



# **Gutachten zur Pflegebedarfsermittlung für die Landeshauptstadt Düsseldorf**

Thorben Frie, Dr. Dietrich Engels und Vanessa Heine

Köln, den 22.04.2025

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen der kommunalen Pflegeplanung</b> .....	<b>3</b>
2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen .....	3
2.2	Grundsätze der kommunalen Pflegeplanung .....	6
2.3	Das Angebotsspektrum für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf.....	8
<b>3</b>	<b>Demografische Struktur und Entwicklung</b> .....	<b>11</b>
3.1	Aktuelle Bevölkerungsstruktur.....	12
3.2	Bisherige und zukünftige Entwicklung .....	17
<b>4</b>	<b>Pflegebedürftigkeit und Demenz</b> .....	<b>23</b>
4.1	Anzahl, Struktur und Entwicklung der Pflegebedürftigen .....	24
4.2	Zukünftige Entwicklung des Pflegebedarfs.....	31
4.3	Menschen mit Demenz .....	39
4.4	Leistungen der Hilfe zur Pflege .....	42
<b>5</b>	<b>Ergebnisse der Bürger*innenbefragung</b> .....	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>Bestandsaufnahme der Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen</b> .....	<b>52</b>
6.1	Pflegerische Angebote .....	54
6.1.1	Ambulante Dienste .....	55
6.1.2	Tagespflege.....	63
6.1.3	Kurzzeitpflege.....	70
6.1.4	Vollstationäre Dauerpflege .....	74
6.2	Beratung, Hilfen und Qualitätssicherung .....	84
6.3	Pflegeergänzende und präventive Angebote.....	87
6.4	Wohnen im Alter .....	90
6.4.1	Barrierefreies Wohnen.....	90
6.4.2	Servicewohnen .....	92
6.4.3	Ambulant betreute Wohngemeinschaften .....	97
6.4.4	Seniorenerechte Stadtplanung .....	104
6.5	Gesundheitsversorgung .....	105

<b>7</b>	<b>Darstellung und Analyse von Substitutionsmechanismen zwischen Pflegebereichen .....</b>	<b>113</b>
7.1	Entlastung der informellen Pflege .....	114
7.2	Entlastung der stationären Pflege .....	115
7.3	Quantifizierung von Substitutionseffekten .....	117
<b>8</b>	<b>Bedarfsanalyse der pflegerischen Angebote.....</b>	<b>124</b>
8.1	Versorgungsdichte im überregionalen Vergleich .....	125
8.2	Einschätzung der Versorgungssituation aus Anbietersicht .....	129
8.3	Zukünftiger Entwicklungsbedarf .....	130
8.3.1	Modell 1: Status Quo .....	131
8.3.2	Modell 2: Effekt der Pflegereform .....	134
8.3.3	Modell 3: Substitution von stationären Pflegeplätzen .....	136
8.3.4	Modell 4: Orientierung an Zielwerten .....	139
<b>9</b>	<b>Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen für die pflegerische Versorgung.....</b>	<b>145</b>
9.1	Fach- und Arbeitskräftesituation.....	146
9.2	Entwicklung des informellen Pflegepotenzials.....	151
9.3	Live-In Kräfte .....	161
9.4	Diversitätssensible Pflege .....	162
<b>10</b>	<b>Versorgungsdichte und Entwicklungsbedarf in den Stadtbezirken.....</b>	<b>165</b>
10.1	Stadtbezirk 1.....	165
10.2	Stadtbezirk 2.....	167
10.3	Stadtbezirk 3.....	168
10.4	Stadtbezirk 4.....	169
10.5	Stadtbezirk 5.....	170
10.6	Stadtbezirk 6.....	171
10.7	Stadtbezirk 7.....	172
10.8	Stadtbezirk 8.....	173
10.9	Stadtbezirk 9.....	175
10.10	Stadtbezirk 10.....	176
<b>11</b>	<b>Zusammenfassung und Empfehlungen .....</b>	<b>177</b>
11.1	Zusammenfassung zentraler Ergebnisse .....	177
11.2	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen .....	184



<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>191</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>194</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>196</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>198</b>

## 1 Einleitung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung gehört zu den zentralen Aufgaben unserer Gesellschaft. Um diesen Auftrag zu erfüllen sind die Kreise und kreisfreien Städte gemäß § 7 des Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) dazu verpflichtet in regelmäßigen Abständen eine Bestandsaufnahme der Angebotsstrukturen durchzuführen, zu prüfen, ob diese qualitativ und quantitativ ausreichend sind und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung zu entwickeln. Diese Berichte werden seit Einführung des APG NRW regelmäßig von der örtlichen Planung im Amt für Soziales und Jugend der Landeshauptstadt Düsseldorf erstellt.

Dabei sieht sich die Versorgungslandschaft jetzt und in Zukunft mit enormen Herausforderungen konfrontiert: Die demografische Alterung führt zu einem signifikanten Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger, während gleichzeitig ein gravierender Mangel an Pflegefachkräften sowie ein Rückgang des familialen Pflegepotenzials die bestehenden Versorgungsstrukturen zunehmend unter Druck setzen. Die gestiegenen Kosten für Personal und Infrastruktur erschweren zusätzlich die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Pflegeangeboten.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Landeshauptstadt Düsseldorf zum Ziel gesetzt, die bestehende Pflegebedarfsplanung weiterzuentwickeln und in eine umfassende, integrierte Handlungsstrategie einfließen zu lassen. Zu diesem Zweck wurde das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH mit der Erstellung eines Gutachtens zur Pflegebedarfsermittlung für die Landeshauptstadt Düsseldorf beauftragt. Ziel des Gutachtens ist es, die gegenwärtigen und künftigen quantitativen und qualitativen Pflegebedarfe in Düsseldorf zu ermitteln und zur Angebotsstruktur ins Verhältnis zu setzen. Dabei soll der Fokus nicht nur auf dem Bereich der stationären Langzeitpflege liegen, sondern alle Versorgungsstrukturen in den Blick nehmen. Hier spielen insbesondere die ambulanten Versorgungsstrukturen (z.B. Versorgung zuhause durch ambulante Pflegedienste) und alternative Wohnformen (z.B. ambulante Wohngemeinschaften, Angebote des Service-Wohnens) sowie niedrigschwellige Unterstützungsangebote eine Rolle.

Einleitend werden zunächst die Grundlagen der kommunalen Pflegeplanung erläutert (Kapitel 2). Kapitel 3 gibt einen Überblick über die Bevölkerungsstruktur und zeigt, wie sich der demografische Wandel in der Stadt Düsseldorf äußert. Kapitel 4 analysiert darauf aufbauend die Struktur der Bevölkerung mit Hilfe- und Pflegebedarf sowie mit Demenz. Außerdem werden Vorausberechnungen zur zukünftigen Entwicklung des Pflegebedarfs dargestellt. Kapitel 5 präsentiert die Ergebnisse der Bürgerbefragung „Leben in Düsseldorf“, die im Jahr 2024 das Fokusthema *Pflege und Alter* behandelte. In Kapitel 6 erfolgt eine Bestandsaufnahme der Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in der Stadt Düsseldorf.

Dabei werden die Angebote professioneller Pflege, pflegeergänzende und präventive Angebote, die Gesundheitsversorgung sowie Wohnangebote für Senior\*innen abgebildet. Kapitel 7 widmet sich der Betrachtung des Zusammenspiels der unterschiedlichen Angebotsformen. Dabei wird untersucht, inwiefern Versorgungsbedarfe in einzelnen Bereichen durch andere Versorgungsformen gedeckt werden können. Im Fokus steht dabei insbesondere der Bereich der stationären Pflege. Anschließend folgt in Kapitel 8 eine Bewertung des derzeitigen Angebots anhand von Vergleichen mit der Versorgungsdichte auf Landes- und Bundesebene sowie in anderen Gebietskörperschaften. Außerdem werden in diesem Kapitel unter Zugrundelegung unterschiedlicher Annahmen Vorausberechnungen der zukünftigen Pflegebedarfe dargestellt. Kapitel 9 nimmt gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen der pflegerischen Versorgung in den Blick. Dazu zählen die Entwicklung der Personalsituation und des informellen Pflegepotenzials sowie das Thema diversitätssensible Pflege.

## 2 Grundlagen der kommunalen Pflegeplanung

### 2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Nach dem Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen sollen die Kreise und kreisfreien Städte eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur sicherstellen (§ 4 Abs. 1 APG NRW). Durch eine zukunftsorientierte kommunale Pflegeplanung soll eine handlungsorientierte Angebotsanalyse mit den Komponenten einer Bestandsaufnahme, einer qualitativen und quantitativen Bewertung der Versorgungsstruktur sowie daraus abgeleiteten Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Angeboten durchgeführt werden (§ 7 APG NRW).

Die rechtlichen Grundlagen werden, was den Leistungsbereich der Pflegeversicherung betrifft, auf Bundesebene durch das SGB XI – Soziale Pflegeversicherung geregelt sowie im siebten Kapitel SGB XII – Sozialhilfe, soweit es sich um Hilfe zur Pflege seitens der Kommunen handelt. Durch mehrere Gesetzesnovellierungen wurden die Rahmenbedingungen für einzelne Versorgungselemente in den letzten Jahren verändert:

- Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2013 wurden unter anderem die Rahmenbedingungen zur Einrichtung ambulanter Wohngruppen verbessert. Eine nur anteilige Anrechnung des Pflegegeldes wurde neben der Tagespflege auch auf die Kurzzeitpflege ausgedehnt.
- Das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) ermöglicht es Arbeitnehmenden seit 2015, ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend zu reduzieren oder ganz auszusetzen, um die notwendige Pflege und Betreuung für ihre pflegebedürftigen Angehörigen sicherzustellen (Pflegezeit).
- Seit Januar 2015 wurden im Rahmen des „Pflegestärkungsgesetzes 1“ die Leistungen erhöht und die Voraussetzungen der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege sowie von ambulanten Wohngruppen verbessert.
- Zum Januar 2016 trat das „Pflegestärkungsgesetz 2“ in Kraft, das mit der Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung mit sich brachte. Seit Januar 2017 wird die Pflegebedürftigkeit nach 5 Pflegegraden statt 3 Pflegestufen kategorisiert. Im Zuge dieser Umstellung werden bei der Bemessung der Pflegebedürftigkeit mentale Beeinträchtigungen stärker als zuvor berücksichtigt. Außerdem wurden die Leistungen der Pflegeversicherung angehoben.
- Mit dem „Pflegestärkungsgesetz 3“ wurde ab Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) in das SGB XII (Sozialhilfe) übertragen.

- Angesichts des zunehmend gravierenden Arbeitskräftemangels insbesondere in pflegerischen Berufen hat die Bundesregierung im Jahr 2018 die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) ins Leben gerufen, in deren Rahmen die Arbeitsbedingungen und die Entlohnung von Pflegekräften verbessert werden sollen.
- Im Januar 2019 trat das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) mit dem Ziel in Kraft, das Pflegepersonal zu entlasten und gegen die Unterbesetzung in der Pflege vorzugehen.
- Um den Pflegeberuf an die aktuellen und zukünftigen Anforderungen anzupassen, trat im Januar 2020 das Pflegeberufegesetz (PflBG) in Kraft. Es ersetzt das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz und führt die drei bisher getrennten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Ausbildungsberuf zusammen.
- Mit dem Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe (Angehörigen-Entlastungsgesetz) werden seit Januar 2020 unterhaltsverpflichtete Eltern und Kinder von pflegebedürftigen Menschen entlastet, die Leistungen der Hilfe zur Pflege oder andere Leistungen der Sozialhilfe erhalten: Auf ihr Einkommen wird erst ab einem Jahresbetrag von mehr als 100.000 Euro zurückgegriffen.
- Die ab Januar 2022 geltende Rechtsvorschrift des § 43c SGB XI beinhaltet einen Anspruch der Pflegebedürftigen mit Pflegerad 2 bis 5 in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf einen Leistungszuschlag durch die Pflegekassen. Dieser Leistungszuschlag soll den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich des Ausbildungszuschlags begrenzen. Die Höhe des Zuschusses steigt mit zunehmender Dauer des Heimaufenthalts und wurde im Januar 2024 erhöht.
- Seit September 2022 gilt für stationäre Pflegeeinrichtungen sowie für ambulante Pflegedienste die Pflicht für eine tarifliche Bezahlung oder eine Bezahlung mindestens in Höhe von in der Region anwendbaren Pflege- und Tarifverträgen. Diese Regelung, die im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) getroffen wurde, soll die Bezahlung der Pflegekräfte in den stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten verbessern, um die Berufe attraktiver zu machen.

- Ab Juli 2023 wurden im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) die Pflegebeiträge erhöht, um die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung zu gewährleisten. In den nächsten Jahren sieht das Gesetz außerdem mehr finanzielle Unterstützungen für pflegebedürftige Menschen vor und schafft ein Förderprogramm für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen. Erwerbstätige pflegende Angehörige haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege sicherzustellen. In dieser Zeit haben sie Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Des Weiteren wurde ein Budget geschaffen, mit dem Länder und Kommunen Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier fördern lassen können. Schließlich wurde mit § 113c SGB XI ein neues Personalbemessungssystem in der stationären Pflege eingeführt, das die Fachkraftquote in Bezug zum Pflegegrad der Bewohnerinnen und Bewohner setzt.<sup>1</sup>

Auf Landesebene wurde die gesetzliche Grundlage für die kommunale Pflegeplanung durch das Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) von Oktober 2014 neu geregelt. Einerseits wurden bewährte Elemente wie der Sicherstellungsauftrag einer den örtlichen Gegebenheiten entsprechenden pflegerischen Angebotsstruktur fortgeführt, andererseits wurden die Steuerungsmöglichkeiten der Kommune erweitert und gestärkt. Der zuvor schon bestehende Planungsauftrag wurde im APG NRW übernommen und weiter konkretisiert:

- Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur sicherzustellen (§ 4 Abs. 1 APG NRW).
- Den Inhalt der Planung bildet eine handlungsorientierte Angebotsanalyse auf empirischer Grundlage: Die kommunale Pflegeplanung umfasst „1. die Bestandsaufnahme der Angebote, 2. die Feststellung, ob qualitativ und quantitativ ausreichend Angebote zur Verfügung stehen und 3. die Klärung der Frage, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung oder Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich sind.“ (§ 7 Abs. 1 Satz 1 APG NRW).

---

<sup>1</sup> Dieses Personalbemessungssystem basiert auf dem Gutachten von Rothgang, H. et al. (2020): Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), Abschlussbericht, Bremen.

- Die Planung ist nicht auf Pflege im engeren Sinne beschränkt, sondern breiter angelegt: „Sie umfasst insbesondere komplementäre Hilfen, Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen wie persönliche Assistenz und die Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur. Die Planung hat übergreifende Aspekte der Teilhabe einer altengerechten Quartiersentwicklung zur Sicherung eines würdevollen, inklusiven und selbstbestimmten Lebens, bürgerschaftliches Engagement und das Gesundheitswesen einzubeziehen“ (§ 7 Abs. 1 Satz 2 APG NRW).

Zur Verbindlichkeit der Planung gibt es zwei alternative Möglichkeiten, die auch Konsequenzen für die Häufigkeit haben, mit der die Pflegeplanung durchgeführt wird:

- Entweder impliziert die Planung keine verbindliche Entscheidung über eine bedarfsabhängige Förderung: Dann ist eine Zusammenstellung der Ergebnisse der örtlichen Planung und zur Umsetzung von Maßnahmen ab 2015 jedes zweite Jahr vorgesehen (§ 7 Abs. 4 APG NRW), und die Kommunale Konferenz Alter und Pflege gibt zu teil- und vollstationären Investitionsvorhaben eine Bedarfseinschätzung ab (§ 8 Abs. 2 Nr. 7 APG NRW).
- Oder der Stadtrat beschließt, dass die Pflegeplanung „Grundlage für eine verbindliche Entscheidung über eine bedarfsabhängige Förderung zusätzlicher teil- oder vollstationärer Pflegeeinrichtungen“ sein soll: Dann ist diese „verbindliche Bedarfsplanung“ in jährlichen Abständen zu erstellen, der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege zur Beratung vorzulegen und durch Beschluss des Stadtrats festzustellen (§ 7 Abs. 6 Satz 1 APG NRW).

Die Landeshauptstadt Düsseldorf hat sich für die erste Variante einer nicht verbindlichen kommunalen Pflegeplanung entschieden, die alle zwei Jahre zu erstellen ist.

## 2.2 Grundsätze der kommunalen Pflegeplanung

Bei der Erstellung des Konzepts zur kommunalen Pflegeplanung orientiert sich das ISG an einer Reihe von Grundsätzen, die auch im APG NRW ausdrücklich aufgeführt werden:

- *Ambulant und teilstationär vor stationär*: Eine vollstationäre Dauerpflege ist in der Regel nicht nur eine kostenintensive Versorgungsform, sondern reduziert oft die noch bestehende Selbstständigkeit und wird auch von den Betroffenen und ihren Angehörigen nur als letzte Möglichkeit gesehen. Daher sind alle erforderlichen Möglichkeiten zu schaffen, um durch professionelle ambulante und teilstationäre Versorgung, ergänzt um informelle Unterstützung durch Angehörige, einen Verbleib der Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Allerdings wird bei fortgeschrittenem Bedarf an Pflege und hauswirtschaftlicher Hilfe, einhergehend mit einer Überlastung der familialen

und informellen Unterstützungsmöglichkeiten, eine Pflege in einer stationären Einrichtung oft unvermeidlich. Dies sollte aber entsprechend dem Grundsatz „ambulant und teilstationär vor stationär“ nur dann in Anspruch genommen werden, wenn alle Unterstützungsangebote der vorstationären Pflege und Versorgung ausgeschöpft sind.

- *Differenziertes Versorgungssystem:* Der erste Grundsatz kann nur umgesetzt werden, wenn unterhalb der Schwelle stationärer Versorgung ein breit gefächertes und bedarfsgerecht abgestuftes Versorgungsangebot besteht, das den individuellen Pflegebedarf in angemessener Weise abdeckt und pflegende Angehörige entlastet. Die Sicherung des selbstständigen Wohnens sollte Vorrang vor der stationären Versorgung haben. Dazu können Angebote der Pflege- und Wohnberatung, ambulante Dienste, haushaltsnahe Dienstleistungen, die Unterstützung von Angehörigenarbeit, die Entwicklung von Wohnumfeld und Quartier, die Schaffung ausreichender Kapazitäten des Servicewohnens sowie gemeinschaftlicher neuer Wohn- und Lebensformen beitragen.
- *Geeignete Wohnbedingungen:* Nicht nur das pflegerische Versorgungssystem im engeren Sinne wird in den Blick genommen, sondern auch weitere Angebote, die dem Ziel dienen, dass ältere Menschen in ihrem gewohnten Sozialraum verbleiben können. Eine grundlegende Voraussetzung dafür ist, dass die Wohnung für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf geeignet ist, dass sie sich in ihrem Wohnumfeld bewegen können und dass sie dort die erforderliche Infrastruktur vorfinden. Ambulante und teilstationäre Angebote sollten in passender Weise mit bedarfsgerechten Wohnangeboten kombiniert und aufeinander abgestimmt werden.
- *Aktivierung aller Ressourcen:* Zur Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsarrangements sind nicht nur die professionellen Angebote zu nutzen und weiterzuentwickeln, sondern auch informelle, familiale und nachbarschaftliche ebenso wie ehrenamtliche Ressourcen so weit wie möglich zu aktivieren.
- *Hoher Stellenwert von Information und Beratung:* Eine fachkundige, trägerunabhängige Information und Beratung bis hin zu einem im Idealfall fallbegleitenden Case Management sind wichtig, um vorhandene Versorgungsangebote passgenau auf individuelle Versorgungsbedarfe abzustimmen und auf unzureichende Versorgungsangebote hinweisen zu können. Ziel ist eine Fachberatung im umfassenden Verständnis, die zugehend angelegt und konzeptionell fundiert ist, die z.B. Gemeinwesenarbeit und die Entwicklung neuer Wohnkonzepte umfasst.

- *Pflegeplanung als kooperativer und partizipativer Prozess:* Die Pflegeplanung ist eine Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte, die aber nur dann erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn die Verantwortlichen aus den Stadtbezirken sowie die Träger von Diensten und Einrichtungen mit ihren fachlichen und kommunalen Kompetenzen an diesem Prozess mitwirken. Diese Mitwirkung kann durch regelmäßig tagende Gremien wie die Kommunale Konferenz Alter und Pflege und darüber hinaus auch in Arbeitsgruppen sowie ergänzenden Kontakten erfolgen.
- *Pflegeplanung als kontinuierlicher Prozess:* Die einzelnen Komponenten und Rahmenbedingungen der Pflegeplanung entwickeln sich laufend weiter: Die demografische Struktur sowie Art und Umfang des Hilfebedarfs befinden sich in einer ständigen Entwicklung, die pflegerischen Versorgungsangebote verändern sich, und schließlich werden auch die rechtlichen Rahmenbedingungen fortlaufend weiterentwickelt. Daher ist die Pflegeplanung keine zeitlich begrenzte Maßnahme, sondern ein Prozess, der unter Einbeziehung aller beteiligten Akteurinnen und Akteure kontinuierlich fortzuführen ist, um das Versorgungssystem auch in Zukunft passgenau gestalten und verbessern zu können. Dazu sind Veränderungen in der pflegerischen Angebotsstruktur ebenso wie die Rahmenbedingungen fortlaufend zu beobachten und zu analysieren.

### **2.3 Das Angebotsspektrum für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf**

Die kommunale Pflegeplanung beschränkt sich nicht auf den Kernbereich der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege, sondern umfasst auch Maßnahmen und Hilfen, die über die rein pflegerischen Versorgungsangebote hinausgehen, sowie Angebote, die auf altersgerechtes Wohnen ausgerichtet sind. Nur durch die Einbeziehung eines breiten Spektrums von Unterstützungsmöglichkeiten kann das Ziel, dass ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange im Privathaushalt wohnen bleiben können, erreicht werden. Dazu gehören die folgenden Komponenten:

- (1) *Information und Beratung:* Durch eine umfassende und bedarfsgerechte Information und Beratung werden der Hilfebedarf im Einzelfall geprüft und passende Hilfen aus dem Angebotsspektrum ermittelt. Dazu gibt es kommunale Senioren-, Pflege- und Wohnberatungsstellen, in Trägerschaft von Kommunen, freigemeinnützigen und privaten Trägern sowie von Pflegekassen.
- (2) *Begegnung und Hilfen:* Zu dem unterstützenden Angebotsspektrum gehören auch Begegnungsangebote, Senior\*innenorganisationen und selbstorganisierte Senior\*innengruppen, Besuchsdienste und niedrighschwellige Hilfen, die gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen und in Hinblick auf spätere Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einen präventiven Charakter haben können.

- (3) *Wohnen im Alter:* Im Bereich des Wohnens umfasst das Angebotsspektrum barrierefreie und barrierearme Wohnungen, die mit abgestuften Unterstützungsmöglichkeiten kombiniert werden können. Weiterhin gibt es Angebote des Servicewohnens und ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Ältere. Letztere können selbstverantwortet (§ 24 Abs. 2 Wohn- und Teilhabegesetz) oder anbieterverantwortet sein (§ 24 Abs. 3 Wohn- und Teilhabegesetz).
- (4) *Gesundheitsversorgung:* Ein guter Zugang zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Apotheken ist für ältere Menschen in Privathaushalten ebenfalls wichtig. Auch die klinische Gesundheitsversorgung und die dort angesiedelten Schnittstellen zur Überleitung vom Krankenhaus in die Privatwohnung können zum Gelingen eines längeren Verbleibs in der eigenen Wohnung beitragen.
- (5) *Ambulante Dienste:* Wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, leisten ambulante Dienste pflegerische Hilfen nach § 36 SGB XI und bei Bedarf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie ggf. zusätzliche Angebote zur Unterstützung im Alltag für Menschen mit Demenz nach § 45a SGB XI. Ergänzend oder unterhalb dieser Bedarfsschwelle können komplementäre Dienste mit haushaltsnahen Dienstleistungen und weitere Unterstützungsformen hilfreich sein.
- (6) *Teilstationäre Versorgungsangebote:* Teilstationäre Angebote können zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen, indem sie zu bestimmten Tageszeiten (durch Tages- oder Nachtpflege) zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen.
- (7) *Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege:* Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird je nach Höhe der Kosten für bis zu sechs Wochen pro Jahr finanziert, wenn pflegende Angehörige wegen Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen die Pflege vorübergehend nicht leisten können. Sofern eine Ersatzpflege in der häuslichen Umgebung nicht möglich ist, kann eine Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als zeitlich befristete stationäre Pflege (je nach Höhe der Kosten) für maximal acht Wochen in Anspruch genommen werden. Auch die Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt kann in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung erfolgen. Seit Inkrafttreten des 1. Pflegestärkungsgesetzes im Januar 2015 können beide Formen der Ersatzpflege miteinander kombiniert werden. Seit 2016 kann Kurzzeitpflege auch von Personen ohne anerkannte Pflegebedürftigkeit als Krankenkassenleistung in Anspruch genommen werden (§ 39c SGB V).
- (8) *Stationäre Pflege:* Wenn der Pflegebedarf oder die Demenz so fortschreiten, dass häusliche Pflegearrangements nicht länger tragfähig sind und auch ein eigenständiges betreutes Wohnen oder eine ambulante Betreuung nicht mehr ausreichen, kommt eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung oder einer stationären Hausgemeinschaft in Betracht. Für einen Teil dieser Zielgruppe

kann auch eine ambulante Wohngemeinschaft eine geeignete Alternative darstellen.

- (9) *Sterbebegleitung*: Sowohl im ambulanten als auch im stationären Wohnen entsteht in der letzten Phase des Lebens ein besonderer Betreuungsbedarf durch psychosoziale Begleitung und ggf. auch palliativmedizinische Schmerzbehandlung in der Sterbephase. Stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste bilden ein wichtiges Angebot der Begleitung in dieser Phase und werden seit 2016 durch die Krankenkassen unterstützt (§ 39a SGB V).
- (10) *Übergreifende Strukturen der pflegerischen Planung und Versorgung*: Die Pflegeplanung in diesen spezifischen Bereichen wird flankiert durch die Arbeit in Gremien wie die „Kommunale Konferenz Alter und Pflege“ oder spezifische Arbeitsgruppen, die auch einer Vernetzung der einzelnen Angebote dienen.

### 3 Demografische Struktur und Entwicklung

#### ***Das Wichtigste in Kürze***

In der Stadt Düsseldorf lebten am Jahresende 2023 insgesamt 655.717 Menschen, wovon rund ein Viertel im Alter ab 60 Jahren war. Zur Gruppe der Hochaltrigen im Alter ab 80 Jahren zählten 41.450 Personen. Dies entspricht 6,3% der Bevölkerung Düsseldorfs. Der Bevölkerungsanteil ab 80 Jahren liegt somit unter dem Landesdurchschnitt (7,0%) und dem Bundesdurchschnitt (7,3%).

Von den 655.717 Einwohner\*innen der Stadt Düsseldorf hatten zum Jahresende 2023 297.232 einen Migrationshintergrund, was einem Anteil von 45,3% entspricht. In den älteren Altersgruppen sinkt der Migrantenanteil: Unter den Hochaltrigen ab 80 Jahren weisen 19% einen Migrationshintergrund auf. Obwohl die Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund noch eine jüngere Altersstruktur als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund aufweisen, wachsen sie zunehmend in die höheren Altersgruppen hinein. Die Zahl der Älteren ab 80 Jahren mit Migrationshintergrund ist im Zeitraum von 2009 bis 2023 um 153% gestiegen.

Der demografische Wandel ist in der Stadt Düsseldorf im Zeitraum von 2009 bis 2023 weniger stark sichtbar als in anderen Städten und Regionen Deutschlands, äußert sich jedoch ebenfalls in einem starken Zuwachs unter den Hochaltrigen ab 80 Jahren (+41%). Gleichzeitig sind jedoch auch die jüngeren Altersgruppen gewachsen. Die Zahl der unter 60-Jährigen stieg zwischen 2009 und 2023 um 10%. Dies führte dazu, dass der Altenquotient im beobachteten Zeitraum von 31,5 Ältere je 100 Einwohner\*innen im Erwerbsalter auf 29,4 gesunken ist.

Nach den Prognosen des Amtes für Statistik und Wahlen sowie des Statistischen Landesamtes sind bis zum Jahr 2035 insbesondere in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen Zuwächse zu erwarten (+28%). Die übrigen Altersgruppen verzeichnen lediglich geringfügige Zunahmen. Die Zahl der Hochaltrigen bleibt in diesem Zeitraum nahezu unverändert. Bis 2045 wird die Altersgruppe der ab 80-Jährigen jedoch deutlich wachsen (+27% gegenüber dem jetzigen Stand). Durch den starken Anstieg der älteren und insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung wird auch die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen zunehmen.

Der Pflege- und Unterstützungsbedarf hängt eng mit der Bevölkerungsstruktur der Bevölkerung zusammen. Grundlage der kommunalen Pflegeplanung ist daher die Analyse der demografischen Struktur. Dabei ist zu untersuchen, wie diese zum jetzigen Zeitpunkt beschaffen ist, wie sie sich in der Vergangenheit verändert hat und wie sie sich in Zukunft voraussichtlich entwickeln wird.

Diese Analyse umfasst die gesamte Bevölkerung, fokussiert jedoch besonders auf die ältere Bevölkerung, da im fortgeschrittenen Alter, die Quoten von Pflegebedürftigkeit und Demenz stark ansteigen (vgl. Kapitel 4).

### 3.1 Aktuelle Bevölkerungsstruktur

#### *Alter und Geschlecht der Bevölkerung*

In der Stadt Düsseldorf lebten am Jahresende 2023 insgesamt 655.717 Menschen. Unter den insgesamt zehn Stadtbezirken hat Stadtbezirk 3 (Oberbilk, Unterbilk, Bilk, Friedrichstadt, Hafen, Hamm, Flehe, Volmerswerth) mit rund 123.200 Personen die höchste Einwohnerzahl (19% der Stadtbevölkerung). Auf die nächstgrößten Stadtbezirke 9 (Wersten, Holthausen, Reisholz, Benrath, Urdenbach, Hassels, Itter, Himmelgeist) und 1 (Altstadt, Carlstadt, Stadtmitte, Pempelfort, Derendorf, Golzheim) entfallen jeweils 14% der Bevölkerung (94.600 bzw. 88.900 Personen). Der bevölkerungsärmste Bezirk ist Stadtbezirk 10 (Garath, Hellerhof). Hier leben rund 24.600 Menschen bzw. 4% der Gesamtbevölkerung der Stadt Düsseldorf.

Die Pflegeplanung legt ihren Fokus auf ältere Menschen, da das Risiko für gesundheitliche Einschränkungen mit zunehmendem Alter steigt. Insbesondere in der oberen Altersgruppe ab 80 Jahren machen sich gesundheitliche Probleme und erhöhte Risiken von Pflegebedürftigkeit und Demenz bemerkbar. Hinzu kommen häufig soziale Probleme wie Partnerverlust, Verlust von Freunden sowie ein erhöhtes Vereinsamungsrisiko.<sup>2</sup>

Zum Stichtag 31.12.2023 waren 164.371 Personen im Alter ab 60 Jahren, was rund einem Viertel der Bevölkerung entspricht. Darunter waren 73.735 Personen im Alter von 60 bis 69 Jahren (11% der Bevölkerung) und 49.186 Personen waren zwischen 70 und 79 Jahre alt (7,5% der Bevölkerung). Zur Gruppe der Hochaltrigen im Alter von über 80 Jahren gehörten 41.450 Personen, was einem Anteil von 6,3% der Bevölkerung Düsseldorfs entspricht.

---

<sup>2</sup> Vgl. Cihlar et al. (2022).

**Tabelle 1: Altersstruktur der Bevölkerung (31.12.2023)**

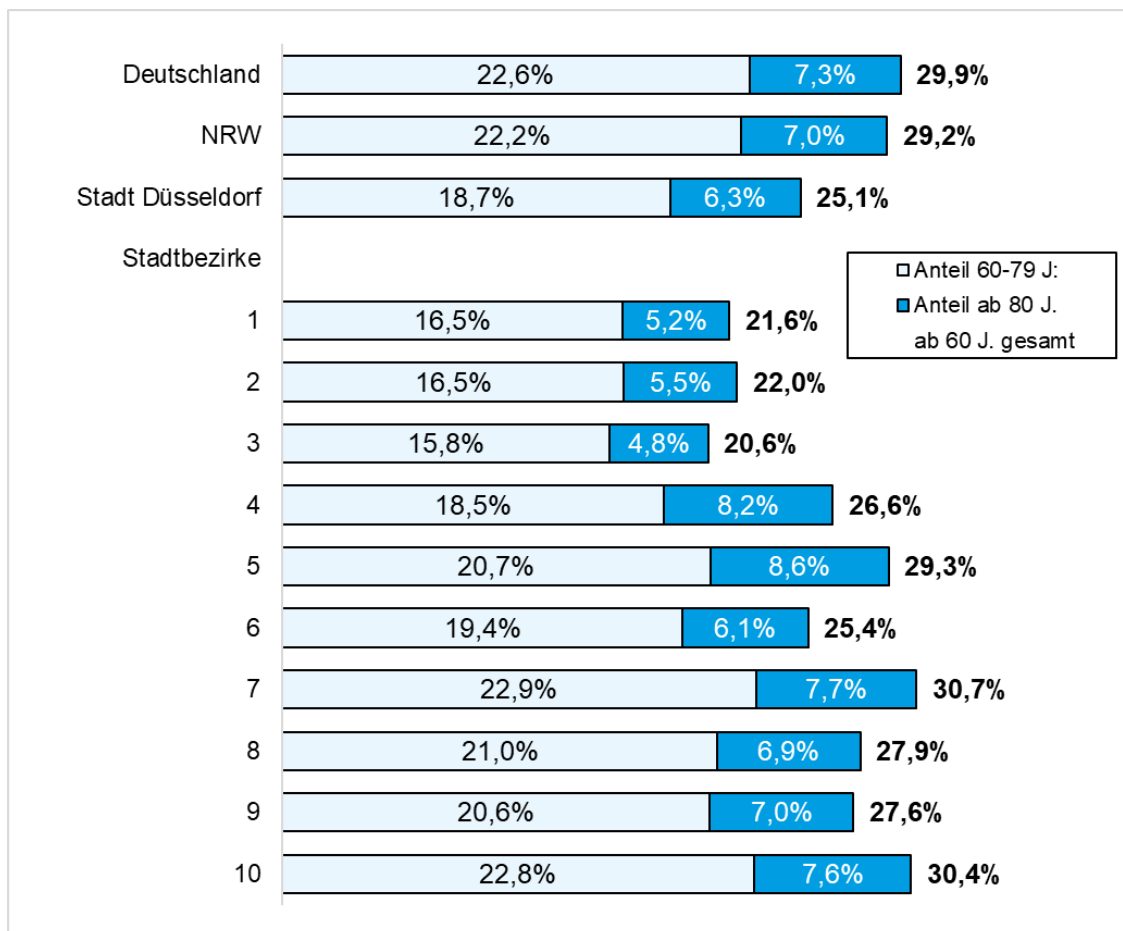
Stadtbezirk	Bevölkerung Insgesamt	unter 60 J.	60-69 J.	70-79 J.	ab 80 J.
1	88.907	69.683	8.591	6.045	4.588
2	65.721	51.269	6.429	4.424	3.599
3	123.232	97.842	11.940	7.540	5.910
4	46.258	33.944	4.862	3.675	3.777
5	34.818	24.608	4.167	3.041	3.002
6	69.042	51.486	8.031	5.329	4.196
7	47.253	32.764	6.421	4.409	3.659
8	61.227	44.120	7.756	5.121	4.230
9	94.628	68.489	11.912	7.614	6.613
10	24.631	17.141	3.626	1.988	1.876
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>655.717</b>	<b>491.346</b>	<b>73.735</b>	<b>49.186</b>	<b>41.450</b>
Anteil in %	100%	74,9%	11,2%	7,5%	6,3%

Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Berechnung des ISG 2024.

Der Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren liegt in der Stadt Düsseldorf mit 25,1% unter dem Landesdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen (29,2%) und dem Bundesdurchschnitt (29,9%; Abbildung 1). Auch der Bevölkerungsanteil ab 80 Jahren liegt mit 6,3% unter dem Landesdurchschnitt (7,0%) und dem Bundesdurchschnitt (7,3%).<sup>3</sup> Innerhalb der Stadt zeigen sich deutliche Unterschiede in der Altersstruktur. Während in den Stadtbezirken 1, 2 und 3 mit jeweils zwischen 20 bis 22% vergleichsweise wenige ältere Menschen ab 60 Jahren leben, liegt deren Anteil in den Stadtbezirken 5, 7 und 10 zwischen 29 und 31%. Die höchsten Anteile von über 80-Jährigen weisen die Stadtbezirke 5 (8,6%) und 4 (8,2%) auf.

<sup>3</sup> Berechnungsgrundlage für die Altersstruktur auf Landes- und Bundesebene ist die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Im Vergleich mit der Einwohnerstatistik der Stadt Düsseldorf ist von einer gewissen Ungenauigkeit auszugehen.

**Abbildung 1: Altersstruktur der Bevölkerung im Vergleich, Bevölkerungsanteile im Vergleich (31.12.2023)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Statistische Ämter des Bundes und der Länder - Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Berechnung des ISG 2024.

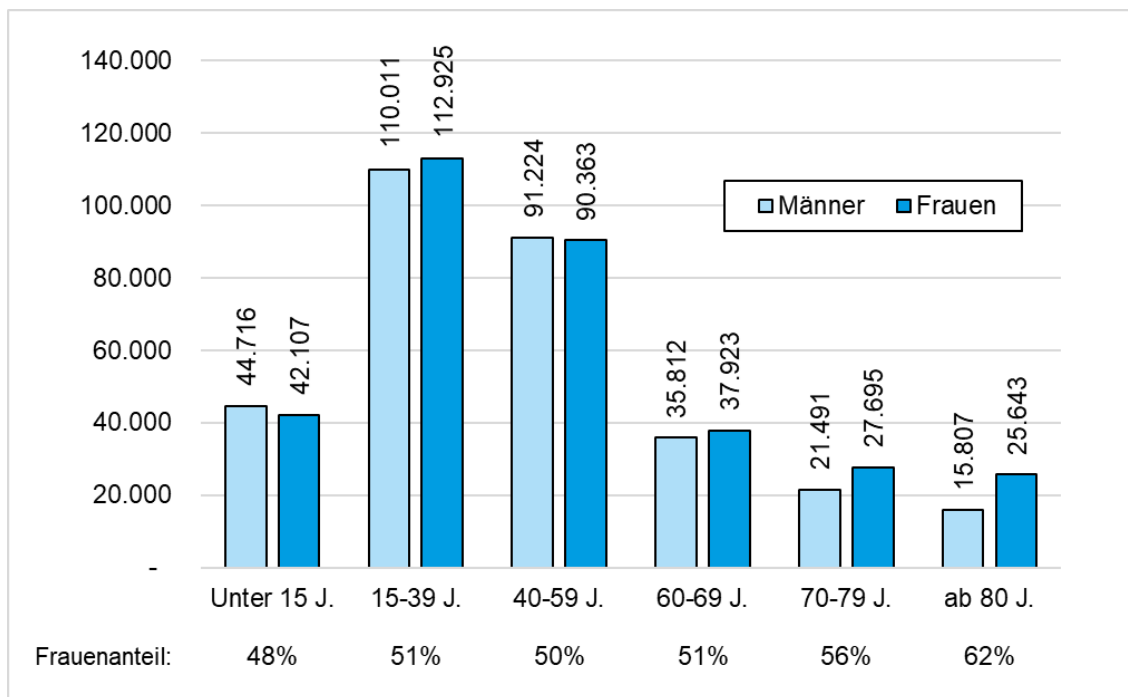
Ein weiterer Indikator zur Beschreibung der Altersstruktur ist der Altenquotient. Er gibt Auskunft über die Zahl der älteren Menschen im Rentenalter (ab 65 Jahren) im Verhältnis zur Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 64 Jahren. Demnach lebten in der Stadt Düsseldorf zum 31.12.2023 durchschnittlich 29,4 Ältere je 100 Personen im Erwerbsalter. Dieser Altenquotient liegt deutlich unter dem Landesdurchschnitt (36,8 Ältere je 100 Personen im Erwerbsalter) und dem Bundesdurchschnitt (37,9 Ältere je 100 Personen im Erwerbsalter).<sup>4</sup>

Differenziert man die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, so wird deutlich, dass das Verhältnis von Männern und Frauen in den mittleren Altersgruppen nahezu ausgeglichen ist.

<sup>4</sup> Statistisches Bundesamt (2024): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

In den höheren Altersgruppen steigt jedoch der Frauenanteil deutlich an. So liegt der Frauenanteil in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen bei 56% und unter den ab 80-Jährigen überwiegen Frauen mit 62% deutlich (Abbildung 2).

**Abbildung 2: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht (31.12.2023)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Berechnung des ISG 2024.

### ***Migrationshintergrund***

Neben dem Alter und dem Geschlecht ist auch der Migrationshintergrund eine wichtige Dimension für die demografische Analyse. Als „Personen mit Migrationshintergrund“ gelten Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, Eingebürgerte, im Ausland geborene Deutsche sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler.<sup>5</sup>

Von den 655.717 Einwohner\*innen der Stadt Düsseldorf hatten zum Jahresende 2023 297.232 einen Migrationshintergrund, was einem Anteil von 45,3% entspricht.

<sup>5</sup> Das Amt für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf greift zur Ermittlung des Migrationshintergrundes auf das Programm MigraPro der KOSIS-Gemeinschaft Koordinierte Haushalte - und Bevölkerungsstatistik (HHSTAT) zurück. Zur Bestimmung des persönlichen Migrationshintergrundes werden dabei die erste Staatsangehörigkeit, zweite Staatsangehörigkeit, Zuzugsherkunft, Art der deutschen Staatsangehörigkeit und Lage des Geburtstortes ausgewertet (vgl. Böckler & Schmitz-Veltin 2013).

Dieser liegt deutlich über dem Landes- und Bundesdurchschnitt von 34,3% bzw. 29,7%.<sup>6</sup> Innerhalb der Stadt zeigen sich Unterschiede zwischen den Stadtbezirken (Tabelle 2). Mit einer Zahl von rund 123.200 leben die meisten Menschen mit Migrationshintergrund in Stadtbezirk 3. Die größten Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung weisen jedoch die Stadtbezirke 10 und 6 mit 51% bzw. 50% auf. Prozentual am wenigsten Menschen mit Migrationshintergrund leben in den Stadtbezirken 5 und 7 mit jeweils 34%.

**Tabelle 2: Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Stadtbezirken (31.12.2023)**

Stadtbezirk	Bevölkerung insgesamt	darunter mit Migh	Anteil mit Migh
1	88.948	42.109	47%
2	65.726	31.124	47%
3	123.238	58.038	47%
4	46.242	19.725	43%
5	34.853	11.869	34%
6	69.020	34.222	50%
7	47.244	16.042	34%
8	61.171	27.718	45%
9	94.658	43.933	46%
10	24.637	12.452	51%
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>655.737</b>	<b>297.232</b>	<b>45%</b>

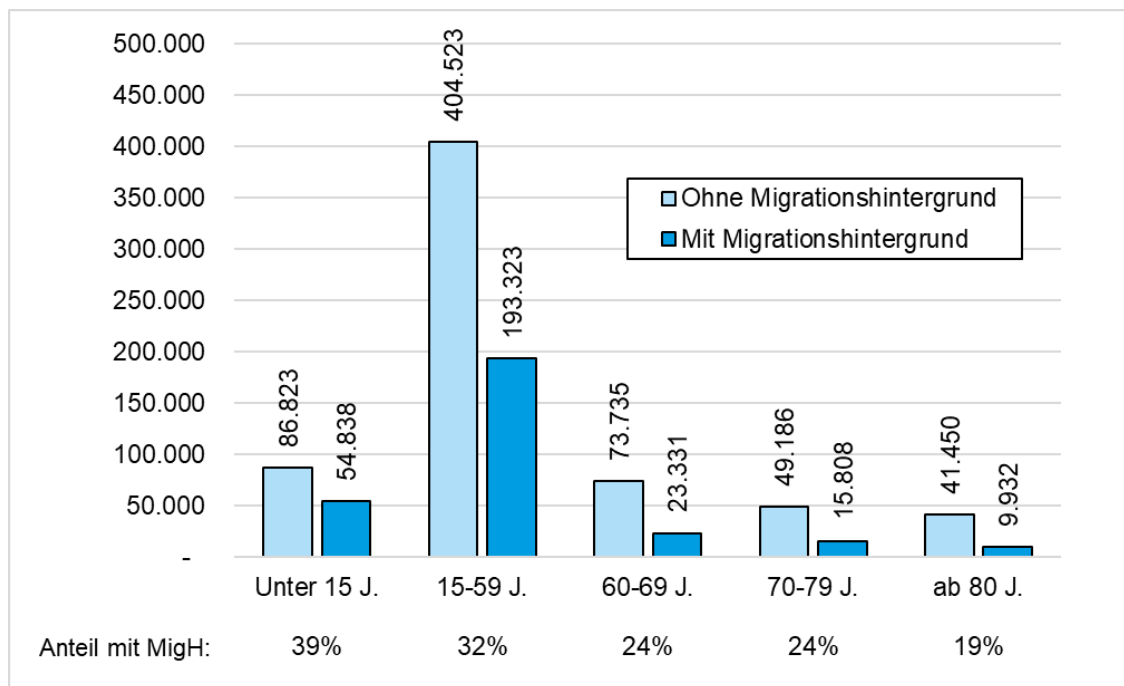
Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Berechnung des ISG 2024.

Auffällig ist die unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund, die sich auch in den unterschiedlichen Migrantenanteilen der verschiedenen Altersgruppen widerspiegelt. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung unter 15 Jahren liegt bei 39%. In der Gruppe der 15- bis 59-Jährigen haben 32% einen Migrationshintergrund. In den älteren Altersgruppen sinkt der Migrantenanteil: Unter den 60- bis 69-Jährigen sowie den 70- bis 79-Jährigen liegt dieser bei 24%. Unter den Hochaltrigen ab 80 Jahren weisen 19% einen Migrationshintergrund auf (Abbildung 3). Insgesamt ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich jünger als die autochthone Bevölkerung.

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt (2023) – Statistischer Bericht: Bevölkerung nach Migrationshintergrund. Die Vergleichswerte basieren auf Daten des Mikrozensus. Aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsgrundlage sind die Werte nur eingeschränkt vergleichbar.

Von den 297.232 Personen mit Migrationshintergrund waren am Jahresende 2023 rund 17% mindestens 60 Jahre alt. In der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund lag der Anteil der ab 60-Jährigen bei 25%.

**Abbildung 3: Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Alter (31.12.2023)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Berechnung des ISG 2024.

### 3.2 Bisherige und zukünftige Entwicklung

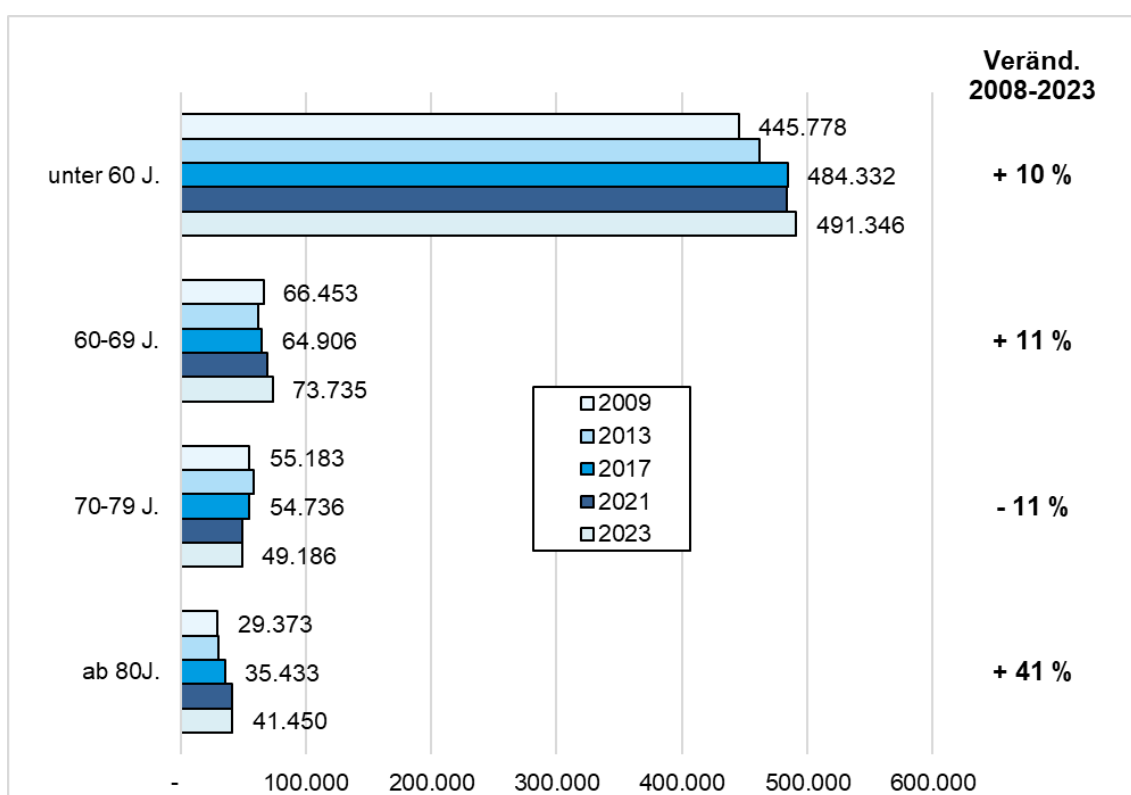
#### *Die demografische Entwicklung im Rückblick*

Bundesweit lässt sich seit mehreren Jahrzehnten eine Alterung der Gesellschaft beobachten. Dieser demografische Wandel macht sich in zweifacher Hinsicht bemerkbar: Zum einen geht die Zahl der jüngeren Einwohner\*innen zurück, was zu einem Mangel an Arbeitskräften und einer Ausdünnung der pflegerischen und vorpflegerischen Infrastruktur führen kann. Zum anderen steigen die Zahl und der relative Bevölkerungsanteil älterer Menschen. Diese Entwicklung geht mit einer Zunahme von Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen sowie einem steigenden Bedarf an Unterstützungsangeboten einher.

Die Bevölkerungsentwicklung zwischen den Jahren 2009 und 2023 zeigt, dass sich diese Entwicklung in der Stadt Düsseldorf jedoch nicht linear vollzogen hat (Abbildung 4). So ist in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen eine Abnahme von 11% zu beobachten. Die Zahl der 60- bis 69-Jährigen ist hingegen um 11% gestiegen. Mit 41% hat die Gruppe der ab 80-Jährigen den größten Zuwachs erfahren. Gleichzeitig sind jedoch auch die jüngeren Altersgruppen gewachsen. Die Zahl der unter 60-Jährigen

stieg zwischen 2009 und 2023 um 10%. Dies führte dazu, dass der Altenquotient im beobachteten Zeitraum von 31,5 Ältere je 100 Einwohner\*innen im Erwerbsalter auf 29,4 gesunken ist. Der demografische Wandel ist in der Stadt Düsseldorf somit weniger stark sichtbar als in anderen Städten und Regionen Deutschlands, äußert sich jedoch ebenfalls in einem starken Zuwachs unter den Hochaltrigen ab 80 Jahren. Sowohl deren absolute Zahl als auch ihr relativer Bevölkerungsanteil sind deutlich gestiegen: Während 2009 noch rund 29.400 Menschen in Düsseldorf lebten, die 80 Jahre oder älter waren (4,9% der Bevölkerung), waren es am Jahresende 2023 bereits rund 41.500 bzw. 6,3% der Bevölkerung.

**Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung, 2009-2023 (jeweils 31.12.)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Berechnung des ISG 2024.

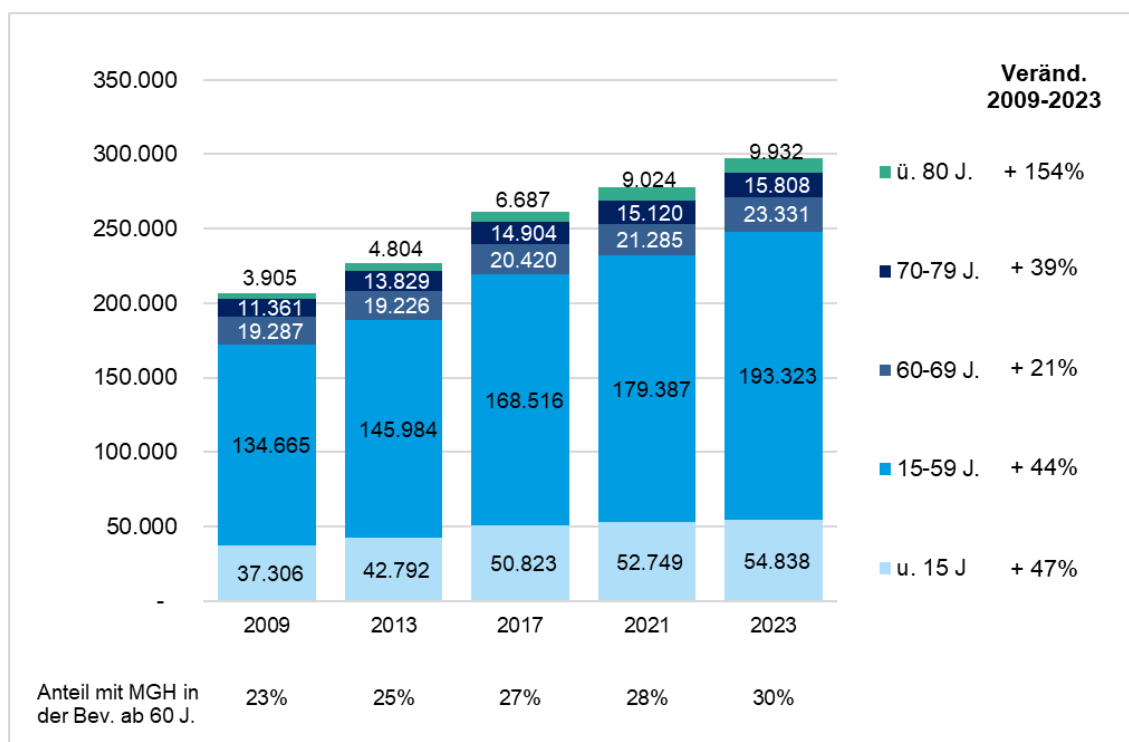
### *Entwicklung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund*

Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Düsseldorf ist in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen. Lebten 2009 noch rund 206.500 Personen mit Migrationshintergrund in der Stadt, so waren es 2023 bereits 297.200 – ein Zuwachs von 90.700 Personen bzw. 44%. Dieser Anstieg betrifft sowohl die jüngeren als auch die älteren Altersgruppen. So nahm die Zahl der 60- bis 69-Jährigen um 21% zu, während die Zahl der 70- bis 79-Jährigen um 39% anstieg. Besonders stark fiel der Zuwachs jedoch bei den Hochaltrigen aus: Die Zahl der Menschen mit

Migrationshintergrund ab 80 Jahren ist zwischen 2009 und 2023 von rund 3.900 um 153% auf etwa 9.900 gestiegen.

Zwar weist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund wie oben beschrieben eine jüngere Altersstruktur auf als die autochthone Bevölkerung, jedoch wachsen Personen mit Migrationshintergrund zunehmend in die höheren Altersgruppen hinein. So ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerungsgruppe der ab 60-Jährigen von 23% im Jahr 2009 auf 30% im Jahr 2023 gestiegen.

**Abbildung 5: Entwicklung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen, 2009-2023 (jeweils 31.12.)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Berechnung des ISG 2024.

Neben der zunehmenden Alterung der aktuell in Düsseldorf lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund ergeben sich auch durch weitere Migration oder Flucht aus dem Ausland Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur. Zwar ist nur ein geringer Anteil der Migrant\*innen zum Zeitpunkt des Zuzugs oder der Flucht im höheren Alter<sup>7</sup>, doch wird auch diese Population in Zukunft altern. Die absolute Zahl der Älteren mit Migrationshintergrund sowie ihr Anteil an der älteren Bevölkerung wird daher weiter steigen.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Vgl. Destatis (2024): Einbürgerungsstatistik.

<sup>8</sup> Vgl. Tezcan-Güntekin & Breckenkamp (2017).

### *Bevölkerungsprognose*

Der demografische Wandel und die damit verbundene Alterung der Gesellschaft werden sich auch in Zukunft fortsetzen. Nachfolgend wird die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung für die Stadt Düsseldorf dargestellt. Die Daten stammen zum einen aus der Bevölkerungsvorausberechnung des Amtes für Statistik und Wahlen der Stadt Düsseldorf. Diese liefert prognostizierte Bevölkerungszahlen bis zum Jahre 2034 und beruht auf den Daten des Einwohnermelderegisters zum Stand 31.12.2023<sup>9</sup>. Die Daten liegen auch auf Ebene der Stadtbezirke vor, wobei darauf hinzuweisen ist, dass insbesondere kleinräumige Betrachtungen der prognostizierten Daten mit höheren statistischen Unsicherheiten verbunden sind.

Um Bevölkerungszahlen für die fernere Zukunft (Jahre 2035 bis 2045) zu erhalten, wurde darüber hinaus auf die Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes zurückgegriffen. Methodisch wurde dabei so vorgegangen, dass zunächst alters- und geschlechtsspezifische Veränderungsrate aus der Prognose des Statistischen Landesamtes errechnet wurden (jeweils Veränderung gegenüber dem Jahr 2034). Diese Veränderungsrate wurden dann auf die vom Amt für Statistik und Wahlen prognostizierten Zahlen für das Jahr 2034 angewendet. Die Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes liegt jedoch nur auf gesamtstädtischer Ebene vor. Ab dem Jahr 2035 werden daher keine Unterschiede in den Bevölkerungsentwicklungen der Stadtbezirke berücksichtigt, sondern das Modell geht davon aus, dass sich die Entwicklung in den Stadtbezirken gleich der Entwicklung in der gesamten Stadt vollzieht.

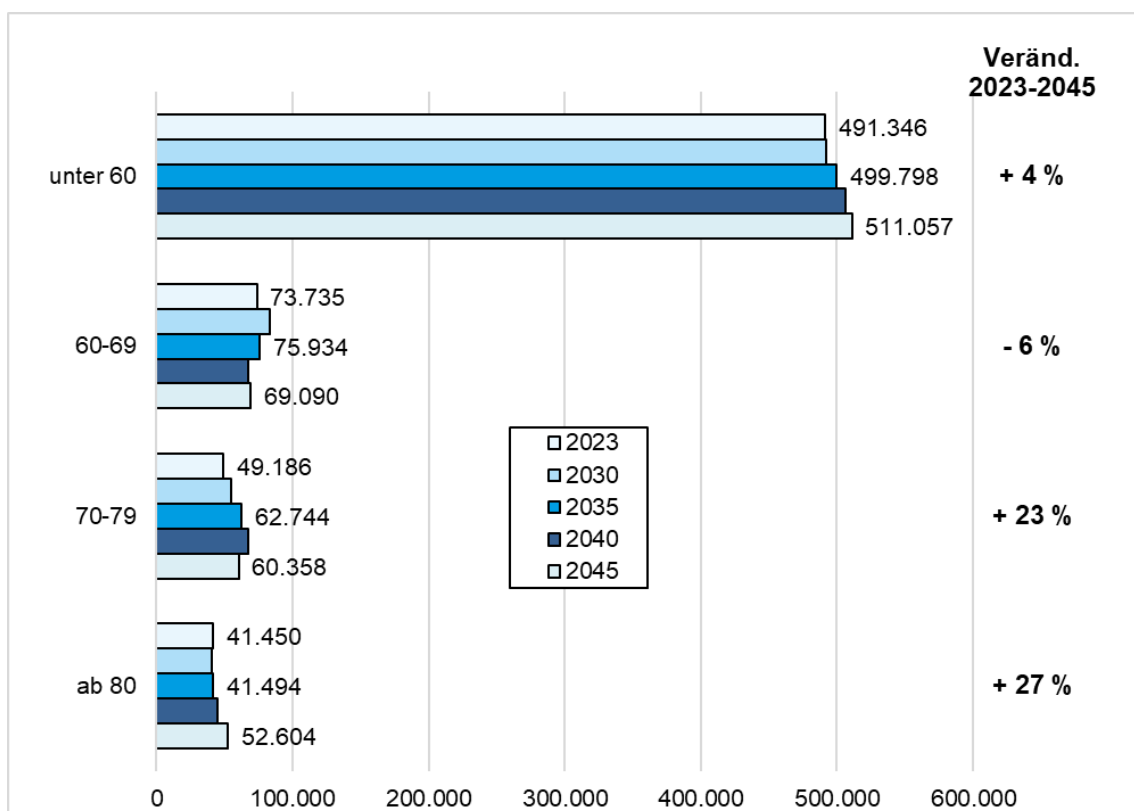
Entsprechend dieser Prognose sind bis zum Jahr 2035 insbesondere in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen Zuwächse zu erwarten (+28%). Die übrigen Altersgruppen verzeichnen lediglich eine geringfügige Zunahme. Die Zahl der

---

<sup>9</sup> Auf Basis dieser Daten wurde die Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppen unter Beibehaltung der Annahmen der Prognose von 2019 fortgeschrieben. Die damals getroffenen Annahmen haben sich jedoch als nicht kongruent zum Zeitgeschehen herausgestellt. Multiple Krisen haben ein verändertes Fertilitäts- und Wanderungsverhalten sowie Änderungen in der Neubauplanung zur Folge. Für die Neuberechnung konnten jedoch keine methodisch und zeitlich aufwendigen Nejustierungen an den Grundannahmen getätigt werden. Dies bedeutet allerdings auch, dass die Neuberechnung von einer Normalisierung der Wanderungsbewegungen auf das vor Pandemie- und Kriegsniveau ausgeht. Lediglich die Fertilitätsrate wurde auf Basis der Daten des Einwohnermelderegisters vom 31.12.2023 neu berechnet. Die Geburtenzahlen fielen im Jahr 2023 im Vergleich zu den Vorjahren besonders niedrig aus. Da sich bereits im ersten Halbjahr 2024 eine ebenso geringe Geburtenentwicklung abzeichnet, wurden die Fertilitätsrate aus 2023 fortgeschrieben. Sollte sich die Geburtenentwicklung jedoch wieder stabilisieren bzw. zunehmen, können die Ergebnisse der Prognose erneut von der Realität abweichen. Dies gilt ebenso für die Entwicklung des Wanderungsverhaltens.

Hochaltrigen bleibt in diesem Zeitraum nahezu unverändert. Bis 2045 wird die Altersgruppe der ab 80-Jährigen jedoch deutlich wachsen, und zwar um rund 11.150 Personen bzw. 27% gegenüber dem jetzigen Stand. Die Zahl der 70- bis 79-Jährigen hingegen wird wieder etwas sinken. Im Vergleich zum Jahr 2023 ergibt sich dennoch ein Zuwachs von 23%. Die Zahl der 60- bis 69-Jährigen ist mit einer Veränderung von -6% leicht rückläufig. Die Altersgruppe der unter 60-Jährigen erfährt einen Zuwachs von 4% gegenüber dem Jahr 2023.

**Abbildung 6: Bevölkerungsprognose, 2023-2045**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 - Bevölkerungsvorausberechnung, Berechnung des ISG 2024.

Tabelle 3 zeigt, wie sich der Anstieg der älteren Bevölkerung ab 60 Jahren bis zum Jahr 2045 in den einzelnen Stadtbezirken gestaltet. Besonders starke Zuwächse von jeweils über 30% sind in den Stadtbezirken 2, 3 und 4 zu erwarten. In Stadtbezirk 3 wird auch im Jahr 2045 die größte Zahl von Personen im Alter von über 60 Jahren leben. Vergleichsweise weniger stark wächst die Bevölkerungsgruppe der ab 60-Jährigen in den Stadtbezirken 10 (+13%) und 8 (+16%).

**Tabelle 3: Prognose der Bevölkerung ab 60 Jahren nach Stadtbezirken, 2023-2045**

Stadtbezirk	2023	2030	2035	2040	2045	Veränd.
1	17.448	20.971	21.203	21.168	21.417	22,7%
2	12.534	15.998	16.325	16.280	16.487	31,5%
3	22.896	28.989	29.698	29.587	29.861	30,4%
4	10.532	13.721	13.763	13.726	13.963	32,6%
5	9.268	11.177	11.349	11.277	11.410	23,1%
6	15.674	18.951	18.921	18.927	19.119	22,0%
7	12.622	15.566	15.715	15.749	15.923	26,2%
8	15.412	17.995	17.718	17.744	17.927	16,3%
9	23.366	28.292	28.287	28.337	28.649	22,6%
10	6.468	7.405	7.193	7.260	7.296	12,8%
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>146.220</b>	<b>179.065</b>	<b>180.172</b>	<b>180.056</b>	<b>182.052</b>	<b>24,5%</b>

Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 - Bevölkerungsvorausberechnung, Berechnung des ISG 2024.

Diese demografische Entwicklung ist für die Pflegeplanung besonders relevant, da durch den starken Anstieg der älteren und insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung auch die Bevölkerungsgruppen wachsen werden, die von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie von Demenz betroffen sein werden. Mit der Frage, wie stark dieser Anstieg ausfallen wird, befassen sich die Kapitel 4.2 und 4.3.

## 4 Pflegebedürftigkeit und Demenz

### ***Das Wichtigste in Kürze***

Zum Jahresende 2023 waren in der Stadt Düsseldorf 40.248 Personen und damit 6,4% der Bevölkerung pflegebedürftig. Damit liegt der Anteil unter dem Landesdurchschnitt NRW von 7,6% und dem Bundesdurchschnitt von 6,7% Pflegebedürftigen. Der Anteil der stationär Gepflegten an allen Pflegebedürftigen (sog. „Heimquote“) lag bei 12,7%.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen stark angestiegen. Dies ist nicht nur eine Folge der demografischen Entwicklung, sondern auch durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 bedingt. Auch in Zukunft ist mit einer weiteren Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Wie stark dieser Anstieg ausfallen wird, hängt sowohl von demografischen Entwicklungen als auch der Entwicklung der Pflegequoten ab. Um zu begründeten Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu gelangen, wurden drei verschiedene Szenarien berechnet. Diese basieren zum einen auf der Bevölkerungsvorausberechnung und zum anderen auf jeweils unterschiedlichen Annahmen über die zukünftige Höhe der Pflegequoten. Zusammengenommen lässt sich anhand von drei Szenarien ein Korridor für die zu erwartende Entwicklung des Pflegebedarfs ableiten. Bis zum Jahr 2045 ist nach der Vorausberechnung mit einem Zuwachs von mindestens 20,6% zu rechnen. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in der Stadt Düsseldorf würde dann bei 48.500 liegen. Falls der Trend steigender Pflegequoten weiter fortbesteht, wäre auch eine Steigerung von über 30% bis zum Jahr 2045 möglich. Die Zahl der Pflegebedürftigen würde in diesem Fall auf rund 52.500 steigen.

