



**Niedersächsisches Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales**
Postfach 141, 30001 Hannover

Pflegerahmenplan

nach § 3 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG)

Hannover, im Mai 2000

<u>Inhalt</u>	Seite
Einführung	5
1. Gesetzlicher Auftrag	5
2. Rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen	6
3. Aufgabe und Verfahren der Planung nach dem Niedersächsischen Pflegergesetz	7
4. Das Verhältnis von Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen	10
5. Aufbau und Inhalte des Pflegerahmenplanes, Reichweite der Aussagen	11
6. Datengrundlagen	16
I. Stand der pflegerischen Versorgung	19
1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen	19
1.1 Sozio-demographische Merkmale, Pflegebedarf und Art der pflegerischen Versorgung	19
1.2 Personen unter 60 Jahren	38
1.3 Personen mit dementiellen Erkrankungen	43
1.4 Migrantinnen und Migranten	47
2. Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz	51
2.1 Nachfrage nach Leistungen für Pflege	52
2.2 Erhalt von Leistungen für Pflege	58
2.2.1 Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den Erstbegut- achtungen	58
2.2.2 Wiederholungsbegutachtungen und Begutachtungen bei Widersprüchen	68
2.2.3 Art der erhaltenen Pflegeleistungen	72
2.3 Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	82
3. Pflegerische Versorgungsstruktur	83
3.1 Pflegedienste und Pflegeheime (Kapazität und räumliche Verteilung)	85
3.1.1 Bestand und zahlenmäßige Entwicklung der Pflegeein- richtungen im Überblick	85
3.1.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen	87
3.1.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)	93
3.1.4 Einrichtungen für Kurzzeitpflege	99
3.1.5 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Dauerpflege)	104
3.2 Personalstruktur in den Pflegediensten und -heimen	110
3.2.1 Pflegedienste	110
3.2.2 Vollstationäre Pflegeheime	116
3.3 Angebote für Personen mit besonderem Hilfebedarf	125
3.3.1 Schädel-Hirngeschädigte der Phase F	126
3.3.2 Multiple-Sklerose-Erkrankte	131
3.3.3 Sterbende (Hospiz)	132
3.3.4 Personen mit hochgradiger Altersdemenz	134
3.3.5 Pflegebedürftige Kinder	136

3.3.6	Menschen mit Behinderungen	138
3.3.6.1	Pflegedienste	139
3.3.6.2	Vollstationäre Einrichtungen	145
3.3.7	Migrantinnen und Migranten	148
II.	Entwicklung des Pflegebedarfs	151
1.	Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demographischen Entwicklung	151
1.1	Datengrundlagen, Inhalt und Planungsrelevanz der Prognose	151
1.2	Pflegebedürftige in Privathaushalten und in Heimen - Entwicklung bis zum Jahr 2010	155
2.	Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung	165
2.1	Pflegebedürftigkeit im Alter	165
2.2	Private Unterstützungs- und Hilfpotentiale	172
2.3	Institutionelle Pflege (ambulant, teilstationär, vollstationär)	185
2.3.1	Allgemeine Auswirkungen der demographischen Entwicklung sowie der Entwicklung leistungsrechtlicher und gesellschaftsstruktureller Rahmenbedingungen	185
2.3.2	Ambulante Pflege	187
2.3.3	Teilstationäre Pflege	188
2.3.4	Vollstationäre Pflege	198
2.4	Versorgung von Personen mit besonderem Hilfebedarf	205
III.	Vorschläge zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen	217
1.	Stationäre Pflegeeinrichtungen – definitorische Abgrenzung gem. § 71 SGB XI	217
2.	Vorgaben zur Gestaltung stationärer Pflegeeinrichtungen nach dem NPflegeG	218
3.	Vorschläge zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen	220
3.1	Allgemeine Anforderungen	220
3.2	Tages- und Nachtpflege	223
3.3	Kurzzeitpflege	225
3.4	Vollstationäre Dauerpflege	227
3.4.1	Allgemeine Hinweise	227
3.4.2	Gestaltungsmerkmale	228

	Seite
IV. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur	233
1. Pflegebedarfsaufkommen und Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen	234
2. Strukturelle Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für Pflegebedürftige	237
2.1 Anpassung der Versorgungsstruktur an veränderte Nutzungsanforderungen	237
2.2 Entwicklung und Ausbau von Angeboten für Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf	245
2.3 Vernetzung der Angebote durch Koordination der Hilfen und Kooperation der Träger und Einrichtungen	253
3. Hinweise zur örtlichen Pflegeplanung	256
Verzeichnis der Abbildungen	259
Verzeichnis der Tabellen	260
Tabellenanhang mit Verzeichnis der Tabellen	261
Anhang	
1. Tabellen	
2. Tagespflege für pflegebedürftige Menschen – Empfehlungen des niedersächsischen Landespflegeausschusses für Einrichtung und Betrieb (Stand: 18.03.1999)	
3. Planungsdaten des Niedersächsischen Sozialministeriums für Altenpflegeheim-Plätze (Stand: 01.07.1994)	
4. Anregungen zur hörgeschädigtengerechten Ausstattung von Heimen	

Einführung

Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales legt hiermit den ersten Pflegerahmenplan des Landes vor.

1. Gesetzlicher Auftrag

Nach § 3 des Gesetzes zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) - Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG) - vom 22. Mai 1996 (Nds. GVBI Nr. 10/1996, S. 245), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Haushaltsbegleitgesetzes 1999 vom 21. Januar 1999 (Nds. GVBI Nr. 2/1999, S. 10), erstellt das Fachministerium für das Gebiet des Landes einen räumlich gegliederten Pflegerahmenplan.

Zuständiges Fachministerium ist das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.

Als räumliche Gliederungsebene des Pflegerahmenplans im Sinne von § 3 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG wird die gebietliche Zuordnung zu den Landkreisen und kreisfreien Städten gewählt. Dies erfolgt mit Blick auf die räumlich tiefer auf Gemeinde- oder Stadtbezirksebene gegliederte örtliche Pflegeplanung (§ 4 NPflegeG) dieser kommunalen Gebietskörperschaften.

Der Pflegerahmenplan war nach dem NPflegeG (§ 23 Abs. 1 Satz 1) bis zum 31.12.1997 zu erstellen. Hiervon wurde 1997 in Erwartung einer wesentlich verbesserten Datenlage aus der zum damaligen Zeitpunkt für 1999 vorgesehenen Vorlage von ersten Ergebnissen der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI abgesehen. Die Beschlussfassung über die Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV -) ist jedoch erst am 24.11.1999 erfolgt¹. Eine erste Erhebung ist noch für 1999 zum Stichtag 15.12.1999 vorgesehen. Erste zusammengefasste Ergebnisse sollen vom Statistischen Bundesamt Ende 2000 vorgelegt werden. Angesichts dieser Tatsache ist mit den erwarteten Daten in einem absehbaren Zeitraum nicht zu rechnen.

¹ BGBl 1999 Teil 1, Nr. 52, vom 29.11.1999

Das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS) sah es deshalb als erforderlich an, dem gesetzlichen Auftrag auf der Grundlage verfügbarer Daten (s. Ausführungen zu 6.) im diesbezüglich möglichen Umfange zu entsprechen.

Nach § 3 Satz 3 NPflegeG ist der Landespflegeausschuss bei der Erstellung und der Fortschreibung des Pflegerahmenplanes anzuhören. In seiner Sitzung vom 18.05.2000 hat der Landespflegeausschuss folgenden Beschluss gefasst:

„Der Landespflegeausschuss nimmt den Entwurf des Pflegerahmenplanes des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales gemäß § 3 Satz 3 NPflegeG zur Kenntnis. Er sieht darin eine geeignete Grundlage zu einer fachöffentlichen Diskussion zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Niedersachsen.“

Das Verfahren zur Erstellung des Pflegerahmenplanes ist damit abgeschlossen.

2. Rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen

Die Regelungen des Niedersächsischen Pflegegesetzes über die Planung auf Landesebene (Pflegerahmenplan) und auf kommunaler Ebene (örtliche Pflegepläne) finden ihre rechtliche Begründung in den Bestimmungen des § 9 SGB XI. Danach sind die Länder „verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt.“ Pflegeeinrichtungen sind die durch § 71 SGB XI definierten und nach den §§ 72 oder 73 SGB XI zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag zugelassenen Einrichtungen.

Mit den im zweiten Abschnitt des NPflegeG - Planung sowie Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur - getroffenen Regelungen hat der Landesgesetzgeber den bundesgesetzlichen Auftrag umgesetzt und die rechtlichen Grundlagen für die Wahrnehmung der strukturpolitischen Verantwortung in der Pflege geschaffen.

Dementsprechend ist es nach § 1 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG Ziel dieses Gesetzes, eine leistungsfähige, wirtschaftliche und räumlich gegliederte pflegerische Versorgungsstruktur zur gewährleisten, die mit einer ausreichenden Zahl von Pflegeeinrichtungen eine ortsnahe, aufeinander abgestimmte, dem allgemein anerkannten medizinisch-

pflegerischen Erkenntnisstand entsprechende ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellt. Hierfür wurde im Gesetz der Begriff „notwendige pflegerische Versorgungsstruktur“ gewählt.

Der Pflegerahmenplan geht demgemäß auch - soweit mit den begrenzten Daten und weitergehenden Informationen möglich - auf die Zusammenhänge und Wechselwirkungen innerhalb des komplexen Versorgungssystems der Pflege und zu den Versorgungssystemen mit engen Berührungen zur Pflege (gesundheitliche, soziale, Wohnungsversorgung) ein. Dabei können zwangsläufig nur pflegerische Aspekte Berücksichtigung finden; Fachplanungen für die anderen Bereiche können dadurch nicht ersetzt werden. Beispielhaft seien hier die pflegerische Versorgung im Überschneidungsbereich von Behinderung und Pflege und das Betreute Wohnen erwähnt.

3. Aufgabe und Verfahren der Planung nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz

Die Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur folgt zunehmend marktwirtschaftlichen Prinzipien, die sich einer bislang in der Regel auf Mittel- bis Langfristigkeit ausgerichteten und maßnahmenscharfen Planung der öffentlichen Hände weitgehend entziehen. Im Bereich der Pflegeversicherung wird die wettbewerbliche Ausrichtung des durch Pflegedienste und Pflegeheime verkörperten Pflegemarktes durch die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen für solche Dienstleister unterstützt.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen vollzieht sich zudem vor dem Hintergrund eines fortgesetzten Wandels der rechtlichen, ökonomischen und soziokulturellen Verhältnisse, der Einfluss nimmt 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 01.04.1995 ein z.T. nicht unbeträchtlicher Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Pflegeplätze festgestellt; seit Beginn der vollstationären Pflegeleistungen am 01.07.1996 ist ein umgekehrtes Verhalten der pflegebedürftigen Menschen zu beobachten. So stieg z.B. allein von 1997 auf 1998 die Zahl der vollstationären Leistungsempfänger bundesweit um rd. 52.300 Personen.

Hinzu treten Entwicklungen bei Zielvorstellungen und Verfahren pflegerischen Handelns als Folge fortschreitender pflegewissenschaftlicher und -praktischer Erkenntnisse. Auch sie nehmen Einfluss auf die Angebotsstrukturen; auch sie sind nur bedingt vorausschauend zu erkennen und insofern im Ausmaß ihrer Wirkungen auf die Versorgungsstruktur planerisch schwer zu fassen².

Andererseits verlangen die vorhandenen Erkenntnisse insbesondere über die demographische Entwicklung, die altersbedingten Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit, aber auch die in der Regel auf eine Nutzung 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) leicht entstehen oder vorhandene nicht erkannt werden. Es bedarf darum 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 die Planung 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 Planung Rechnung getragen:

- Bekanntgabe von Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs und von Vorschlägen zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 23 Abs. 1 NPflegeG durch das Fachministerium zum 31.12.1996 (ist erfolgt).

² Maßgeblich aus diesen Gründen und nicht allein aufgrund der gegenwärtig nach wie vor unbefriedigenden Datelage wurden für die planerischen Aussagen in diesem Bericht (s. Abschnitt IV) keine Modellrechnungen auf der Grundlage von in der Fachliteratur ausgewiesenen Versorgungskennziffern oder unter Zugrundelegung entsprechender Verfahren vorgenommen wie z.B. dem von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund, im Auftrage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen erarbeiteten „Indikatoren gestützten Planungsmodell zur Pflegeinfrastruktur“, Düsseldorf, März 1998

- Erstellung der örtlichen Pflegepläne möglichst bis zum 30.06.1997 (Soll-Bestimmung des § 23 Abs. 2 NPflegeG)³;
- Erstellung des Pflegerahmenplanes bis zum 31.12.1997 (s.o.)
- Fortschreibung des Pflegerahmenplanes (mind. alle drei Jahre) und der örtlichen Pflegepläne (Zeitraum hierfür nicht gesetzlich vorgegeben).

Durch diese Reihenfolge der Vorlage der verschiedenen Pläne und ihre Fortschreibungen soll nach dem Willen des Gesetzgebers erreicht werden

- eine Orientierungshilfe für die kommunalen Körperschaften bei der Erstellung der örtlichen Pflegepläne - der Pflegerahmenplan ist nach § 4 Satz 1 zweiter Halbsatz NPflegeG bei der örtlichen Pflegeplanung zu berücksichtigen - und
- die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sowie struktureller Verwerfungen im interkommunalen Vergleich aus der örtlichen Pflegeplanung bei der Pflegerahmenplanung.

Letzteres konnte aufgrund der wenigen und sehr inhomogenen Unterlagen aus den Kommunen in diesem Rahmenplan nicht geleistet werden.

Die Fortschreibungen ermöglichen 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 in erster Linie die Leistungsanbieter auf örtlicher Ebene. In diesem Sinne ist auch der vom Landesgesetzgeber den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragene Sicherstellungsauftrag nach § 6 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.

Deren Beteiligung sowie die Beteiligung der kreisangehörigen Gemeinden am Planungsgeschehen und damit Einflussmöglichkeit im Blick auf eine aktive (Mit-)Gestaltung der örtlichen Versorgungsstrukturen ist im Übrigen rechtlich gesichert (§ 4 NPflegeG).

³ Bisher liegen dem MFAS mit Stand 01.02.2000 örtliche Pflegepläne von acht Landkreisen oder kreisfreien Städten vor. In einer Reihe weiterer Kommunen befinden sich solche Pläne in Bearbeitung. Als Grund für die ausbleibende Erledigung des gesetzlichen Auftrages werden überwiegend unzureichende Datengrundlagen genannt.

Sofern sich örtliche Pflegekonferenzen gebildet haben (§ 5 NPflegeG), sind diese zu beteiligen. Auf Landesebene ist im Zuge der Pflegerahmenplanung der Landespflegeausschuss anzuhören (§ 3 Abs. 1 Satz 3 NPflegeG).

4. Das Verhältnis von Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen

Die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur und die Förderung der Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen (§§ 10 bis 13 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 den örtlichen Pflegeplan oder den Pflegerahmenplan gebunden. Dies widerspricht auch dem o.g. Planungsverständnis einer Strukturentwicklungsplanung. Danach ist es Aufgabe, ein Bild über Stand und Entwicklung der pflegerischen Versorgung im Gesamtzusammenhang und im Zusammenhang mit angrenzenden Versorgungsstrukturen zu gewinnen und daraus Vorschläge für strukturbildende Maßnahmen zu erarbeiten. Dabei ist z. B. auch die Erfassung derjenigen Versorgungsangebote oder derjenigen Nachfrager (Personen der sogen. Pflegestufe Null) erforderlich, die keiner Förderung unterliegen. Letztere bilden gegenwärtig einen nicht unbeträchtlichen Teil der Belegung in den Pflegeheimen und sind insofern für die Bewertung der (zukünftigen) Versorgungslage der im Sinne des SGB XI Pflegebedürftigen von erheblicher Relevanz.

Pflegerahmenplanung und örtliche Pflegeplanung sind dennoch erforderlich als Bewertungsgrundlagen für die Förderentscheidungen auf kommunaler Ebene. Nach § 8 Abs. 2 NPflegeG setzt die Förderung einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer Maßnahme zur Verbesserung der Versorgungsstruktur im Bestand der vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 12 NPflegeG) jeweils die Feststellung des Landkreises oder der kreisfreien Stadt als Förderbehörde voraus, dass diese Einrichtung oder Maßnahme erforderlich ist, um die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen.

Für die Landesregierung sind die Planungen von Bedeutung für die Aufstellung und Beschlussfassung der Förderprogramme für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur entsprechend § 12 NPflegeG.

5. Aufbau und Inhalte des Pflegerahmenplanes, Reichweite der Aussagen

Aufbau und Inhalte des Pflegerahmenplanes sind in ihrer Grundstruktur durch § 3 Abs. 2 NPflegeG vorgegeben. Der Pflegerahmenplan enthält danach insbesondere

1. einen Bericht zum Stand der pflegerischen Versorgung und zur Entwicklung des Pflegebedarfs (Abschnitte I. und II. des Rahmenplans),
2. Vorschläge zur Gestaltung stationärer Pflegeeinrichtungen (Abschnitt III.),
3. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur (Abschnitt IV.).

Der hiermit vorgelegte Pflegerahmenplan folgt demgemäß diesen strukturellen und inhaltlichen Vorgaben.

Die 1996 durch das damalige Niedersächsische Sozialministerium bekanntgegebenen „Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs...“ (s.o.) gleichen aufgrund der landesgesetzlichen Vorgaben (§ 23 Abs. 1 NPflegeG) in Teilen der Struktur des Pflegerahmenplans. Vergleichsmöglichkeiten im Zahlenwerk zur Darstellung von Entwicklungen werden dementsprechend so weit wie möglich genutzt. Der Rahmenplan geht andererseits nicht nur hinsichtlich seines Teiles IV. (s.o.) über den Inhalt des Berichtes aus 1996 hinaus. Er enthält im Bericht über den Stand der pflegerischen Versorgung (Abschnitt I.) insbesondere weitergehende Ausführungen über

- Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung und deren Entwicklung in den letzten Jahren,
- Entwicklungen hinsichtlich der Art der in Anspruch genommenen Leistungen,
- Anzahl, Kapazität, räumliche Verteilung sowie Personalstruktur der Pflegedienste und Pflegeheime sowie
- Angebote für Menschen mit besonderem Hilfebedarf.

Alle diese Ausführungen stehen unter dem genannten Vorbehalt ihres Bezuges auf verfügbare Daten (s. 1. u. 6.) und sind insofern von sehr unterschiedlichem Differenzierungsgrad und unterschiedlicher Genauigkeit. Bei der Behandlung der Einzelthemen wird hierauf jeweils gesondert hingewiesen.

Bericht über den Stand der pflegerischen Versorgung

Mit seinem Auftrag an das zuständige Fachministerium, im Pflegerahmenplan über den Stand der pflegerischen Versorgung 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 Rahmenplan 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.

Der Pflegerahmenplan trifft hingegen keine Aussagen z.B. zu Fragen der Qualität der pflegerischen Versorgung unter dem Aspekt der Bereitstellung von ausreichend qualifiziertem Fachpersonal durch die Gewährleistung entsprechender Angebote der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Diese Fragen sind entweder besonderen Fachplanungen auf Landesebene vorbehalten oder vollziehen sich auf Bundesebene unter Einbezug der Länder im verfassungsmäßig vorgegebenen (beschränkten) Mitwirkungsrahmen.

Keine Aussagen enthält der Rahmenplan auch zur pflegerischen Versorgung unter dem Aspekt der Qualität der Pflege bei privat organisierter oder bei institutioneller Pflege und über die damit in Zusammenhang stehenden Fragen der Qualitätssicherung und -kontrolle im Rahmen der Selbstverwaltung nach dem SGB XI oder nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften wie insbesondere dem Heimgesetz. Die diesbezüglich für Niedersachsen wie für das Bundesgebiet vorliegenden Erkenntnisse stellen noch keine hinreichend empirisch gesicherte Berichtsgrundlage dar.

Im Unterschied zu den ‚Orientierungsdaten‘ enthält der Pflegerahmenplan erstmals Ansätze, den Versorgungsstand für pflegebedürftige Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf wiederzugeben. Hierzu zählen zum Beispiel 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 Personen-

gruppen 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 dieses Rahmenplanes ist dabei, durch erste 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 Beispiel kann hier das vom Landespflegeausschuss anlässlich seiner Sitzung am 18.03.1999 empfohlene Konzept zur Einrichtung und zum Betrieb von Tagespflegeeinrichtungen gelten (s. Anhang).

Entwicklung des Pflegebedarfs

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 in den „Orientierungsdaten“ als Status-quo-Prognose. Anders als in 1996 beruht sie jedoch auf den inzwischen bekannten altersspezifischen Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach dem SGB XI und bezieht auch Altersgruppen unter 60 Jahre in die Schätzung ein. Damit werden erstmals auch Trendaussagen über die zahlenmäßige Entwicklung dieser Personengruppen möglich, die unter dem o.g. Aspekt des unter Umständen besonderen Hilfebedarfs von Relevanz sind.

Zusätzlich zur Prognose der quantitativen Entwicklung vorgenommene Einschätzungen über strukturelle Entwicklungen z.B. bei den privaten Unterstützungs- und Hilfpotentialen oder bei den institutionellen Pflege- und Hilfsangeboten (Abschnitt II.2) dienen der Deutung der quantitativen Entwicklung im Blick auf die Aussagen zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur im Abschnitt IV. 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 Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen

Die Vorschläge zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen in Abschnitt III. des Rahmenplanes beschränken sich auf einige zentrale Leitkriterien. Dies erscheint geboten im Blick auf

- die diesbezüglich vorliegende umfangreiche Fachliteratur,
- die einschlägigen Kenntnisse und Erfahrungen bei den Einrichtungsträgern und den Kommunen,
- eine notwendige Gestaltungsfreiheit für künftige Einrichtungen und bauliche Maßnahmen im Einrichtungsbestand im Sinne einer Gestaltungsvielfalt, die auch unterschiedlichen Anspruchs- und damit Kostenniveaus gerecht wird,
- die erforderliche Anpassung der Versorgungslandschaft an sich verändernde Anforderungen an die häusliche und die dazu komplementäre pflegerische Versorgung ebenso wie an Wohnen und Pflege in vollstationären Einrichtungen und
- den durch das NPflegeG und die Durchführungsverordnung zum NPflegeG (DVO-NPflegeG, insbes. die §§ 1 und 3) vorgegebenen Gestaltungs- und Kostenrahmen.

Die Vorschläge entsprechen insofern im wesentlichen denjenigen in den „Orientierungsdaten“ aus 1996. Soweit zwischenzeitlich neuere Erkenntnisse gewonnen wurden - wie insbesondere in Bezug auf Einrichtungen der Tagespflege (s.o.) - sind diese eingearbeitet⁴.

Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur

Der aus der Formulierung des § 3 Abs. 2 Nr. 3 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 3.), 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 Planungsverfahren (s. Ausführungen zu 3.) auch nicht zu unterstel-

⁴ Von der Landesarbeitsgemeinschaft der Nachsorgeeinrichtungen für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte der Phase ‚F‘ wird zur Zeit ein Rahmenkonzept unter Mitwirkung auch von Mitarbeitern des MFAS erarbeitet. Das Rahmenkonzept soll auch Aussagen zur räumlichen Gestaltung enthalten. Im Fall einer rechtzeitigen Fertigstellung und Zustimmung durch den Landespflegeausschuss soll auch dieses Konzept noch in den Rahmenplan aufgenommen werden.

len. Vielmehr wird hinsichtlich der vom Landesgesetzgeber an den Pflegerahmenplan gerichteten Erwartungen davon ausgegangen, dass dieser Plan

- 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 konkreten und 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 Konkretisierungsgrad richtet sich nach den Möglichkeiten der Aussagebestimmtheit bezogen auf den jeweiligen Planungsgegenstand (z.B. Einrichtungen für eine bestimmte Personengruppe). Sie 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 IV.1 zum Pflegebedarfsaufkommen und zur hiervon beeinflussten Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen auf der Grundlage der verfügbaren Ist-Daten und der Prognosen lediglich **Trendaussagen** und erlauben den Vergleich der Kommunen untereinander.

Konkrete Bedarfszahlen bezogen auf 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 Pflegeplanung 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).

Angesichts der geringen Zahl bislang kommunalerseits erstellter örtlicher Pflegepläne sind auch Überprüfungen der o.g. Aussagen zur Pflegebedarfsentwicklung noch nicht möglich. Insoweit wird auch bei einer Reihe anderer Ausführungen auf die notwendige weitergehende Klärung auf der örtlichen Ebene verwiesen.

6. Datengrundlagen

Hinsichtlich der allgemeinen Aussagen zur Verwendung der dem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales verfügbaren Daten in Ermangelung amtlicher statistischer Unterlagen aus einer Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird auf die Ausführungen zu 1. verwiesen.

Im einzelnen fanden hauptsächlich folgende Datengrundlagen Verwendung:

Stand der pflegerischen Versorgung

- Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB IV auf Landes- und Bundesebene (z.T. unveröffentlicht)
- Erster Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gem. § 10 Abs. 4 SGB XI vom 09.12.1997
- Geschäftsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Niedersachsen (MDKN), Abteilung Pflege
- Datei der Landesverbände der sozialen Pflegeversicherung über die nach den §§ 72, 73 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen (z.T. nach Maßgabe datenschutzrechtlicher Bestimmungen anonymisierte und aggregierte Sonderauswertungen).

Zu diesen Datengrundlagen ist anzumerken:

- Die Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV enthält insbesondere Informationen über die Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie über die Art der gewährten Leistungen. Sie liegt regionalisiert für Niedersachsen nur für die landesunmittelbaren Pflegekassen vor. Diese erfassen ca. 65 % aller Leistungsempfänger. Für den Pflegerahmenplan konnte hinsichtlich der Zahl der Leistungsempfänger nach Art der empfangenen Leistungen und Pflegestufe auch

auf Sonderauswertungen der bundesunmittelbaren Kassen zurückgegriffen werden, die von den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden. Bei diesen Daten handelt es sich allerdings zum Teil um extrapolierte Daten aus exakten statistischen Erfassungen jeweils einiger Mitgliedskassen. Die Datenqualität ist dennoch höher zu bewerten als die als Alternative erforderlich gewesene Grobschätzung der niedersächsischen Leistungsempfänger auf der Grundlage von Gesamtzahlen des Bundes.

Soweit regionalisierte Daten der bundesunmittelbaren Kassen nicht zur Verfügung standen, wurde auf die Daten der landesunmittelbaren Kassen zurückgegriffen. In diesen Fällen wurde in der Regel auf die Wiedergabe absoluter Werte verzichtet. Zur Abbildung von Leistungsstrukturen ist die Darstellung von Verhältniswerten ausreichend. Die Merkmalsverteilungen wurden zur Prüfung ihrer Aussagetreue jeweils mit den Merkmalsverteilungen der vergleichbaren Daten auf Bundesebene verglichen. Wesentliche Abweichungen waren nur in einzelnen - dann näher bezeichneten - Fällen zu verzeichnen. Insofern können die Aussagen als wirklichkeitsnah bezeichnet werden.

- Daten für die privat pflichtversicherten Leistungsempfängerinnen und -empfänger wurden dem o.g. Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) entnommen sowie nach Auskunft des jetzt zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wiedergegeben. Für diese Gruppe der Leistungsempfängerinnen und -empfänger wurden für Niedersachsen anteilige Erfahrungswerte von 10 % der Gesamtzahl auf Bundesebene angenommen. Regionalisierte Daten lagen nicht vor und konnten vom Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen auch nicht beigebracht werden.
- Die Geschäftsstatistik des MDKN bildet die einzige Datengrundlage für Auskünfte über die Nachfrage nach Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Anträge auf Leistungen) und die Gewährung solcher Leistungen nach erfolgter Begutachtung. Hierbei ist von der Erfahrungstatsache auszugehen, dass den Empfehlungen des MDK durch die Pflegekassen nahezu ausnahmslos gefolgt wird. Die Statistik des MDK ergibt aber keine Aussagen über die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, da es sich um eine personenbezogen nicht abgegrenzte Fallstatistik handelt. Auf die weitergehenden Ausführungen zur Aussagenreichweite dieser Statistik in Abschnitt I.2.2 wird ausdrücklich hingewiesen.
- Im Zuge der Erarbeitung der „Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs“ wurden bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen erhebliche Diskrepanzen in der Zahl der Einrichtungen und vor allem der Zahl der Pflegeplätze zwischen den Unterlagen der Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen und den Daten der Heimstatistik festgestellt. Diese Unterschiede sind zwischenzeitlich durch einen systematischen Datenabgleich geklärt und weitgehend bereinigt worden. Für die Darstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Abschnitt I.3 ist aus Gründen der Darstellung des Entwicklungsverlaufs von 1995 bis 1998 von der einheitlichen Datengrundlage der Statistik der Landesverbände der Pflegekassen ausgegangen worden.

Nach wie vor unbefriedigend ist allerdings diese Statistik hinsichtlich der Angaben über die zugelassenen Einrichtungen und Plätze bei Kurzzeitpflegeeinrichtungen und bei Einrichtungen der Tagespflege und Nachtpflege. Vor allem durch die im Rahmen des Bestandsschutzes zugelassenen Einrichtungen mit sehr kleinen Platz-

zahlen, die formal den Kriterien der Zulassung als Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI nicht genügen und auch nach zwischenzeitlicher Erkenntnis oft nur ein fiktives Vorhalteangebot darstellen, wird ein Angebot vorgetäuscht, das faktisch so nicht existiert und den Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen des SGB XI nicht entspricht.

Von Nachteil bei dieser Datengrundlage ist weiterhin ihr in Teilen nicht aktueller Datenstand. Dies betrifft insbesondere die Angaben über die Personalstruktur der Dienste und Heime aus den sogenannten Strukturhebungsbögen. Letztere bilden die Grundlage für die Dateien; sie sind bisher nicht systematisch fortgeschrieben⁵. Dennoch bilden diese Daten die bislang einzigen vollständigen Unterlagen für Erkenntnisse zur Personalstruktur der Pflegeeinrichtungen.

- Hinsichtlich der Darstellung von Angeboten für Personen mit besonderem Hilfebedarf sowie der Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege wurde größtenteils auf eigene Ermittlungen des MFAS zurückgegriffen. Für die Aussagen über Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte und über MS-Kranke waren die Arbeitsgemeinschaft niedersächsischer Nachsorgeeinrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte (Phase F) bzw. der Landesverband Niedersachsen der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) freundlicherweise behilflich.

Entwicklung des Pflegebedarfs

Die regionalisierte Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten und in Heimen beruht auf der Statistik des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung über altersspezifische Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung mit Datenstand 31.12.1997 auf der Grundlage der Geschäfts- und Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Für die altersspezifische Prognose der Bevölkerungsentwicklung wurden als Basisdaten die Bevölkerungsdaten aus der amtlichen Statistik von Niedersachsen mit Stichtag 31.12.1996 gewählt. Ein Vergleich mit den zwischenzeitlich verfügbaren Daten mit Stichtag 31.12.1997 hat keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der errechneten Zahl Pflegebedürftiger ergeben. Eine Neuberechnung der Prognose auf Einwohnerbasis 1997 war deshalb nicht erforderlich. Die Prognose wurde, wie schon für die Erarbeitung der „Orientierungsdaten“, vom Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES), Hannover, auf der Grundlage des dort erarbeiteten Verfahrens vorgenommen. Als weitester Prognosehorizont wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Prognoseergebnissen aus 1996 und aus Gründen der Prognosesicherheit wiederum das Jahr 2010 gewählt. Eine zeitnahe regionalisierte Prognose des statistischen Landesamtes lag nicht vor. Sie ist nach dortiger Aussage frühestens zum Jahr 2001 zu erwarten.

⁵ Nach Aussagen der Landesverbände der Pflegekassen ist beabsichtigt, künftig in regelmäßigen Abständen eine Aktualisierung durch Abfrage bei den Einrichtungsträgern vorzunehmen.

I. Stand der pflegerischen Versorgung

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen

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

Zahl der Pflegebedürftigen

In Niedersachsen waren am 31.12.1998⁶ rd. 177.000⁷ Leistungsempfängerinnen und -empfänger der sozialen Pflegeversicherung bekannt⁸. Das sind rund 5.500 Personen mehr als im Vorjahr⁹.

Tabelle I.1: Empfängerinnen und Empfänger ambulanter¹⁰ und vollstationärer¹¹ Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Niedersachsen am 31.12.1998¹² nach Pflegestufen und Art der pflegerischen Versorgung

Pflegestufe	ambulante Pflege			vollstationäre Pflege			zusammen	
	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%
I	63.169	50,2	79,5	16.256	31,8	20,5	79.425	44,9
II	47.593	37,8	69,2	21.180	41,4	30,8	68.773	38,9
III ¹³	15.079	12,0	52,4	13.688	26,8	47,6	28.767	16,2
gesamt	125.841	100,0	71,1	51.124	100,0	28,9	176.965	100,0

Quelle: Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen; Sonderauswertung auf der Grundlage der Geschäfts- und Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV; eigene Berechnungen MFAS

Um die Zahl aller versicherten Pflegebedürftigen zu erhalten, wären auch die Daten der privat Versicherten einzubeziehen. Angaben zu diesem Personenkreis liegen jedoch für Ende 1998 nicht vor¹⁴.

⁶ Daten der Bundesknappschaft zum 31.05.1999

⁷ Exakt wurden 176.965 Leistungsempfängerinnen und -empfänger errechnet.

⁸ Zu den Datengrundlagen im einzelnen siehe „Einführung“, Abschnitt 6 „Datengrundlagen“.

Die landesunmittelbaren Pflegekassen weisen für Niedersachsen laut Leistungsstatistik, Tabelle PG 2, insgesamt 115.316 Leistungsempfängerinnen und -empfänger aus. Das entspricht 65 % am Gesamt der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

⁹ Berechnet auf Grundlage der Bundesstatistiken „Soziale Pflegeversicherung (Deutschland), Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht“ zum 31.12.1997 und 31.12.1998, BAB 9/98 und 10/99.

¹⁰ umfasst häusliche Pflege und teilstationäre Pflege (einschl. Kurzzeitpflege)

¹¹ umfasst auch Leistungsempfänger in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43 a SGB XI (bundesdurchschnittlich 11,1 % aller vollstationären Leistungsempfänger)

¹² für Daten der Bundesknappschaft 31.05.1999

¹³ einschl. Härtefälle (0,7 % bzw. 1,5 % der Leistungsempfänger der Pflegestufe III ambulant / vollstationär)

¹⁴ Der Verband der privaten Krankenversicherungen e.V., Landesausschuss Niedersachsen, sah sich zur Übermittlung der gewünschten Daten nicht in der Lage.

Auch über die Zahl der nicht versicherten Pflegebedürftigen liegen keine Angaben vor. Ihr Anteil dürfte sich jedoch angesichts der bekannten Tatsache, dass rund 98 % der Bevölkerung in einer sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, in einer zu vernachlässigenden Größenordnung bewegen.

Nach Auskunft des Bundesgesundheitsministeriums ist für Ende 1997 - wie bereits für Ende 1996 - bundesweit von insgesamt 89.000 privat versicherten Leistungsbeziehenden und -bezieherinnen auszugehen. Für Niedersachsen sind auf Grund erfahrungsgestützter Berechnungen¹⁵ demnach ca. 8.900 Personen als Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung den sozial versicherten Pflegebedürftigen hinzuzuzählen.

Darüber hinaus wären auch solche Personen zu berücksichtigen, die die Kriterien der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI erfüllen, jedoch aus anderen Gründen nicht leistungsberechtigt sind, z.B. wegen unzureichender Vorversicherungszeiten oder wegen Nicht-Versicherung. Dieser Personenkreis ist nach allgemeiner Einschätzung jedoch allenfalls mit ca. 1 % anzunehmen und insoweit im Rahmen der ohnehin nur näherungsweise zu ermittelnden Zahlen zu vernachlässigen.

Insgesamt ist somit in Niedersachsen von einer Zahl von rund 186.000 pflegebedürftigen Personen im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI, darunter von einem Anteil privat Pflegepflichtversicherter von ca. 5%, auszugehen. In 1997 waren damit etwa 2,4 % der Gesamtbevölkerung pflegebedürftig¹⁶.

Personen in ambulanter und stationärer Pflege

Die von den sozialen Pflegeversicherungen genannten Pflegebedürftigen befanden sich zu 71,1 % in ambulanter und zu 28,9 % in vollstationärer Pflege (s. Tab. I.1)¹⁷.

Mit 0,4 % oder 690 Personen wurde teilstationäre Pflege nur von einer sehr kleinen Gruppe Pflegebedürftiger in Anspruch genommen. Bei einer Anzahl von rund 125.850 Personen, die zu Hause bzw. teilstationär gepflegt wurden, und 51.120 Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt und betreut wurden, ergibt sich ein Verhältnis von etwa sieben häuslich Pflegebedürftigen zu drei vollstationär Gepflegten.

Privat Versicherte wurden nach Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit bundesweit 1997 in einer Größenordnung von 63.000 ambulant und in einer Anzahl von

¹⁵ Erfahrungsgemäß wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil niedersächsischer Leistungsempfängerinnen und -empfänger auf etwa 10 % derjenigen im Bundesgebiet beläuft.

¹⁶ Die Bevölkerungszahlen für 1998 lagen zum Zeitpunkt der Berechnungen noch nicht vor. Bevölkerung in Niedersachsen zum 31.12.1997: 7.845.398 (Statistische Berichte Niedersachsen, Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Familienstand 1997, NLS, Hannover, Dezember 1998, S. 9)

¹⁷ Für die landesunmittelbaren Pflegekassen ergeben sich nahezu identische Werte (72,2% bzw. 27,8%, s. Tab. I.3 im Abschnitt I.1.2)

26.000 vollstationär gepflegt. Anteils- bzw. verhältnismäßig entsprechen diese Daten in etwa denjenigen der Sozialversicherten.

Der für 1998 gegenüber dem Vorjahr registrierte Anstieg der Leistungsempfängerinnen und -empfänger um etwa 5.500 Pflegebedürftige weist in der ambulanten Pflege eine Zunahme von 15,2 % gegenüber 84,8 % in der vollstationären Pflege aus. Das heißt, der Bedarf an außerhäuslicher Pflege ist im Vergleich zu dem an häuslicher Pflege in verhältnismäßig hohem Maße gestiegen.

Dies ist nicht landesspezifisch für Niedersachsen; es trifft auf das gesamte Bundesgebiet zu. Dort betrug die Steigerung insgesamt rund 8.400 Personen bei den Empfängerinnen und Empfängern von ambulanten und rund 46.900 Personen bei den Empfängerinnen und Empfängern von vollstationären Pflegeleistungen. Zugleich trat dabei allerdings eine Verschiebung ein zugunsten der Zahl der Pflegebedürftigen in niedrigeren Pflegestufen. Besonders ausgeprägt waren diese Bewegungen zwischen den Pflegestufen in der ambulanten Pflege. Hier stand einer Steigerung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger in Stufe I um rd. 38.400 Personen eine Verringerung um 22.600 Personen in Stufe II und um 7.400 Personen in Stufe III gegenüber¹⁸. Bei den stationär Gepflegten kam es dagegen nur zu einer geringfügigen Senkung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger um rd. 800 Personen in der Pflegestufe III, hingegen in den Pflegestufen I und II jeweils zu deutlichen Steigerungen um rd. 27.800 bzw. 19.900 Personen.

Diese Entwicklungen waren - zumindest in der stationären Pflege - insoweit von erheblicher Ausgabenrelevanz für die Pflegeversicherung: Je Leistungsfall der Pflegestufe I entstanden monatlich 2.000 DM, je Fall der Stufen II und III 2.500 bzw. 2.800 DM (bei Härtefällen 3.500 DM). Eine Ausnahme bilden dabei Leistungen für pflegebedürftige Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe; hier betragen die monatlichen Leistungen höchstens 500 DM (s. auch Abschnitt I.2.3). In der ambulanten Pflege könnte sogar eine negative Ausgabenentwicklung eingetreten sein. Dies ist jedoch abhängig vom Verhältnis der gewählten Leistungen zueinander - Pflegegeld, Kombileistung oder Pflegesachleistung. Hierüber liegen keine näheren Informationen vor¹⁹. Auch

¹⁸ Bundesministerium für Arbeit /Bundesministerium für Gesundheit a.a.O.; Daten vom Stand 31.12.1997 und 1998

¹⁹ Das Bundesversicherungsamt geht in einem Bericht an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vom 9. Juni 1999 von einer Ausgabenausweitung in 1998 von insgesamt 1,4 Mrd. DM aus (Az.: VII 5 - 5750.3 - 2106/99)

der Umfang der Ausgabenentwicklung in der stationären Pflege kann wegen des nicht bekannten Anteils der Leistungen für Versicherte in stationären Behinderteneinrichtungen hier nicht ermittelt werden.

Ausmaß der Pflegebedürftigkeit

Von den Leistungsempfängerinnen und -empfängern der sozialen Pflegeversicherung waren nach den Angaben der landesunmittelbaren Pflegekassen Ende 1998 45% erheblich (Stufe I), 39% schwer- (Stufe II) und 16% schwerstpflegebedürftig (Stufe III) (s. Tab. A I.1 a)²⁰. Die Werte sind nahezu identisch mit den Bundesdurchschnittswerten : 46% Stufe I, 39 % Stufe II und 15% Stufe III (Tab. A I.1 b).

Mit einem wachsenden Grad an Pflegebedürftigkeit korrespondiert eine steigende Notwendigkeit zur Inanspruchnahme außerhäuslicher, insbesondere vollstationärer Pflege. Abbildung I.1 zeigt die prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen I, II und III – incl. Härtefälle²¹ - in der ambulanten und vollstationären Pflege²².

Die voneinander abweichenden Verteilungsstrukturen sind augenfällig. Während im ambulanten Pflegebereich die Hälfte der Pflegebedürftigen der Stufe I angehört und lediglich 12 % der Stufe III zugeordnet sind, liegt der Anteil erheblich Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege dagegen bei nur noch 32 % und der Schwerstpflegebedürftiger bei immerhin 27 % (Abb. I.1)²³. Das heißt, je größer der notwendige Pflegebedarf, desto weniger ist offensichtlich Pflege in der häuslichen Umgebung noch angemessen leistbar, sind vielmehr vollstationäre pflegerische Versorgung und Betreuung unausweichlich.

²⁰ **Alle Tabellen, die sich im Anhang befinden, sind durch ein ‚A‘ gekennzeichnet; im Weiteren wird hierauf nicht erneut verwiesen.**

²¹ Der Anteil der Härtefälle lag mit Datum 31.12.1998 in der ambulanten Pflege bei 0,7 %, in der vollstationären Pflege bei 1,5 % der Pflegestufe III.

²² Über die Zahl der Personen mit Pflegebedarf unterhalb der erheblichen Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI, der auch solche mit allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung einschließt (sog. Pflegestufe Null) liegen, da logischerweise in der Leistungsstatistik der Pflegekassen nicht erfasst, keine Daten vor. Hinweise ergeben sich lediglich aus den ablehnenden Feststellungen des MDKN im Rahmen der Begutachtungen; auf die Ausführungen zum Abschnitt I.2.2 wird verwiesen.

²³ Die Anteilswerte der einzelnen Pflegestufen sind für den ambulanten Bereich auf Bundesebene nahezu identisch, in der stationären Pflege ergeben sich jedoch Abweichungen: Pflegestufe I – 37 %, Pflegestufe III – 22 %. Bei gleichen Werten in Pflegestufe II ergeben sich demnach für die Sozialversicherten bundesweit gesehen höhere Anteile bei den erheblich und niedrigere Werte bei den Schwerstpflegebedürftigen gegenüber niedersächsischen Verhältnissen.

Abb. I.1a:
Empfängerinnen und Empfänger ambulanter
Pflegeleistungen in Niedersachsen 1998 nach Pflegestufen

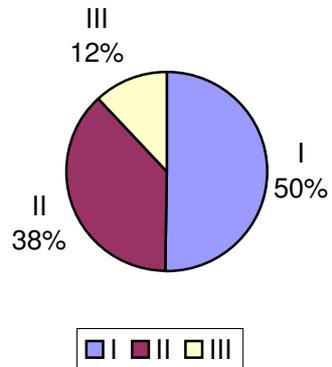
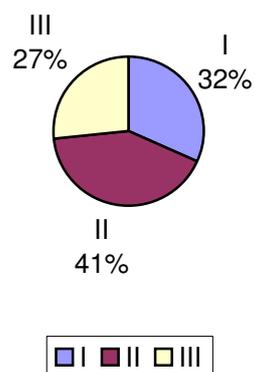


Abb. I.1b:
Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer
Pflegeleistungen in Niedersachsen 1998 nach Pflegestufen



Die Verteilung privat versicherter Pflegebedürftiger stellte sich nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit für 1997 wie folgt dar:

Pflegestufe	ambulant	vollstationär
I	45,3 %	22,5 %
II	38,3 %	41,4 %
III	16,4 %	36,1 %

Die Tabelle weist somit jeweils – bei hoher Übereinstimmung der Anteile Pflegebedürftiger der Stufe II – in der Stufe I einen niedrigeren, in der Stufe III korrespondierend dazu einen höheren Anteil Pflegebedürftiger auf.

Im Ersten Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI²⁴ werden für die Unterschiede in der Verteilung insbesondere in den höheren Pflegestufen die strukturellen Besonderheiten des versicherten Personenkreises der privaten Pflegepflichtversicherung verantwortlich gesehen. Von der MEDICPROOF GmbH (Gesellschaft für medizinische Gutachten der privaten Pflegeversicherung in Köln) werden für die voneinander abweichenden Verteilungsstrukturen in ihrem am 21.12.1998 veröffentlichten Bericht sowohl Unterschiede in der Altersstruktur der Versicherten²⁵ wie auch ein anderes Antragsverhalten privat Versicherter²⁶ als Gründe genannt. Diese Annahmen mögen u.a. die Abweichungen der jeweiligen Anteile Pflegebedürftiger an den Privat- bzw. Sozialversicherten erklären: 1,1 % gegenüber 2,4 % der Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung.

²⁴ (a.a.O., S. 44)

²⁵ Vgl. dazu Tabelle ‚Eingestufte Antragsteller nach Altersstufen vom 01.01.1998 bis 30.06.1998‘ (MEDICPROOF, a.a.O., S. 16):

Alter in Jahren	MDK (bundesweit)	MEDICPROOF
bis 19	2,3 %	2,5 %
20 – 65	14,5 %	9,9 %
66 – 80	35,8 %	31,4 %
81 – 90	39,5 %	43,2 %
91 und älter	7,8 %	12,9 %

²⁶ Nach MEDICPROOF (a.a.O., S. 17) entspricht dies der Beobachtung, „dass Privatversicherte in der Tendenz versuchen, sich länger selber zu helfen und häufig auch bei bereits vorliegenden Voraussetzungen zur Anerkennung einer Pflegestufe I noch keinen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen.“

Frauen und Männer

Pflegebedürftige Frauen bilden das Gros der Leistungsempfängerinnen und -empfänger sowohl in der ambulanten wie in der vollstationären Pflege. Mit einem Anteil von circa 70 % am Gesamt der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sind sie in weit höherem Ausmaß unter den Pflegebedürftigen vertreten als Männer (Tab. I.2).

Tab. I.2:

Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen

Alter in Jahren	Pflegebedürftige gesamt		davon					
			Frauen			Männer		
	Anzahl	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%
unter 15	3.724	3,2	1.785	2,2	47,9	1.939	5,5	52,1
		20,7		22,2			19,5	
15 - 29	3.167	2,8	1.355	1,7	42,8	1.812	5,2	57,2
		17,6		16,8			18,2	
30 - 44	4.909	4,3	2.152	2,7	43,8	2.757	7,9	56,2
		27,3		26,7			27,7	
45 - 59	6.199	5,4	2.759	3,4	44,5	3.440	9,8	55,5
		34,4		34,3			34,6	
Zw.summe	17.999	100,0	8.051	10,0	44,7	9.948	28,4	55,3
60 - 79	34.208	29,7	20.611	25,7	60,3	13.597	38,9	39,7
80 u.ä.	63.109	54,7	51.678	64,3	81,9	11.431	32,7	18,1
gesamt	115.316	100,0	80340,0	100,0	69,7	34.976	100,0	30,3

Quelle:

Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB XI in Niedersachsen, Stand 31.12.1998;
eigene Berechnungen MFAS

Darüber hinaus sind Frauen bei eingetretener Pflegebedürftigkeit in weit größerem Umfang auf die Versorgung in vollstationären Einrichtungen angewiesen. Dies wird aus einem geschlechtsspezifischen Strukturvergleich zwischen den Pflegearten deutlich.

Bei stationärer Pflege beläuft sich der Frauenanteil auf 77 %; bei ambulanter Pflege beträgt ihr Anteil hingegen „nur“ auf zwei Drittel (Tab. A I.2). Als Schwer- und Schwerstpflegebedürftige sind besonders Frauen auf Hilfeleistungen in vollstationären Einrichtungen angewiesen.

Während jedoch der Frauen- gegenüber dem Männeranteil in den einzelnen Pflegestufen in der ambulanten Versorgung mit steigendem Pflegebedarf sinkt (von 68,3 % über 65,7 % auf 62,9 %), steigt er in der vollstationären Pflege deutlich an (von 71,8 % über 80 % auf 80,6 %) (Tabellen A I.3 a

und b) und dokumentiert damit eine besonderen Umständen geschuldete weibliche Pflegesituation. Männer können – dies verdeutlichen die oben genannten Verteilungen eindrücklich – offensichtlich auch bei steigendem Pflegebedarf eher noch zu Hause verbleiben und dort versorgt werden.

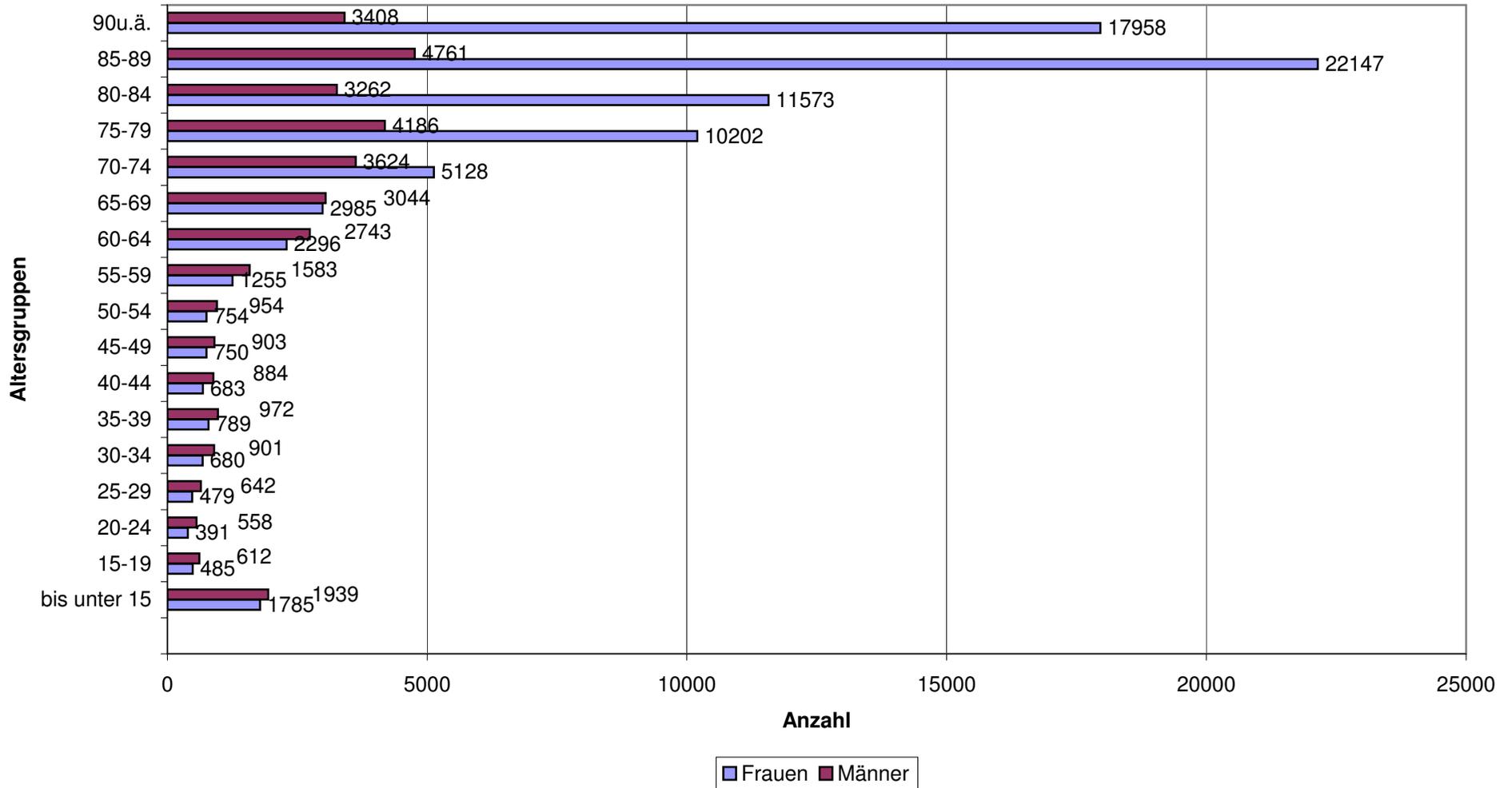
Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede dürften in engem Zusammenhang mit den jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen stehen, auf die zur Gewährleistung häuslicher Pflege in unterschiedlichem Maße zurückgegriffen werden kann. Angesichts der bekanntermaßen längeren durchschnittlichen Lebenserwartung der Frauen – nach Auskunft des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik bei Frauen gegenwärtig 79,25 und bei Männern 72,75 Jahre – liegt auf der Hand, dass es vorrangig Frauen sind, die selbst den schwerstpflegebedürftigen Partner noch pflegen, während sie selbst – insbesondere wegen des früherzeitigen Todes des Partners oder ggf. wegen dessen Überforderung - auf eine solche Hilfe nicht in dem Ausmaß zurückgreifen können und darum häufiger als die Männer auf außerfamiliale Hilfen angewiesen sein werden (s. hierzu auch nachfolgende Ausführungen).

Altersverteilung

Pflegebedürftigkeit tritt vornehmlich in höherem Alter und bei Frauen insbesondere in der Phase der Hochaltrigkeit auf (Abb. I.2, Tabelle A I.2). Während 1998 bis zum Alter von 30 Jahren lediglich rund 6 % aller pflegebedürftigen Versicherten der landesunmittelbaren Pflegekassen Leistungen erhielten, waren es in der Altersgruppe 30 bis 60 Jahre etwa 10 %, in der Gruppe 60 bis 80 Jahre fast 30 % und in der Altersklasse der 80-jährigen und Älteren noch einmal etwa 55 %. Das heißt, Pflegebedürftige ab 60 Jahren machten 85 % aller Leistungsbeziehenden aus, wobei innerhalb dieser Gruppe der Personenkreis ab 80 Jahren mit einem Zwei-Drittel-Anteil wiederum weit überwog.

Abb. I.2:

Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen



Auf Bundesebene zeigt sich eine proportional ähnliche Altersverteilung der sozialversicherten Leistungbeziehenden. Bis zu einem Alter von 30 Jahren lag dort der Anteil bei fast 8 %, für die Jahre zwischen 30 und 60 errechnen sich 11 %, für die Lebensphase 60 bis 80 Jahren gut 32 % und schließlich für die 80-Jährigen und Älteren 49 %²⁷. Während demnach bei den Pflegebedürftigen der ersten acht Lebensjahrzehnte im Vergleich zu niedersächsischen Verhältnissen leicht erhöhte Anteilswerte zu verzeichnen sind, lag der bundesweite Anteil der Hochaltrigen demgemäß geringfügig unter demjenigen der landesunmittelbaren Kassen in Niedersachsen. Die Anteilswerte machten dennoch immerhin noch etwa 60 % der Pflegebedürftigen ab 60 Jahre aus (Abb. I.3; Tab. I.3 im Abschnitt I.1.2).

Die Unterschiede sind auf die in den niedersächsischen Werten aus genannten Gründen (s. Einführung, Abschnitt Datengrundlagen) nicht einbezogenen Daten über die pflegebedürftigen Versicherten der bundesunmittelbaren Kassen zurückzuführen. Eine Auswertung der Altersverteilung der pflegebedürftigen Versicherten der VdAK-Kassen auf Bundesebene mit Stand vom 30.06.1998 zeigt für diese einen größeren Anteil jüngerer Personen und einen Anteil der Hochbetagten, der unter dem Bundesdurchschnittswert liegt (43,2%). Der Anteil der in den VdAK-Kassen versicherten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen beträgt annähernd 20%; insoweit ist dies durchaus von Einfluss auf den statistischen Durchschnittswert für das Bundesgebiet. Es ist daher anzunehmen, dass die bundesdurchschnittlichen Werte die tatsächliche Altersverteilung realitätsnäher wiedergeben als die aufgrund der für Niedersachsen verfügbaren Daten ermittelten Werte der landesunmittelbaren Pflegekassen.

Differenziert nach Pflegeart ergibt sich eine deutliche Alterskorrelation. Rund 82 % aller Gepflegten in der ambulanten Versorgung und etwa 91 % der vollstationär Aufgenommenen sind 60 Jahre und älter (Abb. I.4; Tab. A I.3 a und b). In dieser Altersgruppe sind wiederum die Menschen ab 80 Jahre stark vertreten, und zwar zu fast 62 % bei den ambulanten und zu gut 72 % bei den vollstationären Pflegeleistungen.

²⁷ Berechnet nach der Bundesstatistik „Soziale Pflegeversicherung (Deutschland), Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht“ zum 31.12.1998

Abb. I.3:

Leistungsempfängerinnen und -empfänger der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen (landesunmittelbare Kassen) und im Bundesgebiet 1998 nach Altersgruppen

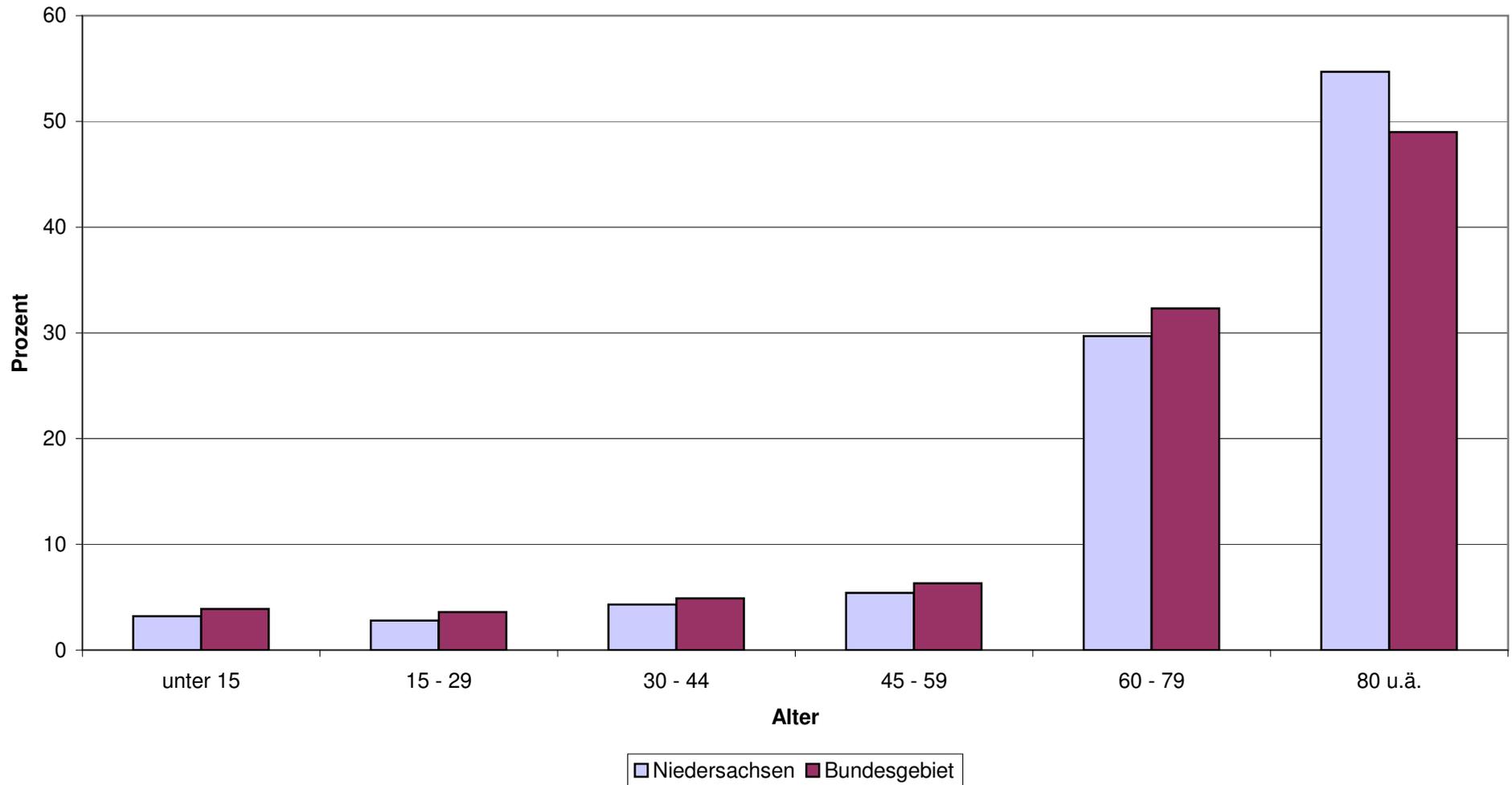
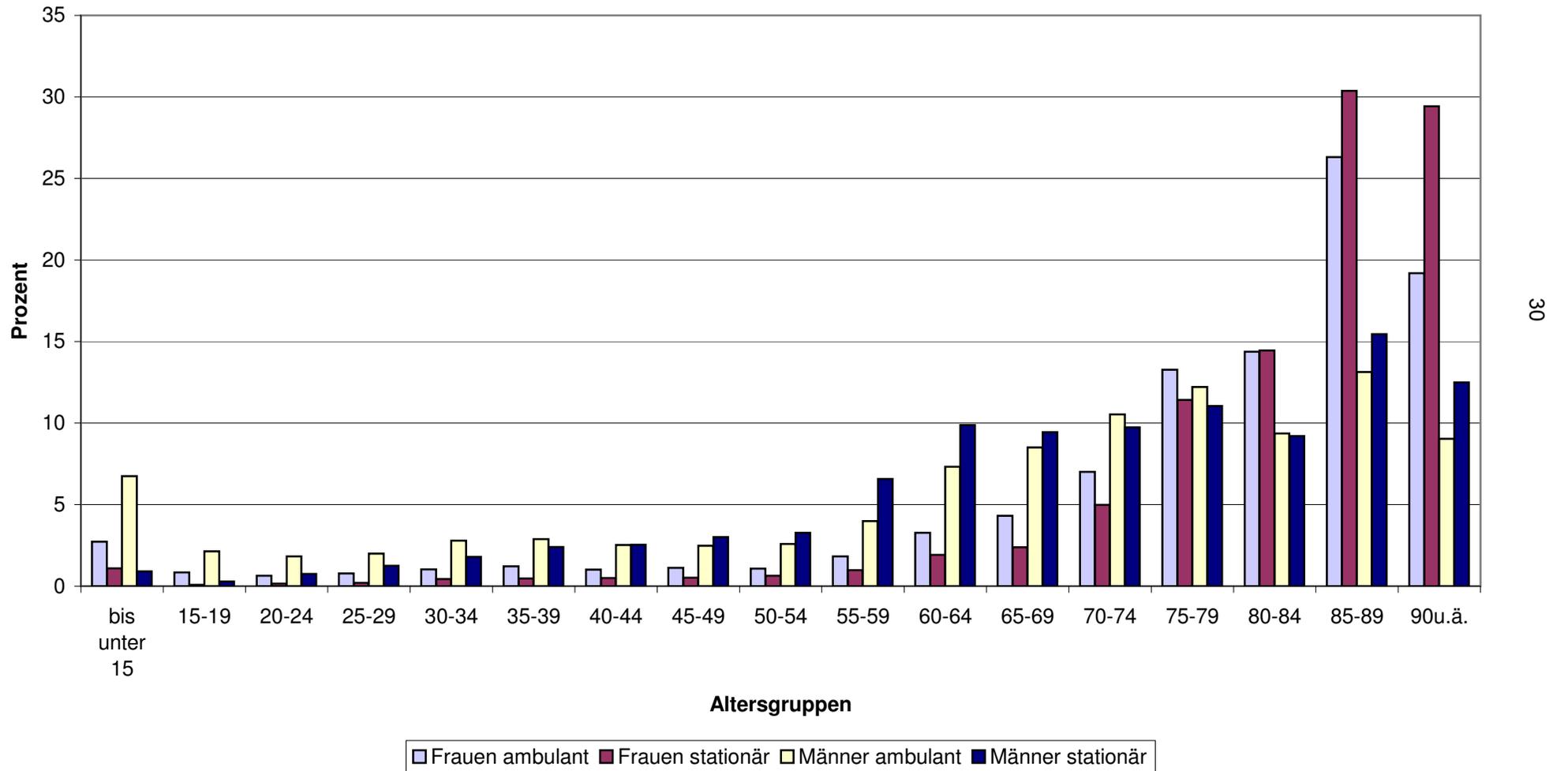


Abb. I.4:

Leistungsempfängerinnen und -empfänger der landesunmittelbaren Pflegekassen
in Niedersachsen 1998 nach Art der pflegerischen Versorgung, Altersgruppen und Geschlecht



Quelle:
Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB IV in Niedersachsen, Stand 31.12.1998;
eigene Berechnungen MFAS

Mit steigendem Lebensalter erhöht sich zugleich der Bedarf an erforderlichen Pflegeleistungen, und insofern der Anspruch auf eine höhere Pflegestufe, schwerpunktmäßig bei Pflege in vollstationären Einrichtungen (Abb. I.5 a und b; Tab. A I.3 a und b). So liegt der Anteil pflegebedürftiger Personen ab 80 Jahre in Bezug zum gepflegten Personenkreis ab 60 Jahre in den Pflegestufen des ambulanten Leistungsangebots bei etwa 50 % - mit sinkender Tendenz in Stufe III: 45 %. Demgegenüber wird vollstationäre Pflege von dieser Altersgruppe in Pflegestufe I zu 57 %, in Pflegestufe II sogar zu 71 % und schließlich in Pflegestufe III immerhin noch von 69 % in Anspruch genommen.

Zusammenfassend ist festzuhalten:

Je höher das Lebensalter, desto wahrscheinlicher wird die Notwendigkeit, auf Pflegeleistungen zurückgreifen zu müssen, insbesondere auf solche der vollstationären Pflege, bei gleichzeitigem Anstieg des Pflegebedarfs, der sich im Bezug von Leistungen der höheren Pflegestufen ausdrückt. Diese Prozesse treffen vornehmlich (hochaltrige) Frauen. Denn mit zunehmendem Alter verschiebt sich das Verhältnis zwischen den Geschlechtern zugunsten von Frauen²⁸.

Die männliche pflegebedürftige Klientel der Pflegedienste und -heime ist relativ jünger als die weibliche. Männer fragen bereits etwa ab dem 60. Lebensjahr verstärkt Pflegeleistungen nach (Abbildungen I.4 und I.6 a und b). Bei Frauen setzt ein ausgeprägtes Pflegebedürftigkeitsstadium zeitverzögert erst in der Mitte des achten Lebensjahrzehnts ein. Sowohl in der ambulanten wie in der vollstationären Pflege bilden sie etwa ab der Altersstufe 70 Jahre und älter die Hauptklientel, und dies nahezu durchgängig in allen Pflegestufen²⁹.

Es wäre verkürzt, die Bedingtheit weiblicher bzw. männlicher Pflegebedürftigkeit lediglich der höheren bzw. niedrigeren Lebenserwartung zuzuschreiben. Gründe für unterschiedliche Erscheinungsformen und Besonderheiten der Pflegesituation von Männern und Frauen (Alter, Dauer, Schwere, Versorgungsart/-ort) dürften u.a. auch in sozio-ökonomischen sowie sozio-kulturellen Gegebenheiten zu suchen sein und den - auch

²⁸ Hier ist auch der Tod von Männern im 2. Weltkrieg in Anrechnung zu stellen. Gerade in der Altersgruppe der zur Zeit 80- bis 85-Jährigen macht sich diese Tatsache bemerkbar. Vgl. dazu Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Statistische Berichte Niedersachsen, AI3 – j/97, 1.1 Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Familienstand am 31.12.1997, S. 6 (Alterspyramide).

²⁹ Lediglich in den Pflegestufen I und III der ambulanten Pflege gibt es Abweichungen. Während in Stufe I bereits in der Altersgruppe 65 bis 70 Jahre der Frauen- gegenüber dem Männeranteil überwiegt (53 gegenüber 47 %), sind in Stufe III erst ab der Altersgruppe 75 bis 80 Jahre mehr Frauen vertreten (61 gegenüber 39 %).

geschlechtsspezifisch geprägten - individuell verfügbaren Ressourcen der Einzelnen im Umgang mit diesen Gegebenheiten.

Beispielsweise dürften für den hohen Anteil von Frauen in der vollstationären Pflege nicht nur die Tatsachen einer höheren Lebenserwartung und der dadurch möglicherweise bedingten höheren Pflegebedürftigkeit verantwortlich sein, sondern vornehmlich auch der Umstand, dass hochaltrige Frauen u.a. durch Partnerverlust³⁰ überwiegend allein leben³¹ und familieninterne Versorgungs- und Betreuungsstrukturen bzw. private Hilfenetze zunehmend weniger als Ressourcen für den Verbleib in der häuslichen Umgebung zur Verfügung stehen.

³⁰ Von den über 80-Jährigen in Niedersachsen waren 1997 Frauen zu 83 % und Männer zu 41 % verwitwet. (Niedersächsisches Landesamt für Statistik, a.a.O., S. 9)

³¹ 1997 lebten in Niedersachsen 92 % aller Frauen im Gegensatz zu 47 % aller Männern ab 80 Jahren allein. Oder anders ausgedrückt: In der Gesamtbevölkerung ab 80 Jahren standen 88 % alleinstehende Frauen 12 % alleinstehenden Männern gegenüber. (ebd.)

Abb. I. 5a:

Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen

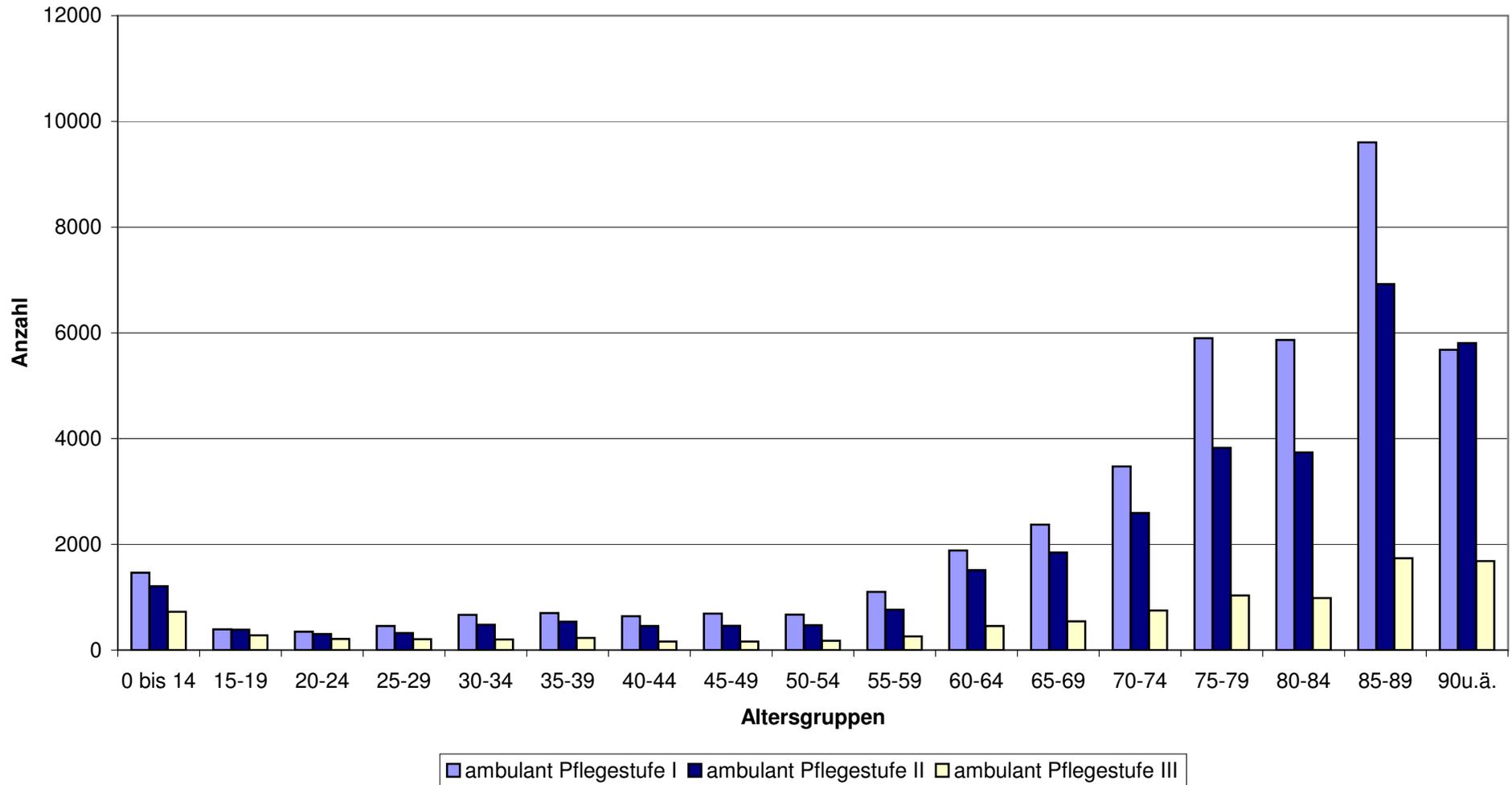


Abb. I. 5b:

Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen

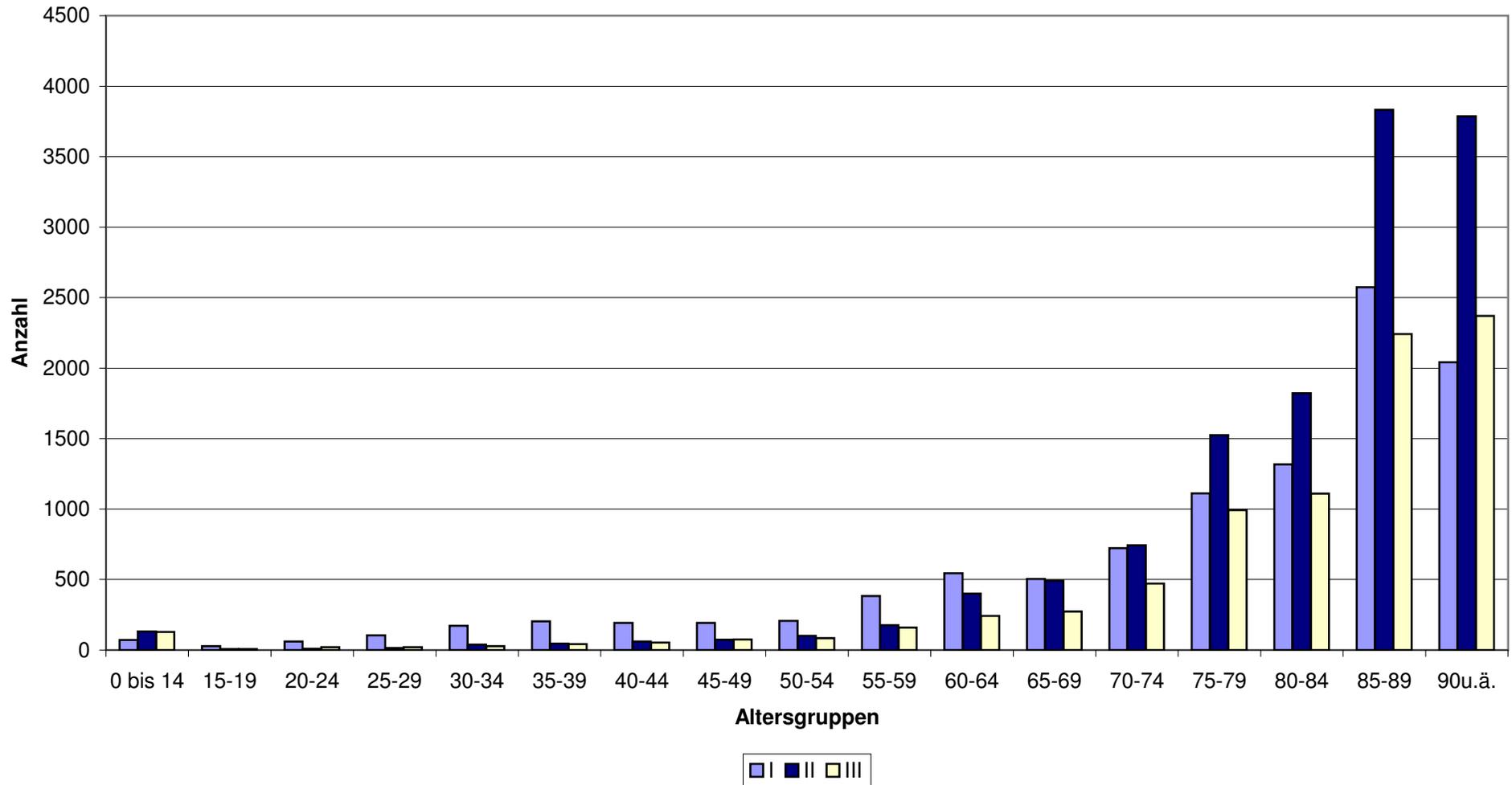


Abb. I. 6a:

Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen

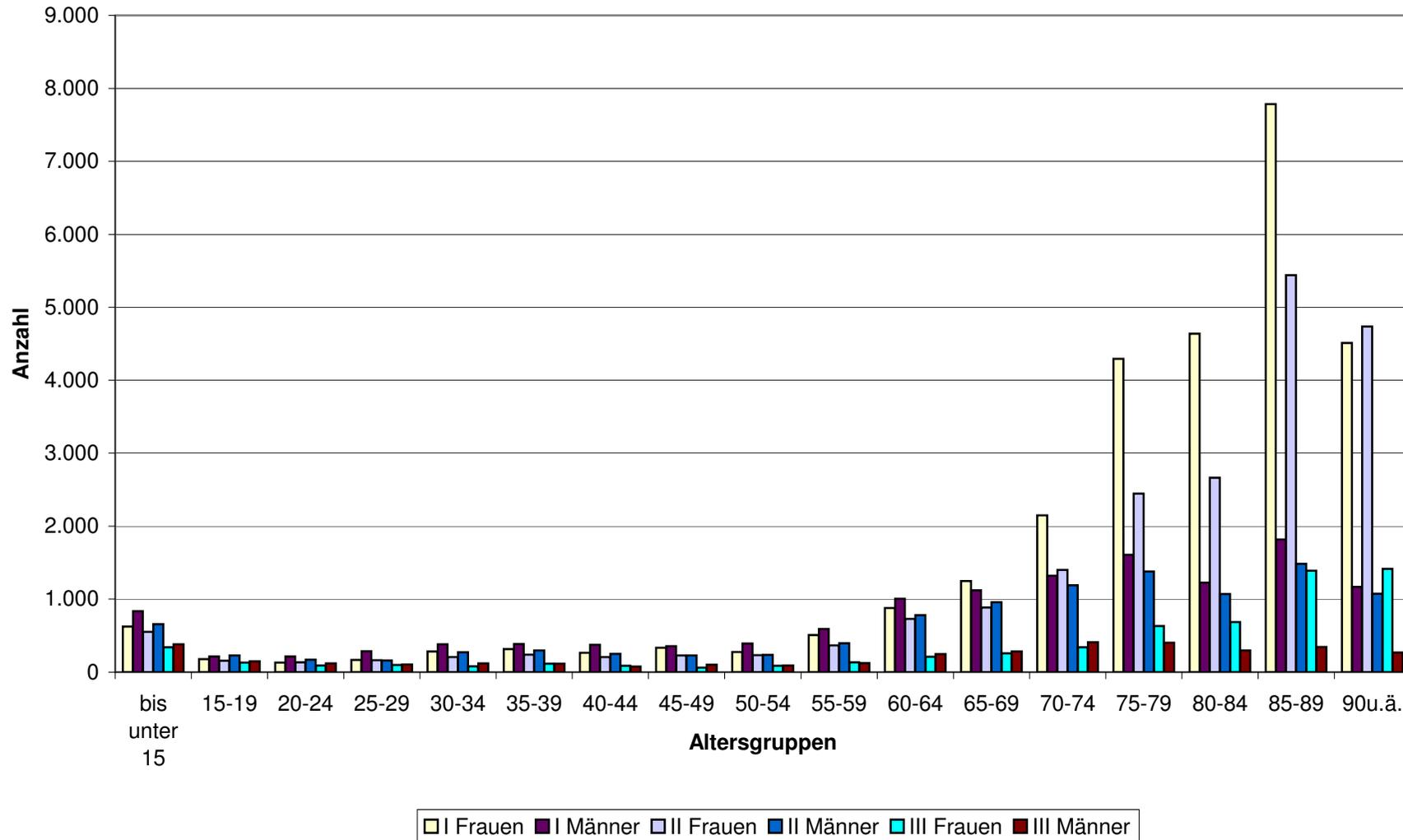
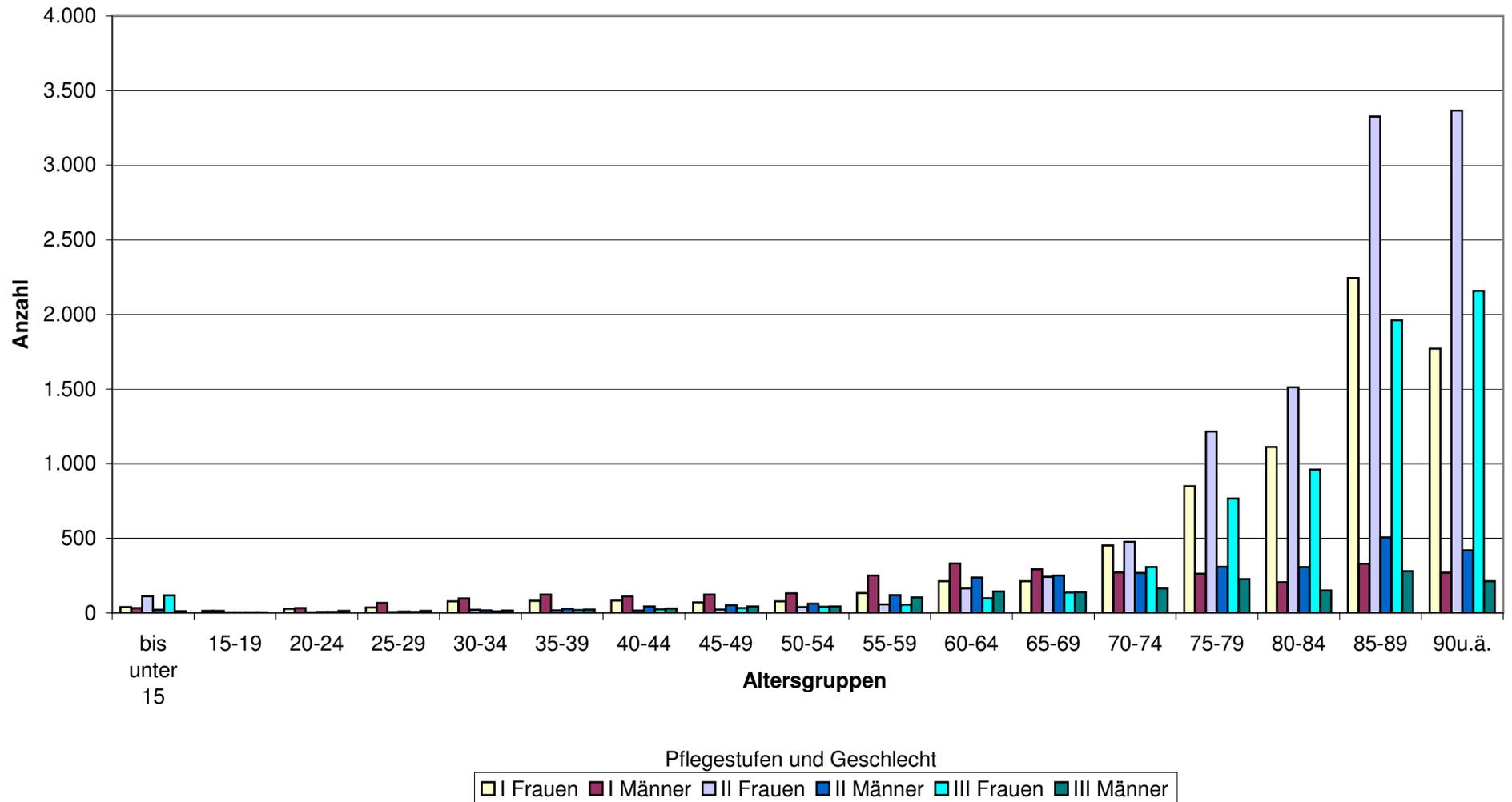


Abb. I.6b:

Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen



Räumliche Verteilung

Die zur Verfügung stehenden Unterlagen der Pflegekassen und des MDK geben keine Auskunft zur Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens. Für die räumlich differenzierte Prognose der Entwicklung des Pflegebedarfs (s. Abschnitt II.1) kann darum nicht auf tatsächliche Werte zurückgegriffen werden³². Ein gewisses Abbild folgt aus den Daten über die Zahl und - bei den stationären Einrichtungen - die Plätze sowie über die räumliche Verteilung der Pflegedienste und Pflegeheime (s. Abschnitt I.3.1).

³² Die Ermittlung solcher Daten ist nach den Vorschriften des § 109 Abs. 1 SGB XI über die Pflegestatistik (Einrichtungsstatistik und Statistik über die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger) vorgesehen. Die Umsetzung dieser Statistik steht bislang aus (s. Einführung, Datengrundlagen).

1.2 Personen unter 60 Jahren

Angesichts

- des eindeutigen Schwerpunktes des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Alter,
- der bereits heute großen Zahl pflegebedürftiger alter Menschen,
- der Kenntnis über die erhebliche Zunahme an alten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland in den nächsten dreißig Jahren im Zuge der demographischen Entwicklung und angesichts
- des Wissens über die zunehmende Vereinzelung der Menschen in unserer Gesellschaft mit der Folge fehlender privater Hilfe bei Gebrechlichkeit und bei Pflegebedürftigkeit im Alter

ist erklärlich, dass sich die pflegerische Versorgung und dementsprechend die Versorgungsstruktur auf Dienste und Heime für alte Menschen konzentriert. Wenig im Blickfeld waren bisher hingegen die pflegebedürftigen Menschen jüngeren Alters – Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, junge Erwachsene oder solche in der Lebensmitte.

Die Zahl der **pflegebedürftigen Personen unter 60 Jahren** betrug Ende 1998 in Niedersachsen - je nach Datengrundlage für die Näherungsrechnung³³ - zwischen 27.700 und 32.100 oder 15,6 bzw. 18,7 % an allen Leistungsempfängerinnen und -empfängern. Hiervon entfielen auf die Altersgruppen

- | | |
|--|--------------------------|
| ▪ bis unter 15 J. (Kinder): | 5.730 – 6.660 Personen |
| ▪ 15 – u. 30 J. (Jugendliche/Heranwachsende): | 4.870 – 6.170 Personen |
| ▪ 30 – u. 45 J. (junge Erwachsene): | 7.550 – 8.390 Personen |
| ▪ 45 – u. 60 J. (Erwachsene in der Lebensmitte): | 9.540 – 10.880 Personen. |

Kinder und Jugendliche/Heranwachsende machen damit jeweils rund ein Fünftel der Pflegebedürftigen in den jüngeren Altersgruppen, junge Erwachsene etwas mehr als ein Viertel und Erwachsene in der Lebensmitte ein gutes Drittel aus. Die mit dem Alter steigende Zahl ist jedoch - im Unterschied zu den Altersgruppen über 60 Jahren - nicht vornehmlich auf die mit steigendem Lebensalter vermehrt auftretende Pflegebedürftig-

³³ Datengrundlage zu 27.700: Leistungsstatistik der landesunmittelbaren Pflegekassen; danach entfielen auf diese ca. 65 % aller Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung in Niedersachsen. Auf die Altersgruppen unter 60 Jahren entfielen 17.999 Personen; Datengrundlage zu 32.100: Leistungsstatistik der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen für das Bundesgebiet. Der Erfahrungswert für niedersächsische Leistungsempfänger liegt bei näherungsweise 10%. Auf die Altersgruppen unter 60 Jahren entfielen zum 31.12.1998 321.043 Personen.

keit zurückzuführen; wesentlich ist vielmehr die absolute Zahl der den jeweiligen Altersgruppen zugehörigen Personen. Sie betrug Ende 1997 in Niedersachsen in der Altersgruppe unter 15 Jahren rd. 1,30 Mio. Personen, in derjenigen der 15 bis unter 30jährigen rd. 1,43 Mio., bei den 30 bis unter 45jährigen rd. 1,86 Mio. und bei den 45 bis unter 60jährigen rd. 1,51 Mio. Personen³⁴. Bezogen auf diese Zahlen bleiben die Quoten der Leistungsempfängerinnen und -empfänger - je nach Berechnungsgrundlage (s.o.) mit 0,44%/./0,51%, 0,34%/./0,43%, 0,41%/./0,45% und 0,63%/./0,72% relativ konstant. Lediglich die Werte der letztgenannten Altersgruppe deuten auf den dargestellten Zusammenhang zwischen Lebensalter und Aufkommen an Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung hin.

In den Lebensaltern **bis zur Lebensmitte** (bis 45 Jahre) hingegen ist **ein weitgehend gleichbleibender Anteil an pflegebedürftigen Menschen** - im Schnitt **um 0,4 % an diesen Altersjahrgängen** - festzustellen. Sie liegen damit deutlich unter dem Landesdurchschnitt für alle Altersjahrgänge zusammengenommen in Höhe von 2,3 %.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wächst zwar mit zunehmendem Lebensalter in beiden **Geschlechtern**, doch finden sich in den Jahrgängen unter 60 Jahren im Verhältnis mehr Männer als Frauen (s. auch Abschnitt I. 1.1 ‚Altersverteilung‘). Über 28 % aller männlichen Leistungsbezieher der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen, aber nur 10% aller pflegebedürftigen Leistungsbezieherinnen waren Ende 1998 in diesem Lebensabschnitt (Tab. I.2, Abschnitt 1.1)³⁵. **Männliche Pflegebedürftige überwiegen** mit durchschnittlich 55% auch **in den verschiedenen Altersgruppen der unter 60jährigen**; sie sind damit sogar im Verhältnis zum männlichen Anteil an der Gesamtbevölkerung überproportional vertreten. Der Durchschnitt liegt dort bei 51 %.³⁶ In der Altersgruppe der 60- bis 80jährigen Pflegebedürftigen sind dagegen - zum Vergleich - nur noch rd. 40% männlich, in derjenigen der Hochbetagten (80 und mehr Jahre) sogar nur noch 18%.

Für die Gründe von Pflegebedürftigkeit in den jüngeren Altersgruppen und für die leicht überproportionale Pflegebedürftigkeit der Männer im besonderen geben die verfügbaren Daten keine Hinweise. Schlussfolgerungen auf eventuellen spezifischen Versorgungsbedarf oder auf Ansätze zu präventiven Maßnahmen zur Vermeidung solcher

³⁴ Statistische Berichte Niedersachsen, Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Familienstand 1997, NLS, Hannover Dez. 1998, S. 8f.

³⁵ entsprechende Datenaufschlüsselungen auf Bundesebene zum Vergleich lagen nicht vor.

³⁶ Statistische Berichte Niedersachsen; a.a.O.

Pflegebedürftigkeit in jüngeren bis mittleren Lebensjahren sind daher im gegebenen Rahmen nicht möglich.

Aufschluss geben die Daten jedoch über die in den verschiedenen Altersstufen bei Pflegebedürftigkeit gewählten **Versorgungsformen - ambulant oder vollstationär**. Danach treffen die im Abschnitt ‚Altersverteilung‘ (s. I.1.1) getroffenen Aussagen – mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Personen in vollstationärer Pflege zu – auch für die jüngeren Altersgruppen grundsätzlich zu (s. Tab. I.3). Dementsprechend werden pflegebedürftige Kinder sowie Jugendliche/Heranwachsende weitaus häufiger zu Hause gepflegt als z.B. die hochbetagten Menschen. Nach den Daten der landesunmittelbaren Pflegekassen erhielten zum Stichtag 31.12.1998 jeweils 91% der unter 15jährigen und der 15 bis unter 30jährigen Leistungsempfängerinnen und -empfänger ambulante Pflegeleistungen in Form von Pflegegeld oder Pflegesachleistungen für häusliche Pflege. Bundesweit betragen diese Anteile 95% bzw. 82%³⁷. Bei den jüngeren Erwachsene und den Menschen in den mittleren Lebensjahren nähern sich die Verhältnisse zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung denjenigen der alten Menschen mit Werten um 25 % für die vollstationäre Versorgung bereits an. Lediglich die Hochbetagten (80 Jahre und älter) weisen mit einem Drittel (landesunmittelbare Pflegekassen) bzw. 37% (Bundeswerte) einen weit darüber hinausgehenden Anteil vollstationär gepflegter Menschen auf.

³⁷ Zwischen den Angaben der landesunmittelbaren Pflegekassen und den Daten für den Bundesdurchschnitt bestehen insoweit gewisse Unterschiede, als bei letzteren, wie dargestellt, die Anteilswerte für die ambulante Pflege in der untersten Altersgruppe deutlich über, in der Altersgruppe 15 bis unter 30 Jahre deutlich unter den Werten der landesunmittelbaren Kassen liegen (Tab. I.3). Bundesweit verzeichnen die Altersgruppen zwischen 30 und 80 Jahren mit 72%/74 %/76% der ambulanten Versorgung nahezu gleichbleibende Verhältnisse zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung. Bei den landesunmittelbaren Kassen ist eine solche Gleichheit nur bei den Altersgruppen zwischen 45 und 80 Jahren zu verzeichnen. Angesichts der bei den Daten für Niedersachsen (landesunmittelbare Pflegekassen) fehlenden Angaben der bundesunmittelbaren Pflegekassen ist zu unterstellen, dass die bundesdurchschnittlichen Werte die tatsächlichen Verteilungen realitätsnäher abbilden. Aus diesem Grund werden sie jeweils mit benannt.

Tab. I.3:

Leistungsempfängerinnen und -empfänger der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen (landesunmittelbare Kassen) und im Bundesgebiet 1998 nach Altersgruppen und Art der pflegerischen Versorgung

Alter in Jahren	Land Niedersachsen				Bundesgebiet gesamt			
	ambulant		stationär		ambulant		stationär	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 15	3.390	91,0	334	9,0	63.309	95,0	3.349	5,0
		3,2				3,9		
15 - 29	2.896	91,4	271	8,6	50.557	82	11.103	18,0
		2,8				3,6		
30 - 44	4.074	83	835	17,0	60.590	72,2	23.314	27,8
		4,3				4,9		
45 - 59	4.744	76,5	1.455	23,5	80.762	74,2	28.059	25,8
		5,4				6,3		
60 - 79	26.183	76,5	8.025	23,5	422.833	76,2	131.805	23,8
		29,7				32,3		
80 u.ä.	42.017	66,6	21.092	33,4	528.431	62,9	311.858	37,1
		54,7				49,0		
gesamt	83.304	72,2	32.012	27,8	1.206.482	70,3	509.488	29,7

Quellen:

Leistungsstatistik gem. § 79 SGB IV der landesunmittelbaren Kassen für Niedersachsen sowie der gesetzlichen Pflegekassen in der Bundesrepublik Deutschland (unveröffentlichte Unterlagen des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn)

Diese Daten werfen ein Licht auf weitere Lebensumstände der pflegebedürftigen Menschen, die im Zusammenhang mit ihrem Lebensalter stehen. Während Kinder und auch Jugendliche/Heranwachsende bei Pflegebedürftigkeit in sehr hohem Maß auf private Hilfe (Herkunftsfamilie) zurückgreifen können - ergänzt ggf. durch fachliche Hilfen von ambulanten Diensten - , nehmen diese Möglichkeiten bereits im jungen Erwachsenenalter oder in den mittleren Lebensjahren ab.

Ein mit zunehmendem Alter steigender Pflegebedarf³⁸ und/oder Wegfall der Pflegepersonen aus Überlastungs- oder Altersgründen sind hierfür Gründe.

Ausbildungs- und Erwerbsmöglichkeiten unter den besonderen Bedingungen der Pflegebedürftigkeit sind weitere Gründe, weshalb vollstationäre Versorgung erforderlich wird.

Hierauf verweist die Tatsache, dass sich unter den statistisch ausgewiesenen Leistungsempfängerinnen und -empfängern der vollstationären Pflege in den Altersgruppen unter 60 Jahren - je nach Näherungsrechnung zwischen 4.450 und 6.580 Personen - auch alle Personen in den vollstationären Einrichtungen der Be-

³⁸ siehe Unterabschnitt ‚Altersverteilung‘ in Abschnitt I.1.1 und nachfolgende Ausführungen zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit

hindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI) befinden, die Leistungen nach § 43 a SGB XI in Höhe von monatlich bis zu 500 DM erhalten. Unter den stationär versorgten pflegebedürftigen Personen macht diese Personengruppe sogar den weitaus größten Anteil aus (siehe hierzu Abschnitt I. 2.3).

Kinder und Jugendliche/Heranwachsende sind vergleichsweise häufiger als die Pflegebedürftigen in den anderen Altersgruppen schwerstpflegebedürftig (s. Tabellen A I.1 a und b). Nach den Daten der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen waren Ende 1998 rund ein Fünftel der Leistungsempfängerinnen und -empfänger unter 15 Jahren und etwas mehr als ein Fünftel derjenigen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren in Pflegestufe III. Bundesweit waren sogar jeweils um 23 % schwerstpflegebedürftig. Der Anteilswert sinkt mit zunehmendem Alter, in der Pflegestufe I hingegen steigt er bis zum Alter von 60 Jahren an, um danach fast wieder auf das Niveau der ersten beiden Altersgruppen abzusinken. Die Werte in der Pflegestufe II korrespondieren in gewisser Weise hiermit, indem die Werte, beginnend um 37% in der Altersgruppe der unter 15jährigen nachfolgend auf etwa ein Drittel absinken und in den Altersgruppen ab 60 Jahren wieder bis auf Werte um 41% ansteigen.

Diese Daten muten vor dem Hintergrund der allgemeinen Erkenntnis einer steigenden Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter paradox an. Sie sind jedoch wie folgt zu erklären:

- Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl derjenigen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI werden und damit auch der Anteil der Personen der jeweiligen Altersgruppe am Gesamt der Pflegebedürftigen (s.o.). So betragen z.B. die pflegebedürftigen Leistungsempfängerinnen und -empfänger der landesunmittelbaren Pflegekassen in der Altersgruppe der unter 15jährigen an allen Pflegebedürftigen Ende 1998 nur 1,3%, diejenigen in der Altersgruppe der 45 bis unter 60jährigen bereits 2,8 % und die über 80jährigen 23,5%. Das heißt: Durch den überproportionalen Zuwachs an „Neuzugängen“ mit zunehmendem Alter verschieben sich die Proportionen zugunsten der niedrigeren Pflegestufen, insbesondere der Stufe I, da diese „Zugänge“ zu dem überwiegend solche der Stufe I sind.
- Mit zunehmendem Alter verschieben sich zugleich die Einstufungen in Richtung auf höhere Pflegestufen. Dies kommt allerdings im Verhältnis von Stufe I zu Stufe II nach Zahl der Fälle wesentlich stärker zum Tragen als im Verhältnis von Stufe II zu Stufe III³⁹. Insofern ist sowohl der Anstieg in der Pflegestufe II als auch der sinkende Anteilswert in der Pflegestufe III mit zunehmendem Lebensalter erklärlich.

³⁹ letzteres vermutlich auch deshalb, weil viele Personen der Pflegestufe II – annähernd 60% von ihnen sind 80 Jahre und älter (s. Tab. A I.1 a) und b)I.1 a) und b)) – vor Erreichen einer höheren Pflegestufe versterben.

Trotz dieser Erklärungen und trotz der Tatsache, dass es sich vor allem bei den jüngeren Altersgruppen jeweils um eine geringe Zahl von Personen handelt, bleibt im Blick auf den Versorgungsbedarf dieser Personen - z.B. den Kindern - festzuhalten, dass die Vermutung eines besonders geringen Pflegebedarfs aufgrund des Lebensalters nicht zutrifft. Diesen besonderen Bedingungen ist u.U. versorgungsstrukturell Rechnung zu tragen (s. auch Abschnitte I.3.3.5 und IV).

1.3 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 geronto-psychiatrischen Formenkreises - z.B. Alzheimer-Syndrom - in den letzten Jahrzehnten ständig gestiegen. 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 geltend gemacht werden,
- eine Registrierung dieser Personen im statistischen Sinne im Rahmen der Behandlung durch niedergelassene Ärzte oder in den Krankenhäusern nicht erfolgt,
- altersdemente Personen häufig 'nur' der allgemeinen Beaufsichtigung und Unterstützung oder dazu auch geringer pflegerischer Hilfe bedürfen, sodass sie den leistungsauslösenden Voraussetzungen nach dem SGB XI nicht oder nicht hinreichend genügen⁴⁰ und insofern leistungspraktisch nicht in Erscheinung treten,
- eine statistische Erfassung dieses Personenkreises auch dann nicht erfolgt, wenn sie leistungsberechtigt nach dem SGB XI sind, da von leistungsrechtlichem Interesse für die Pflegekassen nach dem Gesetz lediglich sind
 - die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI durch den MDK,
 - der Grad der Pflegebedürftigkeit und
 - Art und ggf. Umfang der gewählten/nach Gutachten des MDK erforderlichen Leistung.

