsischen Landesagentur Generationendialog bei der Landesvereinigung für Gesundheit e. V., Hannover. Aufgabe und Ziel der Landesagentur und der von ihr initiierten oder unterstützten Projekte ist es, die zunehmende Trennung und Kommunikationslosigkeit zwischen den Generationen mit generationsübergreifenden Ansätzen zum freiwilligen Engagement in Niedersachsen aufzubrechen und zur Generationenverständigung beizutragen.

  Zugleich sollen mit Kommunen und anderen Trägern freiwilliger Arbeit neue Modelle entwickelt werden, wie das freiwillige Engagement von Seniorinnen und Senioren besser gefördert und vor Ort vernetzt werden kann. Die Angebote der Landesagentur richten sich an Freiwillige sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Projekten, Vereinen, Verbänden, Kommunen und Unternehmen.

  Die **Landesagentur** unterhält eine **Datenbank**, in der mit Stand von November 2005 171 **Angebote und Projekte von und für ältere Menschen auf kommunaler Ebene** mit näherer Beschreibung und Benennung von Träger und Kontaktperson(en) sowie Zielgruppe(n) enthalten sind. Die Informationen sind im Internet unter www.generationendialog-niedersachsen.de abrufbar. Die Datenbank bietet auf diese Weise an dem Aufbau vergleichbarer Angebote oder einem Austausch Interessierten die Möglichkeit gezielter Information und Rückfragen (Best-Practice); sie stellt zugleich eine Grundlage zur intra- und interkommunalen Vernetzung zwischen Anbietern dar. Einige wenige Beispiele:
  - Altenhilfe-Besuchdienst der Stadt Wilhelmshaven,
  - Brücke der Generationen beim Seniorenbüro Alfeld,
  - Besucher auf 4 Pfoten (Besuchsdienst des Freiwilligenzentrums Hannover),
  - GeSEL – Gemeinschaftswerk Senioren in Emmaus / Langenhagen (Tagestreff insbesondere für Seniorinnen und Senioren),
  - Großelterndienst (Diakon. Werk d. Ev.-luth. Stadtkirchenverbandes Hannover),
  - Göttinger Nachbarschaftshilfe und Seniorengenossenschaft.

- Das Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“.
  Diese jährliche, jeweils eintägige Veranstaltung wird seit 14 Jahren vom MS in Kooperation mit einer niedersächsischen Kommune mit wechselnden Schwerpunktthemen durchgeführt. Sie hat das Ziel, den Dialog mit und zwischen den älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern zu fördern. Die Veranstaltung erreicht durchschnittlich bis zu 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Sie richtet sich ebenso an ältere Menschen der Region wie auch an ein Fachpublikum aus ganz

Niedersachsen. Neben einer fachlichen Diskussion werden auf einem „Markt der Möglichkeiten“ regionale und überregionale Initiativen, Organisationen und Einrichtungen präsentiert. Für die ausführenden Kommunen bietet das Landesforum eine ideale Möglichkeit der Selbstdarstellung. Darüber hinaus schaffen die Veranstaltungen gute Voraussetzungen für neue Vernetzungsaktivitäten. Sie bieten dadurch auch vor Ort eine Basis für nachhaltige Veränderungen und Strukturverbesserungen.

Orte und Themen der Foren:

Tab. T B I 5/1

Jahr	Ort	Thema	Jahr	Ort	Thema
1992	Hannover	Frauen im Alter	1999	Wilhelmshaven	Alter und Gewalt
1993	Braunschweig	Der dritte Lebensabschnitt	2000	Wolfsburg	Alter(n) und (neue) Medien
1994	Bovenden	Lebensbedingungen älterer Menschen im ländlichen Raum	2001	Göttingen	Alter(n) und freiwilliges Engagement
1995	Stade	Zusammenleben der Generationen	2002	Oldenburg	Erst die Arbeit – und dann?
1996	Nordhorn	Wohnen im Alter	2003	Hannover	Senioren – aktiv in Europa
1997	Hameln	Gesundheit im Alter	2004	Hildesheim	Ernährung und Wohlbefinden im Alter
1998	Norden	Alter(n) und Bewegung	2005	Bad Nenndorf	Seniorenwirtschaft - Interessen, Bedürfnisse, Produkte, Lebensqualität

- Die Förderung des Landesseniorenrates als Vertretung der gegenwärtig 127 kommunalen niedersächsischen Seniorenräte, - beiräte und -vertretungen. Im Rahmen der Jahresversammlung des Landesseniorenrates ist dieser zudem wiederholt über Veränderungen der Rechtslage im SGB XI und im Niedersächsischen Pflegegesetz von der Fachebene des MS informiert worden; Probleme der pflegerischen Versorgung aus Sicht des Landesseniorenrates sind dabei diskutiert worden.

- Die Förderung von Mehrgenerationenhäusern.
  Mehrgenerationenhäuser sind offene Tagestreffpunkte für Jung und Alt. Ziel ist es, die Begegnung und gegenseitige Unterstützung der Generationen untereinander zu fördern. Die Angebote richten sich nach den Bedürfnissen und der Eigeninitiative der Besucherinnen und Besucher. Freiwilliges Engagement, Hilfe zur Selbsthilfe und eine große Vielfalt an Aktivitäten prägen die Arbeit im Mehrgenerationenhaus. In diesem Rahmen gibt es in einzelnen Mehrgenerationenhäusern auch Beispiele der Integration von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

  Angebotsbeispiele:
  - Bring- und Abholdienste für ältere Menschen
  - Gemeinsames Frühstück, Mittagstisch und Café für alle Generationen
  - Gymnastik-, Meditations- und Tanzgruppen
  - Gedächtnistraining für Seniorinnen und Senioren

- Gesprächskreise für Angehörige von Demenzkranken.

Es ist geplant, 50 Mehrgenerationenhäuser bis 2008 in Niedersachsen zu initiieren. Nach Möglichkeit soll es in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt ein Mehrgenerationenhaus geben. Kooperation und Vernetzung mit bereits vorhandenen Infrastrukturangeboten sind ausdrücklich erwünscht. Das Land entscheidet in enger Abstimmung mit der jeweiligen Kommune über die Förderung. Die Förderung umfasst derzeit (Dez. 2005) 23 Mehrgenerationenhäuser; für weitere 38 liegen konkrete Anträge vor.

- Die Förderung von Betreuungsvereine.
  Betreuungsvereine leisten einen unverzichtbaren Beitrag bei der Umsetzung der staatlichen Rechtsfürsorge für volljährige Personen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten nicht bzw. nicht in vollem Umfang selbst besorgen können. Gefördert werden die so genannten Querschnittsaufgaben (§ 1908 f BGB), vor allem die Gewinnung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer, ihre Einführung in die Aufgaben, Fortbildung und Beratung sowie die Information über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.
  Entsprechend der besonderen Aufgabenstellung der Betreuungsvereine haben diese in den letzten 4 Jahren nahezu 1.400 neue ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer angeworben.

- Die Förderung des Selbsthilfebüros Niedersachsen mit daran angeschlossenen 22 Selbsthilfe-Kontaktstellen. Das Selbsthilfebüro stellt die landesweite Kontakt-, Beratungs- und Informationszentrale für alle örtlichen und regionalen Aktivitäten und Selbsthilfegruppierungen in Niedersachsen dar. Die Selbsthilfe-Kontaktstellen dienen denselben Aufgaben auf örtlicher Ebene und stellen Information und Vernetzung der örtlichen Akteure sicher.

Die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zur Entlastung von Pflegepersonen, die dementiell erkrankte Personen zu Hause versorgen / pflegen / betreuen, sowie von gerontopsychiatrischen Zentren wird an dieser Stelle ebenfalls noch einmal erwähnt. Im Übrigen wird hierzu auf die vorangehenden Ausführungen in Abschnitt I.3.6 hingewiesen.

Altengerechten und auf Pflege angepassten Wohnungen kommt im Zusammenhang mit der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und der Minderung der Belastungen für die Betroffenen und ihre pflegenden Angehörigen im Rahmen der häuslichen Pflege besondere Bedeutung zu. In der Regel fehlt es hierüber bei diesen an der notwendigen Kenntnis. Gleiches gilt vielfach auch für die Institutionen im Bereich der Altenarbeit und der ambulanten Pflege sowie in der Wohnungswirtschaft und im Handwerk. Dies sind u. a. Erkenntnisse der vom Land bis Ende 2004 geförderten Nieder-

sächsischen Fachstelle für Wohnberatung.[364] Diese hat in 2003 und 2004 dementsprechend eine Reihe von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen mit wichtigen Multiplikatoren durchgeführt wie z. B.

- den Wohnungsberaterinnen und Wohnungsberatern von Wohnungsbauunternehmen,
- im Bereich des Wohnens älterer Menschen tätigen Vereinen, Initiativen und Seniorenbüros,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegediensten, Krankenhäusern und Kommunalverwaltungen (Wohnberatungsstellen)
- Mitgliedern der Handwerkskammer Hannover (im Rahmen der Fortbildungsreihe „Bauen für Senioren“).

Darüber hinaus wurden in Zusammenarbeit mit dem Verband der Wohnungswirtschaft Niedersachsen-Bremen (vdw) Fortbildungsveranstaltungen zur Wohnungsanpassung sowie mit potentiellen Trägern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Kommunalverwaltungen Beratungen zum Aufbau von ambulant betreuten Wohngemeinschaften durchgeführt.

Die Fachstelle hat darüber hinaus in einer **Broschüre „Wohnberatung in Niedersachsen“** die in diesem Bereich tätigen Institutionen, Vereine etc. erfasst. Die Vielfalt der im Zusammenhang mit der Beratung zum Wohnen alter Menschen zu berücksichtigenden Aspekte erfordert grundsätzlich eine Vernetzung der in diesem Aufgabenfeld Engagierten bzw. Tätigen vor allem auf der örtlichen Ebene. Die wechselseitige Kenntnis möglicher Gesprächs- und Kooperationspartner ist hierfür eine entscheidende Voraussetzung; die Broschüre bildet hierfür eine Grundlage.

Es besteht die Hoffnung, dass die durch die Fachstelle gegebenen Impulse von den o. g. Beteiligten aufgenommen wurden und selbständig weiterverfolgt und entwickelt werden und insofern eine nachhaltige Wirkung entfalten.

[364] siehe auch Abschnitt I.3.5

II. Entwicklung des Pflegebedarfs

1. Zahl der pflegebedürftigen Menschen aufgrund der demographischen Entwicklung (Status-quo-Prognose)

1.1 Datengrundlagen und Annahmen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die nachfolgenden Ausführungen über die voraussichtliche zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen beruhen auf folgenden Grundlagen:

1. regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Niedersachsen (NLS) (bis 2020),
2. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes der Bevölkerung Deutschlands (bis 2050),
3. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten gem. Pflegestatistik 2003 zur Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Personen auf der Grundlage der Vorausberechnungen zu 1. und 2. (status-quo-Prognose).

Vorbemerkung

Zu den nachfolgend näher erläuterten Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnungen ist vorab festzuhalten:

Die Bevölkerungsvorausberechnungen des NLS und des Statistischen Bundesamtes gehen von erheblich unterschiedlichen Annahmen zur voraussichtlichen Altersentwicklung der Bevölkerung aus. Dies führt zwangsläufig zu erheblichen Unterschieden bei der voraussichtlichen Zahl der pflegebedürftigen Personen angesichts der überdurchschnittlichen Pflege-Prävalenz bei den höheren und hohen Lebensaltern (Pflegequote im Jahr 2003 der Personen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren 5,5%, im Alter von 80 u. mehr Jahren: 33,4%). **Dies gilt es bei den in 1.3 dargestellten Ergebnissen der Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Personen relativierend zu beachten!**

Beide Vorausschätzungsgrundlagen fanden **dennoch Anwendung aus folgenden Gründen**:

- Die Rechtsgrundlage des § 2 NPflegeG fordert eine räumliche Gliederung des Landespflegeberichtes grundsätzlich auch für die Aussagen zur voraussichtlichen Entwicklung (Ergebnis siehe nachfolgenden Abschnitt 2.3.2). Räumlich ge-

gliederte Bevölkerungsvorausberechnungen für Niedersachsen liegen nur aus der Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes vor.

- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst einen erheblich weiteren Prognosezeitraum.
- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst unterschiedliche Annahmen zur voraussichtlichen Altersentwicklung der Bevölkerung; diejenige des Statistischen Landesamtes geht von einer unveränderten Fortschreibung der durchschnittlich für die Jahre 2001-2003 gemessenen Geburten- und Sterbeziffern aus (status-quo-Prognose)[365].
- Die der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde liegenden Annahmen gelten für alle Bundesländer gleichermaßen.

Zu 1. Regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2020

Die regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes umfasst den Zeitraum 01.01.2004 bis 31.12.2020. Die Berechnungsbasis bildet die niedersächsische Bevölkerung mit Stand vom 31.12.2003. Die räumliche Gliederung bezieht sich auf die Landkreise, kreisfreien Städte, die Region Hannover und große Städte (mit rd. 50.000 und mehr Einwohnern).

Für die Altersentwicklung werden – gleich bleibend – die durchschnittlich für die Jahre 2001 bis 2003 hochgerechneten Geburten- und Sterbeziffern der vorgenannten kommunalen Gebietskörperschaften angenommen (s. o.). Diese weicht nur unwesentlich von der letzten veröffentlichten abgekürzten Sterbetafel 2000 bis 2002[366] mit einer Lebenserwartung für neugeborene Jungen bei 74,91 Jahre, bei neugeborenen Mädchen 80,67 Jahre ab (die Abweichung beträgt durchschnittlich ca. 1 Monat, bei den Jungen ist die Lebenserwartung etwas höher, bei den Mädchen etwas niedriger).

Die Annahme über die Wanderungen entspricht der so genannten „mittleren Variante (W2)“ der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes für Niedersachsen (s. nachfolgend zu 2.). Die tatsächliche Entwicklung – Durchschnitt der Jahre 2001 – 2003 – ist für den gesamten Vorausschätzungszeitraum an die

[365] Hiervon ist nach Einschätzung des Statistischen Landesamtes aufgrund der langjährigen Beobachtungen der tatsächlichen Entwicklung mit höherer Wahrscheinlichkeit auszugehen als von einer Entwicklung entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechung des Statistischen Bundesamtes.
[366] Statistische Monatshefte Niedersachsen 9/04

Wanderungsannahmen der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung angepasst und ohne weitere Veränderung für jede Einheit berechnet worden. Für die großen Städte wurden die Wanderungssalden der für den entsprechenden Landkreis ermittelten Faktoren geschätzt. Die Landeshauptstadt Hannover wurde wie eine kreisfreie Stadt berechnet.

Zu 2. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Bevölkerung Deutschlands bis 2050[367]

Für die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Bevölkerung Deutschlands bis 2050 wurde nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (für Niedersachsen) von folgender Datenbasis und folgenden Annahmen zur Entwicklung ausgegangen:

- Bevölkerung nach Alter und Geschlecht am 31.12.2001,
- Über den gesamten Prognosezeitraum unveränderte Geburtenhäufigkeit von derzeit 1,4 Kindern pro Frau (status-quo-Prognose),
- Lebenserwartung: weitere Zunahme **(Unterschied zur Vorausberechnung NLS, s. o.)**.
- Langfristiger Wanderungssaldo:
  Deutsche: schrittweise Abbau des Wanderungsüberschusses von jährlich 80.000 bis zum Nullniveau im Jahr 2040.
  Ausländer 3 Annahmen: 100.000 (W1); 200.000 (W2); 200.000 ab Jahr 2011 300.000 (W3).

Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung

Für das Jahr 2050 wurden insgesamt **drei Annahmen (L1 bis L3)** über die Entwicklungsdynamik der Lebenserwartung getroffen (s. nachstehende Übersicht):

L1:
Angesetzt wurden die für jedes einzelne Altersjahr international bereits heute erreichten niedrigsten Sterbewahrscheinlichkeiten als Ziel für Deutschland im Jahr 2035. Der sich daraus ergebende Trend in der Entwicklung der Lebenserwartung wurde dann in leicht abgeschwächter Form bis 2050 fortgeschrieben.

L2 und L3:
Gleiche Basis: Sterblichkeitsabnahme je Altersjahr in den letzten 30 Jahren seit der Volkszählung 1970.

[367] Bei der nachfolgenden Darstellung handelt es sich aus Gründen der Berichtsgenauigkeit im wesentlichen um die Wiedergabe einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes; „Bevölkerung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003, Seite 5ff.

Annahme L3: Fortsetzung des Anstiegs der Lebenserwartung nur wenig langsamer als in den letzten 30 Jahren.
Annahme L2: stärkere Abschwächung des Anstiegs der Lebenserwartung als in den letzten 30 Jahren.

Folgen aus den Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung

Nach der mittleren Annahme L2 wird die Lebenserwartung neugeborener Jungen im Jahr 2050 81,1 Jahre (derzeit bundesdurchschnittlich 1998 bis 2000: 74,8 Jahre) und die der Mädchen 86,6 Jahre (derzeit: 80,8 Jahre) betragen.
Nach der Annahme L1 fällt der Anstieg bei den Jungen um zwei, bei den Mädchen um ein Jahr geringer aus.
Nach der Annahme L3 würde die Lebenserwartung für beide Geschlechter etwa 1,5 Jahre höher liegen als in der mittleren Annahme L2.

Für 60-jährige wird in Annahme L2 für das Jahr 2050 eine weitere Lebenserwartung von 23,7 Jahren bei den Männern und 28,2 Jahre bei den Frauen angesetzt. Damit würden im Jahr 2050 60-jährige Männer mit einer gesamten Lebenserwartung von etwa 84 Jahren und gleichaltrige Frauen von etwa 88 Jahren rechnen können. Die hohe Lebenserwartungsannahme L3 geht von einer noch gut ein Jahr höheren ferneren Lebenserwartung aus (s. Tab. T B II.1.1/1).

Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung[368]

Tab. T B II.1.1/1

	Lebenserwartung								**Zuwachs im Vergleich zum Durchschnitt von 1998 bis 2000**					
	1998 bis 2000		Annahmen für 2050						Annahme L1		Annahme L2		Annahme L3	
			L1		L2		L3							
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
Bei Geburt	74,8	80,8	78,9	85,7	81,1	86,6	82,6	88,1	4,1	4,9	6,3	5,6	7,8	7,3
Im Alter von 60 Jahren	19,2	23,5	22,0	27,7	23,7	28,2	24,9	29,4	2,8	4,2	4,5	4,7	5,7	5,9

Anmerkung im Blick auf die Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen

Das Statistische Bundesamt äußert sich hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit der drei Alternativ wie folgt:[369]

„Für einen langsamen Anstieg der Lebenserwartung spricht, dass in einigen Altersjahren die Verbesserungspotenziale fast ausgeschöpft sind bzw. in Zukunft keine gravierenden Veränderungen mehr erwartet werden. So lieg beispielsweise die Säuglingssterblichkeit in Deutschland bereits heute auf einem sehr niedrigen Niveau. Die hier vielleicht noch vorhandenen Reserven werden sich nicht mehr spür-

[368] a. a. O., Seite 19

bar auf die Lebenserwartung auswirken. Außerdem ist offen, ob die in der Vergangenheit wirksamen Faktoren in Zukunft die Sterblichkeit so stark wie bisher vermindern bzw. durch ähnlich wirkende Effekte ersetzt werden."

Diese Bewertung entspricht grundsätzlich der Einschätzung des Statistischen Landesamtes. **Allerdings führen selbst die im Vergleich zu den Varianten L2 und L3 niedrigen Annahmen der Variante L1 mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung der Männer bis 2050 von 78,9 Jahren und der Frauen von 85,7 Jahren aufgrund ihres Unterschiedes zur Basis der Berechnungen des Statistischen Landesamtes um rd. 4 Jahre bei den Männern und rd. 5 Jahre bei den Frauen bereits bis 2020 zu erheblichen Unterschieden im Berechnungsergebnis** (s. Abschnitte 2.2 und 2.3.1).

Für Niedersachsen berechnet liegen aus der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung die Varianten 4, 5 und 6 vor. Diese gehen einheitlich von der mittleren Annahme zur Altersentwicklung (L2, s. o.); sie unterscheiden sich in den Annahmen zur Wanderung (s. o.). Letztere erscheinen im Blick auf die Vorausschätzung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen wenig bedeutsam:
Pflegebedürftige Menschen sind vorwiegend immobilere Menschen höheren Alters, bei denen Außen- wie Binnenwanderungen erfahrungsgemäß nahezu zu vernachlässigen sind. Von daher wurde bei der Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen jeweils der **mittlere Wanderungssaldo (W2)** zu Grunde gelegt. Dies entspricht auch der diesbezüglichen Berechnungsgrundlage des Statistischen Landesamtes für die regionale Bevölkerungsvorausberechnung bis 2020.

Für die Frage der Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen von wesentlich bedeutsamerem Einfluss sind dagegen die Annahmen zur durchschnittlichen Lebenserwartung (L1 bis L3, s. o.). Diese sind in der 10.koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung durch die Alternativen 2, 5 und 8 (jeweils Annahme mittlerer Wanderungssaldo (W2) in Kombination mit L1, L2 und L3) abgebildet. Für Niedersachsen liegen jedoch für die Varianten 2 und 8 keine Berechnungen vor. Im Sinne einer Näherungsrechnung wurden darum die Vorausschätzungswerte für das Bundesgebiet unter der Annahme gleicher Entwicklungen auf die Landesebene in Niedersachsen heruntergerechnet.

---

[369] a. a. O., Seite 19

Zugrunde gelegt wurden dabei die prozentualen Abweichungen der Vorausschätzungsergebnisse von Variante 2 (niedrige Lebenserwartung) bzw. Variante 8 (hohe Lebenserwartung) von denjenigen der mittleren Lebenserwartung (Variante 5). Diese Abweichungen wurden auf die Vorausschätzungsergebnisse für Niedersachsen für Variante 5 analog übertragen.

Zu 3. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten gem. Pflegestatistik 2003 zur Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Personen auf der Grundlage der Vorausberechnungen zu 1. und 2. (status-quo-Prognose)

Aufbauend auf den vorstehenden Annahmen über die altersspezifische Bevölkerungsentwicklung erfolgte die Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen. Die Datenbasis bildeten die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten gem. Pflegestatistik 2001 und 2003 (s. Abschnitt I 1.1). Sie wurden unverändert fortgeschrieben (Status-quo-Prognose).

<u>Dies bedeutet:</u> Die für die Zukunft ermittelten Zahlen sind als wahrscheinlich zu bewerten für den Fall unveränderter Pflege-Häufigkeit in der Bevölkerung und unveränderter rechtlicher Voraussetzungen zur Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nach derzeitiger Rechtslage.

Dies erscheint – zumindest für die Langfrist-Perspektive – z.B. angesichts eines weiterhin anzunehmenden medizinischen Fortschritts sowie des – darin Partei übergreifenden – Konsenses über eine verbesserte Berücksichtigung des allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfs bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Altersdemenz) **bereits heute fraglich.** Die vorgenannte Maßnahme würde ab Geltungsdatum einer neuen gesetzlichen Regelung zu einem **sprunghaften Anstieg** der Zahl der als pflegebedürftig definierten Personen und damit der der Vorausschätzung zu Grunde liegenden Pflegequoten führen.
Die nachfolgenden Vorausschätzungsergebnisse bedürfen insoweit einer vergleichsweise kontinuierlichen Überprüfung und Neuberechnung auf der Grundlage der veränderten Annahmen.

Der Erhebungszeitpunkt der Pflegestatistik 2001 (15.12.2001) deckt sich fast genau mit dem Ausgangsdatum der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (31.12.2001). Zur Bestimmung der Abweichungen im Vorausschätzungsergebnis wur-

den in einem ersten Schritt für die Hochrechnung der Zahl der Pflegebedürftigen für die Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (s.o.) sowohl die Pflegestatistiken 2001 wie 2003 mit den jeweiligen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten verwandt. Da das Ergebnis sich nur unwesentlich unterschied (höchste Differenz 516 Personen in 2050), wurde für alle weiteren Berechnungen die aktuellere Pflegequote aus 2003 zugrunde gelegt. Dies impliziert die Annahme einer leicht ungünstigeren Entwicklung; die Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen bewegt sich insofern „auf der vorsichtigen Seite".

Die Ermittlung der regionalen Ergebnisse zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in den kommunalen Gebietskörperschaften (Abschnitt 1.3.2) erfolgte alternativ auf der Grundlage der in den kreisfreien Städten und Landkreisen gem. Pflegestatistik für Ende 2003 festgestellten geschlechtsspezifischen Pflegequoten für jeden Altersjahrgang.
Aus der insoweit gegenüber den für die landesweite Vorausschätzung (Abschnitt 1.3.1) zu Grunde gelegten Durchschnittswerten für die altersspezifischen Pflegequoten (s. o.) vergleichsweise „genaueren" örtlichen Pflegequoten folgen im Prognoseergebnis für Niedersachsen insgesamt – geringfügige – Unterschiede: Die Differenz beträgt für 2010 ein Mehr von 1062 pflegebedürftigen Personen (237.049 anstelle 235.987) und für 2020 von 2.043 Personen (265.681 anstelle 263.538) – jeweils bezogen auf die regional differenzierte Prognose. Dies entspricht – für alle Kommunen zusammengenommen - lediglich einem Unterschied von lediglich 0,5% bzw. 0,8%. Diese Unterschiede erscheinen daher als rechnerische „Unschärfen" für die Wertung der Vorausschätzungsergebnisse ohne Belang.

Die für jeden Altersjahrgang ermittelten Prognoseergebnisse wurden des weiteren für die Ergebnisdarstellung in sinnvollen Alterskohorten entsprechend der Altersgruppierung für die Darstellung der Altersstruktur der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen (s. a. Abschnitt I 1) zusammengefasst. Diese altersgruppenspezifische Vorausschätzung ermöglicht Aussagen zur spezifischen quantitativen Entwicklung unter dem Aspekt altersabhängig unterschiedlicher Anforderungen an die pflegerische Versorgung bzw. pflegerische Versorgungsstruktur. Auf die diesbezüglichen Ausführungen in den Abschnitten I 2, 1.3.1 und 1.3.2 wird hingewiesen.

1.2 Altersspezifische Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen

Da sich die Prognosen des Statistischen Landesamtes und des Statistischen Bundesamtes (auf Niedersachsen heruntergerechnet) in Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen aufgrund der unterschiedlich angenommenen Lebenserwartung (s. vorheriger Abschnitt) erheblich unterscheiden, werden hier und unter 1.3.1 die Prognosen des Statistischen Landesamtes (bis 2020) jeweils unter a) und des Statistischen Bundesamtes (bis 2050) jeweils unter b) gesondert dargestellt.
Beide Prognosen gehen von einer identischen Bevölkerungszahl von 7,993 Millionen (Stand 31.12.03) aus.
Bei der Prognose des Statistischen Landesamtes wird der Höhepunkt der Bevölkerungsentwicklung schon 2010 mit 8,032 Millionen erreicht, um dann 2020 auf 7,962 Millionen zurückzugehen (s. Tab. II 1.2/1), während beim Statistischen Bundesamt die Bevölkerungszahl Niedersachsens nach der Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung (mittlerer Anstieg der Lebenserwartung) über 8,043 Millionen 2010 mit 8.093 Millionen in 2020 am höchsten ist, um erst dann über 7.901 Millionen in 2040 auf 7,691 Millionen in 2050 zurückzugehen (s. Tab. II 1.2/2). **Selbst die Variante 2 mit der niedrigst angenommenen Steigerung der Lebenserwartung liegt hier mit einer Abweichung von -0,699% gegenüber der Variante 5 für 2020 mit einer Prognose der Bevölkerungszahl von 8,036 Millionen (-56.500) noch erheblich über der o.a. Prognose des Statistischen Landesamtes.**
Für 2050 ergeben sich bei den Varianten 2 (geringer Anstieg der Lebenserwartung) und 8 (hoher Anstieg der Lebenserwartung) im Bundesschnitt Abweichungen von -1,976% bzw. +1,6% gegenüber der mittleren Variante 5. Die für Niedersachsen nach Variante 5 prognostizierte Bevölkerungszahl von dann 7,691 Millionen würde bei Übertragung des Bundesschnittes auf Niedersachsen eine Abweichung bei der Variante 2 von –152.200 und bei Variante 8 von +123.100 bedeuten.

Für die einzelnen Altersgruppen ergeben sich folgende – zum Teil durchaus unterschiedliche – Entwicklungen (Tab. II.1.2/1 und 2).
Diese beziehen sich sowohl auf Unterschiede zwischen den beiden Prognosen als auch auf die Entwicklungsverläufe. Es kann nicht von stets gleich gerichteten Verläufen (Anstiege / Absinken der Personenzahl) über den gesamten Prognosezeitraum ausgegangen werden (mit diesbezüglichen Veränderungen auch hinsichtlich der Zahl der pflegebedürftigen Personen (s. Abschnitte 1.3.1 und 1.3.2).

Unter 15-jährige (Kinder)

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2020:

Die Zahl der unter 15-jährigen **sinkt** von 2003 bis 2020 **um 17,0% (218.000)** von 1,282 Millionen über 1,172 Millionen in 2010 auf 1,064 Millionen.

b) Entwicklung entsprechend Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2050:

Die Zahl der unter 15-jährigen **sinkt** von 2003 bis 2020 **um 14,6% (188.000)** von 1,282 Millionen auf 1,094 Millionen (insofern geringer als bei a)), bis 2050 **sinkt sie insgesamt um 23,8% (305.000)** auf 977.000; die größte prozentuale Abnahme zwischen den Dekaden erfolgt von 2003 bis 2010 mit 9,2 % (118.000) von 1,282 auf 1.164 Millionen.

15- unter 40-jährige (Jugendliche und junge Erwachsene)

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2020:

Die Zahl der 15- unter 40-jährigen **sinkt** von 2003 bis 2020 **um 7,7% (198.000)** von 2,560 Millionen auf 2,362 Millionen, dies passiert fast ausschließlich mit 7,4% bis 2010 (2,371 Millionen), danach bleibt die Zahl fast konstant.

b) Entwicklung entsprechend Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2050

Die Zahl der 15-unter 40-jährigen **sinkt** – wiederum geringer als bei der Vorausberechnung des NLS – von 2003 bis 2020 **um 4,5% (114.000)** auf 2,446 Millionen (bis 2010 sogar auf 2,383 Millionen, um danach leicht anzusteigen), von 2003 bis 2050 **sinkt sie insgesamt um 16,6% (426.000)** von 2,560 Millionen auf 2,134 Millionen. Die größte prozentuale Abnahme zwischen den Dekaden erfolgt ebenfalls von 2003 bis 2010 mit 6,9% (177.000) von 2,560 auf 2,383 Millionen.

40 – unter 65-jährige (Erwachsene mittleren Alters)

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2020:

Die Zahl der 40- unter 65-jährigen **steigt** von 2003 bis 2020 **um 5,8% (165.000)** von 2,692 Millionen auf 2,857 Millionen, zwischenzeitlich (2010) werden aber schon 2,873 Millionen erreicht, um dann wieder leicht zu sinken.

b) Entwicklung entsprechend Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2050

Hier ergibt sich über den Prognosezeitraum hinweg ein **uneinheitlicher Entwicklungsverlauf**: Von 2003 bis 2020 **steigt** die Zahl **um 4,2% (114.000**; geringer als bei der Prognose zu a) **)** von 2,692 Millionen auf 2,806 Millionen (2010 erreicht sie sogar 2,898 Millionen, s.u.); **insgesamt sinkt** die Zahl jedoch von 2003 bis 2050 **um 6,1% (164.000)** auf 2,528 Millionen. Von 2003 bis 2010 steigt sie allerdings um 7,7% (206.000) von 2,692 auf 2,898 Millionen an, um dann nur noch zu sinken, am stärksten in der Dekade von 2020 auf 2030 mit 8,8% (246.000) von 2,806 auf 2,560 Millionen.

65 – unter 80-jährige (ältere Menschen)

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2020:

Die Zahl der 65 - unter 80-jährigen **steigt** bis 2020 **um 7,3% (81.000)** von 1,109 Millionen auf 1,190 Millionen, allerdings liegt sie 2010 mit 1,217 Millionen schon höher.

b) Entwicklung entsprechend der Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2050

Auch bei den 65-80-jährigen ergibt sich **ein uneinheitlicher Entwicklungsverlauf**: Von 2003 bis 2020 **steigt** die Zahl **um 7,9% (88.000)** auf 1,197 Millionen, die mit 1,191 Millionen in 2010 aber schon fast erreicht wird; **insgesamt steigt die Zahl** von 2003 bis 2050 von 1,109 Millionen auf 1,185 Millionen um **6,9% (76.000)**. Den stärksten Zuwachs verzeichnet sie von 2020 bis 2030 mit

23,8%(285.000) von 1,197 auf 1,482 Millionen, **um dann beständig zu sinken**, am stärksten von 2040 bis 2050 mit 19.0% (279.000) von 1,464 auf 1,185 Millionen.[370]

<u>80jährige und ältere (alte und hochaltrige Menschen)</u>

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2020:

Die Zahl der über 80-jährigen **steigt** von 2003 bis 2020 **beständig um 28,3% (138.000)** von 349.000 auf 487.000 mit stärkerer Tendenz in der 2. Dekade.

b) Entwicklung entsprechend der Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2050

Hier zeigt sich wieder ein einheitlicher Entwicklungsverlauf: die Zahl der über 80-jährigen **steigt** bis 2020 **um 57,4% (200.000)** von 349.000 auf 549.000; **insgesamt steigt** die Zahl von 2003 bis 2050 **um <u>148 %! (516.000)</u>** auf 865.000. Der stärkste Zuwachs erfolgt von 2010 bis 2020 mit 35,4% (144.000) von 405.000 auf 549.000, auch der Zuwachs von 2003 bis 2010 mit 16,3% (56.000) von 349.000 auf 405.000 ist erheblich.

<u>Zusammenfassende Wertung</u>

Zwischen der Prognose des Statistischen Landesamtes und der Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bestehen bis 2020 bis auf die Gruppe der über 80-jährigen keine Unterschiede von bedeutsamem zahlenmäßigem Umfang. Bei letzteren unterscheiden sich die Prognosen allerdings erheblich (+28,3%, +138.000, bzw. +57,4%, +200.000) – bedingt durch die unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung (s. Abschnitt II.1.1).

[370] Die Entwicklungsverläufe in dieser Altersgruppe sind hier angesichts der hier bereits vergleichsweise hohen Pflegequote von durchschnittlich 5,54% von versorgungspolitisch erheblicher Relevanz.

Insgesamt ergibt sich daraus aber trotzdem Folgendes:

Die **Zahl der besonders pflegerelevanten Gruppe der über 80-jährigen steigt am stärksten an** und das schon **bald (bis 2020)**; sie erreicht 2050 – nach einem kurzen Verharren auf höherem Niveau von 2020 bis 2030 – absolut fast die Zahl der unter 15-jährigen Bevölkerung (865.000 zu 977.000). Gleichzeitig korrespondiert diese Entwicklung – im negativen Sinne – mit einer erheblichen Abnahme der Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung der 15-unter 65-jährigen (bis 2050 Abnahme um 11,2% entsprechend 590.000 (von 5,252 auf 4,662 Millionen).
Für die Betreuung der erheblich steigenden Zahl insbesondere der hochaltrigen Menschen werden damit in den kommenden Jahrzehnten erheblich weniger Menschen als heute zur Verfügung stehen.
Zwar könnte sich ein Teil dieser Betreuungsaufgaben auf die bis 2050 insgesamt noch leicht um 6,9% (76.000) von 1,109 auf 1,185 Millionen wachsende Gruppe der 65- unter 80-jährigen verlagern; jedoch sinkt die Bevölkerungszahl in dieser Gruppe bereits ab 2030 ebenfalls (s.o.).

1.3 Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen – Vorausberechnung bis 2020 / 2050

1.3.1 Gesamtentwicklung

Die nachfolgenden Ergebnisse der Vorausberechung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen beruhen auf den Annahmen zur demographischen Entwicklung sowie den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten aus der Pflegestatistik (Fortschreibung der Ist-Werte vom Stichtag 15.12.2003). Auf die Erläuterungen in den Abschnitten 1.1 und 1.2 wird hingewiesen.

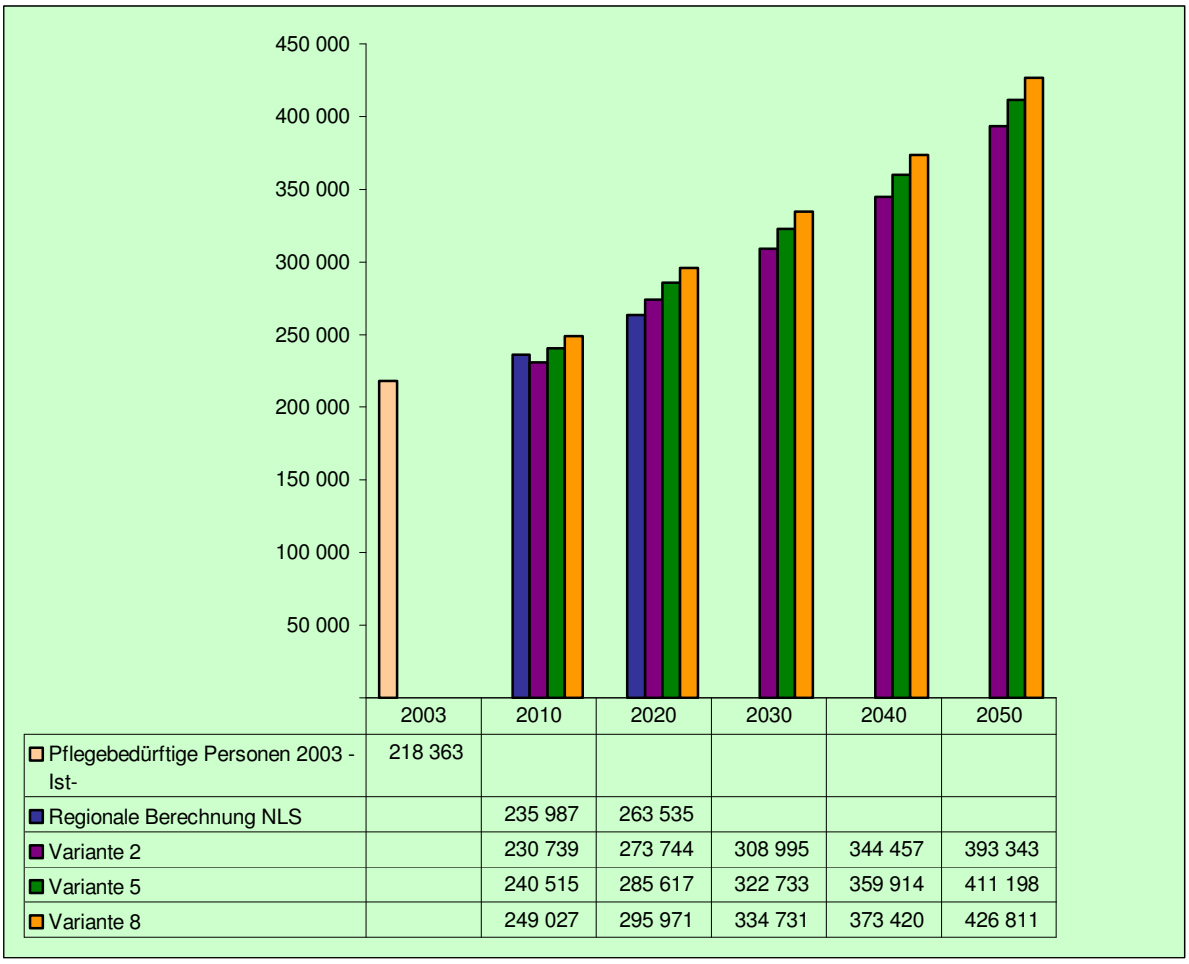
Entsprechend den unterschiedlichen Grundlagen zur Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung (s. Abschnitt 1.1) wird im Folgenden auch die Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen jeweils nach der regionalen Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2020 (Annahme einer Fortschreibung der derzeitigen Lebenserwartung) sowie nach der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes mit den Varianten 5 (mittlerer Anstieg der Lebenserwar-

tung), 2 (niedriger Anstieg der Lebenserwartung) und 8 (starker Anstieg der Lebenserwartung) dargestellt. Für Niedersachsen ergeben sich die nachfolgenden Entwicklungen (s. nachfolgende Tabellen und nachfolgende Abb. sowie Abb. 5, Teil A).

Im übrigen wird auf die Tabellen II.1.3.1/1,2 und 3 (im Anhang) hingewiesen.

Abb.: B II.1.3.1/1

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen Vergleich unter Zugrundelegung der Bevölkerungsvorausberechnungen für Niedersachsen



	2003	2010	2020	2030	2040	2050
Pflegebedürftige Personen 2003 - Ist-	218 363					
Regionale Berechnung NLS		235 987	263 535			
Variante 2		230 739	273 744	308 995	344 457	393 343
Variante 5		240 515	285 617	322 733	359 914	411 198
Variante 8		249 027	295 971	334 731	373 420	426 811

	Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen am 15.12.2003; Quelle Nds. Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003 nach § 109 SGB XI
	Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2020; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020; Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts
	Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 2)
	Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechn des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen mittlerer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 5)
	Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen hoher Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 8)

Tab. T B II 1.3.1/1

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS

(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Menschen im Jahr …		
2003 (Ist)	2010	2020
218.363	235.987	263.538

Tab. T B II 1.3.1/2

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen bis 2050 entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statist. Bundesamtes

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Menschen im Jahr …					
	2003 (Ist)	2010	2020	2030	2040	2050
gering	218.363	230.739	273.744	308.995	344.457	393.343
mittel	218.363	240.515	285.617	322.733	359.914	411.198
stark	218.363	249.027	295.971	334.731	373.420	426.811

Die Zahl der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in Niedersachsen betrug Ende 2003 laut Pflegestatistik 218.363 Personen.

Bis 2020 wird sich diese Zahl unter Zugrundelegung der **Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes** (Annahme: keine Erhöhung der Lebenserwartung) erhöhen auf 263.538 (**Anstieg 45.175 Personen = 20,7%**), nach der Variante mit dem niedrigsten erwarteten Anstieg der Lebenserwartung (Variante 2) der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung) auf 273.744 Personen (+ 55.381 = 25,4%), nach derjenigen mit dem höchsten erwarteten Anstieg der Lebenserwartung (Variante 8) 295.971 Personen (+ 77.608 Personen = 35,5%).

Bis 2050 wird sich die Zahl von 2003 **nach** der mittleren Variante 5 der **10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung** mit 411.198 Personen nahezu verdoppeln, bei der Variante mit dem erwarteten niedrigsten Anstieg der Lebenserwartung beträgt die Zahl 393.343, bei der Variante 8 426.811 Personen. Die Werte für den **Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen** Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens **gegenüber 2003 betragen danach 192.835 / 174.980 / 208.448 Personen entsprechend 88,3% / 80,1% und 95,5%** Einen Überblick über den Entwicklungsverlauf in den verschiedenen Prognosezeiträumen gibt die nachfolgende Übersicht.

Tab. T B II 1.3.1/3

Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen 2020 / 2050 – Veränderungen zwischen den Prognoseabschnitten

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	Veränderung der voraussichtlichen Zahl pflegebedürftiger Menschen zwischen den Jahren …									
	2003 – 2010		2010 – 2020		2003 – 2020		2020 – 2030		2003 – 2030	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
kein Anstieg[1]	17.624	8,1	27.551	11,7	45.175	20,7	-	-	-	-
gering[2]	12.376	5,7	43.005	18,6	55.381	25,4	35.251	12,9	90.632	41,5
mittel[2]	22.152	10,1	45.102	18,8	67.254	30,8	37.116	13,0	104.370	47,8
groß[2]	30.664	14,0	46.944	18,9	77.608	35,5	38.760	13,1	116.368	53,3

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	Veränderung der voraussichtlichen Zahl pflegebedürftiger Menschen zwischen den Jahren …							
	2030 – 2040		2003 – 2040		2040 – 2050		2003 – 2050	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
kein Anstieg[1]	-	-	-	-	-	-	-	-
gering[2]	35.462	11,5	126.094	57,8	48.886	14,2	174.980	80,1
mittel[2]	37.181	11,5	141.551	64,8	51.284	14,2	192.835	88,3
groß[2]	38.689	11,6	155.057	71,0	53.391	14,3	208.448	95,5

1) entsprechend Regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Niedersachsen
2) entsprechend 10.koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes

Zusammenfassende Bewertung

Angesichts der erheblichen Unterschiede in den Ergebnissen der Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner – im wesentlichen aufgrund der unterschiedlichen Annahmen des Statistischen Landesamtes und des Statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung ist die **Frage nach der Wahrscheinlichkeit des Zutreffens** nahe liegend. Hierzu wird **folgende Einschätzung** vorgenommen, die für eine besondere Wahrscheinlichkeit der Berechnungsergebnisse auf der Grundlage der Variante 2 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (niedrigster erwarteter Anstieg der Lebenserwartung) spricht:

- Allgemein wird in den vielfältigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen von einer weiterhin steigenden Lebenserwartung ausgegangen. Die Annahme einer für die kommenden Jahre unveränderten Lebenserwartung des Statistischen Landesamtes stellt insofern eine Ausnahme dar.

- Das Statistische Bundesamt schätzt die Wahrscheinlichkeit für einen langsamen Anstieg der Lebenserwartung vergleichsweise hoch ein (s. Abschnitt 1.1, zu 2.).

Tendenziell wird daher hinsichtlich der zu erwartenden Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen **am ehesten von Werten auszugehen** sein, die **zwischen den Vorausberechnungen** auf der Grundlage der regionalen Bevölkerungsvorausberechnung **des Statistischen Landesamtes und denjenigen der Alternative 2 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung** liegen. Hierbei bilden die Erstgenannten die Unter-, diejenigen der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung die Obergrenze. **Für 2020 wäre demnach von einem Anstieg gegenüber 2003 zwischen rund 45.200 und 55.400 Personen auszugehen.**

Diese Ergebnisse gehen allerdings – dies sei erneut hervorgehoben (s. Abschnitt 1.1) – jeweils von der Annahme einer im Berechnungszeitraum gegenüber 2003 unveränderten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequote und auch im Übrigen unveränderten Rahmenbedingungen (z. B. des Leistungsrechts der Pflegeversicherung) aus. Dies erscheint in Anbetracht der Annahmen zur gesundheitlichen Entwicklung im Alter (s. nachfolgender Abschnitt II.2.1) einerseits, der zu erwartenden Reform des Pflegeversicherungsgesetzes eher unwahrscheinlich. Die Vorausberechnungen müssen daher auf der Grundlage veränderter Rahmenbedingungen und der hieraus resultierenden Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung regelmäßig erneut erfolgen. Der gesetzlich festgelegte Fortschreibungszeitraum für den Landespflegebericht von fünf Jahren stellt dies jedoch sicher und erscheint als Zeitintervall auch geeignet.

1.3.2 Entwicklung in den verschiedenen Lebensaltern

Das Pflegeversicherungsgesetz macht hinsichtlich der Definition des Pflegebedarfs und der darauf abgestellten Leistungen und Verrichtungen der Leistungserbringer – private wie professionelle – keine Unterschiede. Ungeachtet dessen ist für die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen von unterschiedlichen Anforderungen an die Pflege und Betreuung im besonderen in Abhängigkeit von ihrem Lebensalter und den damit verbundenen Lebensumständen (z. B. Vorhandensein eines privaten Hilfe- und Unter-

stützungsnetzes) auszugehen.[371] Die Versorgungsstrukturen müssen hierauf nach Art und Zahl angepasst sein. Die nachfolgenden Ergebnisse geben Hinweise im Hinblick auf die Menge der zukünftig vorzuhaltenden Versorgungsangebote und –leistungen.

Zwischen den verschiedenen Altersgruppen gibt es analog zur dortigen Bevölkerungsentwicklung (s. Abschnitt I.1.2) erhebliche Unterschiede in der Entwicklung auch der pflegebedürftigen Personen. Die demographisch bedingten Unterschiede werden zudem „überlagert" durch das in Abhängigkeit vom Alter und vom Geschlecht unterschiedliche Aufkommen an pflegebedürftigen Personen (Pflegequote; siehe nachstehende Übersicht).

Tab. T B II 1.3.2/1

Durchschnittliche Pflegequote 2003 für unterschiedliche Altersgruppen der Bevölkerung in Niedersachsen

Altersgruppen	Pflegequote 2003
Unter 15	0,59
15- unter 40	0,38
40- unter 65	0,86
65- unter 80	5,54
80 und älter	33,41

Von daher ergeben sich für die o. g. Altersgruppen bei den verschiedenen Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen (s. Abschnitt II.1.1) folgende Szenarien (s. auch Abb. 4, Teil A):

Unter 15-jährige (Kinder):

Tab. T B II 1.3.2/2
Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen unter 15 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)

(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Kinder im Jahr …		
2003 (Ist)	2010	2020
7.518	6.869	6.237

[371] in diesem Sinne auch bereits Abschnitt I.1; neben die altersbedingten Versorgungsbedarfe treten eine Vielzahl weiterer Einflussmerkmale wie Geschlecht, Nationalität, religiöse Zuordnung, ökonomische und soziale Situation oder erkrankungs- oder behinderungsspezifische Merkmale hinzu (s. Abschnitte I.1, I.3 und II.2). Diese Merkmale entziehen sich jedoch weitgehend einer Quantifizierung als Grundlage für Vorausberechnungen.

Die Zahl der pflegebedürftigen Kinder **sinkt** danach bis 2020 **um 17,1% (1.288)** von 7.518 auf 6.237 Personen.

Tab. T B II 1.3.2/3

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen unter 15 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Kinder im Jahr …					
	2003 (Ist)	2010	2020	2030	2040	2050
gering	7.518	6.801	6.395	6.473	6.015	5.708
mittel	7.518	6.827	6.419	6.498	6.037	5.730
stark	7.518	6.832	6.425	6.503	6.042	5.735

Bis 2020 **sinkt** die Zahl der pflegebedürftigen Kinder hier bei der Variante 5 **um 14,6% (1.299)**, die Varianten 2 und 8 liegen nur unwesentlich darunter bzw. darüber.
Bis 2050 **sinkt** diese Zahl bei der Variante 5 **beständig um insgesamt 23,8% (1788)** von 7.518 auf 5.730 Personen; die größte Abnahme ist von 2003 auf 2010 mit 9,2% (691) von 7.518 auf 6.827 zu verzeichnen. Bei den Varianten 2 und 8 ist der Verlauf **gleich**, auch die absoluten Unterschiede sind gering (Schwankung insgesamt 27 Personen in 2050).

15-unter 40-jährige (Jugendliche und junge Erwachsene)

Tab. T B II 1.3.2/4

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 15 bis unter 40 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)

(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Jugendlicher und junger Erwachsener im Jahr …		
2003 (Ist)	2010	2020
9.752	9.152	8.979

Bis 2020 **sinkt** die Zahl der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen **um 7,9% (773)** von 9.752 auf 8.979.

Tab. T B II 1.3.2/5

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 15 bis unter 40 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Jugendlicher und junger Erwachsener im Jahr …					
	2003 (Ist)	2010	2020	2030	2040	2050
gering	9.752	9.160	9.218	8.751	8.283	8.051
mittel	9.752	9.200	9.259	8.789	8.319	8.086
stark	9.752	9.215	9.275	8.805	8.334	8.101

Bis 2020 **sinkt** die Zahl der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei der mittleren Variante (Variante 5) **um 5,1% (1.493)** auf 9.259, ähnlich die beiden anderen Varianten 2 und 8.
Bis 2050 **sinkt** diese Zahl bei der Variante 5 ebenfalls **um 17,1% (1.666)** von 9.752 auf 8.086; die stärkste Abnahme ist von 2003 auf 2010 mit 5,7% (552) von 9.752 auf 9.200 zu verzeichnen. Als einzige Ausnahme erfolgt von 2010 bis 2020 mit 0,6% (59) eine leichte Steigerung auf 9.259. Die Varianten 2 und 8 verlaufen ähnlich (Unterschied 2050: 50 Personen).

<u>40-unter 65-jährige (Erwachsene mittleren Alters):</u>

Tab. T B II 1.3.2/6

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 40 bis unter 65 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)

(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Erwachsener mittleren Alters im Jahr ...		
2003 (Ist)	2010	2020
23.040	23.179	25.804

Im Unterschied zu den vorangegangenen beiden Altersgruppen **steigt bei den** pflegebedürftigen Erwachsener mittleren Alters deren Zahl bis 2020 **um 10,7% (2.764)** von 23.040 auf 25.804.

Tab. T B II 1.3.2/7

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 40 bis unter 65 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Erwachsener mittleren Alters im Jahr …					
	2003 (Ist)	2010	2020	2030	2040	2050
gering	23.040	23.406	25.209	22.929	21.063	22.344
mittel	23.040	23.828	25.713	23.459	21.459	22.804
groß	23.040	24.166	26.123	23.898	21.779	23.179

Bis 2020 **steigt** auch hier die Zahl der pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters **um 11,6% (2.673)** auf 25.713. Die Varianten 2 und 8 zeigen eine gleichlaufende Entwicklung.

Für den gesamten Prognosezeitraum bis 2050 ergibt sich bei dieser Personengruppe bei der Variante 5 allerdings ein **uneinheitliches Bild**: Insgesamt sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 von 23.040 um 1,0% (236) auf 22.804, am stärksten von 2020 zu 2030 um 8,8% (2.274) von 25.713 auf 23.459, allerdings steigt die Zahl zwischenzeitlich auch mehrmals, am stärksten 2010 und 2020 um 7,9% (1.885) von 23.828 auf 25.713. Die Varianten 2 und 8 nehmen wieder einen parallelen Verlauf, sie unterscheiden sich in 2050 jetzt etwas mehr (um 835 Personen).

<u>65-unter 80-jährige (ältere Menschen)</u>

Tab. T B II 1.3.2/8

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 65 bis unter 80 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)

(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Älterer im Jahr …		
2003 (Ist)	2010	2020
61.442	67.142	69.259

Bis 2020 **steigt** die Zahl der pflegebedürftigen Älteren **um 11,3% (7.817)** von 61.442 auf 69259.

Tab. T B II 1.3.2/9

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 65 bis unter 80 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Älterer im Jahr …					
	2003 (Ist)	2010	2020	2030	2040	2050
niedrig	61.442	64.236	65.407	78.248	87.633	66.970
mittel	61.442	67.353	68.581	82.045	91.887	70.220
groß	61.442	70.090	71.368	85.379	95.620	73.073

Bis 2020 **steigt** die Zahl der pflegebedürftigen Älteren bei der mittleren Variante (5) **um 11,6% (7.139)** auf 68.581. Hier ist bei tendenziell gleicher Entwicklung der Unterschied zu den Varianten 2 und 8 aufgrund der gegenüber den vorangehenden Altersgruppen erheblich höheren Pflegequote in dieser Altersgruppe **erstmals erheblich größer** (eine Abweichung von jeweils ca. 3.000, wobei diese schon **2010** vorhanden ist).
Von 2003 bis 2050 **steigt** die Zahl der pflegebedürftigen Menschen dieser Gruppe bei der Variante 5 **insgesamt um 14,3% (8.772)** von 61.442 auf 70.220 an, allerdings vollzieht sich dieser kontinuierliche Anstieg nur bis 2040 (am stärksten von 2020 bis 2030 mit 19,6% (13.464) von 68.581 auf 82.045), um von 2040 bis 2050 stark mit 23,8% (21.667) von 91.887 auf 70.220 zu sinken. Bei den Varianten 2 und 8 verläuft die Entwicklung parallel, auch der Unterschied in absoluten Zahlen beträgt in 2050 ca. 3.000.

<u>80-jährige und ältere (alte und hochaltrige Menschen)</u>

Tab. T B II 1.3.2/10

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen über 80 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)

(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Hochaltriger im Jahr …		
2003 (Ist)	2010	2020
116.611	129.643	153.258

Bis 2020 **steigt** die Zahl der Hochaltrigen **23,9% (36.647)** von 116.611 auf 153.258.

Tab. T B II 1.3.2/11

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen über 80 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung: Anstieg …	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Hochaltriger im Jahr …					
	2003 (Ist)	2010	2020	2030	2040	2050
gering	116.611	127.137	167.515	192.594	221.463	290.270
mittel	116.611	133.307	175.645	201.941	232.211	304.358
groß	116.611	138.723	182.781	210.146	241.645	316.723

Bis 2020 **steigt** auch hier bei Variante 5 die Zahl der alten und hochaltrigen Menschen **am stärksten – um 50,6% (59.034)** auf 175.645, die Entwicklung der Varianten 2 und 8 verläuft wieder parallel, allerdings jetzt angesichts der sehr hohen Pflegequote in dieser Altersgruppe mit erheblichen **absoluten** Unterschieden (ca. 8.000 weniger bei Variante 2, ca. 7.000 mehr bei Variante 8).
Auch im gesamten Prognosezeitraum bis 2050 ist bei dieser Gruppe bei der Variante 5 ein **beständiger starker Anstieg** um insgesamt **161%! (187.747)** von 116.611 auf 304.358 zu erwarten; die stärksten Anstiege erfolgen von 2010 bis 2020 mit 31,8% (42.338) von 133.307 auf 175.645 und von 2040 auf 2050 mit 31,1% (72.147) von 232.211 auf 304.358, in den anderen Dekaden liegt der Anstieg jeweils bei ca.15%.
Auch die **absoluten Unterschiede bei den Varianten 2 und 8 (ca.-14.000 bzw. +12.500) steigen** aus dem genannten Grund erheblich.

Zusammenfassende Bewertung

Die altersspezifische Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen zeigt eine mit der Bevölkerungsentwicklung (s. Abschnitt I.1.2) weitgehend synchron verlaufende Entwicklung. Dementsprechend **sinken** auch **die Zahlen der pflegebedürftigen Kinder, ebenso diejenigen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen** proportional zur Entwicklung der gleichaltrigen Bevölkerung.

Für die Gruppe der Erwachsenen mittleren Alters ist tendenzielle eine leicht überproportionale Entwicklung bei der Zahl der Pflegebedürftigen festzustellen: Ihre Anzahl steigt bis 2020 nahezu doppelt so stark (je nach Prognosegrundlage 10,7% bzw. 11,6%) wie es dem Anstieg ihrer Zahl in der Bevölkerung entspricht (5,8% / 4,2%) und ihr zahlenmäßiger Rückgang bis 2050 (-1,0%) ist geringer als der Rückgang in der Bevölkerung (-6,1%). Die **Erwachsenen mittleren Alters erhalten unter versorgungspolitischem Aspekt insofern eine zunehmende Bedeutung; sie stellen allerdings im Vergleich zu den älteren Menschen ein vergleichsweise kleine Gruppe unter den pflegebedürftigen Personen dar**.

Gleiches gilt auch für die **Gruppe der älteren Menschen** (65 – unter 80 Jahre); auch hier **steigt die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Verhältnis zur Entwicklung der Altergruppe in der Bevölkerung überproportional**. Allerdings ist hier im Unterschied zu den Erwachsenen mittleren Alters angesichts der demographischen Entwicklung in dieser Altersgruppe ein **ständiger Anstieg bis 2050** zu verzeichnen.

Im Gegensatz dazu verlaufen die Entwicklungen bei den alten und hochaltrigen Menschen (80 Jahre und mehr) bis 2020 – bei gleichzeitigem erheblicher Zunahme der Personenzahl – nahezu synchron. Es ist sogar eine leichte Unterrepräsentanz der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner festzustellen. Dies gilt allerdings nicht mehr für die Gesamtentwicklung bis 2050: Hier geht mit 161% der Anstieg deutlich über den Anstieg der Bevölkerungszahl in dieser Altersgruppe (148%) hinaus. **Die Bedeutung der pflegerischen Versorgung von hochaltrigen Personen nimmt also insgesamt erheblich, spätestens ab 2020 in besonderem Maß zu.**

1.3.3 Entwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen bis 2020

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf der Regionalen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Niedersachsen (s. Abschnitt I.1.1 und Tb. II.1.2/3).

In den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften kommt es aufgrund unterschiedlicher Alterszusammensetzung der Bevölkerung und unterschiedlichen Pflegequoten zu

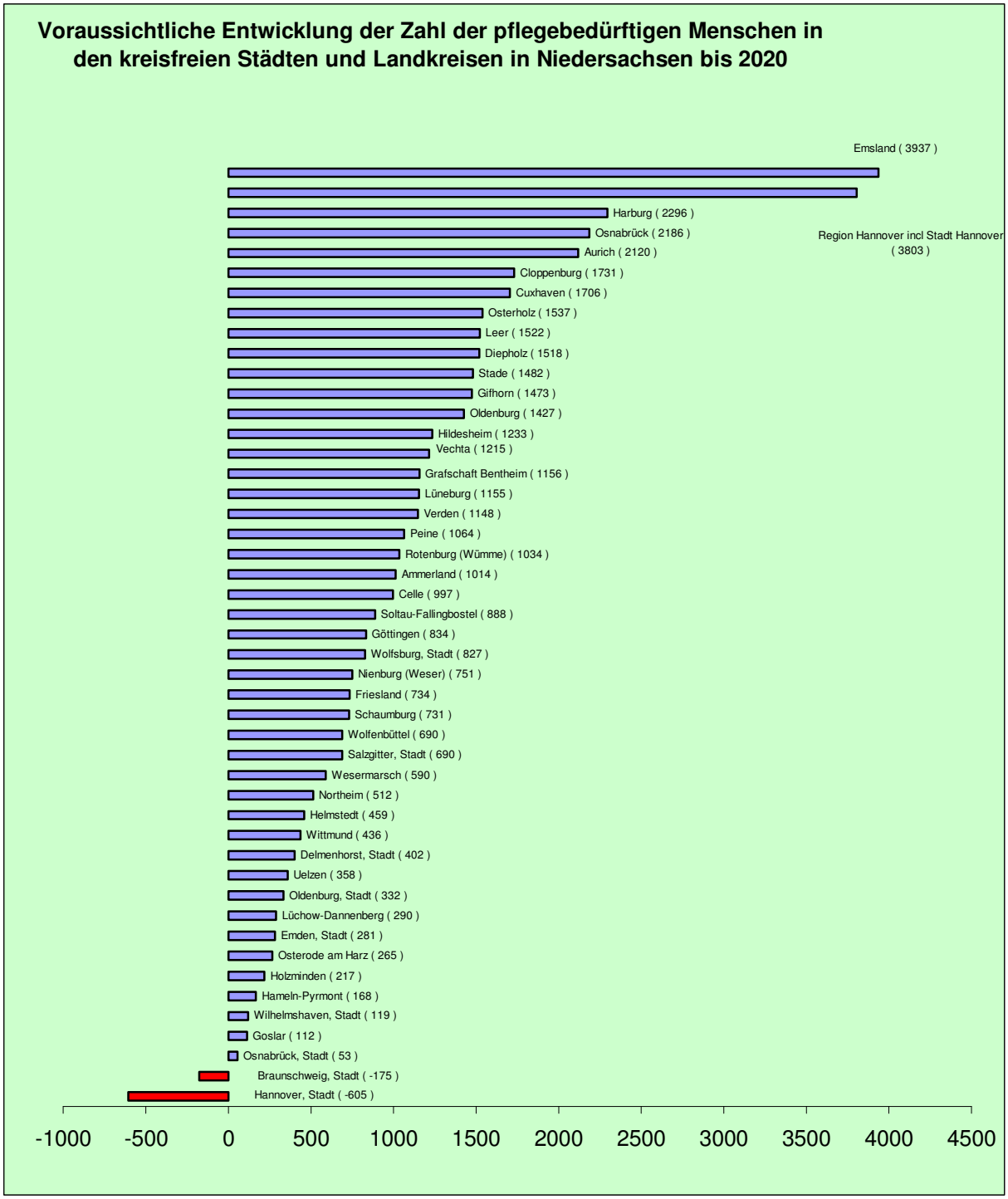
durchaus verschiedenartigen Entwicklungen der Zahl der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner. Dies betrifft sowohl die Entwicklungsrichtung (steigend / fallend) als auch den Umfang der Veränderungen. Es zeigt sich folgendes Bild:

Absolut wie anteilig **verringert sich** danach die **Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020** gegenüber 2003 am stärksten in der Landeshauptstadt Hannover (-605, -4,6%) und der Stadt Braunschweig (-175, -2,6%), danach folgt die Stadt Osnabrück schon mit einer geringen Zunahme von 53 Personen (+1,5%).
Die **höchsten absoluten Zunahmen** der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 hat der Landkreis Emsland (3.937) vor der Region Hannover (3.803)[372] und dem Landkreis Harburg (2.296), die **höchsten prozentualen Zunahmen** der Landkreis Oldenburg (47,0%) vor dem Landkreis Osterholz (46,3%) und dem Landkreis Cloppenburg (43,6%) Die Zahlen für alle kreisfreien Städte und Landkreise finden sich in Tabelle II.1.3.3/1 u. 2.

Hinsichtlich der Altersverteilung der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in den kreisfreien Städten und den Landkreisen entsprechen die Entwicklungsbewegungen grundsätzlich den für das Land insgesamt aufgezeigten (Abschnitt 1.3.1.2). Dasselbe gilt auch für die zahlenmäßige Entwicklung. Auf die vorangehenden Ausführungen wird insoweit verwiesen. Diese Feststellung bezieht sich allerdings nur auf die generellen Entwicklungen; von Kommune zu Kommune unterscheiden sich diese in Abhängigkeit von den spezifischen örtlichen Bedingungen in ihrer Ausprägung (Tab. II.1.3.3/1 u. 2. Eine Bewertung der Ergebnisse der Vorausberechnung ist daher auch nur von dort in Kenntnis der örtlichen Verhältnisse möglich.

[372] in den Zahlen für die Region Hannover sind die Zahlen für die Stadt Hannover mit enthalten, so dass der Anstieg im alten Landkreis Hannover noch erheblich höher ist, zumal die Stadt Hannover eine Abnahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu verzeichnen hat, s. o.

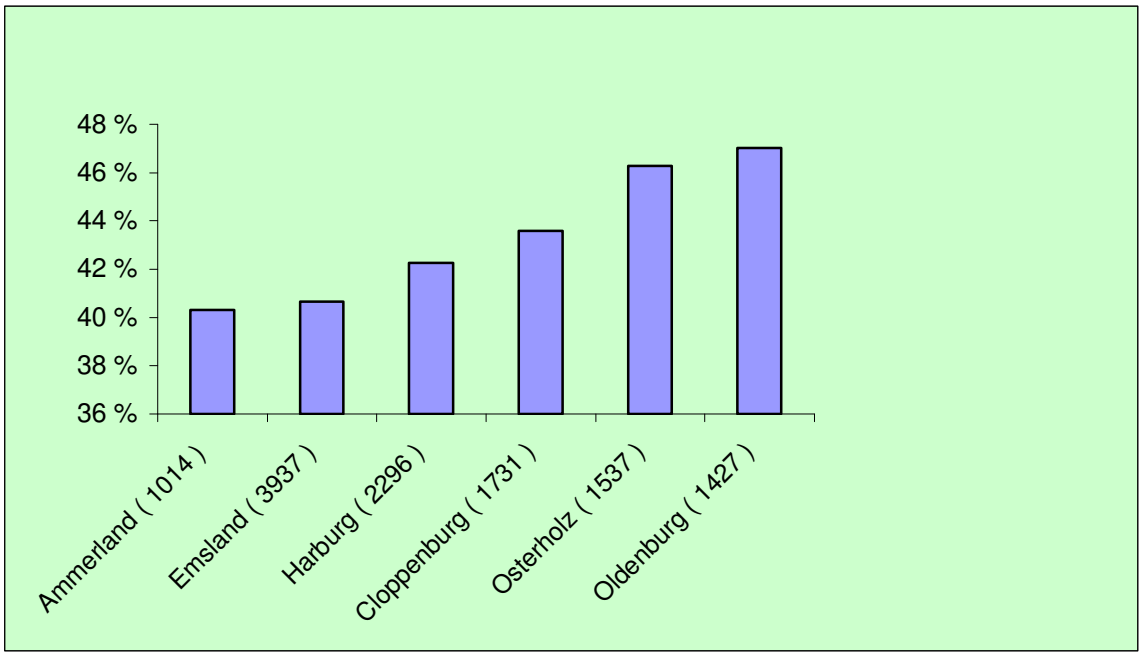
Abb.: B II 1.3.3/1



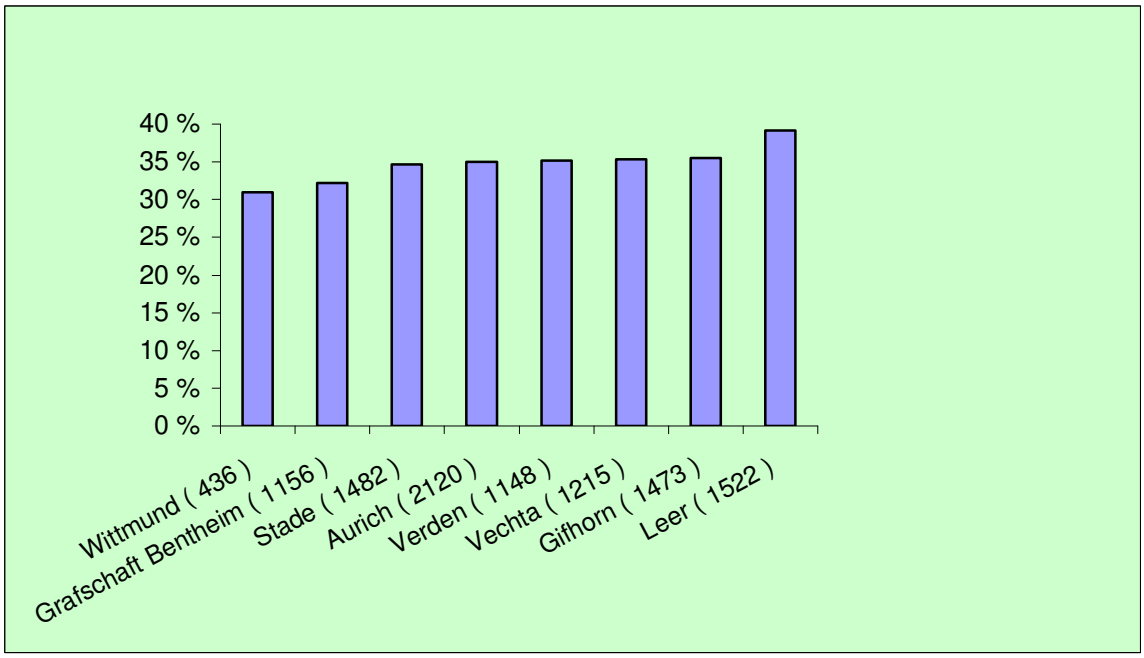
Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Bevölkerungsprognose;Pflegestatistik nach § 109 SGB XI; eigene Berechnung MS; () Anzahl der absoluten Veränderung von 2003 bis 2020

Abb.: B II 1.3.3/2a-f
Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen: Relative Entwicklung (in %) von 2003 bis 2020

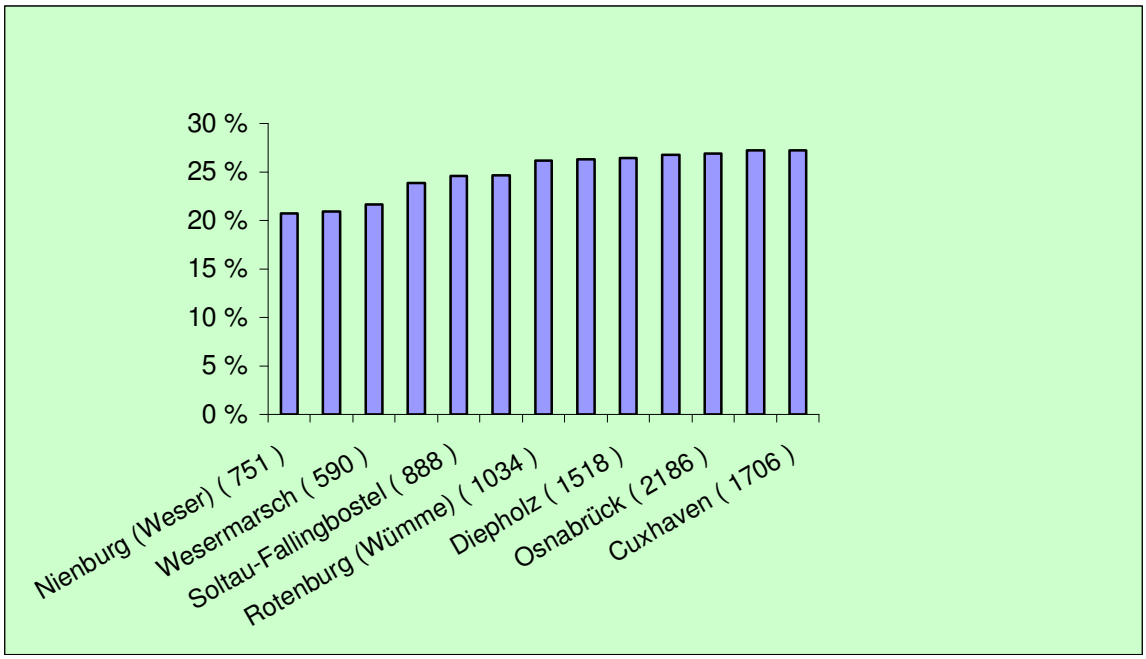
a) Erhöhung um über 40%



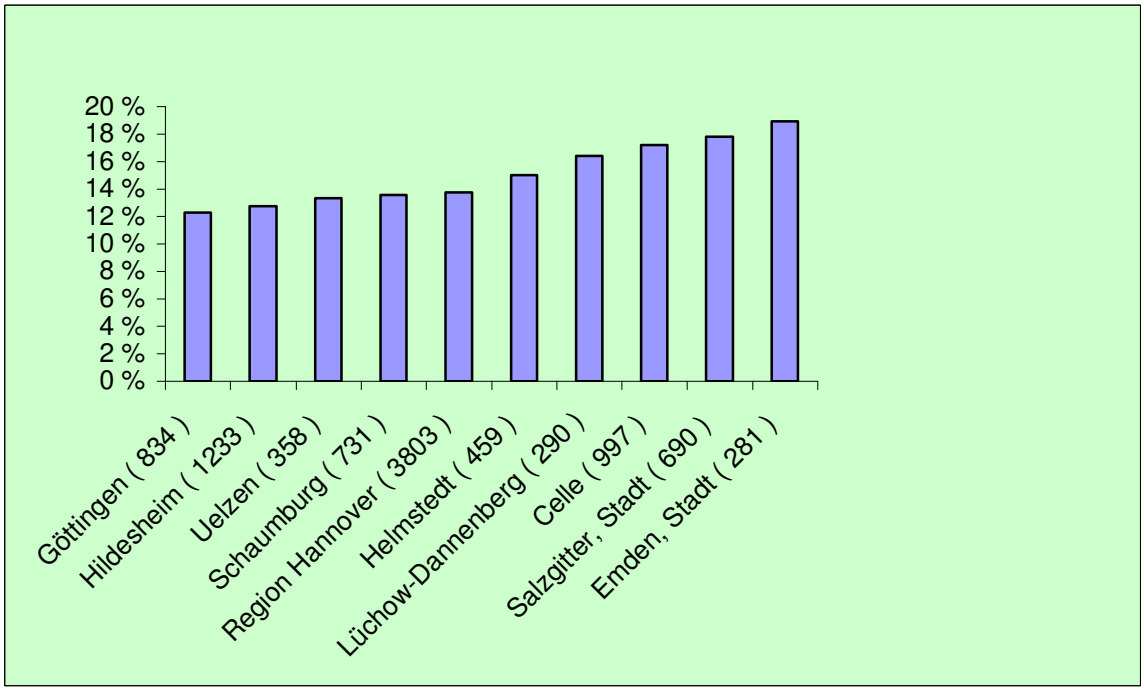
b) Erhöhung um über 30%



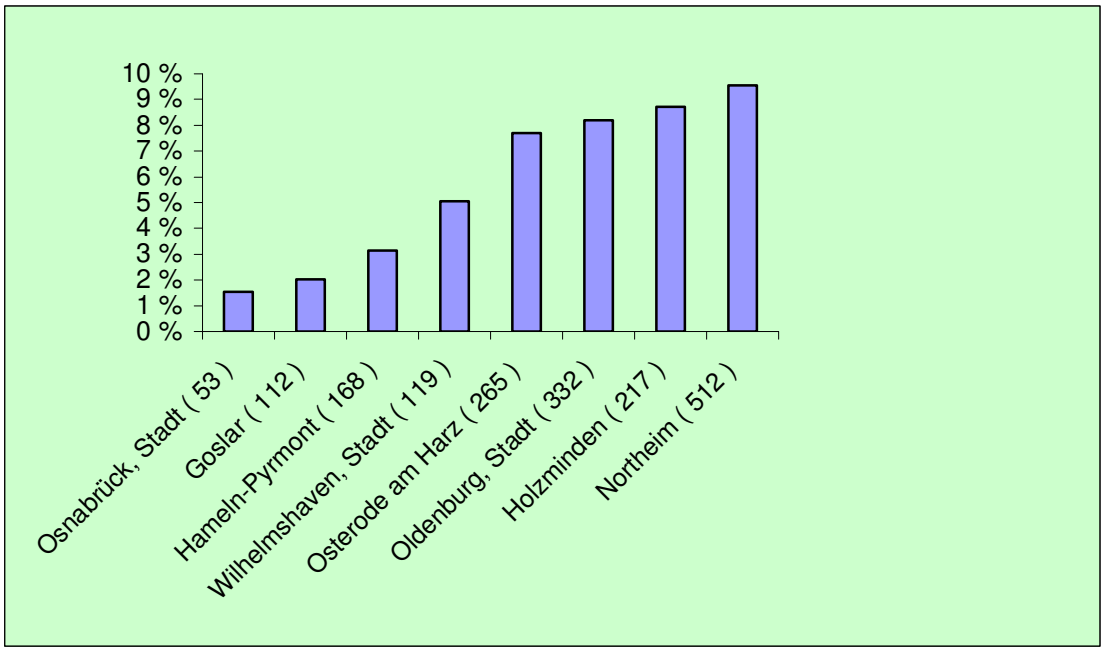
c) Erhöhung um über 20%



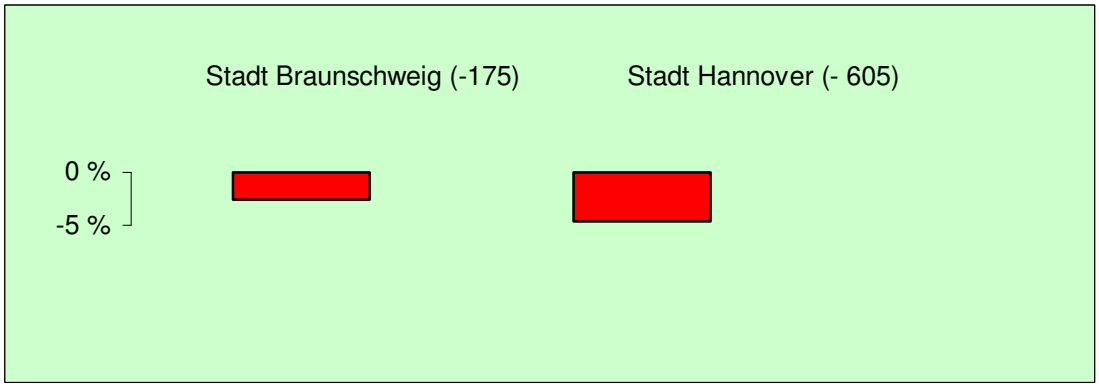
d) Erhöhung um über 10%



e) Erhöhung um unter 10%



f) Verringerung in %



2. Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung

Die in Abschnitt II.1 wiedergegebenen Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen beruhen – mangels konkreter, quantifizierbarer Steuerungsvariablen – auf der Annahme eines gleichbleibenden Szenarios bezüglich z. B. der rechtlichen Grundlagen zur Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI, der hiervon maßgeblich beeinflussten Nachfrage- und Angebotsbedingungen in der Pflege, der medizinischen Versorgung, der sozialräumlichen und gesellschaftsstrukturellen Verhältnisse und der kulturellen Leitvorstellungen.[373] Diese sind aber laufender Veränderung und Entwicklung unterworfen und bedingen einander in Teilen wechselseitig. Lediglich beispielhaft seien in diesem Zusammenhang zur Verdeutlichung angesprochen

- die Änderung oder Ausweitung des Pflegebegriffs im SGB XI mit der Folge einer stärkeren Berücksichtigung des zeitlichen Bedarfs für allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung und insoweit einer Ausweitung der leistungsberechtigten Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (s. auch nachf. Abschnitt II.3),

- die Verringerung der Zahl der leistungsbechtigten Personen des vorstehend genannten Personenkreises im Falle verbesserter medikamentöser Therapie zur Verzögerung und / oder Minderung des zur Auslösung von Leistungen der Pflegeversicherung oder deren Art (ambulant / stationär) relevanten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs,

- ein späterer Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Zuge der fortschreitenden Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung,

- eine Verringerung der privaten Hilfe- und Unterstützungspotentiale als Folge der demographischen Entwicklung, der familialen und personalen Beziehungsstrukturen sowie der Erwerbstätigkeit von Frauen und, unter Umständen,

- ein zur vorigen Entwicklung gegenläufig und kompensatorisch wirkender Ausbau familienersetzender oder –ergänzender Unterstützungsstrukturen in Gestalt von fachlich begleiteter Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlichen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen in Verbindung mit verschiedengestaltigen Formen Betreuten Wohnens.

Diese Aufzählung ist keinesfalls abschließend. So wird z. B. auch die Einkommens- und Vermögensentwicklung der privaten Haushalte von erheblichem Einfluss auf die Inanspruchnahme von Pflege- und anderen Hilfeleistungen, auf die Art solcher Angebote und das Leistungsniveau sein. Eine diesbezüglich differenzierte Betrachtung hat allerdings in anderem Kontext – z. B. im Rahmen von Berichten über die Entwicklung von Armut und Reichtum – zu erfolgen; sie würde den für diesen Bericht gem. § 2 NPflegeG vorgegebenen Auftrag überschreiten.

---

[373] Zu solchen zählen nicht zuletzt die Wertvorstellungen und deren rechtlichen Konsequenzen hinsichtlich der Selbstbestimmung über Art und Zeitpunkt der Beendigung des Lebens und den Umgang mit sterbenden Menschen, wie sie derzeit an der Diskussion um die Zulässigkeit von aktiver Sterbehilfe sichtbar wird. Die Landesregierung hat sich eindeutig gegen solche Bestrebungen und für die Unterstützung der Lebenden im Tode durch Sterbebegleitung ausgesprochen. Dies hat – soweit die Intention der Ausführungen an dieser Stelle – Auswirkungen im Blick auf die Gewährleistung der dafür erforderlichen rechtlichen, infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen einschließlich deren Finanzierung. Letztere finden sich z. B. in der Förderung von ambulanten und stationären Hospizen nach § 39 a SGB V durch die gesetzliche Krankenversicherung (s .Abschnitt I.3.4.6)

Die Ergebnisse der Vorausberechnung **sind insofern** im Blick auf die aus Entwicklungen der vorgenannten Art resultierenden Auswirkungen auf die Nachfrage nach Pflegeleistungen ebenso wie auf die pflegerische Versorgung (einschl. deren Qualität) und die Versorgungsstruktur **zu relativieren**. Sie sind **gleichwohl von erheblichem Nutzen**: Sie **verdeutlichen: „Was passiert, wenn nichts passiert“**.

Ebensowenig können hinsichtlich der vorgenannten **Variablen, die auf die zukünftige Entwicklung Einfluss nehmen**, sichere Prognosen abgegeben werden. Sie **ermöglichen** aber im Sinne von Entwicklungsszenarien **Trendaussagen**. Die **verdeutlichen:** „Was passiert, wenn was passiert“**.**
Insoweit soll auf einige der genannten entwicklungssteuernden Variablen im Folgenden näher eingegangen werden.

2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter

Pflegebedürftigkeit entsteht weitgehend im Alter, im besonderem im hohen Alter. Dies ist bekannt und wird auch in Zukunft so sein. Für eine Veränderung dieser grundsätzlichen Bedingung gibt es keinen Anhalt. Die anstehende **Frage** lautet: **Was passiert, wenn das durchschnittliche Lebensalter weiter steigt? Wird dies zu einer demgemäß überproportionalen Steigerung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen führen oder kann mit der durchschnittlich längeren Lebenserwartung eine Verlängerung des in relativer Gesundheit verbrachten Lebensabschnitts und damit ein – durchschnittlich – späterer Beginn des Auftretens von Pflegebedürftigkeit erwartet werden?**

Die zuletzt genannte Entwicklung erscheint vor dem Hintergrund folgender Erkenntnisse keinesfalls ausgeschlossen:

- Die außerordentliche Steigerung der Lebenserwartung (nicht nur) in Deutschland im vergangenen Jahrhundert und besonders in den vergangenen Jahrzehnten war wesentlich die Folge allgemein besserer Lebensbedingungen (Wohnung, Ernährung, Einkommen, Arbeitsbedingungen, Umwelt) und des medizinischen Fortschritts. Im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts haben die Deutschen sieben Lebensjahre dazu gewonnen.[374] Diese gewonnenen Jahre sind vor allem den Fortschritten bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verdanken und betraf vor allem Menschen mit hohem Alter: In den 90ger Jahren waren die Zugewinne infolge einer Reduktion der Sterblichkeit bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den über 75Jährigen genauso hoch wie bei allen anderen Altersklassen zusammen.[375]

[374] Felder S.: „Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Die Empirie“; Vortrag auf der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, Bonn, 28.09.2005, S. 20
[375] ebenda

Die letztlich bislang erfolgreichen Bemühungen um die Sicherung des Leistungs- und Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ebenso wie die zunehmenden Erfolge der Altersmedizin auch bei dementiellen Erkrankungen und die wachsenden Erkenntnisse um erfolgreiche medizinisch- wie sozialtherapeutischen Verfahren und Methoden zur Verringerung oder Milderung von altersbedingten Fähigkeitsstörungen unterstützen die Vermutung einer auch zukünftig anhaltenden Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dies gilt auch und besonders im Bereich der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie.

- Wissenschaftliche Untersuchungen zur Entwicklung des Gesundheitsstandes der (älteren) Bevölkerung liefern nachprüfbare Belege für die Behauptung, dass längere Lebenszeiten auch längere in Gesundheit verbrachte Lebensabschnitte bedeuten. So hat z. B. das Deutsche Zentrum für Altersfragen, Berlin, in seinem Alterssurvey durch zwei repräsentative Vergleichs-Stichproben aus 1996 und 2002 bei jeweils gleichen Alterskohorten ermittelt, dass später Geborene im Durchschnitt weniger von Erkrankungen betroffen waren als früher Geborene. Das gilt besonders für die Altersgruppen ab 58 Jahre.[376]

- Anhand der Daten der Pflegestatistik kann nachgewiesen werden, dass zwischen Ende 1999 und Ende 2003 eine leichte Abnahme der altersspezifischen Pflegequoten zu verzeichnen ist. Auf die diesbezüglich weitergehenden Ausführungen in Abschnitt I.1.1 wird hingewiesen.

Sollten diese Annahmen zutreffen – wofür viel spricht (s. o.) – hätte dies erhebliche Auswirkungen bezüglich der in den kommenden Jahrzehnten zu erwartenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen.
Dies wird anhand der nachfolgenden Überschlagsrechnung deutlich:

Ende 2003 lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei 74,8 Jahren bei Jungen und 80,8 Jahren bei Mädchen.[377] Für die weitere Entwicklung geht das statistische Bundesamt in der 10. Koordinierten Bevölkerungsprognose in allen Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung von einem – z. T. erheblichen – Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung aus (s. Abschnitt II.1.1). Die hierauf abgestellte Vorausberechnung der Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen führt unter Zugrundelegung

[376] Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): Alterssurvey; aus: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Informtationen zum Alterssurvey; o. Datum u. o. Ort
[377] Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, a. a. O.; siehe auch Abschnitt II.1.1. Die Zahlen beziehen sich auf den Durchschnitt der für die Jahre 1998 – 2000 ermittelten Ist-Werte. Das statistische Landesamt geht für Niedersachsen für die Jahre 2001 – 2003 von nahezu identischen Werten – 74,91 und 80,7 – aus (s. Abschnitt II.1.1).

der Annahme einer mittleren Entwicklung der Lebenserwartung bis 2050 auf 81,1 Jahre bei Jungen und 86,6 Jahren bei Mädchen (s. auch Abschnitt II.1.1) und der Ende 2003 gegebenen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten bei der Bevölkerung von 65 bis unter 85 Jahren für das Jahr 2020 rechnerisch zu einer Zahl von 134.258 pflegebedürftiger Personen, für 2050 von 154.868 Personen. Für die Gruppe der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 85 und mehr Jahren betragen die vergleichbaren Zahlen 109.968 und 219.710. Im ersten Fall bedeutet das gegenüber 2003 eine Steigerung um 28.033 Personen (26,4%) bis 2020, bis 2050 um 48.643 Personen (45,8%). Bei den 85jährigen und älteren beträgt der Anstieg bis 2020 38.140 Personen (53,0%), bis 2050 147.828 Personen (205,9%).

Als Auswirkung der längeren Lebenserwartung wird nunmehr angenommen, dass die durchschnittliche Pflegequote, wie sie derzeit für die Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren gilt (33,41%), künftig erst auf Personen im Alter von 85 und mehr Jahren zutrifft, diejenige der Altersgruppe der 65 – unter 80jährigen in Höhe von 5,54% künftig auch noch auf die Altersgruppe der 80 – unter 85jährigen zutrifft. Für diesen Fall ergäbe sich für die Zahl der pflegebedürftigen Menschen die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Werte.

Tab. T B II 2.1/1

Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zur Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050 [1)]

Annahmen zur Berechnung	Alter von ... bis unter ... Jahre	Pflegebedürftige Personen in den Jahren ...						
		2003 (Ist)	2020			2050		
			Anzahl	Differenz zu 2003		Anzahl	Differenz zu 2003	
				Anzahl	%		Anzahl	%
Fortschreibung Pflegequote 2003	65 – 85	106.225	134.258	28.033	26,4	154.868	48.643	45,8
	85 u. mehr	71.828	109.968	38.140	53,1	219.710	147.882	205,9
	gesamt	178.107	244.226	66.119	37,1	374578	196.471	110,3
Verschiebung der Pflegequote 2003 um fünf Jahre	65 – 85	106.225	83.726	*-22.499*	*-21,2*	87.686	*-18.539*	*-17,5*
	85 u. mehr	71.828	78.547	6.719	9,4	156.626	84.798	118,0
	gesamt	178.107	162.273	-15.834	- 8,9	244.291	66.184	37,2

1) Grundlagen:
- 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 5
- altersspezifische Pflegequoten auf Grundlage Bevölkerung von Niedersachsen 31.12.2003 und Leistungsbezieherinnen und bezieher der Pflegeversicherung am 15.12./31.12.2003 gem. Pflegestatistik 2003

Abb.: B II 2.1/1

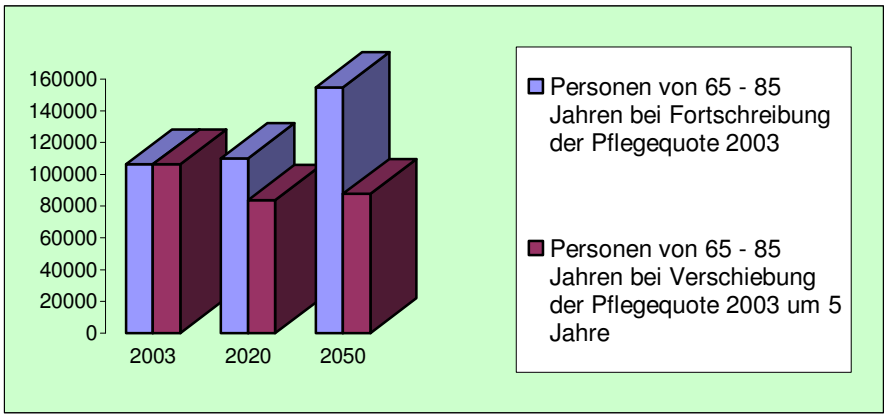


Abb.: B II 2.1/2

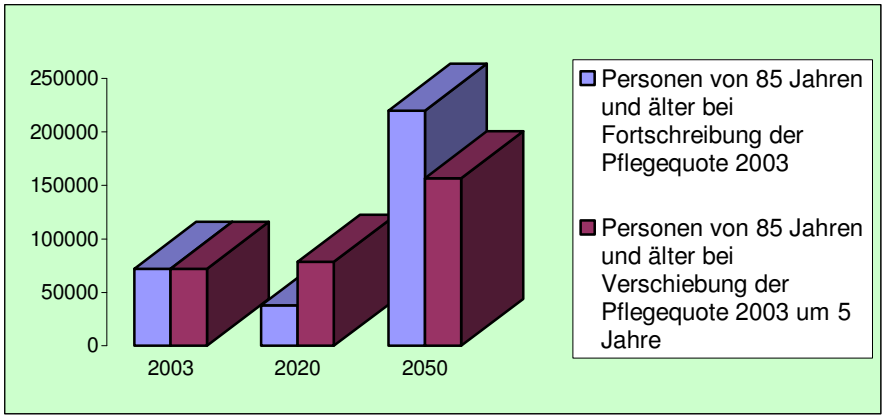
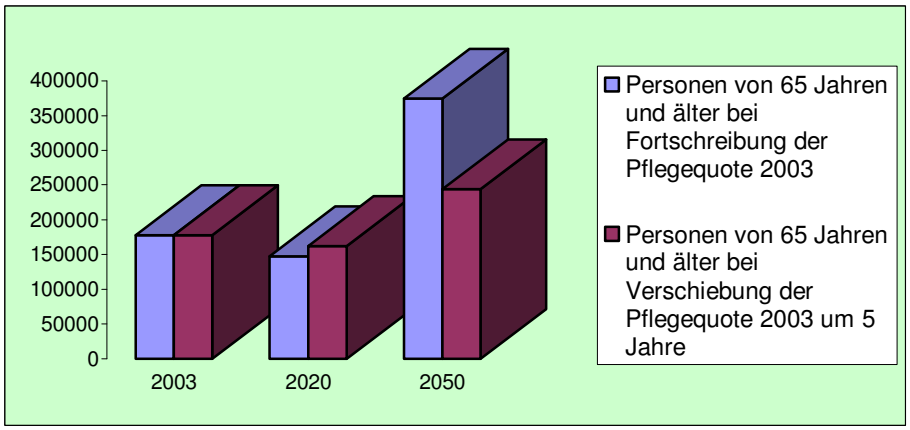


Abb.: B II 2.1/3



Das bedeutet:

Ein nur um wenige Jahre in höheres Alter verschobener Eintritt von Pflegebedürftigkeit würde zu einer von der derzeit allgemein unterstellten wesentlich abweichenden Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen als nach konventioneller Berechnungsmethode führen. Es wäre danach mit einem erheblich geringeren Anstieg der Zahl zu rechnen.

Für 2020 wäre unter den vorstehenden Annahmen sogar eine gegenüber heute geringeren Zahl von Betroffenen anzunehmen. Dies erscheint zwar aus heutiger Sicht nicht sehr wahrscheinlich. Die **Berechnungen zeigen** andererseits, **dass die nach herkömmlicher Methode der Vorausberechnung ermittelten Ergebnisse** (s. Abschnitt II.1.3) **nicht den Anspruch auf sicheres Zutreffen haben können**.

2.2 Private Unterstützungs- und Hilfepotentiale

In einer Untersuchung über „Möglichkeit und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten“, die von Infratest im Auftrage des BMFSFJ durchgeführt wurde, halten die Verfasser zusammenfassend fest:[378]

„Von einer Tendenz der Aufkündigung der Solidarität der unbeeinträchtigten und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmenden Menschen sowie Hilfebedürftigen, die entsprechende Einschränkungen aufweisen, kann in der empirischen Wirklichkeit momentan keine Rede sein. Charakteristisch ist vielmehr die weiterhin ungebrochen hohe Bereitschaft der Menschen, im Bedarfsfall persönliche Verantwortung für die Sicherung der Lebensqualität der eigenen Angehörigen zu übernehmen.“

„Nach wie vor erweist sich in Deutschland die Familie als tragende Säule der häuslich/-ambulanten Pflege. 92% der Pflegebedürftigen erhalten Hilfen aus der Familie oder Bekanntschaft, ...“

Weiterhin verweisen die Verfasser auf das statistische Faktum, dass die Heimpflege im letzten Jahrzehnt lediglich um 2% auf nunmehr 32% der Pflegebedürftigen gestiegen ist.

Diese bundesweiten Erkenntnisse treffen auch auf Niedersachsen zu. Ende 2003 erhielten 68,8% der niedersächsischen Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung Leistungen der häuslichen Pflege (Pflegegeld und/oder Pflegesachleistung; siehe hierzu im Übrigen Abschnitt I.1.1).

Auch hier kann die empirische Erkenntnis unterstellt werden, dass selbst bei Rückgriff auf externe Hilfe z. B. durch Pflegedienste im Regelfall das Vorhandensein eines oder mehrerer verlässlicher privater Pflegepersonen zur Sicherung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit bei vorliegender Pflegebedürftigkeit unerlässlich ist.[379]

Die dargestellten Erkenntnisse gelten für die Vergangenheit und die Gegenwart. Unter dem Aspekt des gesetzlichen Auftrages zu diesem Bericht, Vorschläge für eine Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur zu erarbeiten (§ 2 Satz 2 NPflegeG) stellt sich allerdings die **Frage: Ist von einem gleich bleibenden privaten Support auch für die Zukunft hinsichtlich Art und Umfang der Hilfeleistungen auszugehen?**

---

[378] Schneekloth U. / Wahl H. W. (Hrsg.): „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III); Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, Integrierter Abschlussbericht, im Auftrage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, März 2005, S. 227 ff
Die Untersuchung ermöglicht einen Vergleich mit Daten aus einer vergleichbaren Untersuchung aus dem Jahr 1992 (MUG I); sie umfasst insofern einen Erfahrungshintergrund eines Zeitraums von 10 Jahren. Sie stellt eine umfassende Aufarbeitung der unterschiedlichen Aspekte der Versorgung pflegebedürftiger Personen im häuslichen Bereich auf empirischer Grundlage dar. Es wird insofern hierauf ausdrücklich hingewiesen.

[379] ebenda

Als zur Beantwortung dieser Frage bedeutsame objektiv prüfbare handlungssteuernde Sachverhalte können betrachtet werden

1) die Entwicklung der Zahl der potentiell für die Pflege verfügbaren Personen,
2) das zukünftige Erwerbsverhalten insbesondere der Frauen als nach wie vor größte Gruppe der privaten Pflegepersonen,
3) die Einkommensentwicklung in privaten Pflegehaushalten,
4) die „Erreichbarkeit" der privaten Hilfeleistung (räumliche Zuordnung der Haushalte der Gepflegten und der Pflegenden),
5) die Gewährleistung altengerechter und auf Pflege angepasster Wohnbedingungen
6) der ergänzende Support durch außerfamiliale Dienstleistungen, Beratung und Betreuung.

Weiterhin werden auch weiterhin aus persönlichen Beziehungen oder aus der Akzeptanz übergeordneter moralischer, ethischer oder religiöser Anforderungen resultierende Auffassungen und persönliche Wertungen das Handeln der privaten Helferinnen und Helfer maßgeblich bestimmen. Die dargestellten und durch die niedersächsischen Daten gestützten Ergebnisse der o. g. Untersuchung lassen diesbezüglich auch nach Auffassung der Autoren keine einschneidenden Verhaltensänderungen erwarten.

Bezüglich der strukturellen Entwicklung zu 1) bis 6) werden, unter Bezugnahme auf verfügbare Daten – soweit im gegebenen Rahmen möglich – Folgendes als plausibel angenommen:

Zu 1) Entwicklung der Zahl der potentiell für die Pflege und Betreuung verfügbaren Personen.

In den vergangenen zehn Jahren haben sich die privaten Pflegearrangements stärker ausdifferenziert. So sind beispielsweise die privaten Pflegeverhältnisse, in denen die Hauptpflegepersonen Nachbarn oder Bekannte, die nicht im engeren Sinne zur Familie gehören, sind, seit Anfang der 90ger Jahre von 4% auf 8% gestiegen. Immerhin 11% der pflegebedürftigen Menschen werden in der Regel stundenweise im Wochenverlauf von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern betreut. Dessen ungeachtet muss festgestellt werden: Nach wie vor bilden die engeren Angehörigen, (Ehe-)partner, Kinder oder Schwiegerkinder die bei weitem größte Gruppe der Pflegenden.[380] Überwiegend pflegen Personen, die selbst bereits 50 Jahre und älter sind, in zunehmender Zahl auch Personen – zumeist Frauen, die selbst 80 und mehr Jahre alt sind – ihre hochbetagten Männer. Schneekloth und Wahl bewerten dabei die im Zuge der demographischen Entwicklung und der Verlängerung der Lebenserwartung erfolgte Vergrößerung der Zahl der Personen dieser im positiven Sinne als Potenzial für häusliche Pflegearrangements.[381] Diese Schlussfolgerung ist aus hiesiger Sicht kritisch zu sehen. Sie mag zwar aus gesamtwirtschaftlichen Erwägungen im Hinblick auf die verfügbare Zahl potentieller Pflegepersonen sowie aus der Sicht der pflegebedürftigen Personen gelten. Unter dem Aspekt der mit der häuslichen Pflege und Betreuung verbundenen physischen und psychischen Belastungen und zumeist erheblichen Beein-

[380] Schneekloth, a. a. O.
[381] a .a. O., S. 231

trächtigungen bei der Realisierung persönlicher Wünsche und Ansprüche erscheint sie nicht unproblematisch. Dies umso mehr, als die Pflege nach wie vor weit überwiegend einseitig zu Lasten von Frauen geht – wenn auch in den vergangenen 10 Jahren ein erheblicher Anstieg bei den männlichen Pflegepersonen von ehedem ca. 17% auf inzwischen 27% festgestellt wurde.[382]

Dessen ungeachtet ist angesichts der bezüglich der innerfamilialen Pflegebereitschaft (s. o.) eindeutigen empirischen Befunde anzunehmen, dass diese Pflegebereitschaft auch künftig grundsätzlich bestehen bleiben wird. Angesichts der Altersverhältnisse zwischen den pflegebedürftigen Personen und den Pflegepersonen wird die Aufgabe von Pflege und Betreuung auch weiterhin von Personen übernommen werden, die sich selbst in der zweiten Lebenshälfte (etwa ab dem 50. Lebensjahr) befinden. Betrachtet wird darum im Folgenden die Entwicklung bei der Altersgruppe der 40 – bis unter 65jährigen und der 65 bis unter 80jährigen.[383]

Für die Einschätzung der künftigen Entwicklung – unter ausschließlich quantitativen Gesichtspunkten bezüglich des Potentials dieser Menschen, die für eine private Pflegetätigkeit in Betracht kommen können – ist im Blick auf die demographische Entwicklung zweckmäßig, zwischen der kurz- und mittelfristigen Perspektive (bis ca. 2020) und der langfristigen Perspektive (bis etwa 2050) zu unterscheiden:

- Für die Altersgruppe der 65 – unter 80jährigen ist nach den Berechnungen des statistischen Landesamtes[384] für Niedersachsen bis 2010 mit einem zahlenmäßigen Anstieg um rd. 108.000 Personen auf dann rd. 1,27 Mio., danach mit einer leichten Abnahme zu rechnen. Gleichwohl wird auch 2020 die Zahl der 65 – unter 80jährigen um rd. 81.000 Personen über der heutigen Zahl der Personen in dieser Altersgruppe liegen (s. auch Abschnitt II.1.2).

  Einen vergleichbaren Entwicklungsverlauf weist die Gruppe der 40 – unter 65jährigen auf. Hier steigt die Zahl bis 2010 von derzeit 2,69 Mio. um rd. 181.000, um bis 2020 auf dann rd. 2,86 Mio. zurückzugehen. Insgesamt bedeutet aber auch dies eine Steigerung gegenüber heute um rd. 165.000 Personen.

- Für die längerfristige Schätzung bis 2050 zeigt sich folgendes Bild:[385]
  Auch nach den Annahmen der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ist für die Gruppe der 40 – unter 65jährigen – hier bis 2010 – ein Anstieg der Bevölkerungszahl zu verzeichnen. Danach sinkt die Zahl laufend bis auf 2,58 Mio. in 2050 – eine Verringerung gegenüber dem Ausgangswert von Ende 2003 von 2,69 Mio. um insgesamt rd. 114.000 Personen.