Menschen mit Demenz stellen eine Teilgruppe der Pflegebedürftigen dar, die aufgrund ihrer spezifischen Bedarfe gesondert in den Blick genommen wird. Zum Jahresende 2023 lebten in der Stadt Düsseldorf schätzungsweise 12.300 Menschen mit Demenzerkrankung. Aufgrund demografischer Entwicklungen wird auch die Größe dieser Bevölkerungsgruppe in Zukunft wachsen. Bis zum Jahr 2035 beträgt der geschätzte Anstieg +7% und bis zum Jahr 2045 +24%.

Um Versorgungsstrukturen adäquat planen zu können, sind verlässliche Daten über die Zahl der pflegebedürftigen Menschen erforderlich. Nachfolgend wird daher zunächst die derzeitige Anzahl und Struktur der Personen mit Pflegebedarf in der Landeshauptstadt Düsseldorf beschrieben.

Eine langfristig angelegte Pflegeplanung befasst sich auch mit der zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. In einem zweiten Schritt werden daher Prognosen für den zukünftigen Pflegebedarf vorgenommen. Dabei dienen die im vorherigen

Kapitel dargestellten demografischen Daten als Grundlage. Neben der demografischen Entwicklung ist für die Ableitung des zukünftigen Pflegebedarfs jedoch auch die Entwicklung der Pflegeprävalenzen maßgeblich. Hierbei können unterschiedliche Annahmen getroffen werden, sodass im Rahmen der Prognose drei Szenarien für die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit entwickelt und dargestellt werden.

#### 4.1 Anzahl, Struktur und Entwicklung der Pflegebedürftigen

Anzahl und Struktur der Personen mit anerkanntem Pflegebedarf, die nach den Kriterien des SGB XI einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, werden alle zwei Jahre in der Pflegestatistik erhoben. Die folgenden Angaben basieren auf Bevölkerungsdaten und der Pflegestatistik 2023 des Statistischen Landesamts IT.NRW.

**Tabelle 4: Pflegebedürftige und Pflegequoten nach Altersgruppen und Geschlecht (15.12.2023)**

	Altersgruppe	Insgesamt	Männer	Frauen
<b>Pflegebedürftige</b>	u. 60 J.	6.861	3.810	3.054
	60-64 J.	2.097	1.017	1.083
	65-69 J.	2.529	1.218	1.308
	70-74 J.	3.507	1.479	2.028
	75-79 J.	4.581	1.680	2.901
	ab 80 J.	20.676	6.447	14.226
	<b>Insgesamt</b>	<b>40.248</b>	<b>15.651</b>	<b>24.597</b>
<b>Pflegequoten</b>	u. 60 J.	1,5%	1,5%	1,2%
	60-64 J.	5,2%	4,9%	5,2%
	65-69 J.	8,1%	8,0%	7,7%
	70-74 J.	13,1%	12,1%	13,4%
	75-79 J.	21,4%	18,1%	23,2%
	ab 80 J.	49,3%	40,8%	55,5%
	<b>Insgesamt</b>	<b>6,4%</b>	<b>4,9%</b>	<b>7,3%</b>
	NRW	<b>7,6%</b>	<b>6,1%</b>	<b>9,1%</b>
Deutschland	<b>6,7%</b>	<b>5,3%</b>	<b>8,1%</b>	

Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024; Summenabweichungen können rundungsbedingt auftreten.

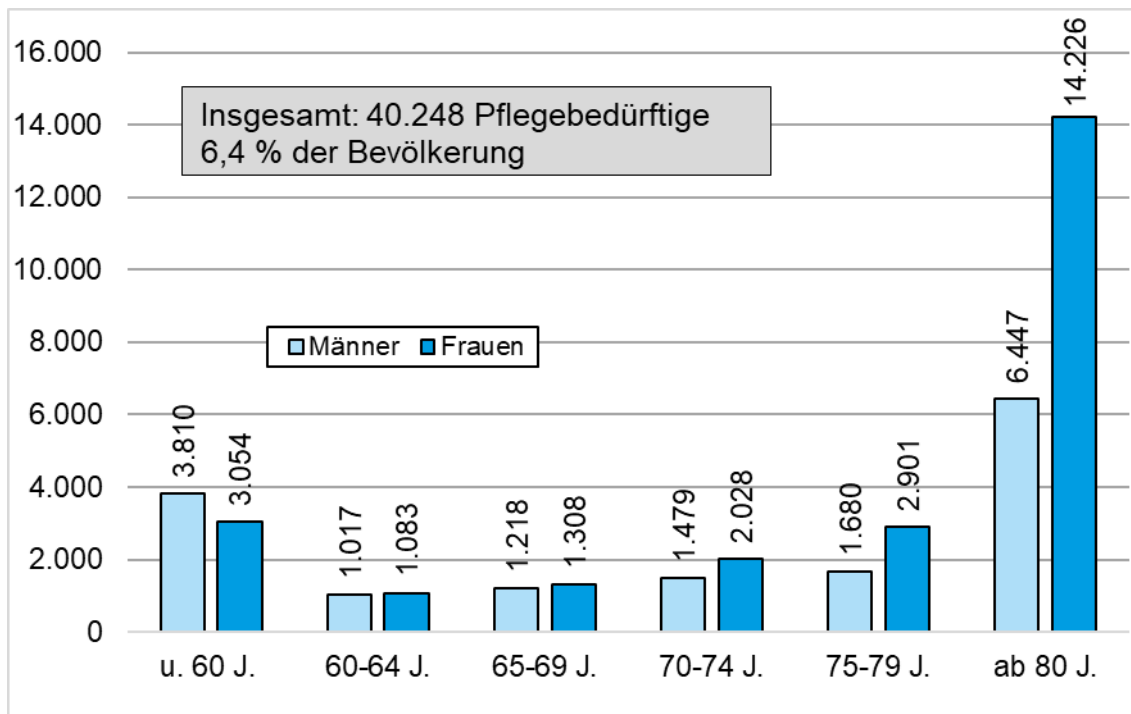
Zum Jahresende 2023 waren in der Stadt Düsseldorf 40.248 Personen und damit 6,4% der Bevölkerung pflegebedürftig (Tabelle 4). Damit liegt der Anteil unter dem Landesdurchschnitt NRW von 7,6% und dem Bundesdurchschnitt von 6,7% Pflegebedürftigen. Von den Pflegebedürftigen in der Stadt Düsseldorf waren 15.651

Männer (4,9% der männlichen Bevölkerung) und 24.597 Frauen (7,3% der weiblichen Bevölkerung). Auch diese Quoten liegen jeweils unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter an. In der Altersgruppe der unter 60-Jährigen waren im Jahr 2023 in Düsseldorf 6.861 Personen pflegebedürftig, was einem Anteil von 1,5% an der gleichaltrigen Bevölkerung entspricht. Dieser Anteil steigt auf 5,2% in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen (2.097 Personen) und liegt im Alter zwischen 65 und 69 Jahren bei 8,1% (2.529 Personen). Von den 70- bis 74-Jährigen (3.507 Pflegebedürftige) sind 13,1% pflegebedürftig, und in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen steigt dieser Anteil auf 21,4% (4.581 Personen). Am höchsten ist der Anteil der Pflegebedürftigen in der Gruppe der Einwohner\*innen ab 80 Jahren mit 49,3%, dies sind 20.676 Personen.

Eine geschlechtsspezifische Unterscheidung ergibt, dass von den pflegebedürftigen Männern 24% unter 60 Jahren, 34% zwischen 60 und 79 Jahre alt und 41% in der Altersgruppe ab 80 Jahren sind. Von den pflegebedürftigen Frauen sind 12% unter 60 Jahre, 30% zwischen 60 und 79 Jahre alt und 58% sind in der Altersgruppe ab 80 Jahren. Von den 20.676 Pflegebedürftigen in der Altersgruppe ab 80 Jahren sind 31% Männer und 69% Frauen (Abbildung 7).

**Abbildung 7: Pflegebedürftige nach Altersgruppe und Geschlecht (15.12.2023)**

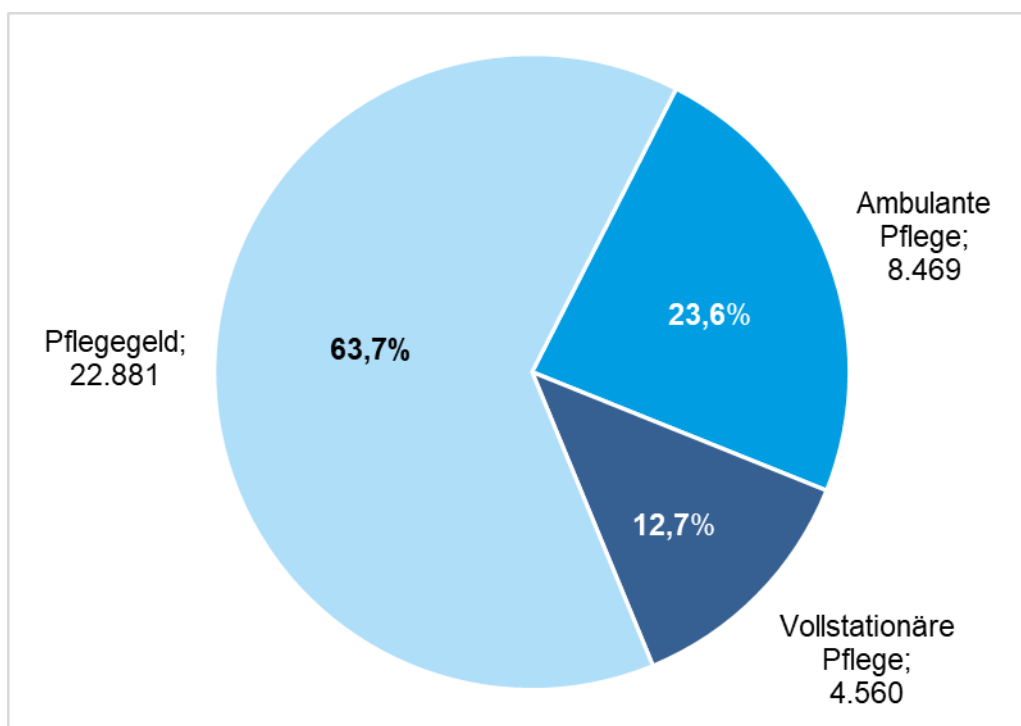


Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.

Die Pflegestatistik unterscheidet weiterhin nach der Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung.

Im Jahr 2023 nahmen 4.560 Personen vollstationäre Pflege in Anspruch. Der Anteil der stationär Gepflegten an allen Pflegebedürftigen (sog. „Heimquote“) lag bei 12,7% und damit unter dem Landesdurchschnitt (13,8%) und dem Bundesdurchschnitt (14,1%) (Abbildung 8). 8.469 Personen (23,6%) bezogen Leistungen von ambulanten Pflegediensten. 22.881 Personen und damit der Großteil der Pflegebedürftigen (63,7%) erhielten Pflegegeld, das zur Sicherstellung der selbst beschafften Pflegehilfe dient, die zumeist durch An- und Zugehörige geleistet wird.

**Abbildung 8: Pflegebedürftige nach Art der Leistung (15.12.2023)**



Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024. Ohne Doppelzählung von kombiniertem Leistungsbezug.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen stark angestiegen (Abbildung 9). Dies ist nicht nur eine Folge der demografischen Entwicklung, sondern auch durch eine rechtliche Änderung bedingt. Bis zum Dezember 2016 war mit der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) eine Zuordnung nach drei Stufen entsprechend dem Pflegebedarf verbunden. Seit Januar 2017 ersetzen fünf Pflegegrade die vorherigen Pflegestufen. Im Zuge dieser Umstellung werden bei der Bemessung der Pflegebedürftigkeit mentale Beeinträchtigungen stärker als zuvor berücksichtigt, wodurch sich der Kreis der Pflegebedürftigen vergrößert hat. Damit hat das im Jahr 2013 eingeführte Merkmal einer „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“ seinen Sonderstatus verloren.

Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit seit 2011 zeigt deutlich die Auswirkungen der Erweiterung des Leistungsanspruchs, die mit der Einführung des neuen

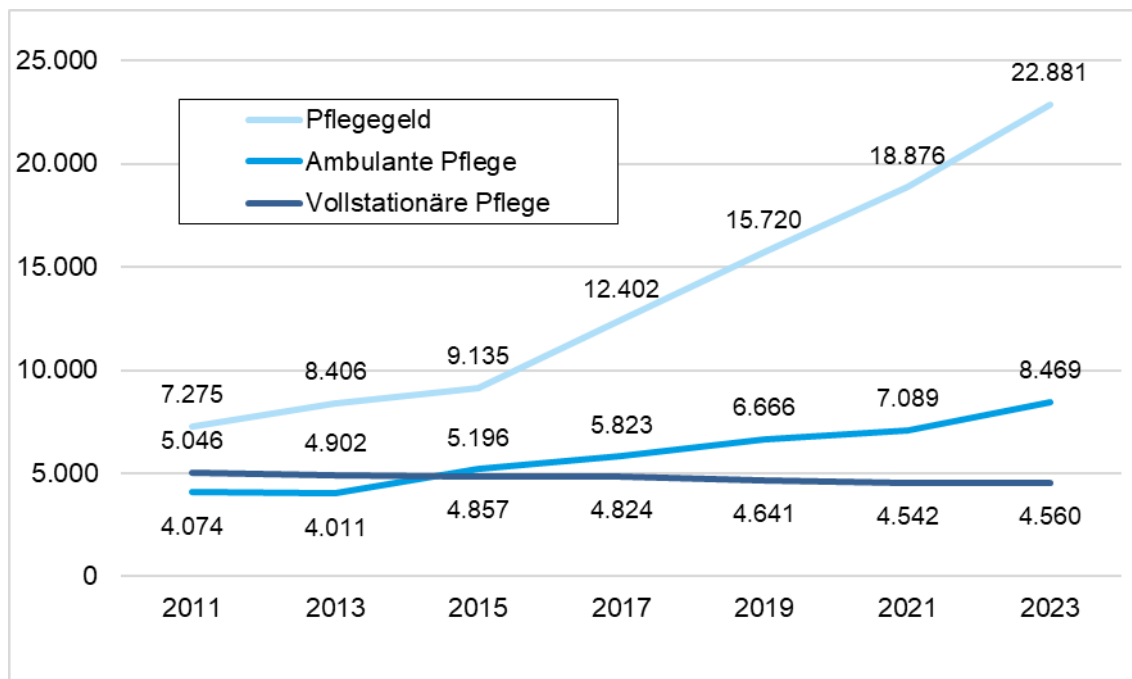
Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 einherging. Die Zahl der Pflegebedürftigen lag im Dezember 2011 noch bei 16.395 Personen und ist bis 2017 bereits um 41% auf 23.052 gestiegen. Im Dezember 2023 lag die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen bei 40.248. Gegenüber dem Jahr 2011 entspricht dies einem Zuwachs von 145%.

Den größten Zuwachs (+215% seit 2011) hatte dabei die Gruppe der Pflegebedürftigen, die Pflegegeld erhalten. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten gepflegt werden, ist seit 2011 um 108% angestiegen. Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist im selben Zeitraum hingegen leicht rückläufig (-10%). Grund hierfür ist zum einen die Umsetzung der Einzelzimmerquote, die im Jahr 2008 beschlossen und bis zum Jahr 2018 umgesetzt wurde.<sup>10</sup> Demnach muss der Anteil der Einzelzimmer in jeder Einrichtung mindestens 80% betragen. Dies hat in einigen Einrichtungen zu Kapazitätsreduzierungen und zum Teil auch zu Schließungen geführt. Zum anderen gab es in der Vergangenheit Schließungen aufgrund von Insolvenzen. Gleichzeitig ist die Errichtung neuer stationärer Pflegeeinrichtungen durch den Mangel an geeigneten Bauflächen oder Bestandsgebäuden begrenzt. Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund der ohnehin hohen Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen kritisch zu bewerten (vgl. Kapitel 6.1.4).

---

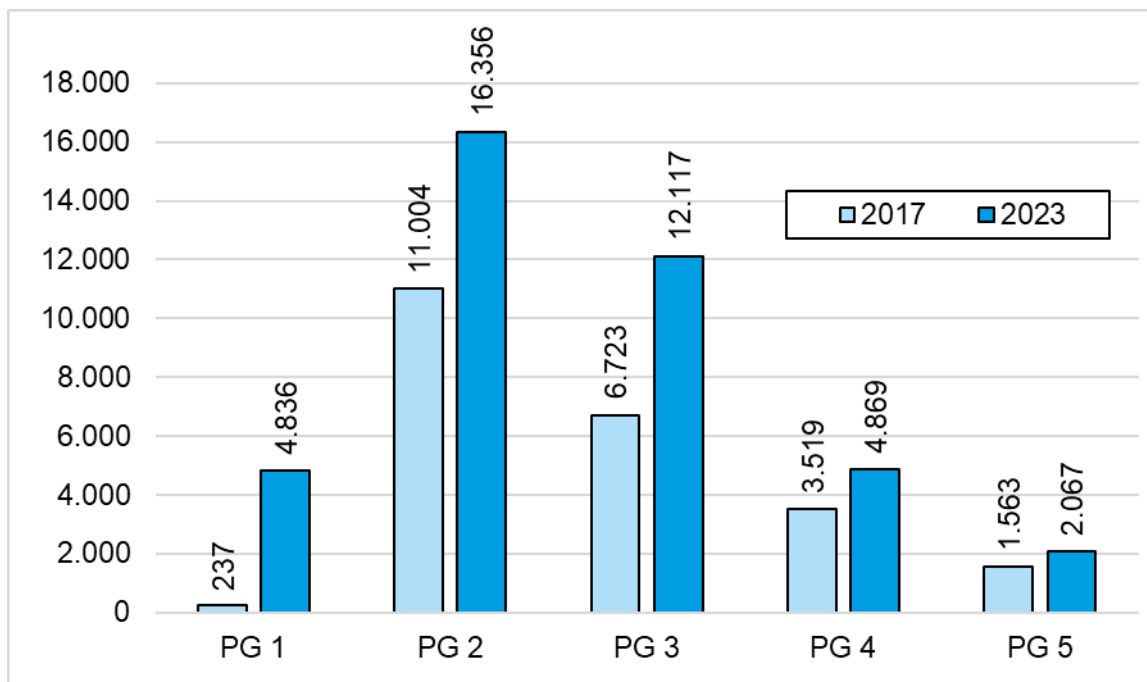
<sup>10</sup> § 2a [Durchführungsverordnung zum Gesetz über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen \(Wohn- und Teilhabegesetz - WTG\)](#).

**Abbildung 9: Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung, 2011-2023 (jeweils 15.12.)**



Quelle: IT.NRW - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf (jeweils zum 15.12.), Berechnung des ISG 2024. Ohne Doppelzählung von kombiniertem Leistungsbezug.

Aufgeschlüsselt nach Pflegegraden zeigt sich in der Betrachtung in den vergangenen Jahren insbesondere bei Pflegebedürftigen mit einem niedrigen Pflegegrad eine starke Zunahme (Abbildung 10). Während 2017 nur 237 Personen den Pflegegrad 1 hatten, waren es 2021 rund 4.800. In Pflegegrad 2 ist die Zahl der Pflegebedürftigen um 49% und in Pflegegrad 3 um 80% gestiegen. Etwas geringer fallen demgegenüber die Steigerungen in Pflegegrad 4 (+38%) und Pflegegrad 5 (+32%) aus.

**Abbildung 10: Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad, 2017 und 2023 (jeweils 15.12.)**

Quelle: IT.NRW - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf (jeweils zum 15.12.), Berechnung des ISG 2024

### **Junge Pflege**

In Düsseldorf leben rund 6.900 Pflegebedürftige im Alter von unter 60 Jahren. Dies entspricht einem Anteil von 17% aller Pflegebedürftigen. Obwohl die Zahl der pflegebedürftigen Menschen im jüngeren und mittleren Lebensalter relativ gering ist, darf nicht übersehen werden, dass diese Personengruppe spezifische, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Angebote benötigt.

Diese Personengruppe umfasst vor allem Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf, die in jungen Jahren meist bei ihren Eltern leben und auf besondere Bildungs- und Arbeitsangebote angewiesen sind. Problematisch wird es, wenn diese Personen älter werden, die Werkstätten für behinderte Menschen verlassen und keine passenden Wohn- oder Tagesstrukturierungsangebote zur Verfügung stehen. In vielen Fällen hängt die Pflege und Unterstützung dieser Personen von Angehörigen ab, die im fortgeschrittenen Alter selbst nicht mehr in der Lage sind, diese Rolle zu übernehmen.<sup>11</sup> Dies stellt das System vor die Herausforderung, rechtzeitig passende stationäre oder alternative Wohnangebote bereitzustellen, um den Betroffenen eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.

Zudem gehören zu dieser Gruppe auch Menschen, die aufgrund fortschreitender Erkrankungen oder plötzlicher Unfälle nicht mehr in ihrem gewohnten häuslichen

<sup>11</sup> Vgl. Ding-Greiner (2021).

Umfeld verbleiben können. Sie benötigen häufig eine dauerhafte stationäre Versorgung, die auf ihre besonderen Bedürfnisse eingeht, etwa spezialisierte Pflegeeinrichtungen für Menschen mit neurologischen Erkrankungen oder Einrichtungen für junge Pflegebedürftige. Die derzeitigen stationären Pflegeangebote sind häufig nicht auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen im mittleren Lebensalter ausgelegt, was zu Versorgungslücken führen kann.

In Düsseldorf gibt es mit der Alloheim Senioren-Residenz Kruppstraße ein Angebot, welches sich explizit an junge Pflegebedürftige richtet. Hier stehen Pflegeplätze für Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren zur Verfügung, die ihr Leben etwa aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit nicht mehr eigenständig gestalten können. Das Angebot wurde im Laufe des Jahres 2024 von ehemals 58 auf 76 Pflegeplätze ausgeweitet.

Für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf muss dabei immer geklärt werden, ob sie Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX oder auf Pflegeleistungen nach SGB XI haben. Die Schnittstelle zwischen beiden Leistungsarten wird hier jedoch nicht vertieft, da der vorliegende Bericht nach § 7 APG NRW den Fokus auf pflegerische Leistungen legt.

### ***Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund***

In der Vergangenheit war der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen deutschstämmig. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund wächst jedoch stetig. Insbesondere kommen zunehmend Migrantinnen und Migranten, die im Rahmen der Anwerbeabkommen in den 1960er Jahren nach Deutschland gekommen sind, in ein Alter, in dem chronische Erkrankung und Pflegebedürftigkeit häufiger auftreten (s. Kapitel 3.1). Genaue Zahlen zur Größe dieser Personengruppe sind nicht bekannt. Ein Näherungswert lässt sich jedoch schätzen, indem die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten der Gesamtbevölkerung auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund angewendet werden. Nach dieser Schätzung lebten im Jahr 2023 rund 12.400 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Düsseldorf. Dies entspricht einem Anteil von 31% aller Pflegebedürftigen.

Dieser Berechnungsansatz ist jedoch insofern mit Einschränkungen behaftet, als sich der durchschnittliche Gesundheitszustand von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheidet. In vielen Fällen gibt es Hinweise darauf, dass die Lebensumstände und der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund durchschnittlich schlechter sind als die der autochthonen Bevölkerung, was zu einer höheren Pflegebedürftigkeit führen könnte.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Vgl. Obermann (2020).

Zudem nutzen Menschen mit Migrationshintergrund Pflegeangebote oft seltener oder später als die Mehrheitsbevölkerung, da für sie verschiedene Zugangsbarrieren bestehen können.<sup>13</sup> Dazu zählen Informationsdefizite, bürokratische Hürden, aufenthaltsrechtliche Bestimmungen sowie sprachbedingte Kommunikationsschwierigkeiten. Auch finanzielle Einschränkungen sowie Diskriminierungserfahrungen können den Zugang zum Pflegesystem erschweren. Je nach kulturellem Hintergrund können auch Auffassungen über die Ausgestaltung von Pflege variieren und die Inanspruchnahme von professionellen Unterstützungsleistungen prägen.

Derzeit ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund durchschnittlich jünger als die autochthone Bevölkerung (Kapitel 3.1). Zukünftig werden jedoch zunehmend Menschen mit Migrationshintergrund in die älteren Altersgruppen hineinwachsen. Zusätzlich werden weitere Menschen aus dem Ausland einwandern. Es ist daher davon auszugehen, dass sowohl die absolute Zahl als auch der Anteil von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund weiter steigen wird. Dem Thema „diversitätssensible Pflege“ kommt daher eine zunehmende Bedeutung bei. Diesem wird sich in Kapitel 9.4 im Detail gewidmet.

#### **4.2 Zukünftige Entwicklung des Pflegebedarfs**

Ziel der Pflegeplanung ist es nicht nur, den derzeitigen Pflegebedarf in der Stadt Düsseldorf zu untersuchen, sondern auch zu begründeten Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu gelangen. Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, ist die Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, und wie nachfolgend gezeigt wird, ist auch in Zukunft mit einer weiteren Zunahme zu rechnen. Wie stark dieser Anstieg jedoch sein wird, hängt maßgeblich von zwei Faktoren ab: von der zukünftigen Alterszusammensetzung und von den altersspezifischen Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit.

Weder die demografische Entwicklung noch die Veränderung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten lassen sich jedoch eindeutig vorherbestimmen. Daher werden bei der Prognose des Pflegebedarfs drei Szenarien unterschieden, die auf jeweils unterschiedlichen Annahmen basieren.

---

<sup>13</sup> Vgl. Tezcan-Güntekin & Breckenkamp (2017).

**Szenario 1: Status-Quo**

In Szenario 1 wird davon ausgegangen, dass die Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Altersgruppe, pflegebedürftig zu sein, in den kommenden 20 Jahren gleichbleiben wird. Dies erscheint plausibel, falls die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Einflüsse wie Lebenserwartung, medizinische Möglichkeiten und Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten unverändert bleiben. Außerdem impliziert das Szenario, dass auch individuelle Relevanzsetzungen und Entscheidungsstrukturen gleichbleiben.

Zur Berechnung des zukünftigen Pflegebedarfs werden entsprechend die derzeitigen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten der Stadt Düsseldorf gemäß Pflegestatistik 2023 (vgl. Anhang, Tabelle 39) auf die prognostizierte Bevölkerung (s. Kapitel 3.2) übertragen. Die treibende Kraft hinter Veränderungen im Pflegebedarf sind in diesem Modell somit ausschließlich demografische Entwicklungen und damit einhergehende Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung.

**Szenario 2: Weitere Effekte der Pflegereform**

Szenario 2 beinhaltet neben den prognostizierten demografischen Entwicklungen auch Annahmen über die Entwicklung der Pflegequoten. Hintergrund für die Annahmen in diesem Szenario ist der deutliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der sich seit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahre 2017 beobachten lässt (vgl. Abbildung 9). Im Modell wird davon ausgegangen, dass sich dieser Trend befristet fortsetzt und sich die Pflegequoten auch in den Jahren nach 2023 noch weiter erhöhen werden.

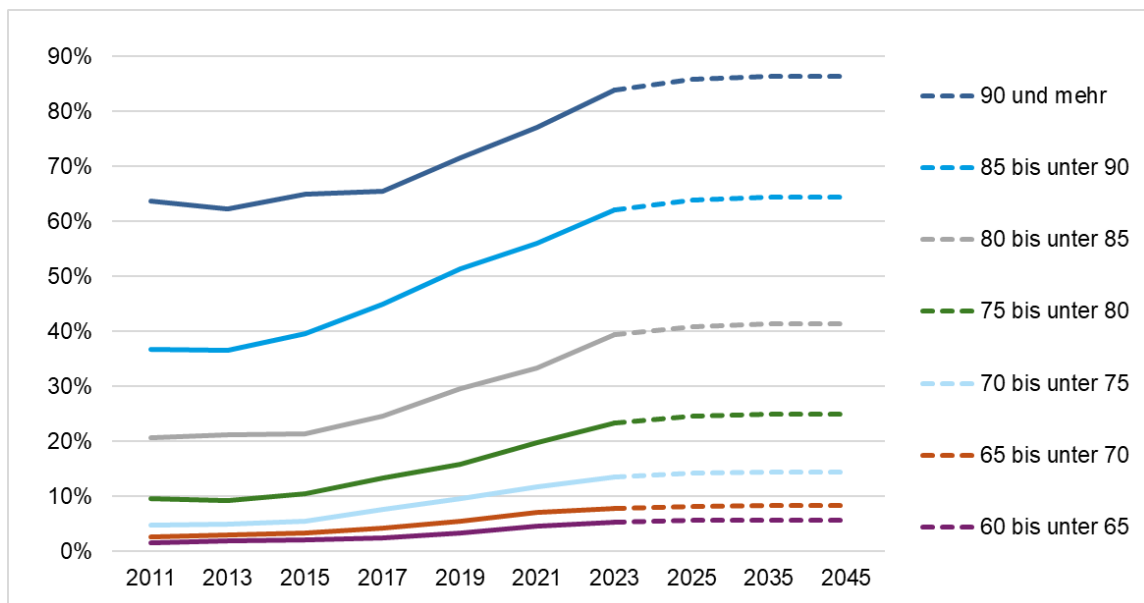
Diese Berechnung erfolgt in Anlehnung an die Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes<sup>14</sup>. Dort wird angenommen, dass sich der Trend der steigenden Pflegequoten noch bis 2027 fortsetzt, sich allerdings sukzessive abschwächt. Ab 2027 werden die Pflegequoten dann ebenfalls als stabil angenommen. Abbildung 11 zeigt beispielhaft die Entwicklung der Pflegequoten für Frauen in den Jahren 2011-2023 und die darauf basierende Fortschreibung bis zum Jahr 2045.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> DESTATIS (2023): Statistischer Bericht - Pflegevorausberechnung - Deutschland und Bundesländer.

<sup>15</sup> Eine Übersicht aller verwendeten Pflegequoten ist im Anhang dargestellt (Tabelle 41).

**Abbildung 11: Pflegequoten nach Altersgruppen – Frauen 2011-2045 (ab 2025 Prognose)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 – Bevölkerungsvorausberechnung; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2011-2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.

### **Szenario 3: Gesunde Lebensjahre**

Auch im dritten Szenario werden zukünftige Veränderungen der Pflegequoten vermutet. Neben den Effekten der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Szenario 2) wird jedoch in diesem Modell zusätzlich davon ausgegangen, dass es auch Entwicklungen gibt, die dazu beitragen, dass sich die Pflegequoten zukünftig verringern bzw. weniger stark erhöhen werden.

Die Grundlage für diese Annahme bildet die Hypothese der „Kompression der Morbidität“, welche erstmals von James Fries (1980) postuliert wurde. Diese Hypothese besagt, dass Verbesserungen des Lebensstandards und der Medizin dazu beitragen, dass Menschen insgesamt länger gesund leben. Die Phase von Krankheit und Behinderung am Lebensende wird dadurch komprimiert, also zeitlich verkürzt, wodurch sich auch das Risiko verschiebt, pflegebedürftig zu werden. Die These der Morbiditätskompression gilt jedoch keinesfalls als gesichert, und Studien in Deutschland stützen diese Hypothese je nach Untersuchungsdesign, betrachteter Stichprobe und verwendeten Gesundheitsindikatoren in unterschiedlichem Maße.<sup>16</sup>

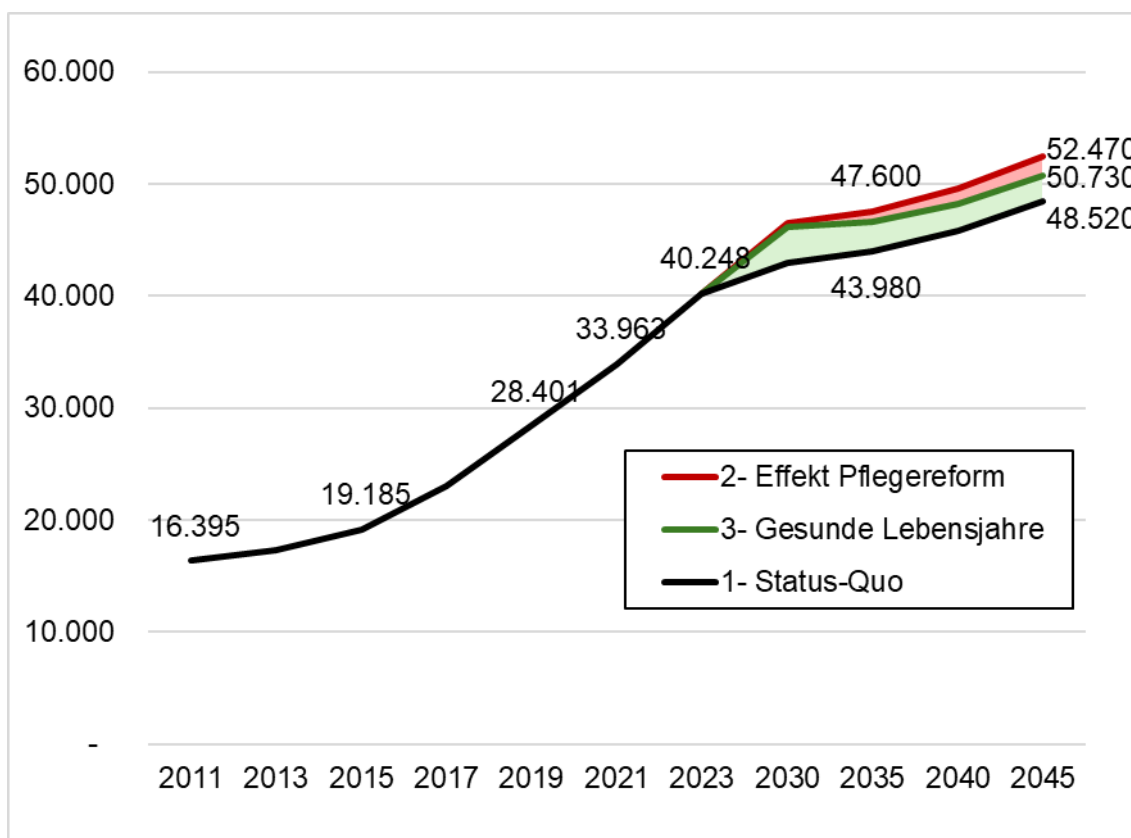
Für die Modellierung wurde davon ausgegangen, dass die im Rahmen der Lebenserwartung dazu gewonnenen Jahre gesunde Jahre sind. Für die Berechnung wurde die bisherige Entwicklung der altersspezifischen Lebenserwartung bis in das

<sup>16</sup> Vgl. Nowossadeck et al. (2024); Klar et al. (2021).

Jahr 2045 linear fortgeschrieben. Auf Basis der relativen Veränderung der altersspezifischen Lebenserwartungen gegenüber dem Bezugsjahr 2023 wurde für die Jahre 2030, 2035, 2040 und 2045 ein Korrekturfaktor berechnet, mit dem die Pflegequoten aus Szenario 2 multipliziert wurden.

Abbildung 12 veranschaulicht, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der Stadt Düsseldorf gemäß den drei vorgestellten Szenarien entwickeln könnte. Aufgrund der prognostizierten demografischen Entwicklung ist in jedem Fall von einer weiteren Zunahme des Pflegebedarfs auszugehen. Wie stark diese Zunahme ausfällt, hängt jedoch auch davon ab, inwiefern sich die altersspezifischen Pflegequoten in Zukunft verändern werden.

**Abbildung 12: Entwicklung des Pflegebedarfs 2011 bis 2045 (ab 2023 Prognose)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 – Bevölkerungsvorausberechnung; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2011-2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.  
Tabelle mit allen Werten befindet sich im Anhang (Tabelle 40).

Geht man davon aus, dass die Pflegequoten in den Jahren 2030 bis 2045 auf dem gleichen Niveau bleiben wie im Jahr 2023 (Szenario 1 – „Status-Quo“), so ergibt sich ein vergleichsweise geringer Zuwachs: Bis 2035 würde die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in der Stadt Düsseldorf um 9,3% auf rund 44.000 steigen. Im Jahr

2045 würden nach dieser Schätzung rund 48.500 Pflegebedürftige in Düsseldorf leben (+20,6%).

Dass die Pflegequoten in den kommenden 25 Jahren tatsächlich gleichbleiben, erscheint jedoch unwahrscheinlich. In Anbetracht der Entwicklung des Pflegebedarfs in den vergangenen Jahren ist die Annahme plausibel, dass sich die Pflegequoten auch in den nächsten Jahren weiter erhöhen werden. Hintergrund sind die anhaltenden Auswirkungen der Pflegereform im Jahr 2017. Unter der Annahme, dass sich der Trend der steigenden Pflegequoten noch bis 2027 fortsetzt, erhöht sich der prognostizierte Pflegebedarf deutlich. Szenario 2 („Effekt Pflegereform“) folgend würde die Zahl der Pflegebedürftigen in der Stadt Düsseldorf bis 2035 auf rund 47.600 (+18,3%) und bis 2045 auf rund 52.500 (+30,4%) steigen.

Etwas weniger stark ist der erwartete Zuwachs, wenn man zusätzlich zu den anhaltenden Einführungseffekten der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung berücksichtigt. Gemäß Szenario 3 („Gesunde Lebensjahre“) wäre bis zum Jahr 2035 mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen um 15,8% auf dann rund 46.600 Personen zu rechnen. Für das Jahr 2045 ergibt das Modell einen prognostizierten Bedarf von rund 50.700 Pflegebedürftigen, was einem Zuwachs von 26% entspricht. Der Dämpfungseffekt der steigenden Lebenserwartung ist in dieser Stärke jedoch nur plausibel, wenn die dazugewonnenen Lebensjahre tatsächlich „gesunde Jahre“ sind und sich die Phase der Pflegebedürftigkeit entsprechend ins höhere Alter verschiebt. Vor dem Hintergrund, dass die Beweislage für die These der Morbiditätskompression in der Forschung keinesfalls eindeutig ausfällt, ist jedoch davon auszugehen, dass der positive Effekt, den die steigende Lebenserwartung auf die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit hat, in diesem Modell tendenziell überschätzt wird.

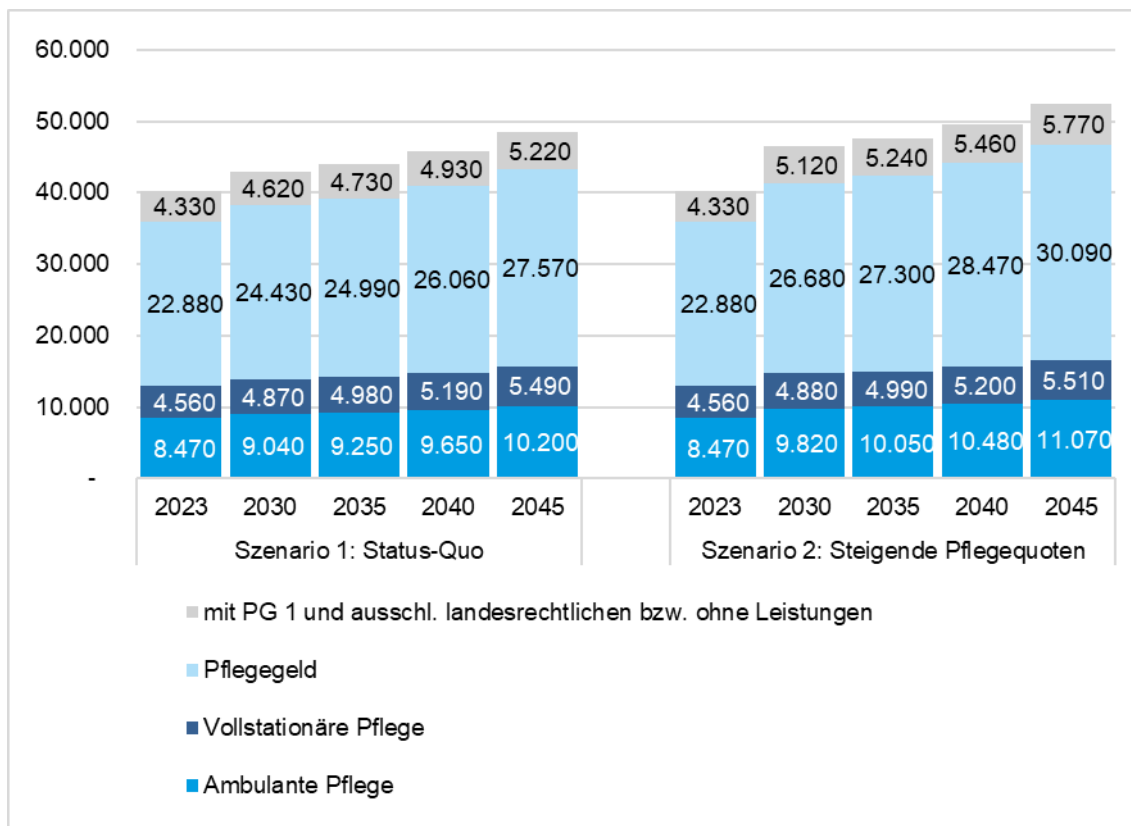
Zusammengenommen lässt sich anhand der drei Szenarien ein Korridor für die zu erwartende Entwicklung des Pflegebedarfs ableiten. Dabei ist mindestens mit einem Zuwachs der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen, wie ihn das Status-Quo-Szenario ausdrückt. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass die Pflegequoten auch in den kommenden Jahren steigen werden. Wie hoch diese Steigerung ausfällt, hängt unter anderem davon ab, in welchem Ausmaß sich die Pflegereform aus dem Jahr 2017 auch in Zukunft noch auswirkt, wie sich die rechtlichen Rahmenbedingungen und Zulassungsmethoden sowie die gesellschaftlichen Anreiz- und die individuellen Entscheidungsstrukturen verändern und welchen Einfluss die steigende Lebenserwartung hat.

In dieser Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs wird die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen betrachtet, unabhängig von der Art der Versorgung. Der Zuwachs der Leistungsbeziehenden vollzieht sich jedoch je nach Leistungsart unterschiedlich. Wie in Abbildung 9 dargestellt, ist der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den

vergangenen Jahren insbesondere auf die wachsende Zahl von Beziehenden von Pflegegeld zurückzuführen. In deutlich geringerem Ausmaß stieg auch die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die in einer stationären Einrichtung versorgt werden, war hingegen nahezu konstant bzw. sogar leicht rückläufig.

Ursache für diese ungleiche Entwicklung sind die Auswirkungen der Pflegereform 2017, in deren Folge insbesondere die Zahl der Pflegebedürftigen mit niedrigen Pflegegraden und Bezug von Pflegegeld oder ambulanten Sachleistungen gestiegen ist. Für die Einordnung der Prognosemodelle ist es daher wichtig zu betonen, dass die steigenden Pflegequoten insbesondere auf einen steigenden Anteil von Pflegegeldbeziehenden zurückzuführen sind. Abbildung 13 zeigt, wie sich die prognostizierte Entwicklung des Pflegebedarfs aufgeschlüsselt nach der Art der Versorgung darstellt, sollte sich dieser Trend fortführen. Die Differenz zwischen der prognostizierten Gesamtzahl der Pflegebedürftigen zwischen Szenario 1 („Status-Quo“) und Szenario 2 („Effekt Pflegereform“) speist sich größtenteils aus Beziehenden von Pflegegeld sowie in geringerem Umfang auch aus ambulant gepflegten Personen. Die Zahl der stationär versorgten Personen ist in beiden Modellen hingegen nahezu gleich. Diese Betrachtungsweise ist jedoch insofern mit Unsicherheiten behaftet, als sie die Struktur der Leistungsbeziehenden auf Basis des derzeitigen Versorgungsangebots fortschreibt. Die hohe Auslastung professioneller Pflegeangebote limitiert deren Inanspruchnahme und prägt somit auch die Verteilung der Leistungsbeziehenden. So wird beispielsweise der Anstieg der Pflegegeldbeziehenden auch dadurch verstärkt, dass der Zugang zu ambulanten und stationären Leistungen aufgrund von geringen Versorgungskapazitäten und steigenden Kosten erschwert ist. Zukünftige Veränderungen in der Versorgungsstruktur haben somit auch Einfluss auf die Entwicklung des Leistungsbezugs.

**Abbildung 13: Prognostizierte Entwicklung des Pflegebedarfs nach Art der Leistung (2023-2045)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 – Bevölkerungsvorausberechnung; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2011-2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.  
Summenabweichungen können rundungsbedingt auftreten.

**Exkurs: Frühere Prognosen des Pflegebedarfs**

Die Stadt Düsseldorf veröffentlichte bereits im Jahr 2013 einen Bericht zur Pflegeplanung, der eine Vorausberechnung des zukünftigen Pflegebedarfs umfasste.<sup>17</sup> Die Methodik ähnelt dabei der Vorgehensweise, die für die Vorausberechnung in der „Status-Quo-Variante“ dieses Berichts verwendet wurde. Das bedeutet, dass die zukünftigen Zahlen der Pflegebedürftigen berechnet wurden, indem die altersspezifischen Pflegequoten auf die prognostizierte Bevölkerung angewendet wurden. Hierfür wurden Bevölkerungsdaten aus dem Jahr 2011 und Daten der Pflegestatistik aus dem Jahr 2009 herangezogen.

Die Berechnungen legten für den gesamten Prognosezeitraum gleichbleibende alters- und geschlechtsspezifische Pflegehäufigkeiten zugrunde.

<sup>17</sup> Landeshauptstadt Düsseldorf (2013).

Dabei wurde unterstellt, „dass sich die im Jahr 2009 herrschenden Rahmenbedingungen – z. B. hinsichtlich der ökonomischen, gesetzlichen oder gesundheitlichen Gegebenheiten, aber auch hinsichtlich des Lebensstils der Menschen – im Prognosezeitraum nicht verändern werden.“<sup>18</sup>

Die damalige Prognose kam zu dem Ergebnis, dass bis zum Jahr 2025 mit 18.900 Pflegebedürftigen in der Stadt Düsseldorf zu rechnen sei. Tatsächlich wurde die Entwicklung jedoch deutlich unterschätzt, da die Pflegestatistik im Jahr 2023 bereits rund 40.250 Pflegebedürftige verzeichnete. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen seit 2009 deutlich verändert haben. Neben diversen weiteren Gesetzesänderungen (siehe Kapitel 2.1) ist insbesondere die Pflegereform 2017 zu nennen, in deren Folge die Pflegequoten deutlich angestiegen sind (vgl. Abbildung 9).

Nach demselben Prinzip wurde in dem 2013 erschienenen Pflegebericht auch der stationäre Pflegebedarf vorausberechnet. Dieser wurde für das Jahr 2025 auf 6.330 Plätze geschätzt, was rund 1.200 Plätzen mehr entsprach als im Jahr 2011 zur Verfügung standen. Dabei wurde jedoch davon ausgegangen, dass sich die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Leistungsarten nicht wesentlich ändern würde. Im Jahr 2009 machten Personen, die Leistungen der stationären Dauerpflege bezogen, ein Drittel aller Pflegebedürftigen aus.<sup>19</sup> Im Laufe der vergangenen Jahre hat sich dieser Anteil sukzessive verringert und lag 2023 nur noch bei 11%. Demgegenüber ist der Anteil der Beziehenden von ambulanten Sachleistungen, Pflegegeld sowie von Personen mit Pflegegrad 1 und landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen deutlich gestiegen. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch auf Bundesebene: Hier ist der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von 31% auf 14% gesunken.<sup>20</sup>

Wenn also im Pflegebericht von 2013 ein Bedarf von 6.330 stationären Pflegeplätzen für das Jahr 2025 errechnet wurde, so erfolgte dies anhand einer Fortschreibung der damaligen Versorgungssituation. Diese Annahmen sind jedoch nicht mehr gültig, da sich die pflegepolitischen Rahmenbedingungen grundlegend verändert haben. Eine zentrale Rolle in den politischen und planerischen Maßnahmen der vergangenen Jahre stellte das Prinzip „ambulant (und teilstationär) vor stationär“ dar. Die Entwicklung des Leistungsgeschehens spiegelt die Umsetzung dieser Agenda wider. Die Differenzen zwischen der Vorausberechnung und der tatsächlichen Entwicklung des Pflegebedarfs verdeutlichen, warum es wichtig ist, die Pflegeplanung regelmäßig zu aktualisieren und an die sich wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen.

---

<sup>18</sup> Ebd. S. 55.

<sup>19</sup> IT.NRW (2011): Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2009 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2009 in Nordrhein-Westfalen.

<sup>20</sup> Statistisches Bundesamt (2024): Pflegestatistik 2009 & 2023.

Diese Erläuterung und Einordnung der damaligen Vorausberechnung des stationären Pflegebedarfs soll jedoch nicht zu der voreiligen Schlussfolgerung führen, dass die aktuellen Kapazitäten in der stationären Pflege in Düsseldorf ausreichend seien.

Sowohl der hohe Saldo an Pflegebedürftigen, die in Einrichtungen außerhalb der Stadt ziehen, als auch die derzeitige hohe Auslastung von durchschnittlich 94 % (Kapitel 6.1.4) sowie der überregionale Vergleich (Kapitel 8.1) und die Ergebnisse der Befragung der Pflegeanbieter (Kapitel 8.2) deuten darauf hin, dass die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen in Düsseldorf das Angebot übersteigt. Entsprechend müssen weiterhin Maßnahmen verfolgt werden, die einen Kapazitätsausbau zum Ziel haben. Dies betrifft jedoch nicht nur den stationären, sondern auch den ambulanten und vorstationären Bereich.

### 4.3 Menschen mit Demenz

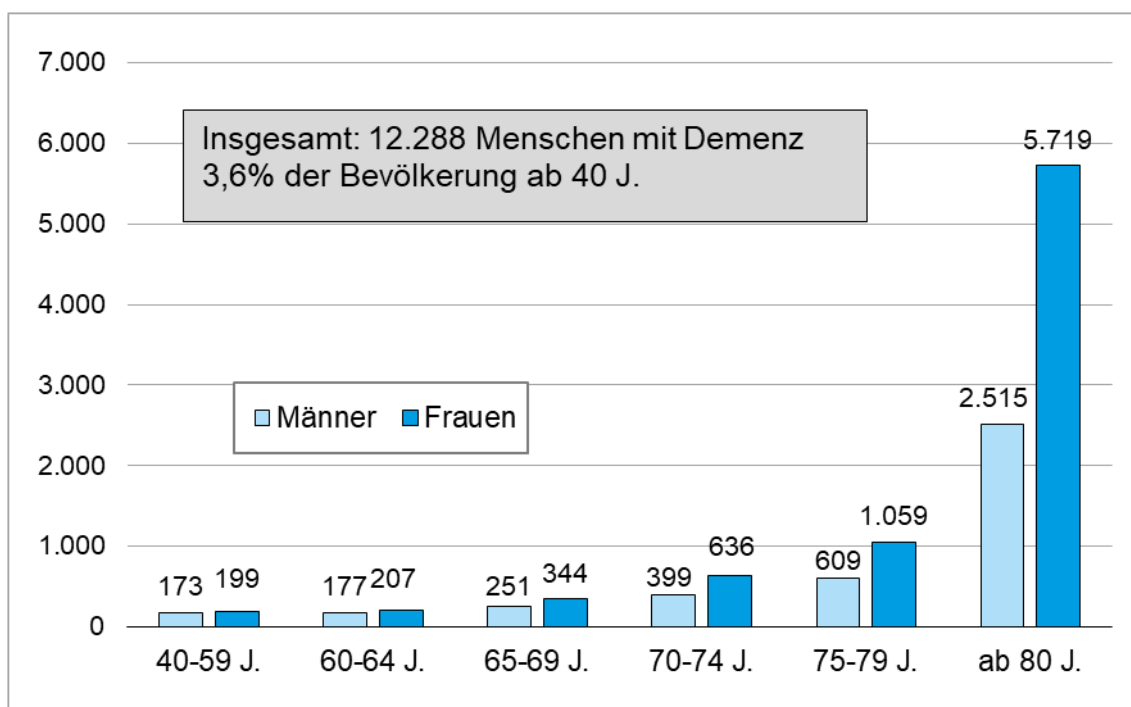
Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko, an gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu leiden, insbesondere an Demenz. Eine Demenz geht mit einem Verlust kognitiver Fähigkeiten und einer deutlichen Einschränkung der Alltagskompetenz einher, was in der Regel mit einem steigenden Bedarf an Hilfe und Pflege verbunden ist. Die Kombination von Pflegebedürftigkeit und Demenz erschwert Absprachen über pflegerische Abläufe und beeinträchtigt die Mitwirkung der Betroffenen, was sowohl für Angehörige als auch für professionelle Pflegekräfte eine zusätzliche Herausforderung darstellt. In der Stadt Düsseldorf haben sich zahlreiche Akteure zum „Demenznetz Düsseldorf“ zusammengeschlossen, um Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen Unterstützungs- und Beratungsangebote zur Verfügung zu stellen. Näheres dazu findet sich im [Flyer des Demenznetzes](#) sowie in Kapitel 6.2. In der Pflegestatistik wird das Merkmal Demenz nicht mehr ausgewiesen, da Demenzerkrankungen seit Januar 2017 unter den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff fallen.<sup>21</sup> Die Zahl der Menschen mit Demenz in der Stadt Düsseldorf lässt sich jedoch auf einem anderen Weg schätzen. Dazu werden die in der Forschung ermittelten Demenzquoten, differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht, auf die Bevölkerung angewendet. Als Datengrundlage dienen die mittleren Prävalenzraten, welche regelmäßig von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (2024) veröffentlicht werden. Diese Quoten umfassen auch Demenzerkrankungen, die noch nicht ärztlich diagnostiziert wurden. Dies ist besonders wichtig, da gerade im Anfangsstadium spezifische Problemlagen auftreten: Gewohnte Orientierung und Alltagsroutinen

<sup>21</sup> In der Pflegestatistik von 2013 und 2015 wurde Demenz unter dem Begriff „eingeschränkte Alltagskompetenz“ erfasst. Eine eingeschränkte Alltagskompetenz lag nach § 45a SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung vor, wenn Menschen aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen dauerhaft erheblich in ihrer Alltagsbewältigung eingeschränkt waren.

brechen zunehmend weg, während sowohl die Betroffenen als auch ihr soziales Umfeld Schwierigkeiten haben, mit der neuen Situation umzugehen. In dieser Phase wird professionelle Hilfe oft noch nicht in Anspruch genommen.

Berechnet man auf dieser Grundlage die Zahl der Menschen mit Demenz in der Stadt Düsseldorf, so ergibt sich eine Zahl von rund 12.300 Personen, was einer Quote von 3,9% der Bevölkerung ab 40 Jahren entspricht (Abbildung 14). Von diesen sind etwa zwei Drittel (66%) Frauen und ein Drittel (34%) Männer. Demenz hängt sehr stark mit fortschreitendem Alter zusammen, rund 97% der Betroffenen sind gemäß der Schätzung mindestens 60 Jahre alt. Am stärksten von Demenz betroffen ist die Altersgruppe ab 80 Jahren, zu der 67% der Menschen mit Demenz gehören.

**Abbildung 14: Menschen mit Demenz nach Altersgruppe und Geschlecht (Schätzung zum Stand 31.12.2023)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2024, Berechnung des ISG 2023;

### *Demenz in den Stadtbezirken*

Eine Übertragung der Demenzquoten auf die Bevölkerung in den Stadtbezirken ergibt für den Stadtbezirk 9 die höchste Anzahl an Personen mit Demenz (1.940; Tabelle 5), gefolgt von Stadtbezirk 3 mit rund 1.810 Personen mit Demenz. Die geringste Anzahl weist der Stadtbezirk 10 auf, wo geschätzt etwa 540 Menschen mit Demenz leben.

**Tabelle 5: Menschen mit Demenz in den Stadtbezirken nach Altersgruppen (Schätzung zum Stand 31.12.2023)**

Stadtbezirk	Altersgruppe				Insgesamt	% der ab 40 J.
	u. 60 J.	60-69 J.	70-79 J.	ab 80 J.		
1	49	114	335	906	1.404	1,6%
2	37	86	246	721	1.090	1,7%
3	67	157	412	1.177	1.813	1,5%
4	28	65	207	753	1.054	2,3%
5	22	54	170	593	839	2,4%
6	39	107	290	832	1.269	1,8%
7	28	85	243	728	1.085	2,3%
8	35	104	280	834	1.253	2,0%
9	53	158	415	1.314	1.940	2,1%
10	13	49	104	376	542	2,2%
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>372</b>	<b>979</b>	<b>2.702</b>	<b>8.235</b>	<b>12.288</b>	<b>1,9%</b>

Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2024, Berechnung des ISG 2024.

#### *Entwicklung der Demenz bis zum Jahr 2045*

Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Personen mit Demenz lässt sich abschätzen, indem man die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzquoten auf die prognostizierte Bevölkerung anwendet. Dabei wird die Annahme getroffen, dass die Demenzquoten gleichbleiben, während sich die Altersstruktur der Bevölkerung verändert. Anders als die Pflegequoten sind die alters- und geschlechtsspezifischen Demenzquoten in den letzten Jahren relativ konstant geblieben, weswegen diese Annahme plausibel erscheint. Für die Entwicklung der Demenzzahlen werden daher keine unterschiedlichen Szenarien aufgestellt.

Gemäß dieses Prognoseverfahrens ist bis zum Jahr 2030 mit einer Zahl von rund 12.660 Personen mit Demenz zu rechnen (Tabelle 6). Anschließend wird die Zahl der Personen mit Demenz über rund 13.120 im Jahr 2035 und 14.030 im Jahr 2040 auf 15.200 im Jahr 2045 steigen. Im gesamten Zeitraum entspricht dies einem Zuwachs von 24%.

**Tabelle 6: Menschen mit Demenz nach Altersgruppe, Prognose bis 2045**

Jahr	Altersgruppe				Insgesamt
	40-59 J.	60-69 J.	70-79 J.	ab 80 J.	
2023	372	979	2.702	8.235	12.288
2030	367	1.130	3.005	8.158	12.660
2035	380	1.062	3.401	8.274	13.117
2040	394	910	3.757	8.966	14.027
2045	396	925	3.496	10.386	15.204
<b>Veränd.</b>	7%	-5%	29%	26%	24%

Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2024, Berechnung des ISG 2023.

#### 4.4 Leistungen der Hilfe zur Pflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII, wenn es ihnen und gegebenenfalls ihren Ehe- bzw. Lebenspartner\*innen nicht zugemutet werden kann, die erforderlichen Pflegekosten aus eigenem Einkommen und Vermögen zu bestreiten (§ 61 SGB XII). Dies betrifft vor allem Personen, deren Pflegebedarf durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht vollständig gedeckt ist und die die darüber hinausgehenden Kosten nicht selbst tragen können – etwa bei vollstationärer Pflege oder besonders kostenintensiver (Schwerst-)Pflege. Seltener kommt es vor, dass Personen nicht pflegeversichert sind. In diesen Fällen übernimmt der örtliche Sozialhilfeträger bei nachgewiesener Bedürftigkeit die Pflegeleistungen in gleichem Umfang wie die Pflegeversicherung. Dies betrifft häufig zugewanderte Menschen, die aufgrund ihres Aufenthaltsstatus oder bürokratischer Hürden nicht im Pflegeversicherungssystem sind.<sup>22</sup> Zudem besteht ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege, wenn der Pflegebedarf voraussichtlich weniger als sechs Monate anhält und keine vorrangigen Kostenträger zuständig sind.<sup>23</sup>

In der Stadt Düsseldorf bezogen im Jahr 2024 insgesamt 3.326 Pflegebedürftige Leistungen der Hilfe zur Pflege (inklusive Pflegewohngeld<sup>24</sup>).

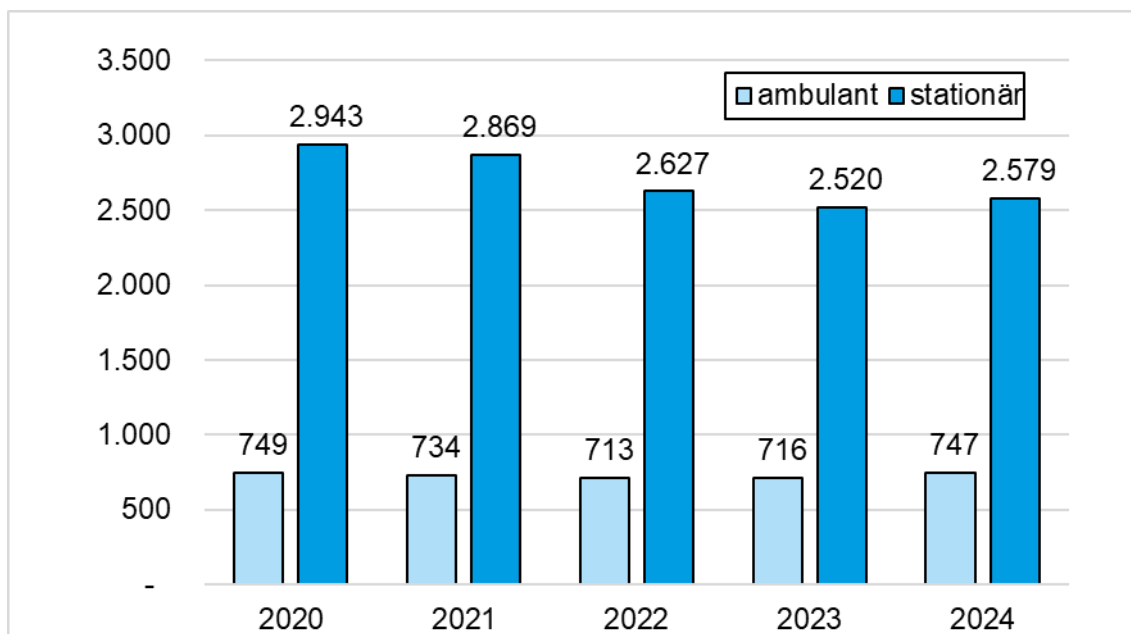
<sup>22</sup> Infolge der Migrationsbewegungen der vergangenen Jahre könnte die Zahl der Beziehenden von Hilfe zur Pflege daher steigen.

<sup>23</sup> Die Pflegeversicherung erkennt Pflegebedürftigkeit erst ab einer Dauer von mindestens sechs Monaten an.

<sup>24</sup> Das Pflegewohngeld ist eine besondere Form der Hilfe zur Pflege in NRW für dauerhafte Bewohner\*innen einer stationären Einrichtung, die nicht über ausreichende eigene finanzielle Mittel verfügen, um die Investitionskosten zu tragen. Das Pflegewohngeld wird direkt an die Einrichtung ausgezahlt.

Davon bezogen 22% (747 Personen) die Hilfe zur Pflege in ambulanter Form und 78% (2.579 Personen) in stationärer Form. Gegenüber dem Jahr 2020 ist die Gesamtzahl der Beziehenden von Hilfe zur Pflege um 12% zurückgegangen, wobei der Rückgang insbesondere auf den Bereich der stationären Pflege zurückzuführen ist (Abbildung 15).

**Abbildung 15: Beziehende von Hilfe zur Pflege**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Soziales und Jugend, Darstellung des ISG.

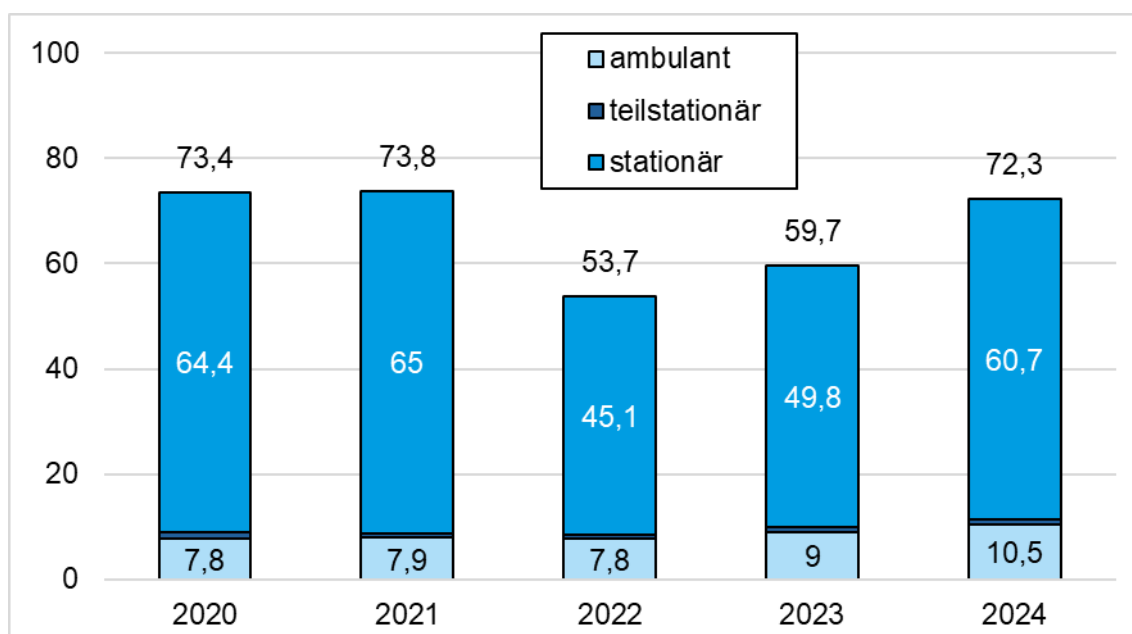
Die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 hat dazu geführt, dass Fälle im häuslichen Umfeld, die zuvor als „leichter“ bewertet wurden, nun auch Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben. Da für diese Fälle zuvor die Hilfe zur Pflege eingesprungen war, wurde diese durch die gesetzliche Änderung entlastet. Infolge dieser Entwicklung ist die Zahl der Beziehenden der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich deutlich gesunken. Im Zeitraum seit 2020 ist die Zahl der Beziehenden von Hilfe zur Pflege in ambulanter Form jedoch nahezu konstant geblieben. Dagegen hat die Zahl der Beziehenden der Hilfe zur Pflege im stationären Bereich beginnend mit dem Jahr 2022 abgenommen. Dies ist vermutlich auf den im Jahr 2022 neu eingeführten Leistungszuschlag der Pflegekassen nach § 43c SGB XI zurückzuführen. Dieser Leistungszuschlag unterstützt Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 in vollstationärer Dauerpflege und steigt mit Dauer der vollstationären Pflege an. Der Zuschlag verringert den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungs- und Ehrenamtszuschläge und wird direkt an die stationäre Einrichtung gezahlt.