Die die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes und damit die Leistung auslösenden Ursachen sind lediglich im Zuge der Begutachtung für das Ergebnis (Feststellung des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit etc.), nicht hingegen nachfolgend für die Leistungsgewährung selbst von Relevanz.

⁴⁰ Dieses Problem ist Gegenstand der allgemeinen Diskussion um den Aufgaben- und Leistungsbereich der Pflegeversicherung; er wird von daher als bekannt unterstellt und darum hier nicht weiter ausgeführt. Die Prüfung der Möglichkeiten zur verbesserten Berücksichtigung von dementiellen Erkrankungen im Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung ist im Übrigen ein Auftrag an die Bundesregierung aus der Koalitionsvereinbarung der Bundestagsfraktionen der SPD und von Bündnis 90 / Die Grünen vom 20.10.1998. Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Einen gewissen Eindruck vermitteln Auswertungen des MDKN von Begutachtungen aus dem Jahr 1997⁴¹. Für insgesamt 73.780 begutachtete Leistungsempfängerinnen und -empfänger, davon 59.839 in ambulanter und 13.941 in stationärer Pflege wurden hierbei die pflegebegründenden Primärdiagnosen ermittelt und insgesamt 17 Diagnoseklassen zugeordnet⁴². Die dabei ins Gewicht fallenden Diagnoseklassen sind in den nachfolgenden tabellarischen Übersichten zusammengestellt.^{43,44} Die dementiellen Erkrankungen sind in der Kategorie 'Psychische Krankheiten' zusammengefasst. Nicht auszuschließen sind auch Zuordnungen in die Kategorie 'Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane'.

Pflegebegründende Primärdiagnosen in der ambulanten Pflege nach Gutachterempfehlung, Geschlecht und Rangfolge

Diagnoseklasse	Begutachtete gesamt (in %)	Rang	Frauen (in %)	Rang	Männer (in %)	Rang
Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs	19,8 11.853	1	19,7 7.540	1	20,0 4.313	1
Krankheiten des Muskel- Skelettsystems	13,2 7.906	2	16,6 6.353	2	7,2 1.553	7
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11,9 7.100	3	11,0 4.210	4	13,4 2.890	3
Neubildungen	11,8 7.070	4	9,2 3.521	7	14,1 3.549	2
psychische Krankheiten	10,6 6.350	5	10,0 3.827	5	11,7 2.523	5
Krankheiten d. Nervensys- tems u. d. Sinnesorgane	10,5 6.257	6	9,7 3.712	6	11,8 2.545	4
Symptome u. ungenau bezeichnete Ursachen	9,9 5.930	7	11,1 4.248	3	7,8 1.682	6

Quelle: Medizinischer Dienst Niedersachsen: Verzeichnis der Tabellen Pflegebegutachtung 1997 Niedersachsen (Stand 14.8.1998), eigene Berechnungen MFAS

⁴¹ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen: „Verzeichnis der Tabellen Pflegebegutachtung 1997 Niedersachsen vom 14.8.1998 (unveröffentlicht)

⁴² gem. ICD-9-Klassifikation. Folgende 17 Diagnoseklassen nach ICD-9-Klassifikation sind aufgeführt: infektiöse und parasitäre Krankheiten, Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Blutes, psychische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane, Krankheiten der Haut, Komplikationen der Schwangerschaft, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, angeborene Anomalien, perinatale Affektionen, Symptome und ungenau bezeichnete Ursachen, Verletzungen/Vergiftungen.

⁴³ Die o.g. 7 Diagnoseklassen beziehen sich auf 87% der Begutachtungen für die ambulante und 91% für die stationäre Pflege. Die anderen 10 Diagnoseklassen (s. vorstehende Fußnote) weisen Gesamtwerte von z.B. 4,5% bzw. 3% (Frauen / Männer) in der Kategorie Verletzungen/Vergiftungen und darunter auf und können insofern als von erheblich nachrangigerer Bedeutung betrachtet werden.

⁴⁴ keine Mehrfachnennungen!

Pflegebegründende Primär Diagnosen in der vollstationären Pflege nach Gutachterempfehlung, Geschlecht und Rangfolge

Diagnoseklasse	Begutachtete gesamt (in %)	Rang	Frauen (in%)	Rang	Männer (in%)	Rang
psychische Krankheiten	23,9 3333	1	22 2196	2	28,7 1137	1
Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs	23,2 3241	2	24,1 2405	1	21,1 836	2
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11,4 1585	3	11 1098	3	12,3 487	3
Krankh. d. Nervensystems u. d. Sinnesorgane	9,8 1368	4	9,3 928	5	11,1 440	4
Symptome u. ungenau bezeichnete Ursachen	9,7 1357	5	10,7 1068	4	7,3 289	6
Krankheiten des Muskel- Skelettsystems	6,8 943	6	8,1 808	6	3,4 135	7
Neubildungen	6,3 878	7	5,7 569	7	7,8 309	5

Quelle: Medizinischer Dienst Niedersachsen: Verzeichnis der Tabellen Pflegebegutachtung 1997 Niedersachsen (Stand 14.8.1998), eigene Berechnungen MFAS

Die Auswertung weist (lediglich) die Primär Diagnosen aus. Insofern ist nicht auszuschließen - wenn nicht sogar die Regel -, dass jeweils gleichzeitig auch noch andere Symptomatiken bei den begutachteten Personen vorliegen, die jedoch seitens der Gutachter nicht als die wesentliche Symptomatik eingestuft wurden. In Anbetracht der Tatsache, dass die dementiellen Erkrankungen nach den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI (§14 Abs. 1 SGB XI) nur dann zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit führen, wenn die Personen hierdurch für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens - also im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI) - in erheblichem oder höherem Maß (§15 SGB XI) der Hilfe bedürfen, sich der Hilfebedarf bei dementiell Erkrankten oft aber wesentlich auf einen Hilfebedarf bezieht, der von der Klassifizierung des SGB XI nicht erfasst wird, ist hochwahrscheinlich, dass

- die Personen mit Primär Diagnosen der Kategorie psychische Krankheiten nur einen (geringen) Teil unter den Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit einer dementiellen Symptomatik ausmachen und
- eine Vielzahl der mit anderer Primär Diagnose gekennzeichneten pflegebedürftigen Personen zugleich auch dementielle Beeinträchtigungen aufweist, die jedoch in der Primär Diagnose nicht sichtbar werden.

Zudem sind begutachtete Personen, die - mit welcher Symptomatik auch immer (und damit auch solche mit dementiellen Erkrankungen) - als nicht pflegebedürftig nach dem SGB XI eingestuft wurden, in der Auswertung nicht erfasst.

Dennoch lassen sich aus ihr einige interessante Zusammenhänge im Blick auf die Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung erkennen. Dabei ist zu unterstellen, dass es sich bei den in der o.g. Kategorie der psychischen Krankheiten ausgewiesenen Personen in jedem Fall um solche mit einer hochgradigen Erscheinungsform der jeweiligen Symptomatik handelt; andernfalls wäre die Zuordnung als Primärdiagnose nicht erfolgt.

- Psychische Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane bilden - zusammengefasst - bei etwas mehr als einem Fünftel aller ambulant versorgten und über einem Drittel aller vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die leistungsbegründende Primärdiagnose⁴⁵.
- Hochgradige Demenz als leistungsbegründende Primärdiagnose steht bei stationären Leistungsempfängerinnen und -empfängern an erster Stelle aller Diagnosen, bei den Frauen allerdings erst an zweiter (s. obenst. Tab).
- Bei den ambulant Pflegebedürftigen sind psychische Krankheiten als Primärdiagnosen im Vergleich dazu wesentlich seltener; sie nehmen dort - geschlechtsunspezifisch - erst den fünften Rang ein (s. obenst. Tab).

Diese niedersächsischen Befunde bestätigen Erkenntnisse aus anderen Untersuchungen im Bundesgebiet wie sie in der Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion zur Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland vom 10.07.1996 zusammengefasst sind⁴⁶:

- Rund 60 % aller Demenzkranken leben in Privathaushalten (Berliner Altersstudie - BASE), nur etwa 35 % der dementiell Erkrankten verbleiben aber dort bis zu ihrem Tod (ZI f. seel. Gesundheit, Mannheim).
- Nur 12 % der häuslich Versorgten leben allein in einem eigenen Haushalt; auch sie werden jedoch ausnahmslos von Angehörigen betreut.

⁴⁵ Das deutliche Übergewicht der aus somatischer Symptomatik herrührenden Primärdiagnosen erklärt sich aus der dies begünstigenden Definition von Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI. Auf die vorausgehenden diesbezüglichen Ausführungen wird hingewiesen.

⁴⁶ Bundesdrucksache 13/5257, S. 15 f.

- Im Vergleich mit der sonstigen körperlichen Morbidität oder mit sozialen Faktoren ist Demenz der wichtigste Grund für die Heimunterbringung alter Menschen. Dabei sind Frauen in höherem Maß auf institutionelle Versorgung angewiesen, da die meisten Frauen in der höchsten Altersgruppe verwitwet oder ledig sind und daher seltener als Männer mit häuslicher Betreuung rechnen können.
- Der Anteil der Demenzkranken in Pflegeheimen beläuft sich auf etwa 65 % (Bickel 1995). Von den dementiell Erkrankten leben 19 % der leichtdementen, 30% der mittelgradig und 71% der hochgradig dementen Menschen in Heimen (Berliner Altersstudie).

1.4 Migrantinnen und Migranten

In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der Migrantinnen und Migranten wie im ganzen Bundesgebiet auch in Niedersachsen erheblich zugenommen. Betrug beispielsweise im Jahr 1970 ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung laut Ausländerzentralregister nur 2,6%⁴⁷, so lag er Ende 1997 bei 6,1 %⁴⁸ (480.550 Personen)⁴⁹. Mehr als drei Viertel kamen aus Europa und knapp 15 % aus Asien⁵⁰. Mit 29,3 % bildeten Türken die Hauptgruppe der ausländischen Staatsangehörigen, gefolgt von 9,7 % Jugoslawen, 5,5 % Italienern, 4,7 % Polen, 3,9 % Griechen, 3,4 % aus Bosnien-Herzegowina und 2,5 % Spaniern⁵¹.

Eine nicht unerhebliche Zahl dieser Menschen, die insbesondere in den 60er und 70er Jahren als Gastarbeiter mit ihren Familien in die Bundesrepublik kamen, ist - wie nachfolgend dargestellt - nicht wieder in ihr Heimatland zurückgekehrt und wird, wie die deutsche Bevölkerung, mit zunehmendem Alter einer pflegerischen Versorgung bedürfen. Die damit angesichts unterschiedlicher sozio-kultureller, religiöser und ethnischer Verhaltensweisen und Einstellungen einhergehenden sowie durch Sprachbarrieren bedingten Probleme sind bekannt. Sie waren bereits auch Gegenstand landesweiter

⁴⁷ Lt. Ausländerzentralregister lebten 1980 284.678 und 1990 338.826 ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger in Niedersachsen, das entsprach Anteilen an der Gesamtbevölkerung von 3,9 % bzw. 4,6 %.

⁴⁸ Der Anteil der ausländischen Bevölkerung im gesamten Bundesgebiet belief sich zum 1.1.1998 auf 9 % laut Zweitem Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ vom 5.10.1998 (Bd.Drs. 13/11460, S. 63).

⁴⁹ Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Statistische Berichte Niedersachsen AI4 – j/97, Ausländer am 31.12.1997 – Ergebnisse des Ausländerzentralregisters, S. 8

⁵⁰ 2,9 % hatten die Staatsangehörigkeit eines afrikanischen, 2,2 % die eines amerikanischen Staates. Niedersächsisches Landesamt für Statistik, AI4 – j/97, S. 11f.

⁵¹ ebd. S. 6

Fachtagungen und Symposien⁵² und verschiedener Veröffentlichungen⁵³.

Zur Zeit sind allerdings ältere Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur älteren niedersächsischen Bevölkerung noch stark unterrepräsentiert. Der Anteil 60jähriger und Älterer in Niedersachsen erreichte 1997 einen Wert von 22,2 %, ihr Anteil an dieser Altersgruppe belief sich, bezogen auf die nichtdeutsche Bevölkerung in Niedersachsen, hingegen nur auf 6,2 %. In Relation zur niedersächsischen Bevölkerung, die älter als 60 Jahre war, ergibt sich ein Anteil von 1,7 % und für die Jahrgänge ab 75 Jahren nur noch ein Anteil von 0,9 %.

Die regionale Verteilung der Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen zeigt erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten. Ihr Anteil an der jeweiligen Gesamtbevölkerung reicht von 2,4 % in Lüchow-Dannenberg bis 16,2 % in der Landeshauptstadt Hannover⁵⁴. Insgesamt 15 von 47 Kommunen wiesen durchschnittliche bis überdurchschnittliche Werte auf⁵⁵: Hannover Stadt 16,2 %, Salzgitter Stadt 10,7 %, Osnabrück Stadt 9,6 %, Wolfsburg Stadt 9,4 %, Delmenhorst Stadt 9,0 %, Braunschweig Stadt 7,9 %, Hameln-Pyrmont 7,7 %, Grafschaft Bentheim 7,2 %, Göttingen 7,0 %, Schaumburg 6,8 %, Hannover Land 6,6 %, Vechta 6,4 %, Oldenburg Stadt 6,1 %, Peine 6,1 %, Wesermarsch 6,1 %.

Demzufolge sind die einzelnen Kommunen mehr oder weniger stark mit den Bedürfnislagen älterer, potentiell pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten konfrontiert.

⁵² zuletzt Fachtagungen: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales – Ausländerbeauftragte- / Fachhochschule Hildesheim/Holzwinden, Altwerden in der Fremde. Bilanz und Perspektiven, am 18.11.1999 in Hildesheim; Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und Norddeutscher Forschungsverbund Public Health, „Altern(n) im ländlichen Raum“, Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik, am 11./12.Februar '99 in Celle (Dokumentation der Tagung voraussichtlich Frühjahr 2000)

⁵³ Vgl. z.B.: Arbeiterwohlfahrt, Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Rifat Fersahoglus, Zu Hause fremd? Alte Migranten (Studie), Braunschweig 1993; Arbeiterwohlfahrt, Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Sabine Resch-Hoppstock, Am Ende der Wanderung. Alte Migranten, Braunschweig 1994; Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege, Schriftenreihe Bd. 2, Teil I: Dokumentation der Fachtagung „Alter und Krankheit in der Fremde“, Kiel 1998.

Zur Zeit wird vom Norddeutschen Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege das Projekt „Wegweiser interkultureller Aktivitäten in Norddeutschland“ gefördert.

⁵⁴ Niedersächsisches Landesamt für Statistik, AI4 – j/97, S. 19

⁵⁵ Niedersachsen weist einen Durchschnittswert von 6,1 % auf.

Statistische Daten zum Pflegebedarf dieser Bevölkerungsgruppe liegen nicht vor. Würde man die deutschen Verhältnisse auf sie übertragen und die Zahl Pflegebedürftiger über den Anteil der Migrantinnen und Migranten an der niedersächsischen Bevölkerung bestimmen, so käme man, bezogen auf die Hauptbetroffenengruppe der 60jährigen und Älteren auf eine Zahl von 1.672 Personen. Insgesamt wären es unter Zugrundelegung eines Anteils von 2,4 % an der Bevölkerung 11.533 Personen; es ist jedoch sehr fraglich, ob insbesondere bei den jüngeren Jahrgängen dieselben Verhältnisse wie bei der deutschen Bevölkerung anzunehmen sind. Aber auch bei den älteren Migrantinnen und Migranten ist die Übertragung nicht unproblematisch, denn auf Grund der gesundheitsschädigenderen beruflichen Tätigkeiten ist z.B. im Vergleich zur deutschen Bevölkerung von einer höheren und - bezogen auf das Lebensalter - früheren Morbidität insbesondere bei den Männern auszugehen. Dies gilt insbesondere für die sogenannte erste Generation der Gastarbeiter, die sich jetzt bereits im Rentenalter befindet oder an der Grenze dazu steht.

Verlässliche Aussagen zur Pflegebedürftigkeit der ausländischen Bevölkerung werden auch erschwert durch unzureichende Situationskenntnis. Die Datenlage zur diesbezüglichen Lage der Migrantinnen und Migranten ist zur Zeit noch sehr unbefriedigend. Dadurch werden nicht nur Aussagen zur derzeitigen Versorgungsstruktur, sondern auch Einschätzungen zu künftigen Pflegebedarfen in hohem Maße erschwert.

Soweit Untersuchungen und Erkenntnisse vorliegen, stützen sie die Vermutung, dass Migrantinnen und Migranten in ihrer Arbeits- und Lebenswelt besonderen Gesundheitsrisiken durch hohe körperliche Beanspruchungen und Belastungen - einhergehend mit erhöhten Unfallrisiken - sowie durch starke psychische Beeinträchtigungen (Unsicherheiten in der Lebensplanung und Zukunftsorientierung, Identitäts- und Integrationskonflikte) ausgesetzt sind bzw. waren. Unzulänglichkeiten in der medizinische Versorgung aufgrund von Informations- und Kommunikationsdefiziten, finanzielle Einschränkungen (geringere Einkommen bzw. Renten) und soziale Benachteiligungen (Isolation, Sprachbarrieren, Verlust unterstützungsfähiger sozialer Netze) tragen ein Übriges dazu bei, dass ältere Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein höheres und frühzeitigeres Erkrankungsrisiko haben bzw. häufiger einen schlechteren Ge-

sundheitszustand aufweisen⁵⁶ mit der Folge einer möglicherweise schon frühzeitig eintretenden Pflegebedürftigkeit.

In welchem zahlenmäßigen Umfang dies zum Tragen kommt und ob auch spezifischer Hilfebedarf/Pflegebedarf daraus erwächst, kann auf Grund der unzureichenden Datennlage nicht gesagt werden.

Neben dem Alter ist, wie dargestellt, das Geschlecht ein wesentlicher Indikator für Aussagen zum Pflegebedarf. Kann, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, von einer Feminisierung des Alters gesprochen werden, die sich in einer entsprechend geschlechtsspezifisch geprägten Pflegesituation niederschlägt, trifft dies zur Zeit für die Migrantinnen und Migranten erst begrenzt zu⁵⁷. Vergleiche zwischen der nichtdeutschen und der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen zeigen unterschiedliche Proportionen zwischen den Geschlechtern bei der älteren Generation. Während in der Gesamtbevölkerung im Jahre 1997 Frauen in den höheren Altersgruppen mit 50,7% (60 bis 64 Jahre), 53,4% (65 bis 69 Jahre), 60,6% (70 bis 74 Jahre) und schließlich mit fast 70 % in der Altersgruppe der 75jährigen und Älteren vertreten waren, belief sich der altersentsprechende Anteil der Migrantinnen jeweils lediglich auf 37,6%, 42,8%, 50,7% und etwa 55 %. Er weicht damit erheblich von den Durchschnittswerten ab, zeigt jedoch der Tendenz nach eine ähnliche Entwicklung wie in der Gesamtbevölkerung: mit dem Alter wachsende Bevölkerungsanteile des weiblichen Geschlechts.

⁵⁶ Verschleißerscheinungen treten früher und chronische Erkrankungen häufiger sowie schwerer auf. Vgl. dazu A. Schulte, Sie kamen jung und werden alt ..., in Betrifft, Zeitschrift der Ausländerbeauftragten des Landes Niedersachsen, 3/95, S. 8; J. Collatz, Gesundheit und Alter in der Fremde – Möglichkeiten eines ethnomedizinischen Zentrums, in: Die Ausländerbeauftragte des Landes Niedersachsen/Niedersächsisches Sozialministerium, „Altwerden in der Fremde. Probleme der älteren Ausländergeneration“, Dokumentation des Diskussionsforums am 09.11.1998, Hannover 1998, S. 150; Deutscher Bundestag, Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ vom 5.10.1998 (Bd.Drs. 13/11460), S. 428

⁵⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Zweiter Altenbericht. Wohnen im Alter (Bd.Drs. 13/9750), S. 50

2. Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Die Daten über Zahl und Struktur der Pflegebedürftigen 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 bekanntermaßen 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 seit Beginn der Leistungen nach dem SGB XI;
- die Zahl der von dem Leistungsbezug der Pflegeversicherung ausgeschlossenen Versicherten mangels hinreichender Pflegebedürftigkeit im Sinne der oben genannten Vorschriften⁵⁸.
Hierzu zählen auch die auf allgemeine Betreuung und Unterstützung angewiesenen dementen sowie die 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 Auskunft⁵⁹.

⁵⁸ Diese Personen der sogenannten „Pflegestufe Null“ sind u.a. unter dem Aspekt der Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von SGB XI von erheblichem gesundheitspolitischen Interesse, da hier in der Regel ebenfalls bereits Hilfe- und Pflegebedarf geringeren Ausmaßes vorliegt. So haben bereits Untersuchungen von Infratest in den Jahren 1991/92 im Auftrage des damaligen BMFSFJ erkennen lassen, dass im häuslichen Umfeld zu den Personen, die die Kriterien des SGB XI erfüllen, noch einmal nahezu doppelt so viele Personen hinzukommen, die ebenfalls einen – allerdings nach den Kriterien des SGB XI niedrigeren – Pflegebedarf oder zumindest einen Bedarf an hauswirtschaftlicher Unterstützung haben. (Vgl. H.-W. Wahl, R. Wetzler, Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht zum gleichnamigen Forschungsverbundprojekt, Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 111.1, Stuttgart, Berlin, Köln 1998, S. 115) Auch in stationären Einrichtungen macht dieser Personenkreis einen nicht geringen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner aus. Er lag zum Zeitpunkt der Untersuchung im Jahre 1994 und unter Zugrundelegung von Annahmen über die Zuordnungskriterien zur Pflegebedürftigkeit nach dem danach erst im Entwurf vorliegenden und insofern praktisch noch nicht angewendeten SGB XI - etwa bei 37 %. (U. Schneekloth, U. Müller, Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“, Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 147.2, Stuttgart, Berlin, Köln 1997, S. 51). Derzeit werden Erfahrungswerte um durchschnittlich 20 % genannt.

⁵⁹ Die Angaben beruhen auf der Geschäftsstatistik des MDKN; sie enthält keine geschlechts- oder altersspezifische Differenzierung.

2.1 Nachfrage nach Leistungen für Pflege

1996 gingen bei den landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 134.639, 1997 insgesamt 80.380 und 1998 nur noch 75.412 Erstanträge auf Leistungen nach dem SGB XI ein (Tabellen A I.4 a und b). Damit hat in 1998 fast jeder einhunderste Einwohner Niedersachsens erstmals einen solchen Antrag gestellt. In Erkenntnis der Tatsache, dass 55% der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeleistungen nach dem SGB XI Personen im Alter von 80 und mehr Jahren sind (s. Abschnitt I.1.1), und in der Annahme, dass dieses Verhältnis auch auf die Antragstellerinnen und Antragsteller zutrifft, lag bei dieser Altersgruppe der Anteil bei 13,5 %, bei der Altersgruppe der Einwohner ab dem 60. Lebensjahr (85 % aller Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach SGB XI) bei 3,7 %.

Als Erstanträge werden Anträge nur dann gewertet, wenn noch keine Leistungen nach dem SGB XI bezogen werden. Erfolgt also 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 ‚Antragsverhalten/Wiederholungsbegutachtungen‘ erfasst.

Eine Differenzierung der Erstanträge nach Pflegearten ergibt Folgendes:

Jahr	ambulant	vollstationär
1995	124160 ⁶⁰	-
1996	70.547	64.092 ⁶¹
1997	63.661	16.719
1998	60.517	14.895

Quelle: Geschäftsstatistik des MDKN für 1995, 1996, 1997 und 1998; eigene Berechnungen MFAS

Ein Vergleich des Antragsverhaltens in 1997 und 1998 ergibt, dass etwa ein Fünftel des Erstantragsvolumens auf die Beantragung von Pflege in vollstationären Einrichtungen entfällt, vier Fünftel auf die Nachfrage nach Leistungen der häuslichen Pflege (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung). Ausgehend von der Annahme, dass in vielen Fällen bereits Leistungen der ambulanten Pflege bezogen worden sind, bevor

⁶⁰ In den Monaten Januar bis März 1995 – also vor Geltungsbeginn der Leistungen für ambulante Pflege - wurden insgesamt 60.184 Erstanträge gestellt; bei den übrigen handelt es sich um die sogenannten „Überleitungsfälle“ – Personen, die nach den vordem geltenden Bestimmungen der §§ 53ff SGB V Leistungen wegen vorliegender Schwerpflegebedürftigkeit nach diesem Gesetz erhalten haben. Sie werden gem. Art. 45 SGB XI ohne erneute Begutachtung der Pflegestufe II gem. § 15 SGB XI zugeordnet, sofern sie keinen Antrag auf Neubegutachtung gestellt haben.

⁶¹ In den Monaten Februar bis Juni 1996 – also vor Inkrafttreten der Leistungsgewährung für vollstationäre Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 43 und 43a SGB XI - wurden insgesamt 52.874 Erstanträge gestellt; es handelt sich dabei im wesentlichen um bereits in den stationären Einrichtungen lebende Personen.

vollstationäre Pflege beantragt wurde und letztere dann nicht mehr als Erstanträge gelten (s.o.), dürfte davon auszugehen sein, dass das Gesamtantragsvolumen für stationäre Pflege insgesamt höher liegt⁶².

Die Daten zeigen eine mit der Etablierung der Pflegeversicherung einhergehende kontinuierliche Abnahme der Erstanträge (vgl. Abbildungen I.7a und b). Das Antragsverhalten auf hohem Niveau für ambulante und vollstationäre Pflege in 1995 bzw. 1996 erklärt sich vornehmlich aus der Tatsache, dass Leistungen der ambulanten Pflege erst ab 01.04.1995 und für stationäre Pflege erst ab dem 01.07.1996 gewährt wurden. Bereinigt um die Daten der jeweiligen Vormonate in 1995 bzw. 1996 und unter Anrechnung einer Übergangsphase kommt das durchschnittliche monatliche Antragsverhalten demjenigen der darauffolgenden Jahre bereits näher. Für das zweite Halbjahr 1996 lag das durchschnittliche monatliche Aufkommen an Erstanträgen für stationäre Pflege bei 1.870⁶³, sank in 1997 auf 1.393 und erreichte in 1998 noch 1.241 Anträge. Für ambulante Pflege zeigte sich folgende Entwicklung: 1995 gingen ab April durchschnittlich im Monat 6.989⁶⁴, 1996 - bereits reduziert - 5.879, 1997 noch 5.305 und 1998 nur noch 5.043 Erstanträge ein. In der Regel weisen jeweils die Dezember-Monate den niedrigsten Antragsstand auf, der jedoch in den Januar-Monaten des folgenden Jahres wieder kompensiert wird.

Insgesamt zeigt das Antragsverhalten für ambulante wie für vollstationäre Pflege nach einer Phase mit Nachhol- und Unsicherheitseffekten vor und in der Anfangszeit nach den Inkrafttretensterminen für die jeweiligen Leistungen schon nach relativ kurzer Zeit und spätestens in den Jahren 1997 und 1998 ein recht stabiles Niveau mit nur noch geringer Abnahmetendenz⁶⁵. Unter im Übrigen unveränderten Rahmenbedingungen, insbesondere bezüglich der gesetzlichen Bestimmungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zu Art und Höhe der Leistungen, ist daher im Hinblick auf das Erstantragsverhalten für die folgenden Jahre in etwa von dem genannten Niveau gleichblei-

⁶² 1998 bezogen 28 % aller Leistungsbeziehenden vollstationäre Pflegeleistungen.

⁶³ Bezogen auf die Monate Januar bis Dezember 1995 ergibt sich ein durchschnittliches monatliches Aufkommen von 5.341 Anträgen.

⁶⁴ Bezogen auf die Monate Januar bis Dezember 1996 ergibt sich ein durchschnittliches monatliches Aufkommen von 10.347 Anträgen.

⁶⁵ Diese Entwicklung dürfte zum Teil auch der Tatsache geschuldet sein, dass die Zahl der Hochbetagten zur Zeit rückläufig ist – eine Phase, die nach den demographischen Vorausschätzungen bis mindestens zum Jahr 2000 anhalten wird.

bend auszugehen. Allerdings ist mittelfristig ein allmählicher Anstieg auf Grund des demographisch bedingten Ansteigens der Zahl vor allem der Hochbetagten zu erwarten⁶⁶.

Während bei den Erstanträgen ein kontinuierlich abnehmendes Antragsverhalten festzustellen ist, zeigt sich bei Anträgen auf Wiederholungsbegutachtung (vgl. im Einzelnen Abb. I.7a u. b; Tab. A I.4a und b) aus naheliegenden Gründen eine umgekehrte Tendenz:

Jahr	ambulant	vollstationär
1995	-	-
1996	16.759	4.269
1997	34.334	11.225
1998	36.112	13.029

Quelle: Geschäftsstatistik des MDKN für 1995, 1996, 1997, 1998, eigene Berechnungen MFAS

Gingen für ambulante Pflegeleistungen im monatlichen Durchschnitt in 1996 insgesamt 1.397⁶⁷ solcher Anträge ein, waren es für 1997 bereits 2.861 und 1998 - nochmals gesteigert - 3.009 Anträge. Bei den Wiederholungsanträgen für stationäre Leistungen ergibt sich ein ähnliches Bild. Das monatliche Antragsaufkommen belief sich im Durchschnitt in 1996 dort auf 427⁶⁸ Wiederholungsbegutachtungen, 1997 wurden mehr als doppelt so viele Anträge, nämlich durchschnittlich 935, gestellt, und im Jahr 1998 erfolgte ein weiterer Anstieg auf 1.086 Anträge. Diese Entwicklung dokumentiert offensichtlich die fortschreitende Etablierung des Pflegeversicherungsgesetzes bzw. dessen praktische Auswirkungen: Auf Grund sich im Zeitverlauf verändernder Pflegebedürftigkeit bei den Leistungsbezieherinnen und -bezieher muss es zwangsläufig zu einem Anstieg von Anträgen zur erneuten Begutachtung kommen.

Wiederholungsbegutachtungen werden häufiger im stationären Bereich vorgenommen als im ambulanten. Das korrespondiert mit dem dort verstärkt anzutreffenden höheren Pflegebedarf und ggf. auch mit einem schnelleren Wechsel in höheren Pflegestufen auf Grund der mit dem fortgeschrittenen Alter höheren Wahrscheinlichkeit eines raschen Verfalls der geistigen und körperlichen Kräfte. Hinzu kommt:

- Viele Personen werden bei Erkennen der stationären Pflegebedürftigkeit (z.B. bei Wechsel aus dem Krankenhaus) per Aktenlage in Pflegestufe I eingestuft, um die

⁶⁶ im Einzelnen unten Abschnitt II.1

⁶⁷ Da im Januar und Februar keine Anträge auf Wiederholungsbegutachtungen vorlagen, wurde das durchschnittliche monatliche Antragsaufkommen für März bis Dezember des Jahres 1995 berechnet.

⁶⁸ Da im Januar und Februar keine Anträge auf Wiederholungsbegutachtungen vorlagen, wurde das durchschnittliche monatliche Antragsaufkommen für März bis Dezember des Jahres 1996 berechnet.

Kostenträgerschaft der Pflegeversicherung zu begründen; anschließend erfolgt dann die ‚genaue‘ Einstufung in der stationären Einrichtung (= Wiederholungsgutachten).

- Bekannt ist - gerade bei sehr alten Menschen - der sogenannte „Heimschock“ als Folge des Wechsels in eine neue und ganz andere Lebensumwelt bei gleichzeitig zunehmend geringerer Anpassungsfähigkeit bezogen auf neue Situationen. Eine rasche Verschlechterung des Gesamtzustandes kann die Folge sein.

Im Unterschied zu den Wiederholungsgutachten zeigt das Aufkommen der eingegangenen Widersprüche über die Jahre eine abnehmende Tendenz (vgl. im Einzelnen Abb. I. 7a u. b; Tab. A I.4a und b):

Jahr	ambulant	vollstationär
1995	13.772	-
1996	7.370	3.343
1997	7.316	1.155
1998	6.493	845

Quelle: Geschäftsstatistik des MDKN für 1995, 1996, 1997, 1998; eigene Berechnungen MFAS

Nach einem Niedrigwert von durchschnittlich 113 Anträgen im Monat in 1995 im Bereich der ambulanten Leistungen lag der monatliche Durchschnittseingang in den Folgejahren bei 614, 610 und schließlich in 1998 bei 541 Anträgen. Widerspruchsanträge im Bereich der stationären Pflege beliefen sich von 1996 bis 1998 auf ein durchschnittliches Monatsaufkommen von 304⁶⁹, 96 und 70 Fällen.

Der rückläufige Trend⁷⁰ bei den Widerspruchsanträgen dürfte, neben der im Zeitverlauf zunehmenden Kenntnisse und Erfahrungen bei den Versicherten über die an die Leistungsgewährung nach dem SGB XI geknüpften Bedingungen, auch der Tatsache geschuldet sein, dass sich u.a. auf Grund der geänderten Begutachtungsrichtlinien, die am 01.06.1997 in Kraft getreten sind, wie auch wegen der im Laufe der Zeit sich insgesamt einstellenden Routine bei der Anwendung des Pflegeversicherungsgesetzes eine Konsolidierung der Begutachtungen im Sinne von mehr praktischer Sicherheit und Einheitlichkeit entwickelt hat.

⁶⁹ Im Januar 1996 lagen keine Widerspruchsanträge vor, daher bezieht sich der errechnete monatliche Durchschnittswert auf die Monate Februar bis Dezember.

⁷⁰ Eine erste Bestätigung findet diese Entwicklungstendenz bei Berücksichtigung der für das erste Halbjahr 1999 vorliegenden Daten. Durchschnittlich wurden in den ersten sechs Monaten 450 Widersprüche/ambulant und 61 Widersprüche/stationär gezählt.

Abb.: I.7a:

Anträge auf ambulante Pflegeleistungen in Niedersachsen 1996, 1997, 1998

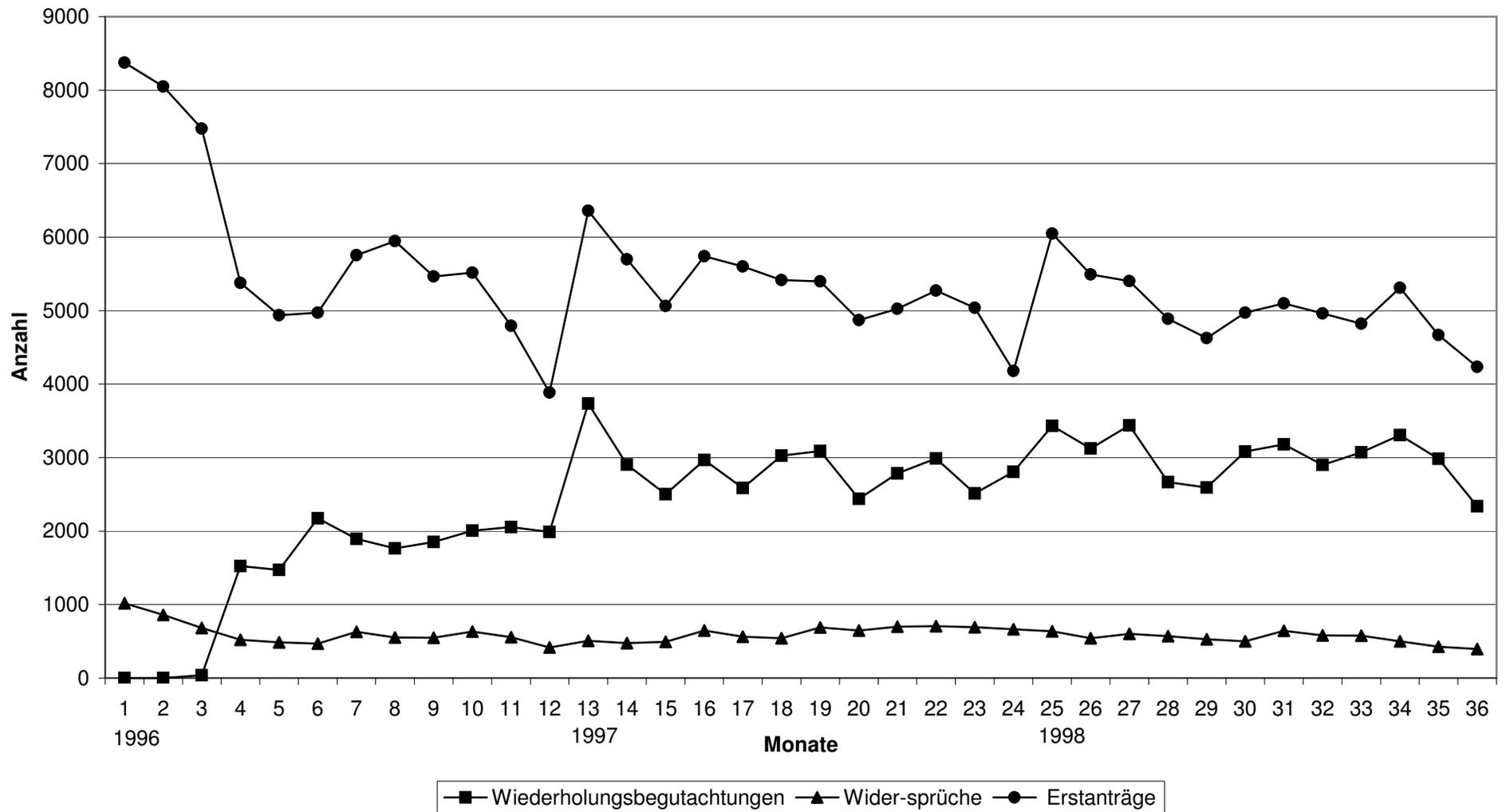
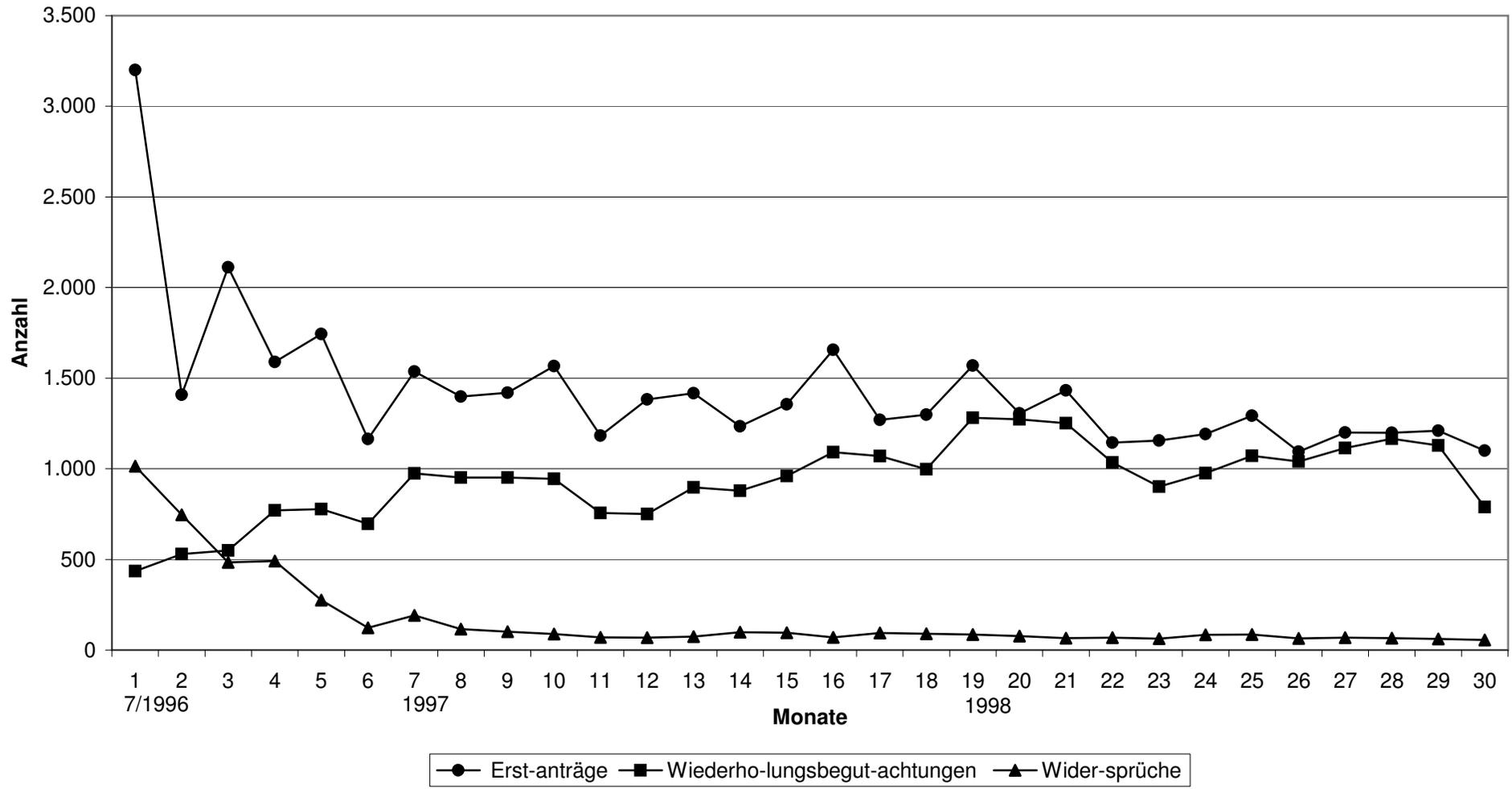


Abb.: I.7b:

Anträge auf vollstationäre Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen von Juli 1996 bis Dezember 1998



2.2 Erhalt von Leistungen für Pflege

2.2.1 Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den Erstbegutachtungen

Vorbemerkung zur Aussagereichweite der Geschäftsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung⁷¹

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 nach Zahl und Schwere der Pflegebedürftigkeit dar:

- Die bereits im Leistungsbezug befindlichen Personen sind nur soweit erfasst, wie bei ihnen im jeweiligen Monat Wiederholungsbegutachtungen vorgenommen wurden. Dies betrifft jeweils aber nur einen geringen Teil der Leistungsempfängerinnen und -empfänger.
- Die in einem bestimmten Kalendermonat erstmals Begutachteten können im selben Zeitraum oder - bei kalenderjährlicher Betrachtung der Ergebnisse - in anderen Monaten desselben Jahres als in eine Wiederholungsbegutachtung einbezogen erfasst werden (Doppelzählung).
- Die im jeweiligen Betrachtungszeitraum (Monat, 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.⁷² Da zudem bekanntermaßen seitens der Pflegekassen den Empfehlungen des MDK nahezu ausnahmslos gefolgt wird, lassen die Ergebnisse der

⁷¹ Da es sich hier um eine bundeseinheitlich angewandte Statistik handelt, wurde in der Überschrift nicht auf den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) abgehoben. Die Daten beziehen sich jedoch ausschließlich auf Niedersachsen.

Räumlich differenzierte Daten für die einzelnen Geschäftsstellen sah sich der MDKN nicht in der Lage an das MFAS zu übermitteln. Begründet wurde dies vor allem mit der von dort gesehenen Gefahr einer Missinterpretation vorhandener Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen zwischen den Geschäftsstellen angesichts einer diese Ergebnisse jeweils beeinflussenden Vielfalt von Faktoren, die im hier gegebenen Rahmen nicht hinreichend differenziert darzustellen wären. Als weiterer Grund kommt hinzu, dass die Einzugsbereiche der einzelnen Geschäftsstellen des MDKN nicht deckungsgleich sind mit den Gebieten der kreisfreien Städte und Landkreise in Niedersachsen.

⁷² Die Gesamtzahl aller dieser Personen der sogenannten ‚Pflegestufe Null‘ ist allerdings aus den genannten Gründen ebenso wenig zu ermitteln wie die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger.

Erstbegutachtungen Aussagen über 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. 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 wurde aber auf anderem Wege ermittelt und in Abschnitt I.1.1 dargestellt.

Dass die Geschäftsstatistik des MDKN dennoch Aufnahme in den Pflegerahmenplan gefunden hat, ist zum einen mit der Darlegung der Antragsentwicklung (Abschnitt 2.1) und der Entwicklung des Begutachtungsgeschehens seit Geltungsbeginn des SGB XI zu begründen. Darüber hinaus soll aber durch die Darstellung und Bewertung der Begutachtungsergebnisse hinsichtlich ihres Aussagewertes auf mögliche Fehlschlüsse hingewiesen werden. Damit soll im Rahmen des hier Möglichen den in der fachöffentlichen und politischen Diskussion sowie in den Medien immer wiederkehrenden Fehlinterpretationen dieses Datenmaterials begegnet werden.

Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit

1997 wurden vom MDKN 75.208 Begutachtungen durchgeführt - d.h. bei rd. 96 % aller Antragstellerinnen und Antragsteller. Von den Begutachtungen entfielen knapp 19 % auf Anträge für vollstationäre Pflege. 1998 waren gut 22 % der insgesamt 69.217 Begutachtungen für den vollstationären Bereich ausgewiesen⁷³. Absolut betrachtet sind dies immerhin über 900 Begutachtungen für den stationären Bereich mehr als im Vorjahr.

⁷³ Für das Jahr 1995, in dem im April die erste Stufe, und für das Jahr 1996, in dem im Juli die zweite Stufe der Pflegeversicherung in Kraft getreten ist, verbietet sich wegen der verzerrten Datenlage, die sich auf Grund jeweils verkürzter Relevanzzeiträume ergibt, ein Vergleich der insgesamt vorgenommenen Begutachtungen für ambulante und vollstationäre Pflege.

Die folgende Tabelle gibt den Anteil der nach der Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuften Personen in den Jahren 1995 bis 1998 wieder:

Jahr	ambulant			vollstationär		
	Erstbegutachtungen gesamt	davon als Pflegebedürftige anerkannt	Anteil in %	Erstbegutachtungen gesamt	davon als Pflegebedürftige anerkannt	Anteil in %
1995	92.517 ⁷⁴	61.246	66,2			
1996	59.229	41.638	70,3	8.504 ⁷⁵	6.829	80,3
1997	61.185	42.862	70,1	14.023	11.764	83,9
1998	55.904	40.000	71,6	13.313	11.341	85,2

Quelle: Geschäftsstatistik des MDKN für 1995, 1996, 1997 und 1998, eigene Berechnungen MFAS

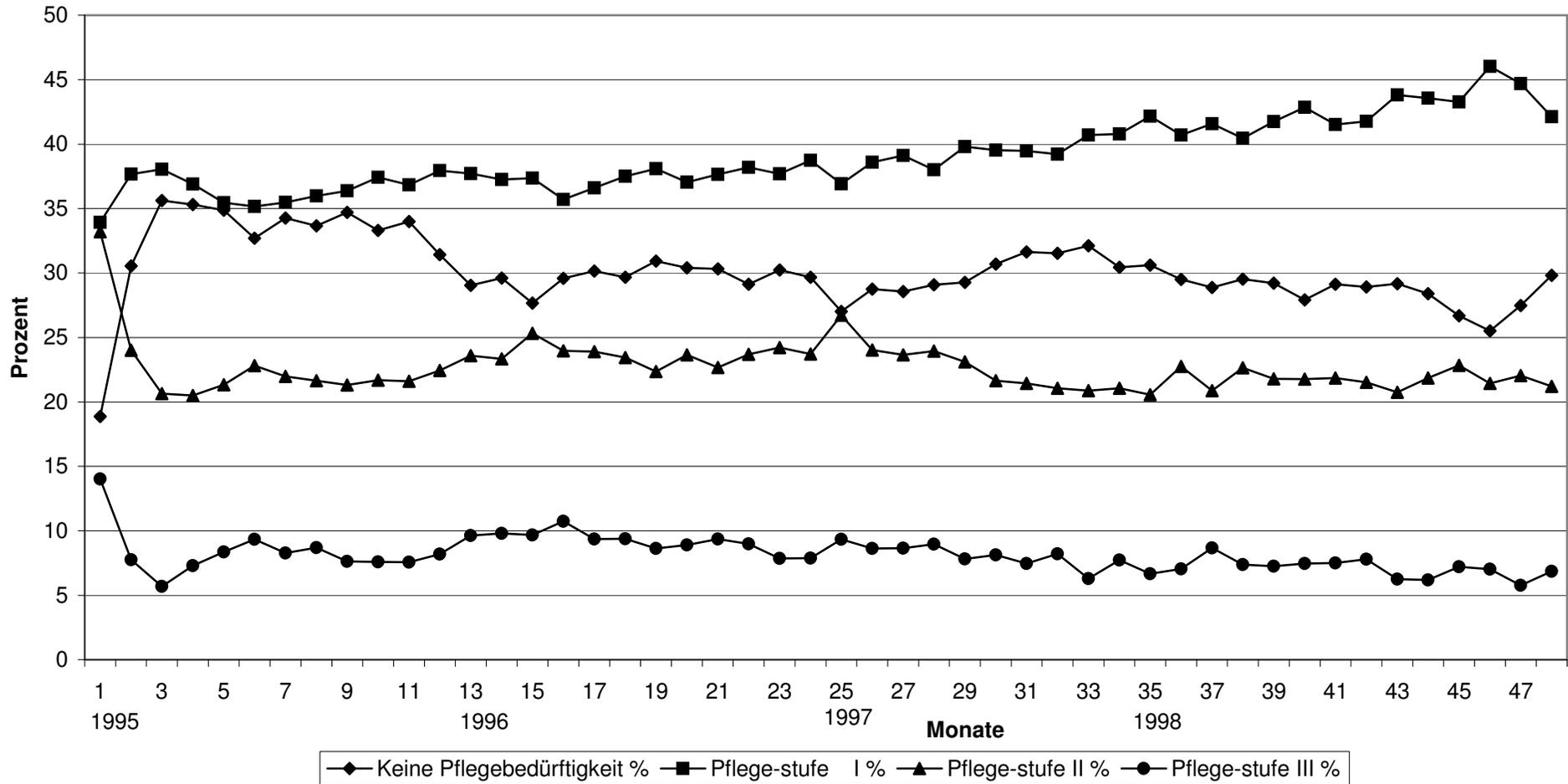
Es zeigt sich folgendes Bild:

- Wie beim Antragsverhalten entwickeln sich auch bei den Erstbegutachtungen im Vergleich über die Jahre die Werte nach einigen Monaten (Anfangsphase) in Richtung auf ein weitgehend gleichbleibendes Niveau.
- Die Zahl der Begutachtungen nimmt über die Jahre ab - korrespondierend in etwa zur Abnahme der Anträge (s. 2.1). Es erhöht sich andererseits der Anteil der positiven Feststellungen hinsichtlich des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit.
- Die aufgezeigten Trendverläufe betreffen sowohl die Begutachtungen bei Anträgen auf ambulante als auch auf vollstationäre Pflegeleistungen.
- Bei Begutachtungen in der Folge von Anträgen auf vollstationäre Pflege ist die Wahrscheinlichkeit der Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit - mit Ergebnissen über die Jahre zwischen 80 und 85 % - nicht unerheblich höher als bei Anträgen auf ambulante Pflegeleistungen. Dies steht in Übereinstimmung mit der Erfahrung, dass Heimpflege tendenziell erst bei Vorliegen einer schweren Pflegebedürftigkeit gewählt bzw. in Anspruch genommen wird. Diese These wird bei einem Vergleich der Einstufungen bei ambulanter Pflege und bei vollstationärer Pflege auch statistisch untermauert (s. Abb. I. 8 a und b; Tabellen A I. 5a und b).

⁷⁴ ab April 1995, d.h. ab Inkrafttreten der ersten Stufe der Pflegeversicherung

⁷⁵ ab Juli 1996, d.h. ab Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung

Abb. I.8a:
 Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege:
 Erstbegutachtungen 1/1995 bis 12/1998
 - Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I, II und III -



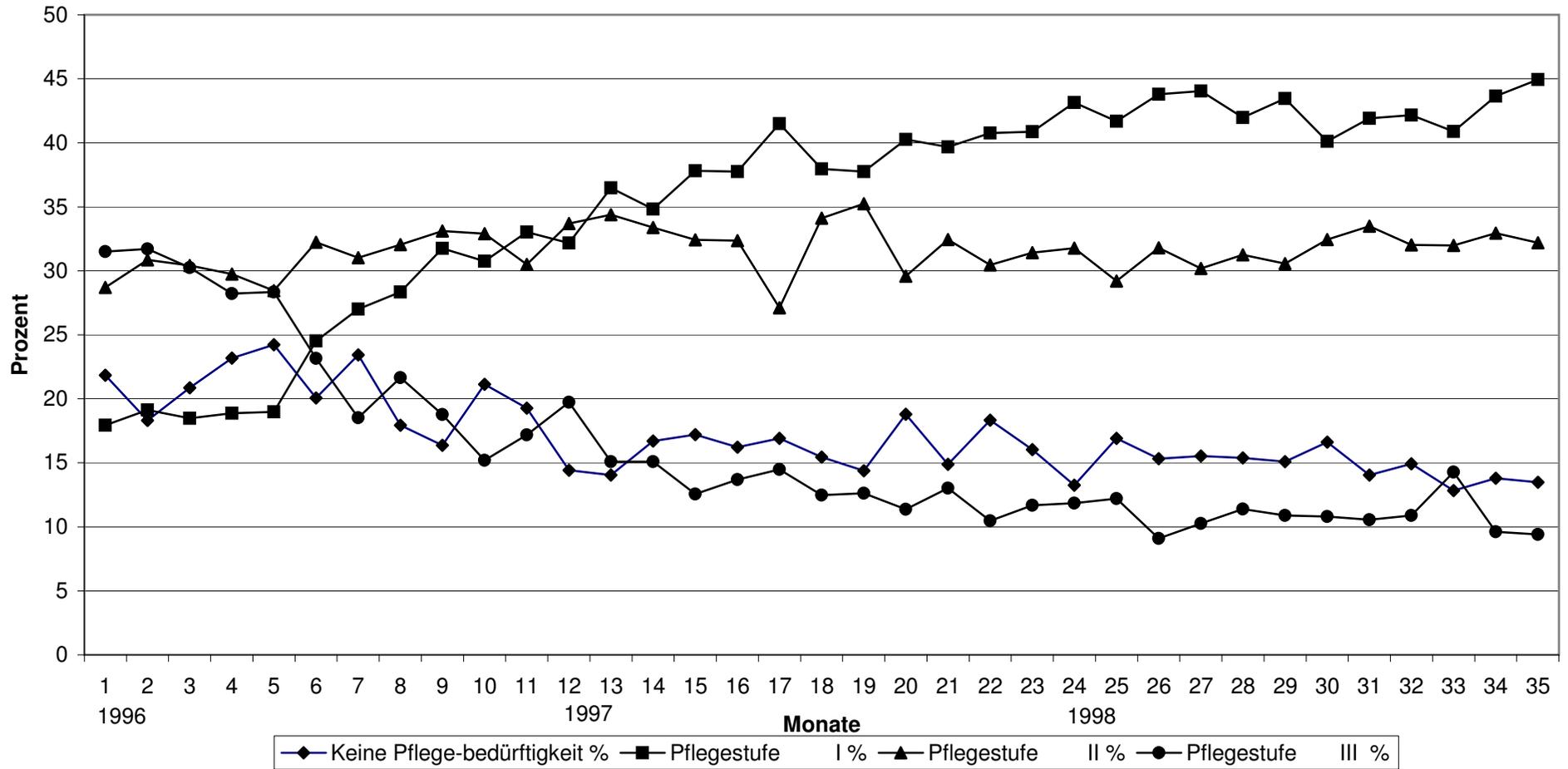
Quelle:
 Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN;
 eigene Berechnungen MFAS

Abb. I.8b:

Begutachtungsergebnisse nach Monaten für stationäre Pflege:

Erstbegutachtungen 2/1996 bis 12/1998

- Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I, II und III -



Quelle:
Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN;
eigene Berechnungen MFAS

Zusammenfassend bleibt dennoch festzuhalten, dass - trotz grundsätzlich positiver Entwicklung zugunsten eines Leistungsbezuges für die betroffenen Versicherten - auch 1998 noch immerhin fast 30 % derjenigen, die nach Antrag auf ambulante Leistungen und rd. 15 % 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 nicht aufwiesen.

Eine Verweisung auf häusliche Pflege bei beantragter stationärer Pflege kommt als Ablehnungsgrund trotz des gesetzlichen Vorranges der häuslichen Versorgung in den seltensten Fällen zur Anwendung. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Sowohl objektive Gründe (z.B. Fehlen oder unzureichende Verfügbarkeit einer Pflegeperson, für häusliche Pflege ungeeignete Wohnverhältnisse) oder in den in Frage kommenden Pflegepersonen oder den Pflegebedürftigen selbst liegende Gründe (z.B. physische oder psychische Unmöglichkeit oder fehlende Bereitschaft, die Pflege zu übernehmen, sowie der Wunsch der pflegebedürftigen Personen, die Angehörigen mit der Pflege nicht zu belasten), sind hier zu nennen.

Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe)

Entwickelten sich in den Jahren seit Geltungsbeginn des SGB XI insgesamt die Begutachtungsergebnisse eher zugunsten einer Feststellung der Berechtigung zum Leistungsbezug (s.o.), so trifft dieser positive Trend für die Entwicklung der Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen - entscheidend für den Umfang der Leistungen der Pflegekassen - besonders für die vollstationären Leistungen nicht zu. Dies wird sowohl aus nachstehender Tabelle wie insbesondere aus den Abbildungen I. 9 a und b und den Tabellen A I. 6 a und b im Anhang deutlich.

Einstufungen für ambulante Pflege bei Erstbegutachtung in %				
	1995 ⁷⁶	1996	1997	1998
Keine Pflegestufe	32,4	29,7	29,9	28,4
Pflegestufe I	36,4	37,5	39,6	42,8
Pflegestufe II	22,8	23,7	22,6	21,7
Pflegestufe III	8,4	9,2	7,9	7,1

⁷⁶ Die Daten für 1995 sind wegen der im April des Jahres in Kraft getretenen ersten Stufe der Pflegeversicherung nur bedingt vergleichbar mit den Folgejahren.

Einstufungen für vollstationäre Pflege bei Erstbegutachtung in %			
	1996 ⁷⁷	1997	1998
Keine Pflegestufe	18,9	16,1	14,8
Pflegestufe I	22,4	28,3	42,6
Pflegestufe II	38,1	32,2	31,7
Pflegestufe III	22,0	13,5	10,9

Quelle: Geschäftsstatistik des MDKN für 1995, 1996, 1997 und 1998; eigene Berechnungen MFAS

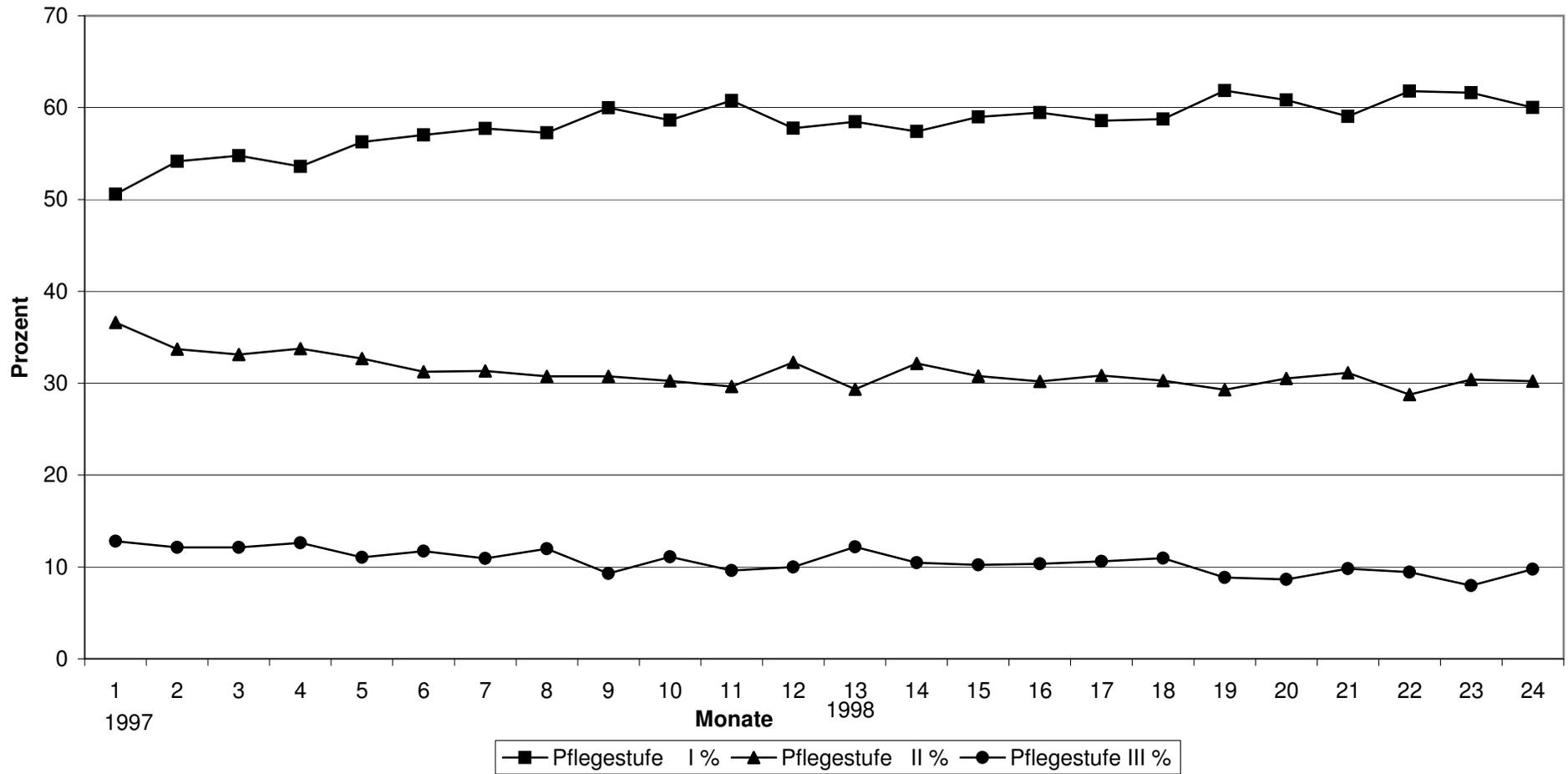
Festzuhalten ist:

- Sowohl im Blick auf ambulante wie auch auf vollstationäre Leistungen steigt der Anteil der Einstufungen in die Pflegestufe I und bewegt sich der Anteil der als schwerpflegebedürftig Eingestuften (Pflegestufe II) über die Jahre auf etwa demselben Niveau (ambulant: um 30 %⁷⁸, vollstationär: um 38%). Dagegen sinkt der Anteil der als schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III einschl. Härtefälle) eingestuften Antragstellerinnen und Antragsteller.
- In den Begutachtungen für die ambulanten Pflegeleistungen sind die Veränderungen in den Anteilswerten zwischen den Pflegestufen vergleichsweise gering; insofern kann hier von einem hohen Gleichmaß der Begutachtungsergebnisse über die Jahre gesprochen werden.
Dies trifft auf die Begutachtungen für den vollstationären Bereich nicht zu. Hier ist bei Pflegestufe I in den Jahren 1997 und 1998 eine Steigerung von annähernd 14 % zu verzeichnen. In nahezu gleichem Umfang sank - gleichsam korrespondierend - der Anteil der in Pflegestufe III eingestuften Personen von ca. 23 % auf etwa 12 % ab.
1998 gab es allerdings weder in Pflegestufe I noch in Pflegestufe III noch eine wesentliche Trendfortsetzung in der beschriebenen Weise. Dies kann erneut als Zeichen der Konsolidierung der Begutachtungspraxis - allerdings hier nach erheblich längerem Zeitraum als bei den Einstufungen für die ambulante Pflege - gewertet werden.

⁷⁷ Die Daten für 1996 sind wegen der zur Mitte des Jahres in Kraft getretenen zweiten Stufe der Pflegeversicherung nur bedingt vergleichbar mit den Folgejahren.

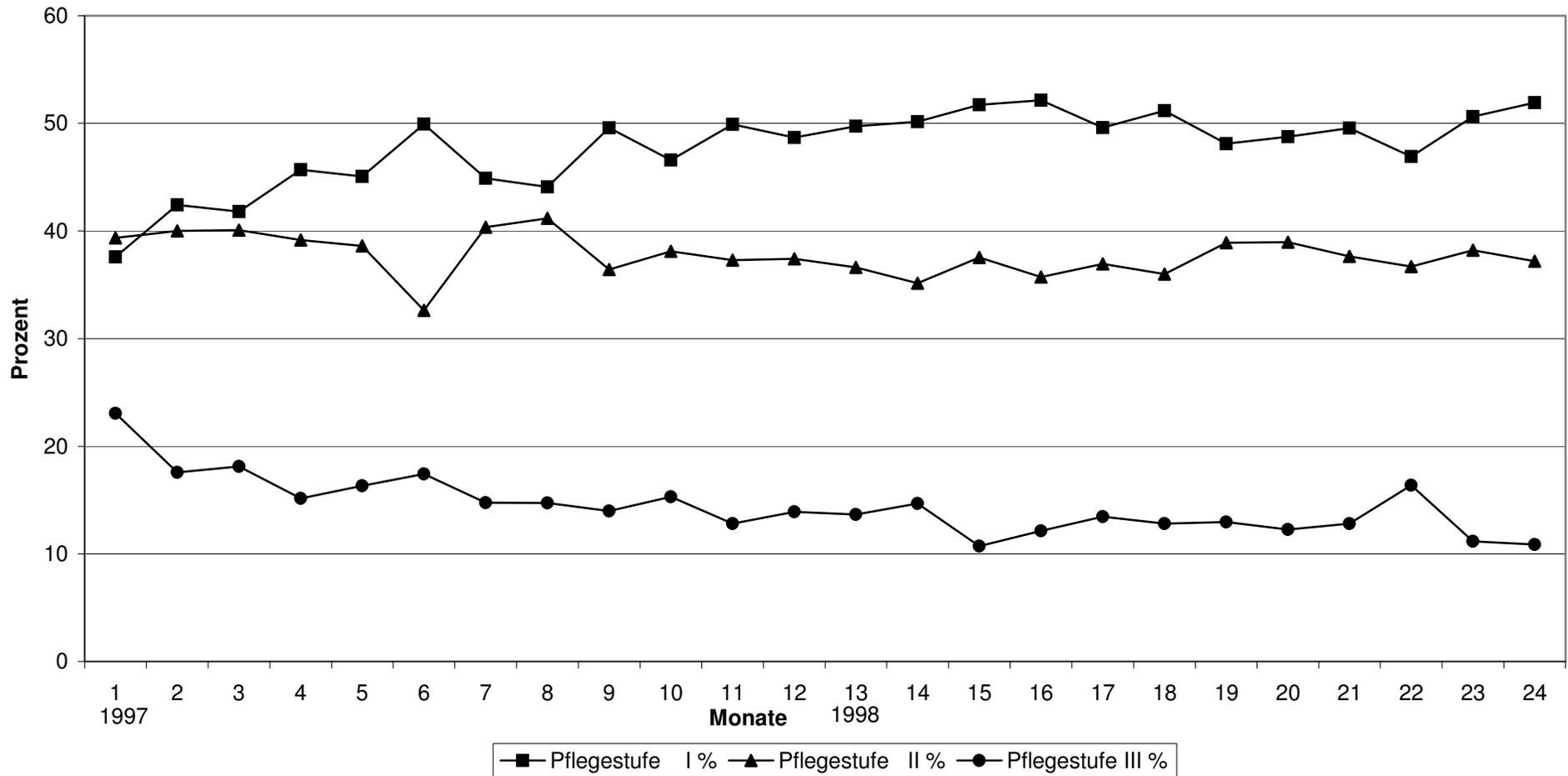
⁷⁸ Bezug nur auf die als pflegebedürftig eingestuften Personen (ohne ,keine Pflegebedürftigkeit'); s. auch Abb. I. 9 a und b sowie Tab. A I. 6 a und b.

Abb. I.9a:
 Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege:
 Erstbegutachtungen 1997 und 1998
 - Pflegestufen I, II und III -



Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN; eigene Berechnungen MFAS

Abb. I.9b:
 Begutachtungsergebnisse nach Monaten für vollstationäre Pflege:
 Erstbegutachtungen 1997 und 1998
 - Pflegestufen I, II und III -



Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN; eigene Berechnungen MFAS

Wie bereits an anderer Stelle hervorgehoben, lassen sich aus den Einstufungsergebnissen unmittelbare Rückschlüsse auf die Zusammensetzung der Leistungsbezieherinnen und -bezieher in der Pflegeversicherung nicht ziehen. Insofern sind die dargestellten Begutachtungsergebnisse in gewissem Maße irreführend. Dies verdeutlicht der Vergleich mit den Angaben der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen über die Leistungsempfängerinnen und -empfänger für 1998 in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht (s. auch Abschnitt I.1).

Pflegestufe	ambulante Pflege		vollstationäre Pflege	
	Ergebnisse der Erstbegutachtung	Leistungsempfängerinnen und -empfänger	Ergebnisse der Erstbegutachtung	Leistungsempfängerinnen und -empfänger
	(in %)	(in %)	(in %)	(in %)
I	59,7	50,2	50,1	31,8
II	30,3	37,8	37,2	41,4
III	10,0	12,0	12,8	26,8
gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Quellen:

- 1) Geschäftsstatistik des MDKN für die Jahre 1995 bis 1998
- 2) Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen; Sonderauswertung auf der Grundlage der Geschäfts- und Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV (Stand 31.12.1998)
- 3) Eigene Berechnungen MFAS

Ersichtlich wird:

Bei einer nicht unerheblichen Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeleistungen nach dem SGB XI wird das **Ergebnis der Erstbegutachtung** zu einem **späteren** Zeitpunkt im Rahmen einer Wiederholungsbegutachtung **geändert**. Dies führt in vielen Fällen zur Einstufung in eine **höhere Pflegestufe** (s. auch Ausführungen im nachfolgenden Abschnitt 2.2.2). Bei den ambulanten Pflegeleistungen wird dies besonders wirksam zwischen den Pflegestufen I und II, bei den vollstationären Leistungen zwischen den Pflegestufen I und III.

Letzteres hängt vor allem mit der Tatsache zusammen, dass in einer Vielzahl von Fällen beim Übergang vom Krankenhaus in eine Heimpflege zur Sicherung der Leistungsansprüche nach dem SGB XI und zur zeitnahen Leistung durch die Pflegekassen nach Aufnahme ins Heim durch den MDK nach Aktenlage (Bericht des entlassenden Arztes im Krankenhaus) begutachtet wird. Dabei erfolgt eine ‚vorläufige‘ Einstufung in Pflegestufe I, die bei nachträglicher Begutachtung durch den MDK im Heim (statistisch eine Wiederholungsbegutachtung) bei Vorliegen einer höheren Pflegebedürftigkeit entsprechend verändert wird.

Hinsichtlich der Einstufungen bei den Begutachtungen kann abschließend gefolgert werden:

Die **Begutachtungspraxis hat sich** bezogen auf ambulante wie auf stationäre Pflegeleistungen spätestens in 1998 weitgehend **konsolidiert**. Insoweit sind - vorbehaltlich im Übrigen gleichbleibender Bedingungen - in nächster Zeit keine wesentlichen Änderungen zu erwarten. Dies ist nicht zuletzt im Blick auf die Einschätzung der Ausgabenentwicklung für die Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Land als Träger von Investitionsfolgekosten nach dem NPflegeG) von erheblicher Bedeutung. Dasselbe gilt auch für die Einrichtungsträger in Bezug auf deren Wirtschaftsplanung, insbesondere unter dem Aspekt der prospektiv zu vereinbarenden Pflegevergütungen (§ 85 Abs. 3 SGB XI).

2.2.2 Wiederholungsbegutachtungen und Begutachtungen bei Widersprüchen

Wiederholungsbegutachtungen

Wiederholungsbegutachtungen der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen auf Grund sich verändernder Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel der Feststellung bzw. der Inanspruchnahme von Leistungen, die den neuen Erfordernissen pflegerischer Versorgung entsprechen. Insofern muss es seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung zwangsläufig zu einem Anwachsen von Leistungsbezügen auf der Basis von erneut eingeforderten Begutachtungen kommen.

Die folgenden Tabellen zeigen die Gesamtergebnisse der durchgeführten Wiederholungsbegutachtungen in den Jahren 1995 bis 1998 (vgl. im Einzelnen Tabellen A I. 7a und b):

Jahr	ambulant				
	gesamt	mit höherer Pflegestufe		mit niedrigerer Pflegestufe	
		gesamt	%	gesamt	%
1995	3.684	2.013	54,6	434	11,8
1996	20.299	9.165	45,2	1.782	8,8
1997	36.055	12.932	35,9	3.475	9,6
1998	36.738	13.883	37,8	3.207	8,7

Jahr	stationär				
	gesamt	mit höherer Pflegestufe		mit niedrigerer Pflegestufe	
		gesamt	%	gesamt	%
1996	5.137	3.031	59,0	257	5,0
1997	13.808	7.767	56,3	588	4,3
1998	15.506	8.671	55,9	601	3,9

Quelle: Geschäftsstatistik des MDKN für 1997 und 1998, eigene Berechnungen MFAS

Gegenüber dem Vorjahr ist es in 1998 zu einem Anstieg der Wiederholungsbegutachtungen gekommen; und zwar wurden 1997 von 49.863 und 1998 von 52.244 Personen erneute Begutachtungen verlangt; im Vergleich zu 1996 mit 25.436 durchgeführten Begutachtungen hat damit ein enormer Zuwachs stattgefunden⁷⁹. Diese Entwicklung dokumentiert, dass von vielen Pflegebedürftigen im Laufe der Zeit eine Notwendigkeit zur Anpassung der Pflegeleistungen an veränderte, vor allem wohl steigende Bedürftigkeit gesehen wird.

Eine Höherstufung, und damit die Gewährleistung höherer Leistungen, erfolgte in 1996 und in den Folgejahren in 12.196 (47,9 %) Fällen, 20.699 (42 %) bzw. 22.554 (43 %) Fällen, zuletzt also mit ähnlicher ‚Erfolgsrate‘; Herabstufungen, und damit ein Verlust an Leistungsansprüchen gegenüber der Pflegeversicherung, traf auf insgesamt relativ einheitlichem Niveau jeweils 8 % (2.039; 4.076) der Begutachteten in 1996 und 1997 sowie 7 % (3.808) dieses Personenkreises in 1998.

Die steigende Anforderung von erneuten Begutachtungen in den Jahren 1995 bis 1998 geht, differenziert nach Pflegeart, mit unterschiedlichen Erfolgsquoten hinsichtlich einer Höherstufung einher. So ergab sich im ambulanten Bereich keine konforme Entwicklung zwischen der Steigerung der Begutachtungsbegehren und der Höherstufungspraxis. Konnten im Jahr 1995, dem Startjahr der Pflegeversicherung, von nur 3.684 Begutachteten mehr als die Hälfte, nämlich 54,6 % Leistungen für eine höhere Pflegestufe erfolgreich nachfragen, so sank dieser Anteil bereits in 1996 bei 20.299 durchgeführten Begutachtungen auf 45,2 % und in 1997 bei 36.055 Begutachtungen auf 35,9 %; 1998 ist ein leichter Anstieg auf 37,8 % der 36.738 Wiederholungsfälle zu verzeichnen.

⁷⁹ Leistungen für vollstationäre Pflege wurden in 1995 von der Pflegeversicherung noch nicht erbracht. Zum Leistungsbezug nach Wiederholungsbegutachtung in 1995 siehe unten die Ausführungen zu den ambulanten Pflegeleistungen.

Leistungen für niedrigere Pflegestufen erhielten zeitlich parallel 11,8 %, 8,8 %, 9,6 % und 1998 schließlich 8,7 % der erneut begutachteten Leistungsempfängerinnen und -empfänger.

In über 50 % aller Fälle konnten in den beiden letzten Jahren weder mehr noch weniger Leistungen bezogen werden, da für eine Änderung der Einstufung nach Begutachtung keine Notwendigkeit gesehen wurde.

Der Leistungsbereich vollstationäre Pflege zeigt dagegen eine andere Entwicklung. Hier liegt die ‚Erfolgsrate‘ für Höherstufungen durchgängig bei über 50 %. Im Jahr des Inkrafttretens der zweiten Stufe der Pflegeversicherung, also in 1996, konnten von den 5.137 Leistungsbeziehenden 59 % einer höheren Pflegestufe zugewiesen werden und 5 % einer niedrigeren. In den Folgejahren erhielten 1997 56,3 % der inzwischen auf 13.808 angewachsenen Wiederholungsfälle eine höhere und 4,3 % eine niedrigere Einstufung. 1998 konnten 55,9 % der 15.506 Begutachteten mehr bzw. weniger Leistungen nach Höher- bzw. nur 3,9 % nach Abstufung erhalten. In etwa 40 % der Fälle mussten sich die Leistungsbeziehenden nach Begutachtung mit einer Beibehaltung der Pflegestufe abfinden.

Bei den Leistungsempfängerinnen und -empfängern in vollstationären Einrichtungen war demnach anteilsbezogen in entschieden höherem Maße ein ansteigendes Pflegebedürftigkeitspotential gegeben als bei denjenigen, die sich in häuslicher Pflege befanden. Dort konnten weniger als 40 % des Personenkreises, die Bedarf auf Umstufung geltend gemacht haben, mit einer Einstufung in eine höhere Pflegestufe und insofern mit mehr Leistungen rechnen.

Die skizzierte Datenlage zur Situation und Entwicklung der Wiederholungsbegutachtung von pflegebedürftigen Leistungsempfängerinnen und -empfängern macht zweierlei deutlich:

Nach erneuter Begutachtung erhalten entschieden mehr Personen Leistungen einer höheren als einer niedrigeren Pflegestufe - leider auch ein Indiz für die Tatsache, dass Pflege nur in seltenen Fällen zu einer Verringerung der Pflegebedürftigkeit beiträgt. Mit der Möglichkeit der Wiederholungsbegutachtung wird aber gerade dieser Entwicklung Rechnung getragen. Als Weg zu adäquater Pflegeleistung gewinnt sie für die Pflegebedürftigen außerordentliche Bedeutung.

Begutachtungen bei Widersprüchen

Die Begutachtungsergebnisse bei Widersprüchen für die Nachfrage nach Leistungen ambulanter oder vollstationärer Pflege sind der folgenden Tabelle zu entnehmen (vgl. im Einzelnen Tabellen A I. 7a und b)

Jahr	ambulant			vollstationär		
	durchgeführte Begutachtungen	Anerkennung bisher abgelehnter Anträge		durchgeführte Begutachtungen	Anerkennung bisher abgelehnter Anträge	
		gesamt	%		gesamt	%
1995	8.311	2.677	32			
1996	6.933	2.086	30	2.414	473	20
1997	6.696	1.536	23	1.333	305	23
1998	5.830	1.555	27	863	250	29

Quelle: Geschäftsstatistik des MDKN für 1997 und 1998, eigene Berechnungen MFAS

Während durchgeführte Begutachtungen auf Grund von Widersprüchen im Laufe der Jahre 1996 bis 1998 stark rückgängig waren - 1996: 9.347; 1997: 8.029; 1998: 6.693 -, zeigt die Rate der Anerkennung bisher abgelehnter Anträge in der Zusammenschau der Pflegearten noch keine eindeutige Entwicklungsrichtung. Mit 27,4 % in 1996 und 22,9 % bzw. 26,9 % in den folgenden Jahren sind noch erhebliche Schwankungen zu beobachten.

Dies gilt insbesondere im Blick auf positiv beschiedene Anträge für ambulante Pflege. Einem - von 1995 auf 1996 noch zunächst hohem - Rückgang der begutachteten Widerspruchsfälle entsprach keine Parallelentwicklung in den Anerkennungsverfahren. So sank nach dem Höchstwert von 32,2 % in 1995 der Anteil anerkannter Widersprüche, also die erfolgreiche Durchsetzung eines Leistungsbezugs, in den Jahren 1996 und 1997 auf 30,1 % bzw. 22,9 % und stieg in 1998 wieder an auf 26,7 %⁸⁰.

Für vollstationäre Pflege ist dagegen aus Sicht der Betroffenen ein deutlicher Erfolgstrend auszumachen. Ausgehend vom Eingangswert 19,6 % im Jahr 1996 wurden in den beiden Folgejahren zunächst knapp 23 % und schließlich 29 % der Widerspruchsanträge anerkannt. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Daten für das erste Halbjahr 1999 ist durch einen Anteilwert von 31,1 % für positiv beschiedenen Widersprüche zumindest eine Bestätigung des Trends gegeben.

⁸⁰ Im ersten Halbjahr 1999 ist wiederum ein Absinken positiv beschiedener Anträge auf 25,1 % festzustellen.

2.2.3 Art der erhaltenen Pflegeleistungen

Inhalt und Aussagereichweite der Daten

Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Einblick in das Leistungsgeschehen der sozialen Pflegeversicherung in Niedersachsen bezüglich der Art der von den Pflegekassen gewährten bzw. von den pflegebedürftigen Versicherten nachgefragten Leistungen.

Das SGB XI unterscheidet drei grundsätzliche Formen der Leistungen für die Versicherten:

- Leistungen bei häuslicher Pflege. Hierzu zählen die Leistungen der
 - häuslichen Pflege - Pflegesachleistungen, Pflegegeldleistungen, Kombinationsleistungen (§§ 36-39 SGB XI, Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI), Leistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI)
- Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege
 - teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege; § 41 SGB XI),
 - Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- Vollstationäre Pflege. Hierzu zählen die Leistungen der
 - vollstationären (Dauer)Pflege (§ 43 SGB XI) und
 - Pflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)⁸¹.

Darüber hinaus kennt das SGB XI auch noch Leistungen für Pflegepersonen. Hierbei handelt es sich um

- Leistungen zur sozialen Sicherung (Renten- und Unfallversicherung; § 44 SGB XI),
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI).

Über die von ihnen erbrachten Leistungen der genannten Art haben die Pflegekassen in bestimmten zeitlichen Abständen den Nachweis gegenüber dem zuständigen Bundesministerium (derzeit BMG) zu erbringen (Geschäfts- und Leistungsstatistik nach § 79 SGB IV). Eine Regionalisierung der Daten z.B. auf Länderebene oder auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise ist vor dem Hintergrund dieses Meldeweges derzeit

⁸¹ siehe hierzu gesonderte Ausführungen im Abschnitt I.2.3

nicht vorgesehen⁸². Für Niedersachsen liegen daher nur die Daten der landesunmittelbaren Pflegekassen vor. Dies sind die AOK-Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen Hannover, Braunschweig und Oldenburg, verschiedene Innungskrankenkassen sowie einige landesunmittelbare Betriebskrankenkassen. Von diesen Kassen werden nach Aussagen der jeweiligen niedersächsischen Verbände ca. 65 % der Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung in Niedersachsen erbracht. Für die Situationsdarstellung werden nachfolgend zum Vergleich - beispielhaft für das Jahr 1998 - die Ergebnisse auf Bundesebene neben diejenigen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen gestellt. Die hieraus erkenntlichen (geringen) Unterschiede können jedoch nicht näher interpretiert werden. Sie können sowohl auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass sich die niedersächsischen Daten nur auf eine Auswahl bestimmter Kassenarten und -organisationen auf Landesebene beziehen, als auch eventuell darauf, dass in Niedersachsen insgesamt zu den Bundesdurchschnittswerten unterschiedliche Nachfrage- oder Leistungsstrukturen bestehen.

In der Statistik nach § 79 SGB IV werden jeweils für einen bestimmten Zeitraum die von den Pflegekassen erbrachten Leistungen als Leistungsfälle erfasst. Die Daten geben daher keine Auskunft über die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger zu einem bestimmten Stichtag⁸³. Auch die Zahl der im Verlauf eines bestimmten Zeitraumes - z.B. Kalenderjahres - insgesamt in den Leistungsbezug der sozialen Pflegeversicherung einbezogenen Personen wird durch die Fallstatistik aus folgenden Gründen nicht genau wiedergegeben:

- Ein- und dieselbe Person kann innerhalb einer Leistungsart (z.B. Pflegegeld) mehrfach im Berichtszeitraum, jeweils mit Unterbrechung, Leistungen erhalten haben.
- Ein- und dieselbe Person kann innerhalb des Berichtszeitraumes unterschiedliche Leistungen erhalten haben (z.B. zuerst Pflegegeld, dann Kombileistung).
- Ein- und dieselbe Person kann gleichzeitig unterschiedliche Leistungen erhalten haben (z.B. Pflegegeld und Leistungen der Tagespflege)
- Die auf vier Wochen im Jahr begrenzten Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson und der Kurzzeitpflege können von den Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher auf mehrere Teilperioden aufgeteilt worden sein. Für die Richtigkeit

⁸² Diesbezügliche mehrfache Vorstöße u.a. von Niedersachsen sind - zuletzt mit Verweis auf die in Vorbereitung befindliche Pflegestatistik nach § 109 SGB XI - nicht erfolgreich gewesen.

⁸³ Aus den dem MFAS vorliegenden Daten der Verbände der landesunmittelbaren Pflegekassen für 1997 und 1998 geht hervor, dass die Zahl der Leistungsfälle jeweils etwas mehr als das Zweifache der Leistungsbezieherinnen und -bezieher betrug. Dies ist jedoch nur ein grober Anhaltswert, da die Verhältnisse in den einzelnen Leistungsarten mit Sicherheit unterschiedlich sind - u.a. in Abhängigkeit davon, ob es sich grundsätzlich eher um eine ‚Dauerleistung‘ (z.B. Pflegegeld) oder um zeitlich befristete Leistungen (Kurzzeitpflege) handelt.

dieser Annahme sprechen im Übrigen die Werte für die durchschnittlichen Leistungstage in diesen beiden Leistungsarten (s.u.).

Trotz dieser Einschränkungen liefert die Statistik einen guten Überblick über den Leistungsumfang zumindest im Verhältnis der verschiedenen Leistungsarten zueinander und im Vergleich zwischen den Jahren.

Diese Daten sind auch von erheblichem Interesse im Blick auf die Ausgaben- und damit auf einen wesentlichen Teil der Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung in Anbetracht der mit den verschiedenen Leistungen verbundenen gesetzlich vorgegebenen unterschiedlichen Höchstbeträgen je Monat oder Jahr (z.B. Unterschiede zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung).

Die Leistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI) sowie für Pflegepersonen (§§ 44, 45 SGB XI) werden nicht nach Leistungsfällen, sondern nur in Höhe des Ausgabenvolumens erfasst. Es wird darum im Weiteren hierauf nicht näher eingegangen.

Es handelt sich dabei allerdings zum Teil um nicht geringe Ausgabenvolumina. Ausweislich der durch die Bundesregierung veröffentlichten Daten⁸⁴ für die Bundesrepublik Deutschland entfielen in 1998 von den gesamten Leistungsausgaben in Höhe von 29,47 Mrd. DM auf Leistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen 0,73 Mrd. DM und auf solche der sozialen Sicherung der Pflegepersonen 2,26 Mrd. DM.

Die Ausgaben für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen lagen damit z.B. deutlich über denjenigen der Pflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (0,43 Mrd. DM) oder sogar über denjenigen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (0,47 Mrd. DM). Der für Soziale Sicherung der Pflegepersonen ausgegebene Betrag lag bei annähernd 60 % der Ausgaben für Pflegesachleistungen in der häuslichen Pflege (3,89 Mrd. DM). Die Ausgaben für Pflegekurse wurden nicht gesondert ausgewiesen; sie befinden sich in der Position ‚Sonstige Ausgaben‘ mit zusammen 0,03 Mrd. DM.

⁸⁴ Bundesarbeitsblatt 10/1999, S. 105

Anmerkung: Die dort auch ausgewiesenen Daten über die Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen werden hier nicht herangezogen. Es handelt sich dabei um Umrechnungen aus der Fallstatistik, für die aus genannten Gründen Vergleichsdaten für Niedersachsen fehlen. Zudem sind die bundesseitigen Daten in Anbetracht der Tatsache, dass sie Ergebnis einer Umrechnung sind, zum Teil ebenfalls erheblich erläuterungsbedürftig.

Ergebnisse:

- Der weitaus größte Teil der Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen entfällt auf das Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen. In 1998 waren das bei den landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen fast die Hälfte aller Leistungsfälle, gefolgt von den Leistungen für die vollstationäre Pflege und den Kombinationsleistungen (Tab. I. 4) mit jeweils ca. 16 % aller Leistungsfälle. Pflegesachleistungen für häusliche Pflegehilfe nehmen danach erst den 4. Platz mit rd. 9% der Leistungsfälle ein. Kaum zu Buche schlagen die Leistungen für Tages- und Nachtpflege. Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege sind dagegen mit jeweils etwa 4 % der Leistungsfälle von größerer Bedeutung.
- Die niedersächsischen Daten der landesunmittelbaren Kassen zeigen zum Bundesdurchschnitt keine wesentlichen Unterschiede in den grundsätzlichen Gewichtungen der verschiedenen Leistungsarten (Tab. I. 4). Allerdings waren in 1998 bundesweit vor allem Pflegesachleistungen in der ambulanten Pflege und vollstationäre Pflegeleistungen in ihrem Anteil am gesamten Leistungsaufkommen nicht unerheblich stärker vertreten, hingegen mit rd. 45 % die Pflegegeldleistungen deutlich geringer.

Tab. I.4:

Durch die landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1995 bis 1998 erbrachte Leistungen - Leistungsfälle und Leistungstage -

Leistungsart	Leistungsfälle Land Niedersachsen ³⁾				Bundes- gebiet ges. ⁴⁾	durchschnittliche Leistungstage pro Leistungsfall				
	1995	1996	1997	1998		1998	1995 ¹⁾	1996	1997	1998
	%	%	%	%	%	Land Niedersachsen ³⁾				Bund ⁴⁾
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	8,7	9,9	8,6	8,7	11,5	88	77	87	90	108
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	68,7	52,7	50,8	49,0	44,8	173	202	178	170	199
Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)	10,7	14,9	15,2	16,0	16,0	93	113	113	109	99
Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	0,3	0,3	0,4	0,5	0,9	61	96	86	83	74
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	9,6	7,0	3,2	3,5	2,9	18	17	12	10	13
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	2,1	2,8	3,1	4,1	3,3	18	19	17	14	17
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)		12,3	17,9	16,5	18,9		154	233	245	222
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe		0,1	0,9	1,3	1,9		156	468 ²⁾	521 ²⁾	283
insgesamt	100,0	100,0	100,0	99,6	100,0	139	152	162	157	166

Quellen: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV; eigene Berechnungen MFAS

1) Ohne Zahlen der landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) für das 4. Quartal 1995

2) Die hohe Zahl der Leistungstage für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in 1997 und 1998 ergibt sich aus der Tatsache, dass die Vereinbarung zur Umsetzung von § 43a SGB XI erst ab dem vierten Quartal 1997 rückwirkend wirksam wurde und sich im ersten Quartal 1998 noch fortsetzte, so dass es zu einer den Jahresdurchschnitt verzerrenden Datenlage kam. Für das erste Halbjahr 1999 ergibt sich beispielsweise für Leistungen der AOK ein Tageaufkommen pro Leistungsfall von 198 Tagen.

3) Nur landesunmittelbare Pflegekassen.

4) Bundesministerium für Gesundheit (unveröffentlicht): PG 1-A/-Q-A Leistungsfälle und Leistungstage nach Pflegearten und Pflegestufen; kumuliertes Ergebnis; Summe aller Kassen; Jahr 1998

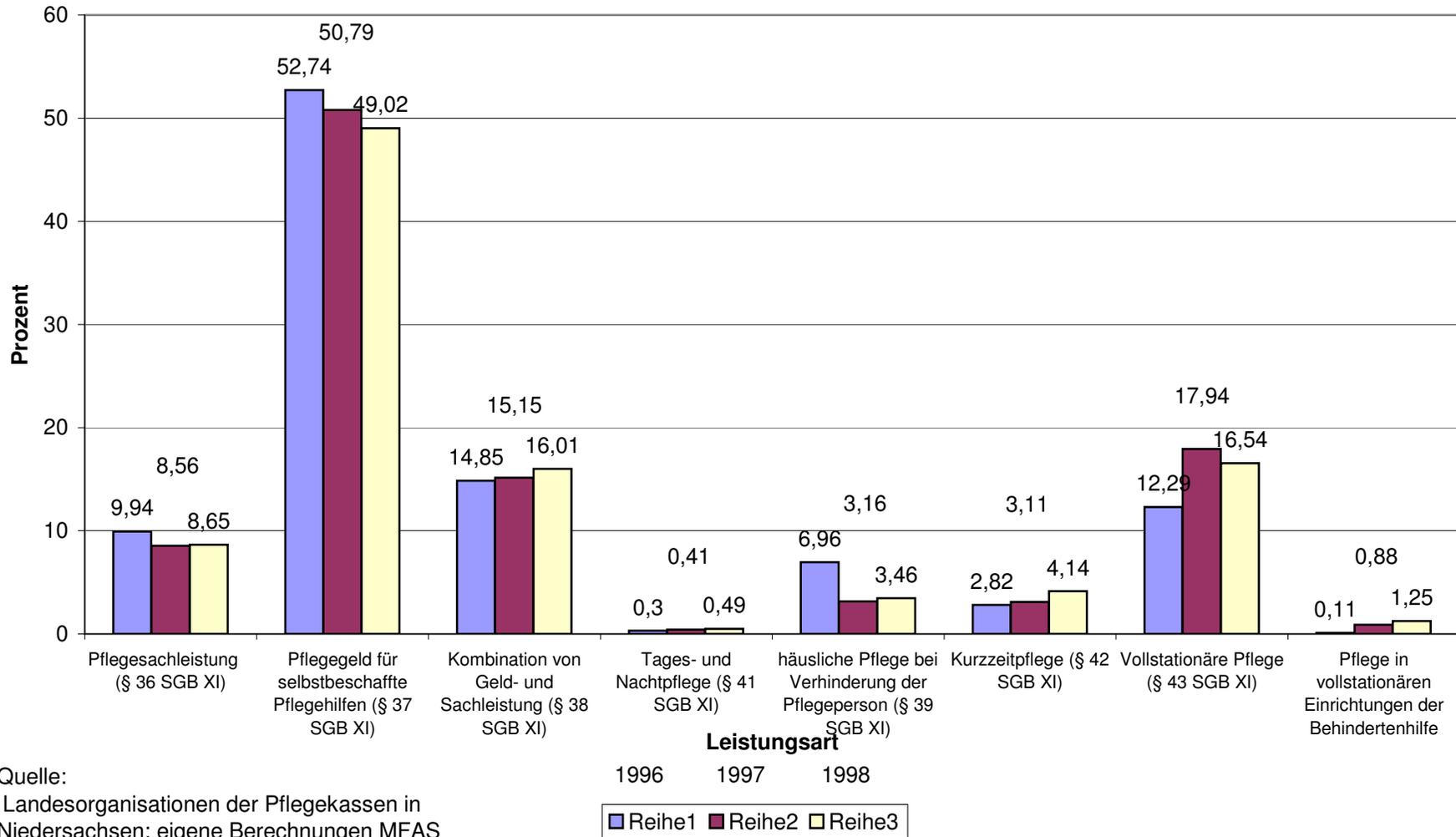
- Unter dem Aspekt der Finanzwirksamkeit dieser Unterschiede können keine Schlüsse gezogen werden, zumal die diesbezüglich scheinbar vergleichsweise günstige Verteilung der Leistungsvolumina bei den landesunmittelbaren Kassen in Niedersachsen mit Schwerpunkt auf den ‚kostengünstigen‘ Leistungsarten in Teilen kompensiert wurden durch eine durchschnittlich längere Leistungsdauer vor allem bei den Kombinationsleistungen und den Leistungen der vollstationären Dauerpflege. Hier betragen die Werte bundesdurchschnittlich 99 bzw. 222 Tage, wohingegen von den landesunmittelbaren Kassen im Durchschnitt dort 109 bzw. 245 Tage je Fall geleistet wurde.

- In Summa ist über die Jahre ein **deutlicher Anstieg der Leistungsfälle** zu verzeichnen (Tab. A. I. 9 a bis d). Dies ist nicht allein auf die Tatsache der Einführung der vollstationären Leistungen zum 01.07.1996 zurückzuführen. Auch bei unverändertem Leistungsspektrum zwischen den Jahren 1997 und 1998 stieg die Zahl der Leistungsfälle bei den landesunmittelbaren Kassen in Niedersachsen um über 10 % auf 275.661 Fälle an.

Dieselbe Entwicklung zeigt sich für alle Leistungsarten: Die Leistungsfälle nahmen nahezu ausnahmslos kontinuierlich zu, beispielsweise beim Pflegegeld von 118.221 Fällen in 1996 auf 135.127 Fälle in 1998 oder bei den Kombinationsleistungen von 33.283 auf 44.136 im selben Zeitraum. Sogar die Zahl der Leistungen für Tagespflege stiegen von 668 in 1996 auf 1.364 in 1998 an.

- In der Entwicklung über die Jahre zeigen sich aber **leichte Verschiebungen zwischen den verschiedenen Leistungsarten**. So sank z.B. der Anteil der Pflegegeldleistungen von rd. 53% in 1996 auf 49 % in 1998 (Abb. I. 10, Tab. I.4 sowie Tab. A I. 9a-d). Unter Berücksichtigung der Anteilswerte für die Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI) zeigt sich, dass in etwa in zwei Drittel aller Fälle Personen aus dem privaten Umfeld Pflegeleistungen im häuslichen Bereich erbrachten - allein oder mit Unterstützung von außen. Während jedoch im Laufe der Jahre Leistungen nach § 36 SGB XI (Pflegesachleistung) um etwa 1 % und solche nach § 37 um ca. 4 % weniger erbracht wurden, stieg die Zahl an Kombinationsleistungen um gut 1 % leicht an - Indiz für das Bedürfnis nach Entlastung der Pflegenden.

Abb. I.10:
 Durch landesunmittelbare Pflegekassen in Niedersachsen 1996, 1997 und 1998
 erbrachte Leistungen (Leistungsfälle)



- Die in Abbildung I. 10 deutlich werdende Entwicklung spiegelt sich korrespondierend in der Tatsache, dass vollstationäre Pflege in wachsendem Maße nachgefragt wurde. Hier ist von 1996 auf 1998 ein Anstieg von 12 auf 17 % vom Gesamtleistungsvolumen festzustellen.
- Im Blick auf die anfallenden Pfelegetage pro Leistungsfall zeigen sich bei den Leistungsarten sowohl parallele wie gegenläufige Entwicklungen. Der Zunahme der Leistungsfälle, für die Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen bezogen wurde, stand eine gegenläufige Entwicklung bei der durchschnittlichen Leistungsdauer gegenüber; sie sank zwischen 1996 und 1998 von 202 auf 178 und 170 Tage. Umgekehrt ging der Anstieg von Leistungsfällen in der vollstationären Pflege zugleich einher mit einem ausgeprägten Steigen der in Anspruch genommenen Bezugstage. Mussten 1997 für 233 Tage Leistungen durch die landesunmittelbaren gesetzlichen Pflegekassen gezahlt werden, so waren es im Folgejahr bereits 245 Tage (Tab. I.4).
- Gegenläufige Entwicklungen weist die Statistik für die Bereiche Pflegesach- und Kombinationsleistung aus (Abb. I.11). So ging, wie gezeigt, zwar das Fallaufkommen für Sachleistungen im Verhältnis zu den anderen Pflegearten etwas zurück, gleichzeitig wuchs jedoch der Zeitraum, für den diese Leistung in Anspruch genommen wurde, um etwa 13 Tage von 77 auf 87 und 90 Tage. Anders bei den Kombinationsleistungen: Hier entsprach dem deutlichen Anstieg der Fälle ein geringfügiger Rückgang der Leistungsdauer von 113 in 1996 und 1997 auf 109 Tage in 1998.
- Der Anstieg der Leistungsfälle bei der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) findet ebenfalls keine Entsprechung im Blick auf die **Leistungsstage**. Hier ist in den Jahren 1996 bis 1998 ein **Rückgang um etwa 13 Tage** ausgewiesen.
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) verzeichnet über die Jahre bei den Fallzahlen hier nicht näher erklärbare erhebliche Schwankungen. Im Anteil am Gesamtleistungsvolumen hat diese Leistungsart zwischen 1996 und 1998 um etwa die Hälfte, nämlich von 7 auf 3,5 % und auch bezüglich der durchschnittlichen Leistungsdauer von anfänglich 17 bzw. 12 Tagen auf zuletzt durchschnittlich nur noch 10 Tage abgenommen. Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) wurden dagegen sowohl nach Zahl der Fälle wie im Anteil am Gesamt-

leistungsaufkommen häufiger, jedoch sank auch hier die durchschnittliche Nutzungsdauer. Waren es in 1996 noch 19 Tage, sind für 1998 nur noch 14 Tage ausgewiesen. Für **beide Leistungsarten** wird demnach entweder die **mögliche Höchstgrenze von 28 Tagen nicht ausgeschöpft oder** von der Möglichkeit der **Aufteilung des Höchstzeitraumes** von vier Wochen wird häufig Gebrauch gemacht. Eine Aufklärung hierüber könnte nur im Wege einer aufwendigen Einzeldatenanalyse von Seiten der Pflegekassen zu erhalten sein.

