



IS Immobilien-Service
GmbH



Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.

Institut für Gerontologie
an der TU Dortmund

Waldemar Schmidt (FfG), Martin Hölscher, Anja Mandelkow, Ulrich Schartow (IS)
(unter Mitarbeit von Nadège Piemeu, FfG)

Abschätzung des örtlichen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens



Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Bedarf – eine Begriffsklärung	4
3. Methodische Konzeption	6
3.1. Bedarfsbestimmung in der stationären Pflege	7
3.2. Zur künftigen Nachfrage nach Betreutem Wohnen	12
4. Entwicklung der Instrumente zur Bedarfs- bzw. Nachfrageabschätzung	14
4.1. Datenbedarf und -beschaffung	15
4.2. Berechnung des Platzbedarfs in der stationären Pflege	18
4.3. Quantifizierung der Nachfrage nach betreuten Wohnangeboten	19
5. Hinweise zur Interpretation der Berechnungsergebnisse	20
5.1. Stationäre Pflegeeinrichtungen	20
5.2. Exkurs zur Frage des Bedarfs an teilstationären Pflegeangeboten	22
5.3. Betreutes Wohnen	22
Quellenverzeichnis	28
Anhang	30

1. Vorbemerkung

Die IS Immobilien Service GmbH, Köln, hat mit Jahresbeginn 2011 ein neues Verfahren zur Einschätzung der Bedarfs- bzw. Nachfrageentwicklung in den Bereichen „Stationäre Pflege“ und „Betreutes Wohnen“ eingeführt, das 2010 vom Institut für Gerontologie an der TU Dortmund erarbeitet worden ist. Das Institut hat bereits in den 1990er Jahren im Auftrag der nordrhein-westfälischen Landesregierung Analysen zum Bedarf in der pflegerischen Versorgung angestellt und zuletzt (FfG 1998) ein indikatorengestütztes Planungsmodell vorgelegt. Basierend auf diesen Forschungserfahrungen sollte eine Methode gefunden werden, die aktuelle und zukünftige Bedarfssituation am Standort von Einrichtungen der stationären Pflege oder des Betreuten Wohnens mit hoher Genauigkeit zu quantifizieren. Grundsätzlich war in diesem Zusammenhang zu beachten, dass die Nachfrage nach Einrichtungen des Betreuten Wohnens anderen Bedingungen unterliegt als der Bedarf an stationären Pflegeeinrichtungen.¹ Um zu beziffern, inwieweit Angebote Betreuten Wohnens voraussichtlich in Anspruch genommen werden, hat sich die IS Immobilien Service GmbH bislang auf den **durchschnittlichen Versorgungsgrad** mit entsprechenden Wohnungen bezogen, der von der empirica Wirtschaftsforschung und Beratung GmbH, Berlin, auf der Basis von ca. 4.000 im Jahr 2002 erfassten Projekten für unterschiedliche Gemeindegrößeklassen errechnet worden ist.² Dieses Vorgehen sollte darauf hin geprüft werden, ob sich damit zuverlässige Aussagen über die Nachfrageentwicklung in diesem Marktsegment treffen lassen.

Während der Auftragsbearbeitung hat eine regelmäßige inhaltliche Abstimmung zwischen dem Auftraggeber und dem Forschungsinstitut stattgefunden. Der folgende Beitrag befasst sich mit den wissenschaftlichen und methodischen Implikationen der Bedarfsbestimmung sowie der Darstellung der Berechnungsmodelle und ihrer Funktionsweise. Die Instrumente selbst sind dem Auftraggeber zur Verfügung gestellt worden.

¹ S. u., S. 4 ff.

² empirica 2003: 8.

2. Bedarf – eine Begriffsklärung

Bevor die Frage einer **Quantifizierung** von Bedarf behandelt werden kann, ist erst – qualitativ – zu bestimmen, was unter diesem Begriff verstanden werden soll.

Wie er häufig verwendet wird, erweckt er den Anschein des **Objektiven** – als stehe ein für allemal fest, **was**, in bestimmten Mengen, benötigt wird. Wie sich jedoch die Konsumgewohnheiten verändern, variiert auch der Bedarf, wobei es nicht nur um das Mehr oder Weniger an Gütern geht, sondern auch um die **Art** der Güter selbst: die alltägliche Erfahrung über längere Zeiträume zeigt, dass gewohnte Produkte nicht mehr im Angebot erscheinen und andere an ihrer Stelle oder auch zusätzlich aufgenommen werden. Diese Entwicklung verläuft abhängig davon, ob die betreffenden Produkte für potenzielle Konsumenten attraktiv genug sind bzw. bleiben, d. h. für sie einen entsprechenden **Nutzen** haben, dass sie bereit sind, dafür einen **Preis** zu zahlen. Ein solcher Nutzen ist, insbesondere bei neuen, neuartigen Produkten, für mögliche Interessenten nicht in jedem Fall sofort erkennbar, sondern sie müssen erst darauf aufmerksam (gemacht) werden; dies ist die Funktion von Werbung. Es be- oder entsteht Nachfrage, der ein Angebot gegenübersteht. Im Idealfall gleichen sich beide aus, in der Regel weichen sie voneinander ab. Übersteigt das Angebot die Nachfrage, herrscht ein Überangebot, ist die Nachfrage größer als das Angebot, liegt **Bedarf** vor.

Dies ist insofern trivial, als lediglich grundlegende marktwirtschaftliche Mechanismen beschrieben werden. Sie werden aber angesprochen, weil an ihnen ein wesentlicher Unterschied zwischen den Angeboten deutlich wird, um die es in dieser Untersuchung geht: stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) 1995 haben zwar Marktprinzipien auch in die pflegerische Versorgung in Deutschland Eingang gefunden. Sie gelten jedoch vor allem für den Wettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen und einer wirtschaftlichen Betriebsführung. Der **Zugang** zu den Pflegeangeboten ist dagegen – jedenfalls wenn es um Leistungen der Pflegeversicherung geht, d. h. im Normalfall – (sozial-) staatlich geregelt: um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, **muss** Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien des SGB XI vorliegen, was durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen als staatlich legitimierte Institution festgestellt wird. **Wettbewerb** zwischen den Pflegeeinrichtungen findet deswegen um eine **Anzahl** von Personen statt, die sich von Marktprozessen **unbeeinflusst** ergibt und durch **Werbung** nicht erhöht werden kann – **Pflegebedürftigkeit ist nicht zu bewerben**. Besonderen Restriktionen unterliegt dabei die stationäre Pflege, die gemäß § 3 SGB XI gegenüber der häuslichen Pflege **nachrangig** ist. Dies ist sicherlich im Sinne der (meisten) pflegebedürftigen Personen, von hohem Interesse aber vor allem für die **Kommunen** als örtliche Träger der Sozialhilfe: sie **müssen** die Kosten der stationären Versorgung übernehmen, soweit sie die reinen Pflegekosten, die von der Pflegeversicherung getragen werden, übersteigen und von den pflegebedürftigen Personen selbst bzw. ihren Angehörigen nicht aufgebracht werden können. Die Kommunen sind deshalb bestrebt, den Ausbau der stationären Pflege zu **begrenzen** und engagieren sich vielmehr, die Infrastrukturbedingungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege zu verbessern.

Bedarf an zusätzlichen stationären Pflegeplätzen ist also nur in dem Ausmaß zu erwarten, wie die Zahl pflegebedürftiger Personen, die **nicht** häuslich gepflegt werden können und für die **keine** Plätze in bestehenden Pflegeeinrichtungen vorhanden sind, voraussichtlich steigen wird.

Während also der Zugang zur stationären Pflege als Leistung der Pflegeversicherung sehr weitgehend reglementiert ist, trifft dies auf Einrichtungen des Betreuten Wohnens **nicht** zu. Häufig als lebenswertere Alternative zu einem Pflegeheim dargestellt und auch so wahrgenommen, handelt es sich hierbei gleichwohl **nicht** um Pflege-, sondern – ausdrücklich – um **Wohneinrichtungen**. Von anderen Wohnangeboten unterscheiden sie sich durch

- eine baulich-technische Gestaltung und Ausstattung der Gebäude sowohl wie der Wohnungen selbst, die den mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher werden Mobilitätseinschränkungen der Bewohnerinnen und Bewohner Rechnung tragen und in dieser Beziehung nach dem Kriterium der **Barrierefreiheit** zu beurteilen sind;
- ergänzende Betreuungskonzepte, die allerdings mehr oder minder variieren.³

Dass Betreutes Wohnen an keine generellen⁴ Voraussetzungen gebunden, d. h. frei zugänglich ist, impliziert, dass darauf **kein Anspruch** geltend gemacht werden kann wie im Falle von Pflegebedürftigkeit auf Leistungen der Pflegeversicherung. Für die Einrichtungsträger bedeutet dies, dass sie einerseits **keine Absatzgarantie** im Rahmen eines objektivierten Bedarfs haben, der sich aus geregelten Ansprüchen ergibt, sie andererseits jedoch das Nachfragevolumen beeinflussen können, indem sie ihr Angebot bewerben. Bedarf als erwartete Nachfrage bzw. Nachfrageüberschuss über ein bestehendes Angebot hinaus ist im Fall des Betreuten Wohnens also keine feste Größe, sondern hat einen gewissen **Entwicklungsspielraum**. Er ist nicht nur durch den angenommenen **Nutzen** bestimmt, für den das Angebot steht; dieser muss von Interessenten auch als solcher **für sie selbst** wahrgenommen werden, d. h. es muss ein Bedürfnis vorhanden sein bzw. antizipiert werden können, das mit dem Angebot Betreuten Wohnens korrespondiert. Ist dies gegeben, kommt es für die Entwicklung der Nachfrage noch auf das Preis-Leistungs-Verhältnis an: damit ist nicht so sehr die „objektive“ Seite dieser Relation gemeint – die Frage also, ob die Leistung nach Art und Umfang und das Leistungsentgelt als wechselseitig **angemessen** betrachtet werden können, wovon die Bereitschaft, den geforderten Preis zu zahlen, nicht ausschließlich abhängt. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, ob ausreichend Kaufkraft zur Verfügung steht, um eine Einrichtung Betreuten Wohnens vermarkten zu können, es genügend Interessenten gibt, die sich ein solches Angebot leisten können.