Die Ausgaben der Hilfe zur Pflege sind im stationären Bereich von 65 Mio. Euro im Jahr 2021 zunächst auf 45,1 Mio. Euro im Jahr 2022 gesunken (-31%).

Dieser Kostenrückgang ist auch auf die bereits beschriebene Einführung des Leistungszuschlags in vollstationärer Dauerpflege zurückzuführen. Bis zum Jahr 2024 sind die Kosten jedoch erneut deutlich angestiegen auf 60,7 Mio. Euro (Veränderung 2022 bis 2024: +35%). Dieser Anstieg ist vermutlich insbesondere auf Inflation sowie steigende Sach- und Personalkosten in der Pflege (unter anderem aufgrund der Einführung der tariflichen Vergütung in der Pflege seit September 2022 durch das GVWG, vgl. Abschnitt 2.1) zurückzuführen.

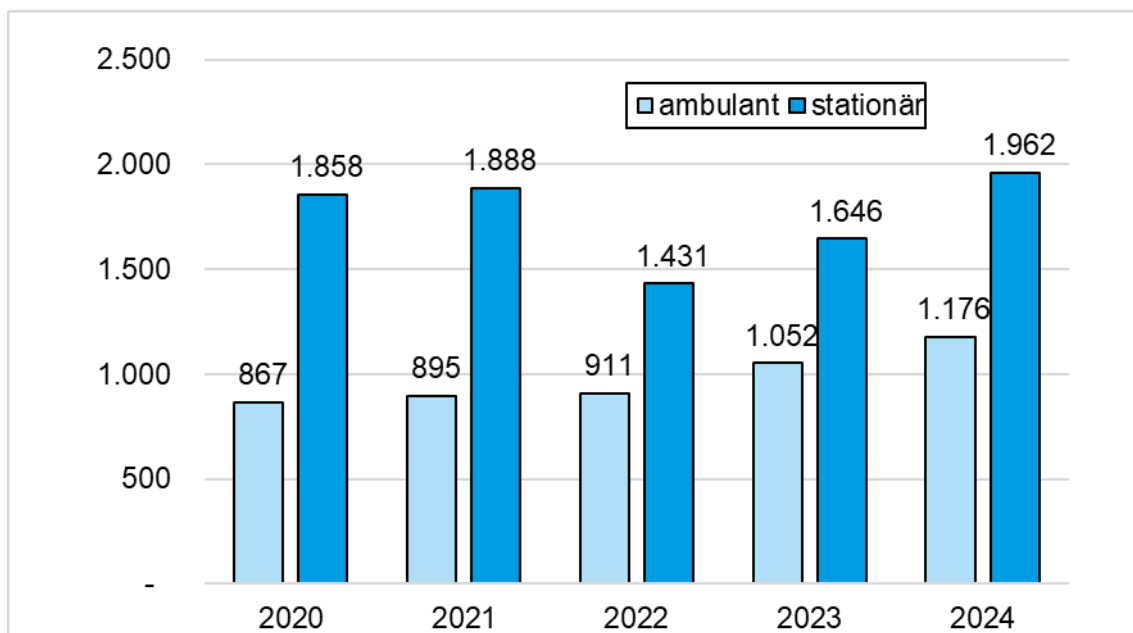
Im ambulanten Bereich waren die Kosten zwischen 2020 und 2022 nahezu konstant und lagen bei jährlich etwa 7,8 Mio. Euro. In den darauffolgenden Jahren steigen die Kosten jedoch ebenfalls, und zwar auf 10,5 Mio. Euro im Jahr 2024 (Veränderung 2022 bis 2024: +35%).

**Abbildung 16: Ausgaben der Hilfe zur Pflege**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Soziales und Jugend, Darstellung des ISG.

Die beschriebene Kostenentwicklung spiegelt sich auch in den durchschnittlichen monatlichen Fallkosten wider (Abbildung 17). Im Bereich der stationären Pflege sind diese von rund 1.890 Euro im Jahr 2021 zunächst auf 1.430 Euro im Jahr 2022 gesunken, anschließend jedoch wieder gestiegen. Im Jahr 2024 betragen die durchschnittlichen Fallkosten der Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen rund 1.960 Euro. Im Bereich der ambulanten Pflege ist über den gesamten Zeitraum ein Anstieg der durchschnittlichen monatlichen Fallkosten zu beobachten. Diese lagen im Jahr 2020 bei etwa 870 Euro und betragen im Jahr 2024 monatlich etwa 1.180 Euro.

**Abbildung 17: Durchschnittliche monatliche Fallkosten der Hilfe zur Pflege**

Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Soziales und Jugend, Darstellung des ISG.

Eine Prognose der längerfristigen Entwicklung der Hilfe zur Pflege ist auf dieser Grundlage mit hoher Unsicherheit behaftet; einerseits ist davon auszugehen, dass angesichts der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen längerfristig auch wieder mit einem Anstieg der Zahl der Leistungsbeziehenden der Hilfe zur Pflege zu rechnen sein wird, und entsprechend ist auch mit einem Anstieg der Ausgaben zu rechnen. Angesichts der prognostizierten Entwicklung der Rentenhöhe wird auch damit zu rechnen sein, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die auf ergänzende Hilfe zur Pflege angewiesen sind, längerfristig steigen wird. Hinzu kommt, dass aufgrund der Gesetzesänderungen zur Bezahlung der Pflegekräfte, die den Pflegeberuf attraktiver machen sollen, die Kosten für stationäre Pflege steigen werden. Andererseits wird der Zuschuss der Pflegeversicherung zum Eigenanteil in stationärer Pflege, der mit zunehmender Dauer der Pflege ansteigt, in den kommenden Jahren weitere Wirkung entfalten. Angesichts dieser gegenläufigen Einflussfaktoren ist eine verlässliche Prognose der zukünftigen Entwicklung der Hilfe zur Pflege nicht möglich.

## 5 Ergebnisse der Bürger\*innenbefragung

### ***Das Wichtigste in Kürze***

Im Fokus der Bürger\*innenbefragung „Leben in Düsseldorf“ stand im Jahr 2024 das Thema *Pflege und Alter*. Allgemein wird die Lebensqualität in der Stadt Düsseldorf von einem Großteil der Befragten als gut bewertet. Es zeigen sich jedoch Unterschiede im Hinblick auf einzelne Lebensbereiche. Während die Mehrheit der Befragten mit der gesundheitlichen Versorgung zufrieden ist, fällt das Urteil in Bezug auf die Angebote für ältere Menschen weniger positiv aus. Weniger als die Hälfte der ab 55-Jährigen sind mit dem derzeitigen Angebot „sehr zufrieden“ (4%) oder „zufrieden“ (38%). Vergleichsweise gering ist auch die Zufriedenheit hinsichtlich der Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen. Nur rund ein Drittel der Befragten gab an, „sehr zufrieden“ (4%) oder „zufrieden“ (27%) zu sein.

Die Ergebnisse verdeutlichen außerdem, dass ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von einem Großteil der Befragten im Falle einer Pflegebedürftigkeit bevorzugt wird. Seltener wird ein Umzug in ein Angebot des Servicewohnens, eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine Pflegewohngemeinschaft in Betracht gezogen.

Finanzielle Unsicherheiten im Pflegefall sind ein großes Anliegen: 69% der Befragten äußerten die Sorge, dass die Pflegebedürftigkeit ihre finanzielle Situation belasten könnte. Vereinsamung ist eine weitere Sorge, die von 47% der Befragten geteilt wird.

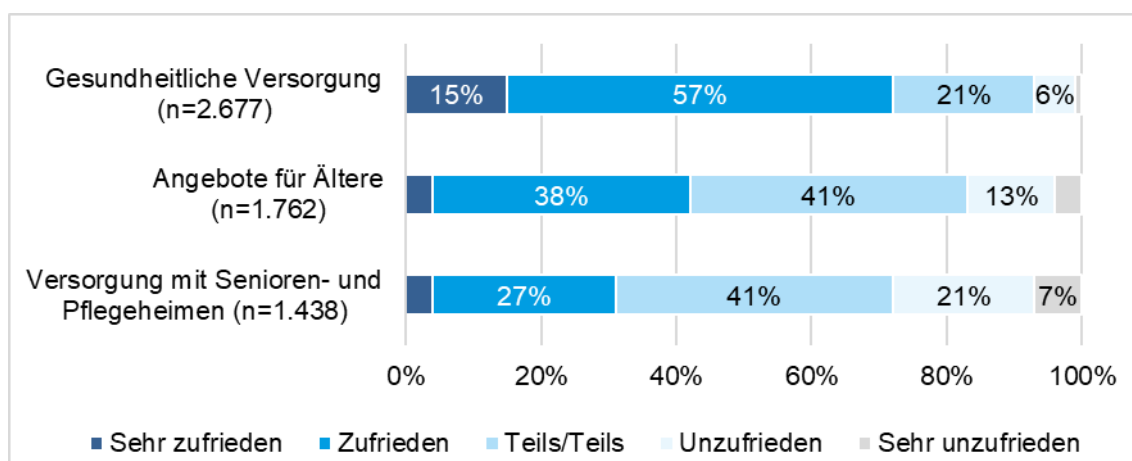
Das Amt für Statistik und Wahlen führt seit 2015 regelmäßig die Bürger\*innenbefragung „Leben in Düsseldorf“ durch. Ziel dieser Erhebung ist es, Informationen darüber zu erhalten, wie die Bürgerinnen und Bürger verschiedene Aspekte des alltäglichen Lebens einschätzen. Die gewonnenen Daten dienen als Grundlage für eine zukunftsorientierte Stadtentwicklung. Neben einem gleichbleibenden Fragenkatalog wird in den Befragungen auch ein variierendes Schwerpunktthema behandelt. Auch im Jahr 2024 wurden Bürgerinnen und Bürger der Stadt Düsseldorf befragt. Im Fokus stand in diesem Jahr das Thema *Pflege und Alter*.

Für die Befragung wurde eine disproportional geschichtete Zufallsstichprobe von rund 20.640 Düsseldorfer\*innen ab 18 Jahren aus dem Einwohnermelderegister gezogen. Die Fragen zum Schwerpunktthema Pflege und Alter wurden ausschließlich Personen ab 55 Jahren gestellt. Um repräsentative Ergebnisse zu erzielen, wurde die Stichprobe um weitere 3.000 Personen in dieser Altersgruppe ergänzt. Insgesamt erhielten 7.883 Düsseldorfer\*innen die Fragen zu dem Schwerpunktthema. Die Einladung erfolgte postalisch, die Fragebögen konnten jedoch sowohl schriftlich als auch online ausgefüllt

werden. Insgesamt haben 2.889 Personen die Fragen zum Schwerpunktthema beantwortet. Die Ausschöpfungsquote liegt damit bei 37%.

Allgemein wird die Lebensqualität in der Stadt Düsseldorf von einem Großteil der befragten Bürger\*innen der Altersgruppe 55 und älter als „sehr gut“ (22%) oder „gut“ (60%) bewertet. Nur 2,2% bewerten die Lebensqualität insgesamt als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Ein anderes Bild zeigt sich in Bezug auf ausgewählte Lebensbereiche (Abbildung 18). Während die Mehrheit der Befragten mit der gesundheitlichen Versorgung „sehr zufrieden“ (15%) oder „zufrieden“ (57%) ist, fällt das Urteil in Bezug auf die Angebote für ältere Menschen weniger positiv aus. Weniger als die Hälfte der ab 55-Jährigen ist mit dem derzeitigen Angebot „sehr zufrieden“ (4%) oder „zufrieden“ (38%). Vergleichsweise gering ist auch die Zufriedenheit hinsichtlich der Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen. Nur rund ein Drittel der Befragten gab an, „sehr zufrieden“ (4%) oder „zufrieden“ (27%) zu sein. Fast ebenso viele sind „unzufrieden“ (21%) oder „sehr unzufrieden“ (7%).<sup>25</sup>

**Abbildung 18: Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen in Düsseldorf**



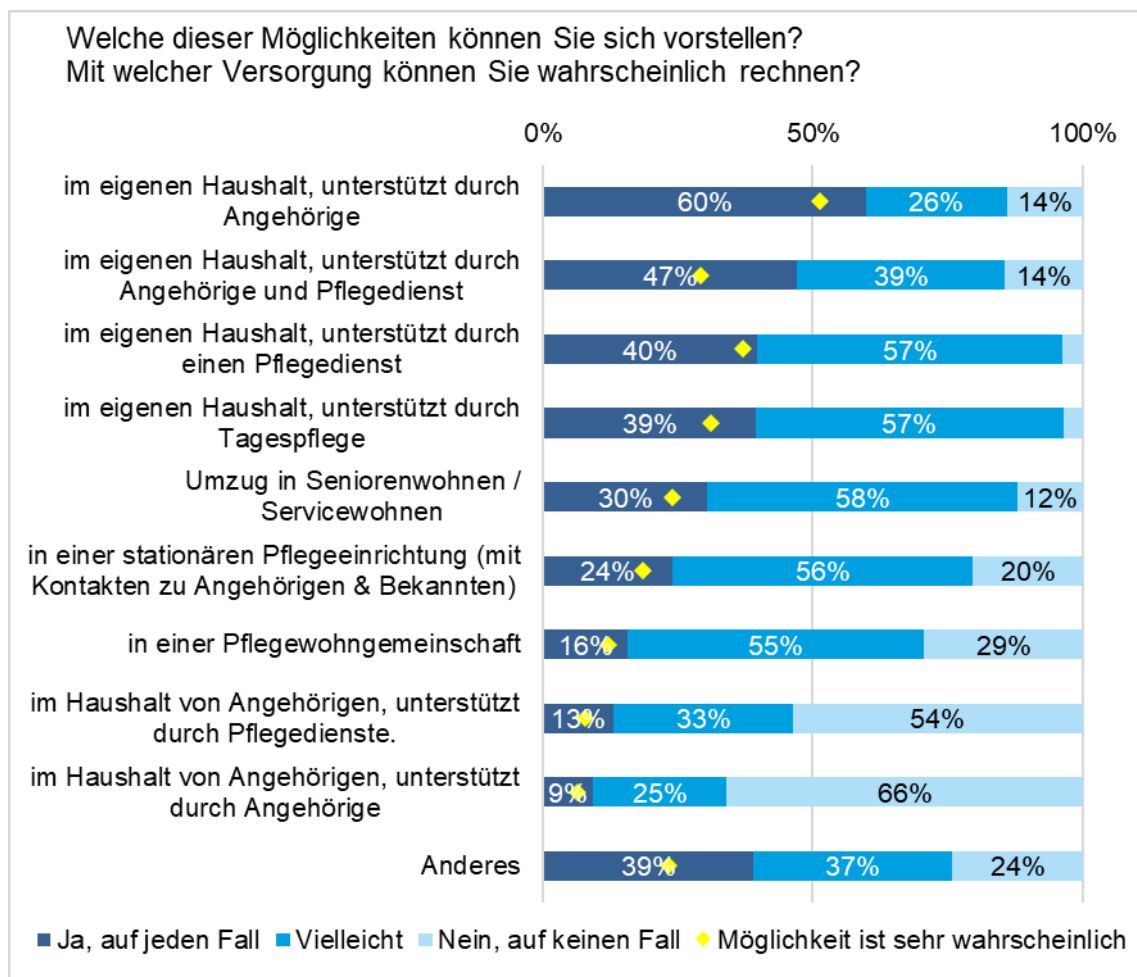
Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf – Amt für Statistik und Wahlen, Leben in Düsseldorf – Umfrage 2024. Darstellung des ISG.

Die Bürgerinnen und Bürger ab einem Alter von 55 Jahren wurden gefragt, welche Art der Versorgung/Unterstützung Sie sich vorstellen können, sollten Sie einmal hilfe- bzw. pflegebedürftig werden (Abbildung 19). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von einem Großteil der Befragten bevorzugt wird.

<sup>25</sup> Hierbei sind die unterschiedlichen Fallzahlen zu berücksichtigen: Zu den Angeboten für Ältere und der Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen machten deutlich weniger Befragte Angaben als zur gesundheitlichen Versorgung. Grund hierfür ist vermutlich, dass ein Teil der Befragten keine Aussage hierzu treffen kann, da sie bislang noch keine Erfahrungen mit diesen Angeboten gemacht haben.

Die vier Versorgungsformen mit den höchsten Zustimmungswerten (zwischen 39% und 60% „ja, auf jeden Fall“) setzen alle voraus, dass die Unterstützung im eigenen Haushalt erbracht werden kann. Dabei wird die Hilfe durch Angehörige gegenüber der Unterstützung durch professionelle Pflegedienste oder Tagespflegeangebote vorgezogen. 30% der Befragten können sich auch einen Umzug in eine Servicewohnanlage „auf jeden Fall“ vorstellen. Etwa ein Viertel der Bürger\*innen würde auch die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung näher in Betracht ziehen (24% „ja, auf jeden Fall“). Mit Blick auf die in Kapitel 7 geführte Diskussion über die Substitution von stationären Versorgungskapazitäten durch Pflegewohngemeinschaften ergibt sich eine interessante Erkenntnis: Lediglich 16% der Befragten können sich „auf jeden Fall“ vorstellen, in einer Wohngemeinschaft zu leben. Über die Gründe dafür kann jedoch nur spekuliert werden. Möglicherweise bestehen Vorbehalte gegen diese Versorgungsform aufgrund des Zusammenlebens mit Fremden in kleinen Gruppen. Hier gilt es zu prüfen, inwiefern falsche Vorstellungen über das Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft existieren und ob die Offenheit gegenüber dieser alternativen Wohnform durch gezielte Informationen verbessert werden kann. Am wenigsten kommt für die befragten Bürger\*innen eine Versorgung im Haushalt von Angehörigen in Frage, besonders wenn diese auch die Pflege/Unterstützung leisten. Dabei spielen vermutlich zwei Faktoren eine Rolle: Erstens setzt diese Möglichkeit das Vorhandensein von nahen Angehörigen mit entsprechendem Wohnraum voraus und zweitens kann in dieser Situation leicht das Gefühl entstehen, „zur Last zu fallen“.

**Abbildung 19: Wünsche zu Versorgungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit**



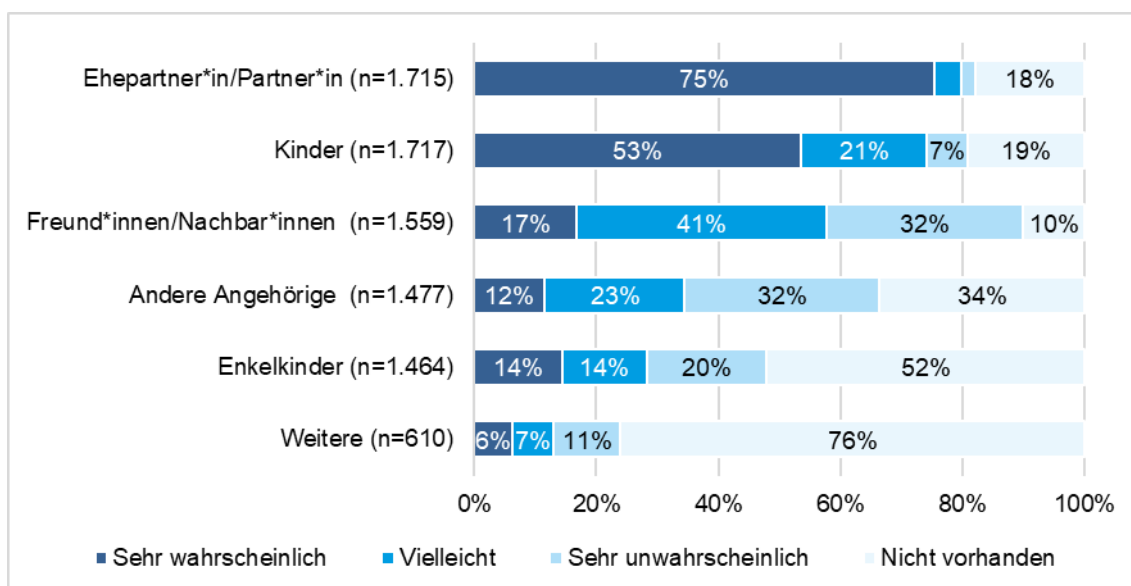
Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf – Amt für Statistik und Wahlen, Leben in Düsseldorf – Umfrage 2024. Darstellung des ISG.

Im Anschluss wurden die Bürger\*innen gefragt, mit welcher der zuvor genannten Versorgungsformen sie wahrscheinlich rechnen können (ebenfalls Abbildung 19, gelbe Markierung). Hier zeigt sich, dass der Anteil der Befragten, die die jeweiligen Möglichkeiten für „sehr wahrscheinlich“ erachten, jeweils geringer ist als der Anteil der Befragten, die sich diese Versorgungsform vorstellen können. Dies verdeutlicht, dass die gewünschte Art der Versorgung vielfach nicht realisiert werden kann.

Auch wenn sich viele Bürger\*innen die Unterstützung durch An- und Zugehörige wünschen, besteht diese Möglichkeit aus unterschiedlichen Gründen oftmals nicht. Die Befragungsteilnehmenden wurden gefragt, ob sie jemanden hätten, der Ihnen im Falle einer zukünftigen Pflegebedürftigkeit regelmäßig helfen würde. Diese Frage konnte etwas über die Hälfte der Befragten mit „ja“ beantworten (57%). Ein Viertel verfügt hingegen nicht über Freunde oder Angehörige, die diese Unterstützung leisten könnten. 16% der Befragten sind sich diesbezüglich nicht sicher.

Als Personen, von denen die Befragten im Falle einer Pflegebedürftigkeit Hilfe erwarten können, wurden am häufigsten die Partnerin bzw. der Partner (75% „sehr wahrscheinlich“) und Kinder (53% „sehr wahrscheinlich“) genannt (Abbildung 20). Die Unterstützung durch Freunde und Nachbar\*innen sowie andere Angehörige wurde von nur 17% bzw. 12% als „sehr wahrscheinlich“ angesehen. Auch Enkelkinder kommen vergleichsweise selten in Betracht (14% „sehr wahrscheinlich“).

**Abbildung 20: Erwartete Personen und geschätzte Wahrscheinlichkeit der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf – Amt für Statistik und Wahlen, Leben in Düsseldorf – Umfrage 2024. Darstellung des ISG.

Finanzielle Unsicherheiten im Pflegefall sind ein großes Anliegen: 69% der Befragten äußerten die Sorge, dass die Pflegebedürftigkeit ihre finanzielle Situation belasten könnte. Vereinsamung ist eine weitere Angst, die von 47% der Befragten geteilt wird. Besonders stark ist diese Furcht bei kinderlosen Personen ausgeprägt (55%), während sie bei Befragten mit Kindern weniger häufig geäußert wird (43%). Dies verdeutlicht den emotionalen und sozialen Aspekt der Pflegebedürftigkeit und betont die Bedeutung von sozialen Kontakten und Netzwerken.

Rund 75% der Befragten ab 55 Jahren betonten, dass es ihnen im Pflegefall wichtig oder sehr wichtig wäre, in ihrem bisherigen Stadtteil wohnen zu bleiben. Dieser Wunsch unterstreicht die Bedeutung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur und die Verankerung im sozialen Umfeld. Die räumliche Nähe zu vertrauten Personen und Orten wird somit als entscheidender Faktor für die Lebensqualität und Sicherheit im Alter angesehen.

Die Bekanntheit von Beratungsangeboten zum Thema Pflege ist insgesamt gut. Am bekanntesten sind Angebote der Pflegekassen (65% der Befragten). Das Pflegebüro und die „zentren plus“ kennen 43% bzw. 42% der Befragten. Die Inanspruchnahme

von Beratungsangeboten kann entscheidend dazu beitragen, im Einzelfall eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig eine effiziente Nutzung von vorhanden Unterstützungsmöglichkeiten zu gewährleisten. Da etwa die Hälfte der Befragten die städtischen Beratungsangebote noch nicht kennt, könnten eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und die gezielte Bewerbung dieser Angebote eine Maßnahme zur Verbesserung der Pflegevorsorge darstellen.

## 6 Bestandsaufnahme der Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen

### **Das Wichtigste in Kürze**

Das pflegerische Angebot der Stadt Düsseldorf umfasst im Dezember 2023

- ❖ 149 Pflegedienste mit Personal im Umfang von rund 3.200 Vollzeitkräften  
Die Versorgungsdichte beträgt 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftige und liegt über Landes- und Bundesdurchschnitt. Dennoch ist die Auslastung hoch: die Hälfte der befragten Dienste musste Neuanfragen wegen Personalmangels ablehnen.
- ❖ 511 Tagespflegeplätze  
Die Versorgungsdichte liegt bei 1,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftige, und damit zwischen Bundes- und Landesdurchschnitt. Die Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen liegt im Jahr 2023 durchschnittlich bei 75%.
- ❖ 120 solitäre Kurzzeitpflegeplätze  
Die Versorgungsdichte entspricht 0,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige und liegt über dem Bundesdurchschnitt. Die durchschnittliche Auslastung liegt bei 94%.
- ❖ 4.799 stationäre Pflegeplätze  
Die Versorgungsdichte beträgt 11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige und liegt unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt. Die befragten Einrichtungen sind mit 94% überwiegend voll ausgelastet. Gleichzeitig besteht das Problem nicht belegbarer Plätze fort: 8,6% der versorgungsvertraglich vereinbarten Plätze stehen nicht zur Verfügung.

Für die Qualität der individuellen Versorgung spielen Beratungs- und Vermittlungsstrukturen eine zentrale Rolle. Diese Funktion erfüllen in Düsseldorf unter anderem der Pflegefachdienst, das Pflegebüro, die zentren *plus*, das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz sowie die aufsuchende Seniorenhilfe.

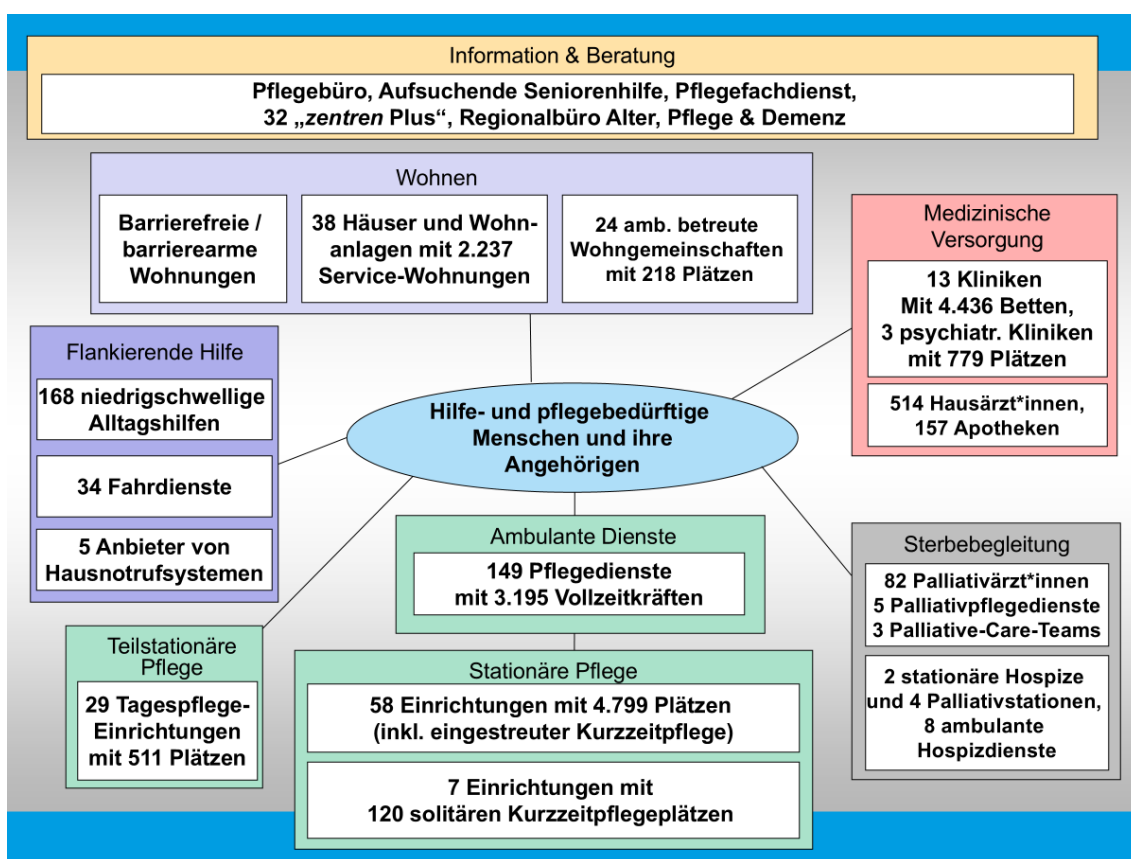
Ergänzt wird das pflegerische Angebot durch niedrigschwellige unterstützende Angebote wie Alltagshilfen, Fahr- und Mahlzeitendienste.

Ob und wie lange ein Verbleib in der eigenen Wohnung möglich ist, hängt maßgeblich davon ab, ob das Wohnumfeld den Bedarfen älterer Menschen entspricht. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Barrierefreiheit. Darüber hinaus kommt alternativen Wohnformen eine wachsende Bedeutung zu. In Düsseldorf gibt es zum Jahresende 2023

- ❖ 2.237 Servicewohnungen (5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige) und
- ❖ 218 Plätze in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (0,5 Plätze je 100 Pflegebedürftige).

In diesem Kapitel werden die Versorgungssituation und die Angebotsdichte in der Landeshauptstadt Düsseldorf sowie in den einzelnen Stadtbezirken beschrieben. Die kommunale Planung beschränkt sich dabei nicht nur auf pflegerische Angebote im engeren Sinne, sondern berücksichtigt auch pflegeergänzende Maßnahmen und Angebote. Nur durch das gelingende Zusammenspiel eines breiten Spektrums an Unterstützungsformen kann eine gute Versorgung gesichert und das Ziel erreicht werden, dass ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Abbildung 21 gibt einen Überblick über das Versorgungssystem der Stadt Düsseldorf zum Stand Dezember 2023.

**Abbildung 21: Versorgungssystem der Stadt Düsseldorf**



Angebotsverzeichnis und Darstellung des ISG 2024.

### **Berechnung der Versorgungskennzahlen**

Eine reine Auflistung der Angebote gibt jedoch nur wenig Aufschluss über die Angebotsdichte und bietet somit auch keine Hinweise auf eine mögliche Unter- oder Überversorgung.

Für eine bessere Beurteilung der Versorgungssituation werden daher Kennzahlen gebildet. Diese setzen die vorhandene Versorgungskapazität<sup>26</sup> in Relation zur Zielgruppe – also der Zahl der Pflegebedürftigen. Konkret wird die Kapazität je 100 Pflegebedürftige ausgewiesen (z.B. XX Kurzzeitpflegeplätze je 100 Pflegebedürftige). Die so errechneten Kennziffern ermöglichen einen Vergleich der Versorgungsdichte zwischen den einzelnen Stadtbezirken sowie mit der durchschnittlichen Versorgung auf Bundes- und Landesebene. Auch Entwicklungen im Zeitverlauf lassen sich auf diese Weise darstellen und beurteilen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in einem Rhythmus von zwei Jahren im Rahmen der Pflegestatistik veröffentlicht. Ein Nachteil bei der Verwendung dieser Bezugsgruppe ist jedoch, dass diese nur auf gesamtstädtischer Ebene zur Verfügung steht. Für weitere räumliche Differenzierungen wird die Zahl der Pflegebedürftigen daher auf Ebene der Stadtbezirke geschätzt. Dazu werden die gesamtstädtischen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten auf die jeweilige Bevölkerung der Stadtbezirke übertragen (s. auch Kapitel 4). Trotz einer gewissen Unschärfe liegt der Vorteil der so gebildeten Kennzahlen darin, dass ein direkter Bezug zur Zielgruppe hergestellt wird. Die Kennzahlen greifen demografische Entwicklungen auf und bieten darüber hinaus die Möglichkeit, Veränderungen der Pflegequoten zu berücksichtigen.

Eine alternative Variante stellen Versorgungskennzahlen dar, die die Versorgungskapazität in Bezug zur älteren Bevölkerung setzen (z.B. XX Kurzzeitpflegeplätze je 100 Ältere ab 75 Jahren). Der Vorteil dieser Berechnungsmethode liegt darin, dass keine Schätzungen für die Ebene der Stadtbezirke notwendig sind, da die Bevölkerungszahlen auch kleinräumig verfügbar sind. Auf der anderen Seite ist der Bezug zur Zielgruppe nur indirekt gegeben. Zwar ist ein Großteil der Pflegebedürftigen hochaltrig, sodass die Größe dieser Altersgruppe maßgeblich den Pflegebedarf prägt (s. Kapitel 4.1), jedoch ist auch dies eine vereinfachte Darstellung, und die Kennzahl ist wenig sensibel für feinere Unterschiede in der demografischen Zusammensetzung. Außerdem könnte das Missverständnis entstehen, dass jüngere Pflegebedürftige in dieser Kennzahl unberücksichtigt blieben, auch wenn diese inhaltlich in der kommunalen Pflegeplanung selbstverständlich inkludiert werden.

## 6.1 Pflegerische Angebote

Den Kern des Versorgungssystems bilden die im engeren Sinne pflegerischen Angebote. Dazu gehören die ambulante Pflege, Tagespflege und Kurzzeitpflege sowie die vollstationäre Pflege. Die Angebote in diesen Bereichen wurden in Zusammenarbeit mit der Stadt Düsseldorf systematisch erfasst.

---

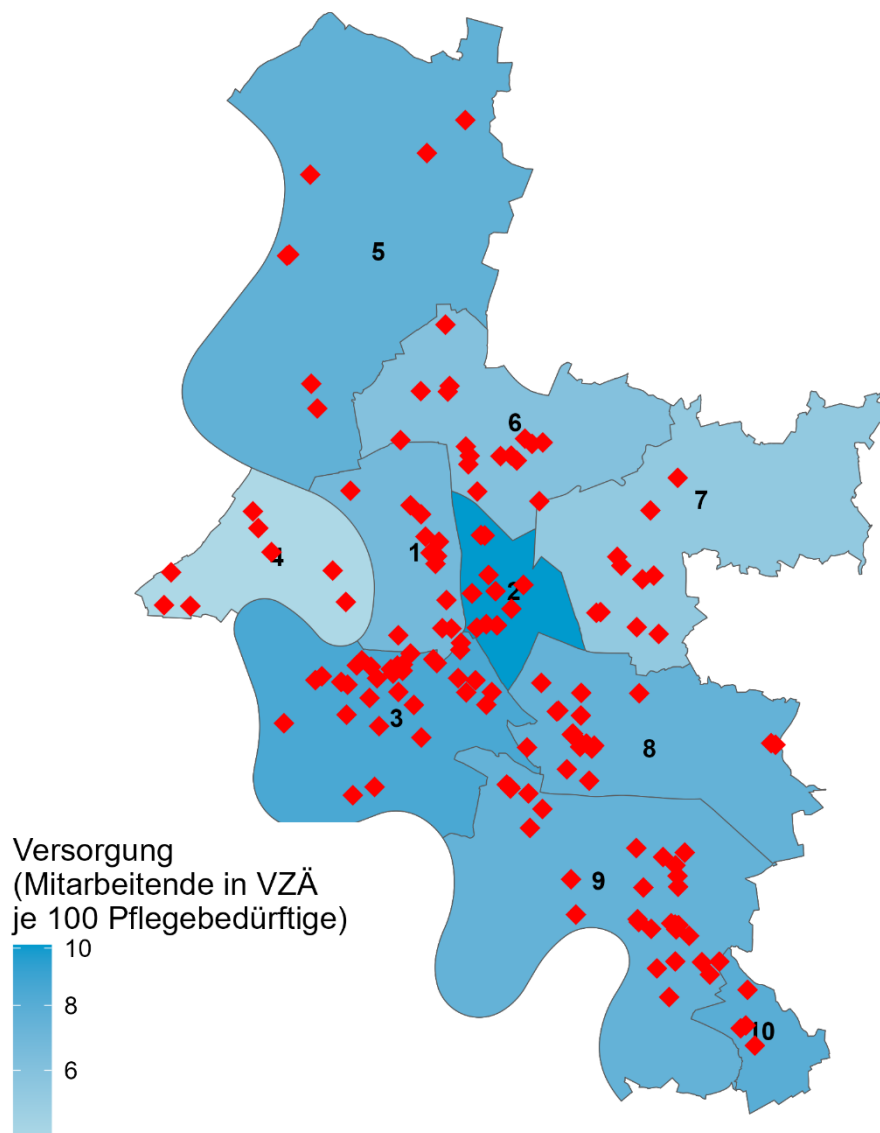
<sup>26</sup> Bei Einrichtungen: Platzkapazität, bei Diensten: Personalkapazität, bei Wohnungen: Anzahl der Wohneinheiten.

### **6.1.1 Ambulante Dienste**

Für Pflegebedürftige, die in einem Privathaushalt leben, bieten ambulante Pflegedienste eine Vielzahl an Unterstützungsleistungen. Dazu gehören pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen nach § 36 SGB XI oder häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V. Wenn die Hauptpflegeperson vorübergehend die Pflege nicht erbringen kann, leisten sie auch Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Außerdem bieten einige ambulante Dienste niedrighschwellige Hilfen wie Unterstützung bei der Haushaltsführung und Unterstützung im Alltag für Menschen mit Demenz nach § 45a SGB XI an. Sofern eine anerkannte Pflegebedürftigkeit vorliegt, werden die Kosten für die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes von der Pflegeversicherung getragen.

## Versorgungssituation

Abbildung 22: Ambulante Pflegedienste in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023)



Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Im Dezember 2023 waren in der Stadt Düsseldorf 149 ambulante Pflegedienste ansässig. Dies sind sechs Dienste mehr als im Jahr 2021. Die Anzahl der Pflegedienste allein ist jedoch nur wenig aussagekräftig, da die Größe und somit auch die Versorgungsleistung zwischen den einzelnen Diensten variiert. Deshalb bietet es sich an, die Versorgungsdichte anhand der Personalkapazitäten zu bestimmen (z.B. XX VZÄ je 100 Pflegebedürftige). Dabei besteht allerdings die Herausforderung, dass die Personalkapazitäten der Pflegedienste nicht bekannt sind. Aufschluss über die Personalausstattung geben jedoch die Pflegestatistik sowie die Ergebnisse der

Befragung des ISG unter ambulanten Pflegediensten. An der Befragung beteiligten sich 53 Dienste, was einem Anteil von 36% entspricht. Diese Pflegedienste beschäftigen durchschnittlich 23,3 Vollzeitkräfte. Für die übrigen Dienste muss der Personalbestand ausgehend von der Pflegestatistik geschätzt werden. Demnach sind bei allen Düsseldorfer Pflegediensten insgesamt 4.248 Mitarbeitende im Umfang von schätzungsweise 3.195 Vollzeitäquivalenten beschäftigt. Anhand dieser Gesamtkapazität und den Angaben, die von einzelnen Diensten im Rahmen der Befragung gemacht wurden, ergibt sich für die übrigen Pflegedienste eine durchschnittliche Personalkapazität von 20,5 Vollzeitäquivalenten. Aufgrund der zum Teil geschätzten Personalausstattung ist die Bewertung der Versorgungsdichte auf Stadtbezirksebene, mit einer gewissen Unschärfe verbunden. In Bezug auf die gesamtstädtische Versorgungsdichte und die überregionalen Vergleichswerte ist jedoch von einer hohen Reliabilität auszugehen.

Insgesamt ergibt sich für die Stadt Düsseldorf eine Versorgungsdichte von 7,9 VZÄ in ambulanten Pflegediensten je 100 Pflegebedürftigen (Tabelle 7). Dieser Wert liegt deutlich über der landesweiten Versorgungsdichte von 4,7 VZÄ je 100 Pflegebedürftige sowie dem Bundesdurchschnitt von 5,5 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen. Im innerstädtischen Vergleich weisen die Bezirke 2 und 3 mit 10,4 bzw. 9,6 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen die höchsten Versorgungskennziffern auf. Am geringsten ist die Versorgungsdichte mit 4,8 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen im linksrheinischen Stadtbezirk 4. Da die ambulanten Pflegedienste jedoch bezirksübergreifend tätig sind, relativieren sich diese Unterschiede in der Versorgungsdichte.

**Tabelle 7: Ambulante Pflegedienste in der Stadt Düsseldorf - 2023**

Stadtbezirk	Dienste	Personal in VZÄ	je 100 Pflegebedürftige
1	13	343,5	7,4
2	12	379,4	10,4
3	31	592,7	9,6
4	9	158,5	4,8
5	7	212,2	8,0
6	15	284,3	6,7
7	10	205,9	6,0
8	21	335,5	8,3
9	26	530,1	8,4
10	5	153,0	8,6
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>149</b>	<b>3.195,0</b>	<b>7,9</b>

Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Die Vollzeitäquivalente werden in der Pflegestatistik erst seit dem Berichtsjahr 2023 ausgewiesen. Um Veränderungen gegenüber den Vorjahren wiederzugeben, muss daher statt auf VZÄ auf die Zahl der Mitarbeitenden abgestellt werden. 2021 waren in Düsseldorf 3.339 Personen in ambulanten Diensten beschäftigt, was 9,8 Mitarbeitenden je 100 Pflegebedürftigen entspricht. Seitdem ist die Zahl der Mitarbeitenden in ambulanten Diensten deutlich gestiegen. 2023 waren in Düsseldorf insgesamt 4.248 Personen tätig, was 10,6 Mitarbeitenden je 100 Pflegebedürftigen entspricht.

Die Pflegestatistik gibt auch Aufschluss über den Wohnort von ambulant versorgten Pflegebedürftigen sowie den Sitz von Pflegediensten. Ein Großteil der Klient\*innen von Düsseldorfer Pflegediensten wohnte demnach innerhalb des Stadtgebiets (7.782 Personen, Stichtag 15.12.2023). Darüber hinaus versorgten die Pflegedienste mit Sitz in Düsseldorf auch 687 Pflegebedürftige in anderen Städten und Kreisen. Auf der anderen Seite wurden 246 Düsseldorfer\*innen von Pflegediensten versorgt, deren Sitz nicht in Düsseldorf liegt. Die Stadt Düsseldorf weist im ambulanten Bereich somit einen negativen Saldo von 441 Pflegebedürftigen auf.

Dieser Wert lässt sich so interpretieren, dass die Düsseldorfer Pflegedienste die umliegenden Gebiete zum Teil mitversorgen.<sup>27</sup>

### ***Ergebnisse der Befragung von ambulanten Pflegediensten***

Im Mai 2024 hat das ISG die ambulanten Pflegedienste in der Stadt Düsseldorf mit der Bitte um Teilnahme an einer Online-Befragung angeschrieben. An dieser Befragung beteiligten sich 53 Pflegedienste. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 36%.<sup>28</sup>

#### *Angebot und Auslastung*

40% der befragten Dienste bieten neben der Krankenpflege nach SGB V und der Altenpflege nach SGB XI auch Haushaltsnahe Dienstleistungen (z.B. Einkaufshilfe, Begleitung zu Ärzt\*innen, etc.) an. Weitere spezialisierte Angebote gibt es deutlich seltener. Vier Dienste gaben an, auch Palliativpflege zu übernehmen. Zwei Dienste bieten eine ambulante Nachtpflege an und ein Pflegedienst verfügt über ein Angebot der gerontopsychiatrischen Fachpflege.

Knapp die Hälfte der Pflegedienste gab an, Anfragen von Klient\*innen mit spezifischem Versorgungsbedarf, ablehnen zu müssen, weil Sie darauf nicht eingestellt sind. Am häufigsten wurde als Grund ein Bedarf an Intensivpflege genannt. Auch spezielle Leistungen wie komplexe Wundversorgung (z.B. bei chronischen Wunden) oder Portversorgung können nicht von allen Diensten erbracht werden. Einen weiteren Ablehnungsgrund kann ein Palliativpflegebedarf darstellen.

Viele Pflegedienste haben ihr Versorgungslimit erreicht. Die Hälfte der Befragten gab an, im Laufe des Jahres 2023 Neuanfragen von potenziellen Klient\*innen aufgrund von Personalmangel abgelehnt zu haben. Die Zahl der Absagen pro Dienst betrug zwischen zwei und 127 und lag im Durchschnitt bei 24. Vier Dienste mussten im Jahr 2023 sogar bestehende Verträge mit Klient\*innen kündigen. Die Gesamtzahl der gekündigten Verträge beläuft sich jedoch nur auf 18.

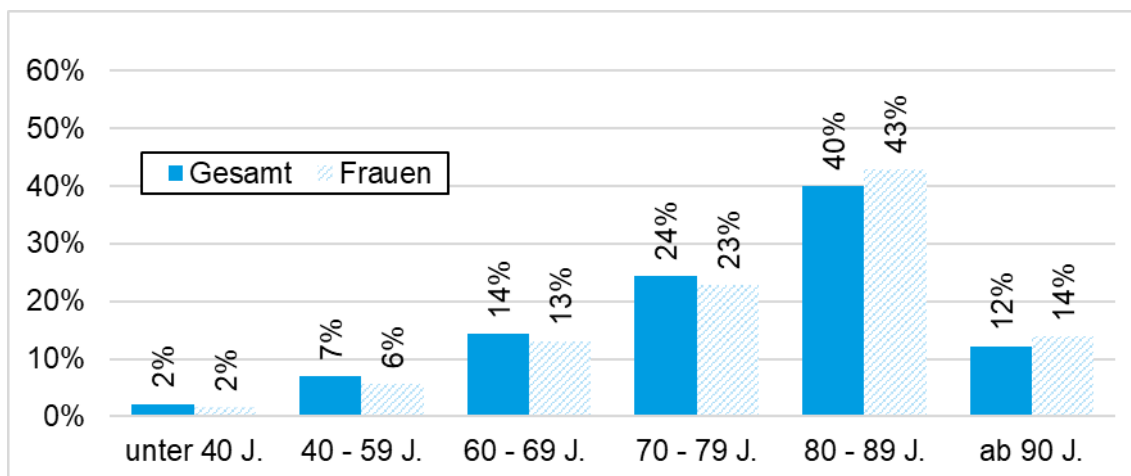
#### *Klient\*innen*

49 Pflegedienste machten Angaben zur Zahl ihrer Klient\*innen. Insgesamt versorgten diese Dienste 6.413 Pflegbedürftige, davon sind 65% Frauen. Ein Pflegedienst hat durchschnittlich rund 131 Klient\*innen. Bezogen auf die Mitarbeitenden versorgt eine Vollzeitkraft durchschnittlich 5,5 Pflegebedürftige.

<sup>27</sup> Bei der Interpretation dieser Statistik ist zu berücksichtigen, dass bei den Pflegediensten stets nur der Hauptgeschäftssitz registriert wird. Klient\*innen, die durch Nebengeschäftsstellen in anderen Städten und Kreisen versorgt werden, werden entsprechend dem Hauptsitz zugeordnet.

<sup>28</sup> Nicht alle Befragten haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die Fallzahl kann daher von Frage zu Frage variieren.

**Abbildung 23: Klient\*innen von ambulanten Diensten nach Altersgruppe**

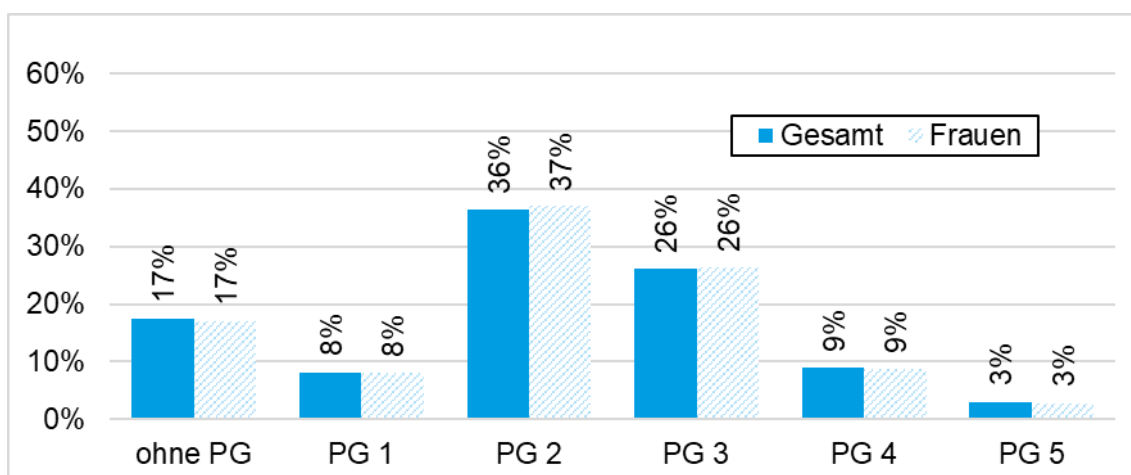


Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulante Pflegedienste (n=49).

Die Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen macht mit 40% den größten Anteil der Klient\*innen aus (Abbildung 23). Knapp ein Viertel (24%) der Klient\*innen war im Alter von 70 bis 79 Jahren und 12% waren 90 Jahre oder älter. Die Gruppe der unter 70-Jährigen macht insgesamt ebenfalls knapp ein Viertel aus (23%).

Etwas mehr als ein Drittel der Klient\*innen hat den Pflegegrad 2 (36%) und ein weiteres Viertel ist dem Pflegegrad 3 zugeordnet (26%, Abbildung 24). Die Pflegegrade 4 und 5 sind mit 9% bzw. 3% der Klient\*innen deutlich seltener vertreten. Auch den Pflegegrad 1 haben nur 8% der Klient\*innen. Auffällig ist, dass mit 17% ein relativ großer Anteil der Klient\*innen keinen Pflegegrad hat. Dabei handelt es sich um Pflegebedürftige, die im Rahmen des SGB V versorgt werden.

**Abbildung 24: Klient\*innen von ambulanten Diensten nach Pflegegrad**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulante Pflegedienste (n=49).

Der Großteil der 49 befragten ambulanten Dienste ist bezirksübergreifend tätig. Elf Dienste gaben jedoch an, nur Klient\*innen aus einem Bezirk zu versorgen. Im

Durchschnitt erstreckt sich das Versorgungsgebiet der ambulanten Dienste auf 4,6 Bezirke. Am seltensten wurden die Bezirke 4 und 5 genannt. 16 bzw. 15 Dienste gaben an, dass diese Bezirke zu ihrem Versorgungsgebiet zählen. Der Stadtbezirk 8 wird hingegen von 30 Diensten genannt. Viele Pflegedienste versorgen auch Menschen, die außerhalb von Düsseldorf wohnen. Diese machen etwa 11% aller Klient\*innen aus.

### Personal

50 Pflegedienste machten Angaben zu ihrem Personal. Zum Jahresende 2023 hatten diese insgesamt Personalkapazitäten von 1.165,3 Vollzeitäquivalenten. Dies entspricht einem Durchschnitt von 23,3 Vollzeitkräften je Dienst.

**Tabelle 8: Personal von ambulanten Pflegediensten**

	VZÄ	Anteil
<b>Fachkräfte</b>	600,4	52%
Pflegefachfrau/Pflegefachmann	161,0	14%
Altenpfleger/in	200,7	17%
der Gesundheits- und Krankenpfleger/-in im sozialen Dienst	128,0	11%
Heilerziehungspfleger/-in	4,5	0%
sonstige (hauswirtschaftlich, TA...)	3,0	0%
	85,2	7%
<b>Helferqualifikationen</b>	147,1	13%
der Pflegefachassistenz	56,0	5%
der Altenpflegehilfe	23,7	2%
der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	27,8	2%
der Heilerziehungspflegehilfe	2,0	0%
<b>Betreuungskräfte SGB XI § 43b</b>	40,0	3%
<b>pflegerische Hilfskräfte</b>	377,7	32%
<b>Insgesamt</b>	1.165,3	100%
<b>Auszubildende (Anzahl)</b>	89	

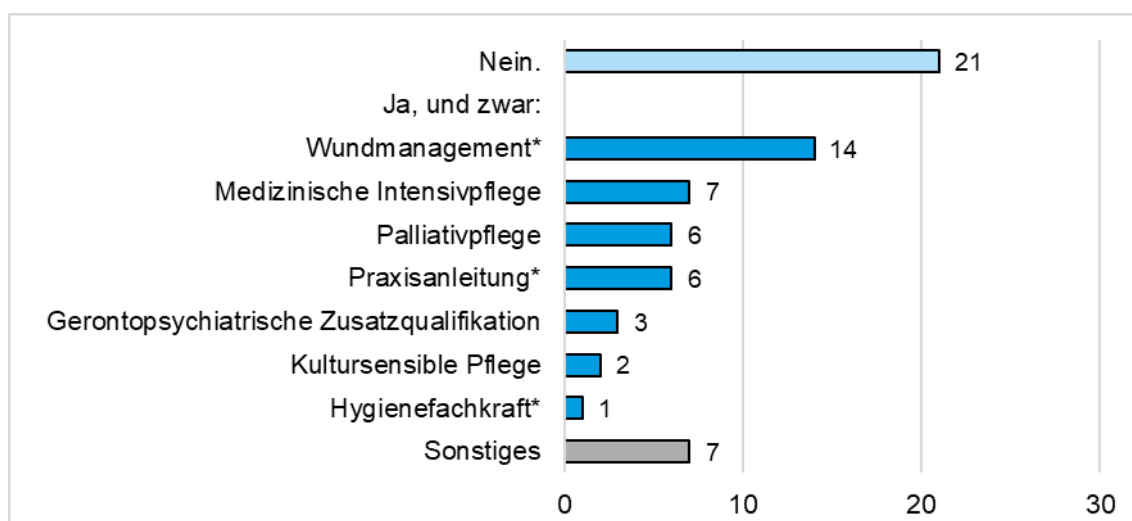
Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulante Pflegedienste (n=50).

600,4 VZÄ bzw. 52% aller Beschäftigten sind Fachkräfte (Tabelle 8). Darunter hatten 200,7 VZÄ bzw. 17% der Beschäftigten eine Ausbildung in der Altenpflege. 128 VZÄ bzw. 11% der Beschäftigten hatten eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger\*in. 161 VZÄ bzw. 14% der Beschäftigten haben die generalistische Pflegeausbildung abgeschlossen. Über eine Helferqualifikation verfügten 147,1 VZÄ bzw. 13% der Beschäftigten. Pflegerische Hilfskräfte machten 377,7 VZÄ bzw. 32% aller Beschäftigten aus. 21 Pflegedienste bildeten im Jahr 2023 aus und hatten

insgesamt 89 Auszubildende. Die Zahl der Auszubildenden je Einrichtung lag zwischen eins und 19 und betrug im Durchschnitt 1,7.

30 von 51 befragten Pflegediensten geben an, dass ihre Mitarbeitende Zusatzqualifikationen aufweisen. Am häufigsten genannt werden Zusatzqualifikationen im Bereich Wundmanagement (n=14, Abbildung 25). In sieben Diensten gibt es Mitarbeitende mit einer Zusatzqualifikation für Intensivpflege. Jeweils sechs Dienste nannten Palliativpflege und Praxisanleitung.

**Abbildung 25: Mitarbeitende mit Zusatzqualifikationen in ambulanten Diensten**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulante Pflegedienste (n=51).

\*Antwortmöglichkeit nicht vorgegeben; unter Sonstiges genannt.

Ein Großteil der Pflegedienste (57%) gab an, mehr Mitarbeitende zu benötigen, als sie derzeit haben. Fünf weitere Dienste können absehen, dass sie in den nächsten Jahren Personalbedarf haben. Die Suche nach neuen Mitarbeitenden empfinden mit zwei Ausnahmen alle Dienste als schwierig (63%) oder zumindest teilweise schwierig (33%). Als Gründe dafür sehen die Befragten eine Kombination aus einem generellen Mangel an Bewerber\*innen, oftmals zu geringen Qualifikationsniveaus sowie zu hohen Ansprüchen. Die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege (Wochenenddienste, Arbeit an Feiertagen) erschweren die Suche zusätzlich.

In zwei Dritteln der Pflegedienste müssen die Mitarbeitenden phasenweise Überstunden leisten, um die laufende Versorgung aufrecht erhalten zu können. Bei weiteren 12% der Dienste ist dies regelmäßig der Fall. Etwa ein Fünftel der der Pflegedienste (18%) setzt bei Belastungsspitzen Mitarbeitende von Zeitarbeitsfirmen ein. Ehrenamtsarbeit spielt in der ambulanten Pflege kaum eine Rolle. Nur ein Pflegedienst bezieht Ehrenamtliche in die Arbeit mit ein.

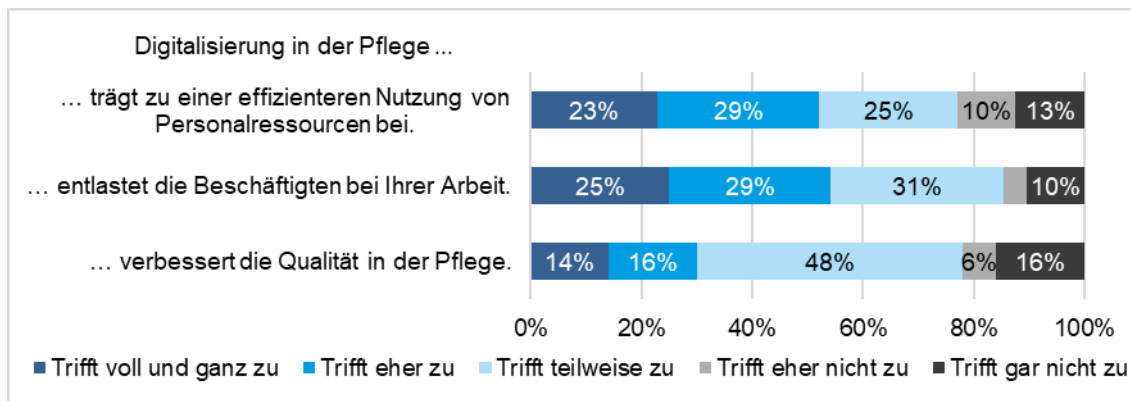
Die Pflegedienste wurden auch nach ihren Personalgewinnungsstrategien gefragt. Neben „klassischen“ Rekrutierungswegen über Stellenausschreibungen und die

Agenturen für Arbeit, setzen viele Dienste verstärkt auf Werbung über soziale Netzwerke. Außerdem sind die Pflegedienste bemüht, attraktive Arbeitsbedingungen und Anreizsysteme zu schaffen. Neben attraktiven Gehältern, Zuschlägen und Prämien gehören dazu beispielsweise auch flexible Arbeitszeiten und Weiterbildungsmöglichkeiten. Auch die Möglichkeit einer privaten Nutzung des Dienstwagens kann ein Anreiz darstellen. Zur Strategie einiger Dienste gehört es auch, selbst Fachkräfte auszubilden. Die Rekrutierung aus dem Ausland spielt in der ambulanten Pflege eine eher untergeordnete Rolle. Drei Dienste nutzen bislang diese Möglichkeit.

### Digitalisierung

In der ambulanten Pflege kommen vermehrt digitale Technologien zum Einsatz, um das Personal zu unterstützen und zu entlasten. Der Nutzen solcher Technologien wird von den befragten Diensten jedoch unterschiedlich bewertet (Abbildung 26). Etwa die Hälfte der Pflegedienste ist der Ansicht, dass die Digitalisierung dazu beitragen kann, Personalressourcen effizienter zu nutzen (52% „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“). Fast ebenso viele Befragte stimmen der Aussage jedoch nicht oder nur teilweise zu. Ähnlich bewerten die befragten Pflegedienste das Potenzial, welches die Digitalisierung im Hinblick auf die Entlastung der Beschäftigten hat. Am wenigsten versprechen sich die Befragten eine Verbesserung der Qualität der Pflege durch die Digitalisierung. Der Aussage stimmen nur 30% der Pflegedienste voll oder eher zu.

**Abbildung 26: Nutzen von Digitalisierung in der ambulanten Pflege**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulante Pflegedienste (n=51).

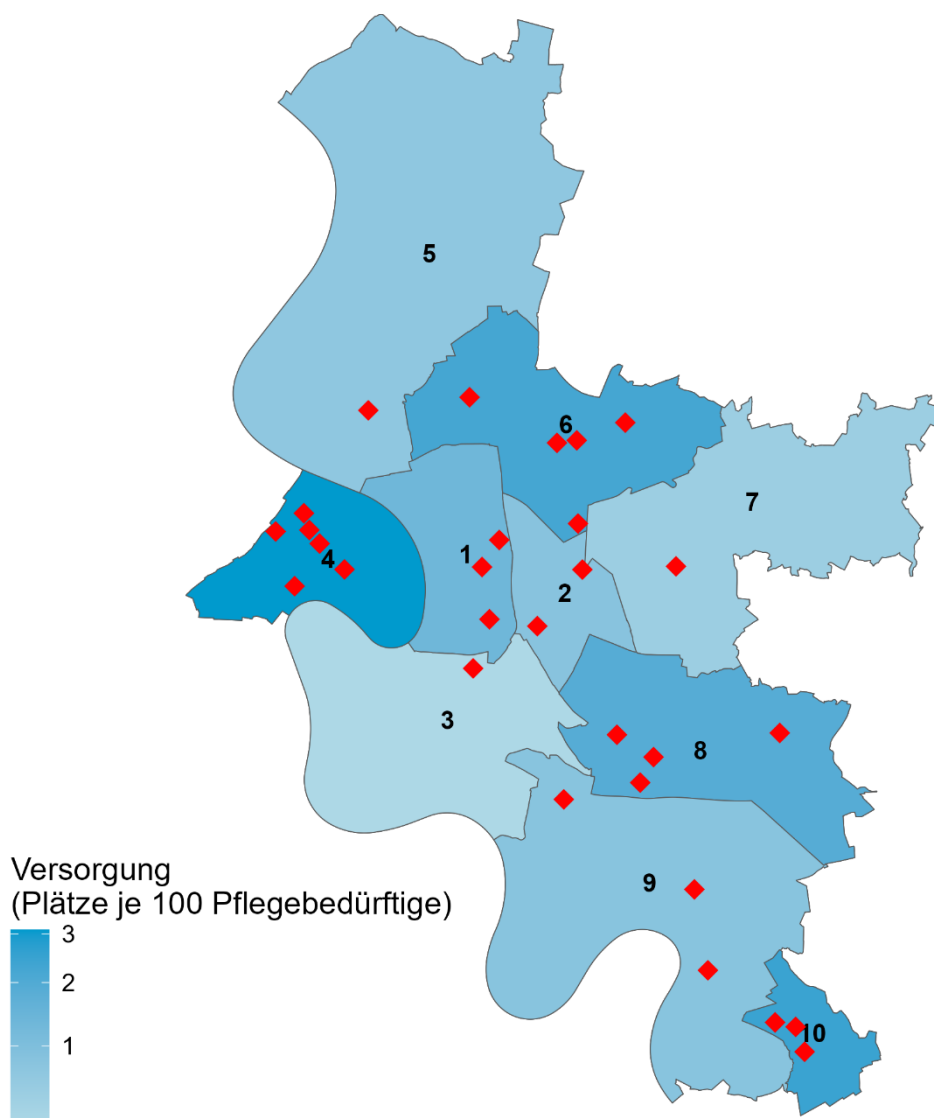
### 6.1.2 Tagespflege

Tagespflegeeinrichtungen bieten für hilfe- und pflegebedürftige Menschen eine Ergänzung zur häuslichen Pflege. Sie ermöglichen Gruppenbetreuung, Pflege und Tagesstruktur über mehrere Stunden pro Tag. Besonders für Menschen mit Demenz und Orientierungsschwierigkeiten ist dieses Angebot hilfreich und bietet deren Angehörigen tagsüber Entlastung. Die Tagespflegeeinrichtungen haben in der Regel montags bis freitags von morgens bis zum Spätnachmittag geöffnet.

Einige Einrichtungen bieten jedoch auch eine Betreuung außerhalb dieser „üblichen“ Geschäftszeiten an. Da viele Gäste die Einrichtung mehrmals in der Woche nutzen und jeweils hin- und zurückgebracht werden, sollten die Einrichtungen möglichst wohnortnah sein. Für den Transport der Pflegebedürftigen stehen entweder eigene Fahrdienste der Einrichtungen oder externe Fahrdienste zur Verfügung. Die Kosten der Tagespflege werden von der Pflegeversicherung gemäß § 41 SGB XI übernommen.

### Versorgungssituation

Abbildung 27: Angebote der Tagespflege in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023)



Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Im Dezember 2023 standen in der Stadt Düsseldorf 29 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 511 Plätzen zur Verfügung.

Im Vergleich zum Jahr 2021 gab es einen deutlichen Kapazitätswachstum von 126 Plätzen. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Versorgungsdichte von 1,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen (Tabelle 9). Damit liegt die Versorgung in der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023 unter dem Bundesdurchschnitt (1,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige), jedoch über dem Nordrhein-Westfälischen Landesdurchschnitt von 1,1 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen. Über die höchste Versorgungsdichte verfügt der Stadtbezirk 4 (3,1 Tagespflegeplätze je 100 Pflegebedürftige), gefolgt von den Stadtbezirken 10 und 6 (2,5 bzw. 2,3 Tagespflegeplätze je 100 Pflegebedürftige). Im Stadtbezirk 3 gab es mit Stand Dezember 2023 nur eine Tagespflegeeinrichtung mit 15 Plätzen. Dies entspricht 0,2 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Damit weist der Bezirk im innerstädtischen Vergleich die geringste Versorgungsdichte auf. Auch in den Stadtbezirken 5 und 7 gibt es jeweils nur eine Einrichtung (0,7 bzw. 0,5 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Bezirke mit geringen Versorgungskapazitäten durch angrenzende Stadtbezirke „mitversorgt“ werden, sodass dennoch für alle Pflegebedürftigen eine ausreichende Wohnortnähe gegeben ist.

Bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung wurden bereits einige Veränderungen des Tagespflegeangebots registriert. So wurde in den Stadtbezirken 1 und 7 im Laufe des Jahres 2024 jeweils ein neues Angebot geschaffen und in Stadtbezirk 8 hat eine Einrichtung ihr Angebot ausgeweitet. Insgesamt wurden durch diese Maßnahmen 56 zusätzliche Plätze geschaffen. Darüber hinaus sind acht Projekte mit je unterschiedlichen Planungs- und Umsetzungsstand bekannt, in denen weitere 176 Tagespflegeplätze entstehen sollen. Geht man davon aus, dass die Umsetzung bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt ist, läge die Versorgungsdichte unter Zugrundelegung der Prognose des Pflegebedarfs (Status-Quo-Szenario) im Jahr 2030 bei 1,7 Tagespflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige.