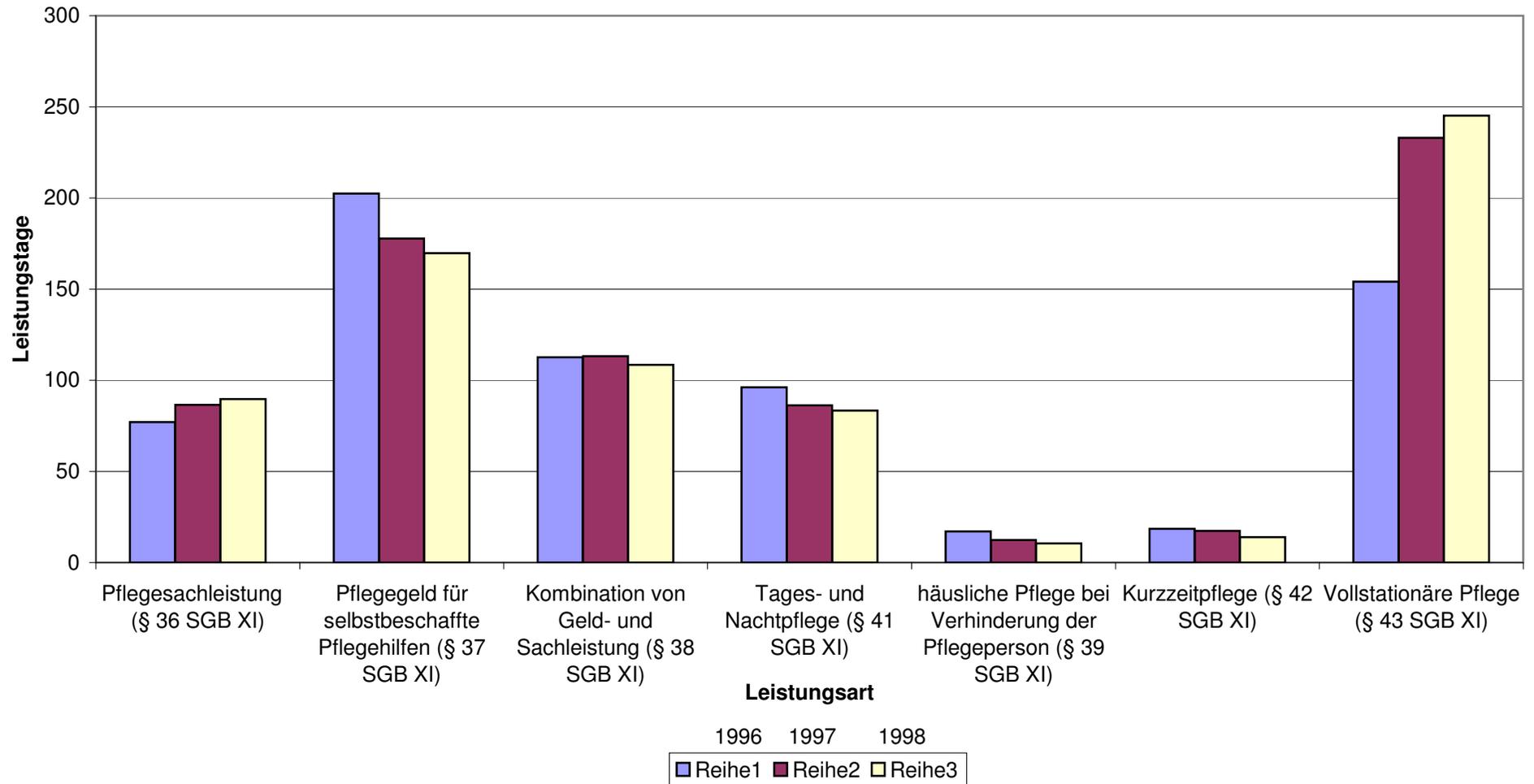
- Die Zahl der Leistungsfälle und vor allem die durchschnittliche **Leistungsdauer** sind **in Beziehung zum Schweregrad der Pflegebedürftigkeit** zu sehen. Eine Differenzierung des Leistungsgeschehens nach Pflegestufen verdeutlicht dies (Tab. A I.8 a bis d):
 - In Pflegestufe II fielen, allerdings zum Teil dicht gefolgt von Pflegestufe I, in den Jahren 1997 und 1998 die meisten Leistungsfälle an⁸⁵: 105.013 (II) bzw. 110.965 (II) und 92.504 (I) bzw. 108.321 (I). Mit 50.244 Fällen in 1997 und 52.824 Fällen in 1998 in der Pflegestufe III (incl. Härtefälle) standen bei insgesamt wachsendem Fallaufkommen von 1997 auf 1998 die Leistungsfälle in den Pflegestufen in einem Verhältnis von etwa 2 zu 2 zu 1.
 - Pflegetage fielen in größerem Ausmaß in Pflegestufe I an. Für 1997 und 1998 lassen sich für Stufe I 172 bzw. 163 Tage, für Stufe II 155 bzw. 149 Tage und für Stufe III (incl. Härtefälle) 144 bzw. 135 Tage errechnen. **Je niedriger die Pflegestufe, um so mehr Pflegetage** entfallen demnach auf den einzelnen Pflegefall⁸⁶ - Ausdruck der erhöhten Mortalität mit zunehmender Pflegebedürftigkeit.
 - **Auffällig** ist aber auch, dass sich im selben Zeitraum - unabhängig vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit - die **durchschnittliche Leistungsdauer** (nicht nach unterschiedlichen Leistungsarten differenziert) **je Leistungsfall** insgesamt **verringert** hat von 162 auf 157 Tage. Der Frage nach den diesbezüglichen Gründen - z.B. eventueller Leistungsverzicht der Pflegebedürftigen angesichts steigender Pflegekosten bei zugleich unveränderten Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung - wäre unter Umständen näher nachzugehen.

⁸⁵ Wegen der Übergangsregelungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (s. Fußnote 2 in Tab. I.4) blieb der diesbzgl. Datensatz unberücksichtigt.

⁸⁶ Daten für 1995 und 1996 sind der Tabelle A I. 10 a und b zu entnehmen. Sie wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt, da sie wegen der Inkrafttretenstermine für die Leistungen zum 01.04.95 bzw. 01.07.96 keinen kompletten Datensatz für das jeweilige Kalenderjahr beinhalten.

Abb. I.11:

Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen 1996, 1997 und 1998 erbrachte Leistungen (Leistungstage pro Leistungsfall)



2.3 Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Mit der Einführung des § 43 a SGB XI im Zuge des 2. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14.06.1996 hat der Bundesgesetzgeber mit Wirkung vom 01.07.1996 für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe eine auf höchstens 500 DM monatlich beschränkte Leistung der Pflegeversicherung festgelegt.

Nach den Unterlagen des BMA aus dem Jahr 1997 bzw. des BMG aus 1998 sind bundesweit für 38.408 bzw. 56.543 Personen Leistungen für stationäre Pflege in Behindertenheimen geflossen⁸⁷. Geht man von dem groben Erfahrungswert aus, dass auf Niedersachsen etwa 10 % dieser Leistungen entfallen, würden hier in 1997 rd. 3.850 und 1998 ca. 5.650 Bewohnerinnen und Bewohner solcher Einrichtungen diese Leistungen erhalten haben.

An der Gesamtzahl aller Leistungsempfängerinnen und -empfänger macht die Gruppe der behinderten Menschen mit 2,2 % (1997) bzw. 3,2% (1998) nur einen geringen Anteil aus. Sowohl für die Bundes- als auch für die Landesdaten kann festgestellt werden, dass der Anstieg der Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger zwischen den beiden Jahren überproportional im Verhältnis zur Gesamtentwicklung war. Das gilt auch für das Verhältnis zwischen der Gruppe der pflegebedürftigen Personen in den Behinderteneinrichtungen und den stationären Leistungsempfängerinnen und -empfängern insgesamt. Bundesweit machten die Erstgenannten in 1997 9,0%, in 1998 11,1% aus.

Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI sind gegenwärtig zu weit überwiegendem Anteil unter 60 Jahre alt (s. auch Abschnitt II.2.4). Exakte Zahlen liegen nicht vor. Unter der näherungsweise richtigen Annahme eines Anteils von 90 % für solche Personen unter 60 Jahren (s. auch Abschnitt II.2.4) wäre festzustellen, dass sie über drei Viertel aller 1998 stationär versorgten Pflegebedürftigen unter 60 Jahren in Niedersachsen ausmachen (s. Abschnitt 1.2).

⁸⁷ Auf die Problematik dieser auf Personen umgerechneten Fallstatistik wird erneut hingewiesen.

3. Pflegerische Versorgungsstruktur

Vorbemerkung zu den Datengrundlagen

Die nachfolgenden Ausführungen beruhen im wesentlichen auf Daten der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen aus den sogenannten Strukturhebungsbögen. Diese Daten werden jeweils erstmalig erhoben im Zuge der Zulassung der Einrichtungen als Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI. Für bereits zugelassene Einrichtungen sind die Einrichtungsträger verpflichtet, wesentliche Veränderungen - z.B. in der Platzzahl bei stationären Einrichtungen - unverzüglich mitzuteilen. Die Dateien werden danach laufend angepasst. Bedauerlicherweise kommen die Einrichtungsträger ihrer Meldepflicht oft nicht im gebotenen Maß nach. Dies wurde und wird insbesondere im Zuge von Vergütungsverhandlungen immer wieder deutlich. Es ist daher wahrscheinlich, dass die Daten zum Teil nicht den neuesten Entwicklungsstand in den Einrichtungen wiedergeben. Dies gilt vor allem für Einrichtungen mit Zulassung durch Bestandsschutz nach § 73 SGB XI zum 01.04.1995 (Leistungsbeginn der häuslichen und der teilstationären Pflege) bei Pflegediensten, teilstationären Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege bzw. zum 01.07.1996 (Leistungsbeginn der vollstationären Dauer-Pflege) bei den vollstationären Einrichtungen. Bei letzteren ist aufgrund unpräziser Abfragen im Strukturhebungsbogen bei sogenannten mehrgliedrigen Einrichtungen zudem nicht auszuschließen, dass im Zuge der Benennung der Plätze der Einrichtung auch Altenheim- oder Altenwohnheimplätze mit benannt wurden.

Eine Prüfung von seiten der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen ist angesichts der Auskunftspflicht der Einrichtungsträger bislang einmalig im 2. Quartal 1997 für zugelassene teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) vorgenommen worden. Parallel hierzu ist durch die Heimaufsichtsbehörden (kreisfreie Städte und Landkreise sowie Bezirksregierungen für Heime in kommunaler Trägerschaft) mit Stand 01.07.1997 ein Datenabgleich für vollstationäre und für Kurzzeitpflegeeinrichtungen und -plätze in Altenpflegeheimen vorgenommen worden⁸⁸. Die Ergebnisse dieser Erhebung werden als eine weitere Datenbasis zum Vergleich mit herangezogen. Die nicht unerheblichen Abweichungen um rd. 2.550 Plätze bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen, die gemäß Datengrundlage der Landesorganisationen

⁸⁸ Der Geltungsbereich des Heimgesetzes erstreckt sich nicht auf teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, der Zuständigkeitsbereich der genannten Körperschaften nur auf Pflegeeinrichtungen für alte Menschen (60 u. mehr Jahre). Diese Einrichtungen bilden allerdings nahezu 100 % aller Pflegeeinrichtungen (s. auch Fußnote 2)

der Pflegekassen gegenüber den Daten der Heimaufsichten zum damaligen Zeitpunkt mehr zugelassen waren, werden im wesentlichen auf o.g Gründe zurückgeführt⁸⁹. Es kann angenommen werden, dass in der Zwischenzeit ein Großteil der Altenheimplätze in Pflegeplätze umgewandelt wurden. Insofern können die Daten der Landesorganisationen der Pflegekassen für die vollstationären Pflegeeinrichtungen als realitätsnah mit Tendenz zu einer gewissen, nicht näher quantifizierbaren, Überhöhung eingestuft werden.

Hinsichtlich der besonderen Bedingungen bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Kurzzeitpflege wird auf die jeweiligen Ausführungen in den entsprechenden Unterabschnitten verwiesen.

Bei den Aussagen über Personalbestand und –struktur (Abschnitt 3.1.2) muss nach Aussage der die Datenpflege koordinierenden Landesgeschäftsstelle der AOK-Die Gesundheitskasse für Niedersachsen (AOKfN) davon ausgegangen werden, dass auf sie hinsichtlich des Standes der Datengrundlage - mehr noch als bei den Angaben über die Platzzahlen in den Einrichtungen - zutrifft, dass zwischenzeitliche Entwicklungen in den Einrichtungen nicht erfasst sind. In Ermangelung der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI handelt es sich jedoch um das bislang einzig verfügbare Datenmaterial; Sondererhebungen bei den Einrichtungen zum Zwecke des Pflegerahmenplanes hätten sowohl einen unverhältnismäßigen Aufwand bedeutet als auch angesichts der Freiwilligkeit der Teilnahme von Seiten der Einrichtungsträger im günstigsten Falle repräsentative Aussagen erbracht. Trotz der o.g. Vorbehalte wurde darum auf die Daten aus den Strukturhebungsbögen zurückgegriffen. Diese Vorbehalte sind allerdings weniger gegenüber den Aussagen zur personellen Zusammensetzung als gegenüber den Angaben zur Personalmenge geltend zu machen, da Erstere erfahrungsgemäß weniger kurzzeitigen Veränderungen unterworfen sind als die Zahl der in den Einrichtungen beschäftigten Personen.

Die Daten der Landesorganisationen der Pflegekassen geben auch kaum Einblick in die Erwerbssituation der in der Pflege Beschäftigten. So liegt z.B. keine Ausdifferenzierung

⁸⁹ Als weiterer Grund für Unterschiede ist die Tatsache zu sehen, dass sich die Zulassungen von Pflegeeinrichtungen auch auf stationäre Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen beziehen. Das diesbezüglich für die Heimaufsicht zuständige Landesamt für zentrale soziale Aufgaben war in den o.g. Datenabgleich nicht mit einbezogen. Die Zahl dieser Einrichtungen und die Gesamtzahl der Plätze beläuft sich jedoch nur auf 13 Einrichtungen mit zus. 512 Plätzen (s. auch Abschnitt I.3.3.6).

der Daten nach Geschlecht oder Alter der Beschäftigten vor, aufgrund derer Rückschlüsse insbesondere aus frauenpolitischer Sicht zu ziehen wären. Bekannt ist lediglich aus Einzeluntersuchungen, das es sich bei dem Personal von Pflegediensten und -heimen zum weit überwiegenden Teil um Frauen handelt. Bekannt ist auch eine im Durchschnitt geringere Verweildauer im Beruf, jedoch wenig über deren Hintergründe. Lediglich die Angaben über den recht hohen Teilzeit-Anteil - jeweils rund ein Drittel der Beschäftigten (s. Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2) - ermöglichen den Hinweis auf die mit Teilzeittätigkeit allgemein verbundenen Vor- und Nachteile:

- erleichterte Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbstätigkeit,
- unzureichendes Erwerbseinkommen für eigenständige Lebensführung,
- (erhebliche) Einbußen im Blick auf die eigenständige Alterssicherung.

Berufliche Tätigkeit in der Pflege ist zudem häufig mit Schicht-, Wochenend- und auch Nachtdiensten verbunden. Diese stehen in der Regel der Vereinbarkeit mit familiären Aufgaben entgegen. Dies gilt besonders für Frauen mit (kleinen) Kindern. Die geringe Verweildauer im Beruf dürfte u.a. hiermit im Zusammenhang stehen. Hinzu treten die mit der Pflege grundsätzlich verbundenen besonderen psychischen und z.T. auch physischen Belastungen.

Angesichts der auch in Form beruflicher Tätigkeit fast ausschließlich von Frauen ausgeführte Pflege Tätigkeit (s.o.) sind von o.g. Benachteiligungen demgemäß Frauen besonders betroffen⁹⁰.

3.1 Pflegedienste und Pflegeheime (Kapazität und räumliche Verteilung)

3.1.1 Bestand und zahlenmäßige Entwicklung der Pflegeeinrichtungen im Überblick

Für Niedersachsen insgesamt und die Regierungsbezirke ergibt sich zum Stichtag 19.04.1999 entsprechend der Liste der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen über die zugelassenen Pflegedienste und Pflegeheime das in der Übersichtstabelle festgehaltene Bild. Auf die ergänzenden Erläuterungen hierzu sowie auf die weitergehenden Informationen zu den verschiedenen Einrichtungsarten insbesondere zur

⁹⁰ Es ist darum seitens des MFAS beabsichtigt, in Gesprächen mit den Verbänden der Leistungsanbieter, der Kostenträger und mit den Gewerkschaften auf Landesebene Möglichkeiten für Verbesserungen in der Erwerbssituation der in der Pflege beruflich tätigen Frauen auszuloten.

Verteilung auf die kreisfreien Städte und Landkreise, zur Personalkapazität der Pflegedienste und zur Platzkapazität der Pflegeheime in den nachfolgenden Abschnitten 3.1.2 und 3.1.4 wird ausdrücklich hingewiesen⁹¹. Die Zahlenangaben in Klammern geben den Stand vom 29.08.1996 ("Orientierungsdaten ...", a.a.O.) wieder.

Tabelle I.5: Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen (Stand 19.04.1999)

Regierungsbezirke	Einrichtungen				
	ambulante Pflege	teilstationäre Pflege ¹⁾		Kurzzeitpflege ¹⁾	vollstationäre Dauerpflege
		Tagespflege	Nachtpflege ²⁾		
Braunschweig	206 (187) ³⁾	42 (41)	26 ²⁾ (24)	86 (86)	222 (208)
Hannover	306 (219)	49 (55)	19 (28)	120 (115)	315 (293)
Lüneburg	269 (219)	45 (49)	21 (28)	79 (75)	293 (255)
Weser-Ems	325 (285)	54 (47)	21 (20)	84 (113)	258 (222)
Land gesamt	1106 (960)	190 (192)	88 (100)	369 (389)	1088 (978)

1) ohne solche mit ausgewiesener Platzzahl 0 und ohne solche ohne Platzzahlangabe

2) mit Ausnahme von 1 Einrichtung alle kombiniert mit Tagespflegeeinrichtungen

3) alle Datenangaben in Klammern entsprechend 'Orientierungsdaten ...', a.a.O., Tab. 4, Stand: 29.08.1996

Quelle: Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen; eigene Berechnungen MFAS

Zusammenfassend ist festzustellen:

- Die Zahl der zugelassenen Pflegedienste und der vollstationären Pflegeeinrichtungen hat sich in den letzten drei Jahren deutlich erhöht; 56 Pflegedienste (15,2 %) und 110 Dauerpflegeeinrichtungen (11,2%) gibt es gegenwärtig mehr als im Sommer 1996.
- Die Zahl der teilstationären Einrichtungen und der Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist leicht zurückgegangen. Dies ist zum einen auf die beschriebene Abfrage der Landesorganisationen der Pflegekassen zurückzuführen; danach hatten einige Einrichtungsträger ihren Versorgungsvertrag zurückgegeben bzw. auf die Beibehaltung des Bestandsschutzes verzichtet. Zum anderen werden seit September 1997 bei Um-

⁹¹ Hinzuweisen ist an dieser Stelle jedoch bereits auf im Oktober 1999 veröffentlichte Ergebnisse einer telefonischen Vollerhebung der zugelassenen Tagespflegeeinrichtungen durch die Arbeitsgemeinschaft der Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen mit Stand vom Oktober 1998. Danach waren im Erhebungszeitpunkt von den 190 zugelassenen Einrichtungen tatsächlich nur 105 in Betrieb. Bei den übrigen bestand die Zulassung nur noch formal. Eine diesbezüglich eingehendere Befassung findet sich im Abschnitt I.3.1.3, Unterabschn. "Tagespflegeeinrichtungen". Nach ergänzender fernmündlicher Information des Sprechers der LAG-Tagespflege vom 16.11.1999 haben zwischenzeitlich bereit wieder ca. 9 Einrichtungen ihren Betrieb aufgenommen, zwei dort bekannte neue Einrichtungen ihren Betrieb eröffnet.

wandlungen von Zulassungen aus dem Bestandsschutz in solche mit Versorgungsvertrag keine gesonderten Zulassungen für Kurzzeitpflege mehr erteilt, wenn die Einrichtungen - wie überwiegend der Fall - das Angebot der Kurzzeitpflege nur bedarfsweise vorhalten (sogen. 'eingestreute' Kurzzeitpflege). Insofern ist der zahlenmäßige Rückgang bei den teilstationären und den Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht als Ausdruck einer rückläufigen Nachfrage nach diesen Angeboten, sondern vielmehr als Ergebnis einer Bereinigung des Datenbestandes anzusehen. Dieser Prozess ist - wie noch zu zeigen sein wird (s. nachfolgende Unterabschnitte zu den teilstationären Pflegeeinrichtungen) - noch nicht abgeschlossen⁹².

- Die Zahl der Dienste und Heime verteilt sich in etwa proportional zur Einwohnerzahl in den vier Regierungsbezirken. Auf die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege trifft diese Aussage allerdings nur bedingt zu. Hier sind die flächengroßen Regierungsbezirke Lüneburg und Weser-Ems überrepräsentiert. Allerdings handelt es sich dabei durchschnittlich um kleinere Heime. Durch die größere Zahl der Einrichtungen wird in gewissem Maß die große flächenmäßige Erstreckung kompensiert und auf diese Weise im Rahmen des dort Möglichen eine ortsnahe Versorgung erreicht. Die durchschnittlich geringere Einrichtungsgröße ist Ausdruck der siedlungsstrukturellen Bedingungen im Blick auf die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen. Auf die diesbezüglich weitergehenden Ausführungen in Abschnitt I.3.1.5 wird hingewiesen.

3.1.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)

Die Zahl der Pflegedienste (s. Abschnitt 3.1.1) ist kein hinreichender Indikator zur genaueren Kennzeichnung der Versorgungslage der Bevölkerung mit Pflegediensten in den Teilregionen des Landes und in den kreisfreien Städten und Landkreisen. Hierzu bieten sich Daten über das in den Diensten beschäftigte Personal, insbesondere das Pflegepersonal, an (Tabelle I.10 in Abschn. I.3.2). Angesichts der Tatsache, dass die Beschäftigten sowohl in Vollzeit als auch in Teilzeit tätig sowie geringfügig beschäftigt sind, ist als Maßstab zum Vergleich zwischen den Regionen und Gebietskörperschaften hinsichtlich der Personalausstattung der dortigen Pflegedienste die Zahl der Vollzeitstellen heranzuziehen. Dazu wurden je zwei Teilzeitbeschäftigte als einer Vollzeitstelle entsprechend angenommen. Die geringfügig Beschäftigten wurden in Anbetracht fehlender

⁹² Auf vorstehende Fußnote wird ausdrücklich hingewiesen.

näherer Angaben über die Arbeitszeiten dieser Personengruppe in die Umrechnung der Beschäftigten in Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) nicht mit einbezogen.

Insgesamt waren mit Stand 19.04.1999 in der Datei der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen 18.155 Beschäftigte in nach dem SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) registriert⁹³, davon 12.644 (rd. 70%) in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung. Rund 30 % waren als geringfügig Beschäftigte tätig. Von den Beschäftigten entfielen 40 % auf Pflegefachpersonal, rd. 38 % auf Pflegehilfpersonal; die übrigen 22 % verteilen sich auf die verschiedensten Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen (Tabelle I.10 in Abschn. I.3.2). Nähere Erläuterungen zur Qualifikationsstruktur des Personals befinden sich im Abschnitt 3.2 'Personalstruktur'.

Die 12.644 für den Leistungsbereich des SGB XI beschäftigten Pflegefach- und Pflegehilfskräfte in Voll- und Teilzeittätigkeit entsprechen 7.176 Vollzeitstellen. Hiervon entfielen auf die Regierungsbezirke Braunschweig 20,2%, Hannover 27,8%, Lüneburg 22,1% und Weser-Ems 29,8%. Auf den einzelnen Pflegedienst entfallen beim Pflegepersonal im Landesdurchschnitt 6,5 Vollzeitstellen (s. nachstehende Tabelle)⁹⁴; hierbei überwiegen die durch Pflegefachpersonal besetzten Stellen mit durchschnittlich 4,1 Stellen diejenigen des Pflegehilfpersonals mit durchschnittlich 2,5 Stellen deutlich. Zwischen den Regierungsbezirken besteht ein hoher Grad der Übereinstimmung.

⁹³ Die Datenerfassung der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen geht entsprechend der Beschränkung des Leistungsgeschehens der Pflegedienste auf Leistungen nach dem SGB XI auch von einer Abgrenzung des für diese Leistungen tätigen Personals aus, wie es z.B. auch nach der Pflegebuchführungsverordnung auszuweisen ist. Insofern beziehen sich die Angaben über den Personalbestand grundsätzlich auch nur auf den Teil des Personals der Pflegedienste und -heime, die für Leistungen nach dem SGB XI vorgehalten werden. Die Angaben über die Personalbesetzung der Pflegedienste lassen darum keinen Schluss auf die Gesamt-Personalstärke dieser Dienste zu, da sie in der Regel auch noch andere Leistungen erbringen – insbesondere solche der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V – und hierfür weiteres Personal vorhalten.

Einschränkend ist allerdings anzumerken: Die hier verwendeten Daten beruhen, wie ausgeführt (s. Abschnitt 3. „Vorbemerkung zu den Datengrundlagen“), auf der Grundlage der sogen. Strukturhebungsbögen. Hier ist nicht auszuschließen, dass den o.g. rechtlichen Vorgaben zur Abgrenzung des nach SGB XI tätigen Personals aus Verständnisgründen oder wegen der oft schwierigen Abgrenzung nicht immer gefolgt wurde. Zum Teil kann daher auch Personal einbezogen worden sein, das für die anderen Leistungsbereiche der Pflegedienste tätig wird.

⁹⁴ Hinsichtlich der Abgrenzung des Personals auf den Leistungsbereich der Dienste nach SGB XI wird auf vorstehende Fußnote hingewiesen.

Tabelle I.6: Durchschnittliche Zahl der Vollzeitstellen des Pflegepersonals der Pflegedienste in den Regierungsbezirken in Niedersachsen

Regierungsbezirk	Vollzeitstellen ¹⁾ des Pflegepersonals je Pflegedienst		
	Fachpersonal	Hilfspersonal	gesamt
Braunschweig	4,5	2,5	7,1
Hannover	4,0	2,5	6,5
Lüneburg	3,7	2,2	5,9
Weser-Ems	4,2	2,4	6,6
Land gesamt	4,1	2,4	6,5

1) Annahme: 2 Teilzeitbeschäftigte = 1 Vollzeitstelle

Quelle: Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen (Dateisstand 19.04.1999); eigene Berechnungen MFAS

Bei noch kleinräumigerer Betrachtung auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise sind allerdings größere Abweichungen festzustellen (Tabelle A I.13). Hier reichen die Durchschnittswerte je Pflegedienst beim Pflegepersonal insgesamt von 3,7 Vollzeitstellen im Landkreis Holzminden bis zu 11,8 Vollzeit-Stellen im Landkreis Wesermarsch. Weitere Landkreise oder kreisfreie Städte mit hohen Durchschnittswerten sind Braunschweig (10,6), Goslar (10,3), Wolfsburg und Oldenburg Stadt (je 9,9), Grafschaft Bentheim (9,7), Göttingen Stadt (9,5) sowie Hameln-Pyrmont (9,2). Vergleichsweise wenig Personal für Leistungen nach dem SGB XI beschäftigen neben den Diensten im Landkreis Holzminden auch noch die Dienste in den Landkreisen Verden und Friesland (4,0 / 4,1) sowie Diepholz, Göttingen und Helmstedt (4,2 / 4,3 / 4,5). Eine Tendenz im Blick auf raumtypische Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen ist aus diesen Werten allerdings nicht abzuleiten.

Auch hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskraftkapazität bestehen zwischen den kreisfreien Städten und Landkreisen große Unterschiede. Hier reichen die Werte der durchschnittlichen Personalkapazität beim Fachpersonal von 2,3 (Landkreis Friesland) und 2,7 (Landkreis Holzminden) bis zu 6,6 (Stadt Braunschweig) und 6,8 (Landkreis Wesermarsch). Beim Pflegehilfspersonal ergeben die Dateien Werte zwischen 5,8 und 5,5 in den Landkreisen Goslar und Grafschaft Bentheim und 0,7 bzw. 0,6 in den Landkreisen Diepholz und Helmstedt. Auf denkbare Zusammenhänge zwischen Fachkraft- und Hilfskraftbesetzung im Sinne einer Kompensation geringeren Fachkräfteeinsatzes durch vermehrten Hilfskräfteeinsatz geben die Daten keine Hinwei-

se. Die Unterschiede sind keinem Erklärungsmuster zugänglich; sie bedürfen eventuell der Klärung im Rahmen der örtlichen Pflegeplanung.

Die dargestellten Durchschnittswerte der Stellenkapazität für die Pflegekräfte in den Pflegediensten lassen auf überwiegend recht kleine Organisationseinheiten schließen. Dennoch bestehen - landesweit betrachtet wie bezüglich der Situation in den Bezirksregierungen und in den kommunalen Gebietskörperschaften - zwischen den Diensten oft erhebliche Größenunterschiede (Tab. A I.9). Über die Hälfte der Dienste in Niedersachsen verfügt zwar im Leistungsbereich des SGB XI über eine Pflegepersonalkapazität unter 5 Vollzeitstellen, in einem Viertel der Dienste liegt diese Zahl aber zwischen 5 bis unter 10 Vollzeitstellen. Noch größere Dienste sind vergleichsweise selten: 10 bis unter 15 Vollzeitstellen weisen immerhin noch 11 % der Dienste auf, über 30 Stellen hingegen nur 1,3 %.

Zwischen den Regierungsbezirken bestehen keine bedeutsamen Unterschiede. Ein gewisser Zusammenhang besteht allenfalls zur Bevölkerungsdichte: In den Regierungsbezirken Hannover und Braunschweig sind mittelgroße Betriebe leicht überdurchschnittlich vertreten, in Weser-Ems und besonders in Lüneburg Betriebe unter 5 Vollzeitstellen. Ein Zusammenhang mit dem regionalen bzw. kommunalen Aufkommen der Hauptnutzergruppe der Hochbetagten (80 Jahre und mehr) ist nicht herzustellen (Tabelle A I.11): Kommunen mit hohem Altersaufkommen weisen ebenso wie solche mit unterdurchschnittlichen Werten (Landesdurchschnitt am 31.12.1997: 3,9 %) eine vergleichsweise große Zahl von Diensten mit Personal im Umfang von 15 und mehr Vollzeitstellen auf; dasselbe gilt auch umgekehrt (Tabelle A I.10). Die durchschnittliche Zahl solcher Betriebe liegt landesweit bei 2,25 je Kommune; im Vergleich dazu Betriebe mit weniger als fünf Vollzeitstellen: 12,1.

In der Unterscheidung zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften liegt bei den Pflegefachkräften der eindeutige Schwerpunkt bei Einrichtungen zwischen zwei bis unter fünf Vollzeitstellen (55,3 %, s. Tab. A I.9), gefolgt von jenen zwischen fünf bis unter acht Vollzeitstellen. Bei den Pflegehilfskräften bilden die Dienste mit weniger als zwei Stellen annähernd 50%, weitere 30 % haben zwischen zwei und weniger als fünf solcher Stel-

len. Aber auch bei den Pflegefachkräften gibt es durchaus auch eine nicht geringe Zahl von Betrieben (15% aller Betriebe) mit weniger als zwei Vollzeitstellen⁹⁵.

Ebenfalls kein systematischer Zusammenhang läßt sich erkennen bei der Relation zwischen dem Aufkommen der Hochbetagten in den kreisfreien Städten und Landkreisen und der Pflegepersonalkapazität der Pflegedienste.

Landesdurchschnittlich beträgt dieses Verhältnis rd. 43 Personen im Alter von 80 und mehr Jahren auf eine Vollzeitstelle. Die vergleichbaren Werte für die Regierungsbezirke in ihrer alphabetischen Reihenfolge betragen 48, 47, 39 und 38. Unter diesem Aspekt stellen sich also die Verhältnisse im Regierungsbezirk Weser-Ems, gefolgt von Lüneburg, Hannover und Braunschweig am günstigsten dar. Dies ist insofern von Interesse, als im Blick auf die räumliche Personaldichte (s. Tab. A I.11) eine nahezu umgekehrte Reihenfolge besteht. Dies legt die Vermutung einer gewissen Wechselbeziehung zwischen räumlicher Erstreckung der Versorgungsgebiete und Personalausstattung (Kompensationswirkung durch vermehrten Personaleinsatz) nahe.

Diese These läßt sich jedoch bei Betrachtung der Verhältnisse in den kreisfreien Städten und Landkreisen anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht eindeutig verifizieren. Einerseits gibt es einige Kommunen mit einer Aussagesymmetrie im o.g. Sinne zwischen Flächengröße, Stellendichte und potentieller Stellenversorgung der Hochbetagten. Hierzu zählt z.B. das Emsland als flächengrößter Landkreis in Niedersachsen mit 2881,02 qkm, einer durchschnittlichen Personaldichte von 11,3 qkm/Vollzeitstelle und einem Verhältnis von 30,6 Hochbetagten/Vollzeitstelle. Andererseits weisen Landkreise wie z.B. die Grafschaft Bentheim mit einer Fläche von nur 980,74 qkm und einer räumlichen Personaldichte von 5,3 qkm/Vollzeitstelle (Landesdurchschnitt bei 6,6; Tab. A I.12) zugleich auch noch einen sehr günstigen Verhältniswert in Höhe von 23,0 Hochbetagte/Vollzeitstelle auf (Landesdurchschnitt: 42,8; Tab. A I.10). Wiederum andere wie z.B. der Landkreis Hannover haben trotz vergleichsweise großer Fläche (2085,98 qkm) einerseits und überdurchschnittlicher räumlicher Personaldichte (4,0 qkm/Vollzeitstelle)

⁹⁵ Inwieweit es sich hier um das Ergebnis ungenauer Kennzeichnung der Träger der Pflegedienste in den Strukturhebungsbögen handelt, kann nicht geprüft werden. Der Schluss liegt jedoch angesichts der Mindestvoraussetzungen zum Abschluss des Versorgungsvertrages nahe. Er wird auch gestützt durch die Tatsache, dass von 26 zugelassenen Pflegediensten keine Angaben über das Personal oder solche mit der Kennzeichnung "0" verzeichnet waren. Diese wurden bei den o.g. Zahlenergebnissen außer Acht gelassen.

eine nur durchschnittliche potentielle Versorgungsdichte bezüglich seiner hochbetagten Bevölkerung (40,3 Hochbetagte/Vollzeitstelle).

In Anbetracht dieser Ergebnisse muss sowohl hinsichtlich der Personaldichte im Blick auf die Flächengröße als auch hinsichtlich des Verhältnisses zwischen der Zahl der Hochbetagten als potentiell größte Gruppe der Leistungsnachfrager und der Stellenkapazität der Pflegedienste von eher zufälligen Konfigurationen ausgegangen werden.

Kennzeichnend dafür sind auch die außerordentlichen Unterschiede in den Verhältniszahlen zwischen den Kommunen. So reichen die Werte für die räumliche Personaldichte z.B. von 0,4 qkm/ Vollzeitstelle in der Stadt Hannover oder 0,5 qkm/Vollzeitstelle in der Stadt Oldenburg bis 19,3 qkm/Vollzeitstelle im Landkreis Cloppenburg und 22,2 qkm/Vollzeitstelle im Landkreis Nienburg/Weser. Auch bei raumstrukturell ähnlichen Gebieten gibt es z.T. erhebliche Unterschiede (Tab. A I.11).

Vergleichbares trifft auch für das Verhältnis von Hochbetagten zur Personalkapazität zu. Hier reichen die Werte von 23,0 Hochbetagte/Vollzeitstelle im Landkreis Grafschaft Bentheim (s.o.) oder von 26,3 bzw. 26,6 in den Landkreisen Göttingen und Wesermarsch bis zu Werten von 72,8, 76,7, 77,9 und 88,6 Hochbetagten je Vollzeitstelle in so unterschiedlichen Gebietskörperschaften wie der Stadt Osnabrück sowie den Landkreisen Osterode am Harz, Nienburg/Weser⁹⁶ und Schaumburg.

Fazit:

- Niedersachsen verfügt über ein großes und flächendeckendes Angebot an Pflegediensten. Eine ortsnahe Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Land ist nicht nur im Blick auf die mobile Angebotsform der Dienste, sondern auch deren Lageverteilung im Land gesichert: Auch in vielen kleineren Städten und Gemeinden in den dünner besiedelten ländlichen Regionen bestehen solche Dienste.
- Es überwiegen bei weitem kleine Betriebe mit unter fünf oder von fünf bis unter acht Pflegekraft-Vollzeitstellen. In überwiegend ländlich strukturierten Gebieten ist dies noch etwas ausgeprägter der Fall als in den städtischen Siedlungsräumen.
- Zahl der Dienste und Zahl der Personalstellen für Pflege nach dem SGB XI (als Indikator für die Leistungskapazität der Dienste) sind – grundsätzlich – Ausdruck der Bevölkerungszahl bzw. der Zahl der hauptsächlichen Nutzergruppe der Pflegebedürftigen im Alter von 80 und mehr Jahren.

⁹⁶ Hinzuweisen ist, dass hier sowohl hinsichtlich der räumlichen Personaldichte als auch in Bezug auf die potentielle Hauptklientel im Vergleich zum Landesdurchschnitt besonders ungünstige Verhältnisse bestehen. Beispielhaft wird hier insoweit auf die Bedeutung der Heranziehung solcher und anderer Kriterien zur Bewertung der Versorgungslage im Rahmen der örtlichen Pflegeplanung hingewiesen (im Weiteren hierzu auch Abschnitt IV).

Das Verhältnis ist jedoch nicht proportional: Den Hochbetagten im Regierungsbezirk Weser-Ems steht z.B. verhältnismäßig mehr Personalkapazität in Pflegediensten zur Verfügung als denjenigen im Regierungsbezirk Hannover oder Braunschweig. Bei weitergehender regionaler Untergliederung auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise sind systematische Zusammenhänge zwischen der Zahl der potentiellen Nutzer und der Personalkapazität der Dienste nicht mehr erkennbar. Den Gründen hierfür muss im Rahmen der örtlichen Pflegeplanung nachgegangen werden.

- Hinsichtlich der Personaldichte bezogen auf die Fläche der Bezirke befinden sich die Regierungsbezirke Weser-Ems und Lüneburg im Vergleich zu Hannover und Braunschweig aufgrund ihrer nahezu doppelten Größe im Nachteil. Inwieweit diese raumstrukturellen Nachteile durch vergleichsweise höhere Personalkapazität und/oder dezentralere Organisation des Personaleinsatzes kompensiert werden können und/oder sich in durchschnittlich größeren Wegstrecken, die durch das Personal zurückzulegen sind, niederschlagen, bedürfte näherer Analysen. Dies gilt insbesondere für die kommunale Ebene: Auch hinsichtlich der Personaldichte bezogen auf die jeweilige Fläche der Kommunen sind keine systematischen Zusammenhänge zu erkennen.

3.1.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)

a) Tagespflegeeinrichtungen

Tagespflegeeinrichtungen sind nach den Vorgaben des SGB XI selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und tagsüber untergebracht und versorgt werden können. Insgesamt 190 solcher Einrichtungen mit zusammen 1406 Plätzen (Tabelle I.7) sind gegenwärtig in Niedersachsen zugelassen (Stand 19.04.1999). Nur 105 Tagespflegeeinrichtungen (37,8 % der zugelassenen) Einrichtungen halten ein solches Angebot allerdings tatsächlich vor. Hierfür liefert eine kürzlich vorgelegte, im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen durchgeführte Untersuchung zur "Situation der Tagespflege in Niedersachsen" - im weiteren nur 'Untersuchung' genannt - den Beleg⁹⁷. Die Grundlage bildet eine bei den Trägern aller zugelassenen Einrichtungen durchgeführte Abfrage. Zwischenzeitlich ist nach Kenntnis des MFAS eine weitere Tagespflegeeinrichtung in Delmenhorst eröffnet worden.

In der Umfrage konnte nur für 89 der 105 Einrichtungen eine Angabe über die Platzzahl der Einrichtungen erreicht werden (Tabelle I.7). Die Gesamtzahl der erfassten Plätze

⁹⁷ Winter, Udo: Tagespflege in Niedersachsen, vervielf. Manuskript, Burgdorf, im August 1999

beträgt 768 und somit nur etwas mehr als die Hälfte der zugelassenen Plätze. Der Autor des Untersuchungsberichts geht aufgrund eigener Hochrechnungen bezüglich der Einrichtungen, für die die Platzzahl nicht bekannt ist, von einer Gesamtzahl von ca. 922 Plätzen aus.

Die Platzzahl der einzelnen Einrichtungen reicht von 1 Platz bis im Höchstfall 15 Plätzen. Annähernd ein Viertel der Einrichtungen weist bis zu 5 Plätzen auf und liegt damit unter der vom Landespflegeausschuss in seinen "Empfehlungen für Einrichtung und Betrieb von Tagespflegeeinrichtungen für pflegebedürftige alte Menschen" festgelegten Mindestgröße von 8 Plätzen⁹⁸. Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen verfügt über 10 bis 14 Plätze. 15 Plätze haben lediglich acht Einrichtungen (9%). Der Durchschnitt liegt bei 8,6 Plätzen.

Bei den zugelassenen Einrichtungen liegt der Durchschnitt bei 7,4 Plätzen. Dies lässt auf eine vergleichsweise große Zahl von Einrichtungen mit sehr geringer Platzzahl schließen⁹⁹. Solche Einrichtungen - so die allgemeine Erfahrung - in der Regel Teil einer vollstationären Pflegeeinrichtung, ermöglichen Tagesaufenthalte für pflegebedürftige Menschen formal als gesondertes Angebot, tatsächlich aber integriert in den vollstationären Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbetrieb ("eingestreute Tagespflege"). Dies ist mit den gesetzlichen Vorgaben zur Zulassung von Tagespflegeeinrichtungen allein schon aus dem Aspekt der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht kompatibel. Es entspricht zudem aber vor allem nicht der Zielsetzung von Tagespflege als einer eigenständigen, komplementär zur häuslichen Pflege und Versorgung und auf die Heimvermeidung sowie auf dauerhafte individuelle Förderung ausgerichteten Leistungsform aktivierender Pflege. Sie erscheint darum auch unter leistungsrechtlichem Aspekt (§ 41 SGB XI) problematisch.

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

⁹⁸ Beschluss vom 18.3.1999, s. auch Anhang

⁹⁹ auch für den größten Teil der in der 'Untersuchung' erfassten Einrichtungen ohne Platznennung wird dies von dem Untersuchungsleiter aufgrund einschlägiger örtlicher Kenntnisse unterstellt.

Pflegeversicherung - § 39 SGB XI ‚Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson‘ - grundsätzlich abgedeckt¹⁰⁰.

Über die Regierungsbezirke in Niedersachsen ist der in der Untersuchung erfasste Einrichtungsbestand in der Tagespflege mit 24 (Braunschweig), 27 (Hannover), 23 (Lüneburg) und 31 (Weser-Ems) annähernd gleichmäßig und auch in etwa proportional zur Einwohnerzahl verteilt (Tab. I.7 und A I.12). Auf die Einwohner im Alter von 80 und mehr Jahren bezogen kommt landesdurchschnittlich unter Zugrundelegung der o.g. Zahl von 922 Plätzen ein Tagespflegeplatz auf 333 Einwohner dieses Alters; für die Regierungsbezirke (in alphabetischer Reihenfolge) betragen die Werte 360, 384, 266 und 310. In Anteilen an der hochaltrigen Bevölkerung ausgedrückt bedeutet dies, dass für ca. 0,3 % (Landesdurchschnitt und Regierungsbezirke Braunschweig, Hannover und Weser-Ems) bzw. 0,4% (Reg.bez. Lüneburg) dieser Altersgruppe Tagespflegeplätze zur Verfügung stehen.

¹⁰⁰ Hinsichtlich weiterer Ausführungen zu dieser Thematik im Blick auf Fragen der künftigen Entwicklung wird auf die Abschnitte II.2.3 und IV.2 hingewiesen.

Tab. I.7:

Zugelassene Einrichtungen und Plätze der teilstationären Pflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen

Landkreise und kreisfr. Städte	teilst. Pflege ¹⁾		Tagespflege					Nachtpflege	
	Einr.	Plätze	Einr. ²⁾	Einr. ³⁾	Einr. ⁴⁾	Plätze ²⁾	Plätze ³⁾	Einr. ²⁾	Plätze ²⁾
Braunschweig	4	36	3	2		34	10	1	2
Salzgitter	4	46	3	2		32	22	1	14
Wolfsburg	2	15	1	1		10	10	1	5
Gifhorn	8	28	4	0		20	0	4	8
Göttingen	3	25	3	3		25	25	0	0
Göttingen Stadt	2	22	2	2		22	25	0	0
Goslar	4	13	3	0		12	0	1	1
Helmstedt	4	22	3	0		20	0	1	2
Northeim	10	51	4	3		30	19	6	21
Osterode	13	40	7	4		28	10	6	12
Peine	10	31	5		2	21		5	10
Wolfenbüttel	5	38	4	3	2	36	27	1	2
Reg.-Bez. Braunschweig	69	367	43	20	4	290	148	27	77
Hannover Stadt	10	88	9	7		86	67	1	2
Diepholz	4	26	3	1		24	12	1	2
Hamel-Pyrmont	4	36	3	0		34	0	1	2
Hannover	26	137	19	5		117	60	7	20
Hildesheim	8	59	5	5		43	37	3	16
Holz Minden	6	18	3	2		13	12	3	5
Nienburg	3	20	2		2	15		1	5
Schaumburg	7	35	5	2	3	30	10	2	5
Reg.-Bez. Hannover	68	419	49	22	5	362	198	19	57
Celle	13	71	10	2	1	63	27	3	8
Cuxhaven	11	38	7	3		33	27	4	5
Harburg	6	55	5	4		54	42	1	1
Lüchow-Dannenberg	2	6	1	1		4	4	1	2
Lüneburg	2	18	2	2		18	18	0	0
Osterholz	4	30	3	3		29	21	1	1
Rotenburg (Wümme)	8	30	5	2	1	23	22	3	7
Sothau-Fallingb. Stel.	2	8	1	0		4	0	1	4
Stade	7	41	5	2		36	22	2	5
Uelzen	2	3	1	1		2	4	1	1
Verden	9	35	5		1	20		4	15
Reg.-Bez. Lüneburg	66	335	45	20	3	286	187	21	49
Delmenhorst	0	0	0		(1) ⁴⁾	0		0	0
Emden	2	16	1	1		12	12	1	4
Oldenburg Stadt	0	0	0	1		0	12	0	0
Osnabrück Stadt	8	74	6	4	1	59	41	2	15
Wilhelmshaven	3	32	2	2		28	19	1	4
Ammerland	0	0	0	0		0	0	0	0
Aurich	2	24	2	1		24	12	0	0
Cloppenburg	3	14	2	1	1	13	1	1	1
Emsland	9	96	8	2		92	27	1	4
Friesland	4	8	2	0		4	0	2	4
Grafschaft Bentheim	14	45	8	1		24	8	6	21
Leer	4	26	3	2		25	20	1	1
Oldenburg	7	39	6	7		36	48	1	3
Osnabrück	7	69	6	3		67	31	1	2
Vechta	8	71	6	2	2	63	4	2	8
Wesermarsch	4	36	2	0		18	0	2	18
Wittmund	0	0	0	0		0	0	0	0
Reg.-Bez. Weser-Ems	75	550	54	27	4	468	235	21	82
Land Niedersachsen ges.	278	1671	190	89	16+(1)	1406	768	88	265

1) ohne solche mit ausgewiesener Platzzahl "0" und ohne solche ohne Angabe

2) Quelle: Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen, eigene Berechnungen MFAS

3) Arbeitsgemeinschaft der Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen, ohne Ort und Jahr, Stand Oktober 1998

4) wie 3), jedoch Einrichtungen ohne Platzangabe; Delmenhorst: neu in 1999

So relativ einheitlich die Versorgungslage in den Regierungsbezirken ist, so unterschiedlich ist sie bei Betrachtung der kommunalen Ebene. In neun - das ist nahezu ein Fünftel - der 48 kreisfreien Städte und Landkreise wird gar keine Angebot vorgehalten (Tab. I.7), in weiteren 10 (einschl. der Neueröffnung in Delmenhorst) eine Einrichtung. Bei den kommunalen Gebietskörperschaften ohne Tagespflegeangebot handelt es sich ausnahmslos um ländliche Siedlungsregionen. Allerdings befinden sich hierunter auch solche wie die Landkreise Hameln-Pyrmont oder Goslar mit einem weit überdurchschnittlichen Anteil an hochaltriger Bevölkerung und vergleichsweise großen zentralen Städten wie Hameln und Goslar. Im Landkreis Hameln-Pyrmont kommt die besondere Situation von Bad-Pyrmont als beliebter Altersruhesitz noch hinzu. Auch in den Landkreisen Diepholz und Helmstedt mit ihren jeweils recht großen zentralen Städten ist kein Tagespflegeangebot vorhanden. Unter den Kommunen, die nur über 1 Tagespflegeeinrichtung verfügen, sind selbst größere Städte wie Wolfsburg und Oldenburg oder so bevölkerungsstarke Landkreise wie Diepholz oder Aurich zu finden. Auch in den letztgenannten gibt es jeweils vergleichsweise große zentrale Städte, für die unter Aspekten der Tragfähigkeit von Tagespflege aus der Untersuchung mit gewisser Berechtigung positive Schlüsse ziehen ließen. Nach den dortigen Erkenntnissen verteilen sich die erfassten Einrichtungen nach Ortsgrößenklassen wie folgt:¹⁰¹

Ortsgröße	Anteil d. Tagespflegeeinrichtungen
bis 10.000 Einw.	20,5%
10 – 20.000 Einw.	23,1%
20 – 50.000 Einw.	25,6%
50 – 100.000 Einw.	10,3%
<u>über 100.000 Einw.</u>	<u>20,5%</u>
gesamt	100%

Die Tatsache, dass über die Hälfte der Einrichtungen in Städten und Gemeinden zwischen 10- und 50.000 Einwohnern gelegen sind und immerhin noch ein weiteres Fünftel in noch kleineren Gebietskörperschaften, macht deutlich, dass solche Einrichtungen wirtschaftlich und erfolgreich nicht nur in großen Ballungsräumen, sondern auch in kleineren Städten und sogar ländlich strukturierten Gemeinden geführt werden können. Zwar ist der Standort der Einrichtung aus betriebswirtschaftlicher Sicht von nicht geringer Bedeutung, aber dieser macht sich nicht allein am möglichen Potential der ‚Kunden‘ (über den Indikator Einwohnerzahl), sondern insbesondere auch noch an der Erreichbarkeit der Einrichtung fest. Darüber hinaus ist auch der Standort der Einrichtung nur

¹⁰¹ Winter, a.a.O. Seite 7

einer aus einer ganzen Reihe von Kriterien, die nach den aus der Untersuchung folgenden Erkenntnissen über den wirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg der Einrichtung entscheiden¹⁰².

b) Nachtpflegeeinrichtungen

Ausweislich des Verzeichnisses der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen (Stand 19.04.1999) befinden sich in Niedersachsen 88 zugelassene Einrichtungen der Nachtpflege mit zusammengekommen 265 Plätzen in insgesamt 41 der 48 kreisfreien Städte und Landkreise (Tabelle I.7).

Die Einrichtungen verfügen im statistischen Mittel über durchschnittlich 3 Plätze und werden ausnahmslos als Angebot in Angliederung an eine Tages- und/oder vollstationäre Pflegeeinrichtung geführt. In annähernd der Hälfte der Einrichtungen liegt die Platzzahl bei 2 oder 1 Platz.

Die Nachtpflegeeinrichtungen entsprechen damit nahezu ausnahmslos nicht der an die Zulassung von Pflegeeinrichtungen gebundenen Voraussetzung der selbständig wirtschaftenden Einheit. Nach Auskunft der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen kommt darum für solche Einrichtungen der Abschluss eines Versorgungsvertrages nicht bzw. - bei bestehendem Bestandsschutz (§ 73 SGB XI) - nicht mehr in Betracht. Seit August 1996¹⁰³ ist demgemäß die Zahl der zugelassenen Nachtpflegeeinrichtungen von 100 mit zusammen 336 Plätzen auf die o.g. Zahl - z.B. durch Rückgabe der Zulassung durch die Einrichtungsträger - zurückgegangen.

In der Praxis ist diese rechtlich unbefriedigende Situation jedoch ohne Belang. Nach Kenntnis der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen und des MFAS besteht derzeit in Niedersachsen mangels ausreichender Nachfrage 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 nicht aus. Dies erfüllt

¹⁰² Winter, a.a.O., Seite 25

¹⁰³ siehe "Orientierungsdaten ...", a.a.O., S. 33

u.U. sogar der Leistungstatbestand der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI, allerdings findet die Leistungserbringung nicht in einer nach dem Willen des Gesetzgebers dafür eigens geeigneten Einrichtung (§ 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI) statt.

Dem MFAS sind Bestrebungen eines Trägers bekannt, vor dem Hintergrund einer dort bestehenden kontinuierlichen Nachfrage in allerdings ebenfalls geringer Zahl (um vier Personen) ein Nachpflegeangebot einzurichten. Die Möglichkeiten zur Zulassung einer Nachpflegeeinrichtung werden gegenwärtig von den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen geprüft.

3.1.4 Einrichtungen für Kurzzeitpflege

In Niedersachsen waren mit Stand 19.04.1999 369 Einrichtungen der Kurzzeitpflege mit 1.988 Pflegeplätzen zugelassen (Tab. I.8). Auch hier ist hinsichtlich der Datenlage auf Besonderheiten hinzuweisen:

Ein Kurzzeitpflegeangebot in Solitäreinrichtungen oder ausschließlich diesem Nutzungszweck dienenden Teileinheiten von stationären Pflegeeinrichtungen stellt eher die Ausnahme dar, obwohl die Kurzzeitpflege in den Inhalten und in den Zielen erheblich von der vollstationären Dauerpflege abweicht. Dies gilt insbesondere dort, wo die Leistung der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. Nr. 1 SGB XI für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Pflegebedürftigen erfolgt. Hier 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 sicherlich 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.

Tab. I.8:

Zugelassene Einrichtungen und Plätze der Kurzzeitpflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen 1997

	Kurzzeitpflege			
	Einr. ¹⁾	Plätze ¹⁾	Einr. ²⁾	Plätze ²⁾
Braunschweig	7	64	7	51
Salzgitter	6	49	1	16
Wolfsburg	3	44	3	37
Gifhorn	11	32		
Göttingen	8	22	6	15
Göttingen Stadt	1	6	1	14
Goslar	9	38	4	15
Helmstedt	8	34	2	7
Northeim	11	63	6	41
Osterode	11	50	7	13
Peine	6	34	5	33
Wolfenbüttel	5	18	2	9
Reg.-Bez. Braunschweig	86	454	44	251
Hannover Stadt	16	114	6	65
Diepholz	13	61	5	37
Hameln-Pyrmont	13	55	4	23
Hannover	32	185	10	84
Hildesheim	21	171	7	55
Holz Minden	6	27	1	10
Nienburg	8	33	1	8
Schaumburg	11	35	4	17
Reg.-Bez. Hannover	120	681	38	299
Celle	12	27	4	13
Cuxhaven	15	39	1	5
Harburg	7	61	4	8
Lüchow-Dannenberg	1	3	1	3
Lüneburg	9	38	2	9
Osterholz	4	6	3	14
Rotenburg (Wümme)	4	4	1	9
Soltau-Fallingb.ostel	2	8	1	2
Stade	7	24	1	8
Uelzen	7	18	1	2
Verden	11	32		
Reg.-Bez. Lüneburg	79	260	19	73
Delmenhorst	0	0		
Emden	3	25		
Oldenburg Stadt	2	9		
Osnabrück Stadt	4	22	2	12
Wilhelmshaven	5	63	4	23
Ammerland	0	0		
Aurich	7	47		
Cloppenburg	6	49	8	60
Emsland	6	42	9	54
Friesland	4	23	2	14
Grafschaft Bentheim	5	46	3	25
Leer	7	39	3	17
Oldenburg	2	4	2	7
Osnabrück	20	142	5	65
Vechta	4	28	8	39
Wesermarsch	7	38		
Wittmund	2	16		
Reg.-Bez. Weser-Ems	84	593	46	316
Land Nieders. gesamt	369	1988	147	939

1) Quelle: Landesorgan. der gesetz. Pflegekassen (19.4.99); ohne solche m. Platzzahl "0" und solche ohne Angabe

2) Quelle: Heimaufsichtsbehörden für Altenpflegeheime (krsfr. Städte u. Lkrse; Bez.regn. (31.7.97)

Diese Form der Kurzzeitpflege ist – unbeschadet der allgemeinen Vorgabe der aktivierenden Pflege – mehr auf eine zustandserhaltende Pflege ausgerichtet; sie überwiegt in der Praxis bei weitem.¹⁰⁴ Sie ist wegen o.g. Ursachen 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‘).

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 Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI.

In der Vergangenheit haben die niedersächsischen Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen die „eingestreute“ Kurzzeitpflege insbesondere über den Bestandschutz nach § 73 Abs. 3 SGB XI toleriert. Seit dem dritten Quartal 1997 gehen sie für „eingestreute“ Kurzzeitpflege in zur stationären Pflege zugelassenen Pflegeheimen keine gesonderten Vertragsbeziehungen mehr ein. In der Vergangenheit abgeschlossene Versorgungsverträge werden im Einvernehmen mit dem Träger des Pflegeheims angepasst. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen¹⁰⁵.

„Eingestreute Kurzzeitpflege“ kann dennoch weiterhin in vollstationären Einrichtungen angeboten werden. Dies steht mit dem geltenden Recht des SGB XI insofern in Einklang, als es sich bei der Kurzzeitpflege um eine vollstationäre Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI handelt. Die Versicherten erhalten danach auch bei „eingestreuter Kurzzeitpflege“ die Leistungen nach § 42 SGB XI. Die Förderung der Investitionskosten erfolgt nach § 11 NPflegeG im Umfang der durch die vollstationäre Dauerpflegeeinrichtung zu berechnenden Investitionsaufwendungen; den Kurzzeitpflegegä-

¹⁰⁴ Zur Frage der Möglichkeiten einer verstärkten Nutzung der Kurzzeitpflege auch für Zwecke des § 42 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI s. Abschnitt IV.2

¹⁰⁵ siehe auch diesbezügliche Erläuterungen in Abschnitt I.3.1.1

sten entstehen damit keine eigenen Kosten für die Abgeltung des Investitionsaufwandes der Einrichtung.

Die nachfolgenden Angaben über die zugelassenen Einrichtungen und Plätze geben insofern die tatsächlichen Strukturverhältnisse in der Kurzzeitpflege in Niedersachsen nur teilweise wieder. Unter Einbezug der nutzbaren freien Dauerpflegeplatzkapazitäten ist die Kapazität der für Kurzzeitpflege verfügbaren Angebote wesentlich höher einzuschätzen, zahlenmäßig jedoch nicht näher bestimmbar. Es werden darum 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.

Im Zuge der Novellierung des Heimgesetzes (HeimG) zum 03.02.1997 wurden auch Heime oder Teile von Heimen, die der vorübergehenden Pflege Volljähriger dienen (Kurzzeitpflegeheime) unter das HeimG subsummiert (§ 1a HeimG). Ausweislich des Wortlautes von § 1a HeimG hatte der Gesetzgeber dabei ganze Heime oder Teile von Heimen zu diesem Nutzungszweck im Auge; diese Heime oder Teile von Pflegeeinrichtungen sowie relevante Änderungen dort z.B. hinsichtlich der Platzzahl sind demgemäß auch z.B. anzeigepflichtig gem. § 7 HeimG. Die bei den Heimaufsichtsbehörden vorliegenden Angaben über Kurzzeitpflegeeinrichtungen und –plätze bilden insofern einen genaueren Datenbestand als diejenigen der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen¹⁰⁶.

Angesichts dieser Tatsache wurde von den Heimaufsichtsbehörden (soweit sie nicht für Einrichtungen der Eingliederungshilfe zuständig sind) auf Veranlassung des MFAS mit Stand 31.07.1997 die Zahl der angezeigten Kurzzeitpflegeeinrichtungen und -plätze an das MFAS gemeldet. In diesem Zusammenhang wurden alle Einrichtungsträger angeschrieben mit der Aufforderung, die Anzeige gem. § 7 HeimG zu vollziehen bzw. die bei den Heimaufsichtsbehörden vorliegenden Daten hinsichtlich ihrer Richtigkeit zu prü-

¹⁰⁶ Angebote ‚eingestreuter Kurzzeitpflege‘ sind vom Tatbestand des § 1a HeimG nicht erfasst und insofern den Heimaufsichtsbehörden ebensowenig bekannt wie den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen.

fen¹⁰⁷. Im Ergebnis zeigt sich im Vergleich zu den Daten der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen folgendes Bild (Tabelle I.8)¹⁰⁸:

- Statt rd. 370 zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit rd. 2.000 Plätzen gibt es in Niedersachsen nur rd. 150 solcher Einrichtungen mit rd. 950 Plätzen. Die vergleichbaren Zahlen für die Regierungsbezirke in alphabetischer Reihe lauten:
 - Zahl der Einrichtungen: 86/44, 120/38, 79/19, 84/46
 - Zahl der Plätze: 454/251, 681/299, 260/73, 593/316.
 Auffällig sind insbesondere die weit über dem Durchschnitt liegenden Unterschiede in den Regierungsbezirken Hannover und Lüneburg.
- Während im Regierungsbezirk Lüneburg mit Ausnahme des Landkreises Verden sich nach den Angaben der Heimaufsichtsbehörden in allen anderen Landkreisen mindestens eine Kurzzeitpflegeeinrichtung befindet, sind im Regierungsbezirk Weser-Ems 7 Landkreise oder kreisfreie Städte ohne eine solche Einrichtung. Lediglich eine Kommune ist auch im Regierungsbezirk Braunschweig ohne ein eigenständiges Kurzzeitpflegeangebot, im Regierungsbezirk Hannover verfügen alle kreisfreien Städte und Landkreise über wenigstens eine Einrichtung.
- Die Besetzung der Kommunen mit Einrichtungen ist im Übrigen sehr unterschiedlich und nicht mit raumstrukturellen Merkmalen in Verbindung zu bringen. So weisen z.B. die Landkreise Cloppenburg und Vechta mit je 8 bzw. Emsland mit 9 Einrichtungen mehr Einrichtungen auf als die Städte Hannover oder Braunschweig, und auch hinsichtlich der Platzzahlen gibt es mit Ausnahme des Landkreises Vechta kaum Unterschiede.
- Im Durchschnitt handelt es sich – wie bei den Tagespflegeeinrichtungen – um Einrichtungen mit nur wenigen Plätzen. Der landesweite Durchschnitt liegt bei 6,4 (An-

¹⁰⁷ Angelegentlich dieser Aktion erfolgte auch eine Meldung über die von den Einrichtungen vorgehaltenen vollstationären Dauerpflegeplätzen sowie ein daran anschließender Abgleich mit den bei den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen vorliegenden Daten. Nähere Ausführungen hierzu siehe Abschnitt I.3.1.5

¹⁰⁸ Die Werte der Landesorganisationen der Pflegekassen beziehen sich auf den Datenstand 19.04.1999, diejenigen der Heimaufsichtsbehörden auf den 31.07.1997. Dies erscheint jedoch unschädlich im Blick auf die trotz zwischenzeitlicher Abnahme von Zahl und Plätzen von Kurzzeitpflegeeinrichtungen (s. Abschnitt I.3.1.1) nach wie vor weitaus höheren Bestandszahlen bei den Landesorganisationen der Pflegekassen. Nicht auszuschließen ist eine gewisse zwischenzeitliche Veränderung auch bezüglich der von den Heimaufsichtsbehörden gemeldeten Zahlen. Nach Berichten aus der Praxis gehen die Einrichtungszahlen in der (eigenständigen) Kurzzeitpflege aber überwiegend zurück. Insofern bildet die Ausweisung der Heimaufsichtsbehörden nach derzeitigem Stand eher eine Obergrenze.

gaben Heimaufsicht) bzw. 5,4 (Landesorganisation der Pflegekassen). Die durchschnittlich größten Einrichtungen finden sich im Regierungsbezirk Hannover (7,9 Plätze), im Regierungsbezirk Lüneburg liegt der Schnitt dagegen noch unter 4 Plätzen. Für die Regierungsbezirke Braunschweig und Weser-Ems ergeben sich leicht unter- bzw. überdurchschnittliche Werte (5,7 / 6,9)¹⁰⁹.

Die Einrichtungsstruktur in der Kurzzeitpflege lässt somit nur sehr bedingt ein Angebot von eigenständiger Qualität erkennen. Die Größe der Einrichtungen ermöglicht auch kaum eine wirtschaftliche Selbständigkeit, wie sie das SGB XI zur Zulassung eigentlich voraussetzt. Sie ist Spiegelbild der Leistungsstruktur, die – wie angeführt – überwiegend auf den vorübergehenden Aufenthalt bei zeitlich begrenztem Ausfallen der Pflegeperson ausgerichtet ist. Diese Nachfrage wird von den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege im Rahmen intermittierend freier Platzkapazitäten oder durch die Ausschöpfung von Platzreserven befriedigt. Dies verringert aber – gleichsam im Gegenzug – die Möglichkeiten, zu einem betriebswirtschaftlich sinnvollen eigenständigen Angebot für die Kurzzeitpflege zu kommen. Von wesentlichem Einfluss auf diese Entwicklung ist die mangelnde Kontinuität der Nachfrage nach Plätzen aufgrund von zeitlich begrenzten Ausfällen der Pflegepersonen. Belegung und damit Auslastung der Einrichtungen sind insoweit nur schwer steuerbar.

3.1.5 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Dauerpflege)

Zur Datenlage

In den 'Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs...'¹¹⁰ war auf die erheblichen Unterschiede hingewiesen worden zwischen der Zahl der durch die Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen ausgewiesenen Einrichtungen für die vollstationäre Dauerpflege - im weiteren „vollstationäre Einrichtungen“ - und deren Platzkapazität und der Zahl der Einrichtungen und Plätze nach der sogen. Heimstatistik, die von den Heimaufsichtsbehörden geführt wird. Der daraufhin durch das damalige Niedersächsische Sozialministerium (MS, jetzt MFAS) in Zusammenarbeit mit den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen eingeleitete und von den Heimaufsichtsbehörden (in diesem Fall kreisfreie Städte und Landkreise sowie Bezirksregierungen)

¹⁰⁹ Alle Werte nach Angabe der Heimaufsichtsbehörden

¹¹⁰ a.a.O., Seite 37

durchgeführte Datenabgleich durch Abfrage bei allen zugelassenen und (zugleich) nach dem HeimG angezeigten Pflegeeinrichtungen führte zu einer deutlichen Korrektur der Angaben der Heimaufsichten¹¹¹.

Danach waren zum Stichtag 01.07.1997 insgesamt 1.039 vollstationäre Einrichtungen mit insgesamt 60.530 Plätzen als vollstationäre Pflegeplätze (für alte Menschen, s.u. Fußnote) nach dem HeimG und zugleich nach dem SGB XI vorhanden. Die von den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen zum selben Zeitpunkt ausgewiesenen Platzzahlen waren um 2.434 Plätze höher; für den Stichtag 19.04.1999 beträgt die Differenz sogar 5.388 Plätze. Angesichts der Tatsache, dass - wie aufgezeigt (Abschnitt 3.1.1) - zwischen August 1996 und April 1999 110 Neuzulassungen von vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgten und zum selben Zeitpunkt rd. 5.000 Plätze mehr zugelassen waren als Mitte 1996 (solche aus neuen Einrichtungen wie solche aus Umwandlung von Altenheim- in Altenpflegeplätze) und nach Angaben aus der Praxis der Prozess der Umwandlung von Altenheim- oder Altenwohnheimplätzen in Altenpflegeplätze fortgeschritten ist, ist anzunehmen, dass die o.g. Differenz tatsächlich zumindest inzwischen sehr viel niedriger ist als nach dem Datenabgleich von Mitte 1997. **Für die weitere Darstellung wird darum von den Daten der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen ausgegangen. Dabei ist aus o.g. Gründen zu unterstellen, dass es sich um etwas überhöhte Werte handelt; der Umfang der Überhöhung ist jedoch nicht näher bezifferbar.** Präzise Angaben können erst erwartet werden, wenn - wie vom MFAS in Zusammenarbeit mit den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen und den Heimaufsichtsbehörden vorbereitet¹¹² - im Zusammenhang mit der Zulassung nach SGB XI bzw. Anzeige nach HeimG von neuen Einrichtungen sowie von Platzveränderungen ein unmittelbarer Datenaustausch zwischen diesen Organisationen erfolgt. Entsprechende bundeseinheitliche gesetzliche Vorschrif-

¹¹¹ Erfasst wurden die vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe (Altenpflegeheime). Diese machen den weitaus größten Teil aller vollstationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen aus. Die nach wie vor bestehenden Unterschiede zwischen dem durch die Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen ausgewiesenen und dem in der Erhebung durch die Heimaufsichtsbehörden ermittelten Bestand an Einrichtungen und Plätzen kann insofern nicht durch die geringe Zahl weiterer nach dem SGB XI zugelassener Einrichtungen, die keine Altenpflegeeinrichtungen sind (Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, s. Abschnitt I.3.4), erklärt werden. Sie liegen vielmehr in der Tatsache begründet, dass trägerseitig im Zuge des Zulassungsverfahrens (zum damaligen Zeitpunkt weit überwiegend durch Bestandsschutz nach § 73 SGB XI) auch solche Plätze der Einrichtungen angegeben wurden, die zwar unter das HeimG, nicht aber unter das SGB XI fallen. Hierzu gehören insbesondere Altenheim- und Altenwohnheimplätze - zum Zeitpunkt der Erfassung in Niedersachsen zusammengenommen 9.892 Plätze - und sonstige Plätze (insbesondere solche für Personen mit Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG) - damals insgesamt 1.152 Plätze.

¹¹² RdErl. des MFAS zu §§ 7, 9 i.V.m. § 6 HeimG; Nds. MBl. Nr. 35 v. 17.11.1999, S. 694 ff

ten im Zuge der Novellierung des HeimG ebenso wie im Blick auf das geplante Qualitätssicherungsgesetz (5. SGB XI - ÄndG) des Bundes sind in Vorbereitung.

Anmerkung für die Planungs- und die Förderbehörden nach dem NPflegeG:

Für die örtliche Pflegeplanung und insbesondere im Blick auf die Feststellung der Förderfähigkeit neuer Einrichtungen oder zusätzlicher Plätze in bestehenden Einrichtungen durch die kreisfreien Städte und Landkreise (bei kommunalen Einrichtungen durch die Bezirksregierungen) können bereits geringe Differenzen zwischen den Bestandsdaten der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen und den bei der Heimaufsicht vorliegenden Angaben von erheblicher Bedeutung für die Zustimmung oder Ablehnung sein. Ein Abgleich zum jeweiligen Zeitpunkt im Einzelfall, notwendigenfalls durch erneute direkte Abfrage bei den Einrichtungsträgern im Zuständigkeitsgebiet, oder in routinemäßigen Zeitabständen (z.B. einmal jährlich) ist darum dringend zu empfehlen.

Zur Versorgungslage in den Regierungsbezirken sowie in den kreisfreien Städten und Landkreisen:

Nachfolgende Übersicht vermittelt einen Eindruck über die Versorgungslage und -struktur in den vier Regierungsbezirken.

Tabelle I.9: Merkmale der Versorgungslage der Regierungsbezirke in Niedersachsen mit vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege (Stand: 19.04.1999)

Regierungsbezirk	Einrichtungen		qkm je Einr.	Hochaltrige ¹⁾ je Einr.	Plätze			Hochaltrige ¹⁾ je Pflegeplatz
	Anzahl	in %			Zahl	in %	je qkm	
Braunschw.	222	20,4	36,5	316,3	15.764	23,9	1,95	4,5
Hannover	315	29,0	28,7	295,9	21.350	32,4	2,36	4,4
Lüneburg	293	26,9	52,9	211,9	14.275	21,7	0,92	4,3
Weser-Ems	258	23,7	58,0	315,1	14.529	22,0	0,97	5,6
Niedersachsen	1.088	100	43,8	282,0	65.918	100	1,38	4,7

1) Einwohner mit 80 Jahren und mehr

Quellen: Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen (Stand 19.4.1999)
Nieders. Landesamt für Statistik: Bevölkerung und Katasterfläche in Niedersachsen (30.06.1998)
Eigene Berechnungen MFAS

Nach der Bevölkerungsverteilung müssten sich die meisten Heime im Regierungsbezirk Weser-Ems, gefolgt von Hannover, Braunschweig und Lüneburg befinden. Tatsächlich befindet sich die größte Zahl der Heime im Regierungsbezirk Hannover, gefolgt von Lüneburg, Weser-Ems und Braunschweig. Ein Rückschluss auf die Versorgungslage der Bevölkerung ist hieraus jedoch nicht zu ziehen. Hierfür ist die Zahl der Plätze ein besserer Indikator. Unter diesem Aspekt wird z.B. deutlich, dass sich im Regierungsbezirk Lüneburg vergleichsweise mehr kleinere Heime befinden (Durchschnitt 48,7 Plätze/Heim) als z.B. im Regierungsbezirk Weser-Ems (56,3 Plätze/Heim), Hannover (67,8 Plätze/Heim) oder Braunschweig (71,0 Plätze/Heim).

Die (räumliche) Einrichtungsdichte, ausgedrückt im Verhältnis der Zahl der Heime zur Fläche (in qkm, s.o. und Tabelle A I.12) ist ein Indikator für die Erreichbarkeit bzw. Ortsnähe der Einrichtungen. Niedersachsenweit kommt eine vollstationäre Pflegeeinrichtung (PE) auf 43,8 qkm. Wesentlich höher ist die Einrichtungsdichte im Regierungsbezirk Hannover; hier kommt durchschnittliche eine PE auf 28,7 qkm. Auch Braunschweig liegt mit 36,5 qkm/PE deutlich über dem Durchschnitt. Dementgegen weisen die Regierungsbezirke Lüneburg mit 52,9 qkm/PE und Weser-Ems mit 58,0 qkm/PE deutlich unterdurchschnittliche Werte auf.

Diese Werte sind zum einen Ausdruck der flächenmäßigen Erstreckung der vier Regionen, zugleich aber auch der Bevölkerungsdichte als Indikator für die potentielle Nachfrage nach solchen Einrichtungen¹¹³. Hinsichtlich der flächenmäßigen Erstreckung ergibt sich für die vier Regierungsbezirke die Reihenfolge Lüneburg (15.505,14 qkm), Weser-Ems (14.965,14 qkm), Hannover (9.045,65 qkm) und Braunschweig (8.097,45 qkm), hinsichtlich der Bevölkerungsdichte die Reihenfolge Hannover (237,6 Einwohner/qkm), Braunschweig (164,9 Einwohner/qkm), Weser-Ems (160,0 Einwohner/qkm) und Lüneburg (105,6 Einwohner/qkm). Eine leicht veränderte und derjenigen der räumlichen Einrichtungsdichte (s.o.) entsprechende Reihenfolge ergibt sich allerdings bei Heranziehung der Platzzahlen in den Pflegeheimen als dem für die Kennzeichnung der

¹¹³Einen im Blick auf die Pflegebedürftigkeit treffsichereren Indikator bildet die Dichte der Einwohner im Alter von 80 und mehr Jahren angesichts ihrer besonderen Betroffenheit. Für sie ergibt sich allerdings eine identische Reihenfolge: Hannover (10,31 EW m. 80 u.m. Jahren / qkm), Braunschweig (8,67), Weser-Ems (5,43) und Lüneburg (4,00). Insofern ist - für eine generelle Anzeige - auch die Heranziehung der Einwohnerdichte als Indikator berechtigt. Landesdurchschnittlich kommen 7,04 Einwohner im Alter von 80 und mehr Jahren auf einen qkm.

Versorgungslage genaueren Indikator: Hier stehen Hannover und Braunschweig vor Lüneburg und schließlich Weser-Ems (s. vorstehender tabellarischer Überblick).

Diese Reihenfolge ändert sich auch nicht bei Betrachtung des Verhältnisses der zur Verfügung stehenden Plätze zur Zahl der Einwohner mit 80 und mehr Jahren als Hauptnutzergruppe der vollstationären Pflegeeinrichtungen. Die diesbezüglichen Unterschiede (s.o. tabellarische Übersicht) zwischen den Regierungsbezirken sind - mit Ausnahme von Weser-Ems - so gering, dass für die Bezirke Braunschweig, Hannover und Lüneburg im Durchschnitt betrachtet von einem einheitlichen Versorgungsstand zu reden ist. Weser-Ems hingegen folgt mit einem recht deutlichen Abstand; während in den drei erstgenannten Bezirken durchschnittlich 4,4 hochaltrige Einwohner einem vollstationären Pflegeplatz gegenüberstehen, liegt in Weser-Ems dieser Wert bei 5,6.

Im Ergebnis bedeutet dies:

- Die größte Angebotsdichte an stationären Einrichtungen bzw. Pflegeheimplätzen befindet sich im Regierungsbezirk Hannover, gefolgt von derjenigen im Regierungsbezirk Braunschweig. Beide Regionen unterscheiden sich dabei nur geringfügig voneinander. Nachfrager aus den Regierungsbezirken Hannover und Braunschweig finden daher auch im Vergleich zu denjenigen in den Regierungsbezirken Lüneburg und Weser-Ems diese Angebote im Durchschnitt in geringerer Entfernung zum Herkunftswohntort vor.
- Annähernd nur halb so günstig sind im Blick auf die räumliche Nähe der Angebote die Verhältnisse in den Regierungsbezirken Lüneburg und Weser-Ems. Dies steht in Zusammenhang mit der Bevölkerungs- und Siedlungsdichte im Vergleich zu den vorgenannten Regionen.
- Die geringste räumliche Versorgungsdichte ebenso wie diejenige bezüglich des Verhältnisses des Platzangebotes zur größten Nachfragergruppe der hochaltrigen Einwohner weist der Regierungsbezirk Weser-Ems auf: Obwohl hinsichtlich der Bevölkerungsdichte bzw. der Dichte an hochbetagten Menschen unter den Regierungsbezirken an dritter Stelle, ist dort die Angebotsdichte am geringsten. Im Vergleich dazu treffen die Einwohner im Regierungsbezirk Lüneburg auf günstigere Voraussetzungen (s.o.).

Die Unterschiede in der Versorgungsdichte könnten allerdings auch Kennzeichen für bessere Voraussetzungen für die Pflege im häuslichen Bereich und/oder eine größere Versorgungsdichte dort sein, so dass es z.B. im Regierungsbezirk Weser-Ems keiner höheren Versorgungsdichte bei vollstationären Pflegeeinrichtungen bedarf.

Die vorhandenen Datengrundlagen über die Pflegedienste geben für die letztgenannte Annahme eine gewisse Rechtfertigung (s. Abschnitt 3.1.2 und Tabelle A I.12): Auch hier weisen zwar die Regierungsbezirke Hannover und Braunschweig angesichts der entsprechenden Nachfragerdichte die höchste Versorgungsdichte auf - auf einen Pflegedienst entfallen im Durchschnitt jeweils rund 30 bzw. 40 qkm. Den dritten Rang nimmt aber der Regierungsbezirk Weser-Ems mit 46 qkm je Pflegedienst ein, während im Regierungsbezirk Lüneburg jeder Pflegedienst durchschnittlich rd. 58 qkm zu versorgen hat. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Regierungsbezirk Weser-Ems hinsichtlich seiner Fläche nur geringfügig kleiner als der Regierungsbezirk Lüneburg ist und annähernd die eineinhalbfache Fläche des Regierungsbezirks Hannover umfasst, kann bezüglich des Angebotes mit Pflegediensten in dieser Region insofern von einer vergleichbar guten Situation ausgegangen werden.

Dies ändert sich auch nicht bei Berücksichtigung des zur Kennzeichnung der Versorgungssituation besseren Kriteriums des Personalangebotes (in Vollzeitstellen) dieser Dienste (Tab. A I.11)¹¹⁴. Auch danach liegt Weser-Ems nach Hannover (4,5) und Braunschweig (5,6) mit durchschnittlich 7,0 qkm je Vollzeitstelle vor dem Regierungsbezirk Lüneburg (9,8 qkm/Vollzeitstelle). Insofern können - mit aller Vorsicht - gewisse Wechselbeziehungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bei ansonsten in etwa vergleichbaren raum- und bevölkerungsstrukturellen Verhältnissen vermutet werden.

Zusammenfassend ist hervorzuheben:

Die vorstehenden **Ausführungen** können **nur** als **Hinweise auf Versorgungsbedingungen** in den Regionen verstanden werden. **Für** konkrete **Schlussfolgerungen** in Bezug auf **Einrichtungsbedarf** sind sie **nicht hinreichend**; dieser kann nur örtlich festgestellt werden. Dies macht sich nicht zuletzt an den Unterschieden bei den dargestellten Verhältniswerten zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften fest (Tabel-

¹¹⁴ eingehender hierzu: Abschnitt 3.1.2 - 'Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)'

le A I.12). So reicht die Spanne bei der räumlichen Versorgungsdichte von 0,4 Plätzen je qkm im Emsland bis zu 25,3 Plätze/qkm in der Stadt Hannover, die Werte für die Versorgungsdichte im Blick auf das Platzpotential für die hochbetagten Menschen liegen zwischen 2,8 Einwohnern im Alter von 80 und mehr Jahren je Pflegeplatz im Landkreis Osterode oder 3,0 bzw. 3,1 in den Landkreisen Osterholz und Verden und 7,3 solcher Einwohner je Pflegeplatz in der Stadt Delmenhorst sowie den Landkreisen Emsland und Leer.

Gerade bei den erstgenannten drei Kommunen **wird** zugleich **die Problematik der Aussagekraft der für die Kennzeichnung der Versorgungslage gewählten Indikatoren** deutlich: Bei allen handelt es sich um Landkreise mit hohem Zuzug aus anderen Gebieten innerhalb und außerhalb von Niedersachsen, bei den Landkreisen Verden und Osterholz insbesondere aus Bremen. Bei der Stadt Delmenhorst ist z.B. ihre Lage im Verhältnis zu dem sie nahezu umschließenden Landkreis Oldenburg zu sehen, dessen zu Delmenhorst grenznahe Einrichtungen traditionellerweise auch von Einwohnern aus dieser Stadt in Anspruch genommen werden, ohne dass dabei z.B. wesentliche Nachteile im Hinblick auf die Nähe dieser Einrichtungen zur Stadt Delmenhorst in Kauf genommen werden müssen. **Solche ortsspezifischen Situationen gilt es daher bei der Beurteilung des Versorgungsstandes ebenso wie der künftigen Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Plätzen in jedem Fall zu beachten.**

3.2 Personalstruktur in den Pflegediensten und -heimen

3.2.1 Pflegedienste

Zahl der Beschäftigten

Bei den Pflegediensten und in den Pflegeheimen sind in Niedersachsen nach den Unterlagen der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen mit Datenstand 19.04.1999 insgesamt 62.413 Personen vollzeit-, teilzeit- oder geringfügig beschäftigt.

Davon entfallen knapp 30 % auf den Bereich der ambulanten Versorgung¹¹⁵.

Arbeitszeitumfang

Die Pflegedienste decken im Durchschnitt ihren Bedarf an Arbeitskräften zu einem Drittel mit Vollzeit-, zu gut einem Drittel mit Teilzeit- und zu knapp einem Drittel mit geringfügig Beschäftigten. Zwischen den einzelnen Berufsgruppen – dazu zählen Pflegefach- und Pflegehilfspersonal^{116, 117}, Auszubildende/Praktikanten, hauswirtschaftliches Fachpersonal, Personal in den Bereichen Raumpflege/Küche, Verwaltung, Therapie, Sozialbetreuung, Personal sonstiger Berufe, Zivildienstleistende und Kräfte ohne Ausbildung – bestehen allerdings z.T. erhebliche Unterschiede (Tab. I.10).

¹¹⁵ Die absoluten Zahlen und damit auch die auf ihnen basierenden Berechnungen sind angesichts der aufgezeigten Unzulänglichkeiten dieser Statistiken mit Vorbehalt zu handhaben und zu werten (im Einzelnen hierzu siehe ‚Vorbemerkung zu den Datengrundlagen‘, vor Abschnitt 3.1). Es handelt sich zudem im Grundsatz nur um das dem Leistungsbereich des SGB XI zugeordnete Personal der Pflegedienste. Auf die diesbezüglich genaueren Ausführungen in Abschnitt 3.1.2 wird verwiesen, ebenso auf die Hinweise zur fehlenden Ausdifferenzierung der Daten nach dem Geschlecht sowie den damit in Zusammenhang stehenden fehlenden Äußerungen zur beruflichen Situation von Pflegepersonal unter frauenpolitischen Aspekten in den Vorbemerkungen zu Abschnitt 3.1.

¹¹⁶ Das Pflegehilfspersonal ist in seinen Berufsgruppen nicht differenziert ausgewiesen; zu diesem Komplex zählen nach Angaben des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), das die Grundlagen für die Datenerfassung einheitlich für die Bundesrepublik erarbeitet hat, etwa Beschäftigte der Haus- und Familienpflege, Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe, Haus- und Familienhilfe, Dorfhilfe, Familienbetreuung.

¹¹⁷ Bezüglich der aus Teilzeittätigkeit allgemein erwachsenden nachteiligen Folgen, von denen besonders die überwiegend in der Pflege beschäftigten Frauen betroffen sind, wird auf die Ausführungen in den Vorbemerkungen zu Abschnitt I.3.1 sowie II.2.2 verwiesen.

Tab. I.10:

Personal der Pflegedienste in Niedersachsen nach Berufsgruppenstruktur und Arbeitszeitumfang

Berufsgruppe	Umfang der Tätigkeit													
	Vollzeit			Teilzeit				VZ-Äquivalente gesamt		Geringfügig			Beschäftigte insges.	
	Anzahl	%	%	Anzahl		%	%	Anzahl	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%
Krankenpflege	2341	38,4	44,4	1691	845,5	25,8	32,1	3186,5	34,0	1244	22,6	23,6	5276	29,1
Kinderkrankenpflege	129	2,1	33,5	158	79,0	2,4	41,0	208,0	2,2	98	1,8	25,5	385	2,1
Altenpflege	816	13,4	51,3	563	281,5	8,6	35,4	1097,5	11,7	211	3,8	13,3	1590	8,8
Heilerziehungspflege	11	0,2	31,4	13	6,5	0,2	37,1	17,5	0,2	11	0,2	31,4	35	0,2
Fachpflege gesamt	3297	54,0	45,3	2425	1212,5	37,1	33,3	4509,5	48,1	1564	28,4	21,5	7286	40,1
sonstige Pflegeberufe	1131	18,5	16,4	3071	1535,5	46,9	44,6	2666,5	28,5	2683	48,7	39,0	6885	37,9
Auszubildende/Praktikanten	298	4,9	67,0	42	21,0	0,6	9,4	319,0	3,4	105	1,9	23,6	445	2,5
hauswirtschaft. Fachpersonal	76	1,2	32,8	70	35,0	1,1	30,2	111,0	1,2	86	1,6	37,1	232	1,3
Raumpflege und Küche	127	2,1	26,6	193	96,5	2,9	40,5	223,5	2,4	157	2,8	32,9	477	2,6
Verwaltung	257	4,2	38,9	259	129,5	4,0	39,2	386,5	4,1	144	2,6	21,8	660	3,6
Therapie	41	0,7	39,0	28	14,0	0,4	26,7	55,0	0,6	36	0,7	34,3	105	0,6
Sozialbetreuung	70	1,1	40,2	49	24,5	0,7	28,2	94,5	1,0	55	1,0	31,6	174	1,0
sonstige Berufe	19	0,3	13,3	31	15,5	0,5	21,7	34,5	0,4	93	1,7	65,0	143	0,8
Zivildienstleistende	424	7,0	96,8	5	2,5	0,1	1,1	426,5	4,6	9	0,2	2,1	438	2,4
ohne Ausbildung	360	5,9	27,5	371	185,5	5,7	28,3	545,5	5,8	579	10,5	44,2	1310	7,2
Gesamt	6100	100,0	33,6	6544	3272,0	100,0	36,0	9372,0	100,0	5511	100,0	30,4	18155	100,0

Quelle: AOK-Statistik Zugelassene ambulante Pflegedienste, Stand 19.04.1999; eigene Berechnungen MFAS

Vollzeittätigkeit wird berufsgruppenintern mit einem Anteil von 45 % vorwiegend vom Pflegefachpersonal ausgeübt. Insbesondere Altenpflegekräfte bevorzugen in mehr als der Hälfte ihrer Beschäftigungsverhältnisse eine Vollzeitbeschäftigung; geringfügig tätig sind sie – unterdurchschnittlich – zu 13,3 %. Demgegenüber weisen die anderen Berufsgruppen der Fachpflege zwar auch hohe Raten der Vollzeitbeschäftigung auf (Krankenpflege z.B. 44 %), doch sind sie zugleich auch anteilig stärker unter den teilzeit- oder den geringfügig Beschäftigten zu finden. Dies gilt auch für das qualifizierte Personal in anderen Berufsgruppen¹¹⁸. Während also vom Pflegefachpersonal, und hier insbesondere von den Altenpflegerinnen und Altenpflegern in besonders hohem Maße einer Vollzeittätigkeit nachgegangen wird, sind die Pflegehilfskräfte eher teilzeit- (45 %) oder geringfügig beschäftigt (39 %). Sowohl beim Personal mit arbeitsfeldfremder Ausbildung wie bei den Arbeitskräften in sonstigen Berufen als auch bei den Beschäftigten ohne Ausbildung ist eine besonders ausgeprägte Tendenz zu geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (65 % und 44,2 %) zu beobachten.

Gleichwohl ist festzustellen: **Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse werden keineswegs nur von unqualifiziertem Personal in Anspruch genommen.** Es zeigt sich aber auch, dass arbeitsfeldadäquate Qualifikation mehr mit der Wahrnehmung von Vollzeitarbeit einhergeht bzw. umgekehrt für diesen Bereich von den Diensten eher Vollzeitstellen angeboten werden.

Im Vergleich der Berufsgruppen untereinander findet sich die Dominanz von Vollzeitbeschäftigung in der Fachpflege (54 %) bestätigt. Allerdings entfallen im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden Perspektive nunmehr auf die Altenpflege wegen ihres zahlenmäßig im Vergleich zu den Krankenschwestern / -pflegern niedrigeren Vorkommens nur noch gut 13 % der Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse. Unter den Teilzeitkräften wie unter den geringfügig Beschäftigten sind die Pflegehilfskräfte („sonstige Pflegeberufe“) mit circa 47 bzw. 49 % weitaus am stärksten vertreten. Daneben bilden – abgesehen von 37,1 bzw. 28,4 % Pflegefachkräften – nur noch die Arbeitskräfte ohne Ausbildung mit 5,7 bzw. 10,5 % eine nennenswerte Gruppe unter den Teilzeitbeschäftigten.

¹¹⁸ Auszubildende und Praktikanten mit 67 % und Zivildienstleistende mit 97 % waren zwangsläufig mit hohen Anteilen vollzeitbeschäftigt.

Berufliche Qualifikation

Das Gros der Beschäftigten bei den Pflegediensten stellen mit einem guten Drei-Viertel-Anteil die Pflegefach- und Pflegehilfskräfte – bei leichtem Überwiegen des Fachpersonals für Pflege (40 zu 38 %). Rund 30 % aller Beschäftigten in den Pflegediensten bzw. drei Viertel des Fachpersonals sind Krankenschwestern oder Krankenpfleger, rund 9 % an allen bzw. 22% an den Pflegefachkräften sind **Altenpflegerinnen und Altenpfleger**. Sie **bilden** damit, wenn auch mit deutlichem Nachrang, **die zweitgrößte Gruppe unter den Fachpflegekräften**.

Kinderkrankenpflege- und Heilerziehungspflegekräfte spielen mit 2, 5 und 0,2 % nur eine untergeordnete Rolle. Die Gründe hierfür sind offensichtlich angesichts der mit Abstand größten Gruppe der Nachfrager nach Leistungen der Pflegedienste – Menschen im hohen und mittleren Lebensalter – bezüglich der Kinderkrankenpflege, in der Heilerziehungspflege wegen des vergleichsweise kleinen Kreises pflegebedürftiger Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung.

Auch der Personalbestand in den übrigen Berufsgruppen ist abgesehen von den Kräften ohne Ausbildung (7,2 %) und den Beschäftigten in der Verwaltung (3,6 %) von eher geringem Ausmaß. Letztere sind insofern noch von gewissem Interesse, als ihr Anteil sowohl bei den Vollzeit- als auch bei den Teilzeit- und bei den geringfügig Beschäftigten nahezu gleichmäßig um 4 % liegt.

Kaum anzutreffen in Pflegediensten sind schließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich der medizinischen Therapie (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie etc.) und aus (sozial-)pädagogischen Berufen. Hierfür dürften folgende Gründe maßgebend sein:

- Therapeuten sind überwiegend in freier Niederlassung tätig und erbringen – ergänzend zu den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen der Pflegedienste – ihre Leistungen auf ärztliche Verordnung hin¹¹⁹. Eine Vorhaltung solcher Fachkräfte bei den Pflegediensten verbietet sich nach dortiger Aussage in der Regel aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen.

¹¹⁹ Anmerkung: Durch diese Parallelität der Leistungen stellt sich das grundlegende Problem der Koordinierung der verschiedenen Hilfen und Helfer (Case- und Care-Management), das bislang angesichts fehlender leistungsrechtlicher Grundlagen für solche Abstimmungsleistungen als grundsätzlich nicht gelöst angesehen werden muss.

- Dies gilt umso mehr für die (sozial-)pädagogischen Fachberufe, da es hier einer leistungsrechtlichen Grundlage zur Finanzierung solcher Stellen (z.B. aus dem SGB XI heraus) ermangelt – ungeachtet der Sinnhaftigkeit eines solchen Personals für Career-Management und Beratung, wie sie das Land Niedersachsen z.B. im Rahmen freiwilliger Leistungen nach § 17 des Niedersächsischen Pflegegesetzes als Kofinanzierung zu einer entsprechenden kommunalen Förderung mitfördert.

Die Personalstruktur in den Pflegediensten ist in gewisser Weise ein Abbild der leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB XI. Hiernach können Leistungen aus der Pflegeversicherung nur erfolgen bei gleichzeitigem Vorliegen von Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung; hierbei muss der pflegerische Anteil überwiegen (§ 15 Abs. 3 SGB XI).

Nach den Strukturdaten aus der Statistik liegt der Schwerpunkt der Leistungen – vor allem der durch Fachkräfte erbrachten Leistungen – (demgemäß) eindeutig in der (Grund-)Pflege. Hauswirtschaftliche Versorgung erscheint demgegenüber nachrangig. Die vergleichsweise geringe Zahl von hauswirtschaftlichen Fachkräften ist hierfür der Indikator. Die hauswirtschaftlichen Hilfen werden somit – so ist zu schließen - offenbar überwiegend von Pflegehilfskräften oder von Personal ohne Ausbildung erledigt.

Auch der Vergleich des für die einzelnen Berufsgruppen durch Umrechnung der Personalkapazität in Vollzeitstellen ermittelten Arbeitszeitumfanges¹²⁰ weist eine ähnliche Verteilung auf (Tab. I. 10). Danach entfallen nahezu 77 % des Vollzeitaufkommens auf Pflegefach- und Pflegehilfspersonal; der darin enthaltene Krankenpflegeanteil (einschl. Kinderkrankenpflege) liegt bei gut 36 %. Insgesamt ist die Fachpflege mit etwa 48 zu 29 % gegenüber der Pflegehilfe deutlich stärker vertreten. Insofern lässt sich festhalten, dass nicht nur drei Viertel aller Beschäftigten, sondern auch drei Viertel des geleisteten Arbeitsaufkommens auf den Bereich Pflege im engeren Sinne entfallen.

Regionale Versorgung

Auf die diesbezüglichen Ausführungen im Abschnitt 3.1.2 sowie Tabelle A I.13 wird verwiesen.

¹²⁰ Um einen Vergleich zwischen den Berufsgruppen möglich zu machen, wurden jeweils zwei Teilzeitbeschäftigungen einer Vollzeitbeschäftigung gleichgesetzt; geringfügige Beschäftigung wurde nicht berücksichtigt.

3.2.2 Pflegeheime

Zahl der Beschäftigten

Zum 19.04.1999 war für die 1.088 zugelassenen vollstationären Einrichtungen in Niedersachsen ein Personalbestand von 44.258 Vollzeit-, Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten ausgewiesen (Tab. I.11).

Arbeitszeitumfang

Die Arbeit in den Pflegeheimen wird zu etwa 60 % von Vollzeit-, zu 30 % von Teilzeitkräften und zu neun % von geringfügig Beschäftigten geleistet. Im Vergleich zu den Pflegediensten weisen die vollstationären Pflegeeinrichtungen damit eine auffällig andere Arbeitszeitstruktur bei den Beschäftigten auf. Vollzeitarbeitsverträge kommen etwa doppelt so häufig vor wie im ambulanten Bereich; geringfügige Beschäftigung hingegen spielt bei etwa einem Zehntelanteil nur eine untergeordnete Rolle.

Zwischen den Berufsgruppen zeichnen sich zwar auch hier mehr oder weniger große Unterschiede ab, doch bewegt sich der Vollbeschäftigtenanteil in den einzelnen Berufsgruppen gegenüber demjenigen der Pflegedienste in der Regel auf einem deutlich höheren Niveau (zwischen rd. 50 und 80 %) ¹²¹, wie die Tabelle I.11 ausweist.

Das Pflegefachpersonal, und hier wiederum besonders die Altenpflegerinnen und Altenpfleger (80 %), ist am häufigsten vollzeitbeschäftigt (76 %). Aber auch das Pflegehilfpersonal geht in den vollstationären Einrichtungen im Gegensatz zu den Beschäftigungsverhältnissen in den Pflegediensten vornehmlich (61 %) einer Vollzeitbeschäftigung nach.

Während auch vom Pflegefachpersonal der Pflegedienste durchaus in nennenswertem Umfang geringfügige Beschäftigungsverhältnisse eingegangen werden (s. 3.2.1), ist dies in den stationären Einrichtungen nur sehr selten der Fall. Bei den Krankenpflegekräften sind es gut 6, in den übrigen Fachpflegebereichen unter 2 %.

¹²¹ Zivildienstleistende lagen sogar bei knapp 100 %.

Berufsgruppe	Umfang der Tätigkeit												
	Vollzeit			Teilzeit			VZ-Äquivalente gesamt		Geringfügig			Beschäftigte insgesamt	
	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	VZ-Äquiv.	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%
Krankenpflege	2611	9,8	69,5	914	6,8	24,3	3068,0	9,2	231	5,8	6,2	3756	8,5
Kinderkrankenpflege	234	0,9	73,1	81	0,6	25,3	274,5	0,8	5	0,1	1,6	320	0,7
Altenpflege	5842	21,8	79,6	1371	10,1	18,7	6527,5	19,5	125	3,1	1,7	7338	16,6
Heilerziehungspflege	49	0,2	67,1	23	0,2	31,5	60,5	0,2	1	0,0	1,4	73	0,2
Fachpflege gesamt	8736	32,6	76,1	2389	17,7	20,8	9930,50	29,6	362	9,1	3,2	11487	26,0
sonstige Pflegeberufe	5391	20,1	60,7	2627	19,4	29,6	6704,5	20,0	870	21,9	9,8	8888	20,1
Auszubildende/Praktikanten	1106	4,1	78,2	262	1,9	18,5	1237,0	3,7	47	1,2	3,3	1415	3,2
hauswirtschaft. Fachpersonal	1318	4,9	58,9	746	5,5	33,4	1691,0	5,0	172	4,3	7,7	2236	5,1
Raumpflege und Küche	3550	13,3	44,0	3504	25,9	43,5	5302,0	15,8	1007	25,3	12,5	8061	18,2
Verwaltung	1717	6,4	56,0	998	7,4	32,6	2216,0	6,6	349	8,8	11,4	3064	6,9
Therapie	392	1,5	43,5	391	2,9	43,3	587,5	1,8	119	3,0	13,2	902	2,0
Sozialbetreuung	251	0,9	58,2	137	1,0	31,8	319,5	1,0	43	1,1	10,0	431	1,0
sonstige Berufe	308	1,2	41,6	375	2,8	50,7	495,5	1,5	57	1,4	7,7	740	1,7
Zivildienstleistende	1052	3,9	99,3	5	0,0	0,5	1054,5	3,1	2	0,1	0,2	1059	2,4
ohne Ausbildung	2953	11,0	49,4	2074	15,4	34,7	3990,0	11,9	948	23,8	15,9	5975	13,5
Gesamt	26774	100,0	60,5	13508	100,0	30,5	33528,0	100,0	3976	100,0	9,0	44258	100,0

Quelle: AOK-Statistik: Zugelassene vollstationäre Einrichtungen; eigene Berechnungen MFAS

Tab. I.11:

Personal in den vollstationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen nach Berufsgruppenstruktur und Arbeitszeitumfang

Auch das sonstige Pflegepersonal war mit unter 10 % nur selten geringfügig beschäftigt. In den Heimen gibt es von daher offensichtlich einen noch deutlicheren Zusammenhang als bei den Pflegediensten zwischen beruflicher Qualifikation bzw. dem Aufgabenbereich / der Funktion, die dort wahrgenommen wird, sowie dem damit verbundenen Arbeitsaufkommen und dem zeitlichen Umfang der Tätigkeit.