³ Eine Erörterung solcher konzeptionellen Varianten findet im Zusammenhang der Beschäftigung mit Fragen der Quantifizierung von „Bedarf“ statt; s. u., S. 21 ff.

⁴ Dadurch ist nicht ausgeschlossen, dass bei einer Förderung durch die öffentliche Hand Bedingungen für die Belegung der betreffenden Wohnungen gestellt werden.

3. Methodische Konzeption

Im Hinblick auf die hier gestellte Aufgabe, ein Verfahren zur quantitativen Einschätzung von Entwicklungen in der stationären Pflege und im Betreuten Wohnen zu finden, sind die vorhergegangenen Überlegungen so zu verstehen, dass

- a) die Versorgung pflegebedürftiger Personen mit stationären Pflegeplätzen als **ausreichend** – und somit **dem Bedarf entsprechend** – angesehen werden kann, weil diejenigen Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung, die **nicht** in Pflegeheimen leben, offensichtlich zuhause – ggf. mit professioneller Unterstützung durch ambulante Pflegedienste – gepflegt werden können;
- b) eine vergleichbare Aussage über das bestehende Angebot betreuter Wohneinrichtungen **nicht** getroffen werden kann, sondern darüber hinaus ein Vermarktungspotenzial zu erwarten ist, das in seiner Größenordnung von verschiedenen Faktoren abhängt, aber dann besonders hoch zu sein verspricht, wenn der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung durch das Betreute Wohnen tatsächlich verhindert wird.

Lässt sich also sagen, dass in der stationären Pflege unter SGB XI-Bedingungen tatsächliche Versorgung und Bedarf zusammenfallen, muss aus der **zurückliegenden** Entwicklung der Fallzahlen ein Maß für den **künftigen** Bedarf abgeleitet werden können. Analog aus der aktuellen Belegung von betreuten Wohneinheiten auf die künftige Nachfrage nach dieser Wohnform zu schließen, ist dagegen zwar ebenfalls sinnvoll, aber aus dem genannten Grund **unzureichend**.

3.1. Bedarfsbestimmung in der stationären Pflege

Von der Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Personen ist zumeist die Rede, wenn es auch um die Alterung der Bevölkerung geht. Dass hier ein Zusammenhang besteht, wird augenfällig, wenn die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit unter Altersaspekten über einen längeren Zeitraum betrachtet wird: seit 1996 sind konstant über vier Fünftel der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung 60 Jahre oder älter, die 80-jährigen und Älteren machen rd. die Hälfte aus (Abbildung 1, Seite 7). Da also alte, vor allem hochalte Personen in besonderem Maße von dem Risiko betroffen sind, pflegebedürftig zu werden, ist es naheliegend, sich auf diese Bevölkerungsgruppe als Referenzgröße zu beziehen, um ein Kriterium für den Platzbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen zu finden. So ist z. B. schon im 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen⁵ der Hinweis zu lesen, bei der örtlichen Versorgungsplanung Kapazitäten in einem Umfang von 5% bis 5,5% der Altersgruppe ab 65 Jahre bzw. 21% bis 24% der Altersgruppe ab 80 Jahre als erforderlich zu veranschlagen. Zugleich wird explizit geraten, diese Quoten vorbehaltlich noch abzuwartender Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen sehr behutsam, im Sinne „eine(r) vorläufige(n) regionale(n) Bedarfsorientierung“ zu verwenden.

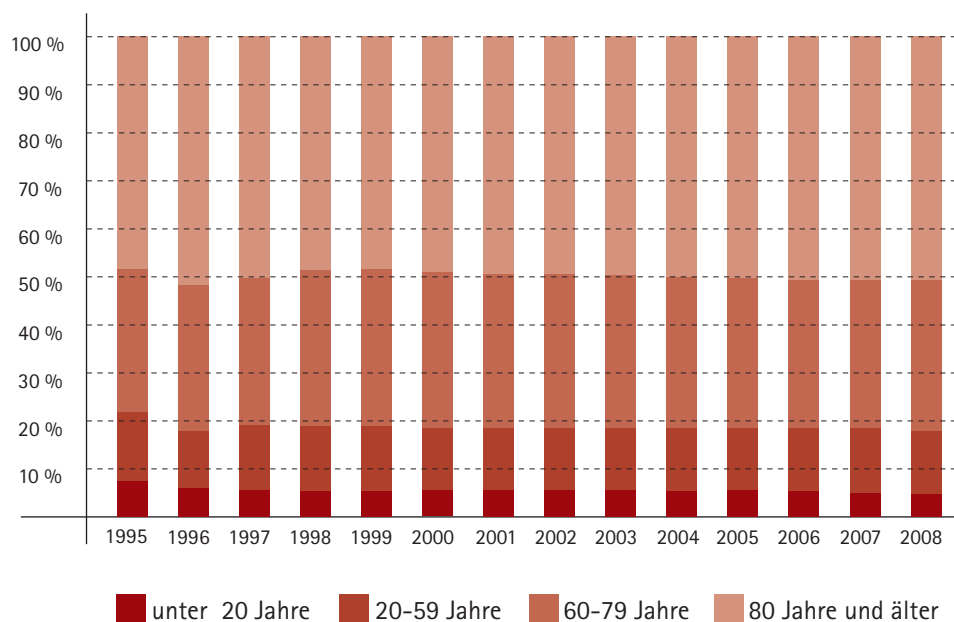


Abbildung 1: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung

Quelle: BmG 2010.⁶

⁵ MAGS 1991: 59.

⁶ Die Abbildung 1 zugrunde liegenden absoluten und relativen Zahlenwerte werden an dieser Stelle um der Lesbarkeit des Textes willen nicht zitiert; die betreffende Tabelle steht im Anhang auf S. 30.

In den Jahren nach Erscheinen des 2. Landesaltensplans für Nordrhein-Westfalen hat sich das Institut für Gerontologie im Landesauftrag ausführlich mit dieser Thematik befasst.⁷ Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass nicht nur die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, mit dem Alter variiert, sondern die Notwendigkeit, in diesem Fall stationär versorgt werden zu müssen, auch regionale Abweichungen aufweist. Zurückgeführt wurden diese auf eine Reihe von Einflussfaktoren, die in ihren Wirkungen analysiert worden sind, um darauf ein **indikatorengestütztes** Konzept zur Bedarfsberechnung zu gründen.⁸ Im Anschluss an die Einführung der Pflegeversicherung wurde das ursprüngliche Konzept weiterentwickelt, sein **methodisches Prinzip** jedoch beibehalten: von der aktuellen altersspezifischen Nutzung von Pflegeleistungen unter empirisch fundierten Annahmen über Veränderungen der beeinflussenden Parameter auf den zukünftigen Bedarf in einer alternden Bevölkerung zu schließen. In Hinsicht auf den stationären Pflegebedarf wurden zuletzt⁹ die Altersgruppen zwischen 65 und 75 Jahren und ab 75 Jahre sowie das häusliche Pflegepotenzial (Relation zwischen der Anzahl der 50- bis 74-jährigen Frauen und der Anzahl 80-jähriger und Älterer) und der Anteil 65-jähriger und Älterer in Haushalten mit einer Person an den Haushalten mit einer Person insgesamt betrachtet. Bezogen auf das Vorhaben, ein bundesweit einsetzbares Instrumentarium zur Abschätzung künftigen Pflegeplatzbedarfs zu erstellen, ergibt sich die Frage, ob und inwieweit dabei an das vor mehr als zehn Jahren für die Infrastrukturplanung in den Kommunen Nordrhein-Westfalens entworfene Berechnungsverfahren angeknüpft werden kann.

Wobei die Relevanz der seinerzeit untersuchten Indikatoren unverändert besteht: dass das häusliche Pflegepotenzial mit dem Bedarf an Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen korreliert, ist ebenso evident wie der Umstand, dass alleinlebende Personen ein höheres Risiko tragen, in ein Pflegeheim umziehen zu müssen, wenn sie pflegebedürftig werden, als jemand, der in einem größeren Haushalt lebt. Seither sind jedoch weitere Einflüsse hinzugekommen bzw. haben nach der Einführung der Pflegeversicherung an Bedeutung zugenommen, die regional unterschiedlich ausgeprägt sind:

- **Ambulante Pflege, Tages-, Nachtpflege, Kurzzeitpflege:** diese Elemente der Pflegeinfrastruktur unterstützen – und entlasten somit – die häuslichen Pflegepersonen und tragen so dazu bei, ihre Pflegemotivation und -fähigkeit zu erhalten; indem diese Angebote in Anspruch genommen werden, vermindert sich der Bedarf an Plätzen in der vollstationären Dauerpflege.
- **Alltagsbezogene Dienstleistungen:** damit ist ein umfangreiches Angebot an hauswirtschaftlichen Diensten, Hilfe bei der Mobilität u. dgl. bezeichnet, das ebenfalls den Effekt hat, die häusliche Pflege zu erleichtern und dadurch mindernd auf den Platzbedarf in der vollstationären pflegerischen Dauerversorgung zu wirken.

⁷ FfG 1995, FfG 1998.

⁸ Diese indikatorengestützte Methode der Bedarfsermittlung ist auf alle pflegerischen Versorgungsbereiche, also auch auf ambulante, Tages- und Kurzzeitpflege, und zunächst (FfG 1995: 168 ff) auch auf hauswirtschaftliche Unterstützung angewandt worden.

⁹ FfG 1998.