**Tabelle 9: Angebote der Tagespflege in der Stadt Düsseldorf – 2021 und 2023**

Stadtbezirk	2021			2023		
	Einrichtungen	Plätze	je 100 Pflegebedürftige	Einrichtungen	Plätze	je 100 Pflegebedürftige
1	2	37	1,0	3	62	1,3
2	2	30	1,0	2	30	0,8
3	2	35	0,7	1	15	0,2
4	4	55	2,0	6	102	3,1
5	1	18	0,8	1	18	0,7
6	4	63	1,8	5	96	2,3
7	2	31	1,1	1	16	0,5
8	3	62	1,8	4	77	1,9
9	2	26	0,5	3	51	0,8
10	2	28	1,8	3	44	2,5
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>24</b>	<b>385</b>	<b>1,1</b>	<b>29</b>	<b>511</b>	<b>1,3</b>

Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

### ***Ergebnisse der Befragung von Tagespflegeeinrichtungen***

Auch die Tagespflegeeinrichtungen wurden im Mai 2024 mit der Bitte um Teilnahme an einer Online-Befragung angeschrieben. An dieser Befragung beteiligten sich 23 der 31 Einrichtungen in der Stadt Düsseldorf. Die Rücklaufquote beträgt damit 74%.<sup>29</sup>

#### ***Angebot und Auslastung:***

In den 23 Tagespflegeeinrichtungen, die sich an der Befragung beteiligten, stehen durchschnittlich 18 Plätze zur Verfügung. Konzeptionell wird von den meisten Einrichtungen eine allgemeine Tagespflege angeboten. Zwei Einrichtungen haben eine Schwerpunktsetzung auf gerontopsychiatrische Pflege. 20 Einrichtungen machten Angaben zur durchschnittlichen Auslastung ihrer Kapazitäten. Diese lag zwischen 26% und 100%. Im Durchschnitt betrug die Auslastung in den Tagespflegeeinrichtungen 75%. Der überwiegende Teil der Einrichtungen ist an fünf Tagen in der Woche geöffnet. Nur zwei Tagespflegeeinrichtungen gaben an, sechs Tage pro Woche und damit auch am Wochenende geöffnet zu haben. Vier weitere Einrichtungen wollen ihr Angebot zukünftig ebenfalls auf das Wochenende erweitern. Fünf Einrichtungen sehen

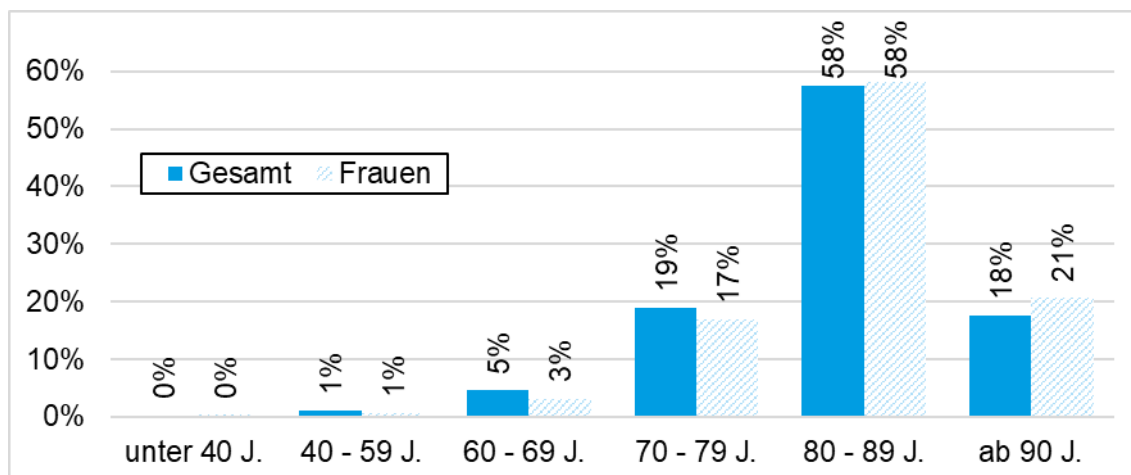
<sup>29</sup> Nicht alle Befragten haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die Fallzahl kann daher von Frage zu Frage variieren.

zwar grundsätzlich Bedarf für Tagespflege am Wochenende, sind jedoch der Ansicht, dass dies nicht wirtschaftlich umsetzbar ist.

### Gäste

Da die meisten Tagespflegegäste nicht täglich die Einrichtung besuchen, sind die Plätze mehrfach belegt, so dass die Zahl der Gäste in der Regel größer ist als die Zahl der Plätze. Durchschnittlich teilen sich 1,62 Gäste einen Platz. Die Zahl der Gäste im Verhältnis zu den Platzzahlen lag im Berichtsjahr 2021 bei 1,45 und ist somit leicht gestiegen. Die Zahl der Gäste in den einzelnen Tagespflegeeinrichtungen liegt zwischen 9 und 48 Gästen. Durchschnittlich werden in den Einrichtungen 31 Pflegebedürftige betreut, 66% der Tagespflegegäste sind Frauen.

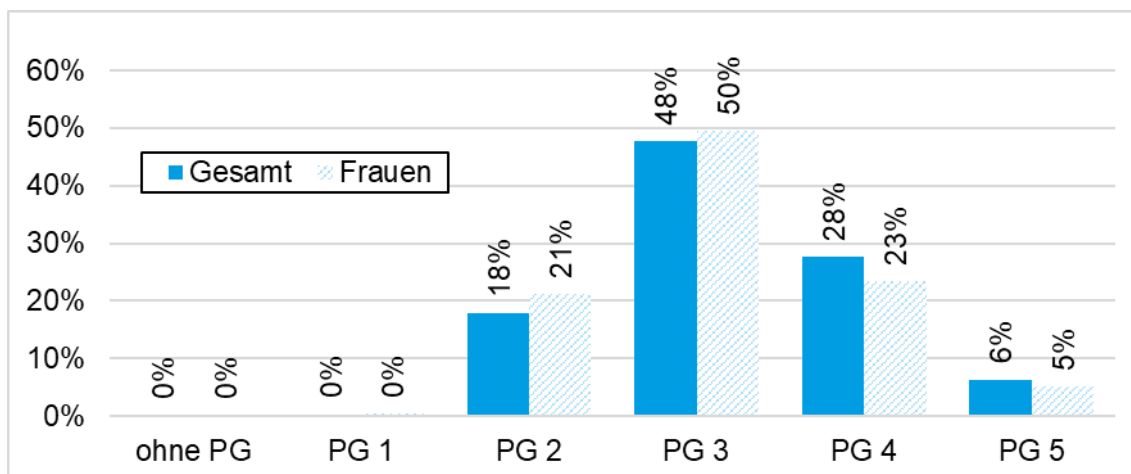
**Abbildung 28: Tagespflegegäste nach Altersgruppe**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Tagespflegeeinrichtungen (n=23).

Mit 36% aller Gäste besucht die Mehrheit an zwei Tagen pro Woche eine Tagespflegeeinrichtung. 28% nutzen das Angebot an drei Tagen in der Woche und 18% an nur einem Tag. Vier oder fünf Tage in der Woche wird die Einrichtung nur von einem kleinen Anteil (10% bzw. 8%) der Gäste genutzt.

Fast die Hälfte aller Gäste der Tagespflegeeinrichtungen hat den Pflegegrad 3 (48%, Abbildung 29). Gäste mit Pflegegrad 4 machen etwa ein Viertel aller Gäste aus (28%). 18% haben den Pflegegrad 2. Dem Pflegegrad 5 sind nur 6% der Gäste zugeordnet und Gäste mit Pflegegrad 1 gibt es nur vereinzelt (0%). Eine der befragten Einrichtungen gibt an, einen Gast ohne Pflegegrad zu betreuen.

**Abbildung 29: Tagespflegegäste nach Pflegegrad**

Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Tagespflegeeinrichtungen (n=23).

Bezüglich des Einzugsgebietes der Tagespflegeeinrichtungen zeigt sich überwiegend das Bild einer wohnortnahen Versorgung. Die Einrichtungen gaben im Durchschnitt 2,9 Stadtbezirke an, aus denen ihre Gäste kommen. Dabei handelt es sich in der Regel um den Stadtbezirk, in dem sich die Einrichtung befindet, sowie die angrenzenden Bezirke. Ausnahmen stellen insbesondere Einrichtungen dar, die im Zentrum der Stadt Düsseldorf angesiedelt sind (Stadtbezirke 1 und 2). Diese haben ein größeres Einzugsgebiet von fünf bis hin zu acht Bezirken. Zehn Tagespflegeeinrichtungen gaben an, dass ein Teil ihrer Gäste außerhalb der Stadt Düsseldorf wohnt. Laut den Befragten machen diese schätzungsweise 9% aller Gäste aus.

### Personal:

Zum Jahresende 2023 hatten die 23 befragten Anbieter der Tagespflege insgesamt Personalkapazitäten von 103,5 Vollzeitäquivalenten. Dies entspricht einem Durchschnitt von 4,5 Vollzeitkräften je Einrichtung.

62,8 VZÄ bzw. 61% aller Beschäftigten sind Fachkräfte (Tabelle 10). Darunter hatten 36,2 VZÄ bzw. 35% der Beschäftigten eine Ausbildung in der Altenpflege. 12,9 VZÄ bzw. 12% der Beschäftigten hatten eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger\*in. Über eine Helferqualifikation verfügten 5,9 VZÄ bzw. 6% der Beschäftigten. Betreuungskräfte machten 20,9 VZÄ bzw. 20% aller Beschäftigten aus. Ein Anteil von 13% bzw. 14 VZÄ waren pflegerische Hilfskräfte. In zwei Einrichtungen gab es am Jahresende 2023 jeweils eine\*n Auszubildende\*n.

Neun von 24 befragten Anbietern geben an, dass ihre Mitarbeitende Zusatzqualifikationen aufweisen. Hier werden insbesondere gerontopsychiatrische Zusatzqualifikationen (n=7) genannt. Vereinzelt haben Einrichtungen Mitarbeitende mit Zusatzqualifikationen in den Bereichen Intensivpflege und Palliativpflege.

**Tabelle 10: Personal in Tagespflegeeinrichtungen**

	VZÄ	Anteil
<b>Fachkräfte</b>	62,8	61%
Pflegefachfrau/Pflegefachmann	2,4	2%
Altenpfleger/in	36,2	35%
der Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	12,9	12%
im sozialen Dienst	2,7	3%
Heilerziehungspfleger/-in	-	0%
sonstige (hauswirtschaftlich, TA...)	4,5	4%
<b>Helferqualifikationen</b>	5,9	6%
der Pflegefachassistenz	0,8	1%
der Altenpflegehilfe	3,4	3%
der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	1,0	1%
der Heilerziehungspflegehilfe	-	0%
<b>Betreuungskräfte SGB XI § 43b</b>	20,9	20%
<b>pflegerische Hilfskräfte</b>	14,0	13%
<b>Insgesamt</b>	103,5	100%
<b>Auszubildende (Anzahl)</b>	2	

Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Tagespflegeeinrichtungen (n=23).

Die Suche nach Personal gestaltet sich in der Tagespflege nicht so problematisch wie in anderen Bereichen. Grund hierfür sind insbesondere die Arbeitszeiten, die für viele Beschäftigte attraktiv sind, da keine Schichtdienste in den Abendstunden oder am Wochenende anfallen. Zwei Einrichtungen geben an, dass es schwierig sei, Personal zu finden, und elf Einrichtungen sehen zumindest teilweise Schwierigkeiten. Sieben Einrichtungen haben hingegen keine Probleme bei der Personalsuche. Als Gründe für die teilweise empfundenen Schwierigkeiten werden insbesondere eine geringe Zahl von Bewerber\*innen, eine teils zu geringe Qualifikation sowie zu hohe Ansprüche genannt.

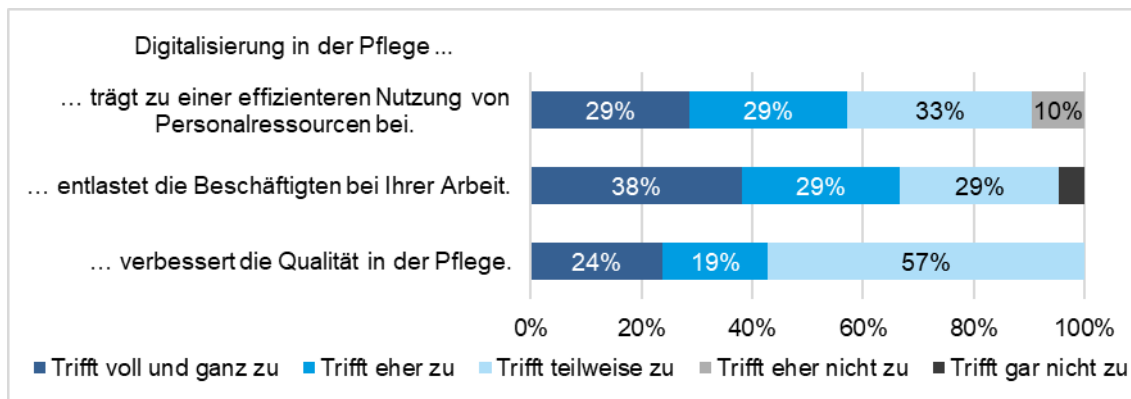
### Digitalisierung

Die befragten teilstationären Pflegeeinrichtungen empfinden den Einsatz von digitalen Prozessen und Werkzeugen tendenziell als gewinnbringend (Abbildung 30).

Insbesondere sehen viele Befragte Potenzial bei der Entlastung ihrer Beschäftigten (67% „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“). Auch geht mehr als die Hälfte der Befragten davon aus, dass die Digitalisierung zu einer effizienteren Nutzung von Personalressourcen beitragen kann (57% „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“). Am

geringsten wird der Nutzen in Bezug auf die Qualität der Pflege bewertet (43% „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“).

**Abbildung 30: Nutzen von Digitalisierung in der Tagespflege**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Tagespflegeeinrichtungen (n=21).

### 6.1.3 Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege bietet die Möglichkeit einer zeitlich begrenzten vollstationären Pflege. Sie kann genutzt werden, wenn pflegende Angehörige aufgrund von Krankheit oder Urlaub die Versorgung vorübergehend nicht gewährleisten können. Auch in der Nachsorge nach einer Krankenhausbehandlung spielt die Kurzzeitpflege eine wichtige Rolle, indem sie eine Übergangsphase für Patient\*innen bietet, die nach einer Behandlung noch nicht in der Lage sind, in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren.

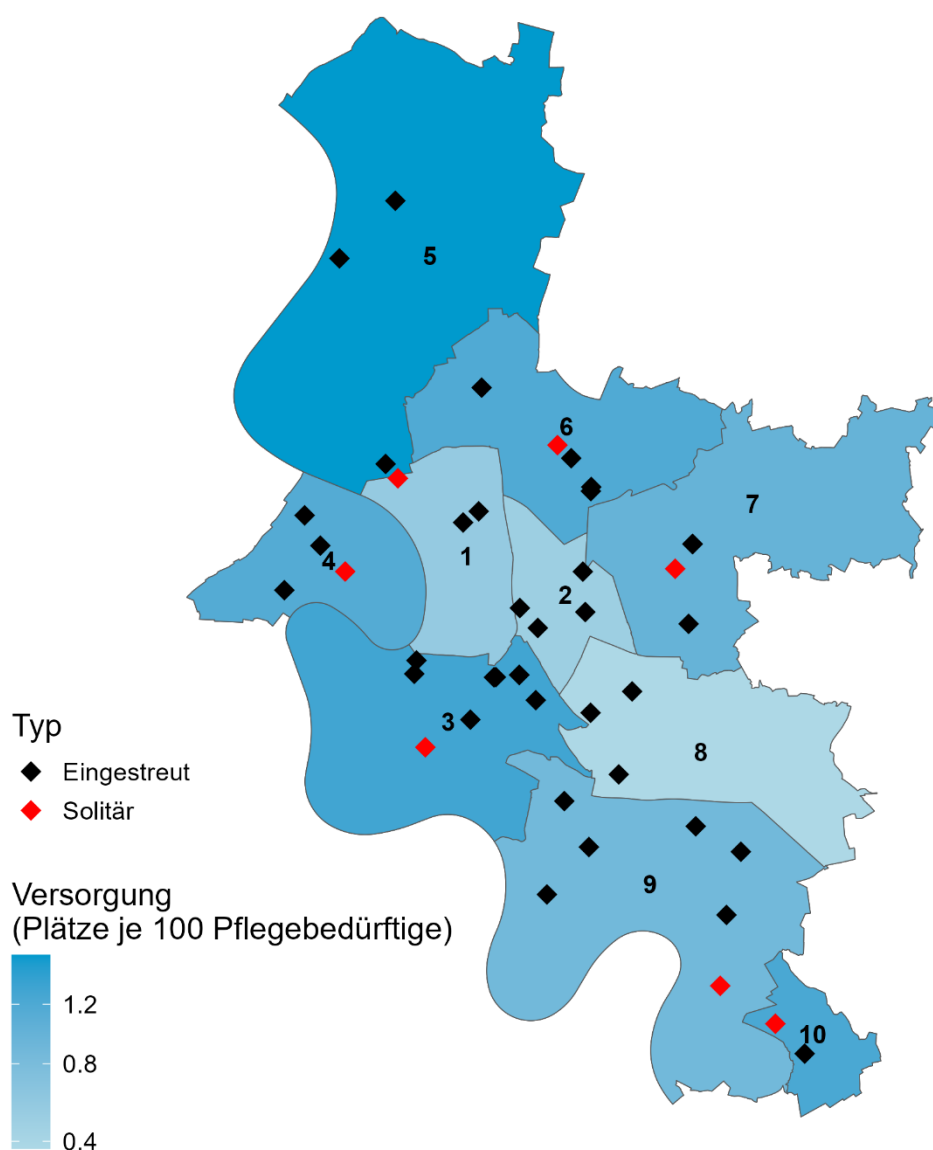
Eine teilweise oder vollständige Kostenübernahme der pflegerischen Leistungen durch die Pflegeversicherung richtet sich nach Dauer und Kosten des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). In der Regel sind Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen „eingestreut“. Das bedeutet, dass sie nur dann für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, wenn sie nicht als vollstationäre Plätze belegt sind. Aufgrund des hohen Bedarfs an vollstationären Dauerpflegeplätzen ist dies jedoch eher selten der Fall. Damit stellt diese Art von Kurzzeitpflege für Betroffene und Angehörige ein unsicheres Angebot dar und erschwert vorausblickende Planungen. Gäste in eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen werden zudem häufig nicht ausreichend auf die Rückkehr in eine Privatwohnung vorbereitet, was z.B. nach einem medizinischen Eingriff wichtig sein kann. Im Gegensatz zu eingestreuten Plätzen sind solitäre Kurzzeitpflegeplätze ausschließlich für die temporäre Pflege vorgesehen und bieten oftmals eine intensive medizinische Betreuung und Rehabilitation, die speziell auf die schnelle Genesung und die Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause ausgerichtet ist.

Da die Pflegeberatung mit eingestreuten Plätzen schlechter planen kann, ist aus fachlicher Sicht auch ein verstärkter Ausbau eigenständiger (solitärer) Angebote der Kurzzeitpflege zu empfehlen, die ständig für diesen Zweck vorgehalten werden.

Allerdings wird von Trägern pflegerischer Angebote darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der solitären Kurzzeitpflege wirtschaftlich sehr schwierig sei. Als Herausforderung wird diesbezüglich das aufwändige Belegungsmanagement aufgrund der saisonal schwankenden Nachfrage, manchmal kurzfristiger Absagen sowie häufiger Wechsel der Pflegebedürftigen genannt. Diese häufigen Wechsel stellen auch hohe Anforderungen an das Personal, das fachlich flexibel auf die neuen Gäste reagieren muss. Des Weiteren haben manche Gäste, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einen hohen Bedarf an Krankenpflege.

### Versorgungssituation

Abbildung 31: Angebote der Kurzzeitpflege in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023)



Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

In der Stadt Düsseldorf gibt es insgesamt 45 Einrichtungen, die ein Kurzzeitpflegeangebot haben. Die Kapazität hat sich von 340 Plätzen im Jahr 2021 auf 381 Plätze zum Jahresende 2023 erhöht (+12%). In sieben Einrichtungen werden 120 solitäre Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten. Dies entspricht einem Anteil von 31% aller Kurzzeitpflegeplätze. In Relation zur Zielgruppe stehen in der Stadt Düsseldorf insgesamt 0,9 Kurzzeitpflegeplätze (sowohl solitär als auch eingestreut) je 100 Pflegebedürftige zur Verfügung. In Bezug auf solitäre Kurzzeitpflegeplätze liegt diese Versorgungsdichte bei 0,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Dieser Wert liegt über dem Bundesdurchschnitt von 0,1 solitären Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige.<sup>30</sup>

**Tabelle 11: Angebote der solitären Kurzzeitpflege in der Stadt Düsseldorf – 2021 und 2023**

Stadtbezirk	2021			2023		
	Einrichtungen	Plätze	je 100 Pflegebedürftige	Einrichtungen	Plätze	je 100 Pflegebedürftige
1	1	14	0,4	1	14	0,3
2	0	0	0,0	0	0	0,0
3	1	33	0,6	1	33	0,5
4	1	14	0,5	1	14	0,4
5	0	0	0,0	0	0	0,0
6	1	19	0,5	1	19	0,4
7	1	10	0,3	1	10	0,3
8	0	0	0,0	0	0	0,0
9	1	16	0,3	1	16	0,3
10	1	14	0,9	1	14	0,8
<b>Summe solitäre Plätze</b>	<b>7</b>	<b>120</b>	<b>0,4</b>	<b>7</b>	<b>120</b>	<b>0,3</b>
Zusätzlich: eingestr. Plätze	33	220	0,6	38	261	0,6
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>40</b>	<b>340</b>	<b>1,0</b>	<b>45</b>	<b>381</b>	<b>0,9</b>

Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

<sup>30</sup> Auf Landesebene wird die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze im Rahmen der Pflegestatistik nicht ausgewiesen.

Seit Dezember 2023 hat sich das Kurzzeitpflegeangebot bereits deutlich erhöht. Insgesamt wurden bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung 31 weitere solitäre Kurzzeitpflegeplätze geschaffen (Stadtbezirke 1 und 6). Zusätzlich befinden sich drei Einrichtungen in konkreter Planung, in denen weitere 55 solitäre Kurzzeitpflegeplätze entstehen sollen. Unter Berücksichtigung dieser Veränderungen und der erwarteten Entwicklung des Pflegebedarfs (Status-Quo-Szenario) liegt die Versorgungsdichte im Jahr 2030 bei 0,5 solitären Plätzen je 100 Pflegebedürftigen.

### ***Ergebnisse der Befragung von Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot***

An der Online-Befragung beteiligten sich alle 44 stationären Einrichtungen, die über ein Angebot der Kurzzeitpflege verfügen.<sup>31</sup> 36 Einrichtungen bieten ausschließlich eingestreute Kurzzeitpflegeplätze und fünf Einrichtungen ausschließlich solitäre Kurzzeitpflegeplätze. Drei Einrichtungen verfügen über beides.

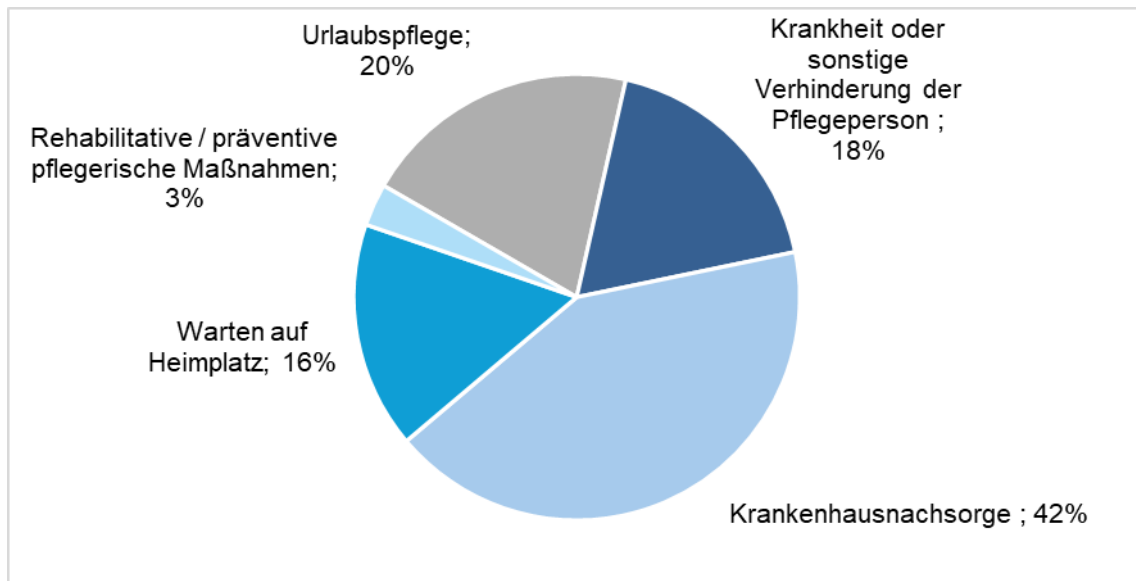
Die Auslastung des Kurzzeitpflegeangebots wird von den 28 Einrichtungen, die hierzu Angaben machten, durchschnittlich auf 57% geschätzt. Bei den Einrichtungen mit einem solitären Angebot liegt dieser Wert bei 94%, während er bei den Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen bei nur 52% liegt. Der Grund für diese Differenz ist, dass viele der eingestreuten Plätze de facto als Dauerpflegeplätze genutzt werden und entsprechend belegt sind. Mehrere Befragte gaben daher eine Auslastung von 0% an, falls dies bei ihnen zutraf. Nur zwei Einrichtungen gaben an, alle Anfragen nach einem Kurzzeitpflegeplatz erfüllen zu können. Bei sechs Einrichtungen ist dies in manchen Monaten im Jahr möglich. Die übrigen zwei Drittel der Einrichtungen müssen jedoch regelmäßig Anfragen ablehnen.

Die Gründe für einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege können unterschiedlich sein. Am häufigsten wird ein Kurzzeitpflegeangebot im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt genutzt (Abbildung 32). Der Anteil der Gäste, auf die dies zutrifft wird von den Befragten durchschnittlich mit 42% angegeben. Ebenfalls häufige Anlässe für einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege sind Urlaubspflege (20%) und die Verhinderung der eigentlichen Pflegeperson (z.B. Aufgrund von Krankheit, 18%). Insbesondere eingestreute Kurzzeitpflegeplätze werden oft genutzt, während Pflegebedürftige auf einen Dauerpflegeplatz warten. Dieser Aufenthaltsgrund trifft auf 16% der Gäste zu. Rehabilitative und/oder präventive Pflegemaßnahmen sind mit 3% der Gäste nur selten der Anlass für den Aufenthalt.

---

<sup>31</sup> Nicht alle Befragten haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die Fallzahl kann daher von Frage zu Frage variieren.

**Abbildung 32: Anlässe für Kurzzeitpflege**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Einrichtungen (n=24).

#### 6.1.4 Vollstationäre Dauerpflege

Da die Pflegebedürftigen selbst in der Regel so lange wie möglich in ihrer vertrauten Wohnung bleiben möchten und es sich bei der vollstationären Pflege um eine relativ kostenintensive Pflegeform handelt, sollte die stationäre Pflege vor allem dann in Anspruch genommen werden, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung in der Privatwohnung auch bei Ausschöpfung aller Unterstützungsmöglichkeiten nicht mehr gewährleistet werden kann.

Im Hinblick auf die konzeptionelle Ausgestaltung der Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen lässt sich eine Weiterentwicklung in Richtung innovativer Wohn-, Pflege- und Betreuungskonzepte beobachten.<sup>32</sup> Dazu gehört beispielsweise die Umstellung von „Funktionspflege“ auf eine „Bezugspersonenpflege“, die nach fachlicher Einschätzung zu einer erheblichen Qualitätssteigerung insbesondere in der Begleitung von Menschen mit Demenz führt.<sup>33</sup> Die Qualität der Pflege kann auch durch Weiterbildung, Unterstützung und Stärkung des Pflegepersonals verbessert werden. Dessen Belastung wird durch das durchschnittlich höhere Alter der Bewohner\*innen und den steigenden Anteil von Menschen mit Demenz in stationärer Betreuung erhöht.<sup>34</sup>

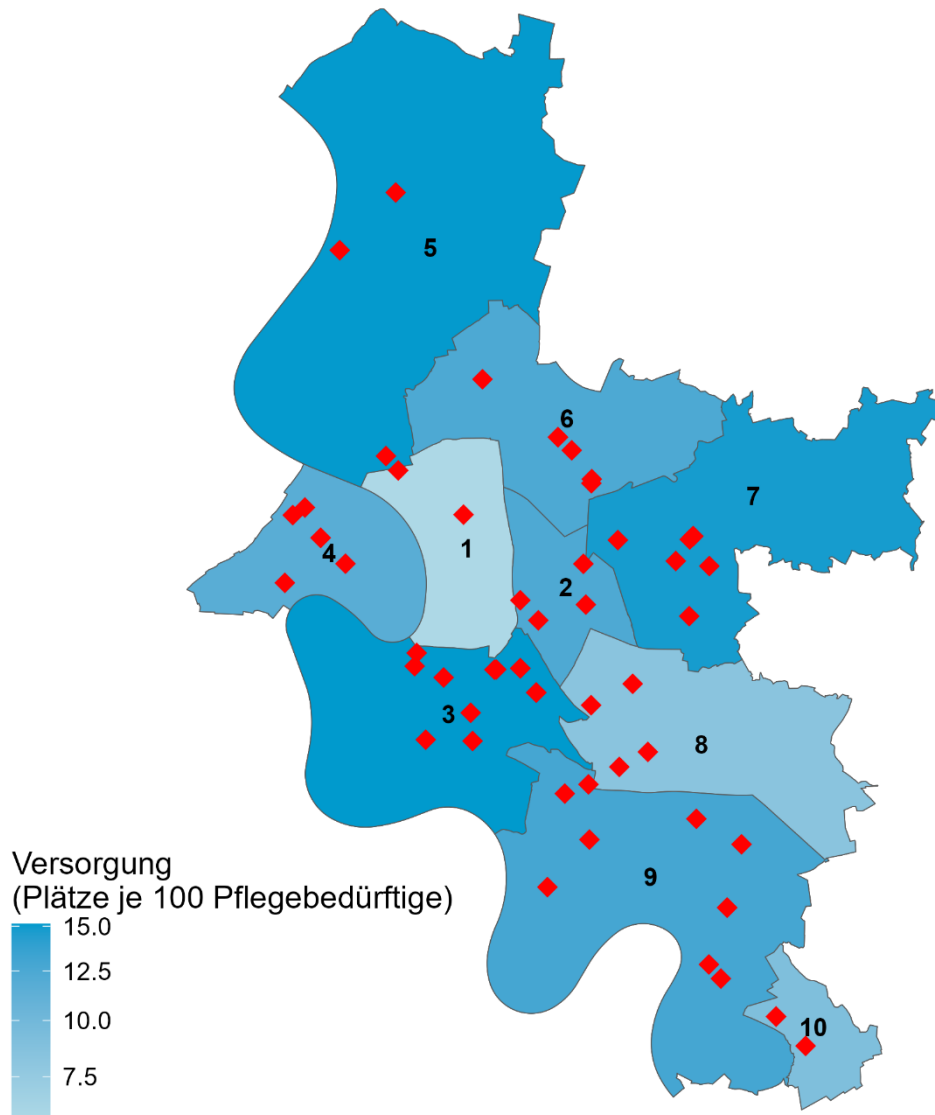
<sup>32</sup> Vgl. Jacobs et al. (2021).

<sup>33</sup> Vgl. Schumann (2018).

<sup>34</sup> Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (2013); Mehlan & Engels (2013); Stemmer (2021).

### Versorgungssituation

Abbildung 33: Angebote der stationären Pflege in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023)



Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Zum Stichtag 31.12.2023 standen insgesamt 4.799 stationäre Pflegeplätze in 58 Einrichtungen zur Verfügung. Gegenüber dem Jahr 2021 stehen somit eine Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot und 120 Pflegeplätze weniger zur Verfügung.

Durch die gleichzeitig gestiegene Zahl der Pflegebedürftigen ist die Versorgungskennziffer deutlich gesunken, von 14,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftige im Jahr 2021 auf 11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige im Jahr 2023.<sup>35</sup> Damit liegt die Versorgungsdichte der Stadt Düsseldorf sowohl unter dem Landesdurchschnitt (12,7 Plätze je 100 Pflegebedürftige) als auch dem Bundesdurchschnitt (15,4 Plätze je 100 Pflegebedürftige).

**Tabelle 12: Angebote der Stationären Pflege (inkl. eingestreute Kurzzeitpflegeplätze) in der Stadt Düsseldorf – 2021 und 2023**

Stadtbezirk	2021			2023		
	Einrichtungen	Plätze	je 100 Pflegebedürftige	Einrichtungen	Plätze	je 100 Pflegebedürftige
1	3	283	7,3	3	274	5,9
2	4	455	14,9	4	451	12,4
3	13	1.017	19,5	12	939	15,1
4	6	386	14,0	6	386	11,7
5	3	404	18,1	3	398	15,1
6	5	450	12,7	6	526	12,4
7	9	571	19,7	8	511	14,8
8	4	338	9,7	4	338	8,3
9	10	853	15,9	10	814	12,9
10	2	162	10,5	2	162	9,1
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>59</b>	<b>4.919</b>	<b>14,5</b>	<b>58</b>	<b>4.799</b>	<b>11,9</b>

Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Durch den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ist in allen Stadtbezirken eine Verschlechterung der Versorgungsdichte gegenüber dem Jahr 2021 zu beobachten (Tabelle 12). Dies gilt auch für Stadtbezirk 6, obwohl hier 76 Plätze hinzugekommen sind. Der Stadtbezirk 1 hat mit 5,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen die niedrigste Versorgungskennziffer. Auch in den Bezirken 8 und 10 ist die Versorgungsdichte mit 8,3 bzw. 9,1 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen deutlich unter dem stadtweiten

<sup>35</sup> Diese Angaben umfassen sowohl stationäre Dauerpflegeplätze als auch eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Zieht man die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze ab, stehen in der Stadt Düsseldorf 4.759 Plätze zur Verfügung. Dies entspricht 13,1 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen.

Durchschnitt. Die höchste Versorgungsdichte wurde in den Stadtbezirken 3 und 5 festgestellt (jeweils 15,1 Plätze je 100 Pflegebedürftige).

In Stadtbezirk 1 hat zu Beginn des Jahres 2024 eine Einrichtung geschlossen, wodurch 60 Plätze weggefallen sind. Eine andere Einrichtung mit 100 stationären Plätzen ist jedoch im Januar 2025 Betrieb gegangen, sodass insgesamt 40 Plätze mehr zur Verfügung stehen. Darüber hinaus befinden sich im gesamten Stadtgebiet sieben weitere Maßnahmen in Planung. Die Realisierung dieser Projekte verspricht einen Kapazitätsgewinn von 548 stationären Pflegeplätzen. Sollten diese Einrichtungen bis dahin in Betrieb gehen, so würde im Jahr 2030 eine Versorgungsdichte von 12,5 stationären Pflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige erreicht.<sup>36</sup>

Auf die Problematik von nicht belegbaren Plätzen wurde bereits im Bericht der örtlichen Planung für das Jahr 2021 ausführlich eingegangen.<sup>37</sup> Darin wurde festgestellt, dass 436 der 4.919 ausgewiesenen Plätzen nicht belegt waren (8,8%). Hintergrund dieser Anzahl von „Leerständen“ sind insbesondere Belegungsstopps, die entweder durch die WTG-Behörde verhängt oder von den Einrichtungen selbst auferlegt werden. Die Ursache ist zumeist, dass der vorgegebene Personalschlüssel aufgrund des Fachkräftemangels nicht eingehalten werden kann. Es zeigt sich, dass das Problem weiter fortbesteht: Die Pflegestatistik weist zum Stand 15.12.2023 für die Stadt Düsseldorf 4.401 stationär versorgte Pflegebedürftige aus. Ausgehend von den 4.799 Plätzen, die im Dezember 2023 gemäß den Versorgungsverträgen mit den Pflegekassen zur Verfügung stehen, ergibt sich eine Differenz von rund 400 nicht belegten Plätzen. Dies entspricht 8,4% der theoretisch vorhandenen Plätze. Darunter befinden sich 74 Plätze, die durch einen offiziellen Belegungsstopp der WTG-Behörde nicht zur Verfügung standen.

Die Pflegestatistik unterscheidet die Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen nach ihrem Wohnort vor dem Heimeinzug und dem Standort der Pflegeeinrichtung. Demzufolge lebten am Jahresende 2023 in den Düsseldorfer Einrichtungen 549 Personen, die zuvor außerhalb von Düsseldorf gewohnt haben. Auf der anderen Seite zeigt die Statistik, dass 1.440 Personen, deren letzter Wohnort Düsseldorf war, in stationären Einrichtungen außerhalb der Stadt untergebracht sind. Vergleicht man diese beiden Zahlen, so wird deutlich, dass mehr Pflegebedürftige mit stationärem Versorgungsbedarf die Stadt verlassen als hinzuziehen. Der daraus resultierende Saldo von Fortzügen gegenüber Zuzügen beträgt 891 Personen. Individuell kann die Wahl einer Einrichtung in einer anderen Stadt unterschiedliche Gründe haben, wie etwa die Nähe zu Angehörigen oder persönliche Präferenzen. Eine Rolle spielt dabei auch, dass sich eine hohe Zahl von Einrichtungen in der Stadt

<sup>36</sup> Basis: Fortschreibung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Status-Quo-Variante.

<sup>37</sup> Vgl. Landeshauptstadt Düsseldorf (2022), S. 26 ff.

Düsseldorf auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert und somit nicht für jede\*n in Frage kommt. Darüber hinaus kann die unterschiedliche Kostenstruktur von Pflegeeinrichtungen innerhalb und außerhalb von Düsseldorf dazu beitragen, dass Menschen mit stationärem Pflegebedarf aus der Stadt wegziehen. Das Wanderungssaldo kann jedoch auch als Hinweis auf ein Versorgungsdefizit interpretiert werden und dafürsprechen, dass ein Teil der pflegebedürftigen Düsseldorfer\*innen kein passendes Angebot innerhalb der Stadt findet.

### ***Ergebnisse der Befragung von stationären Einrichtungen***

Die stationären Pflegeeinrichtungen der Stadt Düsseldorf wurden im Mai 2024 mit der Bitte um Teilnahme an einer Online-Befragung angeschrieben. An dieser Befragung beteiligten sich 51 der 58 Einrichtungen, dies entspricht einer Beteiligung von 88%.<sup>38</sup>

#### **Angebot und Auslastung:**

Insgesamt bieten die teilnehmenden Einrichtungen 4.135 Plätze der vollstationären Dauerpflege an. Im Durchschnitt verfügen sie über 81 Plätze, wobei auf die kleinste Einrichtung neun und auf die größte Einrichtung 189 Plätze entfallen.<sup>39</sup> Die befragten Einrichtungen sind mit einer durchschnittlichen Auslastung von 94% überwiegend voll ausgelastet. Zwei Einrichtungen hatten jedoch auch Auslastungen von nur 60% bis 70%. Aufgrund des hohen Bedarfs im stationären Bereich, erreichen die Einrichtungen viele Platzanfragen. 40 Einrichtungen machten Angaben zur Zahl der aktuell vorgemerkten Interessent\*innen mit zeitnahe Einzugswunsch. Diese reicht von eins bis 200 und liegt durchschnittlich bei rund 30 Personen.

Neun der Einrichtungen haben einen besonderen Schwerpunkt bzw. eine besondere Zielgruppe. Darunter gaben vier Einrichtungen an, ein Angebot für Menschen mit Demenz bzw. anderen gerontopsychiatrischen Krankheiten zu haben. Zwei Einrichtungen sind auf ältere Menschen mit kognitiven oder psychischen Behinderungen spezialisiert und eine weitere auf ältere Menschen mit Suchterkrankungen. Zwei Einrichtungen haben einen Fokus auf außerklinische Intensivpflege. Mit einer Ausnahme gibt es keine Einrichtungen, die auf junge Pflege spezialisiert sind.

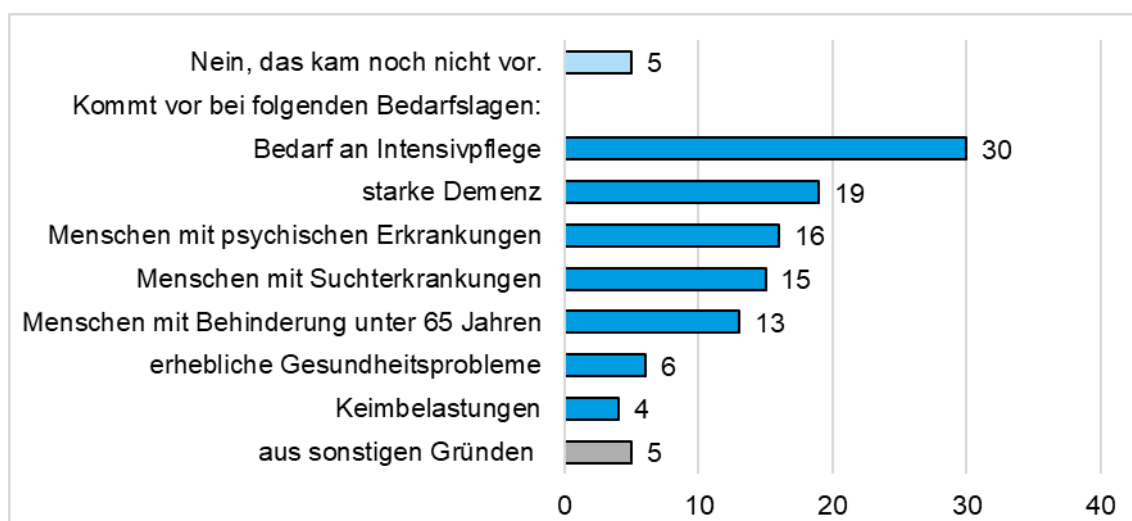
Auf der anderen Seite berichtet der Großteil der Einrichtungen, dass es Interessentengruppen gibt, die Sie nicht aufnehmen können, da Sie für diese kein geeignetes Betreuungsangebot haben (Abbildung 34). Am häufigsten wurden diesbezüglich Menschen mit Intensivpflegebedarf (z.B. Wachkoma oder

<sup>38</sup> Nicht alle Befragten haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die Fallzahl kann daher von Frage zu Frage variieren.

<sup>39</sup> Bei der Einrichtung mit neun Plätzen handelt es sich um einen gesonderten Fachbereich innerhalb größerer Einrichtung.

Beatmungspatient\*innen) genannt. Auch Menschen mit starker Demenz (teils verbunden mit herausforderndem Verhalten, motorischer Unruhe oder Wanderungstendenzen) können in 19 Einrichtungen nicht versorgt werden. Ebenso können Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen in 16 bzw. 15 Einrichtungen nicht aufgenommen werden. 13 Einrichtungen haben kein geeignetes Betreuungsangebot für jüngere Menschen mit Pflegebedarf. Zwei Einrichtungen geben unter sonstigen Gründen an, dass sie Menschen nicht aufnehmen, wenn die Finanzierung unklar ist.

**Abbildung 34: Interessentengruppen, die nicht aufgenommen werden können**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Einrichtungen (n=40).

Dem Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter kommt eine wachsende Bedeutung zu. In 16 von 36 Einrichtungen wird dieses bereits ausdrücklich im Konzept oder in den Leitlinien benannt. Neun Einrichtungen planen dies für die Zukunft. In 17 Einrichtungen gibt es Fortbildungsangebote zum Themenbereich geschlechtliche und sexuelle Vielfalt. In 8 Einrichtungen sind entsprechende Fortbildungen für die Mitarbeitenden geplant. Informationen für Bewohner\*innen (z.B. in Form von Broschüren) gibt es in fünf Einrichtungen.

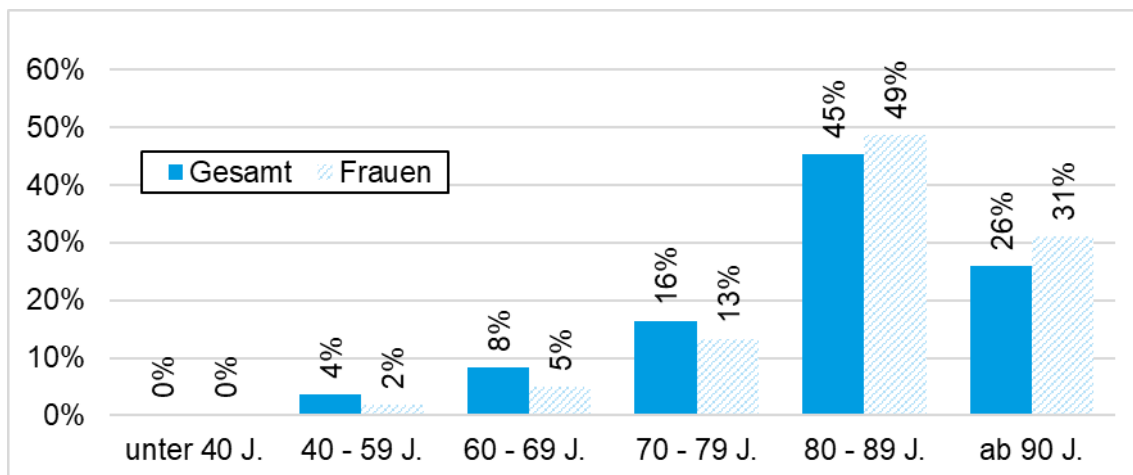
In neun Einrichtungen sind in nächster Zeit bauliche Veränderungen geplant. Dazu gehören Modernisierungs- bzw. Sanierungsmaßnahmen sowie Erweiterungen des Außengeländes (z.B. Demenzgarten) oder der Ausstattung (z.B. Wohnküchen).

#### Bewohner\*innen:

45 Einrichtungen machten Angaben zu ihren Bewohner\*innen. Durchschnittlich lebten am Jahresende 2023 82 Personen in einer Einrichtung, wovon 70% Frauen waren. Knapp die Hälfte der Bewohner\*innen war im Alter von 80 bis 89 Jahren (45%) und ein weiteres Viertel war 90 Jahre und älter (26%, Abbildung 35). Personen im Alter von unter 70 machten einen Anteil von 12% aus. In den jüngeren Altersgruppen sind

Frauen eher unterrepräsentiert, wohingegen sie in den älteren Altersgruppen die deutliche Mehrheit darstellen.

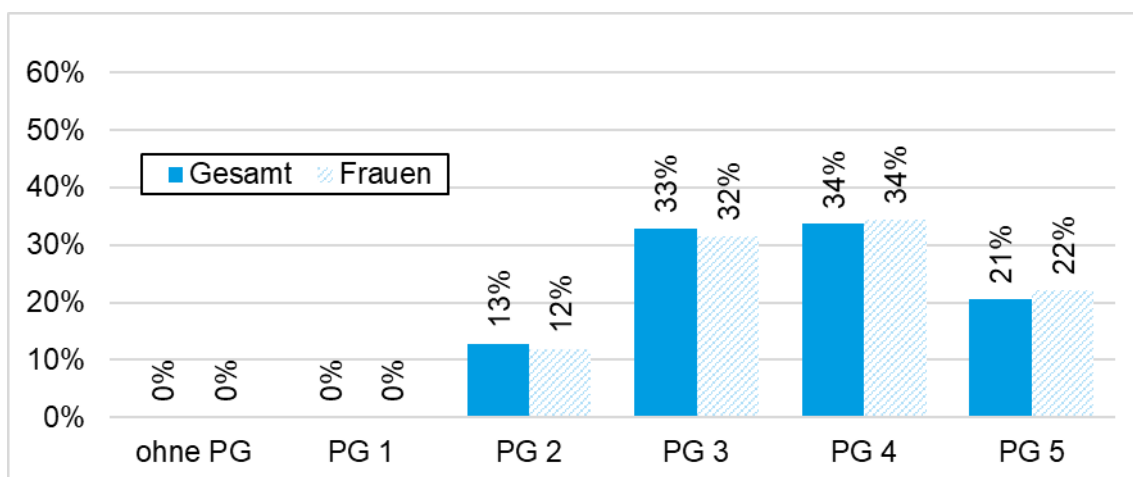
**Abbildung 35: Bewohner\*innen von stationären Pflegeeinrichtungen nach Altersgruppe**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Einrichtungen (n=45).

Nur zwei Personen der befragten Einrichtungen sind dem Pflegegrad 1 zugeordnet (Abbildung 36). Den Pflegegrad 2 haben 13% der Bewohner\*innen, dem Pflegegrad 3 sind 33% der Bewohner\*innen und dem Pflegegrad 4 sind 34% der Bewohner\*innen zugeordnet. Personen mit dem fünften und damit höchsten Pflegegrad machen 21% der Bewohner\*innen der befragten Pflegeeinrichtungen aus.

**Abbildung 36: Bewohner\*innen von stationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegegrad**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Einrichtungen (n=45).

Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen durchschnittlich 34% der Bewohner\*innen (Angaben von 35 Einrichtungen). Während fünf Einrichtungen einen Anteil von 0% angeben, beziehen in einer Einrichtung alle Bewohner\*innen Leistungen der Hilfe zur

Pflege. Pflegewohngeld wird von durchschnittlich 44% der Bewohner\*innen bezogen (Angaben von 37 Einrichtungen).

Die befragten Einrichtungen schätzen die Verweildauer ihrer Bewohner\*innen durchschnittlich auf 28 Monate. Des Weiteren geben die meisten Befragten an, dass die Verweildauer innerhalb der letzten fünf Jahre entweder leicht (63%) oder stark (18%) gesunken sei. Nur 8% der Einrichtungen haben einen Anstieg der durchschnittlichen Verweildauer erlebt.

### Personal

43 stationäre Einrichtungen machten Angaben zu ihrem Personal. Zum Jahresende 2023 hatten diese insgesamt Personalkapazitäten von 1.917,5 Vollzeitäquivalenten. Dies entspricht einem Durchschnitt von 33,6 Vollzeitkräften je Einrichtung.

**Tabelle 13: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen**

	VZÄ	Anteil
<b>Fachkräfte</b>	896,5	47%
Pflegefachfrau/Pflegefachmann	66,3	3%
Altenpfleger/in	487,9	25%
der Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	76,6	4%
im sozialen Dienst	95,6	5%
Heilerziehungspfleger/-in	2,2	0%
sonstige (hauswirtschaftlich, TA...)	48,5	3%
<b>Helferqualifikationen</b>	257,0	13%
der Pflegefachassistenz	49,7	3%
der Altenpflegehilfe	162,2	8%
der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	23,6	1%
der Heilerziehungspflegehilfe	-	0%
<b>Betreuungskräfte SGB XI § 43b</b>	163,4	9%
<b>pflegerische Hilfskräfte</b>	600,6	31%
<b>Insgesamt</b>	1.917,5	100%
<b>Auszubildende (Anzahl)</b>	308	

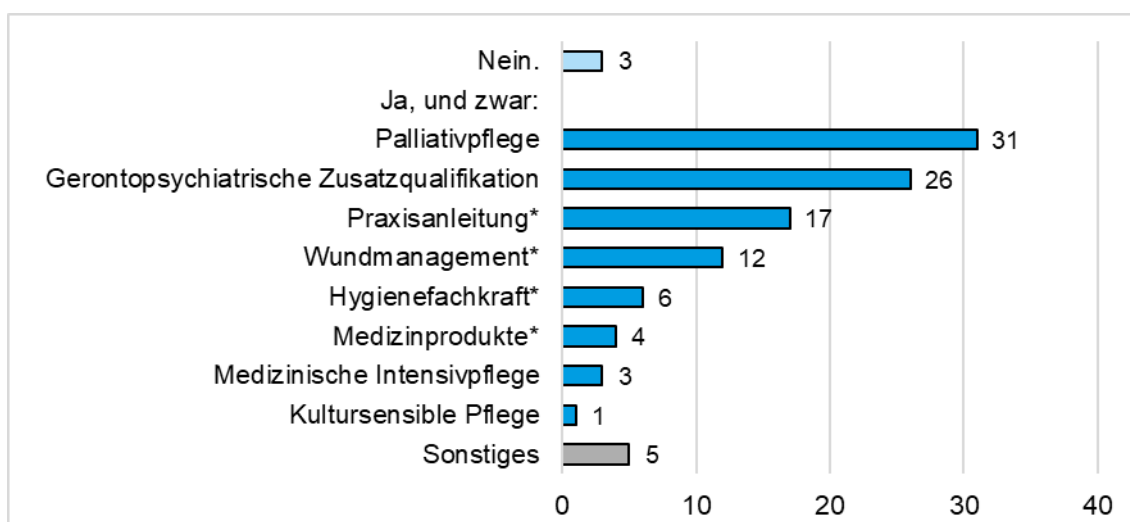
Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Einrichtungen (n=43).

896,5 VZÄ bzw. 47% aller Beschäftigten sind Fachkräfte (Tabelle 13). Darunter hatten 487,9 VZÄ bzw. 25% der Beschäftigten eine Ausbildung in der Altenpflege. 76,6 VZÄ bzw. 4% der Beschäftigten hatten eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger\*in. 66,3 VZÄ bzw. 3% der Beschäftigten haben die generalistische Pflegeausbildung abgeschlossen. Über eine Helferqualifikation verfügten 257 VZÄ

bzw. 13% der Beschäftigten. Betreuungskräfte machten 163,4 VZÄ bzw. 9% aller Beschäftigten aus. Außerdem waren in den Einrichtungen 600,6 VZÄ als pflegerische Hilfskräfte eingestellt (31% aller Beschäftigten). 37 Einrichtungen bildeten im Jahr 2023 aus und hatten insgesamt 308 Auszubildende. Die Zahl der Auszubildenden je Einrichtung lag zwischen eins und 23 und betrug im Durchschnitt 5,9.

37 von 40 befragten Anbietern geben an, dass ihre Mitarbeitende Zusatzqualifikationen aufweisen. Hier werden am häufigsten Zusatzqualifikationen im Bereich Palliativpflege genannt (n=31, Abbildung 37). In 26 Einrichtungen gibt es Mitarbeitende mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzqualifikation. Des Weiteren wurden häufig Zusatzqualifikationen in den Bereichen Praxisanleitung und Wundmanagement genannt.

**Abbildung 37: Mitarbeitende mit Zusatzqualifikationen in stationären Einrichtungen**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Einrichtungen (n=40).

\*Antwortmöglichkeit nicht vorgegeben; unter Sonstiges genannt.

Drei Viertel der Einrichtungen gaben an, mehr Personal zu benötigen, als sie derzeit haben. Ebenso viele Einrichtungen empfinden es als schwierig, passende Mitarbeiter\*innen zu finden. Weitere 20% haben zumindest teilweise Probleme. Die Personalknappheit führt dazu, dass Mitarbeitende in der Hälfte der Einrichtungen phasenweise Überstunden leisten müssen, um die laufende Versorgung sicherzustellen. In einem Drittel der Einrichtungen ist dies regelmäßig der Fall. 70% der Einrichtungen setzen bei Belastungsspitzen Mitarbeitende von Zeitarbeitsfirmen ein.

Die Einrichtungen wurden auch gefragt, welche Strategien der Personalgewinnung sie verfolgen. Die Ansätze sind breit gefächert. Neben Stellenausschreibungen, Präsenz auf Jobmessen und der Zusammenarbeit mit Pflegeschulen und Jobcentern setzen viele Pflegeeinrichtungen auf eine starke Präsenz im Internet und auf sozialen Netzwerken. Ein Großteil der Einrichtungen bildet Fach- und Assistenzkräfte aus. Zusätzlich verfolgen sie gezielte Strategien der Personalentwicklung und unterstützen

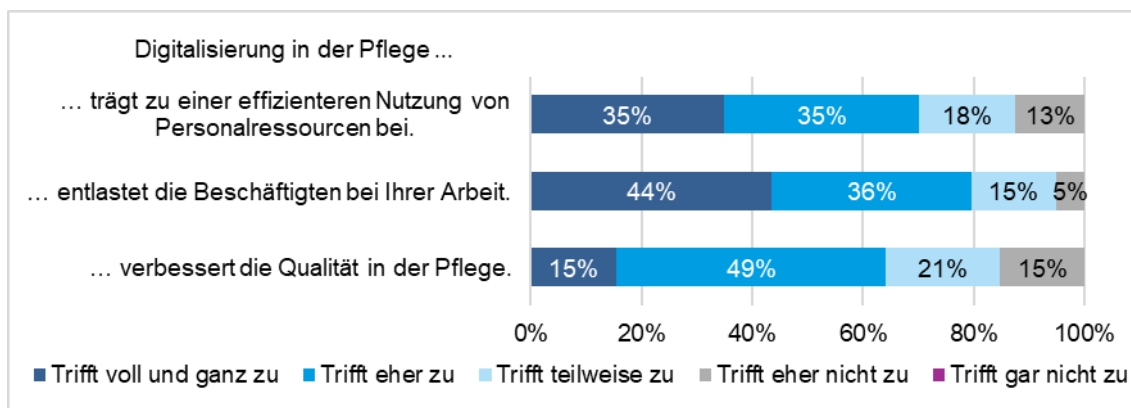
die (Weiter-)Qualifizierung bestehender Mitarbeitender. Neun Einrichtungen berichten, dass sie die Akquise von Personal auch auf das Ausland ausgeweitet haben. Einige der befragten Einrichtungen nutzen ein Prämiensystem, um die Anwerbung von Mitarbeitenden durch Mitarbeitende zu fördern. Zusätzlich setzen die Einrichtungen auf attraktive Arbeitsbedingungen. Dazu zählen neben fairen Löhnen auch familienfreundliche Arbeitszeiten und Wunschdienstpläne, ein Gesundheitsmanagement für Angestellte, eine betriebliche Altersvorsorge und das Angebot eines Job-Rads oder Tickets für den öffentlichen Nahverkehr.

Rund zwei Drittel der befragten Einrichtungen beziehen auch Ehrenamtliche mit ein. Durchschnittlich liegt die Anzahl der Ehrenamtlichen in diesen Einrichtungen bei zehn.

### Digitalisierung

Die befragten stationären Pflegeeinrichtungen empfinden den Einsatz von digitalen Prozessen und Werkzeugen überwiegend als gewinnbringend. Insbesondere sehen viele Befragte Potenzial bei der Entlastung ihrer Beschäftigten (79% „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“). Auch geht der Großteil der Befragten davon aus, dass die Digitalisierung zu einer effizienteren Nutzung von Personalressourcen beitragen kann (70% „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“). Etwas geringer wird der Nutzen in Bezug auf die Qualität der Pflege bewertet (64% „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“).

**Abbildung 38: Nutzen von Digitalisierung in der stationären Pflege**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Pflegeeinrichtungen (n=40).

### **Heimnotwendigkeitsprüfung**

Vor dem Hintergrund begrenzter Versorgungskapazitäten wurde im Juni 2024 mit der Durchführung von Heimnotwendigkeitsprüfungen begonnen. Ziel dieses Verfahrens ist die Standardisierung der Entscheidungsprozesse für Heimaufnahmen und die bedarfsgerechte Nutzung bestehender Versorgungsangebote.

Geprüft werden soll die Notwendigkeit einer stationären Versorgung bei allen Antragstellenden ab Pflegegrad 2, die den Aufenthalt nicht (dauerhaft) eigenständig oder über Leistungen der Pflegeversicherung finanzieren können. Bei Antragstellenden

mit den Pflegegraden 4 oder 5 sowie bei Personen im Alter von 85 Jahren und älter erfolgt die Entscheidung über die Heimnotwendigkeit nach Aktenlage. Bei Antragstellenden mit den Pflegegraden 2 oder 3 erfolgt eine individuelle Prüfung, ob durch ambulante Hilfen ein Verbleib in der Häuslichkeit möglich ist. Wenn der Prozess ergibt, dass keine Heimnotwendigkeit vorliegt, erfolgt eine anschließende individuelle Pflegeberatung und Leistungsempfehlung. Insgesamt soll dieser Prozess innerhalb von sieben Arbeitstagen nach Antragsstellung erfolgen.

Zwischen dem 1. Juni und 31. August 2024 wurden 180 Anträge geprüft, von denen in 165 Fällen (92%) ein stationärer Pflegebedarf bestätigt wurde. Die Dauer der Prüfung ist dabei deutlich unter der maximalen Bearbeitungsdauer von sieben Tagen geblieben. In der Regel erfolgte die Überprüfung nach Eingang aller Unterlagen am selben oder am darauffolgenden Werktag. In den Fällen, in denen die Heimnotwendigkeit nicht bestätigt wurde, konnte durch die direkte Anbindung an den Pflegefachdienst ein gutes Pflegearrangement im Sinne der Menschen in der eigenen Häuslichkeit installiert werden. Personen, deren Heimnotwendigkeit nicht innerhalb kurzer Zeit eindeutig geklärt werden konnte, wurden zwischenzeitlich in die Kurzzeitpflege aufgenommen. Währenddessen konnte geprüft werden, ob der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit durch gezielte Unterstützung und Anpassungen der Pflegearrangements doch noch ermöglicht werden könne.

Eine Betrachtung der Prüfungsprozesse im Zeitraum von Juni bis August hat ergeben, dass in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen bei allen Personen mit den Pflegegraden 4 oder 5 die Heimnotwendigkeit bestätigt wurde. Um die Prüfungen auf unklare Fälle zu konzentrieren, wurde das oben beschriebene Verfahren dahingehend verändert, dass bei über 80-Jährigen mit Pflegegrad 4 oder 5 die Heimnotwendigkeit ohne Prüfung unterstellt wird.

## 6.2 Beratung, Hilfen und Qualitätssicherung

Die Angebotsstrukturen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sollen nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht eine bedarfsgerechte und am Wohl des Menschen orientierte Versorgung gewährleisten. Dabei spielt die Stadt eine zentrale Rolle in der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege.

In NRW sind die rechtlichen Grundlagen für die Pflege im Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) und dessen Durchführungsverordnung (WTG-DVO) festgelegt. Auf dieser Grundlage vertritt die **WTG-Behörde** die Rechte von älteren und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderung, die Wohn- und Betreuungsangebote in Düsseldorf nutzen.<sup>40</sup> Die WTG-Behörde überprüft die Einhaltung der ordnungsrechtlichen Standards für Pflege- und Betreuungseinrichtungen und die

<sup>40</sup> [WTG-Behörde](#).

Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung und Wohnqualität. Dazu werden regelmäßige und anlassbezogene Überprüfungsmaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen, in anbieterverantworteten Wohngemeinschaften, in Gasteinrichtungen (Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Hospize) sowie in Einzelfällen auch bei Angeboten des Servicewohnens und ambulanten Diensten durchgeführt. Die Ergebnisse der Überprüfungen werden dokumentiert und veröffentlicht, um Transparenz zu gewährleisten. Darüber hinaus bietet die WTG-Behörde Information und Beratung bezüglich des WTG für Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen, deren Angehörige, Bewohnerbeiräte, Betreuer\*innen sowie Leistungsanbieter. Die Themen, die bei der allgemeinen Beratung eine große Rolle spielen, sind vielfach verbunden mit Fragen nach der Ausgestaltung der vertraglichen Pflichten der Leistungsanbietenden. Dazu gehören Beratungen zur Umsetzung der Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte, zu den Anforderungen an die Wohnqualität sowie Beratungen bei Mängeln.

Die Qualität der individuellen Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen hängt maßgeblich auch vom Beratungs- und Vermittlungsgeschehen ab. Pflegebedürftige und Angehörige benötigen die Möglichkeit, sich umfassend über Versorgungsangebote, die dem Bedarf des Pflegebedürftigen entsprechen, vor Ort fachkundig informieren zu können. Besonders bei akut auftretendem Versorgungsbedarf ist eine schnelle Sicherung der häuslichen Pflege durch Beratung und Vermittlung professioneller sowie ehrenamtlicher Hilfen von großer Bedeutung. Informations- und Beratungsstellen liefern dabei einen Überblick über das breite Spektrum an Versorgungsangeboten.

In Düsseldorf steht zudem das **Pflegebüro** als zentrale Anlaufstelle für alle Fragen rund um das Thema Pflege und Versorgung im Alter zur Verfügung.<sup>41</sup> Es bietet eine neutrale und unabhängige Beratung zu den vielfältigen Dienstleistungen und Unterstützungsmöglichkeiten in Düsseldorf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegebüros informieren über die verschiedenen Formen der Pflege, die Pflegeversicherung, das Wohnen im Alter sowie Finanzierungsmöglichkeiten. Das Pflegebüro unterstützt ebenso bei der Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und weiteren Hilfsangeboten. Laut Ergebnissen der Bürgerbefragung kennen 43% der Befragten Bürgerinnen und Bürger ab 55 Jahren dieses Angebot.

Ergänzt wird die Beratungslandschaft durch die **aufsuchende Seniorenhilfe**.<sup>42</sup> Das Team der aufsuchenden Seniorenhilfe berät und unterstützt Seniorinnen und Senioren in der eigenen Häuslichkeit.

<sup>41</sup> [Pflegebüro Düsseldorf](#).

<sup>42</sup> [Aufsuchende Seniorenhilfe](#).

Das Angebot richtet sich an ältere Menschen ab 65 Jahren sowie an Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 und deren Angehörige. Ziel ist es, die Eigeninitiative der Betroffenen zu fördern und ihnen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Neben der individuellen Beratung übernimmt die aufsuchende Seniorenhilfe auch die Koordination und Vermittlung von Hilfen. Dies beinhaltet die Aktivierung möglicher Unterstützungsleistungen von Dritten und die Zusammenarbeit mit verschiedenen Dienstleistern und Einrichtungen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Unterstützung pflegender Angehöriger, die ebenfalls umfassend beraten und entlastet werden. Zudem werden im Rahmen der präventiven Arbeit für Menschen ab 80 Jahren zu deren halbrunden und runden Geburtstagen Hausbesuche zur Gratulation und Beratung angeboten.

Der **Pflegefachdienst** der Landeshauptstadt Düsseldorf kommt dann zum Einsatz, wenn finanzielle Hilfe zur Pflege beim Amt für Soziales beantragt wurde und kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach einem Gutachten über den Grad der Pflegebedürftigkeit, das vom Pflegefachdienst erstellt wird. Darüber hinaus prüft der Pflegefachdienst die Notwendigkeit einer Heimunterbringung und berät zu möglichen Alternativangeboten, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu fördern.