Das wird durch die Arbeitszeitstruktur der übrigen Berufsgruppen bestätigt. So liegt beispielsweise der Anteil der geringfügig Beschäftigten ohne Ausbildung bei rd. 16 %, des Personals für Raumpflege und Küche bei rd. 13 %.

Überdurchschnittlich häufig geringfügig beschäftigt sind allerdings auch die Berufsgruppen mit einer hohen fachlichen Qualifikation, die aber keine pflegerischen Aufgaben wahrnehmen – Therapeutinnen und Therapeuten sowie Beschäftigte mit der Aufgabe der sozialen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Für Letztere wird hier unterstellt, dass es sich überwiegend um Beschäftigte mit einer (sozial-)pädagogischen Ausbildung handelt. Für die 1.088 Heime sind für diese Gruppe der Beschäftigten insgesamt lediglich 431 Personen ausgewiesen; bei den Therapeuten sind es immerhin etwas über 900 Personen.

In Bezug auf die Arbeitszeit bemerkenswert sind auch noch die überdurchschnittlich vertretenen Teilzeitarbeitsverhältnisse bei den Beschäftigten ohne näher Berufsbezeichnung (rd. 51 %), beim Raumpflege- und Küchenpersonal (rd. 44%) und den Beschäftigten mit therapeutischer Ausbildung (43%). Im Durchschnitt über alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind rd. 31% teilzeitbeschäftigt. Die Daten stützen die zuvor aufgestellte These insbesondere vom Zusammenhang zwischen Funktion / Arbeitsaufkommen und Beschäftigungsumfang. Bezüglich der besonderen Situation des Personals für soziale Betreuung wird auf die nachfolgenden Ausführungen im Unterabschnitt ‚berufliche Qualifikation‘ verwiesen.

Berufliche Qualifikation

Die Berufsgruppenstruktur des Personalbestandes in den Häusern weicht aus naheliegenden Gründen – wegen der vielfältigeren und komplexeren Aufgabenstruktur - von derjenigen der Pflegedienste ab. Sind dort die Pflegekräfte zahlenmäßig eindeutig vorherrschend, erreicht ihr Anteil an allen Beschäftigten in den Einrichtungen nicht einmal 50 % (Tab. I. 11). 26 % Fachpersonal, darin enthalten allein 17 % Altenpflegerinnen und

-pfleger (64 % aller Pflegefachkräfte!), und 20 % Pflegehilfspersonal, bezogen auf alle Beschäftigten, sind zuständig für den Pflegebereich.

Die vollstationären Pflegeheime leisten im Unterschied zu den Pflegediensten bei häuslicher Pflege nicht nur ergänzende pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfe in dem Umfang, in dem diese durch die privaten Pflegepersonen nicht selbst sichergestellt werden kann. Ihr Aufgabenfeld umfasst auch den bei der häuslichen Pflege durch diese Pflegepersonen erbrachten Hilfen. Als Lebensmittelpunkt ihrer Bewohnerinnen und Bewohner tragen sie für die Sicherstellung des gesamten Lebensvollzuges der Bewohnerschaft Verantwortung. Folgerichtig ergibt sich auch in den anderen Berufsgruppen eine von den Pflegediensten abweichende Personalstruktur. Insbesondere Beschäftigte im Bereich Raumpflege/Küche (18,2 %) und Kräfte ohne Ausbildung (13,5 %) sind aus o.g. Gründen wesentlich stärker vertreten (Pflegedienste: 2,6% / 7,2%), ebenso das hauswirtschaftliche Fachpersonal (5,1 % gegenüber 1,3%). Auch die Verwaltung der Einrichtungen stellt offensichtlich höhere Ansprüche an die Personalausstattung (6,9 % gegenüber 3,6%).

Beim Personal für soziale Betreuung gibt es interessanterweise vom Anteil an den Beschäftigten insgesamt zwischen Diensten und Heimen keinen Unterschied (beide 1%), wohl aber bei den therapeutischen Fachkräften (2,0 statt 0,6%). Folgendes wird daraus – mit einiger Vorsicht – geschlossen:

- Die Aufgaben der sozialen Betreuung werden offensichtlich in vielen Einrichtungen von dem in der Pflege tätigen Personal wahrgenommen. Dies macht u.a. auch den hohen Anteil an Fachkräften der Altenpflege im Vergleich zu denjenigen der Krankenpflege plausibel, da die Ausbildung in der Altenpflege im besonderen auch auf psychosoziale Hilfe und Betreuung alter Menschen ausgerichtet ist. Dementsprechend ist auch die Zahl der Beschäftigten mit einer speziellen (sozial-)pädagogischen Ausbildung gering. Kostenaspekte werden hier zudem von einer gewissen Relevanz sein. Inwieweit die Beschäftigung von Personen mit (sozial-)pädagogischer Spezialqualifikation dennoch sinnvoll oder erforderlich wäre, kann an dieser Stelle nicht bewertet werden.
- Anders als bei der sozialen Betreuung können therapeutische Hilfen nicht von hierfür nicht speziell ausgebildetem Personal übernommen werden. Sofern sie also im

Heim angeboten werden und dafür eigenes Personal vorgehalten wird, handelt es sich immer auch um entsprechendes Fachpersonal.

Wie der Personalbestand in den Berufsgruppen unterscheidet sich auch die Verteilung der geleisteten Gesamtarbeitszeit (Umrechnung der Beschäftigten in Vollzeitstellen) zwischen den Berufsgruppen in den Einrichtungen – gleichfalls ohne Anrechnung geringfügiger Beschäftigungen – erheblich von derjenigen der Pflegedienste. Während dort etwa drei Viertel des errechneten Vollzeitstellenaufkommens auf das Pflegefach- und Pflegehilfpersonal entfallen, ist es in den Einrichtungen – bei einem Verhältnis von drei Pflegefach- zu zwei Pflegehilfskräften – nur die Hälfte. Während bei den Pflegediensten die Krankenpflege etwa drei Viertel des Pflegefachpersonals stellt, ist in den Pflegeheimen mit einem Zwei-Drittel-Anteil an der Fach- die Altenpflege (s.o.) vorherrschend.

Fachpersonalquote

Nach § 5 der Heimpersonalverordnung (HeimPersV) vom 19.07.1993 (BGBl. I S. 1205) dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden; Ausnahmen sind unter bestimmten Voraussetzungen mit Zustimmung der zuständigen Behörde möglich (§ 5 Abs. 2 HeimPersV). Fachkräfte im Sinne dieser Verordnung müssen nach § 6 a.a.O. eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Ausdrücklich nicht zu den Fachkräften zählen die sogenannten Helferberufe (Altenpflegehelferinnen und -helfer, Krankenpflegehelferinnen und -helfer sowie vergleichbare Hilfskräfte).

Die HeimPersV gibt weiterhin für die Beschäftigten für betreuende Tätigkeiten ein Mindestverhältnis zwischen Fachkräften und Hilfskräften vor: Mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern muss mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss zudem auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein.

Nach dem Runderlass des Niedersächsischen Sozialministeriums (jetzt MFAS) zur HeimPersV vom 20.10.1994¹²² ist die nach § 5 Abs. 1 HeimPersV mindestens erforderliche Fachkraftquote von 50 % dahingehend zu verstehen, dass von je zwei Kräften (für betreuende Tätigkeiten) jeweils eine Kraft Fachkraft sein muss und bei einer ungeraden Anzahl von Kräften stets eine Überzahl von Fachkräften gegeben sein muss. Der Begriff der „betreuenden Tätigkeit“ umfasst die Bereiche: Pflege, Eingliederung, Förderung bzw. Therapie und soziale Betreuung¹²³.

Anlässlich der mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) vom 22.06.1998¹²⁴ eingeräumten Fristverlängerung zur Erreichung der Fachkraftquote bis zum 30.09.2000 (§ 10 HeimPersV) hat das MFAS die Bezirksregierungen unter dem 27.07.1998 um Bericht zum 30.06.1999 darüber gebeten, inwieweit

- die Fachkraftquote nach § 5 Abs. 1 Satz 2 HeimPersV erfüllt ist,
- Angleichungsfristen welcher Dauer eingeräumt worden sind,
- die Erfüllung der oben genannten Fachkraftquote
 - nicht zu dem mit der oben genannten Verordnung gesetzten Termin oder
 - überhaupt nicht
 möglich erscheint.

Die Antworten erfolgten wie gefordert nach Landkreisen, kreisfreien Städten, großen selbständigen Städten und nach Heimen aufgeschlüsselt (Tab. I. 12). Nicht in allen Fällen erfolgte allerdings eine prozentuale Berechnung des Anteils derjenigen Einrichtungen in einer Gebietskörperschaft, die die Fachkraftquote erfüllen. Soweit aus den ergänzenden Angaben der Heimaufsichtsbehörden möglich, wurden entsprechende Berechnungen vorgenommen.

Landesweit betrachtet erscheint danach für die **überwiegende Anzahl der Heime** im Sinne des Heimgesetzes die Annahme gerechtfertigt, dass sie die **Fachkraftquote erfüllen**.

¹²² dortselbst Abschnitt 2.5; veröffentlicht in Niedersächsisches Sozialministerium „Durchführung des Heimgesetzes – Erläuterungen zur Rechtslage, Anforderungen an die Einrichtungen, Interessenbewahrung der Bewohnerschaft, Heimaufsicht“, Hannover Oktober 1996, S.51 ff

¹²³ a.a.O., Abschnitt 2.5.2, S. 51

¹²⁴ BGBl. I S. 1506

Tab. I. 12

Erfüllung der Fachkraftquote in den kreisfreien und großen selbst. Städten sowie den Landkreisen in Niedersachsen (Stand: 30.06.1999)

Komm. Gebietskörperschaft	Erfüllung der Fachkraftquote					Bemerkung	
	erfüllt bzw. zu ... % erfüllt	bis 30.09.2000 ¹⁾			n erforderl. - Ausnahmegem. ²⁾		
		voraussichtl.	wohl später	gar nicht	erteilt	in Prüfung	
1	2	3	4	5	6	7	8
Braunschweig, Stadt	ja						
Salzgitter, Stadt	64 % = 7 He %	4 He					
Wolfsburg, Stadt	ja						
Göttingen, Stadt	ja						
Goslar, Stadt	95% = ? He %	ja					St. u. Lk zus 35 He
Landkreis Gifhorn	ja						
Landkreis Göttingen	91% = 20 He %	2 He					
Landkreis Goslar	70 % = ? He %	ja					s.o.b. St. Goslar
Landkreis Helmstedt	ja						
Landkreis Osterode am Harz	42% = 13 He %	39% = 12 He	13% = 4 He	6,5% = 2 He			
Landkreis Peine	nein	nein	offen	offen	nein		Maßn. z. Durchsetz. ergriffen
Landkreis Wolfenbüttel	63% = 5 He %	25% = 2 He	13% = 1 He				
Bez.Reg. Braunschweig³⁾	ja						
Hannover, Landeshauptstadt	84% = 53 He %	16% = 6 He					
Hamel, Stadt	ja						
Hildesheim, Stadt	79% = 11 He %					ja	
Landkreis Diepholz	90% = 27 He %	10% = 3 He					
Landkreis Hameln-Pyrmont	ja						
Landkreis Hannover	48% = 32 He %	27% = 18 He					keine weiteren Angaben
Landkreis Hildesheim	40% = 10 He %	60% = 15 He					
Landkreis Holzminden	76% = 13 He %	24% = 4 He					
Landkreis Nienburg (Weser)	90% = 19 He %	5% = 1 He					keine weiteren Angaben
Landkreis Schaumburg	37,5 % = 15 He %	62,5% = 25 He					
Bez.Reg. Hannover³⁾	75 % = 17 He %	8% = 1 He					
Celle, Stadt	90 % = 21 He %	offen	offen				keine Anträge der restl. Heime
Cuxhaven, Stadt	75 % = 9 He %	25% = 3 He					
Lüneburg, Stadt	ja						
Landkreis Celle	71 % = 17 He %		4% = 1 He			ja	6 He bisl. ohne Antr.
Landkreis Cuxhaven	48 % = 19 He %	offen	offen	offen		für 1 He	keine Prognose möglich
Landkreis Harburg	80% = 16 He %	20% = 4 He					
Landkreis Lüchow-Dannenberg	88 % = 7 He %	12% = 8 He			3 He		Ausn.genehm. f. 3 v. 8 He
Landkreis Lüneburg		48% = 14 He %	offen	offen			15 He kein antr.
Landkreis Osterholz	überwiegend	ja					keine weiteren Angaben
Landkreis Rotenburg (Wümme)	86% = 18 He %	offen	offen	offen			Landkreis verfolgt Erfüllung
Landkreis Soltau-Fallingb.ostel	60 % = 9 He %	27% = 4 He	offen	offen			
Landkreis Stade	ja						
Landkreis Uelzen	ja						
Landkreis Verden	52 % = 13 He %	32% = 8 He	offen	offen			
Bez.Reg. Lüneburg³⁾							k.A. oder kein Heim in kommunaler Trägerschaft
Delmenhorst, Stadt	ja						
Emden, Stadt	ja						
Oldenburg (Oldenburg), Stadt	ja						
Osnabrück, Stadt	ja						
Wilhelmshaven, Stadt	85 % = 22 He %	4% = 1 He	offen	offen			Prüfung läuft
Landkreis Ammerland	ja						
Landkreis Aurich	ja						
Landkreis Cloppenburg	ja						
Landkreis Emsland	ja						
Landkreis Friesland	ja						
Landkreis Grafschaft Bentheim	ja						
Landkreis Leer	58 % = 7 He %	42% = 5 He					
Landkreis Oldenburg	65 % = 11 He %	30% = 5 He	offen	offen			1 He
Landkreis Osnabrück	ja						
Landkreis Vechta	25 % = 3 He %	75% = 9 He					
Landkreis Wesermarsch	36 % = 8 He %		offen	bei He unter 20 Bew			unt. 20 Bew.: Einschätz. d. Landkreises
Landkreis Wittmund	83 % = 5 He %	17% = 1 He					
Bez.Reg. Weser-Ems³⁾	ja						

¹⁾ Fristverlängerung zur Erreichung der Fachkraftquote gem. 1. Verordnung zur Änderung der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) vom 22.06.1998 (BGBl. I S. 1506)

²⁾ Ausnahmegenehmigung gem. § 5 Abs. 2 HeimPersV

³⁾ In ihrer Funktion als Heimaufsichtsbehörden für Heime in kommunaler Trägerschaft

Aussagen über den Anteil der Fachkräfte an der Gesamtzahl der in den Heimen mit betreuenden Tätigkeiten beschäftigten Personen (Fachkraftquote) lassen sich den Berichten der Bezirksregierungen aufgrund des Inhalts der Abfrage (s.o.) nicht entnehmen. Allenfalls gewisse Hinweise geben hierauf die Daten der Landesorganisation der gesetzlichen Pflegekassen über die Personalbesetzung in den Pflegeheimen (Tab. I.11). Allerdings müssen für sie ausdrücklich erneut die gegenüber dieser Datengrundlage anzubringenden Vorbehalte (s. Vorbemerkungen zu Abschnitt I. 3) geltend gemacht werden. Unter den für betreuende Tätigkeiten Beschäftigten machen die Fachkräfte danach ca. 59 % aus^{125,126,127}. Auch in den meisten kreisfreien Städten und Landkreisen wäre danach die Fachkraftquote zumindest erreicht (Tab. A I.14).

Anmerkung:

Die aus der Statistik der Landesorganisationen der Pflegekassen ermittelten **Werte für die Fachkraftquote können angesichts der ungenauen Datengrundlage (s.o.) nur als grobe Anhaltswerte** gelten, die der Überprüfung vor Ort bedürfen. Sie sind statistische Durchschnittswerte, die keinen Hinweis auf die Situation in den einzelnen Heimen geben. Die Verpflichtung der Heimaufsichtsbehörden, für jedes Heim die Erfüllung der Vorgaben der Heimpersonalverordnung (HeimPersV) zu prüfen, bleibt davon unberührt.

- ¹²⁵ Zu den Pflegefachkräften sind – entsprechend der statistischen Kategorienbildung (s. Tab. I. 11) – die Berufsgruppen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Heilerziehungspflege sowie die Beschäftigten für Therapie und für soziale Betreuung zu zählen. Nach Maßgabe des o.g. Runderlasses können im Blick auf die Ausnahmebestimmungen von § 5 Abs. 2 HeimPersV als Fachkräfte aber auch gelten
- langjährig (grundsätzlich mindestens zehn Jahre) mit Fachkraftaufgaben betraute Beschäftigte, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, sowie
 - Altenpflegehelfer/innen, Heilerziehungshelfer/innen, Kinderpfleger/innen und Krankenpflegehelfer/innen mit staatlich anerkanntem Abschluss, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, soweit eine mindestens fünfjährige Betrauung mit Fachkraftaufgaben – nach Abschluss der Ausbildung – vorliegt.
- Personen dieser Art sind in der Statistik unter den ‚sonstigen Pflegeberufen‘ subsummiert. Eine Extraktion war nicht möglich; sie dürfte auch angesichts der anzunehmend geringen Zahl solcher Kräfte für das zahlenmäßige Ergebnis kaum von Belang sein.
- Die Pflegehelfer sind unter der statistischen Bezeichnung ‚sonstige Pflegeberufe‘ subsummiert. Beide Gruppen bilden zusammen die für betreuenden Tätigkeiten Beschäftigten im Sinne des § 5 HeimPersV.
- ¹²⁶ Nach dem Runderlass des nieders. MS, a.a.O., S. 51, bezieht sich die Fachkraftquote auf die Beschäftigten, nicht auf die Stellen. Vertreten wird von anderer Seite allerdings auch die Ansicht, dass nach dem Sinn der Rechtsvorschrift im Blick auf die völlig unterschiedlichen Arbeitszeitverhältnisse sowohl der Fach- als auch der Hilfskräfte nur das Verhältnis der Stellenkapazität die Fachkraftquote richtigerweise abbilde. Unter Zugrundelegung der Richtigkeit dieser Rechtsauslegung ergäbe sich anstelle des o.g Wertes aus den Daten eine Quote von rd. 62 % (s. Tab. A I. 15.) Für die Berechnung wurde dabei von zwei Teilzeitbeschäftigten als Äquivalent für eine Vollzeitstelle ausgegangen; die geringfügig Beschäftigten blieben unberücksichtigt. Die Schlussfolgerung bezüglich der Fachkraftquote bedürfte insofern auch bei dieser Berechnungsgrundlage keiner Korrektur.
- ¹²⁷ Neben den dargestellten allgemeinen Einwendungen gegen die verwandte Datengrundlage bildet hier im besonderen die nicht näher zu spezifizierende Klassifizierung der ‚sonstigen Berufe‘ eine statistische Unschärfe. Unterstellt, dass alle dort aufgeführten Beschäftigten – was sicherlich nicht sonderlich der Realität entspricht – der Gruppe der ‚sonstigen Pflegeberufe‘, also der Pflegehilfspersonen zuzurechnen wären, betrügen die Werte für die Fachkraftquote auf Basis der Beschäftigtenzahl 57,1% und auf Basis von Vollzeitstellen 60,1%. Im Ergebnis würde sich also auch hier dem Grunde nach nichts ändern.

Regionale Versorgung

Einen weiteren Indikator zur Kennzeichnung der Versorgungssituation der Pflegeheime mit (Pflege-)Personal und vor allem zum Vergleich der Situation in den kommunalen Gebietskörperschaften stellt das Verhältnis zwischen Personalkapazität und der Platzzahl der Heime dar. Dieser Indikator ist allerdings nur dann anwendbar, wenn die Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und die Platzzahl der Einrichtungen weitgehend übereinstimmen. Dies ist nach Aussagen von Einrichtungsträgerseite und der kommunalen Förderbehörden nach dem NPflegeG angesichts durchschnittlicher Auslastungsquoten der Einrichtungen von zur Zeit etwa 98 % der Fall. Der vorrangigen Bedeutung wegen wurde bei der Berechnung ausschließlich auf die Versorgung mit Pflegepersonal (Fach- und Hilfspflege-Personalkapazität) abgestellt (s. Tab. A I. 13).

Im Landesdurchschnitt kommen rechnerisch auf eine vollzeitbeschäftigte Pflegefachkraft 6,6 und auf eine vollzeitbeschäftigte Pflegehilfskraft 9,8 Plätze bzw. zusammengekommen 4 Plätze auf eine Pflegekraft. Unter Berücksichtigung der Arbeitskraft aller in den Einrichtungen vertretenen Berufsgruppen ergibt sich für einen Pflegeplatz insgesamt die Arbeitsleistung einer halben Vollzeitstelle. Diese Ergebnisse sind allerdings nur verwendungsfähig im Vergleich der kommunalen Gebietskörperschaften untereinander.

Die Pflegesatzkommission stationär nach § 86 SGB XI ist ursprünglich von einem Durchschnittswert von 1:2,75 bei einer idealtypischen Verteilung der Bewohner auf die jeweiligen Pflegestufen ausgegangen. Zur Zeit wird dieser Wert auf Grund der aktuellen Pflegesatzvereinbarungen überprüft.

Hinsichtlich der Situation in den kommunalen Gebietskörperschaften ist festzustellen, dass bis auf wenige Ausnahmen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten – bezogen auf das Gesamt der Beschäftigten und Plätze – ein dem Landesdurchschnitt entsprechendes bzw. angenähertes Verhältnis von Vollzeitpflegestellen zu Plätzen und umgekehrt erreicht wird (Tab. A I. 13). Bei Differenzierung zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften gibt es allerdings zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Kommunen im Verhältnis dieser beiden Beschäftigtengruppen zueinander. Dies wird im besonderen verursacht durch die vergleichsweise großen Abweichungen vom Landesdurchschnitt bei der Ausstattung der Einrichtungen mit Pflegehilfspersonal.

3.3 Angebote für Personen mit besonderem Hilfebedarf

Das Pflegeversicherungsgesetz trifft eine Unterscheidung in ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI). Eine Differenzierung, die sich an spezifischen Hilfebedarfen für unterschiedliche Personengruppen orientiert - z.B. alte Menschen mit gerontopsychiatrisch bedingtem Pflegebedarf, Pflegebedarf von Kindern oder Jugendlichen, von Menschen mit einer (geistigen) Behinderung, Schädel-Hirngeschädigten etc. erfolgt nicht.

Dies ist auf die pflegerische Versorgungsstruktur so nicht übertragbar; sie bedarf im Rahmen des wirtschaftlich Vernünftigen und Leistbaren einer Ausrichtung an den spezifischen Hilfebedarfen. Dies ist in der Praxis auch bereits erfolgt; ein entsprechend ausdifferenziertes Angebot an Diensten und Einrichtungen ist grundsätzlich vorhanden. Eine Darstellung der diesbezüglichen Versorgungssituation steht aber bislang aus.

Im Folgenden werden die dazu im Zuge der Erarbeitung des Pflegerahmenplanes vom MFAS ermittelten Daten und gewonnenen Erkenntnisse entsprechend dem gegenwärtigen Informationsstand wiedergegeben. Diese sind zum Teil von recht unterschiedlichem Genauigkeitsgrad. Wie im Abschnitt ‚Einführung‘ bereits angemerkt, können darum daraus an dieser Stelle nur Hinweise auf eventuellen Versorgungsbedarf und für Versorgungskonzepte gewonnen werden, die nachfolgend im Blick auf Umsetzungsmöglichkeiten z.B. im Landespflegeausschuss mit Betroffenenvertretungen, den Leistungsanbietern und den Kostenträgern zu diskutieren bzw. zu erarbeiten sind.

3.3.1 Schädel-Hirngeschädigte der ‚Phase F‘

Betroffener Personenkreis

Bei den Schädel-Hirngeschädigten der Phase ‚F‘ (Wachkoma) handelt es sich um Personen mit ausgeprägten neurologischen Schädigungen, insbesondere

- cerebrale Gefäßkrankheiten (v.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 Maßnahmen¹²⁸ 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 kürzlich 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 verdeutlicht die besondere Situation dieses Personenkreises.

¹²⁸ Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Ausgabe 1999, S. 16

Anzahl der Betroffenen und Form der pflegerischen Versorgung

Nach Erkenntnissen aus der Praxis leben in Niedersachsen gegenwärtig ca. 1.500 Schädel-Hirn-Geschädigte der Phase F. Von ihnen werden ca. 80 % durch Angehörige zu Hause gepflegt. Für 238 Personen wurde in einer Erhebung des MFAS aus dem Jahr 1998 eine stationäre Versorgung in Pflegeeinrichtungen ermittelt, die nach dortiger Aussage der Träger von der personellen und sächlichen Ausstattung her geeignet sind, diesen Personenkreis zu versorgen bzw. sich hierauf spezialisiert haben¹²⁹. Rund 80 % der stationär versorgten Personen befinden sich in solchen – jeweils größeren – Spezialeinrichtungen. Nicht auszuschließen ist, dass sich weitere Personen mit Schädel-Hirn-Verletzungen in Einrichtungen – auch Altenpflegeeinrichtungen – befinden, die von der Erhebung nicht erfasst wurden. Die Zahl wird jedoch von hier gering eingeschätzt. Insgesamt ist die Zahl der Personen mit Schädel-Hirn-Schädigungen nicht zuletzt in der Folge der fortschreitenden Verbesserungen der Unfallmedizin steigend.

Angebote für die vollstationäre Versorgung

Nach der o.g. Erhebung des MFAS zeigt sich für den Bestand an Einrichtungen und deren Platzkapazität das nachfolgende Bild. Die Bestandsstatistik wurde bei Bekanntwerden neuerer Entwicklungen aktualisiert; die Daten beruhen daher auf einem Erkenntnisstand aus dem Juni 1999:

Tabelle I. 13: Pflegeplätze für Schädel-Hirn-Geschädigte in Niedersachsen (Stand: Juni 1999)

Regierungsbezirk	Zahl der Einrichtungen		Zahl der geeigneten Pflegeplätze ¹⁾
	vorhanden:	geplant:	
Braunschweig	vorhanden: 4 geplant: 1	mind. 68 mind. 40	
Hannover	vorhanden: 15 geplant: 2	mind. 214 98	
Lüneburg	vorhanden: 6 geplant: 1	mind. 89 80	
Weser-Ems	vorhanden: 7 geplant: 0	mind. 118 7	
gesamt:	vorhanden: 31 geplant: 5	vorhanden: mind. 489 geplant: mind. 225	

Quelle: eigene Erhebung MFAS

1) nach Aussagen der Einrichtungsträger

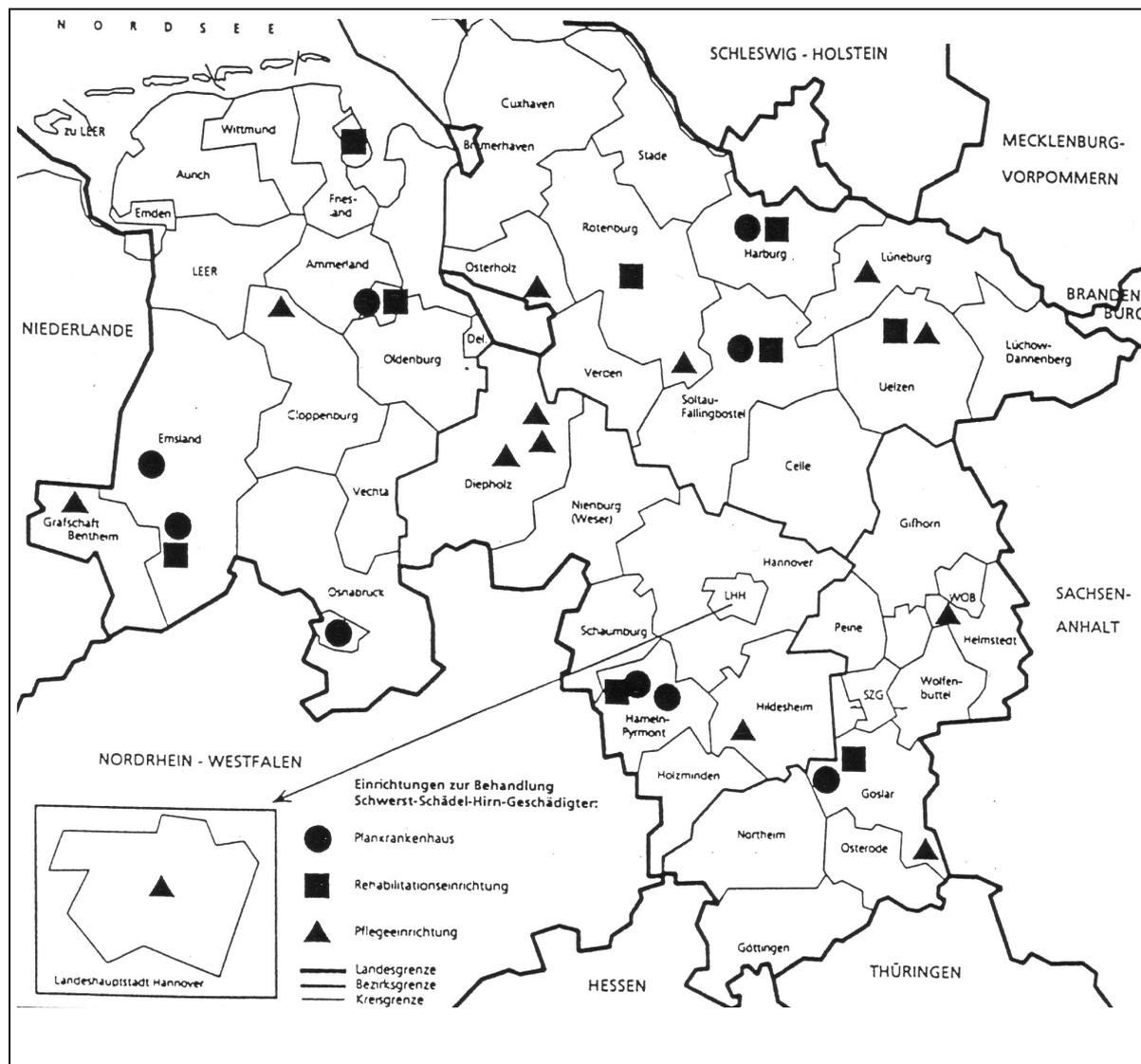
¹²⁹ Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Nachsorgeeinrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte der Phase F: Erhebung zum Bestand an Pflegeeinrichtungen zur Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der Phase F, Hannover 1998, unveröffentlicht; Datenstand vom 05.05.1998

Von den o.g. Einrichtungen haben 12 (nur solche ab 10 Plätzen) einer Veröffentlichung im Niedersächsischen Krankenhausplan für 1998 zugestimmt (Tab. A I.11).

Die regionale Verteilung dieser Einrichtungen ist nachfolgend abgebildet (Abb. I.12)¹³⁰.

Abb. I.12

Versorgung von Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigten



¹³⁰ Niedersächsischer Krankenhausplan (Stand 1.1.1998), Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover August 1998, S. 39

Folgendes ist **zusammenfassend** festzustellen:

- In Niedersachsen bieten z. Zt. 31 zugelassene Pflegeeinrichtungen Plätze für Schädel-Hirngeschädigte an. Drei hiervon planen konkret eine Platzweiterung. Fünf Einrichtungen befinden sich in Planung, eine davon in der Landeshauptstadt Hannover. Bei den Angaben handelt es sich insoweit um Mindestwerte, als nicht ausgeschlossen werden kann, dass weitere Angebotsträger durch die Umfrage nicht erreicht wurden.
- Die in Anspruch genommenen Plätze liegen mit landesweit rd.240 (Stand 05.05.1998) deutlich unter dem Angebot. Die Auslastung liegt damit landesdurchschnittlich nur bei knapp 50%. Die geplanten Einrichtungen eingerechnet ergäbe sich – Status quo der Benutzerzahl unterstellt – sogar ein Auslastungsgrad von nur gut einem Drittel. Die Auslastung ist überwiegend in den größeren Spezialeinrichtungen – zum Teil sogar wesentlich – besser als in Einrichtungen, die nur eine vergleichsweise geringe Zahl von Plätzen für den Personenkreis der Schädel-Hirngeschädigten vorhalten. Allerdings ist dies nicht ausnahmslos der Fall; insoweit ist hinsichtlich der Auslastung auch noch von anderen – hier nicht näher bestimmbar – Einflussgrößen auszugehen.
- Von einer mittelfristigen Bedarfsdeckung mit Plätzen in Fachpflegeeinrichtungen der Phase F ist daher für Niedersachsen grundsätzlich auszugehen.

Ambulante Versorgung

Bezüglich der ambulanten Versorgung gibt es keine näheren Erkenntnisse. Soweit diese 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.

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. Im Blick auf das Angebot mit

Pflegediensten kann für Niedersachsen ein flächendeckendes und ortsnahe Angebot unterstellt werden (s. Abschnitt 3.1.2). Inwieweit dies auch hinreichend qualifiziert ist, kann angesichts fehlender Informationen hierüber nicht geäußert werden. Besondere Probleme sind dem MFAS bisher, z.B. durch die beiden bestehenden Selbsthilfeorganisationen, noch nicht vorgetragen worden. 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.

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.

Beatmungspflichtige Personen

Beatmungspflichtige Personen zählen in der Regel 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 auf den Intensivstationen dort versorgt 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 MFAS bekannt sind zur Zeit drei solcher Einrichtungen – je eine in den Regierungsbezirken Hannover, Lüneburg und Weser-Ems.

3.3.2 Multiple-Sklerose-Erkrankte

Multiple Sklerose (MS) ist eine der am häufigsten auftretenden neurologischen Krankheiten in Deutschland. In Niedersachsen sind etwa 9.000 Menschen von dieser Erkrankung betroffen. Sie tritt zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr unerwartet auf. Frauen sind nicht nur deutlich häufiger betroffen als Männer, sondern auch in höherem Maße angewiesen auf stationäre Versorgung. Hierbei wesentlich sind, nach Kenntnis des Landesverbandes Niedersachsen der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), die ungünstigeren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für häusliche Pflege, insbesondere, wenn der Pflegebedarf die ständige Anwesenheit einer Pflegeperson erfordert.

Bei fortschreitenden Funktionsstörungen, die eine stationäre Pflege notwendig machen, sind an Multipler Sklerose Erkrankte heute nach dortiger Aussage 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. Nach einer Umfrage des Landesverbandes Niedersachsen der DMSG bei ihren 81 Kontaktgruppen aus dem September 1999¹³¹ gibt es solche Angebote nur in Form einer Einrichtung für Betreutes Wohnen in Hannover (nicht für stationär Pflegebedürftige geeignet), einer besonderen Abteilung mit 20 Plätzen einer großen, im Übrigen auf die Pflege alter Menschen ausgerichteten Pflegeeinrichtung in einer an Hannover unmittelbar angrenzenden Stadt, einer Einrichtung in Lehre/Wendhausen im Regierungsbezirk Braunschweig mit 23 und in Celle mit 24 Bewohnerinnen und Bewohnern. Die übrigen benannten 52 Personen leben, wie dargestellt, in Alten- und Pflegeheimen, einige wenige auch in Einrichtungen für schwerstpflegebedürftige Menschen (u.a. Wachkomapatienten).

MS-Kranke finden in solchen Einrichtungen 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

¹³¹ hiervon antworteten 40

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 bei acht Monaten.

3.3.3 Sterbende (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 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 der stationären Hospize auch in Deutschland.

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.“

In Niedersachsen gibt es zur Zeit 8 stationäre Hospize mit insgesamt 55 Plätzen in den Städten Bardowick, Dinklage, Göttingen, Hannover (2 Einr.), Lemförde, Oldenburg und Osnabrück. Zwei weitere – in Hannover bzw. in Bad-Pyrmont – befinden sich im Bau

bzw. in der Planung. In der Planung befindet sich des weiteren ein stationäres Hospiz zur Betreuung sterbenskranker Kinder im Landkreis Diepholz (s. auch Abschn. 3.4.5).

3.3.4 Personen mit hochgradiger Altersdemenz

Die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Untersuchungen zur Situation der Menschen mit dementiellen Erkrankungen (s. Abschnitt I.1.3) machen im Blick auf die pflegerische Versorgungsstruktur Folgendes deutlich:

- Dementielle Erkrankung - vor allem in fortgeschrittenerem Stadium - schließt den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nahezu aus: Ständige Versorgung und Betreuung sind in jedem Fall zumeist rund um die Uhr erforderlich; das ist in der Regel nur in Haushaltsgemeinschaft mit den Pflegepersonen möglich. Liegt (eine mindestens erhebliche) Pflegebedürftigkeit (im Sinne des SGB XI) vor, verschärft sich die Situation, selbst wenn es sich dabei um eine eher somatisch bedingte Pflegebedürftigkeit handelt.
- Das ambulante Versorgungssystem (Pflegedienste) ist aus organisatorischen und finanziellen Aspekten nicht in der Lage, fehlende private Betreuung und Pflege zu kompensieren, sondern nur zu unterstützen - insbesondere durch die Einbringung der notwendigen Fachlichkeit in der Pflege. Diese Unterstützung bezieht sich damit nur auf einen (geringen) Teil des gesamten Hilfebedarfs. Das ambulante Versorgungssystem stößt hier an seine Grenzen.
Teilstationäre Angebote können entlastend und heimvermeidend wirken, finden aber dort spätestens ihre Grenzen, wo Bettlägerigkeit der pflegebedürftigen Personen besteht. Dies wird aus der Untersuchung zur Situation der Tagespflege in Niedersachsen deutlich¹³². Zudem ist die Annahme solcher Angebote durch die betroffenen Familien noch sehr gering (s. Abschnitt 3.1.3).
- Als Alternative - und mit hochgradiger Demenz nahezu zwingend - bleibt für die meisten dementiell erkrankten Menschen nur der Wechsel in ein Heim.

¹³² a.a.O., S. 13

Die Allgemeingültigkeit der aufgeführten Untersuchungsergebnisse ist zu unterstellen. Dafür sprechen nicht zuletzt vielfältige Berichte aus der Praxis auch in Niedersachsen. Folglich ist zu konstatieren, dass sich die Heimträger bereits seit Jahren und zunehmend bezüglich Pflege, Versorgung und Betreuung der Heimbewohnerinnen und -bewohner in ihren Einrichtungen auf den besonderen Hilfebedarf der Menschen mit dementieller Erkrankung auszurichten hatten und entsprechende personelle und bauliche Anpassungen zwangsläufig waren. Altersdementiell Erkrankte sind somit - im Vergleich z.B. mit Personen im Wachkoma - keine Gruppe, für die es (noch) einer besonderen Einrichtungsform zur pflegerischen Versorgung bedürfte. **Das vorhandene Angebot an vollstationären Einrichtungen muss daher als grundsätzlich geeignet für die Versorgung dieses Personenkreises angesehen werden.**

Ob dies mit Blick auf eine diesen Erkrankungen angemessene Pflege und vor allem Betreuung und unter Berücksichtigung der Belange der nicht auf diese Weise beeinträchtigten Heimbewohnerinnen und -bewohner speziell für die hochgradig dementen gilt, wird in den letzten Jahren durch die Erfahrungen aus der Praxis zunehmend in Zweifel gezogen. Aus einer Reihe im Zuge der Förderung von Modernisierungs- und Neubaumaßnahmen nach dem NPflegeG bekanntgewordener Fälle ist zu schließen, dass darum Einrichtungsträger durch Binnendifferenzierung ihrer Einrichtungen, z.T. dabei auch durch bauliche Maßnahmen, zunehmend dazu übergehen, eigene Wohn- und Pflegebereiche für die hochgradig dementiell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner zu schaffen und diese nach neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gestalten (z.B. sogen. Snoezelen-Räume einrichten).

Über die Zahl der auf diese Weise inzwischen besonders ausgestatteten Einrichtungen in Niedersachsen und die diesbezüglichen Platzkapazitäten liegen dem MFAS keine Informationen vor. Es wird jedoch damit gerechnet, dass die auch weiterhin in Richtung auf einen zunehmenden Anteil dementiell erkrankter Menschen zu erwartende Strukturveränderung unter der Bewohnerschaft der Heime die Einrichtungsträger allgemein veranlassen wird, den o.g. Beispielen zu folgen. Hinsichtlich der Kennzeichnung der Versorgungslage des Landes mit stationären Pflegeeinrichtungen im Allgemeinen wird auf Abschnitt 3.1.5 verwiesen.

3.3.5 Pflegebedürftige Kinder

Pflegebedürftige Kinder stellen, wie im Abschnitt I.1.2 näher ausgeführt, eine zahlenmäßig nur sehr kleine Gruppe dar. Weit überwiegend erhalten sie ambulante Pflegeleistungen. Dies ist naheliegend angesichts der Tatsache, dass sich auch diese Kinder überwiegend in familiärer Obhut befinden.

Soweit pflegebedürftige Kinder in stationären Einrichtungen leben, handelt es sich überwiegend um Kinder mit schweren Behinderungen¹³³. Sie erhalten darum Leistungen der Eingliederungshilfe nach den §§ 39, 40 BSHG. Die Pflegeversicherung tritt - unabhängig vom eventuellen Schweregrad der Pflegebedürftigkeit - mit einem Zuschuss zu den von der Einrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI in Höhe von bis zu 500 DM monatlich ein (§ 43a SGB XI). Weitere Ausführungen hierzu befinden sich im Abschnitt 3.3.6, ebenso zur ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen behinderten Kindern durch Familienentlastende Dienste (FeD).

Pflegebedürftige Kinder, die zu hause leben, und ihre Eltern sind, wenn sie häusliche Pflege in Anspruch nehmen (müssen), grundsätzlich auf das Regelangebot der Pflegedienste angewiesen. Dies gilt im Prinzip auch dann, wenn es sich um behinderte Kinder handelt; vereinzelt werden hier aber auch die Familienentlastenden Dienste (FeD) tätig (im Einzelnen siehe Abschnitt 3.3.6).

Pflegedienste bieten, ihrem Selbstverständnis entsprechend, Hilfeleistungen für Personen an, die durch Krankheit oder Behinderung beeinträchtigt und deshalb auf Unterstützung angewiesen sind – unabhängig vom Alter der Pflegebedürftigen und der Art ihrer Beeinträchtigung. Die Versorgung älterer Menschen ist Hauptaufgabe der Beschäftigten der Dienste. Das Personalaufkommen im Pflegebereich spiegelt diese Tatsache durch einen hohen Anteil an Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege wider (s. Abschnitt 3.2). Kinderkrankenpflege und Heilerziehungspflege sind in den ambulanten Diensten mit 2,1 und 0,2 % dementsprechend unter den Beschäftigten nur selten vertreten. Mit anderen Worten: Kinder werden im Normalfall nicht von speziell hierfür qualifizierten Personen versorgt und gepflegt.

Die Pflege von Kindern stellt andererseits eine besondere Herausforderung dar, nicht nur auf der Ebene der pflegerischen Versorgung im engeren Sinne, die kindgerecht zu

¹³³ s. auch hierzu die Ausführungen in Abschnitt 1.2

gestalten ist, sondern auch und gerade hinsichtlich der spezifischen Anforderungen, die sich aus den besonderen kindlichen Bedürfnislagen im Pflegefall ergeben. Hier ist vor allem eine hohe Sensibilität gegenüber den besonderen Bedürfnissen und Wünschen der betroffenen Kinder und viel Geduld im Umgang mit ihnen und ein intensiver Kontakt mit den Eltern gefragt.

Kinder sind entwicklungsbedingt, und viel mehr noch bei eingetretener Pflegebedürftigkeit, auf eine Betreuungs- und Versorgungssituation angewiesen, die ihnen Sicherheit und Verlässlichkeit vermittelt. Sie brauchen ein Umfeld, das durch Vertrauen und Vertrautheit, durch Nähe und Geborgenheit, durch Zuwendung und Liebe, durch Ruhe und Gelassenheit geprägt sein sollte und so dazu beiträgt, Ängste zu verhindern oder zu mindern. Pflege von Kindern sollte daher nach Möglichkeit unter Rahmenbedingungen stattfinden, die das Verbleiben in der häuslichen, vertrauten Umgebung mit den bekannten Bezugs- und Betreuungspersonen erleichtern und sichern und den Pflegepersonen die Voraussetzungen bieten, die zu einem entspannten und entlasteten Pflegealltag beitragen können.

Einige spezialisierte professionelle Dienste in Niedersachsen bieten durch ein entsprechend qualifiziertes Fachpersonal (in der Regel ausgebildete Kinderkrankenschwestern/-pfleger) die Hilfe, die betroffenen Kindern und Jugendlichen eine alters- und beeinträchtigungsangemessene Pflege zukommen und ihren pflegenden Angehörigen die dringend notwendige Unterstützung und Entlastung durch kompetentes Handeln und Beraten zuteil werden lässt.

Die Kinderkrankenpflegedienste arbeiten mit dem Ziel, Kindern einen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt zu ersparen oder ersteren wesentlich zu verkürzen. Sie leisten pflegerische und medizinische Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung und bieten den Eltern fachliche Anleitung und Beratung. Durch den Einsatz eines ausgebildete Kinderkrankenpflegepersonals tragen sie in hohem Maße dazu bei, dass Kinder eine qualifizierte Pflege und Versorgung erhalten und Eltern in der Pflegesituation Sicherheit und Entlastung finden.

Zur Zeit sind in Niedersachsen im Arbeitskreis für häusliche Kinderkrankenpflege sieben Kinderkrankenpflegedienste zusammengeschlossen (Anschriften siehe Anhang). Ihre Einzugsbereiche erstrecken sich jeweils in etwa auf einen Umkreis von 50 Kilome-

tern, so dass lange Anfahrtswege und -zeiten in Kauf genommen werden müssen. Dennoch sind sie auf Grund der räumlichen Verteilung im Land – in den Regierungsbezirken Lüneburg und Braunschweig sind keine Kinderkrankenpflegedienste ansässig - nicht in der Lage, flächendeckend in Niedersachsen zu agieren.

Nach eigener Aussage wird vornehmlich Behandlungspflege nach SGB V durchgeführt. Pflege nach SGB XI werde dann übernommen, wenn die Eltern in der grundpflegerischen Versorgung Unterstützung wünschten. Auf Grund nicht bzw. nicht kostendeckend vergüteter Anfahrtswege durch die Pflegeversicherung kann jedoch, nach eigener Darstellung, Pflege nach SGB XI nicht regelhaft übernommen werden.

Von den Kinderkrankenpflegediensten wird eine Zunahme der Pflegefälle schwerstkranker und chronischkranker Kinder sowie ein Anstieg an Fällen im Bereich der Nachsorge von Frühgeborenen festgestellt. Das heißt, Kinder werden frühzeitiger aus den Kliniken in die häusliche Pflege entlassen – eine gerade aus der Sicht der betroffenen Kindern erfreuliche Entwicklung. Allerdings muss diesem Trend auch mit einer bedarfsgerechten und bedarfsdeckenden qualifizierten ambulanten Pflege entsprochen werden. Bedingungen, wie die berichtete gute Zusammenarbeit der Kliniken und Kinderärzte vor Ort mit den bestehenden Krankenpflegedienste, bieten dafür wesentliche Voraussetzungen.

3.3.6 Menschen mit Behinderungen

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

- Leben sie zu Hause 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).
- 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 2000, 2500 und 2800 DM (3300 DM bei Härtefall).
- Leben sie in einer Einrichtung der Behindertenhilfe¹³⁴, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs.4 SGB XI), übernimmt die

¹³⁴ Zu diesen zählen neben den sogenannten Langzeiteinrichtungen für geistig, körperlich, seelisch oder Sinnes-Behinderte u.a. auch die Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte (WfB)

Pflegekasse zehn % des nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbarten Heimentgeltes, jedoch höchstens 500 DM monatlich. Die Leistung erfolgt unabhängig von der Pflegestufe¹³⁵.

Neben diesen Leistungen werden bei intermittierendem häuslichen Aufenthalt (z.B. in Ferien) Leistungen der häuslichen Pflege gewährt - dort wieder in Abhängigkeit von der Pflegestufe; die Leistungen nach § 43 a SGB XI bleiben dennoch ungeschmälert erhalten¹³⁶.

Den unterschiedlichen Leistungsarten entsprechen - auf die spezifischen Belange pflegebedürftiger behinderte Menschen mehr oder minder ausgerichtete - Versorgungsangebote, die nachfolgend näher dargestellt werden.

3.3.6.1 Pflegedienste

Entsprechend dem nicht auf die Ursachen von Pflegebedürftigkeit, sondern auf spezifische Beeinträchtigungen ausgerichteten Pflegebegriff des SGB XI¹³⁷ finden pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen grundsätzlich keine besonders auf ihre spezifischen Belange 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 MFAS bislang nicht näher erforscht¹³⁸. Aus den Unterlagen über die Personalstruktur (s. Abschnitt 3.2) kann lediglich festgestellt werden, dass die speziell auf die Belange von (pflegebedürftigen) Behinderten 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

¹³⁵ Zur Zahl solcher Leistungsempfänger siehe Abschnitt I.2.3

¹³⁶ Hinsichtlich des dargestellten Rechtsanspruchs auf ambulante Pflegeleistungen besteht auch die Rechtsauffassung, dass solche Leistungen nach Maßgabe des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI nicht statthaft sind. Dort ist ausgeführt: Der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Pflege ruht darüber hinaus, für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer stationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4

¹³⁷ 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 -).

¹³⁸ 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.

(§ 71 Abs. 3 SGB XI). Es ist daraus zu schließen, dass diese Ermächtigung somit praktisch kaum Bedeutung erlangt hat.

Dennoch bestehen in Niedersachsen Angebote an besonderen ambulanten Hilfeangeboten 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. Dies sind

- Familientlastende Dienste (FeD),
- Dienste der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) und
- Dienstleistungsverhältnisse im Rahmen sogenannter 'Persönlicher Assistenz'.

Familientlastende Dienste

Im Zuge des 2. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14.06.1996¹³⁹ wurde die Möglichkeit geschaffen, dass ambulante Hilfedienste für Menschen mit Behinderungen auch dann eine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach den §§ 72, 73 i.V.m. § 71 SGB XI erhalten können, wenn im Sinne des SGB XI erbrachte Leistungen der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung unter Verantwortung einer Fachkraft der Heilerziehungspflege bzw. der Heilerziehung erbracht werden (§ 71 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Damit wurden die Voraussetzungen für die Zulassung der Familientlastenden Dienste als ambulante Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI geschaffen.

Familientlastende Dienste sind - ihrem Namen entsprechend - in erster Linie zur zeitweisen Entlastung von Familien mit (schwer- und schwerst-)behinderten Kindern durch freigemeinnützige Verbände, vor allem den Verband der Lebenshilfe, gebildet worden und sind von ihrem Grundverständnis ambulante Dienste der Eingliederungshilfe mit heil- und sozialpädagogischem Schwerpunkt. Als solche werden sie auch vom Land durch freiwillige Leistungen gefördert.

Die „Richtlinien für die Gewährung von Zuwendungen zur Finanzierung von familientlastenden Diensten“ des MFAS 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 § 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 – an Wochenenden, in den Ferienzeiten teilstationärer Einrichtungen – 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.

Familientlastende 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 wie beruflicher Hinsicht zu schaffen, so dass letztendlich die Betreuungs- und Pflegefähigkeit der Angehörigen erhalten und gefördert und den Eltern das Verbleiben ihres Kindes in der Familie ermöglicht wird.

Den Kindern selbst bieten sie damit die Voraussetzungen, die für eine besonders förderliche Entwicklung notwendig sind. Andererseits kann die Betreuung durch außenstehende Personen dazu beitragen, dass behinderte Menschen im Laufe der Zeit mehr Autonomie und Selbständigkeit außerhalb der Familie gewinnen und den Ablösungsprozess vom Elternhaus zu unterstützen und zu fördern.

1999 werden in Niedersachsen 20 Familientlastende Dienste durch das MFAS gefördert (Anschriften siehe Anhang). Während im Regierungsbezirk Weser-Ems 10 Familientlastende Dienste ansässig sind, entfallen auf den Regierungsbezirk Lüneburg nur 4 und auf die Regierungsbezirke Hannover und Braunschweig jeweils nur 3.

Von den 20 FeD gaben aufgrund einer Abfrage des MFAS 13 an, eine Zulassung als Pflegedienst zu besitzen, oder durch Kooperation mit einer oder mehreren zugelassenen Pflegediensten Leistungen der Pflege im Sinne des SGB XI zu erbringen. 4 Einrichtungen haben nicht geantwortet.

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 1993¹⁴⁰ 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 entsprechen¹⁴¹:

- 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., und 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 Zivildienstgesetzes¹⁴². Für die individuelle Schwerstbehinder-

¹⁴⁰ Nr. 1.1 – Ziel des Einsatzes; Bundesamt für den Zivildienst I/II 1 – 72.01/72.22.19, , RS 4/1993 v. 26.10.93

¹⁴¹ Nr. 1.3 a.a.O.

¹⁴² Gesetz über den Zivildienst der Kriegsdienstverweigerer (Zivildienstgesetz – ZDG) i.d.F. d. Bekanntmachung v. 28.9.1994 (BGBl. I, S. 2811), zuletzt geändert durch Art. 13 des Gesetzes v. 7. August 1996 (BGBl. I, S. 1254,1312)

tenbetreuung standen in Niedersachsen mit Stand vom 15.06.1998 insgesamt 673 anerkannte Zivildienstplätze für erwachsene Personen und 135 für Kinder zur Verfügung; das sind zusammen 5,4% aller Zivildienstplätze¹⁴³. Von den bereitgestellten Plätzen waren allerdings nur rd. die Hälfte bei den Plätzen für Erwachsene und etwa 60% derjenigen für Kinder 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 dieses Tätigkeit

liegen keine Informationen vor. Festzustellen bleibt dennoch: Die ISB macht nur einen recht geringen Teil des Einsatzes von Zivildienstleistenden aus.

Die Zahl der Dienste der ISB wird nicht statistisch erfasst. In einer von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG-FW) im Januar 1992 in Abstimmung mit dem Niedersächsischen Sozialministerium (jetzt: MFAS) durchgeführten Vollerhebung wurden 92 ISB-Dienste ermittelt¹⁴⁴. Zur Klärung der Frage, ob es sich hierbei zugleich um zugelassene Pflegedienste oder um in Kooperation mit einem Pflegedienst tätige Dienste handelt, bedürfte es einer neuerlichen Erhebung. Grundsätzlich ist eine solche Zulassung durch Versorgungsvertrag nach den §§ 72, 73 SGB XI aus den nachfolgenden Gründen nicht auszuschließen.

In der o.g. Umfrage der LAG-FW wurde z.B. festgestellt, dass bei den 69 Diensten, die geantwortet hatten, neben den Zivildienstleistenden immerhin mit Stichtag 01.10.1991 307 weitere Personen dort beschäftigt waren¹⁴⁵. Von diesen waren über ein Fünftel Pflegefachkräfte im Sinne des § 71 Abs. 3 SGB XI, weitere 58% solche, die nach den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege“ vom 31.05.1996 zu den dort benannten geeigneten Kräften im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) zählen¹⁴⁶. Für diese Beschäftigtengruppen wurde angesichts rückläufiger Zahlen von Zivildienstleistenden ein Anstieg zwischen den gesetzten Stichtagen – 01.07.1990 und 01.10.1991 – festgestellt. Die Beantwortung der Frage, welche beruflichen Qualifikationen Mitarbeiterinnen und Mitar-

¹⁴³ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Mitteilung v. 8.7.1998 – Az.: ZD 1 b - 7881

¹⁴⁴ entnommen aus: „Auswertung der Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen zur ‚Situation der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) in Niedersachsen‘, unveröffentl. Manuskript; Hannover 20. Mai 1992, S. 2

¹⁴⁵ a.a.O., S. 3

¹⁴⁶ a.a.O., Nr. 3.1.3.2; Bundesministerium d. Justiz (Hrsg.): Bundesanzeiger Jg. 48 Nr. 152a vom 15. August 1996

beiter eines ISB-Dienstes aufweisen sollten, zeigt danach generell die Tendenz der ISB-Dienste auf, verstärkt Fachpersonal in die Betreuung mit einzubeziehen. Folgende Nennungen wurden abgegeben:

- | | |
|--|----|
| - Krankenschwester / -pfleger | 10 |
| - Krankenpflegehelferin / -helfer | 5 |
| - Altenpflegerin / -pfleger | 5 |
| - Heilerziehungspflegerin / -pfleger | 5 |
| - Erzieherin / Erzieher | 5 |
| - Haus- und Familienpflegerin / -pfleger | 4. |

Von weiteren 11 Diensten wurden zumindest pflegerische Grundkenntnisse erwartet¹⁴⁷.

Schließlich verweist die Tatsache, dass hinsichtlich der Kostenträgerschaft für die erbrachten Hilfen u.a. auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Schwerpflegebedürftigkeit nach § 53 ff SGB V hingewiesen wird, auf die Richtigkeit der Annahme: Solche ISB-Dienste müssen bereits zum damaligen Zeitpunkt eine Zulassung nach § 132 Abs. 1 SGB V für häusliche Pflegehilfe besessen haben. Die Leistungen nach den §§ 53 und 56¹⁴⁸ SGB V wurden durch das Pflegeversicherungsgesetz vom 26.05.1994 mit Wirkung vom 01.04.1995 – dort in den §§ 36 und 39 SGB XI – ersetzt. Die Weiterführung der Leistungserbringung durch den ISB-Dienst wurde durch Versorgungsvertrag mittels Bestandsschutz nach § 73 SGB XI gewährleistet.

‘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 sogenannten ‘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 selbstbestimmten Verwendung des Sachleistungsanspruches hat der Bundesgesetzgeber im Zuge des 2. SGB XI-Änderungsgesetzes¹⁴⁹ durch eine Änderung in § 77 Abs. 1 SGB XI mit Wirkung zum 01.07.1996 ausgeschlossen. Insbesondere sollten dabei der

¹⁴⁷ a.a.O., S. 5

¹⁴⁸ häusliche Pflegehilfe bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

¹⁴⁹ vom 14.6.1996, BGBl. I, S. 830

Vorrang der Leistungserbringung durch zugelassene - und damit der Qualitätskontrolle nach § 80 SGB XI unterliegende - Pflegedienste gesichert und die Umgehung des Anspruches auf Pflegegeld bei selbstbeschaffter (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 häuslichen 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)¹⁵⁰. Aufgrund dieser Ausnahmebestimmung ist nicht auszuschließen, dass in Niedersachsen 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, gering einzuschätzen.

3.3.6.2 Vollstationäre Einrichtungen

Der weitaus überwiegende Teil der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen lebt in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI und erhält daher Leistungen aus der Pflegeversicherung bis zu 500 DM monatlich (s.o.). Zugelassene Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner den Leistungsanspruch nach § 43 SGB XI geltend machen können, gibt es nur wenige. Nach diesbezüglichen Unterlagen des Nieder-

¹⁵⁰ Nach der Koalitionsvereinbarung der Regierungsfractionen der SPD und von Bündnis 90 / Die Grünen vom 20.10.1998 sind die Möglichkeiten der (Wieder-)Einführung von persönlicher Assistenz bei pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen durch die Bundesregierung zu prüfen. Ein Prüfergebnis liegt bislang nicht vor. Ob es zu einer erneuten Gesetzesänderung in o.g. Sinne kommt, ist daher offen.

sächsischen Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben (NLZSA) handelt es sich um insgesamt 13 Einrichtungen mit zusammen 512 Plätzen¹⁵¹. Hiervon sind

- 6 Einrichtungen für seelisch Behinderte mit zusammen 274 Plätzen,
- 3 Einrichtungen für Körperbehinderte mit zusammen 163 Plätzen,
- 2 Einrichtungen für geistig Behinderte (ausschließlich Kurzzeitpflege!) mit zusammen 22 Plätzen,
- 1 Einrichtung für Suchtkranke (Alkoholiker) mit 40 Plätzen,
- 1 Einrichtung ohne spezifische Zuordnung zu einer Behinderungsart mit 13 Plätzen.

Darüber hinaus sind zwei weitere Einrichtungen mit zusammen immerhin 394 Plätzen für seelisch Behinderte bekannt, deren Bewohnerschaft überwiegend 60 Jahre und älter ist. Diese Einrichtungen sind im Blick auf die bei den kreisfreien Städten und Landkreisen als örtliche Träger der Sozialhilfe liegende Kostenträgerschaft den Altenpflegeheimen zugeordnet; bei den Bewohnerinnen und Bewohnern handelt es sich jedoch um alt gewordene behinderte Menschen.

Alle übrigen stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen leben in Behinderteneinrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI. Insgesamt handelt es sich nach den Unterlagen des NLZSA um 502 Einrichtungen mit 18.479 Plätzen. Die Aufteilung für die verschiedenen Behinderungsarten ist Tabelle I.14 zu entnehmen, die regionale Verteilung der Einrichtungen in Niedersachsen aus Tab. A I.16 im Anhang.

¹⁵¹ ohne Einrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte; siehe hierzu Abschnitt 3.4.1; Liste der Einrichtungen im Anhang

Regierungsbezirke:	Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte		Körperbehinderte		Hörgeschädigte		Blinde		Station. Einricht. und Wohngruppen für seelisch Behinderte		Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte		Altenwohngruppen		Suchtkranke	
	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze
Braunschweig	5	1138			2	35			12	392	60	1274	1	20	2	70
Hannover	16	1188	6	299	1	127	4	298	27	1690	68	1410	1	6	6	214
Lüneburg	27	3070	3	135					17	497	63	1430			6	133
Weser-Ems	19	1418	4	74	6	388			19	683	117	2258	6	64	4	168
Land Nds.	67	6814	13	508	9	550	4	298	75	3262	308	6372	8	90	18	585

Tab I.14:

Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Stand: 08.09.1999)

3.3.7 Migrantinnen und Migranten

Pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten bedürfen, wenn sie pflegfachlich 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 auf ein derartiges Angebot nur begrenzt zurück gegriffen werden, da Leistungsanbieter in der Regel noch kein entsprechendes Leistungsspektrum vorhalten. Bekannt sind zwei Pflegedienste in Hannover, die speziell pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten betreuen und versorgen: Der Interkulturelle Sozialdienst und der Transkulturelle Pflegedienst.

Die vom Land Niedersachsen gemeinsam mit den Ländern Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein geförderte, noch nicht abgeschlossene 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 laut Vorabmitteilung ergeben, dass von 143 rückmeldenden Einrichtungen 20 Einrichtungen der stationären oder ambulanten Pflege interkulturell tätig sind. Allerdings können derzeit noch keine näheren Aussagen zur Art der Angebote gemacht werden. Diese Bestandsaufnahme erfolgt in der zur Zeit laufenden zweiten Erhebungsphase¹⁵².

Nach Aussagen von Einrichtungsträgern gestaltet sich die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen durch Migrantinnen und Migranten derzeit noch sehr verhalten. Die

¹⁵² Mit einem Abschlußbericht ist voraussichtlich Ende April 2000 zu rechnen.

geringe Zahl der Angebote erklärt sich nicht zuletzt auch hieraus. Für dieses Nachfrageverhalten werden mehrere Gründe genannt:

- Ältere Migrantinnen und Migranten sind zur Zeit noch hauptsächlich in der Gruppe der sogenannten ‚jungen Alten‘ (50 – 65 Jahre) vertreten; erst in Zukunft ist daher ein verstärktes Aufkommen an Pflegebedürftigen bei dieser Bevölkerungsgruppe zu erwarten.
- Vorhandene Rückgriffsmöglichkeiten auf (innerfamiliäre) private Unterstützungsleistungen.
- Sprachliche und kulturelle Barrieren; im Alter verstärkt auftretender Rückzug in die Ethnizität.
- Fehlende bzw. geringe Kenntnis über die vorhandenen Dienste und Einrichtungen bzw. über die Erlangung von Leistungen nach dem SGB XI.

Diese Gründe bedingen einander zum Teil wechselseitig und beeinflussen das Nachfrageverhalten nachhaltig. Zu erwarten ist allerdings, dass mit zunehmender Dauer des Verbleibs in der Bundesrepublik Deutschland durch verbesserte Sprachkenntnisse auch der durch Desinformation erschwerte Zugang zum bestehenden Infrastrukturanangebot erleichtert wird. Dies gilt zumindest für die nachwachsende(n) Generation(en).

II. Entwicklung des Pflegebedarfs

1. Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demographischen Entwicklung

1.1 Datengrundlagen, Inhalt und Planungsrelevanz der Prognose¹⁵³

Die den nachfolgenden Ausführungen über die voraussichtliche zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen zugrundeliegende Prognose des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung GmbH, Hannover (IES), beruht im wesentlichen auf folgenden Grundlagen:

- Vorausschätzung der Altersentwicklung der niedersächsischen Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Landkreisen (jahrganggruppenweise in Intervallen von je 5 Jahrgängen; letzte Gruppe 80 Jahre und älter) auf der Basis der Altersverteilung der Einwohnerschaft am 31.12.1996¹⁵⁴ unter Einbezug empiriegestützter Annahmen über Außenwanderungen (von und nach Niedersachsen) und Binnenwanderungen (zwischen den o.g. kommunalen Gebietskörperschaften).
- Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB IV - Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Geschlecht und Art der erhaltenen Leistung (ambulant¹⁵⁵, vollstationär)¹⁵⁶ - mit Stand 31.12.1997.
- Statistik der gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen über die Versicherten nach Altersgruppen mit Stand 01.10.1997¹⁵⁷ zur Ermittlung der altersspezifischen ‚Pflegebedürftigkeitsquote‘.

Die Datengrundlagen ermöglichen hinsichtlich der altersspezifischen Entwicklung angesichts des vergleichsweise kurzen Prognosezeitraumes bis 2010 eine realitätsnahe Vorausschätzung. Sie ermöglichen des weiteren die unter dem Aspekt der Versorgungsplanung wichtige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen, die in Privathaushalten gepflegt werden (ambulante Pflege) und solchen, die der Heimpflege bedürfen.

¹⁵³ s. auch ‚Einführung‘, Abschnitte 5. und 6.

¹⁵⁴ auf die diesbezüglichen Ausführungen in ‚Einführung‘, Abschnitt 6., Unterabschnitt ‚Entwicklung des Pflegebedarfs‘ wird hingewiesen

¹⁵⁵ umfasst auch Empfängerinnen und Empfänger teilstationärer Pflegeleistungen sowie solchen der Kurzzeitpflege

¹⁵⁶ Bundesarbeitsblatt 9/1998, S. 127

Mangels weitergehend differenzierter Daten war dabei allerdings von folgenden Annahmen auszugehen:

- Die Verteilung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen auf die Altersgruppen sowie im Verhältnis von ambulanter zu vollstationärer Versorgung entspricht derjenigen aller Pflegebedürftigen im Bundesgebiet¹⁵⁸.
- Die für das Bundesgebiet gemessenen Anteile der Pflegebedürftigen an den in der gesetzlichen Pflegeversicherung Versicherten sind auf die Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe übertragbar (altersspezifische 'Pflegequote')¹⁵⁹.
- Die für das Bundesgebiet ermittelten altersspezifischen Bedarfsquoten gelten in allen kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen gleichermaßen. Diese Annahme kann wegen fehlender Daten weder bestätigt noch falsifiziert werden; sie ist von daher im Rahmen der örtlichen Pflegeplanung zu überprüfen.

Die nachfolgend dargestellten Prognosewerte bilden daher nur Anhaltsgrößen, die vermittelt örtlich genauere Kenntnisse eventuell korrigiert werden müssen. **Um Fehldeutungen im Blick auf die Bedarfsplanung bei vollstationären (Alten-) Pflegeheimen zu vermeiden, wird des Weiteren auf die nachfolgend in Übersichtsform hervorgehobenen zusätzlichen Erläuterungen verwiesen.**

¹⁵⁷ a.a.O.

¹⁵⁸ Diese Annahme erscheint möglich unter Bezugnahme auf den Vergleich der Leistungsdaten der landesunmittelbaren Kassen in Niedersachsen mit derjenigen aller Pflegekassen auf Bundesebene (s. Abschnitt I.1.1)

¹⁵⁹ Hiervon ist grundsätzlich auszugehen, da rd. 90 % der Bevölkerung in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind.

**Erläuterungen zur Deutung der zahlenmäßigen Entwicklung
der stationär Pflegebedürftigen im Blick auf den
Platzbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Die prognostizierte Zahl der Pflegebedürftigen ist in keinem Fall gleichzusetzen mit der Zahl der zum jeweiligen Zeitpunkt in einer Kommune insgesamt vorzuhaltenden Pflegeheimplätze¹⁶⁰.

1. Die Prognosewerte beziehen sich nur auf Personen, die
 - pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und
 - in der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft beheimatet sind.

Von erheblicher Relevanz ist dies für die Frage nach der Zahl der notwendigen Plätze in vollstationären Einrichtungen insofern, als dafür neben den Obengenannten zum jeweiligen Betrachtungszeitpunkt weitere Nutzergruppen - additiv - zu berücksichtigen sind. Dabei handelt es sich um die in den Heimen lebenden 'gebietsfremden' Pflegebedürftigen sowie die Bewohnerinnen und Bewohner der sogenannten Pflegestufe Null. Die Erstgenannten ('Gebietsfremde') bilden in kommunalen Gebietskörperschaften mit ländlicher Siedlungsstruktur in Randlagen zu großstädtischen Verdichtungsräumen und mit Fremdenverkehrszentren erfahrungsgemäß einen besonders hohen Anteil unter den Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime.

Zu verringern wäre die Zahl der prognostizierten Heimpflegebedürftigen unter diesem Aspekt um die - nur aufgrund örtlicher Kenntnisse ermittelbare - Zahl derjenigen, die in einem Heim außerhalb des Zuständigkeitsbereiches der jeweiligen Kommune leben bzw. dorthin erfahrungsgemäß übersiedeln.

2. Die Prognosezahlen beziehen sich nur auf potentielle Leistungsempfängerinnen und -empfänger der sozialen Pflegeversicherung. In Abschnitt I.1.1 wurde für die pflegebedürftigen Empfängerinnen und Empfänger der privaten Pflegeversicherung ein zusätzlicher Anteil von ca. 5 % der sozial pflegeversicherten Leistungsbezieherinnen und -bezieher ermittelt. Diese müssten daher bei der Ermittlung des Platzbedarfes in Pflegeheimen hinzugerechnet werden.
3. Die Prognosezahlen für die heimpflegebedürftigen Personen beinhalten auch diejenigen Personen, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben (werden). Für diese wurde - bundesweit - ein Anteil von 11,1 % an allen vollstationären Leistungsbezieherinnen und -bezieher ermittelt¹⁶¹. Ebenfalls festgestellt wurde, dass diese Personengruppe den weitaus größten Anteil unter den vollstationär Pflegebedürftigen im Alter unter 60 Jahren bildet.

Zur Ermittlung des Platzbedarfs in Altenpflegeheimen wären demnach ca. 10 % von den prognostizierten Werten in Abzug zu bringen.

¹⁶⁰ Auf die weiteren Ausführungen hierzu im Kapitel IV, Abschnitt 3. 'Hinweise zur örtlichen Pflegeplanung' wird hingewiesen.

¹⁶¹ siehe auch Abschnitt I.2.3

Die Prognose geht im Übrigen bezüglich des altersspezifischen Leistungsumfanges von gleichbleibenden Verhältnissen über den gesamten Prognosezeitraum aus (Status-Quo-Prognose). Dies ist nicht als selbstverständlich zu unterstellen. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang auf die bereits dargestellten Veränderungen im Nachfrageverhalten nach Pflegeleistungen - verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen der vollstationären Pflege seit Beginn der Leistungen ab Mitte 1996 hingewiesen (s. Abschnitt I.2.2.3).

Veränderungen der Nachfrage werden insofern zu beachten und im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Fortschreibung des Pflegerahmenplanes sowie der örtlichen Pflegepläne bei der Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen sein. Nachfrageveränderungen in Struktur und Umfang werden immer zu erwarten sein im Fall von Veränderungen der leistungsrechtlichen Grundlagen im SGB XI. So würde z.B. eine Berücksichtigung der allgemeinen Beaufsichtigung und Anleitung bei altersdementen und bei geistig behinderten Menschen mit Sicherheit einen erheblichen Anstieg der Zahl der leistungsberechtigten Personen zur Folge haben. Zugleich würde ein scheinbarer Rückgang der Personen der Pflegestufe Null in den Heimen verzeichnet werden. Allerdings wäre dies nur mit einer anderen leistungsrechtlichen Zuordnung (dann pflegebedürftig nach dem SGB XI), nicht aber mit einer Verminderung der Zahl solcher in Heimen lebenden Menschen verbunden. Die dann insoweit den Pflegebedürftigen nach dem SGB XI zuzurechnenden Personen wären allerdings bei der Prognose für die weitere Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen künftig mit einzubeziehen.

Auch andere Variable bei der Prognose wie z.B. das Wanderungsverhalten der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger sind von Einfluss auf die Prognosedaten. Nach Aussage des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforchung resultieren die Unterschiede in den jetzt vorliegenden Prognoseergebnissen im Vergleich zu den Ergebnissen der Prognose aus 1996 auf Basis der Bevölkerung vom 31.12.1994¹⁶² (siehe Tabelle A II.1 a und b) auch auf neuen Erkenntnisse vor allem über das Zuzugsverhalten von ausländischer Bevölkerung (Verringerung) aber auch über Veränderungen bei den Binnenwanderungen der niedersächsischen Bevölkerung.

Von ausschlaggebendem Einfluss für diese Unterschiede in den Prognoseergebnissen sind allerdings die nunmehr zugrunde gelegten Daten über die tatsächliche Inanspruchnahme der Leistungen aus der Pflegeversicherung bzw. die Gewährung solcher Leistungen durch die Pflegekassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen

¹⁶² siehe 'Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs', a.a.O., S. 48,50

nach zuvor festgestellter Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (s. auch 'Einführung', Abschnitt 5.). Bei den in der Prognose aus 1996 verwandten altersspezifischen 'Pflegequoten' handelte es sich noch um aus empirischen Untersuchungen von 'Infratest' vor Geltung des SGB XI gewonnenen empirisch unterstützte Annahmen¹⁶³.

Die Prognosewerte aus den 'Orientierungsdaten' sollten daher für weitere Überlegungen, z.B. bei der örtlichen Pflegeplanung, nicht mehr herangezogen werden.

1.2 Pflegebedürftige in Privathaushalten und in Heimen - Entwicklung bis zum Jahr 2010

Pflegebedürftige in Privathaushalten

Unter den getroffenen Annahmen für die Prognose der ambulant Pflegebedürftigen sind in Niedersachsen im Jahr 2000 rund 130.100 nach SGB XI pflegebedürftige Personen in Privathaushalten anzunehmen (Tab. II. 1a). Dieser Wert erscheint recht realistisch vor dem Hintergrund, dass von den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen zum 31.12.1998 125.841 Empfängerinnen und Empfänger von ambulanten Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung ausgewiesen waren¹⁶⁴. Hinzuzurechnen sind noch etwa 6230 privat pflegepflichtversicherte Personen. Der für das Jahr 2000 geschätzte Wert liegt damit knapp 2.000 Personen unter den für 1998 in etwa festgestellten Leistungsempfängerinnen und -empfänger¹⁶⁵. Insofern **kann für die Prognosedaten angenommen werden, dass sie hinsichtlich der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen eine eher vorsichtige Schätzung darstellen.**

¹⁶³ Orientierungsdaten ..., a.a.O., S. 47,49

¹⁶⁴ s. Tab. I.1 im Abschnitt I.1.1

¹⁶⁵ Auch bei den Angaben der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen handelt es sich z.T. um Hochrechnungen (s. Vorbemerkung zu Abschnitt I.3.); ebenso sind die Zahlen der privat pflegepflichtversicherten Leistungsempfängerinnen und -empfänger nur geschätzte Werte (s. Abschnitt I.1.1). Der rechnerische Unterschied von 2.000 Personen ist daher als eine kalkulatorische Größe zu betrachten, die – im Sinne einer Untergrenzen- / Obergrenzen-Schätzung eventuell aufgeschlagen werden müsste.

Tab. II.1a:

Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre und insgesamt in Privathaushalten in den Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens bis zum Jahr 2010 (IES-Prognose, eigene Berechnungen MFAS)

Landkreise und kreisfreie Städte	1996				2000				2005				2010				Differenz zu 2000	+/- %
	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed		
Niedersachsen	320.139	61.467	7.815.148	129.921	293.361	56.325	7.937.431	130.105	325.843	62.562	8.046.983	138.961	350.513	67.299	8.113.911	147.113	17.008	13,1
Braunschweig Stadt	13.266	2.547	251.320	4.856	11.407	2.190	245.145	4.567	11.552	2.218	239.204	4.565	11.462	2.201	235.481	4.578	11	0,2
Salzgitter Stadt	4.615	886	116.865	1.950	4.325	830	114.702	1.969	5.065	972	111.968	2.127	5.678	1.090	109.277	2.254	285	14,5
Wolfsburg Stadt	4.365	838	124.655	1.990	4.390	843	119.232	2.064	5.324	1.022	113.322	2.265	6.262	1.202	108.278	2.437	373	18,1
Gifhorn	5.012	962	163.964	2.282	4.662	895	171.963	2.372	5.357	1.028	179.017	2.630	6.219	1.194	183.454	2.900	528	22,3
Göttingen Landkreis	5.127	984	140.782	2.201	4.994	959	140.662	2.250	5.452	1.047	133.649	2.283	6.016	1.155	142.983	2.507	257	11,4
Göttingen Stadt	5.524	1.061	126.451	2.062	4.233	813	121.830	1.802	4.282	822	128.134	1.854	3.798	729	120.792	1.723	-79	-4,4
Goslar	8.902	1.709	160.273	3.304	8.006	1.537	155.971	3.195	8.720	1.674	152.225	3.297	8.820	1.693	149.509	3.340	145	4,5
Helmstedt	4.398	844	101.237	1.797	4.042	776	99.778	1.785	4.624	888	98.201	1.898	5.045	969	96.784	1.984	199	11,1
Northeim	7.489	1.438	153.610	2.890	6.708	1.288	151.690	2.818	7.320	1.405	149.696	2.934	7.682	1.475	147.941	3.023	205	7,3
Osterode am Harz	4.621	887	88.209	1.774	4.376	840	86.270	1.767	4.989	958	84.348	1.865	5.210	1.000	82.674	1.908	141	8,0
Peine	5.321	1.022	127.902	2.150	4.826	927	131.343	2.158	5.397	1.036	134.655	2.327	5.924	1.137	136.773	2.491	333	15,4
Wolfenbüttel	5.070	973	122.574	2.074	4.667	896	124.273	2.076	5.171	993	125.828	2.214	5.517	1.059	126.565	2.336	260	12,5
Reg.Bez. Braunschweig	73.710	14.151	1.677.842	29.330	66.636	12.794	1.662.859	28.823	73.253	14.063	1.650.247	30.259	77.633	14.904	1.640.511	31.481	2.658	9,2
Hannover Landeshptst.	27.036	5.191	522.574	9.909	22.561	4.332	520.637	9.203	22.325	4.286	516.644	9.097	21.611	4.149	512.028	9.023	-180	-2,0
Diepholz	8.331	1.600	205.499	3.369	7.682	1.475	211.414	3.417	8.596	1.650	216.846	3.706	9.439	1.812	220.236	3.994	577	16,9
Hameln-Pyrmont	9.159	1.759	163.831	3.332	8.033	1.542	163.586	3.203	8.363	1.606	163.299	3.287	8.655	1.662	163.041	3.390	187	5,8
Hannover	21.667	4.160	590.418	9.255	20.441	3.925	603.384	9.523	23.200	4.454	614.958	10.432	25.932	4.979	622.006	11.345	1.822	19,1
Hildesheim	13.687	2.628	292.970	5.294	12.275	2.357	294.669	5.209	13.431	2.579	296.074	5.490	14.284	2.742	296.691	5.744	535	10,3
Holzminden	4.177	802	83.317	1.607	3.790	728	82.899	1.582	4.253	817	82.485	1.669	4.425	850	82.098	1.722	140	8,8
Nienburg (Weser)	5.117	982	124.435	2.093	4.863	934	126.868	2.137	5.631	1.081	128.929	2.320	6.210	1.192	130.019	2.468	331	15,5
Schaumburg	8.171	1.569	163.698	3.071	7.478	1.436	167.179	3.048	8.013	1.538	170.379	3.209	8.445	1.621	172.378	3.372	324	10,6
Reg.Bez. Hannover	97.345	18.691	2.146.742	37.930	87.123	16.729	2.170.636	37.322	93.812	18.011	2.189.614	39.210	99.001	19.007	2.198.497	41.058	3.736	10,0

Tab. II.1a:

Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre und insgesamt in Privathaushalten in den Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens bis zum Jahr 2010 (IES-Prognose, eigene Berechnungen MFAS)

Landkreise und kreisfreie Städte	1996				2000				2005				2010				Differenz zu 2000	+/- %
	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed		
Celle	8.104	1.556	179.742	3.166	7.415	1.424	182.667	3.156	8.092	1.554	182.667	3.348	8.670	1.665	186.937	3.532	376	11,9
Cuxhaven	8.481	1.628	199.601	3.465	8.404	1.614	203.125	3.594	9.830	1.887	203.125	3.922	10.413	1.999	208.024	4.146	552	15,4
Harburg	7.542	1.448	219.441	3.282	7.247	1.391	230.700	3.448	8.345	1.602	230.700	3.843	9.143	1.755	247.679	4.216	768	22,3
Lüchow-Dannenberg	2.517	483	51.860	998	2.374	456	52.597	1.011	2.769	532	52.597	1.095	2.961	569	53.725	1.153	142	14,0
Lüneburg	6.330	1.215	157.847	2.585	6.019	1.156	164.407	2.641	6.862	1.317	164.407	2.855	7.228	1.388	174.002	3.011	370	14,0
Osterholz	3.730	716	106.011	1.600	3.655	702	108.094	1.679	4.283	822	108.094	1.871	4.815	925	110.883	2.056	377	22,5
Rötenburg (Wümme)	5.837	1.121	154.643	2.434	5.510	1.058	162.567	2.508	6.321	1.214	162.567	2.749	6.836	1.312	175.321	2.956	448	17,9
Soltau-Fallingb.ostel	5.715	1.097	136.085	2.306	5.209	1.000	140.578	2.321	5.824	1.118	140.578	2.500	6.260	1.202	147.248	2.661	340	14,6
Stade	6.406	1.230	185.553	2.773	6.348	1.219	193.508	2.914	7.262	1.394	193.508	3.212	7.919	1.520	205.409	3.485	571	19,6
Uelzen	5.052	970	96.176	1.885	4.472	859	96.783	1.844	4.911	943	96.783	1.946	5.153	989	98.186	2.032	188	10,2
Verden	4.823	926	129.362	1.997	4.718	906	134.051	2.075	5.315	1.021	134.051	2.265	5.701	1.095	141.146	2.438	363	17,5
Reg.Bez. Lüneburg	64.537	12.390	1.616.321	26.491	61.371	11.785	1.669.077	27.191	69.814	13.404	1.669.077	29.606	75.099	14.419	1.748.560	31.686	4.495	16,5
Delmenhorst Stadt	2.889	555	78.238	1.215	2.595	498	78.474	1.210	2.705	519	78.646	1.282	2.990	574	78.646	1.386	176	14,5
Emden Stadt	2.131	409	51.470	873	1.993	383	50.872	871	2.264	435	50.143	920	2.372	455	50.143	949	78	9,0
Oldenburg(Oldb) Stadt	7.164	1.375	152.846	2.682	6.413	1.231	157.016	2.615	6.713	1.289	160.844	2.703	6.580	1.263	160.844	2.778	163	6,2
Osnabrück Stadt	7.443	1.429	167.326	2.910	6.485	1.245	163.902	2.787	6.867	1.318	160.784	2.847	7.089	1.361	160.784	2.904	117	4,2
Wilhelmshaven Stadt	4.774	917	89.604	1.748	4.197	806	85.916	1.659	4.231	812	82.082	1.658	4.140	795	82.082	1.664	5	0,3
Ammerland	3.646	700	104.962	1.584	3.390	651	109.057	1.638	4.048	777	113.127	1.829	4.482	860	113.127	1.996	358	21,9
Aurich	6.276	1.205	181.548	2.768	5.993	1.151	186.683	2.873	7.144	1.372	191.626	3.187	8.089	1.553	191.626	3.465	592	20,6
Cloppenburg	3.723	715	142.680	1.838	3.694	709	151.369	1.984	4.596	882	159.141	2.274	5.689	1.092	159.141	2.561	577	29,1
Emsland	7.998	1.536	295.443	3.875	7.774	1.493	308.404	4.124	9.673	1.857	320.235	4.695	11.664	2.239	320.235	5.243	1.119	27,1
Friesland	4.126	792	98.638	1.662	3.909	751	100.820	1.690	4.262	818	102.920	1.812	4.531	870	102.920	1.935	245	14,5
Grafschaft Bentheim	4.407	846	126.676	1.942	4.147	796	130.468	1.999	4.885	938	133.971	2.202	5.700	1.094	133.971	2.393	394	19,7
Leer	5.225	1.003	155.721	2.336	5.115	982	162.277	2.462	6.120	1.175	168.464	2.756	7.024	1.349	168.464	3.022	560	22,7
Oldenburg (Oldenburg)	3.889	747	114.187	1.669	3.665	704	119.377	1.735	4.201	807	124.349	1.928	4.704	903	124.349	2.123	388	22,4
Osnabrück	11.724	2.251	344.568	5.067	10.342	1.986	348.892	4.991	11.240	2.158	351.439	5.233	12.354	2.372	351.439	5.508	517	10,4
Vechta	3.426	658	120.311	1.584	3.168	608	128.037	1.655	3.767	723	135.450	1.855	4.476	859	135.450	2.056	401	24,2
Wesermarsch	3.685	708	94.401	1.550	3.389	651	96.107	1.566	3.944	757	97.610	1.703	4.296	825	97.610	1.812	246	15,7
Wittmund	2.021	388	55.624	872	1.963	377	57.191	908	2.304	442	58.770	1.004	2.601	499	58.770	1.093	185	20,4
Reg.Bez. Weser-Ems	84.547	16.234	2.374.243	36.175	78.232	15.022	2.434.862	36.767	88.964	17.079	2.489.601	39.888	98.781	18.963	2.489.601	42.888	6.121	16,6

(Selbst) unter der Annahme im Übrigen gleichbleibender Rahmenbedingungen (s. hierzu Ausführungen im vorigen Abschnitt) wird die Zahl der häuslich Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2010 (Ende des Prognosezeitraumes) allein aufgrund der Altersentwicklung laufend zunehmen. Für 2005 sind rd. 139.000, bis 2010 ca. 147.100 pflegebedürftige Personen in Privathaushalten zu erwarten - eine **Steigerung um 13 %** gegenüber der für 2000 prognostizierten Zahl.

Diese Steigerung wird maßgeblich beeinflusst durch die Entwicklung der Zahl der hochaltrigen Menschen mit 80 und mehr Jahren. Im Vergleich zum Jahr 2000 werden nach der Prognose im Jahr 2010 in Niedersachsen rd. 57.100 Menschen diesen Alters mehr leben als heute (Tab. A II.2).

Die Entwicklung ist dabei regional recht unterschiedlich. Zwar weisen auch alle Regierungsbezirke im Durchschnitt Steigerungen in der Zahl der Hochaltrigen auf, doch fallen sie unterschiedlich deutlich aus. Während in den überwiegend eher ländlich strukturierten Regierungsbezirken Weser-Ems und Lüneburg die Steigerung zwischen 2000 und 2010 26,3% und 24,0% beträgt, liegt sie im Regierungsbezirk Braunschweig nur bei 16,5%, im Bezirk Hannover sogar nur bei 13,6%.

Die Unterschiede werden noch ausgeprägter bei Differenzierung nach kreisfreien Städten und Landkreisen. In einigen Kommunen wie der Landeshauptstadt Hannover sowie den Städten Braunschweig, Oldenburg und Wilhelmshaven – dort ab 2005 – geht die Zahl der hochaltrigen Menschen sogar geringfügig zurück. Andere Gebietskörperschaften hingegen wie die Landkreise Cloppenburg und Emsland mit 54,0% und 50,0% oder Vechta, Leer und Grafschaft Bentheim mit 41,3%, 37,3% und 37,5% sowie die Stadt Wolfsburg mit 42,6% liegen in ihren Steigerungsraten deutlich über dem Landesdurchschnitt von 19,5% (Zeitraum 2000 - 2010).

Diese Entwicklung bei den Hochbetagten findet - wenn auch nicht in allen Fällen proportional - ihren Niederschlag in den Veränderungen bei der Zahl der häuslich Pflegebedürftigen (Tab. II. 1a). Auch hier liegen die Steigerungsraten in den Regierungsbezirken Weser-Ems und Lüneburg mit 16,7% bzw. 16,5% deutlich über dem Landesdurchschnitt (13,1%) und damit weit über denjenigen in den Regierungsbezirken Hannover (10,1%) und Braunschweig (9,2%). Danach wären im Jahr 2010 in den Regierungsbezirken in der genannten Reihenfolge um 6.120, 4.500, 3.730 und 2.660 häuslich Pflegebedürftige mehr als im Jahr 2000 zu versorgen sein.

Bei Betrachtung auf kommunaler Ebene fallen die vergleichsweise geringen Steigerungsraten oder sogar geringfügigen Verringerungen in den (groß-)städtischen Siedlungsräumen auf. So nimmt im selben Zeitraum z.B. die Zahl der häuslich Pflegebedürftigen in der Landeshauptstadt um 180 Personen (2%), in der Stadt Göttingen um 70 Personen (4,4%) ab; in den Städten Braunschweig und Wilhelmshaven gibt es nahezu keine Veränderung und auch in den Städten Osnabrück, Oldenburg und Emden sind die Steigerungsraten mit 4,2%, 6,2% und 9% gering (Tab. II.1a). Niedrige Steigerungsraten weisen allerdings auch einige ländlich strukturierte Gebietskörperschaften wie z.B. die Landkreise Goslar (4,5%), Hameln-Pyrmont (5,8%), Northeim (7,3%) und Osterode am Harz (8,0%) auf. Maßgeblich ist auch hier die jeweilige Altersstruktur der Bevölkerung in diesen Gebietskörperschaften.

Dementgegen liegen nahezu alle Landkreise des Regierungsbezirkes Weser-Ems (Ausnahme: Friesland und Wesermarsch) mit Steigerungsraten zwischen 29,1% bzw. 27,1% (Landkreise Cloppenburg und Emsland) und 20,6% bzw. 20,4% (Landkreise Aurich und Wittmund) weit über dem Landesdurchschnitt. Dasselbe gilt allerdings auch für die Landkreise Osterholz und Harburg sowie Gifhorn mit 22,5% bzw. 22,3% in den Regierungsbezirken Lüneburg und Braunschweig.

Im Regierungsbezirk Hannover ist vor allem der Landkreis Hannover mit einer Steigerung um über 1.800 Personen entsprechend 19,1% hervorzuheben. Auch in den anderen der genannten Landkreise ist der absolute Anstieg beachtlich, so insbesondere im Landkreis Emsland (über 1.100 Personen) sowie im Landkreis Harburg (770 Personen) und in den Landkreisen Aurich, Cloppenburg und Leer (590, 580, 560 Personen).

Pflegebedürftige Personen unter 60 Jahren befinden sich überwiegend in häuslicher Pflege (s. Abschnitt I.1.2). Insofern ist auch ihre zahlenmäßige Entwicklung aufgrund der demographischen Entwicklung von Interesse. Hierzu ist insgesamt festzuhalten (Tab. A II.2a):

- Die Zahl der Pflegebedürftigen unter 60 Jahren, die in Privathaushalten leben, wird - landesweit - zwischen den Jahren 2000 und 2010 (nur) um rd. 550 Personen zunehmen. Es werden dann ca. 28.200 Pflegebedürftige dieser Altersgruppe mit häuslicher Pflege in Niedersachsen zu verzeichnen sein.
- Die Steigerungsrate ist mit 2,0% wesentlich niedriger als im Durchschnitt über alle Altersgruppen (13,1%, s.o.).

- Der Anteil an allen Pflegebedürftigen verringert sich im Landesdurchschnitt von 21,3% auf 19,2%. Das heißt, die Altersstruktur der häuslich pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen verschiebt sich zu Lasten der Personen der älteren Jahrgänge (60 und mehr Jahre).
- Die Veränderung im Zeitverlauf in den Landkreisen und kreisfreien Städten korrespondiert (negativ) mit der Veränderung bei den höheren Altersgruppen bzw. für alle Altersgruppen (s.o.). Dementsprechend steigt der Anteil der häuslich Pflegebedürftigen unter 60 Jahren an allen Pflegebedürftigen nur in den Städten Hannover und Göttingen leicht an; in den Landkreisen mit besonders hoher Steigerungsrate an Pflegebedürftigen insgesamt, wie z.B. den Landkreisen Cloppenburg oder Emsland, sinkt er entsprechend.

Pflegebedürftige in Heimen

Unter der für die Prognose getroffenen Unterstellung gleichbleibender Verhältnisse wäre, als Folge der demographischen Entwicklung, für das kommende Jahrzehnt in Niedersachsen ein Anstieg um rd. 7.800 heimpflegebedürftige Personen bzw. 15,7% zu verzeichnen (Tab. II.1b).

Die Prognose weist für das Jahr 2000 einen rechnerischen Wert von 49.504 Personen aus. Nach den Angaben der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen für den 31.12.1998 waren zu diesem Zeitpunkt bereits 51.124 Personen als Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung ausgewiesen (s. Abschnitt I.1, Tab. I.1); hinzu kommen noch rund 2.670 privat pflegepflichtversicherte Personen.

Der Unterschied von rund 4.300 Personen wird im wesentlichen auf die erheblichen Steigerungen in der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen zwischen 1997 und 1998 (s. Abschnitt I.1) zurückzuführen sein. Ob es sich bei diesem sprunghaften Anstieg allerdings um eine singuläre Erscheinung angesichts sich erst in 1998 erstmalig verstetigender Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der sozialen Pflegeversicherung oder um ein trendartiges Geschehen handelt, werden erst die Leistungsstatistiken des Jahres 1999 und der Folgejahre zeigen. Der erhebliche Anstieg in der Zahl der vollstationären Leistungsempfängerinnen und -empfänger ist außerdem, wie gezeigt, zu etwa der Hälfte durch zusätzlich in den Leistungsbezug eingetretene Bewohnerinnen und

Bewohner von stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) bedingt.

Da in die Prognose aber die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit Stand 31.12.1997 eingegangen ist¹⁶⁶, sollten der o.g. Prognose-Gesamtwert sowie die nachfolgenden Einzelwerte im Sinne einer vorsichtigen Vorausschätzung eher als zu niedrig gewertet werden¹⁶⁷.

¹⁶⁶ Zum Zeitpunkt der Prognose waren die Daten für 1998 noch nicht verfügbar.

¹⁶⁷ Für die Vorausschätzung der häuslich Pflegebedürftigen ist diese Problematik nicht von Relevanz; bundesweit betrug hier der Unterschied zwischen 1997 und 1998 nur rd. 8.500 Personen bei insgesamt rd. 1,2 Mio. Personen mit ambulanten Pflegeleistungen.

Tab. II.1b:

Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre und insgesamt in Heimen der stationären Dauerpflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten bis zum Jahr 2010
(IES-Prognose, eigene Berechnungen)

Landkreise und kreisfreie Städte	1996				2000				2005				2010				Differenz zu 2000	+/- %
	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed		
Niedersachsen	320.139	33.176	7.815.148	50.611	293.361	30.401	7.937.431	49.504	325.843	33.767	8.046.983	53.588	350.513	36.324	8.113.911	57.276	7.772	15,70
Braunschweig Stadt	13.266	1.375	251.320	1.983	11.407	1.182	245.145	1.817	11.552	1.197	239.204	1.822	11.462	1.188	235.481	1.823	6	0,33
Salzgitter Stadt	4.615	478	116.865	751	4.325	448	114.702	746	5.065	525	111.968	828	5.678	588	109.277	897	151	20,24
Wolfsburg Stadt	4.365	452	124.655	748	4.390	455	119.232	777	5.324	552	113.322	884	6.262	649	108.278	984	207	26,64
Gifhorn	5.012	519	163.964	843	4.662	483	171.963	852	5.357	555	179.017	961	6.219	645	183.454	1.085	233	27,35
Göttingen Lkrs.	5.127	532	140.782	838	4.994	517	140.662	853	5.452	565	133.649	889	6.016	623	142.983	981	128	15,01
Göttingen Stadt	5.524	572	126.451	830	4.233	439	121.830	694	4.282	444	128.134	705	3.798	394	120.792	647	-47	-6,77
Goslar	8.902	923	160.273	1.345	8.006	830	155.971	1.276	8.720	904	152.225	1.339	8.820	914	149.509	1.358	82	6,43
Helmstedt	4.398	456	101.237	702	4.042	419	99.778	685	4.624	479	98.201	747	5.045	523	96.784	795	110	16,06
Northeim	7.489	776	153.610	1.152	6.708	695	151.690	1.099	7.320	759	149.696	1.163	7.682	796	147.941	1.210	111	10,10
Osterode am Harz	4.621	479	88.209	712	4.376	453	86.270	702	4.989	517	84.348	760	5.210	540	82.674	784	82	11,68
Peine	5.321	551	127.902	839	4.826	500	131.343	819	5.397	559	134.655	895	5.924	614	136.773	970	151	18,44
Wolfenbüttel	5.070	525	122.574	809	4.667	484	124.273	792	5.171	536	125.828	855	5.517	572	126.565	909	117	14,77
Reg.Bez. Braunschw.	73.710	7.638	1.677.842	11.552	66.636	6.905	1.662.859	11.112	73.253	7.592	1.650.247	11.848	77.633	8.046	1.640.511	12.443	1.331	11,98
Hannover Landeshptst.	27.036	2.802	522.574	4.046	22.561	2.338	520.637	3.635	22.325	2.314	516.644	3.585	21.611	2.240	512.028	3.533	-102	-2,81
Diepholz	8.331	863	205.499	1.312	7.682	796	211.414	1.297	8.596	891	216.846	1.422	9.439	978	220.236	1.552	255	19,66
Hameln-Pyrmont	9.159	949	163.831	1.361	8.033	832	163.586	1.272	8.363	867	163.299	1.312	8.655	897	163.041	1.359	87	6,84
Hannover	21.667	2.245	590.418	3.544	20.441	2.118	603.384	3.567	23.200	2.404	614.958	3.958	25.932	2.687	622.006	4.368	801	22,46
Hildesheim	13.687	1.418	292.970	2.106	12.275	1.272	294.669	2.021	13.431	1.392	296.074	2.157	14.284	1.480	296.691	2.276	255	12,62
Holzminden	4.177	433	83.317	642	3.790	393	82.899	619	4.253	441	82.485	665	4.425	459	82.098	691	72	11,63
Nienburg (Weser)	5.117	530	124.435	811	4.863	504	126.868	815	5.631	584	128.929	905	6.210	643	130.019	979	164	20,12
Schaumburg	8.171	847	163.698	1.236	7.478	775	167.179	1.197	8.013	830	170.379	1.267	8.445	875	172.378	1.339	142	11,86
Reg.Bez. Hannover	97.345	10.087	2.146.742	15.058	87.123	9.028	2.170.636	14.423	93.812	9.723	2.189.614	15.271	99.001	10.259	2.198.497	16.097	1.674	11,61

Tab. II.1b:

Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre und insgesamt in Heimen der stationären Dauerpflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten bis zum Jahr 2010
(IES-Prognose, eigene Berechnungen)

Landkreise und kreisfreie Städte	1996				2000				2005				2010				Differenz zu 2000	+/- %
	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	80 u.ä.	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed		
Celle	8.104	840	179.742	1.250	7.415	768	182.667	1.217	8.092	839	182.667	1.305	8.670	898	186.937	1.388	171	14,05
Cuxhaven	8.481	879	199.601	1.352	8.404	871	203.125	1.389	9.830	1.019	203.125	1.549	10.413	1.079	208.024	1.645	256	18,43
Harburg	7.542	782	219.441	1.248	7.247	751	230.700	1.281	8.345	865	230.700	1.442	9.143	947	247.679	1.591	310	24,20
Lüchow-Dannenberg	2.517	261	51.860	394	2.374	246	52.597	393	2.769	287	52.597	436	2.961	307	53.725	463	70	17,81
Lüneburg	6.330	656	157.847	1.007	6.019	624	164.407	1.010	6.862	711	164.407	1.109	7.228	749	174.002	1.173	163	16,14
Osterholz	3.730	387	106.011	610	3.655	379	108.094	630	4.283	444	108.094	716	4.815	499	110.883	798	168	26,67
Rotenburg (Wümme)	5.837	605	154.643	935	5.510	571	162.567	941	6.321	655	162.567	1.046	6.836	708	175.321	1.133	192	20,40
Soltau-Fallingb.ostel	5.715	592	136.085	899	5.209	540	140.578	881	5.824	604	140.578	961	6.260	649	147.248	1.031	150	17,03
Stade	6.406	664	185.553	1.052	6.348	658	193.508	1.089	7.262	753	193.508	1.215	7.919	821	205.409	1.328	239	21,95
Uelzen	5.052	524	96.176	761	4.472	463	96.783	724	4.911	509	96.783	773	5.153	534	98.186	812	88	12,15
Verden	4.823	500	129.362	769	4.718	489	134.051	787	5.315	551	134.051	869	5.701	591	141.146	940	153	19,44
Reg.Bez. Lüneburg	64.537	6.690	1.616.321	10.277	61.371	6.360	1.669.077	10.342	69.814	7.237	1.669.077	11.421	75.099	7.782	1.748.560	12.302	1.960	18,95
Delmenhorst Stadt	2.889	299	78.238	467	2.595	269	78.474	452	2.705	280	78.646	478	2.990	310	78.646	523	71	15,71
Emden Stadt	2.131	221	51.470	339	1.993	207	50.872	334	2.264	235	50.143	361	2.372	246	50.143	376	42	12,57
Oldenburg(Oldb) Stadt	7.164	742	152.846	1.082	6.413	665	157.016	1.028	6.713	696	160.844	1.064	6.580	682	160.844	1.080	52	5,06
Osnabrück Stadt	7.443	771	167.326	1.155	6.485	672	163.902	1.079	6.867	712	160.784	1.116	7.089	735	160.784	1.145	66	6,12
Wilhelmshaven Stadt	4.774	495	89.604	712	4.197	435	85.916	662	4.231	438	82.082	663	4.140	429	82.082	662	0	0,00
Ammerland	3.646	378	104.962	599	3.390	351	109.057	604	4.048	420	113.127	689	4.482	464	113.127	761	157	25,99
Aurich	6.276	650	181.548	1.040	5.993	621	186.683	1.060	7.144	740	191.626	1.206	8.089	838	191.626	1.336	276	26,04
Cloppenburg	3.723	386	142.680	651	3.694	383	151.369	692	4.596	476	159.141	821	5.689	590	159.141	961	269	38,87
Emsland	7.998	829	295.443	1.388	7.774	806	308.404	1.454	9.673	1.002	320.235	1.715	11.664	1.209	320.235	1.977	523	35,97
Friesland	4.126	428	98.638	649	3.909	405	100.820	648	4.262	442	102.920	698	4.531	470	102.920	749	101	15,59
Grafschaft Bentheim	4.407	457	126.676	727	4.147	430	130.468	733	4.885	506	133.971	829	5.700	591	133.971	926	193	26,33
Leer	5.225	541	155.721	873	5.115	530	162.277	905	6.120	634	168.464	1.038	7.024	728	168.464	1.162	257	28,40
Oldenburg (Oldenburg)	3.889	403	114.187	632	3.665	380	119.377	641	4.201	435	124.349	721	4.704	487	124.349	805	164	25,59
Osnabrück	11.724	1.215	344.568	1.905	10.342	1.072	348.892	1.823	11.240	1.165	351.439	1.941	12.354	1.280	351.439	2.082	259	14,21
Vechta	3.426	355	120.311	576	3.168	328	128.037	584	3.767	390	135.450	671	4.476	464	135.450	764	180	30,82
Wesermarsch	3.685	382	94.401	596	3.389	351	96.107	588	3.944	409	97.610	653	4.296	445	97.610	704	116	19,73
Wittmund	2.021	209	55.624	331	1.963	203	57.191	340	2.304	239	58.770	384	2.601	270	58.770	425	85	25,00
Reg.Bez. Weser-Ems	84.547	8.761	2.374.243	13.722	78.232	8.108	2.434.862	13.627	88.964	9.219	2.489.601	15.048	98.781	10.238	2.489.601	16.438	2.811	20,63

Bezüglich der für die Regierungsbezirke sowie die kreisfreien Städte und die Landkreise regionalisierten Prognosedaten kommen die dort vorfindlichen altersstrukturellen Gegebenheiten bzw. Entwicklungen grundsätzlich ebenso zum Tragen wie für die Entwicklung der Zahl der häuslich Pflegebedürftigen. In Anbetracht des im Vergleich zur ambulanten Versorgung noch weitaus ausgeprägteren Zusammenhanges zwischen Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit¹⁶⁸ sind besondere Steigerungsraten in Regierungsbezirken bzw. kommunalen Gebietskörperschaften mit vergleichsweise großem Anteil an alten Menschen zu verzeichnen (s. Ausführungen im vorigen Unterabschnitt sowie Tab. A II.2).