- **Wohnberatung und Wohnraumanpassung:** die Wohnungen pflegebedürftiger Personen sind nach ihrer Lage im Gebäude, ihren baulichen Gegebenheiten sowie ihrer Ausstattung häufig so beschaffen, dass sie die häusliche Versorgung erschweren oder verhindern. Oft handelt es sich aber dabei um Defizite, die durch Umbau, Verbesserung der Ausstattung und den Einsatz von Hilfsmitteln ohne unverhältnismäßig großen Aufwand beseitigt oder so weit verringert werden können, dass häusliche Pflege ermöglicht wird.¹⁰ Auch dies schränkt den Bedarf an Plätzen in der vollstationären Dauerpflege ein.
- **Betreutes Wohnen:** Einrichtungen des Betreuten Wohnens können eine Alternative zu einem Leben im Pflegeheim darstellen¹¹ und hier zu einer Bedarfsminderung führen.
- **Arbeitslosigkeit:** die Geldleistungen der Pflegeversicherung können bei Arbeitslosigkeit, insbesondere wenn sie lang andauert, benötigt werden, um das Familieneinkommen zu erhöhen, und deshalb die Bereitschaft steigern, einen pflegebedürftigen Angehörigen zuhause zu versorgen – wie auch Arbeitslosigkeit aus diesem Grund in Kauf genommen werden kann. Arbeitslosigkeit ist mithin gleichfalls ein Faktor, der den Bedarf in der stationären Pflege reduziert.¹²

In welchem Maße sich diese Wirkungen auf den Pflegebedarf in stationären Einrichtungen zukünftig entfalten und dabei verstärken, muss das Instrumentarium zur Bedarfsabschätzung, das hier erstellt werden sollte, also berücksichtigen. Die Aufgabe, die zu diesem Zweck gelöst werden musste, könnte demnach so verstanden werden: dass die Wirkungsgröße für jeden einzelnen Parameter bestimmt und aus diesen Einzelwerten eine **Gesamtwirkung** ermittelt werden müsste, die einen **Grundbedarf** an Pflegeheimplätzen um einen gewissen Faktor verändert. Diese Überlegung führt jedoch in eine Sackgasse, weil ein solcher Grundbedarf **nicht beziffert** werden kann;¹³ vielmehr sind die verschiedenen bedarfsmindernden oder -verstärkenden Einwirkungen in allen vorliegenden Daten zur stationären pflegerischen Versorgung **immer schon** enthalten.¹⁴

¹⁰ Entsprechende Maßnahmen können gemäß § 40.4 SGB XI bis zu einem Betrag von 2.557,- (vordem 5.000,- DM) von den Pflegekassen bezuschusst werden.

¹¹ Vgl. dazu S. 22 ff.

¹² Dass von einer verringerten Wirkung auf den Platzbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen gesprochen wird, bezieht sich nicht auf den aktuellen Bestand, d. h. es ist nicht mit einem *Abbau* der Kapazitäten zu rechnen (es sei denn in Ausnahmefällen). Vielmehr ist gemeint, dass die infolge der weiter steigenden Zahl alter, vor allem hochalter Personen zu erwartende Zunahme an Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden müssen, geringer ausfallen kann, wenn die genannten Einflüsse zum Tragen kommen.

¹³ Davon abgesehen stellen sich auch methodische Probleme in Hinsicht auf eine *Quantifizierung* der Einflüsse sowie vor allem auf *Voraussagen über ihre Weiterentwicklung* ein – die für eine Bedarfsprognose benötigt werden.

¹⁴ Als die indikatorengestützten Verfahren zur Bedarfsbestimmung entstanden sind, lagen zwar insofern noch andere Bedingungen vor, als die Infrastruktur zur Versorgung bei Pflegebedürftigkeit vor und auch noch kurz nach der Einführung der Pflegeversicherung erst wenig entwickelt war. *Unbeeinflusster* Pflegebedarf ließ sich jedoch auch damals analytisch nicht isolieren. Deshalb waren aufwändige Erhebungen notwendig, um den spezifischen Bedarf in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens zu ermitteln, wie er hier im jeweiligen Zusammenwirken der verschiedenen Parameter zustande kam, und Indizes zu berechnen, die die Bedarfsentwicklung vorzuberechnen erlaubten.

Eine Abschätzung der künftigen Bedarfsentwicklung in der stationären Pflege erfordert also ein anderes methodisches Vorgehen. Dem Vorhaben kommt zugute, dass seit dem Erlass einer entsprechenden Verordnung¹⁵ Ende 1999 eine differenzierte Pflegestatistik geführt wird. Hierbei werden zu zweijährig wiederkehrenden Erhebungszeitpunkten wichtige Daten zur Pflegebedürftigkeit und zur pflegerischen Versorgung in Deutschland erfasst, von denen in der Frage künftigen Bedarfs die **Pflegequoten** primär interessieren,¹⁶ d. h. die spezifischen Bevölkerungsanteile, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. In dieser Beziehung zeigt sich (Abbildung 2, Seite 10), dass der Anteil pflegebedürftiger Personen im Sinne des SGB XI nicht allein mit ihrem Alter, sondern auch mit ihrem **Geschlecht** zusammenhängt: er nimmt mit dem Alter zu und ist unter Frauen **höher** als unter gleichaltrigen Männern. Mit dem Geschlecht tritt so ein weiterer bedarfsrelevanter Parameter hervor, der bislang nicht explizit in Betracht gezogen worden ist. Diese Abhängigkeit von Alter und Geschlecht lässt sich nicht nur unter den Empfängerinnen und Empfängern von SGB XI-Leistungen insgesamt feststellen, sondern auch, wenn dabei nach **Leistungsart** unterschieden und z. B. die stationäre Pflege in den Blick genommen wird. Die **alters- und geschlechtsspezifischen Versorgungsquoten** in stationären Pflegeeinrichtungen, wie sie sich über einen längeren Beobachtungszeitraum verändern, können Aufschluss darüber geben, mit welchem Pflegeplatzbedarf in Zukunft gerechnet werden muss, indem sie auf eine Bevölkerungsprognose bezogen werden, die die Verteilung nach Alter und Geschlecht genauso ausweist.

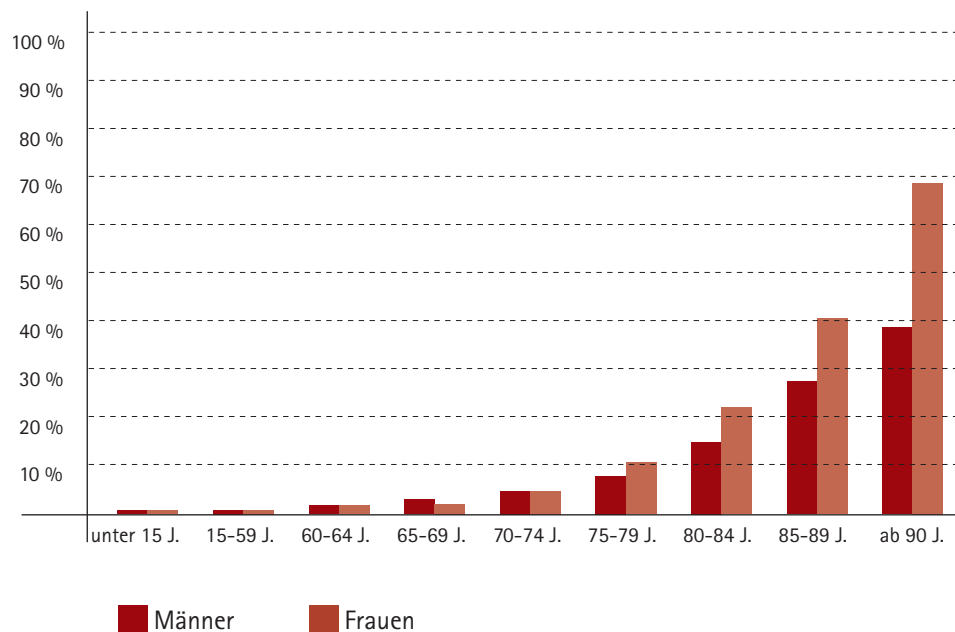


Abbildung 2: Pflegequoten in Deutschland 2007

Quelle: StatBA 2008: 14.¹⁷

¹⁵ PflegeStatV.

¹⁶ Erhoben werden außerdem Details zur Größe der Pflegeeinrichtungen, zu ihrem Leistungsspektrum und ihrer Personalausstattung sowie zur Personalqualifikation.

¹⁷ Vgl. Anhang, S. 31.

Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit folgt dem demografischen Wandel, genau gesagt: der **Alterung** der Bevölkerung, und zwar speziell der Zahl **hochalter** Personen mit einer **erhöhten** Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden und Leistungen nach SGB XI in Anspruch zu nehmen. Diese Zahl ist in der Vergangenheit stark gestiegen und wird auf absehbare Zeit weiter steigen¹⁸ – ein Prozess, der jedoch **nicht homogen** verläuft: es zeigen sich vielmehr regionale Unterschiede, die z. T. deutlich ausgeprägt sind, d. h. der Zuwachs in der fraglichen Bevölkerungsgruppe fällt **nicht überall gleich hoch** aus. Ein Verfahren, den örtlichen Bedarf an Plätzen in Pflegeheimen zu berechnen, muss daher auf die örtlichen **Besonderheiten der Alterung** Rücksicht nehmen. Aber nicht allein der demografische Wandel unterliegt regionalen Abweichungen; dies trifft ebenfalls auf den Anteil der stationären Pflege an den Leistungen der Pflegeversicherung zu, und eben darin spiegelt sich die von Region zu Region unterschiedliche Wirksamkeit der o. g.¹⁹ Parameter. Für eine realitätsnahe Einschätzung des Pflegeplatzbedarfs ist darum zu empfehlen, keine Bundes- oder Landesdurchschnittswerte der alters- und geschlechtsspezifischen stationären Pflegequoten zu nutzen, sondern auch hierbei sollte ein regionaler Bezug gewahrt sein. Mit den statistischen Ämtern der Bundesländer, welche die Pflegestatistik führen, war deswegen zu klären, wie **kleinräumig** die stationären Pflegefallzahlen ausgewertet und publiziert werden können. Die erforderlichen Bevölkerungsdaten sollten aus dem EDV-Tool MapChart übernommen werden.