Quartiersnah stehen außerdem an 32 Standorten „**zentren plus**“ zur Verfügung. Diese beraten zu allen Fragen rund um das Leben im Alter und vermitteln bedarfsgerechte Hilfs- und Pflegeangebote. Dadurch unterstützen sie Menschen dabei, trotz Hilfe- und Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu leben. Je nach Wunsch und Bedarf findet die Beratung auch aufsuchend in der Häuslichkeit der Klient\*innen statt. Darüber hinaus bieten die „zentren plus“ vielfältige Freizeitaktivitäten und helfen, soziale Kontakte aufzubauen und zu halten. Angepasst an die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger im Stadtteil gibt es besondere Angebote zum Beispiel für Migrantinnen und Migranten, pflegende Angehörige oder demenziell erkrankte Menschen. Im Rahmen der Bürgerbefragung gaben 42% der ab 55-Jährigen Düsseldorfer\*innen an, die „zentren plus“ zu kennen.

**Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz** bieten wertvolle Informationen und praktische Hilfe, um den Alltag für Betroffene zu erleichtern und die Lebensqualität zu verbessern. Diese Angebote unterstützen auch die Angehörigen, indem sie emotionale Entlastung und konkrete Hilfestellungen bieten. Insgesamt gibt es in der Stadt Düsseldorf 49 spezialisierte Angebote zu dem Thema „Hilfe bei Demenz“, wozu auch einige der „zentren plus“ zählen. Für Menschen mit Demenz und deren Angehörige können diese Angebote eine große Entlastung bedeuten. Bei den Unterstützungsleistungen für diese Zielgruppe handelt es sich u.a. um individuelle Betreuungs- und Entlastungsangebote ebenso wie „Demenzcafés“ als Angebot der Gruppenbetreuung sowie Gesprächs- und Selbsthilfegruppen für

Angehörige von Menschen mit Demenz. Des Weiteren umfasst die Aufstellung auch Beratungsangebote.

Viele dieser Angebote organisieren und vernetzen sich untereinander im „Demenznetz Düsseldorf“. <sup>43</sup> In diesem Netzwerk haben sich das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz, die Institutsambulanz Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Wohlfahrtsverbände zusammengeschlossen, um gezielt niedrigschwellige Hilfe anzubieten. Dies umfasst Betreuungsgruppen, individuelle Beratung, psychosoziale Begleitung oder Schulungen von Angehörigen. Außerdem bietet das Netzwerk einen häuslichen Besuchsdienst, der durch geschulte ehrenamtliche Helfer\*innen individuelle Beschäftigungsmöglichkeiten anbietet. Ein Hundebesuchsdienst bietet sogar die Möglichkeit, tierliebenden Menschen mit Demenz Freude und Abwechslung im Alltag zu bringen.

Darüber hinaus unterstützt das **Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz Düsseldorf** die verschiedenen haupt- und ehrenamtliche Akteure bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen rund um die Themen Alter, Pflege und Demenz. <sup>44</sup> Dies geschieht durch Information, Beratung, Vernetzung und Qualifizierung. Im Vordergrund stehen die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf und ihre pflegenden Angehörigen. Sie sollen gut vernetzte, transparente und bedarfsgerechte Strukturen vorfinden, die Ihnen ein selbstbestimmtes, ressourcen- und teilhabeorientiertes Leben ermöglichen.

### 6.3 Pflegeergänzende und präventive Angebote

Die kommunale Pflegeplanung berücksichtigt nicht nur den Kernbereich der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege, sondern auch Maßnahmen und Leistungen, die über die pflegerische Versorgung hinausgehen. Diese Angebote können sowohl als Vorstufe zur Pflege als auch ergänzend zur Pflege in Anspruch genommen werden. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass Menschen möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung leben können. Eine wichtige Rolle übernehmen in dieser Hinsicht die „zentren *plus*“, welche gemäß ihrem Auftrag die Eigeninitiative älterer Menschen und deren Einbindung in soziale Netzwerke fördern sowie eine selbstbestimmte Lebensführung unterstützen. Darüber hinaus stehen in Düsseldorf divers Angebote zur Unterstützung im Alltag, Betreuung und gesellschaftlichen Teilhabe zur Verfügung.

Mit zunehmendem Alter können alltägliche Aufgaben, wie Einkaufen, Kochen oder Wohnungsreinigung, aber auch Behördengänge und Freizeitaktivitäten eine

---

<sup>43</sup> Flyer des [Demenznetz Düsseldorf](#).

<sup>44</sup> [Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz Region Düsseldorf](#).

Herausforderung darstellen. Pflegebedürftige Menschen, die in einer Privatwohnung leben und bei diesen Tätigkeiten Hilfe benötigen, können Unterstützungsangebote im Alltag nach § 45a SGB XI (ehemals „Niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote“) in Anspruch nehmen. Ältere Menschen können so nach Bedarf Hilfe im Alltag erhalten und weiterhin so selbstständig wie möglich leben. Dies entlastet nicht nur die hilfebedürftigen Menschen selbst, sondern auch deren Angehörige.

Zu den Unterstützungsangeboten im Alltag gehören unter anderem Betreuungsangebote für Pflegebedürftige, Angebote zur Entlastung im Alltag, die sich an Pflegebedürftige richten und der Unterstützung und der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt dienen sowie Angebote zur Entlastung von Pflegenden. Als Kriterium für die Aufnahme in das Angebotsverzeichnis dient die Anerkennung der Unterstützungsangebote durch die „Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen“ (Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO). Darin werden die genauen Voraussetzungen zur Anerkennung solcher Unterstützungsangebote geregelt, auf deren Grundlage diese Angebote nach § 45a Abs. 4 (Kostenerstattung) und § 45b Abs. 1 SGB XI (Entlastungsbetrag) mit der Pflegekasse abgerechnet werden können.<sup>45</sup>

In der Stadt Düsseldorf reicht das Angebot an Alltagshilfen von kleineren Boten- oder begleiteten Spaziergängen über gemeinsames Kochen bis zu Hilfen bei Behördenangelegenheiten oder der Begleitung zu anderen Terminen. Insgesamt gibt es mit Stand Dezember 2023 in Düsseldorf 168 Dienstleister, die nach AnFöVO anerkannt sind. Bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung hat sich diese Zahl auf 184 erhöht. Das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz übernimmt bei Bedarf die Fachkraftbegleitung.

Neben Anbietern, die auf Alltagsunterstützung und Betreuung spezialisiert sind, bieten auch viele Pflegedienste solche Leistungen an. Unter den Düsseldorfer Pflegediensten, die vom ISG befragt wurden, trifft das auf 40% zu (s. Kapitel 6.1.1). Darüber hinaus können auch Ehrenamtliche im Rahmen der Nachbarschaftshilfe Unterstützung bieten.<sup>46</sup> Diese Hilfen werden jedoch nicht in das Angebotsverzeichnis übernommen,

---

<sup>45</sup> Alle anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in NRW sind im [Angebotsfinder](#) des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW zu finden.

<sup>46</sup> Zur Vergütung der Ehrenamtlichen kann der monatliche Entlastungsbetrag von 125 Euro (seit 01.01.2025 131 €) genutzt werden. Die Nachbarschaftshelfer sind dabei keine engen Verwandten oder Verschwägerten der pflegebedürftigen Person und stehen nicht in einem Pflegeverhältnis. Mit Beginn des Jahres 2024 wurde das Anerkennungsverfahren für Nachbarschaftshelfer\*innen vereinfacht, und es genügt die Kenntnis des Informationsangebots der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz bzw. der Broschüre [„Nachbarschaftshilfe – Tipps und Informationen für Helfende“](#). Die Teilnahme an einem Qualifizierungskurs ist nicht mehr zwingend notwendig, aber weiterhin möglich.

da hier zumeist ein persönlicher Bezug zur pflegebedürftigen Person besteht und das Angebot nicht von weiteren Personen in Anspruch genommen werden kann. Das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz berät hierzu.

Neben den Angeboten zur Unterstützung im Alltag können ältere Menschen auch weitere niedrigschwellige Hilfen wie Mahlzeiten- und Fahrdienste sowie einen Hausnotruf in Anspruch nehmen.

Das Angebot von Mahlzeitendiensten umfasst in der Stadt Düsseldorf insgesamt 5 Anbieter. Diese liefern auf Wunsch warme Mahlzeiten nach Hause. Spezielle Ernährungsformen und Diäten werden von den Anbietern berücksichtigt. Wie häufig pro Woche der Menüservice in Anspruch genommen wird, gestaltet sich dabei flexibel und individuell.

Unfälle in der Privatwohnung wie ein Sturz können für (alleinlebende) Ältere problematisch sein. Dem Risiko, nicht mehr eigenständig per Telefon Hilfe rufen zu können, soll durch das Angebot des Hausnotrufs begegnet werden. Mit einem Funksender, den die Senior\*innen am Körper tragen, können diese bei einem Sturz oder bei akutem Unwohlsein einen Notrufknopf drücken. Nach dem Erhalt des Notrufs schickt der Anbieter Hilfe zur Wohnung seiner Kund\*innen. In der Stadt Düsseldorf sind insgesamt fünf Anbieter von Hausnotrufsystemen ansässig – in den Stadtbezirken 1, 2 und 8. Da diese Anbieter Stadtbezirksübergreifend tätig sind, können auch solche Stadtbezirke versorgt werden, in denen keine Anbieter ansässig sind.

Eine weitere niedrigschwellige Dienstleistung ist der Fahrdienst für Senior\*innen. Auch wenn Ältere noch keine größeren körperlichen Einschränkungen haben, kann das Zurücklegen größerer Strecken zu Fuß oder längere Bahn- und Busfahrten für sie zu anstrengend sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Älteren in einer Umgebung leben, in der die für sie wichtigen Einrichtungen fußläufig nicht gut zu erreichen sind. 34 solcher Fahrdienste gibt es in der Stadt Düsseldorf, die stadtweite Fahrten durchführen können.

Für mobilitätseingeschränkte Menschen, die den öffentlichen Personennahverkehr der Stadt Düsseldorf nutzen möchten, bietet die Rheinbahn einen kostenlosen Begleitservice. Die Helferinnen und Helfer begleiten Fahrgäste auf Wunsch auf dem Weg zwischen Wohnung und Haltestelle und bieten Unterstützung bei der Bedienung des Fahrkartenautomaten oder beim Lesen des Fahrplans.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> [Website des Rheinbahn-Begleitservices](#).

## 6.4 Wohnen im Alter

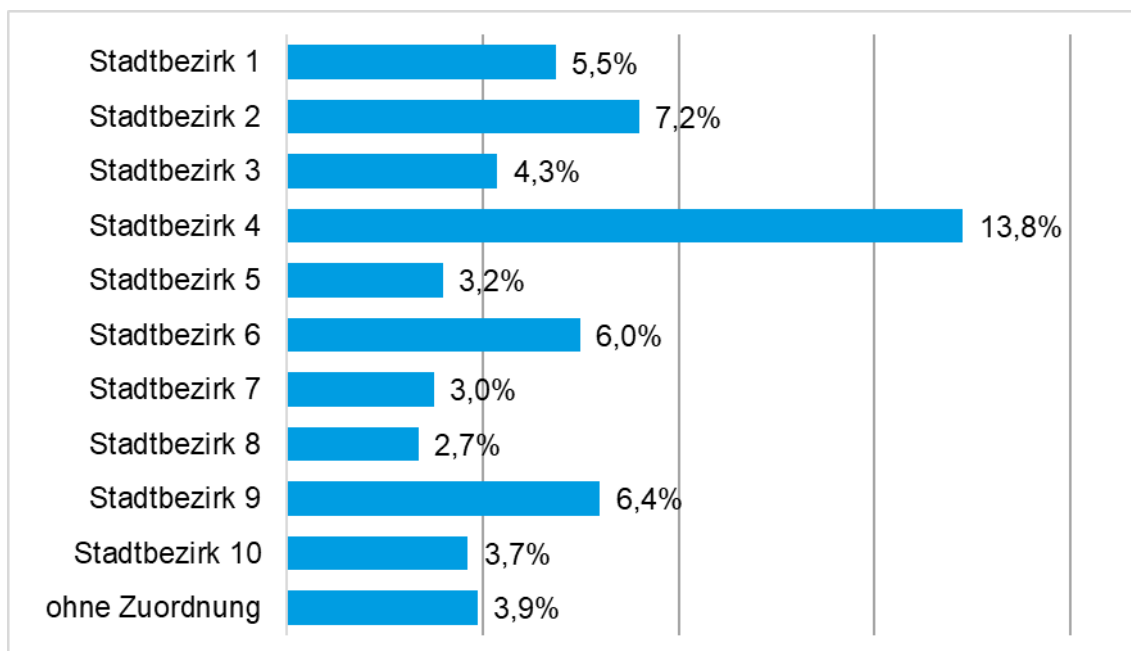
Ob und wie lange ein Verbleib in der eigenen Wohnung möglich ist, hängt maßgeblich davon ab, ob das Wohnumfeld den Bedarfen älterer Menschen entspricht. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Barrierefreiheit. Diese betrifft nicht nur die Wohnung selbst, sondern auch den Zugang zur Wohnung sowie die Umgebung. Eine barrierearme Umgebung mit abgesenkten Bordsteinen und gut begehbarem Straßenbelag unterstützt die Selbstständigkeit älterer Menschen im Alltag. Ebenso wichtig ist die gute Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten und -möglichkeiten. Falls Privatwohnungen diesen Anforderungen nicht entsprechen, können alternative Wohnkonzepte eine Lösung darstellen. Diese bieten nicht nur ein barrierearmes Wohnumfeld, sondern auch in unterschiedlichem Umfang Pflege- und Unterstützungsleistungen.

### 6.4.1 Barrierefreies Wohnen

Verbindliche Zahlen zum Bestand an barrierefreien bzw. barrierearmen Wohnungen in der Stadt Düsseldorf liegen nicht vor. Einen Anhaltspunkt bieten jedoch die Analysen der Daten aus der Marktdatenbank VALUE AG.<sup>48</sup> Demnach sind von insgesamt 15.581 der im Jahr 2021 inserierten Wohnungen im Düsseldorfer Stadtgebiet 952 Wohnungen barrierefrei oder barrierearm (Abbildung 39). Dies entspricht einem Anteil von 5,8 Prozent. Den mit Abstand größten Anteil an barrierefreien Wohnungen weist der Stadtbezirk 4 auf. Eher gering ist das Angebot an barrierefreien Wohnungen in den Stadtbezirken 5, 7 und 8 mit jeweils etwa 3% aller im Beobachtungszeitraum inserierten Wohnungen.

---

<sup>48</sup> Vgl. Fritz et al. (2023).

**Abbildung 39: Anteil der barrierefreien Wohnungsangebote nach Stadtbezirken - 2021**

Quelle: VALUE Marktdatenbank. Berechnung: Fritz et al. 2023. Eigene Darstellung.

Das Amt für Wohnungswesen der Stadt Düsseldorf bietet älteren Menschen und Menschen mit Behinderung eine kostenlose Wohnberatung an.<sup>49</sup> Die Beratungsstelle bietet Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zum barrierefreien Umbau von bestehenden Wohnungen oder hilft bei der Suche nach einer neuen Wohnung, die den individuellen Bedürfnissen entspricht. Im Jahr 2023 haben 102 Beratungen zu Bestandsinvestitionen hinsichtlich der Barrierefreiheit sowie 127 Vermittlungen in senioren- und rollstuhlgerechte Wohnungen stattgefunden.

In Düsseldorf gibt es verschiedene Förderprogramme zur Förderung barrierefreier Wohnraumanpassungen. Mieter\*innen können einen städtischen Zuschuss erhalten, sofern keine vorrangigen Kostenträger vorhanden sind und der Umbau aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erforderlich ist. Diese Förderung ist einkommens- und vermögensabhängig. Für Eigentümer\*innen gibt es die investive Bestandsförderung, mit der bauliche Maßnahmen zur Beseitigung von Barrieren unterstützt werden. Die Förderung ist für selbstgenutztes Wohneigentum einkommensabhängig, jedoch nicht an ein Mindestalter oder gesundheitliche Einschränkungen gebunden. Mietwohnungen unterliegen hierbei keinen Mietpreis- oder Belegungsbindungen. Darüber hinaus bietet das Land Nordrhein-Westfalen zinsgünstige Darlehen und Tilgungsnachlässe für den barrierefreien Umbau von Wohneigentum an. Auch diese Förderung ist für selbstgenutztes Wohneigentum

<sup>49</sup> Website der [Wohnberatung Düsseldorf](#).

einkommensabhängig, während bei Mietwohnungen Mietpreis- und Belegungsbindungen entstehen.

#### **6.4.2 Servicewohnen**

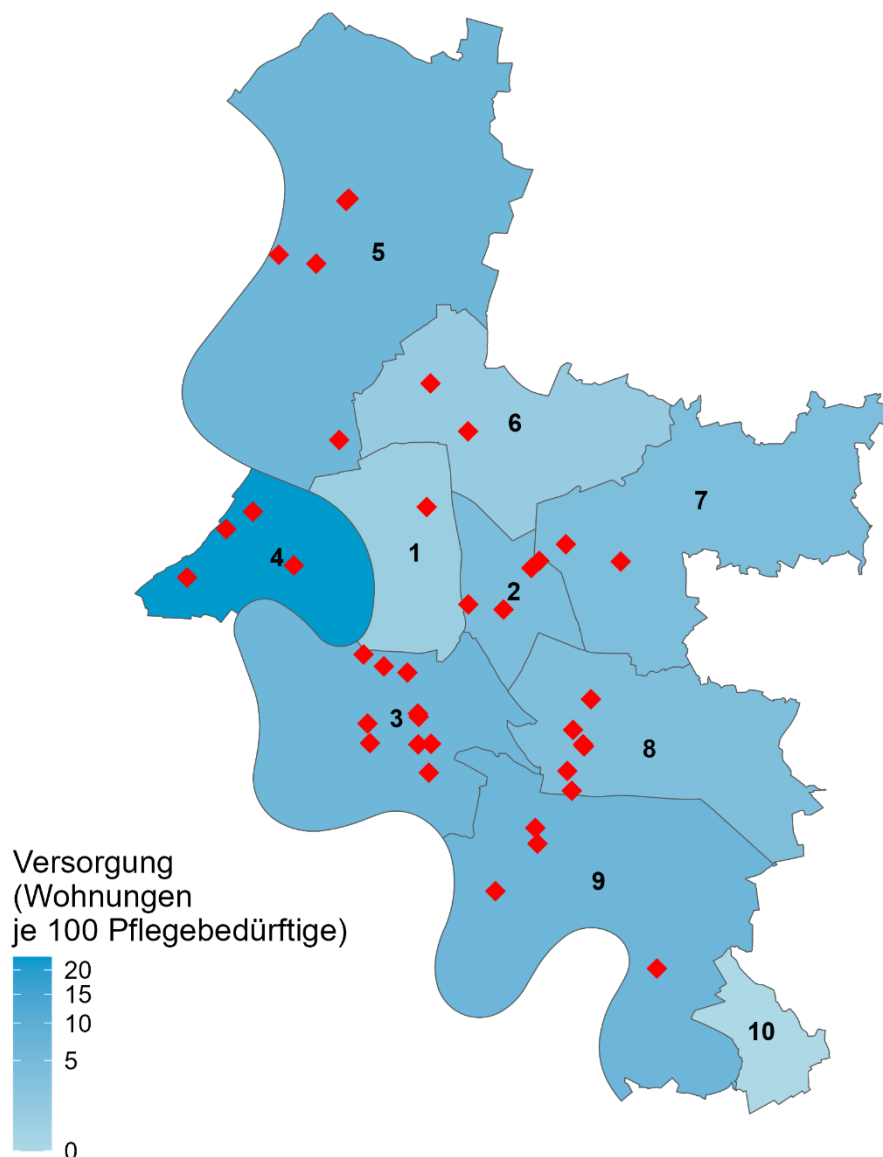
Servicewohnen (auch bekannt als Betreutes Wohnen oder Wohnen mit Service) ist eine Wohnform für ältere Menschen oder Personen mit Unterstützungsbedarf, die eigenständig leben, jedoch bei Bedarf auf verschiedene Service- und Unterstützungsleistungen zugreifen möchten. Es verbindet das selbstständige Wohnen in einer eigenen Wohnung mit der Möglichkeit, Dienstleistungen und Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dabei können die angebotenen Service- und Betreuungsleistungen sowohl nach Umfang und Qualität als auch preislich stark variieren.<sup>50</sup> Zu den Leistungen können beispielsweise hauswirtschaftliche Dienste, Hausnotrufsysteme, hausinterne Fahrdienste und ein Hausmeisterservice zählen. Zum Teil bestehen Kooperationsverträge mit ambulanten Pflegediensten, deren Leistungen nach Bedarf in Anspruch genommen werden können. Anders als in stationären Pflegeeinrichtungen gibt es im Servicewohnen in der Regel keine permanente Betreuung durch Pflegekräfte. Nicht geeignet ist diese Wohnform daher für Personen, die aufgrund eines hohen Pflegebedarfs oder einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung nicht mehr zu einer selbstständigen Haushaltsführung in der Lage sind.

---

<sup>50</sup> Die DIN 77800 enthält Anforderungen an die Transparenz des Leistungsangebotes, die zu erbringenden Dienstleistungen (Grundleistungen/ allgemeine Betreuungsleistungen und Wahlleistungen/ weitergehende Leistungen), das Wohnangebot, die Vertragsgestaltung und qualitätssichernde Maßnahmen (vgl. [www.din.de](http://www.din.de)).

## Versorgungssituation

Abbildung 40: Angebote des Wohnens mit Service in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023)



Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Im Dezember 2023 gab es in der Stadt Düsseldorf 38 Wohnanlagen für Seniorinnen und Senioren, die über ein Serviceangebot verfügen (Tabelle 14). Insgesamt stehen in diesen Anlagen 2.237 Wohnungen zur Verfügung. Im Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen entspricht dies einer Versorgungsdichte von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftigen. Die mit Abstand höchste Versorgungskennziffer weist der linksrheinische Stadtbezirk 4 auf. Hier stehen 23,0 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige zur Verfügung. Wenige Angebote gibt es dagegen in den Stadtbezirken 1 und 6 mit 0,5 bzw. 0,9 Servicewohnungen je 100 Pflegebedürftigen. Im Stadtbezirk 10 gibt es bislang

kein entsprechendes Angebot. In den Bezirken 5, 7 und 9 sind neue Angebote geplant. Insgesamt entstehen dort 175 weitere Wohnungen mit Service. Diese Kapazitäten mit eingerechnet, würde die stadtweite Kennziffer 6,0 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige betragen.

**Tabelle 14: Angebote des Wohnens mit Service in der Stadt Düsseldorf - 2023**

Stadtbezirk	Häuser	Wohnungen	je 100 Pflegebedürftige	inkl. Planung	je 100 Pflegebedürftige
1	1	24	0,5	24	0,5
2	4	153	4,2	153	4,2
3	10	397	6,4	397	6,4
4	4	757	23,0	757	23,0
5	5	165	6,3	193	7,3
6	2	39	0,9	39	0,9
7	2	138	4,0	219	6,3
8	6	145	3,6	145	3,6
9	4	419	6,6	485	7,7
10	0	0	0,0	0	0,0
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>38</b>	<b>2.237</b>	<b>5,6</b>	<b>2.412</b>	<b>6,0</b>

Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Da Wohnungen mit Service nicht statistisch erfasst werden, gibt es hierzu keine Vergleichsdaten auf Landes- und Bundesebene. Ein Vergleich mit den Städten Köln (im Jahr 2022 5,9 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige) und Bochum (im Jahr 2021 3,7 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige) lässt aber erkennen, dass die Angebotsdichte mit Servicewohnungen in Düsseldorf als gut zu bewerten ist.

### **Ergebnisse der Befragung von Anbietern von Servicewohnungen**

Auch die Anbieter von Servicewohnungen wurden im Mai 2024 mit der Bitte um Teilnahme an einer Online-Befragung angeschrieben. An dieser Befragung beteiligten sich 21 der 38 Wohnangebote in der Stadt Düsseldorf, dies entspricht einer Beteiligung von 55%. <sup>51</sup>

<sup>51</sup> Nicht alle Befragten haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die Fallzahl kann daher von Frage zu Frage variieren.

### Angebot und Nachfrage

Insgesamt stehen in diesen 21 Wohnanlagen 1.429 Wohnungen zur Verfügung. Nach Angaben der Befragten sind rund drei Viertel dieser Wohnungen barrierefrei gemäß DIN 18040. In fünf von 19 Wohnanlagen wird für die Anmietung ein Wohnberechtigungsschein (WBS) benötigt. In einer weiteren Anlage gilt diese Voraussetzung für einen Teil der Wohnungen. Acht Angebote sind an eine stationäre Pflegeeinrichtung und/oder an einen Pflegedienst angebunden. Bei zehn Angeboten handelt es sich hingegen um eigenständige Wohnanlagen ohne direkte Anbindung an eine Einrichtung oder einen Pflegedienst. Eine weitere Wohnanlage ist mit einer Beratungseinrichtung verbunden.<sup>52</sup>

Elf der befragten Anbieter machten Angaben zu den Mietkosten ihrer Wohnungen. Die Bruttokaltmiete für Ein-Person-Wohnungen liegt durchschnittlich bei 11,30 € pro Quadratmeter und für Zwei-Person-Wohnungen bei 11,00 € pro Quadratmeter. Dabei variieren die Mietkosten zwischen 5,25 € und 17,84 € pro Quadratmeter. Darüber hinaus wurden die Kosten für die Grundleistungen abgefragt. Hierzu machten zehn Anbieter Angaben. Demnach bestehen bei den Kosten für die Grundleistung deutliche Unterschiede und diese reichen von monatlich 50 € bis zu 403 €. Im Durchschnitt betragen sie 136,60 € in Ein-Person-Wohnungen und 167,80 € in Zwei-Person-Wohnungen.

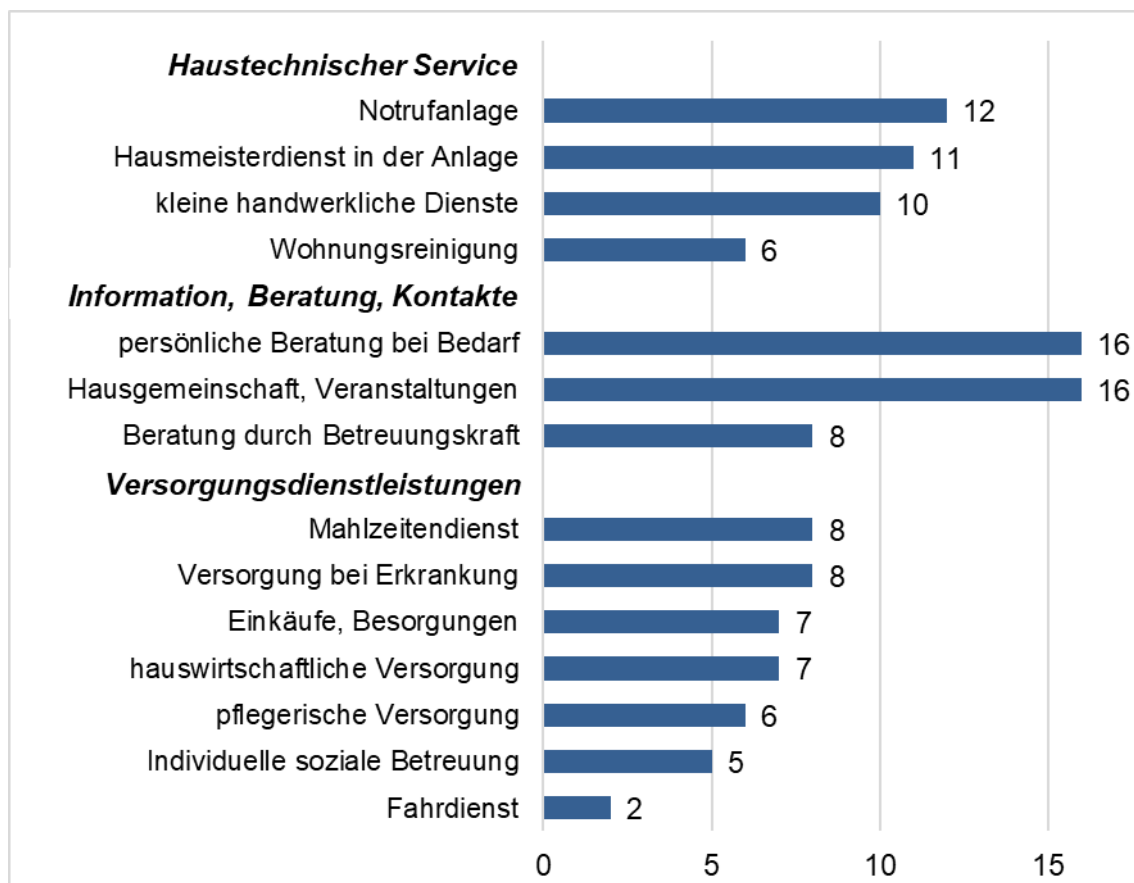
In zwölf von 16 Einrichtungen gibt es eine Warteliste für Interessent\*innen. Auf diesen stehen zwischen fünf und über 1.000 Personen. Dabei gehen die meisten Befragten davon aus, dass die Nachfrage nach Servicewohnungen in der Stadt Düsseldorf in den nächsten Jahren eher zunehmen (25%) oder stark zunehmen wird (63%).

Alle 16 Wohnanlagen, die Angaben zu ihrem Leistungsangebot machten, bieten ihren Mieter\*innen eine persönliche Beratung sowie Maßnahmen zur Gestaltung der Hausgemeinschaft (z.B. Veranstaltungen und Kulturangebote). Ebenfalls häufig gehört zum Leistungspaket eine Notrufanlage (n=12) sowie ein Hausmeisterdienst (n=11). Die Möglichkeit einer regelmäßigen Wohnungsreinigung gibt es in sechs Wohnanlagen. Versorgungsleistungen, wie ein Mahlzeitendienst, das Erledigen von Einkäufen und Besorgungen und hauswirtschaftliche Unterstützung werden in etwa der Hälfte der Wohnanlagen angeboten. Eine pflegerische Versorgung ist in sechs der 16 Wohnanlagen Teil des Serviceangebots. Viele Leistungen sind jedoch nicht Teil des Serviceangebots, sondern werden von den Betreibern der Wohnanlage auf Wunsch vermittelt (Abbildung 41).

---

<sup>52</sup> Für zwei Wohnanlagen liegen keine Informationen zur Anbindung vor.

**Abbildung 41: Angebotene Serviceleistungen in den Wohnanlagen**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Angebote des Wohnens mit Service (n=16).

### Bewohner\*innen

Zur Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner ihrer Wohnanlagen machten nur acht Befragte Angaben. Demnach macht die Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen über die Hälfte der Bewohner\*innen aus (58%). Weitere 20% sind im Alter ab 90 Jahren und 14% sind zwischen 70 und 79 Jahre alt. Unter 70 Jahre alt sind nur 7% der Bewohner\*innen.

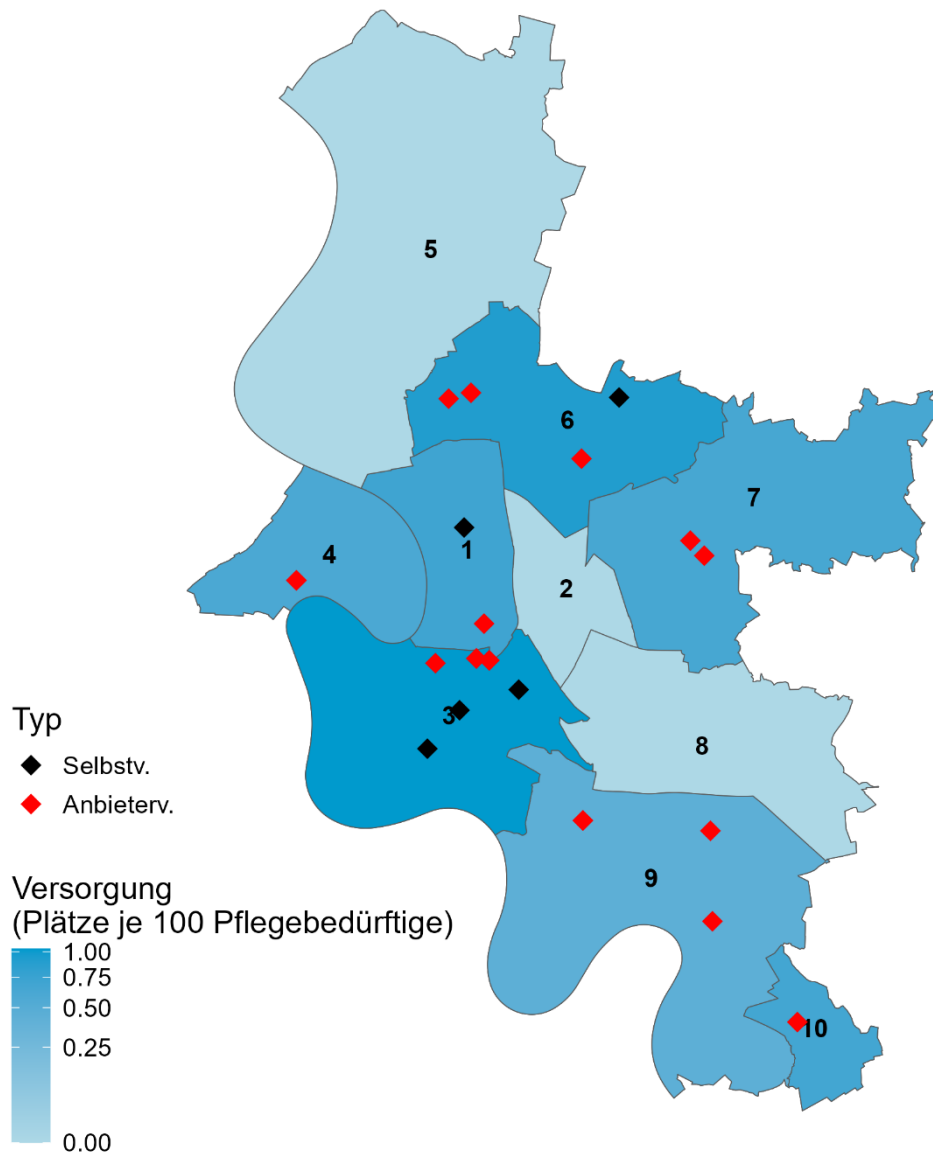
Mit 20% bzw. 14% sind unter den Bewohner\*innen in den Wohnanlagen, die hierzu Angaben machten, die Pflegegrade 2 und 3 am häufigsten vertreten. Den Pflegegraden 4 und 5 sind nur 4% bzw. 1% zugeordnet. 8% haben den niedrigsten Pflegegrad. Etwa die Hälfte der Bewohner\*innen hat jedoch keinen Pflegegrad (53%). Menschen mit besonders hohen oder spezifischen Bedarfslagen können in Servicewohnungen oftmals nicht bedarfsgerecht versorgt werden. Dazu zählen insbesondere Menschen mit starker Demenz und/oder herausforderndem Verhalten sowie Menschen mit Intensivpflegebedarf. Auch psychische oder Suchterkrankungen können die Anmietung einer Servicewohnung verunmöglichen.

### **6.4.3 Ambulant betreute Wohngemeinschaften**

Ambulant betreute Wohngemeinschaften (ABWGs) stellen eine innovative Wohnform für Menschen mit Pflegebedarf dar, die trotz Unterstützung weitgehend selbstbestimmt und gemeinschaftlich leben möchten. In diesen Wohngemeinschaften wohnen etwa acht bis zwölf hilfe- und pflegebedürftige Bewohner\*innen. Jede Wohngemeinschaft wird von einer Präsenzkraft betreut, die tagsüber und bei Bedarf auch in der Nacht durch weitere Mitarbeiter\*innen ergänzt wird. Die zusätzliche Versorgung bei darüberhinausgehendem individuellem Hilfe- und Pflegebedarf übernehmen externe Pflegedienste. Weiterhin ist auch oft die Unterstützung durch Angehörige oder ehrenamtliche Helfer\*innen ein fester Bestandteil des Wohnkonzeptes. Diese Wohnform bietet eine flexible, persönliche Alternative zu stationären Pflegeeinrichtungen, da sie ein hohes Maß an Autonomie und sozialen Austausch ermöglicht.

### Versorgungssituation

**Abbildung 42: Ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023)**



Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Im Dezember 2023 gab es in der Stadt Düsseldorf 24 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 218 Plätzen. Stadtweit stehen somit 0,5 Wohngemeinschaftsplätze je 100 Pflegebedürftige zur Verfügung. Darunter fallen sowohl Pflegewohngemeinschaften als auch Intensivpflegewohngemeinschaften, jedoch keine Wohngemeinschaften deren primäre Zielgruppe Menschen mit Behinderung sind. Der weit überwiegende Teil der Wohngemeinschaften ist

anbieterverantwortet gemäß § 24 WTG NRW. Nur fünf Wohngemeinschaften sind selbstverantwortet.

Gegenüber dem Jahr 2021 hat sich die Kapazität zwar von ehemals 196 Plätzen leicht erhöht, die Versorgungsdichte ist im selben Zeitraum durch den überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen jedoch gesunken (2021: 0,6 Plätze in Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige).

Mit 0,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen verfügt der Stadtbezirk 6 über die höchste Versorgungsdichte im Bereich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Danach folgen die Stadtbezirke 1 und 3 mit jeweils 0,8 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen. In den Bezirken 2, 5 und 8 gibt es hingegen bislang kein Angebot (Tabelle 15).

Im Laufe des Jahres 2024 ist eine weitere Wohngemeinschaft in Bezirk 9 entstanden. Darüber hinaus ist in der Stadt Düsseldorf die Errichtung von sieben weiteren Wohngemeinschaften geplant, die zukünftig 82 Pflegebedürftigen eine Wohngelegenheit bieten sollen. Inklusiv der geplanten Kapazitäten würden stadtweit 264 Plätze in Pflegewohngemeinschaften zur Verfügung stehen. Falls die Umsetzung bis zum Jahr 2030 erfolgt, würde die Versorgungsdichte dann bei 0,6 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftigen liegen.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Basis: Fortschreibung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Status-Quo-Variante.

**Tabelle 15: Ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Stadt Düsseldorf - 2023**

Stadtbezirk	WG	Plätze	je 100 Pflegebedürftige
1	3	33	0,7
2	0	0	0,0
3	8	64	1,0
4	2	20	0,6
5	0	0	0,0
6	4	39	0,9
7	2	22	0,6
8	0	0	0,0
9	4	28	0,4
10	1	12	0,7
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>24</b>	<b>218</b>	<b>0,5</b>

Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

### ***Ergebnisse der Befragung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften***

Die Anbieter von ambulant betreuten Wohngemeinschaften der Stadt Düsseldorf wurden im Mai 2024 zur Teilnahme an einer Online-Befragung eingeladen. An dieser Befragung beteiligten sich 15 der 24 Einrichtungen, dies entspricht einer Beteiligung von 63%.<sup>54; 55</sup>

#### **Angebot und Nachfrage:**

14 der 15 befragten Wohngemeinschaften sind anbieterverantwortet und eine ist vollständig selbstverantwortet. 11 der 15 Angebote richten sich explizit an Menschen mit Demenz. Die Zielgruppe von drei Wohngemeinschaften umfassen sowohl ältere Menschen mit Pflegebedarf als auch Menschen mit Behinderungen. Darüber hinaus gibt es zwei Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Suchterkrankungen.

<sup>54</sup> Nicht alle Befragten haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die Fallzahl kann daher von Frage zu Frage variieren.

<sup>55</sup> Im Zuge der Befragung wurden alle Wohngemeinschaften der Stadt Düsseldorf angeschrieben. Die nachfolgende Auswertung bezieht sich jedoch ausschließlich auf Wohngemeinschaften, die ihre Leistungen überwiegend im Rahmen des SGB XI (Pflegeversicherung) und/oder des SGB V (medizinische Behandlungspflege) erbringen. Wohngemeinschaften, die vorrangig Leistungen nach dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) anbieten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Zu der Frage, ob es Bedarfsgruppen gebe, die in ihrer Wohngemeinschaft nicht aufgenommen werden können, machten zwölf Befragte Angaben. Demnach gibt es in diesen Wohngemeinschaften keine Einschränkungen im Hinblick auf den Pflegegrad. In allen Einrichtungen können auch Personen mit Pflegegrad 5 wohnen. Fünf Einrichtungen geben jedoch an, dass sie Personen mit starker Demenz (herausforderndem Verhalten und Wanderungstendenzen) nicht aufnehmen können. Bei psychischen- oder Suchterkrankungen ist eine (Fortdauer der) Vermietung in fünf bzw. vier Wohngemeinschaften nicht möglich. Auch bei erheblichen Gesundheitsproblemen (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt) ist der Verbleib in vier Wohngemeinschaften nicht möglich. Zwei Befragte geben an, dass Keimbelastungen eine Unterbringung verhindern können.

Sämtliche Befragten gehen davon aus, dass die Nachfrage nach ambulant betreuten Wohngemeinschaften in der Stadt Düsseldorf in den kommenden Jahren eher oder stark zunehmen wird. Bereits jetzt führen die Einrichtungen Wartelisten. Der Umfang dieser Wartelisten variiert zwischen einer und zwölf Personen und beträgt im Durchschnitt 3,9.

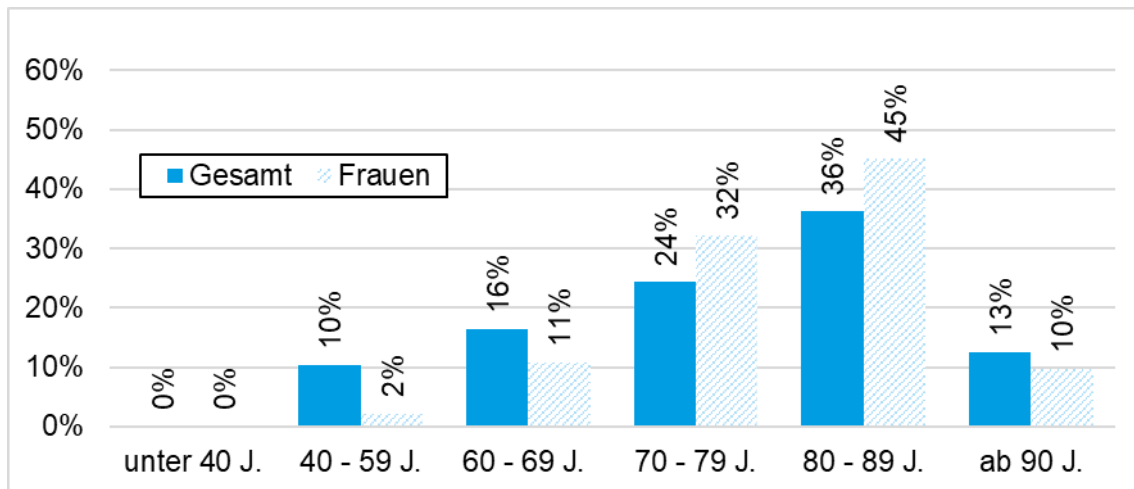
Die Mietkosten für ein Apartment in einer Wohngemeinschaft liegen zwischen 330 € und 900 € und betragen durchschnittlich 608 €.

Das Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter findet in einem Teil der befragten Wohngemeinschaften Berücksichtigung. Drei von zwölf Einrichtungen haben die Themen ausdrücklich in ihre Konzepte mit aufgenommen. In fünf Wohngemeinschaften gibt es entsprechende Fortbildungsangebote für Mitarbeitende und in vier Einrichtungen ist dies geplant. Informationen, die das Thema LSBTIQ\* betreffen, stehen den Bewohner\*innen der befragten Wohngemeinschaften bislang nicht zur Verfügung. Acht Einrichtungen planen jedoch, diese bereitzustellen.

#### Bewohner\*innen:

15 Wohngemeinschaften machten Angaben zu ihren Bewohner\*innen. Durchschnittlich leben 9 Personen in einer Wohngemeinschaft, wovon 70% Frauen sind. Rund die Hälfte der Bewohner\*innen ist im Alter von 80 Jahren oder älter (49%). Personen im Alter von unter 70 bis 79 Jahren machen einen Anteil von 24% aus. Immerhin 27% der Bewohner\*innen sind unter 70 Jahr alt. Wie in der stationären Pflege sind Frauen in den jüngeren Altersgruppen unterrepräsentiert, wohingegen sie in den älteren Altersgruppen die deutliche Mehrheit darstellen (Abbildung 43).

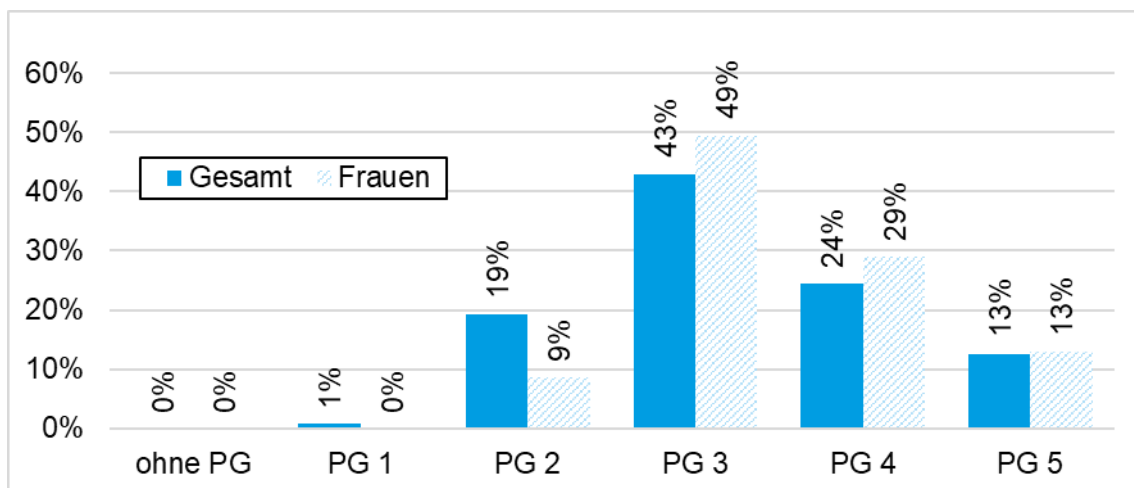
**Abbildung 43: Bewohner\*innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach Altersgruppe**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulant betreute Wohngemeinschaften (n=15).

In den befragten Wohngemeinschaften lebt nur eine Person mit Pflegegrad 1 (Abbildung 44). Den Pflegegrad 2 haben 19% der Bewohner\*innen, dem Pflegegrad 3 sind 43% der Bewohner\*innen und dem Pflegegrad 4 sind 24% der Bewohner\*innen zugeordnet. Personen mit dem fünften und damit höchsten Pflegegrad machen 13% der Bewohner\*innen der befragten Pflegeeinrichtungen aus.

**Abbildung 44: Bewohner\*innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach Pflegegrad**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulant betreute Wohngemeinschaften (n=15).

### Personal

15 Wohngemeinschaften machten Angaben zu ihrem Personal. Zum Jahresende 2023 hatten diese insgesamt Personalkapazitäten von 90,2 Vollzeitäquivalenten. Dies entspricht einem Durchschnitt von 6,0 Vollzeitkräften je Einrichtung.

39,0 VZÄ bzw. 43% der Mitarbeitenden sind Fachkräfte (Tabelle 16). Darunter hatten 14,8 VZÄ bzw. 16% der Beschäftigten eine Ausbildung in der Altenpflege. 11,6 VZÄ bzw. 13% der Beschäftigten hatten eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger\*in. 7,7 VZÄ bzw. 9% verfügten über eine sonstige Qualifikation. Personen mit Helferqualifikation machten 2,3 VZÄ bzw. 2% und Betreuungskräfte machten 17,7 VZÄ bzw. 20% aller Beschäftigten aus. Außerdem waren in Wohngemeinschaften 31,3 VZÄ als pflegerische Hilfskräfte eingestellt (35% aller Beschäftigten).

**Tabelle 16: Personal in ambulant betreuten Wohngemeinschaften**

	VZÄ	Anteil
<b>Fachkräfte</b>	39,0	43%
Pflegefachfrau/Pflegefachmann	1,7	2%
Altenpfleger/in	14,8	16%
der Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	11,6	13%
im sozialen Dienst	1,4	2%
Heilerziehungspfleger/-in	-	0%
sonstige (hauswirtschaftlich, TA...)	7,7	9%
<b>Helferqualifikationen</b>	2,3	2%
der Pflegefachassistenz	-	0%
der Altenpflegehilfe	1,3	1%
der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	1,0	1%
der Heilerziehungspflegehilfe	-	0%
<b>Betreuungskräfte SGB XI § 43b</b>	17,7	20%
<b>pflegerische Hilfskräfte</b>	31,3	35%
<b>Insgesamt</b>	90,2	100%
<b>Auszubildende (Anzahl)</b>	2	

Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulant betreute Wohngemeinschaften (n=15).

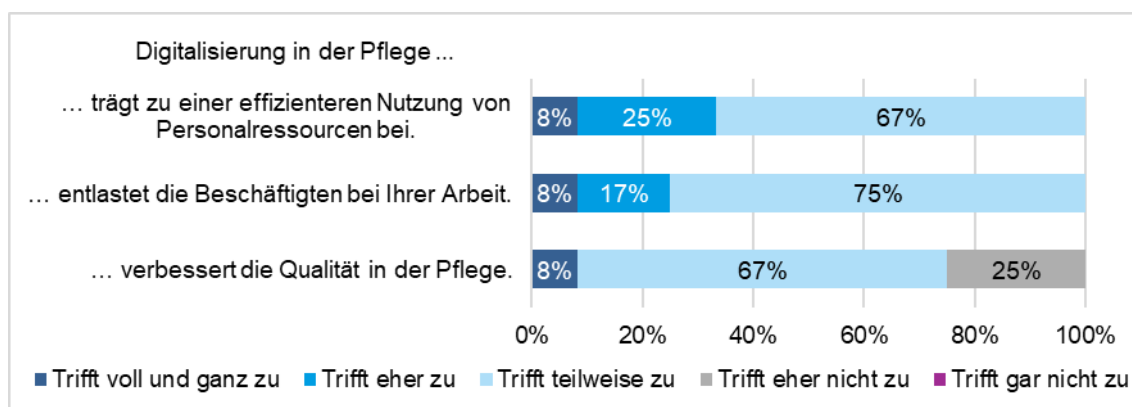
Mitarbeitende mit Zusatzqualifikationen gibt es in den befragten Wohngemeinschaften kaum. Eine Einrichtung gab an, Mitarbeitende mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzqualifikation zu haben. Medizinische Intensivpflege, Palliativpflege oder kultursensible Pflege wurden hingegen nicht genannt.

Neben professionellen Mitarbeitenden ist in einer Wohngemeinschaft auch die Mitarbeit von Angehörigen vorgesehen. In zwei Wohngemeinschaften werden jeweils zwei Ehrenamtliche eingesetzt.

### Digitalisierung

Den Nutzen von Digitalisierungsprozessen in der Pflege schätzen die befragten Wohngemeinschaften eher gering ein (Abbildung 45). In Bezug auf das Potenzial zur Entlastung der Beschäftigten und zu einer effizienteren Nutzung der Personalressourcen sieht der Großteil nur teilweise Verbesserungschancen (75% bzw. 67% „trifft teilweise zu“). Der Aussage, dass die Digitalisierung auch qualitative Verbesserungen mit sich bringen kann, stimmt nur eine Person zu. Die Vermutung liegt nahe, dass Digitalisierungsprozesse insbesondere in größeren Unternehmen und Einrichtungen einen deutlichen Mehrwert bringen. In den kleineren Wohngemeinschaften kommen diese Effekte weniger stark zu tragen.

**Abbildung 45: Nutzen von Digitalisierung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulant betreute Wohngemeinschaften (n=12).

#### 6.4.4 Seniorengerechte Stadtplanung

In den vergangenen Berichten wurde bereits auf die Problematik der Flächenknappheit in der Landeshauptstadt Düsseldorf und deren Auswirkungen auf die Realisierung von Pflegeeinrichtungen und altersgerechtem Wohnen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund hat sich die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ämtern intensiviert. Das Stadtplanungsamt, das Bauaufsichtsamt, das Amt für Wohnungswesen, das Liegenschaftsamt und das Amt für Soziales und Jugend koordinieren ihre Aktivitäten nun enger, um Flächenpotenziale für den Bau verschiedener Pflegeeinrichtungen zu identifizieren und die Umsetzungsmöglichkeiten zu verbessern. Dazu zählen auch neue Planungen zur Schaffung von preiswertem Wohnraum für Auszubildende und Beschäftigte in der Pflege.

Ein zentrales Instrument zur Schaffung von Pflegeeinrichtungen und altersgerechtem Wohnraum ist die Quotierungsregelung des Düsseldorfer Baulandmodells.<sup>56</sup> Diese Regelung legt fest, dass bei Wohnungsneubauprojekten auf privaten Grundstücken,

<sup>56</sup> [Quotierungsregelung des Düsseldorfer Baulandmodells](#), Stand 2023.

die über ein Bebauungsplanverfahren mit städtebaulichem Vertrag erfolgen, ein bestimmter Anteil der geplanten Wohnungen im öffentlich geförderten Wohnungsbau realisiert werden muss. Durch diese Vorgabe wird sichergestellt, dass ein Teil der neu geschaffenen Wohnfläche für soziale Zwecke, einschließlich stationärer Pflegeeinrichtungen und ambulant betreuter Wohngemeinschaften, genutzt wird. Stationäre Pflegeeinrichtungen können im Rahmen der Quotierungsregelung angerechnet werden, wenn

- sie vom Amt für Soziales und Jugend als förderwürdig eingestuft werden,
- in dem räumlichen Gebiet eine Unterdeckung an Pflegeplätzen besteht und
- in Abstimmung mit dem Amt für Wohnungswesen an der entsprechenden Stelle auf öffentlich geförderte Wohnungen verzichtet werden kann.

Diese Regelungen werden seit dem Ratsbeschluss vom 07.09.2023 (war zuvor bereits Bestandteil des „Handlungskonzept Wohnen“) praktiziert und gelten für alle Wohnungsbauvorhaben auf privaten Grundstücken im Rahmen von Bebauungsplänen mit städtebaulichem Vertrag bzw. bei vorhabenbezogenen Bebauungsplänen mit Durchführungsvertrag.

Die Stadt Düsseldorf unterstützt außerdem die Errichtung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften durch die seit 2016 bestehende Agentur für Baugemeinschaften und Wohngruppen.<sup>57</sup> Diese steht interessierten Bürger\*innen und Gruppen mit konkreten Projektvorstellungen als Ansprechpartner zur Verfügung. Konkret stellt die Agentur Informationen aus Verwaltung und Politik bereit, unterstützt Gruppen bei der Suche nach Grundstücken oder Bestandsobjekten und vermittelt Kontakte zu Investoren, die an der Realisierung solcher Projekte interessiert sind. Seit 2008 wurden 15 Wohnprojekte mit rund 300 Wohnungen fertiggestellt. Aktuell befinden sich vier weitere Projekte mit rund 90 Wohnungen im Bau.

In enger Zusammenarbeit mit dem städtischen Liegenschaftsamt unterstützt das Amt für Wohnungswesen Baugemeinschaften, die ein Bauvorhaben auf einem städtischen Grundstück realisieren möchten. Dies erfolgt im Rahmen eines sogenannten Anhandgabeverfahrens, eines Wettbewerbs mit Fokussierung auf ein gemeinwohlorientiertes Nutzungskonzept der Baugemeinschaft.

## 6.5 Gesundheitsversorgung

Für ältere Menschen ist eine gute Erreichbarkeit von Ärzt\*innen, Apotheken sowie verschiedenen (Fach-)Kliniken von großer Bedeutung. Eine gute Gesundheitsversorgung und die Möglichkeit, die verschiedenen Einrichtungen selbstständig zu erreichen, tragen zum längeren Verbleib in einer Privatwohnung bei.

---

<sup>57</sup> [Agentur für Baugemeinschaften und Wohngruppen](#).

Hausärzte und Hausärztinnen stellen für viele ältere Menschen zentrale Vertrauenspersonen in persönlichen Gesundheitsfragen dar. Die Beziehungen bestehen häufig schon Jahre und die Hausarzt\*innen verfügen damit über ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Menschen. Die Stadt Düsseldorf zählt insgesamt 514 niedergelassene Hausarzt\*innen über alle zehn Stadtbezirke verteilt (Tabelle 17). Eine weitere Versorgung durch Facharzt\*innen wurde an dieser Stelle nicht erfasst.

Für die Stadt Düsseldorf ergibt sich eine Versorgungsdichte von 0,08 Hausarzt\*innen je 100 Bewohner\*innen. Diese liegt damit nicht nur über der Versorgungsdichte des Landes Nordrhein-Westfalen mit 0,06 niedergelassenen Hausarzt\*innen je 100 Bewohner\*innen, sondern ebenfalls über dem bundesweiten Wert von 0,07.<sup>58</sup>

Beim Blick auf die jeweiligen Stadtbezirke zeigt sich, dass die hausärztliche Versorgungsdichte in der Mehrheit der Bezirke über dem Landesdurchschnitt liegen. Die Stadtbezirke 4, 6, 8 und 10 haben mit 0,06 Hausarzt\*innen je 100 Bewohner\*innen die geringste Versorgungsdichte. Stadtbezirk 1, mit den Stadtteilen „Altstadt, Carlstadt, Stadtmitte, Pempelfort, Derendorf und Golzheim“ verfügt über die höchste Versorgungsdichte mit 0,12 Hausarzt\*innen je 100 Bewohner\*innen.

---

<sup>58</sup> Für die Berechnung der hausärztlichen Versorgungsdichte auf Bundes- und Landesebene wurde die Zahl der hausärztlich tätigen Ärzt\*innen aus dem Bundesarztregister herangezogen, [https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31\\_BAR\\_Statistik.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf).

**Tabelle 17: Niedergelassene Hausärzte und Apotheken der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023**

Stadtbezirk	Hausarzt*innen	je 100 Bewohner*innen	Apotheken	je 100 Bewohner*innen
1	104	0,12	41	0,05
2	56	0,09	7	0,01
3	97	0,08	27	0,02
4	29	0,06	14	0,03
5	24	0,07	12	0,03
6	40	0,06	12	0,02
7	33	0,07	11	0,02
8	34	0,06	11	0,02
9	82	0,09	18	0,02
10	15	0,06	4	0,02
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>514</b>	<b>0,08</b>	<b>157</b>	<b>0,02</b>

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Apothekerkammer Nordrhein, Angebotsverzeichnis, Berechnung des ISG 2024.

Insgesamt 157 Apotheken stellen die Versorgung mit Medikamenten der Stadt Düsseldorf sicher. Die gesamtstädtische Versorgungsdichte von 0,02 Apotheken je 100 Bewohner\*innen liegt gleich auf mit Landes- und Bundesdurchschnitt. Stadtbezirk 1, zu dem unter anderem der Stadtteil „Stadtmitte“ zählt, weist erneut die höchste Versorgungsdichte auf. Stadtweit verzeichnet Stadtbezirk 2, zu dem die Stadtteile „Flingern“ und „Düsseltal“ zählen, die geringste Versorgungsdichte. Da dieser Stadtbezirk allerdings unmittelbar an Stadtbezirk 1 mit der höchsten Versorgungsdichte an Apotheken grenzt, kann angenommen werden, dass Stadtbezirk 1 einen Teilbedarf mit ausgleicht. Ausgenommen der beiden Stadtbezirke 1 und 2 bewegt sich die Versorgungsdichte der acht anderen Stadtbezirke im Bereich zwischen 0,02 und 0,03 Apotheken je 100 Bewohner\*innen und damit auf dem Niveau der Landes- und Bundeswerte.

Der Anteil der Älteren ab 60 Jahren ist unter Krankenhauspatient\*innen nahezu doppelt so hoch wie in der Bevölkerung insgesamt. Dies verdeutlicht die Bedeutung der klinischen Versorgung für ältere Menschen.<sup>59</sup>

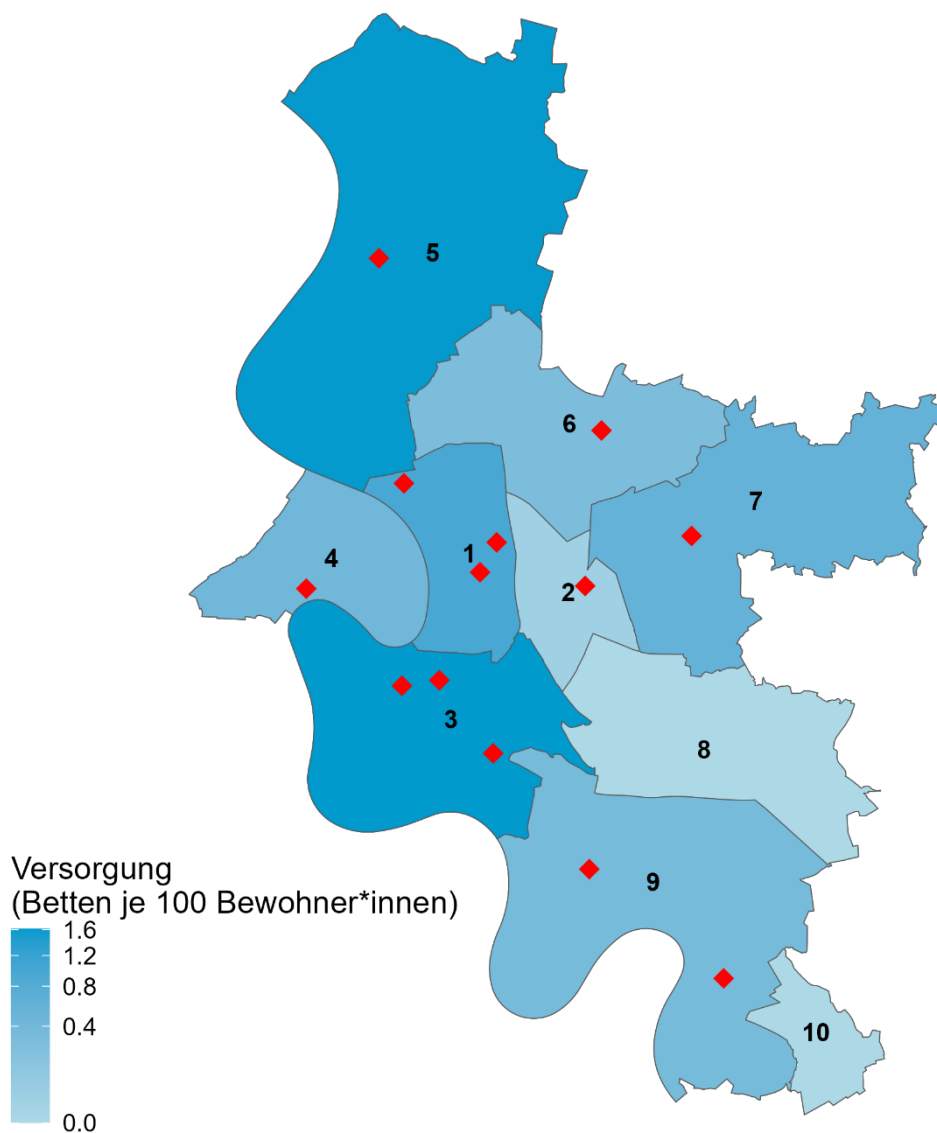
<sup>59</sup> Statistisches Bundesamt (2023): Anzahl der aus dem Krankenhaus entlassenen Patient\*innen, Anteil eigene Berechnung.

Wenn ein plötzlicher Krankenhausaufenthalt nötig wird, z.B. aufgrund eines Schlaganfalls oder eines Sturzes, stellt sich für Betroffene und Angehörige die Frage, wie es nach dem Krankenhausaufenthalt weitergehen kann, ob eine Rückkehr in einen Privathaushalt mit eigenständiger Lebensführung möglich ist und wie ggf. ein höheres Maß an Hilfe- und Pflegebedarf bewältigt werden kann. Als Übergang zwischen Krankenhaus und Rückkehr in den Privathaushalt kann ein Aufenthalt in der Kurzzeitpflege oder einer Rehabilitationseinrichtung dienen, bei dem eine nach der Akutbehandlung noch unzureichende Leistungsfähigkeit wiederhergestellt und die Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung gestärkt werden kann. Es kann sich aber auch ein Umzug in eine andere Wohnform als notwendig erweisen, besonders wenn Angehörige auch unter Einbeziehung von sozialen Diensten die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen nicht (mehr) leisten können. Wenn eine Rückkehr in die eigene Wohnung nicht mehr möglich ist, kann auch ein dauerhafter Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erforderlich werden. An solchen Entscheidungen ist der Krankenhaussozialdienst bzw. das Entlassungsmanagement maßgeblich beteiligt und hat damit einen hohen Stellenwert in der Beratung und Vermittlung von Pflegearrangements.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Siehe dazu auch: ISG (2015).

**Abbildung 46: Kliniken der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023**



Quelle: Angebotsverzeichnis und Darstellung des ISG 2024.

In der Stadt Düsseldorf gibt es 13 Kliniken mit insgesamt 4.436 Betten (Tabelle 18). Die gesamtstädtische Versorgungsdichte durch Kliniken beträgt für die Stadt Düsseldorf 0,7 Klinikbetten je 100 Bewohner\*innen. Damit liegt sie über der durchschnittlichen Versorgungsdichte von Nordrhein-Westfalen (0,6 Betten je 100 Bewohner\*innen) und Deutschland insgesamt (0,5 Betten je 100 Bewohner\*innen).

**Tabelle 18: Kliniken der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023**

Stadtbezirk	Kliniken				Psychiatrische Kliniken		
	Anzahl	Betten	je 100 Bewohner*innen	Geriatric	Anzahl	Plätze	je 100 Bewohner*innen
1	3	867	1,0		0	0	0,0
2	1	18	0,0		0	0	0,0
3	3	1.988	1,6	Ja	0	0	0,0
4	1	202	0,4		0	0	0,0
5	1	556	1,6		1	18	0,1
6	1	200	0,3		0	0	0,0
7	1	278	0,6		1	679	1,4
8	0	0	0,0		0	0	0,0
9	2	327	0,3	Ja	1	82	0,1
10	0	0	0,0		0	0	0,0
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>13</b>	<b>4.436</b>	<b>0,7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>779</b>	<b>0,1</b>

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Aufgrund der gewachsenen Verteilung der Kliniken in den jeweiligen Stadtbezirken unterscheidet sich die Versorgungsdichte je nach Stadtbezirk stark voneinander. Mit einer Versorgungsdichte von 1,6 haben Stadtbezirk 3 und 5 die höchste Kennziffer, gefolgt von Stadtbezirk 1 mit einer Versorgungsdichte von 1,0 Betten je 100 Bewohner\*innen. In den Stadtbezirken 8 und 10 gibt es hingegen keine Krankenhäuser.

In den Stadtteilen 3 und 9 befinden sich Kliniken, die zudem über eine geriatriche Abteilung verfügen, in der die Versorgung neben der medizinischen Behandlung auch begleitende rehabilitative Maßnahmen umfasst. Im Stadtbezirk 7 befindet sich zudem eine große psychiatrische Klinik, die mit 679 Plätzen ein umfangreiches Angebot in diesem Fachbereich darstellt. Zwei weitere psychiatrische Angebote befinden sich in den Stadtteilen 5 und 9.