Deutlich über dem Landesdurchschnitt in der Steigerung der Zahl der stationär Pflegebedürftigen liegen mit 20,6% und annähernd 19% die Regierungsbezirke Weser-Ems und Lüneburg, darunter mit annähernd 12% und 11,6% die Regierungsbezirke Braunschweig und Hannover.

Auch bei den kommunalen Gebietskörperschaften zeigen sich im Vergleich zur Verteilung bei den häuslich Gepflegten kaum Unterschiede. Allerdings sind die Steigerungsraten aus o.g. Gründen z.T. noch ausgeprägter. So ist zwischen 2000 und 2010 z.B. in den Landkreisen Cloppenburg und Emsland mit einem Anstieg der stationär Pflegebedürftigen um fast 39% bzw. 36% zu rechnen, im Landkreis Vechta sind rd. 31% Steigerung zu erwarten. Im Landkreis Emsland stehen dahinter immerhin über 500 Personen, in Cloppenburg und Vechta sind es 270 bzw. 180 Menschen mehr, die, heutige Verhältnisse auch für die nächsten 10 Jahre unterstellt, dann mehr in Pflegeheimen versorgt werden müssten. Auf die Tatsache, dass es sich dabei um eher vorsichtige Schätzungen handelt, wird an dieser Stelle noch einmal hingewiesen.

Auch nahezu alle anderen ländlich strukturierten Landkreise im Regierungsbezirk Weser-Ems weisen Steigerungsraten von über 25% auf (Tab. II.2b). Die (großen) Städte hingegen – auch diejenigen im Regierungsbezirk Weser-Ems – liegen hinsichtlich der Entwicklung der Zahl vollstationär zu pflegender Einwohnerinnen und Einwohner am, zumeist aber deutlich unter dem Landesdurchschnitt, wie z.B. die Städte Wilhelmsha-

¹⁶⁸ Dementsprechend beträgt z.B. der Anteil der Personen in Pflegeheimen im Alter unter 60 Jahren in 2000 nur 11,5%, in 2010 sogar nur noch 10,6% (Tab. A II.2b). In 1997 lag der Wert bei den stationären Leistungsempfängerinnen und -empfängern der sozialen Pflegeversicherung in der Bundesrepublik bei 11,4%. Für die häuslich gepflegten Personen liegen die Werte bei 21,3% und 19,2% (Tab. A II.2a); Ausführungen im vorigen Unterabschnitt.

ven und Braunschweig (keine Veränderung), Oldenburg und Osnabrück. In der Landeshauptstadt Hannover und in der Stadt Göttingen wird sogar eine leichte Abnahme zu verzeichnen sein. Weit unterdurchschnittliche Steigerungsraten werden – demographisch bedingt – allerdings auch die Landkreise Goslar und Hameln-Pyrmont haben. Im Gegensatz dazu werden sich die Stadt Wolfsburg sowie die Landkreise Gifhorn, Harburg und Osterholz mit erheblich über dem Landesdurchschnitt liegenden Steigerungsraten – jeweils über oder annähernd 25% - konfrontiert sehen. Auch der Landkreis Hannover hat mit 22,5% eine starke Steigerungsrate zu verzeichnen; um – vorsichtig geschätzt – 800 Einwohner mehr als heute werden dann dort bis 2010 auf einen Pflegeheimplatz angewiesen sein.

Die dargestellten Werte beziehen sich auf Pflegebedürftige aller Altersklassen. Für die Infrastrukturversorgung von besonderer Relevanz ist jedoch die Entwicklung der Zahl der älteren Menschen. Da sie unter den stationär zu versorgenden Pflegebedürftigen sowohl heute als auch in Zukunft (noch leicht zunehmend) im Schnitt über den betrachteten Zeitraum der nächsten zehn Jahre jeweils etwa 90% ausmachen, wird an dieser Stelle auf erneute Einzelausführungen verzichtet. **Die Prognoseergebnisse für die vollstationär pflegebedürftigen alten Menschen (60 und mehr Jahre) sind Tabelle A II.3 zu entnehmen.**

2. Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung

2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter

Die Tatsache, dass 1997 etwa jede 40. Person in Niedersachsen Leistungen nach SGB XI erhielt, bedeutet zugleich, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ein Leben ohne pflegebegründende Beschwerden und Einschränkungen führen konnte. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung war demnach die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, sehr gering. Bestätigend heißt es entsprechend im Gesundheitsbericht für Deutschland, dass „Männer und Frauen davon ausgehen (können), dass sie mehr als 90 % ihrer Lebenserwartung in einem Gesundheitszustand verbringen können, der sie in ihren täglichen Aktivitäten nicht einschränkt, und zwischen 80 % und 85 % in einem Gesundheitszustand, den sie selbst als zufriedenstellend oder besser einschätzen“¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 47

Bei einer Differenzierung des Aufkommens Pflegebedürftiger nach Altersklassen findet diese Aussage ihre Entsprechung. Wie in Abschnitt I.1.1 aufgezeigt, wurden Pflegeleistungen vornehmlich im Alter (25 % entfallen auf die Altersklasse 60 bis 80 Jahre), insbesondere in hohem Alter (55 % entfallen auf über 80jährige und ältere Menschen) nachgefragt. Jede dritte bis vierte hochaltrige Person in Niedersachsen musste – statistisch gesehen - mit pflegebegründenden gesundheitlichen Einschränkungen rechnen¹⁷⁰; positiv gesehen konnten demnach die meisten Hochbetagten ein Leben ohne professionelle Pflege- und Hilfeleistungen führen.

Das Erreichen eines hohen Alters geht insofern nicht notwendigerweise einher mit einem einschneidenden Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie einem zwangsläufigen Eintreten von Krankheit und Einschränkungen. „Dem Alter selbst darf kein Krankheitswert beigemessen werden, wenn auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Krankheit mit zunehmendem Alter größer wird,“ heißt es demgemäß im Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION Demographischer Wandel¹⁷¹. In der zweiten Lebenshälfte sind ein Überwiegen chronischer Krankheiten und Multimorbidität charakteristische Erscheinungsformen, die zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führen können. Laut Walter und Schwartz „treten Krankheiten aufgrund eingeschränkter Reparaturmechanismen, einer verringerten homöo-statischen Regulation und einer daraus folgenden insgesamt niedrigeren Widerstandsfähigkeit und erhöhten Anfälligkeit für Störungen im Alter gehäuft auf, zumal eine lange Expositionszeit für chemische, biologische, physikalische, technogene und soziale Umwelteinwirkungen vorliegt.“¹⁷² Der Gesundheitszustand älterer Menschen ist neben natürlichen, gleichwohl unterschiedlich verlaufenden Alterungsprozessen insofern multifaktoriell bedingt.

¹⁷⁰ Andererseits bilden auch die pflegebedürftigen Personen unter 60 Jahren eine relevante Gruppe unter den Leistungsbezieherinnen und -bezieher. Mit gut einem Fünftel Anteil am Gesamt der Leistungsbeziehenden fallen sie zwar zahlenmäßig und in Relation zur Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe zwar weniger ins Gewicht, doch durch den z.T. bereits frühzeitig einsetzenden Pflegebedarf und die über einen längeren Zeitraum nachgefragten Pflegeleistung in Privathaushalten oder Heimen verdienen sie besondere Berücksichtigung. U.a. ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung geistig behinderter Menschen sich derjenigen der übrigen Bevölkerung stark annähert, so dass auch dieser Personenkreis künftig bei Pflegeleistungen im Alter stärker zu berücksichtigen ist. Vgl. dazu Abschnitt II.2.4

¹⁷¹ Deutscher Bundestag, Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik -, Drucksache 12/7876, Bonn 1994, S. 260

¹⁷² Ulla Walter/Friedrich Wilhelm Schwartz, Altern und Gesundheit, in: Forum Public Health, 7. Jahrg/Nr. 25, 6/1999, S. 3

Multimorbidität im Alter heißt bezogen auf die Gruppe der 70- bis 90jährigen, dass fünf bis neun zumeist chronische Krankheitsbildern gleichzeitig vorliegen können¹⁷³. Die Krankheitsursachen für die Mehrheit der Gesundheitsprobleme, beispielsweise Arteriosklerose (einschließlich arterieller Herzerkrankungen und Schlaganfälle), Arthritis, im Erwachsenenalter einsetzender Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Krebs, reichen in den meisten Fällen in frühere Lebensphasen zurück; aus ihnen erwachsende gesundheitliche Beeinträchtigungen kommen jedoch erst in späteren Altersphasen zum Tragen¹⁷⁴. Diese Wirkungsweise dürfte gerade bei weiterhin steigender Lebenserwartung noch an Relevanz gewinnen, zumal die Fortschritte der kurativen Medizin gerade auch im geriatrischen Bereich dazu beitragen, das Sterberisiko bei Krankheiten, z.B. bei Herzkreislauferkrankungen zu senken, z.T. allerdings mit nachfolgenden Beeinträchtigungen, die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit begründen können.

„Pflegebedürftigkeit“, so der Zwischenbericht zum demographischen Wandel in der BRD, „beruht weitgehend auf chronischen Krankheiten bzw. den Folgen akuter Erkrankungen“¹⁷⁵. Aus den Tabellen der Pflegebegutachtung 1997 des MDKN, hier speziell den Tabellen ‚Pflegebegründende Primärdiagnosen‘ lassen sich dazu folgende Aussagen entnehmen¹⁷⁶. Nach Gutachterempfehlung entfielen von den insgesamt 73.780 erstellten Diagnosen ein Fünftel auf den Bereich der Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs, etwa 13 % auf psychische Krankheiten, je 12 % auf Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und infektiöse/parasitäre Krankheiten, 11 % auf Neubildungen, 10 % auf Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane und knapp 10 % auf Symptome und ungenau bezeichnete Ursachen¹⁷⁷. Fast 90 % der gutachterlichen Diagnosen entfallen demnach konzentriert auf sieben der insgesamt 17 Diagnoseklassen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Regel gleichzeitig weitere Beeinträchtigungen auf Grund anderer, der pflegebegründenden Primärdiagnose nachgeordneter Krankheiten vorliegen (Multimorbidität).

¹⁷³ Vgl. Deutscher Bundestag, Zwischenbericht, a.a.O., S. 262

¹⁷⁴ ebd. S. 270

¹⁷⁵ ebd., S. 270

¹⁷⁶ s. hierzu auch Abschnitt I.1.3

¹⁷⁷ Vgl. MDKN: Verzeichnis der Tabellen Pflegebegutachtung 1997 Niedersachsen, unveröffentlicht. Folgende 17 Diagnoseklassen nach ICD-9-Klassifikation sind insgesamt aufgeführt: infektiöse und parasitäre Krankheiten, Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Blutes, psychische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane, Krankheiten der Haut, Komplikationen der Schwangerschaft, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, angeborene Anomalien, perinatale Affektionen, Symptome und ungenau bezeichnete Ursachen, Verletzungen/Vergiftungen.

Verbesserte Diagnose und Therapie haben zu einem Sinken der Sterberate, insbesondere bei Herzkreislauferkrankungen¹⁷⁸ und bei Krankheiten der Atemwege¹⁷⁹, und damit zu einer Erhöhung der Lebenserwartung beigetragen. Andererseits hat diese Entwicklung aber auch zur Folge, dass erst mit dem Alter verstärkt auftretende Krankheiten, wie z.B. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates oder erst im höheren Alter klinisch manifest werdende bösartige Tumore, pflegeindizierende Beeinträchtigungen nach sich ziehen können¹⁸⁰.

Während u.a. auf Grund der Tatsache, dass früher nur jüngeren Jahrgängen vorbehaltenen Behandlungsformen inzwischen auch bei älteren Personen erfolgreich Anwendung finden, verschiedene Erkrankungen zunehmend positiv beeinflusst werden können und damit zu einer Verringerung des Pflegerisikos beigetragen wird, weisen andere Krankheitsbilder wegen Unheilbarkeit und zunehmender Häufigkeit im Kontext einer wachsenden Altenpopulation ein eindeutig steigendes Pflegebedarfsaufkommen in der Zukunft auf.

Hier ist insbesondere die mit steigendem Alter erhöhte Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen bzw. dementieller Erkrankung¹⁸¹ zu nennen¹⁸². Unter Vorbehalt wird in der Antwort auf die Große Anfrage angenommen, dass in der BRD zur Zeit mit 720.000 bis 850.000 Demenzkranken mittelschwerer und schwerer Stadien zu rechnen ist¹⁸³. Bis zum Jahre 2010 wird mit einem Anstieg Demenzkranker in einer Größenordnung zwi-

¹⁷⁸ Vgl. Deutscher Bundestag, Zwischenbericht, a.a.O., S. 264

¹⁷⁹ Vgl. ebd. S. 266

¹⁸⁰ Vgl. ebd. S. 265

¹⁸¹ „Der Oberbegriff Demenz umfaßt eine Reihe von Krankheitsbildern von unterschiedlicher Ursache und Verlauf. Als gemeinsame Endstrecke verschiedener Schädigungsfolgen beinhaltet er einen allgemeinen Abbau geistiger Leistungsfähigkeit. Diese Auswirkungen werden auch häufig als Hirnleistungsstörungen beschrieben. Ursächlich können neurodegenerative Krankheiten pathogenetisch wie ätiologisch unterschiedlichster Art sein, aber auch Stoffwechsel- und Gefäßprozesse oder Folgen mechanischer oder toxischer Angriffe am Neuron, der kleinsten Einheit des Nervensystems.

Bei der Demenz als globale, erworbene Beeinträchtigung der höheren kortikalen Funktionen wie Gedächtnis, Intelligenz und Persönlichkeit handelt es sich um eine Erkrankung mit nachweisbar schweren neurobiologischen Veränderungen im Gehirn, nicht um einen regulären, lediglich altersbedingten Abbauprozess.“ Ebd. S. 4

¹⁸² Das Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel beruft sich auf folgende Schätzung:

65 bis 69 Jahre	2,4 – 5,1 %
70 bis 74 Jahre	5,3 – 9,1 %
75 bis 79 Jahre	10 – 12 %
80 bis 89 Jahre	20 – 24 %
über 90 Jahre mind.	30 %

Vgl. A.O. Kern/F. Beske (IGSF), Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030, o.J., S. 4

¹⁸³ Vgl. Deutscher Bundestag, Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD zur Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 13/5257, 1996. Nach Kern und Beske (a.a.O., S. 5) gab es 1997 „insgesamt 1 179 000 bis 1 593 000 Personen im Alter von 65 Jahren und darüber mit einer Demenz“.

schen 20 bis 25 % gerechnet¹⁸⁴: „Eine ursächliche Therapie der primären degenerativen Demenzen (ist) noch nicht möglich. Ihr Anteil an den Gesamterkrankungen liegt jedoch bei 90 %“¹⁸⁵. Während eines fünf- bis zehnjährigen Verlaufs kommt es zu Abhängigkeit und schwerster Pflegebedürftigkeit¹⁸⁶.

Wie die Tabellen zu pflegebegründenden Primär Diagnosen des MDKN im Abschnitt I.1.3 aufzeigen, stehen bei Männern psychische Krankheiten an erster und bei Frauen an zweiter Stelle der pflegebegründenden Diagnosen für stationäre Pflege; bei Inanspruchnahme ambulanter Pflege rangieren sie für beide Geschlechter einheitlich erst auf Platz fünf – bei gleichwohl unterschiedlichen absoluten Zahlen. Allein wegen ihrer höheren Lebenserwartung ergibt sich ein weitaus größerer, nämlich 70-%iger Anteil Frauen an der absoluten Zahl Demenzkranker¹⁸⁷.

Nachgewiesen scheint auch, dass in Unter- und Mittelschichten häufiger sowohl mit psychischen Störungen und dementiellen Prozessen zu rechnen ist als in besser gestellten Schichten¹⁸⁸ und mit ansteigendem Ausbildungsstand das Risiko dementieller Erkrankung, insbesondere am Alzheimer-Typ, sinkt¹⁸⁹.

Angesichts einer in der Regel vorliegenden Multimorbidität ist zu vermuten, dass der Anteil Demenzkranker in den Einrichtungen weitaus höher liegt als dies der Anteil pflegebegründender Primär Diagnosen für psychische Krankheiten nahelegt. So kann lt. Großer Anfrage zur Situation der Demenzkranken in der BRD davon ausgegangen werden, dass „zwei Drittel aller Bewohner von Pflegeheimen Demenzkranke sind“¹⁹⁰. Die Pflege von Personen mit psychischen Störungen, insbesondere Dementen, bildet im Pflegealltag stationärer Einrichtungen mithin eine besonders hervorragende Aufgabe. Da weder Prävention noch Therapie nach heutigem Forschungs- und Kenntnisstand ursächlich und dauerhaft Demenz in nennenswertem Ausmaß verhindern, lindern oder

¹⁸⁴ ebd. S. 2 und 6.

¹⁸⁵ ebd. S. 4 Überwiegend, d.h. zu 50 bis 60 % handelt es sich bei den primär degenerativen Demenzen um Demenz vom Alzheimer-Typ, 15 bis 20 % der Demenzen sind durch Gefäßerkrankungen (vaskulärer Typ) bedingt und 15 % sind dem gemischt vaskulär-degenerativem Typ zuzuordnen (vgl. ebd.). Zu den sekundären Demenzformen mit 5 bis 15 % Anteil, die als Folgeerscheinungen anderer Grunderkrankungen auftreten, zählen insbesondere die Parkinson- und Alkoholdemenz (ebd.)

¹⁸⁶ Vgl. ebd. S. 4

¹⁸⁷ Vgl. ebd. S. 5 Es wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass „unterhalb von 75 Jahren ... mehr Männer als Frauen (erkranken)“ und dass „bei Männern ... tendenziell häufiger vaskuläre Demenzen und Mischformen festgestellt (werden), bei Frauen ... die Demenz vom Alzheimer-Typ (überwiegt)“.

¹⁸⁸ Vgl. Deutscher Bundestag, Zwischenbericht, a.a.O., S. 269

¹⁸⁹ Vgl. Deutscher Bundestag, Antwort auf die Große Anfrage zur Situation der Demenzkranken, a.a.O., S. 5. Auch dem ehelichen Status wird ein gewisser Einfluss auf das Demenzrisiko beigemessen (ebd. S. 6).

heilen können und bei wachsendem Anteil der älteren Bevölkerung auch mit entsprechend steigendem Anteil Demenzkranker zu rechnen ist¹⁹¹, und schließlich auch davon auszugehen ist, dass zwei Drittel dieser wachsenden Klientel letztendlich in Heimen gepflegt werden, muss in der Zukunft die Kapazität der Einrichtungen gerade für diese Pflegebedürftigen aller Voraussicht nach angemessen erweitert werden, zumal absehbar die Pflegeleistungen von Familien, hier insbesondere die der Frauen, an ihre Grenzen stoßen¹⁹².

Da insbesondere Menschen im achten und neunten Lebensjahrzehnt pflegebedürftig werden, steht angesichts einer in Zukunft voraussichtlich weiter steigenden Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Mortalität¹⁹³ die Frage im Raum, wie sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten auf das Pflegeaufkommen auswirken wird¹⁹⁴, d.h. es ist zu diskutieren, ob die höhere Lebenserwartung grundsätzlich einhergeht mit einer altersbedingt wachsenden Zeitspanne, in der Pflegeleistungen nachgefragt werden. In die Diskussion dieser Problematik muss die Berücksichtigung von Faktoren einfließen, die auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. auf die Entstehung/Vermeidung von Krankheit und Beeinträchtigung im Alter Einfluss nehmen bzw. Einfluss nehmen können. Es geht an dieser Stelle insofern weniger um die Frage, ob mit steigender Lebenserwartung langfristig ein Anstieg der – absoluten - Zahl Pflegebedürftiger zu erwarten ist, sondern um den Aspekt, ob generell mit einer wachsenden Versorgungsbedürftigkeit der Einzelnen zu rechnen ist, ob diese auch in Zukunft auf gleichem Niveau gehalten oder gar gesenkt werden kann.

In der Forschung wird diese Problematik an Hand der sogenannten Kompressions- und der Medikalisierungsthese kontrovers diskutiert. Demnach „(hängt) die Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeit ... davon ab, ob der Rückgang der Mortalität auch mit einer Senkung der Morbidität einhergeht (Kompressionsthese) oder ob die hinzugewonnenen Lebensjahre überwiegend in schlechter Gesundheit verbracht werden und die Mortalität

¹⁹⁰ ebd. S. 16

¹⁹¹ Einer dpa-Meldung vom 22.10.1999 zufolge rechnen Experten in den nächsten 50 Jahren mit einer Verdreifachung oder gar Vervielfachung der Zahl der Alzheimer-Fälle.

¹⁹² s. auch Ausführungen in den Abschnitten II.1.2 und I.3.3.4

¹⁹³ Vgl. ebd. sowie Deutscher Bundestag, Zweiter Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION ‚Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik‘, Drucksache 13/11460, Bonn 1998.

¹⁹⁴ Unberücksichtigt bleibt in diesem Zusammenhang der demographische Aspekt, dass ein erheblicher Anstieg des Anteils hochbetagter Personen (über 80 Jahre) an der Gesamtbevölkerung „erst nach dem Jahr 2035 zu erwarten (ist), wenn die ‚Babyboom-Generation‘ ins hohe Alter kommt. Dann wird sich der Anteil von 4 v.H. im Jahr 2000 auf über 12 v.H. vermutlich mehr als verdreifachen“. Deutscher Bundestag, Zweiter Zwischenbericht, S. 74

bei gleichbleibender altersspezifischer Morbidität zurückgeht (Medikalisierungsthe-
se).“¹⁹⁵

„Als Synthese beider Theorien gilt das bi-modale Konzept von *Kane*, das prognostiziert, dass sich der Gesundheitszustand der nachkommenden Generationen zwar langfristig und objektiv verbessert, d.h. die nachwachsenden Kohorten jeweils gesünder sind als ihre Vorgänger. Neben der Verringerung des Ausmaßes an Beeinträchtigungen während der gewonnen Lebensjahre wird jedoch auch der Anteil an behinderten und in jüngerem Lebensalter gesundheitlich beeinträchtigten Menschen, die der Hilfe und Pflege bedürfen, ansteigen.“¹⁹⁶

Im Zweiten Zwischenbericht zum demographischen Wandel in der BRD wird letztendlich – bei zwangsläufig notwendigem Vorbehalt auf Grund mangelnder Forschungen und Studien – eher von einer positiven Entwicklung ausgegangen. Lebensbedingungen, durchschnittlicher Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der Bevölkerung innerhalb der gleichen Altersstufen hätten sich, auch hinsichtlich älterer Kohorten, in den letzten Jahrzehnten verbessert. Unter entsprechenden Rahmenbedingungen könne daher erwartet werden, dass sich der bisherige positive Entwicklungstrend fortsetzen werde¹⁹⁷.

Von ausschlaggebender Bedeutung für eine fortschreitende Zurückdrängung der Pflegewahrscheinlichkeit scheint aufgrund der multifaktoriellen Bedingtheit von Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung neben Fortschritten in der kurativen Medizin sowie wachsenden Kenntnissen über Krankheitsursachen und -entstehung insbesondere deren Umsetzung in Maßnahmen zu sein, die bereits in jüngeren und mittleren Lebensphasen präventiv Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheit nehmen können bzw. im Alter begleitend und nachgehend den Alterungsprozess begleiten. So werden „u.a. ein bewusstes Gesundheitsverhalten, eine angemessene Prävention und die Früherkennung von Krankheiten durch bessere Diagnostik, Fortschritte in der Therapie und Rehabilitation sowie eine breite Bildung“ als förderliche Rahmenbedingungen genannt¹⁹⁸.

¹⁹⁵ Deutscher Bundestag, Zweiter Zwischenbericht, a.a.O., S. 248 Hier wären u.a. die Personengruppen ‚frühgeborene Kinder‘ und ‚Unfallopfer‘ zu berücksichtigen, die zunehmend Überlebenschancen bei oft gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben (vgl. ebd. S. 243).

¹⁹⁶ ebd. S. 220

¹⁹⁷ Vgl. ebd. S. 220. In diesem Sinne äußern sich auch Walter/Schwartz, a.a.O., S. 3f

¹⁹⁸ Deutscher Bundestag, Zweiter Zwischenbericht, a.a.O., S. 220. In präventiver Perspektive relevant sind Untersuchungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass 30 % der Vorgänge, die mit dem Altern verbunden sind, genetisch bestimmt sind, 70 v.H. dagegen werden als beeinflussbar angegeben (ebd. S. 254).

Insoweit muss festgestellt werden, dass Pflegebedürftigkeit im Alter eine zu beeinflussende Größe ist, auf die in den verschiedenen Altersphasen durch diverse Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -wiederherstellung eingewirkt werden kann. Angesichts noch weitgehend unzureichender Erkenntnisse und Studien ist kaum mit einer linearen Fortschreibung heutiger Verhältnisse zu rechnen. Viele Erkrankungen werden in Zukunft weiter positiv zu kurieren oder in ihren Folgeerscheinungen zu mindern sein, bei anderen wiederum kann kurz- und mittelfristig kaum mit einschneidenden, Pflegebedürftigkeit reduzierenden Veränderungen gerechnet werden.

2.2 Private Unterstützungs- und Hilfepotentiale

Wie in Tabelle I.1 ausgewiesen, erhielten 1998 gut 70 % der Pflegebedürftigen in Niedersachsen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für häusliche Pflege. In zwei Drittel dieser Fälle wurde Pflege mittels Erhalt von Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen gewährleistet (Tab. A I.8d); die Pflege wurde mithin von den Betroffenen ausschließlich selbst organisiert und geleistet von Personen aus dem privaten Umfeld. Eine Kombination von Geld- und Sachleistungen (§ 38 SGB XI) bevorzugten mehr als ein Fünftel der Anspruchsberechtigten; d.h. ein Teil der anfallenden Pflegeleistungen wurde zur Entlastung der pflegenden Privatpersonen von professionellen Kräften übernommen¹⁹⁹. Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI wurde zu etwa 12 % in Anspruch genommen²⁰⁰. Vermutlich auch in den allermeisten dieser Fälle war zusätzliche Unterstützung der Gepflegten durch andere Menschen privat erforderlich; dies ist angesichts der Tatsache, dass für eine Leistungsgewährung nach §§ 36 oder 38 SGB XI mindestens eine erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) vorliegen muss, kaum anders möglich.

Die dargestellte Verteilung der in Anspruch genommenen Leistungsarten zeigt, dass in die häusliche Pflege ein ausgesprochen hohes privates Engagement für die Pflege, Betreuung und Versorgung der Pflegebedürftigen eingebracht wird. Für die Altersgruppe der sogenannten Sandwich-Generation (40- bis 60jährige), die als Pflegepersonen tätig waren, wurde ermittelt, dass etwa jede bzw. jeder Sechste durchschnittlich acht Stunden pro Woche für die Pflege von Angehörigen aufbrachte²⁰¹. Darüber hinaus wur-

¹⁹⁹ Zum Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistung innerhalb der Kombinationsleistungen liegen keine Angaben vor.

²⁰⁰ s. auch Abschnitt I.2.2.3

²⁰¹ Vgl. BMFSFJ, Zweiter Altenbericht. Wohnen im Alter, Bonn 1998, S. 190

den – „sogar noch zeitintensiver“ - Leistungen bereitgestellt, „die nicht unmittelbar zur Pflege zählen, die eine Versorgung durch professionelle Kräfte, ambulante Dienste oder im Rahmen stationärer Einrichtungen aber hinauszögern und zumindest zeitweise ersetzen können.“²⁰²

Von wem wird bzw. wurde diese Pflege geleistet?

Eine vom Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegebene Broschüre zitiert eine bundesweite Untersuchung von Infratest:

Hauptpflegeperson bei Menschen mit regelmäßigem Pflegebedarf (862.000)

Ehe-/Lebenspartner (weibl.)	23,9 %
Ehe-/Lebenspartner (männl.)	12,6 %
Mutter	13,9 %
Vater	0,2 %
Tochter/Töchter	25,5 %
Sohn/Söhne	3,3 %
Schwiegertochter/-töchter	9,0 %
Schwiegersohn/-söhne	0,1 %
Schwester(n)	3,1 %
Bruder/Brüder	0,3 %
Enkel/Enkelin	0,8 %
Großmutter/-vater/Nichte/Neffe	1,3 %
Andere Verwandte	1,5 %
Freunde, Bekannte, Nachbarn, weibl.	3,3 %
Freunde, Bekannte, Nachbarn, männl.	0,3 %
Andere	0,9 %

Quelle: Infratest, o.J.²⁰³

Deutlich wird, dass die Hauptpflegeperson fast immer dem engeren Verwandtschaftskreis angehört; in etwa vier von fünf Fällen handelt es sich um eine Frau²⁰⁴. Bei einem 70%-igen Aufkommen weiblicher Pflegebedürftiger (s. Abschnitt, I Tab. I.2) ist davon auszugehen, dass in der weit überwiegenden Zahl der Fälle Frauen für Frauen Pflegeleistungen erbringen („Pflege ist weiblich“). Zu knapp bzw. gut einem Viertel sind es die Lebenspartnerinnen bzw. Töchter²⁰⁵, die die Pflegeaufgabe übernehmen. „Je höher das

²⁰² BMFSFJ, Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 190. Zu den Leistungen zählen Hilfen bei der Haushaltsführung, Essenszubereitung, Ausgleich von Mobilitätsdefiziten, die auch ergänzend zu professioneller Pflege geleistet werden.

²⁰³ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Hilfe und Pflege im Alter zu Hause. Informationen und Ratschläge für die Betreuung und Versorgung zu Hause, Köln 1997, S. 9

²⁰⁴ In der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU/CSU zur Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland (Drucksache 14/1717, S. 36) wird bezogen auf die rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen sogar ein Anteil Frauen – überwiegend zwischen 50 und 60 Jahre alt - von 94 % genannt.

²⁰⁵ Insbesondere ab dem 80. Lebensjahr richten sich lt. Zweitem Altenbericht die Hilfeerwartungen in erster Linie an die eigenen Kinder, vornehmlich an die eigene Tochter oder Schwiegertochter, weniger an den Sohn. Vgl. Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 188. Vgl. auch: Große Anfrage zur Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren, a.a.O., S. 35f.

Alter der Unterstützungsbedürftigen und je anspruchsvoller die Hilfeleistung ist, desto höher ist der Anteil der helfenden Frauen und desto geringer ist der Männeranteil," heißt es im Zweiten Altenbericht²⁰⁶. Diese Aufgabe erledigen Frauen unter Inkaufnahme einer erheblichen und keineswegs positiven Beeinflussung ihres eigenen Alterungsprozesses²⁰⁷.

Insbesondere Frauen der sogenannten ‚Sandwich-Generation‘ übernehmen die Hauptarbeit. Auf sie entfallen nicht selten neben der Pflege ihrer (Schwieger-)Eltern oft zugleich auch noch die Unterstützung und Betreuung ihrer Kinder und/oder ggf. auch ihrer Enkel. Insofern tragen sie doppelt oder gar dreifach Verantwortung bzw. erbringen doppelte/dreifach soziale Leistungen sowohl für die jüngeren Generationen wie für die ältere²⁰⁸. Insgesamt wurden von Haushalten der mittleren Generation, in der Regel also von den Frauen dieser Generation, mehr als 7,5 Stunden in der Woche allein für die Pflege von Kranken, Alten und Behinderten aufgebracht²⁰⁹.

Nur als Lebenspartner kommen Männer in nennenswertem Umfang als Hauptpflegepersonen in Betracht. Differenzierend heißt es dazu im Zweiten Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION ‚Demographischer Wandel‘: „Die Beteiligung der Männer als Pflegenden findet in größerem Umfang nur bei der Altersgruppe der 40- bis 79-jährigen Pflegebedürftigen statt, d.h. wenn es sich um die Ehe- oder Lebenspartnerin handelt, oder aber sie beteiligen sich, wenn es um die organisatorische Unterstützung einer

²⁰⁶ Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 188 Vgl. dazu auch H. J. Schubert, Hilfenetze älterer Menschen. Zur Bedeutung von räumlichen Entfernungen und sozialen Beziehungen für Hilfe im Alter, in: Geographische Zeitschrift 82/1994, S. 231

²⁰⁷ Vgl. KDA, Hilfe und Pflege, a.a.O., S. 12

²⁰⁸ Vgl. Zweiter Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION ‚Demographischer Wandel‘, a.a.O., S. 329f. Gegenüber Männern mit 16 Stunden werden für Frauen insgesamt 25 Stunden für Unterstützungsleistungen ausgewiesen. Dies sind vor allem Hilfen im Haushalt, Pflege älterer Menschen, Betreuung kleiner Kinder. Der Unterschied im Zeitumfang ergibt sich aus der Tatsache, dass Frauen ein breiteres Leistungsspektrum für andere erbringen. Vgl. Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 190

²⁰⁹ Vgl. ebd., S. 191 (Bezug: A. Borchers, Soziale Netzwerke älterer Menschen, 1997)

weiblichen Hauptpflegeperson geht.“²¹⁰

Auch schichtenpezifische Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme der genannten Pflegearten lassen sich nach einer Untersuchung von Naegele und Reichert feststellen. Demnach würden „Angehörige der unteren Sozial- und Einkommensschichten aufgrund von nicht vorhandenem Wissen oder aus einem stark ausgeprägten Autonomieverständnis ... seltener auf die Angebote professioneller Dienste zurückgreifen oder aus anderen Gründen die Geldleistung aus der Pflegeversicherung der ebenfalls möglichen Sachleistung vorziehen.“²¹¹ D.h. in diesen Sozialschichten ist mit einer relativ höheren privaten Unterstützungsbereitschaft in der Pflege von Angehörigen zu rechnen.

Des Weiteren wird durch die Rahmenbedingungen der Wohnverhältnisse die Gestaltung der Pflegesituation, insbesondere das Ausmaß des Rückgriffs auf private Pflegepersonen, maßgeblich beeinflusst – ein Faktor, der in seinen realen wesentlichen Auswirkungen noch nicht pflegebedürftigen Älteren oft nicht bewusst ist. So konnte festgestellt werden, dass Personen der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre „von einem verlässlichen Hilfpotential von durchschnittlich 3,0 Personen“ ausgehen; „bei tatsächlicher Hilfebedürftigkeit aus gesundheitlichen Gründen ist die Zahl der realen Helfer mit 1,7 Hilfspersonen allerdings nur fast halb so groß.“²¹² Denn die räumliche Nähe ist eine wesentliche Voraussetzung für eine praktikable Leistbarkeit von Pflegearbeit. „Bundesweit“, so die einschlägigen Untersuchungen von Schubert 1989, haben aber „rund ein Drittel aller älteren Menschen keine Kinder in der Nähe“²¹³. Angesichts der starken Familienzentriertheit von häuslicher Pflege²¹⁴ sind wegen der fortschreitenden räumlichen Mobilität innerhalb unserer Gesellschaft erhebliche Probleme hinsichtlich des Rückgriffs auf private Pflegeressourcen zu erwarten; Schubert spricht von einer „Enteignung privater Hilfenetze“²¹⁵. Für die unmittelbar Betroffenen, die mit zunehmendem Alter vermehrt in

²¹⁰ a.a.O., S. 330 Erklärend heißt es dazu: “Die geringere Pflegebeteiligung der Männer erklärt sich z.T. auch aus dem Altersunterschied, denn Männer sind in der Regel älter als ihre Partnerinnen und haben zudem eine geringere Lebenserwartung. Allerdings ist die Pflegebeteiligung der Männer in den neuen Bundesländern größer als in den alten, was auf die andere Tradition der Männer bezüglich ihrer Beteiligung an hauswirtschaftlichen Arbeiten und der Erziehungstätigkeiten und die höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen dort zurückzuführen ist.“(ebd.) Vgl. auch: Große Anfrage Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren ..., a.a.O., S. 36. Hier wird darauf hingewiesen, dass in den alten Bundesländern Männer zu 18 %, in den neuen Bundesländern aber zu 31 % als Hauptpflegeperson aktiv waren. Auch hinsichtlich der Pflege ihrer Ehepartnerin zeigen sich Unterschiede: 10,5 % in den alten Bundesländern stehen immerhin 22,1 % in den neuen Bundesländern gegenüber.

²¹¹ zitiert nach Zweiter Zwischenbericht der ENQUETE-KOMMISSION ‚Demographischer Wandel‘, a.a.O., S. 330
²¹² Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 188

²¹³ H.J. Schubert, Wohnsituation und Hilfenetze im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 23, H. 1, 1990, S. 13

²¹⁴ Vgl. ebd. S. 19 und Schubert, Hilfenetze, a.a.O., S. 231

²¹⁵ Schubert, Hilfenetze, a.a.O., S. 233

Ein-Personen-Haushalten leben²¹⁶ und deren private Hilfenetze altersfortschreitend immer kleiner werden²¹⁷, kommt es „angesichts der Diskrepanz zwischen aktuellen und virtuellen Hilferäumen ... zu schockähnlichen Eindrücken“, die kaum zu verarbeiten seien²¹⁸.

Urbane und ländliche Räume bieten – zumindest gegenwärtig - unterschiedliche Voraussetzungen für die Möglichkeit, im Bedarfsfall auf private Hilfe und Unterstützung, vornehmlich durch die eigenen Kinder, zurückgreifen zu können. Im Rahmen einer vergleichenden empirischen Untersuchung in Niedersachsen²¹⁹ wurde festgestellt, dass im Vergleich zur großstädtischen Region ältere Menschen in Landkreismunicipalitäten in höherem Maße in ihrem Eigentum wohnen (33% zu 61%) und dabei auch häufiger in Zwei- oder Mehr-Personen-Haushalten leben²²⁰. Das impliziert bei eintretender Pflegesituation eine höhere Wahrscheinlichkeit, auf private Hilfpotentiale der näheren Umgebung zurückgreifen zu können. Schubert kommt in seiner Untersuchung zu dem entsprechenden Ergebnis, dass das „Dilemma, dass ältere Menschen hilfeabhängig sind, aber über keine nahestehenden Helfer verfügen, ... in Großstädten deutlich häufiger vor(kommt) (16,7 %) als unter der Landkreisbevölkerung (7,1 %)“²²¹.

Die Autoren des Zweiten Altenberichts der Bundesregierung gehen davon aus, dass die Frage nach Stadt-Land-Unterschieden der Hilfenetze noch nicht abschließend beantwortet werden kann, da diverse Einflussfaktoren und Zusammenhänge in weiteren Untersuchungen noch einer genaueren Klärung bedürfen²²². Eine gewisse Bestätigung der Untersuchungen von Schubert kann jedoch in der Tatsache der vergleichsweise großen Zahl von Heimplätzen in den städtischen Verdichtungsräumen sowie deren Randbereichen im Vergleich zu ländlich strukturierten Regionen (s. Abschnitt I.3.1.5, Tabellen I.9 und A I.12) gesehen werden. In früheren flächendeckenden Untersuchungen zur Gewährung von Sozialhilfeleistungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Niedersachsen – hier von Leistungen zur Pflege nach den §§ 68, 69 BSHG außerhalb von bzw. in Einrichtungen – wurde ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang festgestellt zwi-

²¹⁶ Vgl. Schubert, Wohnsituation, a.a.O., S. 14: „Unter den jungen Alten ist der Ein-Personen-Haushalt noch nicht so stark verbreitet (39,6 %) wie unter den Betagteren (64,9 %).“

²¹⁷ Vgl. ebd., S. 17

²¹⁸ Schubert, Hilfenetze, a.a.O., S. 231f.

²¹⁹ Vgl. H.J. Schubert, Wohnsituation und Hilfenetze im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie, Bd. 23, H. 1, 1990. Verglichen wurden die niedersächsischen Regionen Stadt und Landkreis Hannover sowie Stadt und Landkreis Hildesheim

²²⁰ Vgl. Schubert, Wohnsituation, a.a.O., S. 14

²²¹ ebd. S. 16

²²² Vgl. BMFSFJ. Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 197

schen siedlungsstrukturellen Merkmalen und Art der in Anspruch genommenen bzw. gewählten Sozialleistung²²³. Danach überwogen die Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in den städtischen Siedlungsräumen, vor allem in großstädtischen Kernräumen, hingegen in den ländlich strukturierten Siedlungsgebieten diejenigen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen.

Die ausgewiesene hohe private bzw. familiäre Pflegebereitschaft, vornehmlich der Frauen, ist aktuell wie künftig abhängig von diversen demographischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen und Entwicklungen. Die quantitative Zunahme des älteren Bevölkerungsteils sowie die zu erwartende Veränderung der Altersstruktur auf Grund einer rückläufigen Geburtenhäufigkeit und steigender Lebenserwartung bedeuten **für die Zukunft, dass mit einem wachsenden Pflegeaufkommen vornehmlich in den höheren Altersgruppen bei gleichzeitiger Abnahme des Potentials an privaten Pflegepersonen zu rechnen** ist. „Eine Berechnung des zukünftigen Potentials an Pflegenden auf der Grundlage der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes, kommt zu dem Ergebnis, dass das **Potential an Pflegenden** – bezogen auf beide Geschlechter – bis zum Jahr 2030 **um ein Viertel zurückgehen** wird.“²²⁴ Als besonders **brisant** erscheint dabei die Schätzung, dass sich insbesondere das **Potential pflegender Frauen bis 2030 fast halbieren** werde²²⁵.

Welche Faktoren beeinflussen diese Entwicklung bzw. welche Faktoren werden diese Entwicklung voraussichtlich in der Zukunft verstärken?

Im Zweiten Altenbericht wird vertreten, dass „Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen sowie die sich ausbildende Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen und -stile ... keineswegs eine Abkehr von der Familie zur Folge“ haben²²⁶. Selbst bei Richtigkeit dieser These ist gleichwohl die Aktualisierung des Solidarpotentials, hier des Unterstützungspotentials von Familie und Verwandtschaft im Pflegefall, von konkreten Realisierungsbedingungen abhängig:

²²³ H. J. Schubert, Sozialhilfe in Niedersachsen – Lebenssituation der Empfänger und Ausgabenstruktur in den Regionen des Landes im Jahr 1986. Materialien des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforchung, Bd. 1133, Hannover, 1988

²²⁴ Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 82

²²⁵ Vgl. ebd.

²²⁶ Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 80. Vgl. auch: Zweiter Zwischenbericht, a.a.O., S. 323ff.

Durch steigende Lebenserwartung, abnehmende Kinderzahlen, sinkende Heirats- und zunehmende Scheidungsraten wird sich künftig - wiederum insbesondere für Frauen - die Chance verringern, im Bedarfsfall, also insbesondere in höherem Alter, auf die oben als Hauptpflegepersonen ausgewiesenen Menschen – Ehepartner/Ehepartnerin, (Schwieger-)Tochter – zurückgreifen zu können. Von ähnlichem Einfluss wird die Tatsache sein, dass sich das Verhältnis zwischen jüngeren, mittleren und höheren Altersgruppen sowohl zahlen- wie anteilmäßig zunehmend unausgewogener gestaltet; hier ergibt sich allein rechnerisch ein wachsend geringeres Pflegezeitbudget pro Pflegeperson. Dieser Rückgang dürfte sich im konkreten Fall besonders extrem bei Kinderlosigkeit auswirken, ja eine kaum kompensierbare Situation schaffen²²⁷.

Der zu erwartende Rückgang pflegefähiger bzw. pflegebereiter Personen des privaten Umfeldes wird weiter eingeschränkt, wenn keine räumliche Nähe zwischen Pflegenden und Gepflegten – ein entscheidendes Kriterium für die Erbringung von Pflegeleistungen (s.o.) – gegeben ist. Der wachsende, insbesondere erwerbsbedingte Grad der räumlichen Mobilität der – potentiellen – Pflegegeneration wird insofern den aus vorgenannten Gründen erfolgenden Rückgang in der Verfügbarkeit von Pflegeleistungspotentialen verstärken.

Dazu werden Veränderungen der Verhaltens- und Motivations- sowie der Werte- und Normenstruktur als auch der Verfügbarkeit über Zeit den derzeit hohen Grad privaten Engagements in der Pflege sukzessive nachhaltig herabsetzen:

Die Entwicklung des Arbeitsmarktes, gerade hinsichtlich der Frauenerwerbstätigkeit, dürfte von mitentscheidender, ja einschneidender Bedeutung für das künftige Ausmaß vorhandener Pflegekapazität sein, da, wie oben erwähnt, Frauen den größten Teil der privat organisierten Pflege leisten. Während in der Vergangenheit und auch aktuell – wie ausgewiesen – eher Männer erwerbsbedingt sowie auf Grund eines vorherrschenden Rollenverständnisses sich nicht oder nur randständig in die Pflegeaufgaben einbinden ließen bzw. lassen, werden diese Überlegungen oder Zwänge auch wachsende Bedeutung für Frauen gewinnen.

Allerdings wird dies in nicht näher bestimmbarem Umfang wieder kompensiert werden durch den deutlichen Anstieg von Teilzeitbeschäftigung (s. auch nachfolgende Ausführungen).

²²⁷ Vgl. Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 195

Einer Parallelität von Erwerbsarbeit und privater Pflege Tätigkeit stehen auch die leistungsrechtlichen Tatbestände des SGB XI nur insoweit entgegen, als Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen (§ 44 SGB XI) von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen nur entrichtet werden müssen, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist²²⁸.

Im Rahmen der Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD zu „Maßnahmen der Landesregierung zur Förderung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt“²²⁹ wurden Daten zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von Frauen zwischen 1991 und 1998 für Niedersachsen ausgewiesen.

Während dieses Zeitraums zeigt sich insbesondere in der Altersgruppe zwischen 25 und 50 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg erwerbstätiger Frauen, der mit einem prozentualen Anstieg des Anteils der Frauen an der Gesamtbeschäftigtenzahl in dieser Altersgruppe (gut 2 %) korrespondiert. In der Altersgruppe der über 50jährigen Frauen ist zwar nach einem Zuwachs in den Jahren 1991 bis 1994 seit 1996 ein leichter Rückgang der absoluten Zahl der Erwerbstätigen zu verzeichnen, jedoch lässt sich für den Gesamtzeitraum zugleich ein deutlich stärker wachsender prozentualer Anteil an den Gesamtbeschäftigten dieser Altersgruppe (knapp 5 %) darstellen. Darüber hinaus hat sich zwischen 1990 und 1998 die Arbeitslosigkeit von Frauen mit einer Verringerung von 49,6 % auf 44,5 % (Anteil an allen Arbeitslosen) weit günstiger entwickelt als die der Männer²³⁰.

Parallel kann über die Jahre 1990 bis 1998 bei leichtem Rückgang der Zahl vollzeitbeschäftigter Frauen seit 1996 (- 2.824) ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl teilzeitbeschäftigter Frauen (+ 73.990) festgestellt werden. Der prozentuale Anteil teilzeitbeschäftigter Frauen an den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen insgesamt

²²⁸ Für eine Vollzeiterwerbstätigkeit wurde diese Möglichkeit bisher mit Hinweis auf die resultierende Überlastung der Pflegeperson und die hieraus resultierende Gefahr eine nicht hinreichend sichergestellten Pflege verneint. Die nieders. Landesregierung hat in der 13. Legislaturperiode eine Bundesratsinitiative der SPD-geführten Länder unterstützt, dass eine solche Parallelität auch bei Vollzeittätigkeit ermöglicht werden sollte. Dieser Vorstoß ist aber von der ehemaligen Bundesregierung aus o.g. Gründen nicht aufgegriffen worden.

²²⁹ Drucksache 14/1165, S. 4

²³⁰ ebd. S. 10

ist über einen Zeitraum von acht Jahren um knapp fünfeinhalb Prozent gestiegen²³¹. Der Anstieg im Bereich sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse von Frauen insgesamt ist demnach vor allem auf das Eingehen von Teilzeitbeschäftigungen zurückzuführen.

Festzustellen bleibt dennoch die grundsätzliche Tendenz zur verstärkten Erwerbstätigkeit bei den Frauen. Angesichts hoher Arbeitslosigkeit und vielerorts von (drohendem) Stellenabbau betroffener Erwerbssektoren werden zudem gerade erwerbstätige Frauen in den mittleren Altersgruppen, die (s.o.) das Hauptpotential der privaten Pflegepersonen bilden, weniger bereit sein, wegen einer Pflege von Angehörigen vorübergehend ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben.

Ebensowenig werden die bei den meisten Beschäftigungsverhältnissen mit einer Teilzeittätigkeit vorhandenen Nachteile im Blick auf Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf, Einkommen und Alterssicherung sowie Attraktivität des Arbeitsplatzes hier verkannt.

Auch die Tatsache, dass Frauen ihre Erwerbstätigkeit mit den Anforderungen der Familiensituation (Vorhandensein von Kindern, deren Zahl und Alter) abstimmen (müssen) und dadurch bedingt gerade in einer Zeit wieder ihre Erwerbstätigkeit aufnehmen können und möchten, in der vielfach Anforderungen aus Pflegesituationen erwachsen, dürfte ein hohes Konflikt- und Belastungspotential im Entscheidungsfall bilden, abgesehen von der Tatsache, dass in der Altersgruppe der 40- bis 49jährigen Pflegenden am stärksten eine reale Doppel- und Dreifachbelastung durch Erwerbstätigkeit, Pflege und Unterstützung eigener Kinder (s.o.) auftritt. Diese Situation wird künftig noch zunehmen: Sowohl wegen der später einsetzenden Familiengründung als auch wegen der Zunahme der älteren Generation wird in der Zukunft die Kombination von Hilfe- und Pflegeleistung mit der Verantwortung für eigene Kinder wahrscheinlicher werden²³².

Für etwa ein Drittel der Frauen, aber für nur 15 % der Männer geht die Übernahme von Hilfe- und Pflegeverpflichtungen mit einschneidenden Konsequenzen für ihr Erwerbsleben einher: entweder Einschränkung der Erwerbstätigkeit oder gar gänzlicher Verzicht.

²³¹ ebd. S. 7.

Die erfolgreiche Förderung von Teilzeitarbeit durch das Land Niedersachsen in der Landesverwaltung hat z.B. dazu geführt, dass „der Anteil der Teilzeitbeschäftigten (mit einer Wochenarbeitszeit von mindestens 50 %) an allen Beschäftigten ... von 14,3 % im Jahre 1983 auf 25,3 % im Jahre 1997“ angestiegen ist. Drucksache 14/921, S. 23

²³² Vgl. Zweiter Zwischenbericht, a.a.O., S. 311

Dass dies bereits heute den erhöhten Anteil an Teilzeitbeschäftigungen bei den Frauen (s.o.) beeinflusst, kann nur vermutet werden.

Die von der Landesregierung bereitgestellten Maßnahmen zur Förderung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt²³³ unterstützen und fördern in Niedersachsen das berechtigte Bestreben der Frauen u.a. nach Selbständigkeit und Selbstverwirklichung und eigenständiger Versorgung und Vorsorge. Hier werden Rahmenbedingungen vorgehalten, die „eine chancengleiche Teilhabe von Frauen am Arbeitsmarkt“²³⁴ erfolgreich verfolgen und ermöglichen.

Mit Blick auf die Verfügbarkeit eines privaten Pflegepotentials, das bisher insbesondere von Frauen gestellt wird, dürfte sich insoweit bei steigender Erwerbstätigkeit von Frauen mittel- und langfristig ein Konfliktfeld mit hohem, gesellschaftlichem Regelungsbedarf auf tun. Damit private Pflege nicht länger einseitig zu Lasten von Frauen geht, zugleich aber, soweit es demographische Entwicklung und gesellschaftliche Veränderungen zulassen, ein möglichst großes Pflegepotential in familialen Strukturen gewährleistet werden kann, bedarf es u.a. neben Veränderungen im Selbst- und Rollenverständnis von Männern und Frauen vorwiegend konkreter beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen, die Möglichkeiten der Partizipation beider Geschlechter an den Pflegeaufgaben verbessern.

Maßnahmen für (Alters-)Teilzeit oder tarifvertragliche bzw. gesetzliche Beurlaubungsmöglichkeiten mit Wiedereinstellungsgarantie vergleichbar dem Erziehungsurlaub, wie sie für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes bereits seit geraumer Zeit gelten, können hierfür Rahmenbedingungen schaffen. Sie dürfen allerdings in ihrer Durchsetzungskraft nicht überbewertet werden. Ein Erfolg bezüglich einer gleichmäßigeren Aufteilung der Familienaufgaben zwischen den Geschlechtern wird nur langfristig zu erreichen sein und bedarf einer parallelen Bewusstseinsveränderung bei den Männern – erzeugt auch durch ein verändertes Verhalten der Frauen. Die Schwerfälligkeit eines solche Prozes-

²³³ s. Drs. 14/1165, S. 14ff. Dabei handelt es sich um das Projekt der Koordinierungsstellen zur beruflichen und betrieblichen Förderung von Frauen, das Darlehensprogramm für Existenzgründerinnen, die Unternehmerinnenzentren, die ESF-Projekte „NOW“ und das darauf aufbauende neue Frauenförderprogramm FIFA, die Fördermaßnahmen für die Erwerbsmöglichkeiten von Frauen im ländlichen Raum, die Dienstleistungsagentur Ammerland, die Maßnahmen zur Förderung von Mädchen und Frauen in sogenannten Männerberufen. Neben dem Niedersächsische Gleichberechtigungsgesetz werden Frauen auch durch folgende Maßnahmen gefördert: Projekt „Frauen in der Wirtschaft“, Personaltransferförderung, Förderprogramm für Mädchenspezifische Maßnahmen sowie durch ein Medienpaket zur Berufs- und Lebensplanung von Mädchen und Jungen und eine Handreichung zur Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen für Schule und Jugendarbeit. Weiterhin hat das Land diverse Maßnahmen zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, z.T. gezielt für Frauen ergriffen (S. 20ff.).

²³⁴ ebd. S. 4

ses wird am Beispiel des Erziehungsurlaubs deutlich; er wird nach wie vor nur von einem sehr kleinen Anteil der Väter (1,4%) und dann im Durchschnitt auch nur für kurze Zeit in Anspruch genommen.

Rahmenbedingungen solcher Art hat das Land Niedersachsen für seine Bediensteten geschaffen. So wird z.B. seit längerer Zeit Teilzeitarbeit gefördert²³⁵, nicht nur durch die Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungsmöglichkeiten, sondern auch durch begleitende Maßnahmen, mit denen strukturellen Benachteiligungen derart Beschäftigter und Vorbehalten gegenüber einer reduzierten Beschäftigung entgegengewirkt werden soll. Teilzeitarbeit kann nach § 80 a des Niedersächsischen Beamtengesetzes (NBG) voraussetzungslos und unbefristet gewährt werden; sie schließt bei Übernahme von Pflegeleistungen für Angehörige nicht die Annahme von Leistungen nach SGB XI aus.

Des Weiteren ist längerfristige Beurlaubung aus familiären Gründen möglich und ein grundsätzliches Benachteiligungsverbot beim beruflichen Aufstieg für Teilzeitbeschäftigte eingeführt worden (§§ 87a und 87b NBG). Nach § 8 Abs. 4 NBG ist die häusliche Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen beim Ausgleich von Nachteilen aus Anlass der Einstellung oder Beförderung mit der Kinderbetreuung gleichgestellt worden.

Auch die Vorschriften des Niedersächsisches Gleichberechtigungsgesetz tragen dazu bei, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Teilzeitarbeit oder Beurlaubung ohne persönliche Nachteile beispielsweise bei Stellenausschreibungen, Auswahlverfahren, Besuch von Fortbildungsveranstaltungen etc. zu erleichtern.

Weiterhin wird auch durch Regelungen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit versucht, verbesserte Bedingungen für die Vereinbarkeit von Berufsarbeit und Familienaufgaben zu gewährleisten.

Damit sind Rahmenbedingungen geschaffen worden, die es beiden Geschlechtern grundsätzlich ermöglichen, sich in gleicher Weise und unter Reduzierung der von Nachteilen für eine Teilzeitbeschäftigung oder Beurlaubung zum Zwecke beispielsweise der Pflege von Angehörigen zu entscheiden.

Nicht zu beseitigen sind damit allerdings die mit Teilzeittätigkeit und Unterbrechungen der Erwerbsbiographie einher gehenden grundlegenden Nachteile hinsichtlich insbe-

²³⁵ Vgl. ebd. S. 23ff.

sondere einer eigenständigen Alterssicherung. Hiervon sind wiederum Frauen angesichts häufiger Erwerbsunterbrechung bei Erziehungszeiten und – ein weiteres Mal – bei Pflege von Angehörigen besonders betroffen. Dies rechtfertigt aber nicht den Verzicht auf oben genannten Verbesserung rechtlicher oder auch tarifvertraglicher Rahmenbedingungen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und privater Pfl egetätigkeit unter dem Aspekt der Vergrößerung von Handlungsoptionen der betroffenen Frauen und Männer.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten:

Selbst wenn aufgrund verbesserter Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege Entscheidungen für private Pfl egetätigkeit erleichtert und in ihrer Folge unter Umständen auch von Männern verstärkt getroffen würden, wäre auf Grund der zuvor genannt demographischen und der anderen gesellschaftsstrukturellen Entwicklungen, mit einem sukzessive fortschreitendem Verlust privater Pfl egekapazitäten zu rechnen. Mit der Verlagerung der in Anspruch genommenen Leistungen vom Pflegegeld auf Pflegesachleistungen (s. Abschnitt I.2.2.3) zeigt sich bei pflegenden Angehörigen bereits heute partiell ein Trend, zur eigenen Entlastung Pflege an professionelle Kräfte abzutreten.

Diese Entscheidung ist nicht allein materiell z.B. im Blick auf den Erhalt von Erwerbseinkommen oder aus Gründen einer möglichst unbeschränkten Lebensführung bedingt. Die Pflegesituation an sich beinhaltet ein hohes körperliches wie psychisches Belastungspotential. „Unabhängig vom Alter der zu pflegenden Angehörigen empfinden rund 90 v.H. der Hauptpflegepersonen die Pflege als starke oder sehr starke Belastung. Die hauptsächlichen Gründe liegen zum einen in den gesundheitlichen Voraussetzungen der Pflegepersonen aufgrund des häufig bereits fortgeschrittenen eigenen Alters und in der psychischen Ausnahmesituation, die mit der Pflege eines nahen Angehörigen verbunden ist. Hinzu kommen die permanente Anwesenheitspflicht, der damit einhergehende Rückgang und Mangel an außerfamilialen Kontakten sowie häufiger auftretende Konflikte mit Familienangehörigen und/oder mit der pflegebedürftigen Person selbst.“²³⁶

²³⁶ Zweiter Zwischenbericht, a.a.O., S. 330. Vgl. auch im einzelnen den Artikel „Belastungen durch Pflege und Betreuung“ in: Hilfe und Pflege im Alter zu Hause, a.a.O., S. 13

Selbstbewusste Einstellungen zur ‚Pflegepflicht‘, die keineswegs eines rationalen Kerns sowohl in Hinsicht auf die zu Pflegenden als auch auf die eigene Lebensplanung entbehren, sind nicht von vornherein abzuwerten und zu verurteilen. Es wäre gefährlich, „Familienpflege generell als optimale Lösung anzupreisen“²³⁷. Dies zeigt auch die aktuelle öffentliche Diskussion um Gewalt in der Pflege und die Erfahrungen, die mit den inzwischen auch in Niedersachsen eingerichteten Nottelefonen für hilfebedürftige (alte) Menschen und ihre Angehörigen gemacht werden. Durch Hinzuziehung professioneller Pflegekräfte kann die Pflegesituation zumeist wesentlich entlastet werden. Das kann maßgeblich dazu beitragen, die positiven Beziehungen zwischen Pflegenden und Gepflegten zu erhalten und damit auch das Interesse an einem qualitativ hohen Pflegeniveau zu stärken und zu verwirklichen. Auch eine parallel zur Pflege ausgeübte Erwerbstätigkeit kann einen Ausgleich bilden in psychischer wie materieller Hinsicht. Untersuchungen sind zu dem Ergebnis gekommen, „dass pflegende Töchter mit ihrer Pflegetätigkeit dann besser zurechtkommen, wenn sie wenigstens einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen können“²³⁸.

Die vorgenannten Ausführungen zeigen: Die Bereitstellung privater Hilfe bei Pflegebedarf ist von einer Vielzahl – einander zum Teil wechselseitig bedingender – Faktoren abhängig, die im Grundsatz zwar bekannt, in Summa in ihrer quantitativen Wirkung – auch in Anbetracht der Unkenntnis über die tatsächliche Entwicklung der meisten dieser Faktoren – nicht bestimmbar sind. Insofern ist auch die Entwicklung der privaten Hilfpotentiale ihrem Umfang nach nicht abgrenzbar. **Festzuhalten ist** lediglich:

- Es kann davon ausgegangen werden, dass „die Individualisierungstendenz ... nicht mit einer Entsolidarisierung der Familienmitglieder gleichzusetzen (ist)“²³⁹, gleichwohl aber „zukünftig mit einer größeren Anzahl von älteren Alleinlebenden mit kleineren familialen Netzwerken gerechnet werden (muß)“²⁴⁰, die deshalb auch bzw. zudem von einer abnehmenden räumlichen Dichte gekennzeichnet sein werden²⁴¹.
- Es ist daher anzunehmen, „dass bei kleiner werdenden Familien die nichtfamilialen Netzwerkbeziehungen tendenziell an Bedeutung gewinnen“²⁴². Die Leistungskraft

²³⁷ U. Lehr, zitiert in: Hilfe und Pflege im Alter zu Hause, a.a.O., S. 12

²³⁸ ebd. S. 311

²³⁹ Zweiter Zwischenbericht, a.a.O., S. 328 Im Zweiten Altenbericht (a.a.O., S. 42) wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass „aktuelle Jugendstudien (z.B. der Jugendkompaß Niedersachsen) zeigen, dass das Lebensziel der jungen Leute partnerschaftliche Bindung ist, nicht Einzelgängerdasein“.

²⁴⁰ Zweiter Zwischenbericht, a.a.O., S. 329

²⁴¹ Vgl. Zweiter Altenbericht, a.a.O., S. 42

²⁴² ebd. S. 333

sozialer Netzwerke meist Gleichaltriger darf aber nicht überschätzt werden. So sind Grenzen schnell erreicht, „wenn Bedarfslagen komplexer werden und länger andauern, über persönliche Zuwendung hinaus mit größerem physischen Einsatz wie auch höherer Verantwortung verbunden sind und Kompetenzen jenseits des Alltagswissens voraussetzen. Deshalb und wegen ihrer relativen Unverbindlichkeit können solche freiwilligen Hilfen fehlende familiäre Unterstützung meist nicht ersetzen“²⁴³.

- Angesichts der Tatsache, dass Pflegesituationen ein hohes Belastungspotential mit sich bringen²⁴⁴, ist für die Förderung privater Pflegekapazitäten in familialen wie sozialen Netzwerken der Ausbau bestehender und die Schaffung neuer entlastender Rahmenbedingungen und deren Annahme durch die Betroffenen wichtig.
- Angesichts der insgesamt zu erwartenden geringeren Zahl potentieller privater Pflegekräfte ist ein **zunehmendes Kompensationsangebot durch institutionelle Hilfen** unumgänglich²⁴⁵.

2.3 Institutionelle Pflege (ambulant, teilstationär, vollstationär)

2.3.1 Allgemeine Auswirkungen der demographischen Entwicklung sowie der Entwicklung leistungsrechtlicher und gesellschaftsstruktureller Rahmenbedingungen

Einschätzungen über die Entwicklung der institutionellen Pflege sind vor dem Hintergrund des marktorientierten Leistungsgeschehens in der Pflegeversicherung und der nicht absehbaren Änderungen des leistungsrechtlichen Rahmens (insbes. Einbezug allgemeiner Beaufsichtigung und Anleitung bei dementen und/oder behinderten Menschen in den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung) nur unter Bezugnahme auf den geltenden Rechtsrahmen, die zu erwartende zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen (s. Abschnitt II.1.2) und die bislang im Nutzerverhalten seit Beginn der Leistungen nach dem SGB XI erkennbaren Entwicklungen (s. Abschnitt I.2.2.3) sowie in Bezug auf die allgemeinen Erkenntnisse über die Entwicklung der privaten Unterstüt-

²⁴³ Ebd. S. 356

²⁴⁴ Dazu zählen: keine bzw. nicht ausreichende Freizeit, Belastung durch eingeschränkte Erwerbstätigkeit, negative Auswirkungen auf die eigene finanzielle Lage, Belastung durch unzureichende Wohnbedingungen, Einschränkung der Privatsphäre, Belastung durch den Krankheitsverlauf des Pflegebedürftigen, Einschränkung bzw. Verlust von sozialen Kontakten. Vgl. KDA, Hilfe und Pflege, a.a.O., S. 13

²⁴⁵ siehe hierzu auch Ausführungen in Abschnitt IV.3

zungs- und Hilfpotentiale (s. voriger Abschnitt) möglich. Die dort jeweils hinsichtlich der Aussagegenauigkeit vorgenommenen Einschränkungen – z.B. Fortschreibung der geltenden Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Vorausschätzung der Zahl der häuslich und der stationär pflegebedürftigen Personen – gelten insoweit auch hier.

Grundsätzlich muss aber angesichts der demographisch bedingten Steigerung der zu erwartenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und dem sinkenden privaten Hilfpotential mit einer steigenden Nachfrage nach institutionellen Hilfen gerechnet werden (s. die diesbezüglich ausführliche Begründung in den Abschnitten II.2.1 und 2.2). Ihr Umfang in den einzelnen Angebotssektoren - ambulant, teilstationär und vollstationär – wird nicht zuletzt auch von ‚internen‘ und ‚externen‘ Oportunitätsgesichtspunkten abhängen.

Unter ‚internen‘ Oportunitätsgesichtspunkten sollen hier z.B. verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung bei der ambulanten Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) im Vergleich zu den heutigen Beträgen von monatlich bis zu 750, 1800 und 2800 DM verstanden werden. Diese könnten verbunden sein mit einer Erhöhung auch der Wahlmöglichkeiten zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege wie sie z.B. vom ‚Paritätischen‘ in seinem Positionspapier „Pflegen statt verwalten“ vom Februar 1999 vorgeschlagen wurden²⁴⁶. Danach sollten die Leistungsbeträge für ambulante und für vollstationäre Pflege (Pflegesachleistung) in den einzelnen Pflegestufen gleich sein. Unter der Voraussetzung eines beitragsstabilen Ausgabenvolumens der Pflegeversicherung hätte dies allerdings unter Umständen eine Reduzierung des Leistungsbetrages für Pflegestufe 1 bei der vollstationären Pflege zur Folge.

Unter ‚externen‘ Oportunitätsgesichtspunkten wären vor allem veränderte Erwerbsbedingungen für Frauen (vermehrtes Stellenangebot, höhere Erwerbseinkommen) aber ebenso auch die erhöhte Bedrohung eines dauerhaften Arbeitsplatzverlustes im Falle eines Ausscheidens etc. zu nennen, die zu einer Verringerung der Übernahme der privaten häuslichen Pflege führen (s. auch voriger Abschnitt).

Ein negativer Einfluss auf die Inanspruchnahme institutioneller Pflege wäre durch einen gleichbleibenden Leistungsrahmen der Pflegeversicherung bei gleichzeitig steigenden Preisen für die Tätigkeit der Pflegedienste und Pflegeheime infolge der Arbeitslohn- und

²⁴⁶ Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e.V.: „Pflegen statt verwalten“ – PARITÄTISCHES Reformkonzept für eine verbesserte und konsequent verschlankte Pflegeversicherung, Frankfurt/M., 19.02.1999

allgemeinen Preisentwicklung in dem Sinn zu erwarten, dass Pflegeleistungen nur noch in verringertem Umfang nachgefragt werden, um mit den Leistungen der Pflegeversicherung auszukommen. Dies wäre nicht nur unter gesundheits- und sozialpolitischen Gesichtspunkten eine bedenkliche Entwicklung. Es würde im besonderen auch die ambulanten und die teilstationären Pflegeanbieter besonders treffen, da hier die pflegebedürftigen Kunden den Umfang der zu erbringenden Leistungen bestimmen können. Entgegen der Zielsetzung des SGB XI würde damit zugleich der Bereich der häuslichen Pflege gegenüber demjenigen der vollstationären Pflege geschwächt.

In welchem quantitativen Ausmaß solche Einflussfaktoren wirken würden, ist derzeit nicht bestimmbar.

2.3.2 Ambulante Pflege

Bundesweit erhielten 1998 24,1 % aller Empfängerinnen und -empfänger ambulanter Pflegeleistungen²⁴⁷ in der sozialen Pflegeversicherung Pflegesachleistungen in Form von häuslicher Pflegehilfe nach § 36 SGB XI (10,6%) oder als Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI (13,5%)²⁴⁸. Dieselben Verhältnisse für Niedersachsen unterstellt, hätten ca. 31.800 der Ende 1998 im ambulanten Leistungsbezug stehenden 132.100 Personen²⁴⁹ Pflegesachleistungen durch zusammen 1.100 Pflegedienste²⁵⁰ erhalten. Jeder Pflegedienst versorgte damit im Durchschnitt 29 Personen²⁵¹.

Bis zum Jahr 2010 sind rund 15.000 – 17.000 häuslich Pflegebedürftige mehr zu erwarten (s. Abschnitt II.1.2); etwas mehr als 3.600 davon wären – ceteris paribus – Nachfrager nach Leistungen der Pflegedienste. Bei gleichbleibender durchschnittlicher Zahl an versorgten Personen je Pflegedienst würde dementsprechend ein rechnerischer Bedarf an weiteren 125 Pflegediensten in Niedersachsen bestehen.

²⁴⁷ Ohne Empfängerinnen und Empfänger von teilstationären Leistungen und von Kurzzeitpflegeleistungen zur Vermeidung von Doppelzahlungen wegen paralleler Leistungsgewährung zum Pflegegeld, zur häuslichen Pflegehilfe oder zur Kombinationsleistung.

²⁴⁸ Bundesarbeitsblatt 10/1999, S. 105; ermittelt durch das BMG auf der Basis von Leistungsfällen gem. Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV; siehe diesbezügliche Anmerkungen zur Datengrundlage in Abschnitt I.2.2.3.

²⁴⁹ s. Abschnitt I.1.1; einschl. privat Pflegepflichtversicherte; Ant. ambul. 70%

²⁵⁰ s. Tab. 5 Abschnitt I.3.1.1

²⁵¹ Anm.: Es handelt sich um eine Stichtagsbetrachtung; gezählt sind also nicht die im Jahr 1998 insgesamt durchschnittlich versorgten Personen.

Allerdings könnte die erhöhte Leistungsnachfrage ebenso auch durch eine Vergrößerung des Leistungsvolumens bei den bestehenden Pflegediensten erreicht werden. Letztlich ist ein nachfrageorientiertes Angebotsverhalten der Leistungserbringer zu erwarten, das der jeweiligen Versorgungslage und -entwicklung angepasst ist. So könnten z. B. in den Gebieten mit besonders hohen Steigerungsraten an pflegebedürftigen Personen und zugleich großer räumlicher Erstreckung wie z.B. in den Landkreisen Emsland und Cloppenburg (s. Abschnitte I.1.1.2 und II.1.2) zusätzliche Pflegedienste den erhöhten Versorgungsbedarf decken und angesichts der dann durchschnittlich kleineren Einzugsbereiche zur Erhöhung der Effizienz des Versorgungssystems beitragen; in städtischen Siedlungsräumen mit vergleichsweise günstigen Erreichbarkeitsbedingungen wie z.B. der Stadt Wolfsburg wäre unter Umständen die Kapazitätsvergrößerung je Pflegedienst die geeignetere Lösung.

2.3.3 Teilstationäre Pflege

Auswirkungen der leistungsstrukturellen Vorgaben des SGB XI

Die Angebote der teilstationären Pflege – Tages- und Nachtpflege – sollen als die Pflege im Privathaushalt ergänzende institutionelle Angebote die häusliche Pflege sicherstellen, wenn diese anders nicht zu gewährleisten ist. Damit soll der Vorrang der häuslichen Versorgung auch für schwierige Versorgungslagen im häuslichen Bereich gewahrt und dauerhafter Heimaufenthalt vermieden werden. Teilstationäre Leistungen werden von Leistungsbeginn der gesetzlichen Pflegeversicherung an - also ab dem 01.04.1995 - gewährt. Ihre Nutzung ist dennoch im Vergleich zu anderen Leistungen von Anfang an außerordentlich gering und hat sich auch kaum entwickelt (s. Abschnitt I.2.2.3). Hinsichtlich der durchschnittlichen Leistungsdauer sind sogar nicht unerhebliche Rückgänge zu verzeichnen²⁵². Die Nutzung bezieht sich nahezu ausschließlich auf die Tagespflege. Diese Feststellungen gelten bundesweit.

Als Gründe für die weit untergeordnete Inanspruchnahme der teilstationären Pflegeleistungen sind zum einen die leistungsrechtlichen Vorgaben des SGB XI selbst zu nennen. Diese wirken in folgender Weise einschränkend sowohl auf die Leistungsgewährung durch die Pflegekassen als auch bezüglich der Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen:

- Die Leistungsgewährung kann nur für den Fall einer auf anderem Wege nicht zu sichernde häuslichen pflegerischen Versorgung erfolgen (§ 41 Abs. 1 SGB XI). Sie setzt also einen entsprechenden Nachweis von Seiten des oder der Versicherten und eine Bestätigung durch den MDK im Rahmen der Begutachtung voraus.
- Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sind gegenüber Pflegegeldleistungen nach § 37 SGB XI vorrangig und werden auf diese verrechnet (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Selbst bei Leistungsempfängern der Pflegestufe III mit einem Pflegegeldanspruch von monatlich 1300 DM ist dieser Anspruch bei Durchschnittspflegesätzen in dieser Pflegestufe von rd. 80 DM²⁵³ bereits nach gut 16 Tagen des Aufenthaltes in einer Tagespflegestelle ‚aufgezehrt‘. Bei den Pflegegeldleistungen der Pflegestufen II (800 DM) und I (400 DM) – zusammengenommen gehören rd. drei Viertel der Tagespflegebesucher zu diesen beiden Pflegestufen²⁵⁴ - ist der Leistungsanspruch bei den ermittelten durchschnittlichen Pflegesätzen von rd. 67 und 54 DM bereits nach 12 bzw. 7,5 Tagen aufgebraucht. Daraus wird u.a. verständlich, warum sich rd. 45 % der Besucher von Tagespflegeeinrichtungen im Schnitt nur 2-3 Tage je Woche in diesen Einrichtungen aufhalten²⁵⁵.

Da die teilstationäre Pflege zudem jeweils nur einen (vergleichsweise geringen) Teil des tages- und wochengesamten Pflege- und Versorgungsaufwandes sicherstellen kann, verbleiben, aus dem Blickwinkel der pflegebedürftigen Versicherten und ihrer Pflegepersonen betrachtet, für den zeitlich umfangreicheren Versorgungszeitraum keine oder nur noch sehr geringe Leistungen der Pflegeversicherung als ‚Honorierung‘ übrig.

Es wird in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hingewiesen, dass annähernd drei Viertel aller Bezieherinnen und Bezieher von ambulanten Pflegeleistungen Pflegegeld in Anspruch nehmen und demgemäß bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen dem dargestellten Nachrang des Pflegegeldes nach § 41 Abs. 3 Satz 1 SGB XI unterliegen.

- Neben teilstationären Leistungen können Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (häusliche Pflegehilfe durch Pflegedienste) erhalten werden. Der Bundesgesetzge-

²⁵² s. im Besonderen Tab. I.4 sowie Abb. I.10 und I.11 im Abschnitt I.2.2.3

²⁵³ Winter, a.a.O., S. 17; danach lagen die Durchschnittspflegesätze für Pflegeklasse I bei 53,80 DM (Spannbreite 30 bis 105 DM), für Pflegeklasse II bei 66,60 DM (Spannbreite 41 bis 115 DM) und für Pflegeklasse III bei 79,90 DM (Spannbreite 53 bis 125 DM).

²⁵⁴ Winter, a.a.O., S. 12

²⁵⁵ Winter a.a.O., S. 16

ber hat diesbezüglich keine Reihenfolge vorgegeben. Das zuständige Bundesministerium für Gesundheit sieht einen Vorrang bei der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI. Es begründet dies damit, dass diese Leistung in der Praxis häufig die kontinuierlichere Leistung darstellt sowie mit dem allgemeinen Vorrang ambulanter vor teilstationärer Pflege²⁵⁶.

Wird dieser Auffassung gefolgt, wären vorrangig immer die Vergütungsansprüche der Pflegedienste zu bedienen und insoweit die den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung von höchstens 750 / 1800 / 2800 DM übersteigenden Kosten für die Tagespflege durch die Pflegebedürftigen selbst oder – bei Bedürftigkeit – durch den zuständigen Sozialhilfeträger zu tragen.

Und selbst bei einer hälftigen Aufteilung der Leistungen aus der Pflegeversicherung wäre unter Zugrundelegung der festgestellten Durchschnittspflegesätze der Tagespflegeeinrichtungen²⁵⁷ die Aufenthaltsdauer dort nur für jeweils 7 / 13,5 / 17,5 Tage im Monat bei den Pflegestufen I / II / III gesichert. Ein Vorrang der Tagespflegeleistungen und ein fünftägiger Aufenthalt in der Tagespflegeeinrichtung (20 Tage im Monat) unterstellt - 37% der Besucher von Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen weisen diese durchschnittliche wöchentliche Nutzungsdauer auf²⁵⁸ – würden für Pflegesachleistungen im häuslichen Bereich bei Pflegestufe I Null DM, Pflegestufe II 460 DM und Pflegestufe III 1200 DM verbleiben.

Die vorstehenden Ausführungen machen deutlich, dass die geltenden leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI für die teilstationären Pflegeleistungen für den Ausbau und die Entwicklung solcher Angebote nicht förderlich sind. Auch durch die Erhöhung der Leistungsbeträge im Zuge des 4. SGB XI – ÄndG vom 21.07.1999 hat sich hieran Wesentliches nicht geändert. Eine Festschreibung des Vorranges der Leistungen nach § 36 SGB XI, wie zum Zwecke einer einheitlichen Rechtsanwendung vom Bundesminis-

²⁵⁶ Bundesministerium für Gesundheit, Schreiben vom 13.9.1999 an den Landkreis Neuss.

Dieser Rechtsauffassung muss nach Auffassung des MFAS nicht gefolgt werden. Vertreten werden kann auch die Auffassung, dass durch den Begriff ‚neben‘ in § 41 Abs. 3 Satz 3 SGB XI lediglich die Feststellung getroffen wird, dass der Bezug teilstationärer Leistungen den Bezug von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI nicht ausschließen, ansonsten aber der in Satz 1 festgelegte Leistungsvorrang der teilstationären Pflege auch im Konkurrenzverhältnis zu den Leistungen nach § 36 SGB XI Anwendung findet. Das BMG vertritt in o.g. Schreiben auch bezeichnenderweise die Auffassung, dass zur Herstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung eine gesetzliche Klarstellung im Sinne des Vorranges ambulanter Leistungen zweckmäßig wäre. Die einschlägigen Kommentare zum SGB XI – Hauck/Wilde und Udsching – machen ebenfalls keine Ausführungen darüber, welche Leistung vorrangig zu gewähren ist.

²⁵⁷ s. Fußnote 101

²⁵⁸ Winter, a.a.O., S. 16

terium für Gesundheit angeregt²⁵⁹, hätte eine weitergehende Schwächung dieses komplementären Hilfeangebotes zur Folge.

Tagespflege

Die Untersuchung zur Situation der Tagespflege in Niedersachsen hat weitere – von den vorgenannten leistungsrechtlichen Gründen weitgehend unabhängige – Gründe für die unter Versorgungsaspekten unbefriedigende Position der Tagespflege im System der institutionellen Hilfen erkennen lassen und zugleich Wege zu deren Abhilfe aufgezeigt. Solche sind vor allem zu sehen in:

- der räumlichen und organisatorischen Betriebsstruktur der Einrichtungen.
- der Angebotsgestaltung,
- dem Preis für die Leistungen und
- dem Bekanntheitsgrad / Kooperationsbeziehungen.

Die räumliche und organisatorische Betriebsstruktur der Einrichtungen:

Nach den Untersuchungsergebnissen haben Einrichtungen, die im Verbund mit anderen Einrichtungsformen tätig sind, z.B. mit ambulanten Diensten und/oder vollstationären Einrichtungen, günstigere Ausgangsbedingungen für eine wirtschaftliche Betriebsführung und eine inhaltsreichere Gestaltung des Angebotes.

Die unter Beteiligung des MFAS erarbeitete und vom Landespflegeausschuss beschlossene Empfehlung für Einrichtung und Betrieb von Tagespflegeeinrichtungen für alte Menschen (s. Anhang) entspricht diesen aus der Praxis gewonnenen Erkenntnissen. So ist z.B. gem. dortiger Nr. 5.1.1 bei mehrgliedrigen stationären Einrichtungen auch ein einrichtungsübergreifender Einsatz der verantwortlichen Pflegefachkräfte möglich, sofern die ständige Anwesenheit mindestens einer Pflegefachkraft (im Sinne von Ziffer 3.1.3 der „Gemeinsamen Grundsätze“ nach § 80 SGB XI) nachgewiesenermaßen gegeben ist. Bei Einbindung in eine mehrgliedrige Einrichtung muss die Tagespflege als Teilangebot nach Nr. 6.1 der Empfehlung zwar personell, baulich/räumlich, organisatorisch und wirtschaftlich selbständig sein, dennoch besteht aber z.B. grundsätzlich

²⁵⁹ a.a.O., s. Fußnote 104

die Möglichkeit der Mitnutzung von Versorgungs- und Wirtschaftseinheiten dieser Einrichtungen.

Die Angebotsgestaltung:

Die Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass Tagespflegeeinrichtungen dann umso mehr auf Akzeptanz stoßen und dementsprechend wirtschaftlichen Erfolg aufweisen, wenn sie möglichst flexibel auf Kundenwünsche eingehen. Dies bezieht sich vorrangig auf die Öffnungszeiten und die Berücksichtigung persönlicher Tagesrhythmen bei den pflegebedürftigen Gästen der Einrichtungen, aber auch auf Angebotsinhalte. Dies erfordert seitens des Personals Bereitschaft und Möglichkeiten zu flexiblem Arbeitseinsatz, in Ausnahmefällen auch zu ungewohnten Zeiten (z.B. am Wochenende). Auch eine solche Flexibilität wird durch den Verbund mit ambulanten und/oder vollstationären Pflegeeinrichtungen erleichtert. Nach dem Bericht²⁶⁰ haben über zwei Drittel der Einrichtungen an fünf Tagen in der Woche durchschnittlich 9 Stunden geöffnet; ein Trend zu längeren Öffnungszeiten ist zu beobachten. Ein Drittel der Tagespflegen im Verbund mit anderen Altenpflegeeinrichtungen haben am Wochenende und ca. 72% montags bis freitags bis zu 12 Stunden geöffnet. Im Bedarfsfall (z.B. Wochenendabwesenheit der Pflegepersonen) bieten einige Tagespflegen auch Übernachtungsmöglichkeiten an (Leistung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI).

Der Preis für die Leistungen:

Unter den vorgenannten gesetzlichen Rahmenbedingungen für teilstationäre Pflegeleistungen und deren Wirkung hinsichtlich verbleibender Ansprüche auf Leistungen der häuslichen Pflege nimmt es nicht Wunder, wenn die Preise der Einrichtungen für die erbrachten Leistungen ein zwar nicht ausschlaggebendes, aber doch sehr bedeutsames Kriterium für die Nachfrage nach Tagespflegeleistungen sind. Die in der Untersuchung ermittelten durchschnittlichen Tagesbeträge für Pflegeleistungen lagen bei 53,80 / 66,60 / 79,90 DM für die Pflegeklassen I / II / III, für Unterkunft und Verpflegung bei ca. 33 DM²⁶¹. Sie lassen außerordentlich große Spannbreiten erkennen. So gibt es Einrichtungen, die in den Pflegestufen I / II / III für den pflegebedingten Aufwand plattztächlich 30 / 41 / 53 DM von ihren Kunden fordern und solche, bei denen diese Leistungen 105 / 115 / 125 DM kosten. Hinzu kommen für die Tagespflegegäste finanzielle Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die zwischen 10 und 50 DM täglich liegen. Die zu-

²⁶⁰ a.a.O., S. 11

dem in Rechnung stellbaren Investitionskosten von durchschnittlich ca. 16 DM in den Einrichtungen, von denen Angaben vorlagen, entfallen für pflegebedürftige Tagespflegegäste aufgrund der Förderung dieser Aufwendungen durch das Land nach dem NPflegeG (§ 11 NPflegeG). Das betrifft fast 90% der Tagespflegegäste²⁶².

Für Tagespflegegäste, die die Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XI nicht erfüllen, lagen die täglichen Gesamtaufwendungen (hier einschl. Investitionskosten) zwischen 38 und 130 DM. Dies wären bei Unterstellung einer Nutzung der Einrichtung über das gesamte Jahr unter der Woche von Montag bis Freitag und vier Ferienwochen (durchschnittlich rund 22 Nutzungstage je Monat) monatlich zwischen 836 und 2860 DM, die von diesen Tagespflegegästen – zusätzlich zu den nahezu gleichbleibenden häuslichen Kosten für Miete, Mietnebenkosten und (eingeschränkt) Verbrauchskosten – aufzubringen wären. Bei den pflegebedürftigen Personen lägen die monatlichen Gesamtkosten (ohne Investitionskosten) bei Pflegestufe I zwischen 880 und 3410 DM, bei Pflegestufe II zwischen 1122 und 3630 DM und bei Pflegestufe III zwischen 1386 und 3850 DM, im Durchschnitt bei rd. 1915 / 2200 / 2485 DM. Hiervon wären jeweils die Leistungen der Pflegeversicherung (750 / 1800 / 2800 DM) anteilig abzuziehen.

Über die Gründe für die außerordentlichen Preisunterschiede zwischen den Einrichtungen liegen aus der Untersuchung keine Informationen vor. Festzuhalten bleibt jedoch: **Tagespflege ist für die Benutzer** wegen der ansonsten nahezu unveränderten Kosten der privaten Lebenshaltung und der zumeist erschöpfenden Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung (s.o.) **eine teure Alternative** zumindest **zur ausschließlichen Pflege zu hause** – selbst bei dortiger Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen, erst recht aber bei Bezug von Pflegegeld- oder Kombileistungen.

Dies gilt in gewisser Weise auch im Vergleich zur vollstationären Pflege. Hier lagen in 1999 die Durchschnittsbeträge für die Pflegesätze in Niedersachsen für die Pflegeklassen I / II / III bei platztäglich 66,89 / 87,47 / 114,57 DM²⁶³. Sie lagen damit durchschnittlich 13 / 20,50 / 34,50 DM oder 24,0 / 30,6 / 43,1 % über den ermittelten Durchschnitt der Pflegesätze der Tagespflegeeinrichtungen. An Entgelten für Unterkunft und Verpflegung musste mit durchschnittlich 32,04 DM annähernd derselbe Preis entrichtet

²⁶¹ Winter, a.a.O., S. 17

²⁶² Die Förderung erfolgt nur für Personen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind (§ 9 Abs. 3 NPflegeG)

werden. Dies führt zwar auf den Monat gesehen zu nicht unerheblich erhöhten Gesamtkosten von auf- bzw. abgerundet 3.012 / 3.635 / 4.557 DM (bei durchschnittlich 30,42 Kalendertagen je Monat) – allerdings bei einem Leistungsrahmen, der die tägliche Vollversorgung über den gesamten Monat umfasst und bei den Pflegestufen I und II mit fast ausnahmslos 2.000 DM und 2.500 DM zu wesentlich höheren Leistungen der Pflegeversicherung führt.

Besonders bedeutsam erscheint in diesem Zusammenhang der nahezu unterschiedslose Durchschnittspreis für Unterkunft und Verpflegung. Er mag aus betriebswirtschaftlicher Sicht gerechtfertigt sein, angesichts der Tatsache, dass die Aufwendungen je Platz für die gebäudlichen Betriebskosten, Reinigung, Strom und Wärme etc. nicht wesentlich unter derjenigen vollstationärer Einrichtungen liegen werden und in der Regel in der Tagespflegeeinrichtung auch mindestens zwei Mahlzeiten eingenommen werden. Aus Sicht der Tagespflegegäste erscheint es aber so, als dass sie für vergleichsweise wenige Stunden am Tag und nur für einen Teil des Monats im Vergleich zu den Aufwendungen für einen Heimplatz unter Berücksichtigung der dort auch erhöhten Leistungen der Pflegeversicherung hohe Kosten haben.

Die Schlussfolgerung daraus liegt nahe, dass in Abwägung zwischen der häuslichen Pflege plus Tagespflege und einer vollstationären Pflege, die Entscheidung auch aus finanziellen Erwägungen gegen die Tagespflege ausfällt. Hinzu kommen bei der Tagespflege durch den täglichen Transport physische und eventuell auch psychische Belastungen, die beim Aufenthalt im Heim nicht entstehen.

Der Bekanntheitsgrad der Einrichtung / Kooperationsbeziehungen:

Von nicht zu unterschätzendem Einfluss auf den erfolgreichen Betrieb einer Tagespflegeeinrichtung ist nach den Erkenntnissen aus der Untersuchung der Bekanntheitgrad der Einrichtung unter der Bevölkerung und vor allem bei dem für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen relevanten Fachpersonen bzw. -institutionen, an erster Stelle neben den Gutachtern des Medizinischen Dienstes die niedergelassene Ärzteschaft und die Ärzte und Pflegekräfte sowie der soziale Dienst der Krankenhäuser. Von Bedeutung sind weiterhin ambulante Pflegedienste, wenn auch hier durch das gegebene Konkurrenzverhältnis die Bereitschaft zu einer offensiven Information nicht immer

²⁶³ Quelle: Pflegesatzkommission gem. 86 SGB XI im Lande Niedersachsen für stationäre Einrichtungen auf der Grundlage einer Liste der AOKfN vom Sept. 1999 mit Stand 18.06.1999; ungewichtet für 963 (von 1.029) Einrichtungen (ohne Einrichtungen unter 10 Plätzen)

unterstellt werden kann, sowie niedergelassene Therapeuten. In Frage kommen weiterhin im besonderen angesichts ihres jeweiligen gesetzlichen Beratungsauftrages die Pflegekassen und die Kommunen z.B. im Zusammenhang mit § 75 BSHG sowie andere Sozialleistungsträger. Schließlich sind auch Apotheken oder Fachgeschäfte für Pflegehilfsmittel geeignete Multiplikatoren.

Die Realität ist allerdings von den gegebenen Möglichkeiten weit entfernt. Die wichtigste Informationsquelle sind die Mundpropaganda und klassische Werbemittel (örtliche Presse, Annoncen, Faltblätter) und öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Therapeuten und ambulanten Pflegediensten findet weit überwiegend nur gelegentlich oder gar nicht statt²⁶⁴. Nur in wenig mehr als 10% der Fälle wurden die **Tagespflegegäste** durch niedergelassene Ärzte **vermittelt, gar nicht oder nur in Einzelfällen durch den MDK, die Kranken- und Pflegekassen und andere Sozialleistungsträger. Hier liegen also erkennbare Defizite vor, die der Aufarbeitung seitens der beteiligten Institutionen und Berufsgruppen sowie der Leistungsanbieter bedürfen.**

Nachtpflege

Nachtpflege als eigenständiges Angebot für tag/nachtrhythmusgestörte Menschen oder zur Entlastung pflegender Angehöriger von auch mehrfach nachts pflegebedürftigen Personen findet in Niedersachsen – und ebenso im übrigen Bundesgebiet – nach Kenntnis des MFAS und der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen mangels wirtschaftlich tragfähiger Nachfrage praktisch nicht statt (siehe hierzu Ausführungen in Abschnitt I.3.1.3b). Gründe hierfür können nur vermutet werden. Mögliche Gründe könnten sein:

- eine geringe Zahl von Fällen der oben beschriebenen Art²⁶⁵,
- ausreichende Möglichkeiten der medikamentösen Einflussnahme auf das nächtliche Ruheverhalten,
- mangelnde Bereitschaft der Betroffenen, sich gerade nachts aus dem gewohnten Lebensraum heraus zu begeben,

²⁶⁴ Winter, a.a.O., S. 21 ff

²⁶⁵ Ein Grund hierfür wiederum könnte in der Tatsache begründet liegen, dass sich bei den zeitlich desorientierten Menschen die daraus resultierende Tag/Nacht-Rhythmusstörung nicht nur auf die Nachtzeit, sondern auf den ganzen Tag erstreckt und sich auch in Abhängigkeit von der Tagesform unregelmäßig und unvorhersehbar einstellt. Einem solchen Verhalten wird in der Regel – wenn allein im häuslichen Bereich nicht möglich – nur in einer vollstationären Einrichtung angemessen entsprochen werden können.

- bessere Möglichkeiten der Sicherstellung einer häuslichen Versorgung in den Abendstunden und nachts als am Tage (z. B. aufgrund der üblicherweise nur tagsüber ausgeübten Erwerbstätigkeit bei den Pflegepersonen).

Überdies gelten für die Nachtpflege grundsätzlich dieselben, die Nachfrage nach einem solchen Angebot beeinflussenden Rahmenbedingungen wie für die Tagespflege. Von Einfluss sind auch hier die gegebenen leistungsrechtlichen Bedingungen für die Inanspruchnahme dieser teilstationären Leistung sowie die von den Versicherten und den pflegenden Angehörigen angestellten Opportunitätsabwägungen gegenüber ausschließlicher häuslicher Pflege bzw. vollstationärer Dauerpflege, den Preis für die Leistungen der Einrichtung, die Leistungen der Pflegeversicherung und die nicht materiellen organisatorischen und pflegerischen Belastungen betreffend (s.o.). Und ebenso sind die Angebotsinhalte für die Nachfrager, die räumliche und organisatorische Betriebsstruktur und der Bekanntheitsgrad unter dem Aspekt der wirtschaftlichen Betriebsführung des Angebotes für die Anbieter vergleichbar bedeutsame Variable für die Akzeptanz und Marktgängigkeit solcher Einrichtungen wie für Tagespflegeeinrichtungen.

Zusammenfassende Feststellungen

Die vorstehenden Ausführungen verdeutlichen die besonderen rechtlichen und strukturellen Probleme im Blick auf den Bestand und die weitere Entwicklung von Angeboten der teilstationären Pflege. Sie bedingen einander zum Teil wechselseitig; sie könnten daher auch nur zum Teil durch eine Änderung der leistungsrechtlichen Vorgaben im Bundesrecht verringert werden. Diskutiert wird eine andere bzw. geringere Anrechnung auf die Pflegegeldleistung im Sinne garantierter ‚Restbeträge‘ im Fall der Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen.

Sicherlich würde auch ein Verzicht auf den grundsätzlichen Nachrang dieser Leistungen in § 41 Abs. 1 SGB XI gegenüber den ambulanten Leistungen zu einer verstärkten Inanspruchnahme insbesondere der Tagespflege führen. Die weiteren, die Inanspruchnahme dieses Angebotes beeinträchtigenden Faktoren wie das Preis-Leistungsverhältnis im Vergleich zu ausschließlicher häuslicher Pflege oder vollstationärer Pflege würden damit – ein im Übrigen gleichbleibendes Leistungsniveau bei den Letztgenannten unterstellt – kaum bzw. gar nicht im Sinne verbesserter Ausgangsbedingungen für die teilstationäre Pflege verändert.

Wenn es insofern in Zukunft den teilstationären Pflegeanbietern nicht gelingt, eine erkennbar attraktive Alternative zur häuslichen Versorgung und zum Pflegeheim zu sein, werden trotz eventuell verbesserter leistungsrechtlicher Bedingungen keine wesentlichen Fortschritte in der Akzeptanz solcher Angebote zu verzeichnen sein. Dass hierfür zumindest für die Tagespflege, selbst vor dem Hintergrund der derzeitigen leistungsrechtlichen Bestimmungen, durchaus **Möglichkeiten bestehen**, geht aus den Untersuchungsergebnissen ebenfalls hervor²⁶⁶. Über die dort genannten Einflussgrößen für den Erfolg der Einrichtungen hinaus²⁶⁷ könnte eine **Schärfung des Leistungssegments** der Tagespflegeeinrichtungen **im Blick auf die Tagesbetreuung altersdementer Menschen** und dessen offensive Darstellung gegenüber der Bevölkerung ebenso wie gegenüber der örtlichen und regionalen Fachöffentlichkeit hierzu beitragen. Diese Aufgabe ist dabei für die Einrichtungen keineswegs neu: Annähernd 60% der Tagespflegegäste zählen bereits heute zu dem genannten Personenkreis²⁶⁸. Er stellt, wie bekannt, für die pflegenden Angehörigen eine besondere und oft nicht ohne fremde Hilfe zu bewältigende Anforderung und Belastung dar und ist daher vielfach der für den Übergang in eine vollstationäre Pflege ausschlaggebende Grund.²⁶⁹

²⁶⁶ Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt im Übrigen auch eine Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe über die Tagespflege in NRW – Situation und Perspektiven aus dem Jahr 1996; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Düsseldorf im März 1997

²⁶⁷ Winter, a.a.O., S. 25. Der Autor führt hierzu aus:

„Die Untersuchung zeigt, dass mehrere Faktoren die Auslastung beeinflussen: die zu berücksichtigende Anlaufphase von zwei bis drei Jahren, die räumliche und organisatorische Betriebsstruktur (Verbundform), der Standort der Einrichtungen, die sozioökonomische Situation der Familienhaushalte im Einzugsbereich der Tagespflege, die Personalsituation der Einrichtungen bzw. das Engagement der Mitarbeiter, das Angebot der Tagespflege, die Öffentlichkeitsarbeit.

Wenn schon bei der Planung mehrere der genannten Faktoren nicht hinreichend berücksichtigt werden, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass eine zufriedenstellende Auslastung nicht erreicht wird.“

²⁶⁸ a.a.O., S. 14 f

²⁶⁹ s. hierzu Ausführungen in Abschnitt I.1.3

2.3.4 Vollstationäre Pflege

a) Kurzzeitpflege

Ausweislich der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit über den Leistungsbezug in der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 1998²⁷⁰ erhielten - bundesweit - rd. 6200 Personen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Das waren 0,3 % aller Leistungsempfängerinnen und -empfänger oder 3,3% aller Leistungsfälle²⁷¹. Bei den landesunmittelbaren Kassen in Niedersachsen waren es im selben Zeitraum 4,4% der Leistungsfälle²⁷². Im Lauf der letzten Jahre hat sich die durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme leicht verringert²⁷³.