---

[382] ebenda
[383] Die Ausdifferenzierung erscheint sinnvoll im Hinblick auf den vorstehend dargestellten Anstieg der Zahl der höheraltrigen Pflegepersonen.
[384] regionale Bevölkerungsvorausberechnung bis 2020 a. a. O.

Einen ähnlichen Entwicklungsverlauf zeigt auch die Gruppe der 65 – unter 80jährigen (zuerst Anstieg bis 2020, dann Abnahme). Allerdings kommt es hier gegenüber der heutigen Bevölkerungszahl von rd. 1,11 Mio. bis 2050 gleichwohl noch zu einer geringen Zunahme im Umfang von etwa 76.000 Personen.

Im **Ergebnis** kann festgehalten werden:

- Kurz- bis mittelfristig, d. h. bis etwa 2020 nimmt das für die Übernahme häuslicher Pflegeaufgaben grundsätzlich in Betracht kommende Bevölkerungspotential zu.

- Langfristig (bis 2050) wird das private Pflegepotential in der Bevölkerung nach seiner Zahl gegenüber heute nahezu unverändert bleiben.

- Unter der Annahme einer konstanten Pflegebereitschaft und auch im Übrigen weitgehend unveränderten Rahmenbedingungen **ist** unter Bezugnahme auf die demographische Entwicklung grundsätzlich **davon auszugehen, dass selbst langfristig eine ausreichende Zahl von privaten Pflegepersonen vorhanden ist, die selbst bei steigender Zahl der pflegebedürftigen Personen die häusliche Pflege und Betreuung übernehmen können**.[386]

Die Richtigkeit dieser Feststellung wird durch die folgende Rechnung unterstrichen: Ende 2003 standen in Niedersachsen 150.203 Personen mit Leistungen der häuslichen Pflege aus der Pflegeversicherung[387] einer Zahl von 3,8 Mio. Personen der Altersgruppe der potentiellen privaten Pflegepersonen zwischen 40 bis unter 80 Jahren gegenüber. Im Jahr 2020 würden, unter der Annahme der höheren Ergebnisse der Vorausberechnung auf der Grundlage der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung und einem gleichbleibenden Verhältnis zwischen häuslich zu vollstationär Gepflegten von 68 : 32, 4,01 Mio. potentielle Pflegepersonen der genannten Altersgruppe für ca. 194.200 Menschen in häuslicher Pflege zur Verfügung stehen. Für 2050 kämen nach den Vorausberechungen unter denselben Annahmen ca. 279.600 häuslich pflegebedürftige Menschen auf 3,72 Mio. potentielle Pflegepersonen.

---

[385] Bezugnahme auf die Daten der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, mittlerer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung – Variante 5 – (s. Abschnitt II.1.1)
[386] zur Frage der Entwicklung des Potentials an professionellen Pflege- und Hilfskräften siehe Abschnitt II.4
[387] einschl. teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege, Tab. I.1.1/1a

Zu 2) Zukünftiges Erwerbsverhalten

Im Zusammenhang mit der Übernahme privater Pflege und Betreuung stellt sich grundsätzlich die **Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit**. Insoweit ist sie für die Einschätzung der Entwicklung der privaten Unterstützungs- und Hilfepotentiale von erheblicher Relevanz. Für die derzeitige Situation ergibt sich folgendes Bild:

- Annähernd drei Viertel der Hauptpflegepersonen (73 %) sind Frauen. Personen mittlerer und höheren Alters stellen die größte Gruppe der privaten Pflegepersonen dar. Ein Drittel der privaten Hauptpflegepersonen sind 65 Jahre und älter, mehr als ein Viertel (27 %) zwischen 55 und 64 Jahre alt. [388]

- Hauptpflegepersonen sind zu 28 % Ehepartner/inne/n, 26 % Töchter, 12 % Mütter, 10 % Söhne und zu 6 % Schwiegertöchter.

- Von den Hauptpflegepersonen im erwerbstätigen Alter von 15 bis 64 Jahren sind 19 % vollzeitbeschäftigt, 15 % teilzeitbeschäftigt und 6 % geringfügig beschäftigt. Für rd. 40 Prozent der Pflegepersonen kann insofern angenommen werden, dass sich die Frage der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege stellt.[389]

Zukünftig wird die Erwerbsbeteiligung von Frauen noch mehr als bisher steigen. Das gilt auch für Frauen im Alter von 55-64 Jahren. Lebenslanges Lernen wird ebenso für notwendig gehalten wie die besondere Förderung von Frauen und von Älteren beim Zugang zum und beim Verbleib im Erwerbsleben sowie bei der Berufsrückkehr. Im Rahmen der Europäischen Beschäftigungsstrategie, einem zentralen Bestandteil der Lissabon-Strategie, sind Zielvorgaben für 2010 enthalten, die eine Beschäftigungsquote von Frauen in Höhe von 60% und für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Höhe von 50% vorsehen. Unabhängig von den aktuellen Diskussionen zur Erhöhung des Renteneinstiegsalters ist darüber hinaus das reguläre Renteneinstiegsalter von Frauen dem der Männer angeglichen worden, so dass Frauen ebenfalls bis 65 Jahren arbeiten müssen und zunehmend werden.

In welchem Umfang dies Auswirkungen auf die private Pflegetätigkeit haben wird, ist nicht bezifferbar. Er wird nicht zuletzt von entsprechenden Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege bestimmt werden.

---

[388] BMFSFJ / TSN Infratest Sozialforschung: Leben mit Hilfe und Pflege zu Hause – Möglichkeiten und Grenzen -; Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojekts MuG III im Überblick; Abschlusstagung des Forschungsverbundes, Berlin, 16. Juni 2005, unveröffentlicht.

[389] Infratest Sozialforschung München, Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002: 20

Zu 3) Einkommensentwicklung in privaten Pflegehaushalten

Die vorstehende Schlussfolgerung trifft grundsätzlich auch auf die Frage nach dem Einfluss der Erwerbseinkommen, insbesondere derjenigen der Frauen, auf die Entscheidung für private Pflegetätigkeit und deren künftige Entwicklung zu: Solange die Erwerbseinkommen der Frauen – durchschnittlich betrachtet – nicht zuletzt aufgrund der vorstehend dargestellten Arbeitszeitstrukturen unverändert deutlich unter denjenigen der Männer liegen390 und sich auch hinsichtlich der Pflegegeld-Leistungen der Pflegeversicherung sowie der ergänzenden Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI) keine Absenkungen ergeben, muss erwartet werden, dass die private Pflegetätigkeit unter gleichzeitigem Bezug dieser Leistungen eine lohnenswerte Alternative oder Ergänzung zur (Teilzeit-)Erwerbstätigkeit und zur Sicherstellung der Pflege der Angehörigen durch Dritte gegen Bezahlung (ggf. auch zu eigenen Lasten) darstellt.

Objektivierbare Trendaussagen zur Entwicklung der Erwerbseinkommen für Männer wie für Frauen auf einen Prognosezeitraum von 15 oder gar mehr Jahren sind nicht möglich. Allenfalls kann angemerkt werden, dass sich die Beschäftigungschancen für Frauen in den letzten Jahren im Unterschied zu denjenigen der Männer nicht verschlechtert haben. Die Erwerbslosenquoten sind hierfür ein Indikator: Sie lagen im Jahr 2004 in Niedersachsen bei 9,3% für die Frauen, bei 11,8% für die Männer.[391] Letztere wurde vor allem durch den fortschreitenden Abbau von Arbeitsplätzen bewirkt, die zum überwiegenden Teil von Männern besetzt waren bzw. sind.

Dies könnte – zur aus Gründen der Sicherung des Lebensunterhalts bei betroffenen Familien – zu einem verstärkten Festhalten der Frauen am bestehenden Arbeitsverhältnis und einer verringerten Bereitschaft zur Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit mit der Folge führen, dass sich weniger Frauen als derzeit zur Übernahme einer privaten Pflege bereit finden. Dem entgegen stehen allerdings im jeweiligen Abwägungsprozess im Einzelfall die möglichen Kostenbelastungen durch die Sicherstellung externer Hilfen für die pflegebedürftigen Menschen in deren Häuslichkeit oder durch Heimkosten,

---

[390] So betrugen z. B. die monatlichen Bruttoverdienste (einschl. Arbeitgeberanteile, 13. Monatsgehalt etc.) der Angestellten im Handel (mehrheitlich Frauen), Instandhaltung und Reparaturen von Kfz., Gebrauchsgütern (mehrheitlich Männer), Kredit- und Versicherungsgewerbe (überwiegend Frauen) im Juni 2005 in Niedersachsen bei den Männern durchschnittlich 3.014 €, bei den Frauen 2.318 €. Bei den Arbeitern im produzierenden Gewerbe lagen die Bruttomonatsverdienste im selben Zeitraum bei den Männern bei 2.657 €, bei den Frauen bei 2.550 €.
Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Statistische Monatshefte Niedersachsen Nr. 9/2005, S. 560

[391] Gem. Datenangebot der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder; unter www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de.zs02nds.asp

wenn diese nicht aus den Mitteln der Pflegeversicherung und aus dem Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Angehörigen selbst bestritten werde können.

Es erscheint – dies am Rande – im Übrigen nicht ausgeschlossen, dass der in der Untersuchung „MuG III“ festgestellte nicht unerhebliche Anstieg der häuslichen Pflege durch Männer nicht so sehr auf ein verändertes Rollenverständnis der Männer, sondern, zumindest in Teilen, auf den genannten Freisetzungprozess insbesondere von Männern im höheren Erwerbsalter zurückzuführen ist.

Zu 4) „Erreichbarkeit“ der privaten Hilfeleistung (räumliche Zuordnung der Haushalte der Gepflegten und der Pflegenden)

Mit zunehmender Singularisierung der Lebensvollzüge verringern sich grundsätzlich die Möglichkeiten, im Fall eintretender Pflegebedürftigkeit auf informelle, insbesondere verwandtschaftliche Unterstützungsnetze zurückgreifen zu können. Schubert hat schon 1990 auf diesbezügliche Erosionserscheinungen vor allem in großstädtischen Siedlungsräumen und ihre Folgen nicht zuletzt für den zunehmenden Bedarf an externen Unterstützungs- und Hilfeleistungen hingewiesen.[392]

Indikator für diesen nach wie vor anhaltenden Prozess ist, neben der Zunahme von Ehescheidungen mit der Folge von häufig dauerhafter eigenständiger Lebensführung eines der ehemaligen Partner oder auch beider Partner, insbesondere die Entwicklung der Größe der privaten Haushalte. Diese nimmt laufend ab. In Niedersachsen sank sie zwischen 1991 und 2003 von durchschnittlich 2,3 Personen je Haushalt auf unter 2,15 Personen.[393]

Die stete Verkleinerung ist auf zwei einander überlagernde Ursachen zurückzuführen:

- „Die Haushaltsgrößen verändern sich in Abhängigkeit vom Lebensalter. Zwischen 25 und 45 Jahren steigt die Zahl der Haushaltsmitglieder an, danach sinkt sie vor allem durch Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haushalt kontinuierlich wieder ab. Dieses Muster wird durch die demographische Entwicklung überlagert, die zu steigenden Anteilen älterer Bevölkerung führt... . Da die Menschen mit steigendem Alter in immer kleineren Wohnungen leben, führt ihre zahlenmäßige Zunahme auch zu einem Anstieg der Haushaltszahlen.

- Das Haushaltsbildungsverhalten der Bevölkerung zeigt einen altersübergreifenden Trend zur Bildung kleinerer Haushalte. Mit Ausnahme der über 65-Jährigen ist die

[392] Schubert H. J.: „Private Hilfenetze – Solidaritätspotentiale von Verwandtschaft, Nachbarschaft und Freundschaft; Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, IES-Bericht 226.90, Hannover 1990

[393] Niedersächsische Landestreuhandstelle (LTS), Norddeutsche Landesbank Girozentrale (Hrsg.): „Wohnungsmärkte regional prognostiziert - Wohnungsprognose 2010 / 2015, Hannover August 2004, S. 22 ff. Die Daten beruhen auf Berechnungen des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH (IES), Hannover

durchschnittliche Haushaltsgröße in allen Altersgruppen zwischen 1991 und 2003 gesunken. Dieser „Singularisierungstrend“ führt im Ergebnis zur Verteilung der Bevölkerung auf immer mehr kleinere Haushalte. ... Dadurch leben heute nur noch gut die Hälfte aller Niedersachsen in Haushalten mit mehr als zwei Personen.“[394]

Bei der auf Hilfe- und Pflegeleistungen besonders angewiesenen Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren liegt die durchschnittliche Haushaltsgröße bei 1,5 Personen. Das heißt: in jedem 2. Haushalt dieser Altersgruppe befindet sich keine zweite Person, auf die im Bedarfsfall als Helfer/in zurückgegriffen werden kann. Allerdings: bei den 65-Jährigen und älteren hat sich diesbezüglich seit 1991 keine Veränderung mehr ergeben![395]

Für die Zukunft wird damit gerechnet, dass der „Singularisierungstrend“ anhält, allerdings in abgeschwächter Form. Für das Jahr 2015 wird eine durchschnittliche Haushaltsgröße von etwa 2 statt aktuell 2,15 Personen je Haushalt erwartet.[396]
Aufgrund des langjährigen Trends kann aus Sicht des MS allerdings angenommen werden, dass die Haushalte der 65-Jährigen und älteren von dieser Verkleinerung nicht berührt, die Verhältnisse sich dort bezüglich der Rückgriffsmöglichkeiten auf eine Mitbewohnerin / einen Mitbewohner im Haushalt insofern nicht ändern werden.[397]

Die Verringerung der Haushaltsgrößen hat auch **nicht zwangsläufig eine Verringerung des privaten Hilfepotentials bei Pflegebedürftigkeit zur Folge.** Zumindest gilt dies nicht im gleichen Verhältnis. Dies haben die Untersuchungen zu MuG III deutlich erkennen lassen.[398] Obwohl dort bei den untersuchten Haushalten der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die allein leben, in der letzten Dekade von 20% auf 31% gestiegen ist, wurden auch diese Veränderung in der Haushaltszusammensetzung durch das private Hilfenetz „aufgefangen“.[399] Anders wäre auch nicht zu erklären, warum in Niedersachsen bei der dargestellten Entwicklung der Haushaltsgrößen die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der häuslichen Pflege zwischen Ende 1999 und Ende 2003 gestiegen ist und – bei einer Steigerung der Zahl aller Leistung-

[394] Niedersächsische Landestreuhandstelle, a. a. O., S. 22
[395] ebenda, S. 23
[396] ebenda
[397] nachrichtlich:
Aus vorgenannten Gründen wird die Zahl der Haushalte zwischen 2002 (Basis der Berechnungen des IES, a. a. O.) und 2015 um ca. 12 % zunehmen. Das bedeutet einen absoluten Zuwachs um 430.000 Haushalte. Wegen der unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklung und Altersstrukturen in den niedersächsischen Kreisen und kreisfreien Städten wird die Haushaltsentwicklung regional sehr unterschiedlich verlaufen (LTS, a. a. O., S. 24f). Angesichts der für die Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren gering eingeschätzten Relevanz wird an dieser Stelle auf die näheren Ausführungen im Bericht der LTS hingewiesen.
[398] a. a. O., S. 231
[399] Schneekloth et al., a. a. O., S. 231

sempfängerinnen und Leistungsempfänger von 209.257 auf 218.363 in diesem Zeitraum – sich auch anteilig nur wenig verändert hat (Abnahme von 71,4% auf 68,8% aller Empfängerinnen und Empfänger).[400]

Nach den Erkenntnissen aus MuG III können diese „singularisierten Lebensformen" funktionieren, weil die Mehrheit der privat gepflegten Personen über eine private Hauptpflegeperson verfügt, die zum Teil im gleichen Haus, mehrheitlich jedoch nicht weiter als 10 Minuten entfernt wohnt und die Betreuung und Versorgung organisiert.[401] Die Autoren des Berichts zu MuG III sprechen in diesem Zusammenhang von „Intimität auf Distanz", die vor dem Hintergrund sich verändernder familiärer Lebensformen realisiert wird.[402]

Diese Schlussfolgerungen müssen allerdings unter dem Vorbehalt eines weitgehend unveränderten Binnenwanderungsverhaltens gestellt werden: Sollten im Zuge der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung in Niedersachsen sowie in Deutschland Pflegepersonen vermehrt zu weiterräumiger Wohnsitzverlagerung gezwungen sein, würde das private Unterstützungspotential zwangsläufig sinken. Eine solche Entwicklung ist allerdings nach Auffassung des MS in quantitativ bedeutsamem Ausmaß angesichts der Altersgruppen der Pflegepersonen (etwa ab der Lebensmitte mit steigender Tendenz) wenig wahrscheinlich.

Zusammenfassend ist daher für den Einfluss der Entwicklung der Haushaltsgrößen anzunehmen, dass diese nicht zu einer wesentlichen Abnahme des privaten Hilfepotentials bei Pflegebedürftigkeit führen wird.

Zu 5) Gewährleistung altengerechter und auf Pflege angepasster Wohnbedingungen

Ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (im Alter) setzt grundsätzlich hierauf ausgerichtete Wohnverhältnisse voraus.

---

[400] siehe hierzu Tab. I.1.1./1a, Anhang.
Diese vor allem auf die Zunahme vollstationärer Pflege zurückzuführende Abnahme der privat organisierten Pflege ist, wie dargestellt (Abschnitt I.1) im wesentlichen auf Verschiebungen im Schweregrad der Pflegebedürftigkeit in Richtung auf Pflegestufe II und auch Pflegestufe III (s. Tab. I.1.1/1a) und insofern auf Überlastungen der Pflegenden als auf die Veränderung des privaten Pflegepotentials als Folge der Abnahme der Haushaltsgrößen zurückzuführen. Von erheblicher Bedeutung ist dabei auch die Zunahme an altersbedingten Fähigkeitsstörungen (Altersdemenz). Altersdemenzen sind der häufigste Grund für einen Wechsel aus der privaten in die vollstationäre Pflege (s. auch Abschnitt I.1.3.3).
[401] Schneekloth et al., a. a. O., S. 231
[402] ebenda

Nach neuesten Untersuchungen haben sich diesbezüglich in der letzten Dekade deutliche Verbesserungen erkennen. Im Unterschied zum Beginn der 90er Jahre verfügen inzwischen fast 30 Prozent der Haushalte, in denen pflegebedürftige Personen leben, über ein pflegegerecht ausgebautes Bad bzw. eine entsprechende Toilette. Fast 60 Prozent der Wohnungen sind ohne Stufen zu erreichen.[403]

Hierzu haben – neben der steigenden Zahl von alten- und pflegegerechten Wohnungsneubauten (s. Abschnitt I.3.5) – auch die vermehrte Information und Beratung durch verschiedenste Träger beigetragen. Dazu ist nicht zuletzt auch die Tätigkeit der Niedersächsischen Fachstelle für Wohnberatung (s. Abschnitt I.3.5) zu zählen. Sie hat auch erkennen lassen, dass solche Beratungen verstärkt auf örtlicher Ebene durch die Kommunen, durch Anbieter sozialer Dienstleistungen, Pflegedienste und Wohnungsbaugesellschaften erfolgen bzw. – von letzteren im eigenen Interesse zur Sicherung der Auslastung der Wohnungen und der Belegungskontinuität durch Wohnungsanpassungsmaßnahmen umgesetzt werden.
Die pflegebedürftigen Personen nutzen zudem die gesetzlichen Möglichkeiten des Zuschusses für Wohnungsanpassungsmaßnahmen aus Mitteln der Pflegeversicherung (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Bundesweit wurden in 2004 54 Mio. € für solche Maßnahmen aufgewandt (s. Abschnitt I.2.3).

Für die Zukunft ist mit einer weiteren Verbesserung der Wohnbedingungen alter hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu rechnen aufgrund

- des nicht zuletzt aus finanziellen Erwägungen sowohl der privaten wie der öffentlichen Haushalte angesichts des wegen der voraussichtlich zunehmenden Zahl an pflegebedürftigen Personen zunehmenden Zwanges, Heimaufenthalte weitestgehend zu vermeiden,

- der in Folge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung sich voraussichtlich auch künftig lohnenden Investition in altengerechten Wohnungsneubau (s. dazu auch Abschnitt I.3.5.2),

- des zumindest in Teilregionen auch von Niedersachsen sich abzeichnenden Belegungsrückganges im Wohnungsbestand und des insoweit sich voraussichtlich verstärkenden Interesses der Wohnungseigner altengerechter Substanzverbesserung (ggf. verbunden mit eigenen Dienstleistungen bezüglich Wohnungsmanagement und Betreuung),

[403] Schneekloth et al.; a. a. O., S. 237

- des wachsenden Bewusstseins von Industrie, Handwerk und Handel über das Marktpotential der älteren Bevölkerung und dementsprechend Produkte und Dienstleistungen verstärkt auf deren Bedürfnisse abzustellen, und nicht zuletzt

- des ungebrochenen Wunsches der alten Menschen nach einer möglichst lange währenden eigenständigen Lebensführung und Unabhängigkeit von familiärer oder professioneller Hilfe.

Diese erwarteten positiven Entwicklungen bei der Wohnungsversorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen stellen eine Stärkung und Unterstützung der häuslichen pflegerischen Versorgung und in diesem Zusammenhang der privaten Hilfenetze dar.

Zu 6) Ergänzender Support durch außerfamiliale Dienstleistungen, Beratung und Betreuung

Die Stabilität des Angebotes an privater Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit wird zukünftig verstärkt abhängen vom Umfang, von der Qualität und von der klientengerechten Vermittlung von externen professionellen und freiwilligen / ehrenamtlichen Dienst-, Beratungs- und Betreuungsleistungen.[404]

Hierfür bestehen folgende Anhaltspunkte:

- Nicht nur die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen, sondern auch ihre privaten Helferinnen und Helfer werden zunehmend älter. Dieses Faktum kann bereits aus der Entwicklung seit Beginn der 90ger Jahre festgestellt werden. So ist in diesem Zeitraum der Anteil der Hauptpflegepersonen im Alter von 55 – 64 Jahren an allen Hauptpflegepersonen von 26 auf 27%, derjenige im Alter von 65 – 79 Jahren von 25 auf 26% gestiegen. Besonders auffallend aber ist die Zunahme bei den hochaltrigen Hauptpflegepersonen von 3% auf 7%.[405] Mit steigendem Alter der Betreuungspersonen wird auch deren eigener Unterstützungsbedarf wachsen. Die zeitliche Inanspruchnahme durch zu versorgende Kinder und Erwerbstätigkeit erschweren jedoch den Rückgriff auf jüngere Mitglieder der eigenen Familie. Freunde sind zumeist altersgleich; dasselbe gilt oft auch für Nachbarn.

[404] In diesem Sinne auch die Ergebnisse von MuG III, a. a. O., S. 230 ff
[405] BMFSFJ / TNS Infratest Sozialforschung, Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojekts MuG III im Überblick, a. a. O.

- In den letzten Jahren ist ein erheblicher Anstieg der Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste bei häuslicher Pflege überwiegend in Form der so genannten Kombileistung (§ 38 SGB XI) zu verzeichnen (s. Abschnitt I.1.1). Dies deutet auf einen alterungsbedingt (sowohl bezüglich der gepflegten Person wie der Pflegeperson) zunehmenden Unterstützungsbedarf vor allem bei wesentlich somatischer Pflegebedürftigkeit hin. Die Ergebnisse von MuG III bestätigen diese Vermutung: Externe Pflegehilfe wird vor allem dann in Anspruch genommen, wenn die Pflege ‚am Körper' von den privaten Pflegepersonen nicht hinreichend geleistet werden kann.[406] Dieser Hilfebedarf wird insoweit wachsen.

- Persönlicher Support durch Beratung und Entlastung durch vorübergehende Betreuung ist besonders erforderlich bei Vorliegen einer (fortgeschrittenen) dementiellen Erkrankung. Diese Erkenntnis ist in der Fachöffentlichkeit unbestritten. Auch die diesbezügliche Einsicht der pflegenden Angehörigen und die daraus gezogene Konsequenz der Inanspruchnahme von solchen Hilfen scheint sich – wenn auch nur zögerlich – zu erhöhen. Anzeichen hierfür ist die dem Umfang nach zwar nach wie vor geringe, aber seit 2002 (In-Kraft-Treten der Leistungen nach § 45b SGB XI) laufend steigende Inanspruchnahme dieser Leistungen. So stieg z. B. die Zahl der Leistungsfälle bei der AOK Niedersachsen bis Ende 2004 von 1.022 auf 2.914, die Leistungen selbst von rd. 215.000 auf rd. 494.0000 Euro. Als ein Indikator kann auch die mit finanzieller Unterstützung durch das Land in den zwei Jahre erfolgte erhebliche – und noch andauernde – Entwicklung bei den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten angesehen werden (s. Abschnitt I.3.6). Berichte des den Aufbau des Angebotes an niedrigschwelligen Betreuungsangeboten mit Förderung des Landes systematisch unterstützenden „Informationsbüros für niedrigschwellige Betreuungsangebote" bei der Landesvereinigung für Gesundheit e. V., Hannover, sowie aus der Praxis durch Anbieter solcher Betreuungshilfen aber auch Anbietern von allgemeiner Information und Beratung über dementielle Erkrankungen bestätigen dies ebenfalls.

Dennoch **kann bezüglich der ergänzenden** – nicht im engeren Sinne auf Pflege ausgerichtete – **Angebote** an professionellen, organisierten ehrenamtlichen sowie eher informellen Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsleistungen **bislang nicht von einem befriedigenden Entwicklungsstand gesprochen werden**. Dies gilt sowohl in Bezug auf die Bereitstellung entsprechender Hilfen als auch für die Bereitschaft der privaten

[406] Schneekloth et al, a. a. O., S. 232

Pflegepersonen und der pflegebedürftigen Personen, die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit solcher Hilfen zu erkennen und dementsprechend nachzufragen. Beides bedingt einander wechselseitig. Es fehlt insofern weniger an einer „Kultur des Helfens“ (§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) als an einer „Kultur des ‚sich helfen lassens‘ „.[407]

Entwicklungsbedarf ist auch zu sehen bei Angeboten an einfachen Hilfen zur Alltagsbewältigung (kleinere handwerkliche Tätigkeiten, Einkauf, Putzen etc.).

Die derzeitigen leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI sind für die Entwicklung nicht förderlich. Insbesondere die Bindung der Sachleistungen an ein genau definiertes und nach der Art sehr eingeschränktes Angebot an berechtigten Leistungserbringern (zugelassene Pflegedienste, teil- und vollstationäre Pflegeheime) behindert die Entwicklung eines eher aus den individuellen Anforderungen der pflegebedürftigen Personen heraus definierten Angebotes vielfältiger Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Eine Ausnahme bildet insoweit die Leistung nach § 45 b SGB XI (zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz).

Sowohl für das Kunden- als auch für das Anbieterverhalten im vorstehend dargestellten Sinn würde eine Änderung der Leistungsstrukturen des SGB XI entsprechend dem Vorbild des § 45b SGB XI sicher positive Wirkungen hinsichtlich eines verstärkten und weiter ausdifferenzierten Angebotes komplementärer Hilfen zur häuslichen Pflege und Betreuung und zu dessen Akzeptanz durch die Betroffenen zeigen. Sie würde insoweit wesentlich zur Stützung der privaten Hilfepotentiale beitragen.

Eine solche Regelung muss nicht mit dem Verlust definierter Leistungsqualität einhergehen. Auch hierfür ist die Regelung des § 45 b ein gutes Beispiel: die Vorschrift bindet die Leistung der Pflegeversicherung an Qualitätsvorgaben für die Leistungsanbieter.
Von dem derzeit mit Förderung des Bundes und der Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen (§ 8 Abs. 3 SGB XI) laufenden Projekts zur Erprobung eines „persönlichen Budgets“ erwartet das MS diesbezüglich wichtige Erkenntnisse. Erste Erfahrungen lassen allerdings bereits jetzt die Notwendigkeit einer fachlichen Unterstützung der pfle-

[407] Schneekloth et al., a. a. O., S. 233

gebedürftigen Menschen hinsichtlich der Auswahl geeigneter, auf den individuellen Bedarf und die individuellen Bedürfnisse ausgerichteter Angebote erkennnen (Case-Management).

Ein solches Case-Management will der Sozialverband Deutschland, Landesverband Niedersachsen e. V. (SoVD Niedersachsen) in Form trägerunabhängiger Beratungsstellen in drei ausgewählten Kreisverbands-Geschäftsstellen erproben. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen haben einer Förderung des Projektes bereits zugestimmt. Die Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung wird erwartet. Danach wird sich das Land an dem auf eine Laufzeit von 4 Jahren ausgelegten Vorhaben ebenfalls mit insgesamt 480.000 Euro beteiligen. Bei dem Projekt des SoVD bildet der Einbezug von ehrenamtlichen / freiwilligen Helferinnen und Helfern in die Beratungs- und Unterstützungsleistungen einen besonderen Schwerpunkt.

Für eine weitere Entwicklung komplementärer Hilfestrukturen grundsätzlich **hilfreich wäre** auch die im Zuge der Reformdebatte zur Pflegeversicherung angedachte **Angleichung der Höhe der ambulanten und vollstationären (Sach-)Leistungen mit gleichzeitiger Erhöhung der Leistungen im ambulanten Bereich.** Eine positive Wirkung würde allerdings auch hier parallele Regelungen voraussetzen, die die Wahlmöglichkeiten der pflegebedürftigen Menschen zwischen verschiedenen – auch niedrigschwelligen – Angeboten zulassen.

Zusammenfassung

Für die kommenden Jahrzehnte ist nach derzeitiger Erkenntnislage nicht mit einem Rückgang des privaten Pflege- und Hilfepotentials zu rechnen. Flankierend dazu sollten allerdings die Voraussetzungen für die Entwicklung komplementärer, nicht im engeren Sinne auf die Fachpflege ausgerichteter Hilfsangebote verbessert werden. Insbesondere auch zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und privater Pflege.
Veränderte Strukturen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung könnten hierzu wesentlich beitragen.

Die von den Koalitionsfraktionen der neuen Bundesregierung beschlossene Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch stufenweise Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre verringert auf mittel- bis langfristige Sicht grundsätzlich die Möglichkeiten der

Übernahme privater Pflegetätigkeit. Die diesbezüglich Relevanz dieser Regelung wird allerdings von dem tatsächlichen Erwerbsverhalten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abhängen. Einschätzungen zur künftigen Entwicklung sind daher derzeit nicht möglich.

2.3 Institutionelle Pflege und komplementäre Versorgung

Die nachgehenden Ausführungen befassen sich ausschließlich mit den Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der hieraus abgeleiteten Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen unter der Annahme einer bezüglich der leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI gegenüber heute unveränderten Lage: **„Was passiert, wenn nichts passiert?“** Sie sollen die Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf im konventionellen Angebotsspektrum, dessen Fortschreibung bei unverändertem Rechtsrahmen ebenfalls zu unterstellen wäre, sichtbar machen und einen Eindruck von den hieraus resultierenden finanziellen Wirkungen vermitteln.
Bezüglich möglicher Entwicklungen bei alternativen Annahmen zur Entwicklung der Leistungsstrukturen der Pflegeversicherung und **komplementärer formeller und informeller Hilfestrukturen** wird auf die vorangehenden Ausführungen in **Abschnitt 2.2** hingewiesen.

Ende 2003 bezogen 46,7% der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ausschließlich Pflegegeld (101.912 Pers.)[408], 22,1% ambulante Pflegesachleistungen (48.291 Pers,) und 31,2% (68.160 Pers.) Leistungen der vollstationären Dauerpflege.
Überträgt man diese Verhältnisse im Sinne einer status-quo-Fortschreibung auf die für 2020 und 2050 vorausberechnete Zahl der pflegebedürftigen Personen, ergeben sich die folgenden Werte:

[408] 2777 Personen erhielten am Stichtag 15.12.2003 Leistungen der Tages-/Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege. Dies sind zur häuslichen Pflege komplementäre Leistungen; insoweit sind diese Leistungsbezieherinnen grundsätzlich den Bezieherinnen und Beziehern von Leistungen der häuslichen Pflege zuzurechnen. Unbekannt ist dabei, ob sie ausschließlich Pflegegeld oder auch Leistungen der Pflegehilfe nach § 36 SGB XI erhielten. Für die nachfolgende Berechnung wurden die 2777 Personen im Verhältnis der Pflegegeldbeziehrinnen und –bezieher zu den Pflegesachleistungsbezieherinnen und –beziehern zugeordnet (1884 / 893)

Tab. T B II 2.3/1

Pflegebedürftige Personen nach Art der Pflegeleistung in den Jahren 2003, 2020 und 2050 in Niedersachsen – status-quo-Vorausberechnung für alternative Annahmen zur demographischen Entwicklung

Art der Plegeleistung	Annahme zur Entwicklung der Lebens-erwartung: Anstieg ...	Zahl der Pflegebedürftigen in den Jahren ...						
		2003 (Ist)	2020			2050		
			Anzahl	Differenz zu 2003		Anzahl	Differenz zu 2003	
				Anzahl	%		Anzahl	%
Pflegegeld	kein Anstieg[1)]	101.912	123.072	21.160	20,8	-	-	-
	gering[2)]		127.838	25.926	25,4	183.691	81.779	80,2
	mittel[2)]		133.383	31.471	30,9	192.030	90.118	88,4
	hoch[2)]		138.219	36.307	35,6	199.321	97.409	95,6
ambulante Pflege	kein Anstieg	48.291	58.242	9.951	20,6	-	-	-
	gering		60.497	12.206	25,8	86.929	38.638	80,0
	mittel		63.121	14.830	30,7	90.875	42.584	88,2
	hoch		65.410	17.119	35,5	94.325	46.034	95,3
vollstationäre Pflege	kein Anstieg	68.160	82.224	14.064	20,6	-	-	-
	gering		85.408	17.248	25,3	122.723	54.563	80,1
	mittel		89.113	20.953	30,7	128.294	60.134	88,2
	hoch		92.343	24.082	35,3	133.165	65.005	95,4

1) entsprechend Regionale Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes bis 2020
2) entsprechend 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes

Unter Zugrundelegung der Annahmen des statistischen Landesamtes zur Bevölkerungsvorausberechnung, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung gegenüber heute nicht mehr ändert, hätten bei auch sonst unveränderten Bedingungen die niedersächsischen Pflegedienste im Jahr 2020 allein aufgrund der Zunahme der alten Menschen rd. 10.000 Personen, also über ein Fünftel mehr als heute zu pflegen. Auf der Grundlage der Vorausberechnungen des statistischen Bundesamtes wären es, je nach Annahme zur Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung, zwischen 26% und 36%. Im Höchstfall wären es ca. 17.100 Personen.

Entsprechend dem prognostizierten Anstieg aller Pflegebedürftigen steigt auch Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher bis 2050 noch einmal erheblich an. Bei den Bezieherinnen und Beziehern von ambulanten Pflegeleistungen läge sie dann je nach Annahme zur Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen rund 86.900 und 94.300 Personen und damit zwischen 80% bis 95% über der heutigen Zahl. Im höchst anzunehmenden Fall wäre hätten die Pflegedienste damit annähernd doppelt so viele Personen wie heute zu pflegen.

Graduell **noch** etwas **stärker wäre der Bereich der vollstationären Pflege betroffen**. Keine weitere Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung unterstellt, müssten bis 2020 für annähernd 14.100 Personen mehr als heute Pflegeheimplätze , also ca. ein

Fünftel mehr bereitstehen. Unterstellt man in unterschiedlicher Höhe einen Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, läge die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen schon bei der niedrigsten Annahme bei einem Viertel über der heutigen Zahl, bei der höchsten wären es über 35% oder rd. 24.100 Personen.
Bis 2050 wären mit rd. 54.600 bis 65.000 zusätzlichen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu rechnen – 80% bis 95% mehr als heute.

Die **daraus** auf die pflegebedürftigen Menschen selbst, die nachrangigen Kostenträger (Kommunen und Land als Sozialhilfeträger), das Land im Rahmen der Investitionskostenförderung und die Pflegeversicherung allein im vollstationären Bereich zukommenden **Belastungen** veranschaulichen **folgende beispielhafte Rechnungen**:

- **Der von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern oder von der Sozialhilfe über die Heimentgelte zu refinanzierende Investitionsbedarf für die zusätzlichen Plätze** beliefe sich **bis** zum Jahr **2050**, selbst im Fall der (unrealistischen) Annahme der Fortschreibung eines derzeitigen Durchschnittsbetrags von ca. 75.000 € Herstellungskosten je Platz, im günstigen Prognosefall auf rd. 4,1, im ungünstigsten Fall auf 4,9 Mrd. €. Im Hinblick auf die Faustregel, dass die Finanzierungskosten für das aufgenommene Fremdkapital über den gesamten Tilgungszeitraum ca. noch einmal denselben Betrag ausmachen, **würden damit auf den Gesamtzeitraum von 45 Jahren zwischen 9 und 10 Mrd. oder jährlich durchschnittlich 200 Mio. bis 220 Mio. € aufzubringen sein**.
  Mindestens derselbe Betrag wäre noch einmal für den Ersatz der bestehenden Heimplätze erforderlich, da für Pflegeheime erfahrungsgemäß nicht von der üblichen Abschreibungsdauer auf Gebäude von 50 Jahren ausgegangen werden kann.

- Das **Land erstattet den Kommunen** in 2005 für von dort zu leistende **Investitionsaufwendungen aus Mitteln der Sozialhilfe** für bedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner rd. **95 Mio. Euro**; dieser **Betrag würde sich** insofern **bis** zum Jahr **2050** bei weiterhin gleichen Verhältnissen **in etwa verdoppeln**. **Tatsächlich würde er** aber aller Wahrscheinlichkeit nach aufgrund steigender Bau- und damit auch Finanzierungskosten **höher ausfallen müssen**. Auf Dauer kann auch nicht mit einem Fortbestand der derzeitigen für Bauherren außerordentlich günstigen Finanzierungsbedingungen gerechnet werden.

- Wird auch für die Zukunft unterstellt, dass, wie heute, ca. 35% der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen **Leistungen der Sozialhilfe** erhalten und wird hierfür ein durchschnittlicher Betrag von – gegriffen – 250 € monatlich (ohne Investitionskosten, s. o.) angenommen, **käme es 2020 zu einer zusätzlichen Belastung der Sozialhilfe in Höhe zwischen rd. 14,8 und 18,1 Mio. €, im Jahr 2050 zu rd. 57,3 Mio. €.** Diese würden nach heutiger Rechtslage nach dem Nieders. Gesetz über das Quotale System zu jeweils etwa der Hälfte die Kommunen und das Land treffen.

- **Für die Pflegekassen** käme es unter der Annahme einer durchschnittlichen Leistung entsprechend dem Leistungsbetrag für Pflegeklasse II (1.279 € / Monat) in **2050** zu **Mehraufwendungen zwischen rd. 838 und 998 Mio. Euro**.

Für den ambulanten Bereich ergäben sich bezüglich der **Investitionskostenförderung der Pflegedienste durch das Land** folgende **Auswirkungen**:
Das Land hat die ambulanten Pflegedienste im Bereich der **I**nvestitionskosten – leistungsfolgend (s. Abschnitt I.3.1.2.1) – im Jahr 2004 mit 23,179 Mio € gefördert. Umgerechnet auf die Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger mit Stand 15.12.2003[409] i. H. v. 47.398 ergibt sich ein Betrag von durchschnittlich 489 €.

Hochgerechnet auf das **Jahr 2020 ergäbe sich** daraus bei gegenüber heute unverändertem Förderbetrag je erbrachten Leistungspunkt und unverändertem Umfang der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch die pflegebedürftigen Personen ein **Mittel-Mehrbedarf zwischen 4,9 bis 8,4 Mio. €, bezogen auf 2050 zwischen 18,9 und 22,5 Mio. €. Tatsächlich** dürfte der **Mittelbedarf über diesen Beträgen** liegen, da der heutige – landeseinheitliche pauschale – Förderbetrag von 0,00317 €/Leistungspunkt zu diesen Zeitpunkten wohl nicht mehr auskömmlich wäre und auch mit einer Zunahme des Bezuges von Pflegesachleistungen durch die pflegebedürftigen Menschen gerechnet werden muss.

[409] Zahlen für 2004 nicht verfügbar

Zusammenfassende Wertung

In Anbetracht dieser Befunde **wird unter Bezugnahme auf die Ausführungen in Abschnitten II.1 und II.2 ausdrücklich noch einmal festgestellt:**

Nur wenn es durch – hier nicht weiter zu benennende – Maßnahmen

- der gesundheitlichen Vorsorge der Bevölkerung,
- der medizinischen Diagnostik und Therapie
- der Prävention (u. a. Reha vor Pflege),
- eines auf gesundes Altern ausgerichteten Handelns aller dafür verantwortlichen Akteure
- des Ausbaues unterstützender Wohn- und Umweltbedingungen sowie
- des Ausbaues komplementärer Hilfen

gelingt, insbesondere

- **die Dauer der in relativer Gesundheit verbrachten Lebenszeit zu verlängern und**
- **das private Pflege- und Hilfenetz nachhaltig zu stützen,**

kann für die kommenden Jahrzehnte mit eine deutlich geringeren Zahl von pflegebedürftigen Menschen und einem weitgehend unveränderten Potential an privater Unterstützungs- und Pflegeleistungen und damit wesentlich geringeren finanziellen Belastungen als vorstehend beispielhaft ermittelt, gerechnet werden, als bei gegenüber heute unveränderten Bedingungen anzunehmen wäre (s. Abschnitt II.1.3).

Solche Maßnahmen erscheinen zugleich in Anbetracht der andernfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Verschlechterung der Lebenslage der pflegebedürftigen Menschen und der Pflegenden (privat und professionell) und der kaum vor- und darstellbaren finanziellen Belastungen der privaten und öffentlichen Haushalte und der Pflegeversicherung **unausweichlich erforderlich**.

2.4 Personal

Mit steigender Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird grundsätzlich auch die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen und damit der Bedarf an professionellen Fach- und Hilfskräften in der Pflege und Betreuung wachsen.
Für eine Einschätzung der diesbezüglichen Entwicklung stellen sich im wesentlichen zwei Fragen:

1) Wie viel Personal wird benötigt?
   und
2) Wie viele Menschen stehen für diese Aufgabe künftig zur Verfügung?

Zu 1) Personalbedarf[410]

Für die folgende überschlägige Abschätzung wird von einer Fortschreibung des derzeitigen Versorgungsstandes mit Personal in den Pflegediensten und Pflegeheimen (ohne Berücksichtung der Arbeitszeitumfanges und der Art der Tätigkeit) und von den unter II.1.3.2 und II.2.1 dargestellten alternativen Entwicklungen der Zahl der pflegebedürftigen Menschen ausgegangen.

Personal gesamt (Fach- und Hilfspersonal)

Ende 2003 waren in Niedersachsen insgesamt 78.031 Personen beschäftigt (s. Abschnitt I.3.2), 20.715 hiervon (25,6%) in Pflegediensten[411], 57.316 in Pflegeheimen. Sie pflegten, versorgten und betreuten insgesamt 218.363 pflegebedürftige und ca. 6.200 weitere, im Sinne von SGB XI nicht pflegebedürftige Menschen.[412] Auf eine Beschäftigte / einen Beschäftigten kamen damit durchschnittlich 2,85 betreute Personen. Bei den Pflegediensten betrug das Verhältnis 1: 2,29, in den Pflegeheimen 1 : 1,31[413], bezogen nur auf die pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von 1 : 1,24[414]

[410] Angesichts der Vielzahl der diesbezüglichen Einflussfaktoren kommt eine andere als näherungsweise Abschätzung im Rahmen dieses Berichts nicht in Betracht; auf die hierzu weitergehenden Ausführungen im Abschnitt I.4.2.5 wird hingewiesen.
[411] Nur solche für Leistungen nach dem SGB XI; siehe hierzu weitergehend Abschnitt 3.2.2.1
[412] Auf die diesbezüglichen Erläuterungen in Abschnitt I.3.2.3.1 wird Bezug genommen
[413] einschl. Heimbewohner mit Pflegestufe „Null“ bzw. „G“.
[414] für die nachfolgenden Berechnungen wird von diesem Verhältnis ausgegangen. Es wird dabei eine Entwicklung hinsichtlich der Versorgung und Betreuung der heute im Heim lebenden nicht pflegebedürftigen Personen angenommen, die diesen Personen durch einen Ausbau der ambulanten pflegerischen und komplementären Hilfen ein Leben außerhalb von Heimen ermöglicht. Diese Annahme erscheint im Blick auf den die dargestellte Entwicklung bei den Angeboten des Betreuten Wohnens niedrigschwelliger Hilfsangebote realistisch.

Unter Fortschreibung dieser Verhältnisse lässt sich für die verschiedenen Annahmen zur voraussichtlichen Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen für die Jahre 2020 und 2050 folgender Personalbedarf errechnen:

Tab. T B II 2.4/1

Personalbedarf in Pflegediensten und Pflegeheimen bei unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen

Art der Pflegeeinrichtung	Annahmen zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	Personalbedarf im Jahr ...				
		2003 (Ist)	2020		2050	
			Anzahl	Differenz zu 2003	Anzahl	Differenz zu 2003
Pflegedienste	1[1)]	20.715	25.433	4.718	-	-
	2a		26.418	5.703	37.960	16.925
	2b		27.564	6.849	39.683	18.968
	2c		28.563	7.848	41.190	20.475
Pflegeheime	1	57.316	66.310	8.994	-	-
	2a		68.877	11.561	98.970	41.654
	2b		71.865	14.549	103.463	46.147
	2c		74.470	17.154	107.391	46.525
Gesamt	1	78.031	91.743	13.712	-	-
	2a		95.295	17.264	136.930	58.899
	2b		99.429	21.398	143.146	65.115
	2c		103.033	25.002	148.581	70.550

1) gem. Regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Niedersachsen bis 2020; Annahme: gleichbleibende durchschnittliche Lebenserwartung von Stand Ende 2003

2) gem. 10. Koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes
- 2a: geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (Variante 2)
- 2b: mittlerer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (Variante 5)
- 2c hoher Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (Variante 8)

Zusammengenommen müssten danach, je nach Annahme über die künftige Zahl der zu pflegenden Menschen im Jahr 2020, zwischen 13.700 und 25.000 mehr Beschäftigte in Pflegediensten und Pflegeheimen als heute tätig sein (17,6% – 32,0%). Davon würden auf die Pflegedienste zwischen 4.700 und 7.850 Personen (Anstieg: 22,8% - 37,9%), auf die Pflegeheime rd. 9.000 bis 17.150 Personen (Anstieg: 15,7% - 29,9%) entfallen.

Bis 2050 würde insgesamt sogar zwischen 75,5% und 90,4%, also drei Viertel bis nahezu das Doppelte an Personal mehr benötigt als heute, davon jeweils um 29,0% in Pflegediensten. Der Bedarfszuwachs gegenüber 2003 läge für die Pflegedienste zwischen 81,7% und 98,8%, bei den Pflegeheimen zwischen 72,7% und 81,2%.

Ohne dies an dieser Stelle zahlenmäßig zu hinterlegen, wird im Blick auf die vorstehenden sowie die nachfolgenden Berechnungen zum Pflege-Fachpersonal erneut darauf aufmerksam gemacht, dass die Ergebnisse nur unter Fortschreibung der derzeitigen Verhältnisse eine gewisse Wahrscheinlichkeit besitzen. Insbesondere **im Fall einer**

Verschiebung des durchschnittlichen Eintrittsalters von Pflegebedürftigkeit (s. Abschnitt II.2.1) wäre ein deutlich niedrigerer Personalbedarf anzunehmen.

Fachpersonal

Ende 2003 machten Pflegefachkräfte[415] in Pflegediensten 43,2%, in Pflegeheimen 30,4% des Personals aus (s. Abschnitt I.3.2). Von letzteren waren annähernd 70% Altenpflegerinnen / -pfleger. Unter dem Fachpersonal der Pflegedienste waren dies nur 30,3%; der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger betrug dort (einschließlich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger) 62,3%.
Bei Übertragung auch dieser Situation auf die Zukunft würde, unter Bezugnahme auf die vorstehenden Ergebnisse der Vorausschätzung des Personalbedarfs für die beiden Berufsgruppen, der folgende Bedarf an zusätzlichen Fachkräften anzunehmen sein.

Tab. T B II 2.4/2

Mehrbedarf an Pflege-Fachpersonal gegenüber 2003 in Pflegediensten und Pflegeheimen in Niedersachsen bei unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen

Art der Pflegeeinrichtung	Annahmen zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	Bedarf an zusätzlichen Pflegefachkräften im Jahr ...			
		2020		2050	
		Altenpflegerinnen / -pfleger	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und -pfleger	Altenpflegerinnen / -pfleger	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und -pfleger
Pflegedienst	1	656	1.270	-	-
	2a	793	1.535	2.352	4.555
	2b	952	1.843	2.636	5.105
	2c	1.091	2.112	2.845	5.511
Pflegeheim	1	1.914	820		-
	2a	2.460	1.054	8.864	3.799
	2b	3.096	1.327	9.820	4.209
	2c	3.650	1.565	9.901	4.243
Gesamt	1	2.570	2.090	-	-
	2a	3.253	2.862	11.216	8.354
	2b	4.048	3.170	12.456	9.314
	2c	4.741	3.677	12.746	9.754

1) gem. Regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Niedersachsen bis 2020; Annahme: gleichbleibende durchschnittliche Lebenserwartung von Stand Ende 2003
2) gem. 10. Koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes
2a: geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (Variante 2)
2b: mittlerer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (Variante 5)
2c hoher Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (Variante 8)

Bis 2020 würden danach, je nach Annahme über die Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen, rechnerisch zwischen 2.570 und 4.740 zusätzliche Altenpflege-

[415] Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger

rinnen und Altenpfleger und zwischen 2.090 und 3.680 zusätzliche Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / -pfleger benötigt, um den derzeitigen Versorgungsgrad mit Pflegefachkräften in den Pflegediensten und Pflegeheimen zu erhalten. Bis 2050 wären insgesamt zwischen 11.200 und 12.750 zusätzliche Altenpflegerinnen und Altenpfleger und zwischen 8.350 und 9.750 zusätzliche Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger erforderlich.

Hinzu käme der – angesichts der fehlenden Daten zur Altersverteilung der zur Zeit in den Pflegediensten und –heimen tätigen Pflegefachkräfte nicht bezifferbare Ersatzbedarf für zwischenzeitlich aus Altersgründen ausscheidende Fachkräfte.

Wird dieser – gegriffen – für 2020 mit 20% und 2050 mit 50% angenommen, würden benötigt:

Tab. T B II 2.4/3

Mehrbedarf an Pflege-Fachpersonal gegenüber 2003 in Pflegediensten und Pflegeheimen in Niedersachsen bei unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen unter Einschluss von Ersatzbedarf für im Prognosezeitraum aus dem Personalbestand ausscheidende Fachkräfte

Jahr	Altenpflegerinnen / -pfleger	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen / -pfleger
2020	3.083 – 5.689	2.508 – 4.412
2050	16.824 – 19.119	12.531 – 14.631

Sofern dieser zusätzliche Fachkräftebedarf ausschließlich über Neuausbildungen erfolgen sollte / müsste (und z. B. nicht über Marktakquise aus Niedersachsen, aus anderen Bundesländern oder dem benachbarten Ausland), **müssten** insoweit **durchschnittlich jährlich für eine Ausbildung in der Altenpflege und in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege** – rechnerisch – **gewonnen werden**

- für die Altenpflege
  bis 2020 zwischen 205 – 379 Schülerinnen und Schüler
  bis 2050 zwischen 374 – 425 Schülerinnen und Schüler
- für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege
  bis 2020 zwischen 167 – 294 Schülerinnen und Schüler
  bis 2050 zwischen 279 – 325 Schülerinnen und Schüler.

Dies erscheint im Fall einer Ausbildungsnachfrage sowie von Ausbildungsplatzkapazitäten im derzeitigen Umfang darstellbar.

Zu 2) künftig verfügbares Arbeitskräftepotential

Für den Fall der als am wahrscheinlichsten angenommenen Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen (s. Abschnitt II.1.3.2 – zusammenfassende Bewertung) muss im Jahr 2020 für etwa 55.400, in 2050 für rd. 175.000 zusätzlich zu pflegende Personen Personal zur Verfügung stehen. Im Höchstfall bestünde zusätzlicher Personalbedarf für 77.600 bzw. 208.500 Personen.[416]

Für diese Fälle wurde vorstehend, unter Fortschreibung des derzeitigen Versorgungsstandes der pflegebedürftigen Personen, ein zusätzlicher Personalbedarf im Umfang von rd. 17.300 bzw. 25.000 Personen in 2020 und 58.900 bzw. 70.550 Personen in 2050 ermittelt (s. o., Tab. II.2.4/1). Der zusätzliche Fachkräftebedarf läge – die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger und der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / -pfleger zusammengenommen – in 2020 bei voraussichtlich ca. 6.100, im Höchstfall bei ca. 8.400 Personen; für 2050 wären unter diesen Annahmen rd. 19.600 bzw. 22.500 zusätzliche Pflegefachkräfte erforderlich.[417]

Das statistische Landesamt weist mit Stand von März 2004 für Niedersachsen eine Zahl von 3,7 Mio. Erwerbspersonen aus.[418] Für den Zeitraum bis 2020 wird unter der Annahme gleichbleibender alters- und geschlechtsspezifischer Erwerbsquoten mit einer annähernd unveränderten Zahl von Erwerbspersonen gerechnet, bis 2050 allerdings gegenüber 2004 mit einem Rückgang um rd. 10% auf dann 3,3 Mio. Erwerbspersonen.[419] Dieser kommt vor allem in der Altersgruppe der 35 bis 44-Jährigen zum Tragen; ihr Anteil an allen Erwerbspersonen wird von 31% (1.147.000 Personen) auf 24% (792.000 Personen) sinken.[420][421]
Auch ohne statistischen Beleg mangels dazu fehlender Daten aus der Pflegestatistik kann die Annahme als berechtigt gelten, dass die Altersgruppe der 35 bis 44-Jährigen

[416] siehe Tab.T B II.1.3.1/3 in Abschnitt II.1.3.1, jeweils Annahmen 2a und 2c
[417] siehe Tab. TB II.2.4/2, jeweils Annahmen 2a und 2c
[418] Statistische Monatshefte Niedersachsen 5/2005, S. 260
[419] ebenda
[420] ebenda

unter den Beschäftigten in Pflegediensten und Pflegeheimen einen bedeutsamen Teil ausmacht.

Angesichts des Verhältnisses zwischen der Zahl der auch 2050 noch vorhandenen Erwerbspersonen insgesamt und dem ermittelten Bedarf an zusätzlichem Personal in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen – je nach Annahme (s. o.) zwischen 56 und 47 zu 1) – **erscheint es** dennoch **wenig wahrscheinlich, dass die demographisch bedingten Veränderungen des Erwerbspersonenpotentials von maßgeblichem Einfluss auf das Personalangebot in der Pflege sein werden**. **Allerdings verengen sich bis 2050 die Rekrutierungsspielräume gegenüber 2020 deutlich**:

Für 2020 treten nach den Berechnungen des statistischen Landesamtes hinsichtlich des Erwerbspersonenpotentials gegenüber heute keine Änderungen ein. Das Verhältnis zwischen der Zahl der Erwerbspersonen und dem zusätzlichen Personalbedarf in der ambulanten und stationären Pflege fiele insoweit bis zu diesem Zeitpunkt noch günstiger aus (je nach Annahme, s. o., zwischen 214 und 148 zu 1). **Für die mittelfristige Perspektive sind daher keine grundsätzlichen Engpässe beim Personal für Pflegedienste und Pflegeheime anzunehmen.**

Diese Einschätzungen werden durch die Tatsache erhärtet, dass der Arbeitsmarkt auch in den vergangenen Jahren mit adäquater Anpassung auf den ständig gestiegenen Arbeitskräftebedarf in diesem Sektor reagiert hat. So ist zwischen 1999 und 2003 die Zahl der Beschäftigungen in der Pflege mit 14,7% gegenüber dem Landesdurchschnitt von 2,2% weit überproportional angestiegen.[422] Pflegedienste und Pflegeheime beschäftigen damit mehr Menschen als z. B. der Maschinenbau (2004: 51.529) oder die Chemie (27.318). Ende 2003 kamen – landesweit – auf je 1000 Einwohner 9,8 Beschäftigte in der Pflege.[423]

Die Beschäftigten in der Pflege sind zudem zu weit überwiegendem Anteil Frauen (2003: 87%, siehe Abschnitt I.3.2.1). Der Erwerbsbeteiligung von Frauen schreibt das statistische Landesamt unter Bezugnahme auf die Entwicklung in den vergangenen

---

[421] die Berechnungen zur demographischen Entwicklung beruhen auf der 10. Koordinierten Bevölkerungsprognose, Variante 5. Die hiesigen Berechnungen zur Entwicklung des Personalbedarfs beruhen insoweit auf denselben Grundlagen; siehe Tab. T B II.2.4/1 und /2, dort jeweils Annahme 2b

[422] Statistische Monatshefte Niedersachsen 10/2005, S. 567

[423] ebenda

Jahren grundsätzlich eine positive Entwicklung zu. Nach dortigen Erkenntnissen ist die März 2004 ermittelte Arbeitsmarktpartizipation der Personen im erwerbsfähigen Alter von 71% im wesentlichen auf die gestiegene Erwerbsbeteiligung von Frauen – vor allem solchen mittleren Alters – zurückzuführen. Diese ist seit 1975 um 14 Prozent gestiegen.[424]

Das statistische Landesamt sieht auch Möglichkeiten, den demographisch bedingten Rückgang des Erwerbspersonenpotenials zu kompensieren unter anderem durch eine weitere Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von Frauen z. B. durch verbesserte Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit.[425] Als weitere Maßnahmen werden kürzere Ausbildungszeiten und ein (inzwischen bereits beschlossenes, s. o.) höheres Renteneintrittsalter vorgeschlagen und in eine Modellrechnung integriert. Danach kommt das Statistische Landesamt zu dem Ergebnis, dass auch für 2050 noch bzw. wieder ein Erwerbspersonenpotential im gegenwärtigen Umfang zur Verfügung steht. Insoweit gälten dann auch für 2050 mit Verhältniswerten von 63 bzw. 52,5 zu 1 noch günstigere Voraussetzungen für eine Kompensation des steigenden bzw. gestiegenen Personalbedarfs in der Pflege.

Zusammenfassend kann daher angenommen werden, dass auch künftig – in jedem Fall mittelfristig – das Erwerbspersonenpotential sowie die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege ausreichen, um den zusätzlichen Personalbedarf von Pflegediensten und Pflegeheimen zu decken.

Angesichts der Tatsache, dass diese Schlussfolgerung auf einer Reihe von Annahmen beruht, deren Wahrscheinlichkeit nicht näher belegt werden kann, **wird die tatsächliche Entwicklung laufend zu beobachten sein**. Der Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ (s. Abschnitt I.4.2.6) erscheint hierfür das geeignete Gremium.

---

[424] Statistische Monatshefte Niedersachsen 5/2005, S. 260
[425] ebenda, S. 264 f.

3. Personen mit besonderem Hilfebedarf

Kinder

Die Zahl der pflegebedürftigen Kinder wird – unter der Annahme im Übrigen unveränderter Rahmenbedingungen z. B. hinsichtlich des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (s. Abschnitt I.1.3.1) – in Abhängigkeit von der bevölkerungsstrukturellen Entwicklung abnehmen. Je nach Annahme zur künftigen Bevölkerungsentwicklung (NLS oder 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, s. Abschnitt II.1.1) wird die Zahl von derzeit etwas über 7.500 bis zum Jahr 2020 auf eine Zahl von rd. 6.250 (NLS) bzw. rd. 6.400 Kinder (10. koordin. Bev.vorausber.) sinken. Bis zum Jahr 2050 ist eine weitere, dem Umfang nach abgeschwächte, jedoch dennoch kontinuierliche Abnahme auf 5.700 bis 5.750 Kinder (10. koordin. Bev.vorausber.) zu erwarten. **Insgesamt** ist dies **gegenüber heutigem Stand** damit **eine Verringerung um ca. 1.800 Kinder entsprechend 24%.**

Hinsichtlich der Annahmen zur Vorausberechnung wird auf Abschnitt II.1.1, hinsichtlich der Vorausberechnungsergebnisse nach 10-Jahres-Schritten auf II.1.3.2 verwiesen.

Das Vorausberechnungsergebnis ist unter dem Aspekt der Gewährleistung eine ausreichenden Pflege und Betreuung der Kinder insbesondere in den dünner besiedelten Regionen des Landes von Bedeutung (s. Abschnitt III.2.2).

Personen mit dementiellen Erkrankungen

Alle Berechnungen, die sich mit der zukünftigen Entwicklung der Zahl der Menschen mit einer dementiellen Erkrankung befassen, gehen angesichts der zunehmenden Alterung der Einwohnerschaft Deutschlands und einer nach wie vor zunehmenden Lebenserwartung von einer erheblichen Steigerung dieses Personenkreises aus. Schon für das Jahr 2010 wird bei der hier in Bezug genommenen Vorausberechnung[426] von einer Zahl von 1,1552 Mio. betroffener Personen im Alter von 65 und mehr Jahren für das Bundesge-

[426] BMFSFJ, 4. Altenbericht, a. a. O., S. 181f, auf der Grundlage der Berechnungen von Bickel, 2001; diese wiederum fußen auf den Annahmen der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

biet ausgegangen. Das wäre ein Zuwachs um ca. 155.000 Personen entsprechend 155% gegenüber dem für heute ermittelten Stand von rd. 1 Million (s. Abschnitt I.1.3.3). Für die Jahre 2020/30/40 und /50 werden 1,3882 / 1,5614 / 1,8108 und 2,0462 Mio. älterer Menschen mit dementiellen Erkrankungen angenommen.

Diese Prognosen erneut (s. Abschnitt I.1.3.3) unter der Annahme des pauschalen Erfahrungswertes von 10 Prozent auf Niedersachsen übertragen, wäre in den genannten Jahren mit einer Zahl dementiell erkrankter älterer Menschen in Höhe von rd. 115.200 (2010), 138.800 (2020), 156.100 (2030), 181.100 (2040) und 204.600 (2050) zu rechnen. Diese in besonderer Weise auf Hilfe und Unterstützung durch Dritte – privat und / oder durch kommerzielle Angebote – angewiesene Bevölkerungsgruppe würde sich damit gegenüber heute mehr als verdoppeln, sofern es nicht gelingt, den hierunter subsumierten Krankheiten durch Prävention und Therapie (einschl. medikamentöser Therapie) wirksam zu begegnen – eventuell auch in dem Sinne, dass selbständige Lebensführung in der eigenen Wohnung mit ergänzenden ambulanten Hilfen für einen größeren Teil als heute möglich bleibt.

Werden die in diesem Bericht für die Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen gewählten Datengrundlagen und Annahmen (s. Abschnitte II.1.1 und 1.3.1) zugrunde gelegt und die derzeit gemessene Quote der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz an allen Leistungsempfängerinnen und –empfängern fortgeschrieben, kommt man zu nicht unwesentlich niedrigeren Ergebnissen (s. nachstehende Tabelle T B II.3/1):
Nach den Grundlagen der Regionalen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes wäre gegenüber dem derzeitigen Stand (31.12.2003) bis 2020 mit einer zusätzlichen Zahl von rd. 15.300 Personen zu rechnen; diese Zahl wäre nach den o. g. Schätzungen bereits 2010 erreicht.
Bei Zugrundelegung der verschiedenen Varianten der 10. Koordinierten Bevölkerungsprognose (s. Abschnitt II.1.1) wäre – in Abhängigkeit von den dortigen Erwartungen über die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern (gering, mittel, hoch) – für 2020 ein Anstieg zwischen rd. 19.700 und 29.450 zu erwarten; er läge damit selbst im höchsten Fall noch um knapp 10.000 Personen unter den im 4. Altenbericht der Bundesregierung ausgewiesenen Werten. Für 2050 ergibt die Berechnung Steigerungswerte gegenüber heute zwischen 72.000 und 86.700 Perso-

nen. Auch letzterer liegt weit unter den Annahmen des 4. Altenberichts (Differenz: 17.930).

Tab. T B II 3/1
Voraussichtliche Zahl (pflegebedürftiger) Personen mit dementiellen Erkrankungen in Niedersachsen für unterschiedliche Annahmen zur demographischen Entwicklung

Varianten zur Entwicklung der Lebenserwartung Anstieg…	Voraussichtliche Zahl dementiell erkrankter Menschen in den Jahren …					
	2003 (Ist)	2010	2020	2030	2040	2050
kein Anstieg[1)]	95504	103211	115261	-	-	-
gering[2)]	95504	100916	119725	135142	150652	172033
mittel[2)]	95504	105191	124918	141151	157412	179842
hoch[2)]	95504	108915	129446	146398	163319	186670
zum Vergleich: 4. Altenbericht d. Bundesregierung	95350 (2000)	115520	138820	156140	181080	204620

1) entsprechend: Regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Niedersachsen
2) entsprechend: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes
3) 10% der Bundesdaten (pauschaler Erfahrungswert)

In diesem Zusammenhang muss festgehalten werden, dass sich die Vorausberechnungen des MS nur auf nach SGB XI pflegebedürftige Menschen beziehen. Zudem muss auch die Annahme eines gleichbleibenden Verhältnisses von dementiell erkrankten zu allen Leistungsbezieherinnen und –beziehern der Pflegeversicherung in Niedersachsen mit Vorbehalt gesehen werden: Bei ansonsten unveränderten Bedingungen dürfte sich das Verhältnis aufgrund des anzunehmenden Anstieges des durchschnittlichen Lebensalters und der bei höheren Lebensaltern steigenden Prävalenz der dementiellen Erkrankungen zu „Gunsten“ des Anteils der dementiell erkrankten Personen verschieben. Sollte es gar – wie für die bevorstehende Reform der Pflegeversicherung allseits angestrebt – zu einer stärkeren Berücksichtigung von Zeiten der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung mit der Folge einer größeren Zahl von leistungsberechtigten Personen in der Pflegeversicherung kommen, wären die o. g. Annahme und damit auch die Ergebnisse der Vorausberechnung obsolet.

Es muss insofern von einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Annahmen aus dem 4. Altenbericht ausgegangen werden, ohne dass deren Umfang gegenwärtig weiter bewertet werden könnte.

Unter versorgungspolitischen wie finanzwirtschaftlichen Aspekten werden diese Entwicklungen im Falle ihres Eintretens zu derzeit kaum vorstellbaren Problemen führen: So würde z. B. unter der Annahme, dass auch künftig ca. 40 Prozent der dementiell erkrankten älteren Menschen mangels vorstehend genannter Verbesserungen und mangels anderer Wohn- und Lebensformen auf ein Leben in vollstationären Pflegeein-

richtungen gewiesen wäre – bei Richtigkeit der o. g. Ergebnisse der Vorausberechnung –ein zusätzlicher Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen entstehen.
Selbst im – unwahrscheinlichen – Fall einer Entwicklung analog den Vorausberechnungen des Statistischen Landesamtes zur Bevölkerungsentwicklung wären bis 2020 6.100 neue Pflegeplätze allein für pflegebedürftige Menschen mit Demenz erforderlich. Unterstellt man eine Entwicklung wie im 4. Altenbericht der Bundesregierung, wären es 15.530 zusätzliche Plätze, bis 2050 sogar 41.850 Plätze.

Gegenwärtig verfügt Niedersachsen über rd. 79.150 Plätze; dies wäre insofern ein Mehrbedarf von nahezu 53%. Bei Annahme eines Investitionsbedarfs von 75.000 € je Platz nach derzeitigen Preisen folgt daraus ein Investitionsvolumen von rd. 3,15 Mrd. Euro (bei 45 Jahren ein durchschnittlicher jährlicher Investitionsbedarf von 70 Mio. €). Dieser wäre durch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und, im Falle des Vorliegens von entsprechenden Leistungsansprüchen durch die Sozialhilfe oder andere nachrangige Kostenträger aufzubringen. Für die Pflegeversicherung ergäbe sich bei heutigen Leistungsbeträgen und einer durchschnittlichen Leistung der Pflegestufe II ein jährlicher Finanzmehrbedarf von über 642,3 Mio. Euro allein in Niedersachsen. Hierzu sind die im Zuge der demographischen Entwicklung entstehenden Mehraufwendungen für den Zuwachs an überwiegend somatisch vollstationär pflegebedürftigen Menschen noch hinzuzurechnen (s. o. , Abschnitt II.2.3).

Diese beispielhafte Kalkulationen machen sichtbar, dass alle Anstrengungen unternommen werden müssen, Pflegebedürftigkeit allgemein, solche im Zusammenhang mit dementieller Erkrankung im besonderen, hinauszuzögern, wenn nicht sogar zu vermeiden. Zugleich müssen für die dementiell erkrankten Menschen unter Einschluss selbstregulierender Kräfte im Bereich von Nachbarschaftshilfe, ehrenamtlicher Hilfe und kommerziellen Leistungen – wo möglich – auf niedrigem fachlichen Niveau in Verbindung mit betreuten Wohnformen stationäre Versorgungen weit mehr als heute vermieden werden. Zugleich müssen die Betreuungsarrangements für dementiell erkrankte Menschen optimiert und qualifiziert werden. Hierfür gibt es bereits vielseitige pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und vielversprechende praktische Ansätze.[427]

---

[427] siehe z. B.
Förderverein Dementenbetreuung Holle e. V.: Dokumentation der 8. Holler Runde vom 9. Febr. 2005: „Menschen mit Demenz und die Heime von Morgen – Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung – Beispiele aus der Praxis für die Praxis“, Eigenverlag, Holle 2005
Oswald W. D., Ackermann A.: Informationen zum Forschungsprojekt „Rehabilitation im Altenpflegeheim“; Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Febr. 2002

Menschen mit Behinderungen

Über die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit einer körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnes-Behinderung liegen angesichts des ursachenspezifischen Pflegebegriffes keine Erkenntnisse vor.
Gleichwohl sind insbesondere bezüglich der in stationären Einrichtungen pflegerisch zu versorgenden nicht altersbedingt behinderter Personen Rückschlüsse möglich. Grundlage hierfür bilden die statistischen Unterlagen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie über die Belegung und Altersstruktur in teil- sowie vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und die hierauf aufbauende Vorausschätzung des MS zur Zahl der Personen im Alter von 60 Jahren und mehr in solchen Einrichtungen.

Nicht möglich sind dabei allerdings regional differenzierte Aussagen in Anbetracht

- der verfügbaren statistischen Daten und Prognosen sowie
- der besonderen Lokationsbedingungen vor allem der so genannten Langzeiteinrichtungen mit ihren überregionalen Einzugsbereichen.

Hierzu bedürfte es einer besonderen Befassung nicht zuletzt im Blick auf die von der Landesregierung angestrebte ortsnahe Versorgung der Menschen mit Behinderung und daraufhin eventuell gezielt auszurichtende Strukturveränderungen.

Ambulante Versorgung

Die Feststellung einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit mit zunehmenden Alter gilt für Menschen mit Behinderungen - zumindest für Menschen mit geistiger Behinderung - in gleichem Maße wie für andere Menschen ohne Behinderung. Für die Personengruppe sind insofern keine abweichenden Schlussfolgerungen zu ziehen. Es ist dementsprechend auch davon auszugehen, dass die Anforderungen durch die vorhandenen Pflegedienste und die anderen ambulanten Hilfsdienste (FED, ASB) befriedigt werden können.

Schäufele M., Köhler L., Teufel S., Weyerer S.: Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen; in: Schneekloth U., Wahl H. W. (Hrsg.) „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) – Integrierter Abschlussbericht, München März 2005, S. 99 ff
Holler,G / Melchinger, H.: Regionale Versorgung von Demenzkranken – Analysen zur Versorgungssituation und Implikationen für Qualitätsziele und Qualifizierungsmaßnahmen; Hannover, Nov. 2004

Stationäre Versorgung

Von erheblicher Bedeutung ist die Altersentwicklung der Bewohnerschaft in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Angesichts der Tatsache, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen mit einer (geistigen) Behinderung inzwischen annähernd der allgemeinen Lebenserwartung entspricht, die Wohnplätze in den Einrichtungen von den Menschen mit Behinderung in der Regel bis zu ihrem Tod beibehalten werden, da ihnen auch ein Ortswechsel oftmals kaum zugemutet werden kann, wird die Zahl der älteren Bewohnerinnen und Bewohner in diesen Einrichtungen stark zu nehmen. Auf der Grundlage der aktuellen Belegungszahlen in den niedersächsischen Einrichtungen des LS sind bereits zum jetzigen Zeitpunkt ca. 2700 Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen älter als 60 Jahre. In den nächsten 10 Jahren werden voraussichtlich weitere 3500 Menschen dazu kommen. Zu welchen Anteilen diese Menschen dann auch pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, kann nicht genau gesagt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Pflegebedürftigkeit der Menschen mit einer (geistigen) Behinderung von der Pflegebedürftigkeit der Menschen ohne Behinderung nicht wesentlich unterscheiden wird.

Beachtenswert erscheint in diesem Zusammenhang auch die Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in den stationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen in den vergangenen fünf Jahren (s. Abschnitt I.1.3.4). Nach den Leistungsdaten der gesetzlichen Pflegekassen stieg dort diese Personengruppe jährlich um etwa 200 Personen. Dies prolongiert, würde für die kommenden 10 Jahre zu einer Zunahme von etwa 2000 Personen führen. Dies wären annähernd 60 Prozent des o. g. Anstiegs der Bewohnerinnen und Bewohner im Alter von 60 und mehr Jahren und läge damit weit über der für diese Altersgruppe insgesamt heute gemessenen Anteilswerte an pflegebedürftigen Personen (12%).[428]

Die tatsächliche Entwicklung wird daher aufmerksam zu verfolgen sein.

[428] Siehe Tab. I.1.1/3b; dort Altersgruppen ab 65 Jahre.

Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder mit Schädel-Hirn-Trauma)

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Hinsichtlich der Frage der weiteren Entwicklung der Versorgungssituation von Multiple-Sklerose-Erkrankten **können keine quantitativen Prognosen abgegeben werden**. Allgemein kann angesichts der im Durchschnitt trotz dieser schweren Erkrankung recht langen Lebenserwartung dieser Personen eine gewisse Steigerung der Zahl solcher Menschen in Niedersachsen angenommen werden. So hat sich die Zahl nach Schätzung des Landesverbandes Niedersachsen der DMSG gegenüber dem Pflegerahmenplan vom Mai 2000 um ca. 1000 auf 10000 erhöht. Zeitgleich hat sich andererseits die medikamentöse Therapie deutlich verbessert. Die gestiegene Zahl der betroffenen Personen führt daher nicht zwangsläufig auch zu einer größeren Zahl von Personen mit Pflegebedarf im Sinne des SGB XI. Die zukünftige Entwicklung bedarf insofern einer kontinuierlichen Beobachtung. Sie kann durch den Landesverband Niedersachsen der DMSG am besten erfolgen.

Für MS-Kranke gestaltet sich angesichts fehlender Daten über die Zahl der hierunter pflegebedürftigen Personen und der Art ihrer pflegerischen Versorgung Aussagen zum Versorgungsbedarf schwierig, ein Bedarf für auf die besonderen Bedürfnisse von zumeist jüngeren Personen abgestimmtes vollstationäres Angebot wird vom Landesverband Niedersachsen der DMSG im Raum Oldenburg gesehen (s. Abschnitt I.3.4.4).

Die vergleichsweise geringe Zahl der MS-Kranken mit einem hohen oder umfassenden Versorgungs- und Pflegebedarf wird auch in Zukunft den zumeist erwünschten Verbleib am Wohnort oder in dessen Nähe oft nicht möglich machen und die Pflege in Spezialheimen an zentralen Orten erfordern. Vermehrte Angebote des ambulanten Betreuten Wohnens auch für diesen Personenkreis können evtl. zur Verringerung dieses Spannungsverhältnisses beitragen.
Da seitens des Verbandes jeweils die besten Kenntnisse über Versorgungssituation und –bedarf vorliegen dürften, ist zu erwarten, dass von dort vor Ort die erforderlichen Anstöße zur Entwicklung einer angemessenen pflegerischen Versorgung gegeben werden.

Aids-Kranke

Trotz der wieder ansteigenden HIV-Erstinfektionsrate scheint eine Voraussage über die weitere Entwicklung der Zahl der HIV-Infizierten bzw. Aids-Kranken auch quantitativ nicht sicher prognostizierbar. Allerdings scheint der Anteil der Pflegebedürftigen bei schon infizierten bzw. kranken Menschen dieser Personengruppe zu steigen. Nach Angaben von „SIDA plus“ droht ein Anstieg von Personen, die nicht mehr häuslich zu versorgen sind und die durch gängige kassenärztliche Versorgungsstrukturen nicht erfasst werden. Ein Grund dafür läge auch in der Änderung der HIV-Erkrankung durch die Erfolge der medikamentösen Therapiemöglichkeiten: Zwar deutlich verlängerte Lebenserwartung, allerdings verbunden mit komplizierten Krankheitsverläufen, die zu somatischen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen führen (z.B. „Aids-Demenz“).

Die Niedersächsische AIDS -Hilfe rechnet daher unter Zugrundelegung von Zahlen des RKI mittelfristig mit einer Zunahme der pflegebedürftigen Patienten mit HIV von 10-20%. Nach dortiger Auffassung kommt es deshalb darauf an, dass bei den jetzt komplizierteren Krankheitsfällen diese frühzeitig erkannt und rechtzeitig durch entsprechende Kooperation (Pflege-)Maßnahmen im ambulanten Bereich getroffen werden. Hat sich der verschlechterte Gesundheitszustand erst manifestiert, fehlen spezialisierte Angebote für eine ganzheitliche und umfassende Versorgung und Betreuung. Dabei haben sich betreute Wohnformen mit Pflege offenbar bewährt (s. Abschnitt I.3.4.4). Die überwiegende Zahl der Pflegeheime ist wegen des erheblich jüngeren Alters dieser Personengruppe und den zumeist nicht vorhandenen spezifischen Qualifikationen beim Pflegepersonal in der Regel nicht geeignet.

Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“[429]

Die Zahl der Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ ist aufgrund des medizinischen Fortschrittes bei der Erst- und Langzeitbehandlung sowie in der Pflege und aufgrund von Infrastrukturverbesserungen im System der Akutversorgung, der Frührehabilitation und der Langzeitpflege von Wachkoma-Patienten in den letzten 15 – 20 Jahren deutlich gestiegen. Damit einhergehend hat sich auch die durchschnittliche Lebenserwartung

[429] zur Definition des Personenkreises s. Abschnitt I:1.3.5

der von solchen Schädigungen Betroffenen nach Berichten aus der Praxis deutlich erhöht[430].

Die Erkenntnisse über erfolgreiche Behandlungs-, Therapie, Rehabilitations- und Pflegeinhalte und -verfahren von Schädel-Hirngeschädigten nehmen laufend zu. Dies führt vor allem zu einer längeren Lebenserwartung dieser Personengruppe. Von daher ist mit einer weiterhin steigenden Zahl von Personen der „Phase F“ zu rechnen (s. auch Abschnitt I.1.3.4) . Dabei wird der Anteil der hiervon stationär in fachlich geeigneten Pflegeeinrichtungen zu versorgenden Personen im Lauf der nächsten Jahrzehnte auch in Anbetracht geringer verfügbarer privater Hilfe (s. Abschnitt II.2.2) voraussichtlich größer werden.

Über das Ausmaß der Steigerung sind keine Annahmen zu treffen. Dies wäre für eine kurz- bis mittelfristige Perspektive nur anhand valider Zahlen über Zu- und Abgänge in den Pflegeeinrichtungen möglich. Hinsichtlich der zur Verfügung stehenden stationären Pflege-Infrastruktur kann, wie in Abschnitt I.3.4.4 nachgewiesen, mittelfristig von einer ausreichenden Versorgung der Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ ausgegangen werden.

Über die ambulante pflegerische Versorgung liegen nach wie vor keine systematisch erhobenen empirischen Erkenntnisse vor, außerdem erschwert die Teilung in drei Selbsthilfeverbände den Überblick. Eine umfassende Information über das bestehende System der Hilfen für diesen Personenkreis ist aber durch die Verbände u.a. durch Nottelefone und durch regionale Kontaktstellen sichergestellt.
Bezüglich der Entwicklung der Versorgung von wachkomatösen Kindern und Jugendlichen wird auf den Abschnitt I.3.4.4 verwiesen.

Für die Pflegeeinrichtungen der „Phase F“ hat die LAG Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen mitgeteilt, dass es ab 2006 die Möglichkeit einer speziellen externen, freiwilligen Qualitätsprüfung durch den TÜV-Med Essen (einer Fachabteilung des TÜV-Nord) geben soll, eine Checkliste ist bereits erarbeitet. Außerdem laufen zur Zeit Verhandlungen mit der KVN, den Landesverbänden der Pflegekassen und der LAG bezüglich des besonderen Stellenwertes der (fach-)ärztlichen Versorgung von Fachpflegeeinrichtungen der „Phase F“ und deren Abrechenbarkeit. Dazu erfolgen zwei Erhebungen

[430] statistisches Material hierüber lag nicht vor.

bezüglich der zusätzlichen ärztlichen Leistungen von Kooperationsärzten sowie über die Häufigkeit, Dauer etc. von Krankenhauseinweisungen.
Im Zuge der Weiterentwicklung und Verbesserung des Versorgungssystems hat inzwischen eine Ausdifferenzierung des Personenkreises der Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ zur „Phase G“ teilweise stattgefunden. Sie bezieht sich auf den Teil der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die durch aktivierende Pflege, medizinische Therapien und sozialtherapeutische Förderung einen Grad der Verselbständigung erreicht haben, der es ihnen ermöglicht, z.B. in Form von Wohngruppen mit pflegerischer Hilfe und systematischem Training zur Wiedergewinnung sozialer Kompetenzen den Übergang in eine selbstbestimmte Lebensführung zu finden. Eine Fachpflegeeinrichtung der Phase ‚F‘ im Nordosten Niedersachsens hat eine entsprechende modellhafte Erprobung mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit inzwischen erfolgreich abgeschlossen. Dem Modellprojekt wurde – im Sinne einer Kofinanzierung durch das Land – die Förderfähigkeit der Investitionsaufwendungen nach Maßgabe des NPflegeG bescheinigt Inwieweit eine flächendeckende institutionelle Ausdifferenzierung in der dargestellten Form sich auf Dauer durchsetzt, muss abgewartet werden.

Migrantinnen und Migranten

Heutige Prognosen gehen übereinstimmend von einem weiteren Anstieg des Anteils älterer Migrantinnen und Migranten aus. Man rechnet damit, dass sich die Zahl der über 60jährigen Ausländerinnen und Ausländer von 1999 bis 2010 mehr als verdoppelt haben wird und dann – bundesweit - bei ca. 1,3 Mio. Personen liegt, im Jahr 2020 bei ca. 1,99 Mio. und im Jahre 2030 bei ca. 2,85 Mio. Personen.[431]
Entsprechende Vorausberechnungen für Niedersachsen liegen nicht vor. Insofern wird für die folgenden Annahmen mit dem üblichen Erfahrungswert von ca. 10 Prozent, die auf Niedersachsen entfallen, ausgegangen. Dementsprechend wäre hier im Jahr 2010 mit einer Zahl von ca. 130.000 ausländischen Einwohnern im Alter von 60 und mehr Jahren zu rechnen. Gegenüber der Zahl von Ende 2004 wäre dies eine Steigerung um rd. 71.100 Personen oder 120,7 Prozent. Für das Jahr 2020 wären unter der vorstehenden Annahme rd. 199.000 und für 2030 rund 285.000 ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Altersgruppe zu erwarten.

[431] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): 6. Familienbericht der Bundesregierung 2000, S. 118, Bericht 2002, C.II.4,1

Für eine Abschätzung der hierunter pflegebedürftigen Personen kann mangels vorhandener Daten über die Pflege-Inzidenz der ausländischen Bevölkerung (s. Abschnitt I.1.3.6) nur von den die Gesamtbevölkerung Niedersachsens betreffenden Pflegequoten ausgegangen werden; sie lag bei der Gruppe der Einwohner im Alter von 60 und mehr Jahren bei 9,42%[432]. Sie bildet die bei weitem größte Gruppe unter den pflegebedürftigen Personen (s. Abschnitt I.1). Diese Pflegequote wird auch hier fortgeschrieben (status-quo-Prognose; s. Abschnitt II.1).
Dies im Sinne einer groben Näherungsrechnung unterstellt, wäre für 2010 mit rd. 12.250 pflegebedürftigen ausländischen Einwohnerinnen und Einwohnern zu rechnen, für 2020 mit rd. 18.750 und für 2030 mit rd. 26.850. Gegenüber der für die Gegenwart näherungsweise ermittelten Zahl von rd. 5.550 pflegebedürftigen ausländischen Personen im Alter von 60 und mehr Jahren (s. Abschnitt I.1.3.6) wäre dies eine Steigerung um 6.700 / 13.200 / 21.300 Personen bzw. 120,7% / 237,8% / 383,8 %.

Vor diesem Hintergrund **erlangt das Thema der ethnospezifischen Pflege und entsprechender Pflegeangebote** (s. Abschnitt I.1.3.6) **sowie die diesbezügliche Qualifizierung der in der Pflege beruflich Tätigen (Fach- und Hilfskräfte) zunehmende Relevanz**. Von Bedeutung ist auch, dass bereits heute – entgegen dem vorherrschenden Bild – nur ein Drittel der ausländischen Bevölkerung in einem Mehrgenerationenhaushalt lebt (letzteres allerdings weit ausgeprägter bei Einwohnerinnen und Einwohnern türkischer Herkunft)[433]. Dieser Anteil liegt zwar immer noch wesentlich über demjenigen deutschen Bevölkerung (13%), er kennzeichnet jedoch eine Situation, von der für die Zukunft angenommen werden kann, dass sie angesichts abnehmender Zuwanderung und sich damit zunehmend angleichender Lebensverhältnisse von deutscher und ausländischer Bevölkerung nicht im gleichen Umfange erhalten bleibt. Vielmehr wird auch hier von einer stärkeren Individualisierung der Lebensvollzüge und einer höheren erwerbsbedingten großräumigen Binnenwanderung der nachwachsenden Generation, die für private Unterstützungsleistungen grundsätzlich in Anspruch genommen werden könnte, ausgegangen werden müssen.
Eine Anpassung der bestehenden Angebote an die besonderen Belange von älteren Migrantinnen und Migranten, d. h. deren kulturelle und soziale Wertvorstellungen, Lebensstile und Bedürfnisse und/oder eine Ergänzung der bestehenden Angebote durch speziell hierauf ausgerichtete ambulante und stationäre Pflege- und Unterstützungsan-

[432] Stand: 15.12.2003
[433] „Älter werden in Deutschland“, a. a. O., S. 96

gebote (s. Abschnitt I.3.4.5) wäre demnach in Zukunft bei einer erhöhten Nachfrage in verstärktem Maße notwendig.
Andererseits ist zu bedenken, dass – ein gleich bleibend geringes Zuzugsverhalten unterstellt– die nachwachsende Generation über gute Sprachkenntnisse im Deutschen verfügt, so dass eine wesentliche Barriere der älteren heute in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten für die Inanspruchnahme der Regelangebote der pflegerischen Versorgungsstruktur schon in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum von erheblich geringerer Bedeutung sein wird. Auch heute steht – wie aus der Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung bei deutschen Ärzten und Therapeuten der älteren ausländischen Generation durch Unterstützung durch die Jüngeren geschlossen werden kann – zu vermuten, dass das (ambulante) deutsche Fachpflegeangebot auch von der ausländischen Bevölkerung angenommen wird, sofern nicht schwerwiegende ethnische oder religiöse Regeln dem entgegenstehen.
Zudem darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Barrieren für die Inanspruchnahme von außerfamilialen Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen nicht für Migrantinnen und Migranten aller Herkunftsländer ausgeprägt bestehen. Die o. g. Besonderheiten betreffen vor allem Zuwanderungsgruppen mit islamischer Religionszugehörigkeit. Gerade die Zahl der Zuzüge von Migrantinnen und Migranten mit türkischer Staatszugehörigkeit ist in Deutschland seit 1991 kontinuierlich zurückgegangen – von 82.635 auf 49.774 im Jahr 2003.[434]
Angesichts dieser Entwicklung ist eine sichere Aussage über zukünftigen Pflegebedarf von Migrantinnen und Migranten nicht möglich. Der tatsächliche Bedarf an ethnospezifischen Pflegeangeboten wird von daher sorgfältig zu prüfen sein.

Sterbende

Die leistungsrechtlichen Vorschriften des § 39a SGB V sowie des NPflegeG zur Förderung von Investitionskosten bei stationären Hospizen und zudem die Tätigkeit der Hospiz Stiftung Niedersachsen[435] bilden eine günstige Grundlage für den weiteren Ausbau des Angebotes an stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten in Niedersachsen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sich das Angebot auch in Zukunft nachfrageorientiert weiterentwickeln wird.

[434] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Migrationsbericht im Auftrage der Bundesregierung, 2004, S. 78
[435] siehe Abschnitt I.1.3.4.6

III. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur

Die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur ist nach § 1 NPflegeG gekennzeichnet durch eine Reihe von Merkmalen, die als Kriterien zur Beurteilung des gegebenen Versorgungsstandes des Landes und seiner räumlichen Untergliederungen, z.B. der kreisfreien Städte und Landkreise, und daraus abzuleitenden Anpassungsbedarfs heranzuziehen sind. Die Grundlage dieser notwendigen Versorgungsstruktur bildet nach dem Gesetzeswortlaut eine ausreichende Zahl von Pflegeeinrichtungen, die eine

- ortsnahe,
- aufeinander abgestimmte,
- dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand entsprechende
- ambulante, teilstationäre und vollstationäre

Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellt. Damit soll eine leistungsfähige, wirtschaftliche und räumlich gegliederte pflegerische Versorgungsstruktur gewährleistet werden.

Der Begriff der ‚Notwendigkeit' richtet sich dabei nicht nur auf die Beseitigung von quantitativen oder qualitativen räumlichen Disparitäten oder bestimmte Personengruppen betreffenden Benachteiligungen im Einrichtungsbestand und dessen räumlicher und organisatorischer Zuordnung. Er intendiert auch die Berücksichtigung der erkennbaren quantitativen und strukturellen Entwicklungen im Blick auf den zukünftigen Versorgungsbedarf. Dabei ist für die ambulante Versorgung nach Sicht des MS nicht nur abzustellen auf die – nicht zuletzt durch die leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI fixierte – institutionelle Form der zugelassenen Pflegedienste. Vielmehr ist ein vielfältiges Spektrum professioneller, ehrenamtlicher und informeller Hilfen einschließlich betreuter Wohnangebote sowie die Organisation dieser Hilfen und Unterstützungsleistungen in den Blick zu nehmen.[436]

Nachfolgend werden beide Aspekte – Disparitätenausgleich im Versorgungsbestand und Fortentwicklung der Strukturen unter Heranziehung der Bestands- und Entwick-

[436] In diesem Sinne auch: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) im Auftrage des BMFSFJ und BMGS: Runder Tisch Pflege – Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Ergebnisse der Arbeitsgruppe I „Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege; u.a. in: www/bmfsfj.de oder www/bmg.de

lungsdaten (Abschnitte I. und II.1) sowie der Einschätzungen über die strukturellen Entwicklungen (Abschnitt II.2) aufgenommen und hieraus auf verschiedenen Ebenen (Bund / Land / Kommunen / Leistungsanbieter / Pflegekassen) zu ziehende Konsequenzen in resümierender Form dargestellt[437]. Zur Nachweisführung wird jeweils auf die vorangehenden Abschnitte des Berichts verwiesen.
Einschränkend hervorzuheben ist vorab, dass Schlussfolgerungen für die Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur auf kommunaler Ebene nicht möglich sind[438]. Dies ist auch Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte auf der Grundlage der örtlichen Pflegeberichte. Die nachfolgenden generalisierenden Hinweise gelten allerdings grundsätzlich auch für dort; sie sind nach Maßgabe der Vorschrift des § 3 Satz 4 NPflegeG bei der Erstellung und Fortschreibung der örtlichen Pflegeberichte zu berücksichtigen. Sie sind insofern auf die jeweilige Situation der Kommunen bzw. in den Kommunen hin zu prüfen und anzupassen. Die in einer Reihe von Abschnitten in den Teilen I und II dieses Berichtes vorgenommene kommunale Aufschlüsselung von Daten bietet hierfür Anhaltspunkte und Material.

1. Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen

Die Bestandsanalyse der pflegerischen Versorgungsstruktur (im besonderen Abschnitt I.3.1) lässt erkennen, dass Niedersachsen bei den Pflegediensten und den vollstationären Pflegeheimen wie grundsätzlich auch für Kurzzeitpflege und Tagespflege über eine der Nachfrage entsprechende und insoweit ausreichende Zahl an Pflegeeinrichtungen und eine räumlich gegliederte, kleinräumige Versorgungsstruktur verfügt. Dies schließt örtlichen Ergänzungsbedarf im Einzelfall insbesondere bei Tages- und Kurzzeitpflege nicht aus[439]; er wäre im Rahmen örtlicher Analysen und Planungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte festzustellen.

Angesichts der großen Zahl der Dienste und Einrichtungen und ihrer dispersen Verteilung im Land ist zudem – zumindest für die im Wesentlichen auf die Pflege alter Menschen ausgerichteten Pflegedienste und vollstationären Heime – ein im Verhältnis zu

[437] Zum Empfehlungscharakter und Konkretheitsgrad der Vorschläge s. Ausführungen im Teil ‚Einführung‘
Hinsichtlich weiterer flankierender Maßnahmen insbesondere zur Unterstützung privater Hilfenetze zum Erhalt privater Pflege wird auf Abschnitt II.2.2 verwiesen.
[438] s. auch Ausführungen im Abschnitt ‚Einführung‘
[439] siehe diesbezügliche Ausführungen im Abschnitt I. 3.1.3 und I.3.1.4

den jeweiligen kleinräumigen siedlungs- und bevölkerungsstrukturellen Gegebenheiten ortsnahes Angebot zu konstatieren.[440]

Der demographisch bedingte Zuwachs an pflegebedürftigen – vor allem alten – Menschen in den folgenden Jahrzehnten ist auch für Niedersachsen unbestritten.[441] Sein tatsächlicher Umfang wird jedoch wesentlich durch zwei Faktoren bestimmt werden:

- die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung und
- der Zeitpunkt des Eintritts von Pflegebedürftigkeit.[442]

Wenn die begründbare Vermutung zutrifft, dass mit einer verlängerten durchschnittlichen Lebensdauer eine Verlängerung der in relativer Gesundheit verbrachten Lebenszeit einhergeht oder durch entsprechende flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der physischen und psychischen Befindlichkeit der alten Menschen erreicht bzw. gefördert werden kann und sich damit in der Folge der Zeitpunkt des Eintritts von Pflegebedürftigkeit gegenüber heute in ein höheres Lebensalter hinein verschiebt, wird dies eine erhebliche Verringerung der bei Fortschreibung der gegenwärtigen Verhältnisse anzunehmenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen und damit auch auf den zukünftigen Versorgungsbedarf (quantitativ) haben (s. Abschnitt II.2.1).

Wenn auch ein weiterhin steigender Anteil bis ins hohe und höchste Alter hinein relativ gesunder Menschen die Zunahme pflegebedürftiger alter Menschen abschwächen würde, wäre dennoch nicht anzunehmen, dass diese positiven Effekte vollständig kompensatorisch wirken. Auch sind sie für die <u>nähere</u> Zukunft nicht erkennbar. Die vorstehenden Annahmen über eine wahrscheinliche bzw. mögliche Dämpfung der Effekte der demographischen Entwicklung bezüglich der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit sind daher vor allem für die langfristige Entwicklung (bis 2050) von Bedeutung. Insofern sollte bei der Abschätzung der Zahl Pflegebedürftiger in Niedersachsen für den mittelfristigen Zeitraum bis zum Jahr 2020 sicherheitshalber von einer Fortschreibung der gegenwärtigen Verhältnisse ausgegangen und damit mit einem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen um 45.000 bis 55.000 Personen (20% - 25%) ausgegangen werden.[443] Bei einer wahrscheinlich zu heute unveränderten Pflege und Betreuung dieser Personen ausschließlich im privaten Umfeld[444] im Umfang von rd. 50% wären danach bis zum Jahr 2020 zwischen 22.500 und 27.500 Personen mehr als heute durch exter-

---

[440] Hinsichtlich der Versorgungssituation und des Versorgungsbedarfs von Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf siehe Abschnitte I.3.4, II.3 sowie im Folgenden im Abschnitt 2.3
[441] siehe Abschnitt II.1
[442] siehe hierzu Abschnitt II.2.1
[443] siehe Abb. A 3, Teil A, und Abschnitt B II.1.3.1

ne Dienstleister im Rahmen einer häuslichen oder stationären Pflege und Betreuung zu versorgen.

Ob dies allerdings auch weiterhin im gleichen Maß durch traditionelle Angebotsformen der ambulanten und stationären Pflege erfolgt, wird z. B. nicht unmaßgeblich von den künftigen leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI im Blick auf eine Vergrößerung der Wahlmöglichkeiten der Leistungsberechtigten zwischen unterschiedlichen Angeboten im Rahmen eines persönlichen Budgets oder anderer Formen des Leistungszuganges (Zuschuss für den Einkauf qualitätsgesicherter Leistungen entsprechend § 45 b SGB XI) abhängen (s. nachfolgend Abschnitt III.4).

Aber auch ohne in dieser Weise veränderte rechtliche Rahmenbedingungen ist, z. B in Gestalt einer zunehmenden Nutzung betreuter Wohnformen und niedrigschwelliger Betreuungs- und Unterstützungsleistungen[445], bereits für die letzten Jahre ein sich änderndes „Konsumentenverhalten“ festzustellen. Hinsichtlich der Zuordnung der künftig auf externe Dienstleistungen angewiesenen pflegebedürftigen Personen auf Pflegedienste und Pflegeheime und der sich hieraus ergebenden Folgen für das Angebot an solchen Diensten und Heimen bzw. Heimplätzen wird darum – im Unterschied zum Pflegerahmenplan des MS aus dem Mai 2000 – keine Aussage getroffen.

Für die professionelle **ambulante Pflege** ist grundsätzlich mit einem nachfrageorientierten Angebotsverhalten durch Zunahme der Pflegedienste, Kapazitätsausweitung der bestehenden Dienste und einer Ausweitung des Angebotes[446] zu rechnen. Sofern auf dem Arbeitsmarkt hinreichend Personal zur Verfügung steht, ist mit Versorgungsengpässen nicht zu rechnen. Hiervon ist – mit Ausnahme ggf. von kurzfristigen oder regionalen Engpässen – grundsätzlich auszugehen.[447]. Eine gezielte Angebotssteuerung – z. B. verbandlicher- oder kommunalerseits[448] - ist darum wohl nicht erforderlich. Dies betrifft allerdings vor allem das herkömmliche Angebotsspektrum; hinsichtlich der Angebotsdifferenzierung und –ausweitung ist durchaus Entwicklungsbedarf zu sehen. [449]

---

[444] siehe Abschnitt II.2.2
[445] siehe Abschnitte I.3.5 und I.3.6
[446] z. B. zusätzliche Angebote der häuslichen Betreuung dementiell erkrankter Personen im Sinne von § 45 b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI; siehe Abschnitt I.3.6
[447] siehe Abschnitt II.2.4 und nachfolgend III.3
[448] kommunaler Sicherstellungsauftrag gem. § 5 NPflegeG; Vollzug durch Kommunen im eigenen Wirkungskreis gem. § 6 NPflegeG
[449] s. nachfolgend Abschnitt III.2.1.2

Nach Berichten aus der Praxis gibt es in der **Heimpflege** (Dauerpflege) zur Zeit freie Kapazitäten. Hierzu mag nicht unwesentlich der Ausbau des Angebotes im Umfang von rd. 9.300 Plätzen allein in der Zeit zwischen Ende 1999 und Ende 2003 beigetragen haben.[450] Angesichts dessen ist für die nächsten Jahre ein stärker auf die Nachfrageentwicklung ausgerichtetes Verhalten der Einrichtungsträger und der Investoren zu erwarten. Ein solches marktangepasstes Verhalten wird angesichts des zu erwartenden Anstieges der Zahl der pflegebedürftigen Personen dabei in absehbarer Zeit erneut zur Vollauslastung des Bestandes und anschließend zu einem zusätzlichen Angebot an Pflegeplätzen führen, sofern diese Entwicklung nicht durch einen **Ausbau ambulanter Wohn-/Pflegesysteme** und **teilstationärer und niedrigschwelliger Betreuungs- und Versorgungsangebote** (zumindest teilweise) kompensiert wird, indem Personen,

- die gegenwärtig, obwohl (noch) nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (sogen. Pflegestufe „Null“ oder „G“), noch in vollstationären Pflegeeinrichtungen wohnen, diese dann nicht mehr in Anspruch nehmen müssten und insofern frei werdende Platzkapazitäten in den Einrichtungen für heimpflegebedürftige Personen genutzt werden könnten und/oder
- mehr pflegebedürftige Menschen als heute in solchen Wohnungen mit qualifizierter ambulanter und ergänzender teilstationärer Pflege und Betreuung leben könnten.

Dies erscheint aber nach heutigem Erfahrungsstand über die **Möglichkeiten betreuten Wohnens** bei Pflegebedürftigkeit und selbst bei Vorliegen leichter bis mittelschwerer Altersdemenz durchaus umsetzbar[451]. Der Auf- und Ausbau solcher Angebote wird maßgeblich abhängen von dem diesbezüglichen Lenkungs- und Steuerungsverhalten der kommunalen Gebietskörperschaften im Zusammenwirken mit der örtlichen Wohnungswirtschaft und den örtlichen Anbietern von ambulanten Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsleistungen sowie der gezielten Aufklärung und Beratung der auf umfassende Hilfe und Pflege angewiesenen Bürgerinnen und Bürger. Bei allen diesen Beteiligten kann grundsätzlich auch ein wirtschaftliches Interesse erwartet werden, solche Angebote vermehrt zu realisieren. Dies gilt im besonderen für die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe. Zum Schutz der Nutzerinnen und Nutzer betreuter Formen des Wohnens vor Übervorteilung und einer auf den individuellen Bedarf abgestellten Wohn- und Serviceleistung wurden in den letzten Jahren Qualitätskriterien und Verfahren der Qualitätssicherung in Form selbstbindender Verpflichtung der Wohnungseigentümer und der Dienstleistungsanbieter entwickelt – so z. B. mit Förderung

[450] s. Abschnitt I.3.1.1.2
[451] s. dazu Ausführungen im Abschnitt II.2.3 und im Weiteren in den Abschnitten 2.1 und 2.2

des Landes für betreute Wohngemeinschaften in Niedersachsen[452]; sie bedürfen allerdings noch der weitergehenden Verbreitung und Erprobung in der Praxis. Durch den landesweiten Arbeitskreis der Anbieterinnen und Anbieter von Betreuten Wohngemeinschaften, an dem auch Vertreterinnen und Vertreter von Kommunen beteiligt sind, und die „Konzertierte Aktion Wohnen“ bestehen diesbezüglich gute Voraussetzungen.