### *Sterbebegleitung*

Die letzte Unterstützungsform im Lebensverlauf bietet die palliativmedizinische und psychosoziale Begleitung im Prozess des Sterbens. Dazu können mehrere Komponenten beitragen: Die erforderlichen pflegerischen Leistungen durch ambulante Dienste, für die spezifische palliativpflegerische Qualifikationen erworben werden können, werden durch die ärztlich erbrachte Palliativmedizin ergänzt.

Diese dient der Verbesserung der Lebensqualität bei unheilbaren Erkrankungen im Endstadium und ist nicht auf Heilung ausgerichtet, sondern auf Prävention und Linderung von Schmerzen, um den Sterbenden ihre letzte Lebenszeit so angenehm und schmerzfrei wie möglich zu gestalten.<sup>61</sup> Als weitere Komponente erfordert die Sterbebegleitung eine emotionale und seelsorgerische Begleitung sowohl der Sterbenden als auch ihrer Angehörigen. Dazu leisten ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize Gespräche und psychologische Betreuung durch Fachpersonal ebenso wie psychosoziale Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen. Welche Form an Sterbebegleitung im jeweiligen Einzelfall angemessen ist, muss individuell entschieden werden und hängt maßgeblich von der Art und dem Fortschreiten der Erkrankung ab.

Insgesamt bieten 82 Ärzt\*innen palliativmedizinische Versorgung in der Stadt Düsseldorf an (Tabelle 19). Palliativmedizinische Pflegedienste haben zum Ziel, Sterbenden so lange wie möglich ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung der eigenen vier Wände zu ermöglichen. In Düsseldorf gibt es fünf Pflegedienste, die zusätzlich zum ambulanten Pflegeangebot Palliativpflege anbieten. Darüber hinaus gibt es drei multidisziplinäre Palliativ Care Teams (PCT). Diese bestehen aus Fachkräften verschiedener Disziplinen und konzentrieren sich auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

---

<sup>61</sup> Darüber hinaus gibt es noch einige wenige kleinere Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich an Privatversicherte oder Selbstzahler\*innen richten; diese werden hier nicht erfasst.

**Tabelle 19: Sterbebegleitung der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023**

Stadtbezirk	Palliativ- ärzte	Palliativ- pflagedienste	ambulante Hospizdienste	Hospiz und Palliativstation	
				Einrichtungen	Plätze
1	11	2	1	1	8
2	10	2	1	0	0
3	16	3	3	4	38
4	5	0	0	0	0
5	1	0	1	1	8
6	11	0	0	0	0
7	6	0	1	0	0
8	4	0	0	0	0
9	13	1	1	0	0
10	5	0	0	1	11
<b>Düsseldorf insgesamt</b>	<b>82</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>65</b>

Quelle: Angebotsverzeichnis, Darstellung des ISG 2024

Eine andere Versorgungsform unheilbar kranker bzw. sterbender Menschen bieten die ambulanten Hospizdienste an. Sie widmen sich besonders der psychosozialen Betreuung der betroffenen Menschen sowie der Begleitung ihrer Angehörigen. In der Stadt Düsseldorf sind dazu 8 ambulante Hospizdienste in 6 verschiedenen Stadtbezirken ansässig.

Eine stationäre Versorgung von sterbenden Menschen wird in Düsseldorf durch Hospize und Palliativstationen in Kliniken gewährleistet. In Düsseldorf gab es im Dezember 2024 zwei Hospize mit insgesamt 24 Plätzen und vier Palliativstationen mit 28 Plätzen. Seit September 2024 steht ein drittes Hospiz mit weiteren 10 Plätzen in Stadtbezirk 5 zur Verfügung. Insgesamt stehen somit 62 stationäre Plätze in allen Einrichtungen zusammen zur Verfügung. Im Gegensatz zu Palliativstationen in Kliniken sind stationäre Hospize baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Ziel ist es, schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse in der Sterbephase zu begleiten und zu unterstützen. Während in einem stationären Hospiz eine Rückkehr der Gäste nach Hause in der Regel nicht vorgesehen ist, sollen auf einer stationären Palliativstation die Schmerzen schwerstkranker Patient\*innen so gut gelindert werden, dass eine Entlassung nach Hause oder Verlegung in ein Hospiz möglich ist.

## 7 Darstellung und Analyse von Substitutionsmechanismen zwischen Pflegebereichen

### ***Das Wichtigste in Kürze***

Gegenstand des Gutachtens ist auch eine Betrachtung des Zusammenspiels der unterschiedlichen Angebotsformen. Dabei soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern Versorgungsbedarfe in einzelnen Bereichen auch durch andere Versorgungsformen gedeckt werden können. Im Fokus steht dabei insbesondere der Bereich der stationären Pflege. Nach wie vor wird ein Großteil der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit von An- und Zugehörigen geleistet (s. Kapitel 4.1). Eine Kernaufgabe der Versorgungsstruktur sollte es daher sein, die Leistungskraft des informellen Pflegebereichs durch gezielte Unterstützung aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Dies kann durch ambulante Dienste, Tagespflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflege und Nachbarschaftshilfen geschehen. Ein gut ausgebautes System von Beratungs- und Vermittlungsangeboten sowie präventive Angebote wie Schulungen für pflegende Angehörige können die informelle Pflege stärken.

Ein leistungsstarker informeller Pflegebereich in Kombination mit professionellen vorstationären Angeboten kann dazu beitragen, die stationäre Pflege zu entlasten. Darüber hinaus bedarf es für die dauerhafte Ermöglichung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit auch eines passenden Wohnumfeldes. Um die stationäre Pflege zu entlasten, müssen daher die Schaffung von barrierefreiem Wohnraum sowie Maßnahmen zur Wohnraumanpassung gefördert werden. Darüber hinaus spielen insbesondere alternative Wohnformen wie Servicewohnungen und ambulant betreute Wohngemeinschaften eine wichtige Rolle bei der Entlastung der stationären Pflege.

Die Quantifizierung der beschriebenen Entlastungs- bzw. Substitutionseffekte ist sehr voraussetzungsvoll und mit einigen Herausforderungen verbunden. Aussagen darüber, inwiefern ein Zusammenspiel aus ambulanten Pflegediensten, Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie barrierefreiem Wohnraum tatsächlich stationäre Plätze ersetzen kann, lassen sich kaum treffen. Die quantitative Analyse von Substitutionsmechanismen beschränkte sich daher auf die Frage, inwieweit alternative Wohnformen einen Ersatz für stationäre Versorgungskapazitäten darstellen können. Das Ergebnis ist, dass ein Platz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften rechnerisch 0,8 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen substituieren kann. Eine Servicewohnung mit umfassendem Serviceangebot kann hingegen nur etwa 0,3 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen ersetzen. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass Substitutionseffekte, die sich auf planerischer Ebene aufzeigen lassen, nicht zwangsläufig in jedem Fall auf individueller Ebene realisieren lassen.

Die in Kapitel 5 dargestellten und beschriebenen Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen bilden die Pflegeinfrastruktur der Landeshauptstadt Düsseldorf. Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Pflegebereiche sowie der vorpflegerischen und wohnbezogenen Angebote soll die Bedarfe effizient decken und eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen. Jeder dieser Bereiche bietet unterschiedliche Pflege- und Unterstützungsleistungen und erfüllt somit eine spezifische Funktion innerhalb des Versorgungssystems. Gleichzeitig überschneiden sich die Versorgungsleistungen in den einzelnen Bereichen auch zum Teil, und zur Deckung von Bedarfslagen kommen unterschiedliche Pflegearrangements in Betracht. Nachfolgend wird daher das Zusammenspiel der Pflegebereiche näher betrachtet und der Frage nachgegangen, inwiefern sich Bedarfe in einzelnen Bereichen auch durch andere Versorgungsformen auffangen lassen.

### 7.1 Entlastung der informellen Pflege

Nach wie vor wird ein Großteil der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit von An- und Zugehörigen geleistet. Vielfach ist nur durch deren Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeleistungen ein Verbleib der Pflegebedürftigen in der Privatwohnung möglich. Eine Kernaufgabe der Versorgungsstruktur sollte es daher sein, die Leistungskraft des informellen Pflegebereichs durch gezielte Unterstützung aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren.

*Ambulante Dienste* spielen dabei eine zentrale Rolle, indem sie regelmäßig Pflegebedürftige zu Hause versorgen und pflegende Angehörige entlasten. Sie übernehmen Aufgaben wie Grundpflege, medizinische Versorgung und Haushaltsunterstützung. Pflegefachkräfte sollten dabei möglichst von nicht-pflegerischen, z.B. haushaltsbezogenen Leistungen entlastet werden. Hierzu können Dienste beitragen, die Unterstützung im Alltag anbieten.

Auch *Tagespflegeeinrichtungen* bieten eine große Entlastung, indem sie pflegenden Angehörigen zeitweise eine Auszeit von ihren Pflegeaufgaben bieten. Durch die Betreuung während des Tages lassen sich Pflege und Berufstätigkeit besser vereinbaren. Phasen einer Verhinderung der Pflegeperson oder eines kurzzeitig erhöhten Pflegebedarfs (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt) können durch Angebote der *Kurzzeitpflege* überbrückt werden.

Darüber hinaus können pflegende Angehörige auch durch Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie Ehrenamtliche im Rahmen der *Nachbarschaftshilfe* entlastet werden. Diese Unterstützungsleistungen können beispielsweise die Begleitung zu Arztbesuchen oder Behördengängen, gemeinsame Unternehmungen sowie das Erledigen von alltäglichen Dingen, wie Einkaufen und Haushaltsführung, umfassen. Nachbarschaftliche Initiativen und ehrenamtliche Helfer sind eine wertvolle Ergänzung der Pflegeinfrastruktur. Durch gezielte Förderung solcher Initiativen könnten

niedrigschwellige Unterstützungsangebote ausgebaut und die Entlastung von pflegenden Angehörigen nachhaltig verbessert werden.

In Anbetracht ihrer entscheidenden Rolle stehen pflegende Angehörige oft vor erheblichen Herausforderungen. Körperliche und psychische Belastungen, soziale Isolation und die Schwierigkeit, Beruf und Pflege zu vereinbaren, sind zentrale Probleme, denen sich viele informell Pflegende gegenübersehen. Die Unterstützung durch Pflegegeld und Pflegesachleistungen kann pflegenden Angehörigen finanzielle Entlastung bieten. Allerdings reicht diese Unterstützung oft nicht aus, um die Kosten und den Zeitaufwand, der mit der Pflege verbunden ist, vollständig abzudecken, sodass die Pflege auch in finanzieller Hinsicht eine Herausforderung darstellen kann. Essenziell für die Stabilisierung des informellen Pflegebereichs ist daher ein gut ausgebautes System von Beratungs- und Vermittlungsangeboten. Auch präventive Angebote wie Schulungen für pflegende Angehörige können die informelle Pflege stärken.

## **7.2 Entlastung der stationären Pflege**

Der Grundsatz des SGB XI „ambulant und teilstationär vor stationär“ verfolgt als Leitmotiv das Ziel, den Ausbau stationärer Pflegeeinrichtungen zu minimieren und stattdessen alternative Pflegearrangements zu stärken. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Ansatzes ist die Förderung des Verbleibs pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit, der durch eine gut ausgebaute vorstationäre Versorgung gesichert werden kann. Hier spielen ambulante Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflege sowie haushaltsnahe Dienstleistungen eine Schlüsselrolle. Diese Angebote ermöglichen flexible und individuelle Pflegearrangements in der Privatwohnung und stützen zudem, wie oben beschrieben, den informellen Pflegebereich durch die Entlastung pflegender Angehöriger.

Für die dauerhafte Ermöglichung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit bedarf es jedoch nicht nur einer funktionierenden Versorgungsstruktur, sondern auch eines passenden Wohnumfeldes. Ein barrierefreier bzw. barrierearmer Wohnraum ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Pflegebedürftigen sicher und selbstbestimmt in ihrer gewohnten Umgebung versorgen zu können. Dementsprechend sind der Ausbau und die Förderung von barrierefreiem Wohnraum unabdingbar. Auch Maßnahmen zur Anpassung bestehender Wohnungen oder Häuser – wie der Einbau von Treppenliften, ebenerdigen Duschen oder rutschfesten Bodenbelägen – müssen gefördert und finanziell unterstützt werden.

Neben der häuslichen Pflege spielen auch alternative Wohnformen eine entscheidende Rolle in der Substitution stationärer Pflegeplätze.

Insbesondere *Servicewohnungen* und *ambulant betreute Wohngemeinschaften* können eine Alternative zur klassischen stationären Pflege darstellen.<sup>62</sup> Diese Wohnformen kombinieren die Möglichkeit eines eigenständigen Lebens mit professioneller Unterstützung und Pflege vor Ort. Die Bewohner\*innen solcher Wohnformen haben Zugang zu ambulanten Pflegediensten und haushaltsnahen Dienstleistungen, die je nach individuellem Bedarf flexibel eingesetzt werden können. Dadurch können stationäre Pflegeplätze durch bedarfsgerechte, wohnortnahe und weniger institutionalisierte Versorgungsangebote ersetzt werden.

Servicewohnungen, auch als betreutes Wohnen bekannt, bieten pflegebedürftigen Menschen ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben, während sie gleichzeitig auf ein ergänzendes Dienstleistungsangebot zurückgreifen können. Diese Wohnform kann den Umzug in eine stationäre Einrichtung hinauszögern oder sogar vermeiden. Pflegedienste kommen je nach Bedarf in die Wohnung der Bewohner\*innen, um die pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig gibt es häufig Gemeinschaftsräume und Betreuungs- sowie Freizeitangebote, die die soziale Teilhabe der Bewohner\*innen fördern. Grundsätzlich richten sich Angebote des Wohnens mit Service an ältere Menschen, die noch weitgehend selbstständig leben können, aber gelegentlich Unterstützung benötigen. Für Menschen mit hohen Pflege- und Unterstützungsbedarfen sind sie daher eher ungeeignet. Die Pflegebedarfsplanung sieht sich im Hinblick auf Servicewohnungen als Teil der Versorgungsstruktur mit der Herausforderung konfrontiert, dass „Servicewohnen“ kein geschützter Begriff ist. Die Qualität der Versorgung sowie das angebotene Leistungsspektrum variieren entsprechend stark und sind oft als unzureichend zu bewerten, um eine tatsächliche Alternative zur stationären Pflege darzustellen. Darüber hinaus besteht das Problem, dass derartige Angebote häufig sehr kostspielig sind und somit nur einem begrenzten Personenkreis zur Verfügung stehen. Das Potenzial von Servicewohnungen zur Substitution von stationären Plätzen ist daher begrenzt.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften stellen eine innovative Alternative zu klassischen stationären Pflegeeinrichtungen dar und gewinnen in der Diskussion um die Substitution von Pflegeplätzen zunehmend an Bedeutung. In diesen Wohnformen leben mehrere pflegebedürftige Menschen in einer gemeinschaftlichen Wohnung oder einem Haus zusammen und teilen sich die Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Pflegewohngemeinschaften ermöglichen somit die gemeinsame Nutzung von Ressourcen, bieten jedoch eine familiäre Atmosphäre. Viele Wohngemeinschaften sind auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert (z.B. Menschen mit Demenz, Menschen mit Intensivpflegebedarf etc.) und können in Kombination mit der geringen Größe eine individuellere und auf die Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmte Versorgung bieten.

---

<sup>62</sup> Vgl. Kremer-Preis et al. (2021).

Vorteile von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind ihre dezentrale Struktur und die vergleichsweise niedrighschwellige Errichtung. Auf der anderen Seite birgt die Substitution stationärer Einrichtungen durch ambulant betreute Wohngemeinschaften insofern auch Risiken, als diese weniger strengen regulatorischen Auflagen unterliegen. Menschen mit hoher Pflegebedürftigkeit oder besonderen Bedarfslagen (z.B. herausforderndem Verhalten) können in Wohngemeinschaften ggf. nicht adäquat versorgt werden. An dieser Stelle sei auch auf die in Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse der Bürgerbefragung hingewiesen. Demnach können sich nur 16% der Befragten „auf jeden Fall“ vorstellen, in einer Wohngemeinschaft zu leben (stationäre Pflege: 24%). Hier gilt zu klären, woher die Vorbehalte gegenüber dieser Wohnform stammen, welche Personengruppen besonders skeptisch sind und ob gezielte Informationen dazu beitragen können, die Offenheit gegenüber Pflegewohngemeinschaften zu erhöhen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durchaus unterschiedliche Pflegearrangements für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen infrage kommen können. Gleichzeitig sind die Bedarfe und Ressourcen sowie Wünsche und Präferenzen äußerst individuell. Welche Pflegearrangements für eine Person geeignet sind, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab: Neben dem jeweiligen Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person (chronische Krankheiten, Demenz, Mobilitätseinschränkungen) ist insbesondere das persönliche Unterstützungsnetzwerk in Form von An- und Zugehörigen ausschlaggebend. Ferner spielen auch finanzielle Aspekte sowie die Wohnsituation (Barrierefreiheit, Nähe zu Versorgungsstrukturen) eine zentrale Rolle. Nicht zuletzt sollte das Pflegearrangement selbstverständlich auch den Wünschen und Vorstellungen der Pflegebedürftigen entsprechen. Vor diesem Hintergrund ist zu betonen, dass Substitutionseffekte, die sich auf planerischer Ebene aufzeigen lassen, nicht zwangsläufig auf individueller Ebene umsetzbar sind.

### **7.3 Quantifizierung von Substitutionseffekten**

Ein Ziel des Gutachtens ist es, aufzuzeigen, welche Weiterentwicklungen erforderlich sind, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und nachhaltige Pflegeversorgung sicherzustellen. Diese Bedarfsanalyse (s. Kapitel 8) kann zum einen die aktuelle Versorgungssituation in die Zukunft fortschreiben. Dabei werden Annahmen über demografische Veränderungen und die Entwicklung der Pflegequoten getroffen. Zum anderen besteht auf planerischer Ebene jedoch auch die Möglichkeit, aufzuzeigen, wie sich Veränderungen im Angebots-Mix auf die Bedarfe in den einzelnen Pflegebereichen auswirken würden. Dabei wird der Frage nachgegangen, wie sich die Pflegeinfrastruktur verändern müsste, wenn der Ausbau der Versorgungslandschaft gezielt auf bestimmte Pflegebereiche fokussiert wird.

Nachfolgend wird daher der Versuch unternommen, die oben beschriebenen Substitutionseffekte zu quantifizieren, um diese in die Bedarfsanalyse zu integrieren. Konkret soll dabei beleuchtet werden, wie sich der Bedarf an stationären Pflegeplätzen durch einen verstärkten Ausbau von ambulanten und vorstationären Versorgungskapazitäten abfedern lässt. Dabei ist gleich zu Beginn zu betonen, dass entsprechende Berechnungen mit einer Reihe unterschiedlicher Annahmen und hoher Unsicherheit verbunden sind.<sup>63</sup> Insbesondere der substituierende Effekt von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Angeboten gegenüber stationären Versorgungskapazitäten lässt sich nicht genau beziffern. Auch die Frage, inwiefern eine Stärkung des informellen Pflegesektors dazu beitragen kann, die professionellen Pflegeangebote zu entlasten, lässt sich nicht modellieren und in Kapazitätswerten übersetzen. Grund hierfür ist nicht zuletzt, dass geeignete Pflegearrangements, wie oben dargestellt, höchst individuell und von multiplen Faktoren abhängig sind. Dabei spielen Wohnraumgestaltung und Wohnumgebung ebenso eine Rolle wie soziale Netzwerke und finanzielle Ressourcen sowie die Möglichkeit und Bereitschaft von Angehörigen, pflegerische Aufgaben zu übernehmen. Es ist davon auszugehen, dass es in den meisten Fällen gute Gründe gibt, warum Pflegebedürftige sich für eine stationäre Versorgung entscheiden und nicht ambulant versorgt werden können oder wollen. Dies verdeutlichen auch die Ergebnisse der Heimnotwendigkeitsprüfung, die in 92% der Fälle den Bedarf einer stationären Versorgung bestätigt haben. Häufig setzt eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ein Mindestmaß an Unterstützung durch An- und Zugehörige voraus. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben oder bricht sie weg, ist ein Umzug in eine stationäre Einrichtung oder eine alternative Wohnform oftmals unumgänglich. Zwar bestehen durchaus Möglichkeiten, die häusliche Pflege (sowohl professionell als auch informell) zu stärken und dadurch den stationären Bereich zu entlasten. Aussagen darüber, inwiefern ein Geflecht aus ambulanten Pflegediensten, Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie barrierefreiem Wohnraum tatsächlich stationäre Plätze ersetzen kann, lassen sich jedoch nicht treffen.

In der quantitativen Analyse von Substitutionsmechanismen beschränken wir uns daher auf die Frage, inwieweit alternative Wohnformen einen Ersatz für stationäre Versorgungskapazitäten darstellen können.

### ***Ambulant betreute Wohngemeinschaften***

Relativ verlässlich lässt sich sagen, dass die Plätze in ambulant betreuten Wohngemeinschaften so gewertet werden können, dass sie stationäre Plätze ersetzen, da sich die Zielgruppe beider Angebote stark überschneidet.

---

<sup>63</sup> Vgl. Naegele (1995), sowie die daran anschließende Diskussion.

Sowohl stationäre Pflegeeinrichtungen als auch ambulant betreute Wohngemeinschaften richten sich in erster Linie an Menschen mit einem hohen Pflege- und Betreuungsbedarf, die zu einer eigenständigen Haushaltsführung nicht mehr in der Lage sind. In Abbildung 47 ist die Verteilung der Bewohnerinnen und Bewohner von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sowie stationären Pflegeeinrichtungen der Stadt Düsseldorf nach Pflegegraden dargestellt.

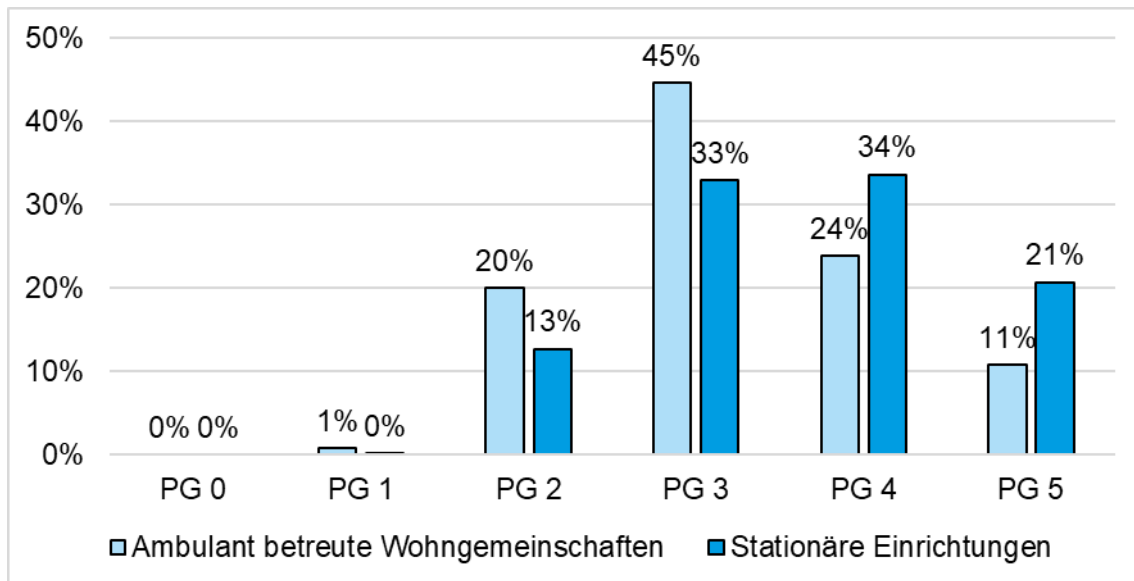
Dabei zeigen sich deutliche Überschneidungen, wobei jedoch in stationären Einrichtungen durchschnittlich mehr Menschen mit hohen Pflegegraden von vier oder fünf leben als in Wohngemeinschaften. In den ambulant betreuten Wohngemeinschaften haben hingegen etwas mehr Menschen einen Pflegegrad von zwei oder drei. Dennoch weisen die Verteilungen eine hohe Korrelation ( $r=0,85$ )<sup>64</sup> auf. Dabei überschneiden sich die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu 80% im Hinblick auf den Pflegegrad.<sup>65</sup> Für die Modellrechnungen in Kapitel 8 wird daher davon ausgegangen, dass ein Platz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften rechnerisch 0,8 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen substituieren kann.

---

<sup>64</sup> Korrelationskoeffizient nach Pearson.

<sup>65</sup> D.h. von 100 Personen, die derzeit in stationären Einrichtungen versorgt werden, könnten 80 Personen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften untergebracht werden, legt man die aktuelle Bewohnerstruktur nach Pflegegraden zugrunde.

**Abbildung 47: Bewohner\*innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und stationären Einrichtungen nach Pflegegrad**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Ambulant betreute Wohngemeinschaften (n=13), stationäre Pflegeeinrichtungen (n=45).

Die pflegerische Versorgung wird in ambulant betreuten Wohngemeinschaften von Pflegediensten geleistet. Eine Ausweitung dieser Angebotsform muss daher auch mit einer Aufstockung der Kapazitäten in der ambulanten Pflege einhergehen. Laut der Online-Befragung stehen in den befragten ambulant betreuten Wohngemeinschaften in der Stadt Düsseldorf 0,52 Vollzeitkräfte je Bewohner\*in für die Pflege zur Verfügung.<sup>66</sup>

Damit liegt der durchschnittliche Personalschlüssel bei 1:1,9 und somit etwas unter dem Personalschlüssel von 1:1,8, welcher von Rothgang et al. im Rahmen eines Forschungsprojekts für die stationäre Pflege ermittelt wurde (Tabelle 20)<sup>67</sup>. Das Rothgang-Gutachten liefert auch Daten zum durchschnittlichen Zeitaufwand nach Pflegegrad. Wendet man diesen Zeitaufwand auf die Bewohnerstruktur einer durchschnittlichen Wohngemeinschaft in der Stadt Düsseldorf an, so würde für die pflegerische Versorgung einer Wohngemeinschaft mit 12 Personen Personal im Umfang von 6,3 Vollzeitäquivalenten benötigt. Dies entspräche ebenfalls durchschnittlichen 0,52 VZÄ pro Bewohner\*in bzw. einem Personalschlüssel von 1:1,9. Für die Bedarfsprognose in Kapitel 8 wird daher angenommen, dass der Personalbedarf in ambulant betreuten Wohngemeinschaften durchschnittlich etwa bei 0,52 VZÄ pro Bewohner\*in liegt. Es ist wichtig zu betonen, dass es sich hierbei um Durchschnittswerte handelt. Der individuelle Bedarf kann davon abweichen. Je nach

<sup>66</sup> N=13; Min = 0,3 VZÄ je Bewohner\*in; Max= 0,9 VZÄ je Bewohner\*in.

<sup>67</sup> Vgl. Rothgang (2020).

Zielgruppe und Bewohnerstruktur einer Wohngemeinschaft kann der Personalschlüssel daher sowohl ober- als auch unterhalb des hier angenommenen Werts liegen.

**Tabelle 20: Pflegepersonalbedarf pro Heimbewohner\*in nach Pflegegraden**

	Zeitaufwand (SOLL) in Min.	entspricht in VZÄ	Personalschlüssel
Ohne Pflegegrad	60	0,23	1:4,3
Pflegegrad 1	69	0,27	1:3,7
Pflegegrad 2	82	0,32	1:3,1
Pflegegrad 3	118	0,46	1:2,2
Pflegegrad 4	170	0,66	1:1,5
Pflegegrad 5	224	0,87	1:1,1
<b>Gesamt</b>		<b>0,55</b>	<b>1:1,8</b>

Quelle: Rothgang (Hrsg.) 2020, S. 245-246. Darstellung des ISG.

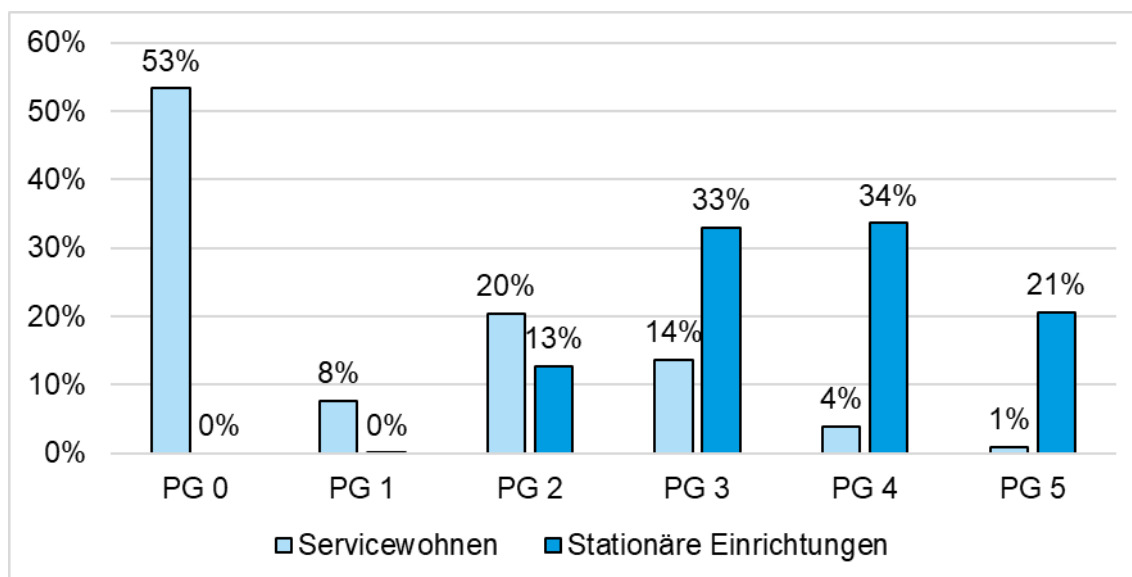
### Servicewohnungen

Inwiefern auch Servicewohnungen im Zusammenspiel mit Tagespflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten und weiteren Angeboten den Bedarf an stationären Pflegeplätzen abfedern können, lässt sich nur grob abschätzen. Grund hierfür ist, dass sich das Leistungsangebot von Angeboten des Wohnens mit Service stark unterscheidet. Einige Angebote bieten umfassende Betreuungs- und Unterstützungsangebote (z.B. Freizeitgestaltung, Beratung, Begleitung, Haushaltshilfen), während bei anderen Wohnanlagen nur geringfügige Serviceleistungen (z.B. Hausmeisterservice) angeboten werden. Für die kommunale Pflegeplanung ist diese Angebotsform daher mit einer gewissen Unsicherheit bezüglich ihrer tatsächlichen Versorgungsleistung verbunden.

Bei Servicewohnungen handelt es sich um ein Angebot, welches ein selbstbestimmtes Wohnen ermöglichen soll. Je nach Bedarf können Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden. Im Umkehrschluss setzt diese Wohnform jedoch in der Regel auch ein hohes Maß an Selbstständigkeit voraus, sodass diese Art der Versorgung für Menschen mit hohen Pflege- und Betreuungsbedarfen in der Regel nicht in Betracht kommt bzw. das Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin erfordert, welche\*r diese Selbstständigkeit gewährleisten kann. Die Zielgruppen von Servicewohnungen und stationären Pflegeeinrichtungen überschneiden sich daher nur geringfügig. Dies zeigt auch ein Vergleich der Bewohnerstruktur in den Düsseldorfer Einrichtungen (Abbildung 48). Rund die Hälfte der Mieterinnen und Mieter der befragten Wohnanlagen hat keinen Pflegegrad. Am häufigsten sind die Pflegegrade zwei (20%) und drei (14%) vertreten. Einen hohen Pflegegrad von vier oder fünf haben nur 5% der Mieterinnen und Mieter.

Die Verteilungen der Bewohnerstruktur von Servicewohnungen und stationären Einrichtungen sind negativ korreliert ( $r=-0,55$ ). Insgesamt überschneidet sich die Bewohnerstruktur nur zu 31%.<sup>68</sup>

**Abbildung 48: Bewohner\*innen von Servicewohnungen und stationären Einrichtungen nach Pflegegrad**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Angebote des Wohnens mit Service (n=6), stationäre Pflegeeinrichtungen (n=45).

Trotz der unterschiedlichen Bewohnerstruktur kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Servicewohnungen die Notwendigkeit eines Umzugs in eine stationäre Einrichtung zumindest zum Teil verhindern oder hinauszögern können. In den Modellrechnungen wird davon ausgegangen, dass eine Servicewohnung mit umfassendem Serviceangebot 0,3 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen substituieren kann.

Für die pflegerische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Servicewohnungen werden Pflegedienste benötigt. Ein Ausbau dieser Angebotsform bedarf daher auch einer Erhöhung der Kapazitäten in der ambulanten Pflege. Da sich die Bewohner\*innen von Servicewohnungen und stationären Einrichtungen so deutlich voneinander unterscheiden, wird für die Berechnung der Personalbedarfe nicht der Zeitaufwand aus der stationären Pflege verwendet. Stattdessen wird der Zeit- bzw. Personalaufwand aus der ambulanten Pflege herangezogen.

<sup>68</sup> D.h. von 100 Personen, die derzeit in stationären Einrichtungen versorgt werden, könnten 31 Personen in Servicewohnungen untergebracht werden, legt man die aktuelle Bewohnerstruktur nach Pflegegraden zugrunde.

Seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit einhergehenden Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade ist es jedoch nicht mehr möglich, den Zeitaufwand für die einzelnen Pflegegrade zu beziffern. Aus diesem Grund wird der durchschnittliche Personalaufwand in der ambulanten Pflege über alle Pflegegrade herangezogen. In der Stadt Düsseldorf werden laut ISG-Befragung in 53 ambulanten Pflegediensten 6.413 Klientinnen und Klienten versorgt. In diesen 53 Diensten sind 1.099 Pflege- und Betreuungskräfte in Vollzeitäquivalenten tätig. Durchschnittlich versorgt eine Vollzeitkraft entsprechend 5,8 Klient\*innen. Für die Bedarfsberechnungen in Kapitel 8 wird daher davon ausgegangen, dass die Kapazitäten im ambulanten Bereich je zusätzlicher Wohnung mit Service um 0,17 Vollzeitkräfte erhöht werden müssten.

## 8 Bedarfsanalyse der pflegerischen Angebote

### ***Das Wichtigste in Kürze***

Im überregionalen Vergleich zeigt sich, dass die Versorgungsdichte der Stadt Düsseldorf in der ambulanten Versorgung und im Bereich der Kurzzeitpflege überdurchschnittlich ist. Auch hinsichtlich alternativer Wohnformen wurde eine relativ hohe Versorgungsdichte festgestellt. Im Bereich der Tagespflege liegt die Stadt zwischen dem Bundes- und Landesdurchschnitt. Eine unterdurchschnittliche Versorgung zeigt sich hingegen bei der stationären Pflege.

Aus Sicht der Pflegeanbieter werden insbesondere die Bereiche Kurzzeitpflege und stationäre Pflege als defizitär wahrgenommen. Vergleichsweise gut wird die Versorgungssituation hingegen in Bezug auf ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen bewertet.

Um den zukünftigen Bedarf abzuschätzen, wurden vier unterschiedliche Berechnungsmodelle verwendet. Diese berücksichtigen demografische Entwicklungen, Annahmen über die Entwicklung des Pflegebedarfs sowie Zielsetzungen hinsichtlich der Entwicklung der Versorgungslandschaft.

Bei den Modellen 1 und 2 handelt es sich um Fortschreibungen der derzeitigen Versorgungslage. Modell 3 beschreibt die Bedarfsentwicklung unter der Annahme, dass alternative Wohnformen stark ausgebaut werden und stationäre Pflegeplätze zum Teil substituieren können. Modell 4 orientiert sich an Zielwerten einer verbesserten Versorgungslage. Diese basieren auf der Bewertung der derzeitigen Versorgungssituation sowie den pflegepolitischen Zielsetzungen und Priorisierungen der Stadt Düsseldorf, sie sind fortlaufend zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Bis zum Jahr 2045 entstehen rechnerisch folgende Ausbaubedarfe

- ❖ Servicewohnen: zwischen 460 und 680 zusätzliche Wohnungen  
(1.160 bei Zielwertorientierung)
- ❖ Ambulant betr. Wohngemeinschaften: zwischen 45 und 65 weitere Plätze  
(265 bei Zielwertorientierung)
- ❖ Pflegedienste: zwischen 655 und 970 zusätzliche Vollzeitkräfte  
(1.045 bei Zielwertorientierung)
- ❖ Tagespflege: zwischen 105 und 155 zusätzliche Plätze
- ❖ Kurzzeitpflege: zwischen 25 und 35 zusätzliche Plätze  
(125 bei Zielwertorientierung)
- ❖ Vollstationäre Pflege: zwischen 985 und 1.455 zusätzliche Plätze

Das folgende Kapitel bietet einen erneuten Überblick über die pflegerische Versorgungssituation in der Stadt Düsseldorf und stellt diese im überregionalen Vergleich dar. Im Anschluss erfolgt eine Abschätzung des zukünftigen Bedarfs anhand der in Kapitel 4.2 entworfenen Szenarien über die Entwicklung des Pflegebedarfs sowie der in Kapitel 7 getroffenen Annahmen über die Substitutionspotenziale einzelner Pflegebereiche.

### 8.1 Versorgungsdichte im überregionalen Vergleich

Um die Versorgungslage in der Stadt Düsseldorf besser beurteilen zu können, werden nachfolgend die Versorgungskennziffern in den einzelnen pflegerischen und pflegeergänzenden Bereichen zusammen mit den entsprechenden Vergleichswerten des Landes Nordrhein-Westfalen und denen des Bundes noch einmal in der Übersicht dargestellt (Tabelle 21).

- Stationäre Pflege wird von 58 Einrichtungen erbracht, die insgesamt 4.799 Pflegeplätze zur Verfügung stellen. Dies ergibt eine Versorgungsdichte von 11,9 vollstationären Pflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige, was sowohl unter der Versorgungsdichte des Landes (12,7 Pflegeplätze je 100 Pflegebedürftige) als auch der des Bundes (15,4 Pflegeplätze je 100 Pflegebedürftige) liegt.
- Im Bereich der ambulanten Versorgung liegt die Versorgungsdichte in der Stadt Düsseldorf mit 7,9 Vollzeitmitarbeitenden je 100 Pflegebedürftigen deutlich über dem Landesdurchschnitt von 4,7 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen und dem Bundesdurchschnitt von 5,5 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.<sup>69</sup>
- Die Versorgung mit 1,3 Tagespflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige liegt zwischen dem Landesdurchschnitt von 1,1 Tagespflegeplätzen und dem Bundesdurchschnitt von 1,9 Tagespflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige.
- Mit 120 Plätzen der solitären Kurzzeitpflege ergibt sich für die Stadt Düsseldorf ein Angebot von 0,3 solitären Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen. Dieser Wert liegt über dem bundesweiten Durchschnitt von 0,1 solitären Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen. Auf Landesebene stehen keine Vergleichswerte zur Verfügung.
- Aus den 2.237 Wohnungen mit Service ergibt sich für die Stadt Düsseldorf eine Versorgungsdichte von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige. Da in diesem Bereich keine Vergleichszahlen auf Landes- oder Bundesebene vorliegen, dienen die Städte Köln und Bochum als Orientierungspunkte für die Bewertung. Das Angebot des Servicewohnens ist demnach in Düsseldorf geringfügig

<sup>69</sup> Der hohe Wert kann auch damit zusammenhängen, dass die Personalkapazitäten von Pflegediensten in der Pflegestatistik dem Hauptsitz des Dienstes zugeordnet werden. Pflegedienste mit Hauptsitz in Düsseldorf und Nebengeschäftsstellen in anderen Städten und Kreisen können das Bild verzerren.

niedriger als in der Stadt Köln, jedoch deutlich stärker ausgebaut als in der Stadt Bochum mit 3,7 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige.

- In der Stadt Düsseldorf gibt es insgesamt 218 Plätze in Wohngemeinschaften für Ältere. Die Versorgungsdichte liegt bei 0,5 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige und damit höher als in den Städten Bochum und Köln mit je 0,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftige.

**Tabelle 21: Übersicht der Angebotsstruktur im überregionalen Vergleich**

Bereich	Stadt Düsseldorf		Landes- vergleich	Bundes- vergleich
	Anzahl, Plätze, Personal	Kennziffer je 100 Pflegebedürftige		
<b>Stationäre Pflege</b> (einschl. eingestreute Kurzzeitpflege)				
57 Pflegeeinrichtungen	4.799	<b>11,9</b>	<b>12,7</b>	<b>15,4</b>
<b>Ambulante Dienste</b>				
149 Pflegedienste	3.195	<b>7,9</b>	<b>4,7</b>	<b>5,5</b>
<b>Tages- und Kurzzeitpflege</b>				
31 Tagespflegeeinrichtungen	511	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	<b>1,9</b>
6 solitäre Kurzzeitpflege	120	<b>0,3</b>	-	<b>0,1</b>
<b>Wohnen im Alter</b>			<i>Bochum</i>	<i>Köln</i>
Service-Wohnen	2.237	<b>5,6</b>	<b>3,7</b>	<b>5,9</b>
Ambulante WG	218	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>

Quelle: Verwaltung der Landeshauptstadt Düsseldorf; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.); Gesundheitsberichterstattung 2023; Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Nach § 7 Abs. 2 APG NRW soll die kommunale Pflegeplanung auch die Planungen der angrenzenden Gebietskörperschaften berücksichtigen. In einer Recherche hat das ISG den Stand und die Ergebnisse der Pflegeplanungen der umliegenden Städte und Kreise ermittelt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 22 dargestellt. Demnach verfügen alle benachbarten Gebietskörperschaften über eine kommunale Pflegeplanung. Eine der angrenzenden Gebietskörperschaften, der Rhein-Kreis Neuss, hat ihre Pflegeplanung für verbindlich erklärt. Der Datenstand unterscheidet sich jedoch deutlich. Nur der Kreis Mettmann hat zum Zeitpunkt der Berichtslegung bereits einen Bericht zum Stand 2023 veröffentlicht. Im Rhein-Kreis-Neuss sowie in den Städten Duisburg und Essen liegen die letzten Veröffentlichungen bereits einige Jahre zurück. Die Daten sind daher nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

**Tabelle 22: Angebotsstruktur in angrenzenden Gebietskörperschaften**

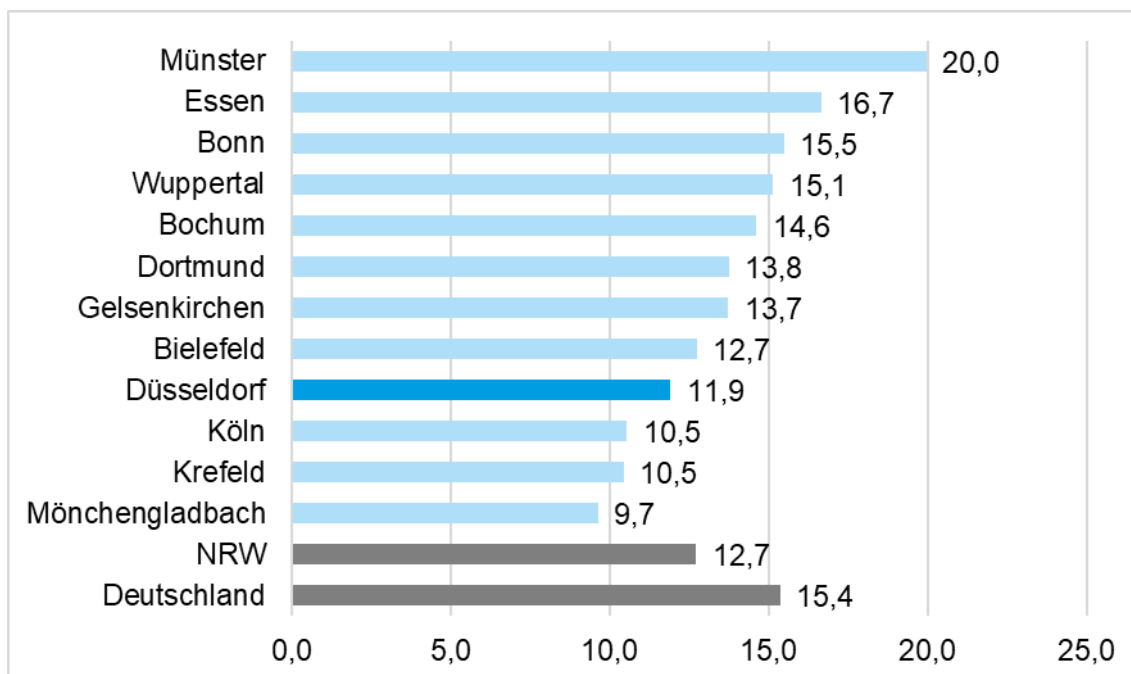
		Gebietskörperschaften							Stadt Düsseldorf
		Kreis Mett- mann	Rhein- Kreis- Neuss	Stadt Köln	Stadt Duisburg	Stadt Essen	Stadt Wuppertal	Stadt Bochum	
Verbindliche Pflegeplanung?		Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	<b>Nein</b>
Datenstand (Jahr)		2023	2017	2022	2020	2020	2022	2022	<b>2023</b>
Pflegebedürftige		31.452	19.209	61.206	28.914	36.082	21.135	22.923	<b>40.248</b>
Solitäre Kurz- zeitpflege	Anzahl	22	10	72	57	56	23	121	<b>120</b>
	je 100 PB	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,5	<b>0,3</b>
Tagespflege	Anzahl	375	193	384	338	316	247	398	<b>511</b>
	je 100 PB	1,2	1,0	0,6	1,2	0,9	1,2	1,7	<b>1,3</b>
stationäre Pflege- plätze (inkl. einge- streute KUPF)	Anzahl	4.800	4.002	7.748	5.248	7.061	3.824	3.683	<b>4.799</b>
	je 100 PB	15,3	20,8	12,7	18,2	19,6	18,1	16,1	<b>11,9</b>
Ambulante WG	Anzahl	178	n.a	176	183	336	262	75	<b>218</b>
	je 100 PB	0,6		0,3	0,6	0,9	1,2	0,3	<b>0,5</b>
Servicewoh- nen	Anzahl	178	546	3.639	n.a.	n.a.	1.126	849	<b>2.237</b>
	je 100 PB	0,6	2,8	5,9	-	-	5,3	3,7	<b>5,6</b>

Recherche und Darstellung des ISG 2024.

Im Vergleich mit den angrenzenden Gebietskörperschaften zeigt sich, dass die Versorgungskapazität in den Bereichen Kurzzeitpflege und Tagespflege in der Stadt Düsseldorf vergleichsweise gut ausgebaut ist. In beiden Bereichen hat die Stadt Düsseldorf nach der Stadt Bochum die höchste Versorgungskennziffer. Vergleichsweise gering fällt die Versorgungsdichte im stationären Pflegebereich aus. Mit 11,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen weist die Stadt Düsseldorf die niedrigste Versorgungskennziffer auf. In Bezug auf das Angebot an ambulant betreuten Wohngemeinschaften liegt die Versorgungsdichte in der Stadt Düsseldorf über dem entsprechenden Wert der Städte Bochum und Köln, jedoch unter dem der Städte Duisburg, Essen und Wuppertal. Die Versorgungsdichte im Bereich Servicewohnen ist in Düsseldorf hingegen zwar geringfügig niedriger als in der Stadt Köln, liegt aber über den Werten der anderen Städte und Kreise.

Der Stand der oben genannten Daten variiert zwischen den Städten und Kreisen und ist daher – trotz Betrachtung der Kennziffern - nur begrenzt vergleichbar. Für die Bereiche der ambulanten und stationären Versorgung bietet die Pflegestatistik einheitliche Vergleichswerte. Abbildung 49 vergleicht die Versorgungskennziffern im Bereich der stationären Pflege der zwölf größten Städte Nordrhein-Westfalens. Die Stadt Düsseldorf rangiert hierbei im unteren Drittel. Nur die Städte Köln, Krefeld und Mönchengladbach weisen eine niedrigere Versorgungsdichte auf.

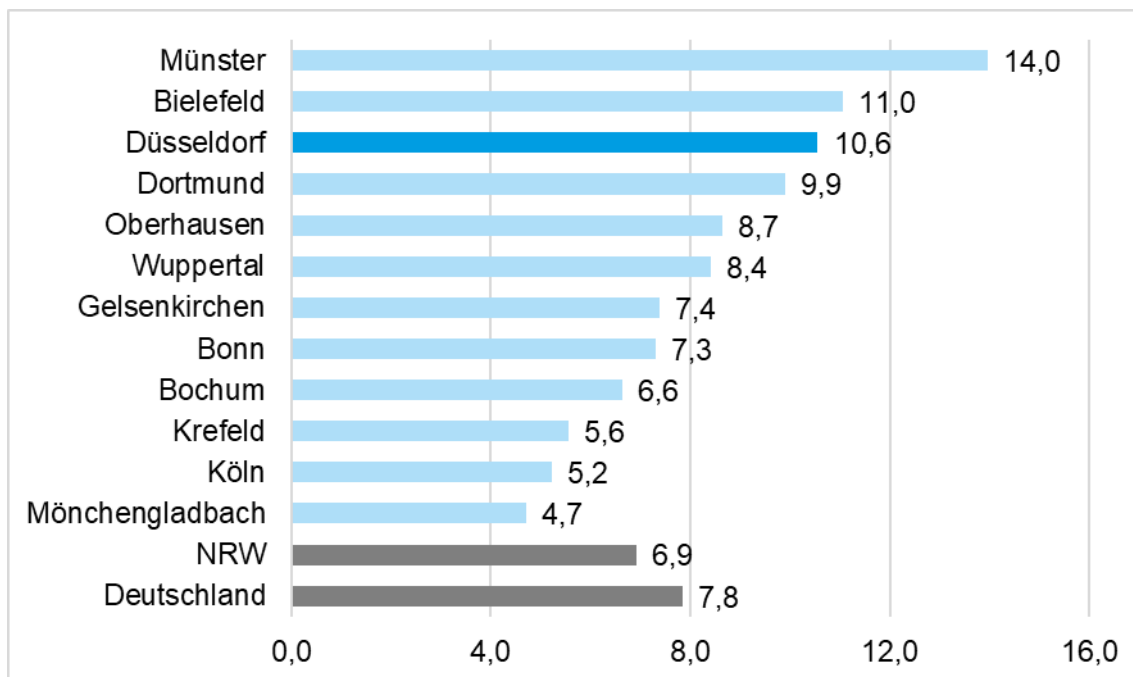
**Abbildung 49: Stationäre Versorgung – Vergleich der zwölf größten Städte NRWs**



Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik 2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.  
\*Stationäre Pflegeplätze je 100 Pflegebedürftige.

In der ambulanten Pflege befindet sich die Stadt Düsseldorf im Vergleich mit anderen Städten an dritter Stelle (Abbildung 50). Nur Münster und Bielefeld haben eine höhere Dicht von Mitarbeitenden in ambulanten Pflegediensten je 100 Pflegebedürftigen.

**Abbildung 50: Ambulante Versorgung – Vergleich der zwölf größten Städte NRWs**



Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik 2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.  
\*Mitarbeitende in ambulanten Diensten je 100 Pflegebedürftige.

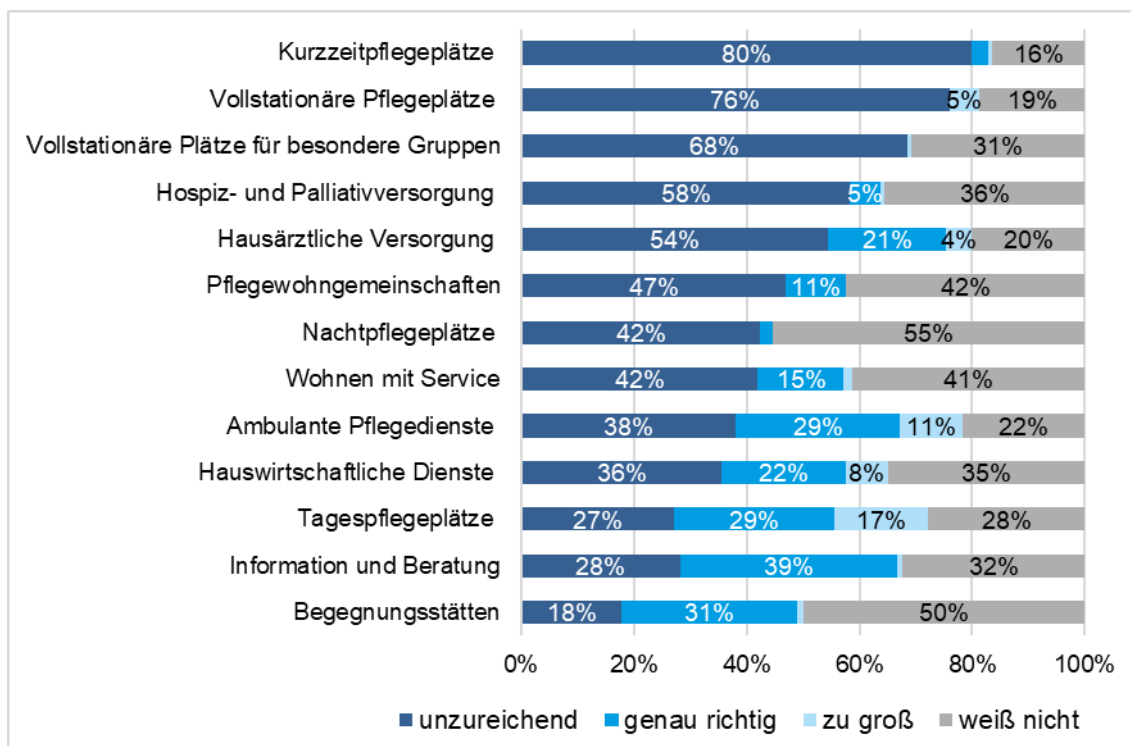
## 8.2 Einschätzung der Versorgungssituation aus Anbietersicht

Im Rahmen der ISG-Befragung unter Pflegeanbietern in der Stadt Düsseldorf wurden diese auch um eine Einschätzung der Versorgungssituation gebeten. Abbildung 51 stellt übergreifend dar, wie Anbieter von stationären Pflegeeinrichtungen, Tagespflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten, ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Anbieter von Servicewohnen die derzeitige Versorgung in einzelnen Bereichen wahrnehmen.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass es insbesondere im stationären Bereich Versorgungsdefizite gibt. 80% der Anbieter bewerten die derzeitige Zahl von Kurzzeitpflegeplätzen in der Stadt Düsseldorf als unzureichend. Fast ebenso viele (76%) schätzen auch die Kapazitäten in der vollstationären Pflege als zu gering ein. Nach Meinung von 68% der Befragten fehlen insbesondere auch vollstationäre Plätze für spezifische Bedarfsgruppen (z.B. Menschen mit Demenz oder Menschen mit psychischen bzw. Suchterkrankungen). Verbesserungsbedarf sehen viele Befragte (58%) außerdem in Bezug auf die Hospiz- und Palliativversorgung. Die Versorgungskapazität von ambulant betreuten Wohngemeinschaften empfindet rund die Hälfte (47%) der Pflegeanbieter als unzureichend.

Vergleichsweise gut wird die Versorgungssituation hingegen in Bezug auf ambulante Pflegedienste (29% „genau richtig“), Hauswirtschaftliche Dienste (22% „genau richtig“), Tagespflegeeinrichtungen (29% „genau richtig“), Begegnungsangebote (31% „genau richtig“) sowie Möglichkeiten zur Information und Beratung (39% „genau richtig“) bewertet.

**Abbildung 51: Einschätzung der Versorgungssituation aus Anbietersicht**



Quelle: ISG-Befragung von Pflegeanbietern: Stationäre Pflegeeinrichtungen (n=51), Tagespflegeeinrichtungen (n=23), Ambulante Pflegedienste (n=53), Ambulant betreute Wohngemeinschaften (n=14) Angebote des Wohnens mit Service (n=21).

### 8.3 Zukünftiger Entwicklungsbedarf

Langfristig ist das Versorgungsangebot an die zunehmende Zahl der Älteren bzw. der Hilfe- und Pflegebedürftigen anzupassen. Um die Versorgungssicherheit auch zukünftig zu gewährleisten, bedarf es in allen Bereichen einer Ausweitung der Versorgungskapazitäten. Wie groß der rechnerische Bedarf ist, hängt neben demografischen Veränderungen auch von den zugrundeliegenden Annahmen über die Entwicklung des Pflegebedarfs und der Versorgungslandschaft ab. Nachfolgend werden daher unterschiedliche Berechnungsmodelle gegenübergestellt:

- **Modell 1:** Aufrechterhaltung der derzeitigen Versorgungsdichte unter Berücksichtigung demografischer Veränderungen. Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten werden als konstant angenommen.

- **Modell 2:** Aufrechterhaltung der derzeitigen Versorgungsdichte unter Berücksichtigung demografischer Veränderungen und der Annahme, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten zukünftig weiter steigen.
- **Modell 3:** Bedarfsentwicklung unter der Annahme, dass alternative Wohnformen stark ausgebaut werden und stationäre Pflegeplätze zum Teil substituieren können. Demografische Veränderungen werden berücksichtigt, alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten werden als konstant angenommen.

Es ist wichtig zu betonen, dass die nachfolgenden Schätzungen des zukünftigen Versorgungsbedarfs (Modelle 1 bis 3) auf einer Fortschreibung der derzeitigen Versorgungssituation beruhen. Es werden keine Aussagen darüber getroffen, inwiefern die zugrundeliegenden Versorgungskennziffern einer „guten“ Versorgungsdichte entsprechen, da für solche Zielwerte keine objektiven Standards vorliegen. Der Vergleich der Versorgungskennziffern mit anderen Städten und Kreisen sowie den überregionalen Ebenen lässt lediglich die Einschätzung zu, inwiefern die Versorgungsdichte als über- oder unterdurchschnittlich zu bewerten ist.

Das ISG schlägt jedoch auf der Grundlage seiner fachlichen Expertise und langjährigen Erfahrung im Bereich der kommunalen Pflegeplanung sowie nach Diskussion mit Vertreter\*innen der Stadtverwaltung Zielwerte einer anzustrebenden Versorgungsdichte vor (**Modell 4**). Diese basieren zum einen auf der Bewertung der derzeitigen Versorgungssituation, die sich anhand der Befragungen unter Pflegeanbietern, Auswertungen der Pflegestatistik, überregionalen Vergleichen der Versorgungsdichte sowie ergänzender Einschätzungen von Expertinnen und Experten vor Ort abzeichnet. Zum anderen berücksichtigen die Zielwerte auch die pflegepolitischen Zielsetzungen und Priorisierungen der Stadt Düsseldorf. Die Zielwerte erfüllen somit eine steuernde Funktion und zeigen an, welche Weiterentwicklungen der Versorgungslandschaft angestrebt werden. Sie haben dabei jedoch keinen endgültigen Charakter. Die Pflegeplanung ist als kontinuierlicher Prozess konzipiert. In diesem Sinne müssen auch die Zielsetzungen fortlaufend überprüft, diskutiert und ggfs. angepasst werden.

### 8.3.1 Modell 1: Status Quo

Im ersten Modell für die Bedarfsprognose wird errechnet, wie die Kapazitäten der vorhandenen Versorgungsstrukturen in allen stationären, teilstationären und ambulanten Angebotsbereichen weiterentwickelt werden müssen, um in den kommenden Jahren eine Versorgungsdichte zu gewährleisten, die dem aktuellen Niveau entspricht. Dabei werden ausschließlich demografische Veränderungen berücksichtigt. Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten werden hingegen als konstant angenommen (s. Szenario 1 in Kapitel 4.2).

Tabelle 23 zeigt, wie sich der Bedarf in den einzelnen Versorgungsbereichen gemäß diesem Modell bis zum Jahr 2045 entwickeln würde. Demnach ist aufgrund der zu erwartenden demografischen Veränderungen in allen Bereichen ein Ausbau der Kapazitäten erforderlich.

**Tabelle 23: Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 1: Status-Quo**

	Service- wohnen	Ambu- lante WG	Ambulante Pflege- dienste*	Tages- pflege	Kurz- zeit- pflege	Vollstation. Pflege**
<b>Versorgungsstand 2023</b>						
Kapazität	2.237	218	3.195	511	120	4.799
je 100 Pflegebedürftige	5,6	0,5	7,9	1,3	0,3	11,9
<b>Rechnerischer Bedarf bei gleicher Versorgungsdichte</b>						
2030	2.390	235	3.410	545	130	5.125
2035	2.445	240	3.490	560	130	5.245
2040	2.550	250	3.640	580	135	5.470
2045	2.695	265	3.850	615	145	5.785
<b>Differenz gegenüber Versorgung 2023</b>						
2030	155	15	215	35	10	325
2035	210	20	295	50	10	445
2040	315	30	445	70	15	670
2045	460	45	655	105	25	985

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.  
Werte gerundet auf die nächste 5er-Stelle.

\*Die Kapazität gibt die Anzahl der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Vollzeitkräfte wieder.

\*\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

- Das Angebot des Wohnens mit Service müsste bis zum Jahr 2035 um rund 210 Wohnungen erweitert werden, wenn die derzeitige Versorgungsdichte von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftigen aufrechterhalten werden soll. Bis zum Jahr 2045 steigt der Bedarf um etwa 460 weitere Wohnungen auf dann insgesamt knapp 2.700 Wohnungen im gesamten Stadtgebiet.
- Im Bereich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften lag die Versorgungskennziffer zum Jahresende 2023 bei 0,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen. Um diesen Wert auch im Jahr 2035 zu erreichen, wäre laut dem Berechnungsmodell nur eine geringe Kapazitätssteigerung von rund 20 zusätzlichen Plätzen notwendig. Im Jahr 2045 liegt der Mehrbedarf bei rund 45 Plätzen, also etwa vier zusätzlichen Pflegewohngemeinschaften.

- Die ambulante Versorgung leisteten in der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023 rund 4.248 Mitarbeitende von Pflegediensten, was schätzungsweise 3.195 Vollzeitäquivalenten entspricht (7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftige). Unter Berücksichtigung der demografischen Veränderungen würden bis 2035 etwa 300 zusätzliche VZÄ benötigt. Bis zum Jahr 2045 steigt der Bedarf auf rund 3.850 VZÄ (+655 im Vergleich zum Jahresende 2023).
- Die Zahl der Tagespflegeplätze sollte bis zum Jahr 2035 auf 560 Plätze steigen, um die derzeitige Versorgungsdichte von 1,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftige aufrechtzuerhalten (+50 Plätze). Bis zum Jahr 2045 müssten etwa 120 Plätze hinzukommen.
- Stadtweit standen zum Stichtag 31.12.2023 in der Stadt Düsseldorf 120 solitäre Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen. Damit die Versorgungskapazität im Jahr 2035 nicht unter diesen Wert fällt, würden rund 10 zusätzliche Plätze benötigt. Bis zum Jahr 2045 müsste die Kapazität um rund 25 Plätze erweitert werden.
- In der vollstationären Pflege standen am Jahresende 2023 11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftigen zur Verfügung. Um mindestens diese Versorgungsdichte auch im Jahr 2035 zu gewährleisten, müssten die Kapazität stadtweit um rund 450 Plätze erhöht werden. Bis 2045 wären etwa 990 zusätzliche Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen notwendig.
- Was den zukünftigen Personalbedarf betrifft, so würde bei dieser Fortschreibung der rechnerisch ermittelte Zusatzbedarf an Platzkapazitäten in den Bereichen der vollstationären Dauerpflege, der Kurzzeitpflege sowie der Tagespflege bis zum Jahr 2035 zusätzliches Personal von 338 Vollzeitkräften erfordern. Bis zum Jahr 2045 wäre im stationären Bereich zusätzliches Personal um Umfang von rund 750 Vollzeitkräften erforderlich. Zusammen mit den 655 fehlenden Vollzeitkräften in der ambulanten Pflege ergibt sich daraus für die pflegerische Versorgung ein Personalbedarf von rund 1.400 weiteren Vollzeitkräften bis zum Jahr 2045.

Zu beachten ist allerdings, dass es sich bei diesen Schätzungen um rein rechnerische Bedarfe handelt, die noch keine strukturellen Veränderungen berücksichtigen. In dem Maße, wie vorstationäre Angebote ausgebaut werden und innovative Versorgungskonzepte Wirkung zeigen, kann auch der vollstationäre Bereich entlastet werden mit der Folge, dass der zukünftige Bedarf an vollstationärer Pflege geringer ausfallen kann als hier geschätzt.

### 8.3.2 Modell 2: Effekt der Pflegereform

Im zweiten Modell werden erneut die Kapazitäten berechnet, die zukünftig benötigt werden, um die aktuelle Versorgungsdichte auf dem derzeitigen Niveau zu gewährleisten. Anders als in Modell 1 wird bei der nachfolgenden Bedarfsanalyse jedoch nicht nur die demografische Entwicklung berücksichtigt, sondern zusätzlich angenommen, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten zukünftig ansteigen. Grundlage dieser Hypothese ist die Beobachtung, dass die Pflegequoten seit der Pflegereform 2017 kontinuierlich gestiegen sind. Die folgende Bedarfsanalyse geht davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird (s. Szenario 2 in Kapitel 4.2). In diesem Modell steigt die Zahl der Pflegebedürftigen somit stärker an, was zu einem entsprechend größeren Bedarf in den einzelnen Versorgungsbereichen führt (Tabelle 24).

**Tabelle 24: Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 2: Anhaltender Effekt der Pflegereform**

	Service- wohnen	Ambu- lante WG	Ambulante Pflege- dienste*	Tages- pflege	Kurz- zeit- pflege	Vollsta- tion. Pflege**
<b>Versorgungsstand 2023</b>						
Kapazität	2.237	218	3.195	511	120	4.799
je 100 Pflegebedürftige	5,6	0,5	7,9	1,3	0,3	11,9
<b>Rechnerischer Bedarf bei gleicher Versorgungsdichte</b>						
2030	2.585	250	3.690	590	140	5.545
2035	2.645	260	3.780	605	140	5.675
2040	2.760	270	3.940	630	150	5.920
2045	2.915	285	4.165	665	155	6.255
<b>Differenz gegenüber Versorgung 2023</b>						
2030	350	30	495	80	20	745
2035	410	40	585	95	20	875
2040	525	50	745	120	30	1.120
2045	680	65	970	155	35	1.455

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.  
Werte gerundet auf die nächste 5er-Stelle.

\*Die Kapazität gibt die Anzahl der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Vollzeitkräfte wieder.