¹⁸ Vgl. für die Bundesrepublik Deutschland StatBA 2006.
¹⁹ Vgl. S. 7 ff.

3.2. Zur künftigen Nachfrage nach Betreutem Wohnen

Das Berliner Beratungsunternehmen empirica hat zum Betreuten Wohnen auf der Datenbasis von rd. 4.000 erfassten Projekten Versorgungsziffern ermittelt, die für Kommunen unterschiedlicher Größenordnung zwischen 0,9% und 2,4%, bezogen auf die Altersgruppe über 65 Jahre, betragen.²⁰ So wird die aktuelle (2002) Nutzung dieser Wohnform im Durchschnitt der Städte und Gemeinden in der jeweiligen Größenklasse abgebildet, ein Maß **künftiger Nachfrage** ist damit aber aus mehreren Gründen nicht gegeben:

- die Versorgungsquoten reflektieren eine Situation, die bereits einige Zeit zurück liegt; geeignete Vergleichszahlen, die auf einen Trend hinweisen könnten, sind nicht verfügbar, daher ist unklar, ob die besagten Quoten auf längere Sicht einer Veränderung unterworfen sind und wie groß diese ggf. ausfällt.
- Es handelt sich um Durchschnittswerte, die die konkrete Versorgungs- bzw. Nachfragesituation in einer Kommune unzureichend wiedergeben und deshalb zu einer Einschätzung der Nachfrageentwicklung auch nur bedingt taugen.
- Fraglich ist, ob die Personen im Alter über 65 Jahre als Bezugspopulation zweckmäßig gewählt sind oder nicht vielmehr Betreutes Wohnen ein Angebot ist, dessen Attraktivität sich erst im Alter ab 70 oder 75 Jahre erschließt.²¹
- Betreute Wohnangebote sind von großer Vielfalt und reichen von wenigen einfachen Serviceleistungen über eine barrierefreie (bei älteren Einrichtungen zumindest barrierearme) Wohnung (und ein ebensolches Wohngebäude) hinaus bis zur pflegerischen Versorgung als Wahlleistung. So wenig mithin ein einheitliches Angebot „Betreutes Wohnen“ vorzufinden ist, so uneinheitlich ist auf der anderen Seite die Nachfrage. Solche Angebotsdifferenzierungen werden von durchschnittlichen Versorgungsquoten nivelliert.
- In Zusammenhang damit stehen die zuvor²² angestellten Überlegungen, dass die Nachfrage nach Betreutem Wohnen anders als der Platzbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen durch spezifische Gestaltung des Angebots und darauf abgestellte Werbung beeinflusst werden kann, so dass Versorgungsziffern obsolet werden.

²⁰ empirica 2003: 8

²¹ Hinweise darauf finden sich in der Fachliteratur, z. B. Saup u. a. (2004): hier ergibt sich für eine Grundgesamtheit von 381 Bewohnerinnen und Bewohnern betreuter Wohneinrichtungen ein Anteil von fast 85%, der auf die Altersgruppe ab 70 Jahre entfällt, die 80-jährigen und Älteren kommen auf annähernd die Hälfte (47,2%). Tendenziell bestätigt wird dies durch den Altenhilfeplan des Landkreises München 2001: demnach waren von 52 Personen, die im Betreuten Wohnen lebten, 75% mindestens 70 Jahre und knapp 30% wenigstens 80 Jahre alt (Landkreis München 2001).

²² Vgl. S. 4 ff.

Wie Betreutes Wohnen in Zukunft nachgefragt wird, kann gleichwohl nicht abgeschätzt werden, ohne sich auf die gegenwärtige Nutzung zu beziehen, also Versorgungsrelationen zu bestimmen, die sich auf die Zukunft projizieren lassen – wobei die Ergebnisse aus den genannten Gründen jedoch einen größeren Interpretationsspielraum lassen als die Bedarfsporgnose im Hinblick auf die stationäre Pflege. Werden die Versorgungsquotienten lokal gebildet, d. h. aus dem örtlichen Bestand an betreuten Wohneinheiten und der ansässigen Bevölkerung im relevanten Alter, können die Ungenauigkeiten, die bei der Anwendung der von empirica berechneten Durchschnittswerte zu erwarten wären, vermieden werden. Letzterer kommt dann allein die Funktion zu, Referenzwerte zu finden, auf die sich rekurren lässt, um die aus den konkreten Nachfragebedingungen am Standort einer geplanten Wohneinrichtung abgeleiteten Prognoseergebnisse zu beurteilen.

4. Entwicklung der Instrumente zur Bedarfs- bzw. Nachfrageabschätzung

Das im vorangegangenen Abschnitt beschriebene methodische Vorgehen bei der Einschätzung der in Zukunft benötigten Platzzahl in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Wesentlichen das gleiche wie bei der Vorausschau auf die Nachfrage nach Betreutem Wohnen: hier wie da wird aus den jeweiligen Nutzungsquotienten auf die künftige Bedarfslage bzw. das zu erwartende Nachfrageverhalten geschlossen. Voraussetzung dafür ist, dass die erforderlichen Daten beschafft werden können. Soweit dies nicht durch Map-Chart gegeben ist, muss nach Möglichkeit auf amtliche Statistiken zugegriffen werden, um den Erhebungsaufwand am vorgesehenen Standort von Pflegeheimen oder betreuten Wohneinrichtungen gering zu halten. Von der Qualität dieses Datenmaterials hängt letztlich die Eignung des hier vorgeschlagenen Verfahrens der Bedarfs- bzw. Nachfragebestimmung ab. Die notwendigen Rechenoperationen können in der Weise automatisiert werden, dass die betreffenden Daten in die dazu vorbereitete Matrix eines Kalkulationsprogramms eingetragen werden, das im Ergebnis Zahlenangaben zum Bedarf an Pflegeplätzen und zur Nachfrage nach Betreutem Wohnen liefert. Für diesen Zweck muss keine spezielle Software verwendet werden, vielmehr ist die Standard-Bürosoftware Microsoft-Excel ausreichend. Wie dieses Verfahren im Detail zu handhaben ist, wird nach der folgenden Erörterung des Datenbedarfs erläutert.

4.1. Datenbedarf und -beschaffung

Um zu Nutzungsrelationen zu kommen, müssen zum einen **Fallzahlen** zur Nutzung, zum anderen **Bevölkerungszahlen** bekannt sein; damit sie zueinander sinnvoll in Beziehung gesetzt werden können, müssen sie auf dieselbe Art aggregiert sein. Daten zur Bevölkerungsstruktur stellt MapChart bundesweit für verschiedene **Jahre** und kleine, als Mikromärkte bezeichnete **regionale Einheiten** bereit, ebenfalls eine Bevölkerungsvorausberechnung für das Jahr 2025. Die Anzahl pflegebedürftiger Personen, die in Heimen leben, wird – neben anderen Informationen – von den statistischen Ämtern der Bundesländer im Rahmen der **Pflegestatistik** seit 1999 alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15. Dezember erhoben. Zentrale Ergebnisse werden regelmäßig in unterschiedlicher Form publiziert, die Fallzahlen in der stationären (und in der ambulanten) Pflege nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert jedoch nur für die Bundesländer und nicht für kleinere Gebietsgrößen.

Gerade auf diese Differenzierung kommt es aber an, wenn regionale und lokale Besonderheiten bei der auf Versorgungsquotienten gestützten Einschätzung des Bedarfs an Pflegeplätzen nicht vernachlässigt werden sollen. Grundsätzlich kann das Datenmaterial der Pflegestatistik allerdings nach regionalen Gesichtspunkten ausgewertet werden (dies geschieht teilweise auch²³). Mit den statistischen Landesämtern war daher zu klären, ob sie altersgruppen- und geschlechtsspezifisch differenzierte Daten zu den pflegebedürftigen Personen in stationärer Versorgung für kleine Gebietsgrößen (möglichst auch für kreisangehörige Kommunen) zur Verfügung stellen können. Eine vom nordrhein-westfälischen statistischen Landesamt²⁴ koordinierte bundesweite Anfrage dazu hat ergeben, dass alle Bundesländer in der Lage sind, die betreffenden Daten für die **kreisfreien Städte und Kreise** bereitzustellen, und zwar überwiegend für die gewünschten Berichtsjahre 2001 bis 2007, so dass Zeitreihen aufgestellt werden können, die sich auf vier Messzeitpunkte beziehen.²⁵ Ausnahmen sind **Hamburg** und **Schleswig-Holstein**, die keine Auswertung für 2003 und 2005 vornehmen können; in **Sachsen** und **Sachsen-Anhalt** finden Gebietsreformen statt, was zur Folge hat, dass die Daten zumeist nur für den jeweiligen Gebietsstand vorliegen und in diesen Fällen keine Zeitreihen zu erstellen sind, d. h. die Bedarfseinschätzung Daten erst ab dem Erhebungsjahr 2007 nutzen kann. Eine Analyse nach **kleineren regionalen Einheiten** wie kreisangehörigen Kommunen wird dagegen als sehr **aufwändig** und mit **datenschutzrechtlichen** Problemen behaftet angesehen und deshalb von sechs Bundesländern generell abgelehnt.