Wenn auch in den letzten Jahren leicht erhöht, ist die Nutzung von **Tagespflege** als Infrastrukturangebot zur Sicherung der häuslichen Pflege und damit zur Vermeidung oder Verzögerung von Heimpflege nach wie vor unbefriedigend. Das Angebot ist nicht flächendeckend und im Falle des Vorhandenseins nicht hinreichend wohnungsnah. Die für eine positive Entwicklung nachteiligen leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI[453] können auch durch die – mit Wirkung zum 01. Januar 2004 noch verbesserte – Förderung der Investitionskosten dieser Einrichtungen durch das Land (§ 10 NPflegeG i. V. m. § 8 Abs. 2 DVO-NPflegeG) mit der Folge einer vollständigen Entlastung der Nutzerinnen und Nutzer der Tagespflegeeinrichtungen von diesen Kosten[454]nicht kompensiert werden. Bezüglich der Auslastung der bestehenden bzw. am Markt verbliebenen Angebote konnten nach Berichten aus der Praxis zwischenzeitlich im Durchschnitt positive Ergebnisse erreicht werden.[455] Eine Vermehrung des Angebotes an Tagespflegeeinrichtungen bedürfte gleichwohl vor allem weiterreichender leistungsrechtlicher Änderungen im SGB XI. Dies wird im Zuge der vorgesehenen Novellierung zum SGB XI zu diskutieren sein. Die Koalitionsvertrag von CDU, CSU und der SPD auf Bundesebene vom 11. November 2005 enthält diesbezüglich allerdings keinen Hinweis.[456]

Hinsichtlich des Inhaltes und der Organisation des Angebotes der Tagespflege sind die Einrichtungsträger und ihre Verbände als Verantwortliche zu benennen, hinsichtlich des Preis-Leistungsverhältnisses treten die Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) hinzu. Der Abschluss eines Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI könnte hierzu beitragen; von Leistungsträgerseite ist kürzlich die Absicht geäußert worden, die anderen Vertragsparteien diesbezüglich zu Verhandlungen aufzufordern (§ 75 Abs. 4 SGB XI). Zudem sollte – vergleichbar dem vollstationären Pflegebereich – die Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI für die stationäre Pflege die Zweckmäßigkeit der Erarbeitung von Grundsätzen für das Verfahren zur Vereinbarung der Pflegesätze und der Entgelte

[452] siehe Abschnitt I.3.5.2
[453] siehe Abschnitt I.3.1.3
[454] ebenda
[455] nach Darstellung des Sprechers der Arbeitsgemeinschaft niedersächsischer Tagespflegeeinrichtungen anlässlich einer Anhörung im Vorbereitenden Ausschuss des Landespflegeausschusses im Oktober 2005

für Unterkunft und Verpflegung in den Tagespflegeeinrichtungen und deren Herausgabe als landesweite Empfehlung prüfen. Die entsprechende Empfehlung des MS aus dem Pflegerahmenplan von 2000 wurde bislang nicht umgesetzt. Das Land als Träger der Investitionskosten leistet diesbezüglich bereits einen Beitrag zu 100% (s. o.).

Kommunalerseits sollte in Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Leistungsanbietern eine Bedarfsanalyse für Tagespflege vorgenommen werden. Besonders wichtig erscheint dabei jeweils eine Tragfähigkeitsanalyse angesichts der Tatsache, dass Tagespflege als ein für die Pflegebedürftigen vergleichsweise teures Angebot (die sonstigen pflegebedingten Aufwendungen und diejenigen für die allgemeine Lebensführung bleiben parallel weitgehend erhalten) und durch den Transportaufwand belastendes Angebot wohl immer nur von einem begrenzten Personenkreis angenommen werden wird. Die aus der Untersuchung zur Situation der Tagespflege in Niedersachsen[457] gewonnenen Erkenntnisse vor allem über die Voraussetzungen für den erfolgreichen Betrieb solcher Einrichtungen und die Empfehlung des Landespflegeausschusses für Einrichtung und Betrieb von Tagespflegeeinrichtungen vom 18.03.1999[458] sollten dabei einbezogen werden.

Kurzzeitpflege als Angebot der befristeten vollstationären Pflege im Falle vorübergehend fehlender Möglichkeiten zur häuslichen Pflege und nach einer stationären Behandlung oder Rehabilitation zur Sicherung der nachfolgenden häuslichen Pflege wird von den pflegebedürftigen Menschen in deutlich steigendem Maß angenommen. Die in den vergangenen Jahren ständig und erheblich gestiegenen Aufwendungen des Landes für die Förderung der mit Kurzzeitpflegeaufenthalten für die Nutzerinnen und Nutzer dieses Angebotes grundsätzlich verbundenen Investitionskosten sind hierfür ein deutlicher Beleg: Zwischen 2000 und 2005 stiegen diese Aufwendungen von 4,676 auf 11,842 Mio. €[459]. Für 2006 sind 13,871 Mio. € veranschlagt.

Mit der steigenden Nachfrage hat sich auch das Angebot der Pflegeeinrichtungen deutlich erhöht. Dies gilt allerdings nahezu ausschließlich für Angebote der so genannten „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege[460]. Nicht befriedigend stellt sich dahingegen die Entwicklung der auf die Erbringung von Leistun-

---

[456] „Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit“; Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin, 11.11.2005
[457] Winter U: Tagespflege in Niedersachsen, vervielf. Manuskript, Burgdorf im August 1999
[458] siehe unter www.ms.niedersachsen.de; Pfad: Soziales/Landespflegeausschuss/Tagespflege
[459] für 2005:Mittelansatz gem. Haushaltsplan.
[460] siehe Abschnitt I.1 und I.3.1.4

gen der Kurzzeitpflege spezialisierten Einrichtungen dar. Im Unterschied zu den Tagespflegeeinrichtungen sind die leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI nicht, die des SGB V nur bedingt für die Situation verantwortlich.[461] Inwieweit der Hinweis in der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 auf die Notwendigkeit, die vielfältigen Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung zu überwinden, auch die Frage der leistungsrechtlichen Zuordnung des Personenkreises umfasst, der nach stationärer Behandlung einen vorübergehenden Pflegebedarf aufweist, der unterhalb des für Leistungen der Pflegeversicherung relevanten Zeitraums von sechs Monaten liegt und insofern keine Ansprüche auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ermöglicht[462], muss abgewartet werden. Auch die Frage der rechtlichen Grundlagen für eine geregelten Übergang vom Krankenhaus in die nachfolgende (pflegerische) Versorgung gehört in diesen Kontext.

Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind im Blick auf die Sicherung der häuslichen Pflege zur Vermeidung von Heimaufenthalten ein wichtiger Baustein im Versorgungssystem. Bereits im Pflegerahmenplan des MS vom Mai 2000 wurde auf den unbefriedigenden Entwicklungsstand bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen hingewiesen. Die in diesem Zusammenhang erfolgte Empfehlung der Erarbeitung eines Rahmenkonzeptes zur Gestaltung und zum Betrieb solcher Einrichtungen wurde vom Landespflegeausschuss aufgenommen und mit Moderation des MS umgesetzt. Mit Datum vom 30.01.2003 hat der Landespflegeausschuss das Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen als Empfehlung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI beschlossen. Das Rahmenkonzept enthält auch Empfehlungen zur personellen Ausstattung. Wegen der besonderen Leistungsbedingungen dieser Einrichtungen liegt diese deutlich über den Ansätzen für vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege. Die Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen und die kommunalen Spitzenverbände als Kostenträger haben die Empfehlung des Landespflegeausschusses als Mitglieder dieses Gremiums durch ihr positives Votum zum Rahmenkonzept mitgetragen.

Trotz der grundsätzlich deutlich verbesserten Ausgangsbedingungen zur Sicherung der wirtschaftlichen Betriebsführung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen hat sich das Angebot an solchen Einrichtungen seit Anfang 2003 nur geringfügig vergrößert. Der Landespflegeausschuss hat auf seiner Sitzung am 16. März 2004 die Evaluation der Wirksamkeit

[461] hinsichtlich der Gründe wird auf die Ausführungen in Abschnitt I.3.1.4 hingewiesen

der bisher von dort ergangenen Empfehlungen – insofern auch derjenigen zu den Kurzzeitpflegeeinrichtungen – beschlossen und den Vorbereitenden Ausschuss mit der Umsetzung dieses Beschlusses beauftragt. Der Vorbereitende Ausschuss wird hierzu in 2006 ein Gespräch mit den Trägern der Kurzzeitpflegeeinrichtungen führen. Vorschläge zu eventuellen Maßnahmen sind dem Ergebnis dieses Gespräches vorbehalten.

Mit Datum vom 09.08.2004 hat die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Niedersächsischen Landtag einen Entschließungsantrag „Häusliche Pflege fördern - Kurzzeitpflege verbessern“ (LT-Drs. 15/1217) eingebracht. Hierin regt sie unter anderem den Abschluss eines Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die Kurzzeitpflege an. Die Vertragsparteien für einen solchen Vertrag – insbesondere die Verbände der Leistungsanbieter und der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen – haben sich anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie und Jugend des Niedersächsischen Landtages am 24.11.2004 hierfür grundsätzlich offen gezeigt. Die Beratungen über den Antrag waren zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht abgeschlossen; ihr Ergebnis wird daher abzuwarten sein.

2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige

2.1 Anpassung der Versorgungsstruktur an veränderte und sich ändernde Anforderungen

2.1.1 Allgemeine Grundsätze

Die Strukturen der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sind im Wandel und Umbruch begriffen.

Die Alterung unserer Gesellschaft und mit ihr verbunden die steigende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen hat vor allem im vergangenen Jahrzehnt eine intensive allgemeine sowie eine fachliche Debatte über notwendige Maßnahmen eingeleitet. Dieser weitgehend öffentlich geführte gesellschaftspolitische Diskurs hat mit der Einführung der Pflegeversicherung und der mit ihr verbundenen Möglichkeiten und Grenzen für die Entwicklung einer bedarfsgerechten und zugleich wirtschaftlichen Versorgung der von

[462] weitergehend zur Problematik siehe Empfehlung des Landespflegeausschusses: Rahmenkonzept zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen vom 30.01.2003, unter www/ms.niedersachsen.de; Pfad: Soziales/Landespflegeausschuss/Rahmenkonzept Kurzzeitpflege

Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen einen weiteren starken Impuls erhalten. Zu den Erfahrungen über Stärken und Schwächen des bestehenden Versorgungssystems – letzteres zunehmend ausgerichtet auf die rechtlichen Grundlagen des SGB XI und die im Zuge seiner Umsetzung erfolgten weiteren Regelungen auf Bundes- und Landesebene und im Rahmen der so genannten Selbstverwaltung (z. B. im Vertragsrecht oder zur Qualitätssicherung) – kamen neue und zum Teil grundlegende fachwissenschaftliche Erkenntnisse hinzu, für die die Umsetzung eingefordert wurde und wird.

Mit dem SGB XI und den hierauf bezogenen Landesgesetzen zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen wurden zugleich die zum Zeitpunkt ihres In-Kraft-Tretens bekannten und bewährten sowie die als fortschrittlich geltenden Bausteine der pflegerischen Versorgungsstruktur – ambulante Pflegedienste, vollstationäre Pflegeheime sowie Einrichtungen der Tages- und der Kurzzeitpflege – festgeschrieben. Im Lauf der Zeit wurde erkennbar, dass

- diese Dienste und Einrichtungen selbst der binnenstrukturellen Weiterentwicklung bedürfen und
- mit neuen Angeboten und Organisationsformen sowie mit Anpassung der traditionellen Versorgungsformen auf erkannte Mängel, neue fachliche Erkenntnisse und veränderte Bedarfs- und Bedürfnislagen bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen reagiert werden muss.

Zugleich wurde erkannt, das die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben den veränderten bzw. sich absehbar weiter ändernden fachlichen wie den persönlichen Anforderungen der betroffenen Menschen nicht oder nicht mehr hinreichend entsprechen. Dies hat bereits in der Vergangenheit zu einer Reihe von Änderungen vor allem des SGB XI, aber auch von Rechtsvorschriften im Schnittstellenbereich wie dem SGB V, SGB IX, SGB XII und dem Heimgesetz geführt sowie von solchen mit thematischem Bezug wie dem Bundes-Altenpflegegesetz oder dem Krankenpflegegesetz. Dieser Prozess findet letztlich seinen Niederschlag in der angekündigten Reform der Pflegeversicherung.[463]

Erforderlich sind differenziertere, flexiblere und vernetzte Versorgungsangebote und Organisationsformen, die den individuellen Lebenslagen der betroffenen Menschen und

[463] siehe auch nachfolgende Ausführungen im Abschnitt III.4

ihrer Angehörigen stärker Rechnung tragen. In diesem Sinne äußert sich auch die Koalitionsvertrag vom 11.11.2005.[464] Die derzeitigen Strukturen verlangen eher die Anpassung der pflegebedürftigen Menschen und ihres persönlichen Umfeldes an das durch die Leistungserbringer in tatsächlich oder vermeintlich notwendiger Umsetzung der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben gestaltete Angebot. Vor diesem Hintergrund haben CDU, CSU und SPD in der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 die Erarbeitung eines Zielkatalogs der Rechte und Pflichten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beschlossen.[465] Dieser Zielkatalog soll gemeinsam mit allen, die in der Pflege Verantwortung tragen, festgelegt werden. Träger von Pflegeeinrichtungen und -angeboten sowie Verbände sind eingeladen, diesen Zielkatalog auf freiwilliger Basis als Qualitätsmerkmal ihrer Arbeit zugrunde zu legen.

Die danach erforderlichen Anpassungen sowohl des rechtlichen Rahmens wie der Angebotsstrukturen müssen allerdings den finanziellen Gestaltungsrahmen beachten. Zur Überwindung dieses Spannungsfeldes, das im Blick auf die Finanzierbarkeit der Versorgungsleistungen maßgeblich durch die Mengenkomponente – Zahl der zukünftig zu versorgenden Menschen – bestimmt wird, muss es durch geeignete Maßnahmen gelingen, ihre Verringerung zu erreichen. Solche Maßnahmen sind in erster Linie zu sehen im Bereich

- der Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung,
- der medizinischen Diagnostik und Therapie (z. B. bezüglich dementieller Erkrankungen),
- der Prävention (Pflegeprophylaxe, Reha vor Pflege),
- der auf gesundes Altern ausgerichteten aktivierenden Angebote (Bildung, Kultur, Wissen, Freizeit, Gesundheit, Partizipation),
- des Wohnens (gesundheitsfördernde, auf Beeinträchtigungsausgleich ausgerichtete Wohnungs- und Wohnumfeldbedingungen),
- komplementärer niedrigschwelliger Hilfen (Betreuungs- und Besuchsangebote, Nachbarschaftshilfen, Hilfen zur Alltagsbewältigung etc.),
- Aufklärung und Beratung über sowie Koordination von Hilfen (auch im Vorfeld des Eintretens von Pflegebedürftigkeit).

---

[464] a. a. O., Rd.-Nrn. 5305 - 5308
[465] ebenda, Rd.-Nrn. 5310 – 5314;
Die Notwendigkeit eines solchen Paradigmenwechsels von eine eher institutionen-orientierten zu einer eher am individuellen Anforderungsprofil der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen hat auch der „Runde Tisch Pflege“ artikuliert, a. a. O.; auf die dies-

Wenn es durch gezieltes Handeln in allen diesen Bereichen gelingt, die Dauer der in relativer Gesundheit verbrachten Lebenszeit zu verlängern und das private Pflege- und Hilfepotential nachhaltig zu stützen, kann für die kommenden Jahrzehnte mit einer deutlich geringeren Zahl von pflegebedürftigen Menschen und einem weitgehend unveränderten Potential von privaten Unterstützungs- und Pflegeleistungen und damit mit wesentlich geringeren finanziellen Belastungen der privaten und der öffentlichen Haushalte gerechnet werden.

Dazu bedarf es bei den in diesen Bereichen Tätigen auf allen Ebenen und bei den für die jeweiligen rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen Verantwortlichen gegenüber heute verstärkter Anstrengungen. **Mit diesen Maßnahmen muss kurzfristig begonnen werden, denn sie werden im gewünschten Umfang nur zeitverzögert wirken.**

Eine Intensivierung des Handelns in den genannten Bereichen bietet die Chance, finanzielle Gestaltungsspielräume für mehr und stärker dem Bedarf angepasste Hilfen zu erreichen. Sie wird zudem zugleich zu einem differenzierteren und damit aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen bedarfsgerechteren Hilfesystem führen.

Die Koalitionsvertrag vom 11.11.2005[466] enthält zu den o. g. Handlungsbereichen eine Reihe von Zielsetzungen und Festlegungen, die auf den notwendigen Entwicklungsprozess positiv beeinflussend wirken können. Als solche sind z. B. zu sehen

bezüglich weitergehenden Ausführungen und Erläuterungen – Ergebnisse der Arbeitsgruppe IV „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ wird hingewiesen.

[466] a. a. O.

- der Ausbau von Prävention als eigenständiger Säule der gesundheitlichen Versorgung durch Erlass eines Präventionsgesetzes (S. 85),
- ein Leuchtturmprojekt „Konzertierte Aktion Demenz-Behandlung“ (S. 85)
- Regelungen zur besseren palliativmedizinischen Versorgung im Leistungs-, Vertrags- und Finanzierungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung (S. 90),
- die Verbesserung der Präventions- und Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (S. 91); in diesem Zusammenhang die Prüfung, wie der bisher nicht ausreichend praktizierte Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ – einschließlich der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Reha – durch sachgerechte Zuordnung und Finanzierung besser zur Geltung gelangen kann (S. 92),
- die Entwicklung eines Gesamtkonzepts der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen (S. 92),
- die Nachjustierung der Pflegeleistungen mit dem Ziel der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ (S. 92),
- die Förderung alternativer Wohn- und Betreuungsangebote und niedrigschwelliger Betreuungsangebote (S. 92),
- die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements durch eine Reform des Gemeinnützigkeitsrechts sowie die Weiterentwicklung des Stiftungsrechts und des Steuerrechts um Anreize zu schaffen, sich durch Stiftungen an der Förderung des Gemeinwohls zu beteiligen (S. 110),
- den Ausbau eines Programms für generationsübergreifende Freiwilligendienste zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements, das Einsatzfelder für die Freiwilligen aller Generationen in ... Familien, Stadtteilzentren, stationären Einrichtungen und Hospizen eröffnet (S. 110).

2.1.2 Ambulante Pflege (Pflegedienste)

Pflegedienste in der derzeitigen Form werden auch für die Zukunft das zentrale Dienstleistungsangebot zur Sicherung der häuslichen Pflege nach SGB XI ebenso wie der häuslichen Krankenpflege nach SGB V darstellen. Umfang und Bedeutung für die Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung werden angesichts der demographischen Entwicklung zunehmen.[467] Der Aufgabenrahmen der Dienste wird sich jedoch in Teilen verändern und erweitern (müssen). Träger und Personal von Pflegediensten sehen sich bereits heute veränderten Anforderungen ausgesetzt, denen sie im Rahmen

[467] auf die diesbezüglichen Ausführungen in Abschnitt III.1 wird hingewiesen.

der gegebenen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu entsprechen suchen.

In diesem Zusammenhang wird seitens der Praxis oft ein Missverhältnis zwischen dem aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen erwünschten sowie dem aus Sicht der Pflege- und Betreuungskräfte erforderlichen und dem durch Vergütungsstrukturen sowie vereinbarten Preisen möglichen Zeitaufwand für die Leistungserbringung gesehen. Im Falle mangelnder Einsichtsfähigkeit der betreuten Personen aufgrund dementieller Erkrankungen in fortgeschrittenem Stadium oder hinsichtlich der gesetzlich geforderten Aktivierung von überwiegend somatisch pflegebedürftigen Personen wird dieses Spannungsverhältnis besonders offenkundig. Einige Trägerverbände fordern daher eine Änderung der leistungsrechtlichen Grundlagen in Gestalt eines „Pflegebudgets".[468] Das SGB XI sieht diesbezügliche Erprobungsmöglichkeiten bereits vor (§ 8 Abs. 3 SGB XI); auf das hierzu laufende Modellprojekt der evangelischen Fachhochschule Freiburg wurde bereits hingewiesen.

Das SGB XI sieht bereits nach derzeitiger Rechtslage grundsätzlich die Möglichkeit der Vergütung ambulanter Pflegeleistungen nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand sowie in Form von Pauschalen („unabhängig von dem Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes", § 89 Abs. 3 SGB XI) vor. Diese Möglichkeiten finden in Niedersachsen jedoch nur sehr begrenzt Anwendung (Besuchspauschale / Fahrtkostenpauschale; nach dem so genannten „Leistungskomplexkatalog Niedersachsen 2002" auch für hauswirtschaftliche Leistungen).[469] Auch Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI werden zum Teil nach dem Zeitaufwand vergütet. Am überwiegend angewandten System der Vergütung nach Komplexleistungen wird seitens der Leistungserbringer und, wie vereinzelt aus Forschungsberichten hervorgeht, auch von Leistungsnehmern der „Paketcharakter" kritisiert. Grundsätzlich sind die in den Leistungskomplexen zusammengefassten Einzelleistungen von den Pflegediensten zu

[468] Paritätischer Medienservice 36/05 vom 04.10.2005, S. 1f unter Bezugnahme auf ein Forschungsprojekt der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut für Pflegewissenschaft in Kooperation mit der Landeshauptstadt München und Pflegediensten in Nordrhein-Westfalen: „Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege – eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets", Witten, Juli 2005;
Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass der im Forschungsprojekt erprobte und evaluierte „Ansatz einer Finanzierung häuslicher Pflege auf der Grundlage eines personenbezogenen Budgets...eine sinnvolle Ergänzung zu dem etablierten System der Leistungskomplexvergütung" ist und empfiehlt die „Einführung der Stundenvergütung als Regeloption im Bereich der Leistungserbringung nach dem SGB XI ... als sinnvolle Erweiterung der Refinanzierung pflegerischer Leistungen."; a. a. O., Seite IV
Ebenda bereits zuvor: Gutachten „Zukünftige Erwartungen an freigemeinnützige Altenpflegeanbieter und mögliche Versorgungsformen der gewünschten Leistungen" im Auftrage des DRK Niedersachsen e. V., Witten, 12.11.2003
[469] siehe Ausführungen in Abschnitt I.3.3.1

erbringen, auch wenn diese im Einzelfall nicht oder nicht in diesem Umfang benötigt werden.

Die Zuständigkeit für eventuelle Änderungen der gegenwärtig angewandten Vergütungsstruktur ist bundesgesetzlich ausschließlich den Vertragsparteien (Landesorganisationen der Pflegekassen / örtliche Pflegekassen, örtliche Träger der Sozialhilfe / Verbände der Leistungserbringer / Träger der Pflegedienste) vorbehalten. Die Frage der Leistungsstrukturen ist in diesem Zusammenhang Gegenstand des Rahmenvertrages nach §75 SGB XI; sie kann auch durch die Pflegevergütungskommission nach § 86 SGB XI aufgegriffen und von dort in empfehlender Form vereinbart werden. Für den Fall, dass keine Vereinbarung zustande kommt, kann bei Rahmenverträgen die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI angerufen werden, im Weiteren ist eine Klage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle vorgesehen. Das Land hat vor diesem, vom Bundesgesetzgeber abschließend geregelten Verfahren keine rechtlichen Einflussmöglichkeiten oder eigene Gestaltungsmöglichkeiten. Es ist insofern auch Aufgabe der Vertragsparteien, über eventuelle Anpassungen der Vergütungsstrukturen für ambulante Pflegeleistungen in Niedersachsen zu befinden.

Unabhängig von der vorstehenden Frage einer Anpassung der Vergütungsstrukturen mit dem Ziel einer eher an den Versorgungsanforderungen und den Versorgungswünschen im Einzelfall auszurichtenden Leistungserbringung erscheint die Frage des zukünftigen Leistungsrahmens der Pflegedienste von Interesse. Der Schwerpunkt der Leistungen der Pflegedienste nach dem SGB XI liegt heute eindeutig bei den Leistungen der Grundpflege. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung sind demgegenüber nachrangig.[470] Dies ist naheliegend angesichts der Tatsache, dass häusliche Pflege auch bei Inanspruchnahme von externer Unterstützung das Vorhandensein einer oder mehrerer privater Pflegepersonen voraussetzt. Diese können in der Regel die hauswirtschaftlichen Belange der oder des Pflegebedürftigen abdecken. Zudem nutzen viele pflegebedürftige Menschen das von den meisten Pflegediensten vorgehaltene oder von ihnen vermittelte Angebot von „Essen auf Rädern“.

Unbeachtet der Aussagen über die auch für die kommenden Jahrzehnte zu erwartende Stabilität des Potentials an privaten Pflegepersonen aus dem persönlichen Umfeld der

[470] siehe auch Schneekloth, a. a. O.

pflegebedürftigen Menschen[471], an denen festgehalten wird, ist – ggf. regional unterschiedlich – ein wachsender Bedarf an Alltagshilfen und Betreuung (auch solche für nicht dementiell erkrankte Menschen) als Folge zunehmender „Singularisierung des Lebensvollzuges“ wahrscheinlich.
Die Pflegedienste sollten sich – ihrem Versorgungsanspruch folgend und nicht zuletzt unter wirtschaftlichen Aspekten in einem auf Wettbewerb ausgerichteten Dienstleistungssektor – dieser Aufgabe stellen. **Anzunehmen ist, dass die meisten der zur Pflege im engeren Sinne flankierenden Angebote zu ihrer Ausführung keiner besonderen fachlichen Qualifikation, allenfalls einer fachlichen Vorbereitung und Begleitung bedürfen**.[472] Solche Angebote mit ausgebildeten Fach- oder Hilfskräften der Pflege, Hauswirtschaft oder medizinischen Therapie erbringen zu lassen wäre weder betriebswirtschaftlich darstellbar noch volkswirtschaftlich sinnvoll. Die finanzielle Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen würde überfordert mit der Folge einer unzureichenden Nachfrage. Hier schließt sich insofern der Kreis.

Der Schwerpunkt der Leistungen der Pflegedienste bei den flankierenden Angeboten sollte daher bei der Organisation solcher Angebote, ggf. in Kooperation mit anderen Anbietern (mobile soziale Hilfsdienste, Nachbarschaftshilfevereine, Senioren-Selbsthilfegruppen, Träger niedrigschwelliger Betreuungsangebote etc.), der Anwerbung, Schulung und Begleitung der Helfer (ggf. ebenfalls in Kooperation z. B. mit Trägern der Erwachsenenbildung, Freiwilligenagenturen usw.) sowie in der Vermittlung solcher Hilfen an die auf solche Unterstützungs- und Betreuungsleistungen angewiesenen Personen liegen. Dies schließt die entsprechende Beratung ein, um insbesondere die erkannten Vorbehalte der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen[473] auszuräumen, solche Angebote als hilfreich und zum weiteren / längeren Verbleib im häuslichen Bereich notwendig zu verstehen und anzunehmen.

Ein solches Angebot könnte auch bereits bestehende Angebote qualifizieren und attraktiver machen. Das „Essen auf Rädern“ ist hierfür ein Beispiel. Die aus der Praxis bekannten Probleme der oftmals nicht auf die Essenszeiten der Kunden ausgerichteten Anlieferzeiten (mit der Folge, dass das Essen dann kalt ist, nicht mehr schmeckt und unbekömmlich wird) und auch mit den tradierten Essgewohnheiten nicht harmoniert,

[471] siehe Abschnitt II.2.2
[472] siehe hierzu die Ausführungen über niedrigschwellige Betreuungsangebote in Abschnitt I.3.6
[473] siehe Abschnitt II.2.2

könnten durch die Vermittlung von freiwilligen Helfern beseitigt werden, die die Mahlzeiten (mit) zubereiten, dabei die Wünsche der Kundin / des Kunden berücksichtigen können und durch ihre (tägliche) Anwesenheit der Vereinsamung des vielfach auf die Wohnung als Lebensraum reduzierten hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen entgegenwirken können.[474]
Bei der Reflexion der Pflegedienste über notwendige oder sinnvolle Anpassungsleistungen an sich verändernde Anforderungen sollten insofern auch die bestehenden Angebote einbezogen werden.

Ein solchermaßen erweitertes Aufgabenprofil der Pflegedienste könnte auch den Ausbau von betreuten Wohnangeboten[475] fördern bzw. die Wirtschaftlichkeit der Pflegedienste im Falle des Entstehens solcher Angebote verbessern. Die steigende Zahl von ambulant betreuten Wohnangeboten auch für Menschen mit Pflegebedarf in den letzten Jahren [476] lässt erkennen, dass der Bedarf an zur Pflege flankierenden – insbesondere niedrigschwelligen – Angeboten von den Trägern von Pflegediensten bereits zunehmend erkannt und ihm auch entsprochen wird.[477]
Es ist aus Sicht des MS Aufgabe der Träger von Pflegediensten und ihrer Verbände, solche Entwicklungen weiter voranzubringen. Die Kommunen können hier ggf. impulsgebend und koordinierend tätig werden.

Wesentlich im Sinne der vorstehenden Vorschläge hat sich auch die Arbeitsgruppe I (ambulante Versorgungsstrukturen) des „Runden Tisch Pflege“ geäußert und in diesem Zusammenhang eine Reihe von Beispielen im Sinne von best-practice dokumentiert.[478]

Die Pflegedienste sehen sich aufgrund der steigenden Zahl von dementiell erkrankten Menschen in den letzten Jahren in zunehmendem Maß mit diesem Personenkreis konfrontiert. Ca. 60% der Personen mit altersbedingten Wahrnehmungsstörungen werden zu Hause von Angehörigen betreut.[479] Die Zahl der altersverwirrten Menschen wird für den ausbleibenden Fall medizinischer Fortschritte in den kommenden Jahrzehnten deutlich steigen.[480] Nach Auffassung des MS kann es nicht Aufgabe der Pflegedienste

---

[474] in diesem Sinne Jochems J. / Kirchner H.: Ernährung bei Demenz „Selbst gekocht schmeckt besser“; in: Altenpflege 11/2005, S. 864
[475] siehe nachfolgend und Abschnitt I.3.5
[476] siehe Abschnitt I.3.5
[477] In welchem Ausmaß und in welcher Qualität kann hier allerdings nicht gesagt werden.
[478] Runder Tisch Pflege, a. a. O., Arbeitsgruppe I „Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege“ sowie Anhang „Praxisbeispiele“.
[479] siehe Abschnitt I.1.3.3
[480] siehe Abschnitt II.3

bzw. der im Rahmen der häuslichen Pflege tätigen Fach- und Hilfskräfte sein, die sich (s. o.) weitestgehend auf Aufgaben der Grundpflege beschränken, einen Ausgleich oder eine Verringerung der demenzbedingten Fähigkeitsstörungen zum Gegenstand ihres Handelns zu machen. Dies ist nicht Ziel der Leistungen nach dem SGB XI und angesichts der verfügbaren zeitlichen Ressourcen für die pflegerischen Verrichtungen nicht darstellbar. Es dürfte zudem selbst Pflegefachkräfte in der Regel fachlich überfordern.

Von den Pflegefachkräften erwartet werden muss allerdings ein Fachwissen, das den angemessenen Umgang mit den Demenzkranken sicherstellt, bei den Hilfskräften insoweit, dass ein entsprechender Umgang unter Anleitung der Fachkräfte gewährleistet ist.

Erscheinungsformen dementieller Erkrankungen und der hierauf abgestellte Umgang mit den betroffenen Menschen nehmen in den Ausbildungsordnungen zur Alten- und zur Gesundheits- und Krankenpflege inzwischen einen großen Raum ein. Dasselbe gilt für die einschlägigen Fachweiterbildungen nach dem Niedersächsischen Weiterbildungsgesetz und der dazu erlassenen Verordnung[481]. Insofern kann bei der Aus- und Weiterbildung in der Pflege von guten Grundlagen für die Pflege und den Umgang mit dementiell erkrankten Personen durch die danach ausgebildeten Pflegefachkräfte ausgegangen werden.

Der MDKN hat im Rahmen seiner Prüfungen der Pflegequalität in Pflegeheimen dennoch eine nicht immer befriedigende Situation festgestellt.[482] Zu der Pflegequalität von Pflegediensten und der in diesem Zusammenhang interessierenden Frage des Kenntnisstandes über dementielle Erkrankungen und den Umgang mit hiervon betroffenen Personen liegen angesichts bislang einer für qualifizierte Aussagen zu geringen Zahl an Prüfergebnissen keine verwertbaren Erkenntnisse vor.
Grundsätzlich ist es die Aufgabe der Träger der Dienste, für einen ausreichenden Kenntnisstand und eine ausreichende Befähigung zum Umgang mit den Erscheinungsformen solcher Erkrankungen beim Personal, ggf. durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen, Sorge zu tragen.

---

[481] Gesetz über die Berufsbezeichnungen und die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 16.12.1999 (Nds. GVBl. S. 426), geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20.11.2001 (Nds. GVBl. S. 701)
Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 18.03.2002 (Nds. GVBl. S. 86, geändert durch Verordnung vom 18.02.2005 (Nds. GVBl. S. 61)
[482] siehe Abschnitt I.4.2.1

2.1.3 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Hierzu wird auf die Ausführungen im vorstehenden Abschnitt III.1 hingewiesen.

Zur Versorgung mit Tagespflege-Angeboten wird ergänzt:
Im Zusammenhang mit dem – aus Sicht des MS grundsätzlich positiv zu bewertenden – Ausbau des Angebotes an Betreuten Wohnungen für alte und ggf. pflegebedürftige Menschen[483] stellt sich die Frage des Verbleibs in der Wohnung bei erhöhter Pflege-, vor allem aber erhöhter Betreuungsbedürftigkeit. Tagespflegeangebote in Wohnungsnähe erscheinen grundsätzlich geeignet, die notwendigen Betreuungsleistungen zu erbringen. Personen mit Altersdemenz machen bereits heute den größten Teil der Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen aus.[484] Dem MS sind aus der Förderung von Betreuten Wohnungen vereinzelte Beispiele der Zuordnung von Tagespflegeeinrichtungen zu Altenwohnkomplexen bekannt. Keine Kenntnisse liegen aber vor über die Inanspruchnahme dieser Angebote und ihre Zielerreichung im o. g. Sinne der Sicherung bzw. des Verbleibs der Wohnungsinhaberinnen und Wohnungsinhaber in der Wohnung. Dieser Frage könnte im Rahmen eines kleinen Forschungsprojektes, z. B. im Zusammenhang mit der Erlangung eines Diploms oder einer Dissertation an einschlägigen Universitäts- oder Fachhochschulinstituten nachgegangen werden.

2.1.4 Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege

Qualität der Pflege und die Lebensbedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sowie ihre Rechte und deren Durchsetzungsmöglichkeiten waren in den letzten Jahren vielfach Gegenstand öffentlicher und fachlicher Auseinandersetzungen. Das gilt auch für die niedersächsischen Einrichtungen. Der zuständige Fachausschuss im Niedersächsischen Landtag hat sich – insbesondere vor dem Hintergrund der Ergebnisse des MDKN von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI[485] - wiederholt hiermit befasst. Fragen zur Strukturqualität in baulich-räumlicher Hinsicht waren u. a. Gegenstand von Anfragen von Abgeordneten. Auch der Landespflegeausschuss lässt sich regelmäßig über die Erkenntnisse des MDKN berichten.

---

[483] siehe unten und Abschnitt I.3.5 sowie II.2.2
[484] gem. Bericht des Sprechers der Arbeitsgemeinschaft der niedersächsischen Tagespflegeeinrichtungen am 18.10.2005 vor dem Vorbereitenden Ausschuss des Landespflegeausschusses

Das MS führt als oberste Landesbehörde die Fachaufsicht über die Heimaufsichtsbehörden. Im Zuge der Verwaltungsreform wurde eine klare Zuständigkeitsregelung getroffen. Danach sind die Landkreise, die kreisfreien Städte und die großen selbständigen Städte für die Durchführung des Heimgesetzes bei den zugelassenen Pflegeheimen verantwortlich.

Zusammenfassend kann für die Pflegeheime in Niedersachsen festgestellt werden:

- Die weit überwiegende Zahl der Heime leistet gute oder angemessene, einige sehr gute Pflege. Für etwa 10 Prozent mussten allerdings auch z. T. erhebliche Mängel festgestellt werden. Dies betrifft jedoch nur in seltenen Ausnahmen alle Teile der Einrichtungen bzw. alle Qualitätsbereiche (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität).

- Die für die niedersächsischen Heime festgestellten Qualitätsmängel entsprachen sowohl nach Art als nach der Häufigkeit des Auftretens den bundesdurchschnittlich ermittelten Werten.

- Es konnte kein Zusammenhang zwischen der Qualität der Pflege und ihrem Preis (Höhe der Pflegesätze) festgestellt werden.

- Die Qualität der Heime gestaltet sich von Heim zu Heim, in Teilen sogar innerhalb eines Heimes unterschiedlich. Allgemeine Strukturmerkmale wie großräumig Lage, Alter und Ausstattung der Gebäude bilden keine Erklärungsmerkmale. Lediglich bei der Größe der Einrichtungen sieht der MDKN tendenziell Vorteile bei größeren Einheiten.

- Pauschalisierende Behauptungen über schlechte Qualität in den Pflegeheimen sind daher unzulässig. Sie diskreditieren insbesondere die Mehrzahl der Einrichtungen und demotivieren die Pflegekräfte und Heimleitungen bei ihren Bemühungen um fachlich gute Pflege und gute Lebensbedingungen für die Bewohnerinnen und Bewohner. Sie stellen eine ungerechtfertigte zusätzliche Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen bei ihrer ohnehin von großen physischen und psychischen Belastungen gekennzeichneten Tätigkeit dar.

- Der baulich-räumliche Zustand der Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren im Durchschnitt verbessert. Dafür spricht sowohl die erhebliche Zahl neuer Plätze[486] als auch die Einzelzimmerquote. Ihr Anteil hat sich zwischen Ende 1999 und Ende 2003 von 47,7% auf 53,5% erhöht; Anfang 1995 waren lediglich 41% der Plätze Einzelzimmer.[487] Die im Zusammenhang mit dem im Zuge der Novellierung des NPflegeG zum 01. Januar 2004 erfolgten Übergang der Zuständigkeit für die Vereinbarungen über die Investitionskosten der Pflegeheime auf die Landkreise und kreisfreien Städte von den Einrichtungsträgerverbänden und nachfolgend auch aus dem parlamentarischen Raum geäußerten Befürchtungen über eine daraus resultierende Verschlechterung der Wohnbedingungen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

[485] siehe Abschnitt I.4.2.1
[486] siehe Abschnitt I.3.1 und III.1
[487] MS, Pflegerahmenplan, a. a. O., Seite 243

finden angesichts dieser Daten keine Bestätigung.

- Mit der Novellierung des Heimgesetzes zum 01. Januar 2002 wurden die Mitwirkungsrechte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gestärkt. Unter anderem wurde die Möglichkeit auch externer Besetzungen der Heimbeiräte geschaffen. Das MS hat diesen Prozess durch die Förderung einer umfangreichen Maßnahme zur Qualifizierung von Multiplikatoren auf örtlicher Ebene gefördert.

Gleichwohl besteht bei stationären Pflegeeinrichtungen zum Teil nicht unerheblicher Anpassungsbedarf an in vielen Einrichtungen bereits erreichte Standards sowie Entwicklungsbedarf im Blick auf erkennbaren zukünftigen Bedarf.

Der Anpassungsbedarf zum Ersteren wird vor allem aus den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen des MDKN deutlich. Auf die diesbezüglichen Ausführungen im Abschnitt I.4.1 wird insoweit hingewiesen.

Entwicklungsbedarf für die Zukunft ist neben dem dargestellten grundlegenden Perspektivwechsel in Richtung auf eine verstärkte Berücksichtigung der Belange und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner („Denken vom Bewohner aus“, s. o.) und das darauf ausgerichtete Handeln (z. B. stärkerer Einbezug der Bewohnerinnen und Bewohner, stärkere Aktivierung und Nutzung der Rehabilitationspotentiale der Bewohnerinnen und Bewohner) sowie neben der Umsetzung neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Alltagspraxis[488] aus Sicht des MS vor allem zu sehen bei

- der Entwicklung des betriebsinternen Qualitätsmanagements einschließlich der diesbezüglichen erforderlichen Qualifizierung der Leitungskräfte und
- der Versorgung der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner.

Unter anderem das von MS geförderte Projekt zur Einführung von Qualitätsmanagementverfahren bei Pflegediensten und kleinen Pflegeheimen[489] hat erkennen lassen, dass die bereits seit Anfang 2002 konkretisierte Vorgabe der Einführung und Weiterentwicklung eines betriebsinternen Qualitätsmanagements als eine Voraussetzung für die Zulassung der Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag (§ 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI) keineswegs in allen Einrichtungen oder im gebotenen

[488] zum Beispiel der Expertenstandards u. a. zur Dekubitusprophylaxe, der Sturzprophylaxe, zur Pflege-Überleitung etc.; siehe Abschnitt I.4.2.4
[489] siehe Abschnitt I.4.2.4

Umfange umgesetzt ist und im Betriebsalltag seinen entsprechenden Niederschlag findet.

Dem MS sind diesbezügliche Anstrengungen von den Verbänden der Leistungserbringer bekannt. Es verbindet mit der durch die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI im Januar 2005 getroffenen Festlegung über einen Personalschlüssel für die Vergütung von Qualitätsmanagementbeauftragten die Hoffnung und zugleich die Erwartung gegenüber den Einrichtungsträgern auf die nunmehr verstärkte Umsetzung des gesetzlichen Auftrages.[490] Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDKN in den kommenden Jahren werden die diesbezüglichen Fortschritte erkennen lassen.

Bereits heute leiden ca. 60 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime nach Auskunft der Träger an dementiellen Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades. Mit der zu erwartenden zunehmenden Zahl solcherart betroffener Menschen wird die Nachfrage nach Heimplätzen zunehmen. Neben dieser quantitativen Komponente, der grundsätzlich durch eine Vermehrung des Platzangebotes Rechnung getragen werden könnte (hier ohne Berücksichtigung der Frage der Finanzierung), ist aber zugleich anzunehmen, dass sich künftig in den Heimen vor allem der Anteil der Personen mit fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung erhöhen wird, da gleichzeitig eine Verbesserung der ambulanten Versorgung und Betreuung durch betreute Wohnformen erwartet werden kann (s. u.).

Trägerseitig wird bezüglich der dementiell erkrankten Heimbewohnerinnen und -bewohner vor allem ein aus den leistungs- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI resultierendes Missverhältnis zwischen dem Versorgungsaufwand und dem durch den MDK festgestellten (vornehmlich auf somatischen Pflegebedarf ausgerichteten) Pflegebedarf beklagt, das die adäquate Versorgung erschwere bzw. die Einrichtungen vor erhebliche wirtschaftliche Schwierigkeiten stelle und das letztlich zu Lasten des Personals und aller Bewohnerinnen und Bewohner gehe.

[490] Beschluss vom 17.01.2005 zum Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI. Der Beschluss hat aufgrund einer laufenden Klage seitens der kommunalen Spitzenverbände keine rechtliche Wirkung entfaltet. Die Festsetzung eines Personalschlüssels für die Vergütung von Qualitätsbeauftragten ist nicht Gegenstand der Klage. Die kommunalen Spitzenverbände haben daraufhin ihren Mitgliedern mitgeteilt, dass aus dortiger Sicht der Rahmenvertrag mit Ausnahme des beklagten Teils zur Anwendung kommen könne. Es ist anzunehmen, dass die Kommunen in ihrer Eigenschaft als örtliche Sozialhilfeträger bei Vergütungsverhandlungen entsprechend verfahren. Die Landesorganisationen der Pflegekassen und das MS (soweit in Einzelfällen als überörtlicher Träger der Sozialhilfe betroffen) lassen den Beschluss der Schiedsstelle im dargestellten Umfang ebenfalls gegen sich gelten.

Das MS sieht zum einen in der mit Beschluss der Pflegesatzkommission vom 01.11.2005 empfohlenen „Orientierungshilfe zum Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ in Verbindung mit der Empfehlung der Pflegesatzkommission vom 03.11.2003 über das Verfahren zum Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen – an beiden Empfehlungen war das MS aktiv beteiligt – eine Grundlage für eine stärkere Berücksichtigung von besonderen Leistungen der Einrichtungen für dementiell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen müssen abgewartet werden.

Nach der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005[491] soll der besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf der Demenzkranken durch die Pflegeversicherung künftig besser berücksichtigt werden. Ob und inwieweit hieraus sich verbesserte Voraussetzungen für die Versorgung demenzkranker Heimbewohnerinnen und –bewohner ergeben, wird von der rechtlichen Ausgestaltung dieser Festlegung abhängen. Ein Gesetz zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Pflegeversicherung soll bis zum Sommer 2006 vorliegen. Es ist anzunehmen, dass dieses auch die Umsetzung der in der Koalitionsvertrag getroffenen Absprachen über Verbesserungen auf der Leistungsseite – hierzu zählt die vorgenannte – beinhaltet.

Die genannte Vereinbarung über eine bessere Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfs von Demenzkranken entspricht einer langjährigen Forderung der Landesregierung. Sie wird daher ausdrücklich begrüßt. Allerdings sind dem MS auch eine Reihe von Beispielen bekannt, in denen Einrichtungen durch

- eine baulich-räumlichen Gestaltung (Wohngruppen-Konzept), die den besonderen Bedürfnissen von Demenzkranken Rechnung trägt,
- ein besonderes Betreuungskonzept,
- Maßnahmen der innerbetrieblichen Organisation (Trennung von überwiegend somatisch pflegebedürftigen und psychisch veränderten Bewohnergruppen) und
- eine konsequente Schulung und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

sowohl hinsichtlich der Lebensbedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner (beider Gruppen) als auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit des Betriebes und der Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft des Personals positive Ergebnisse erreichten.

[491] a. a. O., Seite 92

Diese Beispiele verdeutlichen, dass Anpassungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation von Heimbewohnerinnen und –bewohnern auch unter gegebenen Rahmenbedingungen möglich sind und von den Einrichtungsträgern erwartet werden können. In vergleichbarem Sinne hat sich auch die Arbeitsgruppe 2 des „Runden Tisch Pflege“ geäußert und durch Beispiele aus der Praxis Möglichkeiten konkret aufgezeigt.[492]

2.2 Flankierende Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege

Maßnahmen zur Anpassung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur können nicht auf die traditionellen Pflegeangebote beschränkt bleiben. Die auch langfristige Sicherung einer hinreichenden Versorgung und Betreuung der vorwiegend alten Menschen, die neben den an die Pflege und Betreuung zu stellenden fachlichen Anforderungen auch den Bedürfnissen der Menschen entspricht, zugleich aber bezahlbar bleiben soll, erfordert darüber hinaus den verstärkten Auf- und Ausbau eines Systems flankierender Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege mit dem Ziel

- Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich zu vermeiden, zu verzögern oder zu mildern,
- die selbstständige Lebensführung so lange wie möglich zu erhalten und
- das private Hilfe- und Pflegepotential zu erhalten.

Dieser notwendige Entwicklungsbedarf hat nicht zuletzt auch in der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 seinen Niederschlag gefunden (s. o.).

Anhand auch der in diesem Bericht enthaltenen vielfältigen Beispiele wird ersichtlich, dass bereits erhebliche Anstrengungen z. B. im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung, im Rahmen der kommunalen Altenhilfe (im weitesten Sinne) und durch das Land (z. B. Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote) unternommen werden, den o. g. Zielen zu entsprechen. Besonders bedeutsam erscheinen dabei – neben den Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (wie z. B. Maßnahmen zur

[492] Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe II: Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege sowie Anhang: Empfehlungen für die Praxis.

Früherkennung von dementiellen Erkrankungen), die nicht
Gegenstand dieses Berichtes sein können –

- der Ausbau betreuter Wohnangebote,
- Maßnahmen zur Stützung des privaten Hilfe- und Pflegepotentials und
- die Vernetzung der Angebote und Anbieter.

2.2.1 Ausbau betreuter Wohnangebote

Betreute Wohnformen kommen dem zunehmenden Sicherheits- und Schutzbedürfnis alter Menschen entgegen. Sie stellen eine altersgerechte Wohnungsversorgung sicher und tragen damit zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit als Folge von Überforderungen im Alltagsgeschehen und Unfällen bei. Sie dienen der Krisenintervention, ermöglichen – eine entsprechende Qualität der Betreuung vorausgesetzt – das frühzeitige Erkennen von weitergehendem Hilfebedarf bei Zunahme von Gebrechlichkeit und Abbau von geistigen Fähigkeiten und wirken Vereinsamung entgegen. Ergänzende hauswirtschaftliche Serviceleistungen fördern den Erhalt einer selbstständigen Lebensführung auch bei nachlassenden Kräften, die diesbezüglichen Wahlmöglichkeiten kommen dem berechtigten Wunsch der alten Menschen nach Selbstbestimmung entgegen. Durch den ergänzenden Einsatz von Pflegediensten bleibt der Verbleib in der Wohnung auch im Falle einer Pflegebedürftigkeit – hier allerdings in Abhängigkeit vor deren Schwere – möglich. Eine entsprechende Organisation von Hilfen zur Bewältigung des Alltags und zur Beaufsichtigung und Betreuung vorausgesetzt (einschließlich ergänzender Tagespflege, s. o.) gelten diese Vorteile auch – hier sicherlich nur bis zu einem bestimmten Grad – bei Vorliegen von Altersdemenz. Die vorstehenden Einschränkungen gelten für ambulant betreute Wohngemeinschaften für dementiell Erkrankte nur bedingt.

Der Entwicklungsstand mit Angeboten des Betreuten Wohnens in Niedersachsen kann im Vergleich zum Zeitpunkt des Pflegerahmenplans vom Mai 2000 als deutlich fortgeschritten bezeichnet werden. Das gilt vor allem für die besondere Angebotsform der ambulant betreuten Wohngemeinschaften[493]; solche Angebote haben sich erst in den letzten Jahren entwickelt.

[493] Siehe Abschnitt I.3.5.2

Es ist zu unterstellen, dass der Ausbau des Betreuten Wohnens bereits in den letzten Jahren zu einer Verringerung oder Verkürzung von Heimaufenthalten pflegebedürftiger Menschen in Niedersachen geführt hat. Die zunehmende Verkürzung der Verweildauer in den Pflegeheimen wird insoweit auch hierauf zurückzuführen sein.

Die Vermehrung des Angebotes an Betreuten Wohnformen erscheint daher sowohl unter sozialpolitischem wie finanzpolitischem Aspekt geboten.[494] Die Zunahme eines solchen Angebotes könnte – als Nebeneffekt – auch die Träger stationärer Pflegeeinrichtungen vermehrt zur Anpassung ihrer Einrichtungen im oben genannten Sinne veranlassen (s. Abschnitt 2.1).

Angesprochen sind grundsätzlich vor allem Wohnungsbauunternehmen im Blick auf Neubaumaßnahmen ebenso wie bezüglich des Belegungsmanagements und der Pflege des Wohnungsbestandes sowie die Kreise, Städte und Gemeinden in ihrer generellen Verantwortung für die Daseinsvorsorge ihrer Bürgerinnen und Bürger und als Träger spezieller Fachplanungen, der Wohnungsbau-, Siedlungs- und Sozialplanung. Auf das anscheinend noch mancherorts unterentwickelte Bewusstsein über die versorgungspolitische Bedeutung und nicht zuletzt den finanziellen Nutzen der Angebote des Betreuten Wohnens (Sozialhilfe) wird noch einmal hingewiesen.[495]

Ebenso von Interesse sind Angebote des Betreuten Wohnens aber auch für die örtlichen Anbieter gesundheitlicher und sozialer Dienste. Es liegt daher nahe, hierin künftig Ansätze für ein verstärktes gemeinschaftliches Handeln auf örtlicher Ebene zu sehen.

Auch Träger stationärer Pflegeeinrichtungen haben ambulant betreute Wohn-/Pflege-Angebote vermehrt als für sie interessante Ergänzung ihres stationären Angebotes erkannt und dementsprechend umgesetzt. Sofern die rechtlichen und faktischen Voraussetzungen zur Abgrenzung der betreuten Wohnungen gegenüber dem Heim nach dem Heimgesetz gegeben sind[496], können hiergegen keine Einwände erhoben werden. Marktanalysen haben ergeben, dass bezüglich solcher, mit Möglichkeiten des Überganges in die stationäre Dauerpflege bzw. ggf. auch der vorübergehenden stationären

[494] Hinsichtlich der Sicherstellung des Schutzes der Bewohnerinnen und Bewohner vor Übervorteilung und Schlechtleistung wird auf die vorstehenden Ausführungen in Abschnitt III.1 und auf Abschnitt I.3.5 hingewiesen.
[495] siehe Abschnitt I.3.5.1
[496] siehe Abschnitt I.3.5.1

Pflege, wenn und solange häusliche Pflege nicht möglich ist (Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI), versehener Angebote ein besonderer Bedarf besteht.[497]

Die Angebote des Betreuten Wohnens lassen derzeit noch eine gewisse Konzentration auf städtische Siedlungsräume erkennen. Die vergleichsweise größere Zahl von alleinlebenden Menschen dort ohne ein privates Stützungsnetz, das im Bedarfsfall die notwenigen Hilfen verlässlich und dauerhaft erbringt, wird diese Entwicklung beeinflusst haben. Nach Berichten aus der Praxis werden solche Angebote aber auch zunehmend in den Städten und Gemeinden der Ballungsrandzonen und in ländlichen Siedlungsräumen nachgefragt. Mittlerweile wurden auch für solche Gebiete wirtschaftlich tragfähige Wohnangebote entwickelt.[498]
Verschiedene Vorschläge zur Entwicklung betreuter Wohnformen im Alter unter Beifügung von Praxisbeispielen können auch der Dokumentation der Ergebnisse der Arbeitgruppe I des „Runden Tisch Pflege“ entnommen werden.[499]
Die Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 hat die Förderung alternativer Wohn- und Betreuungsangebote in den Katalog zur Verbesserung der Leistungsseite im Rahmen der Pflegeversicherung aufgenommen.[500]

2.2.2 Maßnahmen zur Stützung des privaten Hilfe- und Pflegepotentials

Unverändert stellen Privatpersonen aus dem persönlichen Umfeld – in erster Linie Familienangehörige, zu wesentlich geringerem Anteil auch Freunde oder Nachbarn – zum größten Teil die Versorgung der auf Pflege Betreuung angewiesenen Menschen sicher (Ende 2003 annähernd 70%). In nicht ganz einem Drittel der Fälle häuslicher Pflege wird ergänzend die Hilfe von ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommen. Die private Form der Hilfeleistung und Unterstützung ím Pflegefall trifft auch das Selbstverständnis und den Wunsch der Gepflegten wie der Pflegenden. Die Bereitschaft zur privaten Pflege ist ungebrochen.[501] Dieses Potential gilt es, im Blick auf die demographi-

[497] empirica, a. a. O.
[498] siehe www.infaqt.de/content/showarticles.phb?id art=35
[499] a. a. O.
[500] a. a. O., Seite 92
[501] so u. a. Schneekloth et al.: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten (MuG III), a. a. O.; siehe Abschnitt II.2.2

sche Entwicklung ebenso wie unter sozialpolitischen und ethischen Aspekten, unbedingt zu erhalten und zu fördern.[502]

Ungeachtet der Tatsache, dass die private Pflege und Betreuung weit überwiegend freiwillig erfolgt, stellt sie dennoch in vielen Fällen auch eine große physische und psychische Belastung für die Pflegenden dar. Dies zeigen viele Untersuchungen.[503] Ausgeprägten Belastungen ist vor allem die steigende Zahl von Pflegepersonen mit dementiell erkrankten Angehörigen ausgesetzt. Zu der Konfrontation mit den physischen Gebrechen und psychischen Beeinträchtigungen mit der Folge von Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen bei den – zumeist alten – Menschen kommt hier die Notwendigkeit einer weitgehenden oder vollständigen Veränderung der gewohnten Lebensabläufe unter Zurückstellung der persönlichen Bedürfnisse und der Verlust an Kontakten zu Freunden, Bekannten etc. hinzu. Überforderung bei der häuslichen Pflege gefährdet aber die Gesundheit der Pflegenden und erhöht damit die Zahl der Entscheidungen für eine (grundsätzlich nicht erforderliche) stationäre Pflege. Dies führt zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen und in der Pflege. Zudem beeinträchtigt die Überlastung der Pflegenden die Versorgungsqualität der Gepflegten.

Zur Erhaltung der Pflegefähigkeit und -bereitschaft sind daher flankierende Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegepersonen in Privathaushalten erforderlich. Im Vordergrund stehen dabei

- die Beratung und Unterstützung der Pflegenden,
- die Vermittlung von professionellen und ehrenamtlichen Hilfen,
- die Entlastung bei der Haushaltsführung und durch die Übernahme von Betreuungsaufgaben.

Privat aber auch am Arbeitsplatz hat die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit Auswirkungen. Die Beratungen von Angehörigen sollten auch Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege berücksichtigen. Betriebliche Maßnahmen können sich unterstützend auswirken. Eine breite Öffentlichkeitsarbeit zum Thema ist notwendig.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass die in Umsetzung der in allen Leistungsrechten verankerten Verpflichtung zur Beratung z. B. nach § 7 SGB XI

[502] in diesem Sinne auch: Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe I „Verbesserung der Qualität und der Versorgunsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege“ nebst Anlage von Beispielen aus der Praxis, a. a. O.
[503] so unter anderem erneut in MuG III, s. o.

trotz eines umfassenden Beratungsauftrages oft nicht ausreicht bzw. nicht ausreichend umgesetzt werden. Bei seinem Auftrag hat der Gesetzgeber u. a. die unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Pflegekassen mit der Folge von fehlender örtlicher Präsenz außer Acht gelassen. Solche Kassen müssen weitestgehend die schriftliche Form der Information und Beratung wählen; sie sind zudem mit den örtlichen Verhältnissen nicht hinreichend vertraut. Auch ist es den Pflegekassen und gleichermaßen auch allen anderen zur Beratung verpflichteten Leistungsträgern aufgrund der Komplexität der jeweiligen leistungsrechtlichen Materie nicht möglich, hierüber wechselseitig vertiefende Kenntnisse zu haben, die zudem die Besonderheiten des Einzelfalles berücksichtigen.

Hinzu kommen aus der Beratungspraxis wie aus Untersuchungen immer wieder berichtete Schwierigkeiten des Informationstransfers bei schriftlichen Informationen (Verständlichkeit der Information und Bereitschaft der Empfänger, diese auch zu lesen) sowie eine Reserve der Betroffenen, Beratung und Hilfen anzunehmen.[504] Erfolgversprechend sind vor diesem Hintergrund insofern vor allem Angebote der persönlichen (zugehenden) Beratung auf der örtlichen Ebene. Insofern sind vor allem die dortigen Akteure aufgerufen, sich dieser Aufgabe zu widmen. Die zuständigen Dienststellen in den Kommunalverwaltungen sollten diesbezüglich impulsgebend und koordinierend tätig werden.

Die Erfahrungen aus der Tätigkeit des vom Land von Mitte 2001 bis Ende 2004 geförderten Pflegenotruftelefons beim SoVD Niedersachsen bestätigen letztlich die Erfahrung, dass Beratung in diesem Bereich grundsätzlich der Kenntnisse der lokalen und regionalen Bedingungen und ggf. auch der personalen örtlichen Bezüge bedarf. Die Rückkopplung von zentraler Stelle auf die örtliche Ebene gestaltet sich nicht immer einfach und zum Teil auch kostenaufwändig. Dies spricht nicht gegen die Sinnhaftigkeit einer landeszentralen Informations- und „Beschwerdestelle“. Der SoVD hat darum das Angebot auch nach Auslaufen der Landesförderung aufrecht erhalten.

Beratungsangebote für pflegende Angehörige erfordern, wenn es sich nicht um spezielle fachliche Beratungen handelt, sondern vielmehr die Vermittlung von geeigneten Hilfen / Helfern im Vordergrund steht, nicht unbedingt eine fachberufliche Ausbildung oder spezifische Fort- oder Weiterbildung. Sie kann auch von Laien auf der Grundlage fachlicher Vorbereitung und Begleitung oder mit einer fachlichen Unterstützung im Bedarfsfall

[504] hierzu auch Abschnitt II.2.2

erbracht werden. Dies sind erste Erkenntnisse eines von den Spitzenverbänden der Pflegekassen geförderten Projektes zur Ausbildung und Erprobung von „Pflegebegleitern“.[505] Hinsichtlich der weitergehenden Erkenntnisse bezüglich der Möglichkeiten und der Grenzen bzw. der zur Organisation, Vorbereitung, Begleitung und der zur Finanzierung eines solchen Beratungsangebotes erforderlichen Rahmenbedingungen wird der Bericht der wissenschaftlichen Begleitung abzuwarten sein. Das Projekt läuft bis 2008.

Dem MS sind vereinzelt vergleichbare Angebote auf kommunaler Ebene oder auch von Seiten von Pflegekassen bzw. Kassenverbänden in Niedersachsen bekannt geworden. So beschäftigt ein Kassenverband z. B. eigene „Pflegeberaterinnen“, die die Versicherten der Mitgliedskassen auf Wunsch persönlich beraten. Es wird von daher angenommen, dass Angebote der Beratung und Vermittlung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen – auch ggf. solche im Rahmen von Nachbarschafts- oder Seniorenselbsthilfe, durch ehrenamtlich Tätige mit Unterstützung von Kirchengemeinden oder Wohlfahrtsverbänden etc. – vorhanden sind.[506] MS betrachtet dies letztlich auch als eine originäre Aufgabe im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge, solche Angebote zu befördern und die Information der Bürgerinnen und Bürger hierüber sicherzustellen.

Dessen ungeachtet ist zu erwarten, dass die sich mit Förderung des Landes in Vorbereitung befindliche Datenbank zur Erfassung der Angebote der Altenhilfe („Informationsplattform Altenhilfe“)[507] eine erhebliche Verbesserung des Informationsstandes sowohl auf Landesebene als auch in und zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften bewirkt. In der Datenbank sollen neben den Diensten und Einrichtungen der Altenpflege auch alle Beratungsangebote sowie niedrigschwelligen Hilfeangebote erfasst werden. Sie kann auf örtlicher Ebene die Transparenz über das auch dort in seiner Vollständigkeit oft nicht bekannte Angebot an Dienstleistungen und Unterstützungen im Bereich der Altenhilfe erhöhen und schafft auf diese Weise verbesserte Voraussetzungen für gezielte Beratung und Unterstützung für die Einwohnerinnen und Einwohner auch im Einzelfall.

Zu den vorgenannten niedrigschwelligen Hilfen gehören im Übrigen auch die vom Land geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote zur vorübergehenden Entlastung pflegender Angehöriger von demenzkranken Personen. Auf Abschnitt I.3.6 wird hinge-

[505] nähere Informationen sind zu erhalten bei: VdAK/AEV-Bundesverband, Siegburg
[506] Beispiele siehe Abschnitt I.5
[507] siehe Abschnitt I.3.5

wiesen. Das Land wird die Konkretisierung des Auftrages der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005, niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung der häuslichen Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung (verstärkt) zu fördern, mit Interesse verfolgen. Insbesondere wird dabei von Interesse sein, ob die neue Bundesregierung hiermit lediglich eine Erhöhung des Mittelansatzes zur Förderung solcher Angebote von derzeit jährlich 10 Mio. Euro oder auch strukturelle Änderungen des Leistungsrechts in diesem Bereich verbindet.

2.2.3 Vernetzung der Angebote und Anbieter

Integrierte Beratung und Vermittlung von Hilfen (Case-Management)

Auch wenn pflegende Angehörige sich offen für die Inanspruchnahme von externen Hilfen zeigen, sind sie oft über die bestehenden Angebote nicht hinreichend informiert und / oder mit der Auswahl geeigneter Hilfen überfordert. Dies führt unter Umständen nicht nur zu falschen Entscheidungen, sondern auch zu unnötigen Kosten für die Familien wie ggf. auch für die Leistungsträger (Wahl eines professionellen Pflegedienstes anstelle ausreichender niedrigschwelliger Angebote).

Bereits vorstehend wurde deutlich, dass zentrale Anliegen der Beratung von Pflegepersonen im privaten Bereich sein müssen

- die Information über bestehende Angebote,
- die Ermittlung der für den Einzelfall geeigneten Angebote gemeinsam mit den Pflegepersonen und – sofern möglich und gewünscht – mit den pflegebedürftigen Menschen und
- die Vermittlung der Hilfen.

Diese Erkenntnis erlangt nicht erst konkret Bedeutung, wenn im Zuge der Reform der Pflegeversicherung generell die Möglichkeit zur Inanspruchnahme persönlicher Budgets geschaffen werden sollte. Sie würde allerdings dann besonders evident; hiervon ist aus dem noch laufenden Modellversuch der ev. Fachhochschule Freiburg[508] bereits jetzt mit großer Sicherheit auszugehen. Der Auf- und Ausbau von Case-Management in der Pflege erscheint daher dringend geboten.[509]

---

[508] a. a. O.
[509] in diesem Sinne auch Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe I, a. a. O.

Das Land wird darum, vorbehaltlich der Zustimmung des BMG über eine finanzielle Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegekassen (§ 8 Abs. 3 Satz 7 SGB XI) ein Projekt des SoVD Niedersachsen zur Erprobung eines Case-Managements durch trägerunabhängige Beratungsstellen fördern.

Darüber hinaus sind die beiden vom Land geförderten Projekte zur Erprobung eines klinikgestützten Case-Managements für schwerstkranke / -behinderte / pflegebedürftige Kinder als Beispiel für ein Engagement des Landes in diesem Bereich zu benennen.[510]

Kommunalerseits bestehen vor dem Hintergrund der Verantwortlichkeit für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII vereinzelt Ansätze, von dort aus im Sinne eines Case-Managements tätig zu werden – nicht zuletzt mit dem Ziel, unnötige Heimaufenthalte zu vermeiden.

Koordination der Hilfen und Effektivierung des Systems durch Kooperation der Helfer (Care-Management)

Eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung (§ 8 Abs. 2 SGB XI) erfordert die Koordination und Kooperation der Dienstleistungsanbieter unter Einschluss der zur Pflege in enger Beziehung stehenden Institutionen (z. B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzteschaft) und Anbieter komplementärer Hilfen (z. B. mobile soziale Hilfsdienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote, Beratungsangebote, organisierte Selbst- und Nachbarschaftshilfe). Nicht zuletzt die auf Wettbewerb ausgerichtete Zielsetzung hat die Umsetzung dieses Zieles bislang verhindert oder beeinträchtigt.

Andererseits wird selbst von Anbieterseite u. a. aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen zunehmend der Bedarf von Kooperation mit anderen Anbietern und der Abstimmung der Angebote gesehen. Bislang sind dem MS aber nur wenige Beispiele bekannt geworden. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der berufs- und einrichtungs-

[510] siehe auch Abschnitt I. 3.4.1 und III.2.3

übergreifende Verein „Versorgungsnetz Gesundheit – Verein zur Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ in Oldenburg.[511].
Bekannt sind auch vereinzelt Kooperationen von Trägern ambulanter Pflegedienste mit Krankenhäusern im Bereich des Entlassungsmanagements und der Überleitungspflege.[512] Auf der Landesebene ist die Vernetzung der Beteiligten nicht zuletzt vor dem Hintergrund entsprechender gesetzlicher Vorgaben (Pflegesatzkommission nach § 86, Landespflegeausschuss nach § 92, Rahmenverträge nach § 75 SGB XI) sowie verbandlicher Zusammenschlüsse auf Leistungserbringerseite (Landesarbeitsgemeinschaften der Freien Wohlfahrtspflege und der Träger privater Pflegeeinrichtungen, Kommunale Spitzenverbände, Koordinationsgremien auf Seiten der Landesorganisationen der Pflegekassen) gegeben.

Im Zuge der Erarbeitung des Rahmenkonzepts zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen unter der Moderation des MS[513] wurde im Sinne der Qualitätssicherung des Überganges vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflegeeinrichtung und des Übergangs von dort in die nachfolgende – ambulante oder stationäre pflegerische Versorgung sowie als arbeitssparendes und vereinfachendes Verfahren auch ein Überleitungsbogen erarbeitet. Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft hat ihn ihren Mitgliedern zur Anwendung empfohlen.

Das Land hat darüber hinaus durch Projektförderungen der Entwicklung von vernetzten Strukturen Rechnung getragen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang die Erprobung von häuslicher psychiatrischer Pflege. Das inzwischen abgeschlossene Modell verfolgte im Kern das Ziel, durch Kooperation der Leistungsanbieter und der Leistungsträger den sogenannten Drehtüreffekt für psychisch kranke Personen und damit unnötige stationäre psychiatrische Versorgung durch Einsatz ambulanter pflegerischer Hilfen und sozialer Betreuung zu vermeiden. Diese Wirkung konnte grundsätzlich erreicht werden.[514]
Die Ergebnisse des Projektes haben inzwischen in den Richtlinien des Gemeinsamen Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege nach § 92

---

[511] Der Verein ist hervorgegangen aus dem Projekt des Zentrums für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Niedersächsischen Ärztekammer „Qualitätsverbesserung auf der Ebene des Care-Managements“; Bericht unter www.zq-aekn.de, Hannover 2002
[512] aus anderen Bundesländern ist z. B. das „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ aus dem Förderprogramm des BMGS „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ bekannt. Weitere Beispiele benennt auch die Arbeitsgruppe I des „Runden Tisch Pflege“; a. a. O.
[513] siehe Abschnitt III.1 und I.3.1.4
[514] Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsbereich Versorgungsforschung (Hrsg.):. Holler, G.,. Zawadzki, B.: Ambulante psychiatrische Versorgung in ausgewählten Orten Niedersachsens, Umsetzung der Nieders. Empfehlungen zur ambulanten psychiatrischen Pflege, Hannover, April 2002

Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ihren Niederschlag gefunden und werden bundesweit angewandt.

Dem Aufbau von Netzwerkstrukturen widmen sich auch die vorgenannten Modellerprobungen für ein klinikgestütztes Case-Management für schwerstkranke / -behinderte / pflegebedürftige Kinder.

Für die Zukunft wird die Notwendigkeit von Effektivitätssteigerungen durch Kooperation der Dienste und Einrichtungen und Koordination der Angebote auch im System der Pflege steigen. In diesem Zusammenhang wird auf die vom Landesgesetzgeber grundsätzlich vorgesehenen örtlichen Pflegekonferenzen (§ 4 NPflegeG) hingewiesen. Ein besonderer Wert der örtlichen Pflegekonferenzen ist in der wechselseitigen Information der Leistungsanbieter und der Leistungsträger über das bestehende Angebot, fehlende Angebote und vorliegende Probleme der Versorgung sowie in Absprachen über Verfahrensweisen bei prototypischen Versorgungsfällen zu sehen. Die trägerseitig gewünschte Unabhängigkeit bleibt dabei zugleich gewahrt. In den kommunalen Gebietskörperschaften sollten darum solche Pflegekonferenzen vermehrt eingerichtet werden. Derzeit bestehen sie nur in 16 kommunalen Gebietskörperschaften.[515]

2.3 Entwicklung und Ausbau von Angeboten für Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf

2.3.1 Kinder

Die Versorgung pflegebedürftiger (und damit zugleich schwerstkranker oder -behinderter) Kinder und ihrer Familien hat in den vergangenen fünf Jahren seit diesbezüglicher Anstöße im Pflegerahmenplan des MS vom Mai 2000 in vielerlei Hinsicht konkrete Verbesserungen und Weiterentwicklungen erfahren. Auf die ausführliche Darstellung in Abschnitt I.3.4.1 und auf die Antwort der Landesregierung vom 30.06.2005 auf den Beschluss des Landtages vom 26. Januar 2005 „Versorgung schwer kranker Kinder in Niedersachsen qualitativ verbessern“ (LT-Drs. 15/2091) wird hingewiesen.

[515] LK Ammerland, LK Aurich, Stadt Braunschweig, LK Diepholz, LK Emsland, LK Goslar, LK Helmstedt, Stadt Oldenburg, Stadt u. LK Osnabrück (gemeinsam), Region Hannover, Stadt Salzgitter, LK Schaumburg, Stadt Wilhelmshaven, LK Wolfenbüttel, Stadt Wolfsburg.

Für einen Teil der angestoßenen Entwicklungen werden zur abschließenden Klärung über eine landesweite Umsetzung noch die Ergebnisse der laufenden Erprobungen abgewartet werden müssen. Zwischenergebnisse können und sollen allerdings als Orientierungshilfen für rechtzeitige Beratungen über Organisation und Finanzierung der Angebote nach Ablauf des Erprobungszeitraumes genutzt werden.

Die Landesregierung, vertreten durch das MS, wird den Entwicklungsprozess vor dem Hintergrund des o. g. Landtagsbeschlusses in Verbindung mit dem Beschluss vom 13. Juni 2001 „Flächendeckende Versorgung und Betreuung schwerst kranker Kinder sicherstellen (LT-Drs. 14/2567) in Zusammenarbeit mit den im Runden Tisch vertretenen Leistungsanbietern, Kostenträgern und Vereinen betroffener Eltern auch weiterhin impulsgebend und moderierend sowie durch die Förderung von Projekten begleiten und voranbringen. Dabei wird, insbesondere mit Blick auf die voraussichtlich abnehmende Zahl der betroffenen Kinder, bei den mit Unterstützung durch das Land auf den Weg gebrachten bzw. zu bringenden Maßnahmen auf deren Nachhaltigkeit durch die Sicherstellung eine langfristigen Finanzierung noch verstärkt Wert gelegt werden müssen.

Angesichts der noch weiter abnehmenden Zahl der von Pflegebedürftigkeit und schwerer bis lebensbedrohlicher Krankheit und Behinderung betroffenen Kinder im Zuge der demographischen Entwicklung zum einen, zum anderen angesichts der sich absehbar weiter verengenden finanziellen Spielräume der öffentlichen Hand und der Sozialleistungs- bzw. Sozialversicherungsträger wird sich die bereits heute bestehende Problematik des Ausgleichs zwischen den berechtigten Anforderungen an eine nach Umfang und Qualität ausreichende Versorgung und der Wirtschaftlichkeit dieses Angebotes in den kommenden Jahrzehnten verschärft stellen. Soll zudem dem Ziel weitgehend gleichartiger Versorgungsbedingungen unverändert entsprochen werden – hiervon geht das MS aus –, wird die Lösung dieses Spannungsverhältnisses aus heutiger Sicht am ehesten durch den Ausbau ambulanter Hilfestrukturen und die Konzentration stationärer Angebote zu erreichen sein.

2.3.2 Personen mit dementiellen Erkrankungen

Die Vorausberechnungen über die Entwicklung der Zahl der (pflegebedürftigen) Menschen mit einer dementiellen Erkrankung (Abschnitt II.3) und die Analyse der Versorgungssituation dementiell erkrankter (alter) Menschen (Abschnitt I.3.4.2) lassen, zusammengefasst, erkennen:

- Eine menschenwürdige, zugleich aber aus privaten Einkommen und Vermögen wie aus Mitteln der Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Hand finanzierbare Versorgung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen stellt eine Zukunftsaufgabe von außerordentlicher Bedeutung dar.

- Die fehlenden Daten über die örtlichen Angebote (Dienste, Einrichtungen, Organisationen, Medien, Bildung und Beratung) lassen im Rahmen dieses Berichts nur eine vergleichsweise allgemeine und beispielhafte Darstellung und damit auch keine vergleichende Bewertung der Verhältnisse unter dem Aspekt einer flächendeckenden, auf das Ziel der Schaffung möglichst gleichartiger Lebensverhältnisse ausgerichteten Versorgung zu.

- Seit der Vorlage des Pflegerahmenplans des MS im Mai 2000 sind auch im Bereich der Versorgung dementiell erkrankter Menschen erhebliche Entwicklungen zu deren Gunsten zu verzeichnen. Dies bezieht sich sowohl auf die traditionellen Angebote der Pflege als auch die Erweiterung dieser Angebote durch niedrigschwellige Angebote sowie die Information und Beratung der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen.
  Dennoch muss für die Versorgungsstruktur insgesamt – ambulant, teilstationär und vollstationär – ebenso wie für Inhalte und Organisationsformen erheblicher Entwicklungsbedarf festgestellt werden. Dies war auch Ergebnis einer landesweiten Fachveranstaltung der CDU-Landtagsfraktion aus dem November 2004.

- Die Lösung der Frage der notwendigen Entwicklungen für die Verbesserung der Versorgung der Betroffenen mit Beratung und Hilfe sowie der Versorgungsstrukturen ist keinesfalls auf Fragen der pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI zu beschränken. Erforderlich ist der Einbezug aller relevanten Aspekte und Akteure aus dem Bereich der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, der Aus- und Fortbil-

dung, des Wohnungswesens, der Betroffenenvertretungen, der Verwaltung und der Kostenträger.
Dies muss vorrangig auf örtlicher Ebene geschehen; nur hier kann Transparenz geschaffen, können verbindliche Absprachen vergleichsweise leicht getroffen und ihre Einhaltung überprüft, können personale Kontakte genutzt werden, ist mehr Offenheit bei den Betroffenen für Ansprache zu erwarten und eine Berücksichtigung der ortsspezifischen, nicht selten historisch gewachsenen Bedingungen möglich.
Um gleichwohl eine gewisse Einheitlichkeit der Entwicklung hinsichtlich Zielen und Inhalten zu erreichen, bedarf es orientierender Leitlinien auf Landesebene.

Vor diesem Hintergrund **ist der Landesfachbeirat Psychiatrie vom MS formal beauftragt worden, ein zukunftsfähiges Konzept für ein abgestuftes flächendeckendes System der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen für Niedersachsen zu erarbeiten**.

Dem Ergebnis dieser Arbeiten soll nicht vorgegriffen werden. Unter Bezugnahme auf die Erkenntnisse zur Versorgungssituation (Abschnitt I.3.4.2) können aber bereits zu diesem Zeitpunkt einige Hinweise auf notwendige Anpassungs- und Entwicklungsmaßnahmen gegeben werden.[516] Hierzu zählen:

- die Verbesserung der Datenlage über örtliche Angebote.
  Hierzu ist auf die in Vorbereitung befindliche Datenbank über Einrichtungen und Leistungen der Eingliederungshilfe und der Altenhilfe („Informationsplattform Altenhilfe“) [517] hinzuweisen, die das IZN derzeit im Auftrage des MS in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden erarbeitet.

- die verstärkte Vernetzung der für die Versorgung vor Ort Verantwortlichen unter Einbezug der Betroffenenvertretungen.
  Hierzu könnten aus den örtlichen Pflegekonferenzen heraus örtliche „Bündnisse Demenz“ geschlossen werden. Angesichts der Größenordnung und Bedeutung des Entwicklungsbedarfs erscheinen solche Vernetzungen auf örtlicher oder regionaler Ebene dringend erforderlich. Die gesetzlichen Möglichkeiten zur Gründung einer örtlichen Pflegekonferenz (§ 4 NPflegeG) sollten in diesem Zusammenhang verstärkt ein- bzw. umgesetzt werden.

- die verbesserte Früherkennung und Frühtherapie von Altersdemenzen durch die Hausärzte.

---

[516] Einzelne konkrete Vorschläge, die sich weitgehend den nachfolgenden Hinweisen für notwendige Anpassungsmaßnahmen und für Entwicklungsbedarf zuordnen lassen, enthält auch die Untersuchung zur Regionalen Versorgung von Demenzkranken (a. a. O., S. 41 f). Erwähnt werden soll in diesem Zusammenhang der Vorschlag, in allen Regionen eine Institution zu bestimmen, die als Ansprechpartner zu allen Fragen zur regionalen Versorgung von Demenzkranken zur Verfügung steht und Funktionen eine Clearingstelle übernimmt.
[517] Näheres siehe Abschnitt I.3.5.2

Hierzu befindet sich nach Auskunft des Arbeitsbereichs Versorgungsforschung der MHH in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Hausärzteverband e. V. und der Ärztekammer Niedersachsen ein entsprechendes Fortbildungsprojekt in Vorbereitung, das die Erarbeitung eines landeseinheitlichen praxistauglichen Informations- und Schulungskonzepts und dessen flächendeckende kleinräumige Umsetzung im Land zum Ziel hat.

- ein vermehrtes Angebot an betreuten Wohnformen für alte / pflegebedürftige / demente Menschen sowie die Intensivierung struktureller Entwicklungen in Pflegeheimen, die den besonderen Bedürfnissen der dementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Rechnung tragen (s. Abschnitt III.2.2).
  Adressaten dieser Forderung sind in erster Linie die örtlichen Wohnungsunternehmen, die Kommunen und die Anbieter von ambulanten, teilstationären und stationären Pflege- und Betreuungsleistungen sowie Betroffenenvertretungen.

2.3.3 Menschen mit Behinderungen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Menschen, die nicht eine alternsbedingte Behinderung und überwiegend auch keinen alternsbedingten Pflegebedarf aufweisen.

Ambulante Versorgung:

Über Anzahl und Versorgungssituation von pflegebedürftigen behinderten Menschen, die zu Hause leben, liegen – da nicht statistisch erfasst – keine exakten Daten vor. Da nur 23,5% der Ende 2003 150.203 Leistungsempfängerinnen und -empfänger von häuslichen Pflegeleistungen aus der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung weniger als 65 Jahre alt waren[518], nur ca. ein Drittel der Bezieherinnen und Bezieher von häuslichen Pflegeleistungen Pflegedienste in Anspruch nehmen und sicher nicht alle hiervon zugleich behindert sind, ist von einer verhältnismäßig geringen Zahl betroffener Personen auszugehen[519].

Sie können wie alle anderen häuslich Pflegebedürftigen bei Bedarf von Pflegesachleistungen nach dem SGB XI auf die örtlichen Pflegedienste zurückgreifen. Bei aus körperlicher Behinderung folgendem Pflegebedarf und Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung ist grundsätzlich anzunehmen, dass dieser auch mit den üblicherweise vorhandenen personellen Ressourcen der Pflegedienste an Fach- und Hilfspflegekräften abzu-

[518] einschl. solcher mit Bezug von Leistungen der Tages- und der Kurzzeitpflege
[519] Bei Annahme einer Quote von 50% an behinderten pflegebedürftigen Pflegesachleistungsempfängerinnen und -empfängern: rd. 3.300 Personen.

decken ist. Nur in besonders schweren Fällen, wo es z.B. besonderer Techniken zur Übernahme der Verrichtungen oder bei der Unterstützung dieser Durchführung der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person selbst bedarf, könnten Pflegedienste, die nicht über besonders geschultes Personal verfügen, überfordert sein und das vorhandene Hilfsangebot insoweit nicht ausreichen.

Bei pflegebedürftigen Menschen mit einer (schweren) geistigen Behinderung oder seelischen Behinderung bedarf es hingegen besonderer durch Aus- und/oder Weiterbildung vermittelter Kenntnisse. Für solche Personen bieten sich insbesondere die Familienentlastenden Dienste (FED) an, sofern diese zugleich einen Versorgungsvertrag für ambulante Pflege haben.[520]
Ein Fehlen solcher Kenntnisse kann hinsichtlich der pflegerischen Leistungen sicherlich durch die Unterstützung von seiten der Pflegepersonen, die mit den behinderten Menschen vertraut sind, ganz oder doch teilweise ausgeglichen werden. Über dennoch bestehende Versorgungsmängel liegen aber keine Erkenntnisse vor.

Zusätzlich zu den allgemeinen Pflegediensten bestehen ambulante Hilfsangebote für Menschen mit Behinderungen, die (auch) pflegerischen Leistungen nach dem SGB XI erbringen, soweit sie hierfür einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Dies ist nur zum Teil der Fall oder bekannt (s. Abschnitt I.1.4.3). Es handelt sich dabei um die Dienste der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB), die Familienentlastenden Dienste (s. o.) und einige privatvertragliche Pflegeverhältnisse der sogenannten persönlichen Assistenz (‚Arbeitgebermodell‘)[521].

Die Versorgungslage ist insofern wenig transparent. Wie im Fall der pflegebedürftigen Kinder erscheint es auch für die behinderten Menschen mit häuslichem Pflegebedarf erforderlich, nähere Informationen über die Zahl der betroffenen Menschen und ihre Versorgungslage zu erhalten. Das Thema sollte im Landespflegeausschuss auf seine Relevanz hin angesprochen werden; weitere Schritte wären in Abhängigkeit vom Beratungsergebnis vorzunehmen.

[520] siehe Abschnitt I.3.4.3

Stationäre Versorgung

Zur Zeit gibt es in Niedersachsen – ausgehend von einem niedrigen Niveau - eine zunehmende Zahl von Pflegeplätzen für stationär pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen.[522] Unverändert leben jedoch die meisten dieser Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und erhalten dort Leistungen nach § 43a SGB XI in Höhe bis zu monatlich 256 €. Für die kommenden Jahre werden bezüglich dieses Verhältnisses wesentliche Änderungen nicht erwartet, leichte Verschiebungen werden jedoch für möglich gehalten.

Die stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen – hierzu zählen neben den so genannten Langzeiteinrichtungen auch die Wohnstätten an Werkstätten für behinderte Menschen – sind langzeitige Lebensorte der Bewohnerinnen und Bewohner, oft bis zu ihrem Tod.

Mit inzwischen der allgemeinen Lebenserwartung annähernd angeglichener Lebenserwartung dieses Personenkreises ist die Zahl der alterungsbedingt pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in diesen Einrichtungen gewachsen und wird auch in den kommenden Jahren noch steigen.

Mit der zunehmenden Zahl besonderer Einrichtungen insbesondere für den Personenkreis der geistig behinderten Menschen wird es möglich, im Rahmen von Best-Practice tragfähige Konzepte für die richtige Versorgung dieser Personen zu entwickeln. Auch diese Thematik könnte vom Landespflegeausschuss aufgegriffen werden.

2.3.4 Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten oder mit Schädel-Hirn-Trauma

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Für Multiple-Sklerose-Erkrankte (MS-Kranke) besteht nach Aussagen der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Niedersachsen, eine Unterver-

---

[521] Letztere sind im Zuge des zweiten SGB XI-Änderungsgesetzes vom Bundesesetzgeber ausgeschlossen worden. Die Koalitionsvertrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 20.10.1998 enthält einen Prüfauftrag, ob die sogenannten ‚Arbeitgebermodelle' künftig wieder berücksichtig werden können.

[522] siehe Abschnitt I.3.4.3

sorgung (zumindest im Nordwesten) bei speziellen vollstationären Pflegeeinrichtungen. Altenpflegeheime, auf die in der Regel ausgewichen werden muss, stellen angesichts der krankheitsbedingt besonderen Pflegeanforderungen und des zumeist jungen oder mittleren Alters der MS-Kranken für sie nach Auffassung der DMSG kein adäquates Lebensumfeld dar. Hiervon sind besonders Frauen betroffen, da sie erfahrungsgemäß – vor allem bei schweren Stadien der Krankheit – seltener auf die notwendige dauerhafte Hilfe im privaten Umfeld rechnen können als vergleichbar betroffene Männer. Eine Möglichkeit der besseren Versorgung böte sich durch die geplanten besonderen Wohngruppen an Pflegezentren (s. Abschnitt I.3.4.4) bzw. durch eine Verstärkung des Angebotes von ambulant Betreuten Wohngruppen. Ein solches Angebot könnte auch den Widerspruch zwischen gewünschter Wohnortnähe und weiter entfernten Spezialeinrichtungen entschärfen. Es wird davon ausgegangen, dass diesbezügliche Impulse auf örtlicher Ebene durch die Ortsgruppen der DMSG mit Unterstützung durch den Landesverband erfolgen.

Aids-Kranke

Nach Aussage der Niedersächsischen AIDS-Hilfe wie auch der MHH wäre gerade bei diesem Personenkreis eine „Integrierte Versorgung“ vonnöten; insbesondere bei der Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt fallen junge HIV-Patienten in eine „Versorgungslücke“. Es fehle insbesondere an ambulanten Diensten (mit einer entsprechenden Vergütung). Benötigt werde ein umfassendes multiprofessionelles flexibles pflegerisches Netzwerk auch mit entsprechenden (teil-)stationären Plätzen oder ein zusätzliches Angebot an ambulant Betreutem Wohnen mit entsprechendem Case- und Care-Management.
Aus Sicht der Landesregierung erfordert die epidemiologische Entwicklung von Aids in Zukunft wirksame Maßnahmen zur Verhinderung einer schnellen Ausbreitung bei den Hauptbetroffenen. Dazu gehört u. a. auch die Sicherstellung von geeigneter Beratung sowie Hilfe und Selbsthilfe bei der Betreuung von Betroffenen. Aus diesem Grund soll die Geltungsdauer der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen zur Verhütung und zur Bekämpfung von AIDS“ zum nächstmöglichen Zeitpunkt erneut für weitere 4 Jahre verlängert werden (1,383 Mio. € für Aids-Hilfe und Beratungsstellen).

Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“

Ein Rahmenkonzept zur vollstationären Versorgung des Personenkreises der Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ ist inzwischen unter Mitwirkung der LAG der Nachsorgeeinrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“, der Landesorganisationen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, des MDKN und des MS ist vom Landespflegeausschuss am 29.11.2000 zur landesweiten Orientierung empfohlen worden (s. Abschnitt I.3.4.4) und wird auch entsprechend angenommen.

Die Landesregierung vertritt die fachlich begründete Auffassung, dass pflegebedürftige Menschen mit einer schweren und schwersten Hirnschädigung, die chancenerhaltende aktivierende Pflege erhalten („Phase F“), dieser Hilfen in besonders dafür qualifizierten Einrichtungen bedürfen. Dabei ist – angesichts der vergleichsweise geringen Zahl dieser Personen (gegenwärtig ca. 1.100 in Niedersachsen) – zwangsläufig das Kriterium der Ortsnähe gegenüber der Fachlichkeit der Hilfen als nachrangig zu bewerten (s. a. hierzu Ergänzung der Rahmenempfehlung des Landespflegeausschusses vom 16.03.2004, Abschnitt I.3.4.4). Umso wichtiger ist darum ein gleichmäßiger, intensiver und möglichst häufiger Kontakt der Einrichtungen mit den Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner der Fachpflegeeinrichtungen. Dementsprechend sind ausreichende Möglichkeiten für den Aufenthalt von Angehörigen in oder in der Nachbarschaft zu den Einrichtungen vom Träger vorzusehen.

Das Angebot an solchen Pflegeplätzen hat sich zwischenzeitlich konsolidiert und reicht auf mittelfristige Sicht aus. Das gilt auch unter Einschluss der zu dem o.g. Personenkreis zu zählenden beatmungspflichtigen Personen. Die Entwicklung der „Phase G“ wurde unter Abschnitt II.3 dargestellt. Es ist davon auszugehen, dass weitere Einrichtungen für diesen Personenkreis entsprechend der Bedarfslage insbesondere von den in der LAG der Nachsorgeeinrichtungen („Phase F“) zusammengeschlossenen Einrichtungsträgern angeboten werden. Sofern diese den Status von Pflegeeinrichtungen besitzen, erfolgt eine Investitionskostenförderung nach den Vorschriften des NPflegeG. Angesichts der Tatsache, dass ca. 2/3 der pflegebedürftigen Personen mit einer schweren oder schwersten Schädel-Hirnschädigung zuhause von Angehörigen versorgt und mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste gepflegt werden, wird die Notwendigkeit gesehen, seitens der Einrichtungsträger vermehrt Kurzzeitpflegeangebote zur zwi-

schenzeitlichen Entlastung der häuslichen Pflegepersonen vorzuhalten (s.a. Abschnitt II.3).

Die pflegenden Angehörigen werden von dem bundesweit tätigen Selbsthilfeverband „Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.“ bzw. den anderen Selbsthilfeverbänden betreut und auch in Notfällen telefonisch oder persönlich beraten.

Nach dem derzeitigen Erkenntnisstand ist insoweit im Blick auf die pflegerische Versorgungsstruktur für Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“ bzw. „G“ eine positive Entwicklung zu erkennen. Für erforderliche Anpassungsmaßnahmen im Einrichtungsbestand oder Neubaumaßnahmen sowie für künftige Zulassungen als Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI von Seiten der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen soll das o.g. Rahmenkonzept unvermindert die Grundlage bilden.

2.3.5 Migrantinnen und Migranten

Die **zunehmende Zahl der älteren ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger** wird zwangsläufig zu auch zu einer größeren Zahl von pflegebedürftigen Personen hierunter führen. Ob dies zugleich auch zu einer größeren Nachfrage nach ambulanten oder stationären Pflegeleistungen oder anderen Versorgungsarrangements z. B. in Form Betreuten Wohnens oder Betreuter Wohngemeinschaften (mono- oder multikulturell) führen wird, wird von einer Vielzahl – einander zum Teil auch bedingender – Faktoren abhängen, z. B. von

- den künftigen leistungsrechtlichen Bestimmungen der Pflegeversicherung,
- der Entwicklung im Blick auf die Unterstützungsleistungen durch Familienangehörige,
- dem Abbau bestehender Barrieren auf Seiten der Migrantinnen und Migranten ebenso wie seitens der Anbieter von Pflegeleistungen (s. Abschnitt I.1.3.6.

Nach Einschätzung von Trägern von Pflegeheimen und Pflegediensten, die ethnospezifische bzw. transkulturelle Pflege anbieten, wird es im Blick auf die zunehmende Angleichung der Lebensverhältnisse von deutscher und ausländischer Bevölkerung zu einer **steigenden Nachfrage nach familienexternen Dienstleistungen** kommen.

Welcher **Art und welchen Umfangs** diese Nachfrage sein wird, ist allerdings **kaum prognostizierbar**.

Anzunehmen ist, dass– zumindest auf absehbare Zeit – den familienergänzenden ambulanten und teilstationären Hilfen sowie Formen des Betreuten Wohnens größere Bedeutung zukommen wird als denjenigen, die familienersetzenden Charakter haben (Pflegeheime). Hierauf sind die **Leistungserbringer der ambulanten und der teilstationären Pflege** aber auch die **Wohnungswirtschaft** bislang **nicht hinreichend vorbereitet**. **Erforderlich** erscheint vor diesem Hintergrund von dort – nicht zuletzt unter dem Aspekt der notwendigen wirtschaftlichen Tragfähigkeit speziellen Personaleinsatzes oder spezieller Leistungsangebote – eine **verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber den diesbezüglichen bevölkerungsstrukturellen Entwicklungen**. Dabei kommt den **Kommunen** – am besten in Gestalt einer systematischen Zusammenarbeit mit den auf örtlicher Ebene an der Gestaltung der Gesundheit, Sozial- und Pflege-Infrastruktur sowie dem Wohnungswesen Beteiligten – im Rahmen ihres Auftrages der allgemeinen Daseinsvorsorge eine **besondere Steuerungs- und Moderationsverantwortung** zu. Dies gilt **vor allem** für **Kommunen mit einem hohen Anteil ausländischer Bevölkerung** (s. Abschnitt I.1.3.6).

Das Land beteiligt sowohl durch die Förderung von Einzelmaßnahmen (s. Abschnitt I.3.4.5) als auch im Rahmen des niedersächsischen Handlungsprogramms Integration aktiv an dem Entwicklungsprozess; so u. a. auch für eine interkulturelle Öffnung der Regeldienste. In der Fortschreibung des Handlungsprogramms[523] vertritt sie dazu folgende Position:

„Um das Zusammenleben von Migrantinnen und Migranten mit der einheimischen Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, verfolgt die niedersächsische Landesregierung den Ansatz der Sensibilisierung der Beschäftigten im Blick auf die für Zugewanderte zu erbringenden Dienstleistungen, um die Zugangsschwellen zu Institutionen und Diensten zu beseitigen. Die veränderte Zusammensetzung unserer Gesellschaft muss sich auch in öffentlichen Dienstleistungen und Einrichtungen widerspiegeln. Migrantinnen und Migranten müssen mit ihren individuellen und kulturellen Bedürfnissen wahrgenommen und gleichzeitig als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger, Klienten, Nutzer und Kunden akzeptiert werden.
Erklärtes Ziel ist es, interkulturelle Kompetenz bei der Dienstleistungserbringung der Daseinsvorsorge zum Qualitätsmerkmal zu machen. Die interkulturelle Orientierung der Verwaltung, der öffentlichen Dienstleistungen und der freien Träger, die staatlich gefördert werden, erhöht die Qualität der Leistungserbringung. Auch Zugewanderte sind "Kunden" sozialer Dienstleistungen, die den Grundbedürfnissen aller angemessen Rechnung zu tragen haben.
Die interkulturelle Öffnung hat mehrere Dimensionen:

[523] Kabinettsbeschluss vom 25.10.2005

- Sie setzt eine Öffnung sowohl der Organisationen als auch der darin handelnden Personen voraus;
- Sie zielt auf die Erschließung der Bedürfnis- und Lebenswelt von Migrantinnen und Migranten;
- Sie erfordert die Orientierung der eigenen Leistungsangebote an der Vielschichtigkeit unserer Gesellschaft.

Die gezielte Förderung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dabei unabdingbar. Vor allem müssen auch Migrantinnen und Migranten bei der Personalauswahl berücksichtigt werden. Die konkrete Personalpolitik ist ein Gradmesser der interkulturellen Öffnung einer Institution.

Die notwendige interkulturelle Öffnung der Grundversorgung gilt für die gesamte Breite der Einrichtungen und Angebote. Sie reicht vom Kindergarten bis hin zu den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege. Die bestehenden Zugangsbarrieren haben vielfältige Ursachen. Die wechselseitige Verständigung wird durch Sprachprobleme wie durch die traditionelle Ausrichtung der Beratungsangebote auf die einheimische Bevölkerung erschwert. Zugewanderte haben oft mangelnde Kenntnisse des Versorgungssystems sowie Ängste vor möglichen ausländerrechtlichen Konsequenzen.
Viele niedersächsische Kommunen sind auf einem guten Weg, Zugangsbarrieren abzubauen und Beratungsangebote interkulturell zu öffnen. Das neue ZuwG mit der darin beschriebenen Rolle der Kommunen als Akteure bei der Umsetzung der Integrationskurse wird diesen Prozess ebenso beschleunigen wie die Einbindung der kommunalen Leitstellen in die Kooperative Migrationsarbeit.

Maßnahmen

- Die migrationsspezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zu erweitern;
- die Vernetzung der Regelangebote mit den migrantenspezifischen Diensten und Projekten wird forciert;
- in allen Bereichen des öffentlichen Dienstes sollen vermehrt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus anderen Kulturen eingestellt und Fachkräfte mit interkulturellen Erfahrungen und Kenntnissen beschäftigt werden.“

Der Abbau von Barrieren für einen verbesserten Zugang zur und eine gleich geartete Nutzung der pflegerischen Versorgungsstruktur von Seiten der Migrantinnen und Migranten ist eine Aufgabe, die kurzfristig angegangen werden muss und kann. Hierzu können vor allem die Leistungsanbieter der ambulanten Pflege in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen vor folgendem Hintergrund aktiv unterstützend wirken:

Angesichts der im Vergleich zur deutschen Bevölkerung (derzeit noch) weitgehend familienzentrierten Hilfe- und Unterstützungsstrukturen der ausländischen Bevölkerung ist für den Fall, dass Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden, anzunehmen, dass weit überwiegend Pflegegeldleistungen bezogen werden. Dies verpflichtet die Leistungsnehmerinnen und –nehmer zur Inanspruchnahme der Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI[524]. Über die Pflegedienste, die diese Beratungen vornehmen, ist grundsätzlich ein systematischer pflegefachlicher wie persönlicher Zugang zu exter-

nen Hilfeangeboten gewährleistet. Den Pflegefachkräften der Pflegedienste kommt damit bei den Beratungsbesuchen eine Schlüsselfunktion zu im Blick auf

- die Feststellung einer durch Familie gesicherten Pflege,
- die Information über Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen, Diensten und Einrichtungen der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie über konkrete Angebote,
- den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses als Basis zum Abbau von Hemmschwellen zur Inanspruchnahme des Hilfesystems,
- die konkrete Vermittlung von Hilfsangeboten.

Erkenntnisse seitens der Landesorganisationen der Pflegekassen oder bezüglich der Erfahrungen der Pflegedienste im Lande aus den Beratungsbesuchen bei pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten, die z. B. die Entwicklung eines Beratungskonzeptes ermöglichen würden, das auf die besondere Situation dieser Personengruppe ausgerichtet ist, liegen derzeit nicht vor. Anzuregen wäre in diesem Zusammenhang eine empirische Untersuchung; sie sollte zweckmäßiger Weise ihren Schwerpunkt in Teilregionen des Landes mit besonders hohem Ausländeranteil haben, jedoch auch Vergleichsregionen mit vergleichsweise geringer Zahl an ausländischen Einwohnerinnen und Einwohnern einbeziehen, um die besondere Situation der dort – eher vereinzelt lebenden – Migrantinnen und Migranten mit zu berücksichtigen.

Die Beobachtung gesellschaftsstruktureller Entwicklungen und die hierauf abgestimmte Erarbeitung von handlungsleitenden Konzepten, von Programmen und Einzelmaßnahmen der für die pflegerische Versorgung und Versorgungsstruktur Verantwortlichen setzt entsprechende **Datengrundlagen** voraus. Diese sind **bezüglich der Pflege ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger** aufgrund fehlender Rechtsgrundlagen zur Erfassung **nicht vorhanden**. Unbeschadet der Richtigkeit des systematischen Abbaus von statistischen Erhebungen im Sinne des Bürokratieabbaus und der Verwaltungsvereinfachung erscheint eine Ergänzung der Pflegestatistik um die Möglichkeit zur Erfassung von Basisdaten zur pflegerischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten erforderlich. Sie erscheint auch verhältnismäßig; sie würde den Aufwand bei den auskunftgebenden Pflegediensten und Pflegeheimen sowie den Pflegekassen (im Zusammenhang mit der Gewährung von Pflegegeld) nur unwesentlich erhöhen. Gleiches

---

[524] Weitergehend hierzu siehe Abschnitt I.4.2.2

gilt für die Statistischen Landesämter und das Statistische Bundesamt, die die im zweijährigen Abstand vorgenommenen Erhebungen zusammenführen und auswerten. Die entsprechende **geringfügige Ergänzung des § 109 Abs. 1 SGB XI sollte im Zuge der** anstehenden **Novellierung des SGB XI angestrebt werden**. Das MS wird dies im Rahmen von Bund-Länder-Gesprächen zur Novellierung des SGB XI auf Fachebene einbringen.

2.3.6 Sterbende

Seit Vorlage des Pflegerahmenplans vom Mai 2000 ist in Niedersachsen eine weiterer deutlicher Ausbau der stationären und der ambulanten Versorgung und Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen zu verzeichnen. Das Angebot an stationären Hospizen hat sich von 8 auf 12 Einrichtungen erhöht; das damals in Vorplanung begriffene Kinderhospiz Löwenherz hat im Herbst 2003 seine Tätigkeit aufgenommen. Auch die ehrenamtliche Hospizarbeit hat sich positiv entwickelt; auch hier sind die beiden Hospizdienste für sterbende Kinder besonders zu erwähnen.

Die Versorgung in Niedersachsen mit stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten ist weiterhin in Entwicklung begriffen (s. auch Abschnitt I.3.4.6). Insbesondere letztere stellen als flankierende Hilfen für Familien mit pflegebedürftigen todkranken Angehörigen aus humanitären Gründen wie im Sinne der zukünftig noch erforderlichen Stärkung der privaten Pflegebereitschaft[525] ein äußerst wertvolles Hilfeangebot dar.

Zulassung und Betrieb von stationären Hospizen setzen die Trägerschaft durch oder die vertragliche Kooperation mit einem ehrenamtlichen Dienst der Sterbebegleitung voraus. Im Blick darauf ist zu erwarten, dass weiterer Bedarf an stationären Hospizen im Rahmen der Tätigkeit solcher ehrenamtlicher Dienste erkannt und mit Unterstützung durch die Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz realisiert wird. Das MS geht daher von einem nachfrageorientierten Angebot solcher Einrichtungen aus. Ein besonderer Handlungsbedarf wird insoweit gegenwärtig nicht gesehen.

[525] siehe Abschnitt II.2.2

3. Personalbestands- und Nachwuchssicherung

Fachlich gute Pflege erfordert gut ausgebildetes Personal, das in seiner Tätigkeit dem jeweiligen Stand der medizinisch-pflegerischen Kenntnisse entspricht. Hierfür im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Ausbildung, die Berufsausübung und die Weiterbildung die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, ist seit jeher ein besonderes Anliegen aller Landesregierungen gewesen. So hat Niedersachsen als eines der ersten Länder in 1996 eine dreijährige Ausbildung in der Altenpflege mit Ausbildungsvergütung geregelt.[526] Die Bestimmungen dieses Gesetzes haben maßgeblich Eingang gefunden in das Altenpflegegesetz des Bundes[527], das nunmehr die Altenpflegeausbildung bundeseinheitlich regelt. Mit dem Altenpflegegesetz und dem mit Wirkung zum 01. Januar 2004 umfänglich novellierten Krankenpflegegesetz[528] und den zu beiden Gesetzen ergangenen Ausbildungsverordnungen bestehen Rechtsgrundlagen, die dem derzeitigen pflegewissenschaftlichen Entwicklungsstand Rechnung tragen.

Das Land blieb weiterhin zuständig für die Ausbildung der Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie die so genannten Helferberufe in der Alten- und in der Heilerziehungspflege. In der Folge des Beschlusses des Bundesverfassungsgericht zur Verfassungskonformität des Bundes-Altenpflegegesetzes vom 17.07.2003 gelangte auch die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe in Landeszuständigkeit. Das für Ausbildungsfragen in den anderen als ärztlichen Heilberufen (Fachberufe des Gesundheitswesens) zuständige Niedersächsische Kultusministerium prüft derzeit im Rahmen einer Erprobung die Zweckmäßigkeit der Zusammenfassung der verschiedenen Helferberufe in der Pflege.[529] Ziel ist vor allem die Erhöhung der Berufschancen der Absolventen der integrierten Helferausbildung durch flexible Einsatzmöglichkeiten in der Alten-, Kranken- oder Heilerziehungspflege. Intendiert für eine spätere rechtliche Regelung sind auch Anrechnungsvorschriften zur Vereinfachung des Übergangs in die Voll-Ausbildungen.