\*\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

- Nach diesem Berechnungsmodell wären bis 2035 etwa 410 zusätzliche Wohnungen mit Service erforderlich, um die Versorgungsdichte von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige sicherzustellen. Bis 2045 würde sich der zusätzliche Bedarf auf rund 680 Wohnungen belaufen.

- Derzeit stehen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften 0,5 Plätze je 100 Pflegebedürftige zur Verfügung. Um diese Versorgungsdichte trotz steigender Pflegequoten und demografischem Wandel aufrechtzuerhalten, wären rund 40 zusätzliche Plätze bis 2035 und rund 65 Plätze bis 2045 notwendig.
- In der ambulanten pflegerischen Versorgung müssten bis 2035 schätzungsweise rund 585 Vollzeitkräfte hinzukommen, um die aktuelle Versorgungsdichte von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftige beizubehalten. Bis 2045 würde der Bedarf stadtweit auf rund 4.165 Vollzeitstellen ansteigen, was eine Zunahme von 970 VZÄ gegenüber dem Jahr 2023 bedeutet.
- Die Zahl der Tagespflegeplätze sollte bis zum Jahr 2035 auf rund 605 Plätze steigen, um die derzeitige Versorgungsdichte von 1,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftige aufrechtzuerhalten (+80 Plätze). Bis zum Jahr 2045 müssten nach dem Berechnungsmodell etwa 155 weitere Plätze geschaffen werden.
- 2023 standen in der Stadt Düsseldorf 0,3 solitäre Kurzzeitpflegeplätze je 100 Pflegebedürftige zur Verfügung. Um diese Kapazität im Jahr 2035 zu halten, wären knapp 20 zusätzliche Plätze erforderlich. Bis 2045 müsste die Kapazität um etwa 35 Plätze erhöht werden.
- Die Bedarfsanalyse nach Modell 2 ergibt bis 2035 einen Mehrbedarf von 875 stationären Pflegeplätzen, um die aktuelle Versorgungsdichte von 11,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftige aufrechtzuerhalten. Bis 2045 wären rund 1.460 zusätzliche Pflegeplätze in stationären Einrichtungen erforderlich.
- Bezüglich des zukünftigen Personalbedarfs wird unter Berücksichtigung der Annahmen von Modell 2 der rechnerisch ermittelte Personalbedarf in der stationären Pflege im Jahr 2035 bei insgesamt rund 4.300 Vollzeitkräften liegen, das sind etwa 660 Vollzeitkräfte mehr, als heute in diesem Bereich beschäftigt sind. Bis 2045 entsteht nach der Modellrechnung ein Zusatzbedarf von rund 1.100 Vollzeitkräften. Addiert man dazu den ermittelten Bedarf von 970 VZÄ in der ambulanten Pflege, so ergibt sich insgesamt ein Personalbedarf von zusätzlich etwa 2.070 Vollzeitkräften bis 2045.

Die Bedarfsprognose nach Modell 1 stellt eine eher konservative Schätzung dar. Dadurch, dass nur demografische Veränderungen berücksichtigt werden, wird der Bedarf tendenziell unterschätzt. Demgegenüber folgt Modell 2 einem progressiveren Ansatz und berücksichtigt zusätzlich die Entwicklung der Pflegequoten. Das Modell geht in der Folge von einem stärkeren Zuwachs des Pflegebedarfs aus. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die steigenden Pflegequoten insbesondere auf eine wachsende Zahl von Pflegegeldbeziehenden zurückzuführen sind (vgl. Kapitel 4).

Diese Gruppe wird jedoch von Angehörigen versorgt und nimmt kaum professionelle Angebote in Anspruch. Der Mehrbedarf könnte in der Folge in Modell 2 zu hoch geschätzt sein.<sup>70</sup>

### 8.3.3 Modell 3: Substitution von stationären Pflegeplätzen

Während die Modelle 1 und 2 von einer gleichbleibenden Versorgungsstruktur ausgehen, soll in der nachfolgenden Bedarfsanalyse aufgezeigt werden, wie sich die Bedarfe in den einzelnen Pflegebereichen darstellen, wenn der Ausbau der Versorgungslandschaft gezielt auf bestimmte Pflegebereiche fokussiert wird. Im Zentrum steht dabei die Frage, inwiefern der Bedarf im stationären Bereich durch eine Steigerung der Versorgungsdichte bei den alternativen Wohnangeboten substituiert werden kann (s. Kapitel 7.3). In Bezug auf den Pflegebedarf wird in den nachfolgenden Bedarfsanalysen von einer Entwicklung wie in Modell 1 (Status-Quo) ausgegangen.

In Modell 3 wird dargestellt, wie sich die Versorgungskapazitäten entwickeln müssten, wenn im Bereich der alternativen Wohnformen ein deutlicher Ausbau stattfände (Tabelle 25). Dazu wird die Versorgungskennziffer für ambulant betreute Wohngemeinschaften von derzeit 0,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftige auf 1,0 Plätze je 100 Pflegebedürftige erhöht. Bei Servicewohnungen wird der Zielwert von aktuell 5,6 auf 7,0 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige angehoben.

---

<sup>70</sup> Diese Aussage ist jedoch erneut vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Modellrechnung die *derzeitige* Versorgungsdichte fortschreibt und mögliche Verbesserungen der Versorgungsdichte *nicht einfließen*.

**Tabelle 25: Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 3: Ausbau alternativer Wohnformen**

	Service- wohnen	Ambu- lante WG	Ambulante Pflege- dienste*	Tages- pflege	Kurz- zeit- pflege	Vollsta- tion. Pflege**
<b>Versorgungsstand 2023</b>						
Kapazität	2.237	218	3.195	511	120	4.799
je 100 Pflegebedürftige	5,6	0,5	7,9	1,3	0,3	11,9
<b>Rechnerischer Bedarf bei veränderter Versorgungsstruktur</b>						
je 100 Pflegebedürftige	<b>7,0</b>	<b>1,0</b>	<b>8,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,3</b>	<b>11,1</b>
2030	3.010	430	3.755	545	130	4.780
2035	3.080	440	3.840	560	130	4.895
2040	3.210	460	4.005	580	135	5.105
2045	3.395	485	4.240	615	145	5.395
<b>Differenz gegenüber Versorgung 2023</b>						
2030	775	210	560	35	10	-20
2035	845	220	645	50	10	95
2040	975	240	810	70	15	305
2045	1.160	265	1.045	105	25	595

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.  
Werte gerundet auf die nächste 5er-Stelle.

\*Die Kapazität gibt die Anzahl der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Vollzeitkräfte wieder.

\*\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

- Wenn bis zum Jahr 2023 der Zielwert von 1,0 Plätzen in Pflege Wohngemeinschaften je 100 Pflegebedürftigen erreicht werden soll, müssten rund 220 zusätzliche Wohngelegenheiten geschaffen werden. Das entspricht ca. 18 Wohngemeinschaften mit je zwölf Bewohner\*innen. Bei einer Fortschreibung der derzeitigen Versorgungsdichte wären es nur 20 zusätzliche Plätze (s. Modell 1). Bis zum Jahr 2045 ergibt sich ein Mehrbedarf von rund 265 Wohngelegenheiten (Modell 1: +45 Plätze).
- Das Angebot im Bereich Servicewohnen müsste im Jahr 2035 stadtweit rund 3.080 Wohnungen umfassen, um den Zielwert von 7,0 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige zu erreichen. Dies sind etwa 845 Wohnungen mehr als am Jahresende 2023 zur Verfügung standen. Bei einer Fortschreibung der derzeitigen Versorgungsdichte läge der Mehrbedarf bei nur 210 zusätzlichen Wohnungen (s. Modell 1). Bis 2045 müssten 1.160 zusätzliche Wohnungen entstehen (Modell 1: +460 Wohnungen).

- Die pflegerische Versorgung wird in ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Servicewohnanlagen von Pflegediensten geleistet. Ein Ausbau der Kapazitäten im Bereich der alternativen Wohnformen muss daher mit einer entsprechenden Personalaufstockung in ambulanten Pflegediensten einhergehen. Dabei wird angenommen, dass für die pflegerische Versorgung je Platz in einer ambulanten Wohngemeinschaft Mitarbeitende von Pflegediensten im Umfang von 0,52 VZÄ benötigt werden. Je Servicewohnung wird mit einem Personalbedarf von 0,17 VZÄ kalkuliert (s. Kapitel 7.3). Durch den beschriebenen Ausbau von Servicewohnungen und Pflegewohngemeinschaften ergibt sich in der ambulanten Pflege ein Bedarf von rund 655 zusätzlichen Vollzeitkräften bis 2035. Dies entspricht einem mehr als doppelt so hohen Personalbedarf wie nach Modell 1 (+295 VZÄ). Bis 2045 würde in der Stadt Düsseldorf Personal im Umfang von rund 1.045 VZÄ benötigt (Modell 1: +655 VZÄ).
- Durch den verstärkten Ausbau der alternativen Wohnformen könnten stationäre Bedarfe zum Teil abgefangen werden. Dabei wird, wie in Kapitel 7.3 erläutert, davon ausgegangen, dass ein Platz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften durchschnittlich 0,8 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen und eine Servicewohnung durchschnittlich 0,3 stationäre Pflegeplätze substituieren kann. Diesen Annahmen folgend ergibt sich, dass nach dieser Modellrechnung bis zum Jahr 2035 nur 95 zusätzliche stationäre Pflegeplätze benötigt werden. Bei einer Fortschreibung der derzeitigen Versorgungsdichte ergibt sich ein Bedarf von zusätzlich etwa 445 Plätzen (Modell 1). Bis zum Jahr 2045 liegt der Mehrbedarf unter der Voraussetzung des beschriebenen Ausbaus von alternativen Wohnformen bei knapp 600 Pflegeplätzen (Modell 1: + 985 Plätze). Die stadtweite Versorgungsdichte würde in diesem Fall weiter sinken, auf dann 11,1 Plätze in stationären Einrichtungen je 100 Pflegebedürftige.
- Der zukünftige Personalbedarf in der stationären Pflege würde nach dieser Modellrechnung entsprechend geringer ausfallen. Bis 2035 würde die beschriebene Entwicklung in den Bereichen der vollstationären Dauerpflege, der Kurzzeitpflege sowie der Tagespflege zusätzliches Personal von rund 100 Vollzeitkräften erfordern (Modell 1: +340 VZÄ). Bis zum Jahr 2045 liegt der Bedarf bei rund 485 weiteren Vollzeitkräften (Modell 1: +745 VZÄ). Da durch die in diesem Modell angestrebten Veränderungen der Angebotsstruktur jedoch hohe zusätzliche Personalbedarfe im ambulanten Bereich entstehen, ist insgesamt nicht davon auszugehen, dass mit dem fokussierten Ausbau von alternativen Wohnformen Personaleinsparungen einhergehen. Im Gegenteil liegt der bereichsübergreifende Mehrbedarf nach dieser Rechnung bei rund

1.530 zusätzlichen Vollzeitkräften bis 2045 und damit höher als der nach Modell 1 errechnete Wert von 1.400 Vollzeitkräften.

#### **8.3.4 Modell 4: Orientierung an Zielwerten**

Die in den Modellen 1 bis 3 errechneten Kapazitätsbedarfe orientieren sich an der derzeitigen Versorgungskapazität der Düsseldorfer Pflege- und Wohnangebote und schreiben diese in die Zukunft fort. Damit sind jedoch keine Annahmen darüber verbunden, inwiefern diese Versorgungskapazitäten tatsächlich ausreichend sind und jedem Menschen mit Pflegebedarf den Zugang zu Pflegeleistungen sowie eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen. Die Frage, welche Versorgungskapazität unter Berücksichtigung dieser qualitativen Gesichtspunkte eine „gute“ Versorgung darstellt, lässt sich nicht pauschal beantworten, und es existieren hierzu keine verbindlichen Standards.

Dennoch schlägt das ISG Zielwerte für die einzelnen Versorgungsbereiche vor. Diese basieren auf Vergleichen mit der Versorgungsdichte auf Landes- und Bundesebene sowie in anderen Gebietskörperschaften, auf Befragungen unter Pflegeanbietern, auf den Erfahrungen und der Expertise des ISG sowie auf der Fachdiskussion mit Vertreter\*innen der Stadtverwaltung. Die Zielwerte sind so angesetzt, dass ihre Umsetzung trotz steigendem Pflegebedarf eine Verbesserung der Versorgungssituation und eine Entlastung des Pflegesystems bewirken würde. Die vom ISG für die Stadt Düsseldorf vorgeschlagenen Zielwerte sind der folgenden Aufstellung zu entnehmen:

**Tabelle 26: Zielwerte einer verbesserten Versorgungssituation**

IST	ZIEL	Bereich .... je 100 Pflegebedürftige	Begründung:
5,6	7,0	Wohnungen mit Service	Gezielter Ausbau alternativer Wohnformen zur Entlastung der stationären Pflege
0,5	1,0	Wohngelegenheiten in Wohngemeinschaften	Gezielter Ausbau alternativer Wohnformen zur Entlastung der stationären Pflege
7,9	8,7	Mitarbeiter ambulanter Dienste	Versorgung liegt zwar bereits über dem Landes- und Bundesdurchschnitt, doch der Bedarf ist dennoch hoch. Zusätzliche Kapazitäten werden für die Versorgung der WGs und Servicewohnungen benötigt.
1,3	1,3	Tagespflegeplätze	Versorgung liegt bereits über dem Landesdurchschnitt. Bestehende Angebote haben zum Teil Auslastungsschwierigkeiten.
0,3	0,5	Solitäre Kurzzeitpflegeplätze	Die Versorgung ist im Bundesvergleich gut. Der Bedarf an Kurzzeitpflege ist dennoch hoch. Das Angebot spielt eine zentrale Rolle für die häusliche Pflege.
11,9	11,9	stationäre Pflegeplätze (einschl. KUPF)	Die Versorgung liegt unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt und die Auslastung ist hoch. Die aktuelle Versorgungsdichte sollte daher unbedingt erhalten werden. Der Ausbau alternativer Wohnformen verspricht eine Entlastung des stationären Bereichs.

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

Die Versorgungslage mit 5,6 **Servicewohnungen** je 100 Pflegebedürftige ist im überregionalen Vergleich bereits gut ausgestaltet. Allerdings sind große Unterschiede zwischen den Stadtbezirken festzustellen: So gibt es in einem Stadtbezirk kein entsprechendes Angebot, während die Versorgungsdichte in einem anderen Bezirk bei 23 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt. Die bestehenden Angebote führen zum Teil lange Wartelisten, und 42% der befragten Anbieter empfinden das derzeitige Angebot als unzureichend. Zukünftig ist mit einer weiter steigenden Nachfrage nach Wohnungen mit Service zu rechnen. Darüber hinaus können Angebote des Servicewohnens dazu beitragen, den stationären Pflegebereich zu entlasten, da sie barrierefreien bzw. -armen Wohnraum sowie bedarfsorientierte Unterstützungsleistungen zur Verfügung stellen (vgl. Kapitel 7.3). Die Stadt Düsseldorf sollte daher einen Ausbau dieser Wohnform anstreben. Das ISG empfiehlt hierfür einen Zielwert von 7,0 Servicewohnungen je 100 Pflegebedürftige. Dabei sind jedoch stets das Leistungsspektrum sowie die Kosten und deren Transparenz zu

berücksichtigen. Angebote des Servicewohnens sind insbesondere dann ein wirkungsvoller Bestandteil der Versorgungsstruktur, wenn sie ein umfassendes Leistungsangebot bieten und gleichzeitig für einen breiten Personenkreis zugänglich, das heißt finanzierbar, sind.

In der Stadt Düsseldorf liegt die Versorgungsdichte im Bereich der **ambulant betreuten Wohngemeinschaften** zwar über der anderer Städte, dennoch empfinden 47% der befragten Anbieter das Angebot als unzureichend. Auch aus fachlicher Sicht empfiehlt sich ein Ausbau dieser Wohnform, denn die Zielgruppen von Pflegewohngruppen und stationären Einrichtungen überschneiden sich stark (s. Kapitel 7.3). In diesem Sinne können sie eine geeignete Alternative zu einer stationären Versorgung darstellen und so einen wertvollen Beitrag zur Entlastung des stationären Pflegesektors leisten. Dabei bieten Pflegewohngemeinschaften den Vorteil, dass ihre Errichtung weniger voraussetzungsvoll ist. In Düsseldorf sind die Potenziale für den Bau oder die Anmietung großer Immobilien stark begrenzt. Pflegewohngemeinschaften können hingegen dezentral und in kleinen Einheiten errichtet werden. Aus diesen Gründen empfiehlt das ISG einen Zielwert von 1,0 Plätzen in Pflegewohngemeinschaften je 100 Pflegebedürftige.

Der Wert von 7,9 Vollzeitmitarbeitenden in **ambulanten Pflegediensten** je 100 Pflegebedürftige liegt zwar über dem Landes- und Bundesdurchschnitt, doch nach Einschätzungen der örtlichen Planung ist diese Kapazität dennoch nicht ausreichend. Auch 38% der Anbieter bewerten das Angebot als unzureichend. Ebenso viele empfinden das Angebot jedoch als „genau richtig“ oder zu groß. Aus fachlicher Sicht empfiehlt sich dennoch ein weiterer Ausbau, denn ambulante Pflegedienste spielen eine zentrale Rolle in der häuslichen Versorgung. Der Bedarf wird außerdem deutlich steigen, sollten Servicewohnungen und ambulant betreute Wohngemeinschaften wie geplant ausgebaut werden. Das ISG schlägt daher als Zielwert eine Versorgungskennziffer von 8,7 Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige vor. Dies entspricht dem errechneten Mehrbedarf bei einem Ausbau der alternativen Wohnformen in zuvor genannter Höhe.

Die Versorgungsdichte mit **Tagespflegeplätzen** liegt mit 1,4 Plätzen je 100 Pflegebedürftige zwischen dem Landes- und dem Bundesdurchschnitt. In der Vergangenheit haben bestehende Angebote jedoch immer wieder von Auslastungsschwierigkeiten berichtet. Derzeit liegt die durchschnittliche Auslastung bei 75%. Unter den befragten Anbietern sehen 27% das Angebot als unzureichend, 29% empfinden es als „genau richtig“, und 17% sind der Meinung, das Angebot sei bereits zu groß. All dies deutet darauf hin, dass im Bereich der Tagespflege von einer Bedarfssättigung auszugehen ist. Der zukünftige Ausbau sollte daher nur proportional zur steigenden Zahl der Pflegebedürftigen stattfinden. Das ISG empfiehlt, als Zielwert die aktuelle Versorgungsdichte beizubehalten. Neue Angebote sollten idealerweise an

Wohnangebote oder stationäre Einrichtungen angegliedert sein, um die Auslastung sicherzustellen.

Das Angebot der **solitären Kurzzeitpflege** liegt mit 0,3 Pflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige über dem bundesweiten Durchschnitt. Dennoch äußern Akteur\*innen vor Ort ein Defizit. In der Befragung der Pflegeanbieter gaben 80% der Befragten an, dass das Kurzzeitpflegeangebot unzureichend sei. Da es sich bei der Kurzzeitpflege um ein Angebot handelt, das in verschiedenen Bedarfslagen einen zentralen Stellenwert besitzt und eine wichtige Rolle in der Unterstützung pflegender Angehöriger spielt, empfiehlt das ISG, den Zielwert auf 0,5 Kurzzeitpflegeplätze je 100 Pflegebedürftige zu erhöhen.

Die Versorgungsdichte in der **vollstationären Pflege** liegt mit 11,9 vollstationären Pflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt. Die Einrichtungen führen zum Teil lange Wartelisten und sind überwiegend voll ausgelastet. Der hohe Saldo von Fortzügen gegenüber Zuzügen stationär versorgter Pflegebedürftiger deutet zusätzlich darauf hin, dass die derzeitigen Kapazitäten der Stadt Düsseldorf nicht ausreichen. Auch in der Anbieterbefragung gaben 76% der Teilnehmenden an, dass das Angebot an stationären Pflegeeinrichtungen unzureichend sei. Die Errichtung neuer Einrichtungen ist vor dem Hintergrund der geringen Verfügbarkeit geeigneter Bauflächen und Mietobjekte jedoch mit deutlichen Herausforderungen verbunden. Das ISG empfiehlt daher, insbesondere den Erhalt der derzeitigen Versorgungsdichte anzustreben. Der Ausbau der Kapazitäten sollte mindestens proportional zum Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen erfolgen. Zusätzlich sollten Maßnahmen zur Entlastung der stationären Pflege ergriffen werden. Momentan stehen rund 8% der versorgungsvertraglich vereinbarten Plätze aufgrund von Belegungsstopps de facto nicht zur Verfügung.<sup>71</sup> Diese Kapazitäten sollten voll ausgeschöpft werden. Darüber hinaus trägt der angestrebte Ausbau alternativer Wohnformen dazu bei, die stationäre Pflege zu entlasten.

Bei der Fortführung der Pflegeplanung müssen diese Zielwerte unter Berücksichtigung einer sich verändernden Bevölkerungs- und Versorgungsstruktur kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Die folgende Bedarfsprognose stellt dar, wie sich die Kapazitäten in den einzelnen Versorgungsbereichen entwickeln müssen, um in Zukunft die vorgeschlagenen Zielwerte zu erreichen. Bezüglich der Entwicklung des Pflegebedarfs liegen dem Berechnungsmodell die Annahmen von Modell 1 zugrunde. Das heißt, dass demografische Entwicklungen berücksichtigt werden, die Pflegequoten jedoch als konstant angenommen werden.

---

<sup>71</sup> Darunter befinden sich 74 Plätze, die durch einen offiziellen Belegungsstopp der WTG-Behörde nicht zur Verfügung standen.

**Tabelle 27: Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 4: Orientierung an Zielwerten**

	Service- wohnen	Ambu- lante WG	Ambulante Pflege- dienste*	Tages- pflege	Kurz- zeit- pflege	Vollsta- tion. Pflege**
<b>Versorgungsstand 2023</b>						
Kapazität	2.237	218	3.195	511	120	4.799
je 100 Pflegebedürftige	5,6	0,5	7,9	1,3	0,3	11,9
<b>Rechnerischer Bedarf bei Orientierung an Zielwert</b>						
je 100 Pflegebedürftige	<b>7,0</b>	<b>1,0</b>	<b>8,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>	<b>11,9</b>
2030	3.010	430	3.755	545	215	5.125
2035	3.080	440	3.845	560	220	5.245
2040	3.210	460	4.010	580	230	5.470
2045	3.395	485	4.240	615	245	5.785
<b>Differenz gegenüber Versorgung 2023</b>						
2030	775	210	560	35	95	325
2035	845	220	650	50	100	445
2040	975	240	815	70	110	670
2045	1.160	265	1.045	105	125	985

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.  
Werte gerundet auf die nächste 5er-Stelle.

\*Die Kapazität gibt die Anzahl der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Vollzeitkräfte wieder.

\*\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

- Das Angebot im Bereich Servicewohnen müsste im Jahr 2035 stadtweit rund 3.080 Wohnungen umfassen, um den Zielwert von 7,0 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige zu erreichen. Dies sind etwa 845 Wohnungen mehr als am Jahresende 2023 zur Verfügung standen. Bis 2045 müssten rund 1.160 zusätzliche Wohnungen entstehen.
- Wenn bis zum Jahr 2035 der Zielwert von 1,0 Plätzen in Pflegewohngemeinschaften je 100 Pflegebedürftigen erreicht werden soll, müssten rund 220 zusätzliche Wohngelegenheiten geschaffen werden. Das entspricht ca. 18 Wohngemeinschaften mit je zwölf Bewohner\*innen. Bis zum Jahr 2045 ergibt sich ein Mehrbedarf von rund 265 Wohngelegenheiten.
- Der Ausbau der alternativen Wohnformen muss mit einer Ausweitung der Versorgungskapazitäten in der ambulanten Pflege einhergehen. Um den Zielwert von 8,7 Vollzeitkräften in ambulanten Pflegediensten je 100 Pflegebedürftige zu erreichen, ergibt sich ein Bedarf von rund 650 zusätzlichen

Vollzeitkräften bis 2035. Bis 2045 würde in der Stadt Düsseldorf Personal im Umfang von rund 1.045 VZÄ benötigt

- Die Versorgung mit Tagespflegeplätzen ist in der Stadt Düsseldorf bereits gut ausgebaut. Um die derzeitige Versorgungsdichte aufrechtzuerhalten, würde bis 2035 weitere 50 Plätze und bis 2045 zusätzlich 105 Tagespflegeplätze benötigt.
- Der vorgeschlagene Zielwert im Bereich der solitären Kurzzeitpflege liegt bei 0,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Um diesen Wert zu erreichen, müsste die Kapazität bis 2035 stadtweit um rund 100 weitere Plätze und bis 2045 um rund 125 Plätze erweitert werden.
- Der angestrebte Ausbau der alternativen Wohnformen dient der Entlastung des stationären Pflegebereichs. Obwohl durch Servicewohnungen und insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften zum Teil stationäre Pflegeplätze substituiert werden können, sollte die Versorgungsdichte nicht unter den derzeitigen Wert von 11,9 Pflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige fallen. Um dies zu erreichen, müssten bis 2035 etwa 445 zusätzliche Plätze geschaffen werden. Bis zum Jahr 2045 entsteht ein rechnerischer Mehrbedarf von rund 985 Plätzen.

Der zukünftige Personalbedarf würde bei einem Ausbau der Versorgungslandschaft gemäß den Zielwerten wie folgt ausfallen: Bis 2035 würde in den Bereichen der vollstationären Dauerpflege, der Kurzzeitpflege sowie der Tagespflege zusätzliches Personal im Umfang von rund 400 Vollzeitkräften nötig sein. Bis zum Jahr 2045 liegt der Bedarf bei rund 810 weiteren Vollzeitkräften. Zusammen mit den 1.045 Vollzeitkräften, die im Bereich der ambulanten Pflege benötigt werden, ergibt sich insgesamt ein Personalbedarf von etwa 1.860 Vollzeitkräften bis 2045.

## 9 Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen für die pflegerische Versorgung

### ***Das Wichtigste in Kürze***

Trotz einem deutlichen Zuwachs beim Personal in der Pflege sinkt das Verhältnis von Beschäftigten zu Pflegebedürftigen. Der Mangel an Fach- und Arbeitskräften in der Pflege ist ein gravierendes Problem, das zum Teil zu erheblichen Versorgungsengpässen und Qualitätsdefiziten führt. Je nach Berechnungsmodell liegt der Personalbedarf in Düsseldorf im Jahr 2035 in der stationären und ambulanten Pflege insgesamt etwa zwischen 7.500 und 8.000 Vollzeitkräften. Dies entspricht rund 700 bzw. 1.200 Vollzeitkräften mehr, als derzeit in Düsseldorfer Einrichtungen und Diensten tätig sind. Bis zum Jahr 2045 wird zusätzliches Personal im Umfang von 1.400 bis 2.000 zusätzlichen Vollzeitäquivalenten benötigt. In den kommenden Jahren erreichen zudem die Pflegekräfte der geburtenstarken Jahrgänge der Fünfziger- und Sechzigerjahre das Rentenalter. Ein weiterer kritischer Aspekt des Personalmangels in der Pflege ist daher die bevorstehende Verrentungswelle.

Aufgrund der genannten Herausforderungen kommt der informellen Pflege in Zukunft eine wachsende Bedeutung zu. Informelle Pflege kann von unterschiedlichen Personengruppen übernommen werden, z. B. die Kinder von Pflegebedürftigen, deren Lebenspartner sowie sonstige Angehörige, Freunde und Nachbarn. Für die häufig geäußerte Vermutung, dass das informelle Pflegepotenzial zukünftig deutlich sinken wird, zeigen sich nur teilweise Anhaltspunkte. So gibt es keine Hinweise darauf, dass das partnerschaftliche Pflegepotenzial in Zukunft deutlich abnimmt. Im Hinblick auf die Unterstützung durch die Kindergeneration zeichnet sich jedoch eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen und des Potenzials für informelle Pflege ab. Darüber hinaus erfordert die moderne Arbeitswelt zunehmende Flexibilität und Mobilität, was in größeren geografischen Distanzen zwischen Familienmitgliedern resultieren kann. Die gestiegene Erwerbsbeteiligung von Frauen trägt dazu bei, dass diese in geringerem Umfang zur pflegerischen Versorgung beitragen können.

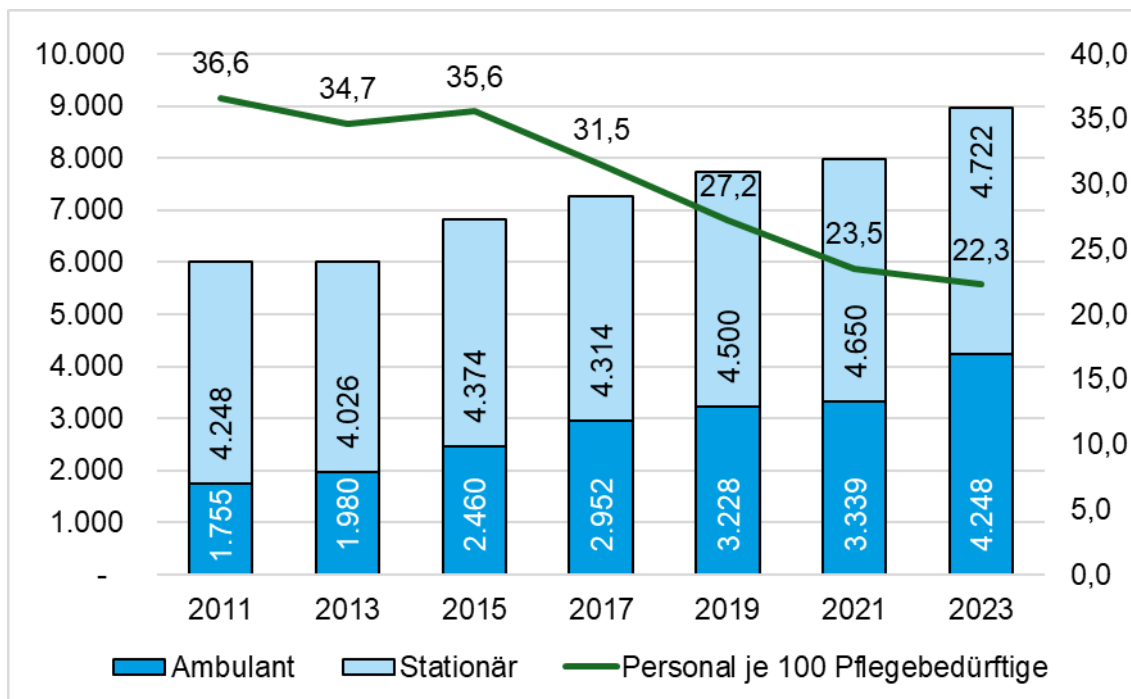
In der häuslichen Pflege gewinnt das Modell der sogenannten „Live-in-Pflege“ oder „24-Stunden-Betreuung“ zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich um Betreuungskräfte aus dem Ausland, die im Haushalt der Pflegebedürftigen leben. Die Arbeits- und Lebensbedingungen dieser Pflegekräfte sind jedoch häufig prekär. Oftmals verstoßen die Beschäftigungsverhältnisse gegen die in Deutschland geltenden arbeitsrechtlichen Vorschriften.

Dem Ansatz der diversitätssensiblen Pflege kommt eine wachsende Bedeutung zu, da er sicherstellt, dass die vielfältigen Bedürfnisse und Hintergründe der pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden.

## 9.1 Fach- und Arbeitskräftesituation

Eine der zentralen Herausforderungen, mit denen sich die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung konfrontiert sieht, ist die derzeitige und zukünftige Personalsituation. Die Zahl der Beschäftigten in der Pflege steigt zwar seit Jahren kontinuierlich: Während 2011 insgesamt rund 6.000 Personen in der ambulanten und stationären Pflege arbeiteten, ist deren Zahl bis 2023 auf knapp 9.000 gestiegen (+49%, Abbildung 52). Trotz dieses deutlichen Zuwachses sinkt jedoch das Verhältnis von Beschäftigten zu Pflegebedürftigen. Während es 2011 in Düsseldorf 36,6 Mitarbeitende in ambulanten und stationären Einrichtungen je 100 Pflegebedürftige gab, waren im Jahr 2023 nur noch 22,3 Beschäftigte je 100 Pflegebedürftige. Der Beschäftigtenzuwachs fällt also niedriger aus als der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen.

**Abbildung 52: Beschäftigte in der stationären und ambulanten Pflege – Stadt Düsseldorf 2011-2023**



Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2011-2023 (Stichtag jeweils 15.12.).

Schon seit Jahren ist der Mangel an Fach- und Arbeitskräften in der Pflege ein gravierendes Problem, das zum Teil zu erheblichen Versorgungsengpässen und Qualitätsdefiziten führt. Manche Pflegeeinrichtungen sind gezwungen, ihr Angebot zu reduzieren, da nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Im stationären Pflegebereich äußert sich dies in Form von Belegungsstopps, die auferlegt werden, da der vorgegebene Personalschlüssel nicht eingehalten werden kann (s. Kapitel 6.1.4). Am Jahresende 2023 waren 8,6% von 4.814 theoretisch vorhandenen Plätzen in stationären Einrichtungen nicht belegt. Auch in der ambulanten Pflege haben viele

Dienste ihr Versorgungslimit erreicht. In der Befragung des ISG gab die Hälfte der Pflegedienste an, im Laufe des Jahres 2023 Neuanfragen von potenziellen Klient\*innen aufgrund von Personalmangel abgelehnt zu haben. Vier Dienste mussten im Jahr 2023 sogar bestehende Verträge mit Klient\*innen kündigen. Der Mangel an Personal führt demnach dazu, dass die ohnehin schon niedrigen Versorgungskapazitäten nicht voll ausgeschöpft werden können.

Infolge der Alterung der Gesellschaft und der damit einhergehend wachsenden Anzahl von Pflegebedürftigen wird auch der Personalbedarf in Zukunft weiter steigen. In Kapitel 8.3 wurde dargestellt, wie sich die Kapazitäten in den einzelnen Pflegebereichen in der Stadt Düsseldorf entwickeln müssen, um mindestens die derzeitige Versorgungsleistung aufrechterhalten zu können. Aus diesen Vorausberechnungen sowie den aktuellen Personalkapazitäten in der Pflege lässt sich der zukünftige Personalbedarf abschätzen (Tabelle 28). Je nach Berechnungsmodell liegt der Personalbedarf im Jahr 2035 in der stationären und ambulanten Pflege insgesamt etwa zwischen 7.500 und 8.000 Vollzeitkräften. Dies entspricht rund 700 bzw. 1.200 Vollzeitkräften mehr als derzeit in Düsseldorfer Diensten und Einrichtungen tätig sind. Bis zum Jahr 2045 wird zusätzliches Personal im Umfang von 1.400 bis 2.000 zusätzlichen Vollzeitäquivalenten benötigt.

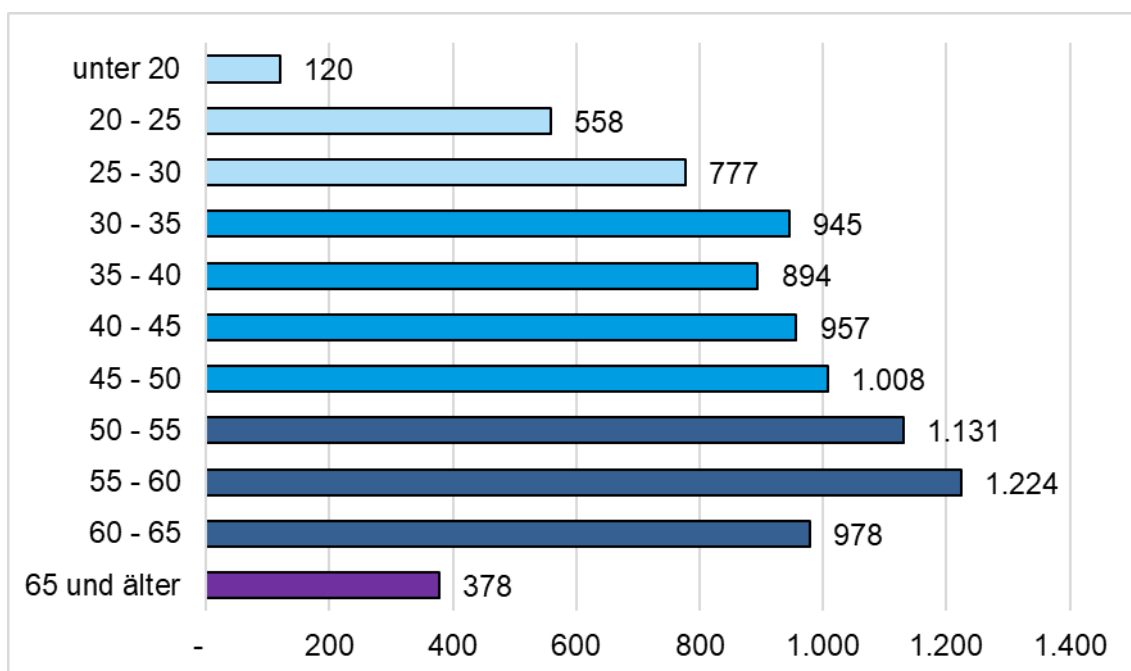
**Tabelle 28: Vorausberechnung des Personalbedarfs (VZÄ) in der Pflege - Stadt Düsseldorf 2023 bis 2045**

Modell	Bereich	Jahr					Dif. 2023-2045
		2023	2030	2035	2040	2045	
<b>Modell 1</b> Status-Quo	Stationär	3.631	3.880	3.970	4.140	4.380	+750
	Ambulant	3.195	3.410	3.490	3.640	3.850	+660
	Insgesamt	6.826	7.290	7.460	7.780	8.230	+1.400
<b>Modell 2</b> Steigende Pflegequoten	Stationär	3.631	4.190	4.290	4.480	4.730	+1.100
	Ambulant	3.195	3.690	3.780	3.940	4.160	+970
	Insgesamt	6.826	7.890	8.070	8.420	8.900	+2.070
<b>Modell 3</b> Ausbau alternativer Wohnformen	Stationär	3.631	3.650	3.730	3.890	4.120	+490
	Ambulant	3.195	3.760	3.850	4.010	4.250	+1.060
	Insgesamt	6.826	7.410	7.580	7.900	8.360	+1.530
<b>Modell 4</b> Orientierung an Zielwerten	Stationär	3.631	3.935	4.029	4.199	4.443	+810
	Ambulant	3.195	3.755	3.845	4.010	4.240	+1.050
	Insgesamt	6.826	7.690	7.874	8.209	8.683	+1.860

Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.), Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024. Personal in VZÄ, gerundete Werte.

In den kommenden Jahren erreichen die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre das Rentenalter. Ein weiterer kritischer Aspekt des Personalmangels in der Pflege ist daher die bevorstehende Verrentungswelle. Zum Jahresende 2023 war knapp ein Drittel der Beschäftigten (29%) in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Düsseldorf im Alter ab 55 Jahren (Abbildung 32). Innerhalb der nächsten sieben Jahre werden rund 1.400 Beschäftigte den Arbeitsmarkt verlassen (15% aller derzeit Beschäftigten). In den darauffolgenden fünf Jahren erreichen rund 1.200 weitere Beschäftigte das Rentenalter (14% der derzeit Beschäftigten). Diese Entwicklung verschärft den bestehenden Personalmangel erheblich und stellt die Pflegebranche vor enorme Herausforderungen. Der Verlust erfahrener Pflegekräfte bedeutet nicht nur eine Reduktion der verfügbaren Arbeitskraft, sondern auch den Verlust wertvollen Wissens und praktischer Erfahrung, die für die Qualität der Pflege essenziell sind.

**Abbildung 53: Altersstruktur der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen – Stadt Düsseldorf 2023**



Quelle: IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2023 (Stichtag 15.12.), Anzahl der Beschäftigten; Darstellung des ISG.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, muss insbesondere für ausreichend Nachwuchs in den Pflegeberufen gesorgt werden. Laut Daten des Statistischen Landesamtes IT.NRW lag die Zahl Auszubildenden mit neuabgeschlossenen Ausbildungsverträgen nach dem Pflegeberufegesetz im Jahr 2023 in der Stadt Düsseldorf bei 420 Personen.

Dies entspricht zwar 33 Personen bzw. 9% mehr als im Vorjahr, jedoch zeichnet sich daraus noch kein Trend ab. 2021 wurden ebenfalls 420 Ausbildungsverträge abgeschlossen.<sup>72</sup>

Im Jahr 2023 haben die ersten Auszubildenden die neue generalistische Pflegeausbildung abgeschlossen. Die Zahl der Auszubildenden, die die Ausbildung mit bestandener Prüfung beendet haben, lag bei 240.<sup>73</sup> Geht man anhand der Altersstruktur der Beschäftigten davon aus, dass in den kommenden Jahren jährlich etwa 200 Beschäftigte aus der Altenpflege den Arbeitsmarkt verlassen, erscheint diese Zahl zu gering, zumal nur ein Teil der Auszubildenden in der Altenpflege arbeiten wird und andere in den Bereichen Kranken- und Kinderpflege beschäftigt sein werden. Vor diesem Hintergrund ist es als besonders kritisch zu bewerten, dass im Jahr 2023 216 Personen die Pflegeausbildung ohne Abschluss beendet haben, dies entspricht 48% aller innerhalb dieses Jahres beendeten Ausbildungsverträge. Dies verdeutlicht, dass die neue Pflegeausbildung durch eine hohe Zahl von Ausbildungsabbrüchen enormen Herausforderungen gegenübersteht. Eine mögliche Ursache für die hohe Abbruchquote sind das erweiterte Curriculum und die gestiegenen Ansprüche. Die Auszubildenden werden für den Einsatz in allen Versorgungsbereichen (Kranken-, Alten-, und Kinderpflege) qualifiziert. Dies erfordert eine hohe Anpassungsfähigkeit und kann überfordernd wirken.

Eine Untersuchung des ISG kommt zu dem Schluss, dass insbesondere der „Praxisschock“ und ein damit verbundenes Auseinanderfallen von Erwartungen oder Ansprüchen an den Beruf bei vielen Auszubildenden zu Abbruchgedanken führt. Zukünftig gilt es daher, Maßnahmen zu entwickeln, um diesen Schock abzumildern und Auszubildenden mit Abbruchgedanken beratend und unterstützend zur Seite zu stehen.<sup>74</sup>

Eine zentrale Rolle in der Diskussion um den Personalmangel in der Pflege spielen ausländische Fach- und Arbeitskräfte.<sup>75</sup> In den letzten zehn Jahren ist die Zahl ausländischer Beschäftigter in der Pflege stark angestiegen: Während 2013 deutschlandweit etwa 32.000 ausländische Beschäftigte in der Altenpflege tätig waren (7% aller Beschäftigten), waren es im Jahr 2023 bereits 119.000 bzw. 19% aller Beschäftigten. Dies entspricht einem Zuwachs von 273% über den gesamten Zeitraum. Ausländische Arbeitskräfte tragen daher entscheidend dazu bei, den Personalmangel in der Pflege abzufedern.

---

<sup>72</sup> IT.NRW (2024): Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung.

<sup>73</sup> Ebd.

<sup>74</sup> Fuchs et al. (2024).

<sup>75</sup> Carstensen et al. (2024).

In der Pflege arbeiten mittlerweile vermehrt Personen aus Ländern außerhalb der EU, wobei zwischenstaatliche Anwerbeabkommen eine zentrale Rolle spielen.<sup>76</sup> Das neue Fachkräfteeinwanderungsgesetz hat die Bedingungen für die Einwanderung und Beschäftigung ausländischer Fachkräfte in Deutschland erheblich verbessert.<sup>77</sup> Unter anderem wurden die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse vereinfacht und die Verdienstgrenze für die Blaue Karte EU gesenkt. Zudem wurde eine Chancenkarte mit Punktesystem eingeführt, die es Menschen ermöglicht, auf Basis ihrer Qualifikationen, Sprachkenntnisse und Berufserfahrung zwecks Jobsuche nach Deutschland zu kommen. Dennoch bleiben Anerkennungsverfahren, Aufenthaltsgenehmigungen und andere bürokratische Prozesse oftmals langwierig und kompliziert. Nicht selten arbeiten ausländische Fachkräfte unterhalb ihres Qualifikationsniveaus und können ihre Fähigkeiten und ihr Wissen nicht vollständig einbringen, was sowohl für die Fachkräfte selbst als auch für den deutschen Arbeitsmarkt ein Verlust ist. Daneben sind sprachliche Barrieren eine der größten Hürden, da mangelnde Deutschkenntnisse die Kommunikation mit Patient\*innen und Kolleg\*innen erschweren können. Kommunen können den Einsatz ausländischer Beschäftigter insbesondere durch die Bereitstellung von Sprachkursen sowie die Errichtung von Beratungs- und Anlaufstellen fördern, die ausländische Fachkräfte bei der Anerkennung ihrer Qualifikationen und der Suche nach Arbeitsplätzen unterstützen.

Um den akuten Pflegekräftemangel zu thematisieren und Lösungsansätze zu entwickeln, organisierte das Amt für Soziales und das Gesundheitsamt im Auftrag des Ausschusses für Gesundheit und Soziales der Stadt Düsseldorf am 18. November 2022 den Fachtag „Pflegekräfteoffensive“. Es nahmen knapp 350 Personen teil und beleuchteten die Berufsfelder der Krankenpflege, der Altenpflege sowie der Hebammen aus unterschiedlichen Perspektiven.<sup>78</sup> Der Fachtag kam zu dem Ergebnis, dass es von zentraler Bedeutung ist, das Image der Pflegeberufe zu stärken und neue Modelle zu entwickeln. Dazu zählen unter anderem eine trägerunabhängige Pflegeplanung und -ausbildung. Außerdem wurde vorgeschlagen, Pflegeschulen in Berufsfachschulen umzuwandeln, damit diese Ausbildungsform Teil des allgemeinen Berufsbildungssystems wird und künftig aus Steuermitteln statt aus der Pflegeversicherung finanziert wird. Ein weiterer Ansatz zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ist die Schaffung flexibler Arbeitszeiten. Dies könnte durch langfristig geplante Dienstpläne und die Einführung dynamischer Arbeitszeitkonten ermöglicht werden. In Düsseldorf gibt es bereits ein breites Angebot an

---

<sup>76</sup> Solche bestehen mit Bosnien-Herzegowina, Indien, Vietnam, China, Marokko, Brasilien, Tunesien, Philippinen, Kolumbien, Mexiko, Kirgisistan, Costa Rica.

<sup>77</sup> Pepler, L. (2024).

<sup>78</sup> [Fachtag Pflegekräfteoffensive - Landeshauptstadt Düsseldorf](#).

Weiterbildungsmöglichkeiten, die bei Bedarf über das Jobcenter vermittelt werden. Gleichzeitig sollen Maßnahmen ergriffen werden, um die einjährige Ausbildung in der Pflegefachassistenz attraktiver zu gestalten.

## 9.2 Entwicklung des informellen Pflegepotenzials

Etwa neun von zehn Pflegebedürftigen in Düsseldorf werden in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Dabei erfolgt die Versorgung in einem Großteil der Fälle durch An- und Zugehörige als sogenannte „informelle Pflege“ (64%). Nur 24% erhalten ausschließlich oder zusätzlich Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste und 13% werden stationär versorgt. Die Pflege durch Angehörige stellt somit sowohl in der Landeshauptstadt Düsseldorf als auch in Deutschland allgemein eine der wichtigsten Säulen des Versorgungssystems dar.

Dabei hat die Bedeutung dieser Versorgungsform in den vergangenen Jahren weiter zugenommen, wie sich an der Entwicklung der Zahl von Pflegegeldbeziehenden erkennen lässt (vgl. Abbildung 9). Diese Entwicklung wird politisch gefördert. So ist in § 3 SGB XI festgehalten, die Pflegeversicherung solle „mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können“. Dabei entsprechen der Verbleib und die Pflege in der eigenen Häuslichkeit den Präferenzen und Wünschen vieler Pflegebedürftiger.<sup>79</sup> Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der Bürgerbefragung „Leben in Düsseldorf“ (s. Kapitel 5). 60% der Befragten können sich eine Versorgung im eigenen Haushalt durch Verwandte vorstellen. 40% geben an, dass für sie eine Versorgung durch einen professionellen Pflegedienst in Betracht kommt. Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung können sich hingegen nur 24% der Befragten vorstellen.

Ein weiterer Grund für die zunehmende Bedeutung der informellen Pflege besteht jedoch auch in dem gravierenden Mangel an Pflegepersonal, der sich in der Stadt Düsseldorf ebenso wie in ganz Deutschland zeigt.<sup>80</sup> Die professionellen Versorgungsstrukturen können die Nachfrage vielerorts nicht bedienen, sodass Pflegebedürftige bei der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Pflegeleistungen oftmals vor großen Herausforderungen stehen. Auch die steigenden Kosten für Pflegeleistungen und die damit einhergehend steigenden Eigenanteile können dazu beitragen, dass die Inanspruchnahme von Sachleistungen sinkt und Pflegebedürftige vermehrt Pflegegeld beziehen.<sup>81</sup> Für die Pflegeversicherung ist die

<sup>79</sup> Vgl. Lehnert et al. (2019).

<sup>80</sup> Vgl. Destatis, [Pressemitteilung Nr. 033 vom 24. Januar 2024](#).

<sup>81</sup> Vgl. Rothgang & Müller (2021).

Pflege durch Angehörige und Nachbarn gegenüber der professionellen Pflege mit deutlichen Kostenvorteilen verbunden.

Vor dem Hintergrund der strukturellen und finanziellen Herausforderungen des aktuellen Pflegesystems sowie dem prognostizierten Anstieg der Pflegebedürftigen (s. Kapitel 4.2) ist eine weitere Zunahme des Bedarfs an informeller Pflege zu erwarten. Inwiefern dieser Bedarf gedeckt werden kann, hängt jedoch in hohem Maße von den Möglichkeiten und der Bereitschaft von Angehörigen, Freunden und Nachbarn ab, pflegerische Aufgaben zu übernehmen.

Informelle Pflege kann von unterschiedlichen Personengruppen übernommen werden, und für eine Beurteilung der zukünftigen Entwicklung des Pflegepotenzials müssen jeweils unterschiedliche Entwicklungen berücksichtigt und Annahmen getroffen werden. Im Folgenden wird daher zwischen drei Gruppen von pflegenden An- und Zugehörigen unterschieden, die sich über die Beziehung zur pflegebedürftigen Person definieren: die Kinder von Pflegebedürftigen, ihre Lebenspartner\*innen sowie sonstige Angehörige, Freunde und Nachbarn.

### ***Ehe- und Lebenspartner\*innen***

Eine zentrale Rolle in der informellen Pflege spielen die Lebenspartner\*innen von Pflegebedürftigen. Sie stellen häufig die erste und wichtigste Unterstützungsressource im Falle einer eintretenden Pflegebedürftigkeit dar. Laut Ergebnissen des Deutschen Alterssurvey (DEAS<sup>82</sup>) wurde 2021 von einem Großteil der Teilnehmenden mit Unterstützungsbedarf der Partner bzw. die Partnerin als primäre unterstützende Person genannt (35%). Auch die Ergebnisse der Bürgerbefragung „Leben in Düsseldorf“ zeigen, dass die Pflege durch den Partner oder die Partnerin am wahrscheinlichsten ist. 75% der Befragten geben an, dass sie im Falle einer Pflegebedürftigkeit „sehr wahrscheinlich“ von ihrem/ihrer Partner\*in unterstützt werden würden (s. Kapitel 5). Das Vorhandensein eines Partners bzw. einer Partnerin trägt insofern in hohem Maße zur Sicherung der Versorgung bei und ermöglicht in vielen Fällen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit.<sup>83</sup>

Im hohen Alter sinkt jedoch der Anteil der Personen, die mit einem Ehe- oder Lebenspartner bzw. einer Partnerin zusammenleben, erheblich. In der DEAS-Stichprobe lebten 79% der unter 60-Jährigen mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen. In der Gruppe der ab 80-Jährigen lag dieser Anteil hingegen nur bei 54%. Der Hauptgrund dafür ist das Versterben der Lebensgefährten, wobei die

---

<sup>82</sup> Der [Deutsche Alterssurvey \(DEAS\)](#) ist eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von in Deutschland lebenden Personen im Alter ab 40 Jahren.

<sup>83</sup> Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass der Partner selbst über eine ausreichende Gesundheit und zeitliche Ressourcen verfügt, um die pflegerischen Aufgaben bewältigen zu können.

unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen eine bedeutende Rolle spielen. Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer, was dazu führt, dass es im hohen Alter deutlich mehr alleinstehende Frauen gibt.

Ohne die Unterstützung eines Partners oder einer Partnerin sind viele ältere Menschen auf alternative Pflegearrangements angewiesen, darunter häufig auch professionelle Pflegedienstleistungen. Insofern hat die Wahrscheinlichkeit von Partnerschaften im Alter Einfluss auf Pflegebedarfe und die Versorgungsstruktur. Im Hinblick auf zukünftige Generationen von Älteren wird häufig die Befürchtung geäußert, dass diese mit einer noch geringeren Wahrscheinlichkeit in einer Partnerschaft und häufiger in Single-Haushalten leben. Ausgangspunkt dieser Befürchtung ist ein schon seit langem diagnostizierter Trend der Individualisierung bzw. Pluralisierung von Lebensformen, der mit einer schwindenden Bedeutung „traditioneller“ Lebensmodelle einschließlich der sogenannten Kernfamilie sowie einer zunehmenden Scheidungsneigung einhergeht.<sup>84</sup>

Die Statistik der Ehescheidungen deutet jedoch bislang in eine andere Richtung: So ist die Zahl der Ehescheidungen in Relation zur Zahl der Eheschließungen in der Landeshauptstadt Düsseldorf seit Jahren rückläufig. Während es im Jahr 2022 rund 31 Scheidungen je 100 Eheschließungen gab, waren es im Jahr 2012 noch 50 Scheidungen je 100 Eheschließungen.<sup>85</sup>

Betrachtet man die Entwicklung der älteren Bevölkerung in der Stadt Düsseldorf nach Familienstand, finden sich ebenfalls keine Hinweise auf eine Abnahme partnerschaftlichen Zusammenlebens (Abbildung 54). Zwar ist der Anteil geschiedener Personen unter den ab 80-Jährigen von 6% im Jahr 2008 auf 10% im Jahr 2023 gestiegen, jedoch hat auch der Anteil der Verheirateten deutlich zugenommen. Während 2008 noch 32% der ab 80-Jährigen verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft waren, lag dieser Anteil 2023 bei 40%. Maßgeblich für diese Entwicklung ist, dass der Anteil verwitweter Menschen kontinuierlich abgenommen hat, was auch mit dem allmählichen Ableben der Kriegsgeneration zusammenhängt. Der Anteil der ledigen älteren Menschen ist von 8% im Jahr 2008 auf 6% im Jahr 2023 gesunken.

Andere Datenquellen bestätigen diese Entwicklung auf Bundesebene. Laut Mikrozensus lebten im Jahr 2021 rund 42% der Befragten im Alter von 80 Jahren und älter mit einem Partner oder eine Partnerin zusammen. 2011 war dies nur bei rund 34% der Fall. Auch die Ergebnisse des DEAS deuten nicht darauf hin, dass Partnerschaften im Alter seltener werden.

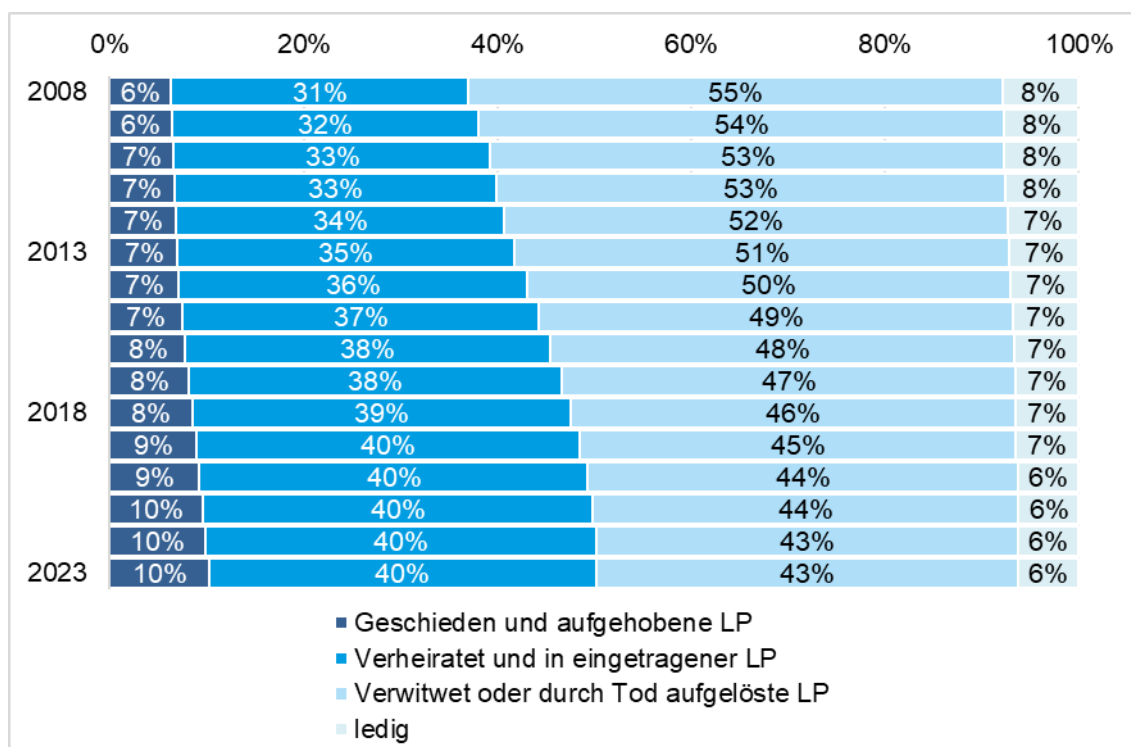
---

<sup>84</sup> Vgl. Huinink & Wagner (1998).

<sup>85</sup> Landeshauptstadt Düsseldorf - Amt für Statistik und Wahlen: Eheschließungen und -scheidungen.

Ganz im Gegenteil gibt es in der aktuellen Welle deutlich mehr ältere Paare als in der ersten Welle des Surveys: Während im Jahr 2021 rund 28% der Befragten im Alter ab 65 Jahren partnerlos waren, lag dieser Anteil 1996 noch bei 37%. Einer der Hauptgründe für diese Entwicklung ist, wie bereits erwähnt, dass der kriegsbedingte Frauenüberschuss, der die älteren Generationen der letzten Jahrzehnte geprägt hat, allmählich abgebaut wird.<sup>86</sup>

**Abbildung 54: Bevölkerung ab 80 Jahren nach Familienstand, Stadt Düsseldorf 2008-2023**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Bevölkerung nach Familienstand, Berechnung des ISG 2024.

Dennoch ist davon auszugehen, dass zukünftig weniger Menschen in der Lebensform der ersten Ehe ins höhere Alter rücken. Dies schließt jedoch eine erneute Heirat oder nichteheliche Partnerschaft nicht aus. Zunehmen werden daher voraussichtlich die Anteile von Personen, die wieder verheiratet sind oder die in nichtehelichen Partnerschaften leben. Wie sich diese Entwicklung auf das partnerschaftliche Pflegepotenzial auswirken wirkt, bleibt abzuwarten.

### **Kinder**

In der Pflege älterer Menschen nehmen auch deren Kinder eine herausragende Rolle ein.

<sup>86</sup> Vgl. Künemund & Kohli (2020).

Als zweite große Gruppe nach den Lebenspartner\*innen sind sie oft die Hauptakteure, wenn es um die Betreuung und Unterstützung älterer Menschen geht. Ihre Rolle ist besonders komplex und vielschichtig, da sie sich oft mit mehreren Verantwortlichkeiten konfrontiert sehen. Oft sind sie selbst berufstätig und haben eigene Kinder, um die sie sich kümmern müssen. Diese Mehrfachbelastung kann zu erheblichem Stress und gesundheitlichen Problemen führen.<sup>87</sup> Die Vereinbarkeit von Beruf, eigener Familie und Pflegeverantwortung ist eine zentrale Herausforderung, die oft auch eine Anpassung der beruflichen Tätigkeit oder eine Reduzierung der Arbeitszeit erfordert.

Hinsichtlich der Entwicklung des Pflegepotenzials der Kindergeneration spielen erneut demografische Veränderungen eine Rolle: so nimmt im Zuge der Alterung der Gesellschaft der Anteil jüngerer Menschen ab, die potenziell für die Übernahme von pflegerischen Leistungen zur Verfügung stehen. Demgegenüber steigt der Anteil der Hochaltrigen. Diese Entwicklung lässt sich anhand der intergenerationellen Unterstützungsrate für Hochaltrige darstellen. Diese wird aus dem Verhältnis der Anzahl der über 80-Jährigen zur Zahl der 50- bis 64-Jährigen gebildet und kann als Indikator für das Potenzial der informellen Pflege von Hochaltrigen durch ihre Kinder dienen.<sup>88</sup> Während im Jahr 2010 in der Landeshauptstadt Düsseldorf 27,1 Personen im Alter von 85 Jahren je 100 50- bis 64-Jährige lebten, erhöhte sich diese Zahl bis 2023 auf 30,8 Personen. Gemäß Bevölkerungsprognose wird sich diese Entwicklung fortsetzen, sodass im Jahr 2035 auf 100 Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren 33,9 Personen im Alter von über 85 Jahren kommen. Im Jahr 2045 wird die intergenerationelle Unterstützungsrate laut der aktuellen Prognose sogar 38,9 Personen im Alter von 85 Jahren je 100 50- bis 64-Jährige betragen. Der starke Anstieg der intergenerationellen Unterstützungsrate resultiert aus dem überproportionalen Wachstum der Hochaltrigen (80 und älter). Die Zahl der 50- bis 64-Jährigen bleibt währenddessen relativ konstant bzw. sinkt sogar zwischenzeitlich.

Auch der Altenquotient, welcher das Verhältnis der Bevölkerung im Rentenalter (ab 65 Jahre) zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) darstellt, spiegelt diese demografische Entwicklung wider, wenn auch weniger deutlich. Der Altenquotient steigt der Prognose zufolge von derzeit 29,4 auf 33,7 Ältere ab 65 je 100 Personen im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2035. Bis 2045 wird dieser Wert wieder leicht absinken (32,7 Ältere ab 65 je 100 Personen im erwerbsfähigen Alter). Der Anstieg des Altenquotienten fällt weniger deutlich aus, da die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen nur mittelfristig wächst, dann jedoch wieder abnimmt. Gleichzeitig sind Zuwächse in den jüngeren Altersgruppen der 20- bis 29-Jährigen zu verzeichnen.

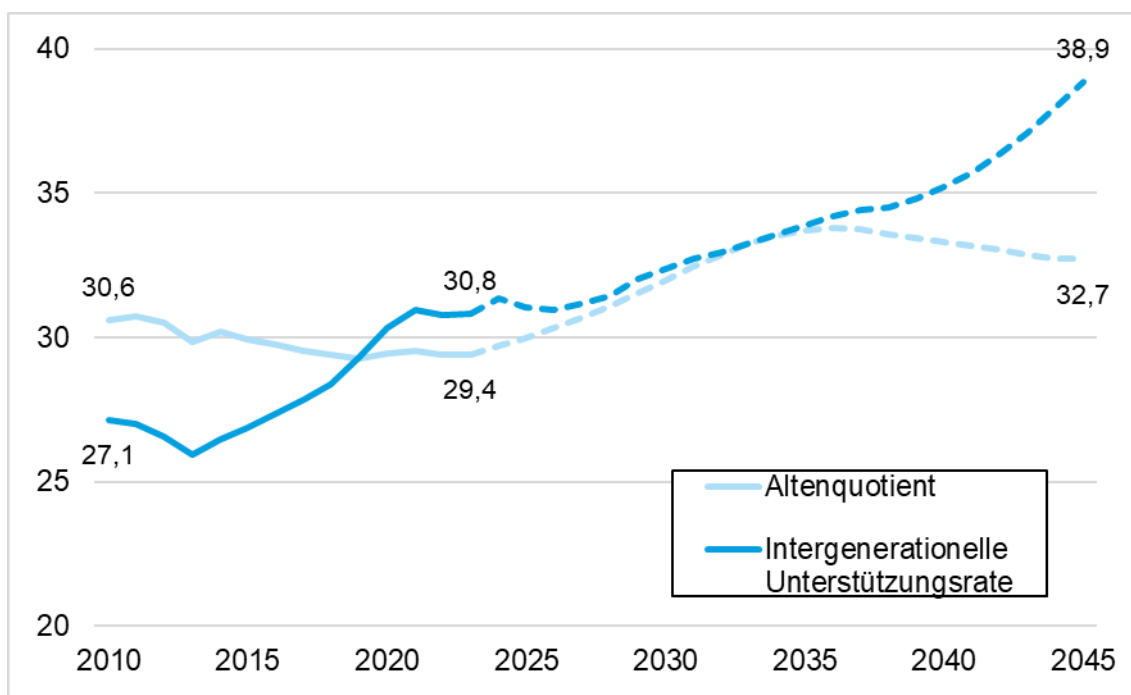
---

<sup>87</sup> Vgl. Reinwand et al. (2022).

<sup>88</sup> Es existieren verschiedene Definitionen der intergenerationellen Unterstützungsrate mit Unterschieden in den Abgrenzungen der Altersgruppen. Die Kernaussage bleibt jedoch stets dieselbe.

Zusammengefasst verdeutlichen die beiden Kennziffern, dass der wachsenden Zahl der Älteren eine immer kleiner werdende Zahl jüngerer Personen gegenübersteht, die informelle Pflegeleistungen übernehmen könnten. Dies ist besonders ausgeprägt in der Gruppe der Hochaltrigen.