Auftraggeber und Institut haben sich daraufhin so verständigt, dass auf Pflegedaten für kreisangehörige Kommunen ganz verzichtet werden und hier vielmehr die kreisspezifischen Pflegequoten zur Anwendung kommen sollen. Um die Struktur der Bevölkerungs- und der Pflegedaten einander anzupassen, erschien es leichter, die Differenzierung der Einwohnerzahlen nach MapChart zugrunde zu legen, die zum einen siebzehn Altersgruppen und zum anderen die Unterscheidung der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht umfasst (doch keine Einteilung nach Männern und Frauen **innerhalb** der Altersgruppen; Pflegequoten können infolgedessen nur geschlechtsspezifisch oder altersgruppenspezifisch bestimmt werden). Da die relative stationäre Pflegehäufigkeit im Alter unter 60 Jahre sehr niedrig ist und

²³ Z. B. StatBA 2010.

²⁴ Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW).

²⁵ Um Ungenauigkeiten auszuschließen, die aufgrund fehlender Erfahrung mit der Pflegestatistik bei der ersten Erhebung 1999 evtl. aufgetreten sein können, sollte dieses Jahr nicht einbezogen werden.

erst danach deutliche Unterschiede aufweist,²⁶ reicht es hin, die Bevölkerung ab dem 60. Lebensjahr detailliert zu betrachten. Jenseits des 75. Lebensjahrs unternimmt MapChart keine weitere Unterteilung; für die Untersuchung der Bedarfsentwicklung in der stationären Pflege sind demnach die Altersgruppen

- unter 60 Jahre,
- 60 bis 64 Jahre,
- 65 bis 74 Jahre,
- 75 Jahre oder älter

relevant.

Um nicht nur den Gesamtbedarf an Pflegeplätzen im Jahr 2025, sondern auch den **zusätzlichen** Bedarf in nächsten Jahren berechnen zu können, muss der aktuelle **Bestand** an Plätzen im Einzugsgebiet bekannt sein. Dieser geht aus der Pflegestatistik **nicht** hervor und ist bei der örtlichen Recherche für die Standortbegutachtung zu ermitteln.

Bevölkerungszahlen werden auch für die Einschätzung der künftigen Nachfrage nach Einrichtungen des Betreuten Wohnens gebraucht; eine Differenzierung nach Geschlecht ist dabei nicht erforderlich, weil keine Möglichkeit gegeben ist, diese Information auf die Personen zu beziehen, die im Betreuten Wohnen leben. Betreute Wohnangebote werden nicht in vergleichbarer Weise systematisch erfasst wie die Leistungen der Pflegeversicherung; meistens verfügen die zuständigen Fachämter der kommunalen Verwaltungen lediglich über Bestandskenntnisse, wie die Wohnungen belegt sind (Geschlecht und Alter der betreffenden Personen), wissen die Betreiber der Einrichtungen. Dies zu erfahren, ist mit großem Rechercheaufwand verbunden, und ohnehin ist fraglich, ob Bereitschaft zur Auskunft besteht, wie auch kaum beurteilt werden kann, ob Angaben korrekt und vollständig sind. Für die Aufgabe einer Nachfrageprognose muss daher genügen, aus der Anzahl der betreuten Wohneinheiten und der Größe verschiedener Altersgruppen im Einzugsgebiet Nutzungsrelationen zu bilden, mittels derer aus einer Bevölkerungsvorausberechnung darauf geschlossen werden kann, mit welcher Nachfrageveränderung zu rechnen ist. Dabei sei daran erinnert,²⁷ dass das Resultat der Berechnung anders zu bewerten ist als bei der stationären Pflege, weil hier auf die (Gesamt-) Nachfrage durch Angebotsgestaltung eingewirkt werden kann.²⁸

²⁶ Vgl. S. 10.

²⁷ Vgl. S. 4 ff.

²⁸ Vgl. S. 22 ff.

Zur Zusammenfassung der Anforderungen an das grundlegende Datenmaterial und der Datenquellen, auf die zugegriffen werden kann, folgende Übersicht:

Datenbedarf		Datenquellen
stationäre Pflege	Bevölkerungsdaten (nach Altersgruppen, nach Geschlecht, nach kreisangehöriger Stadt bzw. Kreis, nach Einzugsgebiet)	® MapChart
	Bevölkerungsvorausberechnung (nach Altersgruppen, nach Geschlecht, nach Einzugsgebiet)	® MapChart
	Pflegefallzahlen (nach Altersgruppen, nach Geschlecht nach kreisangehöriger Stadt bzw. Kreis)	® Pflegestatistik
	Bestand an Pflegeplätzen im Einzugsgebiet	® eigene Recherche
Betreutes Wohnen	Bevölkerungsdaten (nach Altersgruppen, nach kreisangehöriger Stadt bzw. Kreis, nach Einzugsgebiet)	® MapChart
	Bevölkerungsvorausberechnung (nach Altersgruppen, nach Einzugsgebiet)	® MapChart
	Bestand an betreuten Wohneinheiten im Einzugsgebiet	® eigene Recherche

4.2. Berechnung des Platzbedarfs in der stationären Pflege

Die Abschätzung der Bedarfsentwicklung in der stationären Pflege erfolgt in vier Schritten:

1. werden aus den Bevölkerungsdaten der kreisfreien Stadt bzw. des Kreises, wo der Standort des geplanten Pflegeheims liegt, und den stationären Pflegefallzahlen, die in der Pflegestatistik für diese Stadt bzw. diesen Kreis ausgewiesen sind, altersspezifische und geschlechtsspezifische **Pflegequoten** gebildet.
2. werden aus diesen Pflegequoten **Mittelwerte** sowie **Trendwerte** für ein Jahr und für vier Jahre nach der letzten Erhebung für die Pflegestatistik errechnet; die Trendwerte werden bis 2025 festgeschrieben.
3. werden diese Mittelwerte und die Trendwerte auf eine **Vorausberechnung der Bevölkerung im Einzugsgebiet** der geplanten Pflegeeinrichtung für das Jahr 2025 bezogen.
4. wird aus den resultierenden Werten für den Gesamtbedarf an Pflegeplätzen im Jahr 2025 nach Maßgabe der mittleren jährlichen Veränderung seit dem Ausgangsjahr der **zusätzliche Platzbedarf** in den Jahren ab 2011 berechnet.

Die Berechnungen beginnen mit der Feststellung, wie hoch der Personenanteil in der jeweiligen Bevölkerungsgruppe und im jeweiligen Jahr ist, der stationäre Pflege in Anspruch nimmt. Mit welchem Pflegeplatzbedarf zukünftig gerechnet werden muss, hängt davon ab, wie sich diese Pflegequoten im Voraussagezeitraum verändern werden. Hierzu werden zwei Annahmen getroffen:

1. die Quoten bleiben längerfristig **stabil**, so dass für die Vorausberechnung die Mittelwerte aus den zurückliegenden Jahren herangezogen werden können (wenn aufgrund von Gebietsreformen nur Daten zu einem Erhebungszeitpunkt vorliegen, werden diese wie Mittelwerte behandelt);
2. die Entwicklung folgt einem **Trend**, der für das vierte Jahr nach dem jeweils letzten Berichtszeitraum berechnet (sofern auf Daten zu mindestens drei aufeinander folgenden Erhebungszeitpunkten zugegriffen werden kann) und für die Zeit danach festgeschrieben wird.

Auf der Grundlage der Mittelwerte für den Zeitraum 2001 bis 2007 und der Trendwerte bis 2011, festgeschrieben bis 2025, wird der voraussichtliche Gesamtbedarf an Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2025 ermittelt. Dabei ergeben sich **vier** Werte, je nachdem

- ob **Mittelwerte** oder **Trendwerte**
- auf die **altersspezifische** oder **geschlechtsspezifische Differenzierung** der Bevölkerungsvorausberechnung angewandt werden.

Der **niedrigste** und der **höchste** dieser Werte markieren die Grenzen, innerhalb derer der tatsächliche Pflegeplatzbedarf zu erwarten sein wird.

4.3. Quantifizierung der Nachfrage nach betreuten Wohnangeboten

Die Festlegung von Orientierungsgrößen für die weitere Nachfrage nach Betreutem Wohnen muss mit weniger differenzierten Daten zur Nutzung dieser Wohnform auskommen als die Bedarfsabschätzung in Hinsicht auf die stationäre Pflege; deshalb werden auch weniger differenzierte Bevölkerungsangaben gebraucht. Das Vorgehen selbst umfasst drei Schritte:

1. werden aus altersdifferenzierten Bevölkerungszahlen und der im Einzugsgebiet recherchierten Anzahl betreuter Wohneinheiten **Versorgungsraten** berechnet, diese sodann
2. mit den entsprechenden Werten einer **Bevölkerungsvorausberechnung** für 2025 in Beziehung gesetzt, und
3. wird aus den so gewonnenen **Nachfragezahlen** insgesamt auf der Basis der mittleren jährlichen Veränderung gegenüber dem aktuellen Bestand die **zusätzliche** angenommene Nachfrage in der näheren Zukunft abgeleitet.

Ob die Nachfrage nach Betreutem Wohnen tatsächlich in der genannten Größenordnung steigen wird, muss mit Blick auf die angestellten Überlegungen zum Begriff des Bedarfs und auf die soziodemografische Struktur der Bevölkerung im Einzugsgebiet des geplanten Standorts beurteilt werden. Dazu werden im letzten Abschnitt dieser Ausarbeitung einige Hinweise gegeben.