Diese Zahlen verdeutlichen einen zur Tages- und Nachtpflege vergleichbar geringen Stellenwert der Kurzzeitpflege. Dies gilt im Besonderen für die Nutzung der Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Pflegebedürftigen (§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI). Auf die diesbezüglich differenzierten Ausführungen im Abschnitt I.3.1.4 - Einrichtungen für Kurzzeitpflege - wird hingewiesen. Für die in diesem Abschnitt diskutierte Frage der möglichen weiteren Entwicklung erscheint - wie bei der Tagespflege - zur Deutung des Status der Kurzzeitpflege und der hieraus zu folgernden Schlüsse für die Zukunft eine Betrachtung der leistungsrechtlichen Vorgaben des § 42 SGB XI sinnvoll:

Kurzzeitpflege steht innerhalb des gestuften Leistungsrechts des SGB XI - häusliche Pflege vor teilstationärer Pflege vor vollstationärer Pflege - noch hinter der Tages- und Nachtpflege. § 42 Abs. 1 Satz 1 SGB XI lautet: "Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung." Kurzzeitpflege stellt leistungsrechtlich insofern eine Leistung dar, die nur in spezifischen Ausnahmefällen bewilligt wird. Vor In-Kraft-Treten des Vierten SGB XI - Änd.G zum 21.07.1999 galt zudem für die Gewährung von Kurzzeitpflegeleistungen nach § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI (sonstige Krisensituationen, in denen vorüberge-

²⁷⁰ Bundesarbeitsblatt 10/1999, S. 105, auf der Basis der Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen gem. § 79 SGB IV. Dargestellte Werte sind Ergebnis einer Umrechnung der Fallstatistik (Tab. PG 1) auf Leistungsempfänger seitens des BMG

²⁷¹ s. Tab. I.4 in Abschnitt I.2.2.3

²⁷² s. Tab. I.4, Abschn. I.2.2.3

²⁷³ s. Abschn. I.2.2.3

hend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist) der Vorbehalt, „dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat“. Die o.g. statistischen Daten gehen auf die Zeit vor Geltungsbeginn des Vierten SGB XI - ÄndG zurück; sie geben insofern die Umsetzung der aufgezeigten, damals geltenden Rechtslage wieder. Ob durch die Aufhebung der Voraussetzung der notwendigen Vorpflegezeiten im Zuge des Vierten SGB XI - ÄndG ein merklicher Anstieg bei den Kurzzeitpflegeleistungen zu verzeichnen sein wird, kann mit größerer Sicherheit erst nach Vorliegen der Leistungsdaten für das Jahr 2000 festgestellt werden. Zweifel sind jedoch angebracht. Mit der Vorschrift des § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI sollte in erster Linie eine besondere Kostenbelastung der Pflegeversicherung in diesem Bereich zu Geltungsbeginn des SGB XI vermieden werden. Nach - zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Vierten SGB XI-ÄndG - mittlerweile über dreieineinvierteljähriger Geltung des Leistungsrechtes nach dem SGB XI ist nur noch in vergleichsweise wenigen Fällen zu erwarten, dass die o.g. Vorbedingung an die Pflegedauer nicht erfüllt wird.

Unbeschadet dieses Details hat aber der nachrangige Charakter der Kurzzeitpflege bei der Leistungsgewährung unverändert Bestand. Inwieweit dieser leistungrechtliche Sachverhalt allerdings von praktischer Relevanz ist, kann hier nur vermutet werden. In jedem Fall haben die Pflegekassen, ggf. durch den MDK, vor Leistungsgewährung eine Prüfung darüber anzustellen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen an die Leistungsgewährung vorliegen; dies wirkt grundsätzlich leistungsbeschränkend. Faktisch erscheinen jedoch Situationen kaum vorstellbar oder auch schwer realisierbar, in denen Kurzzeitpflege

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung (§ 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI) oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche ... Pflege nicht möglich ist (§ 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI)

unter Verweisung auf die Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege nach § 41 SGB XI oder eventuell auch Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI nicht genehmigt würde.

Bezogen auf Letztere macht es zudem für die Pflegekassen vom Leistungsvolumen keinen Unterschied, wenn die Verhinderungspflege durch Pflegesachleistungserbringer (Pflegedienste) oder auch durch Privatpersonen erbracht wird, die den Leistungsrahmen bis zum gesetzlichen Höchstbetrag von 2800 DM für vier Wochen im Kalenderjahr

ausschöpfen können²⁷⁴. Es ist von daher wenig wahrscheinlich, dass die leistungsrechtlichen Vorgaben der Kurzzeitpflege hinsichtlich des Nachrangprinzips gegenüber Leistungen der häuslichen Pflege in ähnlicher Weise einschränkend wirken, wie für die teilstationäre Pflege unterstellt (s. Abschn. 2.3.3).

Die Kurzzeitpflegeleistungen sind auch für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen von größerer Attraktivität angesichts der Fortgeltung der Ansprüche auf häusliche Pflegeleistungen - unter diesem Aspekt insbesondere des Pflegegeldes - während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege.

Zu vermuten ist daher, dass diese Leistung des SGB XI aus anderen als leistungsrechtlichen oder materiellen Gründen in so vergleichsweise geringem Umfang in Anspruch genommen wird. Angesichts der nicht geringen Kapazitäten an Plätzen für Kurzzeitpflege unter Einbeziehung der Angebote der 'eingestreuten Kurzzeitpflege' (s. hierzu ausführlich Abschnitt I.3.1.4) scheidet auch ein unzureichendes Angebot als Grund aus. Es bleiben anzunehmen Gründe, die in unzureichender Kenntnis der Pflegebedürftigen über die gesetzlich gegebenen Möglichkeiten oder auch in Ängsten der Betroffenen vor der notwendigen Gewöhnung - und sei es auch nur vorübergehend - an die veränderte Umgebung und den Heimbetrieb sowie Befürchtungen vor einer daran anschließenden dauerhaften Heimunterbringung bestehen. Hierüber wird von Trägerseite berichtet. Materielle Gründe könnten insofern ergänzend von gewissem Belang sein, als durch die Leistungen der Pflegekasse nicht die Gesamtkosten für den Aufenthalt in der Einrichtung abgedeckt werden. Allerdings entstehen den Kurzzeitpflegegästen in der Regel nur noch Kosten für Unterkunft und Verpflegung; die Investitionskosten werden durch die Förderung des Landes nach dem NPflegeG in voller Höhe gedeckt.

Kurzzeitpflege wird, wie gezeigt (s. Abschnitt I.3.1.4), nahezu ausschließlich im Sinne des § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 in Anspruch genommen für Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Eine systematische Nutzung für Zwecke der Übergangspflege nach einer stationären Behandlung oder als rehabilitativ orientierte Pflege zum Erhalt der häuslichen

²⁷⁴ Gem. § 39 Sätze 4 bis 6 SGB XI i. d. F. d. Vierten SGB XI - ÄndG vom 21.07.1999 dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, wenn die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt wird, die nicht erwerbsmäßig pflegt. Zusätzlich können von der Pflegekasse jedoch auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 a.a.O. dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

Pflegefähigkeit erfolgt praktisch nicht. Diese wäre aber aus gesundheitspolitischen und humanen Gesichtspunkten geboten. Ausgehend von dem erklärten Wunsch der pflegebedürftigen Menschen, einen Heimaufenthalt möglichst zu vermeiden, die in dem gesetzlichen Vorrang der häuslichen Pflege ihren Niederschlag gefunden hat, bietet die Kurzzeitpflege im Sinne des § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI in einem für alle Seiten überschaubaren Zeitraum vor allem die Möglichkeit,

- der Verkürzung der Dauer der stationären Krankenbehandlung,
- der systematischen Prüfung der geeigneten Pflegeform (ambulant, teilstationär, vollstationär) sowie des Pflege- und sonstigen Hilfebedarfs und der diesbezüglichen Abstimmung zwischen den zu beteiligenden Leistungserbringern und Leistungsträgern,
- der gezielten aktivierenden, rehabilitativ orientierten Pflege u. ggf. medizinischen Therapie,
- einer angemessenen Orientierungs- und Entscheidungsfrist für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen.

Die Gründe für die im Verhältnis zu diesen naheliegenden Vorteilen der Kurzzeitpflege unbefriedigende Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten konnten auch trotz Behandlung des Themas im Landespflegeausschuss auf Vorschlag des MFAS nicht ermittelt werden. Festzustellen war lediglich, dass seitens des MDK bei den Begutachtungen im Zusammenhang mit der Frage der pflegerischen Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt nur in seltenen Einzelfällen diesbezügliche Empfehlungen ausgesprochen wurden.

Für die weitere Entwicklung der Kurzzeitpflege als komplementäres Angebot zur häuslichen Pflege wird daher die Erkundung der für die Realisierung der o.g. Ziele notwendigen institutionellen und organisatorischen Voraussetzungen und die anschließende Erprobung von erheblicher Bedeutung sein, wenn der in § 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI formulierte gesetzgeberische Wille zum Tragen kommen soll. Ansonsten steht zu befürchten, dass dieses Hilfeangebot auch weiterhin nur in einer 'institutionellen Form der Verhinderungspflege' zur Anwendung kommt. Zu erwarten sind dann bestenfalls Steigerungen der Inanspruchnahme im Rahmen der allgemeinen Steigerung der Fallzahlen der Pflegebedürftigkeit im Zuge der demographischen Entwicklung.

b) Vollstationäre Dauerpflege

Mit Einführung der Leistungen der häuslichen, der teilstationären und der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI zum 01.04.1995 war, Aussagen der Verbände der Einrichtungsträger zufolge, ein - vom SGB XI intendierter - gewisser Rückgang der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege festzustellen. Berichtet wurde sogar von Kündigungen von Heimverträgen zugunsten der (Wieder-)Aufnahme von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in den Familien. Auf diese Weise konnten von dort die o.g. Pflegeversicherungsleistungen von Geltungsbeginn an in Anspruch genommen werden²⁷⁵.

Von zahlenmäßig größerem Gewicht dürften jedoch aufgeschobene Entscheidungen für Heimpflege bis zum Geltungsbeginn der vollstationären Leistungen ab 01.07.1996 gewesen sein. Dafür spricht der seitdem statistisch nachweisbare, z.T. erhebliche Anstieg des Zuganges zu den vollstationären Pflegeheimen (s. auch Abschnitt I. 2.2.3 und I.3.1.5, die Platzzahlen in Heimen betreffend). Er wird überlagert durch die demographisch bedingte anhaltende Steigerung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen ab etwa dem Jahr 2000 (s. Abschnitt II.1). Ein gleichbleibendes Entscheidungsverhalten der Betroffenen wie heute bis zum Jahr 2010 unterstellt, wäre, wie dort gezeigt, in Niedersachsen bis dahin mit einem Anstieg um rd. 7.800 pflegebedürftigen Personen in Heimen zu rechnen. Dieser Wert stellt aus dort ebenfalls dargelegten Gründen eher eine Untergrenze dar.

Die Entscheidungen der Betroffenen werden sicherlich auch durch die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Diesbezüglich sind aber zumindest bis zum 31.12.2001 angesichts der im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes 'Gesundheit 2000' in Art. 3 fortgeschriebenen Leistungen für die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI keine Änderungen zu erwarten. Ob diese danach dauerhaft festgeschrieben werden oder ob es z.B. im Zusammenhang mit einer stärkeren Berücksichtigung von allgemeiner Beaufsichtigung und Anleitung bei alterdsdementen Menschen zu grundlegenden leistungsrechtlichen Veränderungen auch für den vollstationären Bereich kommt, ist

²⁷⁵ Außer dem geschilderten Verhalten der Versicherten bzw. ihrer Angehörigen wird aber auch die demographische Struktur von Einfluss gewesen sein in Anbetracht der Tatsache, dass im Zeitraum zwischen etwa 1995 und 2000 die Alterskohorten der Personen im Alter ab dem 80. Lebensjahr aus Gründen und in Folge des ersten Weltkrieges rückläufig waren. Sie erreichen im Übrigen die Jahrgangsstärke von 1995 erst wieder im Jahr 2005. Allerdings sind nunmehr auch die Altersjahrgänge ab 60 Jahre und mehr, vor allem diejenigen zwischen 70 und unter 80 Jahren unverhältnismäßig stärker besetzt, so dass dies die Entwicklung in der vorgenannten Altersgruppe überkompensiert.

derzeit nicht einzuschätzen. Mit hoher Sicherheit kann allerdings bereits heute festgestellt werden, dass eine solche stärkere Berücksichtigung der dementen Menschen beitragsneutral nur geleistet werden könnte, wenn es zu einer Verlagerung der Kosten für die Behandlungspflege von den Pflege- zu den Krankenkassen und/oder zu Kompensationen im Leistungsumfang an anderer Stelle in der Pflegeversicherung käme. Dies könnte z.B. durch eine Erhöhung der Eingangsvoraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung generell erfolgen (z.B. pflegerischer Zeitbedarf bei den drei Pflegestufen) oder auch durch eine andere Staffelung der Leistungsbeträge bei den Pflegesachleistungen im ambulanten wie im stationären Bereich²⁷⁶.

Inwieweit eine Senkung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege allerdings auch zu einem relevanten zahlenmäßigen Rückgang bei der Heimpflege führen würden, erscheint zumindest fraglich. Anzunehmen ist, dass bei einer einseitigen Reduzierung der Leistungen für die vollstationäre Pflege - z.B. auch durch eine andere Leistungsstaffelung zwischen den Pflegestufen mit schlechterer Leistung für die Pflegestufe I - im wesentlichen nur ein Teil der Selbstzahler sich nicht für eine vollstationäre Pflege entscheiden würde. Nach neueren Schätzungen sind auch heute noch durchschnittlich um 40 % der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (mit großen regionalen Unterschieden) trotz der Leistungen der Pflegeversicherung und der jeweiligen landesseitigen Förderung von Investitionskosten auf Sozialhilfe oder andere nachrangige Sozialleistungen angewiesen²⁷⁷. Für sie wäre eine Absenkung der Leistungen der Pflegeversicherung ohne Belang.

Eine Absenkung der Leistungsbeträge in der vollstationären Pflege zur - wie gezeigt nur begrenzt wirksamen - Verringerung der Inanspruchnahme von Heimpflege oder eine - direkt wirkende - Erhöhung der Zugangsvoraussetzungen zu den vollstationären Leistungen mit demselben Ziel hätte andererseits eine stärkere Belastung der anderen Leistungsbereiche der Pflegeversicherung und insofern - unabhängig von der Frage der Auswirkungen auf die dort aufzubringenden Mittel aus der Pflegeversicherung und von Seiten anderer Leistungsträger - auf die Entwicklung der dortigen Infrastruktur im Sinne

²⁷⁶ siehe auch diesbezügliche Ausführungen im Abschnitt 2.3.3 mit Hinweis auf Anregungen des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Bundesverband

²⁷⁷ in Niedersachsen sind einer Umfrage des MFAS bei den Förderbehörden mit Datum vom 30.06.1997 zufolge durch die Leistungen der Pflegeversicherung und – additiv – die Investitionskostenförderung des Landes 35% der ehemaligen Sozialleistungsbeziehenden und -bezieher nicht mehr auf die Sozialleistungen angewiesen. Nach Erfahrungen der Sozialleistungsträger waren vor Geltungsbeginn der vollstationären Leistungen in der Pflegeversicherung ca. 70% auf Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge angewiesen. Danach wären Mitte 1997 noch ca. 45% aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf solche Sozialleistungen angewiesen gewesen.

eines dort erforderlichen Ausbaues der Angebote (Vermehrung und/oder Kapazitätserweiterung) zur Folge.

Im Hinblick auf die Frage nach der Entwicklung der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen schließlich zu bedenken sind

- die Entwicklungen von Art und Grad der Pflegebedürftigkeit,
- die Entwicklungen bei Pflegebereitschaft und objektiven Möglichkeiten häuslicher Pflege im Zuge der sozio-strukturellen Entwicklung sowie
- mögliche Entlastungswirkungen durch neuzeitliche Wohnformen mit Betreuung evtl. mit Ergänzung durch Tagespflege- und -betreuungseinrichtungen ('Betreutes Wohnen').

Zu den beiden erstgenannten Entwicklungen wird auf die Ausführungen in Abschnitt II.2.1 und 2.2 verwiesen. Danach **ist**, zusammengefasst, vor allem **durch die immer stärkere Singularisierung der Lebensvollzüge mit einer die demographische Entwicklung additiv überlagernden steigenden Nachfrage nach Vollversorgungsformen einschließlich der Pflege im Alter zu rechnen**. Sie ist in ihrer Quantität nur im Zuge laufender Entwicklungsbeobachtung abschätzbar.

Betreutes Wohnen alter (aber auch behinderter) Menschen hat in den vergangenen etwa zehn Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen und wird nach Aussagen von Vertretern der Wohnungswirtschaft und kommunalen Gebietskörperschaften bei angemessenem Preis-Leistungsverhältnis gut angenommen. Mancherorts bestehen sogar Wartelisten. Das Land Niedersachsen hat im Zuge seiner Wohnungsbauförderungsprogramme zwischen 1989 und 1998 insgesamt 6.611 Altenwohnungen – seit 1993 auch als Betreutes Wohnen - gefördert²⁷⁸. 1998 betrug der Anteil der ‚Betreuten‘ an den in diesem Jahr geförderten 223 Altenwohnungen rd. 70%²⁷⁹.

Die bislang mit dieser Wohnform gewonnenen Erfahrungen lassen aber erkennen, dass der ambulanten Versorgung, ggf. sogar unterstützt mit teilstationären Hilfen (Tagespflege und Tagesbetreuung in Altenwohnquartieren) Grenzen gesetzt sind, die mit dem Grad der somatisch bedingten Pflegebedürftigkeit und/oder der verbliebenen Befähigung zur eigenständigen Lebensführung in Abhängigkeit von den körperlichen, insbe-

²⁷⁸ Niedersächsische Landestreuhandstelle, Tätigkeitsbericht 1998, Tabellen Wohnungsbauförderung, Tab. 7.1 S. 16, Hannover 1999

sondere aber den psychischen Kräften (Demenz) in Zusammenhang stehen. So ist diese Wohnform - eine qualifizierte Betreuung vorausgesetzt - wohl als präventive Hilfe zur Heimvermeidung geeignet; sie trägt insofern zur Entlastung des stationären Sektors vor allem für leichtergradig beeinträchtigte oder auch pflegebedürftige Menschen bei. Sie kann diesen aber nicht ersetzen. Dies gilt vor allem für Menschen, die aufgrund psychischer (Alters-)Krankheiten der häufigen oder ständigen Beaufsichtigung und Anleitung bedürfen und daher nicht mehr allein leben können. Ein großer Teil der Personen der der sogenannten Pflegestufe Null oder G in den Heimen ist nach Aussagen der Heimträger und der Träger der Sozialhilfe diesem Personenkreis zuzurechnen. **Von daher ist von dem Betreuten Wohnen nur eine begrenzte Entlastung für den Heimsektor zu erwarten**²⁸⁰.

Zusammengefasst ist festzustellen, dass **auf mittlere bis längere Sicht** mit einer **steigenden Nachfrage nach Pflegeplätzen in vollstationären Einrichtungen** insbesondere für alte Menschen **zu rechnen** ist. Hinsichtlich des Umfangs bedarf es einer regelmäßigen Marktanalyse unter Einschluss der Analyse der durch Rechtssetzung und Rechtsprechung sowie durch Entwicklungen bei den ambulanten und teilstationären Angeboten ausgelösten Auswirkungen.

2.4 Versorgung von Personen mit besonderem Hilfebedarf

Schädel-Hirngeschädigte der Phase F²⁸¹

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 10 – 15 Jahren deutlich gestiegen. Damit einhergehend hat sich auch die durchschnittliche Lebenserwartung der von solchen Schädigungen Betroffenen nach Berichten aus der Praxis deutlich erhöht²⁸².

²⁷⁹ Niedersächsische Landestreuhandstelle, Tätigkeitsbericht 1998, S. 35; Hannover 1999

²⁸⁰ s. auch Abschnitt IV.2.2

²⁸¹ zur Definition des Personenkreises s. Abschnitt I:3.4.1

²⁸² statistisches Material hierüber lag nicht vor.

Die Erkenntnisse über erfolgreiche Behandlungs-, Therapie, Rehabilitations- und Pflegeinhalte und -verfahren von Schädel-Hirngeschädigten nehmen laufend zu. Es ist von daher mit einer weiterhin steigenden Zahl von Personen der Phase F zu rechnen. Dabei wird der Anteil der hiervon stationär in fachlich geeigneten Einrichtungen zu versorgenden Personen im Lauf der nächsten Jahrzehnte in Anbetracht geringer verfügbarer privater Hilfe (s. Abschnitt II.2.2) 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.3.3.1 nachgewiesen, mittelfristig von einer ausreichenden Versorgung der Schädel-Hirngeschädigten der Phase F ausgegangen werden.

Über die ambulante pflegerische Versorgung liegen keine systematisch erhobenen empirischen Erkenntnisse vor. Auf eine auch in dieser Hinsicht zumindest nicht von besonderem Entwicklungsbedarf gekennzeichnete Situation wird aufgrund fehlender diesbezüglicher Äußerungen von pflegenden Angehörigen anlässlich der Jahresversammlung des Verbandes ‚Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.‘ am 07.01.2000 in Hannover geschlossen. Eine umfassende Information über das bestehende System der Hilfen für diesen Personenkreis ist durch den Verband u.a. durch Nottelefone und durch regionale Kontaktstellen sichergestellt.

Nach Aussagen des Verbandsvorsitzenden anlässlich vorgenannter Versammlung nicht befriedend gelöst ist die Versorgung von wachkomatösen Kindern und Jugendlichen. In Niedersachsen besteht nach Kenntnissen des MFAS eine stationäre Einrichtung im Nordwesten des Landes, die in besonderer Weise auf solche jungen Menschen eingestellt ist.

Im Zuge der Weiterentwicklung und Verbesserung des Versorgungssystems wird nach Aussagen aus der Praxis eine Ausdifferenzierung des Personenkreises der Schädel-Hirngeschädigten der Phase F erforderlich. 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 Über-

gang in eine selbstbestimmte Lebensführung zu finden (Phase ‚G‘). Eine Fachpflegeeinrichtung der Phase ‚F‘ in Niedersachsen beabsichtigt eine entsprechende modellhafte Erprobung mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Dem Modellprojekt wurde – im Sinne einer Kofinanzierung durch das Land – die Förderfähigkeit der Investitionsaufwendungen nach Maßgabe des NPflegeG bescheinigt. Auch eine weitere Einrichtung plant zur Zeit ein vergleichbares Angebot. Die Erfahrungen werden hier abgewartet werden müssen. Insbesondere wird dabei zu klären sein, ob die angestrebten Ziele im Hinblick auf den Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner erreicht werden können und ob von daher eine institutionelle Ausdifferenzierung in der dargestellten Form auf Dauer gerechtfertigt ist.

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. Dem MFAS liegen keine Informationen über jährliche Zuwachsraten vor. Die Befragung des Landesverbandes Niedersachsen der DMSG bei den örtlichen Kontaktstellen²⁸³ hat lediglich ergeben, dass bei den 40 (von 81) Kontaktstellen, die geantwortet haben, insgesamt vier Personen, davon drei Frauen, bekannt waren, die einen Heimplatz suchen. Diese vier Personen suchten allerdings nach Aussage der jeweiligen Kontaktstelle eine Einrichtung ausschließlich in Wohnortnähe; sie waren zu einem Umzug an einen anderen Ort innerhalb Niedersachsens nicht bereit. Für diejenigen Einrichtungen, in denen derzeit MS-Kranke leben, wurden, mit Ausnahme der Einrichtung in Celle, keine Wartezeiten für den Fall einer notwendig werdenden weiteren Aufnahme angegeben.

Sterbende (Hospize)

Die zurzeit bestehenden Erkenntnisse des MFAS über die pflegerische Versorgungslage und den Versorgungsbedarf von Menschen, die sich krankheitsbedingt in ihrem letzten Lebensstadium befinden, palliativ-medizinischer Behandlung und Pflege bedürfen, diesbezüglich zu Hause nicht oder nicht ausreichend versorgt werden können und daher geeigneterweise in einem stationären Hospiz die für sie erforderlichen medizini-

²⁸³ s. Abschnitt I.3.3.2

schen, pflegerischen und psycho-sozialen Hilfen erhalten, sind in Abschnitt I.3.3.3 dargestellt.

Eine quantitative Prognose kann für diesen Personenkreis nicht gegeben werden.

Es ist jedoch zu erwarten, dass das Angebot an stationären Hospizen sich marktangepasst entwickeln wird angesichts der Tatsache, dass es sich hierbei um im Vergleich z.B. zu Altenpflegeeinrichtungen besonders kostenintensive Einrichtungen handelt, die dadurch im Hinblick auf ihre Auslastung ein hohes wirtschaftliches Risiko für den jeweiligen Träger darstellen. Die vergleichsweise hohen platztäglichen Kosten von 400 und mehr DM sind u.a. auf die geringe Größe dieser Einrichtungen zurückzuführen, die konzeptionell allerdings geboten ist. Nach § 1 Abs. 1 Satz 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V²⁸⁴ sind stationäre Hospize „kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker sterbender Menschen auszurichten ist.“

Personen mit hochgradiger Altersdemenz

Zur Einschätzung über die diesbezügliche Entwicklung wird auf die Ausführungen im den Abschnitt II.2.1 und Abschnitt I.1.3 verwiesen. Ergänzend wird noch einmal die in Abschnitt II.1.2 dargestellte Tatsache hervorgehoben, dass innerhalb des jetzt angebrochenen Jahrzehnts in Niedersachsen mit einem Zuwachs von rd. 57.100 Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren zu rechnen ist. Dies wird nach den Erkenntnissen über die besondere Betroffenheit der Menschen dieser Altersgruppe mit dementiellen Erkrankungen und über die überproportionale Heimpflegebedürftigkeit des Personenkreises mit hochgradiger Altersdemenz (s. auch Abschnitte I.1.3 und I.3.4.4) nicht ohne Folgen bleiben für die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen, die strukturelle Zusammensetzung der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit entsprechenden Konsequenzen für die Personalausstattung der Einrichtungen, die betriebliche Organisation und ggf. auch die baulich-räumliche Gestaltung (auch zu Letzterem siehe Abschnitt I.3.3.4 und nachfolgend III.4).

²⁸⁴ Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998 i.d.F. vom 09.02.1999 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der BAG Hospiz, e.V., Düren, dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Bonn, dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., Frankfurt am Main, dem Deutschen Roten Kreuz e.V., Bonn und dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Stuttgart

Diese – quantitativen wie qualitativen – Auswirkungen auf Zahl und Gestaltung des institutionellen Hilfeangebotes (ambulante und teilstationäre Formen einbezogen) werden selbst bei einer unterstellten Verringerung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit allgemein und von dementiellen Erkrankungen im Besonderen durch weiteren medizinischen Fortschritt und verbesserte gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im beruflichen wie privaten Alltag sowie deren Annahme durch die Bevölkerung (s. hierzu auch Ausführungen im Abschnitt II.2.1) nach heutigem Stand der Erkenntnis nicht (vollständig) zu kompensieren sein. Mit einer steigenden Nachfrage nach solchen institutionellen Angeboten – in allerdings nur partiell prognostizierbarem Umfang (s. Abschnitt 2.1) – müsste daher auch unter solchen veränderten Bedingungen (noch) gerechnet werden.

Pflegebedürftige Kinder

Die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Alter unter 15 Jahren ist – bundesweit – von 65.364 in 1997 auf 66.658 in 1998 um rund 1.300 (1%) gestiegen; das sind 2,5 % des Gesamtanstieges. An allen Leistungsbezieherinnen und -bezieher machte die Altersgruppe Ende 1998 rd. 3,9% aus; die Steigerung fiel also unterproportional aus. Auf Niedersachsen bezogen wäre ein Anstieg um etwa 130 pflegebedürftige Kinder anzunehmen²⁸⁵.

Diese Situationsdarstellung für zwei Jahre erlaubt allerdings keine Extrapolation für die Zukunft. Die altersspezifische Vorausschätzung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen **bis 2010** (s. Abschnitt II.1.1) ergibt – bei der unterstellten gleichbleibenden Pflegequote innerhalb der jeweiligen Altersgruppe – aufgrund der demographischen Entwicklung zwischen den Jahren 2000 und 2005 bzw. 2005 und 2010 eine annähernd gleichmäßige **Senkung der Zahl der pflegebedürftigen Kinder** um jeweils 1,1% von rd. 7.550 auf 7.200 auf 6.700 Kinder (Tab. A II.5).

Die Prognosedaten zeigen zwar eine Verringerung der Zahl der pflegebedürftigen Kinder an, die errechneten absoluten Werte liegen aber über den für 1998 auf anderem Weg ermittelten Anzahl der jungen Leistungsbezieherinnen und -bezieher (s. Abschnitt

²⁸⁵ Erfahrungswert: ca. 10%

I.1.2). Dort waren aus den Bundesdaten höchstens etwa 6.660, also 890 Kinder weniger als für 2000 prognostiziert, abgeleitet worden (10% der Bundesdaten). Eine abschließende Bewertung hinsichtlich der größeren Wahrscheinlichkeit einer der beiden Datenquellen ist angesichts der mit beiden verbundenen Ungenauigkeiten nicht möglich. Von größerer Bedeutung erscheint auch die aufgrund der tatsächlichen Altersentwicklung mit einem großen Wahrscheinlichkeitsgrad versehene Aussage einer sinkenden Zahl von pflegebedürftigen Kindern in den kommenden zehn Jahren.

Es ist auch nicht zu erwarten, dass in dem Prognosezeitraum von 10 Jahren diese Entwicklung ganz oder doch in großen Teilen wieder aufgehoben wird durch eine verstärkte Prävalenz für Pflegebedürftigkeit aufgrund einer geringeren peri- und postnatalen Mortalität sowie Mortalität im Säuglings- und Kleinkindalter durch verbesserte Behandlungsmethoden im Stadium der Schwangerschaft oder nachgeburtlich z.B. bei Frühgeburten oder angeborenen Behinderungen (s. Abschnitt II.2.1).

Es kann somit mit einer sinkenden Zahl von pflegebedürftigen Kindern in den nächsten Jahren gerechnet werden. Dies ist unter Versorgungsaspekten insoweit von Relevanz, als, wie gezeigt (u.a. Abschnitt I.3.3.5), die Zahl der stationär versorgten Kinder sehr gering und daher, bezogen auf den Familienwohnsitz, nur in günstigen Einzelfällen ortsnah gepflegt und betreut werden kann. Eine künftig noch geringere Zahl könnte weitere Zentralisierungsnotwendigkeiten aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten beinhalten.

Noch problematischer stellt sich die aufgezeigte künftige Entwicklung für die ambulante fachpflegerische Versorgung dar. Die bestehenden Pflegedienste müssen eventuell ihre jeweiligen Einzugsbereiche vergrößern, um wirtschaftlich tragfähig zu bleiben, oder noch größere Gebiete als bereits heute (s. Abschnitt I.3.3.5) bleiben unversorgt. Ungewünschte Heimeinweisungen sind als Folge nicht auszuschließen. Der o.g. Zentralisierungsprozess bei den stationären Einrichtungen würde dadurch zwar möglicherweise ganz oder teilweise vermieden, allerdings zu Lasten der gerade für Kinder im Regelfall eindeutig zu bevorzugenden häuslichen Versorgung. Eine Lösung dieses Konflikts ist gegenwärtig nicht ersichtlich (s. auch Abschnitt IV.3.2).

Menschen mit Behinderungen

Über die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit einer körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnes-Behinderung liegen angesichts des ursachenunspezifischen Pflegebegriffes keine Erkenntnisse vor. Gleichwohl sind insbesondere bezüglich der in stationären Einrichtungen (solche der Eingliederungshilfe oder der Pflege; s. Abschnitt I.3.3.6.2) pflegerisch zu versorgenden nicht altersbedingt behinderten Personen Rückschlüsse möglich. Die Grundlagen hierfür bilden die vorliegenden Daten zur Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung (Abschnitte I.1.3 und I.2.3), die altersspezifische Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt II.1 und Tab. A II.4), statistischen Unterlagen des Niedersächsischen Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben (NLZSA) über die Altersverteilung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und eine hierauf aufbauende Vorausschätzung des MFAS zur Zahl der Personen im Alter von 60 Jahren und mehr in solchen Einrichtungen²⁸⁶.

Nicht möglich sind dabei allerdings regional differenzierte Aussagen in Anbetracht

- der verfügbaren statistischen Daten und Prognosen sowie
- der besonderen Lokationsbedingungen vor allem der sogenannten Langzeiteinrichtungen mit ihren überregionalen Einzugsbereichen.

Hierzu bedürfte es einer besonderen Befassung nicht zuletzt im Blick auf die von der Landesregierung angestrebte ortsnahe Versorgung der behinderten Menschen und daraufhin eventuell gezielt auszurichtende Strukturveränderungen.

Ambulante Versorgung

Die Feststellung einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter gilt für Menschen mit Behinderungen in hervorgehobenem Maß. Sofern nicht unmittelbar Pflegebedarf auslösend und daher altersunabhängig, stellen die Behinderungen zum Teil erhebliche physische und psychische Belastungen dar, die längerfristig beeinträchtigend auf die Gesundheit wirken und daher früher als altersdurchschnittlich pflegerische Hilfe erforderlich machen. Menschen mit Behinderungen sind dabei mit zunehmendem Alter nicht nur vergleichsweise stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen, sie sind unter diesen Umständen auch eher auf eine umfassende Hilfe angewiesen, wie sie unter den gegebenen Bedingungen vielfach nur in einer vollstationären Einrichtung möglich ist. Die Wahl einer vollstationären Einrichtung wird bei Vor-

²⁸⁶ MFAS: Entwicklung der Wohnstättenplätze bis zum Jahr 2030, Hannover, 24.09.1998, unveröffentlicht

liegen einer wesentlichen Behinderung darüber hinaus auch oft aus nicht pflegebedingten Gründen – z.B. (schulische) Ausbildung oder Erwerbstätigkeit – erforderlich (s. auch diesbezügliche Ausführungen in Abschnitt I.1.2).

Diese Feststellungen führen zu der Schlussfolgerung, dass es sich bei den häuslich gepflegten Menschen mit einer Behinderung im überwiegenden Maß um Personen in jüngeren oder mittleren Altersgruppen handelt.

Für die Personengruppe der Pflegebedürftigen im Alter unter 60 Jahren wurde festgestellt (Abschnitt II.1.2), dass hier bis zum Jahr 2010 in Niedersachsen nur mit einer Steigerung um 550 Personen zu rechnen ist. Ein gleichbleibendes Nachfrageverhalten nach Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI wie heute unterstellt, wird auch von diesen Personen nur ca. ein Drittel Pflegesachleistungen nach §§ 36 oder 38 SGB XI bei den Pflegediensten abrufen²⁸⁷. Es ist daher von davon auszugehen, dass diese Anforderungen durch die vorhandenen Pflegedienste – diejenigen, die sich speziell an Menschen mit Behinderungen wenden (Abschnitt I.3.3.6.1), eingeschlossen – befriedigt werden können.

Stationäre Versorgung

Wie gezeigt (Abschnitt II.1.2) ist für die vollstationär zu versorgenden Menschen in Niedersachsen insgesamt bis 2010 mit einem Anstieg um annähernd 8.000 Menschen zu rechnen. Darunter nehmen die älteren und alten Menschen (ab dem 60. Lebensjahr) zusammengenommen rd. 90% ein. Nach einer Erhebung des NLZSA mit Stand vom 31.10.1999 sind knapp 5% der 6.320 Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnstätten an WfB²⁸⁸ 60 Jahre und älter (Tabelle A II.6). In den großen Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte²⁸⁹ waren zum selben Datum 12,6% 60 und mehr Jahre alt (einschl. 96 Bewohnerinnen und Bewohnern von Altenwohngruppen). Die beiden Einrichtungstypen umfassen zusammengenommen rd. 72% des gesamten Platzbestandes der Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI. Sie können daher als repräsentativ für diese Einrichtungen genommen werden. Im arithmetischen Mittel ergibt sich insofern ein Anteil von 8,9% für die Bewohnerinnen und Bewohner im Alter von 60 und mehr Jahren bzw. dementsprechend 90,1% derjenigen unter 60 Jahren. Wie für die häuslich Pflegebedürft-

²⁸⁷ Anteil der Leistungsfälle für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der Leistungsfälle von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI an der Summe dieser Leistungsfälle zuzüglich der Leistungsfälle für Leistungen nach § 37 SGB XI (Pflegegeld) für das Jahr 1998; s. Tab. A I.8d

²⁸⁸ Diese gelten als vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI

²⁸⁹ s. auch Tab. I:14 im Abschnitt I.3.3.6.2

tigen unter den Menschen mit Behinderungen gilt also auch für die stationär lebenden, dass sie gegenwärtig weit überwiegend den jungen und mittleren Altersgruppen zuzurechnen sind²⁹⁰.

Der demographisch bedingte Zuwachs bis 2010 wird in diesen Altersgruppen auch bei den stationär Pflegebedürftigen mit rund 330 Personen (einschl. solcher Personen, die nicht zugleich eine Behinderung aufweisen) sehr gering sein (Tab. A II.3b). Insoweit kann auch hier **kein zahlenmäßig erheblicher zusätzlicher Versorgungsbedarf** konstatiert werden.

Zumindest für die Kinder und Jugendlichen kann zudem angenommen werden, dass es keiner zusätzlichen, sondern eher weniger Plätze in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bedarf angesichts demographisch bedingt leicht rückläufiger Zahl (s. vorstehender Unterabschnitt). Zudem ist nach Einschätzung des MFAS das regionale Versorgungsangebot an Frühförderung, Sonderkindergärten und –schulen sowie die begleitende therapeutische und medizinische Versorgung so gut ausgebaut, dass nur noch wenige Eltern auf die stationäre Versorgung ihrer behinderten (und eventuell zugleich pflegebedürftigen) Kinder zurückgreifen (müssen)²⁹¹.

Dem steht allerdings das festgestellte vergleichsweise häufige Vorkommen von Schwerstpflegebedürftigkeit unter den Kindern (s. Abschnitt I.1.2) in gewisser Hinsicht entgegen. Bestätigt wird diese aus den Leistungsdaten der Pflegekassen geschlossene Tatsache auch durch die Statistik der stationären Einrichtungen für minderjährige Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen des Niedersächsischen Landesjugendamtes mit Stichtag 31.12.1996. Dort wird ebenfalls ein relativ hoher Anteil an schwerstmehrfachbehinderten Säuglingen in den Einrichtungen konstatiert²⁹².

²⁹⁰ Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen blieben mangels statistischer Informationen über die Altersverteilung außer Betracht; für sie kann aber mit Ausnahme der in Abschnitt I.3.3.6.2 erwähnten zwei Einrichtungen für ältere seelisch Behinderte grundsätzlich dieselbe Altersverteilung angenommen werden. Angesichts der insgesamt geringen Platzzahl dieser Einrichtungen sind sie außerdem für das statistische Mittel nicht wesentlich.

²⁹¹ MFAS: Entwicklung der Wohnstättenplätze bis zum Jahr 2030, a.a.O.

²⁹² a.a.O., S. 5f

Von erheblicher Bedeutung ist aber die Altersentwicklung der Bewohnerschaft in den Behinderteneinrichtungen. 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 behinderten Menschen im Regelfall 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 zunehmen.** Nach Schätzungen des MFAS²⁹³ werden im Jahr 2010 über 3.300 Personen im Alter von 60 und mehr Jahren in den Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte und den Wohnstätten an Werkstätten leben. Bis zum Jahr 2030 wird der Hochrechnung zufolge sogar eine Zahl von annähernd 9.600 Personen bei dann rd. 20.600 Plätzen erreicht. Unter der oben getroffenen Annahme einer in etwa vergleichbaren Altersstruktur auch bei den anderen Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI würde die **Zahl der älteren und alten Menschen in allen Einrichtungen zusammengenommen im Jahr 2010** annähernd **bei 4.900** liegen. Zu welchen Anteilen diese Menschen dann auch pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, kann nicht genau gesagt werden.

Gegenwärtig sind rd. 31% der Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI pflegebedürftig nach den §§ 14,15 SGB XI. Dabei ist der Anteil der älteren Bewohnerinnen und Bewohner (noch) sehr gering (s.o.). Da aber der Anteil der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren an allen Pflegebedürftigen ca. 85% beträgt (Tab. I.1.2) und diesbezüglich für die kommenden Jahre eher noch eine leichte Zunahme zu erwarten ist, muss für die Situation in den stationären Behinderteneinrichtungen ein deutlich wachsender Anteil an pflegebedürftigen Menschen unterstellt werden.

Nimmt man unter Berücksichtigung der besonderen Prävalenz behinderter Menschen für Pflegebedürftigkeit (s.o.) näherungsweise an, dass die Hälfte der **2010** in diesen Einrichtungen lebenden älteren Menschen pflegebedürftig ist, würde dies bereits **um 2.000 bis 2.500 Menschen mehr als heute** betreffen. **In den Einrichtungen muss dementsprechend personell und baulich-räumlich Vorsorge getroffen werden, um eine angemessene pflegerische Versorgung sicherzustellen.**

²⁹³ MFAS a.a.O.

Migrantinnen und Migranten

Der Zuzug von Personen nicht-deutscher Herkunft aus dem Ausland ist in den letzten Jahren sehr zurückgegangen²⁹⁴. Eine Änderung dieses Einwanderungsverhaltens ist für absehbare Zeit nicht zu erwarten. Die hohe Sesshaftigkeit der ausländischen Bevölkerung mit dauerhaftem Aufenthaltsrecht in der Bundesrepublik (s. auch Abschnitt I.1.4) wird andererseits auf mittel- bis längerfristige Sicht dort keine wesentliche Verminderung der Zahl zur Folge haben. Insgesamt muss daher mit keinem erheblichen, wesentlich nur durch die höhere Fertilität ausländischer Familien bestimmten Wachstum dieses Teils der Bevölkerung gerechnet werden. Mit Sicherheit wird aber die Zahl der alten Menschen unter ihnen zunehmen und damit die Zahl derjenigen, die pflegebedürftig werden. Eine lineare Fortschreibung der heutigen Altersverteilung unterstellt²⁹⁵, würden Ende des Jahres 2010 rd. 58.500 ausländische Personen im Alter von 60 und mehr Jahren mehr in Niedersachsen leben als Ende 1997.

Wird weiterhin ein den Verhältnissen der Gesamtbevölkerung entsprechender Anteil von pflegebedürftigen Menschen unter diesen älteren Migrantinnen und Migranten angenommen, so wären von diesen ca. 8,6% oder ca. 7.600 Personen von Pflegebedürftigkeit betroffen. Bei den Jahrgängen unter 60 Jahren wären es 0,5% oder ca. 2.400 pflegebedürftige ausländische Personen.

Diese Zahlen – zusammengenommen also ca. 10.000 oder rd. 5% an allen prognostizierten Pflegebedürftigen in Niedersachsen in 2010 (s. Abschnitt II.1.2) – sind eher als zu niedrig zu bewerten angesichts der höheren Prävalenz vor allem bei den Migranten der mittleren und höheren Altersgruppen bezüglich berufsbedingter Langzeitkrankheiten und demzufolge auch wahrscheinlich hinsichtlich des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit (s. entsprechende Ausführungen im Abschnitt I.1.4).

Vor diesem Hintergrund erlangt das Thema der ethnospezifischen Pflege und **dem** entsprechender Pflegeangebote (**s. Abschnitt I.3.4.7**) sowie **die diesbezügliche** Qualifizierung der in der Pflege beruflich Tätigen (**Fach- und Hilfskräfte**) zunehmende Relevanz. Andererseits ist zu bedenken, dass – ein gleichbleibend geringes Zuzugsverhal-

²⁹⁴ Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen: Daten und Fakten zur Ausländersituation, Bonn März 1998

²⁹⁵ Unter Berücksichtigung von Verminderungen durch Fortzug oder Tod nur insoweit, als die Gruppe der jetzt 75jährigen und Älteren für 2010 nicht mehr einbezogen wurde, ohne Berücksichtigung von Ergänzungen der Altersgruppen durch zwischenzeitlichen Zuzug und unter Fortschreibung der nachwachsenden Jahrgänge im Umfang der heutigen; Quelle: Nieders. Landesamt f. Statistik: Ausländische Bevölkerung in Niedersachsen – Ausländerzentralregister -; Stand 31.12.1997

ten unterstellt (s.o.) – 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 (vor allem bei den ambulanten Hilfen) 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. Der Bedarf an ethnospezifischen Pflegeangeboten wird von daher sorgfältig zu prüfen sein.

III. Vorschläge zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen

1. Stationäre Pflegeeinrichtungen – definitorische Abgrenzung gem. § 71 SGB XI

Die nachfolgenden Vorschläge zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen beziehen sich in Ausführung des Auftrages von § 3 Abs. 2 Nr. 2 NPflegeG²⁹⁶ auf stationäre **Pflegeeinrichtungen** (Pflegeheime) **im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI**. Solche sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser (§ 71 Abs. 4 SGB XI). Sie sind demgemäß auch nicht Gegenstand dieser Ausführungen.

Ob bzw. inwieweit in einigen Jahren aufgrund der dann wesentlich größeren Zahl an älteren – und damit auch vielfach pflegebedürftigen – Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Behindertenhilfe (s. Abschnitt II.2.4) zur Sicherung ihres Rechtsanspruches auf den Erhalt von vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI (jetzt nach § 43a SGB XI nur bis zu 500 DM monatlich) unter Umständen an die Bildung von für diesen Personenkreis geeigneten Pflegeeinrichtungen zu denken ist, ist für den hier dargestellten gesetzlichen Auftrag gegenwärtig insofern ohne Belang, als eine diesbezügliche vertrags- und leistungrechtliche Zuordnung eben nicht vorliegt. Eventuelle konzeptionelle Überlegungen müssten zu gegebener Zeit zwischen den Leistungsträgern (Verbände der Pflegekassen, Kommunale Spitzenverbände, Land) und den Leistungsanbietern (Verbände der Einrichtungsträger) auf Landesebene vorgenommen und in eine Fortschreibung des Pflegerahmenplanes integriert werden.

Nicht Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen sind auch Einrichtungen, in denen der Wohncharakter im Vordergrund steht, wie z.B. Altenwohnheim, Altenheime, Wohn-

²⁹⁶ auf die diesbezüglichen Erläuterungen im Teil „Einführung“ wird verwiesen

heime für Menschen mit Behinderungen, Servicewohnungen, Betreute Alten- oder Behindertenwohnungen, selbst wenn in diesen im Sinn des SGB XI pflegebedürftige Menschen leben. Solche Einrichtungen sind zwar grundsätzlich zur pflegerischen Versorgungsstruktur zu rechnen und gelten im Sinne eines emanzipatorischen Hilfe- und Pflegeverständnisses („Kundenorientierung der Hilfe und Pflegeleistungen“) als entwicklungs- und ausbaubedürftiger Teil der pflegerischen Versorgungsstruktur²⁹⁷. Pflegerische Hilfen für dort lebende Menschen mit Pflegebedarf im Sinne des SGB XI (Bedarf an grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfen) werden in Form ambulanter Betreuung und Pflege erbracht – soweit es sich um Pflegesachleistungen gem. § 36 oder § 39 SGB XI handelt, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne von § 71 Abs. 1 SGB XI. Insofern unterfallen sie nicht dem gesetzlichen Auftrag von § 3 Abs. 2 Nr.2 NPflegeG.

2. Vorgaben zur Gestaltung stationärer Pflegeeinrichtungen nach dem NPflegeG

Das NPflegeG und die diesbezügliche Durchführungsverordnung (DVO-NPflegeG) enthalten einige Vorgaben zur Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen als Voraussetzungen für die Förderung der Investitionsaufwendungen solcher Einrichtungen.

Nach § 8 Abs. 2 Satz 1 NPflegeG setzt die Förderung einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer Maßnahme im Sinne von § 12 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG (Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur) die Feststellung der nach § 15 Abs. 1 NPflegeG zuständigen Stelle²⁹⁸ darüber voraus, dass diese Einrichtung oder Maßnahme erforderlich ist, um die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen. Liegt diese Voraussetzung vor, so kann gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 NPflegeG die Feststellung der Erforderlichkeit und damit der Förderfähigkeit dennoch versagt werden, wenn die Förderung einer Pflegeeinrichtung zugute käme, bei der es sich nicht um eine ortsnahe Einrichtung von angemessener Größe handelt.

²⁹⁷ Auf die Berichte der Fachkommissionen „Altenpflege“, „Behinderte“ und „Psychiatrie“ wird in diesem Zusammenhang verwiesen; Hrsg.: Nieders. Sozialministerium, Hannover 1993

²⁹⁸ Zuständige Förderbehörde ist der Landkreis oder die kreisfreie Stadt, in dessen bzw. deren Gebiet die Einrichtung liegt; bei Einrichtungen in Trägerschaft oder Mitträgerschaft eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt sind die Bezirksregierungen zuständig.

Es liegt somit im Ermessen der jeweiligen Förderbehörde, die durch sie jeweils zu treffende Feststellung über die Erforderlichkeit einer Einrichtung oder strukturqualifizierenden Maßnahme bei fehlendem Vorliegen eines oder beider o.g. Kriterien zu versagen. Ortsnähe und Angemessenheit der Größe der Einrichtung sind daher im Rahmen der Feststellung über die Erforderlichkeit der Einrichtung oder Maßnahme (Grundvoraussetzung für eine Förderung) stets mit heranzuziehen²⁹⁹.

Die Angemessenheit der Größe einer stationären Einrichtung ist durch § 3 DVO-NPflegeG näher bestimmt. Diese Einrichtungen besitzen dann eine solche Größe, wenn sie an einem Standort als

- teilstationäre Pflegeeinrichtungen nicht mehr als 15 Pflegeplätze,
- Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht mehr als 20 Pflegeplätze,
- vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege nicht mehr als 40 Pflegeplätze umfassen.

Der Bezug der o.g. Platzobergrenzen auf jeweils einen Standort eröffnet die Möglichkeit der Förderung auch größerer Einrichtungen in dezentraler Anordnung (z. B. stadtteil- oder gemeindebezogen), ohne dass es – im Gegensatz zu einer Überschreitung an einem Standort³⁰⁰ - hierzu einer ausdrücklichen Begründung bedarf.

Für das Kriterium der Ortsnähe treffen das NPflegeG und die DVO –NPflegeG keine nähere Festlegung. Das MFAS hat hierfür folgenden Anhalt gegeben³⁰¹:

„Ortsnah im Sinne des § 8 Abs. 2 Satz 2 NPflegeG sind stationäre Pflegeeinrichtungen, die – möglichst in Wohnsiedlungen integriert – jedoch stets so gelegen sind, dass den Pflegebedürftigen eine Teilnahme am Leben in der örtlichen Gemeinschaft –soweit sie hierzu in der Lage sind – eigenständig und ohne unzumutbaren Aufwand jederzeit möglich ist. Ortsnähe ist auch gekennzeichnet durch eine gute Erreichbarkeit der Einrichtungen aus dem regionalen Einzugsbereich (z.B. für Angehörige der Pflegebedürftigen). Nicht ausgeschlossen ist dabei, dass derartige Einrichtungen einen überregionalen Einzugsbereich haben.“

²⁹⁹ Für die am 30.06.1996 bestehenden Einrichtungen wurde ihre Erforderlichkeit für die pflegerische Versorgungsstruktur unterstellt; das Kriterium der Ortsnähe und der angemessenen Größe finden auf sie insoweit nur bei künftigen Investitionsmaßnahmen Anwendung; siehe hierzu auch Rd.Erlass des MS vom 05.08.1996 zur Förderung von Pflegeeinrichtungen gem. §13 NPflegeG, Anhang, Abschnitt 1., Erläuterungen zu Pkt. 2.1.3.1 und 2.1.3.2

³⁰⁰ Bezüglich weitergehender Erläuterungen wird verwiesen auf den Rd Erlass des MS vom 05.08.1996 zur Förderung von Pflegeeinrichtungen gem. § 13 NPflegeG, Anhang, Abschnitt 1., Erläuterungen zu Pkt. 2.1.3.2

³⁰¹ Rd.Erlass v. 05.08.1996, a.a.O., Abschnitt II, Pkt. 2.1.3.1

3. Vorschläge zur Gestaltung von stationären Altenpflegeeinrichtungen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tagespflege, Nachtpflege) und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Kurzzeitpflege, Dauerpflege) für alte Menschen. Solche Einrichtungen bilden – entsprechend dem besonderen zahlenmäßigen Umfang der alten Menschen unter den Pflegebedürftigen (s. z.B. Abschnitt I.1.1) – den weitaus größten Teil der pflegerischen Versorgungsstruktur. Demgemäß liegen auch hier besonders vielfältige Erfahrungen hinsichtlich ihrer Gestaltung vor³⁰².

Es ist davon auszugehen, dass die für stationäre Einrichtungen für alte Menschen postulierten allgemeinen Anforderungen (s.u. Pkt. 3.1) grundsätzlich auch für andere Gruppen von pflegebedürftigen Menschen gelten z.B. für stationär pflegebedürftige jüngere Menschen mit einer körperlichen oder einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung, pflegebedürftige Kinder oder Jugendliche, Schädel-Hirngeschädigte der Phase F etc. Eventuell spezifische Gestaltungsbedarfe bei Einrichtungen für solche Personengruppen konnten im zur Verfügung stehenden Zeitrahmen nicht ermittelt werden³⁰³.

3.1 Allgemeine Anforderungen

Selbstbestimmung und Schutz der Privatsphäre

Die Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI bilden die institutionelle Grundlage zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 12 i.V.m. § 69 SGB XI). Durch sie und – soweit es sich um stationäre Einrichtungen handelt – in ihnen sind entsprechend den in § 11 Abs.1 SGB XI formulierten Pflichten Pflegebedürftige zu pflegen, versorgen und betreuen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer

³⁰² Auf die Auflistung im Anhang von diesbezüglich einschlägiger Literatur insbesondere des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V., Köln, und weiterer Forschungs- und Planungsinstitute sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bzw. für Gesundheit im Zusammenhang mit dem dortigen Modellprogramm zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen wird angesichts der Fülle des Materials und der allgemeinen Zugänglichkeit verzichtet.

³⁰³ Auf das in Erarbeitung begriffene Rahmenkonzept für die stationäre Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der Phase F wird erneut hingewiesen (s. diesbezügl. Fußnote im Teil „Einführung“). Zu den bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben für die Gestaltung stationärer Hospize erfolgt der Hinweis auf die Ausführungen im Abschnitt I.3.3.3.

Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde (Integrität der Person und Intimität des privaten Lebensraumes) zu gewährleisten.

Dies geschieht vor dem Hintergrund und im Blick auf die mit den Leistungen der Pflegeversicherung verbundenen allgemeinen Ziele (§ 2 Abs. 1 SGB XI),

- den Pflegebedürftigen zu helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, und
- die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Die Gestaltung der stationären Pflegeeinrichtungen hat diesen Zielen der pflegerischen Versorgung und den hieraus abgeleiteten Aufgaben der Einrichtung unter Beachtung des Gebotes der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Versorgung (§ 72 Abs. 3 SGB XI; Betriebsnotwendigkeit der Investitionsaufwendungen gem. § 9 Abs. 1 NPflegeG i.V.m. § 82 Abs. 2 SGB XI) Rechnung zu tragen.

Gestaltungsvielfalt und Nutzungsoffenheit der Einrichtungen

Der Unterschiedlichkeit der Pflegebedürftigen hinsichtlich

- Art und Umfang ihres Pflegebedarfs,
 - der persönlichen Anforderungen an die Einrichtungen als Aufenthalts- oder Lebensort,
 - des finanziellen Leistungsvermögens oder der finanziellen Leistungsbereitschaft
- entsprechend bedarf es einer **Gestaltungsvielfalt der pflegerischen Versorgungs-**

struktur

- bezüglich der Einrichtungsarten (teil/vollstationäre Einrichtungen; Einrichtungen für spezielle Nutzgruppen) und/oder
- innerhalb der Einrichtungen (Kombination mehrerer Einrichtungsarten; Binnenstrukturierung des Wohn- oder Pflegeangebotes in einer Einrichtung für unterschiedliche Nutzergruppen)) und/oder
- in der baulich-räumlichen oder organisatorischen Zuordnung von Einrichtungen oder Einrichtungsteilen (z.B. Zuordnung von Tagespflegeeinrichtungen zu Altenwohnanlagen).

Zugleich wird angesichts der o.g. Unterschiedlichkeit der Anforderungen und Bedürfnisse der heimpflegebedürftigen Menschen, des sich verändernden Pflegebedarfs bei

stationär Pflegebedürftigen (s. u. a. Abschnitt II.2.1) sowie der Entwicklungsdynamik von Pflegekonzepten ein hohes Maß an Offenheit für sich wandelnde Nutzungsstrukturen oder sich änderndes Nutzerverhalten zu einem wesentlichen Gestaltungselement von (Alten-)Pflegeeinrichtungen.

Dezentralisierung und Vernetzung der Angebote

Die Sinnhaftigkeit der Herstellung von Nutzungsvielfalt durch Bildung mehrgliedriger Einrichtungen ist nur jeweils im Einzelfall unter Berücksichtigung der regionalen Angebots- und Nachfragestrukturen zu bewerten. Grundsätzlich sind im Blick auf die Zielsetzung der ortsnahen Versorgung (§ 1 NPflegeG) und die gesetzlichen Vorgaben über die angemessene Größe von stationären Pflegeeinrichtungen (s.o.) größere Einrichtungskomplexe mit hohem Zentralitätsgrad zu vermeiden zugunsten eines kleinteiligen und räumlich dezentralisierten Angebots.

Dezentralisierung kann andererseits in der Unwirtschaftlichkeit des Einzelangebotes ihre Grenzen finden. Zu beachten ist auch das Verharrungsbedürfnis der pflegebedürftigen (alten) Menschen in der vertrauten Umgebung, dem eine zu kleinteilig dezentralisierte Versorgungsstruktur mit der Folge eines Einrichtungswechsels bei verändertem Pflege- und Betreuungsbedarf u.U. zuwiderläuft. Durch Organisation von Versorgungsverbänden zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (u.U. auch in unterschiedlicher Trägerschaft) in für die Nutzer überschaubaren räumlichen/regionalen Einheiten können diesbezügliche Belastungen für die Nutzer gering gehalten werden. Durch Vereinbarungen über die Übernahme von Teilleistungen durch unterschiedliche Einrichtungen (z.B. im Wirtschaftsbereich oder bei der pflegerischen Versorgung einer Klientel mit spezifischem Hilfebedarf) können durch solche Versorgungsverbände außerdem wirtschaftliche Synergieeffekte erreicht werden.

Eine Vernetzung verschiedener Angebote durch Kooperations- oder Arbeitsteilungsvereinbarungen bietet sich auch an, wenn vorhandene bauliche Gegebenheiten die Herstellung von Nutzungsvielfalt innerhalb einer Einrichtung einschränken oder verhindern.

3.2 Tagespflege und Nachtpflege

Tagespflegeeinrichtungen und Nachtpflegeeinrichtungen stellen in teilstationärer Form (nur tagsüber oder nur nachts) die Pflege, Unterbringung und Verpflegung komplementär zur häuslichen Pflege sicher, wenn diese nicht in ausreichendem Maß sicher gestellt werden kann (§ 71 i.V.m. § 41 SGB XI)³⁰⁴.

Gestaltung von Tagespflegeeinrichtungen

Tagespflege kommt – entsprechend den vorliegenden Erfahrungen – besonders für Personen in Betracht, deren häusliche Betreuung und Pflege in der Nacht, am frühen Morgen und am Abend sowie in der Regel am Wochenende durch Angehörige oder anderweitig sichergestellt ist. Insoweit konzentrieren sich die bestehenden Angebote auf die Wochentage von Montag bis Freitag. Der Transport von zu Hause und nach Hause ist in der Leistung eingeschlossen (§ 41 SGB XI).

Als komplementäres Angebot zur häuslichen Pflege zielt Tagespflege im besonderen darauf ab, die relative Selbständigkeit der pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit zu erhalten und zu stärken, um dauerhafte stationäre Pflege zu vermeiden oder hinauszuzögern. Aktivierende Hilfe und Pflege steht damit im Vordergrund des Pflege- und Betreuungskonzepts.

Tagespflege ermöglicht außerdem, die häuslichen Pflegepersonen für bestimmte Zeiten am Tage oder in der Woche von dieser Aufgabe freizustellen.

Dem besonderen Schwerpunkt an aktivierender Pflege und tagesstrukturierenden Hilfen ist durch Räumlichkeiten Rechnung zu tragen, die solche Aktivitäten mit einzelnen oder in der Gruppe ermöglichen. Zugleich ist einem möglichen Ruhebedürfnis im Tagesverlauf oder zu bestimmten Tageszeiten Rechnung zu tragen. Bei Solitäreinrichtungen sind zudem Versorgungsräume (Küche, Abstellräume, Sanitärräume) erforderlich sowie u.U. weitere Nebenräume (Aufenthaltsraum für Personal, Büro) und ein Raum, in dem Grund- und Behandlungspflege durchgeführt werden kann. Die Küche sollte möglichst so angeordnet sein, dass die Zubereitung der Mahlzeiten in Gegenwart, nach Möglichkeit unter Mitwirkung der Tagespflegegäste erfolgen kann.

³⁰⁴ Auf die Darstellung des diesbezüglichen Versorgungsstandes in Niedersachsen mit Einrichtungen/Plätzen in Abschnitt I.3.1.3 sowie der Einschätzung ihrer Entwicklung in Abschnitt II.2.3.3 wird hingewiesen.

Bei Tagespflegeeinrichtungen, die vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege angegliedert sind, besteht grundsätzlich die – kostensparende – Möglichkeit der Mitnutzung von Versorgungs- und Wirtschaftseinheiten dieser Einrichtungen. Dies kann auch in das Pflegekonzept einbezogen sein (z.B. Orts- und Bezugspersonenwechsel durch gemeinsames Mittagessen mit Bewohnerinnen und Bewohnern des Heimes in einem Speiseraum). Die o.g. räumlichen Voraussetzungen zur Beschäftigung mit alltagspraktischen Tätigkeiten z.B. im Rahmen der Zubereitung kleinerer (Zwischen-) Mahlzeiten sollten, die diejenigen eines gesonderten Aufenthalts- und Ruhebereiches müssen zur Sicherung des spezifischen Betreuungs- und Hilfebedarfs der Tagespflegegäste gleichwohl bestehen. Insofern erfordert das Angebot von Tagespflege auch als Teilangebot einer mehrgliedrigen Einrichtung eine eigenständige bauliche und organisatorische Gestaltung. Als nützlich hat sich in diesem Zusammenhang ein gesonderter Zugang zu diesem Einrichtungsteil erwiesen; nicht zuletzt hierdurch wird den Tagesgästen ihr Status als zeitlich begrenzte Nutzer verdeutlicht, deren Lebensmittelpunkt in der eigenen Häuslichkeit verbleibt.

Vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege, die grundsätzlich auch Angebote von Tagespflege anbieten und bei Bedarf Tagespflegegästen in den Betreuungs- und Versorgungsbetrieb der Dauerpflegeeinrichtung integrieren (‘eingestreute Tagespflege’), ohne hierfür die o.g. spezifischen räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen zu haben, sind darum auch nicht nach § 11 NPflegeG förderfähig.

Zu weiteren Details der Gestaltung von Tagespflegeeinrichtungen für alte Menschen wird auf das diesbezügliche Konzept im Anhang verwiesen.

Gestaltung von Nachtpflegeeinrichtungen

Einrichtungen der Nachtpflege richten sich im besonderen an Personen, die z.B. infolge zeitlicher Desorientierung oder depressiver Angstzustände nachts regelmäßig gar nicht oder über eine Reihe von Stunden keine Ruhe bzw. keinen Schlaf finden und die insofern der Betreuung, Versorgung und Pflege bedürfen. Bei im Übrigen häuslicher Pflege und Betreuung durch Angehörige, werden diese - wie bei der Tagespflege – durch die Nachtpflegeeinrichtung von den durch die Nachtaktivität ihres Familienmitglieds, Partners etc. hervorgerufenen, oft erheblichen Belastungen freigestellt. Das gilt auch für pflegebedürftige Personen, die die o.g. Symptome zwar nicht aufweisen, aber regelmä-

Big mehrfach nächtlichen Pflege- und Hilfebedarf haben und die insoweit eine entsprechende Überlastung der pflegenden Angehörigen darstellen.

Obwohl ausweislich der Zulassungsstatistik der Landesverbände der Pflegekassen mit Stand 19.04.1999 88 Träger von Pflegeeinrichtungen ein Nachtpflegeangebot bereitstellen (s. Abschnitt I.3.1.3.b), ist nach Kenntnis des MFAS die Inanspruchnahme dieser Angebote z.Z. noch außerordentlich gering. Von daher liegen auch noch wenig Erfahrungen über die Gestaltung von Nachtpflegeeinrichtungen vor. Grundsätzlich wird angesichts des spezifischen Hilfebedarfs der o.g. Klientel – neben Grundpflege, Behandlungspflege und Versorgung mit Mahlzeiten vor allem zeitstrukturierende Betreuung – von vergleichbaren Anforderungen an die räumliche und organisatorische Gestaltung wie bei Tagespflege (s.o.) auszugehen sein, wobei die Ruhegelegenheiten ungestörte Nachtruhe (Schlaf) ermöglichen können müssen.

Sofern es sich bei den Nachtpflege Gästen tatsächlich um Personen mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus handelt, würde im Falle des Anschlusses der Nachtpflegeeinrichtung an eine vollstationäre Einrichtung der Dauerpflege im besonderen Maße eine räumliche und organisatorische Trennung der beiden Einrichtungsteile erforderlich.

Im Übrigen werden weitere Erfahrungen mit dem Angebot der Nachtpflege für zusätzliche Erkenntnisse zur Gestaltung dieser Einrichtungsart abzuwarten sein.

3.3. Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege dient der zeitlich befristeten vollstationären Pflege, Unterbringung und Verpflegung und der Betreuung pflegebedürftiger Menschen, die ansonsten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht.

Kurzzeitpflegeplätze werden – nach den Aufstellungen der Landesverbände der Pflegekassen über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen – im Regelfall als Teil mehrgliedri-

ger Einrichtungen (z.B. vollstationäre Dauerpflege und Kurzzeitpflege) vorgehalten³⁰⁵. Dies erscheint unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und der Personalorganisation grundsätzlich richtig, ebenso wie im Blick auf den zur Dauerbewohnerschaft im Pflegeheim weitgehend gleichen Pflege- und Betreuungsbedarf. Aus denselben Gründen liegt die häufig anzutreffende Praxis nahe, das Angebot von Kurzzeitpflege auf Fälle vorhandener Unterauslastung im Dauerpflegebereich zu beschränken und in diesen zu integrieren (sogen. ‚eingestreute Kurzzeitpflege‘).

Ein solches Angebot ist aber aus nachfolgenden Gründen **vom Versorgungswert** für die Kurzzeitpflegegäste als **nicht voll zureichend** zu bewerten:

- Leistungen der Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung (§ 41 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI) sind im Regelfall in besonderer Weise auf die Wiederbefähigung zur Pflege in der eigenen Häuslichkeit ausgerichtet. Für diesen Personenkreis der Kurzzeitpflegegäste bedarf es daher nach Art und Umfang besonderer aktivierender Hilfen.
- Die zeitliche Begrenzung der stationären Unterbringung stellt erfahrungsgemäß für die Pflegebedürftigen eine wesentliche bewusstseinsbildende Tatsache dar, die Genesungsprozessen (bei o.g. Personengruppe) förderlich ist sowie allgemein der Bereitschaft dient, ein Kurzzeitpflegeangebot in Anspruch zu nehmen. Eine Unterbringung gemeinsam mit - häufig - schwerpflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern kann hier sehr belastend sein und die zumeist latent vorhandene Ablehnung gegenüber solchen Einrichtungen für den Fall eines künftigen dauerhaft vollstationären Pflegebedarfs verstärken.
- Der mit Kurzzeitpflege verbundene häufige Wechsel der diesbezüglichen Heimbewohner steht dem Bedürfnis der pflegebedürftigen Dauerbewohner nach Gleichmaß und Geborgenheit in einem vertrauten sozialen Milieu entgegen.

Aus diesen Gründen ist auch für die Kurzzeitpflege eine nicht nur wirtschaftliche und personelle (im Sinne buchhalterischer Abgrenzung zur Leistungsgewährung gem. § 41 i.V.m. § 71 SGB XI), sondern auch räumliche und organisatorische Abgrenzung bei mehrgliedrigen Einrichtungen grundsätzlich erforderlich bzw. zu fordern. Mindestvoraussetzung hierfür ist die Vorhaltung spezieller Räumlichkeiten für diesen Nutzungskreis ‚Kurzzeitpflege‘ in Zuordnung zu den Wohn- und Pflegebereichen der Dauerpflege, die auch durch die Lage im Gebäude(z.B. in einem Seitenflügel, ebenerdig mit zu-

³⁰⁵ Auf die weitergehende Darstellung des Versorgungsangebotes mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen/-plätzen in Niedersachsen im Abschnitt I.3.1.4 sowie die Einschätzung der Entwicklung dieses stationären Pflegeangebotes in Abschnitt II.2.3.4a wird hingewiesen.

geordneter Außenanlage etc.) zum Ausdruck gebracht wird³⁰⁶.

Hinsichtlich der Gestaltung der Einrichtungen im einzelnen (z.B. der Wohn-Pflege-Bereiche, von Aufenthaltsgelegenheiten etc.) sind an Kurzzeitpflege grundsätzlich dieselben Anforderungen wie an Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege zu stellen. Auf die nachfolgenden Ausführungen im Abschnitt 3.4 wird insoweit verwiesen. Berichte einzelner Träger lassen allerdings erkennen, dass räumlich Separierung vom Dauerpflegebereich der Einrichtungen insbesondere bezüglich der Tagesaufenthaltsräume und für die Einnahme von Mahlzeiten bei den Kurzzeitpflegegästen auf positive Resonanz stößt. Dies ist vor dem Hintergrund der o.g. Ausführungen, die ‚eingestreute‘ Kurzzeitpflege betreffend, nachvollziehbar.

3.4 Vollstationäre Dauerpflege

3.4.1 Allgemeine Hinweise

Die nachfolgenden Leitkriterien für die Gestaltung von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege für alte Menschen beruhen auf den diesbezüglich umfangreichen und langjährigen praktischen Erfahrungen unter Einbezug neuzeitlicher Wohn-/Pflegekonzepte (Gruppen-/Bereichs-/Beziehungspflege, Wohngruppen-Pflege für hochgradig demente Personen).

Als **weitere Grundlage wird auf die** im niedersächsischen Sozialministerium entwickelten **„Planungsdaten für Altenpflegeheimplätze“** vom Juli 1994 **im Anhang verwiesen**. Die dort ausgewiesenen **Flächenvorgaben für unterschiedliche Funktionsbereiche** sind als aus der Praxis gewonnene **Anhaltswerte** zu betrachten. Sie stellen nach trägerseitigen Rückmeldungen nach wie vor geeignete Rahmenwerte für angemessene Wohn- und Pflegeverhältnisse für pflegebedürftige alte Menschen in vollstati-

³⁰⁶ Dies gilt auch für die Förderung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 11 NPflegeG. Im einzelnen hierzu RdErl. des Sozialministeriums vom 05.08.1996 zur Förderung von Pflegeeinrichtungen nach § 11 NPflegeG sowie Einzelerlass zur Förderung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach dem NPflegeG vom 18.09.1996. Nach Erlass des Nieders. Sozialministeriums (jetzt MFAS) vom 29.07.1997 ist ‚eingestreute Kurzzeitpflege‘ im Blick auf die nahezu ausschließliche Nutzung von Kurzzeitpflege für vorübergehenden Aufenthalt in besonderen häuslichen Krisensituationen (§ 42 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI) zwar auch nach § 11 NPflegeG förderfähig, der Höhe nach allerdings nur im Umfang der für vollstationäre Dauerpflege gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen.

onären Pflegeeinrichtungen dar. Für eine Änderung bestand insoweit keine Veranlassung.

Hingewiesen wird auch auf die Heimmindestbauverordnung als normative Grundlage für gestalterische Mindestvoraussetzungen sowie auf die DIN 18025, Teile 1 und 2 für eine barrierefreie bzw. behindertengerechte Gestaltung der Einrichtungen. Zur besonderen Problematik einer hörgeschädigtengerechten Ausstattung von Heimen geben die diesbezüglichen Ausführungen aus Sicht von Betroffenen im Anhang Anregungen.

3.4.2 Gestaltungsmerkmale

Wohn-/Pflegebereich

Die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege bilden für die auf Pflege in dieser Form angewiesenen Personen den dauerhaften Lebensmittelpunkt. Aufgrund der alters- und pflegebedingt in der Regel gegebenen weitgehenden Einschränkung des örtlichen Bewegungsraumes kommt einer wohnlichen Gestaltung der Einrichtung für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner besondere Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund ist gestalterisch ein Ausgleich zwischen den funktionalen Anforderungen aus der Pflege und den nicht ausschließlich unter funktionalen Gesichtspunkten zu bewertenden Anforderungen an das Heim als Wohnstätte herzustellen. Im Entscheidungsfall ist – im Rahmen vertretbarer Kosten – der Wohnlichkeit Vorrang vor einer Rationalisierung des mit der Pflege verbundenen Aufwandes zu geben.

Die Einrichtungen sollten im Wohn-/Pflegebereich in überschaubare wohnungsgleiche Einheiten (Wohngruppen) mit jeweils etwa 8 bis 12 Plätzen gegliedert sein³⁰⁷, die von einem bereichsbezogenen Pflegestützpunkt aus versorgt werden. Den einzelnen Wohngruppen sollte ein eigener Aufenthaltsbereich zugeordnet sein. Bei der Anlage der Aufenthaltsbereiche sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass nicht alle Bewohner den Aufenthalt in einer ‚Wohngemeinschaft‘ akzeptieren. Insofern sollten die Aufenthaltsbereiche den Bewohnern durch entsprechende bauliche oder raumgestalterische Maßnahmen Rückzugsmöglichkeiten bieten³⁰⁸.

³⁰⁷ vgl. Materialien des Modellwettbewerb „Kostensparendes Bauen qualitätsvoller Altenhilfeeinrichtungen“ des BMFSFJ, 1996; im selben Sinne s. auch Anhang, ‚Planungsdaten für Altenpflegeheim-Plätze‘.

³⁰⁸ Zur Gestaltung von Aufenthaltszonen siehe auch noch Ausführungen zu ‚Flure‘

Die Möglichkeit der Integration von geronto-psychiatrisch Pflegebedürftigen in Gestalt einer ‚Mischbelegung‘ der Wohn-/Pflegebereiche hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. **Nach neueren Erkenntnissen bewähren sich integrative Versorgungsmodelle bei stark verwirrten alten Menschen nicht.** Vor allem ein durch häufigen Kontaktpersonenwechsel geprägtes Milieu kann für stark demente alte Menschen zu einem erhöhten Stressniveau mit der Folge von zusätzlicher Verwirrung, Angst und Aggression führen. Umgekehrt kann für (überwiegend) somatisch Pflegebedürftige die Konfrontation mit dem abweichenden Verhalten von hochgradig altersdementen eine erhebliche psychische Belastung darstellen.

Für die Gruppe von stark altersdementen Personen empfiehlt sich daher eher die **Betreuung in gesonderten Wohnmilieus**, die Geborgenheit in einem überschaubaren Rahmen bieten und in denen einfache, immer wiederkehrende tagesstrukturierende Aufgaben angeboten werden können. Als vorteilhaft hat sich erwiesen, wenn sich die Wohn-/Pflegebereiche für diese Personengruppe im Erdgeschoß befinden, um eine unmittelbare Anbindung an einen geschützten Außenbereich zu ermöglichen.

Die Gestaltung der Wohn-/Pflegebereiche sollte – neben der notwendigen Eignung für Pflege und Betreuung – im o.g. Sinne darauf ausgerichtet sein, den Bewohnern im größtmöglichen Umfang die Wahrung ihres persönlichen Lebens- und Wohnstils zu ermöglichen und deren Selbständigkeit zu fördern. Dazu gehört insbesondere der Verzicht auf festinstallierte Einheitsmöblierung ohne Änderungs- oder Ergänzungsmöglichkeiten durch eigene Möbel und persönliche Gegenstände (z.B. auch Lampen) als identitätsstützende Erinnerungsstücke³⁰⁹.

Die Wohnräume sollten so dimensioniert sein, dass bei besonderer Pflegebedürftigkeit die Betten von drei Seiten aus zugänglich gestellt werden können³¹⁰.

Einzelbelegung der Räume und Ausstattung mit eigener Nasszelle sollte grundsätzlich vorgesehen werden³¹¹. Die Erfahrung zeigt, dass auch ältere (Ehe-)Paare getrennte

³⁰⁹ In diesem Sinne auch: „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung ... nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996, Abschnitt 3.1.4

³¹⁰ Dies ist - ein entsprechend geschickter Raumschnitt vorausgesetzt - bei den in den ‚Planungsdaten für Altenpflegeplätze‘ (s. Anhang) ausgewiesenen Nettoflächen der Fall; siehe auch „Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der baulichen Gegebenheiten in Heimen der Altenhilfe“ des Bayerischen Sozialministeriums, 1994: Empfehlung hier: Mindestgrundfläche von 15 qm

³¹¹ So auch: ‘Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung’, a.a.O.

Wohnbereiche zum Teil vorziehen, insbesondere dann, wenn ein Partner schwerpflegebedürftig wird.

Bei Doppelzimmern sollte durch raumgestalterische Maßnahmen dafür Sorge getragen werden, dass beiden Bewohnern hinreichende Rückzugsmöglichkeiten geboten werden und die Intimsphäre weitestmöglich gewahrt wird.

Die Fensterbrüstungen in den Wohn- und in den Aufenthaltsbereichen sollten so niedrig sein, dass für die Bewohner ein Ausblick auch im Sitzen möglich ist.

Aufenthaltsbereiche

Aufenthalts- und Essbereiche für die Wohngruppen sollten in der Nähe des Pflegestützpunktes an ‚Aktivitätsknoten‘ vorgesehen werden (d.h. dort, wo sich ‚das meiste Leben‘ abspielt; ggf. auch Anbindung von zwei Wohngruppen an einen Aufenthaltsraum). Die Aufenthaltsräume sollten so ausgestattet sein, dass sie eine flexible Nutzung erlauben (für unterschiedliche tagesstrukturierende Angebote, für Neigungsgruppen etc.) Die Aufenthaltsräume sollten sowohl von der Wohngruppe als auch vom Flur zugänglich sein.

Flure

Allgemeine Anforderungen an das innere Erschließungssystem sind: Gute Orientierbarkeit bei gleichzeitiger individueller Gestaltung (Wiedererkennbarkeit) der verschiedenen Wohn-/Pflegebereiche sowie von Räumen mit einrichtungszentraler Nutzung (z.B. Speise/Versammlungsraum, Foyer, Wintergarten, Cafeteria, Therapieräume, Gebetsraum/Kapelle usw.), kurze Wege für die Bewohner wie für das Personal, eine möglichst zentral zu allen Bereichen angeordnete Aufzugs- und Treppenanlage³¹².

Vor allem Bewohner mit Bewegungseinschränkungen und Bewohner mit Orientierungsschwierigkeiten nutzen Flure häufig als Erweiterung des Wohnraumes. Heimbewohner ziehen sie darum z.T. auch den besonderen Aufenthaltsräumen vor. Insofern ist es wichtig, den Flurbereichen durch entsprechende Gestaltung eine wohnliche Atmosphäre zu geben.

³¹² Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Qualitative Anforderungen an den Pflegeheimbau unter gegenwärtigen Rahmenbedingungen, Teil 2: Flure, 1996

Die Flure sollen zudem durch Lichtgestaltung und durch den Einsatz von Farben und Symbolen so ausgestaltet werden, dass sie desorientierten Menschen Orientierungshilfen bieten.

Für die oft bewegungsaktiven Verwirrten bilden sie einen wichtigen und vertrauten Bewegungsraum; sie sind in soweit auch von therapeutischem Wert. Empfehlenswert ist die Ausgestaltung der Flure mit Nischen als Gelegenheit zur Kontaktaufnahme oder zur beobachtenden Teilhabe am Tagesgeschehen.

Funktionsräume

Die Zahl der Funktionsräume ist in Abhängigkeit zur Größe der Einrichtung, zu ihrem Angebotsspektrum und dem Umfang der Eigenversorgung (z.B. eigene Küche mit der diesbezüglich erforderlichen eigenen Lagerhaltung, eigene Wäscherei usw.) zu sehen. Insofern wird lediglich auf die Notwendigkeit ausreichender dezentral den Wohn-/Pflegebereichen zugeordneter Aufbewahrungsräume für Hilfs- und Pflegemittel, Wäsche etc. hingewiesen, im Übrigen auf die Ausführungen in den ‚Planungsdaten für Altenpflegeheim-Plätze‘ im Anhang.

Außenanlagen

Außenanlagen von Pflegeheimen (Parkanlagen, Gärten, begrünte Höfe) werden vor allem dann angenommen, wenn sie gleichzeitig zum Erholungs- auch einen Abwechslungswert (z.B. vorbeifließender Verkehr, Passanten, spielende Kinder) besitzen. Um die in Grünanlagen liegenden Möglichkeiten zur Bewegungsförderung und zur Förderung von Kommunikation nutzbar zu machen, müssen erfahrungsgemäß Anreize geschaffen werden, um die Bewohner zum Besuch zu motivieren. Beispiele dafür sind die Einrichtung eines Gartencafés, das Vorhalten von Spielmöglichkeiten oder die Einrichtung von Kleintiergehegen.

Bei notwendiger Abwägung unter Kostenaspekten ist – nicht zuletzt mit Blick auf die durchschnittlich bestehenden Witterungsverhältnisse in Niedersachsen – ein Vorrang bei den Wohn-, Gemeinschafts- und Funktionsräumen vor der Gestaltung von Außenanlagen zu sehen.

IV. 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 betreffende 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.

Nachfolgend werden beide Aspekte – Disparitätenausgleich im Versorgungsbestand und Fortentwicklung der Strukturen unter Heranziehung der Bestands- und Entwicklungsdaten (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) zu ziehende Konsequenzen in resümierender Form dargestellt³¹³. Zur Nachweisführung wird jeweils auf die vorangehenden Abschnitte des Berichts verwiesen.

³¹³ Zum Empfehlungscharakter und Konkretisierungsgrad der Vorschläge s. Ausführungen in Abschnitt 5 des Teils ‚Einführung‘

Hinsichtlich weiterer flankierender Maßnahmen insbesondere zur Unterstützung privater Hilfenetze zum Erhalt privater Pflege wird auf Abschnitt II.2.2 verwiesen.

Einschränkend hervorzuheben ist vorab, dass Schlussfolgerungen für die Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur auf kommunaler Ebene nicht möglich sind³¹⁴. Dies ist auch Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen der örtlichen Pflegeplanung. Die nachfolgenden generalisierenden Hinweise gelten allerdings auch für dort und sind nach Maßgabe der Vorschrift des § 4 Satz 1, zweiter Halbsatz NPflegeG bei der örtlichen Pflegeplanung 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 Rahmenplanes vorgenommene kommunale Aufschlüsselung von Daten bietet hierfür Anhaltspunkte und Material.

1. Pflegebedarfsaufkommen und Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen

Die Bestandsanalyse der pflegerischen Versorgungsstruktur (im besonderen Abschnitt I.3) lässt erkennen, dass Niedersachsen bei den Pflegediensten und den vollstationären Pflegeheimen wie grundsätzlich auch für Kurzzeitpflege und Tagespflege³¹⁵ über eine der Nachfrage entsprechende und insoweit ausreichende Zahl an Pflegeeinrichtungen und eine räumlich gegliederte Versorgungsstruktur verfügt. Dies schließt örtlichen Ergänzungsbedarf im Einzelfall nicht aus; er wäre im Rahmen der örtlichen Pflegeplanung oder im Zuge der Feststellung der Förderfähigkeit von stationären Einrichtungen oder von Modernisierungs- oder Umstrukturierungsmaßnahmen im Einrichtungsbestand durch die Landkreise und kreisfreien Städte nach § 8 NPflegeG festzustellen. Bei kommunalen Einrichtungen oder solchen in kommunaler Trägerschaft sind für die Feststellung der Förderfähigkeit die Bezirksregierungen zuständig (§15 NPflegeG).

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 den jeweiligen kleinräumigen siedlungs- und bevölkerungsstrukturellen Gegebenheiten ortsnahes Angebot zu konstatieren.³¹⁶

³¹⁴ s. auch Ausführungen in Abschnitt 5. von ‚Einführung‘

³¹⁵ siehe diesbezügliche Ausführungen in den Abschnitten I. 3.1.3, I.3.1.4, II.2.3.3 und II.2.3.4a

³¹⁶ hinsichtlich der Versorgungssituation und den Versorgungsbedarf von Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf siehe Abschnitte I.1.2 – 1.4, I.2.3, I.3.3, II.2.4 sowie im Folgenden Abschnitt IV.2.2

Der demographisch bedingte Zuwachs an pflegebedürftigen – insbesondere alten – Menschen in diesem Jahrzehnt und in den folgenden Jahrzehnten ist auch für Niedersachsen unbestritten. Maßgeblich hierfür sind sowohl geburtenstarke Jahrgänge bei den nachwachsenden Alterskohorten der jetzt etwa 60-75jährigen und vor allem die weiterhin steigende durchschnittliche Lebenserwartung angesichts medizinischen Fortschritts und verringerter Unfallhäufigkeit mit Todesfolge. Liegt die mittlere Lebenserwartung gegenwärtig bei den Frauen inzwischen bei rd. 80 Jahren, bei den Männern bei 73,6 Jahren, wird sie nach Ansicht der Bundesärztekammer noch in diesem Jahrhundert auf rund 100 Jahre steigen³¹⁷.

Wenn auch ein weiterhin steigender Anteil relativ gesunder Menschen bis ins hohe und höchste Alter hinein ebenfalls aufgrund des medizinischen Fortschritts die Zunahme pflegebedürftiger alter Menschen etwas abschwächen wird, ist nicht anzunehmen, dass diese positiven Effekte vollständig kompensatorisch wirken. Auch sind sie nicht für die nähere Zukunft erkennbar. Insofern sind die prognostizierten Werte der Zahl Pflegebedürftiger in Niedersachsen bis zum Jahr 2010 – häusliche Pflege ca. 15.000 -17.000 Personen, vollstationäre Pflege rd. 8.000 Personen – sehr wahrscheinlich.

Für die professionelle **ambulante Pflege** ist mit einem nachfrageorientierten Angebotsverhalten durch Zunahme der Pflegedienste und/oder Kapazitätsausweitung der bestehenden Dienste zu rechnen. Sofern auf dem Arbeitsmarkt hinreichend Personal zur Verfügung steht, ist mit Versorgungsengpässen nicht zu rechnen und eine gezielte Angebotssteuerung - z.B. verbandlicher- oder kommunalerseits³¹⁸ - darum wohl nicht erforderlich. Ein durchschnittliches Versorgungsvolumen je Pflegedienst dem heutigen entsprechend, bedürfte es in diesem Jahrzehnt ca. 125 zusätzlicher Pflegedienste in Niedersachsen – eine Steigerung um etwas über 10 %³¹⁹.

Nach übereinstimmenden Berichten aus der Praxis gibt es – von einzelnen Ausnahmen abgesehen – in der **Heimpflege** zur Zeit keine freien Kapazitäten. Nicht wenige Träger berichten über zum Teil erhebliche Wartelisten. Für die vollstationäre (Dauer-)Pflege

³¹⁷ Deutsche Presseagentur vom 03.01.2000

³¹⁸ Sicherstellungsauftrag gem. § 6 NPflegeG; Vollzug im eigenen Wirkungskreis gem. § 7 NPflegeG

³¹⁹ s. auch Abschnitt II.2.3.2

würde der geschätzte Anstieg diesbezüglich pflegebedürftiger Personen daher bedeuten, dass – landesweit – jährlich ca. 800 neue Pflegeplätze entstehen müssten, sofern nicht durch einen **Ausbau ambulanter Wohn-/Pflegesysteme** und **teilstationärer Angebote** dies, zumindest teilweise, kompensiert werden könnte, indem Personen,

- die gegenwärtig, obwohl (noch) nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (sogen. Pflegestufe Null oder G), noch in den vollstationären Pflegeeinrichtungen wohnen, diese dann nicht mehr in Anspruch nehmen müssten und insofern frei werdende Platzkapazitäten in den Einrichtungen 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 Kenntnisstand über die **Möglichkeiten betreuten Wohnens** bei Pflegebedürftigkeit und vor allem bei Vorliegen von Demenz nur begrenzt umsetzbar (s. dazu Ausführungen im Abschnitt II.2.3.4b und im Weiteren im Abschnitt 2.1). Zudem ist das Angebot an solchen Angeboten im frei finanzierten Wohnungsbau nur schwer steuerbar und hinsichtlich der Qualität der Pflege- und Betreuungsleistungen mangels hinreichender rechtlicher und faktischer Möglichkeiten zur Qualitätsprüfung durch den MDK im Rahmen der Selbstverwaltung nach dem SGB XI und von aufsichtsrechtlichen Grundlagen bislang kaum prüfbar. Insofern sind hier gewisse Vorbehalte angebracht.

Die Nutzung von **Tagespflege** als Infrastrukturangebot zur Sicherung der häuslichen Pflege und damit zur Vermeidung oder Verzögerung von Heimpflege ist bislang unbefriedigend. Bessere Auslastung der bestehenden Angebote und eine Vermehrung solcher Angebote bedürften neben der Verbesserung des Managements in einer größeren Zahl dieser Einrichtungen vor allem weiterreichender leistungsrechtlicher Änderungen im SGB XI. Dies wird im Zuge der vorgesehenen Novellierung zum SGB XI zu diskutieren sein³²⁰.

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 des seit langem angestrebten Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI könnte hier hilfreich sein; zudem sollte – vergleichbar dem vollstationären Pflegebereich – die Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI für die stationäre Pflege Grundsät-

³²⁰ Im Einzelnen hierzu Abschnitt II.2.3.3

ze für das Verfahren zur Vereinbarung der Pflegesätze und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in den Tagespflegeeinrichtungen erarbeiten und als landesweite Empfehlung beschließen. Das Land als Träger der Investitionskosten leistet bereits einen Beitrag zu 100 % (§ 11 NPflegeG).

Kommunalerseits sollte im Zuge der örtlichen Pflegeplanung 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 mit dem Transportaufwand belastetes Angebot wohl immer nur von einem begrenzten Personenkreis angenommen werden wird³²¹. Die aus der Untersuchung zur Situation der Tagespflege in Niedersachsen³²² gewonnenen Erkenntnisse vor allem über die Voraussetzungen für den erfolgreichen Betrieb solcher Einrichtungen sollten dabei einbezogen werden.

Hinsichtlich möglicher regionaler Schwerpunkte des Bedarfs an vollstationärer Versorgung (Kurzzeitpflege und vollstationäre Dauerpflege) wird auf die Ausführungen insbesondere in Abschnitt II.1 hingewiesen. Angestrebt werden sollte jedoch immer ein möglichst kleinräumiges Angebot, das Ortsnähe vor Größe den Vorrang gibt.

2. Strukturelle Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur für Pflegebedürftige

2.1 Anpassung der Versorgungsstruktur an veränderte Nutzungsanforderungen

Betreutes Wohnen, ambulante und teilstationäre Pflege

Die vornehmlich auf die Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und soziale Betreuung alter Menschen ausgerichteten Anbieter der ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen sehen sich zunehmend vor das Problem der Versorgung dementer

³²¹ Hinsichtlich des Angebotes der Nachtpflege gelten über die genannten Nutzungshemmnisse für Tagespflege hinaus weitere; auf die Ausführungen in den Abschnitten I.3.1.3 und II.2.3.3 wird verwiesen.

³²² Winter, a.a.O.

Menschen gestellt. Dieses wird in den kommenden Jahrzehnten angesichts der zunehmenden Zahl hochaltriger Menschen und der weiter zunehmenden Lebenserwartung (s. o.)³²³ noch größeres Gewicht erhalten.

Das System der ambulanten professionellen Hilfen stößt hier angesichts der zeitlich eng begrenzt möglichen Betreuung und Pflege sehr schnell an Grenzen bei einem Hilfe- und Anleitungsbedarf dieser Menschen, der über den ganzen Tag und oft auch die Nacht verteilt ist. Die professionellen Helfer sind auf verlässliche Helfer aus dem privaten Umfeld der dementen alten Menschen angewiesen. Dieses wird künftig zunehmend weniger zur Verfügung stehen (s. Abschnitt II.2.2). Demenz stellt zudem oft für die pflegenden Angehörigen eine außerordentliche Belastung und Beschränkung in der eigenen Lebensführung dar. Der Anspruch auf ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben (§ 2 SGB XI) kann aber nicht nur den pflegebedürftigen Menschen vorbehalten sein; er muss auch für die Pflegepersonen gelten – nicht zuletzt im Blick auf die Vermeidung dortiger vorzeitiger Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit in Folge von Überlastungen bei der Pflege und Betreuung. Durch die Bereitstellung und Organisation diesbezüglich entlastender oder ersatzweiser (Pflege-)Angebote (im weitesten Sinne) muss diesen berechtigten Bedürfnissen Rechnung getragen werden³²⁴.

Angesichts einer drohenden Unbezahlbarkeit des Systems der traditionellen Einrichtungen der Pflege durch die zu erwartende steigende Zahl der potentiellen Nachfrager und steigende Preise bei den Hilfeleistungen zumindest im Rahmen der allgemeinen Preisentwicklung bei gleichzeitig (noch) unveränderten Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung und zunehmender Mittelverknappung bei den öffentlichen Sozialleistungsträgern (insbes. Sozialhilfe) wird der Auf- und Ausbau eines Systems präventiver Hilfen immer wichtiger.

Lösungsansätze werden diesbezüglich vor allem im **Ausbau und der Qualifizierung der Gestaltung des Wohnens mit Betreuung im Alter** gesehen³²⁵. Insbesondere wird dieser Wohnform vorbeugender Wert zur Vermeidung oder Verzögerung von Heimaufenthalt beigemessen. Kennzeichen einer Qualifizierung bzw. Qualität von betreutem Wohnen sind z.B.

³²³ ausführlich hierzu Abschnitte I.1.3, I.3.3.4, II.2.1 und II.2.4, Unterabschnitt ‚Personen mit hochgradiger Altersdemenz‘

³²⁴ dazu eingehend Abschnit II.2.2

³²⁵ So z.B. Frieling-Sonnenberg, Wilhelm: Das Ende der Einbahnstraße; in: Altenpflege 1/ 2000, S. 27 ff

- Kleinräumigkeit (Wohnquartier, Ort/Dorf),
- qualifizierte (möglichst nicht interessengeleitete) Beratung und Koordinierung von Hilfen (auch Umzug in eine geeignetere Wohnung und Beratung zur Wohnungsanpassung) oder anderen Angeboten (z.B. für altersgerechte Freizeitgestaltung, Gesundheitsförderung, Gedächtnistraining),
- allgemeine ganztägige Erreichbarkeit von Hilfe (Notruf) und persönliche Kontaktnahme (durch Betreuungskräfte routinemäßig und auf Abruf, auch zur Begegnung von Vereinsamung),
- beeinträchtigungsgerechte Anpassung der Wohnung (bei vorliegender Pflegebedürftigkeit unter Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung nach § 40 Abs. 5 SGB XI),
- organisierte Nachbarschaften (wechselseitige Unterstützung, Abwehr von Vereinsamung, Vermittlung wechselseitiger Anregung zur Vermeidung oder Verzögerung von dementiellen Prozessen),
- Wohngemeinschaften von älteren Menschen oder gemeinschaftliches Wohnen von Alt und Jung.

Diese ‚weichen‘ Hilfen sind im Bedarfsfall zu ergänzen durch die Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, bei Pflegebedürftigkeit in erster Linie durch Pflegedienste und – möglichst wohnungsnahe – teilstationäre Hilfen (Tagespflege, Tagesbetreuung). Letztere können auch bei dementieller Erkrankung, sofern zeitliche und räumliche Orientierung noch gegeben ist, einen Verbleib in der Wohnung ermöglichen³²⁶.

Angesprochen sind grundsätzlich vor allem Wohnungsbauunternehmen im Blick auf Neubaumaßnahmen ebenso wie bezüglich des Belegungsmanagements und der Pflege des Wohnungsbestandes sowie die Städte und Gemeinden in ihrer generellen Verantwortung für die Daseinsvorsorge ihrer Bürgerinnen und Bürger und als Träger spezieller Fachplanungen, der Wohnungsbau-, Siedlungs- und Sozialplanung. Ebenso von Interesse sind Angebote des betreuten Wohnens aber auch für die örtlichen Anbieter ge-

³²⁶ Die mit dem betreuten Wohnen bekannt gewordenen Probleme wie Übervorteilung der Bewohnerinnen und Bewohner durch überbezahlte Betreuungspauschalen, vertragliche Leistungsbindung der Bewohnerinnen und Bewohner bei Grund- und Wahlleistungen an einen Leistungsanbieter und damit Umgehung des Schutzvorschriften des Heimgesetzes oder Vereinsamung bei höhergradiger (somatischer) Pflegebedürftigkeit können hier nur beispielhaft genannt, hinsichtlich möglicher Lösungen aber nicht thematisiert werden. Sie erfordern u.a. entsprechende aufsichtsrechtliche Regelungen auf Bundesebene; im Zusammenhang mit der anstehenden Novellierung des Heimgesetzes werden sie wie vorgenannt diskutiert.

sundheitlicher und sozialer Dienste. Es liegt daher nahe, hierin künftig Ansätze für ein verstärktes gemeinschaftliches Handeln auf örtlicher Ebene zu sehen.

Dem MFAS sind im Zusammenhang mit der Förderung betreuter Altenwohnungen nach dem Wohnungsbauförderungsprogramm³²⁷ Beispiele von Zuordnungen teilstationärer und auch kleiner vollstationärer Pflegeeinrichtungen (für Kurzzeitpflege oder vorübergehend notwendiger vollstationärer Pflege) zu Altenwohnkomplexen bekannt. Die dort zwischenzeitlich gewonnenen Erfahrungen könnten ausgewertet und als Orientierungshilfen zur Vervielfältigung an anderen Orten und zur Weiterentwicklung solcher Angebote verwendet werden.

Das MFAS ist darüber hinaus an der Finanzierung der Koordinierungsstelle ‚Selbstbestimmt Wohnen im Alter‘ beteiligt. Sie ist Teil eines dreijährigen Modellprogrammes des Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), in dessen Rahmen bundesweit 12 Beratungsbüros mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten eingerichtet wurden. Der Schwerpunkt der Koordinierungsstelle in Hannover ist die Integration der Wohnungsanpassung in das Aufgabenspektrum von Wohnungsunternehmen. Ziel ist die individuelle Anpassung der einzelnen Wohnung und des Wohngebäudes an die Bedürfnisse der älteren Bewohnerinnen und Bewohner. Weiterhin werden die Bildung von Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften von Älteren sowie generationsübergreifende Wohnprojekte unterstützt.

Die Erfahrungen mit diesen Modellansätzen müssen abgewartet werden. Insbesondere wird dabei auch von Interesse sein, inwieweit sich die o.g. Ansätze auch auf ländliche Siedlungsräume übertragen lassen.

Kurzzeitpflege

Mit der Einführung der Kurzzeitpflege als Leistung nach dem SGB XI hat der Bundesgesetzgeber eine Möglichkeit zur Unterstützung des Verbleibs pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit geschaffen. Als Möglichkeit zur vollstationären Pflege und Versorgung, wenn häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich ist (§ 42 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI) bietet sie eine Ergänzung zur Ersatzpflege nach § 39 SGB XI (häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson), wobei auch Letztere eine Leistungsgewäh-

³²⁷ s. Abschnitt II.2.3.4b

rung bei stationärer Unterbringung der pflegebedürftigen Person nicht grundsätzlich ausschließt.

Vor allem aber bietet das Leistungsrecht im § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI mit der Gewährung von Leistungen der Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Pflegebedürftigen eine Grundlage für eine gezielt rehabilitativ ausgerichtete Übergangspflege zur Sicherung der nachfolgenden häuslichen Versorgungsfähigkeit. Zugleich kann ein solcher Aufenthalt als Abklärungs- und Orientierungszeitraum genutzt werden im Blick auf notwendigen Pflege- und Versorgungsleistungen - fachlich von seiten des Pflege- und Betreuungspersonals in der Einrichtung, dem jeweiligen Hausarzt und dem MDK, persönlich von den pflegebedürftigen Menschen und ihren bereits vorhandenen oder für eine Pflege in Frage kommenden privaten Helferinnen und Helfern.