Die Berufsverbände der Fachberufe im Gesundheitswesen fordern seit einer Reihe von Jahren eine integrierte Ausbildung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Ein entsprechendes Modellvorhaben wird mit Förderung durch das BMFSFJ zurzeit durch das Henriettenstift in Hannover erprobt. Die Landesregierung unterstützt dieses

---

[526] Niedersächsisches Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflege-Berufegesetz – APBG-) vom 20. Juni.1996, Nds. GVBl. 11/1996 S. 276, geändert durch Gesetz vom 15. Juni 1999 (Nds. GVBl. 13/1999 S. 158)

[527] Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG-) i. d. Bekanntmachung vom 25.8.2003 (BGBl. I S. 1690

[528] Gesetz über die Berufe der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16.7.2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 22.10.2004 (BGBl. I 2657)

Projekt. Die Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 greift diese Thematik ebenfalls auf[530] als Beispiel für Maßnahmen, die aus dortiger Sicht erforderlich sind, um in Zukunft genügend professionelle Pflegekräfte für die Pflege zu gewinnen und die Qualität der Pflege zu sichern. Die Umsetzung einer integrierten Ausbildung behindert bislang neben berufsfachlichen Erwägungen insbesondere die unterschiedliche Finanzierungssystematik für die theoretische Ausbildung und für die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen. Es wird abzuwarten sein, ob und in welcher Form die neue Bundesregierung die Forderung der Koalitionsvertrag aufnimmt.

Das Land hat durch sein Weiterbildungsgesetz und die dazu ergangene Weiterbildungsverordnung[531] die staatlich anerkannten und mit einem Schutz der Weiterbildungsbezeichnung versehenen Weiterbildungen in den anderen Heilberufen normengerecht geregelt und hinsichtlich der an die Inhalte der Weiterbildung und die Zulassung der Weiterbildungseinrichtungen zu stellenden Anforderungen nach neustem Kenntnisstand angepasst. Eine Novellierung des Weiterbildungsgesetzes und der Verordnung steht an; hierbei sollen insbesondere die zwischenzeitlich in der Praxis gewonnenen Erfahrungen eingearbeitet werden. Die Verordnung soll zudem um die dann normengerecht geregelte Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung ergänzt werden. Letztere wird künftig in der Betreuung und Pflege der zu erwartenden Zahl der psychisch veränderten alten Menschen zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Während Aus- und Weiterbildung staatliche Aufgaben sind, liegt die Verantwortung für die Nachqualifizierung des Personals in der Pflege im Rahmen von Fortbildung bei den Trägern der Dienste und Einrichtungen. Nach den Erkenntnissen des MDKN aus den Qualitätsprüfungen insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen befriedigen Kenntnisstand und daraus resultierende Pflegehandlungen auch des Fachpersonals nicht immer voll. Eine Anregung der ehemaligen Sozialministerin Dr. Trauernicht zur Durchführung einer Fortbildungsoffensive hat bedauerlicherweise in der Pflegesatzkommission keine Mehrheit gefunden. Als – indirektes – externes Steuerungsinstrument verbleiben die Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes aus den Qualitätsprüfungen und die hieraus ggf. erfolgenden Auflagen der Landesorganisationen der Pflegekassen (§ 115 Abs. 2 SGB XI) im Hinblick auf Maßnahmen zur Abhilfe bei festgestellten Mängeln. Hierzu könne auch erkannte Wissensdefizite beim Personal gehören. Grundsätzlich

---

[529] siehe Abschnitt I.4.2.5
[530] a. a. O., S. 92
[531] a. a. O.

kommen auch Anordnungen der Heimaufsicht in Betracht; sie setzen allerdings Verfehlungen erheblicher Schwere voraus.

Die Einrichtungsträger können solchen externen Eingriffen im Vorfeld durch die Erstellung und Umsetzung eines jährlichen Fortbildungskonzeptes im Rahmen des betriebsinternen Qualitätsmanagements begegnen. Hier ist insoweit auch ein gewisser Handlungsbedarf zu sehen. Dieser bezieht sich z. B. auch auf Mängel in der Kommunikation zwischen den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern im Hinblick auf die nach Erkenntnissen des MS zunehmende Zahl nicht-deutscher Fach- und Hilfskräfte in den Einrichtungen, die aufgrund ihrer Herkunft nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. In einem auf verbalen Austausch in besonderer Weise angewiesenen Tätigkeitsfeld wie der Pflege und Betreuung alter, vielfach zudem noch geistig beeinträchtigter Menschen, ist dies ein großer Mangel. Mangelndes Sprachverständnis kann nicht nur zu Pflegefehlern führen, es beeinträchtigt auch nachhaltig das Wohlbefinden der alten Menschen.

Fachliche Qualität in der Pflege ist zwar ein notwendiges aber nicht hinreichendes Kriterium für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Es bedarf dazu auch einer ausreichenden Zahl an Fach- und Hilfskräften. Hiervon kann nach Aussagen aus der Praxis zur Zeit ausgegangen werden. Hierzu tragen zum einen in der Folge des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes[532] und des Fallpauschalen-Gesetzes[533] verringerte Übernahmen von Absolventinnen und Absolventen der Krankenpflegeschulen durch die Krankenhäuser bei.[534] Hierbei dürfte es sich allerdings nur um eine vorübergehende Situation handeln. Ob und in wie weit hieraus mittelfristig ein Mangel an Fachkräften in der Krankenpflege zu verzeichnen sein wird, ist derzeit nicht abzuschätzen; Kultus- und Sozialministerium werden die Entwicklung laufend verfolgen.

Zum anderen konnte bislang die steigende Nachfrage nach Nachwuchskräften in der Altenpflege – wenn auch in den vergangenen fünf Jahren nicht immer an allen Orten gleichmäßig – durch die laufend gestiegene Zahl an Schülerinnen und Schülern offenbar ausgeglichen werden. Dies ist sicherlich nicht zuletzt auf die fortgesetzte Werbung

---

[532] vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190

[533] vom 23.04.2002 (BGBl. I 1412, zuletzt geändert durch das 2. Gesetz zur Änderung von Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz – 2FPÄndG) vom 15.12.2004 (BGBl. I S. 3429)

[534] nach gesicherter Erkenntnis des Kultusministeriums, die von Seiten der Verbände der Leistungserbringer bestätigt werden.

des MS bei den Einrichtungsträgern um die Bereitstellung von Plätzen für die praktische Ausbildung zurückzuführen.

Das MS hat in seinem Bemühen um die Nachwuchssicherung in der Pflege, vornehmlich der Altenpflege, im Jahr 2001 eine „Personalinitiative Pflege“ angeregt.[535] Alle mit der Personalbestands- und Nachwuchssicherung in der Pflege befassten Verbände und Organisationen, Bildungsträger, Gewerkschaften etc. sind dieser Anregung gefolgt und haben hierfür einen landesweiten Arbeitskreis gegründet. Das Land hat die Arbeit dieses Gremiums auf einen Zeitraum von drei Jahren durch die Förderung einer Geschäftsstelle unterstützt. Der Landesarbeitskreis besteht auch nach Ablauf der Förderung im Mai 2005 weiter; es wurde eine enge Zusammenarbeit mit dem Landespflegeausschuss vereinbart. Durch eine vom Landesarbeitskreis ausgehende Imagekampagne für den Altenpflegeberuf ist es für die letzten Ausbildungsjahre gelungen, die Bewerberinnen und Bewerber um einen Ausbildungsplatz in der Altenpflege deutlich zu erhöhen.

Umso mehr lässt die Situation hinsichtlich des Angebots an Praxisplätzen für die Ausbildung nach wie vor unbefriedigt. Im Verhältnis zur Zahl der verfügbaren Plätze an den Altenpflegeschulen bedürfte es weiterer Ausbildungsplatzangebote in Pflegeheimen und bei Pflegediensten. Das MS erneuert an dieser Stelle seine Aufforderung an die Einrichtungsträger, letztlich zur eigenen Zukunftssicherung vermehrt Ausbildungsplätze bereitzustellen. Die Pflegesatzkommission hat kürzlich die Anhebung des Betrages zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen von davor 6.000 auf 7.300 Euro je Auszubildender /-dem empfohlen und damit die Situation für die ausbildenden Betriebe verbessert.

Mit Sorge betrachtet die Landesregierung die durch die Regelungen des SGB II und Regelungen des SGB III, die die zeitliche Begrenzung der Förderung beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen in den anderen Heilberufen betreffen (§ 434 d SGB III), bewirkten Verschlechterungen für Umschulungen u. a. in der Alten- und der Krankenpflege. Eine Bundesratsinitiative Niedersachsens auf Entfristung der o. g. Vorschrift ist bedauerlicherweise an der Haltung des Bundes gescheitert. Erreicht werden konnte letztlich lediglich eine Verlängerung der bisherigen Regelung um ein Jahr auf das Ende 2005.[536]

---

[535] siehe Abschnitt I.4.2.6
[536] siehe hierzu eingehender Abschnitt I.4.2.5

Angesichts der im Zuge von SGB II auf kurzfristige Maßnahmen konzentrierten Förderpraxis der Bundesagentur für Arbeit ist nach vorläufiger Erkenntnis des Kultusministeriums bereits jetzt ein deutlicher Rückgang der Zahl der Umschülerinnen und Umschüler in der Altenpflege zu verzeichnen. Die weitere Entwicklung wird vorerst abgewartet werden müssen; der Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ wird sich diesem Thema voraussichtlich verstärkt annehmen müssen.

Für die zukünftige Entwicklung ist des Weiteren festzustellen:

Grundsätzlich haben die überschlägigen Berechnungen zum Personalbedarf in der Pflege[537] keinen dringenden Handlungsbedarf erkennen lassen. Gleichwohl muss die Entwicklung kontinuierlich verfolgt werden, um ggf. rechtzeitig im Rahmen des Möglichen steuernd eingreifen zu können. Hierfür bietet der Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ in Zusammenarbeit mit dem Landespflegeausschuss eine gute institutionelle Basis. Die im Zuge der „Personalinitiative Pflege“ erreichten Erfolge hinsichtlich der vermehrten Zahl an jungen Menschen, die sich konkret für einen Ausbildungsplatz in der Altenpflege beworben haben, lassen solche Einflussnahmen in gewissem Umfange möglich erscheinen.

4. Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen zu Sicherung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Den Herausforderungen der Zukunft im Bereich der Pflege insbesondere alter Menschen wird allein durch organisatorische Maßnahmen und den Ausbau der Angebote ambulanter und stationärer Pflege auf örtlicher Ebene und auf der Landesebene allein nicht ausreichend entsprochen werden können. Vielmehr bedarf es bundesgesetzlicher Regelungen im Pflegeversicherungsgesetz und „angrenzenden“ Gesetzen – einschließlich des Heimgesetzes –, um einen rechtlichen Rahmen für die notwendigen Entwicklungen zu schaffen und deren langfristige Finanzierung sicher zu stellen.

Die Landesregierung hat hierzu bislang folgenden Regelungsbedarf gesehen:

- Die **Finanzierung** der Leistungen der Pflegeversicherung muss langfristig gesichert werden.

[537] siehe Abschnitt II.2.4

Die Erhaltung des Leistungsniveaus sowie eventuell notwendige Leistungsverbesserungen müssen dabei mit berücksichtigt werden.

- **Beitragssatzstabilität**.
  Das bedeutet zugleich das Erfordernis einer stärkeren Eigenvorsorge für den Pflegefall. Allein die Umlagefinanzierung wird zukünftig den Anforderungen an das System nicht gerecht werden.
  Die vorliegenden verschiedenen Konzepte bedürfen dazu einer sorgfältigen Prüfung.

- Eine **Strukturelle Anpassung der Leistungen** der Pflegeversicherung ist zwingend.

  Hierzu zählt z. B. die stärkere Berücksichtigung von dementiellen Erkrankungen beim Leistungszugang.

  Zu überdenken ist in diesem Zusammenhang die derzeitige Methode zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Ausrichtung der Begutachtung an alters- und symptomunabhängigen Verrichtungen des täglichen Lebens geht hier an der Lebenswirklichkeit vorbei.

  Zum strukturellen Anpassungsbedarf zählt zudem die tatsächliche Sicherstellung des Vorranges der **häuslichen Pflege.**

- **Die Grundsätze „Reha vor Pflege“ und „Vorbeugung zur Vermeidung von Pflege“ müssen tatsächlich umgesetzt werden können.**

  Die rechtliche Verortung von Leistungen der Reha vor und bei Pflegebedürftigkeit muss klargestellt werden.

  Prävention muss zu einem eigenständigen Leistungsbereich werden; es bedarf dazu einer bundesgesetzlichen Regelung.

- Die **gesetzlichen Vorgaben des SGB XI müssen verringert und vereinfacht werden**. Es muss zu einer **Verwaltungsvereinfachung** und zur **Verringerung des Umsetzungsaufwandes** auf allen Ebenen für alle Beteiligten kommen.

  Dazu gehört auch die Harmonisierung von Schnittstellen zwischen dem SGB XI und SGB V, SGB XII und dem Heimgesetz.

Die Landesregierung sieht sich in ihrer Auffassung durch die in der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 aufgeführten Ziele und Maßnahmen voll bestätigt.[538] Diese umfasst alle vorgenannten Punkte. Sie wird die anstehenden Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des SGB XI in Abstimmung mit anderen Ländern und im Dialog mit dem BMG bzw. BMFSFJ (Heimgesetz) auf Fachebene konstruktiv begleiten.

[538] Koalitionsvertrag vom 11.11.2005, a. a. O.; siehe auch Ausführungen zu III.2.1, Unterabschnitt „allgemeine Grundsätze“.

Das MS erwartet zudem, dass die von den CDU/CSU-regierten Ländern bereits Mitte 2004 für ein damals von der Bundesregierung geplantes 5. SGB XI-Änderungsgesetz gegenüber der Bundesgesundheitsministerin dargelegten Vorschläge zur Vereinfachung von Regelungen und zur Verbesserung der Rechtssicherheit der Beteiligten im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen des MDK als Teil des Auftrages aus der Koalitionsvertrag zur Rechtsbereinigung und zum Bürokratieabbau in der Pflege umgesetzt werden.[539] Über diese Vorschläge war auf Fachebene zwischen (dem damaligen) BMGS und allen Ländern bereits im Dezember 2003 Einverständnis erzielt worden.

Das MS hält zudem im Zuge des Abbaus von Schnittstellen eine Angleichung der vergütungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI und des SGB XII für die örtliche Praxis für besonders wichtig. Dies betrifft auch die – nachfolgend landesgesetzlich bedeutsamen – Regelungen über die Ermittlung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen der Pflegedienste und Pflegeheime.
Das MS hat zu den erforderlich erachteten Regelungen im Rahmen seiner Mitwirkung in der Arbeitsgruppe III „Entbürokratisierung“ des „Runden Tisch Pflege“ einen Vorschlag entwickelt.[540] Die Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 nimmt auf diese Arbeitsgruppe in ihren Forderungen zum Bürokratieabbau in der Pflege Bezug; ihre Vorschläge sollen im Rahmen der Novellierung des SGB XI einbezogen werden.[541]

Das MS vertritt zudem die Auffassung, dass im Zusammenhang mit erforderlichen Rechtsvereinfachungen im SGB XI auch die vertragsrechtlichen Bestimmungen hinsichtlich der an den Vereinbarungen bei stationären Pflegeeinrichtung zu beteiligenden Pflegesatzparteien überprüft werden sollten. Bei den derzeitigen Regelungen ist der zuständige Träger der Sozialhilfe trotz seiner Betroffenheit bezüglich der über die gesetzlich fixierten Leistungen der Pflegekassen hinaus anfallenden Leistungsverpflichtung in der Minorität (mit Vetorecht).

Die Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 fordert unter anderem den Abbau von Dokumentationspflichten.[542] Hierzu sind in Niedersachsen bereits auf untergesetzlicher Ebene gute Voraussetzungen geschaffen worden. Auf Anregung des MS hat der Landespflegeausschuss Leitlinien zur Pflegedokumentation in Niedersachsen erarbeiten lassen

[539] Schreiben der Sozialministerin des Freistaates Bayern im Namen aller CDU/CSU-regierten Bundesländer vom 13. Mai 2004
[540] Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe III „Entbürokratisierung“, a. a. O., S. 24f
[541] a. a. O., Rd-Nrn. 4524 - 4531
[542] ebenda, Rd.Nr. 4525 und Rd.-Nrn. 5336 - 5337

und am 28.10.2004 als Empfehlung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI beschlossen.[543] Die Leitlinien sollen zur Vereinheitlichung der Dokumentationsinhalte und –verfahren zu einer Arbeitserleichterung beitragen. Die Pflegeeinrichtungen haben die Empfehlungen des Landespflegeausschusses angemessen zu berücksichtigen (§ 92 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Die Verbände der Träger von Pflegeheimen waren an der Erarbeitung der Leitlinien beteiligt; sie haben ihre Unterstützung bei der Umsetzung in den Einrichtungen zugesagt.

In seinem Beschluss vom 24.06.2004 „Bürokratieabbau in der Pflege“ (LT-Drs. 15/1171) hatte der Niedersächsische Landtag die Landesregierung unter anderem gebeten, auf eine bessere Zusammenarbeit zwischen MDK und Heimaufsicht hinzuwirken. MS hatte bereits zuvor im Rahmen seiner Bemühungen um den Bürokratieabbau in der Pflege[544] zu diesem Zweck in Abstimmung mit den Landesorganisationen der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Ziel ist eine Vereinbarung zwischen dem MS als oberster Fachaufsichtsbehörde nach dem Heimgesetz und den vorgenannten Verbänden. Sie soll Regelungen zur Abstimmung der Prüftätigkeit zwischen den beiden Prüfinstanzen, der wechselseitigen Information und den bei den Prüfungen verwendeten Unterlagen im Sinne der Landtagsentschließung enthalten. Der Abschluss der Vereinbarung wird im 1. Quartal 2006 angestrebt. Die Vereinbarung wird damit bereits mehreren Eckpunkten der Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 für eine Novellierung des Heimgesetzes auf untergesetzlicher Ebene Rechnung tragen, so z. B. auch, dass bei der Durchführung von Kontrollen die Überprüfung der Ergebnisqualität gegenüber der Prozess- und Strukturqualität im Vordergrund steht.[545]

Die Landesregierung stimmt auch im Übrigen mit den an eine Novellierung des Heimgesetzes gerichteten Änderungsvorschlägen überein.

Die anstehenden Gesetzesänderungen insbesondere des SGB XI lassen umfangreiche Auswirkungen auf das System der pflegerischen Versorgung erwarten. Vor diesem Hintergrund wird auch das Niedersächsische Pflegegesetz auf eventuellen Änderungsbedarf zu prüfen sein.

---

[543] siehe auch Abschnitt I.4.2.4
[544] siehe Abschnitt I.4.2.3
[545] a. a. O., Rd.Nrn. 5319 - 5342

Anhang:

1. Verzeichnis der Tabellen im Anhang
2. Tabellen im Anhang
3. Verzeichnis der Tabellen im Text
4. Verzeichnis der Abbildungen
5. Verzeichnis der Quellen

Verzeichnis der Tabellen im Anhang

Lfd. Nr.	Tabellenbezeichnung	Seite
I.1.1/1a	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen nach Art der Leistung, Pflegestufen und Jahren 1999, 2001 und 2003	671
I.1.1/1b	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen nach Art der Leistung, Pflegestufen für die Jahre 1999, 2001 und 2003	672
I.1.1/1c	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach Leistungsträgern, Altersgruppen und Pflegestufen	673
I.1.1/2a	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach Altersgruppen, Leistungsarten und Pflegestufen	674
I.1.1/2b	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach Leistungsarten und Pflegestufen für unterschiedliche Altersgruppen	675
I.1.1/2c	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach Altersgruppen und Pflegestufen	676
I.1.1/3a	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Altersgruppen	677
I.1.1/3b	Entwicklung der altersspezifischen Pflegebedürftigkeits-Quoten in Niedersachsen 1999 bis 2003	678
I.1.1/3c	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach Altersgruppen, Leistungsarten und Geschlecht	679
I.1.1.1/1	Versicherte in der Privaten Pflegepflichtversicherung 1997, 1999, 2001, 2003 und der sozialen Pflegeversicherung am 1.7.2004 in der Bundesrepublik Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht	680
I.1.1.1/2	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 19997, 1999, 2001 und 2003 nach Altersgruppen, dem Geschlecht, dem grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der pflegerischen Versorgung	681
I.1.1.1/3	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Altersgruppen, dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der pflegerischen Versorgung	682
I.1.1.1/4	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Pflegestufen und der Art der pflegerischen Versorgung	683
I.1.2/1	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach regionaler Gliederung und Leistungsarten	684- 688
I.1.2/2	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach regionaler Gliederung und Leistungsarten	689- 690

I.1.2/3	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach regionaler Gliederung und Altersgruppen	691
I .1.3.1/1	Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Altersgruppen, Leistungsart und Pflegestufen	692
I.1.3.1/2	Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 2003 nach Altersgruppen und Pflegestufen	693
I.1.3.1/3	Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach regionaler Gliederung und Leistungsarten	694 - 698
I.1.3.2/1a	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung von 15 bis unter 40 Jahren in Niedersachsen 1999 – 2003 nach Leistungsart und Pflegestufen	699
I.1.3.2/1b	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung von 40 bis unter 65 Jahren in Niedersachsen 1999 – 2003 nach Leistungsart und Pflegestufen	700
I.1.3.2/2a	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung im Alter von 15 bis unter 40 Jahren in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach regionaler Gliederung	701 - 702
I.1.3.2/2b	Leistungsempfänger/innen der Pflegeversicherung im Alter von 40 bis unter 65 Jahren in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach regionaler Gliederung	703
I.3.1.1/1	Pflegedienste und Pflegeheime in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Anzahl sowie Angebot der Einrichtungen und Zahl der Plätze bei Pflegeheimen	704
I.3.1.1/2	Pflegeheime in Niedersachsen 2003 nach Art der Einrichtung, Angeboten und verfügbaren Plätzen	705
I.3.1.1/3	Pflegeheime in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Art und verfügbaren Plätzen	706
I.3.1.1/4	Pflegedienste und Pflegeheime für ältere Menschen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1999 bis 2003 nach Anzahl, Zahl der Plätze bei Pflegeheimen und deren Verhältnis zur Zahl der Einwohner mit 65 und mehr Jahren	707
I.3.1.2/1a	Pflegedienste in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art des Trägers, betreuten Pflegebedürftigen je Pflegedienst und Art des Trägers/ je 1000 Einwohner/ ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren/ Pflegestufen (Anteil in %)	708
I.3.1.2/1b	Pflegedienste in Niedersachsen 2003 nach Anzahl des Pflegepersonals	709
I.3.1.2/1c	Pflegedienste in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1999 bis 2003 sowie nach betreuten Pflegebedürftigen und nach Personal je Pflegedienst 2003	710
I.3.1.2/2	Pflegedienste in Niedersachsen 2003 nach Art des Dienstes	711
I.3.1.2/3a	Pflegedienste in Niedersachsen 2003 nach Art des Dienstes, betreuten Pflegebedürftigen sowie Personal je Pflegedienst	712

I.3.1.2/3b	Pflegedienste in Niedersachsen 2003 nach Zahl der Pflegebedürftigen (Größenklassen) und Art der Einrichtung	713
I.3.1.2/4	Pflegedienste in Niedersachsen 2003 nach Bezirken, kreisfreien Städten und Landkreisen, Veränderung gegenüber 1999 (Anzahl) und betreuten Pflegebedürftigen gesamt/ Veränderung gegenüber 1999 (in %)/ je 1000 Einwohner/ Betreute Pflegebedürftige ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren/ Pflegestufe (Anteil in %)	714
I.3.1.3/1	Pflegeheime mit Angebot der Tagespflege in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Trägergruppen	715
I.3.1.3/2	Verfügbare Plätze der Tagespflege in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Ihrer Zahl, ihrem Anteil am Gesamt der verfügbaren Plätze nach Angeboten der Einrichtung und ihrer Auslastung	716
I.3.1.3/3	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 insgesamt sowie solche der Tagespflege nach Altergruppen sowie nach Geschlecht und nach Pflegestufen	717
I.3.1.3/4	Anzahl der teilstationären Einrichtungen und dortige Pflegeplätze 2003 in Niedersachsen in regionaler Gliederung	718 - 719
I.3.1.4/1	Pflegeheime mit Angebot der Kurzzeitpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Trägergruppen	720
I.3.1.4/2	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen mit Angebot der Kurzzeitpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach ihrer Zahl und ihrem Anteil am Gesamt der verfügbaren Plätze nach Angeboten der Einrichtung sowie nach Zahl der Betten je Zimmer	721
I.3.1.4/3	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Kurzzeitpflege 2003 nach Altersgruppen sowie nach Geschlecht und Pflegestufen	722
I.3.1.4/4	Einrichtungen der Kurzzeitpflege und dortige Pflegeplätze in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung	723
I.3.1.5/1a	Pflegeheime in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art und Träger - %-Werte -	724
I.3.1.5/1b	Pflegeheime in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art, verfügbaren Plätzen und Träger	725
I.3.1.5/2a	Pflegeheime in Niedersachsen 2003 nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze) und Träger	726
I.3.1.5/2b	Pflegeheime in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)	727
I.3.1.5/3a	Verfügbare Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Angebot der Einrichtung, Art der Plätze, deren Anteil an der Zahl der verfügbaren Dauerpflegeplätze insgesamt und nach Auslastung	728
I.3.1.5/3b	Verfügbare Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Art der Plätze	729
I.3.1.5/4	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art der Einrichtung, Art des Trägers sowie Zahl der verfügbaren Plätze und Zahl und Anteil der Pflegebedürftigen	730
I.3.1.5/5a	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003 in regionaler Gliederung, nach Zahl der verfügbaren Plätze, durchschnittlicher Platzzahl je Pflegeheim, je 1000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren	731 - 732

I.3.1.5/5b	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003 in regionaler Gliederung nach Zahl der verfügbaren Plätze nach Art des Trägers	733 - 734
I.3.1.5/5c	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung nach Art der verfügbaren Plätze	735
I.3.2.1/1	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Trägergruppen, Personal je Pflegedienst und betreuten Pflegebedürftigen im Verhältnis zum Personal	736
I.3.2.1/2	Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003, je Pflegedienst und im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	737
I.3.2.1/3a	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Beschäftigungsverhältnis und Geschlecht	738
I.3.2.1/3b	Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Beschäftigungsverhältnis	739
I.3.2.1/3c	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 nach Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsanteil für den Pflegedienst nach SGB XI	740
I.3.2.1/4a	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen.2003 nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst und Geschlecht	741
I.3.2.1/4b	Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst	742
I.3.2.1/5a	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Berufsabschluss	743
I.3.2.1/5b	Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Berufsabschluss	744
I.3.2.1/5c	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 nach Berufsabschluss und Trägergruppen	745
I.3.2.1/5d	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 nach Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis	746
I.3.2.1/5e	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 nach Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst	747
I.3.2.1/5f	Pflegefachkräfte in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003	748
I.3.2.1/6a	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung, nach Anzahl, Zahl je Pflegedienst und im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	749

I.3.2.1/6b	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung , nach Trägergruppen und nach Beschäftigungsverhältnis	750
I.3.2.1/6c	Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung , nach überwiegendem Tätigkeitsbereich und nach Berufsabschluss	751
I.3.2.2/1	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art der Einrichtung, Trägergruppen, Personal je Pflegeheim und betreuten Personen im Verhältnis zum Personal	752
I.3.2.2/2	Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003, je Pflegeheim und im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	753
I.3.2.2/3a	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Beschäftigungsverhältnis und Geschlecht	754
I.3.2.2/3b	Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Beschäftigungsverhältnis	755
I.3.2.2/3c	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsanteil für das Pflegeheim nach SGB XI	756
I.3.2.2/4a	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegeheim und Geschlecht	757
I.3.2.2/4b	Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegeheim	758
I.3.2.2/5a	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Berufsabschluss	759
I.3.2.2/5b	Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Berufsabschluss	760
I.3.2.2/5c	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach Berufsabschluss und Trägergruppen	761
I.3.2.2/5d	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis	762
I.3.2.2/5e	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst	763
I.3.2.2/5f	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach Berufsabschluss,Tätigkeitsbereich und Beschäftigungsverhältnis (in geschätzten Vollzeitvarianten)	764
I.3.2.2/5g	Pflegefachkräfte in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003	765
I.3.2.2/6a	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung, nach Anzahl, Zahl je Pflegedienst und im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	766

I.3.2.2/6b	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung, nach Trägergruppen und nach Beschäftigungsverhältnis in %	767
I.3.2.2/6c	Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 in regionaler Gliederung, nach überwiegendem Tätigkeitsbereich und nach Berufsabschluss	768
I.3.3.1/1	Leistungskomplexkataloge zur Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in ihrer Anwendung durch die Verbände der Leistungserbringer in Niedersachsen 2003	769
I.3.3.1/2	Leistungskomplexkataloge zur Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in ihrer Anwendung durch die Verbände der Leistungserbringer in Niedersachsen 2003	770
I.3.3.2/1	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) und Trägergruppen	771
I.3.3.2/2	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 nach Art und durchschnittlicher Höhe der Vergütung	772
I.3.3.2/3	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003 nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) sowie nach Kapazitätsgrößen	773
I.3.3.2/4	Einfluss der Entwicklung der Ergebnisse der Begutachtung des MDKN bei der vollstationären Dauerpflege in den Jahren 1999 bis 2003 auf die Erlössituation der Träger solcher Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen	774
I.3.3.2/5	Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Niedersachsen 2005	775
I.3.3.2/6	Investitionskosten vollstationärer Einrichtungen der Dauerpflege in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Niedersachsen 2001 bis 2005	776
I.3.3.3	Pflegeheime mit Angebot der Tagespflege in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) sowie nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)	777
I.3.3.4	Pflegeheime mit Angebot der Kurzzeitpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) sowie nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)	778
I.3.6	Regionale Gliederung in Niedersachsen der Anbieter zusätzlicher Betreuungsleistungen gem. § 45b, Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB XI	779
II.1.1/1	Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 1999	780 - 781
II.1.1/2	Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2001	782 - 783
II.1.1/3	Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2003	784 - 785
II.1.1/4	Altersspezifische Pflegequoten 2001 und 2003 in Niedersachsen im Vergleich	786
II.1.1/5	Regionale altersspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2003	787
II.1.2/1	Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen bis 2020 Vorausberechnung des Niedersäsischen Landesamtes für Statistik	788 - 789
II.1.2/2	Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen von 2003 bis 2050 nach der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik - Variante 5	790- 791

II.1.2/3	Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover bis 2020 entsprechend der Bevölkerungsprognose des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik	792
II.1.2/4	Regionale Bevölkerung nach Altersgruppen 1999 - 2003 in den Landkreisen, kreisfreien Städten, der Region Hannover, den ehemaligen Regierungsbezirken und Niedersachsen	793
II.1.3.1/1	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020 entsprechend der Bevölkerungsprognose des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik	794 - 795
II.1.3.1/2	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050 nach der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik - Variante 2	796- 797
II.1.3.1/3	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050 nach der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik - Variante 5	798 - 799
II.1.3.1/4	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050 nach der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik - Variante 8	800 - 801
II.1.3.3/1	Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020 nach Altersgruppen in den Landkreisen, kreisfreien Städte, der Region Hannover, den ehemaligen Regierungsbezirken	802 - 803
II.1.3.3/2	Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen bis 2020 in Niedersachsen in den Landkreisen, kreisfreien Städte, der Region Hannover und den ehemaligen Regierungsbezirken - Absolute und prozentuale Veränderung von 2003 bis 2020 -	804 - 805
II.1.3.3/3	Entwicklung der Bevölkerung und der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover bis 2020	806 - 807
II.1.3.3/4	Altersspezifische Entwicklung der Bevölkerung und der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020 entsprechend der Bevölkerungsprognose des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik	808 - 809

I. 1.1/1a

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen nach Art der Leistung, Pflegestufen und Jahren 1999, 2001 und 2003[1)]

Lfd. Nr.	Pflegestufe	Jahr	Art der Leistung: Pflegegeld [2)] Anzahl	Pflegegeld %	Pflegegeld %gesamt	ambulante Pflege Anzahl	ambulante Pflege %	ambulante Pflege %gesamt	vollstationäre Dauerpflege Anzahl	vollstationäre Dauerpflege %	vollstationäre Dauerpflege %gesamt	übrige Pflege (teilstationär und Kurzzeitpflege) Anzahl	übrige Pflege %	übrige Pflege %gesamt	Gesamt Anzahl	Gesamt %	Gesamt %gesamt
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	ohne Einstufung	1999	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	744	95,75	1,24	33	4,25	2,23	777	100,00	0,37
2	ohne Einstufung	2001	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	754	92,52	1,18	61	7,48	3,01	815	100,00	0,38
3	ohne Einstufung	2003	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1 061	92,74	1,56	83	7,26	2,99	1 144	100,00	0,52
4	Stufe 1	1999	57 864	61,63	53,79	17 565	18,71	43,46	17 858	19,02	29,88	597	0,64	40,26	93 884	100,00	44,87
5	Stufe 1	2001	58 527	58,75	56,32	20 053	20,13	46,50	20 177	20,26	31,51	855	0,86	42,20	99 612	100,00	46,74
6	Stufe 1	2003	58 469	55,32	58,45	23 068	21,83	48,67	22 842	21,61	33,51	1 306	1,24	47,03	105 685	100,00	48,40
7	Stufe 2	1999	38 726	48,09	36,00	16 116	20,01	39,87	25 079	31,14	41,96	608	0,76	41,00	80 529	100,00	38,48
8	Stufe 2	2001	35 354	44,23	34,02	16 569	20,73	38,42	27 183	34,01	42,45	830	1,04	40,97	79 936	100,00	37,51
9	Stufe 2	2003	32 383	41,00	32,37	17 504	22,16	36,93	28 047	35,51	41,15	1 042	1,32	37,52	78 976	100,00	36,17
10	Stufe 3 [3)]	1999	10 988	32,25	10,21	6 740	19,78	16,67	16 094	47,24	26,92	245	0,72	16,52	34 067	100,00	16,28
11	Stufe 3 [3)]	2001	10 037	30,66	9,66	6 499	19,85	15,07	15 925	48,64	24,87	280	0,86	13,82	32 741	100,00	15,36
12	Stufe 3 [3)]	2003	9 176	28,18	9,17	6 826	20,97	14,40	16 210	49,79	23,78	346	1,06	12,46	32 558	100,00	14,91
13	Gesamt	1999	107 578	51,41	100,00	40 421	19,32	100,00	59 775	28,57	100,00	1 483	0,71	100,00	209 257	100,00	100,00
14	Gesamt	2001	103 918	48,76	100,00	43 121	20,23	100,00	64 039	30,05	100,00	2 026	0,95	100,00	213 104	100,00	100,00
15	Gesamt	2003	100 028	45,81	100,00	47 398	21,71	100,00	68 160	31,21	100,00	2 777	1,27	100,00	218 363	100,00	100,00
zum Vergleich:																	
16	Bundesgebiet	1999	1 027 591	50,97	100,00	415 289	20,60	100,00	554 217	27,49	100,00	18 994	0,94	100,00	2 016 091	100,00	100,00
17	Bundesgebiet	2001	1 000 736	49,06	100,00	434 679	21,31	100,00	582 258	28,55	100,00	22 107	1,08	100,00	2 039 780	100,00	100,00
18	Bundesgebiet	2003	986 520	47,50	100,00	450 126	21,67	100,00	612 183	29,48	100,00	28 077	1,35	100,00	2 076 935	100,00	100,00

Aufteilung der übrigen Pflege auf die Bereiche Pflegegeld und ambulante Pflege nach den prozentualen Anteilswerten (z.B. 1999 72,7 % von 1483 entfallen auf Pflegegeld -107578+1078-)

19	Gesamt	1999	108 656	51,92	100,00	40 826	19,51	100,00
20	Gesamt	2001	105 350	49,44	100,00	43 715	20,51	100,00
21	Gesamt	2003	101 912	46,67	100,00	48 291	22,11	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] ohne Sachleistungen
[3)] einschließlich Härtefälle

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnung MS

I. 1.1/1b

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen nach Art der Leistung, Pflegestufen für die Jahre 1999, 2001 und 2003 [1)]

	Pflegestufe	Jahr				Art der Leistung											
			Pflegegeld [2)]			ambulante Pflege			vollstationäre Dauerpflege			übrige Pflege (teilstationär und Kurzzeitpflege)			Gesamt		
			Anzahl	%	% gesamt	Anzahl	%	% gesamt	Anzahl	%	% gesamt	Anzahl	%	% gesamt	Anzahl	%	% gesamt
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	ohne Einstufung	1999	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	744	95,75	1,24	33	4,25	2,23	777	100,00	0,37
4	Stufe 1	1999	57 864	61,63	53,79	17 565	18,71	43,46	17 858	19,02	29,88	597	0,64	40,26	93 884	100,00	44,87
7	Stufe 2	1999	38 726	48,09	36,00	16 116	20,01	39,87	25 079	31,14	41,96	608	0,76	41,00	80 529	100,00	38,48
10	Stufe 3	1999	10 988	32,25	10,21	6 740	19,78	16,67	16 094	47,24	26,92	245	0,72	16,52	34 067	100,00	16,28
13	Gesamt	1999	107 578	51,41	100,00	40 421	19,32	100,00	59 775	28,57	100,00	1 483	0,71	100,00	209 257	100,00	100,00
2	ohne Einstufung	2001	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	754	92,52	1,18	61	7,48	3,01	815	100,00	0,38
5	Stufe 1	2001	58 527	58,75	56,32	20 053	20,13	46,50	20 177	20,26	31,51	855	0,86	42,20	99 612	100,00	46,74
8	Stufe 2	2001	35 354	44,23	34,02	16 569	20,73	38,42	27 183	34,01	42,45	830	1,04	40,97	79 936	100,00	37,51
11	Stufe 3	2001	10 037	30,66	9,66	6 499	19,85	15,07	15 925	48,64	24,87	280	0,86	13,82	32 741	100,00	15,36
14	Gesamt	2001	103 918	48,76	100,00	43 121	20,23	100,00	64 039	30,05	100,00	2 026	0,95	100,00	213 104	100,00	100,00
3	ohne Einstufung	2003	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1 061	92,74	1,56	83	7,26	2,99	1 144	100,00	0,52
6	Stufe 1	2003	58 469	55,32	58,45	23 068	21,83	48,67	22 842	21,61	33,51	1 306	1,24	47,03	105 685	100,00	48,40
9	Stufe 2	2003	32 383	41,00	32,37	17 504	22,16	36,93	28 047	35,51	41,15	1 042	1,32	37,52	78 976	100,00	36,17
12	Stufe 3	2003	9 176	28,18	9,17	6 826	20,97	14,40	16 210	49,79	23,78	346	1,06	12,46	32 558	100,00	14,91
15	Gesamt	2003	100 028	45,81	100,00	47 398	21,71	100,00	68 160	31,21	100,00	2 777	1,27	100,00	218 363	100,00	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] ohne Sachleistungen
[3)] einschließlich Härtefälle

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.1.1/1c

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003[1)] nach Leistungsträgern, Altersgruppen und Pflegestufen

lfd. Nr.	Alter von … bis unter … Jahren	Niedersachsen						Bundesgebiet					
		gesetzliche Pflegekassen	Anteil in %	private Versicherungsunternehmen	Anteil in %	gesamt	Anteil in %	gesetzliche Pflegekassen	Anteil in %	private Versicherungsunternehmen	Anteil in %	gesamt	Anteil in %
		Anzahl						Anzahl					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	0-15	6 765	5,52	392	4,44	7 157	5,45	60 004	5,46	3 846	4,94	63 850	5,42
2	15-40	8 650	7,06	294	3,33	8 944	6,81	88 713	8,07	2 995	3,85	91 708	7,79
3	40-65	16 002	13,06	1 049	11,88	17 051	12,98	151 725	13,80	9 335	11,99	161 060	13,68
4	65-80	37 564	30,67	2 523	28,57	40 087	30,53	343 726	31,27	21 979	28,23	365 705	31,07
5	80 u. älter	53 504	43,68	4 574	51,79	58 078	44,23	455 024	41,40	39 701	50,99	494 725	42,03
6	Gesamt	122 485	100,00	8 832	100,00	131 317	100,00	1 099 192	100,00	77 856	100,00	1 177 048	100,00
	Pflegestufe												
7	I	67 461	55,08	4 469	50,60	71 930	54,78	630 172	57,33	38 782	49,81	668 954	56,83
8	II	41 617	33,98	3 266	36,98	44 883	34,18	362 308	32,96	28 977	37,22	391 285	33,24
9	III	13 407	10,95	1 097	12,42	14 504	11,05	106 712	9,71	10 097	12,97	116 809	9,92

Darunter: Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld ohne Sachleistungen

lfd. Nr.	Alter von … bis unter … Jahren	Niedersachsen						Bundesgebiet	
		gesetzliche Pflegekassen	Anteil in %	private Versicherungsunternehmen	Anteil in %	gesamt	Anteil in %	gesamt	Anteil in %
		Anzahl							
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
10	0-15	6 582	7,04	379	5,75	6 961	6,96	61 835	6,27
11	15-40	8 268	8,85	278	4,22	8 546	8,54	87 819	8,90
12	40-65	13 951	14,93	865	13,12	14 816	14,81	145 282	14,73
13	65-80	28 643	30,66	1 932	29,31	30 575	30,57	306 793	31,10
14	80 u. älter	35 992	38,52	3 138	47,60	39 130	39,12	384 791	39,00
15	Gesamt	93 436	100,00	6 592	100,00	100 028	100,00	986 520	100,00
	Pflegestufe								
16	I	54 768	58,62	3 701	56,14	58 469	58,45	588 039	59,61
17	II	30 128	32,24	2 255	34,21	32 383	32,37	313 820	31,81
18	III	8 540	9,14	636	9,65	9 176	9,17	84 661	8,58

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.1.1/2a

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 [1] nach Altersgruppen, Leistungsarten und Pflegestufen

	Pflegestufe	Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger													
			Pflegegeld (ohne Sachleistungen)			ambulante Pflege			vollstationäre Dauerpflege			Kurzzeit- und Tagespflege			Gesamt	
			Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil je Alter u. Pflegest.	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil je Alter u. Pflegest.	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil je Alter u. Pflegest.	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil je Alter u. Pflegest.	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	I	0-15	3 392	5,80	94,20	204	0,88	5,67	5	0,02	0,14	0	0,00	0,00	3 601	3,41
2		15-40	3 571	6,11	93,46	185	0,80	4,84	63	0,28	1,65	2	0,15	0,05	3 821	3,62
3		40-65	8 052	13,77	72,25	1 261	5,47	11,32	1 782	7,80	15,99	49	3,75	0,44	11 144	10,54
4		65-80	18 985	32,47	60,11	6 533	28,32	20,69	5 645	24,71	17,87	420	32,16	1,33	31 583	29,88
5		80 u. älter	24 469	41,85	44,06	14 885	64,53	26,80	15 347	67,19	27,63	835	63,94	1,50	55 536	52,55
6		gesamt	58 469	100,00	55,32	23 068	100,00	21,83	22 842	100,00	21,61	1 306	100,00	1,24	105 685	100,00
7	II	0-15	2 263	6,99	92,29	179	1,02	7,30	10	0,04	0,41	0	0,00	0,00	2 452	3,10
8		15-40	3 146	9,71	90,79	243	1,39	7,01	72	0,26	2,08	4	0,38	0,12	3 465	4,39
9		40-65	5 264	16,26	65,83	1 190	6,80	14,88	1 489	5,31	18,62	53	5,09	0,66	7 996	10,12
10		65-80	9 725	30,03	44,96	5 217	29,80	24,12	6 327	22,56	29,25	363	34,84	1,68	21 632	27,39
11		80 u. älter	11 985	37,01	27,60	10 675	60,99	24,58	20 149	71,84	46,39	622	59,69	1,43	43 431	54,99
12		gesamt	32 383	100,00	41,00	17 504	100,00	22,16	28 047	100,00	35,51	1 042	100,00	1,32	78 976	100,00
13	III	0-15	1 306	14,23	89,15	152	2,23	10,38	7	0,04	0,48	0	0,00	0,00	1 465	4,50
14		15-40	1 829	19,93	74,68	392	5,74	16,01	218	1,34	8,90	10	2,89	0,41	2 449	7,52
15		40-65	1 500	16,35	40,18	884	12,95	23,68	1 308	8,07	35,04	41	11,85	1,10	3 733	11,47
16		65-80	1 865	20,32	23,77	2 139	31,34	27,26	3 721	22,95	47,42	122	35,26	1,55	7 847	24,10
17		80 u. älter	2 676	29,16	15,68	3 259	47,74	19,10	10 956	67,59	64,21	173	50,00	1,01	17 064	52,41
18		gesamt	9 176	100,00	28,18	6 826	100,00	20,97	16 210	100,00	49,79	346	100,00	1,06	32 558	100,00
19	**Gesamt**	ohne Einstufung	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1 061	1,56	92,74	83	2,99	7,26	1 144	0,52
20		0-15	6 961	6,96	92,59	535	1,13	7,12	22	0,03	0,29	0	0,00	0,00	7 518	3,44
21		15-40	8 546	8,54	87,79	820	1,73	8,42	353	0,52	3,63	16	0,58	0,16	9 735	4,46
22		40-65	14 816	14,81	64,78	3 335	7,04	14,58	4 579	6,72	20,02	143	5,15	0,63	22 873	10,47
23		65-80	30 575	30,57	50,07	13 889	29,30	22,75	15 693	23,02	25,70	905	32,59	1,48	61 062	27,96
24		80 u. älter	39 130	39,12	33,72	28 819	60,80	24,84	46 452	68,15	40,03	1 630	58,70	1,40	116 031	53,14
25		gesamt	100 028	100,00	45,81	47 398	100,00	21,71	68 160	100,00	31,21	2 777	100,00	1,27	218 363	100,00
	zum Vergleich: Bundesgebiet															
26	Gesamt	ohne Einstufung	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	6 759	1,10	88,31	894	3,18	11,68	7 654	0,37
27		0-15	61 835	6,27	95,56	2 612	0,58	4,04	193	0,03	0,30	66	0,24	0,10	64 706	3,12
28		15-40	87 819	8,90	89,31	6 311	1,40	6,42	4 041	0,66	4,11	162	0,58	0,16	98 333	4,73
29		40-65	145 282	14,73	65,14	34 385	7,64	15,42	41 374	6,76	18,55	1 984	7,07	0,89	223 028	10,74
30		65-80	306 793	31,10	51,53	135 090	30,01	22,69	144 022	23,53	24,19	9 424	33,56	1,58	595 338	28,66
31		80 u. älter	384 791	39,00	35,37	271 728	60,37	24,98	415 794	67,92	38,22	15 547	55,37	1,43	1087 876	52,38
32		gesamt	986 520	100,00	47,50	450 126	100,00	21,67	612 183	100,00	29,48	28 077	100,00	1,35	2076 935	100,00

[1] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnung MS

I.1.1/2b

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 [1] nach Leistungsarten und Pflegestufen für unterschiedliche Altersgruppen

lfd. Nr	Pflegestufe	Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger													
			Pflegegeld (ohne Sachleistungen)			ambulante Pflege			vollstationäre Dauerpflege			Kurzzeit- und Tagespflege			Gesamt	
			Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil gesamt	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil gesamt	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil gesamt	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil gesamt	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
19	**Gesamt**	ohne Einstufung	0		0,00	0		0,00	1 061		1,56	83		2,99	1 144	0,52
26	**Gesamt Bund**	ohne Einstufung	0		0,00	0		0,00	6 759		1,10	894		3,18	7 654	0,37
1	**I**	0-15	3 392	5,80	3,39	204	0,88	0,43	5	0,02	0,01	0	0,00	0,00	3 601	3,41
7	**II**	0-15	2 263	6,99	2,26	179	1,02	0,38	10	0,04	0,01	0	0,00	0,00	2 452	3,10
13	**III**	0-15	1 306	14,23	1,31	152	2,23	0,32	7	0,04	0,01	0	0,00	0,00	1 465	4,50
20	**Gesamt**	0-15	6 961		6,96	535		1,13	22		0,03	0		0,00	7 518	3,44
27	**Gesamt Bund**	0-15	61 835		6,27	2 612		0,58	193		0,03	66		0,24	64 706	3,12
2	**I**	15-40	3 571	6,11	3,57	185	0,80	0,39	63	0,28	0,09	2	0,15	0,07	3 821	3,62
8	**II**	15-40	3 146	9,71	3,15	243	1,39	0,51	72	0,26	0,11	4	0,38	0,14	3 465	4,39
14	**III**	15-40	1 829	19,93	1,83	392	5,74	0,83	218	1,34	0,32	10	2,89	0,36	2 449	7,52
21	**Gesamt**	15-40	8 546		8,54	820		1,73	353		0,52	16		0,58	9 735	4,46
28	**Gesamt Bund**	15-40	87 819		8,90	6 311		1,40	4 041		0,66	162		0,58	98 333	4,73
3	**I**	40-65	8 052	13,77	8,05	1 261	5,47	2,66	1 782	7,80	2,61	49	3,75	1,76	11 144	10,54
9	**II**	40-65	5 264	16,26	5,26	1 190	6,80	2,51	1 489	5,31	2,18	53	5,09	1,91	7 996	10,12
15	**III**	40-65	1 500	16,35	1,50	884	12,95	1,87	1 308	8,07	1,92	41	11,85	1,48	3 733	11,47
22	**Gesamt**	40-65	14 816		14,81	3 335		7,04	4 579		6,72	143		5,15	22 873	10,47
29	**Gesamt Bund**	40-65	145 282		14,73	34 385		7,64	41 374		6,76	1 984		7,07	223 028	10,74
4	**I**	65-80	18 985	32,47	18,98	6 533	28,32	13,78	5 645	24,71	8,28	420	32,16	15,12	31 583	29,88
10	**II**	65-80	9 725	30,03	9,72	5 217	29,80	11,01	6 327	22,56	9,28	363	34,84	13,07	21 632	27,39
16	**III**	65-80	1 865	20,32	1,86	2 139	31,34	4,51	3 721	22,95	5,46	122	35,26	4,39	7 847	24,10
23	**Gesamt**	65-80	30 575		30,57	13 889		29,30	15 693		23,02	905		32,59	61 062	27,96
30	**Gesamt Bund**	65-80	306 793		31,10	135 090		30,01	144 022		23,53	9 424		33,56	595 338	28,66
5	**I**	80 u. älter	24 469	41,85	24,46	14 885	64,53	31,40	15 347	67,19	22,52	835	63,94	30,07	55 536	52,55
11	**II**	80 u. älter	11 985	37,01	11,98	10 675	60,99	22,52	20 149	71,84	29,56	622	59,69	22,40	43 431	54,99
17	**III**	80 u. älter	2 676	29,16	2,68	3 259	47,74	6,88	10 956	67,59	16,07	173	50,00	6,23	17 064	52,41
24	**Gesamt**	80 u. älter	39 130		39,12	28 819		60,80	46 452		68,15	1 630		58,70	116 031	53,14
31	**Gesamt Bund**	80 u. älter	384 791		39,00	271 728		60,37	415 794		67,92	15 547		55,37	1087 876	52,38
6	**I**	gesamt	58 469	100,00	58,45	23 068	100,00	48,67	22 842	100,00	33,51	1 306	100,00	47,03	105 685	100,00
12	**II**	gesamt	32 383	100,00	32,37	17 504	100,00	36,93	28 047	100,00	41,15	1 042	100,00	37,52	78 976	100,00
18	**III**	gesamt	9 176	100,00	9,17	6 826	100,00	14,40	16 210	100,00	23,78	346	100,00	12,46	32 558	100,00
25	**Gesamt**	gesamt	100 028		100,00	47 398		100,00	68 160		100,00	2 777		100,00	218 363	100,00
32	**Gesamt Bund**	gesamt	986 520		100,00	450 126		100,00	612 183		100,00	28 077		100,00	2076 935	100,00

[1] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.1.1/2c

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 [1)] nach Altersgruppen und Pflegestufen [2)]

Lfd Nr.	Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3		Pflegestufe Gesamt Nds.		zum Vergleich Pflegestufen Bund	
		Anzahl	Prozentualer Anteil je Alter	Anzahl	Prozentualer Anteil je Alter	Anzahl	Prozentualer Anteil je Alter	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	0-15	3 601	47,9	2 452	32,6	1 465	19,5	7 518	3,5	64 706	3,1
2	15-40	3 821	39,3	3 465	35,6	2 449	25,1	9 735	4,5	98 333	4,8
3	40-65	11 144	48,7	7 996	35,0	3 733	16,3	22 873	10,5	223 028	10,8
4	65-80	31 583	51,7	21 632	35,4	7 847	12,9	61 062	28,1	595 338	28,8
5	80 u. älter	55 536	47,9	43 431	37,4	17 064	14,7	116 031	53,4	1087 876	52,6
6	gesamt	105 685	100,0	78 976	100,0	32 558	100,0	217 219	100,0	2 069 281	100,0
7	% Anteil je Pflegestufe		48,7		36,3		15,0		100,0		

I. 1.1/3a

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Altersgruppen

lfd.	Alter von … bis	1999		2001		2003	
Nr.	unter ...Jahren	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
1	0 -15	8 815	4,21	8 682	4,07	7 518	3,44
2	15-40	10 710	5,12	10 466	4,91	9 752	4,47
3	40-65	23 651	11,30	23 130	10,85	23 040	10,55
4	65-80	59 979	28,66	59 477	27,91	61 442	28,14
5	80 und älter	106 102	50,70	111 349	52,25	116 611	53,40
6	Gesamt	209 257	100,00	213 104	100,00	218 363	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I. 1.1/3b

Entwicklung der altersspezifischen Pflegebedürftigkeits-Quoten in Niedersachsen 1999 bis 2003 [1)]

lfd. Nr	Alter in Jahren (… bis unter …)	1999	2001	2003
	A	B	C	D
1	Bev. 0 -15	1 314 248	1 311 210	1 282 270
2	Pflegebed. 0 -15	8 815	8 682	7 518
3	Anteil in %	0,67	0,66	0,59
4	Bev. 15 -40	2 688 014	2 625 627	2 560 174
5	Pflegebed. 15 - 40	10 710	10 466	9 752
6	Anteil in %	0,40	0,40	0,38
7	Bev. 40 -65	2 589 218	2 643 497	2 692 290
8	Pflegebed. 40 - 65	23 651	23 130	23 040
9	Anteil in %	0,91	0,87	0,86
10	Bev. 65 - 80	1 009 356	1 048 216	1 109 667
11	Pflegebed. 65 - 80	59 979	59 477	61 442
12	Anteil in %	5,94	5,67	5,54
13	Bev. 80 und älter	297 924	327 866	349 014
14	Pflegebed. 80 und älter	106 102	111 349	116 611
15	Anteil in %	35,61	33,96	33,41
16	Bev. 15 - 65	5 277 232	5 269 124	5 252 464
17	Pflegebed. 15 - 65	34 361	33 596	32 792
18	Anteil in %	0,65	0,64	0,62
19	Bev. 80 - 90	247 105	271 572	287 114
20	Pflegebed. 80 - 90	74 658	76 453	78 162
21	Anteil in %	30,21	28,15	27,22
22	Bev. 90 und älter	50 819	56 294	61 900
23	Pflegebed. 90 und älter	31 444	34 896	38 449
24	Anteil in %	61,87	61,99	62,11
25	Bev. Gesamt	7 898 760	7 956 416	7 993 415
26	Pflegebed. Gesamt	209 257	213 104	218 363
27	Anteil in %	2,65	2,68	2,73

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.1.1/3c

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003[1)] nach Altersgruppen, Leistungsarten und Geschlecht

lfd. Nr	Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger				
		Pflegegeld (ohne Sachleistungen)	ambulante Pflege	vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeit- und Tagespflege	Gesamt
	A	B	C	D	E	F
1	0-15	6 961	535	22	0	7 518
2	davon weiblich in %	41,22	45,79	50,00	0	41,57
3	15-40	8 546	820	370	16	9 752
4	davon weiblich in %	44,96	47,20	32,43	31,25	44,65
5	40-65	14 816	3 335	4 737	152	23 040
6	davon weiblich in %	48,09	52,89	40,95	41,45	47,27
7	65-80	30 575	13 889	16 048	930	61 442
8	davon weiblich in %	54,62	62,83	64,61	59,35	59,16
9	80 u. älter	39 130	28 819	46 983	1 679	116 611
10	davon weiblich in %	75,82	76,58	86,42	77,55	80,30
11	Gesamt	100 028	47 398	68 160	2 777	218 363
12	davon weiblich in %	60,19	70,03	77,82	69,21	67,94

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.1.1.1/1

Versicherte in der Privaten Pflegepflichtversicherung 1997, 1999, 2001, 2003[1] und der sozialen Pflegeversicherung am 1.7.2004 in der Bundesrepublik Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht

lfd. Nr	Alter von … bis unter … Jahre	Versicherte der Privaten Pflegepflichtversicherung im Jahr …														
		1997					1999					2001				
		gesamt	%	dav. weibl.	%	%	gesamt	%	dav. weibl.	%	%	gesamt	%	dav. weibl.	%	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	**unter 15**	1 135 742	14,18	548 859	48,33	16,76	1 123 485	13,66	544 706	48,48	16,33	1 144 785	13,36	555 296	48,51	16,05
2	**15 - unter 40**	2 668 425	33,32	1 033 483	38,73	31,56	2 671 157	32,47	1 023 586	38,32	30,68	2 728 632	31,85	1 042 806	38,22	30,15
3	**40 - unter 65**	3 252 380	40,62	1 192 563	36,67	36,42	3 447 773	41,91	1 264 468	36,67	37,90	3 635 236	42,43	1 336 180	36,76	38,63
4	**65 - unter 80**	734 123	9,17	361 291	49,21	11,03	768 907	9,35	367 029	47,73	11,00	816 159	9,53	371 122	45,47	10,73
5	**80 und älter**	217 137	2,71	138 195	63,64	4,22	214 673	2,61	136 837	63,74	4,10	243 122	2,84	153 868	63,29	4,45
6	**insgesamt**	8 007 807	100,00	3 274 391	40,89	100,00	8 225 995	100,00	3 336 626	40,56	100,00	8 567 934	100,00	3 459 272	40,37	100,00

lfd. Nr	Alter von … bis unter … Jahre	Versicherte der Privaten Pflegepflichtversicherung im Jahr 2003					Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung am 1. Juli 2004				
		gesamt	%	dav. weibl.	%	%	gesamt	%	dav. weibl.	%	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
7	**unter 15**	1 174 593	13,17	570 820	48,60	15,84	10 012 975	14,25	4 889 424	48,83	13,09
8	**15 - unter 40**	2 773 673	31,10	1 073 570	38,71	29,79	22 222 644	31,62	11 324 567	50,96	30,32
9	**40 - unter 65**	3 806 259	42,68	1 403 489	36,87	38,95	23 840 220	33,93	12 526 692	52,54	33,54
10	**65 - unter 80**	900 019	10,09	390 048	43,34	10,82	10 858 125	15,45	6 130 925	56,46	16,42
11	**80 und mehr**	263 570	2,96	165 445	62,77	4,591	3 345 986	4,76	2 475 667	73,99	6,63
12	**insgesamt**	8 918 114	100,00	3 603 372	40,41	100,00	70 270 950	100,00	37 347 275	53,15	100,00

[1)] jeweils 31.12.

Quellen:[1)] Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen, unveröffentlicht; [2)] Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (www.bmgs.de); eigene Berechnungen MS

I. 1.1.1/2

Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 1997, 1999, 2001 2003 [1] nach Altersgruppen, dem Geschlecht, dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der pflegerischen Versorgung

lfd. Nr.	Merkmale	Jahr							
		1997		1999		2001		2003	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Alter von … bis unter …								
1	unter 15	3 826	4,33	3 913	3,82	3 897	3,51	3 986	3,41
2	15 bis unter 40	2 798	3,17	3 246	3,17	3 401	3,06	3 522	3,01
3	40 bis unter 65	7 928	8,97	9 338	9,11	10 673	9,62	11 542	9,88
4	65 bis unter 80	22 369	25,31	27 842	27,18	28 550	25,73	29 276	25,06
5	80 und älter	51 456	58,22	58 108	56,72	64 459	58,08	68 519	58,64
	Geschlecht								
6	männlich	32 828	37,15	38 782	37,86	42 890	38,65	45 747	39,15
7	weiblich	55 549	62,85	64 165	62,63	68 090	61,35	71 098	60,85
	Pflegestufe								
8	N.N [2]	3 449	3,90	692	0,68	698	0,63	549	0,47
9	1	32 890	37,22	40 827	39,85	46 469	41,87	50 382	43,12
10	2	33 292	37,67	41 190	40,21	43 940	39,59	45 473	38,92
11	3	18 746	21,21	20 238	19,75	19 873	17,91	20 441	17,49
	Versorgung								
12	ambulant	62 703	70,95	71 221	69,52	76 662	69,08	80 031	68,49
13	stationär	25 674	29,05	31 726	30,97	34 318	30,92	36 814	31,51
14	Gesamt	88 377	100,00	102 447	100,00	110 980	100,00	116 845	100,00

[1] jeweils 15.12.
[2] zum Zeitpunkt der Erfassung noch nicht eingestuft

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen, eigene Berechnung MS

I. 1.1.1/3
Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 2003 [1] nach Altersgruppen, dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der pflegerischen Versorgung

lfd. Nr.	Merkmale	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher nach Pflegestufen							
		N.N [2]		1		2		3	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Alter von … bis unter …								
1	unter 15	50	1,25	1 838	46,11	1 368	34,32	730	18,31
2	15 bis unter 40	218	6,19	1 009	28,65	1 086	30,83	1 209	34,33
3	40 bis unter 65	151	1,31	4 773	41,35	4 159	36,03	2 459	21,30
4	65 bis unter 80	81	0,28	13 087	44,70	11 299	38,59	4 809	16,43
5	80 und älter	49	0,07	29 675	43,31	27 561	40,22	11 234	16,40
6	Gesamt	549	0,47	50 382	43,12	45 473	38,92	20 441	17,49

lfd. Nr.	Merkmale	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher nach Art der Versorgung					
		ambulant		stationär		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
	Alter von … bis unter …						
7	unter 15	3 930	4,91	56	0,15	3 986	3,41
8	15 bis unter 40	3 185	3,98	337	0,92	3 522	3,01
9	40 bis unter 65	9 837	12,29	1 705	4,63	11 542	9,88
10	65 bis unter 80	22 406	28,00	6 870	18,66	29 276	25,06
11	80 und älter	40 673	50,82	27 846	75,64	68 519	58,64
12	Gesamt	80 031	100,00	36 814	100,00	116 845	100,00

[1] jeweils 15.12.
[2] zum Zeitpunkt der Erfassung noch nicht eingestuft

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen, unveröffentlicht, eigene Berechnung MS

I. 1.1.1/4
Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 2003 [1] nach Pflegestufen und der Art der pflegerischen Versorgung

lfd. Nr.	Pflegestufe	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher nach Art der Versorgung					
		ambulant		stationär		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
1	N.N. [2]	268	48,82	281	51,18	549	0,47
2	1	40 524	80,43	9 858	19,57	50 382	43,12
3	2	28 919	63,60	16 554	36,40	45 473	38,92
4	3	10 320	50,49	10 121	49,51	20 441	17,49
5	Gesamt	80 031	68,49	36 814	31,51	116 845	100,00

[1] jeweils 15.12.
[2] zum Zeitpunkt der Erfassung noch nicht eingestuft

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen, unveröffentlicht, eigene Berechnung MS

I. 1.2/1

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]
nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt / Landkreis / ehemaliger Regierungsbezirk / Land	Jahr	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger										
			Pflegegeld [2)]		ambulante Pflege		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeit- und Tagespflege [3)]		Gesamt		
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	je 1000 Einw.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Braunschweig, Stadt	1999	2 692	2,50	1 163	2,88	2 187	3,66	27	1,82	6 069	24,6	2,90
2		2001	2 968	2,86	1 407	3,26	2 346	3,66	29	1,43	6 750	27,5	3,17
3		2003	2 824	2,82	1 475	3,11	2 335	3,43	62	2,23	6 696	27,3	3,07
4	Salzgitter, Stadt	1999	2 492	2,32	553	1,37	1 001	1,67	34	2,29	4 080	36,1	1,95
5		2001	1 979	1,90	685	1,59	1 043	1,63	64	3,16	3 771	33,8	1,77
6		2003	2 053	2,05	715	1,51	1 037	1,52	71	2,56	3 876	35,3	1,78
7	Wolfsburg, Stadt	1999	1 898	1,76	700	1,73	668	1,12	34	2,29	3 300	27,1	1,58
8		2001	1 787	1,72	631	1,46	689	1,08	39	1,92	3 146	25,8	1,48
9		2003	1 668	1,67	654	1,38	780	1,14	39	1,40	3 141	25,6	1,44
10	Gifhorn	1999	2 503	2,33	707	1,75	892	1,49	1	0,07	4 103	24,1	1,96
11		2001	2 481	2,39	878	2,04	991	1,55	9	0,44	4 359	25,2	2,05
12		2003	2 266	2,27	836	1,76	1 028	1,51	19	0,68	4 149	23,7	1,90
13	Göttingen	1999	3 198	2,97	1 274	3,15	1 903	3,18	59	3,98	6 434	24,2	3,07
14		2001	3 129	3,01	1 327	3,08	2 080	3,25	77	3,80	6 613	24,9	3,10
15		2003	2 829	2,83	1 389	2,93	2 460	3,61	111	4,00	6 789	25,7	3,11
16	Goslar	1999	2 155	2,00	941	2,33	1 901	3,18	19	1,28	5 016	31,9	2,40
17		2001	2 073	1,99	995	2,31	2 108	3,29	44	2,17	5 220	33,5	2,45
18		2003	2 067	2,07	1 259	2,66	2 103	3,09	60	2,16	5 489	35,7	2,51
19	Helmstedt	1999	1 391	1,29	736	1,82	1 068	1,79	11	0,74	3 206	31,9	1,53
20		2001	1 383	1,33	725	1,68	1 046	1,63	24	1,18	3 178	31,9	1,49
21		2003	1 252	1,25	664	1,40	1 096	1,61	40	1,44	3 052	30,9	1,40
22	Northeim	1999	2 853	2,65	1 215	3,01	1 286	2,15	54	3,64	5 408	35,6	2,58
23		2001	2 827	2,72	1 114	2,58	1 428	2,23	60	2,96	5 429	36,2	2,55
24		2003	2 591	2,59	1 203	2,54	1 491	2,19	76	2,74	5 361	36,1	2,46
25	Osterode am Harz	1999	1 399	1,30	331	0,82	1 314	2,20	16	1,08	3 060	35,5	1,46
26		2001	1 505	1,45	377	0,87	1 495	2,33	31	1,53	3 408	40,2	1,60
27		2003	1 420	1,42	448	0,95	1 535	2,25	36	1,30	3 439	41,2	1,57
28	Peine	1999	2 149	2,00	632	1,56	1 064	1,78	16	1,08	3 861	29,4	1,85
29		2001	1 970	1,90	672	1,56	1 204	1,88	8	0,39	3 854	29,0	1,81
30		2003	1 888	1,89	624	1,32	1 418	2,08	46	1,66	3 976	29,6	1,82
31	Wolfenbüttel	1999	1 640	1,52	475	1,18	986	1,65	36	2,43	3 137	25,0	1,50
32		2001	1 584	1,52	632	1,47	1 055	1,65	28	1,38	3 299	26,0	1,55
33		2003	1 494	1,49	637	1,34	1 134	1,66	30	1,08	3 295	25,9	1,51
34	Bezirk Braunschweig	1999	24 370	22,65	8 727	21,59	14 270	23,87	307	20,70	47 674	28,6	22,78
35		2001	23 686	22,79	9 443	21,90	15 485	24,18	413	20,38	49 027	29,4	23,01
36		2003	22 352	22,35	9 904	20,90	16 417	24,09	590	21,25	49 263	29,6	22,56

I. 1.2/1

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]
nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt / Landkreis / ehemaliger Regierungsbezirk / Land	Jahr	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger										
			Pflegegeld [2)]		ambulante Pflege		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeit- und Tagespflege [3)]		Gesamt		
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	je 1000 Einw.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
37	Region Hannover	1999	14 291	13,28	5 331	13,19	9 057	15,15	296	19,96	28 975	26,0	13,85
38		2001	12 409	11,94	5 511	12,78	9 366	14,63	331	16,34	27 617	24,6	12,96
39		2003	11 757	11,75	5 783	12,20	9 743	14,29	331	11,92	27 614	24,5	12,65
40	dar. Hannover, Landeshauptstadt	1999	6 366	5,92	2 585	6,40	4 702	7,87	161	10,86	13 814	26,8	6,60
41		2001	5 314	5,11	2 599	6,03	4 845	7,57	165	8,14	12 923	25,0	6,06
42		2003	4 942	4,94	2 903	6,12	4 999	7,33	177	6,37	13 021	25,2	5,96
43	Diepholz	1999	2 737	2,54	1 024	2,53	1 613	2,70	49	3,30	5 423	25,8	2,59
44		2001	2 816	2,71	1 070	2,48	1 647	2,57	48	2,37	5 581	26,2	2,62
45		2003	2 608	2,61	1 224	2,58	1 799	2,64	102	3,67	5 733	26,7	2,63
46	Hameln-Pyrmont	1999	2 472	2,30	1 229	3,04	1 578	2,64	31	2,09	5 310	32,6	2,54
47		2001	2 422	2,33	1 281	2,97	1 677	2,62	55	2,71	5 435	33,5	2,55
48		2003	2 295	2,29	1 331	2,81	1 681	2,47	52	1,87	5 359	33,2	2,45
49	Hildesheim	1999	4 327	4,02	1 727	4,27	2 968	4,97	43	2,90	9 065	31,0	4,33
50		2001	4 153	4,00	1 886	4,37	3 089	4,82	52	2,57	9 180	31,3	4,31
51		2003	4 155	4,15	2 139	4,51	3 313	4,86	76	2,74	9 683	33,1	4,43
52	Holzminden	1999	1 179	1,10	409	1,01	815	1,36	1	0,07	2 404	29,4	1,15
53		2001	1 068	1,03	397	0,92	853	1,33	4	0,20	2 322	28,7	1,09
54		2003	980	0,98	623	1,31	877	1,29	9	0,32	2 489	31,2	1,14
55	Nienburg (Weser)	1999	1 661	1,54	478	1,18	1 041	1,74	28	1,89	3 208	25,5	1,53
56		2001	1 673	1,61	575	1,33	1 225	1,91	33	1,63	3 506	27,8	1,65
57		2003	1 630	1,63	641	1,35	1 314	1,93	43	1,55	3 628	28,8	1,66
58	Schaumburg	1999	2 506	2,33	711	1,76	2 011	3,36	15	1,01	5 243	31,7	2,51
59		2001	2 508	2,41	655	1,52	2 104	3,29	17	0,84	5 284	31,7	2,48
60		2003	2 369	2,37	833	1,76	2 149	3,15	38	1,37	5 389	32,4	2,47
61	Bezirk Hannover	1999	29 173	27,12	10 909	26,99	19 083	31,92	463	31,22	59 628	27,7	28,50
62		2001	27 049	26,03	11 375	26,38	19 961	31,17	540	26,65	58 925	27,2	27,65
63		2003	25 794	25,79	12 574	26,53	20 876	30,63	651	23,44	59 895	27,6	27,43

I. 1.2/1

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]
nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt / Landkreis / ehemaliger Regierungsbezirk / Land	Jahr	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger										
			Pflegegeld [2)]		ambulante Pflege		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeit- und Tagespflege [3)]		Gesamt		
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	je 1000 Einw.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
64	Celle	1999	2 668	2,48	1 182	2,92	1 588	2,66	35	2,36	5 473	30,2	2,62
65		2001	2 624	2,53	1 145	2,66	1 772	2,77	33	1,63	5 574	30,6	2,62
66		2003	2 521	2,52	1 273	2,69	1 921	2,82	75	2,70	5 790	31,7	2,65
67	Cuxhaven	1999	2 842	2,64	1 170	2,89	1 691	2,83	45	3,03	5 748	28,2	2,75
68		2001	2 888	2,78	1 231	2,85	1 884	2,94	58	2,86	6 061	29,4	2,84
69		2003	2 755	2,75	1 445	3,05	2 004	2,94	56	2,02	6 260	30,3	2,87
70	Harburg	1999	2 551	2,37	1 366	3,38	1 217	2,04	32	2,16	5 166	22,5	2,47
71		2001	2 406	2,32	1 151	2,67	1 320	2,06	48	2,37	4 925	20,9	2,31
71		2003	2 426	2,43	1 429	3,01	1 527	2,24	50	1,80	5 432	22,8	2,49
73	Lüchow-Dannenberg	1999	1 036	0,96	424	1,05	483	0,81		0,00	1 943	37,3	0,93
74		2001	927	0,89	364	0,84	524	0,82	2	0,10	1 817	35,1	0,85
75		2003	810	0,81	374	0,79	578	0,85	6	0,22	1 768	34,2	0,81
76	Lüneburg	1999	2 092	1,94	970	2,40	1 418	2,37	15	1,01	4 495	27,4	2,15
77		2001	2 041	1,96	1 013	2,35	1 530	2,39	20	0,99	4 604	27,3	2,16
78		2003	1 959	1,96	1 051	2,22	1 618	2,37	49	1,76	4 677	27,0	2,14
79	Osterholz	1999	1 161	1,08	459	1,14	1 184	1,98	5	0,34	2 809	25,6	1,34
80		2001	1 370	1,32	460	1,07	1 179	1,84	18	0,89	3 027	27,2	1,42
81		2003	1 354	1,35	846	1,78	1 096	1,61	25	0,90	3 321	29,5	1,52
82	Rotenburg (Wümme)	1999	1 786	1,66	704	1,74	1 064	1,78	6	0,40	3 560	22,2	1,70
83		2001	1 885	1,81	895	2,08	1 126	1,76	13	0,64	3 919	24,0	1,84
84		2003	1 834	1,83	960	2,03	1 118	1,64	38	1,37	3 950	24,0	1,81
85	Soltau-Fallingbostel	1999	1 623	1,51	706	1,75	927	1,55	6	0,40	3 262	23,4	1,56
86		2001	1 601	1,54	763	1,77	1 094	1,71	19	0,94	3 477	24,6	1,63
87		2003	1 531	1,53	839	1,77	1 212	1,78	29	1,04	3 611	25,3	1,65
88	Stade	1999	2 098	1,95	646	1,60	1 151	1,93	26	1,75	3 921	20,6	1,87
89		2001	2 062	1,98	868	2,01	1 400	2,19	29	1,43	4 359	22,6	2,05
90		2003	1 941	1,94	830	1,75	1 467	2,15	37	1,33	4 275	21,9	1,96
91	Uelzen	1999	1 146	1,07	419	1,04	868	1,45		0,00	2 433	25,0	1,16
92		2001	1 078	1,04	456	1,06	931	1,45	10	0,49	2 475	25,3	1,16
93		2003	1 007	1,01	535	1,13	1 127	1,65	17	0,61	2 686	27,6	1,23
94	Verden	1999	1 266	1,18	532	1,32	1 296	2,17		0,00	3 094	23,4	1,48
95		2001	1 336	1,29	529	1,23	1 330	2,08	8	0,39	3 203	24,0	1,50
96		2003	1 285	1,28	645	1,36	1 310	1,92	24	0,86	3 264	24,4	1,49
97	Bezirk Lüneburg	1999	20 269	18,84	8 578	21,22	12 887	21,56	170	11,46	41 904	25,2	20,03
98		2001	20 218	19,46	8 875	20,58	14 090	22,00	258	12,73	43 441	25,8	20,38
99		2003	19 423	19,42	10 227	21,58	14 978	21,97	406	14,62	45 034	26,5	20,62

I. 1.2/1

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]
nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Jahr	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger										
			Pflegegeld [2)]		ambulante Pflege		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeit- und Tagespflege [3)]		Gesamt		
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	je 1000 Einw.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
100	Delmenhorst, Stadt	1999	950	0,88	380	0,94	328	0,55		0,00	1 658	21,6	0,79
101		2001	1 024	0,99	302	0,70	380	0,59	23	1,14	1 729	22,7	0,81
102		2003	1 022	1,02	263	0,55	378	0,55	21	0,76	1 684	22,2	0,77
103	Emden, Stadt	1999	724	0,67	323	0,80	374	0,63	12	0,81	1 433	28,0	0,68
104		2001	692	0,67	344	0,80	337	0,53	14	0,69	1 387	27,1	0,65
105		2003	678	0,68	339	0,72	453	0,66	15	0,54	1 485	28,9	0,68
108	Oldenburg, Stadt	1999	1 464	1,36	857	2,12	1 195	2,00	2	0,13	3 518	22,8	1,68
109		2001	1 473	1,42	934	2,17	1 318	2,06	69	3,41	3 794	24,3	1,78
110		2003	1 465	1,46	1 159	2,45	1 386	2,03	45	1,62	4 055	25,6	1,86
111	Osnabrück, Stadt	1999	1 728	1,61	472	1,17	1 020	1,71	46	3,10	3 266	19,8	1,56
114		2001	1 464	1,41	634	1,47	1 039	1,62	66	3,26	3 203	19,5	1,50
115		2003	1 358	1,36	894	1,89	1 100	1,61	104	3,75	3 456	20,9	1,58
116	Wilhelmshaven, Stadt	1999	966	0,90	316	0,78	810	1,36	34	2,29	2 126	24,6	1,02
117		2001	967	0,93	389	0,90	847	1,32	27	1,33	2 230	26,2	1,05
118		2003	961	0,96	497	1,05	858	1,26	42	1,51	2 358	27,9	1,08
119	Ammerland	1999	1 060	0,99	505	1,25	605	1,01	1	0,07	2 171	19,8	1,04
120		2001	1 132	1,09	524	1,22	621	0,97	9	0,44	2 286	20,4	1,07
121		2003	1 186	1,19	576	1,22	738	1,08	15	0,54	2 515	22,0	1,15
122	Aurich	1999	3 532	3,28	1 223	3,03	959	1,60	13	0,88	5 727	30,8	2,74
123		2001	3 432	3,30	1 359	3,15	1 085	1,69	25	1,23	5 901	31,3	2,77
124		2003	3 338	3,34	1 494	3,15	1 183	1,74	46	1,66	6 061	32,0	2,78
125	Cloppenburg	1999	1 972	1,83	488	1,21	578	0,97	32	2,16	3 070	20,8	1,47
126		2001	2 160	2,08	654	1,52	721	1,13	52	2,57	3 587	23,8	1,68
127		2003	2 404	2,40	688	1,45	804	1,18	75	2,70	3 971	25,9	1,82
128	Emsland	1999	5 702	5,30	1 761	4,36	1 046	1,75	126	8,50	8 635	28,7	4,13
129		2001	5 946	5,72	1 993	4,62	1 130	1,76	150	7,40	9 219	30,3	4,33
132		2003	5 976	5,97	2 144	4,52	1 318	1,93	246	8,86	9 684	31,5	4,43
133	Friesland	1999	1 034	0,96	550	1,36	782	1,31	5	0,34	2 371	23,6	1,13
134		2001	1 127	1,08	539	1,25	805	1,26	18	0,89	2 489	24,5	1,17
135		2003	1 125	1,12	675	1,42	871	1,28	24	0,86	2 695	26,5	1,23
136	Grafschaft Bentheim	1999	2 593	2,41	921	2,28	752	1,26	37	2,49	4 303	33,4	2,06
137		2001	1 944	1,87	1 148	2,66	768	1,20	50	2,47	3 910	29,8	1,83
138		2003	1 710	1,71	929	1,96	879	1,29	68	2,45	3 586	27,0	1,64
139	Leer	1999	2 253	2,09	797	1,97	647	1,08		0,00	3 697	23,1	1,77
140		2001	2 260	2,17	808	1,87	649	1,01	9	0,44	3 726	22,9	1,75
141		2003	2 220	2,22	929	1,96	723	1,06	14	0,50	3 886	23,6	1,78
142	Oldenburg	1999	1 258	1,17	712	1,76	853	1,43	47	3,17	2 870	24,1	1,37
143		2001	1 336	1,29	692	1,60	932	1,46	49	2,42	3 009	24,6	1,41
144		2003	1 314	1,31	696	1,47	985	1,45	39	1,40	3 034	24,4	1,39
145	Osnabrück	1999	4 722	4,39	1 719	4,25	1 893	3,17	129	8,70	8 463	24,0	4,04
146		2001	4 102	3,95	1 724	4,00	2 023	3,16	180	8,88	8 029	22,6	3,77

I. 1.2/1

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]
nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt / Landkreis / ehemaliger Regierungsbezirk / Land	Jahr	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger										
			Pflegegeld [2)]		ambulante Pflege		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeit- und Tagespflege [3)]		Gesamt		
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	je 1000 Einw.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
147		2003	3 780	3,78	1 920	4,05	2 182	3,20	247	8,89	8 129	22,7	3,72
148	Vechta	1999	1 778	1,65	592	1,46	658	1,10	45	3,03	3 073	24,7	1,47
149		2001	1 799	1,73	724	1,68	717	1,12	69	3,41	3 309	25,8	1,55
150		2003	1 701	1,70	795	1,68	823	1,21	119	4,29	3 438	26,4	1,57
151	Wesermarsch	1999	1 081	1,00	438	1,08	780	1,30	12	0,81	2 311	24,6	1,10
152		2001	1 159	1,12	476	1,10	828	1,29	2	0,10	2 465	26,1	1,16
153		2003	1 275	1,27	536	1,13	911	1,34	4	0,14	2 726	28,9	1,25
154	Wittmund	1999	949	0,88	153	0,38	255	0,43	2	0,13	1 359	23,7	0,65
155		2001	948	0,91	184	0,43	303	0,47	3	0,15	1 438	25,0	0,67
156		2003	946	0,95	159	0,34	297	0,44	6	0,22	1 408	24,4	0,64
157	Bezirk Weser-Ems	1999	33 766	31,39	12 207	30,20	13 535	22,64	543	36,61	60 051	24,9	28,70
158		2001	32 965	31,72	13 428	31,14	14 503	22,65	815	40,23	61 711	25,3	28,96
159		2003	32 459	32,45	14 693	31,00	15 889	23,31	1 130	40,69	64 171	26,0	29,39
160	kreisfreie Städte gesamt	1999	12 914	12,00	4 764	11,79	7 583	12,69	189	12,74	25 450	25,1	12,16
161		2001	12 354	11,89	5 326	12,35	7 999	12,49	331	16,34	26 010	25,7	12,21
162		2003	12 029	12,03	5 996	12,65	8 327	12,22	399	14,37	26 751	26,4	12,25
163	Landkreise gesamt[4)]	1999	80 373	74,71	30 326	75,03	43 135	72,16	998	67,30	154 832	26,8	73,99
164		2001	79 155	76,17	32 284	74,87	46 674	72,88	1 364	67,32	159 477	27,4	74,84
165		2003	76 242	76,22	35 619	75,15	50 090	73,49	2 047	73,71	163 998	28,0	75,10
166	Niedersachsen	1999	107 578	100,00	40 421	100,00	59 775	100,00	1 483	100,00	209 257	26,5	100,00
167		2001	103 918	100,00	43 121	100,00	64 039	100,00	2 026	100,00	213 104	26,8	100,00
168		2003	100 028	100,00	47 398	100,00	68 160	100,00	2 777	100,00	218 363	27,3	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] Pflegegeld ohne Sachleistungen.
[3)] einschl. Nachtpflege (6 Personen).
[4)] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I. 1.2/2

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003[1] nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger										
		Pflegegeld [2]		ambulante Pflege		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeit- und Tagespflege [3]		Gesamt		
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	je 1000 Einw.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
54	Niedersachsen	100 028	45,81	47 398	21,71	68 160	31,21	2 777	1,27	218 363	27,3	100,00
53	Landkreise [4]	76 242	46,49	35 619	21,72	50 090	30,54	2 047	1,25	163 998	27,3	100,00
51	Bezirk Weser-Ems	32 459	50,58	14 693	22,90	15 889	24,76	1 130	1,76	64 171	26,0	100,00
21	Bezirk Hannover	25 794	43,07	12 574	20,99	20 876	34,85	651	1,09	59 895	27,6	100,00
12	Bezirk Braunschweig	22 352	45,37	9 904	20,10	16 417	33,33	590	1,20	49 263	29,6	100,00
33	Bezirk Lüneburg	19 423	43,13	10 227	22,71	14 978	33,26	406	0,90	45 034	26,5	100,00
52	kreisfreie Städte gesamt	12 029	44,97	5 996	22,41	8 327	31,13	399	1,49	26 751	31,3	100,00
13	Region Hannover incl Stadt Hannover	11 757	42,58	5 783	20,94	9 743	35,28	331	1,20	27 614	24,5	100,00
14	Hannover, Landeshauptstadt	4 942	37,95	2 903	22,29	4 999	38,39	177	1,36	13 021	25,2	100,00
42	Emsland	5 976	61,71	2 144	22,14	1 318	13,61	246	2,54	9 684	31,5	100,00
17	Hildesheim	4 155	42,91	2 139	22,09	3 313	34,21	76	0,78	9 683	33,1	100,00
47	Osnabrück	3 780	46,50	1 920	23,62	2 182	26,84	247	3,04	8 129	22,7	100,00
5	Göttingen	2 829	41,67	1 389	20,46	2 460	36,24	111	1,63	6 789	25,7	100,00
1	Braunschweig, Stadt	2 824	42,17	1 475	22,03	2 335	34,87	62	0,93	6 696	27,3	100,00
23	Cuxhaven	2 755	44,01	1 445	23,08	2 004	32,01	56	0,89	6 260	30,3	100,00
40	Aurich	3 338	55,07	1 494	24,65	1 183	19,52	46	0,76	6 061	32,0	100,00
22	Celle	2 521	43,54	1 273	21,99	1 921	33,18	75	1,30	5 790	31,7	100,00
15	Diepholz	2 608	45,49	1 224	21,35	1 799	31,38	102	1,78	5 733	26,7	100,00
6	Goslar	2 067	37,66	1 259	22,94	2 103	38,31	60	1,09	5 489	35,7	100,00
24	Harburg	2 426	44,66	1 429	26,31	1 527	28,11	50	0,92	5 432	22,8	100,00
20	Schaumburg	2 369	43,96	833	15,46	2 149	39,88	38	0,71	5 389	32,4	100,00
8	Northeim	2 591	48,33	1 203	22,44	1 491	27,81	76	1,42	5 361	36,1	100,00
16	Hameln-Pyrmont	2 295	42,83	1 331	24,84	1 681	31,37	52	0,97	5 359	33,2	100,00
26	Lüneburg	1 959	41,89	1 051	22,47	1 618	34,59	49	1,05	4 677	27,0	100,00
30	Stade	1 941	45,40	830	19,42	1 467	34,32	37	0,87	4 275	21,9	100,00
4	Gifhorn	2 266	54,62	836	20,15	1 028	24,78	19	0,46	4 149	23,7	100,00
36	Oldenburg, Stadt	1 465	36,13	1 159	28,58	1 386	34,18	45	1,11	4 055	25,6	100,00
10	Peine	1 888	47,48	624	15,69	1 418	35,66	46	1,16	3 976	29,6	100,00
41	Cloppenburg	2 404	60,54	688	17,33	804	20,25	75	1,89	3 971	25,9	100,00
28	Rotenburg (Wümme)	1 834	46,43	960	24,30	1 118	28,30	38	0,96	3 950	24,0	100,00
45	Leer	2 220	57,13	929	23,91	723	18,61	14	0,36	3 886	23,6	100,00
2	Salzgitter, Stadt	2 053	52,97	715	18,45	1 037	26,75	71	1,83	3 876	35,3	100,00
19	Nienburg (Weser)	1 630	44,93	641	17,67	1 314	36,22	43	1,19	3 628	28,8	100,00
29	Soltau-Fallingbostel	1 531	42,40	839	23,23	1 212	33,56	29	0,80	3 611	25,3	100,00

I. 1.2/2

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003[1] nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger										
		Pflegegeld [2]		ambulante Pflege		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeit- und Tagespflege [3]		Gesamt		
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	je 1000 Einw.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
44	Grafschaft Bentheim	1 710	47,69	929	25,91	879	24,51	68	1,90	3 586	27,0	100,00
37	Osnabrück, Stadt	1 358	39,29	894	25,87	1 100	31,83	104	3,01	3 456	20,9	100,00
9	Osterode am Harz	1 420	41,29	448	13,03	1 535	44,64	36	1,05	3 439	41,2	100,00
48	Vechta	1 701	49,48	795	23,12	823	23,94	119	3,46	3 438	26,4	100,00
27	Osterholz	1 354	40,77	846	25,47	1 096	33,00	25	0,75	3 321	29,5	100,00
11	Wolfenbüttel	1 494	45,34	637	19,33	1 134	34,42	30	0,91	3 295	25,9	100,00
32	Verden	1 285	39,37	645	19,76	1 310	40,13	24	0,74	3 264	24,4	100,00
3	Wolfsburg, Stadt	1 668	53,10	654	20,82	780	24,83	39	1,24	3 141	25,6	100,00
7	Helmstedt	1 252	41,02	664	21,76	1 096	35,91	40	1,31	3 052	30,9	100,00
46	Oldenburg	1 314	43,31	696	22,94	985	32,47	39	1,29	3 034	24,4	100,00
49	Wesermarsch	1 275	46,77	536	19,66	911	33,42	4	0,15	2 726	28,9	100,00
43	Friesland	1 125	41,74	675	25,05	871	32,32	24	0,89	2 695	26,5	100,00
31	Uelzen	1 007	37,49	535	19,92	1 127	41,96	17	0,63	2 686	27,6	100,00
39	Ammerland	1 186	47,16	576	22,90	738	29,34	15	0,60	2 515	22,0	100,00
18	Holzminden	980	39,37	623	25,03	877	35,24	9	0,36	2 489	31,2	100,00
38	Wilhelmshaven, Stadt	961	40,75	497	21,08	858	36,39	42	1,78	2 358	27,9	100,00
25	Lüchow-Dannenberg	810	45,81	374	21,15	578	32,69	6	0,34	1 768	34,2	100,00
34	Delmenhorst, Stadt	1 022	60,69	263	15,62	378	22,45	21	1,25	1 684	22,2	100,00
35	Emden, Stadt	678	45,66	339	22,83	453	30,51	15	1,01	1 485	28,9	100,00
50	Wittmund	946	67,19	159	11,29	297	21,09	6	0,43	1 408	24,4	100,00

[1] jeweils 15. Dezember

[2] Pflegegeld ohne Sachleistungen.

[3] Keine Personen in Nachtpflege.