5. Hinweise zur Interpretation der Berechnungsergebnisse

Dass Prognosen immer schwierig seien, besonders wenn es um die Zukunft gehe, ist ein beliebtes Bonmot. Richtig ist, dass Aussagen über erst **bevorstehende** Entwicklungen nur im Rahmen der **Plausibilität** der zugrunde gelegten Annahmen – **relative** – Gültigkeit beanspruchen können – also in dem Grad und **solange**, wie diese Annahmen zutreffend bleiben. Hieraus folgt, dass Voraussagen umso ungenauer werden, je weiter sie in die Zukunft reichen. Nun bezieht sich das vorgestellte Verfahren zur Abschätzung des Pflegeplatzbedarfs und der Nachfrage nach betreuten Wohnangeboten rechnerisch zwar auf das Prognosejahr 2025 und umfasst somit einen Zeitraum von jetzt fünfzehn Jahren. Bei der Standortbegutachtung kommt es jedoch vorläufig nicht auf diese langfristige Perspektive an, sondern auf den Zeithorizont der jeweiligen Planungen, der als zunächst begrenzt auf die fünf Jahre bis 2015 angesehen werden kann. Für diese Zeit kann aber sowohl der Bedarf an Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen wie auch die Nachfrage nach Betreutem Wohnen beziffert werden – wengleich nicht auf der Basis einer entsprechenden Bevölkerungsvorausberechnung; vielmehr ergeben sich die Zahlen aus der **mittleren jährlichen** Veränderung bis 2025. Diese Werte sind hinreichend genau für eine verlässliche Standortbegutachtung, ohne dass allerdings eine **eindeutige** Festlegung erfolgt, durch die ein Maß an Gewissheit suggeriert würde, das methodisch nicht haltbar ist. Stattdessen kommt es jeweils zu **mehreren** Berechnungsergebnissen, die die Variationsbreite der Bedarfs- bzw. Nachfrageentwicklung unter den getroffenen Annahmen reflektieren. Es geht jetzt darum, wie diese Zahlen im Einzelnen bei der Beurteilung geplanter Einrichtungsstandorte zur Anwendung kommen.

5.1. Stationäre Pflegeeinrichtungen

Die Bildung der für die Bedarfsabschätzung erforderlichen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten fußt auf den von den statistischen Ämtern der Bundesländer zur Verfügung gestellten Zahlen der in stationären Pflegeeinrichtungen versorgten Personen in den kreisfreien Städten und Kreisen in Deutschland und den aus MapChart vorliegenden Bevölkerungszahlen. In der Begutachtung von Einrichtungsstandorten betrifft die Quantifizierung des Pflegeplatzbedarfs, mit dem in den nächsten Jahren zu rechnen ist, **kleinere** regionale Einheiten, nämlich das **Einzugsgebiet** des geplanten Standorts. MapChart liefert für die in die Berechnung eingehenden Jahre, auch für das Prognosejahr 2025, kleinräumige Bevölkerungsdaten, die innerhalb von kreisfreien Städten und kreisangehörigen Kommunen nach **Postleitzahlbezirken** gegliedert sind. Die Berechnung des Pflegeplatzbedarfs erfolgt dann, wie beschrieben,²⁹ durch Eingabe der für das definierte Einzugsgebiet im Jahr 2025 ausgewiesenen Bevölkerungszahlen in die vorgesehene Tabelle. Die resultierenden Bedarfswerte implizieren dabei, dass es in diesem Einzugsgebiet **keine Abweichungen** von den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten gibt, die für die kreisfreie Stadt bzw. den Kreis ermittelt wurden, in der bzw. dem der Standort liegt.

Solche Abweichungen können aber **nicht ausgeschlossen** werden. Beispielsweise können sich alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten in kreisangehörigen Kommunen von den Durchschnittswerten des Kreises unterscheiden, was dann – zumindest auf längere Sicht – eine **Unter-** bzw. **Überschätzung** des Pflegeplatzbedarfs in den kreisangehörigen

²⁹ S. o., S. 18 ff.

Kommunen nach sich zieht. Ähnliche Differenzen sind in kreisfreien Städten zwischen einzelnen Stadtteilen zu vermuten. Deshalb empfiehlt sich, den tatsächlichen Bestand an Pflegeplätzen im Einzugsgebiet unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Auslastung³⁰ mit den Werten abzugleichen, die sich aktuell durch Berechnung ergeben, indem die Pflegequoten auf die **Bevölkerungsstruktur** im Einzugsgebiet bezogen werden. Die Unterschiede können in die Bedarfsermittlung so einbezogen werden, dass die unteren der ausgewiesenen Bedarfswerte zur Orientierung gewählt werden, wenn der erhobene Bestand die **errechnete Größe unterschreitet**, und im anderen Fall die **Maximalwerte** als maßgebend gelten.

Wie hoch der Pflegeplatzbedarf im Einzugsgebiet eines geplanten Pflegeheims einzuschätzen ist, hängt von der **Definition** dieses Einzugsgebiets ab, bei der räumliche und demografische Gesichtspunkte beachtet werden müssen: je größer die Anzahl der Personen, die im Einzugsgebiet leben, und darunter der Anteil derjenigen, die ein erhöhtes Risiko tragen, pflegebedürftig zu werden und stationär versorgt werden zu müssen, desto höher fällt der Pflegeplatzbedarf aus. Das bedeutet selbstverständlich nicht im Umkehrschluss, dass das Einzugsgebiet nur groß genug gewählt werden muss, um einen hinreichenden Bedarf für eine beliebige Pflegeplatzzahl begründen zu können. Konzeptionelles Kriterium stationärer Pflege sind in dieser Hinsicht vielmehr die sozialen Bezüge der pflegebedürftigen Personen, die auch nach einem Umzug in ein Heim möglichst erhalten bleiben sollen.

Solche **Wohngebietsorientierung** setzt Nähe voraus, die weniger räumlich zu verstehen ist denn als **Erreichbarkeit**; nicht die faktische Distanz ist ausschlaggebend, sondern die verkehrstechnische Anbindung, namentlich an den Öffentlichen Personennahverkehr. Innerhalb kreisfreier Städte kommen deshalb gewachsene **Stadtteile**, ggf. auch **Quartiere** als Einzugsgebiete in Frage, in Kreisen sind die kreisangehörigen Kommunen nach ihrer Größe bzw. ihrer räumlichen Gliederung unterschiedlich zu beurteilen: wenn es ausgeprägte Stadt- bzw. Ortsteilstrukturen gibt, sollte die Bestimmung von Einzugsgebieten darauf bezogen sein; speziell gilt dies für ehemals selbstständige Ortschaften, die im Zuge von Gebietsreformen mit anderen zu größeren kommunalen Einheiten zusammengefasst worden sind, aber weiterhin ein geschlossenes Siedlungsgebiet darstellen. Dennoch kann es sich auch als sinnvoll herausstellen, dass ein Einzugsgebiet solche kommunalen Grenzziehungen überschreitet, wenn zwischen Nachbarstädten bzw. -gemeinden traditionell engere Beziehungen der Bevölkerung existieren; für die Bewertung der Bedarfslage eines Standorts an der **Peripherie** ist diese Frage fundamental.

Was im Kontext der Bedarfsanalyse außerdem ins Gewicht fällt, ist der auf den ersten Blick widersinnig erscheinende Umstand, dass der vom Gesetz geforderte Primat der häuslichen Pflege eine Ausweitung des stationären Pflegeangebots z. T. **begünstigt**: gemeint ist hier nicht die vollstationäre Dauerpflege, sondern diejenigen (teil-) stationären Versorgungsmöglichkeiten, die durch Entlastung der familiären Pflegepersonen die häusliche Pflege unterstützen, also in erster Linie **Kurzzeitpflege** und **Tagespflege**, in geringerem Maße auch **Nachtpflege**. Dass die Tagespflege z. B. erwerbstätigen Personen erst ermöglicht, regelmäßig pflegebedürftige Angehörige zu versorgen, wie auch generell kontinuierliche

³⁰ Vom Statistischen Bundesamt für die kreisfreien Städte und Kreise in Deutschland regelmäßig veröffentlicht, zuletzt in StatBA 2010.

Phasen der Erholung von der physisch, psychisch und emotional stark belastenden Pflege-tätigkeit bietet, ist durch die Verbesserung der Finanzierung aus Mitteln der Pflegeversi-cherung anerkannt worden.³¹ Aus diesem Grund ist es angebracht, in die Einrichtungspla-nung auch ein Kontingent an Tagespflegeplätzen konzeptionell aufzunehmen und in die Prüfung des Pflegeplatzbedarfs einfließen zu lassen.

5.2. Exkurs zur Frage des Bedarfs an teilstationären Pflegeangeboten

Die Pflegestatistik beinhaltet auch Angaben zum Anteil der Tagespflege an der stationä-ren Pflege insgesamt, so dass der spezifische Bedarf im Prinzip auf dieselbe Art kalkuliert werden könnte wie der Gesamtbedarf an Pflegeplätzen. Was derzeit aber noch dagegen spricht, dieses Verfahren anzuwenden, ist der Umstand, dass die bislang bekannten Fall-zahlen in der Tagespflege die Auswirkungen der Mitte 2008 in Kraft getretenen Änderun-gen im Pflegeversicherungsgesetz noch nicht enthalten können – dies kann frühestens 2009 der Fall sein, und für dieses Berichtsjahr ist der zugehörige Teilbereich der Pflegesta-tistik noch nicht veröffentlicht. Ob zu diesem Zeitpunkt aber bereits eine spürbare Zunah-me der Nutzung beobachtet werden kann oder erst das Berichtsjahr 2011 auszuwerten ist, muss abgewartet werden. Dass die Tagespflege stärker in Anspruch genommen werden wird, scheint außer Frage zu stehen, womit der Versuch einer Quantifizierung des zusätzli-chen Bedarfs für die Infrastrukturplanung unerlässlich ist.