Die insoweit gegebenen rechtlichen Möglichkeiten müssen künftig im Sinne der pflegebedürftigen Menschen und der Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven zur Vermeidung oder Verzögerung von dauerhaftem Heimaufenthalt systematisch genutzt werden³²⁸. Dem stehen auch keine verfahrenstechnischen Probleme bezüglich der Begutachtung durch den MDK und der Leistungsgewährung durch die Pflegekassen entgegen. Das ist selbst für Personen anzunehmen, für die erstmalig die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI am Ende der stationären Behandlung getroffen wird. In der Regel erfolgt diese ohnehin im Sinne einer ‚vorläufigen Feststellung‘ aufgrund von Unterlagen der Klinik oder der stationären Reha-Einrichtung durch den MDK nach Aktenlage. Selbst bei Personen, bei denen heute – zumeist ohne weitere Prüfung - eine dauerhafte vollstationäre Pflegebedürftigkeit bescheinigt wird, könnte zur Sicherheit eine Kurzzeitpflege ‚vorgeschaltet‘ werden. Auszunehmen wären eventuell schwerstpflegebedürftige Menschen (Pflegestufe III); hier wird gem. den Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§17 SGB XI) stationäre Pflegebedürftigkeit grundsätzlich unterstellt.

Bislang besteht nach Kenntnis des MFAS noch kein Konzept für die inhaltliche Gestaltung einer Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI und dem daraus resultierenden Personal- und Sachbedarf. Erfahrungen könnten diesbezüglich gezogen werden aus Erprobungen im Zusammenhang mit der zwischenzeitlich 1995 vom damaligen

³²⁸ siehe Ausführungen im Einzelnen in Abschnitt I.3.1.4 und insbesondere II.2.3.4a

Bundesgesundheitsminister untersagten sogenannten ‚ausgelagerten häuslichen Krankenpflege‘ nach § 37 SGB V sowie – durch Befragung – aus der Tätigkeit von nach § 72 SGB XI zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

Vorgeschlagen wird darum die Bildung einer Arbeitsgruppe auf Landesebene mit etwa folgendem Arbeitsinhalt:

- Analyse der Möglichkeiten der Erbringung von Leistungen der Kurzzeitpflege im Sinne von § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI unter Beiziehung von Erfahrungen aus der Praxis,
- Erarbeitung eines Rahmenkonzepts für die Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die o.g. Leistungen erbringen (vergleichbar Rahmenkonzept für Tagespflegeeinrichtungen; s. Anhang) und, sofern als erforderlich zu sehen,
- Anregung und modellhafte Erprobung des Konzeptes bei ausgewählten bestehenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen; Evaluation im Blick auf heimvermeidende Wirkungen des Angebotes sowie der Erleichterung des Überganges für die betroffenen Menschen im Falle nicht zu vermeidenden Heimaufenthaltes.

Vollstationäre (Dauer-)Pflege

Mit steigendem Grad der Altersgebrechlichkeit nehmen die Möglichkeiten einer selbständigen Lebensführung ab. Das gilt ganz besonders bei Eintreten dementieller Erkrankungen; Menschen mit einer hochgradigen Demenz bedürfen in allen Fällen der ständigen Unterstützung, Anleitung und auch Beaufsichtigung. Die häusliche Betreuung in der Familie mit fachlicher Unterstützung durch Pflegedienste oder auch teilstationärer Pflege kommt hier oft an ihre Grenzen (s.o.). Die Daten über die Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung (s. Abschnitt I.1.2 und 2.2.3) sind hierfür ein Spiegelbild. Die absehbar sich deutlich verringere Zahl verfügbarer privater Pflegepersonen (s. Abschnitt II.2.2) wird zudem zukünftig vermehrt keine andere Wahl als die Vollversorgungs- und Betreuungsform zulassen. Das gilt grundsätzlich auch für höhergradig somatisch pflegebedürftige Menschen.

Hochgradig demente Menschen werden insofern weiterhin und zahlenmäßig noch stärker (s. u.a. Abschnitt II.2.1) auf Heimpflege angewiesen sein. Die zunehmenden Erfahrungen im Umgang mit diesen Menschen haben erkennen lassen, dass gewaltfreier, würdiger und von medikamentöser Behandlung weitgehend freier Umgang mit ihnen am besten unter Anknüpfung an die eigene Lebensbiographie und an gewohnte Alltagspraktiken gelingt und sogar selbstbestimmtes Verhalten innerhalb der von der Krankheit gesetzten Grenzen ermöglicht. Dies setzt eine möglichst weitgehend angst- und zwangfreie Gestaltung ihres Alltages, die Gestaltung der räumlichen Umgebung eingeschlossen, voraus (s. dazu auch Abschnitt III.3.4).

Erkenntnisse über den diesbezüglichen Versorgungsstand in den Heimen wie über die baulich-räumliche Situation allgemein konnten angesichts fehlender Daten für den Pflegerahmenplan nicht ermittelt werden. Verfügbare repräsentative Daten mit Stand vom 31.12.1993 über den Zeitpunkt der Eröffnung der Einrichtungen bzw. das Datum der letztmaligen grundlegenden Sanierung/Modernisierung als Indizien für einen gewissen baulichen Standard erschienen zu alt. Die Ergebnisse einer im Auftrag des damaligen Niedersächsischen Sozialministeriums durchgeführten Trägerbefragung durch das Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung (IES), Hannover, über stationäre Einrichtungen der Altenhilfe am Stichtag 01.01.1995 stellen die einzige einigermaßen verlässliche zusammenfassende Information über einige wesentliche Merkmale der baulich-räumlichen Situation der Einrichtungen dar.³²⁹ Es ergibt sich folgendes Bild:

- Fast 40% der Einrichtungen lagen in einer Kleinstadt, weitere annähernd 30% in einem Dorf.
- 45% der Einrichtungen waren zwischen 1971 und 1990, rd. ein weiteres Fünftel ab 1990 errichtet.
- Ein Drittel der Einrichtungen verfügte 10 bis 39 Plätze³³⁰, etwas mehr als ein weiteres Drittel über 40 bis 79 Plätze; ein Viertel der Altenpflegeheime hatten 80 und mehr Plätze.
- Bei den Wohnräumen handelte es sich in 41% um Einzelzimmer, zu 57% um Doppel- und 2% um Dreibett-Zimmer.
- Durchschnittlich standen den Bewohnerinnen und Bewohnern zu 16% weniger als 12 qm, zu 56% zwischen 12 bis 17 qm, zu 19% zwischen 18 und 23 qm und zu 10% 24 und mehr qm zur Verfügung.
- Möglichkeiten zur persönlichen Zimmerausstattung waren zu 97% gegeben oder zumindest zum Teil gegeben.

³²⁹ Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung GmbH: Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in Niedersachsen unter Einschluss von Kurzzeit- und Tagespflege – Analyse der Ist-Situation am 1. Januar 1995 -, Hannover 1997 (vervielfältigtes Manuskript). Die Einschränkung bezieht sich auf die Tatsache, dass hinsichtlich der Verteilung der Antworten auf die Art der Einrichtungsträger keine Repräsentativität erreicht werden konnte (private Träger leicht unterrepräsentiert) und die Daten mittlerweile vier Jahre alt sind.

³³⁰ Einrichtungen unter 10 Plätze wurden nicht befragt

- Über einen eigenen Sanitärbereich verfügten damals bereits immerhin 70% der Räume.
- Den Wohngruppen zugeordnete Aufenthaltsräume hatten 42% der Einrichtungen, über Beschäftigungs-/Therapieräume verfügten 64%, die Hälfte über Räumlichkeiten für Dienstleistungsanbieter (Friseur, Fußpflege).
- Bezugspersonenpflege erfolgte in weniger als einem Fünftel der Einrichtungen; es überwogen Bereichspflege mit einem Drittel und Mischformen unter Einschluss von Funktionspflege (42%).
- Nur 12% der Einrichtungen führten damals eine EDV-gestützte Pflegedokumentation.
- Etwa zur Hälfte standen Angebote zur Betreuung psychisch beeinträchtigter Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung; rd. ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner war psychisch krank, die meisten davon desorientiert.
- Nahezu 70% der Bewohnerinnen und Bewohner waren 80 und mehr Jahre alt; die durchschnittliche Verweildauer betrug zu 57% weniger als ein, zu weiteren 18% unter zwei Jahre.

Die Untersuchungsergebnisse lassen – zumindest bezogen auf den Entwicklungsstand der Einrichtungen vor fünf Jahren – noch einen erheblichen Verbesserungsbedarf sowohl hinsichtlich der Wohnbedingungen für die dort lebenden Menschen als auch im Blick auf die Anwendung neuzeitlicher Pflegekonzepte einschließlich der Pflegeplanung und –dokumentation erkennen. Zumindest bezüglich Letzterem dürften, resultierend aus den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI zur Leistungsdokumentation und Qualitätssicherung, inzwischen erhebliche Veränderungen erfolgt sein.

Auch spricht die Tatsache, dass zwischenzeitlich rd. 5000 neue Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen für alte Menschen durch Neubau oder durch Umwandlung von Heimplätzen hinzugekommen sind (s. Abschnitt I.3.1.1 und 3.1.5) für eine nicht unwesentliche ‚Erneuerung‘ des Einrichtungsangebotes.

Es wird zudem angenommen, dass vielerorts Modernisierungsmaßnahmen in den Gebäuden zur Schaffung einer wohnlicheren Atmosphäre und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Betriebsabläufe einschließlich der Pflege erfolgt sind. Hierfür sprechen eine Reihe von Informationen aus den Landkreisen und kreisfreien Städten (Förderbehörden).

Dennoch kann nicht von einer in allen Fällen und an allen Orten zufriedenstellenden baulich-räumlichen Situation in den Pflegeheimen im Land ausgegangen werden. Es muss verbliebener Verbesserungsbedarf im Einrichtungsbestand angenommen werden. Neben der Eigenverantwortung der Träger, hier Abhilfe zu schaffen, ist es Aufgabe der kommunalen Gebietskörperschaften im Rahmen ihrer örtlichen Pflegeplanungen, das Augenmerk auf solche Qualitätsverbesserungen zu richten.

Ziel der Landesregierung ist es, Wohn- und Pflegebedingungen zu schaffen, die auch den Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung den persönlichen Rückzug in eigene Räumlichkeiten ermöglichen und Privatheit und Intimität der persönlichen Lebensführung respektieren, wie es der gewohnten und normalen Lebensweise der Menschen außerhalb der Einrichtungen entspricht. Dies wird im Regelfall nur durch Einzelzimmer möglich sein. Auf den besonderen Gestaltungsbedarf der Einrichtungen für hochgradig demente Menschen wird hier ebenfalls erneut hingewiesen³³¹. Die Förderbestimmungen des NPflegeG ermöglichen es, betriebsnotwendige Umstrukturierungs- und Modernisierungsmaßnahmen jederzeit durchzuführen. Sofern hierfür nicht besondere Mittel gem. § 12 NPflegeG im Haushalt bereitgestellt werden können, ist dennoch im Rahmen der nachfolgenden einkommens- und vermögensabhängigen Förderung nach § 13 NPflegeG gesichert, dass die aus solchen Maßnahmen resultierenden Investitionskosten für die bedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung vom Land übernommen werden.

2.2 Entwicklung und Ausbau von Angeboten für Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf³³²

Schädel-Hirn-Geschädigte der Phase F

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. 1.500 in Niedersachsen) – zwangsläufig das Kriterium der Ortsnähe gegenüber der Fachlichkeit der Hilfen als nachrangig zu bewerten. 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.

³³¹ im Übrigen siehe Abschnitt III.3.4

³³² Auf die Situationsdarstellungen in den Abschnitten I.1.2-1.4, I.2.3 und I.3.3 sowie auf die Ausführungen über die Einschätzung des Entwicklungsbedarfs im Abschnitt II.2.4 wird hingewiesen. Zur Begründung der Notwendigkeit einer nach Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf differenzierenden Betrachtung siehe Abschnitt 5. im Teil ‚Einführung‘.

Die Arbeitsgemeinschaft der Nachsorgeeinrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte der Phase F in Niedersachsen hat vorgeschlagen, unter Mitwirkung von Vertreterinnen und Vertretern der Landesorganisationen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, des MDKN und des MFAS ein Rahmenkonzept zur stationären Versorgung des Personenkreises der Schädel-Hirngeschädigten der Phase F zu erarbeiten, für das die Vorlage beim Landespflegeausschuss für eine landesweite Empfehlung angedacht ist.

Im Zuge der laufenden Erörterungen hierüber wurde u. a. festgestellt, dass – trotz steigender Zahl der in solchen Einrichtungen zu versorgenden Personen – das gegenwärtig in Niedersachsen vorhandene sowie im Bau oder in der konkreten Planung befindliche Angebot an Pflegeplätzen auf mittelfristige Sicht ausreicht. Das gilt auch unter Einschluss der zu dem o.g. Personenkreis zu zählenden beatmungspflichtigen Personen. Eine zwischenzeitlich von Angehörigen dargestellte Versorgungslücke im nordöstlichen Teil Niedersachsens wird zu prüfen sein.

Angesichts der Tatsache, dass ca. 80% 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 zwischenzeitlichen Entlastung der häuslichen Pflegepersonen vorzuhalten.

Die pflegenden Angehörigen werden von dem bundesweit tätigen Selbsthilfeverband ‚Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.‘ betreut und auch in Notfällen telefonisch oder persönlich beraten.

Es ist insoweit kein dringender Handlungsbedarf im Blick auf die pflegerische Versorgungsstruktur für Schädel-Hirngeschädigte der Phase F erkennbar. 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 die Grundlage bilden.

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Für Multiple-Sklerose-Erkrankte (MS-Kranke) besteht nach Aussagen der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Landesverband Niedersachsen, eine Unterversorgung bei vollstationären Pflegeeinrichtungen. Altenpflegeheime, auf in 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 DGMS 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.

Die Umfrage des Landesverbandes Niedersachsen der DMSG hat die dortigen Vermutungen (s.o.) zumindest hinsichtlich der quantitativen Bedarfslage bei einem ermittelten Fehlbedarf von vier Heimpflegeplätzen nicht bestätigt. Unabhängig von der Tatsache, dass von den von den Kontaktstellen gemeldeten 113 stationär versorgten MS-Kranken 61 in auf diesen Personenkreis speziell ausgerichteten Einrichtungen leben, sind auch für die anderen nach Aussage der Kontaktstellen andere Kriterien für ihre Lebenssituation bedeutsam, als ausschließlich mit gleichermaßen betroffenen Personen zusammen zu leben. Dazu zählen besonders ein geschultes Personal, das Vorhandensein eines Fahrdienstes, eine freundliche Atmosphäre, das Vorhandensein von Gemeinschaftsräumen, altersentsprechenden und spezifischen Therapieangeboten. Einzelzimmer und eigene Nasszelle werden ebenfalls häufig genannt. Von erheblicher Bedeutung erscheint auch die Wohnortnähe.

Zumindest letztere lässt sich aber angesichts der insgesamt geringen Zahl der Betroffenen in auf die Erkrankung spezialisierten Einrichtungen nicht bzw. nur in zufälligen Ausnahmen erreichen. Die Tatsache, dass auch die vier Personen, die einen Heimplatz suchten, einen solchen nur in Wohnortnähe akzeptieren, spricht für einen sehr hohen Stellenwert dieses Entscheidungskriteriums. Die Forderung des Landesverbandes der DMSG nach einem größeren Angebot an Spezialeinrichtungen für MS-Kranke erscheint insoweit kaum mit den Wünschen der heimpflegebedürftigen MS-kranken Frauen und Männer vereinbar und aus Wirtschaftlichkeitserwägungen zudem nicht nicht zu realisieren.

Es wird dennoch angeregt, die gegenwärtigen Lebensumstände der in stationären (Alten-)Pflegeeinrichtungen lebenden MS-Kranken von diesen noch selbst bewerten zu lassen und Vorschläge für Veränderungen zu erfragen.

Sterbende (Hospize)

Die Versorgung in Niedersachsen mit stationären Hospizen befindet sich noch in der Entwicklung (s. auch Abschnitt I.3.3.3); zu bislang acht bestehenden Einrichtungen kommen zwei in Planung befindliche Hospize für Erwachsene hinzu. Geplant ist auch ein Hospiz für sterbenskranke Kinder. 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 MFAS geht daher von einem nachfrageorientierten Angebot solcher Einrichtungen aus. Ein besonderer Handlungsbedarf wird insoweit gegenwärtig nicht gesehen.

Personen mit hochgradiger Altersdemenz

Auf die Ausführungen im vorstehenden Abschnitt IV.1 wird verwiesen³³³.

Pflegebedürftige Kinder

Im Sinne des SGB XI pflegebedürftige Kinder, also solche, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 SGB XI), sind erfreulicherweise eine vergleichsweise kleine Gruppe. Allerdings sind schwere und schwerste Pflegebedürftigkeit dort überproportional vertreten.

Weit überwiegend werden die Kinder zu Hause gepflegt und betreut. Mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit – in diesem Alter oft verbunden mit einer schweren Behinderung – nimmt aber auch hier die stationäre Versorgung, nahezu ausnahmslos in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI), wegen Überforderung des familialen Kontextes zu (s. Abschnitt I.1.2 und I.3.3.5). Über die Inanspruchnahme ambulanter Pflegesachleistungen und damit die Inanspruchnahme von Pflegediensten liegen keine statistischen Angaben vor. Insofern liegen auch keine statistisch verwertbaren

³³³ des Weiteren auf die Abschnitte II.2.1 und III.3.4.2

Angaben über den Bedarf an fachpflegerischen Hilfen im Leistungsbereich der Pflegeversicherung (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) vor. Aus den Daten über die Personalstruktur der Pflegedienste³³⁴ ist lediglich aufgrund der sehr geringen Zahl an Pflegefachkräften für (behinderte) Kinder (Kinderkrankenschwestern /-pfleger und Heilerziehungspflegerinnen / -pfleger) auf ein sehr geringes Angebot fachpflegerischer Hilfen zu schließen. Das heißt: Eltern pflegebedürftiger Kinder müssen bei Bedarf an professioneller Hilfe im Regelfall die Hilfe von Fachpflegepersonal in Anspruch nehmen, das vorwiegend auf die Pflege erwachsener bzw. alter Menschen hin ausgebildet ist und diesbezügliche berufliche Praxis besitzt.

Bezüglich der stationär lebenden pflegebedürftigen Kinder wird angesichts auch der Zuständigkeit des Landes als überörtlichem Träger der Sozialhilfe, vertreten durch das NLZSA (letzteres ist zugleich auch Heimaufsichtsbehörde), von einer alters- und behinderungsgerechten Wohn- und Betreuungssituation und fachgerechter Pflege ausgegangen.

Zumindest regionale Disparitäten sind hingegen bei der pflegerischen Versorgung im ambulanten Bereich festzustellen. Die im Arbeitskreis für häusliche Kinderkrankenpflege zusammengeschlossenen Dienste decken nur einen Teilraum von Niedersachsen ab. Die Regierungsbezirke Braunschweig und Lüneburg verfügen über keinerlei diesbezügliche Versorgung. Diese Situation ist erst im Zuge der Vorbereitungen dieses Rahmenplanes deutlich geworden.

Die Bedarfslage stellt sich recht unklar dar. Vom Arbeitskreis für häusliche Kinderkrankenpflege wurde eine überwiegende Inanspruchnahme von Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V, weniger hingegen nach solchen der Grundpflege nach SGB XI berichtet. Ungeklärte Fragen der Vergütung der letztgenannten Leistungen sollen dabei aber ebenfalls von Einfluss sein.

Es erscheint darum in erster Linie erforderlich, nähere Informationen über Nachfrage- und Angebotsbedingungen bezüglich der ambulanten Pflege von Kindern in Niedersachsen zu erhalten. Die hierfür zu beschreitenden Wege sollten in einem ersten Schritt gesprächsweise zwischen den Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen und dem Arbeitskreis häusliche Kinderkrankenpflege unter Moderation des MFAS abgeklärt werden.

³³⁴ Abschnitt I.3.2.1

Menschen mit Behinderungen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Menschen, die nicht eine altersbedingte Behinderung und überwiegend auch keinen altersbedingten 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 15% der Ende 1998 rd. 132.150 Leistungsempfängerinnen und -empfänger von häuslichen Pflegeleistungen aus der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung weniger als 60 Jahre alt waren, 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 auszugehen³³⁵.

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 abzudecken 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.

³³⁵ Bei Annahme einer Quote von 50% an behinderten pflegebedürftigen Pflegesachleistungsempfängerinnen und -empfängern: rd. 3.300 Personen.

Bei pflegebedürftigen Menschen mit einer (schweren) geistigen Behinderung oder seelischen Erkrankung oder Behinderung bedürfte es hingegen besonderer durch Aus- und/oder Weiterbildung vermittelter Kenntnisse. 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. Auf den zu erwartenden Rückgang an privaten Pflege- und Hilfspersonen (s. Abschnitt II.2.2) und damit die Notwendigkeit kompensatorischer oder ersetzender Angebote ist in diesem Zusammenhang noch einmal hinzuweisen.

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.3.3.6.1). Es handelt sich dabei um die Dienste der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB), die Familienentlastenden Dienste (FeD) und einige privatvertragliche Pflegeverhältnisse der sogenannten persönlichen Assistenz („Arbeitgebermodell“)³³⁶.

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.

Stationäre Versorgung

Zur Zeit gibt es in Niedersachsen nur eine sehr geringe Zahl von Pflegeplätzen für stationär pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen³³⁷. Die weitaus meisten dieser Menschen leben in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und erhalten dort Leistungen nach § 43a SGB XI in Höhe bis zu monatlich 500 DM. Für die kommenden Jahre werden bezüglich dieses Verhältnisses keine wesentlichen Änderungen erwartet. Zwar ist bundesseitig die Prüfung einer stärkeren Einbeziehung von Menschen mit Be-

³³⁶ Letztere sind im Zuge des zweiten SGB XI-Änderungsgesetzes vom Bundesgesetzgeber ausgeschlossen worden.

Die Koalitionsvereinbarung von SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 20.10.1998 enthält einen Prüfauftrag, ob die sogenannten „Arbeitgebermodelle“ künftig wieder berücksichtigt werden können.

³³⁷ s. Abschnitt I.3.3.6.2

hinderungen in die Leistungen der Pflegeversicherung noch nicht abgeschlossen, doch lassen vorliegende Berechnungen der daraus zu erwartenden Ausgabensteigerung für die Pflegeversicherung in Anbetracht damit gefährdeter Beitragssatzstabilität eine solche Lösung sehr unwahrscheinlich erscheinen. Durch Rundschreiben des NLZSA vom 17.12.1999 wurde außerdem dem in Frage kommenden Personenkreis eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Pflegeeinrichtung und einer Einrichtung der Behindertenhilfe eingeräumt³³⁸. Dies gilt auch für Personen der Pflegestufe III.

Die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – hierzu zählen neben den sogenannten Langzeiteinrichtungen auch die Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte – sind langzeitige Lebensorte der Bewohnerinnen und Bewohner, oft bis zu ihrem Tod. Mit inzwischen der allgemeinen Lebenserwartung annähernd angeglichenen Lebenserwartung dieses Personenkreises wird die Zahl der alterungsbedingt pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in diesen Einrichtungen in den kommenden Jahren erheblich zunehmen.

Unabhängig von der Frage nach der Einrichtungsform, in der diese Menschen dann gepflegt und betreut werden sollen, erscheint es notwendig, möglichst zeitnah ein Konzept für die richtige Versorgung dieser Personen zu entwickeln.

Migrantinnen und Migranten

Die Zahl der Migrantinnen und Migranten in höheren Altersgruppen mit einer dementsprechenden Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit wird in den nächsten zehn Jahren in Niedersachsen von – grob geschätzt – derzeit 1.600 auf ca. 10.000 Personen ansteigen. Dabei wird nach Einschätzung von Trägern von Pflegediensten und Pflegeheimen, die ethnospezifische Pflege anbieten, auch die Zahl derjenigen sich vergrößern, die nicht mehr auf innerfamiliäre Hilfe zurückgreifen können. Eine zahlenmäßige Bestimmung dieses Personenkreises, der insoweit auf vollstationäre Pflegeleistungen angewiesen wäre, ist gegenwärtig nicht möglich.

Die bisherigen Erfahrungen lassen dennoch darauf schließen, dass den familialen Stütznetzen (im weitesten Sinne) bei den Migrantinnen und Migranten generell eine

³³⁸ Rundschreiben des Niedersächsischen Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben (NLZSA) Nr. 16/99 vom 17.12.1999 zur Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG von den Leistungen der Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG; hier: vollstationäre Betreuung von pflegebedürftigen Behinderten, Abschnitt II., 1. Absatz

gegenüber der deutschen Bevölkerung größere Bedeutung im Blick auf Pflege und Betreuung im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zukommt. Angebote stationärer Hilfen sind von daher sehr gering und sind auch den Betroffenen schwer zu vermitteln. Es ist deshalb zu erwarten, dass auch künftig Migrantinnen und Migranten tendenziell noch stärker als die deutsche Bevölkerung auf Leistungen der häuslichen Pflege aus der Pflegeversicherung zurückgreifen werden und insofern das für alle Leistungsbezieher festzustellende Verhältnis von 70:30 zwischen Bezug von häuslichen und von stationären Leistungen der Pflegeversicherung bei den Migrantinnen und Migranten nicht unterstellt werden kann, sondern zugunsten der Leistungen für häusliche Pflege ausfällt. In welchem Verhältnis hierbei Pflegegeld- und Pflegesachleistungen stehen, kann ebenfalls nicht gesagt werden.

Anzunehmen ist daher lediglich ein gewisser Anstieg der Nachfrage nach Pflegesachleistungen vor allem im ambulanten Bereich. Der erst kürzlich im Rahmen einer Fachtagung der Ausländerbeauftragten des Landes beim MFAS in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Hildesheim u.a. auch zur Thematik der Versorgung von pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten fortgesetzte Dialog des MFAS mit Trägern, die soziale und gesundheitliche Dienstleistungen speziell für diese Bevölkerungsgruppe erbringen, soll darum weitergeführt, die Entwicklung weiter beobachtet werden³³⁹. Verstärkte Aufmerksamkeit sollten ihr vor allem aber auch Landkreise und kreisfreie Städte mit einem hohen Ausländeranteil unter der Bevölkerung entgegenbringen und bei der örtlichen Pflegeplanung (s. u. Abschnitt 4.) berücksichtigen.

2.3 Vernetzung der Angebote durch Koordination der Hilfen und Kooperation der Träger und Einrichtungen

Das Angebot an Pflegediensten und Pflegeheimen sowie an diese ergänzenden Hilfsangeboten des Gesundheits- und Sozialwesens ist vielzählig und vielfältig. Der Markt ist für die Kunden wenig transparent. Nicht jedes Angebot ist zudem für jeden Fall oder zum jeweiligen Zeitpunkt geeignet. Die verschiedenen Leistungserbringer (Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Therapeuten, soziale Dienste etc.) werden zumeist nicht aufeinander bezogen und abgestimmt tätig. Es bedarf daher künftig einer stärkeren

³³⁹ Das MFAS (früher MS) verfolgt die Entwicklung bereits seit einer Reihe von Jahren nicht zuletzt im Zusammenhang mit anderen Fachtagungen, Forschungsvorhaben (s. Abschnitt I.3.3.7) und im Zuge der Fachkommission Altenpflege, die 1993 ihren Bericht vorgelegt hat.

Vernetzung durch Koordination der Hilfen im Einzelfall und der Dienste und Einrichtungen der Pflege untereinander sowie mit den anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Pflegebedürftige Menschen benötigen oft über die Hilfen zur Pflege und zur Hauswirtschaft hinaus noch andere – z.B. therapeutische – Hilfen. Die Pflegekassen geben zwar aufgrund ihrer Beratungsverpflichtung nach § 7 SGB XI, die ausdrücklich auch die Weitergabe von Informationen über die Hilfen und Leistungen anderer Träger einschließt, und aufgrund der Verpflichtung zur Weitergabe von Preisvergleichslisten von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 5 SGB XI den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Informationen an die Hand. Diese reichen nach den Erkenntnissen aus der Praxis aber zum Teil auch unter fachlichen Aspekten nicht aus. Vielfach sind die pflegebedürftigen Versicherten und ihre Pflegepersonen mit der Auswahl des richtigen Angebotes zum richtigen Zeitpunkt angesichts des oft unüberschaubaren und für Unkundige nicht transparenten Angebotes an Diensten und Einrichtungen überfordert. Aus ihrer Interessenlage sind daher begleitende Beratung und Organisation der Hilfen ‚aus einer Hand‘ (**case-management**) von großem Wert. Sie sind zudem unter fachlichen Gesichtspunkten im Hinblick auf die Qualität der Leistungen von Nutzen, ebenso für eine Optimierung des Ressourceneinsatzes unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten.

Mit der Förderung der Vermittlung der Durchführung und der Organisation hauswirtschaftlicher und sozialpflegerischer Hilfen nach § 17 NPflegeG hat der Landesgesetzgeber hierfür eine Grundlage geschaffen. Die Förderung erfolgt nach Richtlinien³⁴⁰ als Gegenfinanzierung zu einer kommunalen Förderung für Fachkräfte der Pflege, der Sozialpädagogik und der Hauswirtschaft, die bei zugelassenen Pflegediensten beschäftigt sind und die o.g Aufgaben dort wahrnehmen. Bislang werden 18 solcher Maßnahmen gefördert; zusätzliche wären aus Sicht des Landes wünschenswert. Dies setzt jedoch die kommunale Beteiligung an der Förderung voraus.

Das Land unterstützt darüber hinaus einen Vorstoß der Sozialministerinnen und –minister der SPD-geführten Länder gegenüber der Bundesregierung, im Zuge des dort in Vorbereitung begriffenen Qualitätssicherungsgesetzes (Fünftes SGB XI - Änderungsgesetz) den Pflegekassen die Möglichkeit zur institutionellen Beteiligung an (interes-

³⁴⁰ Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung vorpflegerischer Maßnahmen nach § 17 NPflegeG; RdErl. des MFAS v. 24.9.1998 – 107 – 43 590 / 1.7 – ; Nieders. MinBl. Nr. 40 vom 4.11.1998

sensneutralen) Beratungsstellen für pflegebedürftige Menschen zu geben. Modellhafte Erprobungen solcher Stellen wie z.B. des ‚Pflegebüros‘ in Münster zeigen hinsichtlich ihrer Akzeptanz bei den Betroffenen sowie bei den Leistungsanbietern positive Ergebnisse.

Vielfach unbefriedigend ist bislang auch noch die örtliche Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern der Pflege sowie von diesen mit den anderen gesundheitlichen und sozialen Diensten und Einrichtungen zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Ein häufiges und darum besonderes Problem bietet in diesem Zusammenhang offenbar der Übergang vom Krankenhaus nach einer stationären Akutbehandlung in die häusliche oder stationäre Pflege³⁴¹. Einige, auf Initiative von Kliniken zur Zeit in Erprobung befindliche Verfahren zur Verbesserung der Überleitungssituation (z.B. Universitätsklinikum Göttingen) sind dem MFAS bekannt. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse sollten im Landespflegeausschuss unter Beteiligung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft dargestellt und hinsichtlich der Vervielfältigungsmöglichkeiten beraten werden.

Das Land fördert darüber hinaus in Zusammenarbeit mit Kranken- und Pflegekassen sowie mit den jeweiligen Landkreisen in ihrer Funktion als Sozialhilfeträger und den relevanten ambulanten und stationären Trägern der psychiatrischen Versorgung in einer ausgewählten Region ein Modellvorhaben zur Erprobung ambulanter psychiatrischer Pflege. Das Modell verfolgt 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.

Unterstützt werden könnte die Durchsetzung von solchen Kooperationsbeziehungen auf der Grundlage von § 2 NPflegeG durch die dort geforderte Vereinbarung zur Koordination von Leistungsangeboten. Die Verbände der Leistungsträger und die Verbände der Träger der Einrichtungen pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Versorgung sowie der medizinischen Rehabilitation sollen danach unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes einheitlich und gemeinsam eine Vereinbarung schließen, ihre Leistungen so

³⁴¹ Auf die Ausführungen über eine mögliche verstärkte Nutzung der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI in Abschnitt 3.1 wird hingewiesen.

miteinander abzustimmen, dass ein nahtloses Ineinandergreifen dieser Versorgungsleistungen gewährleistet ist.

Auch örtliche Pflegekonferenzen, wie sie das NPflegeG in § 5 vorsieht, sollen und können nach vorliegenden Erfahrungen vor allem aus Nordrhein-Westfalen und vereinzelt aus Niedersachsen zu einer stärkeren Abstimmung zwischen den Beteiligten zur Effektivierung der Versorgung für die pflegebedürftigen Menschen ebenso wie für das Versorgungssystem beitragen. Ein besonderer Wert dieser 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.

3. Hinweise zur örtlichen Pflegeplanung

Durch die mit Einführung der Pflegeversicherung verstärkt nach marktwirtschaftlichen Prinzipien auf Wettbewerb unter den Leistungsanbietern hin ausgerichtete pflegerische Versorgung erscheint die Frage nach der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen von Planung berechtigt³⁴². Sie wäre dann negativ zu beantworten, wenn mit Planung intendiert würde, bestehende Verhältnisse fort- und damit festzuschreiben und zukünftige Strukturen nach Art und Zahl festlegen zu wollen (z.B. mittels Versorgungs-Indikatoren). Eine solche Planung ist vor o.g. Hintergrund zum Scheitern verurteilt; die Wirklichkeit wird an ihr vorbeigehen.

Angesichts der marktwirtschaftlichen Funktionsprinzipien, denen die pflegerische Versorgungsstruktur folgt, erscheint dagegen eine Planung sinnvoll, die, ausgehend von den jeweiligen quantitativen und strukturellen Gegebenheiten, in ihrer Größenordnung und Art erkennbare kurz-, mittel- und langfristige Entwicklungen aufnimmt und – im Vergleich mit den vorfindlichen Bedingungen – deren wahrscheinliche Auswirkungen auf die Lage der Hilfebedürftigen wie der Helfer und auf das System der Hilfen beschreibt. Andernfalls geht der Überblick verloren und diejenigen, die über keine hinrei-

³⁴² siehe auch Abschnitte 3. und 4. im Teil ‚Einführung‘

chende Wirtschaftskraft oder aufgrund ihrer geringen Zahl keine ausreichende Lobby haben, bleiben oder werden von der für sie notwendigen Versorgung ausgeschlossen.

Eine Planung wie beschrieben vermag bestehende wie voraussichtliche zukünftige Versorgungsmängel zu benennen. Bei ersteren kann entweder durch die Leistungsanbieter selbst – dies allerdings überwiegend wohl nur, wenn die erforderliche Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann – oder vermittels gezielter Anreize oder Förderung durch die Leistungsträger oder auch die öffentlichen Hände dem Mangel so weit möglich abgeholfen werden. Für die Zukunft können – wiederum eventuell in gemeinsamem Vorgehen der verschiedenen Beteiligten – Strategien entwickelt und Maßnahmen ergriffen werden, die dazu beitragen, Versorgungsmängel nicht oder so weit wie möglich nicht entstehen zu lassen. Dasselbe gilt für positive Verhältnisse und Trends: sie können systematisch unterstützt werden, um Verschlechterungen oder Störungen weitestmöglich zu vermeiden.

Eine solche auf eine allgemeine Orientierung der Kunden der Leistungen, der Leistungsanbieter und der Leistungsträger sowie der für die Daseinsvorsorge im allgemeinen Verantwortlichen auf kommunaler und auf Landesebene ausgerichtete Strukturentwicklungsplanung bedarf zwangsläufig der regelmäßigen Fortschreibung in nicht zu großen zeitlichen Abständen. Für den Pflegerahmenplan hat der Landesgesetzgeber einen Zeitraum von höchstens drei Jahren vorgegeben (§ 3 Abs. 1 Satz 2 NPflegeG).

Die vorgenannten Feststellungen gelten unabhängig von der räumlichen Ebene für das Land und die Kommunen und ihre Untergliederungen gleichermaßen. Insofern wird auch die Sinnhaftigkeit der örtlichen Pflegeplanung und ihres gesetzlich verankerten Bezuges zur Pflegerahmenplanung (§ 4 Satz 1 zweiter Halbsatz NPflegeG) deutlich. Dabei kann sich auch die örtliche Pflegeplanung angesichts der vielfältigen Wechselbeziehungen der pflegerischen zur weiteren Versorgungsstruktur im Gesundheits- und Sozialwesen nicht allein auf die demographisch bedingte Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Personen und deren Versorgung durch Pflegedienste bzw. in Pflegeeinrichtungen beschränken. Sie muss vielmehr die Versorgungssituation in ihrem Zuständigkeitsbereich und in den angrenzenden Kommunen bewerten und auch qualitative Versorgungsaspekte berücksichtigen. So kann z.B. die Erkenntnis über das Vorhandensein einer stationären Versorgungsstruktur, die zwar nach Zahl der Plätze ausreicht, aber einen hohen Anteil an Einrichtungen aufweist, die neuzeitlichen Standards an Wohnen

und Pflege nicht mehr genügen, zum Anlass für Modernisierungsüberlegungen im Bestand oder die Errichtung neuer Einrichtungen genommen werden. Auch müssen Feststellungen getroffen werden über Personengruppen mit einem besonderen Hilfebedarf. Diese Feststellungen können auch dazu führen, dass Überlegungen zu kommunalüberschreitenden Versorgungsangeboten – ambulant oder stationär – vorgenommen werden. Die örtlichen Pflegekonferenzen bieten hierfür – wie vom Landesgesetzgeber vorgesehen – einen guten organisatorischen Hintergrund nicht zuletzt angesichts des Einbezuges von Vertretungen der pflegebedürftigen Menschen (§ 5 Abs. 2 NPflegeG).

Eine solchermaßen umfassende Bestandsanalyse, Berücksichtigung zukünftiger Entwicklungen und Definition von Versorgungszielen (vom Einzelfall abhängig mit unterschiedlichem Genauigkeitsgrad) stellen letztlich auch einen geeigneten Hintergrund für die zu treffenden Feststellungen der Förderfähigkeit von stationären Einrichtungen oder Maßnahmen zur Verbesserung solcher Einrichtungen (§ 8 NPflegeG) dar³⁴³. Dies allerdings nur, wenn der – gesetzlich hier nicht näher bestimmte – Fortschreibungszeitraum nicht zu groß gewählt wird.

Für beide Seiten – die Landkreise und die kreisfreien Städte ebenso wie für das MFAS als nach dem NPflegeG für den Pflegerahmenplan zuständiges Fachministerium – wäre es sicherlich auch nützlich, zumindest für das quantitative Datengerüst von vergleichbaren Inhalten und einem vergleichbaren Aufbau der Berichte auszugehen. Die vorliegenden örtlichen Pflegepläne entsprechen dem nicht oder nur zum Teil. Nur wenige Kommunen haben bislang überhaupt einen örtlichen Pflegeplan vorgelegt. Das MFAS beabsichtigt deshalb, anlässlich der Vorlage des Entwurfs des Pflegerahmenplanes mit daran interessierten Landkreisen und kreisfreien Städten, Inhalte und weiteres Verfahren der örtlichen Pflegeplanung zu besprechen.

³⁴³ Zum Verhältnis von Planung und Förderung siehe Abschnitt 4 in Teil ‚Einführung‘ und **Übersicht in Abschnitt II.1.1**

Verzeichnis der Abbildungen

	Seite	
Abb. I.1a	Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen in Niedersachsen 1998 nach Pflegestufen	23
Abb. I.1b	Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen in Niedersachsen 1998 nach Pflegestufen	23
Abb. I.2	Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen	27
Abb. I.3	Leistungsempfängerinnen und -empfänger der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen (landesunmittelbare Kassen) und im Bundesgebiet 1998 nach Altersgruppen	29
Abb. I.4	Leistungsempfängerinnen und -empfänger der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Art der pflegerischen Versorgung, Altersgruppen und Geschlecht	30
Abb. I.5a	Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen	33
Abb. I.5b	Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen	34
Abb. I.6a	Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen	35
Abb. I.6b	Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen	36
Abb. I.7a	Anträge auf ambulante Pflegeleistungen in Niedersachsen 1996, 1997, 1998	56
Abb. I.7b	Anträge auf vollstationäre Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen von Juli 1996 bis Dezember 1998	57
Abb. I.8a	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege: Erstbegutachtungen 1/1995 bis 12/1998 – Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I, II und III –	61
Abb. I.8b	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für stationäre Pflege: Erstbegutachtungen 1/1995 bis 12/1998 – Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I, II und III	62
Abb. I.9a	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege: Erstbegutachtungen 1997 und 1998 – Pflegestufen I, II und III –	65
Abb. I.9b	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für vollstationäre Pflege: Erstbegutachtungen 1997 und 1998 – Pflegestufen I, II und III –	66
Abb. I.10	Durch landesunmittelbare Pflegekassen in Niedersachsen 1996, 1997 und 1998 erbrachte Leistungen (Leistungsfälle)	78
Abb. I.11	Durch landesunmittelbare Pflegekassen in Niedersachsen 1996, 1997 und 1998 erbrachte Leistungen (Leistungstage pro Leistungsfall)	81
Abb. I.12	Versorgung von Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigten	128

Verzeichnis der Tabellen

	Seite	
Tab. I.1	Empfängerinnen und Empfänger ambulanter und vollstationärer Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Niedersachsen am 31.12.1998 nach Pflegestufen und Art der pflegerischen Versorgung	19
Tab. I.2	Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen	25
Tab. I.3	Leistungsempfängerinnen und -empfänger der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen (landesunmittelbare Kassen) und im Bundesgebiet 1998 nach Altersgruppen und Art der pflegerischen Versorgung	41
Tab. I.4	Durch die landesunmittelbaren gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen 1995 bis 1998 erbrachte Leistungen – Leistungsfälle und Leistungstage -	76
Tab. I.5	Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen (Stand 19.04.1999)	86
Tab. I.6	Durchschnittliche Zahl der Vollzeitstellen des Pflegepersonals der Pflegedienste in den Regierungsbezirken in Niedersachsen	89
Tab. I.7	Zugelassene Einrichtungen und Plätze der teilstationären Pflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen	96
Tab. I.8	Zugelassene Einrichtungen und Plätze der Kurzzeitpflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen 1997	100
Tab. I.9	Merkmale der Versorgungslage der Regierungsbezirke in Niedersachsen mit vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege (Stand 19.04.1999)	106
Tab. I.10	Personal der Pflegedienste in Niedersachsen nach Berufsgruppenstruktur und Arbeitszeitumfang	112
Tab. I.11	Personal in den vollstationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen nach Berufsgruppenstruktur und Arbeitszeitumfang	117
Tab. I.12	Fachpersonalquote der vollstationären Pflegeheime in den kreisfreien Städten und Landkreisen in Niedersachsen	122
Tab. I.13	Pflegeplätze für Schädel-Hirn-Geschädigte in Niedersachsen (Stand Juni 1999)	127
Tab. I.14	Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Stand 08.09.1999)	147
Tab. II.1a	Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre und insgesamt in Privathaushalten in den Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens bis zum Jahr 2010	156
Tab. II.1b	Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre und insgesamt in Heimen in den Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens bis zum Jahr 2010	162

Tabellenanhang mit Verzeichnis der Tabellen

Verzeichnis der Tabellen

Tab. A I.1a	Pflegebedürftige nach Altersgruppen, Pflegestufen und Art der pflegerischen Versorgung (ambulant/vollstationär) in Niedersachsen (Stand 31.12.1998)
Tab. A I.1b	Pflegebedürftige nach Altersgruppen, Pflegestufen und Art der pflegerischen Versorgung (ambulant/vollstationär) in der Bundesrepublik Deutschland (Stand 31.12.1998)
Tab. A I.2	Empfängerinnen und Empfänger ambulanter und vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen
Tab. A I.3a	Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen
Tab. A I.3b	Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen
Tab. A I.4a	Anträge auf ambulante Pflegeleistungen in Niedersachsen 1995, 1996, 1997, 1998 – Erstanträge, Wiederholungsbegutachtungen, Widersprüche –
Tab. A I.4b	Anträge auf vollstationäre Pflegeleistungen in Niedersachsen 1996, 1997, 1998 – Erstanträge, Wiederholungsbegutachtungen, Widersprüche –
Tab. A I.5a	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege: Erstbegutachtungen 1/1995 bis 12/1998 – Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I, II und III –
Tab. A I.5b	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für stationäre Pflege: Erstbegutachtungen 2/1996 bis 12/1998 – Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I, II und III –
Tab. A I.6a	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege: Erstbegutachtungen 1997 und 1998 – Pflegestufen I, II und III –
Tab. A I.6b	Begutachtungsergebnisse nach Monaten für vollstationäre Pflege: Erstbegutachtungen 1997 und 1998 – Pflegestufen I, II und III –
Tab. A I.7a	Begutachtungsergebnisse bei Wiederholungs- und Widerspruchsanträgen für ambulante Pflege 4/1995 bis 12/1998
Tab. A I.7b	Begutachtungsergebnisse bei Wiederholungs- und Widerspruchsanträgen für vollstationäre Pflege 1/1996 bis 12/1998
Tab. A I.8a	Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen 1995 erbrachte Leistungen nach Pflegestufen – Leistungsfälle/Leistungstage –
Tab. A I.8b	Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen 1996 erbrachte Leistungen nach Pflegestufen – Leistungsfälle/Leistungstage –
Tab. A I.8c	Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen 1997 erbrachte Leistungen nach Pflegestufen – Leistungsfälle/Leistungstage –
Tab. A I.8d	Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen 1998 erbrachte Leistungen nach Pflegestufen – Leistungsfälle/Leistungstage –
Tab. A I.9	Pflegedienste in Niedersachsen nach Vollzeitäquivalenten des Pflegefach- und Pflegehilfspersonals für Pflege nach SGB XI (Stand 19.04.1999)

Tab. A I.10	Pflegedienste in Niedersachsen nach Personalkapazität und deren Verhältnis zur Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren (Stand 31.12.1997))
Tab. A I.11	Versorgungsdichte in Niedersachsen mit Pflegediensten und vollstationären Pflegeheimen, Pflegepersonal-Kapazität in den Pflegediensten und Plätzen in den Pflegeheimen (Stand 19.04.1999)
Tab. A I.12	Pflegepersonal in den Pflegediensten in Niedersachsen nach Arbeitszeitumfang (in Vollzeit-Äquivalenten) (Stand 19.04.1999)
Tab. A I.13	Pflegepersonal in den vollstationären Pflegeheimen in Niedersachsen nach Arbeitszeitumfang (Datei-Stand 19.04.1999)
Tab. A I.14	Fachpersonalquote der vollstationären Pflegeheimen in Niedersachsen (Datei-Stand 19.04.1999)
Tab. A I.15	Pflegeeinrichtungen für Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte (Stand 31.07.1998)
Tab. A I.16a bis d	Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Stand 08.09.1999)
Tab. A II.1a	Pflegebedürftige in Privathaushalten in Niedersachsen – Vergleich IES-Prognose für den Pflegerahmenplan (PRP) mit IES-Prognose lt. ‚Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs‘ (OD/IES)
Tab. A II.1b	Pflegebedürftige in Heimen in Niedersachsen – Vergleich IES-Prognose für den Pflegerahmenplan (PRP) mit IES-Prognose lt. ‚Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs‘ (OD/IES)
Tab. A II. 2	Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahre in Niedersachsen bis 2010
Tab. A II.3a	Pflegebedürftige in Privathaushalten in Niedersachsen 1996, 2000 und 2010 – Pflegebedürftige insgesamt / Pflegebedürftige unter 60 Jahre
Tab. A II.3b	Pflegebedürftige in Heimen in Niedersachsen 1996, 2000 und 2010 – Pflegebedürftige insgesamt / Pflegebedürftige unter 60 Jahre
Tab. A II.4	Pflegebedürftige über 60 Jahre in Heimen in Niedersachsen 1996, 2000 und 2010
Tab. A II.5	Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten und in Heimen nach Altersgruppen
Tab. A II.6	Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte (LZE), Altenwohngruppen (AWGr) und von Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte (WfB) nach Altersgruppen (Stand: 31.10.1999)

Anhang

1. Tabellen
2. Tagespflege für pflegebedürftige Menschen
- Empfehlungen des niedersächsischen Landespflegeausschusses
für Einrichtung und Betrieb - (Stand: 18.03.1999)
3. Planungsdaten des Niedersächsischen Sozialministeriums
für Altenpflegeheim-Plätze (Stand: 01.07.1994)
4. Anregungen zur hörgeschädigtengerechten Ausstattung von Heimen

Alter in Jahren	ambulant									stationär									ambulant und stationär								
	Pflegestufe									Pflegestufe									Pflegestufe								
	I			II			III			I			II			III			I			II			III		
	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%
unter 15	1.462	3,5	43,1	1.206	3,8	35,6	722	7,4	21,3	72	0,7	21,6	133	1,0	39,8	129	1,6	38,6	1.534	2,9	41,2	1.339	3	36,0	851	4,7	22,9
	2249*	20,5		1.855	22,4		1.111	27,7		111	4,5		205	20,2		199	20,8		2.360	17,7		2.060	22,2		1.309	26,4	
15 -29	1.190	2,8	41,1	1.016	3,2	35,1	690	7,1	23,8	191	1,8	70,5	32	0,2	11,8	48	0,6	17,7	1.381	2,6	43,6	1.048	2,3	33,1	738	4,0	23,3
		16,7			18,9			26,5			11,8			4,9			7,8			15,8			17,3			22,9	
30 - 44	2.006	4,8	49,2	1.474	4,7	36,2	594	6,1	14,6	569	5,5	68,1	143	1,1	17,1	123	1,5	14,7	2.575	4,9	52,5	1.617	3,6	32,9	717	4,0	14,6
		28,2			27,4			22,8			35,2			21,7			19,9			29,5			26,8			22,3	
45 - 60	2.459	5,9	51,8	1.689	5,3	35,6	596	6,1	12,6	785	7,5	54	351	2,7	24,1	319	3,8	21,9	3.244	6,2	52,3	2.040	4,6	32,9	915	5,1	14,8
		34,6			31,4			22,9			48,5			53,3			51,5			37,1			33,8			28,4	
Zw.summe	7.117	100,0	47,1	5.385	100,0	35,7	2.602	100,0	17,2	1.617	100,0	55,9	659	100,0	22,8	619	100,0	21,4	8.734	100,0	48,5	6.044	100,0	33,6	3.221	100,0	17,9
60 - 79	13.628	32,5	52,0	9.774	30,9	37,3	2.781	28,4	10,6	2.884	27,6	35,9	3.160	23,8	39,4	1.981	23,8	24,7	16.512	31,6	48,3	12.934	28,8	37,8	4.762	26,3	13,9
80 u.ä.	21.147	50,5	50,3	16.467	52,1	39,2	4.403	45,0	10,5	5.932	56,9	28,1	9.439	71,2	44,8	5.721	68,8	27,1	27.079	51,8	42,9	25.906	57,7	41,0	10.124	55,9	16,0
gesamt	41.892	100,0	50,3	31.626	100,0	37,5	9.786	180,0	11,7	10.433	100,0	32,5	13.258	100,0	41,4	8.321	100,0	26	52.325	100,0	45,4	44.884	100,0	38,9	18.107	100,0	15,7

* hochgerechnet von 65 % auf 100 %

Quelle: 1) Leistungsstatistik der landesunmittelbaren Pflegekassen (31.12.1998)
2) Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen (31.12.1998) - Bundesergebnisse (BMG)

Tab. A I.1a:

Pflegebedürftige nach Altersgruppen, Pflegestufen und Art der pflegerischen Versorgung (ambulant/vollstationär) in Niedersachsen

Alter in Jahren	ambulant									stationär									ambulant und stationär								
	Pflegestufe									Pflegestufe									Pflegestufe								
	I			II			III			I			II			III			I			II			III		
	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%	Anzahl	%	%															
unter 15	26.672	4,4	42,1	24.325	5,2	38,4	12.312	9,1	19,4	2.010	1,1	60,0	658	0,3	19,6	681	0,6	20,4	28.682	3,6	43,0	24.983	3,7	37,5	12.993	5,2	19,5
		24,8			23,6			27,6			4,4			6,3			7,0			18,7			22,1				23,9
15 - 29	17.346	2,9	34,3	21.538	4,6	42,6	11.673	8,6	23,1	8.646	4,6	77,9	1.102	0,5	9,9	1.355	1,2	12,2	25.992	3,3	42,2	22.640	3,4	36,7	13.028	5,3	21,1
		16,1			20,9			26,2			18,9			10,6			14,0			16,9			19,9				24,0
30 - 44	24.605	4,1	40,6	25.715	5,6	42,4	10.270	7,6	17,0	17.737	9,5	76,1	2.681	1,3	11,5	2.896	2,6	12,4	42.342	5,3	50,5	28.396	4,2	33,8	13.166	5,3	15,7
		22,8			25			23,0			38,8			25,7			29,9			27,6			25,1				24,2
45 - 60	39.087	6,4	48,4	31.306	6,8	38,8	10.369	7,7	12,8	17.325	9,3	61,8	5.983	2,9	21,3	4.751	4,2	16,9	56.412	7,1	51,8	37.289	5,5	34,3	15.120	6,1	13,9
		36,3			30,4			23,2			37,9			57,4			49,1			36,8			32,9				27,8
Zw.summe	107.710	100,0	42,2	102.884	100,0	40,3	44.624	100,0	17,5	45.718	100,0	69,5	10.424	100,0	15,8	9.683	100,0	14,7	153.428	100,0	47,8	113.308	100,0	35,3	54.307	100,0	16,9
60 - 79	224.281	36,9	53,0	158.012	34,1	37,4	40.540	29,9	9,6	48.889	26,1	37,1	53.310	25,4	40,4	29.606	26,3	22,5	273.170	34,4	49,3	211.322	31,4	38,1	70.146	28,3	12,6
80 u.ä.	275.197	45,3	52,1	202.825	43,7	38,4	50.409	37,2	9,5	92.625	49,5	29,7	146.017	69,7	46,8	73.218	65,1	23,5	367.822	46,3	43,8	348.842	51,8	41,5	123.627	49,8	14,7
gesamt	607.188	100,0	50,3	463.721	100,0	38,4	135.573	100,0	11,2	187.232	100	36,7	209.751	100,0	41,2	112.507	100,0	22,1	794.420	100,0	46,3	673.472	100,0	39,2	248.080	100,0	14,5

Quelle: 1) Leistungsstatistik der landesunmittelbaren Pflegekassen (31.12.1998)
2) Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen (31.12.1998) - Bundesergebnisse (BMG)

Tab. A I.1b:
Pflegebedürftige nach Altersgruppen, Pflegestufen und Art der pflegerischen Versorgung (ambulant/vollstationär) in der Bundesrepublik Deutschland

Alter in Jahren	Frauen				Männer				Frauen/Männer gesamt	Anteil am Gesamt in %	
	ambulant	stationär	zusammen	%	ambulant	stationär	zusammen	%		Frauen	Männer
bis unter 15	1.516	269	1.785	2,2	1.874	65	1.939	5,5	3.724	1,5	1,7
15-19	464	21	485	0,6	592	20	612	1,7	1.097	0,4	0,5
20-24	354	37	391	0,5	504	54	558	1,6	949	0,3	0,5
25-29	430	49	479	0,6	552	90	642	1,8	1.121	0,4	0,6
30-34	571	109	680	0,8	772	129	901	2,6	1.581	0,6	0,8
35-39	672	117	789	1,0	799	173	972	2,8	1.761	0,7	0,8
40-44	559	124	683	0,9	701	183	884	2,5	1.567	0,6	0,8
45-49	624	126	750	0,9	686	217	903	2,6	1.653	0,7	0,8
50-54	597	157	754	0,9	718	236	954	2,7	1.708	0,7	0,8
55-59	1.010	245	1.255	1,6	1.109	474	1.583	4,5	2.838	1,1	1,4
60-64	1.820	476	2.296	2,9	2.031	712	2.743	7,8	5.039	2,0	2,4
65-69	2.395	590	2.985	3,7	2.363	681	3.044	8,7	6.029	2,6	2,6
70-74	3.892	1.236	5.128	6,4	2.922	702	3.624	10,4	8.752	4,4	3,1
75-79	7.371	2.831	10.202	12,7	3.389	797	4.186	12,0	14.388	8,8	3,6
80-84	7.989	3.584	11.573	14,4	2.598	664	3.262	9,3	14.835	10,0	2,8
85-89	14.614	7.533	22.147	27,6	3.647	1.114	4.761	13,6	26.908	19,2	4,1
90u.ä.	10.662	7.296	17.958	22,4	2.507	901	3.408	9,7	21.366	15,6	3,0
insgesamt	55.540	24.800	80.340	100,0	27.764	7.212	34.976	100,0	115.316	69,7	30,3

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.2:

Empfängerinnen und Empfänger ambulanter und vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen

Alter in Jahren	Pflegestufen																				
	I						II						III								
	Frauen	%	Männer	%	zus	Frauen	Männer	Frauen	%	Männer	%	zus	Frauen	Männer	Frauen	%	Männer	%	zus	Frauen	Männer
bis unter 15	626	2,2	836	6,3	1.462	42,8	57,2	550	2,6	656	6,1	1.206	45,6	54,4	340	5,5	382	10,5	722	47,1	52,9
15-19	178	0,6	214	1,6	392	45,4	54,6	157	0,8	230	2,1	387	40,6	59,4	129	2,1	148	4,1	277	46,6	53,4
20-24	131	0,5	214	1,6	345	38,0	62,0	133	0,6	171	1,6	304	43,8	56,3	90	1,5	119	3,3	209	43,1	56,9
25-29	168	0,6	285	2,1	453	37,1	62,9	165	0,8	160	1,5	325	50,8	49,2	97	1,6	107	2,9	204	47,5	52,5
30-34	284	1,0	381	2,9	665	42,7	57,3	207	1,0	272	2,5	479	43,2	56,8	80	1,3	119	3,3	199	40,2	59,8
35-39	316	1,1	385	2,9	701	45,1	54,9	240	1,2	298	2,8	538	44,6	55,4	116	1,9	116	3,2	232	50,0	50,0
40-44	266	0,9	374	2,8	640	41,6	58,4	206	1,0	251	2,3	457	45,1	54,9	87	1,4	76	2,1	163	53,4	46,6
45-49	334	1,2	356	2,7	690	48,4	51,6	228	1,1	230	2,1	458	49,8	50,2	62	1,0	100	2,8	162	38,3	61,7
50-54	277	1,0	393	3,0	670	41,3	58,7	233	1,1	235	2,2	468	49,8	50,2	87	1,4	90	2,5	177	49,2	50,8
55-59	509	1,8	590	4,4	1.099	46,3	53,7	366	1,8	397	3,7	763	48,0	52,0	135	2,2	122	3,4	257	52,5	47,5
60-64	878	3,1	1.006	7,6	1.884	46,6	53,4	731	3,5	779	7,2	1.510	48,4	51,6	211	3,4	246	6,8	457	46,2	53,8
65-69	1.250	4,4	1.121	8,4	2.371	52,7	47,3	887	4,3	959	8,9	1.846	48,0	52,0	258	4,2	283	7,8	541	47,7	52,3
70-74	2.150	7,5	1.322	9,9	3.472	61,9	38,1	1.402	6,7	1.190	11,0	2.592	54,1	45,9	340	5,5	410	11,3	750	45,3	54,7
75-79	4.294	15,0	1.607	12,1	5.901	72,8	27,2	2.447	11,8	1.379	12,7	3.826	64,0	36,0	630	10,2	403	11,1	1.033	61,0	39,0
80-84	4.638	16,2	1.228	9,2	5.866	79,1	20,9	2.665	12,8	1.071	9,9	3.736	71,3	28,7	686	11,1	299	8,2	985	69,6	30,4
85-89	7.785	27,2	1.818	13,7	9.603	81,1	18,9	5.440	26,2	1.483	13,7	6.923	78,6	21,4	1.389	22,6	346	9,5	1.735	80,1	19,9
90u.ä.	4.511	15,8	1.167	8,8	5.678	79,4	20,6	4.735	22,8	1.073	9,9	5.808	81,5	18,5	1.416	23,0	267	7,3	1.683	84,1	15,9
insgesamt	28.595	100,0	13.297	100,0	41.892	68,3	31,7	20.792	100,0	10.834	0,00	31.626	65,7	34,3	6.153	100,0	3.633	100,0	9.786	62,9	37,1

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV, eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.3a:

Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen

Alter in Jahren	Pflegestufen																				
	I					II						III									
	Frauen	%	Männer	%	zus	Frauen	Männer	Frauen	%	Männer	%	zus	Frauen	Männer	Frauen	%	Männer	%	zus	Frauen	Männer
bis unter 15	39	0,5	33	1,1	72	54,2	45,8	113	1,1	20	0,8	133	0,9	0,2	117	1,7	12	0,7	129	1,4	0,1
15-19	14	0,2	13	0,4	27	51,9	48,1	3	0,0	4	0,2	7	0,0	0,0	4	0,1	3	0,2	7	0,0	0,0
20-24	27	0,4	33	1,1	60	45,0	55,0	3	0,0	7	0,3	10	0,0	0,1	7	0,1	14	0,9	21	0,1	0,2
25-29	36	0,5	68	2,3	104	34,6	65,4	6	0,1	9	0,3	15	0,0	0,1	7	0,1	13	0,8	20	0,1	0,2
30-34	77	1,0	96	3,3	173	44,5	55,5	21	0,2	17	0,6	38	0,2	0,1	11	0,2	16	1,0	27	0,1	0,2
35-39	81	1,1	122	4,1	203	39,9	60,1	17	0,2	28	1,1	45	0,1	0,2	19	0,3	23	1,4	42	0,2	0,3
40-44	83	1,1	110	3,7	193	43,0	57,0	16	0,2	44	1,7	60	0,1	0,3	25	0,4	29	1,8	54	0,3	0,3
45-49	71	0,9	122	4,1	193	36,8	63,2	23	0,2	51	1,9	74	0,2	0,4	32	0,5	44	2,7	76	0,4	0,5
50-54	77	1,0	131	4,5	208	37,0	63,0	39	0,4	62	2,3	101	0,3	0,5	41	0,6	43	2,7	84	0,5	0,5
55-59	133	1,8	251	8,5	384	34,6	65,4	57	0,5	119	4,5	176	0,4	0,9	55	0,8	104	6,4	159	0,7	1,2
60-64	213	2,8	332	11,3	545	39,1	60,9	164	1,5	236	8,9	400	1,2	1,8	99	1,5	144	8,9	243	1,2	1,7
65-69	213	2,8	292	9,9	505	42,2	57,8	241	2,3	251	9,4	492	1,8	1,9	136	2,0	138	8,5	274	1,6	1,7
70-74	452	6,0	271	9,2	723	62,5	37,5	476	4,5	267	10,0	743	3,6	2,0	308	4,6	164	10,2	472	3,7	2,0
75-79	849	11,3	262	8,9	1.111	76,4	23,6	1.216	11,5	309	11,6	1.525	9,2	2,3	766	11,4	226	14,0	992	9,2	2,7
80-84	1.112	14,8	205	7,0	1.317	84,4	15,6	1.513	14,3	308	11,6	1.821	11,4	2,3	959	14,3	151	9,3	1.110	11,5	1,8
85-89	2.244	29,9	330	11,2	2.574	87,2	12,8	3.327	31,4	505	19,0	3.832	25,1	3,8	1.962	29,3	279	17,3	2.241	23,6	3,4
90u.ä.	1.772	23,6	269	9,1	2.041	86,8	13,2	3.366	31,8	420	15,8	3.786	25,4	3,2	2.158	32,2	212	13,1	2.370	25,9	2,5
insgesamt	7.493	100,0	2.940	100,0	10.433	71,8	28,2	10.601	100,0	2.657	100,0	13.258	80,0	20,0	6.706	100,0	1.615	100,0	8.321	80,6	19,4

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV, eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.3b:

Empfängerinnen und Empfänger vollstationärer Pflegeleistungen der landesunmittelbaren Pflegekassen in Niedersachsen 1998 nach Altersgruppen und Pflegestufen

Tab. A I.4a:

Anträge auf ambulante Pflegeleistungen in Niedersachsen 1995, 1996, 1997, 1998
 - Erstanträge, Wiederholungsbegutachtungen, Widersprüche -

Jahr	Monat	Erst- anträge	Wiederho- lungsbegut- achtungen	Wider- sprüche
1995	1	27.657		108
1995	2	16.806		274
1995	3	16.799		773
1995	4	10.475		1.125
1995	5	8.432		1.545
1995	6	7.086		1.919
1995	7	6.533		1.573
1995	8	6.687		1.510
1995	9	6.319		1.352
1995	10	5.661		1.335
1995	11	6.825		1.355
1995	12	4.880		903
1996	1	8.373	0	1.018
1996	2	8.051	0	861
1996	3	7.477	39	683
1996	4	5.376	1.522	519
1996	5	4.938	1.472	486
1996	6	4.971	2.173	469
1996	7	5.755	1.893	628
1996	8	5.945	1.763	552
1996	9	5.466	1.850	550
1996	10	5.515	2.004	632
1996	11	4.795	2.054	555
1996	12	3.885	1.989	417
1997	1	6.359	3.735	507
1997	2	5.699	2.904	476
1997	3	5.062	2.501	491
1997	4	5.742	2.965	647
1997	5	5.602	2.586	563
1997	6	5.416	3.025	541
1997	7	5.399	3.089	687
1997	8	4.870	2.438	645
1997	9	5.023	2.784	699
1997	10	5.273	2.988	704
1997	11	5.038	2.513	691
1997	12	4.178	2.806	665
1998	1	6.049	3.430	635
1998	2	5.492	3.125	540
1998	3	5.400	3.439	601
1998	4	4.888	2.666	571
1998	5	4.627	2.591	526
1998	6	4.971	3.083	500
1998	7	5.097	3.181	644
1998	8	4.962	2.899	579
1998	9	4.821	3.072	577
1998	10	5.311	3.306	498
1998	11	4.666	2.984	426
1998	12	4.233	2.336	396

Quelle:

Geschäftsstatistiken des MDKN für 1995, 1996, 1997, 1998;
 eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.4b:

Anträge auf vollstationäre Pflegeleistungen in Niedersachsen 1996, 1997, 1998
- Erstanträge, Wiederholungsbegutachtungen, Widersprüche -

Jahr	Monat	Erst- anträge	Wiederho- lungsbegut- achtungen	Wider- sprüche
1996	1			
1996	2	26.245	0	0
1996	3	14.911	0	2
1996	4	5.410	71	12
1996	5	2.885	214	26
1996	6	3.423	224	170
1996	7	3.201	435	1.014
1996	8	1.408	529	746
1996	9	2.111	550	484
1996	10	1.589	771	491
1996	11	1.744	778	275
1996	12	1.165	697	123
1997	1	1.537	975	191
1997	2	1.398	952	115
1997	3	1.419	952	101
1997	4	1.567	944	89
1997	5	1.183	756	70
1997	6	1.383	751	68
1997	7	1.417	897	74
1997	8	1.234	879	98
1997	9	1.356	960	95
1997	10	1.656	1.092	70
1997	11	1.270	1.070	94
1997	12	1.299	997	90
1998	1	1.570	1.282	86
1998	2	1.305	1.273	77
1998	3	1.433	1.252	65
1998	4	1.145	1.035	69
1998	5	1.156	902	63
1998	6	1.192	976	84
1998	7	1.292	1.071	86
1998	8	1.094	1.040	64
1998	9	1.200	1.115	69
1998	10	1.198	1.166	65
1998	11	1.210	1.128	61
1998	12	1.100	789	56

Quelle:

Geschäftsstatistik des MDKN für 1996, 1997, 1998;
eigene Berechnungen MFAS

Jahr	Monat	Gesamt	Keine	Keine	Pflege-stufe	Pflege-stufe	Pflege-stufe	Pflege-stufe	Pflege-stufe	Pflege-stufe
			Pflegebe- dürftigkeit	Pflegebe- dürftigkeit	I	I	II	II	III	III
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1995	1	8.736	1.648	18,9	2.964	33,9	2.900	33,2	1.224	14,0
1995	2	9.415	2.876	30,6	3.547	37,7	2.261	24,0	731	7,8
1995	3	14.195	5.056	35,6	5.400	38,0	2.931	20,7	808	5,7
1995	4	10.984	3.878	35,3	4.052	36,9	2.252	20,5	802	7,3
1995	5	12.699	4.428	34,9	4.502	35,5	2.709	21,3	1.060	8,4
1995	6	11.597	3.791	32,7	4.078	35,2	2.646	22,8	1.083	9,3
1995	7	9.377	3.213	34,3	3.327	35,5	2.061	22,0	776	8,3
1995	8	11.179	3.764	33,7	4.022	36,0	2.420	21,7	973	8,7
1995	9	10.094	3.503	34,7	3.671	36,4	2.151	21,3	769	7,6
1955	10	8.698	2.896	33,3	3.256	37,4	1.886	21,7	660	7,6
1995	11	8.485	2.885	34,0	3.125	36,8	1.833	21,6	642	7,6
1995	12	6.350	1.995	31,4	2.409	37,9	1.425	22,4	521	8,2
1996	1	5.786	1.681	29,1	2.182	37,7	1.365	23,6	558	9,6
1996	2	5.005	1.482	29,6	1.865	37,3	1.168	23,3	490	9,8
1996	3	4.511	1.248	27,7	1.685	37,4	1.142	25,3	436	9,7
1996	4	4.111	1.216	29,6	1.468	35,7	985	24,0	442	10,8
1996	5	5.097	1.536	30,1	1.866	36,6	1.218	23,9	477	9,4
1996	6	5.729	1.699	29,7	2.149	37,5	1.343	23,4	538	9,4
1996	7	5.698	1.762	30,9	2.171	38,1	1.274	22,4	491	8,6
1996	8	5.472	1.664	30,4	2.027	37,0	1.294	23,7	487	8,9
1996	9	4.811	1.458	30,3	1.812	37,7	1.090	22,7	451	9,4
1996	10	4.504	1.312	29,1	1.720	38,2	1.067	23,7	405	9,0
1996	11	4.744	1.434	30,2	1.788	37,7	1.149	24,2	373	7,9
1996	12	3.761	1.116	29,7	1.457	38,7	892	23,7	296	7,9

Tab. A I.5a:

Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege: Erstbegutachtungen 1/1995 bis 12/1998 - Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I,II, und III -

Jahr	Monat	Gesamt	Keine Pflege-	Keine Pflege-	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe
			bedürftigkeit	bedürftigkeit	I	I	II	II	III	III
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1996	2	7.011	1.532	21,9	1.257	17,9	2.013	28,7	2.209	31,5
1996	3	12.711	2.329	18,3	2.430	19,1	3.923	30,9	4.029	31,7
1996	4	11.998	2.503	20,9	2.217	18,5	3.649	30,4	3.629	30,3
1996	5	9.426	2.185	23,2	1.779	18,9	2.803	29,7	2.659	28,2
1996	6	5.437	1.317	24,2	1.032	19,0	1.547	28,5	1.541	28,3
1996	7	1.619	325	20,1	397	24,5	522	32,2	375	23,2
1996	8	1.566	367	23,4	423	27,0	486	31,0	290	18,5
1996	9	1.454	261	17,9	412	28,3	466	32,1	315	21,7
1996	10	1.326	217	16,4	421	31,8	439	33,1	249	18,8
1996	11	1.434	303	21,1	441	30,8	472	32,9	218	15,2
1996	12	1.105	213	19,3	365	33,0	337	30,5	190	17,2
1997	1	1.318	190	14,4	424	32,2	444	33,7	260	19,7
1997	2	1.245	175	14,1	454	36,5	428	34,4	188	15,1
1997	3	1.192	199	16,7	415	34,8	398	33,4	180	15,1
1997	4	1.314	226	17,2	497	37,8	426	32,4	165	12,6
1997	5	1.184	192	16,2	447	37,8	383	32,3	162	13,7
1997	6	1.029	174	16,9	427	41,5	279	27,1	149	14,5
1997	7	1.307	202	15,5	496	37,9	446	34,1	163	12,5
1997	8	959	138	14,4	362	37,7	338	35,2	121	12,6
1997	9	1.197	225	18,8	482	40,3	354	29,6	136	11,4
1997	10	1.190	177	14,9	472	39,7	386	32,4	155	13,0
1997	11	1.146	210	18,3	467	40,8	349	30,5	120	10,5
1997	12	942	151	16,0	385	40,9	296	31,4	110	11,7
1998	1	1.275	169	13,3	550	43,1	405	31,8	151	11,8
1998	2	1.123	190	16,9	468	41,7	328	29,2	137	12,2
1998	3	1.409	216	15,3	617	43,8	448	31,8	128	9,1
1998	4	1.024	159	15,5	451	44,0	309	30,2	105	10,3
1998	5	1.027	158	15,4	431	42,0	321	31,3	117	11,4
1998	6	1.093	165	15,1	475	43,5	334	30,6	119	10,9
1998	7	1.239	206	16,6	497	40,1	402	32,4	134	10,8
1998	8	1.033	145	14,0	433	41,9	346	33,5	109	10,6
1998	9	1.065	159	14,9	449	42,2	341	32,0	116	10,9
1998	10	966	124	12,8	395	40,9	309	32,0	138	14,3
1998	11	1.102	152	13,8	481	43,6	363	32,9	106	9,6
1998	12	957	129	13,5	430	44,9	308	32,2	90	9,4

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.5b:

Begutachtungsergebnisse nach Monaten für stationäre Pflege: Erstbegutachtungen 2/1996 bis 12/1998 - Keine Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen I, II und III -

			Pflegestufe I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe III
Jahr	Monat	Gesamt	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1997	1	3.697	1.870	50,6	1.354	36,6	473	12,8
1997	2	3.779	2.047	54,2	1.274	33,7	458	12,1
1997	3	3.548	1.943	54,8	1.175	33,1	430	12,1
1997	4	3.831	2.053	53,6	1.294	33,8	484	12,6
1997	5	3.369	1.896	56,3	1.101	32,7	372	11,0
1997	6	3.440	1.962	57,0	1.075	31,3	403	11,7
1997	7	3.930	2.269	57,7	1.232	31,3	429	10,9
1997	8	3.161	1.810	57,3	972	30,7	379	12,0
1997	9	3.310	1.985	60,0	1.018	30,8	307	9,3
1997	10	4.008	2.350	58,6	1.213	30,3	445	11,1
1997	11	3.833	2.329	60,8	1.136	29,6	368	9,6
1997	12	2.956	1.707	57,7	954	32,3	295	10,0
1998	1	3.465	2.026	58,5	1.017	29,4	422	12,2
1998	2	3.596	2.064	57,4	1.156	32,1	376	10,5
1998	3	3.576	2.109	59,0	1.101	30,8	366	10,2
1998	4	3.201	1.903	59,5	967	30,2	331	10,3
1998	5	3.068	1.797	58,6	946	30,8	325	10,6
1998	6	3.713	2.182	58,8	1.124	30,3	407	11,0
1998	7	3.973	2.458	61,9	1.164	29,3	351	8,8
1998	8	3.044	1.852	60,8	929	30,5	263	8,6
1998	9	3.227	1.905	59,0	1.005	31,1	317	9,8
1998	10	3.013	1.862	61,8	867	28,8	284	9,4
1998	11	3.253	2.005	61,6	989	30,4	259	8,0
1998	12	2.871	1.723	60,0	868	30,2	280	9,8

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.6a:

Begutachtungsergebnisse nach Monaten für ambulante Pflege: Erstbegutachtungen 1997 und 1998 - Pflegestufen I, II und III -

Jahr	Monat	Gesamt	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
			Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1997	1	1.128	424	37,6	444	39,4	260	23,0
1997	2	1.070	454	42,4	428	40,0	188	17,6
1997	3	993	415	41,8	398	40,1	180	18,1
1997	4	1.088	497	45,7	426	39,2	165	15,2
1997	5	992	447	45,1	383	38,6	162	16,3
1997	6	855	427	49,9	279	32,6	149	17,4
1997	7	1.105	496	44,9	446	40,4	163	14,8
1997	8	821	362	44,1	338	41,2	121	14,7
1997	9	972	482	49,6	354	36,4	136	14,0
1997	10	1.013	472	46,6	386	38,1	155	15,3
1997	11	936	467	49,9	349	37,3	120	12,8
1997	12	791	385	48,7	296	37,4	110	13,9
1998	1	1.106	550	49,7	405	36,6	151	13,7
1998	2	933	468	50,2	328	35,2	137	14,7
1998	3	1.193	617	51,7	448	37,6	128	10,7
1998	4	865	451	52,1	309	35,7	105	12,1
1998	5	869	431	49,6	321	36,9	117	13,5
1998	6	928	475	51,2	334	36,0	119	12,8
1998	7	1.033	497	48,1	402	38,9	134	13,0
1998	8	888	433	48,8	346	39,0	109	12,3
1998	9	906	449	49,6	341	37,6	116	12,8
1998	10	842	395	46,9	309	36,7	138	16,4
1998	11	950	481	50,6	363	38,2	106	11,2
1998	12	828	430	51,9	308	37,2	90	10,9

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.6b:

Begutachtungsergebnisse nach Monaten für vollstationäre Pflege: Erstbegutachtungen 1997 und 1998 - Pflegestufen I, II und III -

Tab. A 1.7a:

Begutachtungsergebnisse bei Wiederholungs- und Widerspruchsanträgen für ambulante Pflege
4/1995 bis 12/1998

Jahr	Monat	Widersprüche		Wiederholungsbegutachtungen		
		durchgeführte Begutachtungen	Anerkennung bisher abgelehnter Anträge	durchgeführte Begutachtungen	mit höherer Pflegestufe	mit niedrigerer Pflegestufe
1995	4	0	0	13	0	3
1995	5	0	0	19	5	4
1995	6	0	0	27	15	10
1995	7	1.170	322	225	96	30
1995	8	1.651	496	417	216	62
1995	9	1.584	532	565	298	80
1995	10	1.652	526	724	391	70
1995	11	1.201	411	829	437	97
1995	12	1.053	390	865	555	78
1995		8.311	2.677	3.684	2.013	434
1996	1	1.012	425	1.425	681	145
1996	2	792	271	1.435	685	119
1996	3	549	182	1.201	634	80
1996	4	537	141	1.525	702	126
1996	5	478	145	1.607	720	160
1996	6	521	163	1.939	894	149
1996	7	474	154	2.043	884	180
1996	8	524	122	1.869	814	225
1996	9	500	134	1.859	788	132
1996	10	586	110	1.755	770	144
1996	11	513	130	2.004	912	188
1996	12	447	109	1.637	681	134
1996		6.933	2.086	20.299	9.165	1.782
1997	1	561	125	2.267	964	178
1997	2	446	110	2.721	1.085	271
1997	3	408	84	2.575	1.044	237
1997	4	515	119	3.112	1.154	286
1997	5	486	87	2.786	1.007	241
1997	6	542	111	3.278	1.075	278
1997	7	608	117	3.412	1.231	347
1997	8	514	123	3.025	953	334
1997	9	657	155	3.417	1.085	325
1997	10	647	154	3.487	1.107	372
1997	11	665	182	3.414	1.210	351
1997	12	647	169	2.561	1.017	255
1997		6.696	1.536	36.055	12.932	3.475
1998	1	639	172	3.236	1.139	289
1998	2	542	136	3.256	1.233	264
1998	3	553	123	3.310	1.294	276
1998	4	399	121	2.872	1.143	230
1998	5	455	121	2.833	1.054	271
1998	6	491	139	3.408	1.155	315
1998	7	530	148	3.850	1.495	364
1998	8	441	124	2.913	1.035	248
1998	9	558	147	2.645	1.036	211
1998	10	373	106	2.647	1.061	259
1998	11	478	132	3.077	1.216	217
1998	12	371	86	2.691	1.022	263
1998		5.830	1.555	36.738	13.883	3.207

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.7b:

Begutachtungsergebnisse bei Wiederholungs- und Widerspruchsanträgen für vollstationäre Pflege
1/1996 bis 12/1998

Jahr	Monat	Widersprüche		Wiederholungsbegutachtungen		
		durchgeführte Begutachtungen	Anerkennung bisher abgelehnter Anträge	durchgeführte Begutachtungen	mit höherer Pflegestufe	mit niedrigerer Pflegestufe
1996	1	0	0	0	0	0
1996	2	0	0	103	50	16
1996	3	1	1	186	82	19
1996	4	7	1	193	89	18
1996	5	5	2	309	132	35
1996	6	61	17	447	258	24
1996	7	227	19	335	202	23
1996	8	568	64	546	321	17
1996	9	418	112	585	373	20
1996	10	410	86	742	454	28
1996	11	457	101	953	597	41
1996	12	260	70	738	473	16
1996		2.414	473	5.137	3.031	257
1997	1	273	56	952	607	34
1997	2	177	44	1.042	633	26
1997	3	102	17	1.062	622	38
1997	4	103	24	1.241	695	47
1997	5	98	26	1.137	613	45
1997	6	77	15	1.095	589	56
1997	7	108	22	1.102	623	65
1997	8	62	16	1.068	564	70
1997	9	71	19	1.270	673	64
1997	10	101	20	1.315	714	47
1997	11	97	24	1.457	816	53
1997	12	64	22	1.067	618	43
1997		1.333	305	13.808	7.767	588
1998	1	84	27	1.399	835	48
1998	2	101	30	1.374	732	59
1998	3	110	19	1.467	831	71
1998	4	53	15	1.367	771	56
1998	5	56	10	1.244	679	67
1998	6	65	19	1.335	704	59
1998	7	66	28	1.440	843	48
1998	8	92	34	1.056	616	36
1998	9	59	14	1.166	660	55
1998	10	70	18	1.096	610	28
1998	11	62	23	1.413	773	45
1998	12	45	13	1.149	617	29
1998		863	250	15.506	8.671	601

Quelle: Geschäfts- und Leistungsstatistik des MDKN; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.8a

Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen erbrachte Leistungen nach Pflegestufen – Leistungsfälle 1995 -

Leistungsart	Schlüssel Nr.	Leistungsfälle										durchschnittl. Leistungstage pro Leistungsfall
		Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		Härtefall		Gesamt		
		Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	
Pflegesachleistung	100	4.188	8,90	6.747	8,76	1.818	7,68	91	100,00	12.844	8,69	87,9
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflege	101	33.795	71,81	52.375	0,00	15.356	64,86	0	0,00	101.526	68,66	172,9
ombination von Geld- und Sachleistung	102	4.509	9,58	8.058	10,46	3.282	13,86	0	0,00	15.849	10,72	92,8
Tages- und Nachpflege	103	96	0,20	297	0,39	90	0,38	0	0,00	483	0,33	60,8
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	104	3.700	7,86	7.835	10,17	2.586	10,92	0	0,00	14.121	9,55	17,9
Kurzzeitpflege	105	773	1,64	1.726	2,24	543	2,29	0	0,00	3.042	2,06	18,1
Vollstationäre Pflege	106											
ersonen in vollstat. Einrichtungen der Behindertenpflege	107											
Insgesamt		47.061	100,00	77.038	100,00	23.675	100,00	91	100,00	147.865	100,00	138,6

Quelle: Pflegekassen

Tab. A I.8b

Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen erbrachte Leistungen nach Pflegestufen – Leistungsfälle/Leistungstage 1996 -

Leistungsart	Schlüssel Nr.	Leistungsfälle										durchschnittl. Leistungstage pro Leistungsfall
		Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		Härtefall		Gesamt		
		Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	
Pflegesachleistung	100	8.645	11,82	9.540	9,39	3.870	8,45	118	71,52	22.279	9,94	77,05
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflege	101	44.997	61,53	53.038	52,23	17.797	38,85	0	0,00	1.418.221	52,74	202,37
ombination von Geld- und Sachleistung	102	8.255	11,29	15.886	15,64	8.714	19,02	0	0,00	33.283	14,85	112,66
Tages- und Nachpflege	103	156	0,21	311	0,31	200	0,44	0	0,00	668	0,30	96,12
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	104	2.744	3,75	8.344	8,22	4.351	9,50	0	0,00	15.593	6,96	17,07
Kurzzeitpflege	105	1.315	1,80	3.379	3,33	1.579	3,45	0	0,00	6.321	2,82	18,52
Vollstationäre Pflege	106	7.021	9,60	11.057	10,89	9.296	20,29	47	28,48	27.550	12,29	154,07
ersonen in vollstat. Einrichtungen der Behindertenpflege	107	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	254	0,11	155,93
Insgesamt		73.133	100,00	101.555	100,00	45.807	100,00	165	100,00	1.524.169	100,00	152,22

Leistungsart	Schlüssel Nr.	Leistungstage									
		Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		Härtefall		Gesamt	
		Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.	Anz.			
Pflegesachleistung	200	728.199	736.170	233.640	18.480	1.716.489					
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflege	201	10.701.556	10.575.525	2.645.495	0	23.924.576					
ombination von Geld- und Sachleistung	202	814.128	1.853.909	1.081.471	0	3.749.508					
Tages- und Nachpflege	203	15.020	33.185	16.001	0	64.206					
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	204	50.789	145.450	69.994	0	266.233					
Kurzzeitpflege	205	26.509	62.743	27.806	0	117.058					
Vollstationäre Pflege	206	1.075.856	1.674.476	1.487.053	7.162	4.244.547					
ersonen in vollstat. Einrichtungen der Behindertenpflege	207	0	0	0	0	39.605					
Insgesamt		13.412.057	15.081.458	5.561.460	25.642	34.122.222					

Quelle: Pflegekassen

Leistungsart	Leistungsfälle										durchschnittl. Leistungstage je Leistungsfall
	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		Härtefälle		gesamt		
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	9.859	10,47	8.400	7,97	2.999	5,99	136	34,00	21.394	8,56	87
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	54.290	57,66	53.064	50,36	19.600	39,18	0	0,00	126.954	50,79	178
Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)	11.969	12,71	16.870	16,01	8.945	17,88	76	19,00	37.860	15,15	113
Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	306	0,32	503	0,48	216	0,43	0	0,00	1.025	0,41	86
häusl. Pflege bei Verhind. der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	1.699	1,80	3.692	3,50	2.519	5,03	0	0,00	7.910	3,16	12
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	2.142	2,27	3.879	3,68	1.754	3,51	0	0,00	7.775	3,11	17
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	12.239	13,00	18.605	17,66	13.812	27,61	187	46,75	44.843	17,94	233
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	1.657	1,76	360	0,34	186	0,37	1	0,25	2.204	0,88	469
insgesamt	94161	100,00	105.373	100,00	50.031	100,00	400	100,00	249.965	100,00	162

Leistungsart	Leistungstage									
	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		Härtefälle		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	907.668	5,43	703.180	4,27	228.206	3,15	11.468	17,21	1.850.522	4,57
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	11.003.971	65,78	9.117.132	55,38	2.441.461	33,71	0	0,00	22.562.564	55,71
Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)	1.136.680	6,80	1.999.938	12,15	1.139.029	15,73	9.483	14,23	4.285.130	10,58
Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	26.405	0,16	44.625	0,27	17.392	0,24	0	0,00	88.422	0,22
häusl. Pflege bei Verhind. der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	21.798	0,13	48.390	0,29	27.772	0,38	0	0,00	97.960	0,24
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	39.120	0,23	67.478	0,41	27.885	0,38	0	0,00	97.960	0,24
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	2.810.582	16,80	4.316.979	26,22	3.276.090	45,23	45.561	68,35	10.449.212	25,80
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	781.377	4,67	166.344	1,01	85.168	1,18	143	0,21	1.033.032	2,55
insgesamt	16.727.601	100,00	16.464.066	100,00	7.243.003	100,00	66.655	100,00	40.501.325	99,91

Quelle: Leistungsstatistik der Pflegekassen; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.8c:

Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen 1997 erbrachte Leistungen nach Pflegestufen - Leistungsfälle/Leistungstage -

Leistungsart	Leistungsfälle										durchschnittl. Leistungstage je Leistungsfall
	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		Härtefälle		gesamt		
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	11.561	10,42	8.978	8,04	3.227	6,12	71	17,66	23.837	8,65	90
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	62.208	56,08	53.720	48,13	19.199	36,41	0	0,00	135.127	49,02	170
Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)	15.442	13,92	19.014	17,04	9.587	18,18	93	23,13	44.136	16,01	109
Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	400	0,36	686	0,61	278	0,53	0	0,00	1.364	0,49	83
häusl. Pflege bei Verhind. der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	2.090	1,88	4.456	3,99	2.988	5,67	0	0,00	9.534	3,46	10
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	2.987	2,69	4.272	3,83	4.163	7,89	0		11.422	4,14	14
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	13.633	12,29	19.839	17,78	12.983	24,62	235	58,46	45.589	16,54	245
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	2.600	2,34	642	0,58	306	0,58	3	0,75	3.441	1,25	521
insgesamt	110.921	100,00	111.607	100,00	52.731	100,00	402	100,00	275.661	99,56	157

Leistungsart	Leistungstage									
	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		Härtefälle		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	1.114.053	5,85	765.595	4,55	248.593	3,44	10.842	14,03	2.139.083	4,95
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	11.854.725	62,24	8.676.843	51,51	2.402.208	33,20	0	0,00	22.933.776	53,08
Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)	1.422.133	7,47	2.175.689	12,92	1.181.413	16,33	10.525	13,62	4.789.760	11,09
Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	34.129	0,18	57.819	0,34	21.792	0,30	0	0,00	113.740	0,26
häusl. Pflege bei Verhind. der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	24.299	0,13	47.507	0,28	27.637	0,38	0	0,00	99.443	0,23
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	53.737	0,28	75.106	0,45	30.699	0,42	0	0,00	159.542	0,37
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	3.199.892	16,80	4.741.104	28,15	3.179.481	43,94	55.464	71,78	11.175.941	25,87
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	1.344.984	7,06	303.958	1,80	143.360	1,98	443	0,57	1.792.745	4,15
insgesamt	19.047.952	100,00	16.843.621	100,00	7.235.183	100,00	77274	100,00	43.204.030	100

Quelle: Leistungsstatistik der Pflegekassen, eigene Berechnungen MFAS

Tab. A 1.8d:

Durch landesunmittelbare gesetzliche Pflegekassen in Niedersachsen 1998 erbrachte Leistungen nach Pflegestufen - Leistungsfälle/Leistungstage -

Regierungsbezirk	Landkreise und kreisfreie Städte	Dienste	Pflegedienste nach Vollzeitäquivalenten (1) des Pflegefach- und Pflegehilfspersonals für Pflege nach SGB XI																	
			darunter mit ...																	
			... Pflegefachkräften						... Pflegehilfskräften						... Pflegefach und -hilfskräften					
			unt. 2	2- u.5	5- u.8	8- u.12	12- u.16	16 u.m.	unt. 2	2- u.5	5- u.8	8- u.12	12- u.16	16 u.m.	unt. 5	5- u.10	10- u.15	15- u.20	20- u.30	30 u.m.
Braunschweig	Braunschweig	24	2	13	4	2		3	4	5	1	3	1	1	12	3	3	4		2
	Salzgitter	17	3	9	3	2			2	5	1				9	6	1	1		
	Wolfsburg	10	1	3	2	2	1		1	3	1	3			2	3	1	2	1	
	Gifhorn	18	1	11	5	1			6	1	1	2	1		10	3	3	1	1	
	Göttingen Stadt	27	6	11	5	4			15	3	2			2	13	9	2		1	1
	Göttingen Lkrs.	12	3	6	1		1	1	3	2		1	1		7	2	1	1		1
	Goslar	21	4	10	3	3	1		4	3	2	2	1	2	9	3	4	2	2	1
	Helmstedt	18	2	10	5	1			4	1	1				10	8				
	Northeim	18	2	12	2	2			6	3		1			11	5	1	1		
	Osterode	11	1	6	2	1	1		3	5	1				5	4		2		
	Peine	16	1	8		1	4		7	3					10	3	1	1		
	Wolfenbüttel	14	1	11		2			5	1			1		10	3				1
	gesamt	206	27	110	32	21	8	4	60	35	10	12	5	5	108	52	17	15	6	5
Hannover	Hannover LHH	85	7	41	24	7			16	20	12	6	2		32	27	14	5	2	
	Diepholz	34	9	15	6	4			14	3					21	12	1			
	Hamel-Pyrmont	21	3	7	7	4			4	7	1	3		2	7	4	7	1	2	
	Hannover	67	3	43	12	5	3		23	16	4	3	3	2	30	21	5	3	5	1
	Hildesheim	55	11	28	9	5	1		16	9	5	5	2		31	10	4	8	1	
	Holzminden	16	3	11	2				3	1		1			13	2		1		
	Nienburg	13	2	10		1			3	5					8	4	1			
	Schaumburg	15		10	4	1			4	6	1				7	5	3			
	gesamt	306	38	165	64	27	4		83	67	23	18	7	4	149	85	35	18	10	1
Lüneburg	Celle	33	5	17	10	1			8	6	5	3		3	15	8	5	2	2	1
	Cuxhaven	39	6	25	4	1	2	1	9	7	3	3		1	23	8	4	2	1	1
	Harburg	43	12	20	3	3	1		12	8	4		1		26	7	4	3		
	Lüchow-Dannemb.	10	3	4	1	2			2	2	2	1			4	2	4			
	Lüneburg	32	6	19	5	1		1	5	6	1	1	2	1	19	6	3	2	1	1
	Osterholz-Scharmb.	15	2	9	3	1			6	4					9	5	1			
	Rotenburg (Wüm.)	23	5	10	3	3			3	8		1			12	6	2	1		
	Soltau-Fallingb.	21	6	9	4	1			5	5	3				11	6	3			
	Stade	16	2	10	2	1		1	7	1		1			10	3	1	1	1	
	Uelzen	13	2	4	4	1	1		1	3	2	1			5	2	3	1	1	
	Verden	24	5	15	2	2			8	4					19	4	1			
gesamt	269	54	142	41	17	4	3	66	54	20	11	3	5	153	59	31	12	6	3	

Tab. A I.9:

Pflegedienste in Niedersachsen nach Vollzeitäquivalenten des Pflegefach- und Pflegehilfspersonals für Pflege nach SGB XI (Stand 19.04.1997)

Regierungsbezirk	Landkreise und kreisfreie Städte	Pflegedienste nach Vollzeitäquivalenten (1) des Pflegefach- und Pflegehilfspersonals für Pflege nach SGB XI																		
		Dienste	darunter mit ...																	
			... Pflegefachkräften						... Pflegehilfskräften						... Pflegefach und -hilfskräften					
			unt. 2	2- u.5	5- u.8	8- u.12	12- u.16	16 u.m.	unt. 2	2- u.5	5- u.8	8- u.12	12- u.16	16 u.m.	unt. 5	5- u.10	10- u.15	15- u.20	20- u.30	30 u.m.
Weser - Ems	Delmenhorst	6	1	2	1	2			5		1				3	1	1	1		
	Emden	13	3	6	1	1			6	3		1			7	4	1			
	Oldenburg Stadt	22	1	14	2	3	1	1	6	4	1			2	11	5	2	1	1	2
	Osnabrück Stadt	13		8	1	1	1	1	6	3	1	1			6	4	1		2	
	Wilhelmshaven	19	1	15	2			1	6	3		2		1	11	4	1	2	1	
	Ammerland	16	2	10	3				5	2		2			8	4	2	1		
	Aurich	30	4	16	3	4	2		9	1	1	1	1	1	16	6	4	2	1	
	Cloppenburg	14	1	8	2	1			5	1	2	1			7	3	2	1		
	Emsland	44	5	27	6	4	1		10	8	5	2			27	7	6	2	1	
	Friesland	24	5	12	3				5	8	3				15	7	1			
	Grafschaft Benth.	19	3	9	5	1	1		3	2	3	2		2	8	6	1	2		2
	Leer	20	5	10	2	3			5	5	1		2	2	12	4	2	1	1	
	Oldenburg	19	5	8	3	2	1		1	6	3				9	5	4		1	
	Osnabrück	39	5	16	10	5	1		20	5	2	1			17	13	5	2		
	Vechta	10		6	2			1	2	4					5	3			1	
	Wesermarsch	11	2	3	2	1	3		4	2	2	1		1	5	1	2	1	1	1
	Wittmund	6		5				1	4		1	1			5				1	
gesamt	325	43	175	48	28	13	3	102	57	26	15	3	7	172	77	35	16	11	5	
Niedersachsen	1106	162	592	185	93	29	10	311	213	79	56	18	21	582	273	118	61	33	14	

Tab. A I.9:

Pflegedienste in Niedersachsen nach Vollzeitäquivalenten des Pflegefach- und Pflegehilfspersonals für Pflege nach SGB XI (Stand 19.04.1997)

Tab. A I.10:

Pflegedienste in Niedersachsen nach Personalkapazität und deren Verhältnis zur Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Einwohner ¹⁾	Einwohner 80 J. u. älter ¹⁾	Anteil d. EW 80 J. u. älter %	Zahl d. Pflegedienste m. mehr als 15 VZ-Stellen	VZ-Stellen i. d. Pflegediensten	80 J. u. ä. je VZ-Stelle
Braunschweig Stadt	248.944	12.633	5,1	6	254,5	49,6
Salzgitter Stadt	115.453	4.380	3,8	1	94,0	46,6
Wolfsburg Stadt	122.798	4.249	3,5	3	98,5	43,1
Gifhorn	165.890	4.814	2,9	2	126,5	38,1
Göttingen	140.733	4.759	3,4	2	181,0	26,3
Göttingen Stadt	127.366	5.316	4,2	2	85,5	62,2
Goslar	158.979	8.475	5,3	5	216,5	39,1
Helmstedt	100.900	4.199	4,2	-	81,0	51,8
Northeim	152.988	7.053	4,6	1	92,0	76,7
Osterode am Harz	87.531	4.374	5,0	2	70,5	62,0
Peine	128.664	5.047	3,9	1	78,5	64,3
Wolfenbüttel	123.582	4.914	4,0	1	74,5	66,0
RegBez Braunschweig	1.673.828	70.213	4,2	26	1453,0	48,3
Hannover Landeshptst	520.670	25.918	5,0	7	577,0	44,9
Diepholz	206.937	8.123	3,9	-	141,0	57,6
Hameln-Pyrmont	163.723	8.761	5,4	3	192,5	45,5
Hannover	594.066	20.868	3,5	9	518,0	40,3
Hildesheim	292.726	12.877	4,4	9	359,0	35,9
Holz Minden	83.008	3.925	4,7	1	59,0	66,5
Nienburg (Weser)	125.000	4.906	3,9	-	63,0	77,9
Schaumburg	164.320	7.845	4,8	-	88,5	88,6
RegBez Hannover	2.150.450	93.223	4,3	29	1998,0	46,7
Celle	180.269	7.761	4,3	5	271,0	28,6
Cuxhaven	200.636	8.102	4,0	4	254,5	31,8
Harburg	222.823	7.263	3,3	3	203,0	35,8
Lüchow-Dannenberg	52.129	2.430	4,7	-	69,5	35,0
Lüneburg	160.140	6.149	3,8	4	205,0	30,0
Osterholz	106.899	3.587	3,4	-	75,5	47,5
Rotenburg (Wümme)	156.137	5.640	3,6	1	113,0	49,9
Soltau-Fallingb.ostel	137.381	5.509	4,0	-	100,5	54,8
Stade	187.338	6.183	3,3	2	97,0	63,7
Uelzen	96.541	4.784	5,0	2	100,0	47,8
Verden	130.483	4.672	3,6	-	97,0	48,2
RegBez Lüneburg	1.630.776	62.080	3,8	21	1586,0	39,1
Delmenhorst Stadt	77.958	2.714	3,5	1	42,5	63,9
Emden Stadt	51.546	2.030	3,9	-	59,0	34,4
Oldenburg Stadt	153.531	6.959	4,5	4	217,0	32,1
Osnabrück Stadt	166.653	7.138	4,3	2	98,0	72,8
Wilhelmshaven Stadt	88.950	4.609	5,2	3	129,0	35,7
Ammerland	106.688	3.506	3,3	1	80,5	43,6
Aurich	182.991	6.034	3,3	3	191,0	31,6
Cloppenburg	144.526	3.628	2,5	1	73,5	49,4
Emsland	297.496	7.797	2,6	3	254,5	30,6
Friesland	99.419	3.971	4,0	-	98,0	40,5
Grafschaft Bentheim	127.470	4.235	3,3	4	184,0	23,0
Leer	157.051	4.980	3,2	2	123,5	40,3
Oldenburg	115.985	3.741	3,2	1	117,0	32,0
Osnabrück	347.875	11.189	3,2	2	236,5	47,3
Vechta	121.597	3.338	2,8	1	67,5	49,5
Wesermarsch	94.551	3.464	3,7	3	130,0	26,6
Wittmund	56.057	1.949	3,5	1	37,5	52,0
RegBez Weser-Ems	2.390.344	81.282	3,4	32	2139,0	38,0
Land Niedersachsen	7.845.398	306.798	3,9	108	7176,0	42,8