[4] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnung MS

I. 1.2/3

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003[1] nach regionaler Gliederung und Altersgruppen

lfd. Nr	Gebiet	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger 2003					
		0 - unter 15 Jahre	15 - unter 40 Jahre	40 - unter 65 Jahre	65 - unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Gesamt
	A	B	C	D	E	F	G
1	Braunschweig, Stadt	177	209	581	1 716	4 013	6 696
2	Gifhorn	217	216	502	1 238	1 976	4 149
3	Goslar	139	227	675	1 487	2 961	5 489
4	Göttingen	152	260	657	1 894	3 826	6 789
5	Helmstedt	122	135	367	835	1 593	3 052
6	Northeim	127	198	486	1 554	2 996	5 361
7	Osterode am Harz	49	125	492	1 025	1 748	3 439
8	Peine	126	148	411	1 129	2 162	3 976
9	Salzgitter, Stadt	108	109	390	1 251	2 018	3 876
10	Wolfenbüttel	106	150	347	924	1 768	3 295
11	Wolfsburg, Stadt	93	164	334	928	1 622	3 141
12	Bezirk Braunschweig	**1 416**	**1 941**	**5 242**	**13 981**	**26 683**	**49 263**
13	Diepholz	186	276	660	1 541	3 070	5 733
14	Hameln-Pyrmont	188	166	539	1 484	2 982	5 359
15	Region Hannover	912	1 172	2 931	7 431	15 168	27 614
16	Hannover, Landeshauptstadt	419	572	1 407	3 319	7 304	13 021
17	Hildesheim	246	403	1 005	2 766	5 263	9 683
18	Holzminden	63	91	251	664	1 420	2 489
19	Nienburg (Weser)	134	186	364	1 106	1 838	3 628
20	Schaumburg	180	192	542	1 430	3 045	5 389
21	Bezirk Hannover	**1 909**	**2 486**	**6 292**	**16 422**	**32 786**	**59 895**
22	Celle	151	213	587	1 598	3 241	5 790
23	Cuxhaven	154	251	583	1 809	3 463	6 260
24	Harburg	325	287	508	1 352	2 960	5 432
25	Lüchow-Dannenberg	40	71	229	503	925	1 768
26	Lüneburg	236	215	492	1 274	2 460	4 677
27	Osterholz	109	90	352	953	1 817	3 321
28	Rotenburg (Wümme)	172	199	390	1 109	2 080	3 950
29	Soltau-Fallingbostel	131	138	373	978	1 991	3 611
30	Stade	170	187	462	1 147	2 309	4 275
31	Uelzen	84	79	277	726	1 520	2 686
32	Verden	124	115	324	931	1 770	3 264
33	Bezirk Lüneburg	**1 696**	**1 845**	**4 577**	**12 380**	**24 536**	**45 034**
34	Ammerland	106	113	269	695	1 332	2 515
35	Aurich	232	334	794	1 789	2 912	6 061
36	Cloppenburg	206	256	446	1 268	1 795	3 971
37	Delmenhorst, Stadt	57	81	212	488	846	1 684
38	Emden, Stadt	58	62	153	424	788	1 485
39	Emsland	395	634	1 159	3 230	4 266	9 684
40	Friesland	115	112	285	712	1 471	2 695
41	Grafschaft Bentheim	138	224	366	1 151	1 707	3 586
42	Leer	197	221	472	1 144	1 852	3 886
43	Oldenburg	105	155	286	787	1 701	3 034
44	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	158	224	399	991	2 283	4 055
45	Osnabrück	304	437	725	2 236	4 427	8 129
46	Osnabrück, Stadt	81	174	291	852	2 058	3 456
47	Vechta	132	201	332	1 057	1 716	3 438
48	Wesermarsch	97	102	317	816	1 394	2 726
49	Wilhelmshaven, Stadt	66	72	247	600	1 373	2 358
50	Wittmund	50	78	176	419	685	1 408
51	Bezirk Weser-Ems	**2 497**	**3 480**	**6 929**	**18 659**	**32 606**	**64 171**
52	kreisfreie Städte gesamt	**1 217**	**1 095**	**2 607**	**7 250**	**15 001**	**26 751**
53	Landkreise gesamt [2]	**6 301**	**7 485**	**17 502**	**51 261**	**94 179**	**163 998**
54	**Land Niedersachsen**	**7 518**	**9 752**	**23 040**	**61 442**	**116 611**	**218 363**

[1] Stand: 31.12.
[2] ohne Region Hannover
Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Pflegestatistik, eigene Berechnung MS

I.1.3.1/1

Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Altersgruppen, Leistungsart und Pflegestufen

lfd. Nr.	Merkmale	1999		2001		2003	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
	Alter von … bis unter … Jahren						
1	0 - 5	1 836	20,83	1 810	20,85	1 291	17,17
2	5 - 10	3 691	41,87	3 441	39,63	3 045	40,50
3	10 - 15	3 288	37,30	3 431	39,52	3 182	42,33
4	Gesamt	8 815	100,00	8 682	100,00	7 518	100,00
	Leistungsart						
5	Pflegegeld [2)]	8 372	94,97	8 232	94,82	6 961	92,59
6	ambulante Pflege	424	4,81	426	4,91	535	7,12
7	vollstationäre Dauerpflege	12	0,14	22	0,25	22	0,29
8	Kurzzeitpflege	6	0,07	2	0,02	0	0,00
9	teilstationäre Pflege	1	0,01	0	0,00	0	0,00
10	Gesamt	8 815	100,00	8 682	100,00	7 518	100,00
	Pflegestufe						
11	ohne Einstufung	1	0,01	0	0,00	0	0,00
12	I	4 023	45,64	4 078	46,97	3 601	47,90
13	II	3 022	34,28	2 938	33,84	2 452	32,61
14	III	1 769	20,07	1 666	19,19	1 465	19,49
15	Gesamt	8 815	100,00	8 682	100,00	7 518	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] Pflegegeld ohne Sachleistungen.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.1.3.1/2

Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 2003[1)] nach Altersgruppen und Pflegestufen

lfd. Nr	Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige Kinder										
		Pflegestufe I			Pflegestufe II			Pflegestufe III			Zusammen	
		Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil je Altersgruppe	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil je Altersgruppe	Anzahl	Prozentualer Anteil je Pflegestufe	Prozentualer Anteil je Altersgruppe	Anzahl	Prozentualer Anteil je Altersgruppe
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	0 - 5	684	18,99	52,98	455	18,56	35,24	152	10,38	11,77	1 291	100,00
2	5 - 10	1 530	42,49	50,25	954	38,91	31,33	561	38,29	18,42	3 045	100,00
3	10 - 15	1 387	38,52	43,59	1 043	42,54	32,78	752	51,33	23,63	3 182	100,00
4	Gesamt	3 601	100,00	47,90	2 452	100,00	32,62	1 465	100,00	19,49	7 518	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I. 1.3.1/3

Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Jahr	Anteil der Kinder unter 15 Jahren		
			Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%
	A	B	C	D	E
1	Braunschweig, Stadt	1999	184	5,7	2,09
2		2001	220	7,0	2,53
3		2003	177	5,7	2,35
4	Salzgitter, Stadt	1999	132	7,4	1,50
5		2001	112	6,4	1,29
6		2003	108	6,5	1,44
7	Wolfsburg, Stadt	1999	115	6,6	1,30
8		2001	111	6,5	1,28
9		2003	93	5,6	1,24
10	Gifhorn	1999	240	7,3	2,72
11		2001	250	7,6	2,88
12		2003	217	6,8	2,89
13	Göttingen	1999	219	5,4	2,48
14		2001	197	5,0	2,27
15		2003	152	4,1	2,02
16	Goslar	1999	163	7,5	1,85
17		2001	156	7,3	1,80
18		2003	139	6,8	1,85
19	Helmstedt	1999	137	8,5	1,55
20		2001	155	9,9	1,79
21		2003	122	8,2	1,62
22	Northeim	1999	166	6,9	1,88
23		2001	152	6,5	1,75
24		2003	127	5,7	1,69
25	Osterode am Harz	1999	68	5,4	0,77
26		2001	75	6,1	0,86
27		2003	49	4,2	0,65
28	Peine	1999	137	6,2	1,55
29		2001	147	6,5	1,69
30		2003	126	5,6	1,68
31	Wolfenbüttel	1999	120	5,8	1,36
32		2001	129	6,2	1,49
33		2003	106	5,2	1,41
34	Bezirk Braunschweig	1999	1 681	6,5	19,07
35		2001	1 704	6,7	19,63
36		2003	1 416	5,8	18,83

I. 1.3.1/3

Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Jahr	Anteil der Kinder unter 15 Jahren		
			Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%
	A	B	C	D	E
37	Region Hannover	1999	1 086	6,7	12,32
38		2001	1 014	6,3	11,68
39		2003	912	5,7	12,13
40	dar. Hannover, Landeshauptstadt	1999	490	7,5	5,56
41		2001	467	7,1	5,38
42		2003	419	6,4	5,57
43	Diepholz	1999	220	6,2	2,50
44		2001	247	6,9	2,84
45		2003	186	5,2	2,47
46	Hameln-Pyrmont	1999	167	6,6	1,89
47		2001	180	7,2	2,07
48		2003	188	7,7	2,50
49	Hildesheim	1999	318	6,9	3,61
50		2001	280	6,1	3,23
51		2003	246	5,5	3,27
52	Holzminden	1999	94	7,2	1,07
53		2001	96	7,6	1,11
54		2003	63	5,2	0,84
55	Nienburg (Weser)	1999	158	7,1	1,79
56		2001	166	7,5	1,91
57		2003	134	6,3	1,78
58	Schaumburg	1999	227	8,5	2,58
59		2001	211	7,9	2,43
60		2003	180	6,9	2,39
61	Bezirk Hannover	1999	2 270	6,9	25,75
62		2001	2 194	6,6	25,27
63		2003	1 909	5,9	25,39

I. 1.3.1/3

Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Jahr	Anteil der Kinder unter 15 Jahren		
			Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%
	A	B	C	D	E
64	Celle	1999	183	5,8	2,08
65		2001	164	5,3	1,89
66		2003	151	5,0	2,01
67	Cuxhaven	1999	188	5,5	2,13
68		2001	189	5,5	2,18
69		2003	154	4,6	2,05
70	Harburg	1999	337	8,8	3,82
71		2001	272	6,9	3,13
71		2003	325	8,2	4,32
73	Lüchow-Dannenberg	1999	70	8,3	0,79
74		2001	69	8,5	0,79
75		2003	40	5,1	0,53
76	Lüneburg	1999	243	9,0	2,76
77		2001	261	9,4	3,01
78		2003	236	8,5	3,14
79	Osterholz	1999	92	4,9	1,04
80		2001	108	5,7	1,24
81		2003	109	5,8	1,45
82	Rotenburg (Wümme)	1999	192	6,5	2,18
83		2001	215	7,1	2,48
84		2003	172	5,8	2,29
85	Soltau-Fallingbostel	1999	160	6,6	1,82
86		2001	145	6,0	1,67
87		2003	131	5,5	1,74
88	Stade	1999	213	6,2	2,42
89		2001	208	6,1	2,40
90		2003	170	5,0	2,26
91	Uelzen	1999	112	7,2	1,27
92		2001	102	6,6	1,17
93		2003	84	5,6	1,12
94	Verden	1999	120	5,1	1,36
95		2001	130	5,6	1,50
96		2003	124	5,4	1,65
97	Bezirk Lüneburg	1999	1 910	6,7	21,67
98		2001	1 863	6,5	21,46
99		2003	1 696	6,0	22,56

I. 1.3.1/3

Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Jahr	Anteil der Kinder unter 15 Jahren		
			Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%
	A	B	C	D	E
100	Delmenhorst, Stadt	1999	71	5,7	0,81
101		2001	62	5,1	0,71
102		2003	57	4,8	0,76
103	Emden, Stadt	1999	58	6,9	0,66
104		2001	67	8,2	0,77
105		2003	58	7,3	0,77
108	Oldenburg, Stadt	1999	160	7,2	1,82
109		2001	138	6,2	1,59
110		2003	158	7,1	2,10
111	Osnabrück, Stadt	1999	117	5,3	1,33
114		2001	99	4,6	1,14
115		2003	81	3,9	1,08
116	Wilhelmshaven, Stadt	1999	81	6,6	0,92
117		2001	81	6,9	0,93
118		2003	66	5,9	0,88
119	Ammerland	1999	101	5,1	1,15
120		2001	109	5,4	1,26
121		2003	106	5,2	1,41
122	Aurich	1999	273	8,0	3,10
123		2001	279	8,1	3,21
124		2003	232	6,9	3,09
125	Cloppenburg	1999	195	6,0	2,21
126		2001	201	6,2	2,32
127		2003	206	6,4	2,74
128	Emsland	1999	494	8,1	5,60
129		2001	459	7,6	5,29
132		2003	395	6,8	5,25
133	Friesland	1999	125	7,1	1,42
134		2001	128	7,2	1,47
135		2003	115	6,7	1,53
136	Grafschaft Bentheim	1999	193	7,7	2,19
137		2001	173	6,9	1,99
138		2003	138	5,6	1,84
139	Leer	1999	218	7,2	2,47
140		2001	238	7,8	2,74
141		2003	197	6,6	2,62

I. 1.3.1/3

Pflegebedürftige Kinder (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung unter 15 Jahren) in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach regionaler Gliederung und Leistungsarten

lfd. Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	Jahr	Anteil der Kinder unter 15 Jahren		
			Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%
	A	B	C	D	E
142	Oldenburg	1999	139	6,4	1,58
143		2001	147	6,5	1,69
144		2003	105	4,7	1,40
145	Osnabrück	1999	379	5,5	4,30
146		2001	377	5,6	4,34
147		2003	304	4,7	4,04
148	Vechta	1999	181	7,1	2,05
149		2001	167	6,4	1,92
150		2003	132	5,1	1,76
151	Wesermarsch	1999	103	6,2	1,17
152		2001	121	7,3	1,39
153		2003	97	5,9	1,29
154	Wittmund	1999	66	6,4	0,75
155		2001	75	7,3	0,86
156		2003	50	5,0	0,67
157	Bezirk Weser-Ems	1999	2 954	6,7	33,51
158		2001	2 921	6,6	33,64
159		2003	2 497	5,8	33,21
160	kreisfreie Städte gesamt	1999	1 408	9,7	15,97
161		2001	1 357	9,5	15,63
162		2003	1 217	8,8	16,19
163	Landkreise gesamt [5)]	1999	7 407	7,3	84,03
164		2001	7 325	7,3	84,37
165		2003	6 301	6,4	83,81
166	Niedersachsen	1999	8 815	6,7	100,00
167		2001	8 682	6,6	100,00
168		2003	7 518	5,9	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] Keine Personen in Nachtpflege.
[3)] unter 15 Jahren.
[4)] Pflegegeld ohne Sachleistungen.
[5)] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.1.3.2/1a

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung von 15 bis unter 40 Jahren in Niedersachsen 1999 bis 2003[1] nach Leistungsart und Pflegestufen

lfd. Nr.	Merkmale	1999		2001		2003	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
	Leistungsart						
5	Pflegegeld [2]	9 584	89,5	9 294	88,80	8 546	87,63
6	ambulante Pflege	717	6,69	744	7,11	820	8,41
7	vollstationäre Dauerpflege	386	3,60	414	3,96	370	3,79
8	Kurzzeitpflege	18	0,17	11	0,11	16	0,16
9	teilstationäre Pflege	5	0,05	3	0,03	0	0,00
10	Gesamt	10 710	100,00	10 466	100,00	9 752	100,00
	Pflegestufe						
11	ohne Einstufung	6	0,06	9	0,09	17	0,17
12	I	4 039	37,71	4 017	38,38	3 821	39,18
13	II	4 117	38,44	3 878	37,05	3 465	35,53
14	III	2 548	23,79	2 562	24,48	2 449	25,11
15	Gesamt	10 710	100,00	10 466	100,00	9 752	100,00
	Pflegebedürftigen						
16	I	4 039	37,73	4 017	38,41	3 821	39,25
17	II	4 117	38,46	3 878	37,09	3 465	35,59
18	III	2 548	23,80	2 562	24,50	2 449	25,16
19	Gesamt	10 704	100,00	10 457	100,00	9 735	100,00

[1] jeweils 15. Dezember
[2] Pflegegeld ohne Sachleistungen.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.1.3.2/1b

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung von 40 bis unter 65 Jahren in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Leistungsart und Pflegestufen

lfd. Nr.	Merkmale	1999		2001		2003	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
	Leistungsart						
5	Pflegegeld [2)]	15 745	66,57	15 190	65,67	14 816	64,31
6	ambulante Pflege	3083	13,04	3145	13,60	3335	14,47
7	vollstationäre Dauerpflege	4700	19,87	4653	20,12	4737	20,56
8	Kurzzeitpflege	41	0,17	64	0,28	82	0,36
9	teilstationäre Pflege	82	0,35	78	0,34	70	0,30
10	Gesamt	23 651	100,00	23 130	100,00	23 040	100,00
	Pflegestufe						
11	ohne Einstufung	105	0,44	104	0,45	167	0,72
12	I	10 843	45,85	10 951	47,35	11 144	48,37
13	II	8 683	36,71	8 338	36,05	7 996	34,70
14	III	4 020	17,00	3 737	16,16	3 733	16,20
15	Gesamt	23 651	100,00	23 130	100,00	23 040	100,00
	Anteil aller eingestuften Pflegebedürftigen						
16	I	10 843	46,05	10 951	47,56	11 144	48,72
17	II	8 683	36,88	8 338	36,21	7 996	34,96
18	III	4 020	17,07	3 737	16,23	3 733	16,32
19	Gesamt	23 546	100,00	23 026	100,00	22 873	100,00

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] Pflegegeld ohne Sachleistungen.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I. 1.3.2/2a

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Alter von 15 bis unter 40 Jahren in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach regionaler Gliederung

lfd Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	1999			2001			2003		
		Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%	Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%	Anzahl	je 1000 Einw. [3)]	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Braunschweig,Stadt	237	2,7	2,2	221	2,6	2,1	209	2,5	2,1
2	Salzgitter,Stadt	152	4,2	1,4	126	3,7	1,2	109	3,3	1,1
3	Wolfsburg,Stadt	167	4,3	1,6	163	4,3	1,6	164	4,3	1,7
4	Gifhorn	220	3,7	2,1	246	4,3	2,4	216	3,8	2,2
5	Göttingen	305	3,0	2,8	292	3,0	2,8	260	2,7	2,7
6	Goslar	228	4,6	2,1	267	5,6	2,6	227	5,0	2,3
7	Helmstedt	162	5,1	1,5	165	5,4	1,6	135	4,6	1,4
8	Northeim	232	4,8	2,2	209	4,6	2,0	198	4,5	2,0
9	Osterode am Harz	119	4,6	1,1	124	5,1	1,2	125	5,4	1,3
10	Peine	195	4,5	1,8	157	3,7	1,5	148	3,5	1,5
11	Wolfenbüttel	156	3,8	1,5	155	3,9	1,5	150	3,9	1,5
12	Bezirk Braunschweig	2 173	3,9	20,3	2 125	3,9	20,3	1 941	3,7	19,9
13	Hannover, Region	1 344	3,5	12,5	1 272	3,3	12,2	1 172	3,2	12,0
14	Hannover,Landeshptst.	641	3,3	6,0	599	3,2	5,7	572	3,1	5,9
15	Diepholz	324	4,7	3,0	332	4,9	3,2	276	4,2	2,8
16	Hameln-Pyrmont	186	3,7	1,7	194	4,0	1,9	166	3,5	1,7
17	Hildesheim	433	4,5	4,0	423	4,5	4,0	403	4,5	4,1
18	Holzminden	103	4,1	1,0	95	3,9	0,9	91	3,9	0,9
19	Nienburg (Weser)	184	4,4	1,7	209	5,2	2,0	186	4,8	1,9
20	Schaumburg	209	3,9	2,0	212	4,1	2,0	192	3,8	2,0
21	Bezirk Hannover	2 783	3,8	26,0	2 737	3,9	26,2	2 486	3,6	25,5
22	Celle	239	4,0	2,2	240	4,2	2,3	213	3,8	2,2
23	Cuxhaven	274	4,3	2,6	272	4,4	2,6	251	4,2	2,6
24	Harburg	284	3,8	2,7	249	3,4	2,4	287	4,0	2,9
25	Lüchow-Dannenberg	73	4,7	0,7	65	4,4	0,6	71	4,9	0,7
26	Lüneburg	208	3,5	1,9	211	3,6	2,0	215	3,6	2,2
27	Osterholz	94	2,6	0,9	110	3,2	1,1	90	2,7	0,9
28	Rotenburg (Wümme)	199	3,6	1,9	218	4,0	2,1	199	3,7	2,0
29	Soltau-Fallingbostel	146	3,1	1,4	145	3,1	1,4	138	3,0	1,4
30	Stade	216	3,3	2,0	195	3,1	1,9	187	3,0	1,9
31	Uelzen	72	2,3	0,7	87	2,9	0,8	79	2,7	0,8
32	Verden	125	2,8	1,2	116	2,7	1,1	115	2,8	1,2
33	Bezirk Lüneburg	1 930	3,5	18,0	1 908	3,5	18,2	1 845	3,5	18,9

I. 1.3.2/2a

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Alter von 15 bis unter 40 Jahren in Niedersachsen 1999 bis 2003[1] nach regionaler Gliederung

lfd Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	1999			2001			2003		
		Anzahl	je 1000 Einw. [3]	%	Anzahl	je 1000 Einw. [3]	%	Anzahl	je 1000 Einw. [3]	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
34	Delmenhorst,Stadt	96	3,7	0,9	89	3,6	0,9	81	3,4	0,8
35	Emden,Stadt	68	3,9	0,6	57	3,3	0,5	62	3,6	0,6
36	Oldenburg(Oldb),Stadt	196	3,4	1,8	192	3,3	1,8	224	3,9	2,3
37	Osnabrück,Stadt	192	3,1	1,8	183	3,0	1,7	174	2,8	1,8
38	Wilhelmshaven,Stadt	72	2,5	0,7	75	2,8	0,7	72	2,7	0,7
39	Ammerland	133	3,6	1,2	123	3,4	1,2	113	3,2	1,2
40	Aurich	385	6,1	3,6	340	5,5	3,2	334	5,6	3,4
41	Cloppenburg	259	4,8	2,4	272	5,0	2,6	256	4,8	2,6
42	Emsland	684	6,2	6,4	672	6,2	6,4	634	6,0	6,5
43	Friesland	104	3,3	1,0	112	3,6	1,1	112	3,7	1,1
44	Grafschaft Bentheim	268	6,0	2,5	238	5,4	2,3	224	5,1	2,3
45	Leer	241	4,4	2,3	257	4,7	2,5	221	4,2	2,3
46	Oldenburg	181	4,5	1,7	170	4,3	1,6	155	4,0	1,6
47	Osnabrück	534	4,2	5,0	495	4,0	4,7	437	3,8	4,5
48	Vechta	205	4,3	1,9	213	4,5	2,0	201	4,3	2,1
49	Wesermarsch	128	4,2	1,2	121	4,1	1,2	102	3,6	1,0
50	Wittmund	78	4,0	0,7	87	4,7	0,8	78	4,3	0,8
51	Bezirk Weser-Ems	3 824	4,5	35,7	3 696	4,4	35,3	3 480	4,3	35,7
52	kreisfreie Städte gesamt	1 180	3,3	11,0	1 106	3,2	10,6	1 095	3,2	11,2
53	Landkreise gesamt [2]	8 186	4,2	76,4	8 088	4,3	77,3	7 485	4,1	76,8
54	Niedersachsen	10 710	4,0	100,0	10 466	4,0	100,0	9 752	3,8	100,0

[1] jeweils 15. Dezember
[2] ohne Region Hannover
[3] am Jahresende in der jeweiligen Altersgruppe

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I. 1.3.2/2b

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im Alter von 40 bis unter 65 Jahren in Niedersachsen 1999 bis 2003[1] nach regionaler Gliederung

lfd Nr.	Kreisfreie Stadt Landkreis ehemaliger Regierungsbezirk Land	1999			2001			2003		
		Anzahl	je 1000 Einw. [3]	%	Anzahl	je 1000 Einw. [3]	%	Anzahl	je 1000 Einw. [3]	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Braunschweig,Stadt	536	6,6	2,3	599	7,4	2,6	581	7,2	2,5
2	Salzgitter,Stadt	501	13,1	2,1	381	10,0	1,6	390	10,3	1,7
3	Wolfsburg,Stadt	379	8,8	1,6	319	7,5	1,4	334	7,9	1,4
4	Gifhorn	539	9,8	2,3	584	10,1	2,5	502	8,4	2,2
5	Göttingen	678	8,3	2,9	654	7,7	2,8	657	7,5	2,9
6	Goslar	603	11,5	2,5	629	12,0	2,7	675	12,8	2,9
7	Helmstedt	396	11,7	1,7	365	10,7	1,6	367	10,6	1,6
8	Northeim	568	11,3	2,4	537	10,6	2,3	486	9,5	2,1
9	Osterode am Harz	457	15,7	1,9	519	17,9	2,2	492	17,0	2,1
10	Peine	432	9,8	1,8	421	9,4	1,8	411	9,0	1,8
11	Wolfenbüttel	355	8,2	1,5	359	8,1	1,6	347	7,7	1,5
12	Braunschweig	5 444	9,9	23,0	5 367	9,6	23,2	5 242	9,3	22,8
13	Hannover, Region	3 152	8,4	13,3	2 946	7,7	12,7	2 931	7,6	12,7
14	Hannover,Landeshptst.	1 546	9,4	6,5	1 354	8,2	5,9	1 407	8,4	6,1
15	Diepholz	650	9,1	2,7	665	9,1	2,9	660	8,9	2,9
16	Hameln-Pyrmont	598	11,0	2,5	591	10,8	2,6	539	9,8	2,3
17	Hildesheim	1 032	10,6	4,4	989	10,1	4,3	1 005	10,1	4,4
18	Holzminden	282	10,4	1,2	259	9,6	1,1	251	9,4	1,1
19	Nienburg (Weser)	422	10,5	1,8	402	9,8	1,7	364	8,7	1,6
20	Schaumburg	554	10,1	2,3	565	10,1	2,4	542	9,5	2,4
21	Hannover	6 690	9,3	28,3	6 417	8,8	27,7	6 292	8,5	27,3
22	Celle	603	10,1	2,5	558	9,2	2,4	587	9,5	2,5
23	Cuxhaven	596	8,5	2,5	570	8,0	2,5	583	8,1	2,5
24	Harburg	581	7,0	2,5	494	5,8	2,1	508	5,9	2,2
25	Lüchow-Dannenberg	273	15,7	1,2	255	14,4	1,1	229	12,9	1,0
26	Lüneburg	539	10,2	2,3	531	9,7	2,3	492	8,6	2,1
27	Osterholz	323	8,3	1,4	337	8,4	1,5	352	8,6	1,5
28	Rotenburg (Wümme)	399	7,9	1,7	399	7,6	1,7	390	7,2	1,7
29	Soltau-Fallingbostel	346	7,8	1,5	344	7,5	1,5	373	7,9	1,6
30	Stade	455	7,1	1,9	457	6,9	2,0	462	6,8	2,0
31	Uelzen	269	8,4	1,1	238	7,4	1,0	277	8,5	1,2
32	Verden	320	7,0	1,4	334	7,2	1,4	324	6,8	1,4
33	Lüneburg	4 704	8,4	19,9	4 517	7,9	19,5	4 577	7,8	19,9
34	Delmenhorst,Stadt	207	7,8	0,9	216	8,0	0,9	212	7,9	0,9
35	Emden,Stadt	162	9,8	0,7	150	9,0	0,6	153	9,1	0,7
36	Oldenburg(Oldb),Stadt	335	6,8	1,4	365	7,2	1,6	399	7,6	1,7
37	Osnabrück,Stadt	276	5,4	1,2	290	5,6	1,3	291	5,6	1,3
38	Wilhelmshaven,Stadt	218	7,4	0,9	221	7,6	1,0	247	8,5	1,1
39	Ammerland	252	6,9	1,1	241	6,3	1,0	269	6,9	1,2
40	Aurich	792	13,3	3,3	845	13,8	3,7	794	12,6	3,4
41	Cloppenburg	354	8,6	1,5	399	9,2	1,7	446	9,8	1,9
42	Emsland	1 101	12,3	4,7	1 069	11,5	4,6	1 159	12,0	5,0
43	Friesland	276	8,0	1,2	289	8,3	1,2	285	8,1	1,2
44	Grafschaft Bentheim	460	11,9	1,9	391	9,8	1,7	366	8,8	1,6
45	Leer	475	9,4	2,0	482	9,3	2,1	472	8,8	2,0
46	Oldenburg	308	7,6	1,3	291	6,9	1,3	286	6,6	1,2
47	Osnabrück	847	7,9	3,6	763	6,8	3,3	725	6,2	3,1
48	Vechta	322	9,2	1,4	367	9,8	1,6	332	8,4	1,4
49	Wesermarsch	240	7,7	1,0	271	8,6	1,2	317	9,9	1,4
50	Wittmund	188	10,2	0,8	179	9,4	0,8	176	9,1	0,8
51	Weser-Ems	6 813	9,0	28,8	6 829	8,8	29,5	6 929	8,6	30,1
52	kreisfreie Städte gesamt	2 614	7,8	11,1	2 541	7,6	11,0	2 607	7,7	11,3
53	Landkreise gesamt [2]	17 885	9,5	88,9	17 643	9,2	89,0	17 502	8,9	88,7
54	Niedersachsen	23.651	9,1	100,0	23.130	8,7	100,0	23.040	8,6	100,0

[1] jeweils 15. Dezember
[2] ohne Region Hannover
[3] am Jahresende in der jeweiligen Altersgruppe

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.1/1

Pflegedienste und Pflegeheime in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Anzahl sowie Angebot der Einrichtungen und Zahl der Plätze bei Pflegeheimen

lfd. Nr.	Pflegeeinrichtung Plätze	Jahr 1999 [1)]	2001 [1)]	2003 [1)]
	A	B	C	D
1	Pflegedienste	926	922	998
2	Pflegeheime gesamt	1 163	1 199	1 253
3	Plätze gesamt	69 867	73 988	79 148
	davon nach dem Angebot:			
4	Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	14	11	7
5	Plätze	1 147	941	610
6	nur Dauer- und Kurzzeitpflege	30	30	16
7	Plätze	2 246	2 130	1 059
8	nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	52	44	46
9	Plätze	4 009	3 819	3 785
10	nur Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	10	6	6
11	Plätze	170	136	142
12	nur Tages- und Nachtpflege	1	1	1
13	Plätze	x [2)]	x [2)]	x [2)]
14	nur Dauerpflege	1 006	1 049	1 121
15	Plätze	61 660	66 197	72 806
16	nur Kurzzeitpflege	15	18	18
17	Plätze	202	228	239
18	nur Tagespflege	35	40	38
19	Plätze	418	522	492
20	nur Nachtpflege	-	-	-
21	Plätze	-	-	-
22	Pflegeheime für ältere Menschen	1 109	1 146	1 196
23	Plätze	66 471	70 553	75 299
	davon nach dem Angebot:			
24	Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	14	11	7
25	Plätze	1 147	941	610
26	nur Dauer- und Kurzzeitpflege	28	30	16
27	Plätze	x [2)]	2 130	1 059
28	nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	52	44	45
29	Plätze	4 009	3 819	x [2)]
30	nur Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	10	6	6
31	Plätze	170	136	142
32	nur Tages- und Nachtpflege	1	1	1
33	Plätze	x [2)]	x [2)]	x [2)]
34	nur Dauerpflege	958	998	1 068
35	Plätze	58 459	62 785	69 112
36	nur Kurzzeitpflege	12	16	17
37	Plätze	173	x [2)]	x [2)]
38	nur Tagespflege	34	40	36
39	Plätze	x [2)]	522	x [2)]
40	Pflegeheime für behinderte Menschen	17	16	17
41	Plätze	706	727	831
	davon nach dem Angebot:			
42	nur Dauer- und Kurzzeitpflege	2	-	-
43	Plätze	x [2)]	-	-
44	nur Dauerpflege	12	14	16
45	Plätze	526	x 2)	x 2)
46	nur Kurzzeitpflege	3	2	1
47	Plätze	x [2)]	x [2)]	x [2)]
48	Pflegeheime für psychisch kranke Menschen	37	37	40
49	Plätze	2 690	2 708	3 018
	davon nach dem Angebot:			
50	nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	-	-	1
51	Plätze	-	-	x [2)]
52	nur Dauerpflege	36	37	37
53	Plätze	x [2)]	2 708	2 870
54	nur Tagespflege	1	-	2
55	Plätze	x [2)]	-	x [2)]

[1)] jeweils 15. Dezember.

[2)] Anzahl darf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht genannt werden.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.1/2

Pflegeheime in Niedersachsen 2003[1)] nach Art der Einrichtung, Angeboten und verfügbaren Plätzen

lfd. Nr.	Anzahl gesamt davon nach dem Angebot ...	Pflegeheime insgesamt		Pflegeheime für ältere Menschen				Pflegeheime für behinderte Menschen				Pflegeheime für psychisch kranke Menschen			
		Heime	verfügbare Plätze	Heime	Anteil am Gesamt (in %)	verfügbare Plätze	Anteil am Gesamt (in %)	Heime	Anteil am Gesamt (in %)	verfügbare Plätze	Anteil am Gesamt (in %)	Heime	Anteil am Gesamt (in %)	verfügbare Plätze	Anteil am Gesamt (in %)
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	insgesamt	1 253	79 148	1 196	95,5	75 299	95,1	17	1,4	831	1,0	40	3,2	3 018	3,8
	davon nach dem Angebot:														
2	Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	7	610	7	100,0	610	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
3	nur Dauer- und Kurzzeitpflege	16	1 059	16	100,0	1 059	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
4	nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	46	3 785	45	97,8	x[2)]	x[2)]	-	-	-	-	1	2,2	x[2)]	x[2)]
5	nur Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	6	142	6	100,0	142	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
6	nur Tages- und Nachtpflege	1	x[2)]	1	100,0	x[2)]	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
7	nur Dauerpflege	1 121	72 806	1 068	95,3	69 112	94,9	16	1,4	824	1,1	37	3,3	2 870	3,9
8	nur Kurzzeitpflege	18	239	17	94,4	x[2)]	x[2)]	1	5,6	x[2)]	x[2)]	-	-	-	-
9	nur Tagespflege	38	492	36	94,7	x[2)]	x[2)]	-	-	-	-	2	5,3	x[2)]	x[2)]
10	nur Nachtpflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] Anzahl darf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht genannt werden

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.1/3

Pflegeheime in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)] nach Art und verfügbaren Plätzen

lfd. Nr.	Bundesland	Pflegeheime insgesamt	Verfügbare Plätze insgesamt	Versorgung nach Zahl der Pflegeheime je 10 000 Einw.	Versorgung nach Zahl der Pflegeplätze je 10 000 Einw.	Art der Pflegeheime											
						Pflegeheime für ältere Menschen				Pflegeheime für behinderte Menschen				Pflegeheime für psychisch kranke Menschen			
						Heime	Anteil am Gesamt (in %)	verfügbare Plätze	Anteil am Gesamt (in %)	Heime	Anteil am Gesamt (in %)	verfügbare Plätze	Anteil am Gesamt (in %)	Heime	Anteil am Gesamt (in %)	verfügbare Plätze	Anteil am Gesamt (in %)
	A	B	C			D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	Baden-Württemberg	1 135	81 328	1,1	76,1	1 065	93,8	75 752	93,1	20	1,8	818	1,0	50	4,4	4 758	5,9
2	Bayern	1 471	108 414	1,2	87,3	1 352	91,9	103 876	95,8	62	4,2	1 722	1,6	57	3,9	2 816	2,6
3	Berlin	342	29 569	1,0	87,3	322	94,2	28 105	95,0	4	1,2	302	1,0	16	4,7	1 162	3,9
4	Brandenburg	282	20 109	1,1	78,1	270	95,7	19 863	98,8	7	2,5	149	0,7	5	1,8	97	0,5
5	Bremen	79	5 548	1,2	83,7	77	97,5	5 488	98,9	1	1,3	x	x	1	1,3	x	x
6	Hamburg	174	15 264	1,0	88,0	167	96,0	15 074	98,8	2	1,1	x	x	5	2,9	x	x
7	Hessen	639	45 283	1,0	74,4	594	93,0	43 800	96,7	20	3,1	498	1,1	25	3,9	985	2,2
8	Mecklenburg-Vorpommern	224	15 601	1,3	90,1	193	86,2	14 040	90,0	22	9,8	1 129	7,2	9	4,0	432	2,8
9	**Niedersachsen**	**1 253**	**79 148**	**1,6**	**99,0**	**1 196**	**95,5**	**75 299**	**95,1**	**17**	**1,4**	**831**	**1,0**	**40**	**3,2**	**3 018**	**3,8**
10	Nordrhein-Westfalen	1 913	156 066	1,1	86,3	1 822	95,2	151 011	96,8	15	0,8	638	0,4	76	4,0	4 417	2,8
11	Rheinland-Pfalz	410	34 174	1,0	84,2	408	99,5	34 046	99,6	-	-	-	-	2	0,5	x	x
12	Saarland	122	10 243	1,1	96,5	117	95,9	9 294	90,7	3	2,5	x	x	2	1,6	x	x
13	Sachsen	584	39 817	1,4	92,1	544	93,2	38 800	97,4	30	5,1	728	1,8	10	1,7	289	0,7
14	Sachsen-Anhalt	323	21 831	1,3	86,5	315	97,5	21 472	98,4	4	1,2	113	0,5	4	1,2	246	1,1
15	Schleswig-Holstein	545	32 777	1,9	116,1	497	91,2	29 261	89,3	15	2,8	647	2,0	33	6,1	2 869	8,8
16	Thüringen	247	18 023	1,0	75,9	231	93,5	17 419	96,6	4	1,6	156	0,9	12	4,9	448	2,5
17	Bundesrepublik gesamt	9 743	713 195	1,2	86,4	9 170	94,1	682 600	95,7	226	2,3	8 457	1,2	347	3,6	22 138	3,1

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.1/4

Pflegedienste und Pflegeheime für ältere Menschen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1999 bis 2003[1)] nach Anzahl, Zahl der Plätze bei Pflegeheimen und deren Verhältnis zur Zahl der Einwohner mit 65 und mehr Jahren

lfd. Nr.	Bundesland	Pflegedienste				Pflegeheime für ältere Menschen				Plätze in Pflegeheimen für ältere Menschen				
		1999	2001	2003	in % von 1999	1999	2001	2003	in % von 1999	1999	2001	2003	in % von 1999	je 1000 Einwohner ab 65 Jahren
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Baden-Württemberg	845	771	984	116,4	890	873	1 065	119,7	67 069	66 752	75 752	112,9	42
2	Bayern	1 591	1 648	1 583	99,5	1 164	1 279	1 352	116,2	86 998	96 741	103 876	119,4	48
3	Berlin	310	351	374	120,6	283	302	322	113,8	25 271	26 913	28 105	111,2	52
4	Brandenburg	516	516	502	97,3	255	259	270	105,9	18 395	19 053	19 863	108,0	43
5	Bremen	126	128	116	92,1	68	74	77	113,2	4 777	5 067	5 488	114,9	43
6	Hamburg	343	340	314	91,5	161	166	167	103,7	14 797	15 337	15 074	101,9	49
7	Hessen	860	808	787	91,5	575	575	594	103,3	41 029	41 909	43 800	106,8	41
8	Mecklenburg-Vorpommern	398	384	382	96,0	152	158	193	127,0	13 018	13 100	14 040	107,9	46
9	**Niedersachsen**	**926**	**922**	**998**	**107,8**	**1 109**	**1 146**	**1 196**	**107,8**	**66 471**	**70 553**	**75 299**	**113,3**	**52**
10	Nordrhein-Westfalen	2 205	2 078	2 004	90,9	1 777	1 767	1 822	102,5	142 115	146 313	151 011	106,3	46
11	Rheinland-Pfalz	411	380	376	91,5	385	393	408	106,0	30 922	31 996	34 046	110,1	45
12	Saarland	153	147	131	85,6	106	112	117	110,4	8 043	7 982	9 294	115,6	44
13	Sachsen	845	879	892	105,6	425	464	544	128,0	33 711	35 116	38 800	115,1	44
14	Sachsen-Anhalt	481	444	460	95,6	249	286	315	126,5	19 344	20 336	21 472	111,0	43
15	Schleswig-Holstein	439	428	354	80,6	524	535	497	94,8	27 539	29 229	29 261	106,3	56
16	Thüringen	371	370	362	97,6	210	214	231	110,0	15 575	16 324	17 419	111,8	39
17	Bundesrepublik gesamt	10 820	10 594	10 619	98,1	8 333	8 603	9 170	110,0	615 074	642 721	682 600	111,0	46

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.2/1a

Pflegedienste in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Art des Trägers, betreuten Pflegebedürftigen je Pflegedienst und Art des Trägers / je 1000 Einwohner / ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren / Pflegestufen (Anteil in %)

lfd. Nr.	Jahr	Gesamt	Art des Trägers			betreute Pflegebedürftige je Pflegedienst				betreute Pflegebedürftige				
			privat	gemein-nützig	öffent-lich	gesamt	Art des Trägers			je 1000 Einwohner	ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren	mit Pflegestufe (Anteil in %)		
							privat	gemeinnützig	öffentlich			I	II	III
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	1999	926	493	410	23	44	29	60	58	5	28	43,5	39,9	16,7
2	2001	922	495	402	25	47	33	62	69	5	28	46,5	38,4	15,1
3	2003	998	567	408	23	47	34	65	65	6	29	48,7	36,9	14,4

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.2/1b

Pflegedienste in Niedersachsen 2003[1)] nach Anzahl des Pflegepersonals

lfd. Nr.	mit... bis…Mitarbeitern	Anzahl der Pflegedienste	Anteil in %	Anzahl des Personals insgesamt	Anteil in %
	A	B	C	D	E
1	2-5	65	6,5	266	1,3
2	6-10	194	19,4	1 569	7,6
3	11-15	197	19,7	2 506	12,1
4	16-20	155	15,5	2 777	13,4
5	21-25	123	12,3	2 807	13,6
6	26-30	75	7,5	2 109	10,2
7	31-35	52	5,2	1 714	8,3
8	36-40	47	4,7	1 770	8,5
9	41-45	25	2,5	1 080	5,2
10	46-50	34	3,4	1 587	7,7
11	51-55	9	0,9	474	2,3
12	56-60	6	0,6	347	1,7
13	61-65	1	0,1	64	0,3
14	66-70	1	0,1	67	0,3
15	71-75	1	0,1	74	0,4
16	76-80	4	0,4	311	1,5
17	81-85	1	0,1	82	0,4
18	86-90	0	0,0	0	0,0
19	91-95	2	0,2	186	0,9
20	96-100	0	0,0	0	0,0
21	101 und mehr	6	0,6	925	4,5
22	Gesamt	998	100,0	20 715	100,0

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.2/1c

Pflegedienste in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1999 bis 2003[1)] sowie nach betreuten Pflegebedürftigen und nach Personal je Pflegedienst 2003[1)]

lfd. Nr.	Bundesland	Anzahl der Pflegedienste			betreute Pflegebedürftige je Pflegedienst	Personal je Pflegedienst	Personal zu betreuende Pflegebedürftige
		1999	2001	2003			
	A	B	C	D	E	F	G
1	Baden-Württemberg	845	771	984	47,8	23,6	2,0
2	Bayern	1 591	1 648	1 583	38,2	16,5	2,4
3	Berlin	310	351	374	55,3	34,6	1,6
4	Brandenburg	516	516	502	37,2	13,7	2,6
5	Bremen	126	128	116	46,3	25,6	1,8
6	Hamburg	343	340	314	38,9	25,5	1,6
7	Hessen	860	808	787	39,0	17,5	2,2
8	Mecklenburg-Vorpommern	398	384	382	30,1	11,4	2,7
9	**Niedersachsen**	**926**	**922**	**998**	**47,5**	**20,8**	**2,2**
10	Nordrhein-Westfalen	2 205	2 078	2 004	47,0	20,2	2,4
11	Rheinland-Pfalz	411	380	376	50,0	21,0	2,4
12	Saarland	153	147	131	40,5	17,9	2,2
13	Sachsen	845	879	892	35,3	14,6	2,3
14	Sachsen-Anhalt	481	444	460	37,0	12,7	2,9
15	Schleswig-Holstein	439	428	354	41,7	19,6	2,1
16	Thüringen	371	370	362	39,8	15,3	2,7
17	Bundesrepublik gesamt	10 820	10 594	10 619	42,4	18,9	2,2

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnngen MS

I. 3.1.2/2

Pflegedienste in Niedersachsen 2003[1)] nach Art des Dienstes

lfd. Nr.	Art der Pflegedienste	Anzahl	Anteil (in %)
	A	B	C
1	Pflegedienste insgesamt	998	100,0
2	ohne andere Sozialleistungen	14	1,4
3	mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	984	98,6
	und zwar:		
4	häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	967	96,9
5	Hilfe zur Pflege nach dem BSHG	725	72,6
6	sonstige ambulante Hilfeleistungen	471	47,2
7	als eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung (Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen)	102	10,2
8	als eigenständiger Dienst an einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einem Hospiz	21	2,1
9	als eigenständiger Dienst an einer Einrichtung oder einem Dienst der Eingliederungshilfe	7	0,7

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I. 3.1.2/3a

Pflegedienste in Niedersachsen 2003[1)] nach Art des Dienstes, betreuten Pflegebedürftigen sowie Personal je Pflegedienst

lfd. Nr.	Art der Pflegedienste	Pflegedienste insgesamt	Pflegebedürftige		Personal	
			insgesamt	je Pflege-dienst	insgesamt	je Pflege-dienst
	A	B	C	D	E	F
1	Pflegedienste insgesamt	998	47 398	47	20 715	21
2	ohne andere Sozialleistungen	14	128	9	66	5
3	mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	984	47 270	48	20 649	21
	und zwar:					
4	häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	967	46 804	48	20 251	21
5	Hilfe zur Pflege nach dem BSHG	725	37 307	51	16 348	23
6	sonstige ambulante Hilfeleistungen	471	25 792	55	11 320	24
7	als eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung (Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen)	102	4 729	46	2 389	23
8	als eigenständiger Dienst an einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einem Hospiz	21	1 175	56	423	20
9	als eigenständiger Dienst an einer Einrichtung oder einem Dienst der Eingliederungshilfe	7	324	46	253	36

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I. 3.1.2/3b

Pflegedienste in Niedersachsen 2003[1)] nach Zahl der Pflegebedürftigen (Größenklassen) und Art der Einrichtung

lfd. Nr.	Pflegedienste mit ... bis ... Pflegebedürftigen	Pflegedienste			
		insgesamt		ohne	mit
		Anzahl	Anteil in %	andere(n) Sozialleistungen	
	A	B	C	D	E
1	1 - 10	56	5,6	8	48
2	11 - 15	70	7,0	4	66
3	16 - 20	62	6,2	1	61
4	21 - 25	96	9,6	-	96
5	26 - 35	165	16,5	1	164
6	36 - 50	183	18,3	-	183
7	51 - 70	182	18,2	-	182
8	71 - 100	125	12,5	-	125
9	101 - 150	41	4,1	-	41
10	151 und mehr	18	1,8	-	18
11	Insgesamt	998	100,0	14	984

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.2/4

Pflegedienste in Niedersachsen 2003[1)] nach Bezirken, kreisfreien Städten und Landkreisen, Veränderung gegenüber 1999 (Anzahl) und betreuten Pflegebedürftigen gesamt / Veränderung gegenüber 1999 (in %) / je 1000 Einwohner / Betreute Pflegebedürftige ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren/ Pflegestufe (Anteil in %)

lfd. Nr.	Gebiet	Pflegedienste		betreute Pflegebedürftige						
		gesamt	Veränderung zu 1999 (Anzahl)	gesamt	Veränderung zu 1999 (in %)	je 1000 Einwohner	ab 65 Jahren je 1000 Einwohner ab 65 Jahren	mit Pflegestufe ... (Anteil in %)		
								I	II	III
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Braunschweig, Stadt	25	8	1 475	26,8	6	28	57,6	34,0	8,3
2	Salzgitter, Stadt	15	-1	715	29,3	7	29	52,0	38,5	9,5
3	Wolfsburg, Stadt	9	0	654	-6,6	5	24	55,7	32,7	11,6
4	Gifhorn	18	1	836	18,2	5	27	45,0	37,7	17,3
5	Göttingen	35	3	1 389	9,0	5	29	49,9	36,9	13,2
6	Goslar	22	4	1 259	33,8	8	31	52,3	34,2	13,4
7	Helmstedt	15	-1	664	-9,8	7	28	52,9	35,7	11,4
8	Northeim	20	2	1 203	-1,0	8	35	51,4	37,7	11,0
9	Osterode am Harz	10	1	448	35,3	5	21	55,8	33,9	10,3
10	Peine	14	0	624	-1,3	5	23	48,7	35,4	15,9
11	Wolfenbüttel	18	6	637	34,1	5	25	46,9	38,5	14,6
12	Bezirk Braunschweig	201	23	9 904	13,5	6	28	51,9	35,9	12,2
13	Region Hannover	112	-1	5 783	8,5	5	24	50,9	34,5	14,6
14	dar. Hannover, Landeshptst.	55	-7	2 903	12,3	6	26	55,4	32,3	12,3
15	Diepholz	31	-1	1 224	19,5	6	29	44,3	38,3	17,4
16	Hameln-Pyrmont	25	5	1 331	8,3	8	35	59,3	32,3	8,4
17	Hildesheim	47	10	2 139	23,9	7	34	44,2	38,3	17,5
18	Holzminden	13	-1	623	52,3	8	32	56,0	31,9	12,0
19	Nienburg (Weser)	17	3	641	34,1	5	24	43,1	41,0	15,9
20	Schaumburg	16	4	833	17,2	5	23	52,1	34,5	13,4
21	Bezirk Hannover	261	19	12 574	15,3	6	27	49,9	35,5	14,6
22	Celle	27	-1	1 273	7,7	7	34	47,8	40,6	11,5
23	Cuxhaven	35	3	1 445	23,5	7	33	46,9	39,0	14,1
24	Harburg	30	0	1 429	4,6	6	29	43,5	39,5	16,9
25	Lüchow-Dannenberg	8	1	374	-11,8	7	30	47,6	36,4	16,0
26	Lüneburg	25	-2	1 051	8,4	6	30	56,9	30,1	13,0
27	Osterholz	15	4	846	84,3	8	40	38,5	41,7	19,7
28	Rotenburg (Wümme)	21	4	960	36,4	6	33	45,0	39,4	15,6
29	Soltau-Fallingbostel	17	1	839	18,8	6	28	48,2	38,4	13,5
30	Stade	14	0	830	28,5	4	24	53,3	34,9	11,8
31	Uelzen	14	3	535	27,7	5	24	53,8	35,7	10,5
32	Verden	16	0	645	21,2	5	26	42,0	40,5	17,5
33	Bezirk Lüneburg	222	13	10 227	19,2	6	30	47,4	38,1	14,5
34	Delmenhorst, Stadt	5	0	263	-30,8	3	18	49,0	37,6	13,3
35	Emden, Stadt	8	-4	339	5,0	7	30	51,0	39,2	9,7
36	Oldenburg, Stadt	26	6	1 159	35,2	7	35	55,2	34,3	10,4
37	Osnabrück, Stadt	19	6	894	89,4	5	27	50,9	35,7	13,4
38	Wilhelmshaven, Stadt	17	3	497	57,3	6	25	64,2	32,0	3,8
39	Ammerland	14	-1	576	14,1	5	27	49,3	35,2	15,5
40	Aurich	31	2	1 494	22,2	8	40	47,5	38,3	14,2
41	Cloppenburg	12	0	688	41,0	4	25	38,1	41,3	20,6
42	Emsland	41	-1	2 144	21,7	7	41	36,4	40,3	23,2
43	Friesland	22	3	675	22,7	7	32	54,7	33,3	12,0
44	Grafschaft Bentheim	16	-2	929	0,9	7	37	43,5	41,6	15,0
45	Leer	20	1	929	16,6	6	31	43,4	40,6	16,0
46	Oldenburg	15	-1	696	-2,2	6	32	49,3	35,3	15,4
47	Osnabrück	39	2	1 920	11,7	5	30	43,8	40,5	15,7
48	Vechta	10	1	795	34,3	6	39	43,1	38,6	18,2
49	Wesermarsch	13	2	536	22,4	6	28	55,0	33,4	11,6
50	Wittmund	6	0	159	3,9	3	14	34,6	38,4	27,0
51	Bezirk Weser-Ems	314	17	14 693	20,4	6	32	46,3	38,0	15,6
52	Niedersachsen	998	72	47 398	17,3	6	29	48,7	36,9	14,4

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.3/1

Pflegeheime mit Angebot der Tagespflege in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Trägergruppen

lfd. Nr.	Jahr	Einrich-tungen gesamt	davon		Trägergruppe								
						davon			davon			davon	
			in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Tages-pflege	privat gesamt	in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Tages-pflege	freigemein-nützig gesamt	in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Tages-pflege	öffentlich gesamt	in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Tages-pflege
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	1999	111	76	35	38	32	6	68	40	28	5	4	1
2	2001	102	62	40	27	18	9	71	41	30	4	3	1
3	2003	98	60	38	28	18	10	66	39	27	4	3	1

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.3/2

Verfügbare Plätze der Tagespflege in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach ihrer Zahl, ihrem Anteil am Gesamt der verfügbaren Plätze nach Angeboten der Einrichtung und ihrer Auslastung

lfd. Nr.	Jahr	Anteil an der Zahl der verfügbaren Plätze (in %)	Aus-lastung (in %)	verfügbare Plätze insgesamt	davon nach dem Angebot der Einrichtung				
					Dauer- und Kurzzeitpflege und Tages- oder Nachtpflege	Dauer- und Tages- oder Nachtpflege	Kurzzeit- und Tages- oder Nachtpflege	nur Tages- und Nacht-pflege	nur Tages-pflege
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	1999			979	111	364	75	11	418
2		↳		1,4	9,7	9,1	44,1	73,3	100,0
3			↳	82,2	73,0	62,6	53,3	109,1	106,2
4	2001			1 080	85	409	52	12	522
5		↳		1,5	9,0	10,7	38,2	80,0	100,0
6			↳	85,6	61,2	77,5	67,3	200,0	95,2
7	2003			1 091	78	451	57	13	492
8		↳		1,4	12,8	11,9	40,1	86,7	100,0
9			↳	113,0	61,5	86,3	52,6	223,1	149,8

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.3/3

Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003[1)] insgesamt sowie solche der Tagespflege nach Altersgruppen sowie nach Geschlecht und nach Pflegestufen

lfd. Nr.	Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger						Tagespflegegäste					
		ins-gesamt	davon ... (Anteil in %)					ins-gesamt	davon ... (Anteil in %)				
			weiblich	PSt I [2)]	PSt II	PSt III	PSt NN [3)]		weiblich	PSt I [2)]	PSt II	PSt III	PSt NN [3)]
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	0 - 15	7 518	41,6	47,9	32,6	19,5	0,0	-	-	-	-	-	-
2	15 - 40	9 752	44,6	39,2	35,5	25,1	0,2	-	-	-	-	-	-
3	40 - 65	23 040	47,3	48,4	34,7	16,2	0,7	70	48,6	22,9	37,1	35,7	4,3
4	65 - 80	61 442	59,2	51,4	35,2	12,8	0,6	481	62,8	41,2	41,2	16,6	1,0
5	80 und älter	116 611	80,3	47,6	37,2	14,6	0,5	682	81,2	40,2	45,6	13,2	1,0
6	Gesamt	218 363	67,9	48,4	36,2	14,9	0,5	1 233	72,2	39,6	28,6	15,8	1,2

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] PSt: Pflegestufe
[3)] PSt NN : noch keiner Pflegestufe zugeordnet

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.3/4

Anzahl der teilstationären Einrichtungen und dortige Pflegeplätze 2003[1)] in Niedersachsen in regionaler Gliederung

lfd. Nr.	Gebiet	Teilstationäre Pflege	
		Heime	Plätze
	A	B	C
1	Braunschweig, Stadt	2	x [2)]
2	Salzgitter, Stadt	2	x [2)]
3	Wolfsburg, Stadt	1	x [2)]
4	Gifhorn	-	-
5	Göttingen	4	61
6	Goslar	2	x [2)]
7	Helmstedt	1	x [2)]
8	Northeim	1	x [2)]
9	Osterode am Harz	1	x [2)]
10	Peine	1	x [2)]
11	Wolfenbüttel	1	x [2)]
12	Bezirk Braunschweig	16	215
13	Region Hannover	17	168
14	dar. Hannover, Landeshptst.	8	87
15	Diepholz	5	48
16	Hameln-Pyrmont	2	x [2)]
17	Hildesheim	1	x [2)]
18	Holzminden	-	-
19	Nienburg (Weser)	1	x [2)]
20	Schaumburg	-	-
21	Bezirk Hannover	26	264
22	Celle	2	x [2)]
23	Cuxhaven	4	35
24	Harburg	4	52
25	Lüchow-Dannenberg	-	-
26	Lüneburg	2	x [2)]
27	Osterholz	1	x [2)]
28	Rotenburg (Wümme)	2	x [2)]
29	Soltau-Fallingbostel	-	-

I.3.1.3/4

Anzahl der teilstationären Einrichtungen und dortige Pflegeplätze 2003[1)] in Niedersachsen in regionaler Gliederung

lfd. Nr.	Gebiet	Teilstationäre Pflege	
		Heime	Plätze
	A	B	C
30	Stade	2	x [2)]
31	Uelzen	-	-
32	Verden	-	-
33	Bezirk Lüneburg	17	183
34	Delmenhorst, Stadt	1	x [2)]
35	Emden, Stadt	1	x [2)]
36	Oldenburg, Stadt	1	x [2)]
37	Osnabrück, Stadt	4	42
38	Wilhelmshaven, Stadt	1	x [2)]
39	Ammerland	-	-
40	Aurich	2	x [2)]
41	Cloppenburg	2	x [2)]
42	Emsland	12	132
43	Friesland	-	-
44	Grafschaft Bentheim	1	x [2)]
45	Leer	-	-
46	Oldenburg	2	x [2)]
47	Osnabrück	7	86
48	Vechta	5	69
49	Wesermarsch	-	-
50	Wittmund	-	-
51	Bezirk Weser-Ems	39	450
52	kreisfreie Städte gesamt	15	x [2)]
53	Landkreise gesamt [3)]	66	x [2)]
54	Niedersachsen	98	1 112

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] Anzahl darf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht genannt werden.
[3)] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.4/1

Pflegeheime mit Angebot der Kurzzeitpflege[2)] in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Trägergruppen

lfd. Nr.	Jahr	Einrich-tungen gesamt	davon		Trägergruppe								
					privat gesamt	davon		freigemein-nützig gesamt	davon		öffentlich gesamt	davon	
			in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Kurzzeit-pflege		in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Kurzzeit-pflege		in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Kurzzeit-pflege		in mehr-gliedrigen Einrichtungen	nur Kurzzeit-pflege
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	1999	69	54	15	26	19	7	40	33	7	3	2	1
2	2001	65	47	18	23	18	5	36	28	8	6	1	5
3	2003	47	29	18	14	9	5	28	19	9	5	1	4

[1)] jeweils 15. Dezember.
[2)] ohne solche der vollstationären Dauerpflege, in denen Plätze flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.4/2

Verfügbare Plätze in Pflegeheimen mit Angebot der Kurzzeitpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach ihrer Zahl und ihrem Anteil am Gesamt der verfügbaren Plätze nach Angeboten der Einrichtung sowie nach Zahl der Betten je Zimmer

lfd. Nr.	Jahr	Anteil an der Zahl der verfügbaren Plätze (in %)	verfügbare Plätze insgesamt	davon ...										
				Plätze in Dauerpflege-einrichtungen, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können		Plätze, die ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehalten sind								
						gesamt		davon nach dem Angebot der Einrichtung				davon nach der Zahl der Betten je Zimmer		
				Anzahl	%	Anzahl	in % von insgesamt	Dauer- und Kurzzeitpflege und Tages- oder Nachtpflege	nur Dauer- und Kurzzeit-pflege	nur Kurzzeit-pflege und Tages- oder Nachtpflege	nur Kurzzeit-pflege	1 Bett	2 Betten	3 Betten
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	1999		2 875	2 322	81	553	19	95	172	84	202	301	240	12
2		↳	4,1	3,3	X	0,8	X	8,3	7,7	49,4	100,0	0,4	0,3	0,0
3	2001		3 749	3 178	85	571	15	80	181	82	228	351	214	6
4		↳	5,1	4,3	X	0,8	X	8,5	8,5	60,3	100,0	0,5	0,3	0,0
5	2003		4 105	3 619	88	486	12	66	108	73	239	289	191	6
6		↳	5,2	4,6	X	0,6	X	10,8	10,2	51,4	100,0	0,4	0,2	0,0

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.4/3

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Kurzzeitpflege 2003[1)] nach Altersgruppen sowie nach Geschlecht und Pflegestufen

lfd. Nr.	Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger					
		insgesamt	davon ... (jeweils Anteil in %)				
			weiblich	PSt I [2)]	PSt II	PSt III	PSt NN [3)]
	A	B	C	D	E	F	G
1	0 - 15	-	-	-	-	-	-
2	15 - 40	16	31,3	12,5	25,0	62,5	-
3	40 - 65	82	35,4	40,2	32,9	19,5	7,3
4	65 - 80	449	55,7	49,4	36,7	9,4	4,5
5	80 und mehr	997	75,0	56,3	31,2	8,3	4,2
6	Gesamt	1 544	66,8	53,0	32,8	9,8	4,4

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] PSt: Pflegestufe
[3)] PSt NN : noch keiner Pflegestufe zugeordnet

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.4/4

Einrichtungen der Kurzzeitpflege und dortige Pflegeplätze in Niedersachsen 2003[1] in regionaler Gliederung

lfd. Nr.	Gebiet	Kurzzeitpflege	
		Heime	Plätze
	A	B	C
1	Niedersachsen	47	486
2	Braunschweig, Stadt	1	x[2]
3	Salzgitter, Stadt	2	x[2]
4	Wolfsburg, Stadt	2	x[2]
5	Gifhorn	-	-
6	Göttingen	1	x[2]
7	Goslar	-	-
8	Helmstedt	2	x[2]
9	Northeim	2	x[2]
10	Osterode am Harz	1	x[2]
11	Peine	2	x[2]
12	Wolfenbüttel	-	-
13	Bezirk Braunschweig	13	155
14	Region Hannover	6	55
15	dar. Hannover, Landeshptst.	3	37
16	Diepholz	2	x[2]
17	Hameln-Pyrmont	1	x[2]
18	Hildesheim	-	-
19	Holzminden	-	-
20	Nienburg (Weser)	-	-
21	Schaumburg	-	-
22	Bezirk Hannover	9	87
23	Celle	-	-
24	Cuxhaven	2	x[2]
25	Harburg	1	x[2]
26	Lüchow-Dannenberg	-	-
27	Lüneburg	1	x[2]
28	Osterholz	-	-
29	Rotenburg (Wümme)	1	x[2]
30	Soltau-Fallingbostel	-	-
31	Stade	1	x[2])
32	Uelzen	-	-
33	Verden	1	x[2]
34	Bezirk Lüneburg	7	37
35	Delmenhorst, Stadt	-	-
36	Emden, Stadt	-	-
37	Oldenburg, Stadt	1	x[2]
38	Osnabrück, Stadt	-	-
39	Wilhelmshaven, Stadt	1	x[2]
40	Ammerland	-	-
41	Aurich	-	-
42	Cloppenburg	1	x[2]
43	Emsland	6	58
44	Friesland	-	-
45	Grafschaft Bentheim	2	x[2]
46	Leer	-	-
47	Oldenburg	-	-
48	Osnabrück	5	61
49	Vechta	1	x[2]
50	Wesermarsch	1	x[2]
51	Wittmund	-	-
52	Bezirk Weser-Ems	18	207
53	kreisfreie Städte gesamt	7	x[2]
54	Landkreise gesamt [3]	34	x[2]

[1] jeweils 15. Dezember
[2] Anzahl darf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht genannt werden.
[3] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/1a

Pflegeheime in Niedersachsen 1999 - 2003 [1] nach Art und Träger

lfd. Nr.	Art der Einrichtung	Angebote der Einrichtung	Jahr [1]	Pflege-heime gesamt	Davon nach dem Träger der Einrichtung									
					private Träger		freigemeinnützige Träger				öffentliche Träger			
					Anzahl	Anteil an Gesamt (in %)	zusammen	Anteil an Gesamt (in %)	freie Wohlfahrts-pflege	sonstige gemeinnützige Träger	zusammen	Anteil an Gesamt (in %)	kommu-nale Träger	sonstige öffentliche Träger
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Pflegeheime insgesamt	mehr- und eingliedrige	1999	1 163	646	55,5	464	39,9	347	117	53	4,6	46	7
2		Einrichtungen	2001	1 199	679	56,6	463	38,6	382	81	57	4,8	51	6
3		zusammen	2003	1 253	711	56,7	492	39,3	411	81	50	4,0	43	7
4		Dauerpflege und	1999	96	42	43,8	51	53,1	44	7	3	3,1	3	-
5		andere Angebote	2001	85	30	35,3	53	62,4	46	7	2	2,4	2	-
6			2003	69	21	30,4	46	66,7	43	3	2	2,9	2	-
7		nur Dauerpflege	1999	1 006	588	58,4	372	37,0	281	91	46	4,6	39	7
8			2001	1 049	633	60,3	368	35,1	305	63	48	4,6	42	6
9			2003	1 121	672	59,9	407	36,3	340	67	42	3,7	35	7
10	Pflegeheime für ältere Menschen	mehr- und eingliedrige	1999	1 109	616	55,5	446	40,2	335	111	47	4,2	44	3
11		Einrichtungen	2001	1 146	645	56,3	449	39,2	372	77	52	4,5	50	2
12		zusammen	2003	1 196	676	56,5	475	39,7	397	78	45	3,8	42	3
13		Dauerpflege und	1999	94	41	43,6	50	53,2	44	6	3	3,2	3	-
14		andere Angebote	2001	85	30	35,3	53	62,4	46	7	2	2,4	2	-
15			2003	68	21	30,9	45	66,2	42	3	2	2,9	2	-
16		nur Dauerpflege	1999	958	560	58,5	358	37,4	272	86	40	4,2	37	3
17			2001	998	600	60,1	355	35,6	296	59	43	4,3	41	2
18			2003	1 068	638	59,7	393	36,8	329	64	37	3,5	34	3
19	Pflegeheime für behinderte Menschen	mehr- und eingliedrige	1999	17	7	41,2	10	58,8	6	4	-	-	-	-
20		Einrichtungen	2001	16	8	50,0	8	50,0	5	3	-	-	-	-
21		zusammen	2003	17	10	58,8	7	41,2	5	2	-	-	-	-
22		Dauerpflege und	1999	2	1	50,0	1	50,0	1	-	-	-	-	-
23		andere Angebote	2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24			2003	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25		nur Dauerpflege	1999	12	5	41,7	7	58,3	4	3	-	-	-	-
26			2001	14	7	50,0	7	50,0	4	3	-	-	-	-
27			2003	16	9	56,3	7	43,8	5	2	-	-	-	-
28	Pflegeheime für psychisch kranke Menschen	mehr- und eingliedrige	1999	37	23	62,2	8	21,6	6	2	6	16,2	2	4
29		Einrichtungen	2001	37	26	70,3	6	16,2	5	1	5	13,5	1	4
30		zusammen	2003	40	25	62,5	10	25,0	9	1	5	12,5	1	4
31		Dauerpflege und	1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32		andere Angebote	2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33			2003	1	-	-	1	100,0	1	-	-	-	-	-
34		nur Dauerpflege	1999	36	23	63,9	7	19,4	5	2	6	16,7	2	4
35			2001	37	26	70,3	6	16,2	5	1	5	13,5	1	4
36			2003	37	25	67,6	7	18,9	6	1	5	13,5	1	4

[1] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;

I.3.1.5/1b

Pflegeheime in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Art, verfügbaren Plätzen und Träger

lfd. Nr.	Art der Einrichtung	Angebote der Einrichtung	Jahr [1)]	verfügbare Plätze	Davon nach dem Träger der Einrichtung: private Träger: Anzahl	private Träger: Anteil an Gesamt (in %)	freigemeinnützige Träger: zusammen	freigemeinnützige Träger: Anteil an Gesamt (in %)	freigemeinnützige Träger: freie Wohlfahrtspflege	freigemeinnützige Träger: sonstige gemeinnützige Träger	öffentliche Träger: zusammen	öffentliche Träger: Anteil an Gesamt (in %)	öffentliche Träger: kommunale Träger	öffentliche Träger: sonstige öffentliche Träger
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Pflegeheime insgesamt	mehr- und eingliedrige Einrichtungen zusammen	1999	69 867	30 527	43,7	35 020	50,1	27 073	7 947	4 320	6,2	3 888	432
2			2001	73 988	34 980	47,3	34 687	46,9	28 933	5 754	4 321	5,8	3 855	466
3			2003	79 148	37 964	48,0	37 138	46,9	31 617	5 521	4 046	5,1	3 571	475
4		Dauerpflege und andere Angebote	1999	7 402	2 288	30,9	4 763	64,3	4 072	691	351	4,7	351	-
5			2001	6 890	x	x	4 864	70,6	4 050	814	x	x	x	-
6			2003	5 454	x	x	4 041	74,1	3 786	255	x	x	x	-
7		nur Dauerpflege	1999	61 660	28 034	45,5	29 713	48,2	22 723	6 990	3 913	6,3	3 481	432
8			2001	66 197	32 977	49,8	29 203	44,1	24 414	4 789	4 017	6,1	3 551	466
9			2003	72 806	36 573	50,2	32 508	44,7	27 395	5 113	3 725	5,1	3 250	475
10	Pflegeheime für ältere Menschen	mehr- und eingliedrige Einrichtungen zusammen	1999	66 471	28 668	43,1	34 079	51,3	26 642	7 437	3 724	5,6	3 617	107
11			2001	70 553	32 546	46,1	34 104	48,3	28 533	5 571	3 903	5,5	3 762	141
12			2003	75 299	35 526	47,2	36 138	48,0	30 787	5 351	3 635	4,8	3 478	157
13		Dauerpflege und andere Angebote	1999	7 251	2 265	31,2	4 635	63,9	4 072	563	351	4,8	351	-
14			2001	6 890	x	x	4 864	70,6	4 050	814	x	x	x	-
15			2003	5 338	x	x	3 920	73,5	3 665	255	x	x	x	-
16		nur Dauerpflege	1999	58 459	26 205	44,8	28 937	49,5	22 329	6 608	3 317	5,7	3 210	107
17			2001	62 785	30 550	48,7	28 636	45,6	24 030	4 606	3 599	5,7	3 458	141
18			2003	69 112	34 142	49,4	31 656	45,8	26 713	4 943	3 314	4,8	3 157	157
19	Pflegeheime für behinderte Menschen	mehr- und eingliedrige Einrichtungen zusammen	1999	706	309	43,8	397	56,2	106	291	-	-	-	-
20			2001	727	466	64,1	261	35,9	98	163	-	-	-	-
21			2003	831	433	52,1	398	47,9	x	x	-	-	-	-
22		Dauerpflege und andere Angebote	1999	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-
23			2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24			2003	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25		nur Dauerpflege	1999	526	279	53,0	247	47,0	84	163	-	-	-	-
26			2001	704	459	65,2	245	34,8	82	163	-	-	-	-
27			2003	824	426	51,7	398	48,3	x	x	-	-	-	-
28	Pflegeheime für psychisch kranke Menschen	mehr- und eingliedrige Einrichtungen zusammen	1999	2 690	1 550	57,6	544	20,2	x	x	596	22,2	x	x
29			2001	2 708	1 968	72,7	322	11,9	x	x	418	15,4	x	x
30			2003	3 018	2 005	66,4	602	19,9	x	x	411	13,6	x	x
31		Dauerpflege und andere Angebote	1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32			2001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33			2003	x	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-
34		nur Dauerpflege	1999	2 675	1 550	57,9	529	19,8	x	x	596	22,3	x	x
35			2001	2 708	1 968	72,7	322	11,9	x	x	418	15,4	x	x
36			2003	2 370	2 005	69,9	454	15,8	x	x	411	14,3	x	x

[1)] jeweils 15. Dezember.

[x] Daten dürfen aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht werden

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/2a

Pflegeheime in Niedersachsen 2003[1)] nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze) und Träger

lfd. Nr.	Pflegeheime mit ... bis ... verfügbaren Plätzen	Pflege-heime insgesamt	davon Dauerpflege	Davon nach dem Träger der Einrichtung											
				private Träger				freigemeinnützige Träger				öffentliche Träger			
				Einrichtungen zusammen		Dauerpflege und andere Angebote	nur Dauer-pflege	Einrichtungen zusammen		Dauerpflege und andere Angebote	nur Dauer-pflege	Einrichtungen zusammen		Dauerpflege und andere Angebote	nur Dauer-pflege
				Anzahl	Anteil an Dauerpflege (in %)			Anzahl	Anteil an Dauerpflege (in %)			Anzahl	Anteil an Dauerpflege (in %)		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	1 - 10	33	20	20	100,0	0	20	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0
2	11 - 20	148	104	92	88,5	5	87	11	10,6	1	10	1	1,0	0	1
3	21 - 30	140	135	116	85,9	2	114	17	12,6	0	17	2	1,5	0	2
4	31 - 40	150	149	100	67,1	2	98	45	30,2	2	43	4	2,7	0	4
5	41 - 50	122	122	76	62,3	1	75	42	34,4	4	38	4	3,3	0	4
6	51 - 60	114	114	73	64,0	6	67	34	29,8	7	27	7	6,1	0	7
7	61 - 80	190	190	89	46,8	1	88	99	52,1	11	88	2	1,1	0	2
8	81 - 100	154	154	55	35,7	1	54	91	59,1	5	86	8	5,2	1	7
9	101 - 150	148	148	48	32,4	2	46	90	60,8	13	77	10	6,8	1	9
10	151 - 200	40	40	17	42,5	1	16	17	42,5	1	16	6	15,0	0	6
11	201 - 300	11	11	5	45,5	0	5	6	54,5	2	4	0	0	0	0
12	301 und mehr	3	3	2	66,7	0	2	1	33,3	0	1	0	0	0	0
13	1 -50	593	530	404	76,2	10	394	115	21,7	7	108	11	2,1	0	11
14	51 - 100	458	458	217	47,4	8	209	224	48,9	23	201	17	3,7	1	16
15	101 und mehr	202	202	72	35,6	3	69	114	56,4	16	98	16	7,9	1	15
16	Insgesamt	1.253	1.190	693	58,2	21	672	453	38,1	46	407	44	3,7	2	42

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/2b

Pflegeheime in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]
nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)

lfd. Nr.	Pflegeheime mit ... bis ... verfügbaren Plätzen	im Jahr ...								
		1999			2001			2003		
		Anzahl	davon in Dauerpflege	%	Anzahl	davon in Dauerpflege	%	Anzahl	davon in Dauerpflege	%
	A	C		D	E		F	G		H
1	1 - 10	71	54	4,9	53	38	3,4	33	20	1,7
2	11 - 20	141	101	9,2	138	94	8,3	148	104	8,7
3	21 - 30	135	132	12,0	150	145	12,8	140	135	11,3
4	31 - 40	135	134	12,2	133	132	11,6	150	149	12,5
5	41 - 50	116	116	10,5	118	118	10,4	122	122	10,3
6	51 - 60	98	98	8,9	106	106	9,3	114	114	9,6
7	61 - 80	147	147	13,3	164	164	14,5	190	190	16,0
8	81 - 100	144	144	13,1	151	151	13,3	154	154	12,9
9	101 - 150	126	126	11,4	133	133	11,7	148	148	12,4
10	151 - 200	36	36	3,3	38	38	3,4	40	40	3,4
11	201 - 300	13	13	1,2	13	13	1,1	11	11	0,9
12	301 und mehr	1	1	0,1	2	2	0,2	3	3	0,3
13	1 -50	598	537	48,7	592	527	46,5	593	530	44,5
14	51 - 100	389	389	35,3	421	421	37,1	458	458	38,5
15	101 und mehr	176	176	16,0	186	186	16,4	202	202	17,0
16	Insgesamt	1 163	1 102	100,0	1 199	1 134	100,0	1 253	1 190	100,0

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/3a

Verfügbare Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Angebot der Einrichtung, Art der Plätze, deren Anteil an der Zahl der verfügbaren Dauerpflegeplätze insgesamt und nach Auslastung

lfd. Nr.	Art der verfügbaren Plätze	Jahr	verfüg-bare Plätze	Anteil an Gesamt (in %)	Aus-lastung (in %)	Davon nach dem Angebot der Einrichtung											
						Dauer- und Kurzzeitpflege und Tages- und/oder Nachtpflege			nur Dauer- und Kurzzeitpflege			nur Dauerpflege und Tages- und/oder Nachtpflege			nur Dauerpflege		
						Anzahl	Anteil an Gesamt (in %)	Auslastung (in %)	Anzahl	Anteil an Gesamt (in %)	Auslastung (in %)	Anzahl	Anteil an Gesamt (in %)	Auslastung (in %)	Anzahl	Anteil an Gesamt (in %)	Auslastung (in %)
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	Dauerpflege zusammen	1999	68 272	100,0	87,6	936	100,0	90,3	2 074	100,0	83,8	3 602	100,0	89,7	61 660	100,0	87,5
2		2001	72 318	100,0	88,6	774	100,0	92,9	1 949	100,0	89,5	3 398	100,0	91,3	66 197	100,0	88,3
3		2003	77 550	100,0	87,9	465	100,0	86,5	951	100,0	90,6	3 328	100,0	87,3	72 806	100,0	87,9
4	in 1-Bett-Zimmern	1999	32 560	47,7	-	606	64,7	-	1 004	48,4	-	1 940	53,9	-	29 010	47,0	-
5		2001	36 109	49,9	-	502	64,9	-	1 126	57,8	-	1 955	57,5	-	32 526	49,1	-
6		2003	41 518	53,5	-	299	64,3	-	503	52,9	-	2 186	65,7	-	38 530	52,9	-
7	in 2-Bett-Zimmern	1999	33 159	48,6	-	318	34,0	-	1 009	48,6	-	1 618	44,9	-	30 214	49,0	-
8		2001	34 184	47,3	-	272	35,1	-	786	40,3	-	1 404	41,3	-	31 722	47,9	-
9		2003	34 583	44,6	-	166	35,7	-	430	45,2	-	1 104	33,2	-	32 883	45,2	-
10	in 3-Bett-Zimmern	1999	2 336	3,4	-	12	1,3	-	57	2,7	-	44	1,2	-	2 223	3,6	-
11		2001	1 893	2,6	-	-	-	-	33	1,7	-	39	1,1	-	1 821	2,8	-
12		2003	1 373	1,8	-	-	-	-	18	1,9	-	38	1,1	-	1 317	1,8	-
13	in 4 und mehr-Bett-	1999	217	0,3	-	-	-	-	4	0,2	-	-	-	-	213	0,3	-
14	Zimmern	2001	132	0,2	-	-	-	-	4	0,2	-	-	-	-	128	0,2	-
15		2003	76	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	0,1	-
16	dar. Plätze, die flexibel	1999	2 322	3,4	-	6	0,6	-	26	1,3	-	242	6,7	-	2 048	3,3	-
17	für die Kurzzeitpflege	2001	3 178	4,4	-	9	1,2	-	31	1,6	-	282	8,3	-	2 856	4,3	-
18	genutzt werden können	2003	3 619	4,7	-	-	-	-	14	1,5	-	303	9,1	-	3 302	4,5	-

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/3b

Verfügbare Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)] nach Art der Plätze

lfd. Nr.	Bundesland	verfügbare Plätze zusammen	davon ...								darunter: Plätze, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können	
			in 1-Bett-Zimmern		in 2-Bett-Zimmern		in 3-Bett-Zimmern		in 4 und mehr-Bett-Zimmern			
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	J	I	K	L
1	Baden-Württemberg	77 163	36 725	47,6	37 814	49,0	2 051	2,7	573	0,7	1 833	2,4
2	Bayern	104 930	50 484	48,1	51 399	49,0	2 644	2,5	403	0,4	2 420	2,3
3	Berlin	28 199	13 619	48,3	12 748	45,2	1 508	5,3	324	1,1	35	0,1
4	Brandenburg	18 645	10 400	55,8	7 906	42,4	295	1,6	44	0,2	383	2,1
5	Bremen	5 239	2 874	54,9	2 290	43,7	75	1,4	0	0,0	85	1,6
6	Hamburg	14 871	8 066	54,2	6 472	43,5	321	2,2	12	0,1	301	2,0
7	Hessen	43 338	22 053	50,9	19 958	46,1	1 231	2,8	96	0,2	1 183	2,7
8	Mecklenburg-Vorpommern	15 077	5 884	39,0	8 876	58,9	210	1,4	107	0,7	171	1,1
9	**Niedersachsen**	**77 550**	**41 518**	**53,5**	**34 583**	**44,6**	**1 373**	**1,8**	**76**	**0,1**	**3 619**	**4,7**
10	Nordrhein-Westfalen	150 141	79 153	52,7	69 345	46,2	1 507	1,0	136	0,1	3 168	2,1
11	Rheinland-Pfalz	31 824	14 698	46,2	16 434	51,6	676	2,1	16	0,1	36	0,1
12	Saarland	9 611	3 341	34,8	5 734	59,7	532	5,5	4	0,0	231	2,4
13	Sachsen	37 192	19 298	51,9	17 580	47,3	234	0,6	80	0,2	225	0,6
14	Sachsen-Anhalt	20 992	10 225	48,7	10 522	50,1	241	1,1	4	0,0	460	2,2
15	Schleswig-Holstein	31 968	15 944	49,9	14 267	44,6	1 573	4,9	184	0,6	528	1,7
16	Thüringen	17 201	10 124	58,9	6 953	40,4	120	0,7	4	0,0	308	1,8
17	Bundesrepublik gesamt	683 941	344 406	50,4	322 881	47,2	14 591	2,1	2 063	0,3	14 986	2,2

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/4

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Art der Einrichtung, Art des Trägers sowie Zahl der verfügbaren Plätze und Zahl und Anteil der Pflegebedürftigen

lfd. Nr.	Art der Dauer-pflegeheime	Jahr [1)]	Verfügbare Plätze insgesamt	Pflegebedürftige insgesamt		Davon nach der Art des Trägers								
						private Träger			freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
				Anzahl	in % von Spalte 3	verfügbare Plätze	Pflegebedürftige Anzahl	Pflegebedürftige in % von Sp. 6	verfügbare Plätze	Pflegebedürftige Anzahl	Pflegebedürftige in % von Sp. 9	verfügbare Plätze	Pflegebedürftige Anzahl	Pflegebedürftige in % von Sp. 12
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Dauerpflegeheime	1999	69 062	60 550	87,7	30 322	26 596	87,7	34 476	30 383	88,1	4 264	3 571	83,7
2	insgesamt	2001	73 087	65 279	89,3	34 795	30 894	88,8	34 067	30 633	89,9	4 225	3 752	88,8
3		2003	78 260	69 902	89,3	37 749	33 227	88,0	36 549	33 152	90,7	3 962	3 523	88,9
4	Pflegeheime für	1999	65 710	57 754	87,9	28 470	24 975	87,7	33 572	29 610	88,2	3 668	3 169	86,4
5	ältere Menschen	2001	69 675	62 602	89,8	32 368	28 941	89,4	33 500	30 195	90,1	3 807	3 466	91,0
6		2003	74 445	66 781	89,7	35 318	31 235	88,4	35 576	32 310	90,8	3 551	3 236	91,1
7	Pflegeheime für	1999	677	591	87,3	302	255	84,4	375	336	89,6	-	-	-
8	behinderte Menschen	2001	704	612	86,9	459	420	91,5	245	192	78,4	-	-	-
9		2003	824	720	87,4	426	373	87,6	398	347	87,2	-	-	-
10	Pflegeheime für	1999	2 675	2 205	82,4	1 550	1 366	88,1	529	437	82,6	596	402	67,4
11	psychisch kranke	2001	2 708	2 065	76,3	1 968	1 533	77,9	322	246	76,4	418	286	68,4
12	Menschen	2003	2 991	2 401	80,3	2 005	1 619	80,7	575	495	86,1	411	287	69,8

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/5a

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] in regionaler Gliederung, nach Zahl der verfügbaren Plätze, durchschnittlicher Platzzahl je Pflegeheim, je 1 000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren

lfd. Nr.	Gebiet	Pflegeheime insgesamt			verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege											
					zusammen			je Pflegeheim			je 1000 Einwohner			je 1000 Einwohner ab 65 Jahren		
		1999 [1)]	2001 [1)]	2003 [1)]	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Braunschweig, Stadt	30	30	33	2 582	2 567	2 657	86	86	81	10,5	10,5	10,8	56,1	54,5	54,7
2	Salzgitter, Stadt	13	15	15	1 126	1 149	1 166	87	77	78	10,0	10,3	10,6	54,8	53,3	52,1
3	Wolfsburg, Stadt	7	7	8	730	743	822	104	106	103	6,0	6,1	6,7	32,6	31,0	32,1
4	Gifhorn	19	19	18	1 020	1 104	1 144	54	58	64	6,0	6,4	6,5	43,7	44,0	42,4
5	Göttingen	36	35	38	2 361	2 458	3 004	66	70	79	8,9	9,3	11,4	58,2	58,0	68,0
6	Goslar	35	39	37	2 256	2 532	2 496	64	65	67	14,4	16,3	16,2	67,4	73,2	69,9
7	Helmstedt	14	13	13	1 180	1 173	1 212	84	90	93	11,7	11,8	12,3	63,0	60,8	60,5
8	Northeim	27	27	29	1 592	1 650	1 725	59	61	59	10,5	11,0	11,6	54,1	54,2	54,7
9	Osterode am Harz	32	33	33	1 546	1 719	1 721	48	52	52	17,9	20,3	20,6	83,4	90,6	88,2
10	Peine	15	17	19	1 137	1 387	1 623	76	82	85	8,7	10,4	12,1	52,2	60,2	66,5
11	Wolfenbüttel	13	11	12	1 150	1 146	1 222	88	104	102	9,2	9,0	9,6	54,5	51,3	51,5
12	Bezirk Braunschweig	241	246	255	16 680	17 628	18 792	69	72	74	10,0	10,6	11,3	56,4	57,1	58,3
13	Region Hannover	141	143	148	10 069	10 523	10 935	71	74	74	9,0	9,4	9,7	53,2	52,9	52,1
14	dar. Hannover, Landeshptst.	71	72	75	5 162	5 472	5 610	73	76	75	10,0	10,6	10,9	55,3	57,5	57,4
15	Diepholz	34	34	37	1 942	1 956	2 079	57	58	56	9,2	9,2	9,7	57,3	54,2	53,9
16	Hameln-Pyrmont	28	30	30	1 958	1 949	1 983	70	65	66	12,0	12,0	12,3	59,8	57,4	56,5
17	Hildesheim	43	44	46	3 267	3 395	3 611	76	77	79	11,2	11,6	12,4	62,1	61,6	62,7
18	Holzminden	17	17	17	996	1 028	1 068	59	60	63	12,2	12,7	13,4	60,6	60,2	60,3
19	Nienburg (Weser)	21	25	26	1 188	1 393	1 506	57	56	58	9,4	11,0	11,9	55,0	61,6	63,5
20	Schaumburg	40	40	40	2 347	2 532	2 518	59	63	63	14,2	15,2	15,1	77,3	79,9	75,6
21	Bezirk Hannover	324	333	344	21 767	22 776	23 700	67	68	69	10,1	10,5	10,9	57,7	57,6	57,0
22	Celle	47	49	54	1 755	1 924	2 167	37	39	40	9,7	10,6	11,9	56,0	58,6	62,7
23	Cuxhaven	52	52	53	2 013	2 106	2 290	39	41	43	9,9	10,2	11,1	55,7	55,0	56,2
24	Harburg	25	26	28	1 331	1 499	1 632	53	58	58	5,8	6,4	6,8	39,6	40,7	40,2
25	Lüchow-Dannenberg	8	9	9	532	613	641	67	68	71	10,2	11,8	12,4	49,8	55,2	55,3
26	Lüneburg	35	39	38	1 563	1 739	1 843	45	45	49	9,5	10,3	10,6	60,6	64,5	64,1
27	Osterholz	33	32	30	1 277	1 290	1 211	39	40	40	11,7	11,6	10,8	79,2	73,1	63,1
28	Rotenburg (Wümme)	22	23	24	1 236	1 242	1 303	56	54	54	7,7	7,6	7,9	50,9	48,5	47,8
29	Soltau-Fallingbostel	13	14	17	1 139	1 332	1 420	88	95	84	8,2	9,4	9,9	48,4	53,8	54,2
30	Stade	20	22	22	1 267	1 532	1 612	63	70	73	6,6	7,9	8,3	46,3	52,3	50,8
31	Uelzen	22	22	25	1 189	1 167	1 561	54	53	62	12,2	12,0	16,0	62,2	58,3	74,5
32	Verden	27	26	27	1 494	1 508	1 517	55	58	56	11,3	11,3	11,3	77,5	73,4	68,7
33	Bezirk Lüneburg	304	314	327	14 796	15 952	17 197	49	51	53	8,9	9,5	10,1	55,4	56,2	56,6

I.3.1.5/5a

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] in regionaler Gliederung, nach Zahl der verfügbaren Plätze, durchschnittlicher Platzzahl je Pflegeheim, je 1 000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren

lfd. Nr.	Gebiet	Pflegeheime insgesamt			verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege											
					zusammen			je Pflegeheim			je 1000 Einwohner			je 1000 Einwohner ab 65 Jahren		
		1999 [1)]	2001 [1)]	2003 [1)]	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
34	Delmenhorst, Stadt	4	6	6	373	410	402	93	68	67	4,9	5,4	5,3	31,7	32,5	29,7
35	Emden, Stadt	7	6	8	451	391	521	64	65	65	8,8	7,6	10,1	50,4	42,1	54,0
36	Oldenburg, Stadt	17	24	21	1 330	1 526	1 540	78	64	73	8,6	9,8	9,7	54,5	60,5	58,3
37	Osnabrück, Stadt	13	13	14	1 257	1 247	1 341	97	96	96	7,6	7,6	8,1	43,8	42,4	44,1
38	Wilhelmshaven, Stadt	28	26	25	902	959	954	32	37	38	10,4	11,3	11,3	54,8	56,2	53,5
39	Ammerland	15	15	16	653	684	873	44	46	55	6,0	6,1	7,6	39,7	38,3	44,4
40	Aurich	16	19	23	1 109	1 219	1 440	69	64	63	6,0	6,5	7,6	37,7	39,2	43,4
41	Cloppenburg	12	16	20	715	822	1 032	60	51	52	4,8	5,4	6,7	36,5	39,3	46,0
42	Emsland	27	28	31	1 161	1 251	1 470	43	45	47	3,9	4,1	4,8	28,4	28,6	31,1
43	Friesland	21	18	17	967	985	1 023	46	55	60	9,6	9,7	10,1	58,3	55,8	53,2
44	Grafschaft Bentheim	14	14	16	819	842	965	59	60	60	6,3	6,4	7,3	39,4	38,6	42,0
45	Leer	14	13	15	732	735	863	52	57	58	4,6	4,5	5,2	29,7	28,1	30,9
46	Oldenburg	20	22	22	928	1 015	1 098	46	46	50	7,8	8,3	8,8	55,6	55,7	55,0
47	Osnabrück	45	45	47	2 291	2 399	2 502	51	53	53	6,5	6,7	7,0	45,0	44,6	41,6
48	Vechta	15	15	19	735	819	992	49	55	52	5,9	6,4	7,6	45,8	47,9	54,6
49	Wesermarsch	21	19	20	881	908	1 003	42	48	50	9,4	9,6	10,6	55,3	54,3	56,7
50	Wittmund	5	7	7	278	321	328	56	46	47	4,9	5,6	5,7	30,6	33,4	32,0
51	Bezirk Weser-Ems	294	306	327	15 582	16 533	18 347	53	54	56	6,5	6,8	7,4	42,4	42,6	44,0
52	kreisfreie Städte gesamt	119	127	130	8 751	8 992	9 403	74	71	72	8,6	8,9	9,3	48,8	48,3	48,4
53	Landkreise gesamt [2)]	903	929	975	50 005	53 374	57 698	55	57	59	8,7	9,2	9,9	53,3	53,9	54,7
54	Niedersachsen	1163	1199	1253	68 825	72 889	78 036	59	61	62	8,7	9,2	9,8	52,6	53,0	53,5

[1)] jeweils 15. Dezember

[2)] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/5b

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] in regionaler Gliederung nach Zahl der verfügbaren Plätze nach Art des Trägers

lfd. Nr.	Gebiet	Art des Trägers																	
		private Träger						freigemeinnützige Träger						öffentliche Träger					
		Pflegeheim insgesamt			Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege			Pflegeheime insgesamt			Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege			Pflegeheime insgesamt			Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege		
		1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
	A	B	C	D	E	F	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1	Braunschweig, Stadt	8	8	9	506	512	578	21	21	23	1 996	1 975	1 999	1	1	1	80	80	80
2	Salzgitter, Stadt	3	5	4	333	471	459	10	9	10	793	658	693	0	1	1	0	20	14
3	Wolfsburg, Stadt	0	0	0	0	0	0	7	7	8	730	743	822	0	0	0	0	0	0
4	Gifhorn	7	8	7	249	327	317	12	11	11	771	777	827	0	0	0	0	0	0
5	Göttingen	20	20	21	1 566	1 661	1 970	15	13	14	676	631	789	1	2	3	119	166	245
6	Goslar	25	27	26	1 374	1 614	1 613	10	12	11	882	918	883	0	0	0	0	0	0
7	Helmstedt	6	7	6	423	701	474	8	6	7	757	472	738	0	0	0	0	0	0
8	Northeim	17	17	19	950	995	1 055	9	9	9	632	640	655	1	1	1	10	15	15
9	Osterode am Harz	25	26	26	941	1 112	1 113	6	6	6	564	567	568	1	1	1	41	40	40
10	Peine	8	10	14	659	910	1 197	6	6	5	386	386	426	1	1	0	92	91	0
11	Wolfenbüttel	8	7	8	637	641	717	5	4	4	513	505	505	0	0	0	0	0	0
12	Bezirk Braunschweig	127	135	140	7 638	8 944	9 493	109	104	108	8 700	8 272	8 905	5	7	7	342	412	394
13	Region Hannover	65	68	69	3 930	4 467	4 713	68	66	70	5 164	5 094	5 264	8	9	9	975	962	958
14	dar. Hannover, Landeshptst.	16	20	21	934	1 393	1 510	51	48	50	3 774	3 625	3 646	4	4	4	454	454	454
15	Diepholz	22	22	25	989	996	1 094	11	11	11	943	950	971	1	1	1	10	10	14
16	Hameln-Pyrmont	17	19	19	1 045	1 085	1 074	10	10	10	786	737	782	1	1	1	127	127	127
17	Hildesheim	23	23	24	1 647	1 730	1 865	20	20	21	1 620	1 491	1 570	0	1	1	0	174	176
18	Holzminden	11	11	10	575	611	553	6	6	7	421	417	515	0	0	0	0	0	0
19	Nienburg (Weser)	13	16	17	548	682	764	8	8	8	640	615	646	0	1	1	0	96	96
20	Schaumburg	29	29	29	1 433	1 547	1 553	8	8	8	729	770	752	3	3	3	185	215	213
21	Bezirk Hannover	180	188	193	10 167	11 118	11 616	131	129	135	10 303	10 074	10 500	13	16	16	1 297	1 584	1 584
22	Celle	40	43	44	1 313	1 590	1 625	6	5	9	394	286	494	1	1	1	48	48	48
23	Cuxhaven	37	38	38	1 088	1 186	1 337	14	13	14	800	795	828	1	1	1	125	125	125
24	Harburg	18	19	20	978	1 145	1 235	4	4	5	78	79	122	3	3	3	275	275	275
25	Lüchow-Dannenberg	4	5	5	203	285	294	4	4	4	329	328	347	0	0	0	0	0	0
26	Lüneburg	28	30	29	1 005	1 101	1 212	6	7	8	371	370	444	1	2	1	187	268	187
27	Osterholz	26	24	24	853	913	866	7	8	6	424	377	345	0	0	0	0	0	0
28	Rotenburg (Wümme)	17	20	20	853	975	971	4	3	4	299	267	332	1	0	0	84	0	0
29	Soltau-Fallingbostel	7	8	9	392	585	647	6	6	8	747	747	773	0	0	0	0	0	0

I.3.1.5/5b

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1] in regionaler Gliederung nach Zahl der verfügbaren Plätze nach Art des Trägers

lfd. Nr.	Gebiet	Art des Trägers																	
		private Träger						freigemeinnützige Träger						öffentliche Träger					
		Pflegeheim insgesamt			Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege			Pflegeheime insgesamt			Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege			Pflegeheime insgesamt			Verfügbare Plätze für vollstationäre Pflege		
		1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
30	Stade	6	8	12	233	480	799	10	10	9	771	789	813	4	4	1	263	263	0
31	Uelzen	17	19	20	724	892	1 141	3	3	4	275	275	339	2	0	1	190	0	81
32	Verden	22	21	21	1 017	1 020	1 014	3	3	4	308	307	322	2	2	2	169	181	181
33	Bezirk Lüneburg	222	235	242	8 659	10 172	11 141	67	66	75	4 796	4 620	5 159	15	13	10	1 341	1 160	897
34	Delmenhorst, Stadt	0	0	0	0	0	0	4	5	5	373	385	377	0	1	1	0	25	25
35	Emden, Stadt	4	3	3	151	91	135	3	3	5	300	300	386	0	0	0	0	0	0
36	Oldenburg, Stadt	3	5	6	85	240	264	13	18	14	1 198	1 239	1 229	1	1	1	47	47	47
37	Osnabrück, Stadt	1	0	0	60			11	13	13	1 028	1 247	1 172	1	0	1	169	0	169
38	Wilhelmshaven, Stadt	22	20	19	434	418	431	4	4	4	428	501	483	2	2	2	40	40	40
39	Ammerland	11	11	12	274	287	476	3	3	3	336	354	354	1	1	1	43	43	43
40	Aurich	8	12	17	364	556	748	4	3	4	412	358	448	4	4	2	333	305	244
41	Cloppenburg	4	5	7	162	211	302	8	11	13	553	611	730	0	0	0	0	0	0
42	Emsland	4	5	8	166	230	354	23	22	23	995	1 011	1 116	0	1	0	0	10	0
43	Friesland	12	9	8	286	304	335	6	6	6	453	453	461	3	3	3	228	228	227
44	Grafschaft Bentheim	2	2	2	182	182	142	12	12	14	637	660	823	0	0	0	0	0	0
45	Leer	5	5	7	88	140	237	6	5	6	444	395	478	3	3	2	200	200	148
46	Oldenburg	8	10	11	260	323	351	10	10	9	563	587	651	2	2	2	105	105	96
47	Osnabrück	13	15	16	578	739	768	32	30	31	1 713	1 660	1 734	0	0	0	0	0	0
48	Vechta	5	5	5	243	290	314	10	10	14	492	529	678	0	0	0	0	0	0
49	Wesermarsch	14	12	13	397	432	527	5	5	6	373	371	417	2	2	1	111	105	59
50	Wittmund	1	2	2	61	71	76	3	4	4	198	231	233	1	1	1	19	19	19
51	Bezirk Weser-Ems	117	121	136	3 791	4 514	5 460	157	164	174	10 496	10 892	11 770	20	21	17	1 295	1 127	1 117
52	kreisfreie Städte gesamt	41	41	41	1 569	1 732	1 867	73	80	82	6 846	7 048	7 161	5	6	7	336	212	375
53	Landkreise gesamt [2]	540	570	601	24 756	28 549	31 130	323	317	340	22 285	21 716	23 909	40	42	34	2 964	3 109	2 659
54	Niedersachsen	646	679	711	30 255	34 748	37 710	464	463	492	34 295	33 858	36 334	53	57	50	4 275	4 283	3 992

[1] jeweils 15.12.

[2] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.1.5/5c

Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003[1)] in regionaler Gliederung nach Art der verfügbaren Plätze

lfd. Nr.	Gebiet	verfügbare Plätze Insgesamt	davon in Dauerpflege	davon in								darunter....	
				1- Bett-Zimmer		2-Bett-Zimmer		3-Bett-Zimmer		4 und mehr-Bett-Zimmer		Plätze die flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können	
				Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Braunschweig, Stadt	2 679	2 645	1 507	57,0	1 078	40,8	60	2,3	0	0,0	62	2,3
2	Salzgitter, Stadt	1 198	1 140	527	46,2	598	52,5	15	1,3	0	0,0	35	3,1
3	Wolfsburg, Stadt	842	784	454	57,9	330	42,1	0	0,0	0	0,0	5	0,6
4	Gifhorn	1 144	1 144	776	67,8	359	31,4	9	0,8	0	0,0	26	2,3
5	Göttingen	3 065	3 002	1 643	54,7	1 277	42,5	78	2,6	4	0,1	88	2,9
6	Goslar	2 516	2 496	1 290	51,7	1 133	45,4	45	1,8	28	1,1	88	3,5
7	Helmstedt	1 228	1 192	668	56,0	506	42,4	18	1,5	0	0,0	27	2,3
8	Northeim	1 737	1 690	846	50,1	844	49,9	0	0,0	0	0,0	42	2,5
9	Osterode am Harz	1 736	1 706	850	49,8	841	49,3	15	0,9	0	0,0	57	3,3
10	Peine	1 625	1 616	591	36,6	1 010	62,5	15	0,9	0	0,0	136	8,4
11	Wolfenbüttel	1 237	1 222	691	56,5	531	43,5	0	0,0	0	0,0	21	1,7
12	Bezirk Braunschweig	19 007	18 637	9 843	52,8	8 507	45,6	255	1,4	32	0,2	587	3,1
13	Region Hannover	11 103	10 880	4 994	45,9	5 682	52,2	204	1,9	0	0,0	304	2,8
14	dar. Hannover, Landeshptst.	5 697	5 573	2 582	46,3	2 934	52,6	57	1,0	0	0,0	148	2,7
15	Diepholz	2 127	2 048	1 006	49,1	980	47,9	54	2,6	8	0,4	58	2,8
16	Hameln-Pyrmont	2 006	1 982	918	46,3	1 036	52,3	24	1,2	4	0,2	61	3,1
17	Hildesheim	3 626	3 611	1 680	46,5	1 742	48,2	177	4,9	12	0,3	109	3,0
18	Holzminden	1 068	1 068	504	47,2	564	52,8	0	0,0	0	0,0	40	3,7
19	Nienburg (Weser)	1 516	1 506	712	47,3	770	51,1	24	1,6	0	0,0	73	4,8
20	Schaumburg	2 518	2 518	1 286	51,1	1 160	46,1	72	2,9	0	0,0	70	2,8
21	Bezirk Hannover	23 964	23 613	11 100	47,0	11 934	50,5	555	2,4	24	0,1	715	3,0
22	Celle	2 194	2 167	1 256	58,0	904	41,7	3	0,1	4	0,2	278	12,8
23	Cuxhaven	2 325	2 281	1 308	57,3	940	41,2	33	1,4	0	0,0	157	6,9
24	Harburg	1 684	1 631	983	60,3	624	38,3	24	1,5	0	0,0	114	7,0
25	Lüchow-Dannenberg	641	641	279	43,5	338	52,7	24	3,7	0	0,0	11	1,7
26	Lüneburg	1 868	1 836	967	52,7	781	42,5	88	4,8	0	0,0	22	1,2
27	Osterholz	1 215	1 211	601	49,6	548	45,3	54	4,5	8	0,7	63	5,2
28	Rotenburg (Wümme)	1 321	1 301	634	48,7	662	50,9	5	0,4	0	0,0	99	7,6
29	Soltau-Fallingbostel	1 420	1 420	929	65,4	482	33,9	9	0,6	0	0,0	49	3,5
30	Stade	1 634	1 609	1 036	64,4	570	35,4	3	0,2	0	0,0	38	2,4
31	Uelzen	1 561	1 561	840	53,8	664	42,5	57	3,7	0	0,0	48	3,1
32	Verden	1 517	1 502	667	44,4	832	55,4	3	0,2	0	0,0	48	3,2
33	Bezirk Lüneburg	17 380	17 160	9 500	55,4	7 345	42,8	303	1,8	12	0,1	927	5,4
34	Delmenhorst, Stadt	414	402	211	52,5	170	42,3	21	5,2	0	0,0	100	24,9
35	Emden, Stadt	529	521	286	54,9	226	43,4	9	1,7	0	0,0	147	28,2
36	Oldenburg, Stadt	1 555	1 520	746	49,1	765	50,3	9	0,6	0	0,0	26	1,7
37	Osnabrück, Stadt	1 383	1 341	946	70,5	362	27,0	33	2,5	0	0,0	34	2,5
38	Wilhelmshaven, Stadt	973	939	360	38,3	544	57,9	27	2,9	8	0,9	21	2,2
39	Ammerland	873	873	516	59,1	354	40,5	3	0,3	0	0,0	33	3,8
40	Aurich	1 456	1 440	792	55,0	648	45,0	0	0,0	0	0,0	65	4,5
41	Cloppenburg	1 056	1 012	609	60,2	403	39,8	0	0,0	0	0,0	60	5,9
42	Emsland	1 602	1 412	1 212	85,8	200	14,2	0	0,0	0	0,0	95	6,7
43	Friesland	1 023	1 023	512	50,0	406	39,7	105	10,3	0	0,0	48	4,7
44	Grafschaft Bentheim	977	943	643	68,2	300	31,8	0	0,0	0	0,0	39	4,1
45	Leer	863	863	568	65,8	295	34,2	0	0,0	0	0,0	24	2,8
46	Oldenburg	1 113	1 098	666	60,7	423	38,5	9	0,8	0	0,0	288	26,2
47	Osnabrück	2 588	2 441	1 706	69,9	715	29,3	20	0,8	0	0,0	237	9,7
48	Vechta	1 061	982	648	66,0	334	34,0	0	0,0	0	0,0	56	5,7
49	Wesermarsch	1 003	1 002	448	44,7	530	52,9	24	2,4	0	0,0	84	8,4
50	Wittmund	328	328	206	62,8	122	37,2	0	0,0	0	0,0	33	10,1
51	Bezirk Weser-Ems	18 797	18 140	11 075	61,1	6 797	37,5	260	1,4	8	0,0	1 390	7,7
52	kreisfreie Städte gesamt	9 573	9 292	5 037	54,2	4 073	43,8	174	1,9	8	0,1	430	4,6
53	Landkreise gesamt [2)]	58 472	57 378	31 487	54,9	24 828	43,3	995	1,7	68	0,1	2 885	5,0
54	Niedersachsen	79 148	77 550	41 518	53,5	34 583	44,6	1 373	1,8	76	0,1	3 619	4,7

[1)] jeweils 15. Dezember

[2)] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/1

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Trägergruppen, Personal je Pflegedienst und betreuten Pflegebedürftigen im Verhältnis zum Personal

lfd. Nr	Jahr [1)]	Personal insgesamt			davon nach Art des Trägers											
					private Träger				freigemeinnützige Träger				öffentliche Träger			
		Anzahl	je Pflegedienst	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	Anzahl	%	je Pflegedienst	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	Anzahl	%	je Pflegedienst	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	Anzahl	%	je Pflegedienst	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	1999	17 925	19,4	2,3	6 555	36,6	13,3	2,2	10 851	60,5	26,5	2,3	519	2,9	22,6	2,6
2	2001	18 909	20,5	2,3	7 010	37,1	14,2	2,3	11 305	59,8	28,1	2,2	594	3,1	23,8	2,9
3	2003	20 715	20,8	2,3	8 407	40,6	14,8	2,3	11 801	57,0	28,9	2,2	507	2,4	22,0	2,9

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/2

Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)], je Pflegedienst und im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen

lfd. Nr.	Bundesland	Personal je Pflegedienst	Personal im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen (Bedürftige je Pflegekraft)
	A	B	C
1	Baden-Württemberg	23,6	2,0
2	Bayern	16,5	2,3
3	Berlin	34,6	1,6
4	Bandenburg	13,7	2,7
5	Bremen	25,6	1,8
6	Hamburg	25,5	1,5
7	Hessen	17,5	2,2
8	Mecklenburg-Vorpommern	11,4	2,6
9	**Niedersachsen**	**20,8**	**2,3**
10	Nordrhein-Westfalen	20,2	2,3
11	Rheinland-Pfalz	21,0	2,4
12	Saarland	17,9	2,3
13	Sachsen	14,6	2,4
14	Sachsen-Anhalt	12,7	2,9
15	Schleswig-Holstein	19,6	2,1
16	Thüringen	15,3	2,6
17	Bundesrepublik gesamt	18,9	2,2

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/3a

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Beschäftigungsverhältnis und Geschlecht

lfd. Nr.	Beschäftigungsverhältnis	Personal im Jahr 1999 - 2003[1]														
		1999					2001					2003				
		Anzahl	%	davon weiblich			Anzahl	%	davon weiblich			Anzahl	%	davon weiblich		
				Anzahl	%	%			Anzahl	%	%			Anzahl	%	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Personal insgesamt	17 925	100,0	15 932	88,9	100,0	18 909	100,0	16 794	88,8	100,0	20 715	100,0	18 395	88,8	100,0
	davon															
2	Vollzeitbeschäftigt	4 061	22,7	3 205	78,9	20,1	4 069	21,5	3 180	78,2	18,9	4 250	20,5	3 332	78,4	18,1
3	Teilzeitbeschäftigt über 50%	5 515	30,8	5 297	96,0	33,2	6 254	33,1	5 958	95,3	35,5	7 142	34,5	6 737	94,3	36,6
4	Teilzeitbeschäftigt 50% und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	3 419	19,1	3 280	95,9	20,6	3 910	20,7	3 746	95,8	22,3	4 325	20,9	4 085	94,5	22,2
5	geringfügig beschäftigt	4 302	24,0	3 968	92,2	24,9	3 960	20,9	3 702	93,5	22,0	4 423	21,4	4 021	90,9	21,9
6	Praktikant/in, Schüler/in, Auszubindende/r	183	1,0	155	84,7	1,0	202	1,1	175	86,6	1,0	233	1,1	193	82,8	1,0
7	Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr	30	0,2	27	90,0	0,2	41	0,2	33	80,5	0,2	34	0,2	27	79,4	0,1
8	Zivildienstleistender	415	2,3		0,0	0,0	473	2,5		0,0	0,0	308	1,5		0,0	0,0

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/3b

Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)] nach Beschäftigungsverhältnis

lfd. Nr.	Bundesland	Personal insgesamt	Beschäftigungsverhältnis im Anteil am Personal insgesamt (in %)						
			vollzeitbeschäftigt	teilzeitbeschäftigt			Praktikant/-in Schüler/-in Auszubildende/-r	Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr	Zivildienstleistender
				über 50%	50% und weniger[2)]	geringfügig beschäftigt			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Baden-Württemberg	100,0	24,1	20,4	23,4	27,0	1,1	0,7	3,4
2	Bayern	100,0	21,8	28,7	18,1	26,6	1,4	0,4	2,9
3	Berlin	100,0	32,5	41,0	14,3	10,7	0,5	0,3	0,7
4	Bandenburg	100,0	37,4	44,7	6,5	7,8	1,4	0,4	1,7
5	Bremen	100,0	23,9	40,0	13,3	20,9	0,1	0,1	1,6
6	Hamburg	100,0	29,5	30,8	12,6	24,0	0,7	0,2	2,2
7	Hessen	100,0	28,0	23,5	21,4	23,8	1,5	0,4	1,5
8	Mecklenburg-Vorpommern	100,0	40,6	44,5	5,8	6,7	1,4	0,3	0,7
9	**Niedersachsen**	**100,0**	**20,5**	**34,5**	**20,9**	**21,4**	**1,1**	**0,2**	**1,5**
10	Nordrhein-Westfalen	100,0	29,8	23,2	16,1	27,0	1,1	0,2	2,6
11	Rheinland-Pfalz	100,0	29,7	20,5	20,3	26,3	1,6	0,1	1,6
12	Saarland	100,0	26,8	18,5	18,2	33,6	1,9	0,1	0,9
12	Sachsen	100,0	38,7	44,1	5,5	7,7	1,9	0,4	1,8
13	Sachsen-Anhalt	100,0	45,7	40,3	7,0	4,6	0,9	0,4	1,0
14	Schleswig-Holstein	100,0	21,2	34,7	20,3	21,2	1,2	0,3	1,1
15	Thüringen	100,0	41,8	40,9	6,1	7,4	2,2	0,3	1,4
16	Bundesrepublik gesamt	100,0	28,6	30,2	16,3	21,2	1,2	0,3	2,1

[1)] jeweils 15. Dezember

[2)] aber nicht geringfügig beschäftigt

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/3c

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1)]
nach Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsanteil für den Pflegedienst nach SGB XI

lfd. Nr.	Beschäftigungsverhältnis	Personal insgesamt	Davon nach dem Arbeitsanteil für den Pflegedienst nach SGB XI (Anteil in %)				
			100%	75 bis unter 100 %	50 % bis unter 75 %	25 % bis unter 50 %	unter 25 %
	A	B	C	D	E	F	G
1	Personal insgesamt	20 715	20,8	30,0	25,2	11,9	12,1
	davon						
2	Vollzeitbeschäftigt	4 250	19,1	25,4	27,0	12,7	15,8
3	Teilzeitbeschäftigt über 50%	7 142	17,2	36,8	27,2	11,2	7,6
4	Teilzeitbeschäftigt 50% und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	4 325	19,9	30,8	27,1	13,9	8,4
5	geringfügig beschäftigt	4 423	28,8	24,1	19,5	10,6	17,1
6	Praktikant/in, Schüler/in, Auszubindende/r	233	24,5	30,0	19,7	9,4	16,3
7	Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr	34	17,6	20,6	20,6	0,0	41,2
8	Zivildienstleistender	308	20,8	9,4	15,3	12,7	41,9

[1)] jeweils 15.12.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/4a

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1)] nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst und nach Geschlecht

lfd. Nr	Tätigkeitsbereich	Personal gesamt		davon weiblich		
		Anzahl	%	Anzahl	%	%
	A	B	C	D	E	F
1	Personal insgesamt	20 715	100,0	18 395	88,8	100,0
	davon überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegedienst					
2	Pflegedienstleitung	1 298	6,3	1 060	81,7	5,8
3	Grundpflege	14 942	72,1	13 687	91,6	74,4
4	Hauswirtschaftliche Versorgung	2 407	11,6	2 139	88,9	11,6
5	Verwaltung, Geschäftsführung	1 050	5,1	798	76,0	4,3
6	sonstiger Bereich	1 018	4,9	711	69,8	3,9

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; veröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/4b

Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)] nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst

lfd. Nr.	Bundesland	Personal insgesamt	Davon nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst im Anteil am Personal gesamt (in %)				
			Pflegedienstleitung	Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung Geschäftsführung	sonstiger Bereich
	A	B	C	D	E	F	G
1	Baden-Württemberg	23 192	4,9	60,9	23,6	4,9	5,7
2	Bayern	26 087	6,2	69,3	15,1	5,3	4,2
3	Berlin	12 951	4,9	53,7	29,5	6,1	5,7
4	Bandenburg	6 865	8,1	64,3	14,4	4,9	8,3
5	Bremen	2 974	6,5	76,2	9,6	4,2	3,5
6	Hamburg	8 004	6,4	65,5	17,7	6,1	4,4
7	Hessen	13 803	6,5	66,4	15,1	6,0	6,0
8	Mecklenburg-Vorpommern	4 358	11,5	63,2	16,3	5,3	3,6
9	**Niedersachsen**	**20 715**	**6,3**	**72,1**	**11,6**	**5,1**	**4,9**
10	Nordrhein-Westfalen	40 392	6,3	73,8	11,6	4,8	3,5
11	Rheinland-Pfalz	7 883	5,8	62,5	21,1	5,5	5,0
12	Saarland	2 346	6,6	59,3	21,4	6,2	6,5
12	Sachsen	12 987	7,2	68,9	15,3	5,0	3,7
13	Sachsen-Anhalt	5 839	8,5	66,8	15,9	5,1	3,7
14	Schleswig-Holstein	6 948	6,2	70,5	10,7	5,3	7,3
15	Thüringen	5 553	7,7	67,2	14,9	4,2	5,9
17	Bundesrepublik gesamt	200 897	6,4	67,5	16,2	5,2	4,8

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; veröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/5a

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Berufsabschluss

lfd. Nr.	Berufsabschluss	Personal im Jahr[1)]					
		1999		2001		2003	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
1	Personal insgesamt	17 925	100,0	18 909	100,0	20 715	100,0
	davon						
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	2 029	11,3	2 330	12,3	2 763	13,3
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	460	2,6	604	3,2	647	3,1
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	5 176	28,9	4 994	26,4	5 680	27,4
5	Krankenpflegehelfer/in	1 247	7,0	1 093	5,8	1 080	5,2
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	377	2,1	402	2,1	568	2,7
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	40	0,2	71	0,4	114	0,6
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	28	0,2	58	0,3	42	0,2
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	13	0,1	23	0,1	22	0,1
10	Ergotherapeut/in	14	0,1	44	0,2	42	0,2
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	348	1,9	374	2,0	406	2,0
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	119	0,7	150	0,8	158	0,8
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	210	1,2	237	1,3	228	1,1
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	31	0,2	44	0,2	35	0,2
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	47	0,3	68	0,4	80	0,4
16	sonstiger pflegerischer Beruf	2 594	14,5	3 254	17,2	3 513	17,0
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	25	0,1	64	0,3	42	0,2
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	334	1,9	289	1,5	257	1,2
19	sonstiger Berufsabschluss	2 951	16,5	3 105	16,4	3 338	16,1
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	1 882	10,5	1 705	9,0	1 700	8,2