Solange sich auf empirischer Grundlage noch keine verlässlichen Versorgungsquoten für die Tagespflege in kreisfreien Städten und Kreisen finden lassen, kann im Sinne einer vor-läufigen Bedarfseinschätzung auf eine der bereits erwähnten älteren Untersuchungen des Instituts für Gerontologie zurückgegriffen werden:³² Ausgehend von der Annahme, dass 10% der pflegebedürftigen Personen im Alter ab 75 Jahre, die auf ambulante Pflegeleis-tungen angewiesen sind, auch Tagespflegebedarf haben, wird hier eine durchschnittliche Bedarfsquote von 0,5% dieser Altersgruppe errechnet. Die Fallzahlen in der teilstationären Pflege stiegen zwischen 2001 und 2007 von 0,2% auf 0,33% der 75-jährigen und Älteren, eine Trendberechnung ergibt für 2009 und 2011 Quoten um 0,4%.³³ Tagespflegeplätze in einer Anzahl vorzuhalten, die sich an 0,5% der Altersgruppe ab 75 Jahre orientiert, darf angesichts der neuen Finanzierungsmodalitäten, die seit Mitte 2008 für die Tagespflege gelten, als angemessen gewertet werden, bis neue Daten der Pflegestatistik eine regionali-sierte Bedarfseinschätzung erlauben.

5.3. Betreutes Wohnen

Die Nachfrage nach Angeboten des Betreuten Wohnens gehorcht, wie bereits erläutert, anderen Gesetzmäßigkeiten als die (stationäre) Pflege, was im Detail weniger Absatzi-sicherheit auf der einen, mehr Vermarktungsoptionen auf der anderen Seite mit sich bringt. Betreutes Wohnen ist überdies bei Weitem nicht so reglementiert wie die stationäre Pflege und beinhaltet vielmehr im Ganzen ein breites Spektrum an Betreuungsleistungen, die auf verschiedenste Bedürfnisse gerichtet, aber im Einzelnen keineswegs immer verfügbar sind. Die Resonanz auf diese Wohnform steht insofern in enger Beziehung dazu, ob das spezi-

³¹ § 41 SGB XI; PFWG 2008.

³² FfG 1995: 223 ff.

³³ Vgl. Anhang, S. 31.

fische Leistungsangebot in seinem Einzugsbereich auf ein gleichgerichtetes Bedürfnis trifft. Während in der stationären Pflege aus den alters- und geschlechtsspezifischen Versorgungsquoten bzw. ihrer Veränderung in den letzten Jahren Schlüsse auf den Versorgungsbedarf in der Zukunft gezogen werden können, die eine hohe Genauigkeit erwarten lassen, ist dies bei betreuten Wohnangeboten **nicht** gleichermaßen zulässig, da die entsprechenden Quoten im Grundsatz einer **größeren Variabilität** unterworfen sind und zugleich die Datenlage – anders als in puncto pflegerische Versorgung – unzureichend ist: eine der Pflegestatistik vergleichbare Erfassung des Betreuten Wohnens existiert nicht; was sich von Fall zu Fall mit geringem Aufwand feststellen lässt, ist der Bestand an Wohnungen mit Betreuungsangebot in den Kommunen – ohne dass die Genauigkeit der Information stets gewährleistet ist –, Kenntnisse über die alters- und geschlechtsspezifische Belegung dieser Wohnungen liegen allenfalls rudimentär vor. Infolgedessen können lediglich weniger differenzierte Versorgungsquoten bestimmt werden, so für eine einzelne Altersgruppe wie in der erwähnten Studie von empirica³⁴ und – für andere Altersgruppen – in dem hier erörterten Instrument zu Abschätzung der Nachfrage in diesem Bereich. Die Werte, die sich durch Hochrechnung auf die Altersstruktur der Bevölkerung im Jahr 2025 und nach Maßgabe der mittleren jährlichen Veränderung vom Basisjahr bis 2025 für die nächsten Jahre errechnen, lassen daher einen großen Spielraum offen, was die tatsächliche Nachfrageentwicklung angeht.

Die Nachfrageprognose, die aus den von empirica ermittelten Versorgungsquoten für die Altersgruppe ab 65 Jahre folgt, gibt einen ersten Anhaltspunkt. Diese Quoten spiegeln jedoch einen **Durchschnitt** wider, der in Kommunen der jeweiligen Größenklasse **über-** oder **unterschritten** werden kann. Aussagekräftiger sind deswegen die Quoten, die vom tatsächlichen Bestand an Wohnungen mit Betreuungsangebot im Einzugsgebiet einer geplanten Wohneinrichtung ausgehen. Sie werden in der Regel von den Quoten aus der empirica-Untersuchung abweichen, und diese Differenz muss bewertet werden. Liegen die tatsächlichen Versorgungsquoten **höher**, ist offensichtlich eine größere Nachfrage realisiert worden, deren Ursache in der **Bevölkerungsstruktur** im Einzugsgebiet oder im **Angebot** liegen kann. Was die Zusammensetzung der Bevölkerung betrifft, kann prinzipiell davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft, im Alter freiwillig einen Wohnungswechsel vorzunehmen, um im Falle eintretender Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit optimale Versorgungsbedingungen vorzufinden, nicht mit geringem Einkommen, niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status, geringer Mobilität korreliert. Wer andererseits bereit ist, auf diese Weise Vorsorge für sein höheres Alter und damit möglicherweise, aber nicht mit Gewissheit einhergehende Einschränkungen zu treffen, und in der Lage ist, für diese vielleicht überflüssige Vorsorge zu zahlen, erwartet ein auch qualitativ hochwertiges Betreuungsangebot, das gewissen Kriterien genügen sollte. Von Einfluss ist indes auch die **Haushaltsgröße**: wer allein lebt, ist eher mit der Notwendigkeit konfrontiert, über den Erhalt der Selbstständigkeit nachzudenken; ob dagegen mit familiärer Unterstützung gerechnet werden kann, lässt sich indirekt aus dem **Familienstand** schließen, wozu MapChart Daten bereitstellt.

Wenn die realen Quoten der Versorgung mit Angeboten Betreuten Wohnens **niedriger** ausfallen als von empirica festgestellt, kann vermutet werden, dass noch ein Nachfragepo-

³⁴ empirica 2003.

tenzial vorhanden ist, das abgerufen werden kann – was durch eine Bewertung der Bevölkerungsstruktur auf der Grundlage des Indikators „Bonität“, wozu MapChart desgleichen Informationen liefert,³⁵ sowie der **Qualität** des Betreuungsangebots ggf. zu bestätigen sein wird. Letztere muss für den Vermarktungserfolg als **entscheidend** angesehen werden: da es Fälle gibt, in denen sich hinter dem Etikett „Betreutes Wohnen“ weit weniger verbirgt, als Interessenten damit assoziieren mögen, kommt es darauf an, mit der Qualität des Betreuungsangebots offensiv zu werben. Welche Kriterien dabei relevant sind, wird exemplarisch aus dem Qualitätssiegel „Betreutes Wohnen für ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen“³⁶ ersichtlich, das sich auf die Leistungsbereiche

- Bauwerk und Umfeld,
- Grundservice,
- Wahlservice und
- Vertragsgestaltung

erstreckt, zu denen eine Vielzahl von Qualitätsanforderungen formuliert werden. **Grundlegend** ist die sichere Nutzung der gesamten Wohnanlage einschließlich der Außenbereiche durch **barrierefreie** Gestaltung gemäß den Vorgaben des Deutschen Instituts für Normung.³⁷ Soweit es die bauliche Seite angeht, handelt es sich also um Bestimmungen, die für altengerechtes Wohnen im herkömmlichen Sinne ebenso gelten (könnten). Genauso wenig ist die Nähe zu Infrastruktureinrichtungen des täglichen Bedarfs (Lebensmitteleinzelhandel, Ärzte, Apotheken, Banken u. dgl.), die für die Wahrung einer selbstständigen Lebensführung bei alterstypischen Mobilitätseinschränkungen essentiell ist, ein exklusives Merkmal Betreuten Wohnens. Was diese Wohnform auszeichnet, ist ein vertraglich vereinbartes Dienstleistungsangebot, das darüber hinausgehend Selbstständigkeit gewährleisten soll. Hierzu zählt als Erstes alles, was dazu beiträgt, die Haushaltsführung wie die ganze Alltagsgestaltung zu erleichtern, damit die individuellen Leistungsreserven nicht vorzeitig erschöpft werden und das Risiko wächst, pflegebedürftig zu werden.

Gänzlich zu verhindern ist Pflegebedürftigkeit freilich nicht, und so kann als stärkstes (Werbe-) Argument für Betreutes Wohnen betrachtet werden, dass es eine **Alternative** zum Leben in einem Pflegeheim sein kann, das in der Vorstellung vieler Menschen angstbesetzt ist, und sei es nur wegen einer befürchteten Einbuße persönlicher Freiheit. Die pflegerische Versorgung ist darum ein wesentliches Anliegen des Qualitätssiegels „Betreutes Wohnen ...“ und bereits bei Vertragsabschluss in der Weise zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftigkeit **keinen Kündigungsgrund** darstellen darf; im Gegenteil sollen Alten- und Krankenpflege explizit zum Spektrum der **Wahlleistungen** und diesbezügliche Beratung zum Basisangebot gehören. In Verbindung mit anderen Wahlleistungen, die die Pflege in rehabilitativem Sinne ergänzen (Krankengymnastik, Ergotherapie etc.), kann (noch in gewissem Maße) selbstständiges Leben aufrecht erhalten werden – soweit auch eine andere Voraussetzung erfüllt ist: die kontinuierliche Beobachtung und Betreuung der pflegebedürftigen Person während der überwiegenden Zeit des Tages, in der keine Pflegekräfte oder Therapeutinnen bzw. Therapeuten anwesend sind. Wenn daher die Pflege im

³⁵ Zusätzlich kann der Indikator Arbeitslosigkeit von Interesse sein.

³⁶ IAT, FfG 2004.

³⁷ Als maßgebend werden die DIN 18024-1, DIN 18025-1 und DIN 18025-2 genannt (IAT, FfG 2004: 14); es gibt darüber hinaus die DIN 77800:2006-09 (D), die „Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ normiert.