1) Stand 31.12.1997 (amtliche Statistik)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Fläche in qkm	EW je qkm	amb. Pflegeeinrichtungen	qkm je Pflegedienst	Vollzeitstellen amb. Pflege	qkm je Vollzeitstelle Pflege	stationäre Pflegeeinrichtungen	qkm je stat. Pflegeeinrichtung	Plätze in stat. Pflegeeinrichtungen	Pflegeplätze je qkm	EW 80 J.u.ä. je Pflegeplatz
Braunschweig Stadt	192,07	1291,3	24	8,0	254,5	0,8	30	6,4	2.379	12,39	5,3
Salzgitter Stadt	223,93	512,8	17	13,2	94,0	2,4	11	20,4	1.114	5,00	3,9
Wolfsburg Stadt	203,98	601,1	19	20,4	98,5	2,1	4	51,0	660	3,24	6,4
Gifhorn	1562,09	106,7	18	86,8	126,5	12,3	20	78,1	1.059	0,68	4,5
Göttingen	1117,17	239,0	39	28,6	266,5	4,2	30	37,2	1.920	1,70	5,2
Goslar	965,04	163,9	21	46,0	216,5	4,5	35	27,6	2.201	2,28	3,9
Helmstedt	673,76	149,3	18	37,4	81,0	8,3	13	51,8	1.140	1,69	3,7
Northeim	1266,68	120,6	18	70,4	92,0	13,8	21	60,3	1.439	1,14	4,9
Osterode am Harz	636,11	137,0	11	57,8	70,5	9,0	34	18,7	1.587	2,96	2,8
Peine	534,44	241,5	16	33,4	78,5	6,8	15	35,6	1.144	2,14	4,4
Wolfenbüttel	722,18	171,7	14	51,6	74,5	9,7	9	80,2	1.121	1,55	4,4
RegBez Braunschweig	8097,45	206,4	206	39,3	1453,0	5,6	222	36,5	15.764	1,95	4,5
Hannover Landeshptst	204,07	2530,2	85	2,4	577,0	0,4	66	3,1	5.168	25,23	5,0
Diepholz	1987,38	104,5	34	58,5	141,0	14,1	37	53,7	1.920	0,97	4,2
Hamel-Pyrmont	796,13	205,2	23	34,6	192,5	4,1	29	27,5	2.002	2,52	4,4
Hannover	2085,98	285,0	65	32,1	518,0	4,0	65	32,1	4.788	2,30	4,4
Hildesheim	1206,39	242,7	55	59,9	359,0	9,2	42	28,7	3.208	2,66	4,0
Holzminden	692,46	119,5	16	43,3	59,0	11,7	18	38,5	1.018	1,47	3,9
Nienburg (Weser)	1398,71	89,9	13	197,6	63,0	22,2	19	73,6	1.067	0,76	4,6
Schaumburg	675,51	243,1	15	45,0	88,5	7,6	39	17,3	2.179	3,23	3,6
RegBez Hannover	9045,63	237,6	306	29,6	1998,0	4,5	315	28,7	21.350	2,36	4,4
Celle	1544,88	116,9	33	46,8	271,0	5,7	47	32,9	1.655	1,07	4,7
Cuxhaven	2072,53	97,1	39	53,1	254,5	8,1	49	42,3	1.914	0,92	4,2
Harburg	1244,54	180,4	43	28,9	203,0	6,1	24	51,9	1.326	1,07	5,5
Lüchow-Dannenberg	1219,76	42,7	10	122,0	69,5	0,2	8	38,9	514	0,42	4,7
Lüneburg	1322,30	121,7	32	41,3	205,0	6,5	34	38,9	1.513	1,14	4,1
Osterholz	650,67	165,0	15	43,4	75,5	8,6	31	21,0	1.184	1,82	3,0
Rotenburg (Wümme)	2069,81	75,7	23	90,0	113,0	18,3	21	98,6	1.220	0,59	4,6
Soltau-Fallingb.ostel	1873,36	73,5	21	89,2	100,5	18,6	14	133,8	1.072	0,57	5,1
Stade	1265,95	148,5	16	79,1	97,0	13,1	17	74,5	1.262	1,00	4,9
Uelzen	1453,66	66,6	13	111,8	100,0	14,5	20	72,7	1.085	0,74	4,4
Verden	787,68	166,3	24	32,8	97,0	8,1	28	28,1	1.530	1,94	3,1
RegBez Lüneburg	15505,14	105,6	269	57,6	1586,0	9,8	293	52,9	14.275	0,92	4,3

Tab. A I.11:

Versorgungsdichte in Niedersachsen mit Pflegediensten und vollstationären Pflegeheimen, Pflegepersonal-Kapazität in den Pflegediensten und Plätzen in den Pflegeheimen (Datei-Stand 19.04.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Fläche in qkm	EW je qkm	amb. Pflegeeinrichtungen	qkm je Pflegedienst	Vollzeitstellen amb. Pflege	qkm je Vollzeitstelle Pflege	stationäre Pflegeeinrichtungen	qkm je stat. Pflegeeinrichtung	Plätze in stat. Pflegeeinrichtungen	Pflegeplätze je qkm	EW 80 J.u.ä. je Pflegeplatz
Delmenhorst Stadt	62,36	1245,2	6	10,4	42,5	1,5	4	15,6	373	5,98	7,3
Emden Stadt	112,42	458,8	13	8,6	59,0	1,9	6	18,7	412	3,67	4,9
Oldenburg Stadt	102,96	1495,5	22	4,7	217,0	0,5	16	6,4	1.362	13,23	5,1
Osnabrück Stadt	119,80	1385,6	13	9,2	98,0	1,2	13	9,2	1.279	10,68	5,6
Wilhelmshaven Stadt	103,38	853,5	19	5,4	129,0	0,8	25	4,1	810	7,84	5,7
Ammerland	728,20	147,4	16	45,5	80,5	9,1	14	52,0	618	0,85	5,7
Aurich	1287,26	142,7	30	42,9	191,0	6,7	16	80,5	1.116	0,87	5,4
Cloppenburg	1417,93	102,7	14	101,3	73,5	19,3	10	141,8	588	0,42	6,2
Emsland	2881,02	103,5	44	65,5	254,5	11,3	22	131,0	1.062	0,37	7,3
Friesland	607,69	164,0	24	25,3	98,0	6,2	20	30,4	873	1,44	4,5
Grafschaft Bentheim	980,74	130,2	19	51,6	184,0	5,3	12	81,7	790	0,30	5,4
Leer	1085,80	145,2	20	103,3	123,5	16,7	14	77,6	685	0,63	7,3
Oldenburg	1062,92	109,5	19	55,9	117,0	9,1	14	75,9	760	0,72	4,9
Osnabrück	2121,51	163,9	39	81,7	236,5	13,5	34	62,4	1.924	0,91	5,8
Vechta	812,50	150,6	10	81,3	67,5	12,0	12	67,7	696	0,86	4,8
Wesermarsch	822,03	114,9	11	74,7	130,0	6,3	21	39,1	901	1,10	3,8
Wittmund	656,62	85,7	6	109,4	37,5	17,5	5	131,8	280	0,43	7,0
RegBez Weser-Ems	14965,14	160,0	325	46,0	2139,0	7,0	258	58,0	14.529	0,97	5,6
Land Niedersachsen	47613,36	164,9	1.106	43,1	7176,0	6,6	1088	43,8	65.918	1,38	4,7

Tab. A I.11:

Versorgungsdichte in Niedersachsen mit Pflegediensten und vollstationären Pflegeheimen, Pflegepersonal-Kapazität in den Pflegediensten und Plätzen in den Pflegeheimen (Datei-Stand 19.04.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Pflegedienste	Pflegefachkräfte			Pflegehilfskräfte			Pflegefach- u. -hilfskräfte ²⁾	
		VZ-Äquiv.	geringfügig ¹⁾	VZ-Äquiv./Dienst	VZ-Äquiv.	geringfügig	VZ-Äquiv./Dienst	Summe	VZ-Äquiv./Dienst
Braunschweig Stadt	24	158,5	28	6,60	96,0	13	4,00	254,5	10,60
Salzgitter Stadt	17	71,5	36	4,21	22,5	30	1,32	94,0	5,53
Wolfsburg Stadt	10	54,5	36	5,45	44,0	166	4,40	98,5	9,85
Gifhorn	18	76,5	16	4,25	50,0	45	2,78	126,5	7,03
Göttingen	20	56,5	10	2,83	29,0	20	1,45	85,5	4,28
Göttingen Stadt	19	108,0	83	5,68	73,0	123	3,84	181,0	9,53
Goslar	21	95,0	14	4,52	121,5	41	5,79	216,5	10,31
Helmstedt	18	71,0	27	3,94	10,0	46	0,56	81,0	4,50
Northeim	18	69,0	5	3,83	23,0	15	1,28	92,0	5,11
Osterode am Harz	11	49,0	0	4,45	21,5	85	1,95	70,5	6,41
Peine	16	64,0	26	4,00	14,5	7	0,91	78,5	4,91
Wolfenbüttel	14	55,5	3	3,96	19,0	23	1,36	74,5	5,32
RegBez Braunschweig	206	929,0	284	4,51	524,0	614	2,54	1453,0	7,05
Hannover Landeshptst.	85	339,0	195	3,99	238,0	49	2,80	577,0	6,79
Diepholz	34	119,0	46	3,50	22,0	39	0,65	141,0	4,15
HamelN-Pyrmont	21	99,0	18	4,71	93,5	31	4,45	192,5	9,17
Hannover	67	304,5	159	4,54	213,5	195	3,19	518,0	7,73
Hildesheim	55	212,0	70	3,85	147,0	93	2,67	359,0	6,53
Holz Minden	16	42,5	3	2,66	16,5	8	1,03	59,0	3,69
Nienburg (Weser)	13	45,5	14	3,50	17,5	32	1,35	63,0	4,85
Schaumburg	15	63,0	15	4,20	25,5	30	1,70	88,5	5,90
RegBez Hannover	306	1224,5	520	4,00	773,5	477	2,53	1998,0	6,53

Quelle: AOK-Statistik: Zugelassene vollstationäre Einrichtungen, Stand 19.04.1999; eigene Berechnungen MFAS

- 1) ... beschäftigte Personen
- 2) ohne geringfügig Beschäftigte

Tab. A I.12:

Pflegepersonal in den Pflegediensten in Niedersachsen nach Arbeitszeitumfang (in Vollzeitäquivalenten) (Datei-Stand 19.04.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Pflege- dienste	Pflegefachkräfte			Pflegehilfskräfte			Pflegefach- u. -hilfskräfte	
		VZ-Äquiv.	gering- fügig	VZ- Äquiv./Dienst	VZ-Äquiv.	gering- fügig	VZ- Äquiv./Dienst	Summe	VZ-Äquiv./Dienst
Celle	33	127,5	19	3,86	143,5	135	4,35	271,0	8,21
Cuxhaven	39	157,5	47	4,04	97,0	79	2,49	254,5	6,53
Harburg	43	126,0	65	2,93	77,0	121	1,79	203,0	4,72
Lüchow-Dannenberg	10	41,0	6	4,10	28,5	25	2,85	69,5	6,95
Lüneburg	32	125,0	117	3,91	80,0	82	2,50	205,0	6,41
Osterholz	15	61,5	13	4,10	14,0	18	0,93	75,5	5,03
Rotenburg (Wümme)	23	78,0	26	3,39	35,0	37	1,52	113,0	4,91
Soltau-Fallingb.ostel	21	65,5	30	3,12	35,0	25	1,67	100,5	4,79
Stade	16	74,5	16	4,66	22,5	7	1,41	97,0	6,06
Uelzen	13	65,5	17	5,04	34,5	13	2,65	100,0	7,69
Verden	24	78,5	16	3,27	18,5	122	0,77	97,0	4,04
RegBez Lüneburg	269	1000,5	372	3,72	585,5	664	2,18	1586,0	5,90
Delmenhorst Stadt	6	31,0	8	5,17	11,5	5	1,92	42,5	7,08
Emden Stadt	13	37,0	3	2,85	22,0	18	1,69	59,0	4,54
Oldenburg Stadt	22	128,0	43	5,82	89,0	33	4,05	217,0	9,86
Osnabrück Stadt	13	71,0	10	5,46	27,0	41	2,08	98,0	7,54
Wilhelmshaven Stadt	19	74,0	19	3,89	55,0	10	2,89	129,0	6,79
Ammerland	16	51,5	21	3,22	29,0	35	1,81	80,5	5,03
Aurich	30	130,5	34	4,35	60,5	99	2,02	191,0	6,37
Cloppenburg	14	45,0	9	3,21	28,5	9	2,04	73,5	5,25
Emsland	44	176,0	37	4,00	78,5	58	1,78	254,5	5,78
Friesland	24	56,0	41	2,33	42,0	23	1,75	98,0	4,08
Grafschaft Bentheim	19	80,5	41	4,24	103,5	138	5,45	184,0	9,68
Leer	20	66,5	14	3,33	57,0	300	2,85	123,5	6,18
Oldenburg	19	76,5	24	4,03	40,5	33	2,13	117,0	6,16
Osnabrück	39	177,0	67	4,54	59,5	44	1,53	236,5	6,06
Vechta	10	52,5	4	5,25	15,0	0	1,50	67,5	6,75
Wesermarsch	11	75,0	6	6,82	55,0	19	5,00	130,0	11,82
Wittmund	6	27,5	7	4,58	10,0	63	1,67	37,5	6,25
RegBez Weser-Ems	325	1355,5	388	4,17	783,5	928	2,41	2139,0	6,58
Niedersachsen	1106	4509,5	1564	4,08	2666,5	2683,0	2,41	7176,0	6,49

Tab. A I.12:

Pflegepersonal in den Pflegediensten in Niedersachsen nach Arbeitszeitumfang (in Vollzeitäquivalenten) (Datei-Stand 19.04.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Plätze	Pflegefachkräfte				Pflegehilfskräfte				Pflegefach- u. -hilfskräfte		
		VZ-Äquiv.	gering-fügig	Plätze/VZ-Äquiv.	VZ-Äquiv./Platz	VZ-Äquiv.	gering-fügig	Plätze/VZ-Äquiv.	VZ-Äquiv./Platz	Summe	Plätze/VZ-Äquiv.	VZ-Äquiv./Platz
Braunschweig Stadt	2379	339,5	5	7,01	0,14	252,5	12	9,42	0,11	592,0	4,02	0,25
Salzgitter Stadt	1114	170,5	2	6,53	0,15	77,0	12	14,47	0,07	247,5	4,50	0,22
Wolfsburg Stadt	660	145,5	0	4,54	0,22	34,5	7	19,13	0,05	180,0	3,67	0,27
Gifhorn	1059	176,0	1	6,02	0,17	85,5	4	12,39	0,08	261,5	4,05	0,25
Göttingen	921	169,0	4	5,45	0,18	127,0	14	7,25	0,14	296,0	3,11	0,32
Göttingen Stadt	999	165,0	4	6,05	0,17	101,0	2	9,89	0,10	266,0	3,76	0,27
Goslar	2201	319,0	11	6,90	0,14	243,5	29	9,04	0,11	562,5	3,91	0,26
Helmstedt	1140	200,5	117	5,69	0,18	147,0	14	7,76	0,13	347,5	3,28	0,30
Northeim	1439	329,5	4	4,37	0,23	267,5	33	5,38	0,19	597,0	2,41	0,41
Osterode am Harz	1587	247,5	1	6,41	0,16	133,5	12	11,89	0,08	381,0	4,17	0,24
Peine	1144	132,0	1	8,67	0,12	126,5	15	9,04	0,11	258,5	4,43	0,23
Wolfenbüttel	1121	167,5	0	6,69	0,15	80,5	0	13,93	0,07	248,0	4,52	0,22
RegBez Braunschweig	15764	2561,5	150	6,15	0,16	1676,0	154	9,41	0,11	4237,5	3,72	0,27
Hannover Landeshptst	5168	861,0	27	6,00	0,17	582,5	83	8,87	0,11	1443,5	3,58	0,28
Diepholz	1920	259,5	12	7,40	0,14	229,0	19	8,38	0,12	488,5	3,93	0,25
Hameln-Pyrmont	2002	229,0	5	8,74	0,11	216,5	29	9,25	0,11	445,5	4,49	0,22
Hannover	4788	642,5	41	7,45	0,13	465,0	113	10,30	0,10	1107,5	4,32	0,23
Hildesheim	3208	411,0	17	7,81	0,13	273,5	35	11,73	0,09	684,5	4,69	0,21
Holzminden	1018	128,5	1	7,92	0,13	95,0	12	10,72	0,09	223,5	4,55	0,22
Nienburg (Weser)	1067	165,5	2	6,45	0,16	130,5	10	8,18	0,12	296,0	3,60	0,28
Schaumburg	2179	236,0	12	9,23	0,11	266,0	12	8,19	0,12	502,0	4,34	0,23
RegBez Hannover	21350	2933,0	117	7,28	0,14	2258,0	313	9,46	0,11	5191,0	4,11	0,24

Tab. A I.13:

Pflegepersonal in den vollstationären Pflegeheimen in Niedersachsen nach Arbeitszeitumfang (in Vollzeitäquivalenten) (Datei-Stand 19.04.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Plätze	Pflegefachkräfte				Pflegehilfskräfte				Pflegefach- u. -hilfskräfte		
		VZ-Äquiv.	gering-fügig	Plätze/VZ-Äquiv.	VZ-Äquiv./Platz	VZ-Äquiv.	gering-fügig	Plätze/VZ-Äquiv.	VZ-Äquiv./Platz	Summe	Plätze/VZ-Äquiv.	VZ-Äquiv./Platz
Celle	1655	110,5	2	14,98	0,07	103,5	7	15,99	0,06	214,0	7,73	0,13
Cuxhaven	1914	292,0	14	6,55	0,15	243,5	34	7,86	0,13	535,5	3,57	0,28
Harburg	1326	158,0	29	8,39	0,12	95,0	11	13,96	0,07	253,0	5,24	0,19
Lüchow-Dannenberg	514	49,5	1	10,38	0,10	55,0	2	9,35	0,11	104,5	4,92	0,20
Lüneburg	1513	174,5	10	8,67	0,12	127,5	4	11,87	0,08	302,0	5,01	0,20
Osterholz	1184	182,0	8	6,51	0,15	129,5	34	9,14	0,11	311,5	3,80	0,26
Rotenburg (Wümme)	1220	165,5	9	7,37	0,14	102,5	9	11,90	0,08	268,0	4,55	0,22
Soltau-Fallingb.ostel	1072	131,0	1	8,18	0,12	95,5	4	11,23	0,09	226,5	4,73	0,21
Stade	1262	161,0	15	7,84	0,13	70,5	20	17,90	0,06	231,5	5,45	0,18
Uelzen	1085	157,0	1	6,91	0,14	112,0	18	9,69	0,10	269,0	4,03	0,25
Verden	1530	208,0	16	7,36	0,14	200,0	25	7,65	0,13	408,0	3,75	0,27
RegBez Lüneburg	14275	1789,0	106	7,98	0,13	1334,5	168	10,70	0,09	3123,5	4,57	0,22
Delmenhorst Stadt	373	61,0	2	6,11	0,16	18,0	0	20,72	0,05	79,0	4,72	0,21
Emden Stadt	412	51,5	5	8,00	0,13	49,5	2	8,32	0,12	101,0	4,08	0,25
Oldenburg Stadt	1362	232,0	1	5,87	0,17	167,0	2	8,16	0,12	399,0	3,41	0,29
Osnabrück Stadt	1279	269,0	7	4,75	0,21	66,0	12	19,38	0,05	335,0	3,82	0,26
Wilhelmshaven Stadt	810	130,0	15	6,23	0,16	136,5	43	5,93	0,17	266,5	3,04	0,33
Ammerland	618	88,5	2	6,98	0,14	67,5	10	9,16	0,11	156,0	3,96	0,25
Aurich	1116	190,0	3	5,87	0,17	117,0	2	9,54	0,10	307,0	3,64	0,28
Cloppenburg	588	146,5	2	4,01	0,25	34,0	19	17,29	0,06	180,5	3,26	0,31
Emsland	1062	259,0	23	4,10	0,24	74,5	44	14,26	0,07	333,5	3,18	0,31
Friesland	873	142,0	4	6,15	0,16	87,0	18	10,03	0,10	229,0	3,81	0,26
Grafschaft Bentheim	790	138,5	12	5,70	0,18	71,5	24	11,05	0,09	210,0	3,76	0,27
Leer	685	129,0	1	5,31	0,19	76,5	5	8,95	0,11	205,5	3,33	0,30
Oldenburg	760	106,5	4	7,14	0,14	136,0	19	5,59	0,18	242,5	3,13	0,32
Osnabrück	1924	362,5	15	5,31	0,19	133,0	14	14,47	0,07	495,5	3,88	0,26
Vechta	696	179,5	5	3,88	0,26	69,0	1	10,09	0,10	248,5	2,80	0,36
Wesermarsch	901	123,0	2	7,33	0,14	89,5	24	10,07	0,10	212,5	4,24	0,24
Wittmund	280	38,5	0	7,27	0,14	43,5	0	6,44	0,16	82,0	3,41	0,29
RegBez Weser-Ems	14529	2647,0	103	5,49	0,18	1436,0	239	10,12	0,10	4083,0	3,56	0,28
insgesamt	65918	9930,5	476	6,64	0,15	6704,5	874	9,83	0,10	16635,0	3,96	0,25

Quelle: AOK-Statistik: Zugelassene vollstationäre Einrichtungen, Stand 19.04.1999; eigene Berechnungen MFAS

Tab. A I.13:

Pflegepersonal in den vollstationären Pflegeheimen in Niedersachsen nach Arbeitszeitumfang (in Vollzeitäquivalenten) (Datei-Stand 19.04.1999)

Tab. A I.14:

Fachpersonalquote der vollstationären Pflegeheime in Niedersachsen nach Berufsgruppenstruktur und Arbeitszeitumfang

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Für Aufgaben der Betreuung Beschäftigte ¹⁾					
	Anzahl	in Vollzeit- äquivalenten ²⁾	davon Fachkräfte ³⁾		Fachkraftquote	
			Anzahl	in Vollzeit- äquivalenten ²⁾	Anteil an den Beschäftigten in %	Anteil an den Voll- zeitäquivalenten in %
1	2	3	4	5	6	7
Braunschweig Stadt	737	622,5	427	370,0	57,9	59,4
Salzgitter Stadt	331	262,0	219	185,0	66,2	70,6
Wolfsburg Stadt	217	184,5	167	150,0	77,0	81,3
Gifhorn	311	278,0	213	192,5	68,5	69,2
Göttingen	407	326,0	228	199,0	56,0	61,0
Göttingen Stadt	326	279,0	202	178,0	62,0	63,8
Goslar	738	593,0	414	349,5	56,1	58,9
Helmstedt	440	368,5	250	221,5	56,8	60,1
Northeim	755	625,5	414	358,0	54,8	57,2
Osterode am Harz	455	400,5	291	267,0	64,0	66,7
Peine	311	273,5	164	147,0	52,7	53,7
Wolfenbüttel	292	262,0	202	181,5	69,2	69,3
RegBez Braunschweig	5320	4475,0	3191	2799,0	60,0	62,5
Hannover Landeshptst	1848	1544,0	1117	961,5	60,4	62,3
Diepholz	683	537,0	373	308,0	54,6	57,4
Hamelnd-Pyrmont	578	468,5	293	252,0	50,7	53,8
Hannover	1449	1170,5	815	705,5	56,2	60,3
Hildesheim	891	726,0	536	452,5	60,2	62,3
Holzminden	291	241,5	170	146,5	58,4	60,7
Nienburg (Weser)	362	312,5	207	182,0	57,2	58,2
Schaumburg	643	541,0	327	275,0	50,9	50,8
RegBez Hannover	6745	5541,0	3838	3283,0	56,9	59,2
Celle	244	220,5	129	117,0	52,9	53,1
Cuxhaven	682	551,5	363	308,0	53,2	55,8
Harburg	368	263,0	235	168,0	63,9	63,9
Lüchow-Dannenberg	138	108,0	67	53,0	48,6	49,1
Lüneburg	371	314,0	229	186,5	61,7	59,4
Osterholz	455	324,0	253	194,5	55,6	60,0
Rotenburg (Wümme)	350	279,0	220	176,5	62,9	63,3
SoLtau-Fallingbostel	307	249,0	178	153,5	58,0	61,6
Stade	332	238,0	217	167,5	65,4	70,4
Uelzen	325	281,5	186	169,5	57,2	60,2
Verden	557	432,5	289	232,5	51,9	53,8
RegBez Lüneburg	4129	3261,0	2366	1926,5	57,3	59,1
Delmenhorst Stadt	113	85,0	87	67,0	77,0	78,8
Emden Stadt	143	104,5	78	55,0	54,5	52,6
Oldenburg Stadt	550	426,5	319	259,5	58,0	60,8
Osnabrück Stadt	444	353,0	343	287,0	77,3	81,3
Wilhelmshaven Stadt	363	271,0	161	134,5	44,4	49,6
Ammerland	205	166,5	116	99,0	56,6	59,5
Aurich	373	327,0	232	210,0	62,2	64,2
Cloppenburg	252	184,5	185	150,5	73,4	81,6
Emsland	513	347,5	356	273,0	69,4	78,6
Friesland	310	239,0	177	152,0	57,1	63,6
Grafschaft Bentheim	337	226,0	211	154,5	62,6	68,4
Leer	247	209,0	152	132,5	61,5	63,4
Oldenburg	314	246,0	130	110,0	41,4	44,7
Osnabrück	628	509,0	447	376,0	71,2	73,9
Vechta	316	262,5	228	193,5	72,2	73,7
Wesermarsch	294	222,0	151	132,5	51,4	59,7
Wittmund	112	86,0	52	42,5	46,4	49,4
RegBez Weser-Ems	5514	4265,0	3425	2829,0	62,1	66,3
insgesamt	21708	17542,0	12820	10837,5	59,1	61,8

Quelle: Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen: Personalstruktur in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

1) im Sinne von § 5 HeimPersV; hierzu zählen die Beschäftigten in den Bereichen Pflege, Eingliederung, Förderung bzw. Therapie und soziale Betreuung (RdErl. Nieders. MS zur HeimPersV vom 20.10.1994; Nds. MinBl. S. 1536)

2) Annahme: 2 Teilzeitbeschäftigte = 1 Vollzeitstelle; ohne Berücksichtigung von geringfügig Beschäftigten

3) Gem. § 6 HeimPersV; hierzu zählen Pflegefachkräfte, Fachkräfte der Therapie und der sozialen Betreuung; weitere Erläuterungen, RdErl. MS s. Fußnote 2

Pflegeeinrichtungen für Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte

Einrichtung	Straße	PLZ	Ort	Pflegeplätze im Rahmen von Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI
Regierungsbezirk Braunschweig				
1 Fichteneck GmbH	Dr. Barner-Str. 4-6	38700	Braunlage	30
2 Senioren- und Pflegezentrum Wendhausen GmbH & Co.KG	Hauptstr. 9 -10	37165	Lehre - Wendhausen	30
Regierungsbezirk Hannover				
3 Refugium Heimathof	Oberdorfstr. 23	27257	Affinghausen	21
4 KUR-ZENTRUM	Bergstr. 9	27305	Bruchhausen-Vilsen	48
5 Pflegeheim Fierlej	Dörrieplatz 2	30625	Hannover	21
6 Gut Retzen Therapie und Pflege GmbH		27305	Südstadt	70
Regierungsbezirk Lüneburg				
7 Senioren Residenz Dahlke	Amselstieg 17- 23	29549	Bad Bevensen	22
8 Diak. Altenhilfe Fachbereich SSG	Moorhauser Landstr. 3 b	28865	Lilienthal	15
9 Klinik Gut Wienebüttel - Spezialpflege-		21339	Lüneburg	40
10 Haus Visselpark GmbH	Rotenburger tr. 22 - 24	27374	Visselhövede	10
Regierungsbezirk Weser-Ems				
11 FIP Facheinrichtung für Intensivpflege GmbH	Lange Str. 38	26676	Barßel	38
12 Ev. Krankenhausverein Emlichheim e.V.	Berliner Str. 27 - 29	49824	Emlichheim	40
Summe der Pflegeplätze				385

Quelle: Nds. Krankenhausplan (Stand: 31.07.1998), MFAS, August 1998

Tab. A115:
Pflegeeinrichtungen für Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte (Stand: 31.07.1998)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte		Körperbe- hinderte		Hörgeschädigte		Blinde		Station. Einricht. und Wohn- gruppen für seelisch Be- hinderte		Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte		Altenwohn- gruppen		Suchtkranke	
	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze
Regierungsbezirk Braunschweig	5	1138			2	35			12	392	60	1274	1	20	2	70
Braunschweig, Stadt					2	35			3	69	13	181	1	20		
Gifhorn	1	111									6	106				
Göttingen, Stadt																
Göttingen	1	95							3	117	6	143				
Goslar	1	28									6	86				
Helmstedt											1	28				
Northeim									1	34	7	154				
Osterode									1	13	5	206			2	70
Peine									2	46	4	88				
Salzgitter, Stadt									2	113	3	93				
Wolfenbüttel	2	904									3	92				
Wolfsburg											6	97				

Tab. A I.16a:

Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Stand 08.09.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte		Körperbe- hinderte		Hörgeschädigte		Blinde		Station. Einricht. und Wohn- gruppen für seelisch Be- hinderte		Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte		Altenwohn- gruppen		Suchtkranke	
	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze
Regierungsbezirk Hannover	16	1188	6	299	1	127	4	298	27	1690	68	1410	1	6	6	214
Diepholz									2	49	6	157			1	44
Hameln			1	25					2	70	11	200				
Hannover, Stadt			3	187			4	298	4	206	10	204			1	37
Hannover	4	149							9	1025	17	266	1	6	1	32
Hildesheim	10	989			1	127			2	67	11	311				
Holzminden	1	26							3	67	1	43			1	34
Nienburg	1	24	1	44					2	125	8	112			1	31
Schaumburg			1	43					3	81	4	117			1	36

Tab. A I.16b:

Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Stand 08.09.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte		Körperbe- hinderte		Hörgeschädigte		Blinde		Station. Einricht. und Wohn- gruppen für seelisch Be- hinderte		Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte		Altenwohn- gruppen		Suchtkranke	
	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze
Regierungsbezirk Lüneburg	27	3070	3	135					17	497	63	1430			6	133
Celle	3	894	1	24					2	46	11	254			2	71
Cuxhaven			2	111					1	42	8	88				
Harburg									2	35	3	72				
Lüchow-Dannenberg	4	103							1	13	2	51				
Lüneburg	3	150							3	135	6	140			1	22
Osterholz	2	298									5	79				
Rotenburg	5	1079							1	31	11	224				
Soltau-Fallingb.	3	162							2	63	8	221				
Stade	1	42							2	50	6	88			3	40
Uelzen	4	80							2	55	10	137				
Verden	2	262							1	27	2	76				

Tab. A I.16c:

Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Stand 08.09.1999)

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte		Körperbe- hinderte		Hörgeschädigte		Blinde		Station. Einricht. und Wohn- gruppen für seelisch Be- hinderte		Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte		Altenwohn- gruppen		Suchtkranke	
	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze	Zahl	Plätze
Regierungsbezirk Weser-Ems	19	1418	4	74	6	388			19	683	117	2258	6	64	4	168
Ammerland									2	55	1	36				
Aurich	2	49	1	48							13	208				
Cloppenburg	1	90							3	58	5	90			1	41
Delmenhorst	1	40							1	30	8	56				
Emden									1	14	4	170				
Emsland	3	256							2	21	20	346	3	17		
Friesland									1	16	2	72				
Grafsch.Bentheim									1	18	8	106			1	39
Leer			1	18							3	60	1	10		
Oldenburg, Stadt	3	208			2	53			2	20	3	77				
Oldenburg	3	532									6	134				
Osnabrück, Stadt	1	20	1	4	4	335			3	202	10	169	1	16		
Osnabrück	3	117	1	4					3	249	13	218			1	48
Vechta	1	88									6	117				
Wesermarsch	1	18									10	136			1	40
Wilhelmshaven											4	223	1	21		
Wittmund											1	40				

Tab. A I.16d:

Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Stand 08.09.1999)

Landkreise und kreisfreie Städte	1994 (OD)		1996 (PRP)		2000					2010				
	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed (PRP)	Pf.Bed (OD-IES)	Diff. abs	Diff. %	Insges	Pf.Bed (PRP)	Pf.Bed (OD-IES)	Diff. abs	Diff. %
Niedersachsen	7.715.363	93.021	7.815.148	129.921	7.937.431	130.105	95.881	34.224	35,69	8.113.911	147.113	104.579	42.534	40,67
Braunschweig Stadt	254.130	3.724	251.320	4.856	245.145	4.567	3.448	1.119	32,45	235.481	4.578	3.326	1.252	37,64
Salzgitter Stadt	117.842	1.392	116.865	1.950	114.702	1.969	1.474	495	33,58	109.277	2.254	1.669	585	35,05
Wolfsburg Stadt	126.965	1.356	124.655	1.990	119.232	2.064	1.563	501	32,05	108.278	2.437	1.873	564	30,11
Gifhorn	158.770	1.491	163.964	2.282	171.963	2.372	1.662	710	42,72	183.454	2.900	1.995	905	45,36
Göttingen	266.297	3.112	267.233	4.263	262.492	4.052	2.949	1.103	37,40	263.775	4.230	2.980	1.250	41,95
Goslar	162.380	2.568	160.273	3.304	155.971	3.195	2.563	632	24,66	149.509	3.340	2.641	699	26,47
Helmstedt	101.937	1.366	101.237	1.797	99.778	1.785	1.372	413	30,10	96.784	1.984	1.490	494	33,15
Northeim	154.200	2.200	153.610	2.890	151.690	2.818	2.237	581	25,97	147.941	3.023	2.380	643	27,02
Osterode am Harz	89.016	1.370	88.209	1.774	86.270	1.767	1.411	356	25,23	82.674	1.908	1.522	386	25,36
Peine	125.755	1.564	127.902	2.150	131.343	2.158	1.634	524	32,07	136.773	2.491	1.814	677	37,32
Wolfenbüttel	121.367	1.489	122.574	2.074	124.273	2.076	1.474	602	40,84	126.565	2.336	1.563	773	49,46
Reg.Bez. Braunschweig	1.678.659	21.632	1.677.842	29.330	1.662.859	28.823	21.787	7.036		1.640.511	31.481	23.253	8.228	
Hannover Landeshptst.	525.763	7.691	522.574	9.909	520.637	9.203	6.997	2.206	31,53	512.028	9.023	6.619	2.404	36,32
Diepholz	201.514	2.380	205.499	3.369	211.414	3.417	2.559	858	33,53	220.236	3.994	2.880	1.114	38,68
Hameln-Pyrmont	163.215	2.591	163.831	3.332	163.586	3.203	2.521	682	27,05	163.041	3.390	2.553	837	32,78
Hannover	581.831	6.385	590.418	9.255	603.384	9.523	6.869	2.654	38,64	622.006	11.345	7.890	3.455	43,79
Hildesheim	291.320	3.953	292.970	5.294	294.669	5.209	3.955	1.254	31,71	296.691	5.744	4.170	1.574	37,75
Holzminden	83.263	1.216	83.317	1.607	82.899	1.582	1.198	384	32,05	82.098	1.722	1.246	476	38,20
Nienburg (Weser)	122.467	1.505	124.435	2.093	126.868	2.137	1.619	518	32,00	130.019	2.468	1.810	658	36,35
Schaumburg	161.107	2.305	163.698	3.071	167.179	3.048	2.315	733	31,66	172.378	3.372	2.442	930	38,08
Reg.Bez. Hannover	2.130.480	28.026	2.146.742	37.930	2.170.636	37.322	28.033	9.289		2.198.497	41.058	29.610	11.448	
Celle	177.468	2.314	179.742	3.166	182.667	3.156	2.366	790	33,39	186.937	3.532	2.527	1.005	39,77
Cuxhaven	197.337	2.486	199.601	3.465	203.125	3.594	2.723	871	31,99	208.024	4.146	3.077	1.069	34,74
Harburg	212.416	2.178	219.441	3.282	230.700	3.448	2.375	1.073	45,18	247.679	4.216	2.772	1.444	52,09
Lüchow-Dannenberg	51.188	740	51.860	998	52.597	1.011	794	217	27,33	53.725	1.153	889	264	29,70
Lüneburg	153.250	1.801	157.847	2.585	164.407	2.641	1.911	730	38,20	174.002	3.011	2.083	928	44,55
Osterholz	104.574	1.071	106.011	1.600	108.094	1.679	1.239	440	35,51	110.883	2.056	1.494	562	37,62
Rotenburg (Wümme)	149.599	1.686	154.643	2.434	162.567	2.508	1.834	674	36,75	175.321	2.956	2.048	908	44,34
Soltau-Fallingb.ostel	132.874	1.650	136.085	2.306	140.578	2.321	1.679	642	38,24	147.248	2.661	1.811	850	46,94
Stade	180.369	1.895	185.553	2.773	193.508	2.914	2.062	852	41,32	205.409	3.485	2.399	1.086	45,27
Uelzen	95.509	1.433	96.176	1.885	96.783	1.844	1.439	405	28,14	98.186	2.032	1.507	525	34,84
Verden	126.490	1.395	129.362	1.997	134.051	2.075	1.544	531	34,39	141.146	2.438	1.766	672	38,05
Reg.Bez. Lüneburg	1.581.074	18.649	1.616.321	26.491	1.669.077	27.191	19.966	7.225		1.748.560	31.686	22.373	9.313	

Tab. A II.1a:

Pflegebedürftige in Privathaushalten in Niedersachsen - Vergleich IES-Prognose für den Pflegerahmenplan (PRP) mit IES-Prognose lt. 'Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs' (OD/IES)

Landkreise und kreisfreie Städte	1994 (OD)		1996 (PRP)		2000					2010				
	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed (PRP)	Pf.Bed (OD-IES)	Diff. abs	Diff. %	Insges	Pf.Bed (PRP)	Pf.Bed (OD-IES)	Diff. abs	Diff. %
Delmenhorst Stadt	77.899	844	78.238	1.215	78.474	1.210	837	373	44,56	78.625	1.386	905	481	53,15
Emden Stadt	51.805	631	51.470	873	50.872	871	655	216	32,98	49.437	949	714	235	32,91
Oldenburg(Oldb) Stadt	149.691	1.980	152.846	2.682	157.016	2.615	1.864	751	40,29	164.226	2.778	1.839	939	51,06
Osnabrück Stadt	168.050	2.114	167.326	2.910	163.902	2.787	2001	786	39,28	159.576	2.904	1.960	944	48,16
Wilhelmshaven Stadt	91.230	1.293	89.604	1.748	85.916	1.659	1.266	393	31,04	79.088	1.664	1.255	409	32,59
Ammerland	102.492	1.056	104.962	1.584	109.057	1.638	1.183	455	38,46	115.778	1.996	1.410	586	41,56
Aurich	178.391	1.896	181.548	2.768	186.683	2.873	2.052	821	40,01	194.668	3.465	2.380	1.085	45,59
Cloppenburg	136.552	1.137	142.680	1.838	151.369	1.984	1.327	657	49,51	164.259	2.561	1.670	891	53,35
Emsland	286.282	2.370	295.443	3.875	308.404	4.124	2.801	1.323	47,23	328.501	5.243	3.501	1.742	49,76
Friesland	97.236	1.170	98.638	1.662	100.820	1.690	1.245	445	35,74	104.093	1.935	1.393	542	38,91
Grafschaft Bentheim	124.349	1.332	126.676	1.942	130.468	1.999	1.474	525	35,62	136.241	2.393	1.712	681	39,78
Leer	152.063	1.595	155.721	2.336	162.277	2.462	1.749	713	40,77	172.542	3.022	2.084	938	45,01
Oldenburg (Oldenburg)	110914	1.109	114.187	1.669	119.377	1.735	1.234	501	40,60	127.571	2.123	1.439	684	47,53
Osnabrück	335.207	3.485	344.568	5.067	348.892	4.991	3.626	1.365	37,64	352.492	5.508	4.009	1.499	37,39
Vechta	115.310	1.003	120.311	1.584	128.037	1.655	1.139	516	45,30	141.100	2.056	1.371	685	49,96
Wesermarsch	93.072	1.097	94.401	1.550	96.107	1.566	1.165	401	34,42	98.292	1.812	1.307	505	38,64
Wittmund	54.607	605	55.624	872	57.191	908	645	263	40,78	59.854	1.093	734	359	48,91
Reg.Bez. Weser-Ems	2.325.150	24.717	2.374.243	36.175	2.434.862	36.767	26.263	10.504		2.526.343	42.888	29.683	13.205	

Tab. A II.1a:

Pflegebedürftige in Privathaushalten in Niedersachsen - Vergleich IES-Prognose für den Pflegerahmenplan (PRP) mit IES-Prognose lt. 'Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs' (OD/IES)

Landkreise und kreisfreie Städte	1994 (OD)		1996 (PRP)		2000					2010				
	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	OD/IES	Diff.ab	Diff. %	Insges	Pf.Bed	OD/IES-Pf.	Diff.abs	Diff. %
Niedersachsen	7.715.363	41.791	7.815.148	50.611	7.937.431	49.504	42.231	7.273	17,22	8.113.911	57.276	44874	12.402	27,64
Braunschweig Stadt	254.130	1.712	251.320	1.983	245.145	1.817	1.538	279	18,14	235.481	1.823	1405	418	29,75
Salzgitter Stadt	117.842	615	116.865	751	114.702	746	634	112	17,67	109.277	897	704	193	27,41
Wolfsburg Stadt	126.965	585	124.655	748	119.232	777	656	121	18,45	108.278	984	798	186	23,31
Gifhorn	158.770	657	163.964	843	171.963	852	714	138	19,33	183.454	1.085	840	245	29,17
Göttingen	266.297	1.418	267.233	1.668	262.492	1.547	1.299	248	19,09	263.775	1.628	1254	374	29,82
Goslar	162.380	1.165	160.273	1.345	155.971	1.276	1.149	127	11,05	149.509	1.358	1.154	204	17,68
Helmstedt	101.937	614	101.237	702	99.778	685	604	81	13,41	96.784	795	639	156	24,41
Northeim	154.200	996	153.610	1.152	151.690	1.099	998	101	10,12	147.941	1.210	1037	173	16,68
Osterode am Harz	89.016	618	88.209	712	86.270	702	632	70	11,08	82.674	784	672	112	16,67
Peine	125.755	709	127.902	839	131.343	819	732	87	11,89	136.773	970	794	176	22,17
Wolfenbüttel	121.367	666	122.574	809	124.273	792	638	154	24,14	126.565	909	648	261	40,28
Reg.Bez. Braunschweig	1.678.659	9.755	1.677.842	11.552	1.662.859	11.112	9.594	1.518		1.640.511	12.443	9.945	2.498	
Hannover Landeshptst.	525.763	3.541	522.574	4.046	520.637	3.635	3.134	501	15,99	512.028	3.533	2820	713	25,28
Diepholz	201.514	1.070	205.499	1.312	211.414	1.297	1.138	159	13,97	220.236	1.552	1247	305	24,46
Hameln-Pyrmont	163.215	1.190	163.831	1.361	163.586	1.272	1.142	130	11,38	163.041	1.359	1119	240	21,45
Hannover	581.831	2.839	590.418	3.544	603.384	3.567	2.970	597	20,10	622.006	4.368	3322	1.046	31,49
Hildesheim	291.320	1.796	292.970	2.106	294.669	2.021	1.766	255	14,44	296.691	2.276	1807	469	25,95
Holzminden	83.263	549	83.317	642	82.899	619	529	90	17,01	82.098	691	534	157	29,40
Nienburg (Weser)	122.467	672	124.435	811	126.868	815	715	100	13,99	130.019	979	788	191	24,24
Schaumburg	161.107	1.055	163.698	1.236	167.179	1.197	1.046	151	14,44	172.378	1.339	1067	272	25,49
Reg.Bez. Hannover	2.130.480	12.712	2.146.742	15.058	2.170.636	14.423	12.440	1.983		2.198.497	16.097	12.704	3.393	
Celle	177.468	1.047	179.742	1.250	182.667	1.217	1.054	163	15,46	186.937	1.388	1096	292	26,64
Cuxhaven	197.337	1.106	199.601	1.352	203.125	1.389	1.209	180	14,89	208.024	1.645	1352	293	21,67
Harburg	212.416	964	219.441	1.248	230.700	1.281	1.025	256	24,98	247.679	1.591	1156	435	37,63
Lüchow-Dannenberg	51.188	328	51.860	394	52.597	393	349	44	12,61	53.725	463	385	78	20,26
Lüneburg	153.250	804	157.847	1.007	164.407	1.010	838	172	20,53	174.002	1.173	898	275	30,62
Osterholz	104.574	476	106.011	610	108.094	630	550	80	14,55	110.883	798	649	149	22,96
Rotenburg (Wümme)	149.599	752	154.643	935	162.567	941	809	132	16,32	175.321	1.133	890	243	27,30
Soltau-Fallingb.ostel	132.874	742	136.085	899	140.578	881	735	146	19,86	147.248	1.031	771	260	33,72
Stade	180.369	849	185.553	1.052	193.508	1.089	907	182	20,07	205.409	1.328	1028	300	29,18
Uelzen	95.509	652	96.176	761	96.783	724	640	84	13,13	98.186	812	652	160	24,54
Verden	126.490	631	129.362	769	134.051	787	699	88	12,59	141.146	940	785	155	19,75
Reg.Bez. Lüneburg	1.581.074	8.351	1.616.321	10.277	1.669.077	10.342	8.815	1.527		1.748.560	12.302	9.662	2.640	

Tab. A II.1b:

Pflegebedürftige in Heimen in Niedersachsen - Vergleich IES-Prognose für den Pflegerahmenplan (PRP) mit IES-Prognose lt. 'Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs' (OD/IES)

Landkreise und kreisfreie Städte	1994 (OD)		1996 (PRP)		2000					2010				
	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	Insges	Pf.Bed	OD/IES	Diff.ab	Diff. %	Insges	Pf.Bed	OD/IES-Pf.	Diff.abs	Diff. %
Delmenhorst Stadt	77.899	377	78.238	467	78.474	452	355	97	27,32	78.625	523	360	163	45,28
Emden Stadt	51.805	282	51.470	339	50.872	334	289	45	15,57	49.437	376	310	66	21,29
Oldenburg(Oldb) Stadt	149.691	914	152.846	1.082	157.016	1.028	844	184	21,80	164.226	1.080	789	291	36,88
Osnabrück Stadt	168.050	950	167.326	1.155	163.902	1.079	866	213	24,60	159.576	1.145	814	331	40,66
Wilhelmshaven Stadt	91.230	587	89.604	712	85.916	662	560	102	18,21	79.088	662	530	132	24,91
Ammerland	102.492	467	104.962	599	109.057	604	510	94	18,43	115.778	761	595	166	27,90
Aurich	178.391	834	181.548	1.040	186.683	1.060	885	175	19,77	194.668	1.336	1008	328	32,54
Cloppenburg	136.552	490	142.680	651	151.369	692	562	130	23,13	164.259	961	707	254	35,93
Emsland	286.282	1.017	295.443	1.388	308.404	1.454	1.181	273	23,12	328.501	1.977	1476	501	33,94
Friesland	97.236	525	98.638	649	100.820	648	548	100	18,25	104.093	749	596	153	25,67
Grafschaft Bentheim	124.349	585	126.676	727	130.468	733	640	93	14,53	136.241	926	741	185	24,97
Leer	152.063	700	155.721	873	162.277	905	751	154	20,51	172.542	1.162	881	281	31,90
Oldenburg (Oldenburg)	110914	495	114.187	632	119.377	641	546	95	17,40	127.571	805	617	188	30,47
Osnabrück	335.207	1.555	344.568	1.905	348.892	1.823	1.570	253	16,11	352.492	2.082	1688	394	23,34
Vechta	115.310	441	120.311	576	128.037	584	490	94	19,18	141.100	764	585	179	30,60
Wesermarsch	93.072	488	94.401	596	96.107	588	505	83	16,44	98.292	704	556	148	26,62
Wittmund	54.607	268	55.624	331	57.191	340	280	60	21,43	59.854	425	312	113	36,22
Reg.Bez. Weser-Ems	2.325.150	10.975	2.374.243	13.722	2.434.862	13.627	11.382	2.245		2.526.343	16.438	12.565	3.873	

Tab. A II.1b:

Pflegebedürftige in Heimen in Niedersachsen - Vergleich IES-Prognose für den Pflegerahmenplan (PRP) mit IES-Prognose lt. 'Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs' (OD/IES)

Tab. A II.2:
Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahre in Niedersachsen bis 2010
(IES-Prognose, eigene Berechnungen MFAS)

Landkreise und kreisfreie Städte	1996	2000			2005			2010		
			Zu- oder Abnahme			Zu- oder Abnahme			Zu- oder Abnahme	
	absolut	absolut	absolut	%	absolut	absolut	%	absolut	absolut	%
Niedersachsen	320.139	293.361	-26.778	-8,4	325.843	32.482	11,1	350.513	24.670	7,6
Braunschweig Stadt	13.266	11.407	-1.859	-14,0	11.552	145	1,3	11.462	-90	-0,8
Salzgitter Stadt	4.615	4.325	-290	-6,3	5.065	740	17,1	5.678	613	12,1
Wolfsburg Stadt	4.365	4.390	25	0,6	5.324	934	21,3	6.262	938	17,6
Gifhorn	5.012	4.662	-350	-7,0	5.357	695	14,9	6.219	862	16,1
Göttingen Landkr.	10.651	9.227	-1.424	-13,4	9.734	507	5,5	9.814	80	0,8
Goslar	8.902	8.006	-896	-10,1	8.720	714	8,9	8.820	100	1,1
Helmstedt	4.398	4.042	-356	-8,1	4.624	582	14,4	5.045	421	9,1
Northeim	7.489	6.708	-781	-10,4	7.320	612	9,1	7.682	362	4,9
Osterode am Harz	4.621	4.376	-245	-5,3	4.989	613	14,0	5.210	221	4,4
Peine	5.321	4.826	-495	-9,3	5.397	571	11,8	5.924	527	9,8
Wolfenbüttel	5.070	4.667	-403	-7,9	5.171	504	10,8	5.517	346	6,7
Reg.Bez.Bs	73.710	66.636	-7.074	-9,6	73.253	6.617	9,9	77.633	4.380	6,0
Göttingen Stadt		4.233			4.282			3.798		
Hannover Landeshtpts	27.036	22.561	-4.475	-16,6	22.325	-236	-1,0	21.611	-714	-3,2
Diepholz	8.331	7.682	-649	-7,8	8.596	914	11,9	9.439	843	9,8
Hamelnd-Pyrmont	9.159	8.033	-1.126	-12,3	8.363	330	4,1	8.655	292	3,5
Hannover	21.667	20.441	-1.226	-5,7	23.200	2.759	13,5	25.932	2.732	11,8
Hildesheim	13.687	12.275	-1.412	-10,3	13.431	1.156	9,4	14.284	853	6,4
Holzminden	4.177	3.790	-387	-9,3	4.253	463	12,2	4.425	172	4,0
Nienburg (Weser)	5.117	4.863	-254	-5,0	5.631	768	15,8	6.210	579	10,3
Schaumburg	8.171	7.478	-693	-8,5	8.013	535	7,2	8.445	432	5,4
Reg.Bez.H	97.345	87.123	-10.222	-10,5	93.812	6.689	7,7	99.001	5.189	5,5
Celle	8.104	7.415	-689	-8,5	8.092	677	9,1	8.670	578	7,1
Cuxhaven	8.481	8.404	-77	-0,9	9.830	1.426	17,0	10.413	583	5,9
Harburg	7.542	7.247	-295	-3,9	8.345	1.098	15,2	9.143	798	9,6
Lüchow-Dannenberg	2.517	2.374	-143	-5,7	2.769	395	16,6	2.961	192	6,9
Lüneburg	6.330	6.019	-311	-4,9	6.862	843	14,0	7.228	366	5,3
Osterholz	3.730	3.655	-75	-2,0	4.283	628	17,2	4.815	532	12,4
Rotenburg (Wümme)	5.837	5.510	-327	-5,6	6.321	811	14,7	6.836	515	8,1
Soltau-Fallingbostel	5.715	5.209	-506	-8,9	5.824	615	11,8	6.260	436	7,5
Stade	6.406	6.348	-58	-0,9	7.262	914	14,4	7.919	657	9,0
Uelzen	5.052	4.472	-580	-11,5	4.911	439	9,8	5.153	242	4,9
Verden	4.823	4.718	-105	-2,2	5.315	597	12,7	5.701	386	7,3
Reg. Bez.Lü	64.537	61.371	-3.166	-4,9	69.814	8.443	13,8	75.099	5.285	7,6
Delmenhorst Stadt	2.889	2.595	-294	-10,2	2.705	110	4,2	2.990	285	10,5
Emden Stadt	2.131	1.993	-138	-6,5	2.264	271	13,6	2.372	108	4,8
Oldenburg Stadt	7.164	6.413	-751	-10,5	6.713	300	4,7	6.580	-133	-2,0
Osnabrück Stadt	7.443	6.485	-958	-12,9	6.867	382	5,9	7.089	222	3,2
Wilhelmshaven Stadt	4.774	4.197	-577	-12,1	4.231	34	0,8	4.140	-91	-2,2
Ammerland	3.646	3.390	-256	-7,0	4.048	658	19,4	4.482	434	10,7
Aurich	6.276	5.993	-283	-4,5	7.144	1.151	19,2	8.089	945	13,2
Cloppenburg	3.723	3.694	-29	-0,8	4.596	902	24,4	5.689	1.093	23,8
Emsland	7.998	7.774	-224	-2,8	9.673	1.899	24,4	11.664	1.991	20,6
Friesland	4.126	3.909	-217	-5,3	4.262	353	9,0	4.531	269	6,3
Grafschaft Bentheim	4.407	4.147	-260	-5,9	4.885	738	17,8	5.700	815	16,7
Leer	5.225	5.115	-110	-2,1	6.120	1.005	19,6	7.024	904	14,8
Oldenburg (Oldenburg)	3.889	3.665	-224	-5,8	4.201	536	14,6	4.704	503	12,0
Osnabrück	11.724	10.342	-1.382	-11,8	11.240	898	8,7	12.354	1.114	9,9
Vechta	3.426	3.168	-258	-7,5	3.767	599	18,9	4.476	709	18,8
Wesermarsch	3.685	3.389	-296	-8,0	3.944	555	16,4	4.296	352	8,9
Wittmund	2.021	1.963	-58	-2,9	2.304	341	17,4	2.601	297	12,9
Reg.Bez.WE	84.547	78.232	-6.315	-7,5	88.964	10.732	13,7	98.781	9.817	11,0

Landkreise und kreisfreie Städte	1996					2000					2010				
	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Anteil u. 60 J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Anteil u. 60 J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Anteil u. 60 J. in %
Niedersachsen	7.815.148	129.921	47471	82.450	36,54	7.937.431	130.105	27673	102.432	21,27	8.113.911	147.113	28217	118.896	19,18
Braunschweig Stadt	251.320	4.856	866	3.990	17,83	245.145	4.567	820	3.747	17,95	235.481	4.578	785	3.793	17,15
Salzgitter Stadt	116.865	1.950	415	1.535	21,28	114.702	1.969	393	1.576	19,96	109.277	2.254	368	1.886	16,33
Wolfsburg Stadt	124.655	1.990	442	1.548	22,21	119.232	2.064	399	1.665	19,33	108.278	2.437	351	2.086	14,40
Gifhorn	163.964	2.282	613	1.669	26,86	171.963	2.372	626	1.746	26,39	183.454	2.900	671	2.229	23,14
Göttingen .	140.782	2.201	513	1.688	23,31	140.662	2.250	490	1.760	21,78	142.983	2.507	501	2.006	19,98
Göttingen Stadt	126.451	2.062	444	1.618	21,53	121.830	1.802	430	1.372	23,86	120.792	1.723	444	1.279	25,77
Goslar	160.273	3.304	539	2.765	16,31	155.971	3.195	507	2.688	15,87	149.509	3.340	484	2.856	14,49
Helmstedt	101.237	1.797	352	1.445	19,59	99.778	1.785	336	1.449	18,82	96.784	1.984	329	1.655	16,58
Northeim	153.610	2.890	531	2.359	18,37	151.690	2.818	507	2.311	17,99	147.941	3.023	502	2.521	16,61
Osterode am Harz	88.209	1.774	297	1.477	16,74	86.270	1.767	282	1.485	15,96	82.674	1.908	266	1.642	13,94
Peine	127.902	2.150	461	1.689	21,44	131.343	2.158	458	1.700	21,22	136.773	2.491	475	2.016	19,07
Wolfenbüttel	122.574	2.074	441	1.633	21,26	124.273	2.076	432	1.644	20,81	126.565	2.336	436	1.900	18,66
Reg. Bez. Braunschweig	1.677.842	29.330	5914	23.416	246,75	1.662.859	28.823	5680	23.143	239,95	1.640.511	31.481	5612	25.869	216,12
Hannover Landeshptst.	522.574	9.909	1790	8.119	18,06	520.637	9.203	1757	7.446	19,09	512.028	9.023	1755	7.268	19,45
Diepholz	205.499	3.369	745	2.624	22,11	211.414	3.417	740	2.677	21,66	220.236	3.994	768	3.226	19,23
Hameln-Pyrmont	163.831	3.332	561	2.771	16,84	163.586	3.203	544	2.659	16,98	163.041	3.390	547	2.843	16,14
Hannover	590.418	9.255	2161	7.094	23,35	603.384	9.523	2114	7.409	22,20	622.006	11.345	2134	9.211	18,81
Hildesheim	292.970	5.294	1031	4.263	19,47	294.669	5.209	1008	4.201	19,35	296.691	5.744	1012	4.732	17,62
Holzminden	83.317	1.607	288	1.319	17,92	82.899	1.582	275	1.307	17,38	82.098	1.722	277	1.445	16,09
Nienburg (Weser)	124.435	2.093	444	1.649	21,21	126.868	2.137	440	1.697	20,59	130.019	2.468	457	2.011	18,52
Schaumburg	163.698	3.071	576	2.495	18,76	167.179	3.048	569	2.479	18,67	172.378	3.372	589	2.783	17,47
Reg. Bez. Hannover	2.146.742	37.930	7596	30.334	157,73	2.170.636	37.322	7447	29.875	155,92	2.198.497	41.058	7539	33.519	143,31

Tab. A II.3a:

Pflegebedürftige in Privathaushalten in Niedersachsen 1996, 2000 und 2010 - Pflegebedürftige insgesamt/Pflegebedürftige unter 60 Jahren -

Landkreise und kreisfreie Städte	1996					2000					2010				
	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Anteil u. 60 J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Anteil u. 60 J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Anteil u. 60 J. in %
Celle	179.742	3.166	643	2.523	20,31	182.667	3.156	638	2.518	20,22	186.937	3.532	647	2.885	18,32
Cuxhaven	199.601	3.465	713	2.752	20,58	203.125	3.594	703	2.891	19,56	208.024	4.146	705	3.441	17,00
Harburg	219.441	3.282	819	2.463	24,95	230.700	3.448	826	2.622	23,96	247.679	4.216	853	3.363	20,23
Lüchow-Dannenberg	51.860	998	177	821	17,74	52.597	1.011	174	837	17,21	53.725	1.153	179	974	15,52
Lüneburg	157.847	2.585	568	2.017	21,97	164.407	2.641	579	2.062	21,92	174.002	3.011	613	2.398	20,36
Osterholz	106.011	1.600	394	1.206	24,63	108.094	1.679	384	1.295	22,87	110.883	2.056	381	1.675	18,53
Rotenburg (Wümme)	154.643	2.434	566	1.868	23,25	162.567	2.508	579	1.929	23,09	175.321	2.956	625	2.331	21,14
Soltau-Fallingb.ostel	136.085	2.306	489	1.817	21,21	140.578	2.321	488	1.833	21,03	147.248	2.661	513	2.148	19,28
Stade	185.553	2.773	692	2.081	24,95	193.508	2.914	698	2.216	23,95	205.409	3.485	724	2.761	20,77
Uelzen	96.176	1.885	331	1.554	17,56	96.783	1.844	322	1.522	17,46	98.186	2.032	330	1.702	16,24
Verden	129.362	1.997	481	1.516	24,09	134.051	2.075	482	1.593	23,23	141.146	2.438	499	1.939	20,47
Reg.Bez. Lüneburg	1.616.321	26.491	5873	20.618	241,23	1.669.077	27.191	5873	21.318	234,49	1.748.560	31.686	6069	25.617	207,87
Delmenhorst Stadt	78.238	1.215	288	927	23,70	78.474	1.210	276	934	22,81	78.625	1.386	268	1.118	19,34
Emden Stadt	51.470	873	183	690	20,96	50.872	871	175	696	20,09	49.437	949	169	780	17,81
Oldenburg(Oldb) Stadt	152.846	2.682	541	2.141	20,17	157.016	2.615	548	2.067	20,96	164.226	2.778	571	2.207	20,55
Osnabrück Stadt	167.326	2.910	582	2.328	20,00	163.902	2.787	555	2.232	19,91	159.576	2.904	549	2.355	18,90
Wilhelmshaven Stadt	89.604	1.748	315	1.433	18,02	85.916	1.659	288	1.371	17,36	79.088	1.664	255	1.409	15,32
Ammerland	104.962	1.584	388	1.196	24,49	109.057	1.638	388	1.250	23,69	115.778	1.996	407	1.589	20,39
Aurich	181.548	2.768	662	2.106	23,92	186.683	2.873	661	2.212	23,01	194.668	3.465	681	2.784	19,65
Cloppenburg	142.680	1.838	540	1.298	29,38	151.369	1.984	557	1.427	28,07	164.259	2.561	610	1.951	23,82
Emsland	295.443	3.875	1113	2.762	28,72	308.404	4.124	1127	2.997	27,33	328.501	5.243	1202	4.041	22,93
Friesland	98.638	1.662	360	1.302	21,66	100.820	1.690	354	1.336	20,95	104.093	1.935	355	1.580	18,35
Grafschaft Bentheim	126.676	1.942	462	1.480	23,79	130.468	1.999	463	1.536	23,16	136.241	2.393	488	1.905	20,39
Leer	155.721	2.336	570	1.766	24,40	162.277	2.462	576	1.886	23,40	172.542	3.022	609	2.413	20,15
Oldenburg (Oldenburg)	114.187	1.669	428	1.241	25,64	119.377	1.735	430	1.305	24,78	127.571	2.123	455	1.668	21,43
Osnabrück	344.568	5.067	1277	3.790	25,20	348.892	4.991	1261	3.730	25,27	352.492	5.508	1298	4.210	23,57
Vechta	120.311	1.584	453	1.131	28,60	128.037	1.655	474	1.181	28,64	141.100	2.056	532	1.524	25,88
Wesermarsch	94.401	1.550	341	1.209	22,00	96.107	1.566	336	1.230	21,46	98.292	1.812	341	1.471	18,82
Wittmund	55.624	872	202	670	23,17	57.191	908	201	707	22,14	59.854	1.093	206	887	18,85
Reg.Bez. Weser-Ems	2.374.243	36.175	8705	27.470	403,83	2.434.862	36.767	8670	28.097	393,01	2.526.343	42.888	8996	33.892	346,15

Tab. A II.3a:

Pflegebedürftige in Privathaushalten in Niedersachsen 1996, 2000 und 2010 - Pflegebedürftige insgesamt/Pflegebedürftige unter 60 Jahren -

Landkreise und kreisfreie Städte	1996					2000					2010				
	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Ant. u. 60J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Ant. u. 60 J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Ant. u. 60 J. in %
Niedersachsen	7.815.148	50.611	5.839	44.772	12	7.937.431	49.504	5.715	43.789	12	8.113.911	57.276	6.042	51.234	11
Braunschweig Stadt	251.320	1.983	190	1.793	10	245.145	1.817	178	1.639	10	235.481	1.823	176	1.647	10
Salzgitter Stadt	116.865	751	86	665	11	114.702	746	81	665	11	109.277	897	79	818	9
Wolfsburg Stadt	124.655	748	94	654	13	119.232	777	84	693	11	108.278	984	76	908	8
Gifhorn	163.964	843	123	720	15	171.963	852	126	726	15	183.454	1.085	140	945	13
Göttingen .	140.782	838	106	732	13	140.662	853	98	755	11	263.775	1.628	111	1.517	7
Göttingen Stadt	126.451	830	96	734	12	121.830	694	96	598	14	120.792	647	95	552	15
Goslar	160.273	1.345	117	1.228	9	155.971	1.276	109	1.167	9	149.509	1.358	107	1.251	8
Helmstedt	101.237	702	74	628	11	99.778	685	70	615	10	96.784	795	73	722	9
Northeim	153.610	1.152	111	1.041	10	151.690	1.099	105	994	10	147.941	1.210	110	1.100	9
Osterode am Harz	88.209	712	63	649	9	86.270	702	59	643	8	82.674	784	59	725	8
Peine	127.902	839	95	744	11	131.343	819	95	724	12	136.773	970	104	866	11
Wolfenbüttel	122.574	809	94	715	12	124.273	792	90	702	11	126.565	909	93	816	10
Reg.Bez. Braunschweig	1.677.842	11.552	1.249	10.303		1.662.859	11.112	1.191	9.921		1.761.303	13.090	1.223	11.867	
Hannover Landeshptst.	522.574	4.046	392	3.654	10	520.637	3.635	385	3.250	11	512.028	3.533	394	3.139	11
Diepholz	205.499	1.312	156	1.156	12	211.414	1.297	152	1.145	12	220.236	1.552	165	1.387	11
Hamelnd-Pyrmont	163.831	1.361	119	1.242	9	163.586	1.272	115	1.157	9	163.041	1.359	118	1.241	9
Hannover	590.418	3.544	460	3.084	13	603.384	3.567	446	3.121	13	622.006	4.368	461	3.907	11
Hildesheim	292.970	2.106	218	1.888	10	294.669	2.021	213	1.808	11	296.691	2.276	219	2.057	10
Holzminden	83.317	642	59	583	9	82.899	619	58	561	9	82.098	691	58	633	8
Nienburg (Weser)	124.435	811	90	721	11	126.868	815	88	727	11	130.019	979	96	883	10
Schaumburg	163.698	1.236	121	1.115	10	167.179	1.197	118	1.079	10	172.378	1.339	128	1.211	10
Reg.Bez. Hannover	2.146.742	15.058	1.615	13.443		2.170.636	14.423	1.575	12.848		2.198.497	16.097	1.639	14.458	

Tab. A II.3b:

Pflegebedürftige in Heimen in Niedersachsen 1996, 2000 und 2010 - Pflegebedürftige insgesamt/Pflegebedürftige unter 60 Jahren -

Landkreise und kreisfreie Städte	1996					2000					2010				
	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Ant. u. 60J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Ant. u. 60 J. in %	Insgesamt	Pf.Bed	PfBed unt. 60 J.	Diff. Absolut	Ant. u. 60 J. in %
Celle	179.742	1.250	132	1.118	11	182.667	1.217	131	1.086	11	186.937	1.388	138	1.250	10
Cuxhaven	199.601	1.352	150	1.202	11	203.125	1.389	145	1.244	10	208.024	1.645	150	1.495	9
Harburg	219.441	1.248	177	1.071	14	230.700	1.281	178	1.103	14	247.679	1.591	185	1.406	12
Lüchow-Dannenberg	51.860	394	36	358	9	52.597	393	35	358	9	53.725	463	38	425	8
Lüneburg	157.847	1.007	120	887	12	164.407	1.010	122	888	12	174.002	1.173	132	1.041	11
Osterholz	106.011	610	82	528	13	108.094	630	80	550	13	110.883	798	82	716	10
Rotenburg (Wümme)	154.643	935	115	820	12	162.567	941	116	825	12	175.321	1.133	131	1.002	12
Soltau-Fallingb.ostel	136.085	899	98	801	11	140.578	881	100	781	11	147.248	1.031	108	923	10
Stade	185.553	1.052	143	909	14	193.508	1.089	141	948	13	205.409	1.328	152	1.176	11
Uelzen	96.176	761	68	693	9	96.783	724	66	658	9	98.186	812	70	742	9
Verden	129.362	769	100	669	13	134.051	787	98	689	12	141.146	940	107	833	11
Reg.Bez. Lüneburg	1.616.321	10.277	1.221	9.056		1.669.077	10.342	1.212	9.130		1.748.560	12.302	1.293	11.009	
Delmenhorst Stadt	78.238	467	61	406	13	78.474	452	58	394	13	78.625	523	59	464	11
Emden Stadt	51.470	339	37	302	11	50.872	334	37	297	11	49.437	376	36	340	10
Oldenburg(Oldb) Stadt	152.846	1.082	116	966	11	157.016	1.028	118	910	11	164.226	1.080	130	950	12
Osnabrück Stadt	167.326	1.155	125	1.030	11	163.902	1.079	118	961	11	159.576	1.145	123	1.022	11
Wilhelmshaven Stadt	89.604	712	67	645	9	85.916	662	62	600	9	79.088	662	57	605	9
Ammerland	104.962	599	80	519	13	109.057	604	78	526	13	115.778	761	86	675	11
Aurich	181.548	1.040	134	906	13	186.683	1.060	132	928	12	194.668	1.336	141	1.195	11
Cloppenburg	142.680	651	99	552	15	151.369	692	105	587	15	164.259	961	121	840	13
Emsland	295.443	1.388	214	1.174	15	308.404	1.454	216	1.238	15	328.501	1.977	245	1.732	12
Friesland	98.638	649	76	573	12	100.820	648	72	576	11	104.093	749	76	673	10
Grafschaft Bentheim	126.676	727	92	635	13	130.468	733	90	643	12	136.241	926	99	827	11
Leer	155.721	873	113	760	13	162.277	905	114	791	13	172.542	1.162	127	1.035	11
Oldenburg (Oldenburg)	114.187	632	90	542	14	119.377	641	89	552	14	127.571	805	97	708	12
Osnabrück	344.568	1.905	251	1.654	13	348.892	1.823	247	1.576	14	352.492	2.082	269	1.813	13
Vechta	120.311	576	88	488	15	128.037	584	91	493	16	141.100	764	108	656	14
Wesermarsch	94.401	596	70	526	12	96.107	588	68	520	12	98.292	704	73	631	10
Wittmund	55.624	331	41	290	12	57.191	340	41	299	12	59.854	425	44	381	10
Reg.Bez. Weser-Ems	2.374.243	13.722	1.754	11.968		2.434.862	13.627	1.736	11.891		2.526.343	16.438	1.891	14.547	

Tab. A II.3b:

Pflegebedürftige in Heimen in Niedersachsen 1996, 2000 und 2010 - Pflegebedürftige insgesamt/Pflegebedürftige unter 60 Jahren -

Tab. A II.4:

Pflegebedürftige über 60 Jahre in Heimen der stationären Dauerpflege in Niedersachsen

Landkreise und kreisfreie Städte	1996		2000		2010	
	Insgesamt	Pf.Bed ü.60	Insgesamt	Pf.Bed ü.60	Insgesamt	Pf.Bed ü.60
Niedersachsen	7.815.148	44.772	7.937.431	43.789	8.113.911	51.234
Braunschweig Stadt	251.320	1.793	245.145	1.639	235.481	1.647
Salzgitter Stadt	116.865	665	114.702	665	109.277	818
Wolfsburg Stadt	124.655	654	119.232	693	108.278	908
Gifhorn	163.964	720	171.963	726	183.454	945
Göttingen Landkreis (m.St.Gö.)	267.233	1.466	262.492	1.353	263.775	1.517
Göttingen Stadt	126.451	734	121.830	598	120.792	552
Goslar	160.273	1.228	155.971	1.167	149.509	1.251
Helmstedt	101.237	628	99.778	615	96.784	722
Northeim	153.610	1.041	151.690	994	147.941	1.100
Osterode am Harz	88.209	649	86.270	643	82.674	725
Peine	127.902	744	131.343	724	136.773	866
Wolfenbüttel	122.574	715	124.273	702	126.565	816
Hannover Landeshptst.	522.574	3.654	520.637	3.250	512.028	3.139
Diepholz	205.499	1.156	211.414	1.145	220.236	1.387
HamelN-Pyrmont	163.831	1.242	163.586	1.157	163.041	1.241
Hannover	590.418	3.084	603.384	3.121	622.006	3.907
Hildesheim	292.970	1.888	294.669	1.808	296.691	2.057
Holz Minden	83.317	583	82.899	561	82.098	633
Nienburg (Weser)	124.435	721	126.868	727	130.019	883
Schaumburg	163.698	1.115	167.179	1.079	172.378	1.211
Celle	179.742	1.118	182.667	1.086	186.937	1.250
Cuxhaven	199.601	1.202	203.125	1.244	208.024	1.495
Harburg	219.441	1.071	230.700	1.103	247.679	1.406
Lüchow-Dannenberg	51.860	358	52.597	358	53.725	425
Lüneburg	157.847	887	164.407	888	174.002	1.041
Osterholz	106.011	528	108.094	550	110.883	716
Rotenburg (Wümme)	154.643	820	162.567	825	175.321	1.002
SoLtau-Fallingbostel	136.085	801	140.578	781	147.248	923
Stade	185.553	909	193.508	948	205.409	1.176
Uelzen	96.176	693	96.783	658	98.186	742
Verden	129.362	669	134.051	689	141.146	833
Delmenhorst Stadt	78.238	406	78.474	394	78.625	464
Emden Stadt	51.470	302	50.872	297	49.437	340
Oldenburg(Oldb) Stadt	152.846	966	157.016	910	164.226	950
Osnabrück Stadt	167.326	1.030	163.902	961	159.576	1.022
Wilhelmshaven Stadt	89.604	645	85.916	600	79.088	605
Ammerland	104.962	519	109.057	526	115.778	675
Aurich	181.548	906	186.683	928	194.668	1.195
Cloppenburg	142.680	552	151.369	587	164.259	840
Emsland	295.443	1.174	308.404	1.238	328.501	1.732
Friesland	98.638	573	100.820	576	104.093	673
Grafschaft Bentheim	126.676	635	130.468	643	136.241	827
Leer	155.721	760	162.277	791	172.542	1.035
Oldenburg (Oldenburg)	114.187	542	119.377	552	127.571	708
Osnabrück	344.568	1.654	348.892	1.576	352.492	1.813
Vechta	120.311	488	128.037	493	141.100	656
Wesermarsch	94.401	526	96.107	520	98.292	631
Wittmund	55.624	290	57.191	299	59.854	381

Tab. A II.5:

Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten und in Heimen nach Altersgruppen

Altersgruppen (von ... bis ... Jahre)	Pflegebedürftige in Privathaushalten im Jahr ...								
	2000			2005			2010		
	Anzahl	% ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	Anzahl	% ⁽¹⁾	% ⁽²⁾	Anzahl	% ⁽¹⁾	% ⁽²⁾
0-14	7248	5,57	95,99	6901	4,97	95,98	6430	4,37	95,98
15-19	1960	1,51	91,08	2170	1,56	91,10	2143	1,46	91,08
20-24	1667	1,28	85,53	1741	1,25	85,51	1924	1,31	85,51
25-29	1586	1,22	80,47	1461	1,05	80,50	1525	1,04	80,47
30-34	2157	1,66	77,84	1621	1,17	77,82	1496	1,02	77,84
35-39	2395	1,84	76,91	2345	1,69	76,91	1779	1,21	76,91
40-44	2225	1,71	75,96	2589	1,86	75,97	2539	1,73	75,97
45-49	2220	1,71	75,95	2556	1,84	75,96	2970	2,02	75,94
50-54	2650	2,04	77,24	2905	2,09	77,24	3347	2,28	77,24
55-59	3565	2,74	77,55	3702	2,66	77,55	4064	2,76	77,54
60-64	6953	5,34	79,36	5705	4,11	79,37	5951	4,05	79,37
65-69	8381	6,44	81,12	11143	8,02	81,12	9168	6,23	81,12
70-74	12486	9,60	79,00	12863	9,26	79,00	17137	11,65	79,00
75-79	18285	14,05	74,34	18698	13,46	74,34	19342	13,15	74,34
80 und älter	56325	43,29	64,95	62562	45,02	64,95	67299	45,75	64,95
Gesamt	130103	100,00	72,44	138962	100,00	72,17	147114	100,00	71,98

(1) Anteil an Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Privathaushalten; (2) Anteil an Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen

Altersgruppen (von ... bis ... Jahre)	Pflegebedürftige in Heimen im Jahr ...								
	2000			2005			2010		
	Anzahl	% ⁽³⁾	% ⁽⁴⁾	Anzahl	% ⁽³⁾	% ⁽⁴⁾	Anzahl	% ⁽³⁾	% ⁽⁴⁾
0-14	303	0,61	4,01	289	0,54	4,02	269	0,47	4,02
15-19	192	0,39	8,92	212	0,40	8,90	210	0,37	8,92
20-24	282	0,57	14,47	295	0,55	14,49	326	0,57	14,49
25-29	385	0,78	19,53	354	0,66	19,50	370	0,65	19,53
30-34	614	1,24	22,16	462	0,86	22,18	426	0,74	22,16
35-39	719	1,45	23,09	704	1,31	23,09	534	0,93	23,09
40-44	704	1,42	24,04	819	1,53	24,03	803	1,40	24,03
45-49	703	1,42	24,05	809	1,51	24,04	941	1,64	24,06
50-54	781	1,58	22,76	856	1,60	22,76	986	1,72	22,76
55-59	1032	2,08	22,45	1072	2,00	22,45	1177	2,05	22,46
60-64	1808	3,65	20,64	1483	2,77	20,63	1547	2,70	20,63
65-69	1950	3,94	18,88	2593	4,84	18,88	2134	3,73	18,88
70-74	3319	6,70	21,00	3419	6,38	21,00	4556	7,95	21,00
75-79	6312	12,75	25,66	6454	12,04	25,66	6677	11,66	25,66
80 und älter	30401	61,41	35,05	33767	63,01	35,05	36324	63,41	35,05
Gesamt	49505	100,00	27,56	53588	100,00	27,83	57280	100,00	28,02

(3) Anteil an Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Heimen; (4) Anteil an Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen

Altersgruppen (von ... bis ... Jahre)	Pflegebedürftige gesamt im Jahr ...					
	2000		2005		2010	
	Anzahl	% ⁽⁵⁾	Anzahl	% ⁽⁵⁾	Anzahl	% ⁽⁵⁾
0-14	7551	4,20	7190	3,73	6699	3,28
15-19	2152	1,20	2382	1,24	2353	1,15
20-24	1949	1,09	2036	1,06	2250	1,10
25-29	1971	1,10	1815	0,94	1895	0,93
30-34	2771	1,54	2083	1,08	1922	0,94
35-39	3114	1,73	3049	1,58	2313	1,13
40-44	2929	1,63	3408	1,77	3342	1,64
45-49	2923	1,63	3365	1,75	3911	1,91
50-54	3431	1,91	3761	1,95	4333	2,12
55-59	4597	2,56	4774	2,48	5241	2,56
60-64	8761	4,88	7188	3,73	7498	3,67
65-69	10331	5,75	13736	7,13	11302	5,53
70-74	15805	8,80	16282	8,46	21693	10,61
75-79	24597	13,69	25152	13,06	26019	12,73
80 und älter	86726	48,29	96329	50,03	103623	50,70
Gesamt	179608	100,00	192550	100,00	204394	100,00

(5) Anteil an Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen

Tab. AII.6:

Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeiteinrichtungen für geistig Behinderte (LZE), Altenwohngruppen (AWGr.) und von Wohnstätten (WSt) an Werkstätten für Behinderte (WfB) nach Altersgruppen (Stand: 31.10.1999)

Alter (von 0 bis über 75 Jahre)	Bewohnerinnen und Bewohner							
	LZE		AWGr.		WSt. an WfB		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
0 bis unter 3	14	0,2	-	-	3	0,1	17	0,1
3 bis 6	52	0,8	-	-	-	-	52	0,4
7 bis 20	816	11,7	-	-	110	1,7	926	6,9
21 bis 25	410	5,9	-	-	552	8,7	962	7,2
26 bis 30	569	8,2	-	-	883	14,0	1.452	10,9
31 bis 35	1.043	15,0	1	1	1.163	18,4	2.207	16,5
36 bis 40	1.047	15,0	-	-	1.094	17,3	2.141	16,0
41 bis 45	788	11,3	1	1	859	13,6	1.648	12,3
46 bis 50	626	9,0	6	6,3	696	11,0	1.328	9,9
51 bis 55	422	6,1	5	5,2	406	6,4	833	6,2
56 bis 59	362	5,2	2	2,1	260	4,1	624	4,7
60 bis 64	341	4,9	34	35,4	224	3,5	599	4,5
65 bis 69	204	2,9	21	21,9	55	0,9	280	2,1
70 bis 75	141	2,0	23	24,0	14	0,2	178	1,3
über 75	125	1,8	3	3,1	1	0	129	1,0
Gesamt	6.960	100,0	96	100,0	6.320	100,0	13.376	100,0

**Empfehlung des Landespflegeausschusses
gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 18.03.1999:**

Tagespflege

für pflegebedürftige Menschen

Empfehlungen des niedersächsischen

**Landespflegeausschusses für Einrichtung
und Betrieb**

Anmerkung:

Diese Empfehlungen sind hervorgegangen aus

dem von der Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrische Tagespflege“ der Niedersächsischen Konferenz zur ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Pflege erarbeiteten und vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen herausgegebenen Papier

„Tagespflege für pflegebedürftige alte Menschen
Empfehlungen für die Einrichtung und Betrieb“

- Stand: Dezember 1997 -

unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Besprechung des Niedersächsischen Sozialministeriums mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Konföderation Ev. Kirchen in Niedersachsen, der Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände der Privaten Pflegeeinrichtungen, der LAG der Niedersächsischen Tagesbetreuungseinrichtungen, der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens, der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen am 31.03.1998.

Tagespflege

für pflegebedürftige Menschen

Empfehlungen für Einrichtung und Betrieb

Tagespflegeeinrichtungen müssen pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen entlasten und helfen, den Vorrang der häuslichen Pflege sicherzustellen. Zur Tagespflege gehören dementsprechend: Pflege, soziale Betreuung und ggf. medizinisch-therapeutische Leistungen.

1. Zielgruppe

Personen (in der Regel ältere Menschen), deren häusliche Betreuung und Pflege in der Nacht, am frühen Morgen und am Abend sowie in der Regel am Wochenende durch Angehörige oder anderweitig sichergestellt ist und deren dauerhafte stationäre Pflege zu vermeiden oder hinauszuzögern ist.

Dazu gehören alle Pflegebedürftigen unabhängig von einer Einstufung in eine der Pflegestufen nach SGB XI.

Für psychisch veränderte Tagespflegegäste sind ggf. besondere Rahmenbedingungen erforderlich.

2. Pflegeziele¹

Erhaltung und Verbesserung von Alltagsfähigkeiten, d. h.:

Fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten,

- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen,

¹ (aus: Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachpflege) vom 31. Mai 1996, Punkt 1 Grundsätze, 1.1 Ziel: in der Anlage zu diesem Papier. In allen folgenden Verweisen mit „Gemeinsame Grundsätze“ abgekürzt.

- eine Vertrauensbasis zwischen Tagespflegegästen und Leistungserbringern schaffen,
- auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein, flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalles reagieren,
- die Erhaltung und Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung fördern unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und Biographie des Tagespflegegastes,
- zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen,
- die pflegenden Angehörigen unterstützen und entlasten.

Dabei ist die Verzahnung mit den anderen Leistungen der Gesundheitssicherung, insbesondere der Rehabilitation sowie der Alten- und Behindertenhilfe, sicherzustellen.

3. Pflegeinhalt

Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen. Dazu gehören:

- Hilfen bei
 - der Körperpflege
 - der Ernährung
 - der Mobilität
- Soziale Betreuung mit dem Ziel, Vereinsamung, Apathie, Depressionen und andere psychische Störungen sowie Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern
- Behandlungspflege

4. Zusätzliche medizinisch-therapeutische Leistungen

- Ergotherapie
- Logopädie
- Physiotherapie
- Physikalische Therapie

Diese Leistungen sind von entsprechendem Fachpersonal innerhalb der Einrichtung nach ärztlicher Anordnung und Genehmigung durch die Krankenkasse zu leisten, wenn sie Teil des Angebotes der Tagespflege sind. Voraussetzung dafür ist die Zulassung des Fachpersonals nach § 124 SGB V (siehe Ziffer 9.2).

5. Organisation/Ressourceneinsatz

5.1 Personal

- 5.1.1 Pflegepersonal: Eine verantwortliche Pflegefachkraft (nach Ziffer 3.1.3 der „Gemeinsamen Grundsätze“) und eine stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (entsprechend Ziffer 3.1.1.4 der „Gemeinsamen Grundsätze“). Bei mehrgliedrigen stationären Einrichtungen ist auch ein einrichtungsübergreifender Einsatz der verantwortlichen Pflegefachkräfte möglich. In diesem Fall ist die anteilige Arbeitszeit für die Tagespflege auszuweisen. Die ständige Anwesenheit mindestens einer Pflegefachkraft (im Sinne von Ziffer 3.1.3 der „Gemeinsamen Grundsätze“) muss nachgewiesenermaßen gegeben sein.
- 5.1.2 Erfahrungsgemäß ist ein Pflegefachkräfteschlüssel von 1 : 5 erforderlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für psychisch veränderte Tagespflegegäste dafür qualifiziertes Pflegepersonal – Fachpflegeausbildung/sozial-psychiatrische Zusatzausbildung; Nachweis ausreichender gerontopsychiatrischer Fortbildung (mindestens 200 Stunden) – vorzuhalten ist.
- 5.1.3 Nach Notwendigkeit ist weiteres Personal für Betreuung, Hauswirtschaft, Fahrdienst, Verwaltung etc. vorzuhalten. Diese Leistungen können auch durch Kooperation und Fremdvergabe durchgeführt werden.

5.2 Räumlichkeiten

Dem besonderen Schwerpunkt an aktivierender Pflege und tagesstrukturierender Hilfe ist durch Räumlichkeiten Rechnung getragen, die dies für einzelne und Gruppen von Tagespflegegästen ermöglichen. Ebenso müssen Gelegenheiten für Ruhe- und Rückzugsbedürfnisse geschaffen werden. Die eigenständigen Räumlichkeiten sind alten-, behinderten- und rollstuhlgerecht, entsprechend DIN 18025 I + II zu gestalten.

Für die Fläche der Gesamteinrichtung wären 20 qm pro Platz wünschenswert, insgesamt sollten 200 qm nicht unterschritten werden. Davon sollte die Verkehrsfläche (Flur etc.) 20 % nicht überschreiten.

Es muss Bewegungsmöglichkeit im Freien gewährleistet werden. Eine Möglichkeit zur Erbringung von individuellen Pflegemaßnahmen unter Wahrung der Intimsphäre muss sichergestellt sein.

5.2.1 Eingangsbereich

- Möglichst eigener Eingangsbereich (Raum z. B. für Schränke, Garderobe, Rollstuhlparkplatz)

5.2.2 Aufenthaltsbereich

- Räume mit unterschiedlichen Funktionen für Wohnen, Essen, Aktivitäten, Rückzug (Anzahl der Räume in Abhängigkeit von der Gruppengröße und der Anzahl der Gruppen)
- separater Ruhe-/Schlafraum
- eigene Küche für Gruppenarbeit mit Tagespflegegästen, ggf. integrierte Wohnküche
- Dienstraum mit Aktenverschlussmöglichkeit
- Abstellraum

5.2.3 Sanitärräume

Eigenständig

- Bade-/Duschzimmer
- geschlechtsgetrennte Toiletten

5.3 Pflegeprozess

Der Pflegeprozess beinhaltet die Informationssammlung, die individuelle Pflegeplanung und die Dokumentation.

Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen.

Die Dokumentation sollte

- soweit wie möglich standardisiert sein u. a. als Leistungsnachweis für Kostenträger (Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger)
- Raum für individuelle Pflegeplanung und tagespflegespezifische Maßnahmen bieten.

Aus den Unterlagen der Dokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses sowie für Außenstehende die Transparenz der Leistungen hervorgehen. Die Dokumentation muss Grundlage zur laufenden Verbesserung der Pflegequalität bieten.

5.4 Platzzahl

Mindestplatzzahl: 8 Plätze

Einrichtungen mit mehr als 8 Plätzen sollten Gruppen bilden, deren Größe sich nach dem pflegerischen Aufwand der Pflegegäste richten muss. Die Gruppengröße sollte 8 Plätze keinesfalls überschreiten.

5.5 Öffnungszeiten

Mindestöffnungszeiten: 5 Tage wöchentlich, täglich 6 Stunden

Die Öffnungszeiten sollten den Bedürfnissen der Pflegegäste und ihrer Angehörigen entsprechen.

5.6 Fahrdienst

Die Einrichtung hat die notwendige und angemessene Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück zu gewährleisten. Der An- und Abfahrtsweg soll keinesfalls – auch bei Gruppenbeförderung – 45 Minuten überschreiten.

6. Einbindung in die Versorgungsstruktur

6.1 Einbindung in eine mehrgliedrige Einrichtung

Die Tagespflege als Teilangebot einer mehrgliedrigen Einrichtung muss

- personell
- baulich/räumlich
- organisatorisch und
- wirtschaftlich

selbständig sein.

Bei Tagespflegeeinrichtungen, die anderen Einrichtungen angegliedert sind, besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Mitnutzung von Versorgungs- und Wirtschaftseinheiten dieser Einrichtungen. Dies kann auch in das Pflegekonzept einbezogen sein im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten etc.. Die oben genannten räumlichen Voraussetzungen müssen gleichwohl gegeben sein, am besten mit einem gesonderten Zugang. (Zur personellen Ausstattung wird auf Ziffer 5.1 verwiesen).

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die grundsätzlich auch Angebote zur Tagesbetreuung machen und bei Bedarf Gäste in den Betreuungs- und Versorgungsbetrieb der Dauerpflegeeinrichtung integrieren („eingestreute Tagespflege“), ohne dafür die oben beschriebenen spezifischen Räumlichkeiten oder organisatorische Voraussetzungen geschaffen haben, **erhalten keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI als Tagespflegeeinrichtung und sind nicht förderungsfähig nach § 11 NPflegeG.**

6.2 Einbindung in das örtliche/regionale Versorgungssystem

Es wird vorausgesetzt, dass die Tagespflegeeinrichtung mit anderen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen auf institutioneller und fachlicher Basis zusammenarbeitet. Kooperationsverträge sind anzustreben.

6.3 Wohnortnahe Versorgung

Um die wohnortnahe Versorgung (§ 75 Abs. 2 Nr. 8 SGB XI) sicherzustellen, sollen die Einrichtungen in Absprache mit den Kommunen, den Pflegekassen und mit anderen Versorgungseinrichtungen ihre Einzugsbereiche klar definieren. Es soll angestrebt werden, Tagespflegeeinrichtungen flächendeckend anzubieten.

7. Versorgungsverpflichtung

Es ist anzustreben, für den nach Ziffer 6.3 definierten Bereich Versorgungsverpflichtung zu übernehmen. Das bedeutet, dass die Tagespflegegäste aus diesem Bereich bevorzugt aufgenommen und höchstens vorübergehend aus Kapazitätsgründen abgelehnt werden dürfen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Einrichtungen ihr Angebot dem Hilfe- und Pflegebedarf der Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsbereich anpassen und auch Schwerkranke bzw. schwer zu Pflegenden vom Tagespflegeangebot profitieren können.

8. Qualitätssicherung und –kontrolle

Zugrunde gelegt werden die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) vom 31. Mai 1996. Dieser Grundsätze und Maßstäbe gelten auch analog für die zusätzlichen therapeutischen Leistungen gemäß SGB V, siehe Ziffer 4.

9. Finanzierung

Gegenstand der Finanzierung sind

9.1 Pflegebedingte Aufwendungen nach Ziffer 3 anteilig für die Pflegeversicherung bis zu den jeweils nach Rechtslage gültigen Höchstbeträgen.

Restfinanzierung durch die Betroffenen selbst bzw. den jeweils zuständigen Sozialhilfeträger. Tagespflegegäste, die nicht als erheblich pflegebedürftig eingestuft sind, müssen die Tagespflege selbst finanzieren. Auf Antrag besteht bei Pflegebedürftigkeit und Anspruch auf Sozialhilfe die Möglichkeit der Kostenübernahme durch den jeweils zuständigen Sozialhilfeträger.

9.2 Medizinisch-therapeutische Leistungen nach Ziffer 4 sind nach ärztlicher Verordnung und Genehmigung durch die Krankenversicherungen zu finanzieren, wenn sie von Vertragspartnern ausgeführt werden.

9.3 Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“)

Das Entgelt für Unterbringung und Verpflegung wird von den Tagespflegegästen selbst übernommen, bei Anspruch auf Sozialhilfe vom jeweils zuständigen Sozialhilfeträger.

9.4 Investitions(folge)kosten

Investitions(folge)kosten sind grundsätzlich vom Tagespflegegast zu bezahlen. Für Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI erhält der Einrichtungsträger eine Förderung der gemäß § 82 Abs. 3 SGB XI gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach den Vorschriften des NPflegeG (Nds. GVBl. Nr. 10/1996, S. 245) und der Durchführungsverordnung zum NPflegeG (Nds. GVBl. Nr. 11/1996, S. 280). Im Ergebnis wird damit der pflegebedürftige Tagespflegegast von der Bezahlung der Investitionskosten der Einrichtung freigestellt.

Zur Erlangung einer Förderung der Investitionsaufwendungen nach dem NPflegeG wird auf die Betriebsnotwendigkeit der Investitionsaufwendungen als Fördervoraussetzung und auf die berücksichtigungsfähigen Höchstbeträge besonders hingewiesen.

Bekanntmachung
der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und
Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von
Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege
(Tages und Nachtpflege)

Vom 31. Mai 1996

Hinweis zum Text der Bekanntmachung:

Die Bekanntmachung ist im vom Bundesministerium der Justiz herausgegebenen Bundesanzeiger 1996, Nr 152 a (ausgegeben am 15. August 1996), S. 7, erfolgt.

**Planungsdaten des Niedersächsischen Sozialministeriums für
Altenpflegeheim-Plätze
(Stand: 1.7.1994)**

Allgemeines

Plätze in Altenpflegeheimen sind so anzulegen, dass sie für Bewohner und Beschäftigte günstige Voraussetzungen für eine aktivierende und ganzheitliche Pflege schaffen. Alten Menschen mit besonderer Behinderung (z. B. Rollstuhlfahrern) und insbesondere dementiell auffälligen Bewohnern ist in geeigneter und angemessener Weise entgegenzukommen.

Um den Wohnbedürfnissen der Bewohner eines Altenpflegeheimes gerecht zu werden, sollte eine Pflegeabteilung mit ca. 20 Plätzen in Wohngruppen mit jeweils 10 Bewohnern untergliedert werden. Denkbar sind auch Gruppengrößen mit jeweils 8 Bewohner, so dass die Abteilung bei zwei Gruppen insgesamt 16 bzw. bei drei Gruppen insgesamt 24 Bewohner umfassen würde.

Diesen Wohngruppen wird jeweils ein Aufenthaltsbereich zugeordnet, um die Wohnaktivitäten zu steigern. Darüber hinaus sind die Flurbereiche so zu gestalten, dass sie soziale Kontakte fördern.

Die Pflegezimmer sollen so konzipiert werden, dass eine teilweise Eigenmöblierung möglich ist.

Eine Zentralisierung der Funktionsräume ist im Hinblick auf eine räumliche Entflechtung von Wohnbereichen anzustreben.

Die Ansiedlung von Altenpflegeheim-Plätzen in einem Verbund mit anderen Angeboten für ältere Menschen, insbesondere mit Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, ambulanten Diensten und Altenwohnungen (mit Betreuung) ist anzustreben. Dies gilt auch für Angebote, die eine Öffnung der jeweiligen Einrichtung nach Außen bewirken, wie zu. B. Cafeteria, offener Mittagstisch, Bücherei, Therapie für Außenstehende, Angehörigenarbeit, Selbsthilfearbeit einschließlich ehrenamtlichem Engagement, kulturelle und sonstige Veranstaltungen.

1. Pflegeplätze

Einzelzimmer	ca. 14 qm NF
Einzelzimmer für Rollstuhlfahrer	ca. 16 qm NF
Doppelzimmer	ca. 20 qm NF
Doppelzimmer für Rollstuhlfahrer	ca. 23 qm NF

ca. 10 v. H. der Plätze für Rollstuhlfahrer

Flächen von Vorräumen zählen nicht zu den vorgenannten Nutzflächen

In Doppelzimmern alternative Aufstellung der Betten ermöglichen

Je Einzelzimmer möglichst einen Sanitärraum vorsehen	ca. 4 qm NF
Je Doppelzimmer ein Sanitärraum Sanitärraum für Rollstuhlfahrer	ca. 4 qm NF ca. 5,5 qm NF

Balkone sind bei den Pflegezimmern nicht erforderlich. Dafür sollen die Fenster mit transparenten Flächen im Brüstungsbereich vorgesehen werden.

Es wird empfohlen, an leicht zugänglichen Stellen „Bettenbalkone“ vorzusehen.

2. Gemeinschaftsbereich

Wohn-Essraum mit Teeküche für 2 Wohngruppen (20 Bewohner) Der Aufenthaltsraum sollte zentral liegen, mit Sichtverbindung zum Flur	ca. 40 qm NF
--	--------------

Flurerweiterung als Flächen für die Begegnung der Bewohner (Sitzecken) je Wohngruppe	ca. 10 qm NF
--	--------------

3. Funktionsbereich

Personalstützpunkt	ca. 36 qm NF
Schwesterndienstplatz	12 qm
Aufenthaltsraum	16 qm
Garderobe, WC	8 qm
Zentrale Lage und Sichtkontakt zu den Fluren wird empfohlen	
Stationsbad mit freistehender Wanne und Hubvorrichtung, Dusche mit Fußbodeneinlauf, WC und Handwaschbecken je Pflegeabteilung	ca. 18 qm NF
Pflegearbeitsraum	ca. 15 qm NF
Ausgussräume (Fäkalspüle) dezentral für je 2 Wohngruppe je 3,0 qm	ca. 6 qm NF
Wäscheraum	ca. 10 qm NF
Abstellraum und für Putzmittel	ca. 10 qm NF
Platz zum Abstellen von Rollstühlen	ca. 6 qm NF
Allgemein zugängliches WC getrennt für Damen und Herren, 1 WC muss behindertengerecht sein.	ca. 8 qm NF
Teeküche je Gruppe	
Mehrzweckraum für Therapie o. ä., evtl. in Verbindung mit dem Eingangsbereich (Foyer), ggf. auch für feierliche Anlässe	ca. 50 qm NF

4. Verkehrsflächen

Flurbreiten bei geraden Fluren	ca. 2,25 m
Flure mit Nischen, Mindestbreite an der schmalsten Stelle	ca. 1,90 m
Bei Anordnung von Nischen im Zugangsbereich der Pflegezimmer, Gesamtflurbreite	ca. 2,50 m
In mehrgeschossigen Einrichtungen einen Aufzug für Krankentragen und Rollstühle	

5. Sonstiges

Verwaltung und Sozialräume in erforderlichem Umfang	
Abstellräume für Sachen der Bewohner z. B. im Kellergeschoss – Sofern erforderlich, Aufbahrungsraum mit Waschbecken. Zweckentsprechende Lage des Raumes beachten	
Kubatur (Umbauter Raum) pro Platz angemessen bis	200 cbm

Anregungen zur hörgeschädigtengerechten Ausstattung von Heimen

In Untersuchungen des Deutschen Grünen Kreuzes wurde ermittelt, dass etwa jeder zweite Mensch über 65 Jahre einen Hörschaden aufweist. Es ist daher anzunehmen, dass ein Großteil der Bewohner von Seniorenheimen schlecht oder gar nicht mehr hört; Hörschaden dürften die am häufigsten anzutreffende Behinderung sein.

Betreiber von Seniorenheimen weisen gern darauf hin, dass ihr Haus „behindertengerecht“ ausgestattet sei. Hierzu ist festzustellen, dass mit dieser Formulierung fast ausschließlich die Belange von Menschen mit Gehbehinderungen angesprochen werden. Die Bedürfnisse anderer Behindertengruppen wie z.B. Sinnesbehinderter (Seh- und Hörgeschädigte) werden oft nicht erkannt und berücksichtigt.

Hörgeschädigte Bewohner in Heimen, wie etwa Senioren- oder Behindertenwohnheimen, werden in der Regel übersehen. Es gibt meist keinerlei technische Hilfen für sie, so dass sie innerhalb einer isolierten Minderheit zusätzlich isoliert leben. Die Auswirkungen sind für pflegebedürftige Menschen ganz besonders gravierend.

Ein älterer Mensch wird erheblich belastet, wenn er in einer Lebensphase schwerhörig wird oder ertaubt, in der die Fähigkeit zum Erlernen neuer Kommunikationsformen wie z.B. Mundablesen, Hören mit dem Hörgerät, Nutzung von Fingeralphabet und evtl. Lautsprachbegleitender Gebärden (LBG) erheblich geringer ist als in jüngeren Jahren. Die Gefahr der Vereinsamung ist bei diesen Menschen besonders groß, zumal sie oft allein sind, da Partner, Verwandte oder Freunde nicht mehr leben oder weniger mobil sind.

Meist wissen weder Betroffene noch Heimbetreuer, dass es z.B. an Volkshochschulen oder von Schwerhörigenvereinen organisierte Kurse gibt, in denen man Mundablesen, Lautsprachbegleitende Gebärden oder Hören mit dem Hörgerät üben kann.

Es sind daher folgende Hilfen für diesen Personenkreis notwendig:

- Anbringen von Licht-Türklingeln an den Wohnungstüren,
- mindestens ein Schreibtelefon für das Gebäude sowie hörgeschädigtengerechte Telefone mit Telefon-Lichtkegel für die Betroffenen in ihren Wohnungen,
- Fernseher mit Videotext und Infrarot-Übertragungsanlage mit Infrarot-Empfangsgeräten in der benötigten Anzahl,
- im Vortragssaal sollten eine Übertragungsanlage (Infrarot-, Funk- oder Induktionsanlage) oder Overheadprojektor vorhanden sein, Vorträge sollten auf Folien kopiert sein oder stichwortartig auf dem Overheadprojektor mitgeschrieben werden,
- alle Lautsprecher-Durchsagen müssen mit schriftlichen Informationen begleitet werden,

- große Räume sollen eine gute Schalldämmung (z.. Teppichböden, abgehängte Decken, vorhänge, Mobiliar) zur Vermeidung einer schlechten Akustik erhalten.
- Maßnahmen zur Schalldämmung von Außengeräuschen sind zu treffen, z.B. durch Einbau von Fenstern mit Schallsolierverglasung oder Verwendung von Wand-Schalldämmplatten, da schwerhörige Menschen, insbesondere Hörgeräteträger, bei Nebengeräuschen nur sehr schlecht verstehen können. Dies gilt besonders für Wohnbereiche mit stark befahrenen Straßen, Schienenverkehr, bei benachbarten Flugplätzen, Freibädern u. dgl.

Rolf Erdmann