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/5b

Personal in Pflegediensten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 [1)]
nach Berufsabschluss

lfd. Nr.	Bundesland	Personal insgesamt	darunter	davon Arbeitsanteil für das Pflegeheim (Anteile in %)				
			staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in (Anteil in %)	100 %	75 % bis unter 100 %	50 % bis unter 75 %	25 % bis unter 50 %	unter 25 %
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Baden-Württemberg	23 192	18,3	14,7	24,0	44,9	10,9	5,5
2	Bayern	26 087	19,7	4,0	36,7	46,7	8,5	4,1
3	Berlin	12 951	4,7	15,3	15,8	29,5	21,1	18,3
4	Bandenburg	6 865	13,4	12,9	29,2	34,9	15,7	7,3
5	Bremen	2 974	15,2	8,8	19,7	44,2	11,7	15,5
6	Hamburg	8 004	15,8	14,5	31,5	34,5	10,0	9,5
7	Hessen	13 803	16,5	13,9	37,2	34,4	9,5	5,0
8	Mecklenburg-Vorpommern	4 358	14,7	10,2	37,1	37,9	11,4	3,4
9	**Niedersachsen**	**20 715**	**13,3**	**12,7**	**31,1**	**37,5**	**12,6**	**6,0**
10	Nordrhein-Westfalen	40 392	15,9	6,8	30,8	46,1	10,8	5,5
11	Rheinland-Pfalz	7 883	15,8	17,1	23,4	43,7	10,1	5,7
12	Saarland	2 346	9,7	23,8	27,3	28,2	9,7	11,0
13	Sachsen	12 987	19,9	8,5	40,6	38,3	9,9	2,8
14	Sachsen-Anhalt	5 839	20,3	12,5	40,2	38,8	6,5	2,0
15	Schleswig-Holstein	6 948	12,2	18,0	30,8	30,0	11,3	10,0
16	Thüringen	5 553	17,0	9,1	45,5	35,2	7,6	2,4
17	Bundesrepublik gesamt	200 897	15,8	10,4	32,2	41,3	10,5	5,6

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/5c

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1)] nach Berufsabschluss und Trägergruppen

lfd. Nr.	Berufsabschluss	Personal gesamt	davon nach dem Träger (Anteilswerte in %)		
			private Träger	freigemeinnützige Träger	öffentliche Träger
	A	B	C	D	E
1	Personal insgesamt	20 715	40,6	57,0	2,4
	davon		Anteilswerte in % je Trägerart		
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	2 763	14,9	12,2	13,0
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	647	4,4	2,2	4,5
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	5 680	30,9	24,8	30,6
5	Krankenpflegehelfer/in	1 080	6,7	4,0	8,1
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	568	3,3	2,4	1,4
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	114	0,4	0,7	0,2
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	42	0,2	0,2	0,0
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	22	0,1	0,1	0,0
10	Ergotherapeut/in	42	0,1	0,3	0,0
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	406	2,3	1,8	0,8
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	158	0,6	0,9	0,0
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	228	0,9	1,3	1,6
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	35	0,2	0,2	0,0
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	80	0,6	0,2	0,0
16	sonstiger pflegerischer Beruf	3 513	13,1	19,8	14,8
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	42	0,3	0,2	0,0
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	257	1,2	1,3	1,0
19	sonstiger Berufsabschluss	3 338	14,2	17,7	11,6
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	1 700	5,6	9,9	12,4

[1)] am 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/5d

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1)] nach Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

lfd. Nr	Berufsabschluss	Personal gesamt	Davon nach dem Beschäftigungsverhältnis….(Anteil in %)					
			vollzeit-beschäftigt	teilzeitbeschäftigt				sonstige [3)]
				gesamt	über 50 %	50 % und weniger[2)]	geringfügig	
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Personal insgesamt	20 715	20,5	76,7	34,5	20,9	21,4	2,8
	davon							
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	2 763	30,9	69,0	43,6	16,0	9,4	0,1
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	647	19,3	80,4	43,0	20,1	17,3	0,3
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	5 680	28,8	71,0	32,2	19,0	19,8	0,1
5	Krankenpflegehelfer/in	1 080	15,6	84,3	46,5	20,2	17,6	0,2
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	568	30,1	69,5	34,9	19,0	15,7	0,4
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	114	13,2	84,2	41,2	17,5	25,4	2,6
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	42	28,6	66,7	35,7	16,7	14,3	4,8
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	22	27,3	72,7	36,4	22,7	13,6	0,0
10	Ergotherapeut/in	42	26,2	73,8	35,7	14,3	23,8	0,0
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	406	15,3	83,7	28,6	27,6	27,6	1,0
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	158	25,9	73,4	27,2	15,8	30,4	0,6
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	228	19,3	78,9	46,1	24,1	8,8	1,8
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	35	25,7	71,4	28,6	31,4	11,4	2,9
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	80	61,3	38,8	21,3	12,5	5,0	0,0
16	sonstiger pflegerischer Beruf	3 513	9,3	90,0	42,0	26,6	21,4	0,7
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	42	14,3	83,3	33,3	19,0	31,0	2,4
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	257	12,5	87,2	35,4	15,2	36,6	0,4
19	sonstiger Berufsabschluss	3 338	14,1	81,2	26,8	22,8	31,6	4,7
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	1 700	12,3	66,6	16,4	20,8	29,5	21,1

[1)] jeweils 15. Dezember

[2)] aber nicht geringfügig beschäftigt

[3)] Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/5e

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1)] nach Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegedienst

lfd. Nr.	Berufsabschluss	Personal gesamt	Davon dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegedienst (Anteile in %)				
			Pflegedienstleitung/ Leitung	Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich
	A	B	C	D	E	F	G
1	Personal insgesamt	20 715	6,3	72,1	11,6	5,1	4,9
	davon						
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	2 763	5,3	89,2	0,4	1,8	3,3
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	647	2,2	89,6	4,6	1,1	2,5
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	5 680	17,0	74,2	0,6	3,0	5,2
5	Krankenpflegehelfer/in	1 080	0,9	90,4	6,6	0,9	1,2
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	568	16,4	73,1	1,1	3,5	6,0
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	114	1,8	85,1	1,8	2,6	8,8
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	42	14,3	64,3	9,5	2,4	9,5
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	22	9,1	59,1	13,6	18,2	0,0
10	Ergotherapeut/in	42	4,8	76,2	4,8	7,1	7,1
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	406	0,0	74,1	11,3	11,1	3,4
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	158	1,3	51,9	8,9	24,1	13,9
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	228	0,4	63,2	32,9	2,6	0,9
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	35	2,9	71,4	22,9	0,0	2,9
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	80	53,8	13,8	2,5	28,8	1,3
16	sonstiger pflegerischer Beruf	3 513	0,1	83,9	14,6	0,6	0,9
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	42	0,0	52,4	40,5	4,8	2,4
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	257	0,4	35,8	60,3	1,6	1,9
19	sonstiger Berufsabschluss	3 338	0,2	44,6	28,3	18,4	8,6
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	1 700	0,0	59,2	27,9	1,8	11,1

[1)] jeweils am 15.12.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/5f

Pflegefachkräfte in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]

lfd. Nr.	Berufsabschluss	Pflegefachkräfte im Jahr[1)]								
		1999			2001			2003		
		Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Personal insgesamt	17 925	100,0		18 909	100,0		20 715	100,0	
	davon Pflegefachkräfte nach § 71 SGB XI 2):									
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	2 029	11,3	26,6	2 330	12,3	29,9	2 763	13,3	30,3
3	Krankenschwester, Krankenpfleger	5 176	28,9	67,9	4 994	26,4	64,1	5 680	27,4	62,2
4	Kinderkrankenschwester/-pfleger	377	2,1	4,9	402	2,1	5,2	568	2,7	6,2
5	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	40	0,2	0,5	71	0,4	0,9	114	0,6	1,2
6	Pflegefachkräfte gesamt (Nr. 2-5)	7 622	42,5	100,0	7 797	41,2	100,0	9 125	44,1	100,0

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/6a

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1)]
in regionaler Gliederung nach Anzahl, Zahl je Pflegedienst
und im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen

lfd. Nr.	Gebiet	Personal insgesamt	Personal je Pflegedienst	Personal im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen
	A	B	C	D
1	Braunschweig, Stadt	622	24,9	2,4
2	Salzgitter, Stadt	319	21,3	2,2
3	Wolfsburg, Stadt	307	34,1	2,1
4	Gifhorn	368	20,4	2,3
5	Göttingen	804	23,0	1,7
6	Goslar	435	19,8	2,9
7	Helmstedt	252	16,8	2,6
8	Northeim	380	19,0	3,2
9	Osterode am Harz	158	15,8	2,8
10	Peine	220	15,7	2,8
11	Wolfenbüttel	273	15,2	2,3
12	Bezirk Braunschweig	4 138	20,6	2,4
13	Region Hannover	2 800	25,0	2,1
14	dar. Hannover, Landeshptst.	1 582	28,8	1,8
15	Diepholz	508	16,4	2,4
16	Hameln-Pyrmont	547	21,9	2,4
17	Hildesheim	880	18,7	2,4
18	Holzminden	213	16,4	2,9
19	Nienburg (Weser)	270	15,9	2,4
20	Schaumburg	303	18,9	2,7
21	Bezirk Hannover	5 521	21,2	2,3
22	Celle	509	18,9	2,5
23	Cuxhaven	556	15,9	2,6
24	Harburg	587	19,6	2,4
25	Lüchow-Dannenberg	166	20,8	2,3
26	Lüneburg	462	18,5	2,3
27	Osterholz	290	19,3	2,9
28	Rotenburg (Wümme)	365	17,4	2,6
29	Soltau-Fallingbostel	359	21,1	2,3
30	Stade	302	21,6	2,7
31	Uelzen	237	16,9	2,3
32	Verden	312	19,5	2,1
33	Bezirk Lüneburg	4 145	18,7	2,5
34	Delmenhorst, Stadt	125	25,0	2,1
35	Emden, Stadt	130	16,3	2,6
36	Oldenburg, Stadt	631	24,3	1,8
37	Osnabrück, Stadt	393	20,7	2,3
38	Wilhelmshaven, Stadt	203	11,9	2,4
39	Ammerland	277	19,8	2,1
40	Aurich	696	22,5	2,1
41	Cloppenburg	231	19,3	3,0
42	Emsland	1 033	25,2	2,1
43	Friesland	358	16,3	1,9
44	Grafschaft Bentheim	544	34,0	1,7
45	Leer	615	30,8	1,5
46	Oldenburg	308	20,5	2,3
47	Osnabrück	809	20,7	2,4
48	Vechta	219	21,9	3,6
49	Wesermarsch	248	19,1	2,2
50	Wittmund	91	15,2	1,7
51	Bezirk Weser-Ems	6 911	22,0	2,1
52	kreisfreie Städte gesamt	2 730	22,0	2,2
53	Landkreise gesamt [2)]	15 185	19,9	2,3
54	Niedersachsen	20 715	20,8	2,3

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] ohne Region Hannover
Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/6b

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1] in regionaler Gliederung, nach Trägergruppen und nach Beschäftigungsverhältnis

lfd. Nr.	Gebiet	Personal insgesamt	Davon ... (jeweils Anteile in %)																	
			nach dem Träger						nach dem Beschäftigungsverhältnis											
											teilzeitbeschäftigt									
			private Träger	in %	freigemeinnützige Träger	in %	öffentliche Träger	in %	vollzeitbeschäftigt	in %	gesamt	in %	über 50 %	in %	50 % und weniger[2]	in %	geringfügig	in %	Sonstige[3]	in %
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1	Braunschweig, Stadt	622	317	51,0	305	49,0	-		200	32,2	401	64,5	213	34,2	92	14,8	96	15,4	21	3,4
2	Salzgitter, Stadt	319	159	49,8	138	43,3	22	6,9	104	32,6	213	66,8	127	39,8	40	12,5	46	14,4	2	0,6
3	Wolfsburg, Stadt	307	45	14,7	262	85,3	-		24	7,8	280	91,2	96	31,3	94	30,6	90	29,3	3	1,0
4	Gifhorn	368	159	43,2	209	56,8	-		80	21,7	281	76,4	115	31,3	119	32,3	47	12,8	7	1,9
5	Göttingen	804	169	21,0	635	79,0	-		234	29,1	554	68,9	279	34,7	154	19,2	121	15,0	16	2,0
6	Goslar	435	195	44,8	240	55,2	-		88	20,2	326	74,9	196	45,1	65	14,9	65	14,9	21	4,8
7	Helmstedt	252	101	40,1	151	59,9	-		32	12,7	215	85,3	108	42,9	67	26,6	40	15,9	5	2,0
8	Northeim	380	195	51,3	176	46,3	9	2,4	62	16,3	311	81,8	162	42,6	88	23,2	61	16,1	7	1,8
9	Osterode am Harz	158	28	17,7	119	75,3	11	7,0	23	14,6	131	82,9	74	46,8	21	13,3	36	22,8	4	2,5
10	Peine	220	100	45,5	105	47,7	15	6,8	64	29,1	146	66,4	75	34,1	33	15,0	38	17,3	10	4,5
11	Wolfenbüttel	273	98	35,9	175	64,1	-		61	22,3	211	77,3	102	37,4	62	22,7	47	17,2	1	0,4
12	Bezirk Braunschweig	4 138	1 566	37,8	2 515	60,8	57	1,4	972	23,5	3 069	74,2	1 547	37,4	835	20,2	687	16,6	97	2,3
13	Region Hannover	2 800	1 176	42,0	1 586	56,6	38	1,4	779	27,8	1 895	67,7	929	33,2	413	14,8	553	19,8	126	4,5
14	dar. Hannover, Landeshptst.	1 582	559	35,3	1 010	63,8	13	0,8	443	28,0	1 063	67,2	511	32,3	265	16,8	287	18,1	76	4,8
15	Diepholz	508	145	28,5	335	65,9	28	5,5	83	16,3	401	78,9	156	30,7	131	25,8	114	22,4	24	4,7
16	Hameln-Pyrmont	547	186	34,0	361	66,0	-		118	21,6	401	73,3	251	45,9	72	13,2	78	14,3	28	5,1
17	Hildesheim	880	407	46,3	473	53,8	-		225	25,6	645	73,3	292	33,2	199	22,6	154	17,5	10	1,1
18	Holzminden	213	124	58,2	89	41,8	-		62	29,1	148	69,5	67	31,5	34	16,0	47	22,1	3	1,4
19	Nienburg (Weser)	270	96	35,6	174	64,4	-		44	16,3	218	80,7	112	41,5	68	25,2	38	14,1	8	3,0
20	Schaumburg	303	112	37,0	191	63,0	-		58	19,1	237	78,2	112	37,0	68	22,4	57	18,8	8	2,6
21	Bezirk Hannover	5 521	2 246	40,7	3 209	58,1	66	1,2	1 369	24,8	3 945	71,5	1 919	34,8	985	17,8	1 041	18,9	207	3,7
22	Celle	509	177	34,8	299	58,7	33	6,5	90	17,7	408	80,2	205	40,3	111	21,8	92	18,1	11	2,2
23	Cuxhaven	556	261	46,9	268	48,2	27	4,9	157	28,2	392	70,5	195	35,1	92	16,5	105	18,9	7	1,3
24	Harburg	587	277	47,2	310	52,8	-		82	14,0	498	84,8	207	35,3	117	19,9	174	29,6	7	1,2
25	Lüchow-Dannenberg	166	92	55,4	74	44,6	-		17	10,2	149	89,8	67	40,4	58	34,9	24	14,5	-	
26	Lüneburg	462	191	41,3	271	58,7	-		95	20,6	362	78,4	129	27,9	102	22,1	131	28,4	5	1,1
27	Osterholz	290	164	56,6	100	34,5	26	9,0	37	12,8	245	84,5	92	31,7	74	25,5	79	27,2	8	2,8
28	Rotenburg (Wümme)	365	139	38,1	226	61,9	-		64	17,5	278	76,2	138	37,8	82	22,5	58	15,9	23	6,3
29	Soltau-Fallingbostel	359	146	40,7	213	59,3	-		46	12,8	304	84,7	168	46,8	83	23,1	53	14,8	9	2,5
30	Stade	302	106	35,1	93	30,8	103	34,1	45	14,9	246	81,5	158	52,3	27	8,9	61	20,2	11	3,6
31	Uelzen	237	184	77,6	53	22,4	-		68	28,7	166	70,0	76	32,1	49	20,7	41	17,3	3	1,3
32	Verden	312	155	49,7	140	44,9	17	5,4	37	11,9	267	85,6	85	27,2	88	28,2	94	30,1	8	2,6
33	Bezirk Lüneburg	4 145	1 892	45,6	2 047	49,4	206	5,0	738	17,8	3 315	80,0	1 520	36,7	883	21,3	912	22,0	92	2,2
34	Delmenhorst, Stadt	125	16	12,8	109	87,2	-		21	16,8	100	80,0	50	40,0	32	25,6	18	14,4	4	3,2
35	Emden, Stadt	130	70	53,8	60	46,2	-		41	31,5	89	68,5	47	36,2	18	13,8	24	18,5	-	
36	Oldenburg, Stadt	631	186	29,5	445	70,5	-		138	21,9	486	77,0	282	44,7	136	21,6	68	10,8	7	1,1
37	Osnabrück, Stadt	393	257	65,4	136	34,6	-		82	20,9	304	77,4	120	30,5	100	25,4	84	21,4	7	1,8
38	Wilhelmshaven, Stadt	203	87	42,9	108	53,2	8	3,9	44	21,7	157	77,3	78	38,4	42	20,7	37	18,2	2	1,0
39	Ammerland	277	117	42,2	90	32,5	70	25,3	30	10,8	232	83,8	87	31,4	83	30,0	62	22,4	15	5,4
40	Aurich	696	325	46,7	353	50,7	18	2,6	127	18,2	564	81,0	206	29,6	169	24,3	189	27,2	5	0,7
41	Cloppenburg	231	40	17,3	191	82,7	-		31	13,4	197	85,3	75	32,5	55	23,8	67	29,0	3	1,3
42	Emsland	1 033	424	41,0	609	59,0	-		136	13,2	861	83,3	309	29,9	264	25,6	288	27,9	36	3,5
43	Friesland	358	174	48,6	152	42,5	32	8,9	88	24,6	260	72,6	110	30,7	77	21,5	73	20,4	10	2,8
44	Grafschaft Bentheim	544	47	8,6	497	91,4	-		74	13,6	440	80,9	118	21,7	96	17,6	226	41,5	30	5,5
45	Leer	615	209	34,0	406	66,0	-		75	12,2	514	83,6	157	25,5	116	18,9	241	39,2	26	4,2
46	Oldenburg	308	135	43,8	173	56,2	-		47	15,3	250	81,2	113	36,7	59	19,2	78	25,3	11	3,6
47	Osnabrück	809	360	44,5	449	55,5	-		139	17,2	656	81,1	221	27,3	230	28,4	205	25,3	14	1,7
48	Vechta	219	106	48,4	113	51,6	-		40	18,3	179	81,7	85	38,8	55	25,1	39	17,8	-	
49	Wesermarsch	248	122	49,2	76	30,6	50	20,2	40	16,1	199	80,2	87	35,1	53	21,4	59	23,8	9	3,6
50	Wittmund	91	28	30,8	63	69,2	-		18	19,8	73	80,2	11	12,1	37	40,7	25	27,5	-	
51	Bezirk Weser-Ems	6 911	2 703	39,1	4 030	58,3	178	2,6	1 171	16,9	5 561	80,5	2 156	31,2	1 622	23,5	1 783	25,8	179	2,6
52	kreisfreie Städte gesamt	2 730	1 137	41,6	1 563	57,3	30	1,1	654	24,0	2 030	74,4	1 013	37,1	554	20,3	463	17,0	46	1,7
53	Landkreise gesamt [4]	15 185	6 094	40,1	8 652	57,0	439	2,9	2 817	18,6	11 965	78,8	5 200	34,2	3 358	22,1	3 407	22,4	403	2,7
54	Niedersachsen	20 715	8 407	40,6	11 801	57,0	507	2,4	4 250	20,5	15 890	76,7	7 142	34,5	4 325	20,9	4 423	21,4	575	2,8

[1] jeweils 15. Dezember
[2] aber nicht geringfügig beschäftigt.
[3] Praktikantinnen und Praktikanten, Schülerinnen und Schüler, Auszubildende, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende.
[4] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.1/6c

Personal in Pflegediensten in Niedersachsen 2003[1] in regionaler Gliederung, nach überwiegendem Tätigkeitsbereich und nach Berufsabschluss

lfd. Nr.	Gebiet	Personal insgesamt	Davon ... (jeweils Anteile in %)																							
			nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich					nach dem Berufsabschluss																		
			Pflegedienstleitung	Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	staatlich anerkannte/r Altenpflegerhelfer/in	Krankenschwester, Krankenpfleger	Krankenpflegehelfer/in	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	Heilerziehungspflegehelfer/in	Heilpädagogin, Heilpädagoge	Ergotherapeut/in	sonst. Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	sozialpädagogischer / sozialarbeiterischer Berufsabschluss	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung	sonstiger pflegerischer Beruf	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	sonstiger Berufsabschluss	ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	Braunschweig, Stadt	622	5,0	72,7	11,1	5,8	5,5	15,1	1,9	31,0	4,3	1,3	0,3	0,3	0,2	0,0	7,2	1,5	0,8	0,2	0,5	17,2	0,2	0,8	8,7	8,5
2	Salzgitter, Stadt	319	4,7	78,7	11,0	4,1	1,6	31,4	1,9	24,5	3,1	1,6	0,0	0,0	0,0	0,3	2,2	0,0	0,3	0,0	1,3	17,6	0,3	2,2	8,8	4,7
3	Wolfsburg, Stadt	307	5,9	72,6	11,4	4,9	5,2	6,5	2,9	21,8	1,3	4,6	0,7	0,0	0,0	0,0	1,3	0,7	0,7	0,3	0,3	26,4	0,0	1,0	23,8	7,8
4	Gifhorn	368	6,5	73,6	8,7	5,7	5,4	13,9	2,7	32,9	2,5	3,0	0,3	0,5	0,3	0,0	1,4	0,3	0,5	0,3	0,3	17,1	0,0	1,4	19,6	3,3
5	Göttingen	804	5,5	63,9	21,0	4,7	4,9	19,0	2,7	23,5	0,6	2,5	0,0	0,3	0,1	0,1	1,4	0,5	1,9	0,1	0,1	11,3	0,0	1,2	19,8	14,8
6	Goslar	435	7,1	60,7	14,9	5,1	12,2	12,2	3,9	25,8	6,0	3,0	0,5	0,7	0,2	0,0	2,3	0,7	0,2	0,0	0,2	11,3	0,2	1,8	24,8	6,2
7	Helmstedt	252	7,1	64,3	17,5	9,5	1,6	16,7	2,4	30,2	9,5	2,8	0,4	0,0	0,0	0,0	3,2	0,4	0,4	0,0	0,4	7,9	0,4	1,2	20,6	3,6
8	Northeim	380	6,3	69,5	16,8	5,3	2,1	14,7	7,4	28,7	6,1	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	1,1	0,0	1,3	0,0	0,5	20,3	0,0	1,3	15,0	2,9
9	Osterode am Harz	158	5,7	71,5	8,2	5,1	9,5	15,2	5,1	24,1	2,5	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,6	0,6	0,0	0,0	19,6	0,0	0,6	17,7	10,1
10	Peine	220	5,9	82,7	5,0	4,6	1,8	14,1	7,7	31,4	7,3	1,8	0,0	0,5	0,0	0,0	3,6	0,5	0,0	0,0	0,5	4,1	0,0	0,5	20,5	7,7
11	Wolfenbüttel	273	8,8	80,2	4,4	3,7	2,9	9,9	1,5	38,8	2,9	2,9	0,0	0,4	0,0	0,0	4,4	1,1	0,0	0,0	0,7	18,7	0,0	2,2	11,4	5,1
12	Bezirk Braunschweig	4 138	6,1	70,4	13,3	5,2	5,0	15,7	3,4	28,0	3,8	2,3	0,2	0,3	0,1	0,1	2,8	0,6	0,8	0,1	0,4	15,4	0,1	1,3	17,1	7,7
13	Region Hannover	2 800	5,9	75,1	10,2	5,3	3,6	10,4	1,4	22,8	5,2	2,8	0,8	0,1	0,1	0,4	2,3	1,6	0,6	0,0	0,3	22,1	0,1	0,4	17,1	11,6
14	dar. Hannover, Landeshptst.	1 582	5,0	76,4	10,4	5,3	3,0	12,1	1,5	19,2	3,5	1,5	1,2	0,1	0,2	0,4	2,6	2,3	0,5	0,1	0,4	21,9	0,1	0,3	17,5	14,6
15	Diepholz	508	7,3	69,3	14,2	3,0	6,3	10,4	2,4	30,7	2,4	2,2	0,0	0,2	0,0	0,4	2,0	1,2	0,6	0,0	0,6	21,5	0,4	1,6	12,6	11,0
16	Hameln-Pyrmont	547	6,6	77,9	7,1	3,5	4,9	12,6	2,9	19,2	9,9	1,8	0,4	0,0	0,0	0,0	3,3	0,2	2,0	0,0	0,2	22,7	0,2	0,0	15,5	9,1
17	Hildesheim	880	8,0	74,2	9,9	5,1	2,8	11,6	1,3	24,7	4,0	3,0	0,6	0,1	0,1	0,3	2,2	0,7	1,4	0,1	0,9	19,1	0,2	2,6	17,8	9,4
18	Holzminden	213	6,6	72,3	7,5	5,6	8,0	20,2	8,0	30,5	14,1	1,9	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,9	0,9	0,0	0,0	1,9	0,5	1,4	14,6	3,8
19	Nienburg (Weser)	270	6,3	72,2	6,7	5,9	8,9	17,8	4,8	21,5	5,9	2,6	0,7	0,0	0,0	0,0	2,2	0,7	4,1	0,4	0,0	8,5	0,4	0,0	22,2	8,2
20	Schaumburg	303	6,3	72,9	6,6	5,0	9,2	9,2	1,0	26,4	8,9	0,3	0,3	0,3	0,0	0,3	2,0	1,0	1,0	0,0	0,3	13,5	0,0	2,6	27,4	5,3
21	Bezirk Hannover	5 521	6,5	74,3	9,7	4,9	4,6	11,5	2,0	23,9	5,8	2,5	0,6	0,1	0,1	0,3	2,3	1,2	1,1	0,1	0,4	19,7	0,2	0,9	17,4	10,2
22	Celle	509	7,7	76,2	5,5	4,3	6,3	13,2	2,0	21,6	8,5	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,6	1,6	0,4	1,0	18,7	0,4	0,6	16,7	10,4
23	Cuxhaven	556	7,9	67,5	13,7	7,9	3,1	10,4	4,1	30,4	4,5	3,8	0,2	0,7	0,4	0,4	3,4	0,5	2,3	0,0	0,9	10,6	0,2	0,9	18,9	7,4
24	Harburg	587	5,8	82,5	2,2	4,3	5,3	10,6	7,3	30,5	4,6	2,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,7	3,6	0,2	0,2	0,2	18,1	0,2	0,9	11,9	7,7
25	Lüchow-Dannenberg	166	6,0	78,9	3,0	7,8	4,2	15,7	4,8	34,9	2,4	4,2	0,0	0,0	0,0	0,6	1,2	0,6	0,0	0,0	0,6	5,4	0,0	0,6	18,7	10,2
26	Lüneburg	462	6,5	80,7	4,6	7,1	1,1	12,8	5,0	23,2	3,5	3,3	0,2	0,2	0,2	0,0	5,8	0,9	0,4	0,2	0,2	12,3	0,2	0,7	19,9	11,0
27	Osterholz	290	6,9	81,7	3,5	5,5	2,4	16,6	1,4	32,1	10,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,3	0,0	16,2	0,3	0,7	9,0	6,2
28	Rotenburg (Wümme)	365	6,0	76,7	10,1	4,7	2,5	13,7	4,1	26,9	11,5	3,3	1,4	0,6	0,3	0,0	1,6	0,3	0,8	0,8	0,0	6,3	0,0	3,3	13,7	11,5
29	Soltau-Fallingbostel	359	5,3	68,3	17,8	5,9	2,8	13,1	3,1	30,9	7,8	5,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8	0,6	0,3	0,0	13,7	0,6	1,7	14,8	6,7
30	Stade	302	5,6	76,5	2,7	4,0	11,3	12,6	4,6	33,1	14,6	3,0	0,3	0,0	0,3	0,0	1,3	0,0	6,3	0,0	0,0	7,0	0,0	0,7	9,6	6,6
31	Uelzen	237	8,9	71,3	9,7	3,4	6,8	19,4	2,5	30,8	2,5	3,0	0,0	0,4	0,4	0,0	1,7	0,0	0,0	0,4	0,4	11,8	1,3	2,5	13,9	8,9
32	Verden	312	8,0	80,8	4,2	4,8	2,2	15,7	2,9	34,6	2,9	0,3	1,0	0,3	0,0	0,0	1,6	0,3	0,3	0,0	0,3	27,2	0,0	0,6	9,6	2,2
33	Bezirk Lüneburg	4 145	6,8	76,4	7,2	5,5	4,2	13,3	4,0	29,1	6,6	3,1	0,3	0,3	0,2	0,1	2,3	0,9	1,2	0,2	0,4	14,0	0,3	1,1	14,6	8,2
34	Delmenhorst, Stadt	125	5,6	83,2	4,0	4,0	3,2	13,6	3,2	34,4	4,0	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	1,6	0,0	0,8	24,0	0,0	0,0	6,4	2,4
35	Emden, Stadt	130	7,7	76,9	3,1	7,7	4,6	11,5	7,7	36,2	0,8	0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8	3,9	3,9	0,0	0,8	19,2	0,0	0,8	6,9	6,2
36	Oldenburg, Stadt	631	5,7	82,4	5,1	3,8	3,0	13,2	2,9	26,9	4,8	5,6	4,4	0,5	0,0	2,4	0,5	1,0	0,6	0,0	0,0	12,7	0,0	0,0	8,2	16,5
37	Osnabrück, Stadt	393	6,6	69,0	15,3	5,3	3,8	14,0	5,1	39,2	3,3	2,0	0,3	0,0	0,0	0,3	1,0	0,0	1,0	0,3	1,8	9,7	0,3	1,3	11,7	8,9
38	Wilhelmshaven, Stadt	203	7,9	72,4	10,3	7,4	2,0	16,8	1,5	30,5	10,8	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	20,7	0,0	1,0	13,8	2,0
39	Ammerland	277	6,1	61,4	21,3	6,1	5,1	12,3	1,4	28,5	2,5	1,4	0,4	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	30,7	0,0	1,4	14,4	5,8
40	Aurich	696	5,6	62,5	23,4	4,2	4,3	12,2	3,6	24,9	6,3	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,7	0,4	0,0	0,4	29,2	0,7	0,7	14,7	3,2
41	Cloppenburg	231	9,5	79,2	5,6	4,8	0,9	20,4	0,9	33,8	5,2	2,2	3,0	0,0	0,0	0,4	2,2	0,0	1,3	0,9	0,4	8,2	0,0	0,9	6,1	14,3
42	Emsland	1 033	4,5	66,2	20,4	4,7	4,2	16,0	3,9	29,0	5,2	2,5	0,7	0,3	0,2	0,0	1,6	0,3	0,6	0,4	0,3	15,4	0,6	3,4	15,1	4,7
43	Friesland	358	7,8	76,0	7,8	6,2	2,2	11,5	3,1	24,6	3,9	2,8	0,0	0,0	0,3	0,0	1,7	1,1	0,3	0,0	0,3	33,8	0,0	0,6	13,7	2,5
44	Grafschaft Bentheim	544	3,7	49,5	32,7	4,8	9,4	12,3	4,0	19,3	2,4	3,5	0,2	0,2	0,2	0,0	0,7	0,4	0,9	0,0	0,0	7,0	0,7	2,8	32,4	13,1
45	Leer	615	5,0	65,9	8,5	4,4	16,3	6,5	2,6	20,2	3,4	3,9	0,3	0,2	0,0	0,2	0,5	0,3	0,7	0,2	0,5	17,6	0,0	0,8	32,7	9,6
46	Oldenburg	308	7,8	75,0	10,7	3,6	2,9	13,3	2,0	27,6	2,6	4,6	0,3	0,7	0,0	0,0	1,3	0,7	2,3	0,3	0,3	28,3	0,3	0,7	11,0	3,9
47	Osnabrück	809	5,9	68,4	11,6	5,8	8,3	12,7	3,3	35,2	8,4	4,1	0,3	0,1	0,0	0,1	1,5	0,0	4,2	0,7	0,5	10,6	0,0	1,6	11,9	4,7
48	Vechta	219	5,5	72,6	18,3	3,7	0,0	18,7	5,0	42,9	4,6	0,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	2,3	1,4	0,5	13,7	0,0	3,2	4,1	1,4
49	Wesermarsch	248	8,1	71,8	11,3	4,8	4,0	19,4	4,0	31,5	3,6	0,8	0,0	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0	1,2	0,0	0,0	12,5	0,4	2,4	14,9	6,9
50	Wittmund	91	7,7	85,7	2,2	3,3	1,1	13,2	3,3	36,3	1,1	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	31,9	0,0	0,0	11,0	1,1
51	Bezirk Weser-Ems	6 911	5,9	68,9	14,8	4,9	5,5	13,4	3,4	28,9	4,8	3,0	0,8	0,2	0,1	0,3	1,0	0,4	1,3	0,3	0,4	17,5	0,3	1,5	15,4	7,0
52	kreisfreie Städte gesamt	2 730	5,8	75,8	9,6	5,1	3,8	15,3	3,0	29,8	4,1	3,1	1,2	0,2	0,0	0,6	2,5	0,8	0,8	0,1	0,7	16,8	0,1	0,8	10,9	9,0
53	Landkreise gesamt[2]	15 185	6,4	70,9	12,3	5,0	5,4	13,5	3,5	27,8	5,4	2,7	0,4	0,2	0,1	0,1	1,8	0,6	1,2	0,2	0,4	16,0	0,2	1,5	16,9	7,4
54	Niedersachsen	20 715	6,3	72,1	11,6	5,1	4,9	13,3	3,1	27,4	5,2	2,7	0,6	0,2	0,1	0,2	2,0	0,8	1,1	0,2	0,4	17,0	0,2	1,2	16,1	8,2

[1] jeweils 15. Dezember
[2] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/1

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Art der Einrichtung, Trägergruppe, Personal je Pflegeheim und betreuten Personen im Vehältnis zum Personal

lfd. Nr.	Art des Pflegeheims	Jahr[1)]	Personal insgesamt			Trägerart											
						private Träger				freigemeinnützige Träger				öffentliche Träger			
			Anzahl	je Pflegeheim	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	Anzahl	%	je Pflegeheim	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	Anzahl	%	je Pflegeheim	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen	Anzahl	%	je Pflegeheim	im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	Pflegeheime gesamt	1999	50 079	43,06	1,22	20 541	41,02	31,80	1,30	26 465	52,85	57,04	1,17	3 073	6,14	57,98	1,18
2		2001	53 521	44,64	1,23	23 718	44,32	34,93	1,31	26 703	49,89	57,67	1,17	3 100	5,79	54,39	1,23
3		2003	57 316	45,74	1,24	26 374	46,02	37,09	1,27	27 983	48,82	56,88	1,21	2 959	5,16	59,18	1,21
4	Pflegeheime für ältere Menschen	1999	47 403	42,74	1,23	19 214	40,53	31,19	1,31	25 599	54,00	57,40	1,18	2 590	5,46	55,11	1,24
5		2001	50 950	44,46	1,24	21 998	43,18	34,11	1,32	26 173	51,37	58,29	1,17	2 779	5,45	53,44	1,27
6		2003	54 498	45,57	1,24	24 630	45,19	36,43	1,28	27 228	49,96	57,32	1,21	2 640	4,84	58,67	1,25
7	Pflegeheime für behinderte Menschen	1999	640	37,65	0,96	216	33,75	30,86	1,20	424	66,25	42,40	0,84	-	-	-	-
8		2001	625	39,06	1,00	357	57,12	44,63	1,18	268	42,88	33,50	0,75	-	-	-	-
9		2003	707	41,59	1,02	378	53,47	37,80	0,99	329	46,53	47,00	1,05	-	-	-	-
10	Pflegeheime für psychisch Kranke	1999	2 036	55,03	1,09	1 111	54,57	48,30	1,23	442	21,71	55,25	1,02	483	23,72	80,50	0,83
11		2001	1 946	52,59	1,06	1 363	70,04	52,42	1,12	262	13,46	43,67	0,94	321	16,50	64,20	0,89
12		2003	2 111	52,78	1,16	1 366	64,71	54,64	1,19	426	20,18	42,60	1,27	319	15,11	63,80	0,90

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI; eigene Berechnungen M

I.3.2.2/2

Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)] je Pflegeheim und im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen

lfd. Nr.	Bundesland	Personal je Pflegeheim	Personal im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen (Bedürftige je Pflegekraft)
	A	B	C
1	Baden-Württemberg	57,6	1,1
2	Bayern	52,3	1,2
3	Berlin	49,2	1,6
4	Bandenburg	38,4	1,7
5	Bremen	56,7	1,2
6	Hamburg	57,8	1,4
7	Hessen	52,3	1,2
8	Mecklenburg-Vorpommern	39,0	1,7
9	**Niedersachsen**	**45,7**	**1,2**
10	Nordrhein-Westfalen	65,5	1,1
11	Rheinland-Pfalz	60,2	1,1
12	Saarland	54,8	1,3
13	Sachsen	40,0	1,6
14	Sachsen-Anhalt	38,3	1,7
15	Schleswig-Holstein	42,5	1,2
16	Thüringen	45,4	1,5
17	Bundesrepublik gesamt	52,4	1,3

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

I.3.2.2/3a

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Beschäftigungsverhältnis und Geschlecht

lfd. Nr	Beschäftigungsverhältnis	Personal im Jahr 1999 - 2003[1)]														
		1999					2001					2003				
		Anzahl	%	davon weiblich			Anzahl	%	davon weiblich			Anzahl	%	davon weiblich		
				Anzahl	%	%			Anzahl	%	%			Anzahl	%	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Personal insgesamt	50 079	100,0	42 953	85,8	100,0	53 521	100,0	45 974	85,9	100,0	57 316	100,0	49 497	86,4	100,0
	davon															
2	Vollzeitbeschäftigt	23 703	47,3	19 503	82,3	45,4	24 512	45,8	20 067	81,9	43,6	24 431	42,6	19 855	81,3	40,1
3	Teilzeitbeschäftigt über 50%	10 859	21,7	10 390	95,7	24,2	12 664	23,7	12 070	95,3	26,3	14 558	25,4	13 801	94,8	27,9
4	weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	6 103	12,2	5 725	93,8	13,3	6 738	12,6	6 313	93,7	13,7	7 739	13,5	7 314	94,5	14,8
5	geringfügig beschäftigt	5 746	11,5	5 092	88,6	11,9	6 000	11,2	5 255	87,6	11,4	6 697	11,7	5 877	87,8	11,9
6	Praktikant/in, Schüler/in, Auszubindende/r	2 532	5,1	2 142	84,6	5,0	2 516	4,7	2 171	86,3	4,7	3 080	5,4	2 530	82,1	5,1
7	Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr	115	0,2	101	87,8	0,2	104	0,2	98	94,2	0,2	140	0,2	120	85,7	0,2
8	Zivildienstleistender	1 021	2,0	0	0,0	0,0	987	1,8	0	0,0	0,0	671	1,2	0	0,0	0,0

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/3b

Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)]
nach Beschäftigungsverhältnis

lfd. Nr	Bundesland	Personal insgesamt	Beschäftigungsverhältnis im Anteil am Personal insgesamt (in %)						
			vollzeit-beschäftigt	teilzeitbeschäftigt			Praktikant/-in Schüler/-in Auszubildende/-r	Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr	Zivildienstleistender
				über 50%	50% und weniger	geringfügig beschäftigt			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Baden-Württemberg	100,0	40,4	19,9	16,4	10,7	9,8	1,0	1,9
2	Bayern	100,0	47,4	27,6	13,9	6,6	2,8	0,5	1,2
3	Berlin	100,0	58,2	26,0	7,7	3,8	1,3	0,9	2,1
4	Bandenburg	100,0	45,5	40,7	5,4	3,2	2,5	0,9	1,7
5	Bremen	100,0	33,6	41,5	8,9	12,3	1,3	0,4	2,1
6	Hamburg	100,0	47,9	27,3	8,0	11,5	3,3	0,7	1,3
7	Hessen	100,0	46,5	21,8	13,7	11,1	5,1	0,5	1,2
8	Mecklenburg-Vorpommern	100,0	35,2	50,8	5,5	4,2	2,3	1,3	0,8
9	**Niedersachsen**	**100,0**	**42,6**	**25,4**	**13,5**	**11,7**	**5,4**	**0,2**	**1,2**
10	Nordrhein-Westfalen	100,0	39,1	25,2	17,8	13,2	2,3	0,2	2,2
11	Rheinland-Pfalz	100,0	38,9	21,6	19,5	10,1	8,2	0,4	1,4
12	Saarland	100,0	52,8	15,5	15,4	8,9	4,4	1,8	1,3
13	Sachsen	100,0	31,6	49,7	7,3	4,1	2,9	2,2	2,2
14	Sachsen-Anhalt	100,0	40,8	47,4	4,9	2,5	1,5	1,3	1,6
15	Schleswig-Holstein	100,0	47,7	25,1	12,2	10,2	3,6	0,7	0,6
16	Thüringen	100,0	34,5	47,6	4,9	3,3	6,3	1,9	1,5
17	Bundesrepublik gesamt	100,0	42,4	27,5	13,9	9,6	4,3	0,7	1,6

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/3c

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003[1)] nach Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsanteil für das Pflegeheim nach SGB XI

lfd. Nr	Beschäftigungsverhältnis	Personal insgesamt	Davon nach dem Arbeitsanteil für den Pflegedienst nach SGB XI (Anteil in %)				
			100%	75 bis unter 100 %	50 % bis unter 75 %	25 % bis unter 50 %	unter 25 %
	A	B	C	D	E	F	G
1	Personal insgesamt	57 316	77,1	13,2	3,2	2,8	3,7
	davon						
2	Vollzeitbeschäftigt	100	82,8	11,7	1,7	1,5	2,2
3	Teilzeitbeschäftigt über 50%	14 558	72,6	18,1	4,6	2,0	2,7
4	Teilzeitbeschäftigt 50% und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	7 739	71,9	12,2	6,8	4,8	4,3
5	geringfügig beschäftigt	6 697	73,5	9,5	1,5	5,5	10,0
6	Praktikant/in, Schüler/in, Auszubindende/r	3 080	74,8	13,6	3,1	4,7	3,8
7	Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr	140	84,3	12,1	0,0	3,6	0,0
8	Zivildienstleistender	671	74,5	10,1	4,5	3,1	7,7

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/4a

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003[1)] nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegeheim und Geschlecht

lfd. Nr.	Tätigkeitsbereich	Personal gesamt		davon weiblich		
		Anzahl	%	Anzahl	%	%
	A	B	C	D	E	F
1	Personal insgesamt	57 316	100,0	49 497	86,4	100,0
	Davon überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegeheim					
2	Pflege und Betreuung	37 656	65,7	33 458	88,9	67,6
3	Soziale Betreuung	1 821	3,2	1 499	82,3	3,0
4	Haushwirtschaftsbereich	12 372	21,6	11 541	93,3	23,3
5	haustechnischer Bereich	1 679	2,9	192	11,4	0,4
6	Verwaltung Geschäftsführung	3 243	5,7	2 395	73,9	4,8
7	sonstiger Bereich	545	0,95	412	75,60	0,83

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/4b

Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)] nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegeheim

lfd. Nr	Bundesland	Personal insgesamt	Davon nach überwiegendem Tätigkeitsbereich im Pflegeheim im Anteil am Personal gesamt (in %)					
			Pflege und Betreuung	soziale Betreuung	Haushwirt-schafts-bereich	haus-technischer Bereich	Verwaltung Geschäfts-führung	sonstiger Bereich
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Baden-Württemberg	65 411	69,4	2,8	19,2	2,6	4,9	1,1
2	Bayern	76 969	68,9	2,8	19,8	2,4	5,0	1,1
3	Berlin	16 840	74,8	3,3	11,6	2,3	5,9	2,0
4	Bandenburg	10 838	70,4	3,8	13,6	3,2	6,9	1,9
5	Bremen	4 475	66,3	3,4	20,4	2,6	5,9	1,4
6	Hamburg	10 051	69,3	3,1	18,7	2,4	5,1	1,4
7	Hessen	33 420	66,2	3,6	19,4	2,9	5,8	2,1
8	Mecklenburg-Vorpommern	8 745	71,5	4,4	14,9	2,5	5,6	1,1
9	**Niedersachsen**	**57 316**	**65,7**	**3,2**	**21,6**	**2,9**	**5,7**	**1,0**
10	Nordrhein-Westfalen	125 317	64,4	4,4	21,1	2,7	5,6	1,8
11	Rheinland-Pfalz	24 693	67,5	3,0	20,5	2,5	5,4	1,1
12	Saarland	6 682	64,4	3,9	20,2	3,1	6,3	2,1
13	Sachsen	23 386	70,4	3,2	16,2	3,3	5,8	1,1
14	Sachsen-Anhalt	12 356	72,5	3,7	13,2	3,4	6,2	1,0
15	Schleswig-Holstein	23 150	65,7	3,1	21,5	2,9	5,4	1,3
16	Thüringen	11 208	73,7	4,9	11,3	2,6	5,7	1,7
17	Bundesrepublik gesamt	510 857	67,6	3,5	19,3	2,7	5,5	1,4

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/5a

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Berufsabschluss

lfd. Nr	Berufsabschluss	Personal im Jahr[1)]					
		1999		2001		2003	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G
1	Personal insgesamt	50 079	100,0	53 521	100,0	57 316	100,0
	davon						
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	9 681	19,3	11 013	20,6	12 144	21,2
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	1 702	3,4	1 685	3,1	1 931	3,4
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	4 156	8,3	4 093	7,6	4 851	8,5
5	Krankenpflegehelfer/in	2 331	4,7	1 905	3,6	1 859	3,2
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	249	0,5	323	0,6	413	0,7
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	142	0,3	182	0,3	218	0,4
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	49	0,1	113	0,2	112	0,2
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	22	0,0	98	0,2	75	0,1
10	Ergotherapeut/in	367	0,7	463	0,9	491	0,9
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	417	0,8	478	0,9	407	0,7
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	443	0,9	566	1,1	520	0,9
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	99	0,2	393	0,7	294	0,5
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	21	0,0	39	0,1	57	0,1
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	95	0,2	196	0,4	197	0,3
16	sonstiger pflegerischer Beruf	3 193	6,4	4 951	9,3	4 889	8,5
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	180	0,4	240	0,4	252	0,4
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	2 348	4,7	2 452	4,6	2 653	4,6
19	sonstiger Berufsabschluss	11 897	23,8	12 266	22,9	12 761	22,3
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	12 687	25,3	12 065	22,5	13 192	23,0

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Brechnungen MS

I.3.2.2/5b

Personal in Pflegeheimen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003 [1)]
nach Berufsabschluss

lfd. Nr.	Bundesland	Personal insgesamt	darunter staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in (Anteile in %)	davon Arbeitsanteil für das Pflegeheim (Anteile in %)				
				100 %	75 % bis unter 100 %	50 % bis unter 75 %	25 % bis unter 50 %	unter 25 %
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Baden-Württemberg	65 411	20,9	81,7	10,7	4,5	1,6	1,5
2	Bayern	76 969	24,8	77,3	17,4	3,6	1,0	0,8
3	Berlin	16 840	20,1	94,3	4,2	1,0	0,1	0,3
4	Bandenburg	10 838	15,9	90,0	8,9	0,8	0,2	0,1
5	Bremen	4 475	24,6	77,1	16,5	3,1	1,8	1,5
6	Hamburg	10 051	27,3	75,6	15,9	6,1	1,2	1,3
7	Hessen	33 420	21,5	75,4	18,4	3,5	1,3	1,4
8	Mecklenburg-Vorpommern	8 745	14,3	75,3	22,3	1,7	0,5	0,2
9	**Niedersachsen**	**57 316**	**21,2**	**82,4**	**13,5**	**1,9**	**1,5**	**0,6**
10	Nordrhein-Westfalen	125 317	23,1	58,3	39,3	1,6	0,5	0,4
11	Rheinland-Pfalz	24 693	19,7	72,6	21,2	3,7	1,4	1,1
12	Saarland	6 682	15,6	74,5	15,9	7,2	1,4	1,0
13	Sachsen	23 386	16,7	92,5	6,2	1,0	0,2	0,1
14	Sachsen-Anhalt	12 356	17,8	90,0	8,2	1,3	0,4	0,0
15	Schleswig-Holstein	23 150	21,6	78,3	14,8	5,0	0,9	1,0
16	Thüringen	11 208	17,1	77,7	18,6	2,7	0,5	0,5
17	Bundesrepublik gesamt	510 857	21,6	74,5	20,9	2,9	0,9	0,8

[1)]Stand: 15.12.; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

I.3.2.2/5c

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen nach Berufsabschluss und Trägergruppen

lfd. Nr	Berufsabschluss	Personal gesamt	davon nach dem Träger (Anteilwerte in %)		
			private Träger	freigemeinnützige Träger	öffentliche Träger
	A	B	C	D	E
1	Personal insgesamt	57 316	46,0	48,8	5,2
	davon		Anteilswerte in % je Trägerart		
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	12 144	19,2	22,7	24,5
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	1 931	3,2	3,4	4,9
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	4 851	10,4	6,7	7,5
5	Krankenpflegehelfer/in	1 859	3,9	2,7	2,7
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	413	0,7	0,8	0,3
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	218	0,5	0,3	0,2
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	112	0,2	0,2	0,1
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	75	0,1	0,1	0,2
10	Ergotherapeut/in	491	0,9	0,8	1,1
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	407	0,8	0,6	1,1
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	520	0,9	1,0	0,5
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	294	0,5	0,6	0,4
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	57	0,1	0,1	0,2
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	197	0,4	0,3	0,0
16	sonstiger pflegerischer Beruf	4 889	9,1	8,2	5,8
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	252	0,4	0,5	0,1
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	2 653	4,5	4,9	3,2
19	sonstiger Berufsabschluss	12 761	24,0	20,5	23,5
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	13 192	20,2	25,7	23,5

[1)] am 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI, eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/5d

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen.2003[1)] nach Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

lfd. Nr	Berufsabschluss	Personal gesamt	Davon nach dem Beschäftigungsverhältnis….(Anteil in %)					
			vollzeit beschäftigt	teilzeitbeschäftigt				sonstige [3)]
				gesamt	über 50 %	50 % und weniger [2)]	geringfügig	
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Personal insgesamt	57 316	42,6	50,6	25,4	13,5	11,7	6,8
	davon							
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	12 144	62,9	36,8	24,1	9,5	3,2	0,3
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	1 931	44,4	54,7	28,7	19,0	7,1	0,8
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	4 851	54,6	45,1	23,1	14,1	7,9	0,3
5	Krankenpflegehelfer/in	1 859	46,3	53,3	28,1	16,4	8,8	0,4
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	413	52,3	47,2	24,0	15,7	7,5	0,5
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	218	58,3	40,8	21,6	9,2	10,1	0,9
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	112	52,7	46,4	27,7	13,4	5,4	0,9
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	75	45,3	54,7	25,3	14,7	14,7	0,0
10	Ergotherapeut/in	491	39,1	57,2	34,0	15,3	7,9	3,7
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	407	46,2	50,9	26,3	14,5	10,1	2,9
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	520	49,4	46,9	24,8	14,2	7,9	3,7
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	294	35,4	52,4	25,2	15,0	12,2	12,2
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	57	38,6	52,6	26,3	12,3	14,0	8,8
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	197	63,5	29,9	10,2	13,7	6,1	6,6
16	sonstiger pflegerischer Beruf	4 889	40,1	59,3	30,4	17,3	11,6	0,6
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	252	57,9	40,9	20,6	11,5	8,7	1,2
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	2 653	47,7	51,8	31,8	12,6	7,5	0,5
19	sonstiger Berufsabschluss	12 761	36,2	60,9	27,4	15,3	18,2	2,9
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	13 192	23,6	51,5	21,5	12,7	17,2	25,0

[1)] jeweils 15. Dezember

[2)] aber nicht geringfügig beschäftigt

[3)] Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI, eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/5e

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003[1)] nach Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich

lfd. Nr.	Berufsabschluss	Personal gesamt	Davon dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim (Anteile in %)					
			Pflege und Betreuung	Soziale Betreuung	Haushwirtschaftsbereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung Geschäftsführung	sonstiger Bereich
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Personal insgesamt	57 316	65,7	3,2	21,6	2,9	5,7	1,0
	davon							
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	12 144	95,9	1,4	0,2	0,0	2,2	0,2
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	1 931	96,9	1,2	1,4	0,0	0,4	0,1
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	4 851	93,7	1,1	0,2	0,1	4,6	0,4
5	Krankenpflegehelfer/in	1 859	97,4	1,4	0,6	0,1	0,5	0,0
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	413	92,3	2,2	1,5	0,0	3,9	0,2
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	218	78,4	15,6	3,7	0,0	2,3	0,0
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	112	67,9	19,6	8,0	0,9	0,9	2,7
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	75	32,0	10,7	29,3	12,0	13,3	2,7
10	Ergotherapeut/in	491	28,1	62,1	4,1	0,0	1,4	4,3
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	407	61,4	12,5	8,1	2,5	13,5	2,0
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	520	25,2	47,5	4,2	1,0	20,8	1,3
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	294	58,2	6,1	25,5	2,7	6,8	0,7
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	57	59,6	7,0	29,8	1,8	1,8	0,0
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	197	38,1	6,6	10,7	0,5	43,1	1,0
16	sonstiger pflegerischer Beruf	4 889	95,9	1,6	2,1	0,1	0,2	0,0
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	252	11,9	0,8	78,6	3,6	4,8	0,4
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	2 653	5,2	0,5	91,9	1,0	0,7	0,8
19	sonstiger Berufsabschluss	12 761	32,6	3,5	34,6	9,8	17,4	2,1
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	13 192	55,5	2,2	37,3	2,6	1,2	1,3

[1)] jeweils am 15.12.

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI, eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/5f

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003[1)] nach Berufsabschluss,Tätigkeitsbereich und Beschäftigungsverhältnis (in geschätzten Vollzeitäquivalenten[2)])

lfd. Nr	Berufsabschluss	Personal gesamt	Davon dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim (Anteile in %)					
			Pflege und Betreuung	soziale Betreung	Hauswirtschafts bereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Personal insgesamt	42 857	67,5	3,0	19,8	2,6	5,9	0,7
	davon							
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	10 471	95,9	1,3	0,2	0,0	2,4	0,2
3	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	1 481	97,0	1,1	1,4	0,0	0,5	0,1
4	Krankenschwester, Krankenpfleger	3 902	93,4	0,8	0,1	0,0	5,3	0,3
5	Krankenpflegehelfer/in	1 435	97,8	1,0	0,5	0,1	0,6	0,0
6	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	328	92,1	1,5	1,5	0,0	4,9	0,3
7	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	178	79,2	15,2	2,8	0,0	2,8	0,0
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	92	67,4	18,5	8,7	1,1	1,1	2,2
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	56	32,1	8,9	26,8	10,7	16,1	3,6
10	Ergotherapeut/in	372	29,0	61,6	3,8	0,0	1,3	4,3
11	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	312	62,8	11,5	6,7	1,9	14,7	1,6
12	sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	407	24,8	45,2	3,9	1,0	23,8	1,5
13	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	210	60,0	6,7	21,9	2,9	7,1	0,5
14	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	41	61,0	7,3	26,8	2,4	2,4	0,0
15	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	163	36,8	5,5	8,6	0,0	47,2	0,6
16	sonstiger pflegerischer Beruf	3 613	96,4	1,4	1,9	0,0	0,2	0,0
17	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	205	10,7	0,5	81,0	3,4	4,4	0,0
18	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	2 104	4,9	0,4	92,4	0,9	0,7	0,8
19	sonstiger Berufsabschluss	9 000	32,7	3,2	32,9	10,2	18,6	1,7
20	ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	8 488	55,5	2,6	37,0	1,8	1,0	1,0

[1)] jeweils 15. Dezember

[2)] Abweichung in den Summen ergeben sich aus Rundungen

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/5g

Pflegefachkräfte in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)]

lfd. Nr	Berufsabschluss	Pflegefachkräfte im Jahr[1)]								
		1999			2001			2003		
		Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Personal insgesamt	50 079	100,0		53 521	100,0		57 316	100,0	
	davon Pflegefachkräfte nach § 71 SGB XI [2)]:									
2	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	9 681	19,3	68,7	11 013	20,6	71,4	12 144	21,2	69,8
3	Krankenschwester, Krankenpfleger	4 156	8,3	29,5	4 093	7,6	26,5	4 851	8,5	27,9
4	Kinderkrankenschwester/-pfleger	249	0,5	1,8	323	0,6	2,1	413	0,7	2,4
5	gesamt	14 086	28,1	100,0	15 429	28,8	100,0	17 408	30,4	100,0

[1)] jeweils 15.12.

[2)] Heilerziehungspfleger/innen bzw. Heilerzieher/innen sind nur bei Pflegediensten Pflegefachkräfte nach § 71 SGB XI

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/6a

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003[1)] in regionaler Gliederung

lfd. Nr.	Gebiet	Personal insgesamt	Personal je Pflegeheim	Personal im Verhältnis zu den betreuten Pflegebedürftigen
	A	B	C	D
1	Braunschweig, Stadt	1 721	52,2	1,4
2	Salzgitter, Stadt	815	54,3	1,4
3	Wolfsburg, Stadt	620	77,5	1,3
4	Gifhorn	838	46,6	1,2
5	Göttingen	2 129	56,0	1,2
6	Goslar	1 658	44,8	1,3
7	Helmstedt	927	71,3	1,2
8	Northeim	1 186	40,9	1,3
9	Osterode am Harz	1 140	34,5	1,4
10	Peine	1 060	55,8	1,4
11	Wolfenbüttel	876	73,0	1,3
12	Bezirk Braunschweig	12 970	50,9	1,3
13	Region Hannover	7 824	52,9	1,3
14	dar. Hannover, Landeshptst.	4 040	53,9	1,3
15	Diepholz	1 562	42,2	1,2
16	Hameln-Pyrmont	1 480	49,3	1,2
17	Hildesheim	2 757	59,9	1,2
18	Holzminden	702	41,3	1,3
19	Nienburg (Weser)	1 066	41,0	1,3
20	Schaumburg	1 811	45,3	1,2
21	Bezirk Hannover	17 202	50,0	1,3
22	Celle	1 500	27,8	1,3
23	Cuxhaven	1 860	35,1	1,1
24	Harburg	1 193	42,6	1,3
25	Lüchow-Dannenberg	435	48,3	1,3
26	Lüneburg	1 276	33,6	1,3
27	Osterholz	861	28,7	1,3
28	Rotenburg (Wümme)	888	37,0	1,3
29	Soltau-Fallingbostel	926	54,5	1,3
30	Stade	1 074	48,8	1,4
31	Uelzen	847	33,9	1,4
32	Verden	1 142	42,3	1,2
33	Bezirk Lüneburg	12 002	36,7	1,3
34	Delmenhorst, Stadt	305	50,8	1,3
35	Emden, Stadt	376	47,0	1,2
36	Oldenburg, Stadt	1 134	54,0	1,3
37	Osnabrück, Stadt	1 027	73,4	1,2
38	Wilhelmshaven, Stadt	706	28,2	1,3
39	Ammerland	549	34,3	1,4
40	Aurich	956	41,6	1,3
41	Cloppenburg	973	48,7	0,9
42	Emsland	1 551	50,0	1,0
43	Friesland	805	47,4	1,1
44	Grafschaft Bentheim	889	55,6	1,1
45	Leer	716	47,7	1,0
46	Oldenburg	788	35,8	1,3
47	Osnabrück	2 544	54,1	1,0
48	Vechta	878	46,2	1,1
49	Wesermarsch	689	34,5	1,3
50	Wittmund	256	36,6	1,2
51	Bezirk Weser-Ems	15 142	46,3	1,1
52	kreisfreie Städte gesamt	6 704	56,3	1,4
53	Landkreise gesamt [2)]	42 788	47,4	1,3
54	Niedersachsen	57 316	45,7	1,2

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] ohne Region Hannover

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/6b

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003[1)] in regionaler Gliederung nach Trägergruppen und nach Beschäftigungsverhältnis in %

lfd. Nr	Gebiet	Personal	davon ... (jeweils Anteile in %)								
			nach dem Träger			nach dem Beschäftigungsverhältnis					
			private Träger	freigemein-nützige Träger	öffentliche Träger	vollzeit-beschäftigt	teilzeitbeschäftigt				Sonstige[3)]
							gesamt	über 50 %	50 % und weniger[2)]	geringfügig beschäftigt	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Braunschweig, Stadt	1 721	19,2	77,9	2,9	46,3	46,8	25,0	17,4	4,4	6,9
2	Salzgitter, Stadt	815	35,7	63,8	0,5	39,8	54,8	32,5	13,5	8,8	5,4
3	Wolfsburg, Stadt	620	0,0	100,0	0,0	28,7	62,6	38,7	11,1	12,7	8,7
4	Gifhorn	838	29,4	70,6	0,0	48,8	43,7	20,2	17,8	5,7	7,5
5	Göttingen	2 129	54,4	35,7	9,9	40,3	51,4	27,6	12,1	11,7	8,3
6	Goslar	1 658	63,7	36,3	0,0	58,1	36,0	23,0	6,6	6,4	5,9
7	Helmstedt	927	39,5	60,5	0,0	43,1	50,2	30,6	11,2	8,3	6,7
8	Northeim	1 186	57,9	41,2	0,9	51,1	41,7	26,1	7,0	8,5	7,3
9	Osterode am Harz	1 140	63,8	35,5	0,7	53,2	41,0	24,4	5,7	10,9	5,8
10	Peine	1 060	69,3	30,8	0,0	47,7	44,2	16,5	15,7	12,1	8,0
11	Wolfenbüttel	876	52,1	48,0	0,0	45,3	47,6	24,1	15,4	8,1	7,1
12	Bezirk Braunschweig	12 970	46,7	51,2	2,2	46,6	46,3	25,7	11,9	8,7	7,0
13	Region Hannover	7 824	42,3	47,8	10,0	50,0	43,5	19,4	13,3	10,7	6,5
14	dar. Hannover, Landeshptst.	4 040	25,7	63,9	10,4	49,6	44,9	19,3	16,6	9,1	5,4
15	Diepholz	1 562	54,8	44,2	1,0	35,3	58,5	33,1	10,5	14,9	6,2
16	Hameln-Pyrmont	1 480	50,7	43,0	6,2	45,3	44,1	24,2	11,0	8,9	10,5
17	Hildesheim	2 757	51,9	43,7	4,4	43,1	49,0	24,7	10,6	13,7	7,9
18	Holzminden	702	56,8	43,2	0,0	40,9	54,0	30,9	14,4	8,7	5,1
19	Nienburg (Weser)	1 066	52,1	43,5	4,4	56,8	38,1	18,4	10,3	9,4	5,2
20	Schaumburg	1 811	62,8	29,0	8,2	45,4	50,7	28,0	11,0	11,7	3,8
21	Bezirk Hannover	17 202	49,1	44,0	7,0	46,7	46,6	23,2	12,0	11,4	6,6
22	Celle	1 500	77,5	20,1	2,5	51,9	41,9	20,7	9,5	11,7	6,2
23	Cuxhaven	1 860	58,6	37,2	4,3	39,1	55,6	29,2	9,2	17,3	5,2
24	Harburg	1 193	67,7	13,2	19,1	37,8	58,0	32,2	13,3	12,5	4,2
25	Lüchow-Dannenberg	435	43,7	56,3	0,0	33,3	60,5	45,1	9,2	6,2	6,2
26	Lüneburg	1 276	64,8	24,8	10,4	54,0	41,2	20,8	8,2	12,2	4,8
27	Osterholz	861	70,7	29,3	0,0	40,2	52,6	29,8	7,1	15,7	7,2
28	Rotenburg (Wümme)	888	77,0	23,0	0,0	38,6	55,5	31,8	11,7	12,0	5,9
29	Soltau-Fallingbostel	926	39,9	60,2	0,0	40,6	54,9	34,8	12,9	7,2	4,5
30	Stade	1 074	51,6	47,7	0,7	38,8	55,0	26,2	19,8	9,0	6,1
31	Uelzen	847	70,0	25,0	5,0	49,5	44,2	26,0	9,0	9,2	6,4
32	Verden	1 142	67,6	20,1	12,3	38,8	52,3	32,4	10,2	9,7	8,9
33	Bezirk Lüneburg	12 002	63,8	30,6	5,6	42,8	51,3	28,6	10,9	11,9	5,9
34	Delmenhorst, Stadt	305	0,0	94,4	5,6	41,0	51,1	38,0	9,8	3,3	7,9
35	Emden, Stadt	376	29,3	70,7	0,0	37,5	60,4	30,3	18,6	11,4	2,1
36	Oldenburg, Stadt	1 134	14,6	82,4	3,1	38,3	56,9	31,0	15,9	10,1	4,9
37	Osnabrück, Stadt	1 027	0,0	89,1	10,9	28,4	60,3	25,4	23,8	11,1	11,3
38	Wilhelmshaven, Stadt	706	51,6	42,8	5,7	50,1	45,3	16,4	13,3	15,6	4,5
39	Ammerland	549	52,6	40,8	6,6	50,1	41,9	18,9	14,8	8,2	8,0
40	Aurich	956	52,9	30,4	16,6	44,5	44,9	22,0	11,8	11,1	10,7
41	Cloppenburg	973	28,7	71,3	0,0	19,8	73,8	35,4	18,6	19,8	6,4
42	Emsland	1 551	20,5	79,5	0,0	21,9	69,3	24,6	26,0	18,7	8,8
43	Friesland	805	31,6	44,0	24,5	43,4	50,4	26,1	12,9	11,4	6,2
44	Grafschaft Bentheim	889	13,7	86,3	0,0	29,9	62,3	20,7	23,4	18,2	7,8
45	Leer	716	31,4	57,4	11,2	30,4	60,3	28,9	14,5	16,9	9,2
46	Oldenburg	788	34,4	56,7	8,9	35,2	58,5	28,8	18,5	11,2	6,3
47	Osnabrück	2 544	29,1	71,0	0,0	34,3	59,4	20,4	19,9	19,1	6,3
48	Vechta	878	22,7	77,3	0,0	28,6	61,0	25,5	19,8	15,7	10,4
49	Wesermarsch	689	47,9	45,1	7,0	44,1	47,9	21,8	16,8	9,3	8,0
50	Wittmund	256	21,5	73,1	5,5	35,5	59,8	30,5	24,6	4,7	4,7
51	Bezirk Weser-Ems	15 142	27,9	66,8	5,3	34,4	58,1	25,1	18,6	14,4	7,5
52	kreisfreie Städte gesamt	6 704	18,8	77,4	3,8	39,5	53,8	28,2	16,4	9,2	6,7
53	Landkreise gesamt [4)]	42 788	51,0	44,6	4,5	41,8	51,4	26,0	13,1	12,2	6,9
54	Niedersachsen	57 316	46,0	48,8	5,2	42,6	50,6	25,4	13,5	11,7	6,8

[1)] jeweils 15. Dezember
[2)] aber nicht geringfügig beschäftigt.
[3)] Praktikantinnen und Praktikanten, Schülerinnen und Schüler, Auszubildende, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende.

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.2.2/6c

Personal in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003[1] in regionaler Gliederung nach überwiegendem Tätigkeitsbereich und nach Berufsabschluss

lfd. Nr.	Gebiet	Personal insgesamt	Davon… (jeweils Anteile in %)																									
			nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich						nach dem Berufsabschluss																			
			Pflege und Betreuung	soziale Betreuung	Hauswirtschaftsbereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	staatlich anerkannte/r Altenpfleger-helfer/in	Krankenschwester, Krankenpfleger	Krankenpflegehelfer/in	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger	Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	Heilerziehungspflegehelfer/in	Heilpädagogin, Heilpädagoge	Ergotherapeut/in	sonst. Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	sozialpädagogischer / sozialarbeiterischer Berufsabschluss	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung	sonstiger pflegerischer Beruf	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	sonstiger Berufsabschluss	ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA
1	Braunschweig, Stadt	1 721	66,1	3,3	21,7	2,4	5,6	0,9	28,5	2,0	7,1	5,2	0,4	0,2	0,1	0,1	0,5	0,5	1,2	0,2	0,3	0,4	4,2	0,2	6,2	18,2	24,3
2	Salzgitter, Stadt	815	65,0	3,4	21,6	3,6	5,5	0,9	23,1	1,8	6,4	2,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,9	1,8	0,9	0,0	0,1	0,5	5,5	0,6	2,2	19,9	33,5
3	Wolfsburg, Stadt	620	69,8	2,6	22,3	1,6	2,9	0,8	26,1	4,0	9,2	3,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5	1,1	0,3	0,6	0,0	0,0	11,0	0,3	4,0	14,5	24,8
4	Gifhorn	838	62,3	4,3	25,3	2,3	5,7	0,1	19,9	3,1	10,7	0,7	0,6	0,0	0,2	0,0	1,4	0,5	0,8	0,5	0,0	0,2	11,2	0,5	2,7	21,1	25,7
5	Göttingen	2 129	64,0	5,3	21,2	2,5	6,2	0,8	22,5	3,0	7,2	2,8	0,3	0,3	0,0	0,1	1,2	0,4	0,7	0,6	0,3	0,3	9,6	0,7	4,4	20,2	25,4
6	Goslar	1 658	63,9	4,5	20,9	3,3	6,5	1,0	17,8	4,6	11,6	4,4	0,8	0,6	0,1	0,4	1,1	1,1	1,3	0,7	0,1	0,4	5,0	0,4	4,4	30,0	15,2
7	Helmstedt	927	64,7	3,1	20,8	3,5	5,9	1,9	18,0	4,5	13,2	8,6	0,5	0,1	0,1	0,3	0,3	1,1	1,0	1,0	0,1	0,3	0,9	0,1	3,9	28,3	17,7
8	Northeim	1 186	63,5	4,2	22,9	3,0	5,6	0,8	20,9	3,7	5,9	3,0	0,6	0,3	0,4	0,2	0,8	1,1	1,0	0,9	0,2	0,3	10,0	0,2	4,2	23,9	22,5
9	Osterode am Harz	1 140	64,6	3,3	18,4	3,2	7,3	3,2	18,9	2,4	9,8	2,5	0,7	1,1	0,1	0,2	1,2	0,6	1,1	0,4	0,3	0,4	8,1	0,4	3,3	35,9	12,7
10	Peine	1 060	67,7	3,7	19,2	3,1	4,6	1,6	20,1	1,9	7,1	4,9	0,4	0,9	0,3	0,1	0,8	1,3	1,8	0,7	0,0	0,5	5,8	0,8	2,9	18,8	31,0
11	Wolfenbüttel	876	61,0	3,7	23,9	3,8	5,3	2,5	20,5	6,8	7,8	5,1	0,3	0,0	0,1	0,2	0,7	0,6	1,3	0,6	0,0	0,1	9,1	0,1	5,3	16,3	25,0
12	Bezirk Braunschweig	12 970	64,6	4,0	21,5	2,9	5,8	1,3	21,6	3,4	8,6	3,9	0,5	0,4	0,1	0,2	0,9	0,9	1,0	0,6	0,1	0,3	7,2	0,4	4,2	22,9	23,0
13	Region Hannover	7 824	68,7	3,6	17,9	2,7	6,1	1,0	21,5	1,6	8,1	3,6	0,4	0,5	0,2	0,1	1,0	1,0	1,3	0,5	0,1	0,4	10,0	0,3	3,4	20,3	25,7
14	dar. Hannover, Landeshptst.	4 040	69,4	3,9	17,5	2,2	6,0	1,0	23,6	1,6	6,9	3,2	0,4	0,4	0,2	0,0	1,1	0,8	1,6	0,6	0,1	0,6	11,5	0,4	3,2	19,3	24,5
15	Diepholz	1 562	65,4	2,9	22,8	3,1	4,8	1,0	21,6	1,7	8,5	2,7	0,8	0,3	0,2	0,1	0,6	0,6	0,7	0,6	0,1	0,3	10,1	0,4	4,5	17,3	29,0
16	Hameln-Pyrmont	1 480	66,1	4,6	19,6	3,2	6,1	0,3	20,9	1,2	6,9	1,4	0,5	0,3	0,0	0,0	1,4	0,9	0,8	0,2	0,1	0,2	12,8	0,1	5,3	18,7	28,2
17	Hildesheim	2 757	66,6	2,4	22,1	2,9	5,4	0,5	17,4	1,5	7,4	2,1	0,2	0,6	0,3	0,2	0,4	0,7	1,3	0,6	0,1	0,3	11,4	0,2	4,0	25,5	26,0
18	Holzminden	702	65,4	3,8	22,4	2,4	5,4	0,6	20,1	1,3	8,4	2,4	0,7	0,0	0,3	0,0	1,6	1,9	0,6	1,1	0,0	0,6	3,8	0,4	7,4	24,1	25,4
19	Nienburg (Weser)	1 066	65,4	2,4	22,2	3,4	5,4	1,1	18,5	5,5	8,1	5,6	0,5	0,9	0,2	0,0	0,8	1,4	0,6	0,8	0,0	0,6	5,3	1,1	5,6	25,0	19,5
20	Schaumburg	1 811	60,4	3,6	24,7	3,1	6,7	1,5	17,6	4,4	9,0	3,4	0,7	0,5	0,5	0,4	1,4	0,8	0,8	0,5	0,1	0,4	7,5	0,4	3,9	28,5	19,4
21	Bezirk Hannover	17 202	66,6	3,4	20,3	2,9	5,9	0,9	20,2	2,1	8,0	3,1	0,5	0,5	0,2	0,1	1,0	0,9	1,1	0,5	0,1	0,4	9,7	0,4	4,1	22,0	25,2
22	Celle	1 500	68,4	2,3	17,9	3,4	7,3	0,7	23,5	3,5	8,7	3,9	1,4	0,6	0,1	0,1	1,1	1,2	0,9	0,8	0,0	0,6	10,7	0,3	3,9	16,0	22,6
23	Cuxhaven	1 860	61,4	3,2	25,3	2,5	5,9	1,8	17,4	3,7	10,2	2,5	0,8	0,1	0,2	0,3	0,9	0,8	0,8	0,5	0,1	0,3	6,0	0,3	4,0	27,5	23,9
24	Harburg	1 193	66,4	2,8	23,2	2,4	5,1	0,1	18,1	2,6	10,9	4,0	0,5	0,2	0,1	0,0	0,7	0,8	0,8	0,4	0,0	0,5	8,9	0,2	3,2	28,4	19,8
25	Lüchow-Dannenberg	435	61,4	4,6	26,7	2,3	5,1	0,0	16,3	2,5	8,0	5,3	0,0	0,5	0,2	0,0	0,5	0,7	1,1	0,7	0,2	0,0	5,5	0,2	7,6	29,2	21,4
26	Lüneburg	1 276	62,2	3,1	23,7	3,0	7,1	0,9	20,8	4,4	12,0	1,5	0,2	0,5	0,1	0,2	0,6	0,1	0,4	0,3	0,6	0,3	9,0	0,4	5,5	30,7	12,4
27	Osterholz	861	69,2	4,1	16,4	3,0	6,7	0,6	24,3	4,1	8,2	3,7	1,4	0,1	0,5	0,0	0,8	0,9	1,0	0,3	0,2	0,6	9,9	0,6	3,6	26,7	13,0
28	Rotenburg (Wümme)	888	64,4	4,1	20,6	3,2	6,9	0,9	21,5	3,9	7,5	8,1	0,7	0,7	0,3	0,1	1,5	0,7	0,0	0,3	0,0	0,7	7,0	0,1	3,0	23,5	20,3
29	Soltau-Fallingbostel	926	67,4	2,4	23,1	2,2	4,6	0,3	18,6	5,1	8,9	3,7	0,9	0,4	0,3	0,1	0,4	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	8,1	0,2	4,2	25,6	22,8
30	Stade	1 074	69,7	3,4	20,1	1,7	4,8	0,3	21,0	3,4	11,3	2,3	1,2	0,1	0,1	0,0	0,5	0,3	0,4	0,6	0,1	0,5	6,7	0,7	4,9	24,2	21,8
31	Uelzen	847	63,9	2,5	22,9	3,2	7,0	0,6	19,8	4,5	11,7	2,0	0,6	0,1	0,0	0,0	1,8	0,6	0,6	0,7	0,0	0,1	5,9	0,4	3,4	26,3	21,5
32	Verden	1 142	64,2	2,3	23,6	3,0	6,0	1,0	22,5	4,0	6,3	1,8	0,5	0,5	0,0	0,0	0,7	0,8	1,0	0,4	0,1	0,4	6,4	0,2	7,4	26,8	20,1
33	Bezirk Lüneburg	12 002	65,3	3,0	22,1	2,7	6,1	0,8	20,4	3,8	9,6	3,3	0,8	0,3	0,2	0,1	0,9	0,6	0,7	0,5	0,1	0,4	7,8	0,3	4,5	25,6	20,2
34	Delmenhorst, Stadt	305	65,2	3,0	23,6	2,6	4,9	0,7	25,6	0,3	3,9	0,7	1,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,3	0,3	1,0	0,0	0,0	10,2	0,3	2,6	35,4	16,1
35	Emden, Stadt	376	68,4	3,2	20,5	3,5	4,5	0,0	23,1	0,8	5,9	1,9	3,7	0,3	0,0	0,0	0,5	0,3	2,7	0,8	0,0	0,0	13,8	0,0	6,4	21,8	18,1
36	Oldenburg, Stadt	1 134	66,0	3,3	22,6	2,9	5,3	0,0	25,8	4,6	7,6	3,4	0,8	0,0	0,1	0,0	1,7	0,2	0,4	0,3	0,3	0,1	11,9	1,0	7,9	13,1	21,0
37	Osnabrück, Stadt	1 027	67,7	2,6	21,6	2,8	4,0	1,3	31,8	13,3	2,9	0,2	0,8	0,0	0,2	0,3	0,4	0,4	1,5	0,8	0,1	0,1	0,9	1,2	5,6	13,3	26,3
38	Wilhelmshaven, Stadt	706	63,9	1,0	23,5	4,5	6,2	0,8	23,1	3,0	6,9	3,3	1,4	0,0	0,0	0,1	0,3	1,4	0,3	0,1	0,0	0,1	13,7	0,3	3,1	23,8	19,0
39	Ammerland	549	69,2	2,4	19,5	4,6	4,4	0,0	22,0	2,0	7,3	2,4	2,4	0,0	0,4	0,2	0,7	1,1	0,0	0,7	0,0	0,5	9,8	1,1	5,8	13,8	29,7
40	Aurich	956	70,5	2,4	16,8	5,9	4,1	0,3	24,8	4,3	6,7	1,5	1,7	0,3	0,1	0,1	0,8	0,1	1,4	0,5	0,0	0,1	6,9	0,1	2,3	16,1	32,2
41	Cloppenburg	973	64,5	1,8	22,1	2,2	5,5	3,8	23,7	2,7	8,3	2,8	0,9	0,5	0,1	0,0	0,3	0,4	0,7	0,3	0,0	0,2	14,4	0,5	6,8	19,5	17,8
42	Emsland	1 551	66,5	2,6	21,4	2,5	5,0	2,0	23,3	6,3	10,4	3,5	1,1	0,3	0,3	0,1	0,6	0,1	0,8	0,1	0,1	0,4	7,8	0,8	7,2	15,2	21,6
43	Friesland	805	63,9	2,6	23,6	4,0	6,0	0,0	22,1	3,1	7,2	3,9	0,9	0,0	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	13,0	0,7	4,2	19,9	23,5
44	Grafschaft Bentheim	889	67,5	1,8	23,6	3,0	2,9	1,1	21,8	4,8	10,3	6,2	1,2	0,3	0,0	0,0	0,4	0,2	0,4	1,2	0,2	0,2	2,0	2,0	8,0	16,4	24,0
45	Leer	716	59,6	1,3	29,7	2,9	5,9	0,6	18,4	3,5	5,3	1,4	2,0	0,3	0,6	0,6	1,0	0,4	1,0	0,1	0,3	0,3	5,2	0,3	8,2	25,6	25,7
46	Oldenburg	788	68,8	2,3	19,5	3,4	5,7	0,3	21,1	2,2	9,8	3,7	1,1	0,8	0,3	0,0	0,6	1,1	0,9	0,9	0,1	0,4	14,6	0,5	6,0	19,5	16,5
47	Osnabrück	2 544	61,4	2,6	27,6	2,6	5,0	0,8	19,1	4,1	9,3	2,5	0,8	0,5	0,3	0,2	0,6	0,3	0,6	0,3	0,1	0,2	6,7	0,7	5,7	27,2	20,8
48	Vechta	878	69,4	3,4	19,2	2,6	4,4	0,9	17,5	1,8	12,0	1,3	0,2	1,1	0,6	0,0	0,3	0,6	1,7	1,0	0,0	0,8	11,3	0,1	4,2	15,4	30,1
49	Wesermarsch	689	68,5	2,6	20,6	2,8	5,5	0,0	22,2	5,8	5,1	4,9	1,0	0,1	0,3	0,6	1,0	0,0	0,1	0,4	0,1	0,7	10,9	0,1	4,9	19,4	22,1
50	Wittmund	256	71,9	1,2	18,8	2,3	5,9	0,0	22,7	9,4	7,8	1,2	2,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	13,7	0,4	3,9	10,5	26,2
51	Bezirk Weser-Ems	15 142	65,9	2,4	22,7	3,2	5,0	0,9	22,6	4,5	8,0	2,8	1,2	0,3	0,2	0,2	0,7	0,4	0,8	0,5	0,1	0,3	9,0	0,7	5,8	19,4	22,9
52	kreisfreie Städte gesamt	6 704	66,4	2,9	22,1	2,9	5,0	0,7	26,7	4,3	6,4	3,0	0,8	0,1	0,1	0,1	0,8	0,7	0,9	0,4	0,1	0,2	7,6	0,5	5,2	18,0	23,9
53	Landkreise gesamt[2]	42 788	65,0	3,1	22,2	3,0	5,7	1,0	20,3	3,5	8,8	3,2	0,8	0,4	0,2	0,1	0,8	0,7	0,8	0,5	0,1	0,4	8,4	0,4	4,9	23,3	22,4
54	Niedersachsen	57 316	65,7	3,2	21,6	2,9	5,7	1,0	21,2	3,4	8,5	3,2	0,7	0,4	0,2	0,1	0,9	0,7	0,9	0,5	0,1	0,3	8,5	0,4	4,6	22,3	23,0

[1] jeweils 15. Dezember
[2] ohne Region Hannover

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.3.1/1

Leistungskomplexkataloge zur Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in ihrer Anwendung durch die Verbände der Leistungserbringer in Niedersachsen 2003[1)]

lfd. Nr.	Verband/Träger	Anzahl der Einrichtungen	95 er Leistungskomplex	Nds. Leistungskomplexkatalog	Schwanewede	96er Leistungskomplex
	A	B	C	D	E	F
1	Caritasverbände in Niedersachsen	61	4	8	49	0
2	Deutsches Rotes Kreuz in Niedersachsen	88	6	5	76	1
3	Diakonische Werke in Niedersachsen	152	10	23	117	2
4	DRK und Diakonisches Werk	1	0	0	1	0
5	Arbeiterwohlfahrt in Niedersachsen e. V.	22	4	3	15	0
6	Paritätischer Niedersachsen e. V.	69	22	16	29	2
7	Niedersächsischer Landkreistag	0	0	0	0	0
8	Niedersächsische Städtetag	3	1	0	2	0
9	Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund	12	0	1	11	0
10	Arbeitgeber- und BerufsVerband Privater Pflege e. V.	83	2	81	0	0
11	Bundesverband Ambulanter Dienste e. V., Landesverband Nieders.	50	4	45	0	1
12	Bundesverband private Alten- u. Pflegeheime u. ambulanter Dienste e. V.	227	2	224	1	0
13	Verband Deutscher Alten- u. Behindertenhilfe e. V.	20	3	17	0	0
14	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe –Sektion Freiberufler-	68	2	66	0	0
15	Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V.	12	0	12	0	0
16	aop	16	0	16	0	0
17	Keine Verbandszugehörigkeit	214	55	134	12	13
18	Freie gemeinnützige Verbände/Träger	393	46	55	287	5
19	Öffentliche Verbände/ Träger	15	1	1	13	0
20	Private Verbände/Träger	476	13	461	1	1
21	ohne Verbandszugehörigkeit	214	55	134	12	13
22	Gesamt	1098	115	651	313	19
	Prozentuale Anteile					
23	Freie gemeinnützige Verbände/Träger	100	11,7	14,0	73,0	1,3
24	Öffentliche Verbände/ Träger	100	6,7	6,7	86,7	0,0
25	Private Verbände/Träger	100	2,7	96,8	0,2	0,2
26	ohne Verbandszugehörigkeit	100	25,7	62,6	5,6	6,1

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistische Erhebungen der Pflegekassen, eigene Erhebungen MS

I 3.3.1/2

Leistungskomplexkataloge zur Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in ihrer Anwendung durch die Verbände der Leistungserbringer in Niedersachsen 2003

	Katalog	Punktwert Grundpflege			Punktwert Hauswirtschaft		
		Min	Max	Mittelwert	Min	Max	Mittelwert
1	95 er Leistungskomplex	0,0256	0,0408	0,0378	0,0256	0,0408	0,0378
2	Nds. Leistungskomplexkatalog	0,0305	0,0390	0,0350	0,0317	0,0390	0,0350
3	Schwanewede	0,0377	0,0412	0,0411	0,0245	0,0383	0,0257
4	96er Leistungskomplex	0,0337	0,0400	0,0373	0,0249	0,0400	0,0366
5	Gesamt	0,0256	0,0412	0,0378	0,0245	0,0408	0,0338

	davon häufigste Werte	Anzahl	Punktwert Grundpflege	Anzahl	Punktwert Hauswirtschaft
5	95 er Leistungskomplex	29	0,0383	29	0,0383
6	Nds. Leistungskomplexkatalog	614	0,0350	614	0,0350
7	Schwanewede	298	0,0412	295	0,0254
8	96er Leistungskomplex	4	0,0383	4	0,0383

	in Prozent	Punktwert Grundpflege	Punktwert Hauswirtschaft
9	95 er Leistungskomplex	25,2	25,2
10	Nds. Leistungskomplexkatalog	94,3	94,3
11	Schwanewede	95,2	94,2
12	96er Leistungskomplex	21,1	21,1

Quelle: Statistische Erhebungen der Pflegekassen; eigene Berechnungen MS; unveröffentlicht

I.3.3.2/1

Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) und Trägergruppen

lfd. Nr.	Art der Vergütung Vergütung von ... bis unter ... EUR pro Person und Tag	Vollstationäre Dauerpflegeheime gesamt						davon nach der Art des Trägers: private Träger						freigemeinnützige Träger						öffentliche Träger					
		1999 [1)]		2001 [1)]		2003 [1)]		1999 [1)]		2001 [1)]		2003 [1)]		1999 [1)]		2001 [1)]		2003 [1)]		1999 [1)]		2001 [1)]		2003 [1)]	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
1	Pflegeheime insgesamt	1 102	100,0	1 134	100,0	1 190	100,0	630	100,0	663	100,0	693	100,0	423	100,0	421	100,0	453	100,0	49	100,0	50	100,0	44	100,0
	Pflegeklasse 1																								
2	unter 20	5	0,5	4	0,4	-	-	4	0,6	3	0,5	-	-	1	0,2	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	20 - 25	37	3,4	11	1,0	5	0,4	35	5,6	7	1,1	2	0,3	2	0,5	3	0,7	2	0,4	-	-	1	2,0	1	2,3
4	25 - 30	148	13,4	67	5,9	21	1,8	126	20,0	65	9,8	20	2,9	22	5,2	2	0,5	1	0,2	-	-	-	-	-	-
5	30 - 35	330	29,9	242	21,3	168	14,1	235	37,3	211	31,8	155	22,4	90	21,3	29	6,9	12	2,6	5	10,2	2	4,0	1	2,3
6	35 - 45	478	43,4	705	62,2	865	72,7	166	26,3	330	49,8	462	66,7	280	66,2	342	81,2	377	83,2	32	65,3	33	66,0	26	59,1
7	45 - 55	76	6,9	74	6,5	95	8,0	46	7,3	29	4,4	34	4,9	23	5,4	35	8,3	49	10,8	7	14,3	10	20,0	12	27,3
8	55 - 65	23	2,1	28	2,5	26	2,2	14	2,2	16	2,4	14	2,0	4	0,9	8	1,9	8	1,8	5	10,2	4	8,0	4	9,1
9	65 und mehr	4	0,4	3	0,3	10	0,8	3	0,5	2	0,3	6	0,9	1	0,2	1	0,2	4	0,9	-	-	-	-	-	-
10	ohne Angabe	1	0,1	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pflegeklasse 2																								
11	unter 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	20 - 25	1	0,1	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	25 - 30	9	0,8	6	0,5	1	0,1	8	1,3	5	0,8	1	0,1	1	0,2	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
14	30 - 35	67	6,1	25	2,2	6	0,5	62	9,8	23	3,5	5	0,7	5	1,2	1	0,2	-	-	-	-	1	2,0	1	2,3
15	35 - 45	422	38,3	270	23,8	170	14,3	327	51,9	242	36,5	159	22,9	90	21,3	26	6,2	10	2,2	5	10,2	2	4,0	1	2,3
16	45 - 55	435	39,5	585	51,6	695	58,4	164	26,0	333	50,2	449	64,8	247	58,4	233	55,3	231	51,0	24	49,0	19	38,0	15	34,1
17	55 - 65	140	12,7	212	18,7	272	22,9	55	8,7	42	6,3	53	7,6	70	16,5	145	34,4	196	43,3	15	30,6	25	50,0	23	52,3
18	65 - 75	23	2,1	34	3,0	33	2,8	9	1,4	17	2,6	19	2,7	9	2,1	14	3,3	10	2,2	5	10,2	3	6,0	4	9,1
19	75 und mehr	5	0,5	2	0,2	12	1,0	4	0,6	1	0,2	7	1,0	1	0,2	1	0,2	5	1,1	-	-	-	-	-	-
20	ohne Angabe	-	-	-	-	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-
	Pflegeklasse 3																								
21	unter 45	50	4,5	28	2,5	5	0,4	47	7,5	26	3,9	5	0,7	3	0,7	2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
22	45 - 50	103	9,3	54	4,8	31	2,6	93	14,8	49	7,4	28	4,0	9	2,1	2	0,5	2	0,4	1	2,0	3	6,0	1	2,3
23	50- 55	184	16,7	167	14,7	109	9,2	153	24,3	150	22,6	105	15,2	29	6,9	17	4,0	4	0,9	2	4,1	-	-	-	-
24	55 - 60	238	21,6	222	19,6	232	19,5	146	23,2	183	27,6	209	30,2	86	20,3	35	8,3	22	4,9	6	12,2	4	8,0	1	2,3
25	60 - 65	209	19,0	256	22,6	299	25,1	94	14,9	157	23,7	205	29,6	109	25,8	93	22,1	90	19,9	6	12,2	6	12,0	4	9,1
26	65 - 75	256	23,2	342	30,2	434	36,5	68	10,8	77	11,6	109	15,7	162	38,3	241	57,2	301	66,4	26	53,1	24	48,0	24	54,5
27	75 - 85	47	4,3	54	4,8	59	5,0	21	3,3	15	2,3	20	2,9	21	5,0	26	6,2	25	5,5	5	10,2	13	26,0	14	31,8
28	85 - 100	12	1,1	11	1,0	15	1,3	6	1,0	6	0,9	9	1,3	3	0,7	5	1,2	6	1,3	3	6,1	-	-	-	-
29	100 und mehr	3	0,3	-	-	5	0,4	2	0,3	-	-	3	0,4	1	0,2	-	-	2	0,4	-	-	-	-	-	-
30	ohne Angabe	-	-	-	-	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-
	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung																								
31	unter 15	329	29,9	242	21,3	151	12,7	241	38,3	199	30,0	128	18,5	78	18,4	37	8,8	22	4,9	10	20,4	6	12,0	1	2,3
32	15 - 18	615	55,8	772	68,1	890	74,8	321	51,0	422	63,7	525	75,8	273	64,5	316	75,1	335	74,0	21	42,9	34	68,0	30	68,2
33	18 - 21	124	11,3	94	8,3	126	10,6	55	8,7	34	5,1	30	4,3	59	13,9	54	12,8	85	18,8	10	20,4	6	12,0	11	25,0
34	21 - 24	16	1,5	13	1,1	14	1,2	3	0,5	2	0,3	6	0,9	7	1,7	9	2,1	6	1,3	6	12,2	2	4,0	2	4,5
35	24 - 27	11	1,0	6	0,5	5	0,4	5	0,8	1	0,2	1	0,1	4	0,9	4	1,0	4	0,9	2	4,1	1	2,0	-	-
36	27 - 30	5	0,5	2	0,2	-	-	4	0,6	1	0,2	-	-	1	0,2	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
37	30 - 35	2	0,2	2	0,2	3	0,3	1	0,2	1	0,2	3	0,4	1	0,2	-	-	-	-	-	-	1	2,0	-	-
38	35 und mehr	-	-	3	0,3	1	0,1	-	-	3	0,5	-	-	-	-	-	-	1	0,2	-	-	-	-	-	-
	Durchschnitt bei Dauerpflegeheimen [2)]																								
39	Pflegeklasse 1	37	-	39	-	40	-	35	-	37	-	38	-	38	-	40	-	41	-	41	-	43	-	44	-
40	Pflegeklasse 2	48	-	50	-	52	-	45	-	47	-	50	-	50	-	53	-	54	-	54	-	56	-	57	-
41	Pflegeklasse 3	61	-	63	-	65	-	57	-	59	-	61	-	63	-	66	-	67	-	69	-	70	-	71	-
42	durchschnittl. Pflegesatz aller Pflegeklassen	49	-	51	-	52	-	46	-	48	-	50	-	50	-	53	-	54	-	55	-	56	-	57	-
43	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	16	-	16	-	16	-	16	-	16	-	16	-	17	-	16	-	17	-	18	-	17	-	17	-

[1)] jeweils 15. Dezember [2)] Dauerpflege

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.3.2/2

Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003[1)] nach Art und durchschnittlicher Höhe der Vergütung

lfd. Nr.	Bundesland	Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege (in EUR je Person und Tag)				
		Pflege-klasse 1	Pflege-klasse 2	Pflege-klasse 3	Durchschnitt über alle Pflegeklassen	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
	A	B	C	D	E	F
1	Baden-Württemberg	46	58	73	59	19
2	Bayern	48	60	69	59	17
3	Berlin	45	62	74	60	16
4	Brandenburg	36	45	62	48	15
5	Bremen	35	56	71	54	22
6	Hamburg	42	58	76	59	22
7	Hessen	41	57	73	57	17
8	Mecklenburg-Vorpommern	34	45	59	46	15
9	**Niedersachsen**	**40**	**52**	**65**	**52**	**16**
10	Nordrhein-Westfalen	40	56	74	57	25
11	Rheinland-Pfalz	39	51	70	53	20
12	Saarland	37	52	69	53	19
13	Sachsen	33	42	57	44	14
14	Sachsen-Anhalt	36	48	56	47	16
15	Schleswig-Holstein	44	55	67	55	20
16	Thüringen	31	42	56	43	18
17	Bundesrepublik gesamt	41	55	69	55	19

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Statistisches Bundesamt; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.3.2/3

Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003[1)] nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) sowie nach Kapazitätsgrößen

lfd. Nr.	Art der Vergütung Vergütung von … bis unter … € pro Person und Tag	Pflegeheime insgesamt		davon in Pflegeheimen mit … bis … verfügbaren Plätzen 1-10		11-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-80		81-100		101-150		151-200		201-300		301 und mehr	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA
1	Pflegeheime insgesamt	1 190	100,00	20	1,68	104	8,74	135	11,34	149	12,52	122	10,25	114	9,58	190	15,97	154	12,94	148	12,44	40	3,36	11	0,92	3	0,25
2	Pflegeklasse 1																										
3	unter 20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4	20 - 25	5	0,42	2	10,00	1	0,96	1	0,74	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5	25 - 30	21	1,76	3	15,00	5	4,81	6	4,44	2	1,34	1	0,82	1	0,88	1	0,53	0	0,00	2	1,35	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6	30 - 35	168	14,12	4	20,00	34	32,69	28	20,74	27	18,12	18	14,75	19	16,67	21	11,05	10	6,49	4	2,70	1	2,50	2	18,18	0	0,00
7	35 - 45	865	72,69	8	40,00	55	52,88	91	67,41	103	69,13	89	72,95	83	72,81	139	73,16	131	85,06	125	84,46	33	82,50	6	54,55	2	66,67
8	45 - 55	95	7,98	0	0,00	4	3,85	6	4,44	13	8,72	8	6,56	9	7,89	26	13,68	12	7,79	11	7,43	4	10,00	2	18,18	0	0,00
9	55 - 65	26	2,18	2	10,00	4	3,85	3	2,22	2	1,34	4	3,28	2	1,75	2	1,05	1	0,65	4	2,70	1	2,50	1	9,09	0	0,00
10	65 und mehr	10	0,84	1	5,00	1	0,96	0	0,00	2	1,34	2	1,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,35	1	2,50	0	0,00	1	33,33
11	ohne Angabe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
12	Pflegeklasse 2																										
13	unter 20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
14	20 - 25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15	25 - 30	1	0,08	1	5,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
16	30 - 35	6	0,50	2	10,00	3	2,88	1	0,74	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
17	35 - 45	170	14,29	8	40,00	34	32,69	31	22,96	29	19,46	17	13,93	18	15,79	19	10,00	9	5,84	4	2,70	1	2,50	0	0,00	0	0,00
18	45 - 55	695	58,40	6	30,00	52	50,00	88	65,19	88	59,06	76	62,30	71	62,28	100	52,63	92	59,74	93	62,84	19	47,50	8	72,73	2	66,67
19	55 - 65	272	22,86	1	5,00	10	9,62	10	7,41	22	14,77	22	18,03	23	20,18	68	35,79	50	32,47	45	30,41	18	45,00	3	27,27	0	0,00
20	65 - 75	33	2,77	1	5,00	4	3,85	5	3,70	7	4,70	4	3,28	2	1,75	2	1,05	3	1,95	4	2,70	1	2,50	0	0,00	0	0,00
21	75 und mehr	12	1,01	1	5,00	1	0,96	0	0,00	3	2,01	3	2,46	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,35	1	2,50	0	0,00	1	33,33
22	ohne Angabe	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
23	Pflegeklasse 3																										
24	unter 45	5	0,42	3	15,00	1	0,96	1	0,74	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25	45 - 50	31	2,61	3	15,00	7	6,73	8	5,93	5	3,36	3	2,46	1	0,88	1	0,53	1	0,65	2	1,35	0	0,00	0	0,00	0	0,00
26	50 - 55	109	9,16	5	25,00	21	20,19	20	14,81	18	12,08	15	12,30	15	13,16	11	5,79	2	1,30	1	0,68	0	0,00	1	9,09	0	0,00
27	55 - 60	232	19,50	5	25,00	32	30,77	40	29,63	32	21,48	28	22,95	30	26,32	33	17,37	16	10,39	12	8,11	4	10,00	0	0,00	0	0,00
28	60 - 65	299	25,13	1	5,00	22	21,15	39	28,89	41	27,52	24	19,67	31	27,19	48	25,26	44	28,57	35	23,65	10	25,00	3	27,27	1	33,33
29	65 - 75	434	36,47	0	0,00	14	13,46	21	15,56	39	26,17	44	36,07	34	29,82	86	45,26	82	53,25	86	58,11	21	52,50	6	54,55	1	33,33
30	75 - 85	59	4,96	2	10,00	6	5,77	4	2,96	8	5,37	4	3,28	2	1,75	10	5,26	8	5,19	9	6,08	4	10,00	1	9,09	1	33,33
31	85 - 100	15	1,26	1	5,00	0	0,00	1	0,74	6	4,03	2	1,64	1	0,88	0	0,00	1	0,65	2	1,35	1	2,50	0	0,00	0	0,00
32	100 und mehr	5	0,42	0	0,00	1	0,96	1	0,74	0	0,00	2	1,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,68	0	0,00	0	0,00	0	0,00
33	ohne Angabe	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
34	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung																										
35	unter 15	151	12,69	12	60,00	41	39,42	31	22,96	17	11,41	18	14,75	6	5,26	12	6,32	8	5,19	4	2,70	1	2,50	1	9,09	0	0,00
36	15 - 18	890	74,79	8	40,00	53	50,96	97	71,85	119	79,87	94	77,05	99	86,84	148	77,89	115	74,68	117	79,05	32	80,00	6	54,55	2	66,67
37	18 - 21	126	10,59	0	0,00	8	7,69	5	3,70	11	7,38	8	6,56	7	6,14	24	12,63	28	18,18	25	16,89	7	17,50	3	27,27	0	0,00
38	21 - 24	14	1,18	0	0,00	0	0,00	1	0,74	1	0,67	2	1,64	2	1,75	2	1,05	3	1,95	2	1,35	0	0,00	0	0,00	1	33,33
39	24 - 27	5	0,42	0	0,00	1	0,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	2,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
40	27 - 30	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
41	30 - 35	3	0,25	0	0,00	1	0,96	1	0,74	1	0,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
42	35 und mehr	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,09	0	0,00
43	ohne Angabe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

I.3.3.2/4

Einfluss der Entwicklung der Ergebnisse der Begutachtung des MDKN bei der vollstationären Dauerpflege in den Jahren 1999 bis 2003[1)] auf die Erlössituation der Träger solcher Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen

lfd. Nr.	Jahr[1)]	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der vollstationären Dauerpflege in den Pflegestufen						durchschnittliche Vergütung in den Heimen der vollstationären Dauerpflege in den Pflegeklassen 1 bis 3 (in €)			Gesamterlös am Stichtag 15.12.	
		1		2		3						
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Pfkl 1	Pfkl 2	Pfkl 3	Gesamt in Mio €	Durchschnitt je Leistungsem-pfänger
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	1999	17 858	30,3	25 079	42,5	16 094	27,3	37	48	61	2,846	48,22
2		18 821 [2)]	31,9	25 356 [2)]	43,0	14 855 [2)]	25,2				2,820	47,76
3		20 094 [3)]	34,0	24 675 [3)]	41,8	14 262 [3)]	24,2				2,798	47,40
4	2001	20 177	31,9	27 183	43,0	15 925	25,2	39	50	63	3,149	49,76
5		19 144 [4)]	30,3	26 890 [4)]	42,5	17 251 [4)]	27,3				3,051 [5)]	48,22
6	2003	22 842	34,0	28 047	41,8	16 210	24,2	40	52	65	3,426	51,06
7		20 297 [4)]	30,3	28 510 [4)]	42,5	18 291 [4)]	27,3				3,235 [5)]	48,22