Betreuten Wohnen einen hohen konzeptionellen Rang hat, ist damit ein Wettbewerbsvorteil verbunden, der die Vermarktungschancen erhöht. Zu empfehlen, beispielsweise einem ambulanten Pflegedienst oder einer Krankengymnastikpraxis in einer Einrichtung Betreuten Wohnens Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen oder zwischen dem Betreiber der Wohneinrichtung und relevanten Dienstleistern ein formales Kooperationsverhältnis zu begründen, um den Stellenwert der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Betreuten Wohnen zu verdeutlichen, ist allerdings heikel, weil dadurch die Wahlfreiheit der Bewohnerinnen und Bewohner in Frage gestellt sein kann. Gleichwohl kann es sich auf das Sicherheitsgefühl positiv auswirken zu wissen, dass im Falle von Pflegebedürftigkeit in unmittelbarer Nähe der Wohnung ein ambulanter Pflegedienst einen Standort hat.

Quellenverzeichnis

BmG 2010	Bundesministerium für Gesundheit, Leistungsempfänger am Jahresende nach Altersgruppen 1995 bis 2008, http://www.bmg.bund.de/nn_1193090/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/xls-Leistungsempfaenger-am-Jahresende-nach-Altersgruppen.html
empirica 2003	empirica Wirtschaftsforschung und Beratung GmbH, Wohnen im Alter – Teil 3: Betreutes Wohnen/Service-Wohnen – aktueller Marktüberblick. empirica paper Nr. 77, http://www.empirica-institut.de/kufa/empi077mtk.pdf
FfG 1995	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie, Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen, Bd. I: Bericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Bd. II: Planungshilfen für die Kommunen. Dortmund.
FfG 1998	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Indikatoren gestütztes Planungsmodell zur Pflegeinfrastruktur. Dortmund.
IAT, FfG 2004	Qualitätssiegel „Betreutes Wohnen für ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen“. Hrsg.: Geschäftsstelle Seniorenwirtschaft am Institut Arbeit und Technik. (Zwischenzeitlich liegt diese Broschüre in 5. vollständig überarbeiteter und ergänzter Auflage vor: Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen Nordrhein-Westfalen. Hrsg.: Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen Nordrhein-Westfalen e. V. Bochum 2009)
Landkreis München 2001	Altenhilfeplan 2001 des Landkreises München. Anhang 3: Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner in betreuten Wohnanlagen im Landkreis München. München.
MAGS 1991	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Politik für ältere Menschen. 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
PflegeStatV	Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV). Ausfertigungsdatum: 24.11.1999.
PfWG 2008	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) von 28. Mai 2008

Saup u. a. 2004	Saup, W. u. a., Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen. Augsburg.
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch: Soziale Pflegeversicherung, zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.7.2009 I 2495.
StatBA 2006	Statistisches Bundesamt, 11. koordinierte Bevölkerungsvorberechnung. Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden.
StatBA 2008	Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse Dezember 2007. Wiesbaden.
StatBA 2010	Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Wiesbaden.

Anhang

Pflegeversicherung Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Altersgruppen

a) absolut

Jahr	Alter von ... bis unter ... Jahren										Insgesamt	davon	
	unter 20	20-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90u.älter		Männer	Frauen
1995	72 868	115 845	35 268	46 911	67 876	99 910	104 481	199 787	201 266	117 206	1 061 418	378 118	683 300
1996	79 987	141 175	48 169	63 850	91 544	136 124	175 144	284 103	325 613	201 126	1 546 746	483 178	1 063 568
1997	85 673	167 699	51 835	71 271	96 381	141 922	207 077	266 744	348 612	222 734	1 659 948	524 453	1 135 495
1998	88 803	181 239	52 650	78 128	98 187	148 920	237 459	243 118	366 654	242 960	1 738 118	550 141	1 187 977
1999	93 544	189 994	51 675	82 922	104 551	157 874	256 598	238 865	383 315	267 024	1 826 362	580 825	1 245 537
2000	90 625	191 357	46 667	83 681	105 401	158 154	249 784	255 189	365 231	276 080	1 822 169	579 007	1 243 162
2001	90 358	194 202	43 254	83 844	108 619	159 134	244 189	290 281	336 621	289 100	1 839 602	587 151	1 252 451
2002	92 214	199 223	43 314	83 196	115 062	161 907	246 296	335 885	304 488	307 184	1 888 969	607 370	1 281 599
2003	92 426	201 919	43 405	80 211	120 677	158 487	248 849	368 164	266 649	314 630	1 895 417	615 421	1 279 996
2004	91 568	204 550	44 414	75 588	123 102	161 228	253 309	382 744	262 001	327 199	1 925 703	628 742	1 296 961
2005	91 890	206 363	48 162	68 868	125 202	164 758	255 726	378 507	292 687	319 790	1 951 953	643 155	1 308 798
2006	91 823	208 680	50 945	63 808	125 148	168 700	255 470	368 965	334 924	300 042	1 968 505	654 887	1 313 618
2007 1)	92 545	213 252	54 111	64 062	124 238	179 155	260 007	374 074	383 657	284 184	2 029 285	680 551	1 348 734
2008 1)	93 049	221 172	57 809	66 719	125 314	195 883	269 306	391 260	423 516	269 457	2 113 485	719 142	1 394 343

b) in v.H.

Jahr	Alter von ... bis unter ... Jahren										Insgesamt	davon	
	unter 20	20-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90u.älter		Männer	Frauen
1995	6,9	10,9	3,3	4,4	6,4	9,4	9,8	18,8	19,0	11,0	100,0	35,6	64,4
1996	5,2	9,1	3,1	4,1	5,9	8,8	11,3	18,4	21,1	13,0	100,0	31,2	68,8
1997	5,2	10,1	3,1	4,3	5,8	8,5	12,5	16,1	21,0	13,4	100,0	31,6	68,4
1998	5,1	10,4	3,0	4,5	5,6	8,6	13,7	14,0	21,1	14,0	100,0	31,7	68,3
1999	5,1	10,4	2,8	4,5	5,7	8,6	14,0	13,1	21,0	14,6	100,0	31,8	68,2
2000	5,0	10,5	2,6	4,6	5,8	8,7	13,7	14,0	20,0	15,2	100,0	31,8	68,2
2001	4,9	10,6	2,4	4,6	5,9	8,7	13,3	15,8	18,3	15,7	100,0	31,9	68,1
2002	4,9	10,5	2,3	4,4	6,1	8,6	13,0	17,8	16,1	16,3	100,0	32,2	67,8
2003	4,9	10,7	2,3	4,2	6,4	8,3	13,1	19,4	14,1	16,6	100,0	32,5	67,5
2004	4,7	10,6	2,3	3,9	6,4	8,4	13,2	19,9	13,6	17,0	100,0	32,6	67,4
2005	4,7	10,6	2,5	3,5	6,4	8,4	13,1	19,4	15,0	16,4	100,0	32,9	67,1
2006	4,7	10,6	2,6	3,2	6,4	8,6	13,0	18,7	17,0	15,2	100,0	33,3	66,7
2007	4,6	10,5	2,7	3,2	6,1	8,8	12,8	18,4	18,9	14,0	100,0	33,5	66,5
2008	4,4	10,5	2,7	3,2	5,9	9,3	12,7	18,5	20,0	12,7	100,0	34,0	66,0

1) Anstieg 2007 und 2008 infolge verbesserter Erfassung überzeichnet
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

1. Pflegebedürftige zum Jahresende 2007
 1.2 Alter und „Pflegerquote“

Alter von... bis unter ... Jahre	Pflegebedürftige					Anteil an jeweiliger Bevölkerungsgruppe			Bevölkerung		
	Insgesamt	Veränderungen zu 2005	davon		darunter weiblich	Pflegerquote			Insgesamt	männlich	weiblich
			zu Hause versorgt	in Heimen		Insgesamt	männlich	weiblich			
	Anzahl	%	Anzahl		%						
unter 15	63 164	2,4	62 912	252	29214	0,6	0,6	0,5	11 281 696	5 788 507	5 493 189
15-60	252 828	4,7	219 711	33 117	122 142	0,5	0,5	0,5	50 166 469	25 451 930	24 714 539
60-65	69 533	-6,3	53 356	16 177	33 629	1,6	1,7	1,6	4 250 928	2 088 901	2 162 027
65-70	139 237	1,0	104 168	35 069	68 796	2,6	2,8	2,5	5 324 024	2 552 272	2 771 752
70-75	204 522	10,6	152 245	52 277	111 801	4,8	4,8	4,9	4 218 662	1 933 383	2 285 279
75-80	303 446	3,6	218 627	84 819	190 025	10,0	8,91	0,7	30 489 22	1 281 058	1 767 864
80-85	438 738	0,3	290 773	147 965	324 972	20,0	15,6	22,2	219 107	730 162	1 461 945
85-90	447 304	34,0	268 379	178 925	359 275	37,2	27,5	40,7	1 202 162	319 574	882 588
90 und mehr	328 057	-9,9	167 347	160 710	278029	61,6	38,9	68,8	532 867	128 505	404 362
Insgesamt	2 246 829	5,6	1 537 518	709 311	1 517 883	2,7	1,8	3,6	82 217 837	40 274 292	41 943 545

Quelle: StatBA 2008.

Entwicklung der teilstationären pflegerischen Versorgung

	Personen in teilstationärer Pflege	Personen im Alter ab 75 Jahre	Versorgungsquote (bezogen auf die Altersgruppe ab 75 Jahre)
2001	12 464	6 083 000	0,20 %
2003	17 107	6 386 200	0,27 %
2005	19 066	6 735 900	0,28 %
2007	23 229	6 976 100	0,33 %
Trend 2009			0,37 %
Trend 2011			0,40 %

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnung.

IS Immobilien-Service GmbH

Wörthstraße 15-17

50668 Köln

Telefon: 0221 97 356 - 491

Telefax: 0221 97 356 - 249

is@sozialbank.de