[1)] jeweils 15.12

[2)] Verteilung auf die Pflegestufen wie 2001

[3)] Verteilung auf die Pflegestufen wie 2003

[4)] Anz. bei Einstufung wie 1999

[5)] Erlös bei Preisen wie 1999

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I. 3.3.2/5

Pflegeplätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Niedersachsen 2005[1)]

lfd. Nr	Landkreis/kreisfreie Stadt	01.07.2005			01.07.2005			01.07.2005			01.07.2005		
		Unterkunft und Verpflegung €/Tag			Pflegesatz Stufe 1 €/Tag			Pflegesatz Stufe 2 €/Tag			Pflegesatz Stufe 3 €/Tag		
		Durchschnitt	höchster Betrag	niedrigster Betrag	Durchschnitt	höchster Betrag	niedrigster Betrag	Durchschnitt	höchster Betrag	niedrigster Betrag	Durchschnitt	höchster Betrag	niedrigster Betrag
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Braunschweig, Stadt	16,61	19,15	14,36	40,03	44,79	32,85	52,01	58,96	43,54	64,95	73,43	54,10
2	Gifhorn	16,30	19,12	11,82	37,29	45,01	29,10	48,78	57,47	37,83	62,46	76,49	51,86
3	Goslar	16,45	19,27	14,53	39,09	60,92	33,43	50,62	70,67	43,54	62,82	97,20	53,65
4	Göttingen, Landkreis	16,42	18,82	14,40	38,58	44,46	29,42	50,61	63,05	37,34	63,47	74,34	49,93
5	Göttingen, Stadt	17,31	19,23	16,04	44,59	80,92	37,55	58,11	94,79	48,76	71,14	108,71	60,90
6	Helmstedt	16,86	20,21	15,05	38,64	43,56	35,59	49,60	53,02	45,80	63,14	72,15	56,98
7	Northeim	16,54	18,22	14,39	38,41	43,89	21,52	50,19	58,19	37,24	62,49	72,68	50,99
8	Osterode am Harz	15,62	18,14	12,29	35,58	43,66	29,77	46,08	58,07	37,55	57,59	71,20	46,13
9	Peine	15,36	18,00	11,14	35,67	41,20	24,97	46,16	55,03	32,70	57,73	66,67	40,88
10	Salzgitter, Stadt	16,83	17,92	16,45	40,76	42,97	39,12	53,34	55,85	51,00	67,48	70,19	64,00
11	Wolfenbüttel	16,16	19,63	14,29	39,68	43,31	35,53	52,72	57,96	45,76	66,59	72,53	57,70
12	Wolfsburg, Stadt	17,54	17,87	17,07	40,18	45,81	33,39	54,04	59,27	49,70	68,75	75,70	65,31
13	Bezirk Braunschweig	**16,50**	**20,21**	**11,14**	**39,04**	**80,92**	**21,52**	**51,02**	**94,79**	**32,70**	**64,05**	**108,71**	**40,88**
14	Diepholz	15,56	17,90	12,20	37,39	46,63	30,97	48,83	66,02	39,12	60,51	88,03	47,11
15	Hameln-Pyrmont	16,67	19,20	14,94	41,72	56,29	33,06	54,12	62,16	43,99	66,65	75,27	54,92
16	Region Hannover	16,84	18,99	12,12	40,00	64,99	30,01	52,05	72,91	39,94	64,49	83,90	48,82
17	Hannover, Landeshauptstadt	17,15	17,15	17,15	41,58	41,58	41,58	54,34	54,34	54,34	67,15	67,15	67,15
18	Hildesheim	16,02	20,53	14,32	37,50	51,39	31,01	49,02	68,21	40,24	59,96	76,09	50,12
19	Holzminden	16,46	19,40	13,35	37,54	64,42	32,88	49,31	76,44	42,62	61,99	88,49	52,30
20	Nienburg (Weser)	16,52	24,97	14,90	39,35	55,87	29,11	51,04	67,05	37,84	62,99	78,22	52,39
21	Schaumburg	16,02	24,71	13,75	37,36	51,35	31,21	48,97	61,62	40,11	60,82	71,89	50,67
22	Bezirk Hannover	**16,41**	**24,97**	**12,12**	**39,05**	**64,99**	**29,11**	**50,96**	**76,44**	**37,84**	**63,07**	**88,49**	**47,11**
23	Celle	16,11	23,47	13,17	36,76	45,86	22,13	47,76	59,61	28,77	59,35	73,37	39,84
24	Cuxhaven	16,23	17,50	10,23	39,70	74,30	15,73	51,51	91,68	20,45	63,81	116,02	28,32
25	Harburg	16,54	18,83	14,34	39,54	46,60	33,57	51,62	60,53	43,60	64,27	75,97	54,49
26	Lüchow-Dannenberg	16,09	17,39	14,54	35,65	41,01	30,29	46,06	52,21	39,67	57,24	68,08	49,15
27	Lüneburg	14,94	16,66	12,71	35,68	48,54	30,63	46,93	75,25	38,97	58,27	104,28	47,35
28	Osterholz	16,09	16,22	15,93	39,57	39,96	39,23	51,53	53,24	50,51	63,53	66,56	61,59
29	Rotenburg (Wümme)	15,67	17,41	13,91	35,72	42,23	21,18	46,52	55,33	27,53	57,67	68,34	38,12
30	Soltau-Fallingbostel	16,74	21,20	15,83	39,13	47,12	35,43	51,48	60,95	46,61	63,82	72,41	57,58
31	Stade	15,99	18,26	12,19	38,27	41,28	32,73	50,45	54,84	42,91	62,87	68,40	53,04
32	Uelzen	16,08	18,37	13,67	35,54	49,03	29,21	47,02	65,89	37,76	57,85	82,79	46,44
33	Verden	15,62	17,04	11,62	37,90	42,41	34,60	49,50	56,26	44,76	61,16	70,15	54,99
34	Bezirk Lüneburg	**16,01**	**23,47**	**10,23**	**37,59**	**74,30**	**15,73**	**49,13**	**91,68**	**20,45**	**60,89**	**116,02**	**28,32**
35	Ammerland	15,17	19,52	12,69	35,37	41,77	26,49	46,43	55,60	35,14	58,68	69,50	50,78
36	Aurich	15,42	16,85	13,04	37,07	52,89	27,04	48,14	61,72	37,86	59,43	77,28	47,04
37	Cloppenburg	15,36	16,87	13,20	40,01	53,68	32,41	52,36	69,33	42,41	65,31	95,67	52,31
38	Delmenhorst, Stadt	15,34	15,90	14,79	40,52	41,55	39,26	53,06	54,66	50,28	67,65	69,82	63,74
39	Emden, Stadt	16,08	16,70	15,39	40,80	47,70	34,86	53,73	64,44	44,83	66,67	81,07	54,89
40	Emsland	15,75	17,43	12,42	40,41	45,39	35,53	53,19	60,23	45,89	66,20	75,10	56,22
41	Friesland	15,41	16,76	12,02	39,41	57,55	31,32	50,97	63,36	42,72	63,07	78,90	54,16
42	Grafschaft Bentheim	16,58	17,51	14,95	41,16	51,05	36,81	54,49	77,90	48,37	67,05	103,90	60,99
43	Leer	15,72	16,87	14,74	39,51	45,13	36,30	51,69	59,61	47,21	63,90	74,13	57,64
44	Oldenburg	14,71	16,51	10,50	37,83	51,80	31,65	49,65	70,27	42,73	61,38	89,02	51,08
45	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	15,89	24,13	13,38	38,85	56,42	30,33	51,00	67,71	38,50	63,53	78,99	46,92
46	Osnabrück	16,22	17,56	13,25	41,82	43,73	37,37	55,25	57,98	50,49	68,57	72,26	63,10
47	Osnabrück, Stadt	16,45	17,08	15,80	43,27	44,24	41,94	57,30	58,40	55,98	71,49	73,26	69,86
48	Vechta	15,57	17,06	14,00	40,25	46,29	31,95	53,03	60,85	41,81	66,29	75,30	51,57
49	Wesermarsch	15,40	22,07	12,38	37,40	58,57	26,38	48,47	70,28	33,16	59,63	82,00	39,98
50	Wilhelmshaven, Stadt	15,11	16,64	13,96	37,26	74,43	31,80	47,68	85,32	41,02	59,23	96,23	51,92
51	Wittmund	15,82	16,90	14,28	38,91	44,73	30,28	51,04	58,98	39,62	64,08	73,28	55,99
52	Bezirk Weser-Ems	**15,65**	**24,13**	**10,50**	**39,40**	**74,43**	**26,38**	**51,62**	**85,32**	**33,16**	**64,24**	**103,90**	**39,98**
53	kreisfreie Städte gesamt	**16,23**	**24,13**	**13,38**	**40,21**	**74,43**	**30,33**	**52,77**	**85,32**	**38,50**	**66,22**	**96,23**	**46,92**
54	Landkreise gesamt [2)]	15,99	24,97	10,23	38,45	80,92	15,73	50,24	94,79	20,45	62,47	116,02	28,32
55	Land Niedersachsen	16,07	24,97	10,23	38,83	80,92	15,73	50,78	94,79	20,45	63,22	116,02	28,32

[1)] jeweils 1. Juli 2005
[2)] ohne Region Hannover

Quelle: AOK Niedersachsen, unveröffentlicht; eigene Berechnung MS

I. 3.3.2/6

Investitionskosten vollstationärer Einrichtungen der Dauerpflege in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Niedersachsen 2001 bis 2005[1)]

lfd. Nr	Landkreis/kreisfreie Stadt	Investitionskosten €/Tag								
		01.01.2001			01.10.2003/01.07.2004			01.07.2005		
		Durchschnitt	höchster Betrag	niedrigster Betrag	Durchschnitt	höchster Betrag	niedrigster Betrag	Durchschnitt	höchster Betrag	niedrigster Betrag
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Braunschweig	10,71	23,68	3,96	12,04	22,43	4,91	13,61	25,11	5,58
2	Gifhorn	11,73	19,62	6,89	12,84	19,38	7,81	13,87	21,74	6,33
3	Goslar	13,35	13,35	6,74	15,14	27,04	5,64	15,95	27,04	6,64
4	Göttingen, Landkreis	13,09	25,30	4,20	15,84	29,02	6,30	16,22	29,02	6,45
5	Göttingen, Stadt	13,88	23,41	5,10	17,44	25,20	12,33	17,94	27,58	12,33
6	Helmstedt	12,84	23,72	7,03	14,57	23,98	7,49	15,02	23,98	7,86
7	Northeim	12,53	20,68	3,01	13,47	24,00	3,01	14,82	24,00	7,40
8	Osterode am Harz	13,16	25,55	7,18	15,44	25,25	8,70	15,29	25,25	8,97
9	Peine	11,12	23,49	3,18	13,98	22,25	4,98	14,74	22,25	6,05
10	Salzgitter	13,69	23,85	5,66	15,63	22,52	8,62	17,31	22,52	8,62
11	Wolfenbüttel	15,31	23,84	10,71	16,30	23,84	7,46	17,28	23,84	7,46
12	Wolfsburg	13,36	18,91	7,05	15,76	22,51	6,63	16,03	22,08	8,85
13	Reg.-Bez. Braunschweig	**12,90**	**25,55**	**3,01**	**14,87**	**29,02**	**3,01**	**15,67**	**29,02**	**5,58**
14	Diepholz	12,23	20,57	2,84	13,17	21,08	3,25	14,07	25,83	3,25
15	Hameln-Pyrmont	13,06	24,32	5,46	14,50	24,39	5,29	14,89	24,39	5,29
16	Region Hannover	14,69	27,81	5,62	16,23	28,23	6,16	17,09	32,23	6,16
17	Hannover, Landeshauptstadt	13,50	27,02	4,11	14,28	26,41	3,27	18,22	18,22	18,22
18	Hildesheim	12,29	21,23	5,28	14,11	21,98	6,84	15,50	23,50	7,08
19	Holzminden	12,79	21,03	3,69	16,54	22,78	7,35	17,14	22,78	8,96
20	Nienburg (Weser)	15,84	30,43	7,50	15,19	27,45	6,68	15,73	27,45	6,17
21	Schaumburg	10,04	18,43	6,00	13,18	26,20	5,31	12,82	20,49	6,20
22	Reg.-Bez. Hannover	**13,06**	**30,43**	**2,84**	**14,65**	**28,23**	**3,25**	**15,68**	**32,23**	**3,25**
23	Celle	13,67	25,19	6,95	15,01	25,19	7,66	15,87	27,98	8,85
24	Cuxhaven	11,88	24,71	5,12	13,28	22,56	4,38	13,99	23,05	3,73
25	Harburg	13,26	21,88	4,93	15,78	24,26	6,29	17,67	24,54	6,80
26	Lüchow-Dannenberg	10,64	17,38	6,54	11,43	19,94	6,54	11,90	19,50	7,50
27	Lüneburg	11,05	18,22	4,43	12,87	21,28	5,38	13,60	22,12	5,49
28	Osterholz	13,12	20,23	7,40	14,56	22,67	8,33	17,93	21,55	13,68
29	Rotenburg (Wümme)	12,29	19,09	6,65	14,77	21,37	6,03	15,86	22,94	6,85
30	Soltau-Fallingbostel	10,49	15,47	6,17	12,71	20,48	7,45	15,87	27,61	7,45
31	Stade	11,67	21,26	5,04	13,51	24,01	7,21	15,35	26,59	8,84
32	Uelzen	11,40	17,64	3,52	13,55	18,76	4,02	13,92	22,21	4,87
33	Verden	13,83	26,13	5,50	16,27	24,37	8,02	16,58	22,46	11,00
34	Reg.-Bez. Lüneburg	**12,12**	**26,13**	**3,52**	**13,98**	**25,19**	**4,02**	**15,32**	**27,98**	**3,73**
35	Ammerland	9,83	13,14	5,94	12,50	19,20	6,18	13,24	21,63	6,90
36	Aurich	15,23	22,06	6,70	16,34	21,90	7,40	15,53	22,16	8,06
37	Cloppenburg	12,64	22,05	6,55	13,86	20,70	6,37	13,36	20,70	6,49
38	Delmenhorst, Stadt	10,39	12,48	7,06	7,31	9,92	4,70	11,68	19,61	4,70
39	Emden	10,75	18,23	4,83	15,14	19,20	7,13	13,70	18,62	7,58
40	Emsland	10,18	22,56	3,42	11,59	21,03	3,42	11,02	21,91	3,42
41	Friesland	9,90	15,64	4,69	13,44	19,20	6,47	13,44	22,81	7,25
42	Grafschaft Bentheim	10,21	20,03	5,62	13,37	20,71	6,64	12,54	24,45	7,57
43	Leer	11,00	17,55	4,16	13,73	19,20	7,90	13,36	19,45	7,83
44	Oldenburg	11,28	18,66	7,10	13,31	20,32	6,34	14,26	23,42	6,04
45	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	13,54	27,43	4,55	16,04	27,32	8,07	17,27	27,32	9,70
46	Osnabrück	11,81	26,69	5,23	13,25	21,87	5,67	13,48	21,87	3,86
47	Osnabrück, Stadt	10,40	17,06	6,00	13,07	21,96	4,34	12,66	22,01	5,33
48	Vechta	11,57	17,34	7,32	14,83	19,20	10,69	14,02	19,24	10,69
49	Wesermarsch	11,92	24,44	6,70	13,48	19,20	7,59	14,17	20,85	7,44
50	Wilhelmshaven, Stadt	10,76	23,68	5,71	12,88	23,48	6,51	13,24	23,48	7,26
51	Wittmund	11,59	17,38	7,39	14,98	19,20	5,27	14,71	25,85	7,91
52	Reg.-Bez. Weser-Ems	**11,35**	**27,43**	**3,42**	**13,48**	**27,32**	**3,42**	**13,63**	**27,32**	**3,42**
53	kreisfreie Städte gesamt	**11,70**	**27,43**	**3,96**	**13,48**	**27,32**	**4,34**	**14,44**	**27,32**	**4,70**
54	Landkreise gesamt [2)]	**12,20**	**30,43**	**2,84**	**14,21**	**29,02**	**3,01**	**14,81**	**29,02**	**3,25**
55	**Land Niedersachsen tägl.**	**12,36**	**30,43**	**2,84**	**14,24**	**29,02**	**3,01**	**14,89**	**32,23**	**3,25**
56	**Land Niedersachsen monatl.**	**375,88**	**925,74**	**86,32**	**433,31**	**882,79**	**91,56**	**452,80**	**980,44**	**98,87**

[1)] jeweils 1. Juli 2005
[2)] ohne Region Hannover

Quelle: AOK Niedersachsen, unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.3.3

Pflegeheime mit Angebot der Tagespflege in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) sowie nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)

lfd. Nr.	Art der Vergütung Vergütung von ... bis unter ... EUR pro Person und Tag	Pflegeheime insgesamt			Davon in Pflegeheimen mit ... bis ... verfügbaren Plätzen											
					1 - 10			11 -20			21 - 30			31 und mehr		
		1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Pflegeheime insgesamt	111	102	98	11	8	8	38	38	37	4	6	4	58	50	49
	Pflegeklasse 1															
2	unter 20	6	5	-	-	1	-	4	3	-	-	-	-	2	1	-
3	20 - 25	17	13	10	1	-	1	5	6	4	2	2	2	9	5	3
4	25 - 30	49	39	32	6	3	3	13	15	9	2	1	2	28	20	18
5	30 - 35	20	20	24	-	1	3	11	5	8	-	2	-	9	12	13
6	35 - 45	17	23	25	4	3	1	3	7	12	-	1	-	10	12	12
7	45 - 55	2	1	5	-	-	-	2	1	3	-	-	-	-	-	2
8	55 - 65	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
9	65 und mehr	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Pflegeklasse 2													0		
10	unter 20	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
11	20 - 25	2	2	1	-	-	-	1	2	1	-	-	-	1	-	-
12	25 - 30	14	8	5	-	1	-	3	3	1	2	1	2	9	3	2
13	30 - 35	39	23	19	7	1	2	12	10	5	1	1	1	19	11	11
14	35 - 45	42	46	43	2	3	4	17	14	16	1	2	1	22	27	22
15	45 - 55	10	21	25	1	3	2	3	8	12	-	2	-	6	8	11
16	55 - 65	2	2	3	-	-	-	1	1	1	-	-	-	1	1	2
17	65 - 75	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
18	75 und mehr	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
19	ohne Angabe	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pflegeklasse 3															
20	unter 45	79	58	47	6	4	2	28	20	15	4	4	4	41	30	26
21	45 - 50	8	17	12	1	1	2	3	7	4	-	-	-	4	9	6
22	50- 55	12	12	14	1	1	2	4	7	8	-	-	-	7	4	4
23	55 - 60	5	6	12	1	-	2	1	1	3	-	1	-	3	4	7
24	60 - 65	4	6	7	1	1	-	2	2	4	-	1	-	1	2	3
25	65 - 75	2	3	2	-	1	-	-	1	1	-	-	-	2	1	1
26	75 - 85	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
27	85 - 100	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
28	100 und mehr	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
29	ohne Angabe	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung															
30	unter 15	61	60	60	8	6	6	18	23	26	2	4	3	33	27	25
31	15 - 18	31	22	23	2	2	2	13	6	6	2	2	1	14	12	14
32	18 - 21	16	9	5	1	-	-	6	6	3	-	-	-	9	3	2
33	21 - 24	3	10	9	-	-	-	1	2	2	-	-	-	2	8	7
34	24 - 27	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
35	27 - 30	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
36	30 und mehr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ø bei Tagespflegeheimen															
37	Pflegeklasse 1	29	32	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	Pflegeklasse 2	36	40	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	Pflegeklasse 3	44	48	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	durchschnittl. Pflegesatz aller Pflegeklasssen	37	40	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	15	14	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[1)] jeweils 15. Dezember.

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I.3.3.4

Pflegeheime mit Angebot der Kurzzeitpflege[2)] in Niedersachsen 1999 bis 2003[1)] nach Art und Höhe der Vergütung (Größenklassen) sowie nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)

lfd. Nr.	Art der Vergütung Vergütung von ... bis unter ... EUR pro Person und Tag	Pflegeheime insgesamt			Davon in Pflegeheimen mit ... bis ... verfügbaren Plätzen											
		1999	2001	2003	1 - 10			11 -20			21 - 30			31 und mehr		
					1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Pflegeheime insgesamt	69	65	47	7	8	5	19	18	16	6	4	6	37	35	20
	Pflegeklasse 1															
2	unter 20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	20 - 25	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
4	25 - 30	4	2	1	1	1	1	2	1	-	-	-	-	1	-	-
5	30 - 35	15	6	1	2	1	-	3	2	-	2	-	-	8	3	1
6	35 - 45	37	43	28	3	6	4	9	8	7	2	3	3	23	26	14
7	45 - 55	7	11	12	-	-	-	4	5	6	1	-	2	2	6	4
8	55 - 65	5	3	3	1	-	-	1	2	2	1	1	-	2	-	1
9	65 und mehr	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
	Pflegeklasse 2															
10	unter 30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	30 - 35	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
12	35 - 45	21	9	3	5	4	2	5	3	-	2	-	-	9	2	1
13	45 - 55	30	34	19	1	2	2	8	8	5	2	3	3	19	21	9
14	55 - 65	10	19	19	-	2	1	3	4	7	1	1	2	6	12	9
15	65 - 75	4	2	3	-	-	-	1	2	2	1	-	-	2	-	1
16	75 und mehr	2	1	3	1	-	-	1	1	2	-	-	1	-	-	-
	Pflegeklasse 3															
17	unter 45	5	1	-	1	1	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-
18	45 - 50	6	4	1	2	3	1	3	1	-	-	-	-	1	-	-
19	50- 55	8	4	4	2	-	1	4	2	1	1	-	1	1	2	1
20	55 - 60	12	13	7	1	1	1	2	5	3	-	1	2	9	6	1
21	60 - 65	13	13	5	-	1	1	2	1	2	1	1	-	10	10	2
22	65 - 75	17	23	21	-	1	-	3	5	5	2	2	1	12	15	15
23	75 - 85	5	5	5	-	1	1	1	2	2	1	-	1	3	2	1
24	85 - 100	2	1	3	1	-	-	1	1	2	-	-	1	-	-	-
25	100 und mehr	1	1	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-
	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung															
26	unter 15	16	12	3	3	4	-	6	6	2	2	1	1	5	1	-
27	15 - 18	35	41	31	3	4	5	5	7	8	1	2	4	26	28	14
28	18 - 21	10	9	8	-	-	-	3	2	3	2	1	-	5	6	5
29	21 - 24	5	2	3	-	-	-	3	2	2	1	-	1	1	-	-
30	24 - 27	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	27 - 30	1	1	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-
32	30 - 35	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
33	35 und mehr	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Durchschnitt bei Kurzzeitpflegeheimen															
34	Pflegeklasse 1	44	43	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35	Pflegeklasse 2	55	53	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	Pflegeklasse 3	67	66	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37	Durchschnittlicher Pflegesatz aller Pflegeklasssen	55	54	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	19	17	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[1)] jeweils 15. Dezember.
[2)] nur solche, in denen spezielle Plätze für die Kurzzeitpflege vorgehalten werden.

Quelle: Statistisches Landesamt Niedersachsen; Pflegestatistik 1999, 2001, 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

I 3.6
Regionale Gliederung in Niedersachsen der Anbieter zusätzlicher Betreuungsleistungen gem. § 45b, Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB XI

Lfd. Nr.	Gebiet	Anzahl der Anbieter
	A	B
1	Ammerland	3
2	Aurich	5
3	Braunschweig, Stadt	8
4	Celle	8
5	Cloppenburg	1
6	Cuxhaven	3
7	Delmenhorst, Stadt	3
8	Diepholz	17
9	Emden, Stadt	2
10	Emsland	15
11	Friesland	0
12	Gifhorn	5
13	Goslar	7
14	Göttingen	6
15	Grafschaft Bentheim	5
16	Hameln-Pyrmont	16
17	Harburg	9
18	Helmstedt	3
19	Hildesheim	10
20	Holzminden	3
21	Leer	3
22	Lüchow-Dannenberg	3
23	Lüneburg	3
24	Nienburg (Weser)	6
25	Northeim	4
26	Oldenburg, Stadt	12
27	Oldenburg	6
28	Osnabrück, Stadt	7
29	Osnabrück	14
30	Osterholz	1
31	Osterode am Harz	3
32	Peine	3
33	Region Hannover	42
34	dar. Landeshauptstadt Hannover	22
35	Rotenburg (Wümme)	9
36	Salzgitter, Stadt	3
37	Schaumburg	7
38	Soltau-Fallingbostel	4
39	Stade	1
40	Uelzen	6
41	Vechta	5
42	Verden	1
43	Wesermarsch	2
44	Wilhelmshaven, Stadt	2
45	Wittmund	1
46	Wolfenbüttel	5
47	Wolfsburg, Stadt	2
48	Bezirk Hannover	101
49	Bezirk Braunschweig	49
50	Bezirk Lüneburg	48
51	Bezirk Weser-Ems	86
52	Kreisfreie Städte	39
53	Landkreise	203
54	Niedersachsen	284

Quelle: Eigene Erhebung des MS

II. 1.1/1

Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 1999[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren	Pflegebedürftige 1999			Einwohner am 31.12.1999			Quoten 1999 (in %)		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	unter 15	5 115	3 700	8 815	675 352	638 896	1 314 248	0,76	0,58	0,67
2	15 - 16	341	218	559	42 726	39 778	82 504	0,80	0,55	0,68
3	16 - 17	313	220	533	42 882	40 690	83 572	0,73	0,54	0,64
4	17 - 18	281	217	498	43 971	41 865	85 836	0,64	0,52	0,58
5	18 - 19	271	213	484	44 250	42 252	86 502	0,61	0,50	0,56
6	19 - 20	231	192	423	44 344	42 732	87 076	0,52	0,45	0,49
7	20 - 21	200	136	336	42 762	41 220	83 982	0,47	0,33	0,40
8	21 - 22	207	126	333	42 737	41 115	83 852	0,48	0,31	0,40
9	22 - 23	182	153	335	42 741	41 392	84 133	0,43	0,37	0,40
10	23 - 24	174	152	326	43 558	42 407	85 965	0,40	0,36	0,38
11	24 - 25	192	137	329	42 708	41 513	84 221	0,45	0,33	0,39
12	25 - 26	170	117	287	44 127	43 068	87 195	0,39	0,27	0,33
13	26 - 27	160	135	295	45 256	44 202	89 458	0,35	0,31	0,33
14	27 - 28	180	152	332	50 518	48 747	99 265	0,36	0,31	0,33
15	28 - 29	203	150	353	55 655	53 924	109 579	0,36	0,28	0,32
16	29 - 30	214	178	392	59 180	56 694	115 874	0,36	0,31	0,34
17	30 - 31	226	189	415	64 461	61 644	126 105	0,35	0,31	0,33
18	31 - 32	259	192	451	68 010	64 334	132 344	0,38	0,30	0,34
19	32 - 33	289	233	522	69 217	66 438	135 655	0,42	0,35	0,38
20	33 - 34	259	257	516	71 363	67 160	138 523	0,36	0,38	0,37
21	34 - 35	260	210	470	71 571	66 470	138 041	0,36	0,32	0,34
22	35 - 36	260	215	475	71 409	67 179	138 588	0,36	0,32	0,34
23	36 - 37	247	224	471	70 605	66 672	137 277	0,35	0,34	0,34
24	37 - 38	264	250	514	68 028	64 942	132 970	0,39	0,38	0,39
25	38 - 39	255	245	500	67 520	64 208	131 728	0,38	0,38	0,38
26	39 - 40	306	255	561	65 427	62 342	127 769	0,47	0,41	0,44
27	40 - 41	251	210	461	63 071	60 357	123 428	0,40	0,35	0,37
28	41 - 42	255	226	481	59 913	57 203	117 116	0,43	0,40	0,41
29	42 - 43	264	253	517	58 873	56 867	115 740	0,45	0,44	0,45
30	43 - 44	248	262	510	57 339	54 787	112 126	0,43	0,48	0,45
31	44 - 45	247	219	466	55 119	52 664	107 783	0,45	0,42	0,43
32	45 - 46	270	230	500	53 731	52 676	106 407	0,50	0,44	0,47
33	46 - 47	238	253	491	52 282	50 926	103 208	0,46	0,50	0,48
34	47 - 48	297	281	578	53 282	51 649	104 931	0,56	0,54	0,55
35	48 - 49	288	270	558	52 835	51 062	103 897	0,55	0,53	0,54
36	49 - 50	347	303	650	53 898	51 547	105 445	0,64	0,59	0,62
37	50 - 51	367	315	682	53 320	50 815	104 135	0,69	0,62	0,65
38	51 - 52	325	351	676	49 835	47 538	97 373	0,65	0,74	0,69
39	52 - 53	333	326	659	45 434	44 260	89 694	0,73	0,74	0,73
40	53 - 54	338	325	663	43 034	42 094	85 128	0,79	0,77	0,78
41	54 - 55	329	279	608	34 377	33 384	67 761	0,96	0,84	0,90
42	55 - 56	408	425	833	45 394	45 511	90 905	0,90	0,93	0,92
43	56 - 57	483	390	873	48 090	46 597	94 687	1,00	0,84	0,92
44	57 - 58	527	492	1 019	47 150	45 655	92 805	1,12	1,08	1,10
45	58 - 59	700	616	1 316	57 228	56 105	113 333	1,22	1,10	1,16
46	59 - 60	828	745	1 573	60 017	59 601	119 618	1,38	1,25	1,32
47	60 - 61	889	790	1 679	58 614	59 021	117 635	1,52	1,34	1,43
48	61 - 62	942	826	1 768	56 379	56 653	113 032	1,67	1,46	1,56
49	62 - 63	1 006	879	1 885	52 259	52 465	104 724	1,93	1,68	1,80
50	63 - 64	1 116	909	2 025	49 669	51 498	101 167	2,25	1,77	2,00
51	64 - 65	1 146	1 034	2 180	47 520	49 620	97 140	2,41	2,08	2,24
52	65 - 66	1 157	1 080	2 237	43 512	46 246	89 758	2,66	2,34	2,49
53	66 - 67	1 000	963	1 963	33 564	37 107	70 671	2,98	2,60	2,78
54	67 - 68	1 159	1 113	2 272	33 380	37 852	71 232	3,47	2,94	3,19
55	68 - 69	1 212	1 136	2 348	33 616	38 697	72 313	3,61	2,94	3,25

II. 1.1/1
Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 1999[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 1999			Einwohner am 31.12.1999			Quoten 1999 (in %)		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
56	69 - 70	1 322	1 484	2 806	34 571	41 287	75 858	3,82	3,59	3,70
57	70 - 71	1 445	1 619	3 064	33 053	39 817	72 870	4,37	4,07	4,20
58	71 - 72	1 547	1 899	3 446	33 117	40 077	73 194	4,67	4,74	4,71
59	72 - 73	1 465	1 964	3 429	29 773	39 192	68 965	4,92	5,01	4,97
60	73 - 74	1 504	2 378	3 882	26 732	39 452	66 184	5,63	6,03	5,87
61	74 - 75	1 578	2 817	4 395	24 913	40 589	65 502	6,33	6,94	6,71
62	75 - 76	1 537	3 156	4 693	21 087	38 378	59 465	7,29	8,22	7,89
63	76 - 77	1 626	3 457	5 083	19 345	36 889	56 234	8,41	9,37	9,04
64	77 - 78	1 811	4 154	5 965	19 635	37 540	57 175	9,22	11,07	10,43
65	78 - 79	1 913	4 935	6 848	18 803	38 299	57 102	10,17	12,89	11,99
66	79 - 80	2 063	5 485	7 548	16 874	35 959	52 833	12,23	15,25	14,29
67	80 - 81	1 608	4 628	6 236	11 914	26 322	38 236	13,50	17,58	16,31
68	81 - 82	1 138	3 459	4 597	7 092	16 329	23 421	16,05	21,18	19,63
69	82 - 83	1 098	3 638	4 736	6 498	14 833	21 331	16,90	24,53	22,20
70	83 - 84	1 281	4 380	5 661	6 267	15 759	22 026	20,44	27,79	25,70
71	84 - 85	1 571	5 975	7 546	7 212	18 905	26 117	21,78	31,61	28,89
72	85 - 86	2 003	7 853	9 856	8 136	22 163	30 299	24,62	35,43	32,53
73	86 - 87	1 878	7 810	9 688	6 973	19 842	26 815	26,93	39,36	36,13
74	87 - 88	1 794	7 858	9 652	6 026	17 794	23 820	29,77	44,16	40,52
75	88 - 89	1 623	6 960	8 583	4 701	14 188	18 889	34,52	49,06	45,44
76	89 - 90	1 483	6 620	8 103	3 897	12 254	16 151	38,05	54,02	50,17
77	90 und älter	5 133	26 311	31 444	11 902	38 917	50 819	43,13	67,61	61,87
	Altersgruppen									
78	unter 15	5 115	3 700	8 815	675 352	638 896	1 314 248	0,76	0,58	0,67
79	15 - 40	5 944	4 766	10 710	1 375 026	1 312 988	2 688 014	0,43	0,36	0,40
80	40 - 65	12 442	11 209	23 651	1 308 663	1 280 555	2 589 218	0,95	0,88	0,91
81	65 - 80	22 339	37 640	59 979	421 975	587 381	1 009 356	5,29	6,41	5,94
82	80 und älter	20 610	85 492	106 102	80 618	217 306	297 924	25,57	39,34	35,61
83	65 bis 85	29 035	59 720	88 755	460 958	679 529	1 140 487	6,30	8,79	7,78
84	85 und älter	13 914	63 412	77 326	41 635	125 158	166 793	33,42	50,67	46,36
85	Insgesamt	66 450	142 807	209 257	3 861 634	4 037 126	7 898 760	**1,72**	**3,54**	**2,65**

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 1999; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

II. 1.1/2

Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2001[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren	Pflegebedürftige 2001			Einwohner am 31.12.2001			Quoten 2001 (in %)		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	unter 15	4 997	3 685	8 682	673 446	637 764	1 311 210	0,74	0,58	0,66
2	15 - 16	323	270	593	45 813	42 859	88 672	0,71	0,63	0,67
3	16 - 17	322	225	547	43 369	41 592	84 961	0,74	0,54	0,64
4	17 - 18	334	207	541	43 527	40 505	84 032	0,77	0,51	0,64
5	18 - 19	272	220	492	43 743	41 593	85 336	0,62	0,53	0,58
6	19 - 20	212	185	397	44 861	43 249	88 110	0,47	0,43	0,45
7	20 - 21	225	171	396	45 169	43 861	89 030	0,50	0,39	0,44
8	21 - 22	212	168	380	45 118	44 171	89 289	0,47	0,38	0,43
9	22 - 23	180	130	310	43 631	42 581	86 212	0,41	0,31	0,36
10	23 - 24	202	118	320	43 738	42 132	85 870	0,46	0,28	0,37
11	24 - 25	149	148	297	43 652	42 440	86 092	0,34	0,35	0,34
12	25 - 26	176	142	318	44 068	42 865	86 933	0,40	0,33	0,37
13	26 - 27	177	141	318	43 056	41 642	84 698	0,41	0,34	0,38
14	27 - 28	159	131	290	44 207	43 161	87 368	0,36	0,30	0,33
15	28 - 29	163	133	296	45 405	44 234	89 639	0,36	0,30	0,33
16	29 - 30	180	168	348	50 273	48 923	99 196	0,36	0,34	0,35
17	30 - 31	205	166	371	55 404	54 090	109 494	0,37	0,31	0,34
18	31 - 32	222	180	402	58 947	57 099	116 046	0,38	0,32	0,35
19	32 - 33	222	187	409	64 469	61 996	126 465	0,34	0,30	0,32
20	33 - 34	250	192	442	67 889	64 852	132 741	0,37	0,30	0,33
21	34 - 35	266	229	495	69 330	66 987	136 317	0,38	0,34	0,36
22	35 - 36	254	247	501	71 535	67 734	139 269	0,36	0,36	0,36
23	36 - 37	258	221	479	71 582	67 087	138 669	0,36	0,33	0,35
24	37 - 38	284	232	516	71 546	67 696	139 242	0,40	0,34	0,37
25	38 - 39	240	240	480	71 010	67 177	138 187	0,34	0,36	0,35
26	39 - 40	276	252	528	68 264	65 495	133 759	0,40	0,38	0,39
27	40 - 41	250	250	500	67 740	64 798	132 538	0,37	0,39	0,38
28	41 - 42	298	262	560	65 526	62 885	128 411	0,45	0,42	0,44
29	42 - 43	256	229	485	63 152	60 845	123 997	0,41	0,38	0,39
30	43 - 44	263	235	498	60 058	57 595	117 653	0,44	0,41	0,42
31	44 - 45	296	258	554	58 951	57 219	116 170	0,50	0,45	0,48
32	45 - 46	248	289	537	57 381	55 139	112 520	0,43	0,52	0,48
33	46 - 47	262	253	515	55 135	53 001	108 136	0,48	0,48	0,48
34	47 - 48	286	282	568	53 771	53 029	106 800	0,53	0,53	0,53
35	48 - 49	267	273	540	52 161	51 123	103 284	0,51	0,53	0,52
36	49 - 50	320	305	625	53 137	51 844	104 981	0,60	0,59	0,60
37	50 - 51	336	303	639	52 685	51 177	103 862	0,64	0,59	0,62
38	51 - 52	409	351	760	53 626	51 683	105 309	0,76	0,68	0,72
39	52 - 53	405	380	785	53 014	50 877	103 891	0,76	0,75	0,76
40	53 - 54	382	380	762	49 498	47 513	97 011	0,77	0,80	0,79
41	54 - 55	394	341	735	45 058	44 280	89 338	0,87	0,77	0,82
42	55 - 56	379	384	763	42 565	42 022	84 587	0,89	0,91	0,90
43	56 - 57	348	303	651	33 973	33 317	67 290	1,02	0,91	0,97
44	57 - 58	493	504	997	44 901	45 416	90 317	1,10	1,11	1,10
45	58 - 59	563	497	1 060	47 474	46 430	93 904	1,19	1,07	1,13
46	59 - 60	593	522	1 115	46 485	45 515	92 000	1,28	1,15	1,21
47	60 - 61	817	701	1 518	56 353	56 051	112 404	1,45	1,25	1,35
48	61 - 62	947	874	1 821	59 011	59 303	118 314	1,60	1,47	1,54
49	62 - 63	1 040	916	1 956	57 571	58 667	116 238	1,81	1,56	1,68
50	63 - 64	1 099	932	2 031	55 124	56 309	111 433	1,99	1,66	1,82
51	64 - 65	1 167	988	2 155	50 983	52 126	103 109	2,29	1,90	2,09
52	65 - 66	1 225	1 061	2 286	48 244	51 010	99 254	2,54	2,08	2,30
53	66 - 67	1 323	1 223	2 546	45 895	48 853	94 748	2,88	2,50	2,69
54	67 - 68	1 268	1 254	2 522	41 866	45 535	87 401	3,03	2,75	2,89
55	68 - 69	1 163	1 156	2 319	32 112	36 369	68 481	3,62	3,18	3,39

II. 1.1/2
Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2001[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 2001			Einwohner am 31.12.2001			Quoten 2001 (in %)		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
56	69 - 70	1 212	1 368	2 580	31 814	37 076	68 890	3,81	3,69	3,75
57	70 - 71	1 366	1 455	2 821	31 857	37 825	69 682	4,29	3,85	4,05
58	71 - 72	1 545	1 805	3 350	32 582	40 192	72 774	4,74	4,49	4,60
59	72 - 73	1 637	1 991	3 628	30 987	38 668	69 655	5,28	5,15	5,21
60	73 - 74	1 782	2 254	4 036	30 841	38 788	69 629	5,78	5,81	5,80
61	74 - 75	1 640	2 556	4 196	27 559	37 639	65 198	5,95	6,79	6,44
62	75 - 76	1 631	2 981	4 612	24 513	37 726	62 239	6,65	7,90	7,41
63	76 - 77	1 781	3 661	5 442	22 547	38 628	61 175	7,90	9,48	8,90
64	77 - 78	1 758	3 981	5 739	19 062	36 238	55 300	9,22	10,99	10,38
65	78 - 79	1 816	4 380	6 196	17 290	34 478	51 768	10,50	12,70	11,97
66	79 - 80	1 969	5 235	7 204	17 192	34 830	52 022	11,45	15,03	13,85
67	80 - 81	2 051	6 185	8 236	16 287	35 044	51 331	12,59	17,65	16,04
68	81 - 82	2 277	6 749	9 026	14 341	32 565	46 906	15,88	20,72	19,24
69	82 - 83	1 675	5 460	7 135	9 934	23 541	33 475	16,86	23,19	21,31
70	83 - 84	1 117	4 041	5 158	5 785	14 409	20 194	19,31	28,04	25,54
71	84 - 85	1 092	4 094	5 186	5 234	12 803	18 037	20,86	31,98	28,75
72	85 - 86	1 241	4 677	5 918	4 972	13 310	18 282	24,96	35,14	32,37
73	86 - 87	1 503	6 266	7 769	5 533	15 606	21 139	27,16	40,15	36,75
74	87 - 88	1 889	7 871	9 760	6 040	17 874	23 914	31,27	44,04	40,81
75	88 - 89	1 676	7 639	9 315	4 961	15 577	20 538	33,78	49,04	45,35
76	89 - 90	1 574	7 376	8 950	4 206	13 550	17 756	37,42	54,44	50,41
77	90 und älter	5 616	29 280	34 896	13 269	43 025	56 294	42,32	68,05	61,99
	Altersgruppen									
78	unter 15	4 997	3 685	8 682	673 446	637 764	1 311 210	0,74	0,58	0,66
79	15 - 40	5 763	4 703	10 466	1 339 606	1 286 021	2 625 627	0,43	0,37	0,40
80	40 - 65	12 118	11 012	23 130	1 335 333	1 308 164	2 643 497	0,91	0,84	0,87
81	65 - 80	23 116	36 361	59 477	454 361	593 855	1 048 216	5,09	6,12	5,67
82	80 und älter	21 711	89 638	111 349	90 562	237 304	327 866	23,97	37,77	33,96
83	65 bis 85	31 328	62 890	94 218	505 942	712 217	1 218 159	6,19	8,83	7,73
84	85 und älter	13 499	63 109	76 608	38 981	118 942	157 923	34,63	53,06	48,51
85	Insgesamt	67 705	145 399	213 104	3 893 308	4 063 108	7 956 416	**1,74**	**3,58**	**2,68**

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2001; unveröffentlicht;
eigene Berechnungen MS

II. 1.1/3

Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2003[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 2003			Einwohner am 31.12.2003			Quoten 2003 (in %)		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	unter 15	4 393	3 125	7 518	657 792	624 478	1 282 270	0,67	0,50	0,59
2	15 - 16	304	236	540	48 643	45 702	94 345	0,62	0,52	0,57
3	16 - 17	264	216	480	46 928	44 089	91 017	0,56	0,49	0,53
4	17 - 18	261	197	458	46 354	43 310	89 664	0,56	0,45	0,51
5	18 - 19	259	166	425	43 993	42 263	86 256	0,59	0,39	0,49
6	19 - 20	243	171	414	44 177	41 486	85 663	0,55	0,41	0,48
7	20 - 21	230	177	407	44 353	42 681	87 034	0,52	0,41	0,47
8	21 - 22	184	165	349	45 387	44 406	89 793	0,41	0,37	0,39
9	22 - 23	205	150	355	45 834	44 801	90 635	0,45	0,33	0,39
10	23 - 24	176	162	338	45 815	45 260	91 075	0,38	0,36	0,37
11	24 - 25	167	122	289	44 428	43 220	87 648	0,38	0,28	0,33
12	25 - 26	183	110	293	44 290	42 975	87 265	0,41	0,26	0,34
13	26 - 27	156	130	286	44 166	42 659	86 825	0,35	0,30	0,33
14	27 - 28	172	144	316	44 281	43 091	87 372	0,39	0,33	0,36
15	28 - 29	167	141	308	43 360	41 982	85 342	0,39	0,34	0,36
16	29 - 30	156	118	274	44 236	43 459	87 695	0,35	0,27	0,31
17	30 - 31	155	121	276	45 409	44 637	90 046	0,34	0,27	0,31
18	31 - 32	172	162	334	50 434	49 316	99 750	0,34	0,33	0,33
19	32 - 33	208	156	364	55 461	54 622	110 083	0,38	0,29	0,33
20	33 - 34	210	168	378	59 174	57 674	116 848	0,35	0,29	0,32
21	34 - 35	223	200	423	64 569	62 449	127 018	0,35	0,32	0,33
22	35 - 36	243	191	434	68 063	65 178	133 241	0,36	0,29	0,33
23	36 - 37	269	238	507	69 499	67 371	136 870	0,39	0,35	0,37
24	37 - 38	249	250	499	71 808	68 198	140 006	0,35	0,37	0,36
25	38 - 39	262	226	488	71 704	67 436	139 140	0,37	0,34	0,35
26	39 - 40	280	237	517	71 630	67 913	139 543	0,39	0,35	0,37
27	40 - 41	256	238	494	71 180	67 548	138 728	0,36	0,35	0,36
28	41 - 42	289	262	551	68 325	65 927	134 252	0,42	0,40	0,41
29	42 - 43	301	292	593	67 697	65 081	132 778	0,44	0,45	0,45
30	43 - 44	316	280	596	65 578	63 236	128 814	0,48	0,44	0,46
31	44 - 45	286	246	532	63 161	61 148	124 309	0,45	0,40	0,43
32	45 - 46	287	265	552	60 147	57 851	117 998	0,48	0,46	0,47
33	46 - 47	309	289	598	58 791	57 345	116 136	0,53	0,50	0,51
34	47 - 48	293	326	619	57 243	55 285	112 528	0,51	0,59	0,55
35	48 - 49	283	274	557	54 929	53 137	108 066	0,52	0,52	0,52
36	49 - 50	320	316	636	53 562	53 075	106 637	0,60	0,60	0,60
37	50 - 51	315	312	627	51 960	51 201	103 161	0,61	0,61	0,61
38	51 - 52	387	355	742	52 889	51 939	104 828	0,73	0,68	0,71
39	52 - 53	364	361	725	52 413	51 280	103 693	0,69	0,70	0,70
40	53 - 54	468	403	871	53 226	51 673	104 899	0,88	0,78	0,83
41	54 - 55	471	431	902	52 609	51 034	103 643	0,90	0,84	0,87
42	55 - 56	438	421	859	49 080	47 613	96 693	0,89	0,88	0,89
43	56 - 57	475	389	864	44 622	44 247	88 869	1,06	0,88	0,97
44	57 - 58	465	439	904	42 102	41 867	83 969	1,10	1,05	1,08
45	58 - 59	428	354	782	33 505	33 242	66 747	1,28	1,06	1,17
46	59 - 60	615	576	1 191	44 358	45 165	89 523	1,39	1,28	1,33
47	60 - 61	647	576	1 223	46 661	46 230	92 891	1,39	1,25	1,32
48	61 - 62	736	612	1 348	45 638	45 376	91 014	1,61	1,35	1,48
49	62 - 63	1 004	799	1 803	55 277	55 793	111 070	1,82	1,43	1,62
50	63 - 64	1 161	1 017	2 178	57 700	58 938	116 638	2,01	1,73	1,87
51	64 - 65	1 234	1 059	2 293	56 269	58 137	114 406	2,19	1,82	2,00
52	65 - 66	1 370	1 111	2 481	53 695	55 827	109 522	2,55	1,99	2,27
53	66 - 67	1 389	1 197	2 586	49 453	51 488	100 941	2,81	2,32	2,56
54	67 - 68	1 402	1 282	2 684	46 613	50 248	96 861	3,01	2,55	2,77
55	68 - 69	1 508	1 395	2 903	44 051	47 949	92 000	3,42	2,91	3,16

II. 1.1/3
Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2003[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 2003			Einwohner am 31.12.2003			Quoten 2003 (in %)		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
56	69 - 70	1 531	1 568	3 099	40 055	44 600	84 655	3,82	3,52	3,66
57	70 - 71	1 302	1 439	2 741	30 489	35 553	66 042	4,27	4,05	4,15
58	71 - 72	1 445	1 682	3 127	30 001	36 153	66 154	4,82	4,65	4,73
59	72 - 73	1 639	1 870	3 509	29 936	36 774	66 710	5,48	5,09	5,26
60	73 - 74	1 726	2 336	4 062	30 354	38 986	69 340	5,69	5,99	5,86
61	74 - 75	1 847	2 581	4 428	28 732	37 276	66 008	6,43	6,92	6,71
62	75 - 76	2 012	2 976	4 988	28 278	37 270	65 548	7,12	7,98	7,61
63	76 - 77	1 959	3 265	5 224	25 104	35 871	60 975	7,80	9,10	8,57
64	77 - 78	1 927	3 896	5 823	22 147	35 707	57 854	8,70	10,91	10,06
65	78 - 79	2 068	4 659	6 727	20 158	36 313	56 471	10,26	12,83	11,91
66	79 - 80	1 970	5 090	7 060	16 889	33 697	50 586	11,66	15,11	13,96
67	80 - 81	1 996	5 730	7 726	15 008	31 849	46 857	13,30	17,99	16,49
68	81 - 82	2 231	6 565	8 796	14 708	31 766	46 474	15,17	20,67	18,93
69	82 - 83	2 269	7 528	9 797	13 774	31 352	45 126	16,47	24,01	21,71
70	83 - 84	2 304	7 983	10 287	11 798	28 595	40 393	19,53	27,92	25,47
71	84 - 85	1 731	6 446	8 177	8 018	20 453	28 471	21,59	31,52	28,72
72	85 - 86	1 156	4 416	5 572	4 583	12 161	16 744	25,22	36,31	33,28
73	86 - 87	1 092	4 343	5 435	4 054	10 648	14 702	26,94	40,79	36,97
74	87 - 88	1 128	4 830	5 958	3 673	10 843	14 516	30,71	44,54	41,04
75	88 - 89	1 337	6 067	7 404	3 990	12 177	16 167	33,51	49,82	45,80
76	89 - 90	1 563	7 447	9 010	4 150	13 514	17 664	37,66	55,11	51,01
77	90 und älter	6 160	32 289	38 449	14 792	47 108	61 900	41,64	68,54	62,11
	Altersgruppen									
78	unter 15	4 393	3 125	7 518	657 792	624 478	1 282 270	0,67	0,50	0,59
79	15 - 40	5 398	4 354	9 752	1 303 996	1 256 178	2 560 174	0,41	0,35	0,38
80	40 - 65	12 148	10 892	23 040	1 358 922	1 333 368	2 692 290	0,89	0,82	0,86
81	65 - 80	25 095	36 347	61 442	495 955	613 712	1 109 667	5,06	5,92	5,54
82	80 und älter	22 967	93 644	116 611	98 548	250 466	349 014	23,31	37,39	33,41
83	65 bis 85	35 626	70 599	106 225	559 261	757 727	1 316 988	6,37	9,32	8,07
84	85 und älter	12 436	59 392	71 828	35 242	106 451	141 693	35,29	55,79	50,69
85	Insgesamt	70 001	148 362	218 363	3 915 213	4 078 202	7 993 415	**1,79**	**3,64**	**2,73**

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

II. 1.1/4

Altersspezifische Pflegequoten 2001 und 2003 in Niedersachsen im Vergleich

lfd. Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Quoten 2003 (in %)			Quoten 2001 (in %)			Veränderung von 2003 zu 2001		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G		H	I
1	unter 15	0,67	0,50	0,59	0,74	0,58	0,66	-0,07	-0,08	-0,08
2	15 - 16	0,62	0,52	0,57	0,71	0,63	0,67	-0,08	-0,11	-0,10
3	16 - 17	0,56	0,49	0,53	0,74	0,54	0,64	-0,18	-0,05	-0,12
4	17 - 18	0,56	0,45	0,51	0,77	0,51	0,64	-0,20	-0,06	-0,13
5	18 - 19	0,59	0,39	0,49	0,62	0,53	0,58	-0,03	-0,14	-0,08
6	19 - 20	0,55	0,41	0,48	0,47	0,43	0,45	0,08	-0,02	0,03
7	20 - 21	0,52	0,41	0,47	0,50	0,39	0,44	0,02	0,02	0,02
8	21 - 22	0,41	0,37	0,39	0,47	0,38	0,43	-0,06	-0,01	-0,04
9	22 - 23	0,45	0,33	0,39	0,41	0,31	0,36	0,03	0,03	0,03
10	23 - 24	0,38	0,36	0,37	0,46	0,28	0,37	-0,08	0,08	0,00
11	24 - 25	0,38	0,28	0,33	0,34	0,35	0,34	0,03	-0,07	-0,02
12	25 - 26	0,41	0,26	0,34	0,40	0,33	0,37	0,01	-0,08	-0,03
13	26 - 27	0,35	0,30	0,33	0,41	0,34	0,38	-0,06	-0,03	-0,05
14	27 - 28	0,39	0,33	0,36	0,36	0,30	0,33	0,03	0,03	0,03
15	28 - 29	0,39	0,34	0,36	0,36	0,30	0,33	0,03	0,04	0,03
16	29 - 30	0,35	0,27	0,31	0,36	0,34	0,35	-0,01	-0,07	-0,04
17	30 - 31	0,34	0,27	0,31	0,37	0,31	0,34	-0,03	-0,04	-0,03
18	31 - 32	0,34	0,33	0,33	0,38	0,32	0,35	-0,04	0,01	-0,01
19	32 - 33	0,38	0,29	0,33	0,34	0,30	0,32	0,03	-0,02	0,01
20	33 - 34	0,35	0,29	0,32	0,37	0,30	0,33	-0,01	0,00	-0,01
21	34 - 35	0,35	0,32	0,33	0,38	0,34	0,36	-0,04	-0,02	-0,03
22	35 - 36	0,36	0,29	0,33	0,36	0,36	0,36	0,00	-0,07	-0,03
23	36 - 37	0,39	0,35	0,37	0,36	0,33	0,35	0,03	0,02	0,02
24	37 - 38	0,35	0,37	0,36	0,40	0,34	0,37	-0,05	0,02	-0,01
25	38 - 39	0,37	0,34	0,35	0,34	0,36	0,35	0,03	-0,02	0,00
26	39 - 40	0,39	0,35	0,37	0,40	0,38	0,39	-0,01	-0,04	-0,02
27	40 - 41	0,36	0,35	0,36	0,37	0,39	0,38	-0,01	-0,03	-0,02
28	41 - 42	0,42	0,40	0,41	0,45	0,42	0,44	-0,03	-0,02	-0,03
29	42 - 43	0,44	0,45	0,45	0,41	0,38	0,39	0,04	0,07	0,06
30	43 - 44	0,48	0,44	0,46	0,44	0,41	0,42	0,04	0,03	0,04
31	44 - 45	0,45	0,40	0,43	0,50	0,45	0,48	-0,05	-0,05	-0,05
32	45 - 46	0,48	0,46	0,47	0,43	0,52	0,48	0,04	-0,07	-0,01
33	46 - 47	0,53	0,50	0,51	0,48	0,48	0,48	0,05	0,03	0,04
34	47 - 48	0,51	0,59	0,55	0,53	0,53	0,53	-0,02	0,06	0,02
35	48 - 49	0,52	0,52	0,52	0,51	0,53	0,52	0,00	-0,02	-0,01
36	49 - 50	0,60	0,60	0,60	0,60	0,59	0,60	0,00	0,01	0,00
37	50 - 51	0,61	0,61	0,61	0,64	0,59	0,62	-0,03	0,02	-0,01
38	51 - 52	0,73	0,68	0,71	0,76	0,68	0,72	-0,03	0,00	-0,01
39	52 - 53	0,69	0,70	0,70	0,76	0,75	0,76	-0,07	-0,04	-0,06
40	53 - 54	0,88	0,78	0,83	0,77	0,80	0,79	0,11	-0,02	0,04
41	54 - 55	0,90	0,84	0,87	0,87	0,77	0,82	0,02	0,07	0,05
42	55 - 56	0,89	0,88	0,89	0,89	0,91	0,90	0,00	-0,03	-0,01
43	56 - 57	1,06	0,88	0,97	1,02	0,91	0,97	0,04	-0,03	0,00
44	57 - 58	1,10	1,05	1,08	1,10	1,11	1,10	0,01	-0,06	-0,03
45	58 - 59	1,28	1,06	1,17	1,19	1,07	1,13	0,09	-0,01	0,04
46	59 - 60	1,39	1,28	1,33	1,28	1,15	1,21	0,11	0,13	0,12
47	60 - 61	1,39	1,25	1,32	1,45	1,25	1,35	-0,06	0,00	-0,03
48	61 - 62	1,61	1,35	1,48	1,60	1,47	1,54	0,01	-0,13	-0,06
49	62 - 63	1,82	1,43	1,62	1,81	1,56	1,68	0,01	-0,13	-0,06
50	63 - 64	2,01	1,73	1,87	1,99	1,66	1,82	0,02	0,07	0,04
51	64 - 65	2,19	1,82	2,00	2,29	1,90	2,09	-0,10	-0,07	-0,09
52	65 - 66	2,55	1,99	2,27	2,54	2,08	2,30	0,01	-0,09	-0,04
53	66 - 67	2,81	2,32	2,56	2,88	2,50	2,69	-0,07	-0,18	-0,13
54	67 - 68	3,01	2,55	2,77	3,03	2,75	2,89	-0,02	-0,20	-0,11
55	68 - 69	3,42	2,91	3,16	3,62	3,18	3,39	-0,20	-0,27	-0,23
56	69 - 70	3,82	3,52	3,66	3,81	3,69	3,75	0,01	-0,17	-0,08
57	70 - 71	4,27	4,05	4,15	4,29	3,85	4,05	-0,02	0,20	0,10
58	71 - 72	4,82	4,65	4,73	4,74	4,49	4,60	0,07	0,16	0,12
59	72 - 73	5,48	5,09	5,26	5,28	5,15	5,21	0,19	-0,06	0,05
60	73 - 74	5,69	5,99	5,86	5,78	5,81	5,80	-0,09	0,18	0,06
61	74 - 75	6,43	6,92	6,71	5,95	6,79	6,44	0,48	0,13	0,27
62	75 - 76	7,12	7,98	7,61	6,65	7,90	7,41	0,46	0,08	0,20
63	76 - 77	7,80	9,10	8,57	7,90	9,48	8,90	-0,10	-0,38	-0,33
64	77 - 78	8,70	10,91	10,06	9,22	10,99	10,38	**-0,52**	-0,07	-0,31
65	78 - 79	10,26	12,83	11,91	10,50	12,70	11,97	-0,24	0,13	-0,06
66	79 - 80	11,66	15,11	13,96	11,45	15,03	13,85	0,21	0,08	0,11
67	80 - 81	13,30	17,99	16,49	12,59	17,65	16,04	0,71	0,34	0,44
68	81 - 82	15,17	20,67	18,93	15,88	20,72	19,24	**-0,71**	-0,06	-0,32
69	82 - 83	16,47	24,01	21,71	16,86	23,19	21,31	-0,39	0,82	0,40
70	83 - 84	19,53	27,92	25,47	19,31	28,04	25,54	0,22	-0,13	-0,07
71	84 - 85	21,59	31,52	28,72	20,86	31,98	28,75	0,73	-0,46	-0,03
72	85 - 86	25,22	36,31	33,28	24,96	35,14	32,37	0,26	1,17	0,91
73	86 - 87	26,94	40,79	36,97	27,16	40,15	36,75	-0,23	0,64	0,22
74	87 - 88	30,71	44,54	41,04	31,27	44,04	40,81	**-0,56**	0,51	0,23
75	88 - 89	33,51	49,82	45,80	33,78	49,04	45,35	-0,27	0,78	0,44
76	89 - 90	37,66	55,11	51,01	37,42	54,44	50,41	0,24	0,67	0,60
77	90 und älter	41,64	68,54	62,11	42,32	68,05	61,99	**-0,68**	0,49	0,13
	Altersgruppen									
78	unter 15	0,67	0,50	0,59	0,74	0,58	0,66	-0,07	-0,08	-0,08
79	15 - 40	0,41	0,35	0,38	0,43	0,37	0,40	-0,02	-0,02	-0,02
80	40 - 65	0,89	0,82	0,86	0,91	0,84	0,87	-0,01	-0,02	-0,02
81	65 - 80	5,06	5,92	5,54	5,09	6,12	5,67	-0,03	-0,20	-0,14
82	80 und älter	23,31	37,39	33,41	23,97	37,77	33,96	-0,67	-0,39	-0,55
83	65 bis 85	6,37	9,32	8,07	6,19	8,83	7,73	0,18	0,49	0,33
84	85 und älter	35,29	55,79	50,69	34,63	53,06	48,51	0,66	2,73	2,18
85	Insgesamt	**1,79**	**3,64**	**2,73**	**1,74**	**3,58**	**2,68**	**0,05**	**0,06**	**0,05**

[1)] jeweils 15. Dezember

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2001 und 2003; unveröffentlicht; eigene Berechnungen MS

II. 1.1/5

Regionale Pflegequoten nach Altersgruppen 2003[1)] in den Landkreisen, kreisfreien Städten, der Region Hannover, den ehemaligen Regierungsbezirken und Niedersachsen

lfd. Nr	Gebiet	Pflegequote 2003					
		0 - unter 15 Jahre	15 - unter 40 Jahre	40 - unter 65 Jahre	65 - unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Gesamt
	A	B	C	D	E	F	G
1	Braunschweig, Stadt	0,57	0,25	0,72	4,86	30,33	2,73
2	Gifhorn	0,68	0,38	0,84	5,82	34,87	2,37
3	Goslar	0,68	0,50	1,28	5,68	31,02	3,57
4	Göttingen	0,41	0,27	0,75	5,71	34,66	2,57
5	Helmstedt	0,82	0,46	1,06	5,47	33,44	3,09
6	Northeim	0,57	0,45	0,95	6,55	38,35	3,61
7	Osterode am Harz	0,42	0,54	1,70	7,06	35,14	4,12
8	Peine	0,56	0,35	0,90	6,09	36,87	2,96
9	Salzgitter, Stadt	0,65	0,33	1,03	7,20	40,32	3,53
10	Wolfenbüttel	0,52	0,39	0,77	5,12	31,17	2,59
11	Wolfsburg, Stadt	0,56	0,43	0,79	4,55	30,96	2,56
12	Bezirk Braunschweig	**0,58**	**0,37**	**0,93**	**5,74**	**33,86**	**2,96**
13	Diepholz	0,52	0,42	0,89	5,21	34,17	2,67
14	Hameln-Pyrmont	0,77	0,35	0,98	5,78	31,60	3,32
15	Region Hannover	0,57	0,32	0,76	4,69	29,53	2,45
16	Hannover, Landeshauptstadt	0,64	0,31	0,84	4,72	26,76	2,52
17	Hildesheim	0,55	0,45	1,01	6,41	36,54	3,31
18	Holzminden	0,52	0,39	0,94	5,01	31,74	3,12
19	Nienburg (Weser)	0,63	0,48	0,87	6,10	32,86	2,88
20	Schaumburg	0,69	0,38	0,95	5,80	35,11	3,24
21	Bezirk Hannover	**0,59**	**0,36**	**0,85**	**5,25**	**31,85**	**2,76**
22	Celle	0,50	0,38	0,95	6,18	37,16	3,17
23	Cuxhaven	0,46	0,42	0,81	5,89	34,61	3,03
24	Harburg	0,82	0,40	0,59	4,28	32,95	2,28
25	Lüchow-Dannenberg	0,51	0,49	1,29	5,74	32,56	3,42
26	Lüneburg	0,85	0,36	0,86	5,93	33,97	2,70
27	Osterholz	0,58	0,27	0,86	6,39	42,51	2,95
28	Rotenburg (Wümme)	0,58	0,37	0,72	5,34	32,04	2,40
29	Soltau-Fallingbostel	0,55	0,30	0,79	4,90	31,95	2,53
30	Stade	0,50	0,30	0,68	4,71	31,47	2,19
31	Uelzen	0,56	0,27	0,85	4,67	28,14	2,76
32	Verden	0,54	0,28	0,68	5,52	33,85	2,44
33	Bezirk Lüneburg	**0,60**	**0,35**	**0,78**	**5,36**	**33,72**	**2,65**
34	Ammerland	0,52	0,32	0,69	4,55	30,24	2,20
35	Aurich	0,69	0,56	1,26	6,89	40,34	3,20
36	Cloppenburg	0,64	0,48	0,98	7,01	41,25	2,59
37	Delmenhorst, Stadt	0,48	0,34	0,79	4,57	29,90	2,22
38	Emden, Stadt	0,73	0,36	0,91	5,87	32,67	2,89
39	Emsland	0,68	0,60	1,20	8,55	45,01	3,15
40	Friesland	0,67	0,37	0,81	4,84	32,57	2,65
41	Grafschaft Bentheim	0,56	0,51	0,88	6,34	35,22	2,70
42	Leer	0,66	0,42	0,88	5,18	31,57	2,36
43	Oldenburg	0,47	0,40	0,66	5,07	38,35	2,44
44	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	0,71	0,39	0,76	5,24	30,45	2,56
45	Osnabrück	0,47	0,38	0,62	4,83	32,13	2,27
46	Osnabrück, Stadt	0,39	0,28	0,56	3,77	26,32	2,09
47	Vechta	0,51	0,43	0,84	7,41	43,98	2,64
48	Wesermarsch	0,59	0,36	0,99	6,00	34,07	2,89
49	Wilhelmshaven, Stadt	0,59	0,27	0,85	4,60	28,54	2,79
50	Wittmund	0,50	0,43	0,91	5,23	30,42	2,44
51	Bezirk Weser-Ems	**0,58**	**0,43**	**0,86**	**5,79**	**34,50**	**2,60**
52	kreisfreie Städte gesamt	**0,88**	**0,32**	**0,77**	**4,98**	**30,71**	**2,64**
53	Landkreise gesamt [2)]	**0,64**	**0,41**	**0,89**	**6,36**	**37,85**	**2,80**
54	**Land Niedersachsen**	**0,59**	**0,38**	**0,86**	**5,54**	**33,41**	**2,73**

[1)] Stand: 31.12.; Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerung
[2)] ohne Region Hannover
Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; eigene Berechnung MS

II. 1.2/1
Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen bis 2020

Lfd Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Bevölkerung 2003			Bevölkerungsvorausschätzung 2010			Bevölkerungsvorausschätzung 2020		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	unter 15	657 792	624 478	1 282 270	599 576	572 453	1 172 029	543 315	521 391	1 064 706
2	15 - 16	48 643	45 702	94 345	45 605	43 683	89 288	39 515	38 013	77 528
3	16 - 17	46 928	44 089	91 017	48 021	45 294	93 315	39 500	37 949	77 449
4	17 - 18	46 354	43 310	89 664	48 297	46 124	94 421	41 306	39 596	80 902
5	18 - 19	43 993	42 263	86 256	49 253	46 879	96 132	42 697	41 093	83 790
6	19 - 20	44 177	41 486	85 663	51 008	48 356	99 364	45 448	42 996	88 444
7	20 - 21	44 353	42 681	87 034	49 611	47 102	96 713	45 984	43 881	89 865
8	21 - 22	45 387	44 406	89 793	50 684	48 233	98 917	47 657	45 852	93 509
9	22 - 23	45 834	44 801	90 635	48 991	46 929	95 920	49 273	48 062	97 335
10	23 - 24	45 815	45 260	91 075	48 550	46 438	94 988	48 874	47 296	96 170
11	24 - 25	44 428	43 220	87 648	46 299	45 486	91 785	47 703	46 787	94 490
12	25 - 26	44 290	42 975	87 265	46 501	44 571	91 072	48 873	47 783	96 656
13	26 - 27	44 166	42 659	86 825	46 503	45 420	91 923	51 292	49 444	100 736
14	27 - 28	44 281	43 091	87 372	47 319	46 590	93 909	51 475	50 061	101 536
15	28 - 29	43 360	41 982	85 342	47 590	46 613	94 203	52 182	50 683	102 865
16	29 - 30	44 236	43 459	87 695	47 267	46 588	93 855	53 717	51 772	105 489
17	30 - 31	45 409	44 637	90 046	45 402	44 276	89 678	51 884	50 073	101 957
18	31 - 32	50 434	49 316	99 750	44 909	43 875	88 784	52 609	50 835	103 444
19	32 - 33	55 461	54 622	110 083	44 581	43 555	88 136	50 743	49 268	100 011
20	33 - 34	59 174	57 674	116 848	44 617	44 183	88 800	49 987	48 466	98 453
21	34 - 35	64 569	62 449	127 018	43 671	43 197	86 868	47 389	47 380	94 769
22	35 - 36	68 063	65 178	133 241	44 520	44 829	89 349	47 324	46 339	93 663
23	36 - 37	69 499	67 371	136 870	45 870	46 058	91 928	47 216	47 114	94 330
24	37 - 38	71 808	68 198	140 006	50 908	50 721	101 629	47 901	48 428	96 329
25	38 - 39	71 704	67 436	139 140	55 911	55 955	111 866	48 142	48 504	96 646
26	39 - 40	71 630	67 913	139 543	59 649	58 902	118 551	47 846	48 561	96 407
27	40 - 41	71 180	67 548	138 728	65 012	63 607	128 619	46 144	46 324	92 468
28	41 - 42	68 325	65 927	134 252	68 462	66 299	134 761	45 718	45 952	91 670
29	42 - 43	67 697	65 081	132 778	69 823	68 448	138 271	45 440	45 556	90 996
30	43 - 44	65 578	63 236	128 814	72 049	69 201	141 250	45 396	46 097	91 493
31	44 - 45	63 161	61 148	124 309	71 889	68 382	140 271	44 468	45 041	89 509
32	45 - 46	60 147	57 851	117 998	71 684	68 827	140 511	45 251	46 563	91 814
33	46 - 47	58 791	57 345	116 136	71 075	68 333	139 408	46 429	47 676	94 105
34	47 - 48	57 243	55 285	112 528	68 082	66 577	134 659	51 238	52 159	103 397
35	48 - 49	54 929	53 137	108 066	67 258	65 636	132 894	55 947	57 186	113 133
36	49 - 50	53 562	53 075	106 637	65 049	63 676	128 725	59 351	59 947	119 298
37	50 - 51	51 960	51 201	103 161	62 487	61 436	123 923	64 283	64 360	128 643
38	51 - 52	52 889	51 939	104 828	59 338	58 078	117 416	67 318	66 804	134 122
39	52 - 53	52 413	51 280	103 693	57 826	57 478	115 304	68 310	68 706	137 016
40	53 - 54	53 226	51 673	104 899	56 195	55 348	111 543	70 183	69 241	139 424
41	54 - 55	52 609	51 034	103 643	53 800	53 095	106 895	69 674	68 165	137 839
42	55 - 56	49 080	47 613	96 693	52 289	52 987	105 276	69 100	68 422	137 522
43	56 - 57	44 622	44 247	88 869	50 547	51 103	101 650	68 123	67 787	135 910
44	57 - 58	42 102	41 867	83 969	51 226	51 646	102 872	64 943	65 829	130 772
45	58 - 59	33 505	33 242	66 747	50 552	50 869	101 421	63 763	64 668	128 431
46	59 - 60	44 358	45 165	89 523	51 030	51 136	102 166	61 243	62 589	123 832
47	60 - 61	46 661	46 230	92 891	50 170	50 420	100 590	58 417	60 219	118 636
48	61 - 62	45 638	45 376	91 014	46 628	46 987	93 615	55 102	56 820	111 922
49	62 - 63	55 277	55 793	111 070	42 272	43 594	85 866	53 344	56 056	109 400
50	63 - 64	57 700	58 938	116 638	39 739	41 286	81 025	51 444	53 874	105 318
51	64 - 65	56 269	58 137	114 406	31 611	32 920	64 531	48 868	51 600	100 468
52	65 - 66	53 695	55 827	109 522	41 442	44 242	85 684	47 130	51 195	98 325
53	66 - 67	49 453	51 488	100 941	43 184	45 091	88 275	45 051	49 098	94 149
54	67 - 68	46 613	50 248	96 861	41 859	44 029	85 888	45 085	49 354	94 439
55	68 - 69	44 051	47 949	92 000	50 035	53 614	103 649	43 922	48 260	92 182
56	69 - 70	40 055	44 600	84 655	51 539	56 118	107 657	43 662	48 060	91 722
57	70 - 71	30 489	35 553	66 042	49 478	54 787	104 265	42 098	46 882	88 980
58	71 - 72	30 001	36 153	66 154	46 359	52 152	98 511	38 330	43 188	81 518
59	72 - 73	29 936	36 774	66 710	41 965	47 619	89 584	33 952	39 562	73 514
60	73 - 74	30 354	38 986	69 340	38 830	45 981	84 811	31 102	36 926	68 028
61	74 - 75	28 732	37 276	66 008	35 969	43 373	79 342	24 122	28 999	53 121
62	75 - 76	28 278	37 270	65 548	32 031	39 837	71 868	30 495	38 059	68 554
63	76 - 77	25 104	35 871	60 975	23 929	31 346	55 275	30 781	37 940	68 721
64	77 - 78	22 147	35 707	57 854	23 050	31 334	54 384	28 836	36 168	65 004
65	78 - 79	20 158	36 313	56 471	22 447	31 257	53 704	33 115	42 804	75 919
66	79 - 80	16 889	33 697	50 586	22 046	32 330	54 376	32 607	43 453	76 060
67	80 - 81	15 008	31 849	46 857	20 110	30 110	50 220	29 825	40 997	70 822

II. 1.2/1
Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen bis 2020

Lfd Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Bevölkerung 2003			Bevölkerungsvorausschätzung 2010			Bevölkerungsvorausschätzung 2020		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	E	F	G	H	I	J	K	L	M
68	81 - 82	14 708	31 766	46 474	19 089	29 260	48 349	26 586	37 551	64 137
69	82 - 83	13 774	31 352	45 126	16 372	27 397	43 769	22 944	33 003	55 947
70	83 - 84	11 798	28 595	40 393	13 938	26 415	40 353	20 172	30 467	50 639
71	84 - 85	8 018	20 453	28 471	12 221	25 929	38 150	17 652	27 343	44 995
72	85 - 86	4 583	12 161	16 744	9 662	22 827	32 489	14 480	23 424	37 904
73	86 - 87	4 054	10 648	14 702	7 968	20 087	28 055	9 767	16 866	26 633
74	87 - 88	3 673	10 843	14 516	7 160	18 619	25 779	8 381	15 334	23 715
75	88 - 89	3 990	12 177	16 167	6 102	16 945	23 047	7 257	13 831	21 088
76	89 - 90	4 150	13 514	17 664	4 803	14 264	19 067	6 407	12 912	19 319
77	90 und älter	14 792	47 108	61 900	11 668	37 683	49 351	21 625	50 501	72 126
78	**Insgesamt**	**3 915 213**	**4 078 202**	**7 993 415**	**3 940 462**	**4 092 325**	**8 032 787**	**3 894 733**	**4 067 445**	**7 962 178**
79	unter 15	657 792	624 478	1 282 270	599 576	572 453	1 172 029	543 315	521 391	1 064 706
80	15 - 40	1 303 996	1 256 178	2 560 174	1 201 537	1 169 857	2 371 394	1 196 537	1 166 236	2 362 773
81	40 - 65	1 358 922	1 333 368	2 692 290	1 446 093	1 427 369	2 873 462	1 419 497	1 437 641	2 857 138
82	65 - 80	495 955	613 712	1 109 667	564 163	653 110	1 217 273	550 288	639 948	1 190 236
83	80 und älter	98 548	250 466	349 014	129 093	269 536	398 629	185 096	302 229	487 325

Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020;
Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

II. 1.2/2

Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen von 2003 bis 2050[1)] (Variante 5)

lfd. Nr.		Bevölkerung je 1 000 Einwohnern																	
	Alter in Jahren	Bevölkerung 2003			Bevölkerung 2010			Bevölkerung 2020			Bevölkerung 2030			Bevölkerung 2040			Bevölkerung 2050		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	unter 15	657,8	624,5	1282,3	597,5	566,8	1164,3	562,2	532,5	1 094,7	569,3	538,7	1 108,0	529,0	500,5	1 029,5	502,3	474,7	977,0
2	15 - 16	48,6	45,7	94,3	45,5	43,5	89,0	39,0	37,0	76,0	38,8	36,8	75,6	39,1	37,0	76,1	35,3	33,4	68,7
3	16 - 17	46,9	44,1	91,0	46,7	44,8	91,5	40,2	38,2	78,4	38,9	36,9	75,8	39,6	37,6	77,2	35,9	34,1	70,0
4	17 - 18	46,4	43,3	89,7	49,3	46,8	96,1	41,6	39,7	81,3	38,9	37,0	75,9	40,1	38,1	78,2	36,6	34,8	71,4
5	18 - 19	44,0	42,3	86,3	49,7	47,8	97,5	42,4	40,5	82,9	39,0	37,1	76,1	40,5	38,5	79,0	37,4	35,5	72,9
6	19 - 20	44,2	41,5	85,7	50,7	48,7	99,4	43,5	42,2	85,7	39,1	37,3	76,4	40,8	38,9	79,7	38,1	36,3	74,4
7	20 - 21	44,4	42,7	87,0	52,7	50,3	103,0	47,0	44,8	91,8	39,6	37,9	77,5	41,4	39,5	80,9	39,1	37,3	76,4
8	21 - 22	45,4	44,4	89,8	51,2	49,0	100,2	47,9	45,8	93,7	40,2	38,5	78,7	42,0	40,2	82,2	40,2	38,4	78,6
9	22 - 23	45,8	44,8	90,6	52,7	50,1	102,8	49,8	47,6	97,4	40,9	39,3	80,2	42,6	40,8	83,4	41,2	39,5	80,7
10	23 - 24	45,8	45,3	91,1	51,1	48,6	99,7	51,8	50,1	101,9	41,8	40,2	82,0	43,0	41,3	84,3	42,2	40,5	82,7
11	24 - 25	44,4	43,2	87,6	50,4	47,6	98,0	51,6	49,2	100,8	42,8	41,2	84,0	43,5	41,7	85,2	43,2	41,5	84,7
12	25 - 26	44,3	43,0	87,3	47,9	46,1	94,0	50,6	48,7	99,3	44,0	42,5	86,5	43,8	42,2	86,0	44,1	42,4	86,5
13	26 - 27	44,2	42,7	86,8	47,9	44,6	92,5	51,9	50,0	101,9	45,6	44,0	89,6	44,2	42,6	86,8	45,0	43,3	88,3
14	27 - 28	44,3	43,1	87,4	47,9	45,1	93,0	54,6	52,1	106,7	47,3	45,8	93,1	44,6	43,0	87,6	45,8	44,1	89,9
15	28 - 29	43,4	42,0	85,3	49,1	46,9	96,0	55,1	53,1	108,2	48,3	46,9	95,2	45,0	43,5	88,5	46,5	44,9	91,4
16	29 - 30	44,2	43,5	87,7	49,4	47,5	96,9	56,3	53,9	110,2	49,8	48,9	98,7	45,4	44,0	89,4	47,1	45,5	92,6
17	30 - 31	45,4	44,6	90,0	48,8	47,4	96,2	57,7	55,1	112,8	52,8	51,0	103,8	45,4	44,0	89,4	47,2	45,7	92,9
18	31 - 32	50,4	49,3	99,8	46,7	45,4	92,1	55,7	53,4	109,1	53,1	51,4	104,5	45,4	44,2	89,6	47,2	45,8	93,0
19	32 - 33	55,5	54,6	110,1	46,3	44,5	90,8	56,6	54,0	110,6	54,4	52,7	107,1	45,6	44,4	90,0	47,2	45,9	93,1
20	33 - 34	59,2	57,7	116,8	45,6	44,5	90,1	54,5	52,1	106,6	55,9	54,7	110,6	45,9	44,8	90,7	47,2	45,9	93,1
21	34 - 35	64,6	62,4	127,0	45,5	44,5	90,0	53,2	50,7	103,9	55,1	53,3	108,4	46,4	45,3	91,7	47,0	45,8	92,8
22	35 - 36	68,1	65,2	133,2	43,9	42,9	86,8	50,2	48,8	99,0	53,6	52,3	105,9	47,1	46,1	93,2	46,9	45,8	92,7
23	36 - 37	69,5	67,4	136,9	44,5	44,2	88,7	49,6	46,8	96,4	54,3	53,1	107,4	48,0	47,1	95,1	46,7	45,7	92,4
24	37 - 38	71,8	68,2	140,0	45,2	45,1	90,3	49,0	46,9	95,9	56,4	54,6	111,0	49,2	48,3	97,5	46,5	45,6	92,1
25	38 - 39	71,7	67,4	139,1	49,8	49,6	99,4	49,6	48,3	97,9	56,4	55,1	111,5	49,7	48,9	98,6	46,4	45,5	91,9
26	39 - 40	71,6	67,9	139,5	54,8	54,7	109,5	49,3	48,4	97,7	57,0	55,4	112,4	50,6	50,4	101,0	46,2	45,5	91,7
27	40 - 41	71,2	67,5	138,7	58,3	57,7	116,0	48,7	48,3	97,0	58,2	56,4	114,6	53,4	52,3	105,7	46,1	45,4	91,5
28	41 - 42	68,3	65,9	134,3	63,8	62,5	126,3	46,7	46,3	93,0	56,1	54,6	110,7	53,6	52,7	106,3	46,0	45,4	91,4
29	42 - 43	67,7	65,1	132,8	67,2	65,3	132,5	46,2	45,4	91,6	56,9	55,1	112,0	54,8	53,8	108,6	46,1	45,5	91,6
30	43 - 44	65,6	63,2	128,8	68,6	67,4	136,0	45,6	45,3	90,9	54,6	53,1	107,7	56,1	55,6	111,7	46,3	45,8	92,1
31	44 - 45	63,2	61,1	124,3	70,7	68,2	138,9	45,4	45,3	90,7	53,2	51,5	104,7	55,2	54,0	109,2	46,6	46,2	92,8
32	45 - 46	60,1	57,9	118,0	70,8	67,5	138,3	43,8	43,7	87,5	50,1	49,4	99,5	53,5	53,0	106,5	47,1	46,8	93,9
33	46 - 47	58,8	57,3	116,1	70,9	68,2	139,1	44,4	44,9	89,3	49,4	47,4	96,8	54,0	53,5	107,5	47,9	47,6	95,5
34	47 - 48	57,2	55,3	112,5	70,5	67,7	138,2	45,0	45,7	90,7	48,6	47,3	95,9	55,9	54,9	110,8	48,9	48,7	97,6
35	48 - 49	54,9	53,1	108,1	67,7	65,9	133,6	49,4	50,1	99,5	49,0	48,5	97,5	55,7	55,2	110,9	49,2	49,1	98,3
36	49 - 50	53,6	53,1	106,6	67,0	65,1	132,1	54,2	55,1	109,3	48,6	48,5	97,1	56,1	55,4	111,5	49,9	50,4	100,3
37	50 - 51	52,0	51,2	103,2	64,6	63,1	127,7	57,5	57,8	115,3	47,8	48,2	96,0	57,2	56,3	113,5	52,5	52,3	104,8
38	51 - 52	52,9	51,9	104,8	62,1	61,0	123,1	62,6	62,5	125,1	45,6	46,1	91,7	54,9	54,3	109,2	52,6	52,5	105,1
39	52 - 53	52,4	51,3	103,7	58,9	57,7	116,6	65,7	65,2	130,9	45,1	45,1	90,2	55,5	54,7	110,2	53,6	53,5	107,1
40	53 - 54	53,2	51,7	104,9	57,6	57,2	114,8	66,9	67,1	134,0	44,3	44,9	89,2	53,2	52,6	105,8	54,7	55,2	109,9
41	54 - 55	52,6	51,0	103,6	55,9	55,0	110,9	68,7	67,6	136,3	43,9	44,8	88,7	51,6	50,9	102,5	53,6	53,5	107,1
42	55 - 56	49,1	47,6	96,7	53,5	52,8	106,3	68,4	66,8	135,2	42,2	43,1	85,3	48,4	48,8	97,2	51,8	52,3	104,1
43	56 - 57	44,6	44,2	88,9	52,0	52,7	104,7	68,2	67,3	135,5	42,6	44,1	86,7	47,5	46,6	94,1	52,2	52,8	105,0
44	57 - 58	42,1	41,9	84,0	50,3	50,8	101,1	67,5	66,7	134,2	42,9	44,8	87,7	46,6	46,5	93,1	53,8	54,0	107,8
45	58 - 59	33,5	33,2	66,7	51,0	51,4	102,4	64,5	64,8	129,3	46,9	48,9	95,8	46,7	47,5	94,2	53,3	54,2	107,5

II. 1.2/2

Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen von 2003 bis 2050[1] (Variante 5)

lfd. Nr.		Bevölkerung je 1 000 Einwohnern																	
	Alter in Jahren	Bevölkerung 2003			Bevölkerung 2010			Bevölkerung 2020			Bevölkerung 2030			Bevölkerung 2040			Bevölkerung 2050		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
46	59 - 60	44,4	45,2	89,5	50,3	50,6	100,9	63,5	63,9	127,4	51,3	53,6	104,9	46,1	47,4	93,5	53,5	54,2	107,7
47	60 - 61	46,7	46,2	92,9	50,8	50,9	101,7	60,9	61,7	122,6	54,1	56,2	110,3	45,1	47,0	92,1	54,3	55,0	109,3
48	61 - 62	45,6	45,4	91,0	49,9	49,9	99,8	58,2	59,5	117,7	58,6	60,6	119,2	42,9	44,8	87,7	51,9	52,9	104,8
49	62 - 63	55,3	55,8	111,1	46,2	46,5	92,7	54,8	56,0	110,8	61,1	63,0	124,1	42,1	43,8	85,9	52,2	53,2	105,4
50	63 - 64	57,7	58,9	116,6	41,8	43,2	85,0	53,2	55,4	108,6	61,7	64,7	126,4	41,1	43,4	84,5	49,7	51,0	100,7
51	64 - 65	56,3	58,1	114,4	39,1	40,9	80,0	51,1	53,0	104,1	62,9	65,0	127,9	40,5	43,2	83,7	48,0	49,3	97,3
52	65 - 66	53,7	55,8	109,5	31,0	32,4	63,4	48,5	50,7	99,2	62,2	64,0	126,2	38,7	41,4	80,1	44,7	47,1	91,8
53	66 - 67	49,5	51,5	100,9	40,2	43,5	83,7	46,6	50,3	96,9	61,4	64,2	125,6	38,6	42,2	80,8	43,5	44,8	88,3
54	67 - 68	46,6	50,2	96,9	41,8	44,1	85,9	44,6	48,2	92,8	60,2	63,3	123,5	38,6	42,7	81,3	42,3	44,5	86,8
55	68 - 69	44,1	47,9	92,0	40,3	42,9	83,2	44,5	48,4	92,9	56,8	61,1	117,9	41,8	46,4	88,2	42,1	45,3	87,4
56	69 - 70	40,1	44,6	84,7	48,1	52,3	100,4	43,2	47,4	90,6	55,2	59,9	115,1	45,1	50,6	95,7	41,0	44,9	85,9
57	70 - 71	30,5	35,6	66,0	49,4	54,9	104,3	43,0	47,3	90,3	52,2	57,5	109,7	47,0	52,8	99,8	39,7	44,4	84,1
58	71 - 72	30,0	36,2	66,2	47,4	53,8	101,2	41,5	46,1	87,6	49,2	55,0	104,2	50,3	56,5	106,8	37,3	42,1	79,4
59	72 - 73	29,9	36,8	66,7	44,5	51,1	95,6	37,8	42,5	80,3	45,6	51,5	97,1	51,7	58,3	110,0	36,2	40,8	77,0
60	73 - 74	30,4	39,0	69,3	40,3	46,8	87,1	33,5	39,1	72,6	43,5	50,3	93,8	51,4	59,4	110,8	34,8	40,2	75,0
61	74 - 75	28,7	37,3	66,0	37,2	45,2	82,4	30,7	36,5	67,2	41,0	47,7	88,7	51,5	59,1	110,6	33,8	39,7	73,5
62	75 - 76	28,3	37,3	65,5	34,5	42,7	77,2	23,7	28,6	52,3	38,0	45,1	83,1	49,9	57,6	107,5	31,6	37,7	69,3
63	76 - 77	25,1	35,9	61,0	30,6	39,1	69,7	29,9	37,8	67,7	35,7	44,2	79,9	48,2	57,1	105,3	31,0	38,1	69,1
64	77 - 78	22,1	35,7	57,9	22,8	30,7	53,5	30,2	37,6	67,8	33,2	41,7	74,9	46,1	55,6	101,7	30,3	38,0	68,3
65	78 - 79	20,2	36,3	56,5	21,8	30,5	52,3	28,2	35,8	64,0	32,1	41,1	73,2	42,3	52,8	95,1	32,0	40,7	72,7
66	79 - 80	16,9	33,7	50,6	21,0	30,3	51,3	32,3	42,6	74,9	30,2	39,3	69,5	39,8	50,7	90,5	33,6	43,7	77,3
67	80 - 81	15,0	31,8	46,9	20,5	31,2	51,7	31,8	43,4	75,2	28,8	38,3	67,1	36,3	47,6	83,9	33,8	44,7	78,5
68	81 - 82	14,7	31,8	46,5	18,5	29,0	47,5	29,0	41,3	70,3	26,6	36,3	62,9	32,8	44,5	77,3	34,9	46,8	81,7
69	82 - 83	13,8	31,4	45,1	17,4	28,0	45,4	25,9	37,9	63,8	23,1	32,5	55,6	29,1	40,5	69,6	34,4	47,2	81,6
70	83 - 84	11,8	28,6	40,4	14,6	26,0	40,6	22,0	33,3	55,3	19,3	28,8	48,1	26,3	38,3	64,6	32,6	46,6	79,2
71	84 - 85	8,0	20,5	28,5	12,1	24,6	36,7	19,0	30,6	49,6	16,6	25,8	42,4	23,3	34,9	58,2	30,8	44,8	75,6
72	85 - 86	4,6	12,2	16,7	10,3	23,7	34,0	16,3	27,3	43,6	12,0	19,2	31,2	20,3	31,5	51,8	28,2	41,9	70,1
73	86 - 87	4,1	10,6	14,7	8,0	20,7	28,7	13,3	23,5	36,8	14,0	24,0	38,0	17,7	29,3	47,0	25,4	39,6	65,0
74	87 - 88	3,7	10,8	14,5	6,6	18,3	24,9	9,0	17,2	26,2	13,0	22,4	35,4	15,2	26,1	41,3	22,5	36,5	59,0
75	88 - 89	4,0	12,2	16,2	5,9	16,9	22,8	7,8	15,7	23,5	11,0	19,8	30,8	13,4	24,0	37,4	18,9	32,6	51,5
76	89 - 90	4,2	13,5	17,7	5,0	15,4	20,4	6,7	14,2	20,9	11,4	21,6	33,0	11,4	21,3	32,7	16,3	29,2	45,5
77	90 und älter	14,8	47,1	61,9	11,3	41,8	53,1	22,6	61,5	84,1	39,4	88,8	128,2	40,0	86,9	126,9	57,2	120,5	177,7
	Altersgruppen				Veränderung 2003 zu 2010 in %			Veränderung 2010 zu 2020 in %	Veränderung 2003 zu 2020 in %		Veränderung 2010 zu 2020 in %	Veränderung 2003 zu 2020 in %		Veränderung 2010 zu 2020 in %	Veränderung 2003 zu 2020 in %		Veränderung 2010 zu 2020 in %	Veränderung 2003 zu 2020 in %	
79	unter 15			1 282,3	- 9,2		1 164,3	- 6,0	- 14,6	1 094,7	1,2	- 13,6	1 108,0	- 7,1	- 19,7	1 029,5	- 5,1	- 23,8	977,0
80	15 - 40			2 560,2	- 6,9		2 383,5	2,6	- 4,5	2 446,1	- 4,8	- 9,1	2 327,9	- 6,3	- 14,8	2 181,3	- 2,1	- 16,6	2 134,9
81	40 - 65			2 692,3	7,7		2 898,7	- 3,2	4,2	2 806,5	- 8,8	- 4,9	2 560,6	- 1,0	- 5,8	2 535,9	- 0,3	- 6,1	2 528,6
82	65 - 80			1 109,7	7,3		1 191,2	0,5	7,9	1 197,1	23,8	33,6	1 482,4	- 1,2	31,9	1 464,2	- 19,0	6,9	1 185,9
83	80 und älter			349,	16,3		405,8	35,4	57,4	549,3	4,3	64,1	572,7	20,6	97,9	690,7	25,3	148,0	865,4
78	Insgesamt			**7 993,4**			**8 043,5**			**8 093,7**			**8 051,6**			**7 901,6**			**7 691,8**

[1] Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen mittlerer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 5)

II. 1.2/3

Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen
in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover bis 2020

lfd. Nr	Gebiet	Bevölkerung 2003	Bev.prognose 2010	Bev.prognose 2020
	A	B	C	D
1	Braunschweig, Stadt	245 076	242 090	236 148
2	Gifhorn	174 696	178 955	182 510
3	Goslar	153 825	147 447	135 269
4	Göttingen	264 285	260 478	252 668
5	Helmstedt	98 732	95 744	89 479
6	Northeim	148 451	141 934	128 908
7	Osterode am Harz	83 375	78 830	69 889
8	Peine	134 356	136 787	137 698
9	Salzgitter, Stadt	109 855	104 607	94 424
10	Wolfenbüttel	127 220	126 262	121 973
11	Wolfsburg, Stadt	122 724	122 920	121 227
12	Bezirk Braunschweig	**1 662 595**	**1 636 054**	**1 570 193**
13	Diepholz	214 786	218 640	220 722
14	Hameln-Pyrmont	161 259	156 658	147 533
15	Region Hannover	1 126 724	1 131 088	1 123 511
16	Hannover, Landeshauptstadt	516 160	514 679	511 727
17	Hildesheim	292 358	287 661	275 752
18	Holzminden	79 715	75 685	67 964
19	Nienburg (Weser)	126 032	125 315	121 740
20	Schaumburg	166 283	164 771	159 555
21	Bezirk Hannover	**2 167 157**	**2 159 818**	**2 116 777**
22	Celle	182 665	182 499	179 030
23	Cuxhaven	206 545	206 812	202 389
24	Harburg	238 385	244 290	247 055
25	Lüchow-Dannenberg	51 624	50 357	46 984
26	Lüneburg	173 164	184 009	200 020
27	Osterholz	112 502	114 611	114 772
28	Rotenburg (Wümme)	164 360	167 462	169 312
29	Soltau-Fallingbostel	142 740	146 055	149 099
30	Stade	195 098	199 526	202 058
31	Uelzen	97 324	96 770	93 984
32	Verden	134 027	134 971	133 185
33	Bezirk Lüneburg	**1 698 434**	**1 727 362**	**1 737 888**
34	Ammerland	114 524	119 834	125 459
35	Aurich	189 652	192 031	191 302
36	Cloppenburg	153 283	158 740	165 340
37	Delmenhorst, Stadt	75 986	74 160	70 003
38	Emden, Stadt	51 445	52 138	52 763
39	Emsland	307 734	312 637	312 844
40	Friesland	101 657	101 786	99 781
41	Grafschaft Bentheim	132 975	137 648	142 543
42	Leer	164 540	168 873	171 991
43	Oldenburg	124 564	129 504	134 298
44	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	158 340	163 403	171 204
45	Osnabrück	358 041	361 430	359 956
46	Osnabrück, Stadt	165 517	166 642	168 703
47	Vechta	130 471	136 707	145 179
48	Wesermarsch	94 242	93 603	91 017
49	Wilhelmshaven, Stadt	84 586	82 668	78 757
50	Wittmund	57 672	57 749	56 180
51	Bezirk Weser-Ems	**2 465 229**	**2 509 553**	**2 537 320**
52	kreisfreie Städte gesamt	1 013 529	1 008 628	993 229
53	Landkreise gesamt 1)	5 853 162	5 893 071	5 845 438
54	**Land Niedersachsen**	**7 993 415**	**8 032 787**	**7 962 178**

1) ohne Region Hannover

Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020;
Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung,
mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

II. 1.2/4

Regionale Bevölkerung nach Altersgruppen 1999 - 2003 [1] in den Landkreisen, kreisfreien Städten, der Region Hannover, den ehemaligen Regierungsbezirken und Niedersachsen

lfd. Nr	Gebiet	1999	2001	Bevölkerung 2003					
				0 - unter 15 Jahre	15 - unter 40 Jahre	40 - unter 65 Jahre	65 - unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Gesamt
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Braunschweig, Stadt	246 322	245 516	30 812	84 871	80 862	35 302	13 229	245 076
2	Gifhorn	170 033	172 880	31 810	56 179	59 755	21 285	5 667	174 696
3	Goslar	157 013	155 610	20 381	44 997	52 730	26 172	9 545	153 825
4	Göttingen	265 819	265 058	37 499	95 503	87 081	33 162	11 040	264 285
5	Helmstedt	100 634	99 527	14 827	29 410	34 469	15 262	4 764	98 732
6	Northeim	151 845	150 100	22 373	43 531	51 022	23 712	7 813	148 451
7	Osterode am Harz	86 192	84 750	11 725	23 261	28 887	14 527	4 975	83 375
8	Peine	131 291	132 998	22 404	41 782	45 763	18 543	5 864	134 356
9	Salzgitter, Stadt	112 934	111 696	16 734	32 909	37 828	17 379	5 005	109 855
10	Wolfenbüttel	125 597	126 842	20 268	38 263	44 958	18 058	5 673	127 220
11	Wolfsburg, Stadt	121 954	121 887	16 602	38 466	42 040	20 377	5 239	122 724
12	Bezirk Braunschweig	**1 669 634**	**1 666 864**	**245 435**	**529 172**	**565 395**	**243 779**	**78 814**	**1 662 595**
13	Diepholz	210 004	212 761	35 562	66 128	74 551	29 560	8 985	214 786
14	Hameln-Pyrmont	162 891	162 290	24 297	46 939	54 919	25 666	9 438	161 259
15	Region Hannover	1 114 249	1 122 038	159 927	371 887	385 081	158 460	51 369	1 126 724
16	Hannover, Landeshauptstadt	514 718	516 415	65 190	186 150	167 151	70 376	27 293	516 160
17	Hildesheim	292 466	293 091	44 952	90 419	99 408	43 176	14 403	292 358
18	Holzminden	81 870	80 866	12 182	23 087	26 730	13 242	4 474	79 715
19	Nienburg (Weser)	125 745	126 310	21 407	39 115	41 798	18 119	5 593	126 032
20	Schaumburg	165 534	166 548	26 217	49 988	56 757	24 649	8 672	166 283
21	Bezirk Hannover	**2 152 759**	**2 163 904**	**324 544**	**687 563**	**739 244**	**312 872**	**102 934**	**2 167 157**
22	Celle	181 441	181 962	30 387	56 178	61 531	25 848	8 721	182 665
23	Cuxhaven	203 833	206 192	33 314	60 243	72 243	30 739	10 006	206 545
24	Harburg	229 961	235 110	39 571	71 414	86 837	31 581	8 982	238 385
25	Lüchow-Dannenberg	52 079	51 820	7 834	14 482	17 710	8 757	2 841	51 624
26	Lüneburg	164 347	168 734	27 840	59 438	57 153	21 491	7 242	173 164
27	Osterholz	109 538	111 473	18 668	33 749	40 905	14 906	4 274	112 502
28	Rotenburg (Wümme)	160 036	163 058	29 726	53 111	54 275	20 757	6 491	164 360
29	Soltau-Fallingbostel	139 173	141 192	23 803	45 645	47 101	19 959	6 232	142 740
30	Stade	190 729	192 973	34 012	61 805	67 576	24 367	7 338	195 098
31	Uelzen	97 231	97 635	14 983	28 993	32 405	15 541	5 402	97 324
32	Verden	132 285	133 289	22 758	41 628	47 544	16 868	5 229	134 027
33	Bezirk Lüneburg	**1 660 653**	**1 683 438**	**282 896**	**526 686**	**585 280**	**230 814**	**72 758**	**1 698 434**
34	Ammerland	109 458	111 994	20 195	35 629	39 026	15 269	4 405	114 524
35	Aurich	186 024	188 363	33 788	59 831	62 851	25 964	7 218	189 652
36	Cloppenburg	147 894	150 973	32 107	53 322	45 416	18 086	4 352	153 283
37	Delmenhorst, Stadt	76 903	76 284	11 849	23 751	26 870	10 687	2 829	75 986
38	Emden, Stadt	51 173	51 185	7 934	17 105	16 766	7 228	2 412	51 445
39	Emsland	301 079	304 698	58 191	105 776	96 534	37 756	9 477	307 734
40	Friesland	100 335	101 402	17 138	30 100	35 199	14 703	4 517	101 657
41	Grafschaft Bentheim	128 995	131 086	24 692	43 607	41 678	18 151	4 847	132 975
42	Leer	160 313	162 765	29 722	53 238	53 610	22 104	5 866	164 540
43	Oldenburg	119 302	122 550	22 184	38 906	43 527	15 512	4 435	124 564
44	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	154 125	155 908	22 185	57 332	52 414	18 912	7 497	158 340
45	Osnabrück	353 038	355 871	65 045	116 459	116 443	46 316	13 778	358 041
46	Osnabrück, Stadt	164 539	164 195	20 938	62 054	52 087	22 619	7 819	165 517
47	Vechta	124 655	128 189	25 807	47 097	39 403	14 262	3 902	130 471
48	Wesermarsch	94 130	94 332	16 313	28 205	32 044	13 589	4 091	94 242
49	Wilhelmshaven, Stadt	86 453	84 994	11 258	26 326	29 158	13 033	4 811	84 586
50	Wittmund	57 298	57 421	10 049	18 015	19 345	8 011	2 252	57 672
51	Bezirk Weser-Ems	**2 415 714**	**2 442 210**	**429 395**	**816 753**	**802 371**	**322 202**	**94 508**	**2 465 229**
52	kreisfreie Städte gesamt	**1 014 403**	**1 011 665**	**138 312**	**342 814**	**338 025**	**145 537**	**48 841**	**1 013 529**
53	Landkreise gesamt [2]	**5 770 108**	**5 822 713**	**984 031**	**1 845 473**	**1 969 184**	**805 670**	**248 804**	**5 853 162**
54	**Land Niedersachsen**	**7 898 760**	**7 956 416**	**1 282 270**	**2 560 174**	**2 692 290**	**1 109 667**	**349 014**	**7 993 415**

[1] Stand: 31.12.

[2] ohne Region Hannover

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Bevölkerungsfortschreibung

II. 1.3.1/1
Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020

Lfd Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2010			Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2020		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	unter 15	4 393	3 125	7 518	4 017	2 862	6 879	3 640	2 607	6 247
2	15 - 16	304	236	540	283	227	510	245	198	443
3	16 - 17	264	216	480	269	222	491	221	186	407
4	17 - 18	261	197	458	270	208	478	231	178	409
5	18 - 19	259	166	425	291	183	474	252	160	412
6	19 - 20	243	171	414	281	198	479	250	176	426
7	20 - 21	230	177	407	258	193	451	239	180	419
8	21 - 22	184	165	349	208	178	386	195	170	365
9	22 - 23	205	150	355	220	155	375	222	159	381
10	23 - 24	176	162	338	184	167	351	186	170	356
11	24 - 25	167	122	289	176	127	303	181	131	312
12	25 - 26	183	110	293	191	116	307	200	124	324
13	26 - 27	156	130	286	163	136	299	180	148	328
14	27 - 28	172	144	316	185	154	339	201	165	366
15	28 - 29	167	141	308	186	158	344	204	172	376
16	29 - 30	156	118	274	165	126	291	188	140	328
17	30 - 31	155	121	276	154	120	274	176	135	311
18	31 - 32	172	162	334	153	145	298	179	168	347
19	32 - 33	208	156	364	169	126	295	193	143	336
20	33 - 34	210	168	378	156	128	284	175	141	316
21	34 - 35	223	200	423	153	138	291	166	152	318
22	35 - 36	243	191	434	160	130	290	170	134	304
23	36 - 37	269	238	507	179	161	340	184	165	349
24	37 - 38	249	250	499	178	188	366	168	179	347
25	38 - 39	262	226	488	207	190	397	178	165	343
26	39 - 40	280	237	517	233	206	439	187	170	357
27	40 - 41	256	238	494	234	223	457	166	162	328
28	41 - 42	289	262	551	288	265	553	192	184	376
29	42 - 43	301	292	593	307	308	615	200	205	405
30	43 - 44	316	280	596	346	304	650	218	203	421
31	44 - 45	286	246	532	324	274	598	200	180	380
32	45 - 46	287	265	552	344	317	661	217	214	431
33	46 - 47	309	289	598	377	342	719	246	238	484
34	47 - 48	293	326	619	347	393	740	261	308	569
35	48 - 49	283	274	557	350	341	691	291	297	588
36	49 - 50	320	316	636	390	382	772	356	360	716
37	50 - 51	315	312	627	381	375	756	392	393	785
38	51 - 52	387	355	742	433	395	828	491	454	945
39	52 - 53	364	361	725	399	402	801	471	481	952
40	53 - 54	468	403	871	495	432	927	618	540	1 158
41	54 - 55	471	431	902	484	446	930	627	573	1 200
42	55 - 56	438	421	859	465	466	931	615	602	1 217
43	56 - 57	475	389	864	536	450	986	722	597	1 319
44	57 - 58	465	439	904	563	542	1 105	714	691	1 405
45	58 - 59	428	354	782	647	539	1 186	816	685	1 501
46	59 - 60	615	576	1 191	709	655	1 364	851	801	1 652
47	60 - 61	647	576	1 223	697	630	1 327	812	753	1 565
48	61 - 62	736	612	1 348	751	634	1 385	887	767	1 654
49	62 - 63	1 004	799	1 803	769	623	1 392	971	802	1 773
50	63 - 64	1 161	1 017	2 178	799	714	1 513	1 034	932	1 966
51	64 - 65	1 234	1 059	2 293	692	599	1 291	1 070	939	2 009
52	65 - 66	1 370	1 111	2 481	1 057	880	1 937	1 202	1 019	2 221
53	66 - 67	1 389	1 197	2 586	1 213	1 046	2 259	1 266	1 139	2 405
54	67 - 68	1 402	1 282	2 684	1 260	1 123	2 383	1 357	1 259	2 616
55	68 - 69	1 508	1 395	2 903	1 711	1 560	3 271	1 502	1 404	2 906
56	69 - 70	1 531	1 568	3 099	1 969	1 975	3 944	1 668	1 692	3 360
57	70 - 71	1 302	1 439	2 741	2 113	2 219	4 332	1 798	1 899	3 697
58	71 - 72	1 445	1 682	3 127	2 235	2 425	4 660	1 848	2 008	3 856
59	72 - 73	1 639	1 870	3 509	2 300	2 424	4 724	1 861	2 014	3 875
60	73 - 74	1 726	2 336	4 062	2 209	2 754	4 963	1 770	2 212	3 982

II. 1.3.1/1
Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020

Lfd Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2010			Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2020		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
61	74 - 75	1 847	2 581	4 428	2 313	3 001	5 314	1 551	2 007	3 558
62	75 - 76	2 012	2 976	4 988	2 281	3 179	5 460	2 171	3 037	5 208
63	76 - 77	1 959	3 265	5 224	1 866	2 852	4 718	2 401	3 453	5 854
64	77 - 78	1 927	3 896	5 823	2 005	3 419	5 424	2 509	3 946	6 455
65	78 - 79	2 068	4 659	6 727	2 303	4 010	6 313	3 398	5 492	8 890
66	79 - 80	1 970	5 090	7 060	2 571	4 885	7 456	3 802	6 566	10 368
67	80 - 81	1 996	5 730	7 726	2 675	5 417	8 092	3 967	7 375	11 342
68	81 - 82	2 231	6 565	8 796	2 896	6 048	8 944	4 033	7 762	11 795
69	82 - 83	2 269	7 528	9 797	2 696	6 578	9 274	3 779	7 924	11 703
70	83 - 84	2 304	7 983	10 287	2 722	7 375	10 097	3 940	8 506	12 446
71	84 - 85	1 731	6 446	8 177	2 639	8 173	10 812	3 811	8 619	12 430
72	85 - 86	1 156	4 416	5 572	2 437	8 288	10 725	3 652	8 505	12 157
73	86 - 87	1 092	4 343	5 435	2 147	8 193	10 340	2 631	6 880	9 511
74	87 - 88	1 128	4 830	5 958	2 199	8 293	10 492	2 574	6 830	9 404
75	88 - 89	1 337	6 067	7 404	2 045	8 442	10 487	2 432	6 891	9 323
76	89 - 90	1 563	7 447	9 010	1 809	7 861	9 670	2 413	7 116	9 529
77	90 und älter	6 160	32 289	38 449	4 859	25 828	30 687	9 005	34 613	43 618
78	unter 15	4 393	3 125	7 518	4 017	2 862	6 879	3 640	2 607	6 247
79	15 - 40	5 398	4 354	9 752	5 072	4 080	9 152	4 971	4 009	8 980
80	40 - 65	12 148	10 892	23 040	12 127	11 051	23 178	13 438	12 361	25 799
81	65 - 80	25 095	36 347	61 442	29 406	37 752	67 158	30 104	39 147	69 251
82	80 und älter	22 967	93 644	116 611	29 124	100 496	129 620	42 237	111 021	153 258
83	**Insgesamt**	**70 001**	**148 362**	**218 363**	**79 746**	**156 241**	**235 987**	**94 390**	**169 145**	**263 535**

Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020;
Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung,
mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

II.1.3.1/2

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050
Berechnung nach der Variante 2[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftige 2010			Pflegebedürftige 2020			Pflegebedürftige 2030			Pflegebedürftige 2040			Pflegebedürftige 2050		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	unter 15	4 393	3 125	7 518	3 975	2 826	6 801	3 740	2 655	6 395	3 788	2 686	6 473	3 520	2 495	6 015	3 342	2 367	5 708
2	15 - 16	304	236	540	283	224	507	243	190	433	242	189	431	243	190	434	220	172	392
3	16 - 17	264	216	480	262	219	480	225	186	412	218	180	398	222	184	405	201	166	368
4	17 - 18	261	197	458	277	212	489	233	180	413	218	168	386	225	173	398	205	158	363
5	18 - 19	259	166	425	291	187	479	249	158	407	229	145	374	238	151	388	219	139	358
6	19 - 20	243	171	414	278	200	478	238	173	412	214	153	367	224	160	383	209	149	358
7	20 - 21	230	177	407	272	208	480	243	185	428	204	156	361	214	163	377	202	154	356
8	21 - 22	184	165	349	207	181	388	193	169	363	162	142	305	169	149	318	162	142	304
9	22 - 23	205	150	355	235	167	402	222	159	380	182	131	313	190	136	326	183	132	315
10	23 - 24	176	162	338	195	173	369	198	179	377	160	143	303	164	147	312	161	144	306
11	24 - 25	167	122	289	189	134	322	193	138	331	160	116	276	163	117	280	162	117	278
12	25 - 26	183	110	293	197	117	314	208	124	332	181	108	289	180	108	288	181	108	289
13	26 - 27	156	130	286	168	135	304	182	152	334	160	133	294	155	129	285	158	131	290
14	27 - 28	172	144	316	185	150	335	211	173	384	183	152	335	172	143	315	177	147	324
15	28 - 29	167	141	308	188	157	345	211	178	389	185	157	342	173	145	318	178	150	328
16	29 - 30	156	118	274	173	128	302	198	146	343	175	132	307	159	119	278	165	123	288
17	30 - 31	155	121	276	166	128	294	196	149	345	179	138	317	154	119	273	160	123	284
18	31 - 32	172	162	334	159	148	307	189	175	364	180	168	348	154	145	299	160	150	310
19	32 - 33	208	156	364	173	127	299	211	154	365	203	150	353	170	126	296	176	130	307
20	33 - 34	210	168	378	161	129	290	193	151	344	197	159	356	162	130	292	167	133	300
21	34 - 35	223	200	423	156	142	298	183	162	345	189	170	359	160	144	304	162	146	308
22	35 - 36	243	191	434	156	125	281	178	142	321	190	153	343	167	134	302	167	134	300
23	36 - 37	269	238	507	171	155	327	191	165	356	209	187	396	185	166	351	180	161	341
24	37 - 38	249	250	499	156	165	321	169	171	340	195	199	394	170	176	346	161	166	327
25	38 - 39	262	226	488	181	165	347	180	161	342	205	184	389	181	163	344	169	152	321
26	39 - 40	280	237	517	213	190	403	192	168	360	222	192	414	197	175	372	180	158	338
27	40 - 41	256	238	494	209	202	411	174	169	344	208	198	406	191	183	375	165	159	324
28	41 - 42	289	262	551	269	247	516	197	183	380	236	216	452	226	208	434	194	180	373
29	42 - 43	301	292	593	297	292	589	204	203	407	252	246	498	243	240	483	204	203	407
30	43 - 44	316	280	596	329	297	626	219	200	418	262	234	496	269	245	514	222	202	424
31	44 - 45	286	246	532	319	273	592	205	181	386	240	206	446	249	216	465	210	185	395
32	45 - 46	287	265	552	336	308	644	208	199	407	238	225	463	254	242	496	224	213	437
33	46 - 47	309	289	598	371	342	713	232	225	458	258	238	496	283	268	551	251	239	489
34	47 - 48	293	326	619	359	397	757	229	268	498	248	278	525	285	322	607	249	286	535
35	48 - 49	283	274	557	347	338	685	253	257	511	251	249	500	286	283	569	252	252	504
36	49 - 50	320	316	636	398	386	784	322	327	649	289	287	576	334	328	662	297	299	595
37	50 - 51	315	312	627	390	383	773	347	351	698	288	292	581	345	342	687	317	317	634
38	51 - 52	387	355	742	452	415	867	456	425	881	332	314	646	400	369	769	383	357	740
39	52 - 53	364	361	725	407	404	812	454	457	911	312	316	628	384	383	767	371	375	745
40	53 - 54	468	403	871	504	444	948	586	521	1 106	388	349	736	466	408	874	479	429	907
41	54 - 55	471	431	902	498	462	961	612	568	1 181	391	377	768	460	428	888	478	450	927
42	55 - 56	438	421	859	475	465	940	608	588	1 196	375	379	754	430	430	859	460	460	920
43	56 - 57	475	389	864	551	461	1 012	723	589	1 312	451	386	837	503	408	911	553	462	1 015
44	57 - 58	465	439	904	553	530	1 083	742	696	1 438	472	468	939	512	485	998	591	564	1 155
45	58 - 59	428	354	782	649	545	1 193	820	687	1 507	596	518	1 115	594	504	1 097	678	575	1 252

II.1.3.1/2

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050
Berechnung nach der Variante 2[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftige 2010			Pflegebedürftige 2020			Pflegebedürftige 2030			Pflegebedürftige 2040			Pflegebedürftige 2050		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
46	59 - 60	615	576	1 191	694	642	1 337	876	811	1 688	708	680	1 388	636	602	1 238	738	688	1 426
47	60 - 61	647	576	1 223	672	605	1 277	805	733	1 539	715	668	1 383	596	558	1 155	718	654	1 372
48	61 - 62	736	612	1 348	767	642	1 409	895	765	1 660	901	779	1 681	660	576	1 236	798	680	1 479
49	62 - 63	1 004	799	1 803	800	635	1 435	949	765	1 714	1 058	860	1 919	729	598	1 327	904	727	1 631
50	63 - 64	1 161	1 017	2 178	802	711	1 513	1 021	912	1 933	1 184	1 065	2 249	789	714	1 503	954	839	1 793
51	64 - 65	1 234	1 059	2 293	818	711	1 528	1 069	921	1 990	1 316	1 129	2 445	847	750	1 598	1 004	856	1 860
52	65 - 66	1 370	1 111	2 481	754	615	1 369	1 180	962	2 142	1 514	1 215	2 728	942	786	1 727	1 088	894	1 982
53	66 - 67	1 389	1 197	2 586	1 077	964	2 041	1 248	1 115	2 364	1 645	1 423	3 068	1 034	936	1 970	1 165	993	2 159
54	67 - 68	1 402	1 282	2 684	1 199	1 073	2 272	1 279	1 173	2 452	1 727	1 540	3 267	1 107	1 039	2 146	1 213	1 083	2 296
55	68 - 69	1 508	1 395	2 903	1 316	1 190	2 506	1 453	1 343	2 796	1 854	1 695	3 550	1 365	1 287	2 652	1 375	1 257	2 631
56	69 - 70	1 531	1 568	3 099	1 753	1 754	3 507	1 575	1 589	3 164	2 012	2 008	4 021	1 644	1 697	3 341	1 495	1 505	3 000
57	70 - 71	1 302	1 439	2 741	2 012	2 119	4 131	1 751	1 826	3 577	2 126	2 220	4 346	1 914	2 038	3 952	1 617	1 714	3 331
58	71 - 72	1 445	1 682	3 127	2 177	2 387	4 565	1 906	2 046	3 952	2 260	2 440	4 700	2 311	2 507	4 818	1 713	1 868	3 581
59	72 - 73	1 639	1 870	3 509	2 324	2 478	4 802	1 974	2 061	4 035	2 381	2 498	4 879	2 700	2 827	5 527	1 890	1 979	3 869
60	73 - 74	1 726	2 336	4 062	2 185	2 674	4 860	1 817	2 234	4 051	2 359	2 874	5 233	2 787	3 394	6 182	1 887	2 297	4 184
61	74 - 75	1 847	2 581	4 428	2 281	2 985	5 265	1 882	2 410	4 292	2 514	3 150	5 664	3 157	3 903	7 060	2 072	2 622	4 694
62	75 - 76	2 012	2 976	4 988	2 341	3 252	5 593	1 608	2 178	3 786	2 579	3 435	6 013	3 386	4 386	7 773	2 144	2 871	5 015
63	76 - 77	1 959	3 265	5 224	2 277	3 394	5 672	2 225	3 281	5 507	2 657	3 837	6 494	3 587	4 957	8 544	2 307	3 307	5 614
64	77 - 78	1 927	3 896	5 823	1 892	3 195	5 087	2 506	3 913	6 419	2 755	4 339	7 094	3 825	5 786	9 611	2 514	3 954	6 469
65	78 - 79	2 068	4 659	6 727	2 133	3 732	5 865	2 759	4 381	7 140	3 141	5 029	8 170	4 139	6 461	10 599	3 131	4 980	8 111
66	79 - 80	1 970	5 090	7 060	2 336	4 365	6 701	3 593	6 137	9 730	3 360	5 662	9 021	4 428	7 304	11 731	3 738	6 295	10 033
67	80 - 81	1 996	5 730	7 726	2 600	5 353	7 954	4 034	7 447	11 480	3 653	6 572	10 225	4 604	8 167	12 772	4 287	7 670	11 957
68	81 - 82	2 231	6 565	8 796	2 676	5 716	8 392	4 195	8 140	12 336	3 848	7 155	11 003	4 745	8 771	13 516	5 049	9 224	14 273
69	82 - 83	2 269	7 528	9 797	2 734	6 412	9 146	4 069	8 679	12 748	3 629	7 442	11 072	4 572	9 274	13 846	5 404	10 809	16 213
70	83 - 84	2 304	7 983	10 287	2 719	6 923	9 642	4 097	8 866	12 964	3 595	7 668	11 263	4 898	10 197	15 096	6 072	12 407	18 479
71	84 - 85	1 731	6 446	8 177	2 491	7 394	9 885	3 912	9 198	13 110	3 418	7 755	11 173	4 797	10 490	15 287	6 342	13 466	19 807
72	85 - 86	1 156	4 416	5 572	2 478	8 208	10 686	3 921	9 455	13 376	2 887	6 649	9 536	4 883	10 909	15 792	6 784	14 511	21 295
73	86 - 87	1 092	4 343	5 435	2 055	8 052	10 107	3 417	9 141	12 558	3 597	9 336	12 932	4 547	11 397	15 945	6 525	15 404	21 929
74	87 - 88	1 128	4 830	5 958	1 933	7 774	9 707	2 636	7 307	9 943	3 808	9 516	13 324	4 452	11 088	15 540	6 590	15 506	22 096
75	88 - 89	1 337	6 067	7 404	1 886	8 030	9 916	2 493	7 460	9 953	3 515	9 408	12 924	4 282	11 404	15 686	6 040	15 491	21 531
76	89 - 90	1 563	7 447	9 010	1 796	8 093	9 889	2 407	7 463	9 869	4 095	11 352	15 447	4 095	11 194	15 289	5 855	15 346	21 201
77	90 und älter	6 160	32 289	38 449	4 488	27 325	31 813	8 976	40 203	49 178	15 648	58 049	73 697	15 887	56 806	72 693	22 718	78 771	101 489
									Altersgruppen										
78	unter 15			7 518			6 801			6 395			6 473			6 015			5 708
79	15 - 40			9 752			9 160			9 218			8 751			8 283			8 051
80	40 - 65			23 040			23 406			25 209			22 929			21 063			22 344
81	65 - 80			61 442			64 236			65 407			78 248			87 633			66 970
82	80 und älter			116 611			127 137			167 515			192 594			221 463			290 270
83	65 bis 85			106 225			109 255			128 044			132 982			158 151			147 700
84	85 und älter			71 828			82 118			104 878			137 860			150 946			209 541
85	Insgesamt			218 363			230 739			273 744			308 995			344 457			393 343

[1)] Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 2)

II.1.3.1/3

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050

Berechnung nach der Variante 5[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftige 2010			Pflegebedürftige 2020			Pflegebedürftige 2030			Pflegebedürftige 2040			Pflegebedürftige 2050		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	unter 15	4 393	3 125	7 518	3 990	2 836	6 827	3 755	2 665	6 419	3 802	2 696	6 498	3 533	2 505	6 037	3 355	2 375	5 730
2	15 - 16	304	236	540	284	225	509	244	191	435	242	190	433	244	191	435	221	172	393
3	16 - 17	264	216	480	263	219	482	226	187	413	219	181	400	223	184	407	202	167	369
4	17 - 18	261	197	458	278	213	490	234	181	415	219	168	387	226	173	399	206	158	364
5	18 - 19	259	166	425	293	188	480	250	159	409	230	146	375	238	151	390	220	139	360
6	19 - 20	243	171	414	279	201	480	239	174	413	215	154	369	224	160	385	210	150	359
7	20 - 21	230	177	407	273	209	482	244	186	430	205	157	363	215	164	378	203	155	357
8	21 - 22	184	165	349	208	182	390	194	170	364	163	143	306	170	149	320	163	143	306
9	22 - 23	205	150	355	236	168	403	223	159	382	183	132	315	191	137	327	184	132	317
10	23 - 24	176	162	338	196	174	370	199	179	378	161	144	304	165	148	313	162	145	307
11	24 - 25	167	122	289	189	134	324	194	139	333	161	116	277	164	118	281	162	117	280
12	25 - 26	183	110	293	198	118	316	209	125	334	182	109	291	181	108	289	182	109	291
13	26 - 27	156	130	286	169	136	305	183	152	336	161	134	295	156	130	286	159	132	291
14	27 - 28	172	144	316	186	151	337	212	174	386	184	153	337	173	144	317	178	147	325
15	28 - 29	167	141	308	189	158	347	212	178	391	186	158	344	173	146	319	179	151	330
16	29 - 30	156	118	274	174	129	303	199	146	345	176	133	308	160	119	280	166	124	290
17	30 - 31	155	121	276	167	128	295	197	149	346	180	138	318	155	119	274	161	124	285
18	31 - 32	172	162	334	159	149	308	190	175	365	181	169	350	155	145	300	161	150	311
19	32 - 33	208	156	364	174	127	301	212	154	366	204	151	355	171	127	298	177	131	308
20	33 - 34	210	168	378	162	130	291	193	152	345	198	159	358	163	130	293	168	134	301
21	34 - 35	223	200	423	157	143	300	184	162	346	190	171	361	160	145	305	162	147	309
22	35 - 36	243	191	434	157	126	282	179	143	322	191	153	345	168	135	303	167	134	302
23	36 - 37	269	238	507	172	156	328	192	165	357	210	188	398	186	166	352	181	161	342
24	37 - 38	249	250	499	157	165	322	170	172	342	196	200	396	171	177	348	161	167	328
25	38 - 39	262	226	488	182	166	348	181	162	343	206	185	391	182	164	345	170	152	322
26	39 - 40	280	237	517	214	191	405	193	169	362	223	193	416	198	176	374	181	159	339
27	40 - 41	256	238	494	210	203	413	175	170	345	209	199	408	192	184	376	166	160	326
28	41 - 42	289	262	551	270	248	518	198	184	382	237	217	454	227	209	436	195	180	375
29	42 - 43	301	292	593	299	293	592	205	204	409	253	247	500	244	241	485	205	204	409
30	43 - 44	316	280	596	331	298	629	220	201	420	263	235	498	270	246	517	223	203	426
31	44 - 45	286	246	532	320	274	595	206	182	388	241	207	448	250	217	467	211	186	397
32	45 - 46	287	265	552	338	309	647	209	200	409	239	226	465	255	243	498	225	214	439
33	46 - 47	309	289	598	373	344	716	233	226	460	260	239	499	284	270	553	252	240	492
34	47 - 48	293	326	619	361	399	760	230	269	500	249	279	528	286	324	610	250	287	537
35	48 - 49	283	274	557	349	340	689	255	258	513	252	250	503	287	285	572	253	253	507
36	49 - 50	320	316	636	400	388	788	324	328	652	290	289	579	335	330	665	298	300	598
37	50 - 51	315	312	627	392	385	776	349	352	701	290	294	583	347	343	690	318	319	637
38	51 - 52	387	355	742	454	417	871	458	427	885	334	315	649	402	371	773	385	359	744
39	52 - 53	364	361	725	409	406	815	456	459	915	313	317	631	385	385	771	372	377	749
40	53 - 54	468	403	871	506	446	953	588	523	1 112	390	350	740	468	410	878	481	431	911
41	54 - 55	471	431	902	500	464	965	615	571	1 186	393	378	771	462	430	892	480	452	932
42	55 - 56	438	421	859	477	467	944	610	591	1 201	377	381	758	432	431	863	462	462	925
43	56 - 57	475	389	864	554	463	1 017	726	592	1 318	453	388	841	506	410	915	556	464	1 020
44	57 - 58	465	439	904	556	533	1 088	746	699	1 445	474	470	944	515	488	1 002	594	566	1 160
45	58 - 59	428	354	782	651	547	1 199	824	690	1 514	599	521	1 120	597	506	1 102	681	577	1 258

II.1.3.1/3

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050
Berechnung nach der Variante 5[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftige 2010			Pflegebedürftige 2020			Pflegebedürftige 2030			Pflegebedürftige 2040			Pflegebedürftige 2050		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
46	59 - 60	615	576	1 191	697	645	1 343	880	815	1 695	711	684	1 395	639	605	1 244	742	691	1 433
47	60 - 61	647	576	1 223	704	634	1 339	844	769	1 613	750	700	1 450	625	586	1 211	753	685	1 438
48	61 - 62	736	612	1 348	805	673	1 478	939	802	1 741	945	817	1 762	692	604	1 296	837	713	1 550
49	62 - 63	1 004	799	1 803	839	666	1 505	995	802	1 797	1 110	902	2 012	765	627	1 392	948	762	1 710
50	63 - 64	1 161	1 017	2 178	841	745	1 587	1 070	956	2 026	1 241	1 116	2 358	827	749	1 576	1 000	880	1 880
51	64 - 65	1 234	1 059	2 293	857	745	1 602	1 121	965	2 086	1 379	1 184	2 563	888	787	1 675	1 053	898	1 951
52	65 - 66	1 370	1 111	2 481	791	645	1 436	1 237	1 009	2 246	1 587	1 274	2 861	987	824	1 811	1 140	937	2 078
53	66 - 67	1 389	1 197	2 586	1 129	1 011	2 140	1 309	1 169	2 478	1 725	1 493	3 217	1 084	981	2 065	1 222	1 042	2 263
54	67 - 68	1 402	1 282	2 684	1 257	1 125	2 382	1 341	1 230	2 571	1 811	1 615	3 426	1 161	1 089	2 250	1 272	1 135	2 408
55	68 - 69	1 508	1 395	2 903	1 380	1 248	2 628	1 523	1 408	2 931	1 944	1 778	3 722	1 431	1 350	2 781	1 441	1 318	2 759
56	69 - 70	1 531	1 568	3 099	1 838	1 839	3 677	1 651	1 666	3 318	2 110	2 106	4 216	1 724	1 779	3 503	1 567	1 579	3 146
57	70 - 71	1 302	1 439	2 741	2 110	2 222	4 332	1 836	1 914	3 751	2 229	2 327	4 556	2 007	2 137	4 144	1 695	1 797	3 492
58	71 - 72	1 445	1 682	3 127	2 283	2 503	4 786	1 999	2 145	4 144	2 370	2 559	4 929	2 423	2 629	5 051	1 797	1 959	3 755
59	72 - 73	1 639	1 870	3 509	2 436	2 598	5 035	2 070	2 161	4 231	2 497	2 619	5 115	2 831	2 965	5 795	1 982	2 075	4 057
60	73 - 74	1 726	2 336	4 062	2 292	2 804	5 096	1 905	2 343	4 248	2 474	3 014	5 487	2 923	3 559	6 482	1 979	2 409	4 388
61	74 - 75	1 847	2 581	4 428	2 391	3 130	5 521	1 974	2 527	4 501	2 636	3 303	5 938	3 311	4 092	7 403	2 173	2 749	4 922
62	75 - 76	2 012	2 976	4 988	2 455	3 410	5 864	1 686	2 284	3 970	2 704	3 601	6 305	3 550	4 599	8 150	2 248	3 010	5 259
63	76 - 77	1 959	3 265	5 224	2 388	3 559	5 947	2 333	3 441	5 774	2 786	4 023	6 809	3 761	5 197	8 959	2 419	3 468	5 887
64	77 - 78	1 927	3 896	5 823	1 984	3 350	5 334	2 628	4 103	6 730	2 889	4 550	7 439	4 011	6 067	10 078	2 636	4 146	6 783
65	78 - 79	2 068	4 659	6 727	2 236	3 913	6 150	2 893	4 593	7 486	3 293	5 273	8 566	4 340	6 774	11 114	3 283	5 222	8 505
66	79 - 80	1 970	5 090	7 060	2 450	4 577	7 026	3 768	6 435	10 202	3 523	5 936	9 459	4 642	7 658	12 301	3 919	6 601	10 520
67	80 - 81	1 996	5 730	7 726	2 726	5 613	8 340	4 229	7 808	12 037	3 830	6 891	10 721	4 828	8 564	13 392	4 495	8 042	12 537
68	81 - 82	2 231	6 565	8 796	2 806	5 993	8 800	4 399	8 535	12 934	4 035	7 502	11 537	4 975	9 197	14 172	5 294	9 672	14 966
69	82 - 83	2 269	7 528	9 797	2 866	6 723	9 589	4 267	9 100	13 367	3 805	7 804	11 609	4 794	9 725	14 518	5 667	11 333	17 000
70	83 - 84	2 304	7 983	10 287	2 851	7 259	10 110	4 296	9 297	13 593	3 769	8 040	11 809	5 136	10 692	15 828	6 366	13 010	19 376
71	84 - 85	1 731	6 446	8 177	2 612	7 753	10 365	4 102	9 644	13 746	3 584	8 131	11 715	5 030	10 999	16 029	6 649	14 119	20 769
72	85 - 86	1 156	4 416	5 572	2 598	8 606	11 204	4 111	9 913	14 025	3 027	6 972	9 999	5 120	11 439	16 559	7 113	15 215	22 328
73	86 - 87	1 092	4 343	5 435	2 155	8 443	10 598	3 583	9 585	13 167	3 771	9 789	13 560	4 768	11 951	16 718	6 842	16 152	22 993
74	87 - 88	1 128	4 830	5 958	2 027	8 152	10 179	2 764	7 662	10 426	3 992	9 978	13 970	4 668	11 626	16 294	6 910	16 259	23 169
75	88 - 89	1 337	6 067	7 404	1 977	8 420	10 397	2 614	7 822	10 436	3 686	9 865	13 551	4 490	11 958	16 448	6 333	16 242	22 576
76	89 - 90	1 563	7 447	9 010	1 883	8 486	10 369	2 523	7 825	10 348	4 294	11 903	16 196	4 294	11 738	16 031	6 139	16 091	22 230
77	90 und älter	6 160	32 289	38 449	4 706	28 651	33 357	9 412	42 154	51 565	16 408	60 866	77 274	16 658	59 563	76 221	23 820	82 594	106 414
									Altersgruppen										
78	unter 15			7 518			6 827			6 419			6 498			6 037			5 730
79	15 - 40			9 752			9 200			9 259			8 789			8 319			8 086
80	40 - 65			23 040			23 828			25 713			23 459			21 459			22 804
81	65 - 80			61 442			67 353			68 581			82 045			91 887			70 220
82	80 und älter			116 611			133 307			175 645			201 941			232 211			304 358
83	65 bis 85			106 225			114 557			134 258			139 436			165 826			154 868
84	85 und älter			71 828			86 104			109 968			144 550			158 271			219 710
85	Insgesamt			218 363			240 515			285 617			322 733			359 914			411 198

[1)] Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen mittlerer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 5)

II.1.3.1/4

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050

Berechnung nach der Variante 8[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftige 2010			Pflegebedürftige 2020			Pflegebedürftige 2030			Pflegebedürftige 2040			Pflegebedürftige 2050		
	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	unter 15	4 393	3 125	7 518	3 994	2 839	6 832	3 758	2 667	6 425	3 805	2 698	6 503	3 536	2 507	6 042	3 357	2 377	5 735
2	15 - 16	304	236	540	285	225	509	244	191	435	243	190	433	245	191	436	221	173	393
3	16 - 17	264	216	480	263	220	483	226	187	414	219	181	400	223	184	407	202	167	369
4	17 - 18	261	197	458	278	213	491	234	181	415	219	168	388	226	173	399	206	158	365
5	18 - 19	259	166	425	293	188	481	250	159	409	230	146	376	239	151	390	220	140	360
6	19 - 20	243	171	414	279	201	480	239	174	414	215	154	369	225	160	385	210	150	359
7	20 - 21	230	177	407	274	209	483	244	186	430	206	157	363	215	164	379	203	155	358
8	21 - 22	184	165	349	208	182	390	195	171	365	163	143	307	171	150	320	163	143	306
9	22 - 23	205	150	355	236	168	404	223	160	383	183	132	315	191	137	328	185	133	317
10	23 - 24	176	162	338	197	174	371	199	180	379	161	144	305	166	148	314	162	145	308
11	24 - 25	167	122	289	190	135	324	194	139	334	161	117	278	164	118	282	163	117	280
12	25 - 26	183	110	293	198	118	317	209	125	334	182	109	291	181	108	290	183	109	291
13	26 - 27	156	130	286	170	136	306	184	153	336	161	134	296	156	130	287	159	132	291
14	27 - 28	172	144	316	186	151	337	213	174	387	184	153	337	174	144	318	178	148	326
15	28 - 29	167	141	308	189	158	347	213	179	391	186	158	344	174	146	320	179	151	331
16	29 - 30	156	118	274	175	129	304	199	147	346	176	133	309	160	120	280	166	124	290
17	30 - 31	155	121	276	167	129	296	197	150	347	181	139	319	155	120	275	161	124	286
18	31 - 32	172	162	334	160	149	309	190	176	366	181	169	351	155	145	301	161	151	312
19	32 - 33	208	156	364	174	127	301	213	155	367	204	151	355	171	127	298	177	131	309
20	33 - 34	210	168	378	162	130	292	194	152	346	199	160	358	163	131	294	168	134	302
21	34 - 35	223	200	423	157	143	300	184	163	347	191	171	362	161	145	306	163	147	310
22	35 - 36	243	191	434	157	126	283	180	143	323	192	154	345	168	135	304	168	134	302
23	36 - 37	269	238	507	173	156	329	192	166	358	211	188	399	186	167	353	181	162	343
24	37 - 38	249	250	499	157	166	323	170	172	343	196	201	397	171	177	348	162	167	329
25	38 - 39	262	226	488	182	167	349	182	162	344	206	185	392	182	164	346	170	153	323
26	39 - 40	280	237	517	215	191	406	193	169	362	223	194	417	198	176	374	181	159	340
27	40 - 41	256	238	494	210	204	414	176	171	346	210	199	409	192	185	377	166	160	326
28	41 - 42	289	262	551	270	249	519	198	184	382	238	217	455	227	210	437	195	181	376
29	42 - 43	301	292	593	299	294	593	206	204	410	254	248	501	244	242	486	205	205	410
30	43 - 44	316	280	596	331	299	630	220	201	421	264	236	499	271	247	518	224	203	427
31	44 - 45	286	246	532	321	275	596	206	183	389	241	208	449	250	218	468	211	186	398
32	45 - 46	287	265	552	339	310	648	209	201	410	240	227	466	256	243	499	225	215	440
33	46 - 47	309	289	598	373	344	718	234	227	461	260	239	500	284	270	555	252	240	493
34	47 - 48	293	326	619	362	400	762	231	270	501	249	279	529	287	324	611	251	288	539
35	48 - 49	283	274	557	350	341	690	255	259	514	253	251	504	288	285	573	254	254	508
36	49 - 50	320	316	636	401	388	789	324	329	653	291	289	580	336	331	666	299	301	599
37	50 - 51	315	312	627	392	385	778	349	353	702	290	294	585	347	344	691	319	319	638
38	51 - 52	387	355	742	455	418	873	459	428	887	334	316	650	403	372	774	386	360	745
39	52 - 53	364	361	725	410	407	817	457	460	917	314	318	632	386	386	772	373	377	750
40	53 - 54	468	403	871	507	447	954	589	524	1 114	390	351	741	469	411	880	482	431	913
41	54 - 55	471	431	902	501	465	967	616	572	1 188	394	379	773	463	431	894	481	453	934
42	55 - 56	438	421	859	478	468	946	612	592	1 204	377	382	759	433	432	865	463	463	927
43	56 - 57	475	389	864	555	464	1 019	727	593	1 320	454	388	843	507	411	917	557	465	1 022
44	57 - 58	465	439	904	557	534	1 090	747	701	1 448	475	471	945	516	489	1 004	595	567	1 163
45	58 - 59	428	354	782	653	548	1 201	826	691	1 517	600	522	1 122	598	507	1 105	682	578	1 261

II.1.3.1/4

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2050
Berechnung nach der Variante 8[1)]

lfd. Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Pflegebedürftige 2003			Pflegebedürftige 2010			Pflegebedürftige 2020			Pflegebedürftige 2030			Pflegebedürftige 2040			Pflegebedürftige 2050		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
46	59 - 60	615	576	1 191	699	647	1 345	882	817	1 699	713	685	1 398	640	606	1 246	743	693	1 436
47	60 - 61	647	576	1 223	733	660	1 393	879	800	1 679	781	729	1 509	651	609	1 260	784	713	1 497
48	61 - 62	736	612	1 348	837	700	1 538	977	835	1 812	983	851	1 834	720	629	1 349	871	742	1 613
49	62 - 63	1 004	799	1 803	873	693	1 566	1 036	835	1 870	1 155	939	2 094	796	653	1 448	987	793	1 779
50	63 - 64	1 161	1 017	2 178	875	776	1 651	1 114	995	2 109	1 292	1 162	2 454	861	779	1 640	1 041	916	1 956
51	64 - 65	1 234	1 059	2 293	892	775	1 668	1 166	1 005	2 171	1 435	1 232	2 668	924	819	1 743	1 095	935	2 030
52	65 - 66	1 370	1 111	2 481	823	671	1 494	1 288	1 050	2 338	1 651	1 325	2 977	1 028	857	1 885	1 187	975	2 162
53	66 - 67	1 389	1 197	2 586	1 175	1 052	2 227	1 362	1 217	2 579	1 795	1 553	3 348	1 128	1 021	2 149	1 271	1 084	2 355
54	67 - 68	1 402	1 282	2 684	1 308	1 171	2 479	1 396	1 280	2 676	1 884	1 681	3 565	1 208	1 134	2 342	1 324	1 181	2 505
55	68 - 69	1 508	1 395	2 903	1 436	1 299	2 734	1 585	1 465	3 051	2 023	1 850	3 873	1 489	1 405	2 894	1 500	1 371	2 871
56	69 - 70	1 531	1 568	3 099	1 913	1 913	3 827	1 718	1 734	3 452	2 196	2 191	4 387	1 794	1 851	3 645	1 631	1 643	3 273
57	70 - 71	1 302	1 439	2 741	2 195	2 312	4 508	1 911	1 992	3 903	2 320	2 422	4 742	2 089	2 224	4 313	1 764	1 870	3 634
58	71 - 72	1 445	1 682	3 127	2 376	2 605	4 980	2 080	2 232	4 312	2 466	2 663	5 129	2 521	2 735	5 257	1 870	2 038	3 908
59	72 - 73	1 639	1 870	3 509	2 535	2 704	5 239	2 154	2 249	4 403	2 598	2 725	5 323	2 946	3 085	6 031	2 062	2 159	4 221
60	73 - 74	1 726	2 336	4 062	2 385	2 918	5 303	1 982	2 438	4 420	2 574	3 136	5 710	3 041	3 704	6 745	2 059	2 507	4 566
61	74 - 75	1 847	2 581	4 428	2 489	3 257	5 745	2 054	2 630	4 684	2 743	3 437	6 180	3 445	4 258	7 703	2 261	2 861	5 122
62	75 - 76	2 012	2 976	4 988	2 554	3 548	6 103	1 755	2 376	4 131	2 814	3 748	6 561	3 695	4 786	8 481	2 340	3 133	5 472
63	76 - 77	1 959	3 265	5 224	2 485	3 703	6 188	2 428	3 580	6 008	2 899	4 187	7 086	3 914	5 408	9 323	2 517	3 609	6 126
64	77 - 78	1 927	3 896	5 823	2 064	3 486	5 550	2 734	4 269	7 004	3 006	4 735	7 741	4 174	6 313	10 487	2 743	4 315	7 058
65	78 - 79	2 068	4 659	6 727	2 327	4 072	6 399	3 011	4 780	7 790	3 427	5 487	8 914	4 516	7 050	11 565	3 416	5 434	8 850
66	79 - 80	1 970	5 090	7 060	2 549	4 763	7 312	3 921	6 696	10 617	3 666	6 178	9 843	4 831	7 969	12 801	4 078	6 869	10 948
67	80 - 81	1 996	5 730	7 726	2 837	5 841	8 678	4 401	8 125	12 526	3 986	7 171	11 156	5 024	8 912	13 936	4 678	8 369	13 047
68	81 - 82	2 231	6 565	8 796	2 920	6 237	9 157	4 578	8 882	13 460	4 199	7 807	12 006	5 177	9 570	14 748	5 509	10 065	15 574
69	82 - 83	2 269	7 528	9 797	2 983	6 996	9 979	4 440	9 470	13 910	3 960	8 121	12 081	4 988	10 120	15 108	5 897	11 794	17 691
70	83 - 84	2 304	7 983	10 287	2 967	7 553	10 520	4 471	9 674	14 145	3 922	8 367	12 289	5 345	11 127	16 472	6 625	13 538	20 163
71	84 - 85	1 731	6 446	8 177	2 718	8 068	10 786	4 269	10 036	14 304	3 729	8 462	12 191	5 235	11 446	16 681	6 920	14 693	21 612
72	85 - 86	1 156	4 416	5 572	2 704	8 956	11 659	4 278	10 316	14 595	3 150	7 255	10 405	5 328	11 903	17 232	7 402	15 833	23 235
73	86 - 87	1 092	4 343	5 435	2 242	8 786	11 028	3 728	9 974	13 702	3 924	10 187	14 111	4 961	12 436	17 398	7 120	16 808	23 928
74	87 - 88	1 128	4 830	5 958	2 109	8 483	10 592	2 876	7 973	10 849	4 155	10 383	14 538	4 858	12 099	16 956	7 191	16 919	24 110
75	88 - 89	1 337	6 067	7 404	2 057	8 762	10 820	2 720	8 140	10 860	3 836	10 266	14 102	4 673	12 443	17 116	6 590	16 902	23 493
76	89 - 90	1 563	7 447	9 010	1 960	8 831	10 791	2 626	8 143	10 769	4 468	12 386	16 854	4 468	12 214	16 682	6 388	16 745	23 133
77	90 und älter	6 160	32 289	38 449	4 897	29 815	34 712	9 794	43 866	53 660	17 074	63 339	80 413	17 334	61 983	79 318	24 788	85 949	110 738
									Altersgruppen										
78	unter 15			7 518			6 832			6 425			6 503			6 042			5 735
79	15 - 40			9 752			9 215			9 275			8 805			8 334			8 101
80	40 - 65			23 040			24 166			26 123			23 898			21 779			23 179
81	65 - 80			61 442			70 090			71 368			85 379			95 620			73 073
82	80 und älter			116 611			138 723			182 781			210 146			241 645			316 723
83	65 bis 85			106 225			119 211			139 713			145 101			172 563			161 160
84	85 und älter			71 828			89 602			114 435			150 423			164 702			228 636
85	Insgesamt			218 363			249 027			295 971			334 731			373 420			426 811

[1)] Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen hoher Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 8)

II. 1.3.3/1

Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020 nach Altersgruppen in den Landkreisen, kreisfreien Städte, der Region Hannover, den ehemaligen Regierungsbezirken

lfd. Nr	Gebiet	Pflegebedürftige 2010						Pflegebedürftige 2020					
		0 - unter 15 Jahre	15 - unter 40 Jahre	40 - unter 65 Jahre	65 - unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Gesamt	0 - unter 15 Jahre	15 - unter 40 Jahre	40 - unter 65 Jahre	65 - unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Gesamt
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Braunschweig, Stadt	165	199	546	1 756	3 826	6 492	160	185	602	1 726	3 848	6 521
2	Gifhorn	195	205	523	1 425	2 339	4 687	180	202	623	1 522	3 095	5 622
3	Goslar	119	189	645	1 508	3 074	5 535	100	177	658	1 446	3 220	5 601
4	Göttingen	133	234	665	1 945	4 195	7 172	125	233	735	1 986	4 544	7 623
5	Helmstedt	102	119	364	856	1 852	3 293	87	113	378	822	2 111	3 511
6	Northeim	108	177	488	1 586	3 265	5 624	87	160	508	1 484	3 634	5 873
7	Osterode am Harz	42	108	466	1 024	1 999	3 639	33	90	461	998	2 122	3 704
8	Peine	119	135	416	1 236	2 536	4 442	107	138	482	1 287	3 026	5 040
9	Salzgitter, Stadt	93	94	355	1 311	2 378	4 231	80	88	356	1 208	2 834	4 566
10	Wolfenbüttel	95	138	329	1 044	1 966	3 572	79	134	370	1 080	2 322	3 985
11	Wolfsburg, Stadt	87	158	308	993	1 962	3 508	87	151	340	881	2 509	3 968
12	Bezirk Braunschweig	**1 258**	**1 756**	**5 105**	**14 684**	**29 392**	**52 195**	**1 125**	**1 671**	**5 513**	**14 440**	**33 265**	**56 014**
13	Diepholz	173	259	701	1 757	3 405	6 295	157	266	776	1 843	4 209	7 251
14	Hameln-Pyrmont	165	150	517	1 536	3 001	5 369	143	146	567	1 475	3 196	5 527
15	Region Hannover	868	1 098	2 867	8 139	15 726	28 698	816	1 093	3 170	8 210	18 128	31 417
16	Hannover, Landeshauptstadt	413	537	1 402	3 349	6 817	12 518	411	527	1 573	3 219	6 686	12 416
17	Hildesheim	218	372	1 001	2 924	5 650	10 165	191	354	1 089	2 881	6 401	10 916
18	Holzminden	55	79	231	662	1 598	2 625	44	75	237	617	1 733	2 706
19	Nienburg (Weser)	118	172	376	1 176	2 118	3 960	103	161	420	1 145	2 550	4 379
20	Schaumburg	159	179	533	1 551	3 281	5 703	135	173	593	1 554	3 665	6 120
21	Bezirk Hannover	**1 756**	**2 309**	**6 226**	**17 745**	**34 779**	**62 815**	**1 589**	**2 268**	**6 852**	**17 725**	**39 882**	**68 316**
22	Celle	137	197	586	1 730	3 515	6 165	124	193	638	1 834	3 998	6 787
23	Cuxhaven	139	235	585	1 997	4 110	7 066	121	233	630	2 163	4 819	7 966
24	Harburg	305	286	498	1 643	3 491	6 223	264	307	548	1 928	4 681	7 728
25	Lüchow-Dannenberg	34	68	217	542	1 021	1 882	28	56	236	557	1 181	2 058
26	Lüneburg	235	216	509	1 421	2 752	5 133	246	231	624	1 587	3 144	5 832
27	Osterholz	99	84	345	1 185	2 189	3 902	88	86	391	1 320	2 973	4 858
28	Rotenburg (Wümme)	159	184	410	1 238	2 376	4 367	142	186	466	1 334	2 856	4 984
29	Soltau-Fallingbostel	121	127	369	1 073	2 223	3 913	115	131	438	1 145	2 670	4 499
30	Stade	157	182	472	1 347	2 670	4 828	139	185	525	1 555	3 353	5 757
31	Uelzen	76	73	271	783	1 619	2 822	64	74	306	763	1 837	3 044
32	Verden	112	111	321	1 102	2 106	3 752	98	106	349	1 259	2 600	4 412

II. 1.3.3/1

Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020 nach Altersgruppen in den Landkreisen, kreisfreien Städte, der Region Hannover, den ehemaligen Regierungsbezirken

lfd. Nr	Gebiet	Pflegebedürftige 2010						Pflegebedürftige 2020					
		0 - unter 15 Jahre	15 - unter 40 Jahre	40 - unter 65 Jahre	65 - unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Gesamt	0 - unter 15 Jahre	15 - unter 40 Jahre	40 - unter 65 Jahre	65 - unter 80 Jahre	80 Jahre und älter	Gesamt
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
33	Bezirk Lüneburg	**1 574**	**1 763**	**4 583**	**14 061**	**28 072**	**50 053**	**1 429**	**1 788**	**5 151**	**15 445**	**34 112**	**57 925**
34	Ammerland	103	107	279	826	1 568	2 883	96	110	331	927	2 065	3 529
35	Aurich	209	312	836	1 989	3 647	6 993	183	304	904	2 174	4 616	8 181
36	Cloppenburg	192	253	488	1 373	2 448	4 754	185	258	607	1 343	3 309	5 702
37	Delmenhorst, Stadt	51	71	207	557	937	1 823	46	67	206	584	1 183	2 086
38	Emden, Stadt	52	61	158	446	910	1 627	51	60	165	477	1 013	1 766
39	Emsland	351	578	1 263	3 655	5 574	11 421	307	548	1 480	3 839	7 447	13 621
40	Friesland	102	104	281	831	1 633	2 951	89	99	297	900	2 044	3 429
41	Grafschaft Bentheim	128	214	403	1 228	2 115	4 088	118	215	474	1 216	2 719	4 742
42	Leer	182	209	513	1 275	2 344	4 523	166	207	575	1 385	3 075	5 408
43	Oldenburg	98	151	295	953	2 087	3 584	90	161	348	1 068	2 794	4 461
44	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	153	224	403	1 084	2 216	4 080	158	238	453	1 226	2 312	4 387
45	Osnabrück	276	410	754	2 465	5 066	8 971	243	401	877	2 510	6 284	10 315
46	Osnabrück, Stadt	78	164	294	850	2 036	3 422	82	170	335	810	2 112	3 509
47	Vechta	127	195	364	1 146	2 111	3 943	124	203	455	1 185	2 686	4 653
48	Wesermarsch	86	92	310	880	1 621	2 989	75	94	331	874	1 942	3 316
49	Wilhelmshaven, Stadt	57	70	228	663	1 339	2 357	53	68	229	674	1 453	2 477
50	Wittmund	46	73	179	465	814	1 577	39	68	195	519	1 023	1 844
51	Bezirk Weser-Ems	**2 291**	**3 288**	**7 255**	**20 686**	**38 466**	**71 986**	**2 105**	**3 271**	**8 262**	**21 711**	**48 077**	**83 426**
52	kreisfreie Städte gesamt	736	1 041	2 499	7 660	15 604	27 540	717	1 027	2 686	7 586	17 264	29 280
53	Landkreise gesamt [1)]	5 275	6 977	17 803	51 377	99 379	180 811	4 715	6 878	19 922	53 525	119 944	204 984
54	**Land Niedersachsen**	**6 879**	**9 116**	**23 169**	**67 176**	**130 709**	**237 049**	**6 248**	**8 998**	**25 778**	**69 321**	**155 336**	**265 681**

[1)] ohne Region Hannover

Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2020; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020;
Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung,
mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

II. 1.3.3 - 2

Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen bis 2020 in Niedersachsen
in den Landkreisen, kreisfreien Städte, der Region Hannover und den ehemaligen Regierungsbezirken
Absolute und prozentuale Veränderung von 2003 bis 2020

lfd. Nr	Gebiet	Pflegebedürftige 2003	Pflegebedürftige 2010	Pflegebedürftige 2020	Veränderung zu der Anzahl 2003 zu 2010	in %	Veränderung zu der Anzahl 2003 zu 2020	in %
	A	B	C	D	E	F	G	H
16	Hannover, Landeshauptstadt	13 021	12 518	12 416	- 503	-3,9	- 605	-4,6
1	Braunschweig, Stadt	6 696	6 492	6 521	- 204	-3,0	- 175	-2,6
46	Osnabrück, Stadt	3 456	3 422	3 509	- 34	-1,0	53	1,5
3	Goslar	5 489	5 535	5 601	46	0,8	112	2,0
49	Wilhelmshaven, Stadt	2 358	2 357	2 477	- 1	0,0	119	5,0
14	Hameln-Pyrmont	5 359	5 369	5 527	10	0,2	168	3,1
18	Holzminden	2 489	2 625	2 706	136	5,5	217	8,7
7	Osterode am Harz	3 439	3 639	3 704	200	5,8	265	7,7
38	Emden, Stadt	1 485	1 627	1 766	142	9,6	281	18,9
25	Lüchow-Dannenberg	1 768	1 882	2 058	114	6,4	290	16,4
44	Oldenburg (Oldenburg), Stadt	4 055	4 080	4 387	25	0,6	332	8,2
31	Uelzen	2 686	2 822	3 044	136	5,1	358	13,3
37	Delmenhorst, Stadt	1 684	1 823	2 086	139	8,3	402	23,9
50	Wittmund	1 408	1 577	1 844	169	12,0	436	31,0
5	Helmstedt	3 052	3 293	3 511	241	7,9	459	15,0
6	Northeim	5 361	5 624	5 873	263	4,9	512	9,6
48	Wesermarsch	2 726	2 989	3 316	263	9,6	590	21,6
9	Salzgitter, Stadt	3 876	4 231	4 566	355	9,2	690	17,8
10	Wolfenbüttel	3 295	3 572	3 985	277	8,4	690	20,9
20	Schaumburg	5 389	5 703	6 120	314	5,8	731	13,6
40	Friesland	2 695	2 951	3 429	256	9,5	734	27,2
19	Nienburg (Weser)	3 628	3 960	4 379	332	9,2	751	20,7
11	Wolfsburg, Stadt	3 141	3 508	3 968	367	11,7	827	26,3
4	Göttingen	6 789	7 172	7 623	383	5,6	834	12,3
29	Soltau-Fallingbostel	3 611	3 913	4 499	302	8,4	888	24,6
22	Celle	5 790	6 165	6 787	375	6,5	997	17,2
34	Ammerland	2 515	2 883	3 529	368	14,6	1 014	40,3
28	Rotenburg (Wümme)	3 950	4 367	4 984	417	10,6	1 034	26,2
8	Peine	3 976	4 442	5 040	466	11,7	1 064	26,8
32	Verden	3 264	3 752	4 412	488	15,0	1 148	35,2
26	Lüneburg	4 677	5 133	5 832	456	9,7	1 155	24,7

II. 1.3.3 - 2

Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen bis 2020 in Niedersachsen
in den Landkreisen, kreisfreien Städte, der Region Hannover und den ehemaligen Regierungsbezirken
Absolute und prozentuale Veränderung von 2003 bis 2020

lfd. Nr	Gebiet	Pflegebedürftige 2003	Pflegebedürftige 2010	Pflegebedürftige 2020	Veränderung zu der Anzahl 2003 zu 2010	in %	Veränderung zu der Anzahl 2003 zu 2020	in %
	A	B	C	D	E	F	G	H
41	Grafschaft Bentheim	3 586	4 088	4 742	502	14,0	1 156	32,2
47	Vechta	3 438	3 943	4 653	505	14,7	1 215	35,3
17	Hildesheim	9 683	10 165	10 916	482	5,0	1 233	12,7
43	Oldenburg	3 034	3 584	4 461	550	18,1	1 427	47,0
2	Gifhorn	4 149	4 687	5 622	538	13,0	1 473	35,5
30	Stade	4 275	4 828	5 757	553	12,9	1 482	34,7
13	Diepholz	5 733	6 295	7 251	562	9,8	1 518	26,5
42	Leer	3 886	4 523	5 408	637	16,4	1 522	39,2
27	Osterholz	3 321	3 902	4 858	581	17,5	1 537	46,3
23	Cuxhaven	6 260	7 066	7 966	806	12,9	1 706	27,3
36	Cloppenburg	3 971	4 754	5 702	783	19,7	1 731	43,6
35	Aurich	6 061	6 993	8 181	932	15,4	2 120	35,0
45	Osnabrück	8 129	8 971	10 315	842	10,4	2 186	26,9
24	Harburg	5 432	6 223	7 728	791	14,6	2 296	42,3
15	Region Hannover	27 614	28 698	31 417	1 084	3,9	3 803	13,8
39	Emsland	9 684	11 421	13 621	1 737	17,9	3 937	40,7
12	Bezirk Braunschweig	**49 263**	**52 195**	**56 014**	**2 932**	**6,0**	**6 751**	**13,7**
21	Bezirk Hannover	**59 895**	**62 815**	**68 316**	**2 920**	**4,9**	**8 421**	**14,1**
33	Bezirk Lüneburg	**45 034**	**50 053**	**57 925**	**5 019**	**11,1**	**12 891**	**28,6**
51	Bezirk Weser-Ems	**64 171**	**71 986**	**83 426**	**7 815**	**12,2**	**19 255**	**30,0**
52	kreisfreie Städte gesamt	26 751	27 540	29 280	789	2,9	2 529	9,5
53	Landkreise gesamt [1)]	163 998	180 811	204 984	16 813	10,3	40 986	25,0
54	**Land Niedersachsen**	**218 363**	**237 049**	**265 681**	**18 686**	**8,6**	**47 318**	**21,7**

[1)] ohne Region Hannover

Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2020; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage
der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020;
Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung,
mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

II. 1.3.3/3

Entwicklung der Bevölkerung und der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover bis 2020

lfd. Nr	Gebiet	Bevölkerung 2003	Bev.prognose 2010	Bev.prognose 2020	Pflegebedürftige 2003	Pflegebedürftige 2010	Pflegebedürftige 2020
	A	B	C	D	E	F	G
1	Braunschweig, Stadt	245 076	242 090	236 148	6 696	6 492	6 521
2	Gifhorn	174 696	178 955	182 510	4 149	4 687	5 622
3	Goslar	153 825	147 447	135 269	5 489	5 535	5 601
4	Göttingen	264 285	260 478	252 668	6 789	7 172	7 623
5	Helmstedt	98 732	95 744	89 479	3 052	3 293	3 511
6	Northeim	148 451	141 934	128 908	5 361	5 624	5 873
7	Osterode am Harz	83 375	78 830	69 889	3 439	3 639	3 704
8	Peine	134 356	136 787	137 698	3 976	4 442	5 040
9	Salzgitter, Stadt	109 855	104 607	94 424	3 876	4 231	4 566
10	Wolfenbüttel	127 220	126 262	121 973	3 295	3 572	3 985
11	Wolfsburg, Stadt	122 724	122 920	121 227	3 141	3 508	3 968
12	Bezirk Braunschweig	**1 662 595**	**1 636 054**	**1 570 193**	**49 263**	**52 195**	**56 014**
13	Diepholz	214 786	218 640	220 722	5 733	6 295	7 251
14	Hameln-Pyrmont	161 259	156 658	147 533	5 359	5 369	5 527
15	Region Hannover	1 126 724	1 131 088	1 123 511	27 614	28 698	31 417
16	Hannover, Landeshauptsta	516 160	514 679	511 727	13 021	12 518	12 416
17	Hildesheim	292 358	287 661	275 752	9 683	10 165	10 916
18	Holzminden	79 715	75 685	67 964	2 489	2 625	2 706
19	Nienburg (Weser)	126 032	125 315	121 740	3 628	3 960	4 379
20	Schaumburg	166 283	164 771	159 555	5 389	5 703	6 120
21	Bezirk Hannover	**2 167 157**	**2 159 818**	**2 116 777**	**59 895**	**62 815**	**68 316**
22	Celle	182 665	182 499	179 030	5 790	6 165	6 787
23	Cuxhaven	206 545	206 812	202 389	6 260	7 066	7 966
24	Harburg	238 385	244 290	247 055	5 432	6 223	7 728
25	Lüchow-Dannenberg	51 624	50 357	46 984	1 768	1 882	2 058
26	Lüneburg	173 164	184 009	200 020	4 677	5 133	5 832
27	Osterholz	112 502	114 611	114 772	3 321	3 902	4 858
28	Rotenburg (Wümme)	164 360	167 462	169 312	3 950	4 367	4 984
29	Soltau-Fallingbostel	142 740	146 055	149 099	3 611	3 913	4 499
30	Stade	195 098	199 526	202 058	4 275	4 828	5 757
31	Uelzen	97 324	96 770	93 984	2 686	2 822	3 044
32	Verden	134 027	134 971	133 185	3 264	3 752	4 412

II. 1.3.3/3

Entwicklung der Bevölkerung und der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover bis 2020

lfd. Nr	Gebiet	Bevölkerung 2003	Bev.prognose 2010	Bev.prognose 2020	Pflegebedürftige 2003	Pflegebedürftige 2010	Pflegebedürftige 2020
	A	B	C	D	E	F	G
33	Bezirk Lüneburg	**1 698 434**	**1 727 362**	**1 737 888**	**45 034**	**50 053**	**57 925**
34	Ammerland	114 524	119 834	125 459	2 515	2 883	3 529
35	Aurich	189 652	192 031	191 302	6 061	6 993	8 181
36	Cloppenburg	153 283	158 740	165 340	3 971	4 754	5 702
37	Delmenhorst, Stadt	75 986	74 160	70 003	1 684	1 823	2 086
38	Emden, Stadt	51 445	52 138	52 763	1 485	1 627	1 766
39	Emsland	307 734	312 637	312 844	9 684	11 421	13 621
40	Friesland	101 657	101 786	99 781	2 695	2 951	3 429
41	Grafschaft Bentheim	132 975	137 648	142 543	3 586	4 088	4 742
42	Leer	164 540	168 873	171 991	3 886	4 523	5 408
43	Oldenburg	124 564	129 504	134 298	3 034	3 584	4 461
44	Oldenburg (Oldenburg), St	158 340	163 403	171 204	4 055	4 080	4 387
45	Osnabrück	358 041	361 430	359 956	8 129	8 971	10 315
46	Osnabrück, Stadt	165 517	166 642	168 703	3 456	3 422	3 509
47	Vechta	130 471	136 707	145 179	3 438	3 943	4 653
48	Wesermarsch	94 242	93 603	91 017	2 726	2 989	3 316
49	Wilhelmshaven, Stadt	84 586	82 668	78 757	2 358	2 357	2 477
50	Wittmund	57 672	57 749	56 180	1 408	1 577	1 844
51	Bezirk Weser-Ems	**2 465 229**	**2 509 553**	**2 537 320**	**64 171**	**71 986**	**83 426**
52	kreisfreie Städte gesamt	1 013 529	1 008 628	993 229	26 751	27 540	29 280
53	Landkreise gesamt 1[1)]	5 853 162	5 893 071	5 845 438	163 998	180 811	204 984
54	**Land Niedersachsen**	**7 993 415**	**8 032 787**	**7 962 178**	**218 363**	**237 049**	**265 681**

[1)] ohne Region Hannover

Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2020; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020;
Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung,
mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

II. 1.3.3 -4

Entwicklung der Bevölkerung und der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020

Lfd Nr.	Alter in Jahren (... bis unter ...)	Bevölkerung 2003			Bevölkerungsvorausschätzung 2010			Bevölkerungsvorausschätzung 2020			Pflegequote 2003		Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2010			Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2020		
		männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	unter 15	657 792	624 478	1 282 270	599 576	572 453	1 172 029	543 315	521 391	1 064 706	0,67	0,50	4 017	2 862	6 879	3 640	2 607	6 247
2	15 - 16	48 643	45 702	94 345	45 605	43 683	89 288	39 515	38 013	77 528	0,62	0,52	283	227	510	245	198	443
3	16 - 17	46 928	44 089	91 017	48 021	45 294	93 315	39 500	37 949	77 449	0,56	0,49	269	222	491	221	186	407
4	17 - 18	46 354	43 310	89 664	48 297	46 124	94 421	41 306	39 596	80 902	0,56	0,45	270	208	478	231	178	409
5	18 - 19	43 993	42 263	86 256	49 253	46 879	96 132	42 697	41 093	83 790	0,59	0,39	291	183	474	252	160	412
6	19 - 20	44 177	41 486	85 663	51 008	48 356	99 364	45 448	42 996	88 444	0,55	0,41	281	198	479	250	176	426
7	20 - 21	44 353	42 681	87 034	49 611	47 102	96 713	45 984	43 881	89 865	0,52	0,41	258	193	451	239	180	419
8	21 - 22	45 387	44 406	89 793	50 684	48 233	98 917	47 657	45 852	93 509	0,41	0,37	208	178	386	195	170	365
9	22 - 23	45 834	44 801	90 635	48 991	46 929	95 920	49 273	48 062	97 335	0,45	0,33	220	155	375	222	159	381
10	23 - 24	45 815	45 260	91 075	48 550	46 438	94 988	48 874	47 296	96 170	0,38	0,36	184	167	351	186	170	356
11	24 - 25	44 428	43 220	87 648	46 299	45 486	91 785	47 703	46 787	94 490	0,38	0,28	176	127	303	181	131	312
12	25 - 26	44 290	42 975	87 265	46 501	44 571	91 072	48 873	47 783	96 656	0,41	0,26	191	116	307	200	124	324
13	26 - 27	44 166	42 659	86 825	46 503	45 420	91 923	51 292	49 444	100 736	0,35	0,30	163	136	299	180	148	328
14	27 - 28	44 281	43 091	87 372	47 319	46 590	93 909	51 475	50 061	101 536	0,39	0,33	185	154	339	201	165	366
15	28 - 29	43 360	41 982	85 342	47 590	46 613	94 203	52 182	50 683	102 865	0,39	0,34	186	158	344	204	172	376
16	29 - 30	44 236	43 459	87 695	47 267	46 588	93 855	53 717	51 772	105 489	0,35	0,27	165	126	291	188	140	328
17	30 - 31	45 409	44 637	90 046	45 402	44 276	89 678	51 884	50 073	101 957	0,34	0,27	154	120	274	176	135	311
18	31 - 32	50 434	49 316	99 750	44 909	43 875	88 784	52 609	50 835	103 444	0,34	0,33	153	145	298	179	168	347
19	32 - 33	55 461	54 622	110 083	44 581	43 555	88 136	50 743	49 268	100 011	0,38	0,29	169	126	295	193	143	336
20	33 - 34	59 174	57 674	116 848	44 617	44 183	88 800	49 987	48 466	98 453	0,35	0,29	156	128	284	175	141	316
21	34 - 35	64 569	62 449	127 018	43 671	43 197	86 868	47 389	47 380	94 769	0,35	0,32	153	138	291	166	152	318
22	35 - 36	68 063	65 178	133 241	44 520	44 829	89 349	47 324	46 339	93 663	0,36	0,29	160	130	290	170	134	304
23	36 - 37	69 499	67 371	136 870	45 870	46 058	91 928	47 216	47 114	94 330	0,39	0,35	179	161	340	184	165	349
24	37 - 38	71 808	68 198	140 006	50 908	50 721	101 629	47 901	48 428	96 329	0,35	0,37	178	188	366	168	179	347
25	38 - 39	71 704	67 436	139 140	55 911	55 955	111 866	48 142	48 504	96 646	0,37	0,34	207	190	397	178	165	343
26	39 - 40	71 630	67 913	139 543	59 649	58 902	118 551	47 846	48 561	96 407	0,39	0,35	233	206	439	187	170	357
27	40 - 41	71 180	67 548	138 728	65 012	63 607	128 619	46 144	46 324	92 468	0,36	0,35	234	223	457	166	162	328
28	41 - 42	68 325	65 927	134 252	68 462	66 299	134 761	45 718	45 952	91 670	0,42	0,40	288	265	553	192	184	376
29	42 - 43	67 697	65 081	132 778	69 823	68 448	138 271	45 440	45 556	90 996	0,44	0,45	307	308	615	200	205	405
30	43 - 44	65 578	63 236	128 814	72 049	69 201	141 250	45 396	46 097	91 493	0,48	0,44	346	304	650	218	203	421
31	44 - 45	63 161	61 148	124 309	71 889	68 382	140 271	44 468	45 041	89 509	0,45	0,40	324	274	598	200	180	380
32	45 - 46	60 147	57 851	117 998	71 684	68 827	140 511	45 251	46 563	91 814	0,48	0,46	344	317	661	217	214	431
33	46 - 47	58 791	57 345	116 136	71 075	68 333	139 408	46 429	47 676	94 105	0,53	0,50	377	342	719	246	238	484
34	47 - 48	57 243	55 285	112 528	68 082	66 577	134 659	51 238	52 159	103 397	0,51	0,59	347	393	740	261	308	569
35	48 - 49	54 929	53 137	108 066	67 258	65 636	132 894	55 947	57 186	113 133	0,52	0,52	350	341	691	291	297	588
36	49 - 50	53 562	53 075	106 637	65 049	63 676	128 725	59 351	59 947	119 298	0,60	0,60	390	382	772	356	360	716
37	50 - 51	51 960	51 201	103 161	62 487	61 436	123 923	64 283	64 360	128 643	0,61	0,61	381	375	756	392	393	785
38	51 - 52	52 889	51 939	104 828	59 338	58 078	117 416	67 318	66 804	134 122	0,73	0,68	433	395	828	491	454	945
39	52 - 53	52 413	51 280	103 693	57 826	57 478	115 304	68 310	68 706	137 016	0,69	0,70	399	402	801	471	481	952
40	53 - 54	53 226	51 673	104 899	56 195	55 348	111 543	70 183	69 241	139 424	0,88	0,78	495	432	927	618	540	1 158
41	54 - 55	52 609	51 034	103 643	53 800	53 095	106 895	69 674	68 165	137 839	0,90	0,84	484	446	930	627	573	1 200
42	55 - 56	49 080	47 613	96 693	52 289	52 987	105 276	69 100	68 422	137 522	0,89	0,88	465	466	931	615	602	1 217
43	56 - 57	44 622	44 247	88 869	50 547	51 103	101 650	68 123	67 787	135 910	1,06	0,88	536	450	986	722	597	1 319

II. 1.3.3 -4

Entwicklung der Bevölkerung und der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2020

Lfd	Alter in Jahren	Bevölkerung 2003			Bevölkerungsvorausschätzung 2010			Bevölkerungsvorausschätzung 2020			Pflegequote 2003		Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2010			Pflegebedürftigkeitsvorausschätzung 2020		
Nr.	(... bis unter ...)	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen
	A	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
44	57 - 58	42 102	41 867	83 969	51 226	51 646	102 872	64 943	65 829	130 772	1,10	1,05	563	542	1 105	714	691	1 405
45	58 - 59	33 505	33 242	66 747	50 552	50 869	101 421	63 763	64 668	128 431	1,28	1,06	647	539	1 186	816	685	1 501
46	59 - 60	44 358	45 165	89 523	51 030	51 136	102 166	61 243	62 589	123 832	1,39	1,28	709	655	1 364	851	801	1 652
47	60 - 61	46 661	46 230	92 891	50 170	50 420	100 590	58 417	60 219	118 636	1,39	1,25	697	630	1 327	812	753	1 565
48	61 - 62	45 638	45 376	91 014	46 628	46 987	93 615	55 102	56 820	111 922	1,61	1,35	751	634	1 385	887	767	1 654
49	62 - 63	55 277	55 793	111 070	42 272	43 594	85 866	53 344	56 056	109 400	1,82	1,43	769	623	1 392	971	802	1 773
50	63 - 64	57 700	58 938	116 638	39 739	41 286	81 025	51 444	53 874	105 318	2,01	1,73	799	714	1 513	1 034	932	1 966
51	64 - 65	56 269	58 137	114 406	31 611	32 920	64 531	48 868	51 600	100 468	2,19	1,82	692	599	1 291	1 070	939	2 009
52	65 - 66	53 695	55 827	109 522	41 442	44 242	85 684	47 130	51 195	98 325	2,55	1,99	1 057	880	1 937	1 202	1 019	2 221
53	66 - 67	49 453	51 488	100 941	43 184	45 091	88 275	45 051	49 098	94 149	2,81	2,32	1 213	1 046	2 259	1 266	1 139	2 405
54	67 - 68	46 613	50 248	96 861	41 859	44 029	85 888	45 085	49 354	94 439	3,01	2,55	1 260	1 123	2 383	1 357	1 259	2 616
55	68 - 69	44 051	47 949	92 000	50 035	53 614	103 649	43 922	48 260	92 182	3,42	2,91	1 711	1 560	3 271	1 502	1 404	2 906
56	69 - 70	40 055	44 600	84 655	51 539	56 118	107 657	43 662	48 060	91 722	3,82	3,52	1 969	1 975	3 944	1 668	1 692	3 360
57	70 - 71	30 489	35 553	66 042	49 478	54 787	104 265	42 098	46 882	88 980	4,27	4,05	2 113	2 219	4 332	1 798	1 899	3 697
58	71 - 72	30 001	36 153	66 154	46 359	52 152	98 511	38 330	43 188	81 518	4,82	4,65	2 235	2 425	4 660	1 848	2 008	3 856
59	72 - 73	29 936	36 774	66 710	41 965	47 619	89 584	33 952	39 562	73 514	5,48	5,09	2 300	2 424	4 724	1 861	2 014	3 875
60	73 - 74	30 354	38 986	69 340	38 830	45 981	84 811	31 102	36 926	68 028	5,69	5,99	2 209	2 754	4 963	1 770	2 212	3 982
61	74 - 75	28 732	37 276	66 008	35 969	43 373	79 342	24 122	28 999	53 121	6,43	6,92	2 313	3 001	5 314	1 551	2 007	3 558
62	75 - 76	28 278	37 270	65 548	32 031	39 837	71 868	30 495	38 059	68 554	7,12	7,98	2 281	3 179	5 460	2 171	3 037	5 208
63	76 - 77	25 104	35 871	60 975	23 929	31 346	55 275	30 781	37 940	68 721	7,80	9,10	1 866	2 852	4 718	2 401	3 453	5 854
64	77 - 78	22 147	35 707	57 854	23 050	31 334	54 384	28 836	36 168	65 004	8,70	10,91	2 005	3 419	5 424	2 509	3 946	6 455
65	78 - 79	20 158	36 313	56 471	22 447	31 257	53 704	33 115	42 804	75 919	10,26	12,83	2 303	4 010	6 313	3 398	5 492	8 890
66	79 - 80	16 889	33 697	50 586	22 046	32 330	54 376	32 607	43 453	76 060	11,66	15,11	2 571	4 885	7 456	3 802	6 566	10 368
67	80 - 81	15 008	31 849	46 857	20 110	30 110	50 220	29 825	40 997	70 822	13,30	17,99	2 675	5 417	8 092	3 967	7 375	11 342
68	81 - 82	14 708	31 766	46 474	19 089	29 260	48 349	26 586	37 551	64 137	15,17	20,67	2 896	6 048	8 944	4 033	7 762	11 795
69	82 - 83	13 774	31 352	45 126	16 372	27 397	43 769	22 944	33 003	55 947	16,47	24,01	2 696	6 578	9 274	3 779	7 924	11 703
70	83 - 84	11 798	28 595	40 393	13 938	26 415	40 353	20 172	30 467	50 639	19,53	27,92	2 722	7 375	10 097	3 940	8 506	12 446
71	84 - 85	8 018	20 453	28 471	12 221	25 929	38 150	17 652	27 343	44 995	21,59	31,52	2 639	8 173	10 812	3 811	8 619	12 430
72	85 - 86	4 583	12 161	16 744	9 662	22 827	32 489	14 480	23 424	37 904	25,22	36,31	2 437	8 288	10 725	3 652	8 505	12 157
73	86 - 87	4 054	10 648	14 702	7 968	20 087	28 055	9 767	16 866	26 633	26,94	40,79	2 147	8 193	10 340	2 631	6 880	9 511
74	87 - 88	3 673	10 843	14 516	7 160	18 619	25 779	8 381	15 334	23 715	30,71	44,54	2 199	8 293	10 492	2 574	6 830	9 404
75	88 - 89	3 990	12 177	16 167	6 102	16 945	23 047	7 257	13 831	21 088	33,51	49,82	2 045	8 442	10 487	2 432	6 891	9 323
76	89 - 90	4 150	13 514	17 664	4 803	14 264	19 067	6 407	12 912	19 319	37,66	55,11	1 809	7 861	9 670	2 413	7 116	9 529
77	90 und älter	14 792	47 108	61 900	11 668	37 683	49 351	21 625	50 501	72 126	41,64	68,54	4 859	25 828	30 687	9 005	34 613	43 618
78	**Insgesamt**	**3 915 213**	**4 078 202**	**7 993 415**	**3 940 462**	**4 092 325**	**8 032 787**	**3 894 733**	**4 067 445**	**7 962 178**	**1,79**	**3,64**	**79 746**	**156 241**	**235 987**	**94 390**	**169 145**	**263 535**
79	unter 15	657 792	624 478	1 282 270	599 576	572 453	1 172 029	543 315	521 391	1 064 706			4 017	2 862	6 879	3 640	2 607	6 247
80	15 - 40	1 303 996	1 256 178	2 560 174	1 201 537	1 169 857	2 371 394	1 196 537	1 166 236	2 362 773			5 072	4 080	9 152	4 971	4 009	8 980
81	40 - 65	1 358 922	1 333 368	2 692 290	1 446 093	1 427 369	2 873 462	1 419 497	1 437 641	2 857 138			12 127	11 051	23 178	13 438	12 361	25 799
82	65 - 80	495 955	613 712	1 109 667	564 163	653 110	1 217 273	550 288	639 948	1 190 236			29 406	37 752	67 158	30 104	39 147	69 251
83	80 und älter	98 548	250 466	349 014	129 093	269 536	398 629	185 096	302 229	487 325			29 124	100 496	129 620	42 237	111 021	153 258

Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2020; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-;
Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020; Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung,
mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

Verzeichnis der Tabellen im Abschnitt B des Landespflegeberichtes

Lfd. Nr	Tabellenbezeichnung	Seite
Tab. T B I 1.1/1	Altersspezifische Pflegequote in Niedersachsen und im Bundesgebiet 2003	96
Tab. T B I 1.1/2	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach Altersgruppen	96
Tab. T B I 1.1.1/1	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Bundesgebiet der Sozialen Pflegeversicherung und Privaten Pflegepflichtversicherung 2003 nach Alter	110
Tab. T B I 1.1.1/2	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Bundesgebiet der Sozialen Pflegeversicherung und Privaten Pflegepflichtversicherung 2003 nach Pflegestufen	111
Tab. T B I 1.1.1/3	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger häusliche Pflege (Pflegegeld und Pflegesachleistung) nach Alter	113
Tab. T B I 1.1.1/4	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger häusliche Pflege (Pflegegeld und Pflegesachleistung) nach Pflegestufe	114
Tab. T B I 1.3.3/1	Personen mit dementiellen Erkrankungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen am 31.12.2003	153
Tab. T B I 1.3.6/1	Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen am 31.12.2004	161
Tab. T B I 1.3.6/2	Bevölkerung nach Altersjahren und Geschlecht in Niedersachsen am 31.12.2004	162
Tab. T B I 1.3.6/3	Anteil ausländischer Bevölkerung in ausgewählten kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen	163
Tab. T B I 2.1/1	Anzahl der Anträge auf Pflegeleistungen seit 1997	169
Tab. T B I 2.1/2	Entwicklung der Anträge auf Pflegeleistungen in Niedersachsen von 1997 bis 2004	170
Tab. T B I 2.1/3	Differenzierung der Erstanträge nach Leistungsarten von 1997 bis 2004	173
Tab. T B I 2.1/4	Differenzierung der Wiederholungsanträge nach Leistungsarten von 1997 bis 2004	173
Tab. T B I 2.2/1	Anteil der nach der Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuften Personen von 1997 bis 2004	177
Tab. T B I 2.2/2	Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) von 1997 bis 2004	177
Tab. T B I 2.2/3	Einstufungen für stationäre Pflege bei Erstbegutachtung von 1997 bis 2004	178
Tab. T B I.2.2/4	Wiederholungsbegutachtungen für ambulante Pflege bei Erstbegutachtung von 1997 bis 2004	180

Lfd. Nr	Tabellenbezeichnung	Seite
Tab. T B I.2.2/5	Wiederholungsbegutachtungen für stationäre Pflege bei Erstbegutachtung von 1997 bis 2004	181
Tab. T B I 2.2/6	Begutachtung bei Widersprüchen von 1997 bis 2004	182
Tab. T B I 2.3/1	Leistungen nach § 45b SGB XI AOK Niedersachsen von 2002 bis 2004	189
Tab. T B I 3.3.1/1	Leistungskomplexkatalog bei ambulanten Pflegeleistungen	339
Tab. T B I 3.4.1/1	Projekte für schwerstkranke Kinder	367
Tab. T B I 3.4.3/1	Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen	389
Tab. T B I 3.4.4/1	Einrichtung für Schädel-Hirngeschädigte Personen "Phase F" in Niedersachsen	394
Tab. T B I 3.5.2/1	Bestand an speziellen Wohnungen für alte Menschen sowie an betreuten Wohnungen in Niedersachsen (Auszugsweise)	419
Tab. T B I 3.5.2/2	Strukturdaten der geplanten "Informationsplattform Altenhilfe"	421-422
Tab. T B I 3.5.2/3	Preisspannen bei Service-Wohnprojekten in Deutschland (in den Jahren 2000 und 2001)	423
Tab. T B I 3.6.1/1	Angebotsarten der FED	431
Tab. T B I 4.2.5/1	Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege in Niedersachsen von 2000 bis 2005	498
Tab. T B I 4.2.5/2	Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegehilfe Niedersachsen von 2000 bis 2005	499
Tab. T B I 4.2.5/3	Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflege in Niedersachsen von 2000 bis 2004	500
Tab. T B I 4.2.5/4	Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Kinderkrankenpflege in Niedersachsen von 2000 bis 2004	500
Tab. T B I 4.2.5/5	Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflegehilfe in Niedersachsen von 2000 bis 2004	501
Tab. T B I 4.2.5/6	Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler der Heilerziehungspflege in Niedersachsen von 2000 bis 2004	502
Tab. T B I 4.2.5/7	Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler der Heilerziehungshilfe in Niedersachsen von 2000 bis 2004	503
Tab.: T B I 4.2.7	Einzelmaßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung	518-520
Tab. T B I 5/1	Niedersachsen-Forum "Alter und Zukunft", Orte und Themen der Foren	534
Tab. T B II.1.1/1	Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung	540
Tab. T B II 1.3.1/1	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS	550

Lfd. Nr	Tabellenbezeichnung	Seite
Tab. T B II 1.3.1/2	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen bis 2050 entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statist. Bundesamtes	550
Tab. T B II 1.3.1/3	Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen 2020 / 2050 – Veränderungen zwischen den Prognoseabschnitten	551
Tab. T B II 1.3.2/1	Durchschnittliche Pflegequote 2003 für unterschiedliche Altersgruppen der Bevölkerung in Niedersachsen	553
Tab. T B II 1.3.2/2	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen unter 15 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)	553
Tab. T B II 1.3.2/3	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen unter 15 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	554
Tab. T B II 1.3.2/4	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 15 bis unter 40 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)	554
Tab. T B II 1.3.2/5	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 15 bis unter 40 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	555
Tab. T B II 1.3.2/6	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 40 bis unter 65 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)	555
Tab. T B II 1.3.2/7	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 40 bis unter 65 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	556
Tab. T B II 1.3.2/8	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 65 bis unter 80 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)	556
Tab. T B II 1.3.2/9	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen von 65 bis unter 80 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	557
Tab. T B II 1.3.2/10	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen über 80 Jahre in Niedersachsen bis 2020 auf der Grundlage der Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung des NLS (gleich bleibende Lebenserwartung)	557
Tab. T B II 1.3.2/11	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen über 80 Jahre in Niedersachsen bis 2050, Varianten entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	558
Tab. T B II 2.1/1	Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zur Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050	568

Lfd. Nr	Tabellenbezeichnung	Seite
Tab. T B II 2.3/1	Pflegebedürftige Personen nach Art der Pflegeleistung in den Jahren 2003, 2020 und 2050 in Niedersachsen – status-quo-Vorausberechnung für alternative Annahmen zur demographischen Entwicklung	585
Tab. T B II 2.4/1	Personalbedarf in Pflegediensten und Pflegeheimen bei unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen	590
Tab. T B II 2.4/2	Mehrbedarf an Pflege-Fachpersonal gegenüber 2003 in Pflegediensten und Pflegeheimen in Niedersachsen bei unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen	591
Tab. T B II 2.4/3	Mehrbedarf an Pflege-Fachpersonal gegenüber 2003 in Pflegediensten und Pflegeheimen in Niedersachsen bei unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen unter Einschluss von Ersatzbedarf für im Prognosezeitraum aus dem Personalbestand ausscheidende Fachkräfte	592
Tab. T B II 3/1	Voraussichtliche Zahl (pflegebedürftiger) Personen mit dementiellen Erkrankungen in Niedersachsen für unterschiedliche Annahmen zur demographischen Entwicklung	598

Verzeichnis der Abbildungen

		Seite
Abb. A 1	Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen im Jahr 2003	14
Abb. A 2 (K)	Regionale Pflegequoten und die Anzahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen 2003	17
Abb. A 3 (K)	Veränderung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003	18
Abb. A 4	Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 2003 nach Einrichtungsarten, Träger und Platzkapazitäten	25
Abb. A 5	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen nach Altersgruppen bis zum Jahr 2050	36
Abb. A 6	Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den Oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zu Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050	38
Abb. B I 1.1/1	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen 1999-2003	84
Abb. B I 1.1/2	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in der Bundesrepublik Deutschland	84
Abb. B I 1.1/3	Relative Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung und der Bezieherinnen und Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung in Niedersachsen im Alter von 65 Jahren und mehr 1999 bis 2003	85
Abb. B I 1.1/4	Relative Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung und der BezieherInnen und Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung in Niedersachsen im Alter von 80 Jahren und mehr 1999 bis 2003	86
Abb. B I 1.1/5	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Sozialen und der Privaten Pflegeversicherung sowie sonstige Hilfebedürftige in Privathaushalten zum Jahresende 2002 (in %): Dauer des Hilfe- und Pflegebedarfs	87
Abb. B I 1.1/6	Relative Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung je Leistungsart in Niedersachsen 1999 bis 2003	89
Abb. B I 1.1/7	Relative Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung in Niedersachsen 1999 bis 2003	89
Abb. B I 1.1/8	Relative Entwicklung der Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung 1999 zu 2003: Vergleich Land Niedersachsen zum Bundesgebiet	91
Abb. B I 1.1/9	Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung 1999 bis 2003: Anteil der Leistungsarten; Vergleich Land Niedersachsen zum Bundesgebiet	91
Abb. B I 1.1/10	Entwicklung der altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten von 1999 bis 2003	97
Abb. B I 1.1/11	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen 2003 nach ihrem Alter und der Art der pflegerischen Versorgung	99

Verzeichnis der Abbildungen

Seite

Abb. B I 1.1/12	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen 2003 nach ihrem Alter und Geschlecht	100
Abb. B I.1.1/13	Pflegequote der über 70 jährigen weiblichen Personen	101
Abb. B I 1.1/14	Pflegequote der über 70 jährigen männlichen Personen	101
Abb. B I 1.1/15	Altersspezifische Pflegequote in Niedersachsen 2003	102
Abb. B I 1.1/16	Grad der Pflegebedürftigkeit der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Niedersachsen von 1999 bis 2003	104
Abb. B I 1.1/17	Grad der Pflegebedürftigkeit der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Bundesgebiet 1999 bis 2003	104
Abb. B I 1.1/18	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung (Pflegestufe 1 - 3) in Niedersachsen 2003 nach Art der gewählten Pflegeleistung	106
Abb. B I 1.1/19	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung (Pflegestufe 1) in Niedersachsen 2003 nach Art der gewählten Pflegeleistung	106
Abb. B I 1.1/20	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung (Pflegestufe 2) in Niedersachsen 2003 nach Art der gewählten Pflegeleistung	106
Abb. B I 1.1/21	Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung (Pflegestufe 3) in Niedersachsen 2003 nach Art der gewählten Pflegeleistung	107
Abb. B I 1.2/1 (K)	Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung 2003 je 1000 Einwohner in Niedersachsen	119
Abb. B I 1.2/2	Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen Entwicklung von 1999 bis 2003	123
Abb. B I. 1.2/3a	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen 2003 nach regionaler Gliederung und Leistungsarten	126
Abb. B I. 1.2/3b	Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen 2003 nach regionaler Gliederung und Leistungsarten	127
Abb. B I 2.1/1	Entwicklung der Anträge auf Pflegeleistungen in Niedersachsen von 1997 bis 2004	171
Abb. B I 2.1/2	Anträge auf ambulante Pflegeleistungen in Niedersachsen von 1997 bis 2004	174
Abb. B I 2.1/3	Anträge auf stationäre Pflegeleistungen in Niedersachsen von 1997 bis 2004	175
Abb. B I 2.2/1	Begutachtungsergebnisse für ambulante Pflege bei Erstbegutachtung von 1997 bis 2004	178
Abb. B I 2.2/2	Begutachtungsergebnisse für stationäre Pflege bei Erstbegutachtung von 1997 bis 2004	179

Verzeichnis der Abbildungen

Seite

Abb. B I 2.3/1a	Leistungen der Pflegekassen bundesweit 2001 bis 2004	185
Abb. B I 2.3/1b	Leistungen der Pflegekassen bundesweit 2001 bis 2004	
Abb. B I 3.1.1.1/1	Entwicklung der Pflegedienste 1999 bis 2003 in Niedersachsen	193
Abb. B I 3.1.1.1/2	Entwicklung der Zahl der Pflegedienste in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1999 und 2003 in %	195
Abb. B I 3.1.1.2/1	Entwicklung der Zahl der Pflegeheime in Niedersachsen von 1999 bis 2003	197
Abb. B I 3.1.1.2/2	Entwicklung der Zahl der Pflegeplätze in Niedersachsen von 1999 bis 2003	199
Abb. B I 3.1.1.2/3	Versorgung der Bevölkerung in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland nach Anzahl der Pflegeheime je 10 000 Einwohner im Jahr 2003	201
Abb. B I 3.1.1.2/4	Versorgung der Bevölkerung in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland nach Anzahl der Pflegeplätze in Pflegeheimen je 10 000 Einwohner im Jahr 2003	202
Abb. B I 3.1.1.2/5	Entwicklung der Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1999 und 2003 in %	203
Abb. B I 3.1.1.2/6	Entwicklung der Zahl der Pflegeplätze in Pflegeheimen für ältere Menschen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1999 und 2003 in %	203
Abb. B I 3.1.3.2/1	Entwicklung des Angebotes an Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	216
Abb. B I 3.1.3.2/2	Entwicklung des Angebotes an Pflegeplätzen in Tagespflege-Einrichtungen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	217
Abb. B I 3.1.3.3/1(K)	Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen 2003	222
Abb. B I 3.1.4.2/1	Entwicklung des Angebotes an Plätzen in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können ("eingestreute Kurzzeitpflege), in Niedersachsen 1999 bis 2003	232
Abb. B I 3.1.4.3/1 (K)	Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Plätze in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können (sog. "eingestreute" Kurzzeitpflege), in Niedersachsen 2003	238
Abb. B I 3.1.5.2/1	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003 nach Trägerarten	244
Abb. B I 3.1.5.2/2	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003 in privater Trägerschaft nach Größe der Einrichtung	247
Abb. B I 3.1.5.2/3	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003 in gemeinnütziger Trägerschaft nach Größe der Einrichtung	248
Abb. B I 3.1.5.2/4	Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 2003 in öffentlicher Trägerschaft nach Größe der Einrichtung	248
Abb. B I 3.1.5.2/5	Entwicklung des Raumangebotes in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen 1999 bis 2003	250

Verzeichnis der Abbildungen

Seite

Abb. B I 3.1.5.2/6	Raumstruktur in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 2003	251
Abb. B I 3.1.5.3/1	Entwicklung der Zahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen 1999 bis 2003	256
Abb. B I 3.1.5.3/2	Entwicklung der Zahl der Pflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen 1999 bis 2003	258
Abb. B I 3.1.5.3/3	Versorgung der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren in den Städten und Landkreisen in Niedersachsen 2003 mit Plätzen in Einrichtungen der vollstationären Pflege	260
Abb. B I 3.1.5.3/4 (K)	Vollstationäre Pflegeplätze in Niedersachsen 2003 nach Trägerzugehörigkeit	265
Abb. B I 3.1.5.3/5a	Raumangebot der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in den kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen 2003	269
Abb. B I 3.1.5.3/5b	Raumangebot der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in den kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen 2003	270
Abb. B I 3.2.1/1	Pflegedienste in Niedersachsen 2003 nach ihrer Personalstärke	276
Abb. B I 3.2.1/2	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003	277
Abb. B I 3.2.1/3	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten je Pflegedienst in Niedersachsen 1999 bis 2003	277
Abb. B I 3.2.1/4	Entwicklung der Zahl der Betreuten Pflegebedürftigen im Verhältnis zu den Beschäftigten in Niedersachsen 1999 bis 2003	277
Abb. B I 3.2.1/5	Beschäftigte je Pflegedienst 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	279
Abb. B I 3.2.1/6	Betreute Personen je Pflegekraft in Pflegediensten 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	279
Abb. B I 3.2.1.2/1	Beschäftigte in Pflegediensten in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach ihrem Beschäftigungsverhältnis	281
Abb. B I 3.2.1.2/2	Vollzeitbeschäftigte in Pflegedienste 2003 in den Ländern Bundesrepublik	282
Abb. B I 3.2.1.2/3	Teilzeitbeschäftigte (über 50%) in Pflegediensten 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	283
Abb. B I 3.2.1.2/4	Teilzeitbeschäftigte (50% und weniger, jedoch nicht geringfügig beschäftigt) in Pflegediensten 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	283
Abb. B I 3.2.1.2/5	Geringfügig Beschäftigte in Pflegediensten 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	284
Abb. B I 3.2.1.2/6	Auszubildende, Schüler/-innen und Praktikanten/-innen in Pflegediensten 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	285
Abb. B I 3.2.1.2/7	Personal in den Pflegediensten in Niedersachsen 2003 nach Berufs-Gruppen	289

Verzeichnis der Abbildungen

Seite

Abb.: B I 3.2.1.2/8	Entwicklung der Zahl der Pflegefachkräfte in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	293
Abb. B I 3.2.1.2/9	Entwicklung der Zahl der st. anerk. Altenpflegehelfer/-innen, Krankenpflegehelfer/-innen und Heilerziehungspflegehelfer/-innen in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	293
Abb. B I 3.2.1.2/10	Entwicklung der Zahl der Ergotherapeuten/-innen und Beschäftigten mit einem sonstigen Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	294
Abb. B I 3.2.1.2/11	Entwicklung der Zahl der Heilpadagogen/-innen und Beschäftigten mit einem sozialpädagogischen/-arbeiterischen Berufsabschluss in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	294
Abb. B I 3.2.1.2/12	Entwicklung der Zahl der Familienpfleger/-innen und Dorfhelfer/innen in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	295
Abb. B I 3.2.1.2/13	Entwicklung der Zahl der Fachhauswirtschafter/-innen und Beschäftigten mit einem sonstigen hauswirtschaftlichen Berufsabschluss in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	295
Abb. B I 3.2.1.2/14	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	296
Abb. B I 3.2.1.2/15	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten mit einem sonstigen Berufsabschluss / ohne Berufsabschluss / sonstiger pflegerischer Beruf / noch in Ausbildung in Pflegediensten in Niedersachsen von 1999 bis 2003	296
Abb. B I 3.2.1.2/16	Beschäftigte in Pflegediensten in Niedersachsen 2003 nach Berufsgruppen und Art des Trägers	298
Abb. B I 3.2.2.1/1	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003	304
Abb. B I 3.2.2.1/2	Entwicklung der Zahl der betreuten Pflegebedürftigen in Pflegeheimen im Verhältnis zum Personal in Niedersachsen 1999 bis 2003	305
Abb. B I 3.2.2.1/3	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten je Pflegeheim in Niedersachsen 1999 bis 2003	305
Abb. B I 3.2.2.1/4	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen für ältere Menschen in Niedersachsen 1999 bis 2003	306
Abb. B I 3.2.2.1/5	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen für behinderte Menschen in Niedersachsen 1999 bis 2003	306
Abb. B I 3.2.2.1/6	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen für psychisch kranke Menschen in Niedersachsen 1999 bis 2003	307
Abb. B I 3.2.2.1/7	Personal in Pflegeheim 2003 nach Trägerart	308
Abb. B I 3.2.2.1/8	Beschäftigte je Pflegeheim 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	309
Abb. B I 3.2.2.1/9	Betreute Personen je Pflegekraft in Pflegeheimen 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	309

Verzeichnis der Abbildungen

Seite

Abb. B I 3.2.2.2/1	Beschäftigte in Pflegeheimen in Niedersachsen 1999 bis 2003 nach ihrem Beschäftigungsverhältnis	310
Abb. B I 3.2.2.2/2	Vollzeitbeschäftigte in Pflegeheimen 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	311
Abb. B I 3.2.2.2/3	Teilzeitbeschäftigte (über 50%) in Pflegeheimen 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	312
Abb. B I 3.2.2.2/4	Teilzeitbeschäftigte (50% und weniger, jedoch nicht geringfügig beschäftigt) in Pflegeheimen 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	312
Abb. B I 3.2.2.2/5	Geringfügig Beschäftigte in Pflegeheimen 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	313
Abb. B I 3.2.2.2/6	Auszubildende, Schüler/-innen und Praktikanten/-innen in Pflegeheimen 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland	314
Abb. B I 3.2.2.2/7	Personal in Pflegeheimen 2003 in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland im Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung	316
Abb. B I 3.2.2.2/8	Personal in den Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach Berufsgruppen	318
Abb. B I 3.2.2.2/9	Entwicklung der Zahl der Pflegefachkräfte in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	319
Abb. B I 3.2.2.2/10	Entwicklung der Zahl der st. anerk. Altenpflegerhelfer/-innen, Krankenpflegerhelfer/-innen und Heilerziehungspflegehelfer/-innen in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	320
Abb. B I 3.2.2.2/11	Entwicklung der Zahl der Ergotherapeuten/-innen und Beschäftigten mit einem sonstigen Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	321
Abb. B I 3.2.2.2/12	Entwicklung der Zahl der Heilpädagogen/-innen und Beschäftigten mit einem sozialpädagogischen/-arbeiterischen Berufsabschluss in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	321
Abb. B I 3.2.2.2/13	Entwicklung der Zahl der Familienpfleger/-innen und Dorfhelfer/innen in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	322
Abb. B I 3.2.2.2/14	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	322
Abb. B I 3.2.2.2/15	Entwicklung der Zahl der Fachhauswirtschafter/-innen und Beschäftigten mit einem sonstigen hauswirtschaftlichen Berufsabschluss in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	323
Abb. B I 3.2.2.2/16	Entwicklung der Zahl der Beschäftigten mit einem sonstigen Berufsabschluss / ohne Berufsabschluss / sonstiger pflegerischer Beruf / noch in Ausbildung in Pflegeheimen in Niedersachsen von 1999 bis 2003	323
Abb. B I 3.2.2.2/17	Beschäftigte in Pflegeheimen in Niedersachsen 2003 nach Berufs-Gruppen und Art des Trägers	325
Abb. B I 3.3.1/1	Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen bei freien gemeinnützigen Verbänden/Trägern	336

Verzeichnis der Abbildungen

Seite

Abb. B I 3.3.1/2	Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen bei Öffentlichen Verbänden/Trägern	336
Abb. B I 3.3.1/3	Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen bei privaten Verbänden/Trägern	337
Abb. B I 3.3.1/4	Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen bei Träger ohne Verbandszugehörigkeit	337
Abb. B I 3.5.2/1	“Standardtypen" des Betreuten Wohnens	417
Abb. B I 3.6.1/1(K)	Niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen (nach Zielgruppen)	433
Abb. B I 3.6.1/2 (K)	Niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen (nach Betreuungsarten)	433
Abb. B I 4.2.1/1	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; Art und Zahl der Prüfungen	461
Abb. B I 4.2.1/2	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; Alten- und behindertengerechte Ausstattung	461
Abb. B I 4.2.1/3	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; ständige Vertretung einer Pflegefachkraft bzw. ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes	461
Abb. B I 4.2.1/4	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; Pflegekonzept	462
Abb. B I 4.2.1/5	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; Pflegeprozess	462
Abb.: B I 4.2.1/6	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; aktivierende Pflege	463
Abb. B I 4.2.1/7	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; Prophylaxen	463
Abb. B I 4.2.1/8	Qualitätsprüfungen des MDKN 2001/2002 und 2003; Dekubitus-Prophylaxen	464
Abb. B I 4.2.1/9	Qualitätsprüfungen des MDK in der Bundesrepublik Deutschland (31.12.2003); Ergebnisse angemessene Pflege	465
Abb. B I 4.2.1/10	Qualitätsprüfungen des MDK in der Bundesrepublik Deutschland (31.12.2003); Pflegedokumentation und Umsetzung Pflegeprozess	466
Abb. B I 4.2.1/11	Qualitätsprüfungen des MDK in der Bundesrepublik Deutschland (31.12.2003); Qualitätsmanagement	467
Abb. B I 4.2.1/12	Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen des MDKN und der medizinischen Dienste in der Bundesrepublik Deutschland (Stand 31.12.2003) im Vergleich.	468
Abb. B I 4.2.1/13	Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI der medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in ambulanten und in stationären Einrichtungen (Stand 31.12.2003); pflegetheoretische Grundlagen	471
Abb. B I 4.2.1/14	Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI der medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in ambulanten und in stationären Einrichtungen (Stand 31.12.2003); Aufbauorganisation Personal	471

Verzeichnis der Abbildungen

Seite

Abb. B I 4.2.1/15	Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI der medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in ambulanten und in stationären Einrichtungen (Stand 31.12.2003); Verantwortungswahrnehmung Verantwortlicher PFK	471
Abb. B I 4.2.1/16	Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI der medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in ambulanten und in stationären Einrichtungen (Stand 31.12.2003); Ablauforganisation	472
Abb. B I 4.2.1/17	Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI der medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in ambulanten und in stationären Einrichtungen (Stand 31.12.2003); Ergebnisse angemesse Pflege	472
Abb. B I 4.2.1/18	Ausgewählte Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI der medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in ambulanten und In stationären Einrichtungen (Stand 31.12.2003); Qualitätsmangement	472
Abb. B I 4.2.5/1	Die Entwicklung der Schülerzahlen an den nieders. BFS/FS für Altenpflege Krankenpflege -öffentliche Schulen und Schulen in freier Trägerschaft -	508
Abb. B II.1.3.1/1	Voraussichtliche Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen; Vergleich unter Zugrundelegung der Bevölkerungsvorausberechnungen für Niedersachsen	549
Abb. B II 1.3.3/1	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen bis 2020	561
Abb. B II 1.3.3/2a-b	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen: Relative Entwicklung (in %) von 2003 bis 2020	562
Abb. B II 1.3.3/2c-d	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen: Relative Entwicklung (in %) von 2003 bis 2020	563
Abb. B II 1.3.3/2e-f	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen: Relative Entwicklung (in %) von 2003 bis 2020	564
Abb. B II 2.1/1	Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zu Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050, Altersgruppen (65-85 Jährige)	568
Abb. B II 2.1/2	Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zu Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050, Altersgruppen (85 jährig und älter)	569
Abb. B II 2.1/3	Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zu Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050, Altersgruppen (65 jährig und älter)	569

Verzeichnis der Quellen

Bericht der Bundesagentur für Arbeit: „Gesundheits- und Pflegeberufe“ in Deutschland – Arbeitsmarkt und Arbeitspolitik-Entwicklung und Struktur 2000-2005

Bundesamt für Migration und Flüchtige: Migrationsbericht im Auftrage der Bundesregierung, 2004

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Qualitätsmängel und Regelungsmängel der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Schriftenreihe Bd. 226, Verlag Kohlhammer 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen, Berlin, Dezember 2004

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Runder Tisch Pflege“ mit 4 AG, Berlin, September 2005

6. Familienbericht der Bundesregierung 2000, Berlin 2002

3. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung 1997, 2000 und 2003, zuletzt BT-Drs. 15/4125 vom 04.11.2004

Bericht der Migrationsbeauftragten der Bundesregierung über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin, Juni 2005

4. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland; BT-Drs. 15/4192 vom 10.11.2004

Bundesverwaltungsamt, Bestandszahlen/Altersstruktur Aussiedler für den Berichtszeitraum Januar – Dezember 2004

empirica – Wirtschaftsforschung und Beratung GmbH (Hrsg.): Wohnen im Alter – Teil 3, Betreutes Wohnen/Service Wohnen – aktueller Marktüberblick, empirica – paper Nr. 77, Berlin, April 2003

Bericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Nordrhein-Westfälischen Landtages „Zukunft der Pflege in Nordrhein Westfalen“, Düsseldorf 2005

Förderverein Dementenbetreuung Holle e.V.: Dokumentation der 8.Holler Runde vom 09.02.2005: Menschen mit Demenz und die Heime von Morgen – Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung – Beispiele aus der Praxis für die Praxis, Eigenverlag, Holle 2005

Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB IV

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG-) i. d. Bekanntmachung vom 25. August 2003

Gesetz über die Berufe der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPfG) vom 16. Juli 2003 (BGBI zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 22.10.2004)

Gust, Jochen, „Atlas der Demenz“, Demenzerkrankungen von Aachen bis Zwickau, Eutin 2004

Holler, G./Melchinger, H.: Regionale Versorgung von Demenzkranken – Analysen zur Versorgungssituation und Implikationen für Qualitätsziele und Qualifizierungsmaßnahmen, Hannover, November 2004

Infratest Sozialforschung: Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002, München 2002

Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte (IGK): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln in NRW, Berlin 2005

Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom 11.11.2005

Verzeichnis der Quellen

Kremer-Preiß, Ursula / Stolarz, Holger: Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte, Expertenworkshop am 18.06.2003, Dokumentation im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Gütersloh/Köln 2004

Antwort der Landesregierung vom 30.06.05 auf die Entschließung des Landtages „Versorgung schwer kranker Kinder in Niedersachsen qualitativ verbessern“ vom 26.01.2005, Anlage 3 (LT-Drs.15/2091) vom 05.07.2005

Kabinettsbeschluss der niedersächsischen Landesregierung vom 25.10.2005 „Handlungsprogramm Integration in Niedersachsen

Geschäfts- und Leistungsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN)

Berichte des MDKN und des MDS über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI jeweils aus 2004

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003, Essen, Mai 2005

Medizinische Hochschule Hannover, Abt. für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsbereich Versorgungsforschung (Hrsg.): Holler, G./Zawadzki, B.. Ambulante psychiatrische Versorgung in ausgewählten Orten Niedersachsens, Umsetzung der niedersächsischen Empfehlungen zur ambulanten psychiatrischen Pflege, Hannover, April 2002

Melchinger, Heiner: Regionale Versorgung von Demenzkranken – Analysen zur Versorgungssituation und Implikationen für Qualitätsziele und Qualifizierungsmaßnahmen; MHH, Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsbereich Versorgungsforschung, Hannover, Februar 2005

Niedersächsisches Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflege-Berufegesetz – APBG-) vom 20. Juni 1996, Nds. GVBl. 11/1996 S.276, geändert durch Gesetz vom 15. Juni 1999 (Nds. GVBl. 13/1999

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit: Altern als Chance – Leitlinien für eine moderne Seniorenpolitik in Niedersachsen, Dezember 2005

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit: Pflegerahmenplan 2000, Mai 2000

Niedersächsische Landestreuhandstelle (LTS), Norddeutsche Landesbank Girozentrale (Hrsg.): Wohnungsmärkte regional prognostiziert – Wohnungsprognose 2010/2015, Hannover August 2004

Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege: „Aus aller Welt“, Norddeutsche Bestandsaufnahme interkultureller Aktivitäten im Gesundheits- und Pflegebereich, Kiel 2000
Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD im Niedersächsischen Landtag „Älter werden in Niedersachsen“, LT-Drs. 14/4012 vom 03.12.2002

Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für die ambulante pflegerische Versorgung vom 06. Nov. 1995; § 19 Abs. 2

Rahmenvertrag nach § 132a SGB V vom 01. Juli 2003, Abs. 2 Satz 1

Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III), Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMFSFJ

Verzeichnis der Quellen

Schubert, H.J.: Private Hilfenetze – Solidaritätspotentiale von Verwandtschaft, Nachbarschaft und Freundschaft, Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH (IES), Bericht 226, Hannover 1990

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden Juni 2003

Statistisches Landesamt/Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 1999, 2001 und 2003, zuletzt April 2005 sowie div. Veröffentlichungen in den Statistischen Monatsheften Niedersachsens des Statistischen Landesamtes Niedersachsen

Statistisches Landesamt: Regionale Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen bis 2020, Statistische Monatshefte Niedersachsen 2/2005

Verband der privaten Krankenversicherung e.V: Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der privaten Pflege-Pflichtversicherung (Stand:31.12.2003), Köln, unveröffentlicht