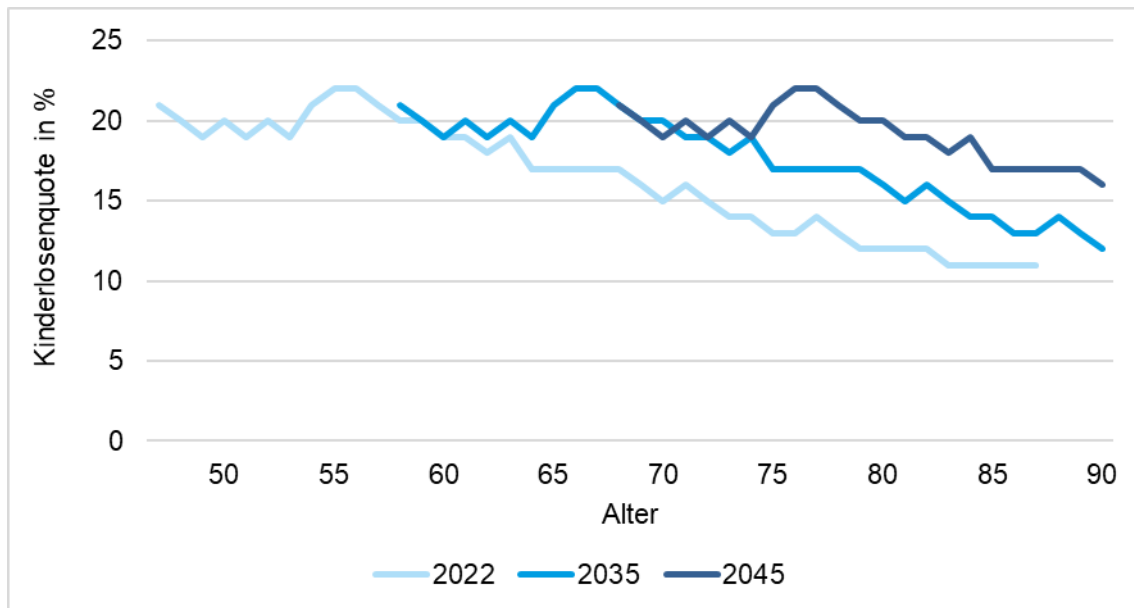
**Abbildung 55: Altenquotient und intergenerationale Unterstützungsrate, 2011-2045 (Prognose ab 2024)**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 - Bevölkerungsvorausberechnung, Berechnung des ISG 2024.

Zu dieser Entwicklung trägt maßgeblich die sinkende durchschnittliche Kinderzahl bei. Insbesondere steigt auch die Zahl der Personen ohne eigene Kinder. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit steht dieser Personengruppe eine zentrale Ressource für familiäre Unterstützung nicht zur Verfügung. Kinderlose Pflegebedürftige müssen daher oftmals verstärkt auf professionelle Pflegeleistungen zurückgreifen. Laut Ergebnissen des Mikrozensus stieg die Kinderlosenquote von Frauen in Deutschland seit den Geburtenjahrgängen 1947 bis 1950 kontinuierlich an und erreichte ihren bisher höchsten Wert von 21% bei den Frauen der Jahrgänge 1966 bis 1971. Damit wachsen die geburtenarmen Jahrgänge zunehmend in die höheren Altersgruppen. Während 2022 noch rund 11% der über 80-jährigen Frauen keine Kinder hatten, wird dieser Anteil 2045 zwischen 16 und 20% liegen (vgl. Abbildung 56). Entsprechende Zeitreihen liegen nicht auf kleinräumiger Ebene und somit auch nicht für die Stadt Düsseldorf vor. Die Ergebnisse der Bürgerbefragung 2024 ergaben jedoch, dass die Kinderlosenquote in der Gruppe der ab 55-jährigen Männer und Frauen in der Stadt Düsseldorf bei 30% liegt.

**Abbildung 56: Endgültige Kinderlosenquote in Prozent nach Altersjahren, Deutschland 2022, 2035 und 2045**



Quelle: Statistisches Bundesamt - Frauen nach Zahl der geborenen Kinder, Berechnung des ISG 2024.

Eine erhebliche Herausforderung stellt für viele pflegende Angehörige die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit dar.<sup>89</sup> Das Pflegepotenzial der jüngeren Generation hängt entsprechend auch davon ab, inwiefern sich die Übernahme von pflegerischen Aufgaben und Berufstätigkeit gegenseitig ausschließen. Insbesondere die seit Jahren steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen trägt dazu bei, dass diese in geringerem Umfang zur pflegerischen Versorgung beitragen können. Dennoch übernehmen Frauen nach wie vor deutlich häufiger pflegerische Aufgaben<sup>90</sup>.

Darüber hinaus erfordert die moderne Arbeitswelt zunehmende Flexibilität und Mobilität, was in größeren geografischen Distanzen zwischen Familienmitgliedern resultiert<sup>91</sup>. Im Rahmen der Bürgerbefragung gaben von allen Personen mit Kindern 75% an, dass diese ebenfalls in Düsseldorf oder in der näheren Umgebung lebten. In den übrigen 25% der Fälle wohnten die Kinder weiter weg. Dieser Anteil wird zukünftig voraussichtlich weiter steigen.

Auch lässt sich ein Wandel von Lebensformen beobachten, der sich unter anderem in einem höheren Anteil von Ein-Person-Haushalten äußert. Mehrgenerationenhaushalte werden hingegen seltener. In der Stadt Düsseldorf lässt sich diese Entwicklung zum Teil beobachten. Der Anteil der Personen ab 80 Jahren, die in Haushalten mit drei oder

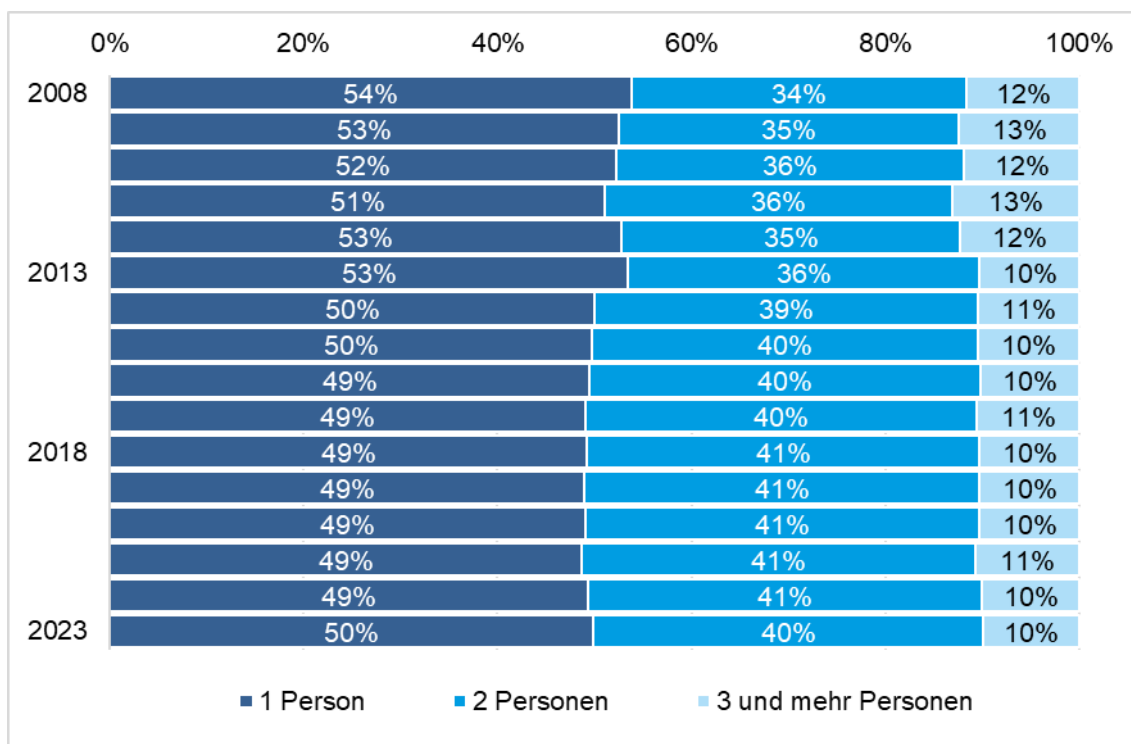
<sup>89</sup> Vgl. Scheuermann et al. (2024); Eggert et al. (2021).

<sup>90</sup> Vgl. Lott (2024).

<sup>91</sup> Vgl. Mahne et al. (2017).

mehr Personen leben, ist seit 2008 von 12% auf 10% im Jahr 2023 leicht gesunken. Auf der anderen Seite ist jedoch entgegen der Erwartung auch der Anteil der Älteren in Single-Haushalten gesunken (2008: 54%, 2023: 50%). Zugenommen hat hingegen der Anteil der Personen, die in Haushalten mit zwei Personen, also vornehmlich in Partnerschaften, leben (2008: 34%, 2023: 40%).

**Abbildung 57: Bevölkerung ab 80 Jahren in Privathaushalten nach Haushaltsgröße, Stadt Düsseldorf 2008-2023**



Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Personen in privaten Haushalten, Berechnung des ISG 2024.

### **Sonstige Angehörige, Freunde und Nachbarn**

Auch sonstige Verwandte, Freunde und Nachbarn können eine unterstützende Rolle im informellen Pflegenetzwerk älterer Menschen spielen. Zwar übernehmen diese Personenkreise pflegerische Aufgaben durchschnittlich seltener und in geringerem Umfang als Mitglieder der Kernfamilie, doch ist ihr Beitrag nicht zu vernachlässigen. In informellen Pflegearrangements arbeiten oft Familienmitglieder, Freunde und Nachbarn zusammen, um die notwendige Unterstützung zu leisten. In der Diskussion um Pflegepotenziale spielen daher nicht-verwandte Freunde und Bekannte immer häufiger einer Rolle.

Im fünften Bericht zur Lage der älteren Generation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wird im Jahr 2005 bereits festgehalten: „Obwohl Familienmitglieder im Mittelpunkt von Unterstützung, Hilfe und Pflegeverantwortung stehen, erscheint es sinnvoll, dass der Blick auf Nachbarschaft und Freundeskreis ausgeweitet wird“.<sup>92</sup>

Untersuchungen zur Pflege durch Freunde und Nachbarn gibt es jedoch insbesondere im deutschsprachigen Raum kaum. Daher ist über Ausmaß, Entwicklung und Rahmenbedingungen von Pflegearrangements, in denen Freunde und Bekannte mitwirken, wenig bekannt. Eine Auswertung von Daten des SOEP kommt zu dem Schluss, dass freundschaftsgestützte Pflegearrangements in jüngeren Kohorten zunehmen.<sup>93</sup> Pflegearrangements, in denen ausschließlich Freunde pflegen, bleiben jedoch selten.

Die Rolle von Freunden und Nachbarn wird besonders wichtig, wenn ältere Erwachsene keine unmittelbare familiäre Unterstützung haben, weil sie partner- und/oder kinderlos sind oder Familienmitglieder weit entfernt wohnen. Im Kontext der LGBTQ-Gemeinschaft übernehmen Freundinnen und Freunde oft eine wichtige Rolle bei der Pflege, was die Bedeutung der „Wahlfamilie“ in diesen Gemeinschaften widerspiegelt. Dieses Muster unterstreicht das Potenzial von Nicht-Familienmitgliedern, wesentliche Pflegeleistungen zu erbringen, insbesondere dann, wenn traditionelle Familienstrukturen weniger beteiligt sind.<sup>94</sup>

### ***Berechnung des familialen Pflegepotenzials***

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es zwar keine stichhaltigen Hinweise dafür gibt, dass das partnerschaftliche Pflegepotenzial in Zukunft deutlich abnimmt, doch insbesondere im Hinblick auf die Unterstützung durch die Kindergeneration zeichnet sich ab, dass gesellschaftliche sowie demografische Veränderungen zu einer Verschlechterung der Rahmenbedingungen und des Potenzials für informelle Pflege beitragen.

Eine belastbare Quantifizierung des informellen Pflegepotenzials, Prognosen zu dessen Entwicklung sowie daraus abgeleitete Hypothesen über den Bedarf an professioneller Pflege sind jedoch mit deutlichen Schwierigkeiten und Unsicherheiten verbunden. In der kommunalen Sozialberichterstattung zur Pflegesituation in der Stadt Düsseldorf aus dem Jahr 2013<sup>95</sup> wurde das familiale Pflegepotenzial auf Basis eines

---

<sup>92</sup> BMFSFJ (2005), S. 321–322.

<sup>93</sup> Vgl. Schobin (2020).

<sup>94</sup> Vgl. Shiu et al. (2016).

<sup>95</sup> Landeshauptstadt Düsseldorf – Amt für Statistik und Wahlen (2013): Pflegesituation in Düsseldorf.

Berechnungsmodells von Blinkert und Gräf (2009) geschätzt. Gemäß diesem Ansatz setzt sich das familiäre Pflegepotenzial aus zwei Gruppen zusammen: zum einen aus der Zahl der älteren Menschen, die mit einem Partner zusammenleben (Pflegepotenzial der Partner), und zum anderen aus der Zahl der nicht-erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 30 und 70 Jahren (Pflegepotenzial der Kindergeneration). Summiert stellen diese beiden Gruppen die Gesamtzahl der Personen dar, die potenziell für die Übernahme von pflegerischen Versorgungsleistungen infrage kommen.

Allerdings gibt es einige Kritikpunkte an dieser Berechnungsmethode. Hinsichtlich des Pflegepotenzials der Kindergeneration stellt sich die Frage, inwiefern die Fokussierung auf die Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen sinnvoll ist. Die Möglichkeit einer Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Erfüllung pflegerischer Aufgaben wird dadurch ausgeschlossen. Dabei gibt es eine große Zahl von pflegenden Angehörigen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Möglichkeiten zur flexiblen Gestaltung der Erwerbsarbeit, darunter insbesondere Formen von Teilzeitbeschäftigung, werden somit außer Acht gelassen.

Die Abschätzung des Pflegepotenzials der Partner steht vor der Herausforderung, vorherzusagen, mit welcher Wahrscheinlichkeit ältere Menschen in Zukunft mit einem Partner zusammenleben werden. Eine solche Prognose ist mit erheblicher Unsicherheit verbunden. Für die These, dass Menschen im Alter immer häufiger partnerlos sind, gibt es außerdem bislang keine Anhaltspunkte.

Damit die auf diese Weise berechnete Gesamtzahl des informellen Pflegepotenzials als Planungskennziffer geeignet ist, muss ferner die von Blinkert und Gräf getroffene Voraussetzung erfüllt sein, dass die Ausschöpfungsquote, also der Anteil derjenigen, die tatsächlich pflegerische Aufgaben übernehmen, konstant bleibt. Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen jedoch deutlich, dass dies nicht der Fall ist. Der in den Berechnungen aus 2009 prognostizierte „Heimsog-Effekt“ (Blinkert und Gräf 2009) in Folge des sinkenden informellen Pflegepotenzials ist nicht eingetreten. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall, und der Anteil der informell versorgten Pflegebedürftigen ist seit Jahren steigend. Dies verdeutlicht, dass das so berechnete informelle Pflegepotenzial als Planungsgröße wenig Aussagekraft hat.

Als Alternative zur Abschätzung der Entwicklung des informellen Pflegepotenzials schlägt das ISG daher für zukünftige Pflegebedarfsplanungen die Fokussierung auf zwei Indikatoren vor, die weniger voraussetzungsreich und kompliziert in der Berechnung, aber ähnlich aussagekräftig sind. Erstens sollte weiterhin standardmäßig die Haushaltsstruktur der älteren Bevölkerung und insbesondere die Zahl der Alleinlebenden betrachtet werden. Veränderungen des informellen Pflegepotenzials sind in erster Linie im Hinblick auf die Kindergeneration zu erwarten. Zweitens können daher der Altenquotient bzw. die intergenerationelle Unterstützungsrate als geeignete

Indikatoren zur Abschätzung des Pflegepotenzials dienen. Diese Indikatoren lassen sich mithilfe der Bevölkerungsprognose auch problemlos für zukünftige Jahre bestimmen.

### 9.3 Live-In Kräfte

An der Schnittstelle zwischen informeller und professioneller Pflege gewinnt das Modell der sogenannten „Live-In Pflege“ oder „24-Stunden-Betreuung“ zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich um Betreuungskräfte aus dem – meist osteuropäischen - Ausland, die im Haushalt der Pflegebedürftigen leben. Das Angebot verspricht eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung und ist daher besonders attraktiv für Personen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können und deren Angehörige die Versorgung nicht übernehmen können oder wollen. Gerade angesichts der Schwierigkeiten, einen stationären Pflegeplatz zu bekommen, und der hohen zu zahlenden Eigenanteile erscheint die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch eine ausländische Betreuungskraft als attraktive Alternative. Die Nachfrage nach häuslicher Betreuung durch Live-Ins ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Genau Zahlen zur Häufigkeit dieser Versorgungsform gibt es zwar kaum, doch Schätzungen zufolge beläuft sich die Zahl der Live-In-Kräfte deutschlandweit auf zwischen 300.000 und 700.000. Die größer werdende Bedeutung von 24-Stunden-Pflege lässt sich auch anhand der wachsenden Zahl von Vermittlungsagenturen in dem Bereich feststellen: Im Jahr 2007 gab es in Deutschland noch 28 Agenturen, 2022 waren es bereits etwa 780 Anbieter.<sup>96</sup>

Die Arbeits- und Lebensbedingungen für Live-In Pflegekräfte sind häufig prekär. Nicht wenige dieser Arbeitsverhältnisse bewegen sich in einer juristischen Grauzone oder sind sogar illegal. Oftmals verstoßen die Beschäftigungsverhältnisse gegen die in Deutschland geltenden arbeitsrechtlichen Vorschriften. Insbesondere sind die Arbeitszeiten der Live-In Kräfte oft nicht geregelt, weichen von den vertraglichen Vereinbarungen ab oder überziehen die gesetzlich vorgeschriebenen Maximalarbeitszeiten. Durch unbezahlte Mehrarbeit wird die tatsächliche Arbeitszeit oftmals weit unter Mindestlohn vergütet. Die permanente Bereitschaft in Kombination mit schlechten Arbeitsbedingungen bedrohen die psychische und physische Gesundheit der Betreuungskräfte. Darüber hinaus tragen intransparente Stellenbeschreibungen, unzureichende Sprachkenntnisse und die Angst vor Behörden und Vermittlungsagenturen zur prekären Beschäftigungssituation bei und führen zur sozialen Isolation von Live-in-Kräften.

Aus der Praxis sind unterschiedliche Modelle bekannt. So können die Betreuungskräfte als (Schein-)Selbstständige im Privathaushalt tätig oder direkt im Privathaushalt

---

<sup>96</sup> Schabram & Freitag (2022).

angestellt sein. Letztere Variante ist jedoch eher selten. Am häufigsten ist jedoch das Entsendemodell, bei dem ausländische Unternehmen Mitarbeitende nach Deutschland entsenden. Die Betreuungskräfte bleiben dabei im Land des Unternehmenssitzes angestellt, sodass die dortigen arbeitsrechtlichen Vorgaben gelten. Auch Steuern und Sozialabgaben werden im Entsendestaat gezahlt. Zum Teil sind Live-In-Kräfte auch informell beschäftigt („Schwarzarbeit“) und damit weder im Krankheitsfall noch arbeitsrechtlich durch einen Kündigungsschutz oder erworbene Sozialleistungsansprüche geschützt. Die Bandbreite unterschiedlicher Beschäftigungsmodelle offenbart das Fehlen juristischer Regelungen für die 24-Stunden-Betreuung und unterstreicht den Handlungsbedarf in diesem Bereich.

Zukünftig ist mit einer wachsenden Bedeutung dieser Form der pflegerischen Versorgung zu rechnen. Gleichzeitig entzieht sich dieser Sektor bislang weitgehend der Regulierung und Kontrolle durch staatliche Institutionen. Auch auf kommunaler Ebene zeigt sich nur begrenzt Handlungsspielraum. Ein möglicher Ansatzpunkt wäre die Einrichtung von Beratungs- und Beschwerdestellen für Live-In-Kräfte.<sup>97</sup> Diese könnten die Betreuungskräfte in arbeitsrechtlichen Fragen beraten und ihnen unterstützend zur Seite stehen. Wichtig für den Erfolg einer solchen Beratung ist, dass diese in verschiedenen Sprachen angeboten wird. Nicht zuletzt können auch Aufklärungskampagnen dazu beitragen, Familien in Deutschland über die Risiken der 24-Stunden-Betreuung aufzuklären und deren Eigenverantwortung für eine menschenwürdige Beschäftigung zu stärken.

#### **9.4 Diversitätssensible Pflege**

Die pflegerische Angebotsstruktur soll nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht eine bedarfsgerechte und menschenwürdige Versorgung von Pflegebedürftigen sicherstellen. In einer zunehmend vielfältigen Gesellschaft treffen Pflegekräfte auf Menschen mit unterschiedlichen kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen sowie verschiedenen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten. Vor diesem Hintergrund kommt dem Ansatz der diversitätssensiblen Pflege eine wachsende Bedeutung zu, da er sicherstellt, dass die vielfältigen Bedürfnisse und Hintergründe der pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden.

Im Kontext der Seniorenhilfe sind die Begriffe „kultursensible Pflege“ oder „transkulturelle Pflege“ bisher geläufiger. Dabei wird oft übersehen, dass die kulturelle Prägung eines Menschen auch von vielen anderen Diversitätsmerkmalen beeinflusst wird. Die Herkunft ist zwar wichtig, aber nur eines von vielen Merkmalen. Diversitätssensible Pflege hingegen versteht sich als eine personenzentrierte

---

<sup>97</sup> Vgl. auch [Positionspapier der Verbraucherzentralen Berlin, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen e.V.](#)

Versorgung, die die vielfältigen Diversitätsmerkmale, die Biografie und die individuellen Bedürfnisse der Menschen berücksichtigt.

Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, lebten im Jahr 2023 schätzungsweise 12.400 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Düsseldorf, was einem Anteil von 31% aller Pflegebedürftigen entspricht. Sowohl die absolute Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund als auch deren Anteil an allen Pflegebedürftigen wird in Zukunft voraussichtlich weiter steigen.

Für Menschen mit Migrationshintergrund bestehen verschiedene Barrieren bei der Inanspruchnahme von angebotenen Hilfe- und Pflegeleistungen.<sup>98</sup> Neben fehlenden Sprachkenntnissen können auch Informationsdefizite, die Komplexität des Hilfesystems und bürokratische Hürden, aufenthaltsrechtliche Bestimmungen, finanzielle Einschränkungen sowie Diskriminierungserfahrungen den Zugang zum Pflegesystem erschweren.<sup>99</sup> Dies kann zur Folge haben, dass sie die ihnen zustehenden Pflegeleistungen nicht in Anspruch nehmen.

Abgesehen von der geringeren Nutzung von Pflegeangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund können sich auch die Ansprüche an die konkrete Ausgestaltung der Pflege zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Der Ansatz der kultursensiblen Pflege zielt deshalb darauf ab, die spezifischen Bedürfnisse und die individuelle Lebensgeschichte von Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen. Durch die Wahrnehmung und Anerkennung individueller Bedarfe (z. B. Sprache, Kultur, Religion, Geschichte) wird die Beziehung zwischen den Pflegekräften, den Pflegebedürftigen sowie den Angehörigen verbessert und die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und würdevolle Pflege geschaffen.

Die Praxishilfe der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz hilft dabei, die Anforderungen von Menschen mit Migrationshintergrund bereits bei der Beratungspraxis zu berücksichtigen. Dazu sollen die Personen, die an der Pflegeberatung beteiligt sind, für die Bedürfnisse der Zielgruppe sensibilisiert werden. In Düsseldorf findet sich ein zahlreiches Beratungsangebot in verschiedenen Sprachen, darunter beispielsweise auf Türkisch, Japanisch, Arabisch, Persisch, Spanisch, Kurdisch oder Russisch.

In Düsseldorf gibt es vielfältige Angebote in unterschiedlichen Sprachen für älter werdende Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang beispielsweise das „Interkulturelle Netzwerk Alter, Pflege und Demenz“.<sup>100</sup> Der trägerübergreifende Zusammenschluss von Akteur\*innen verfolgt das

<sup>98</sup> Vgl. Tezcan-Güntekin & Breckenkamp (2017).

<sup>99</sup> Vgl. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (2023).

<sup>100</sup> Flyer des [Interkulturellen Netzwerks Alter, Pflege und Demenz](#).

Ziel, Informationen zur Verfügung zu stellen, Zugangsbarrieren und Hemmungen bei der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten abzubauen und die Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund weiterzuentwickeln. Im Projekt „Brücken bauen – kultursensibel helfen“ werden ehrenamtliche Brückenbauer\*innen unterschiedlicher Herkunft qualifiziert, um wohnortnah und niedrigschwellig als Ansprechpersonen zu fungieren. Sie beraten Menschen verschiedener Herkunft und vermitteln nach Bedarf in weitere Unterstützungsstrukturen.

Neben der sprachlichen, kulturellen, religiösen und geschichtlichen Diversitätsdimension gewinnt auch die Dimension der sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität zunehmend Beachtung in der Pflege von alternden Menschen. Die statistische Erfassung von Pflegebedürftigen aus der Gruppe der Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender und Inter\*-Menschen (LSBTI\*) ist mit einigen Herausforderungen verbunden. Beispielsweise sind Menschen dieser Gruppe Diskriminierungen ausgesetzt und bleiben aus Angst davor häufig unsichtbar. Bislang gibt es kaum Datenquellen, die Aufschluss über die Größe dieser Gruppe geben. Nach Angaben der Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V. leben in Düsseldorf ca. 18.500 Lesben, Schwule, Bisexuelle und Trans\*-Personen über 50 Jahre sowie eine unbekannte Anzahl von Inter\*-Menschen.<sup>101</sup>

Aus der Befragung der Einrichtungen in Düsseldorf geht hervor, dass bei Pflegeanbietern ein wachsendes Bewusstsein für diese Gruppe entsteht. In 16 von 36 befragten stationären Einrichtungen wird das Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt bereits ausdrücklich im Konzept oder in den Leitlinien benannt. Neun weitere Einrichtungen planen dies für die Zukunft. Zudem gibt es in einigen Einrichtungen Fortbildungsmöglichkeiten zu dem Themenbereich. Auch in einigen ambulant betreuten Wohngemeinschaften findet das Thema Berücksichtigung. Drei von zwölf Einrichtungen haben die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt im Alter in ihrem Konzept mit aufgenommen. In fünf Wohngemeinschaften gibt es diesbezüglich Fortbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeitenden.

In Düsseldorf setzte sich die Fachstelle „Altern unterm Regenbogen“ für die Interessen von Menschen ab 55 Jahren ein, die sich als lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\* oder queer identifizieren.<sup>102</sup> Die Fachstelle wurde aus Mitteln der Stadt Düsseldorf finanziert. Die Umsetzung erfolgte durch einen Trägerverbund von Aidshilfe Düsseldorf e.V., frauenberatungsstelle düsseldorf e.V. und dem AWO Kreisverband Düsseldorf e.V. Die Fachstelle bot eine Vielzahl von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, die auf die spezifischen Bedürfnisse älterer LSBTI\*-Personen zugeschnitten sind. Dazu

---

<sup>101</sup> Vgl. [Frauenberatungsstelle Düsseldorf e.V. – Fachstelle Altern unterm Regenbogen](#).

<sup>102</sup> Die Finanzierung der Fachstelle wurde zum 31.12.2024 eingestellt. Aber die Beratung der Community wird seit 1. Januar 2025 durch die Anlaufstelle „Queer im Alter“ fortgeführt.

gehören individuelle Beratungen, Informationsveranstaltungen und Workshops, die sich mit Themen wie Gesundheit, Pflege, rechtlichen Fragen und sozialer Teilhabe beschäftigen. Die Fachstelle arbeitete eng mit anderen Organisationen und Einrichtungen zusammen, um ein umfassendes Unterstützungsnetzwerk zu gewährleisten. Ein weiterer Schwerpunkt der Fachstelle lag in der Sensibilisierung und Schulung von Fachkräften in der Seniorenarbeit und Altenpflege. Ziel war es, das Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen älterer LSBTI\*-Personen zu schärfen und eine diversitätssensible Pflege und Betreuung zu fördern. Die Fachstelle „Altern unterm Regenbogen“ fungierte auch als Plattform für den Austausch und die Vernetzung von LSBTI\*-Personen und deren Angehörigen. Sie organisierte regelmäßige Treffen, Veranstaltungen und Freizeitaktivitäten, die den sozialen Zusammenhalt und die gegenseitige Unterstützung fördern.

## 10 Versorgungsdichte und Entwicklungsbedarf in den Stadtbezirken

Die folgenden stadtbezirksbezogenen Übersichten geben jeweils einen Überblick über den Versorgungsstand zum Stichtag 31.12.2023 sowie Informationen zu geplanten bzw. bereits umgesetzten Veränderungen.

### 10.1 Stadtbezirk 1

Im Stadtbezirk 1 lebten im Dezember 2023 rund 88.910 Menschen, wovon 7.340 bzw. 8,3 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 4.650 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 5,2 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 29: Versorgung im Stadtbezirk 1**

Stadtbezirk 1	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	274	5,6	+120	7,7
Kurzzeitpflege	14	0,3	+20	0,7
Tagespflege	62	1,3	+32	1,8
Ambulante Pflegedienste	344	7,4	-	6,8
Servicewohnen	24	0,5	-	0,5
Ambulante WG	33	0,7	+12	0,9
Pflegebedürftige	4.647			5.085

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 274 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 5,6 Plätzen je 100 Pflegebedürftige.

Stadtbezirk 1 liegt damit unter der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Diese Versorgungskapazität hat sich zum Zeitpunkt der Berichtslegung bereits verändert. So hat das Altenzentrum St. Anna Stift zu Beginn des Jahres 2025 eröffnet und bietet seitdem 100 stationäre Pflegeplätze. Auf der anderen Seite hat das Ernst-Gnoß-Haus mit ehemals 60 vollstationären Plätzen zum 31.12.2023 geschlossen.<sup>103</sup> Dieses wird jedoch neu errichtet und soll zukünftig Platz für bis zu 80 Pflegebedürftige bieten. Insgesamt wächst die Kapazität des Stadtbezirks damit um 120 stationäre Pflegeplätze. Im Jahr 2030 liegt die Versorgungsdichte dann voraussichtlich bei 7,7 Pflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige.

Das Angebot der Kurzzeitpflege umfasst zum Stichtag 14 solitäre Plätze, was einer Versorgungsdichte von 0,3 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen entspricht. 20 weitere Plätze stehen seit der Eröffnung des Altenzentrums St. Anna Stift zur Verfügung. Die Versorgungsdichte hat sich dadurch deutlich verbessert und liegt 2030 voraussichtlich bei 0,7 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftige.

Mit Stand Dezember 2023 gibt es im Stadtbezirk 62 Tagespflegeplätze. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 1,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen. Auch in diesem Bereich sind jedoch Maßnahmen geplant bzw. bereits umgesetzt. 16 zusätzliche Tagespflegeplätze wurden bereits mit der Eröffnung des Altenzentrums St. Anna Stift geschaffen. Darüber hinaus soll auch der Neubau des Ernst-Gnoß-Hauses eine Tagespflegeeinrichtung umfassen, die weitere 16 Plätze bietet. Bis 2030 steigt die Versorgungsdichte dadurch auf schätzungsweise 1,8 Tagespflegeplätze je 100 Pflegebedürftige.

13 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 344 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 7,4 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen liegt unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 1 verfügt über 1 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 24 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,5 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt.

3 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 33 Plätzen ergeben für den Stadtbezirk eine Versorgungsdichte von 0,7 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige. Die Versorgungsdichte liegt damit über der durchschnittlichen Versorgung in der gesamten Stadt. Eine weitere Wohngemeinschaft mit 12 Plätzen befindet sich derzeit in konkreter Planung. Falls diese bis 2030 realisiert wird, steigt die Versorgungsdichte auf dann 0,9 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige.

<sup>103</sup> Das Ernst-Gnoß-Haus ist dennoch mit 60 Plätzen im Versorgungsstand zum 31.12.2023 enthalten.

## 10.2 Stadtbezirk 2

Im Stadtbezirk 2 lebten im Dezember 2023 rund 65.720 Menschen, wovon 5.611 bzw. 8,5 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 3.640 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 5,5 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 30: Versorgung im Stadtbezirk 2**

Stadtbezirk 2	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	451	11,9	-	11,6
Kurzzeitpflege	0	0,0	-	0,0
Tagespflege	30	0,8	-	0,8
Ambulante Pflegedienste	379	10,4	-	9,7
Servicewohnen	153	4,2	-	3,9
Ambulante WG	0	0,0	+24	0,6
Pflegebedürftige	3.635			3.902

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 451 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 11,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftige und damit der durchschnittlichen Versorgungsdichte der Stadt Düsseldorf. Zum Stand Dezember 2023 gab es im Stadtbezirk kein Angebot der solitären Kurzzeitpflege.

Stadtbezirk 2 verfügt über 30 Tagespflegeplätze. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 0,8 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen.

12 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 379 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 10,4 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen liegt über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 2 verfügt über 4 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 153 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 4,2 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt.

Am Ende des Jahres 2023 waren noch keine ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Stadtbezirk ansässig. Zwei Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz mit je zwölf Plätzen befinden sich jedoch in Planung.

### 10.3 Stadtbezirk 3

Im Stadtbezirk 3 lebten im Dezember 2023 rund 123.230 Menschen, wovon 9.208 bzw. 7,5 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 6.200 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 5,0 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 31: Versorgung im Stadtbezirk 3**

Stadtbezirk 3	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	939	14,4	+80	14,8
Kurzzeitpflege	33	0,5	-	0,5
Tagespflege	15	0,2	+3	0,3
Ambulante Pflegedienste	593	9,6	-	8,6
Servicewohnen	397	6,4	-	5,8
Ambulante WG	64	1,0	-	0,9
Pflegebedürftige	6.204			6.879

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 939 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 14,4 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Stadtbezirk 3 liegt damit über der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Mit einem Projekt in der Moskauer Straße ist zukünftig die Errichtung einer weiteren Einrichtung vorgesehen. Nach derzeitigem Planungsstand sollen dadurch 80 zusätzliche Pflegeplätze geschaffen werden. Sollten diese Maßnahmen bis 2030 umgesetzt werden, würde die Versorgungsdichte auf dann 14,8 Plätze je 100 Pflegebedürftige steigen.

Das Angebot der Kurzzeitpflege umfasst 33 solitäre Plätze, was einer Versorgungsdichte von 0,5 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen entspricht. Derzeit gibt es keine geplanten Veränderungen.

Mit Stand Dezember 2023 gibt es eine Einrichtung mit 15 Tagespflegeplätzen im Stadtbezirk. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 0,2 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen (Stadt Düsseldorf: 1,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Durch einen geplanten Ausbau erhöht sich die Kapazität zukünftig auf 18 Plätze.

31 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 593 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 9,6 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen liegt über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 3 verfügt über 10 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 397 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 6,4 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt.

8 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 64 Plätzen ergeben für den Stadtbezirk eine Versorgungsdichte von 1 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige. Die Versorgungsdichte liegt damit über der durchschnittlichen Versorgung in der gesamten Stadt.

#### 10.4 Stadtbezirk 4

Im Stadtbezirk 4 lebten im Dezember 2023 rund 46.260 Menschen, wovon 5.523 bzw. 11,9 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 3.300 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 7,1 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 32: Versorgung im Stadtbezirk 4**

Stadtbezirk 4	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	386	11,0	-	11,0
Kurzzeitpflege	14	0,4	-	0,4
Tagespflege	102	3,1	-	2,9
Ambulante Pflegedienste	159	4,8	-	4,5
Servicewohnen	757	23,0	-	21,5
Ambulante WG	20	0,6	-	0,6
Pflegebedürftige	3.295			3.519

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 386 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 11 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Stadtbezirk 4 liegt damit unter der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Das Angebot der Kurzzeitpflege umfasst 14 solitäre Plätze, was einer Versorgungsdichte von 0,4 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen entspricht.

In Stadtbezirk 4 gibt es mit Stand Dezember 2023 102 Tagespflegeplätze. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 3,1 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen, was über dem stadtweiten Durchschnitt liegt.

9 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 159 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 4,8 Vollzeitkräften je 100

Pflegebedürftigen liegt unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 4 verfügt über ein umfangreiches Angebot an des Servicewohnens mit insgesamt 757 Wohnungen. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 23,0 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige. Im Vergleich mit anderen Bezirken ist dies mit Abstand der höchste Wert.

2 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 20 Plätzen ergeben für den Stadtbezirk eine Versorgungsdichte von 0,6 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige. Die Versorgungsdichte liegt damit knapp über der durchschnittlichen Versorgung in der gesamten Stadt (0,5 Plätze je 100 Pflegebedürftige).

### 10.5 Stadtbezirk 5

Im Stadtbezirk 5 lebten im Dezember 2023 rund 34.820 Menschen, wovon 4.424 bzw. 12,7 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 2.640 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 7,6 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 33: Versorgung im Stadtbezirk 5**

Stadtbezirk 5	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	398	13,5	+55	16,9
Kurzzeitpflege	0	0,0	-	0,0
Tagespflege	18	0,7	-	0,7
Ambulante Pflegedienste	212	8,0	-	7,9
Servicewohnen	165	6,3	+28	7,2
Ambulante WG	0	0,0	-	0,0
<b>Pflegebedürftige</b>	<b>2.638</b>			<b>2.674</b>

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 398 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 13,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Stadtbezirk 5 liegt damit über der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Das Nelly-Sachs-Haus plant einen Erweiterungsbau mit 55 zusätzlichen Plätzen. Dadurch würde sich die Versorgungsdichte auf 16,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige im Jahr 2030 erhöhen.

Ein Angebot der solitären Kurzzeitpflege existiert in Stadtbezirk 5 bislang nicht.

7 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 212 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 8 Vollzeitkräften je 100

Pflegebedürftigen liegt über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 5 verfügt über 5 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 165 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 6,3 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt. Ein Angebot von ambulant betreuten Wohngemeinschaften gibt es in Stadtbezirk 5 bislang nicht.

## 10.6 Stadtbezirk 6

Im Stadtbezirk 6 lebten im Dezember 2023 rund 69.040 Menschen, wovon 6.507 bzw. 9,4 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 4.230 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 6,1 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 34: Versorgung im Stadtbezirk 6**

Stadtbezirk 6	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	526	11,7	+69	13,3
Kurzzeitpflege	19	0,4	+30	1,1
Tagespflege	96	2,3	+34	2,9
Ambulante Pflegedienste	284	6,7	-	6,3
Servicewohnen	39	0,9	-	0,9
Ambulante WG	39	0,9	+1	0,9
<b>Pflegebedürftige</b>	<b>4.227</b>			<b>4.480</b>

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 526 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 11,7 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Stadtbezirk 6 liegt damit unter der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Das Angebot der Kurzzeitpflege umfasst 19 solitäre Plätze, was einer Versorgungsdichte von 0,4 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen entspricht. Diese Kapazitäten haben sich bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung verändert, da der Wohnbereich für Intensivpflege des Pflegezentrums St. Elisabeth umgebaut wurde. Dadurch werden elf Plätze der stationären Dauerpflegeplätze umgewidmet für die solitäre Kurzzeitpflege. Darüber hinaus ist der Bau einer Einrichtung mit umfassenden Leistungsangebot in der Ludwig-Beck-Straße geplant. Diese bietet voraussichtlich 80 Dauerpflege- und 19 Kurzzeitpflegeplätze. Bei Realisierung dieser Maßnahme würde die Versorgungsdichte im Jahr 2030 auf 13,3 vollstationäre Pflegeplätze und 1,1 Kurzzeitpflegeplätze je 100 Pflegebedürftige steigen.

Mit Stand Dezember 2023 gibt es 96 Tagespflegeplätze in Stadtbezirk 6. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 2,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen (Stadt Düsseldorf: 1,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Durch Um- und Neubaumaßnahmen sollen zukünftig weitere 34 Plätze entstehen. Die Versorgungsdichte würde dann im Jahr 2030 auf 2,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige steigen.

15 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 284 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 6,7 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen liegt unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 6 verfügt über 2 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 39 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,9 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt.

4 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 39 Plätzen ergeben für den Stadtbezirk eine Versorgungsdichte von 0,9 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige. Die Versorgungsdichte liegt damit über der durchschnittlichen Versorgung in der gesamten Stadt. Seit Anfang 2025 stehen 40 Plätze zur Verfügung.

### 10.7 Stadtbezirk 7

Im Stadtbezirk 7 lebten im Dezember 2023 rund 47.250 Menschen, wovon 5.647 bzw. 12,0 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 3.450 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 7,3 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 35: Versorgung im Stadtbezirk 7**

Stadtbezirk 7	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	511	14,1	+4	14,0
Kurzzeitpflege	10	0,3	-	0,3
Tagespflege	16	0,5	+55	1,9
Ambulante Pflegedienste	206	6,0	-	5,6
Servicewohnen	138	4,0	+81	5,9
Ambulante WG	22	0,6	+8	0,8
Pflegebedürftige	3.453			3.689

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 511 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 14,1 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Stadtbezirk 7 liegt damit über der gesamtstädtischen

Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Eine geringfügige Erweiterung um vier Plätze wurde im Laufe des Jahres 2024 umgesetzt.

Das Angebot der Kurzzeitpflege umfasst 10 solitäre Plätze, was einer Versorgungsdichte von 0,3 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen entspricht.

Im Dezember 2023 verfügte Stadtbezirk 7 über 16 Tagespflegeplätze. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 0,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen (Stadt Düsseldorf: 1,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige). 2024 eröffnete die Tagespflege „Am Quellenbusch“, wodurch weitere 16 Plätze geschaffen wurden. Darüber hinaus befinden sich zwei weitere Einrichtungen mit insgesamt voraussichtlich 39 Tagespflegeplätzen in Planung. Durch die Umsetzung dieser Maßnahmen würde die Versorgungsdichte deutlich steigen und im Jahr 2030 bei 1,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen liegen.

10 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 206 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 6 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen liegt unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 7 verfügt über 2 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 138 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 4 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt. Eine Wohnanlage mit 81 Wohneinheiten befinden sich jedoch in Planung. Durch die Realisierung würde die Versorgungsdichte auf 5,9 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige steigen.

2 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 22 Plätzen ergeben für den Stadtbezirk eine Versorgungsdichte von 0,6 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige. Die Versorgungsdichte liegt damit über der durchschnittlichen Versorgung in der gesamten Stadt. Darüber hinaus befindet sich eine weitere Wohngemeinschaft mit acht Plätzen in Planung.

### **10.8 Stadtbezirk 8**

Im Stadtbezirk 8 lebten im Dezember 2023 rund 61.230 Menschen, wovon 6.472 bzw. 10,6 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 4.060 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 6,6 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 36: Versorgung im Stadtbezirk 8**

Stadtbezirk 8	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	338	7,9	+168	11,9
Kurzzeitpflege	0	0,0	-	0,0
Tagespflege	77	1,9	+57	3,1
Ambulante Pflegedienste	335	8,3	-	7,9
Servicewohnen	145	3,6	-	3,4
Ambulante WG	0	0,0	+14	0,3
Pflegebedürftige	4.063			4.256

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 338 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 7,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Derzeit liegt Stadtbezirk 8 damit unter der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Es befinden sich jedoch zwei Projekte in Planung (Leuthenstraße und Schlossallee), deren Angebot 168 stationäre Pflegeplätze umfassen soll. Falls die Umsetzung bis zum Jahr 2030 erfolgt, würde die Versorgungsdichte sich dann auf dem derzeitigen gesamtstädtischen Niveau befinden.

Ein Angebot der solitären Kurzzeitpflege existiert bislang nicht im Stadtbezirk und es bestehen derzeit keine Planungen in der Hinsicht.

Mit Stand Dezember 2023 gibt es in Stadtbezirk 8 77 Tagespflegeplätze. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 1,9 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen (Stadt Düsseldorf: 1,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Die Tagespflege „Kissingerstraße“ hat ihr Angebot im Jahr 2024 um 24 Plätze erweitert. Darüber hinaus ist in den geplanten Einrichtungen in der Leuthenstraße und der Schlossallee jeweils auch ein Tagespflegeangebot vorgesehen (insgesamt +33 Plätze). Im Jahr 2030 würde die Versorgungsdichte dadurch auf 3,1 Pflegeplätze je 100 Pflegebedürftige steigen.

21 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 335 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 8,3 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen liegt über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 8 verfügt über 6 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 145 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 3,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt.

Derzeit sind im Stadtbezirk keine Pflegewohngemeinschaften ansässig. Ein Angebot mit insgesamt 14 Plätzen befindet sich jedoch in Planung.

### 10.9 Stadtbezirk 9

Im Stadtbezirk 9 lebten im Dezember 2023 rund 94.630 Menschen, wovon 9.916 bzw. 10,5 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 6.310 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 6,7 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 37: Versorgung im Stadtbezirk 9**

Stadtbezirk 9	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	814	12,3	+100	13,5
Kurzzeitpflege	16	0,3	+20	0,5
Tagespflege	51	0,8	+36	1,3
Ambulante Pflegedienste	530	8,4	-	8,8
Servicewohnen	419	6,6	+66	7,2
Ambulante WG	28	0,4	+6	0,5
<b>Pflegebedürftige</b>	<b>6.308</b>			<b>6.767</b>

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 814 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 12,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Stadtbezirk 9 liegt damit knapp über der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Zusätzlich ist der Neubau einer Einrichtung in der Benrodestraße geplant, die voraussichtlich über eine Kapazität von 100 Pflegeplätzen verfügt. Sollte dieses Projekt realisiert werden, würde die Versorgungsdichte im Jahr 2030 bei 13,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftige liegen.

Das Angebot der Kurzzeitpflege umfasst 16 solitäre Plätze, was einer Versorgungsdichte von 0,3 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen entspricht.

Mit Stand Dezember 2023 gibt es in Stadtbezirk 9 51 Tagespflegeplätze. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 0,8 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen (Stadt Düsseldorf: 1,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Durch geplante Neubaumaßnahmen sollen weitere 36 Tagespflegeplätze entstehen, sodass die Versorgungsdichte zukünftig auf 1,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige steigen würde.

26 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 530 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 8,4 Vollzeitkräften je 100

Pflegebedürftigen liegt über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 9 verfügt über 4 Angebote des Servicewohnens mit insgesamt 419 Wohnungen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 6,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige, was über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegt. Darüber hinaus werden im neuen Heilig-Geist-Quartier weitere 66 Wohneinheiten gebaut, welche voraussichtlich ab 2026 zur Verfügung stehen. Die Versorgungsdichte im Jahr 2030 würde dadurch schätzungsweise bei 7,2 Wohnungen je 100 Pflegebedürftige liegen.

4 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 28 Plätzen ergeben für den Stadtbezirk eine Versorgungsdichte von 0,4 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige. Eine Intensivpflege-Wohngemeinschaft mit acht Plätzen wurde im Jahr 2024 eröffnet. Die Versorgungsdichte liegt damit etwa im gesamtstädtischen Durchschnitt.

### 10.10 Stadtbezirk 10

Im Stadtbezirk 10 lebten im Dezember 2023 rund 24.630 Menschen, wovon 2.630 bzw. 10,7 % 75 Jahre oder älter waren. Schätzungsweise 1.780 Personen hatten einen Pflegebedarf, dies entspricht einem Anteil von 7,2 % der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 38: Versorgung im Stadtbezirk 10**

Stadtbezirk 10	Stand 2023		Geplante Veränderung	Vorauss. Versorgung 2030**
	Plätze/ Personal	Versorgung (je 100 PB)		
Vollstationäre Pflege*	162	8,7	-	9,4
Kurzzeitpflege	14	0,8	-	0,8
Tagespflege	44	2,5	+15	3,4
Ambulante Pflegedienste	153	8,6	-	
Servicewohnen	0	0,0	-	0,0
Ambulante WG	12	0,7	+24	2,1
<b>Pflegebedürftige</b>	<b>1.779</b>			<b>1.731</b>

Quelle: Angebotsverzeichnis und Berechnung des ISG 2024.

\*Einschließlich eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

\*\*Bei Entwicklung des Pflegebedarfs gem. Status-Quo-Variante.

Der Stadtbezirk verfügt über 162 vollstationäre Pflegeplätze, dies entspricht 8,7 Plätzen je 100 Pflegebedürftige. Stadtbezirk 10 liegt damit unter der gesamtstädtischen Versorgungsdichte (11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige).

Das Angebot der Kurzzeitpflege umfasst 14 solitäre Plätze, was einer Versorgungsdichte von 0,8 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Pflegebedürftigen entspricht.

Stadtbezirk 10 verfügt zum Stand Dezember 2023 über 44 Tagespflegeplätze. Daraus ergibt sich eine Versorgungsdichte von 2,5 Plätzen je 100 Pflegebedürftigen (Stadt Düsseldorf: 1,3 Plätze je 100 Pflegbedürftige). Eine weitere Tagespflegeeinrichtung mit 15 Plätzen befindet sich in Planung. Durch die Realisierung dieser Maßnahme würde die Versorgungsdichte im Jahr 2030 voraussichtlich bei 3,4 Plätzen je 100 Pflegebedürftige liegen.

5 ambulante Pflegedienste mit Personal im Umfang von 153 Vollzeitkräften sind im Stadtbezirk ansässig. Die Versorgungsdichte von 8,6 Vollzeitkräften je 100 Pflegebedürftigen liegt über dem gesamtstädtischen Durchschnitt von 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftigen.

Stadtbezirk 10 verfügt über kein Angebot des Servicewohnens.

Derzeit ergibt sich aus einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft mit 12 Plätzen eine Versorgungsdichte von 0,7 Wohngelegenheiten je 100 Pflegebedürftige. Die Versorgungsdichte liegt damit bereits über der durchschnittlichen Versorgung in der gesamten Stadt. Darüber hinaus befindet sich ein Angebot mit zwei Wohngemeinschaften und 24 Plätzen in Planung. Sollte dieses bis 2030 umgesetzt werden, würde die Versorgungsdichte auf 2,1 Wohngemeinschaftsplätze je 100 Pflegebedürftige steigen.

## **11 Zusammenfassung und Empfehlungen**

Das vorliegende Gutachten enthält die Grundlagen und Ergebnisse der kommunalen Pflegeplanung für die Landeshauptstadt Düsseldorf zum Datenstand Dezember 2023. Darin werden statistische Daten zur aktuellen und zukünftig zu erwartenden Zahl und Struktur der Bevölkerung mit Hilfe- und Pflegebedarf sowie mit Demenz dargestellt. Weiterhin werden die derzeitigen Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen in verschiedenen pflegerischen und pflegeergänzenden Bereichen analysiert. Auf dieser Grundlage werden eine Bewertung der derzeitigen Angebotslage vorgenommen und eine Prognose der zukünftig erforderlichen Angebotsstruktur erstellt. Die vorhandenen Angebote werden in Relation zum derzeitigen und zukünftigen Bedarf gestellt, Versorgungslücken werden aufgezeigt und Vorschläge zu deren Beseitigung entwickelt.

### **11.1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse**

#### *Kapitel 3 - Demografische Struktur und Entwicklung*

In der Stadt Düsseldorf lebten am Jahresende 2023 insgesamt 655.717 Menschen, wovon rund ein Viertel im Alter ab 60 Jahren war. Zur Gruppe der Hochaltrigen im Alter ab 80 Jahren zählten 41.450 Personen. Dies entspricht 6,3% der Bevölkerung Düsseldorfs. Der Bevölkerungsanteil ab 80 Jahren liegt somit unter dem Landesdurchschnitt (7,0%) und dem Bundesdurchschnitt (7,3%). Von den Düsseldorfer

Stadtbezirken weisen die Stadtbezirke 5 (8,6%) und 4 (8,2%) die höchsten Anteile von ab 80-Jährigen auf.

Von den 655.717 Einwohner\*innen der Stadt Düsseldorf hatten zum Jahresende 2023 297.232 einen Migrationshintergrund, was einem Anteil von 45,3% entspricht. Die größten Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung weisen Stadtbezirk 10 mit 51% und Stadtbezirk 6 mit 50% auf. In den älteren Altersgruppen sinkt der Migrantenanteil: Unter den Hochaltrigen ab 80 Jahren weisen 19% einen Migrationshintergrund auf. Obwohl die Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund noch eine jüngere Altersstruktur als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund aufweisen, wachsen sie zunehmend in die höheren Altersgruppen hinein. Die Zahl der Älteren ab 80 Jahren mit Migrationshintergrund ist im Zeitraum von 2009 bis 2023 um 153% gestiegen.

Der demografische Wandel ist in der Stadt Düsseldorf im Zeitraum von 2009 bis 2023 weniger stark sichtbar als in anderen Städten und Regionen Deutschlands, äußert sich jedoch ebenfalls in einem starken Zuwachs unter den Hochaltrigen ab 80 Jahren (+41%). Gleichzeitig sind jedoch auch die jüngeren Altersgruppen gewachsen. Die Zahl der unter 60-Jährigen stieg zwischen 2009 und 2023 um 10%. Dies führte dazu, dass der Altenquotient im beobachteten Zeitraum von 31,5 Ältere je 100 Einwohner\*innen im Erwerbsalter auf 29,4 gesunken ist.

Nach den Prognosen des Amtes für Statistik und Wahlen sowie des Statistischen Landesamtes sind bis zum Jahr 2035 insbesondere in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen Zuwächse zu erwarten (+28%). Die übrigen Altersgruppen verzeichnen lediglich geringfügige Zunahmen. Die Zahl der Hochaltrigen bleibt in diesem Zeitraum nahezu unverändert. Bis 2045 wird die Altersgruppe der ab 80-Jährigen jedoch deutlich wachsen (+27% gegenüber dem jetzigen Stand). Durch den starken Anstieg der älteren und insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung wird auch die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen zunehmen.

#### Kapitel 4 - Pflegebedürftigkeit und Demenz

Zum Jahresende 2023 waren in der Stadt Düsseldorf 40.248 Personen und damit 6,4% der Bevölkerung pflegebedürftig. Damit liegt der Anteil unter dem Landesdurchschnitt NRW von 7,6% und dem Bundesdurchschnitt von 6,7% Pflegebedürftigen. Der Anteil der stationär Gepflegten an allen Pflegebedürftigen (sog. „Heimquote“) lag bei 12,7%.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen stark angestiegen. Dies ist nicht nur eine Folge der demografischen Entwicklung, sondern auch durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Januar 2017 bedingt. Auch in Zukunft ist mit einer weiteren Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Wie stark dieser Anstieg ausfallen wird, hängt sowohl von demografischen Entwicklungen als auch der Entwicklung der Pflegequoten ab. Um zu begründeten Prognosen über

die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu gelangen, wurden drei verschiedene Szenarien berechnet. Diese basieren zum einen auf der Bevölkerungsvorausberechnung und zum anderen auf jeweils unterschiedlichen Annahmen über die zukünftige Höhe der Pflegequoten. Zusammengenommen lässt sich anhand der drei Szenarien ein Korridor für die zu erwartende Entwicklung des Pflegebedarfs ableiten. Bis zum Jahr 2045 ist nach der Vorausberechnung mit einem Zuwachs von mindestens 20,6% zu rechnen. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in der Stadt Düsseldorf würde dann bei 48.500 liegen. Falls der Trend steigender Pflegequoten weiter fortbesteht, wäre auch eine Steigerung von über 30% bis zum Jahr 2045 möglich. Die Zahl der Pflegebedürftigen würde in diesem Fall auf rund 52.500 steigen.

Menschen mit Demenz stellen eine Teilgruppe der Pflegebedürftigen dar, die aufgrund ihrer spezifischen Bedarfe gesondert in den Blick genommen wird. Zum Jahresende 2023 lebten in der Stadt Düsseldorf schätzungsweise 12.300 Menschen mit Demenzerkrankung. Aufgrund demografischer Entwicklungen wird auch die Größe dieser Bevölkerungsgruppe in Zukunft wachsen. Bis zum Jahr 2035 beträgt der geschätzte Anstieg +7% und bis zum Jahr 2045 +24%.

#### Kapitel 5 - Ergebnisse der Bürgerbefragung

Im Fokus der Bürgerbefragung „Leben in Düsseldorf“ stand im Jahr 2024 das Thema *Pflege und Alter*. Allgemein wird die Lebensqualität in der Stadt Düsseldorf von einem Großteil der Befragten als gut bewertet. Es zeigen sich jedoch Unterschiede im Hinblick auf einzelne Lebensbereiche. Während die Mehrheit der Befragten mit der gesundheitlichen Versorgung zufrieden ist, fällt das Urteil in Bezug auf die Angebote für ältere Menschen weniger positiv aus. Weniger als die Hälfte der über 55-Jährigen ist mit dem derzeitigen Angebot „sehr zufrieden“ (4%) oder „zufrieden“ (38%). Vergleichsweise gering ist auch die Zufriedenheit hinsichtlich der Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen. Nur rund ein Drittel der Befragten gab an, „sehr zufrieden“ (4%) oder „zufrieden“ (27%) zu sein.

Die Ergebnisse verdeutlichen außerdem, dass ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von einem Großteil der Befragten im Falle einer Pflegebedürftigkeit bevorzugt wird. Seltener wird ein Umzug in ein Angebot des Servicewohnens, eine stationäre Pflegeeinrichtung oder eine Pflegewohngemeinschaft in Betracht gezogen.

Finanzielle Unsicherheiten im Pflegefall sind ein großes Anliegen: 69% der Befragten äußerten die Sorge, dass die Pflegebedürftigkeit ihre finanzielle Situation belasten könnte. Vereinsamung ist eine weitere Sorge, die von 47% der Befragten geteilt wird.

#### Kapitel 6 - Bestandsaufnahme der Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen

Den Kern des Versorgungssystems bilden die ambulante Pflege, Tagespflege und Kurzzeitpflege sowie die vollstationäre Pflege.

- Zum Stand Dezember 2023 gibt es in Düsseldorf 149 ambulante Pflegedienste, sechs mehr als 2021. Insgesamt sind dort 4.248 Mitarbeitende beschäftigt, was 3.195 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entspricht. Die Versorgungsdichte beträgt 7,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftige und liegt über dem Landes- (4,7) und dem Bundesdurchschnitt (5,5 VZÄ je 100 Pflegebedürftige). Viele Dienste stoßen an ihre Kapazitätsgrenzen: Die Hälfte der im Rahmen der Pflegeplanung befragten Anbieter musste 2023 Neuanfragen wegen Personalmangels ablehnen. Über die Hälfte der Dienste gibt an, mehr Personal zu benötigen, als derzeit zur Verfügung steht.
- Die Stadt verfügt über 29 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 511 Plätzen – ein Anstieg um 126 Plätze seit 2021. Die Versorgungsdichte liegt bei 1,3 Plätzen je 100 Pflegebedürftige und damit unter dem Bundesdurchschnitt (1,9), aber über dem NRW-Schnitt (1,1 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Die Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen liegt im Jahr 2023 durchschnittlich bei 75%. Bis 2025 wurden bereits 56 zusätzliche Plätze geschaffen. Zudem sind acht Projekte mit 176 weiteren Plätzen in Planung.
- In Düsseldorf gibt es zum Jahresende 2023 sieben Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege mit insgesamt 120 Plätzen (keine Veränderung gegenüber 2021). In Relation zur Zielgruppe stehen in der Stadt Düsseldorf insgesamt 0,3 solitäre Kurzzeitpflegeplätze je 100 Pflegebedürftige zur Verfügung. Durchschnittlich wird die Auslastung von den befragten Einrichtungen mit 94% beziffert. Bis zum Januar 2025 wurde das solitäre Kurzzeitpflegeangebot jedoch um 31 Plätze erweitert. Zudem sind weitere 55 solitäre Kurzzeitpflegeplätze in Planung.
- In 58 Düsseldorfer Einrichtungen stehen Ende 2023 insgesamt 4.799 stationäre Pflegeplätze (inkl. eingestreuete Kurzzeitpflege) zur Verfügung (120 Plätze weniger als 2021). Aufgrund einer gleichzeitig gestiegenen Zahl von Pflegebedürftigen ist die Versorgungskennziffer deutlich gesunken und beträgt im Jahr 2023 11,9 Plätze je 100 Pflegebedürftige. Damit liegt die Stadt Düsseldorf unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt (12,7 und 15,4 Plätze je 100 Pflegebedürftige). Es sind jedoch Maßnahmen geplant oder zum Teil bereits umgesetzt, durch die 596 weitere Plätze geschaffen werden. Die befragten Einrichtungen sind mit 94% überwiegend voll ausgelastet. Das Problem nicht belegbarer Plätze infolge des Fachkräftemangels besteht jedoch weiterhin. Im Jahr 2023 standen 8,6% der versorgungsvertraglich vereinbarten Plätze nicht zur Verfügung. Drei Viertel der Einrichtungen geben an, mehr Personal zu benötigen und berichten zugleich von Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung.

Ergänzt wird das pflegerische Angebot durch niedrighschwellige unterstützende Angebote wie Alltagshilfen, Fahr- und Mahlzeitendienste. Für die Qualität der individuellen Versorgung spielen Beratungs- und Vermittlungsstrukturen eine zentrale Rolle. Diese Funktion erfüllen in Düsseldorf unter anderem der Pflegefachdienst, das Pflegebüro, die zentren *plus*, das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz sowie die aufsuchende Seniorenhilfe.

Ob und wie lange ein Verbleib in der eigenen Wohnung möglich ist, hängt maßgeblich davon ab, ob das Wohnumfeld den Bedarfen älterer Menschen entspricht. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Barrierefreiheit. Darüber hinaus kommt alternativen Wohnformen eine wachsende Bedeutung zu.

- Im Dezember 2023 gibt es in der Stadt Düsseldorf 38 Wohnanlagen für Seniorinnen und Senioren, die über ein Serviceangebot verfügen. Insgesamt stehen in diesen Anlagen 2.237 Wohnungen zur Verfügung, was 5,6 Wohnungen je 100 Pflegebedürftigen entspricht. Menschen mit besonders hohen oder spezifischen Bedarfslagen können in Servicewohnungen oftmals nicht bedarfsgerecht versorgt werden. Dazu gehören insbesondere Menschen mit starker Demenz, herausforderndem Verhalten oder einem Intensivpflegebedarf.
- Zudem gibt es in Düsseldorf 24 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 218 Plätzen. Die Versorgungsdichte beträgt 0,5 Wohngemeinschaftsplätze je 100 Pflegebedürftige. Die meisten Wohngemeinschaften sind auch für Menschen mit hohem Pflegebedarf oder Demenzerkrankungen geeignet. Viele dieser Angebote sind auf bestimmte Ziel- oder Bedarfsgruppen ausgerichtet.

### Kapitel 7 - Darstellung und Analyse von Substitutionsmechanismen zwischen Pflegebereichen

Gegenstand des Gutachtens ist auch eine Betrachtung des Zusammenspiels der unterschiedlichen Angebotsformen. Dabei soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern Versorgungsbedarfe in einzelnen Bereichen auch durch andere Versorgungsformen gedeckt werden können. Im Fokus steht dabei insbesondere der Bereich der stationären Pflege.

Nach wie vor wird ein Großteil der pflegerischen Versorgung von An- und Zugehörigen geleistet. Eine Kernaufgabe der Versorgungsstruktur sollte es daher sein, die Leistungskraft des informellen Pflegebereichs durch gezielte Unterstützung aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Dies kann durch ambulante Dienste, Tagespflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflege und Nachbarschaftshilfen geschehen. Ein gut ausgebautes System von Beratungs- und Vermittlungsangeboten sowie präventive

Angebote wie Schulungen für pflegende Angehörige können die informelle Pflege stärken.

Ein leistungsstarker informeller Pflegebereich in Kombination mit professionellen vorstationären Angeboten kann dazu beitragen, die stationäre Pflege zu entlasten. Darüber hinaus bedarf es für die dauerhafte Ermöglichung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit auch eines passenden Wohnumfeldes. Um die stationäre Pflege zu entlasten, müssen daher die Schaffung von barrierefreiem Wohnraum sowie Maßnahmen zur Wohnraumanpassung gefördert werden. Darüber hinaus spielen insbesondere alternative Wohnformen wie Servicewohnungen und ambulant betreute Wohngemeinschaften eine wichtige Rolle bei der Entlastung der stationären Pflege. Zudem muss das Wohnumfeld möglichst barrierefrei gestaltet sein und über gut zugängliche ÖPNV-Angebote verfügen.

Die Quantifizierung der beschriebenen Entlastungs- bzw. Substitutionseffekte ist sehr voraussetzungsvoll und mit einigen Herausforderungen verbunden. Aussagen darüber, inwiefern ein Zusammenspiel aus ambulanten Pflegediensten, Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie barrierefreiem Wohnraum tatsächlich stationäre Plätze ersetzen kann, lassen sich schwer treffen. Die quantitative Analyse von Substitutionsmechanismen beschränkte sich daher auf die Frage, inwieweit alternative Wohnformen einen Ersatz für stationäre Versorgungskapazitäten darstellen können. Das Ergebnis ist, dass ein Platz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften rechnerisch 0,8 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen substituieren kann. Eine Servicewohnung mit umfassendem Serviceangebot kann hingegen nur etwa 0,3 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen ersetzen. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass sich Substitutionseffekte, die sich auf planerischer Ebene aufzeigen lassen, nicht zwangsläufig in jedem Fall auf individueller Ebene realisieren lassen.

### Kapitel 8 - Bedarfsanalyse der pflegerischen Angebote

Im überregionalen Vergleich zeigt sich, dass die Versorgungsdichte der Stadt Düsseldorf in der ambulanten Versorgung und im Bereich der Kurzzeitpflege überdurchschnittlich ist. Auch hinsichtlich alternativer Wohnformen wurde eine relativ hohe Versorgungsdichte festgestellt. Im Bereich der Tagespflege liegt die Stadt zwischen dem Bundes- und Landesdurchschnitt. Eine unterdurchschnittliche Versorgung zeigt sich hingegen bei der stationären Pflege.

Aus Sicht der Pflegeanbieter werden insbesondere die Bereiche Kurzzeitpflege und stationäre Pflege als defizitär wahrgenommen. Vergleichsweise gut wird die Versorgungssituation hingegen in Bezug auf ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen bewertet.

Um den zukünftigen Bedarf abzuschätzen, wurden vier unterschiedliche Berechnungsmodelle einander gegenübergestellt. Diese berücksichtigen

demografische Entwicklungen, Annahmen über die Entwicklung des Pflegebedarfs sowie Zielsetzungen hinsichtlich der Entwicklung der Versorgungslandschaft.

Bei den Modellen 1 und 2 handelt es sich um Fortschreibungen der derzeitigen Versorgungslage. Modell 3 beschreibt die Bedarfsentwicklung unter der Annahme, dass alternative Wohnformen stark ausgebaut werden und stationäre Pflegeplätze zum Teil substituieren können. Modell 4 orientiert sich an Zielwerten einer verbesserten Versorgungslage. Diese basieren auf der Bewertung der derzeitigen Versorgungssituation sowie den pflegepolitischen Zielsetzungen und Priorisierungen der Stadt Düsseldorf, sie sind fortlaufend zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Bis zum Jahr 2045 entstehen rechnerisch folgende Ausbaubedarfe

- Servicewohnen: zwischen 460 und 680 zusätzliche Wohnungen (1.160 bei Zielwertorientierung)<sup>104</sup>
- Ambulant betreute Wohngemeinschaften: zwischen 45 und 65 weitere Plätze (265 bei Zielwertorientierung)
- Pflegedienste: zwischen 655 und 970 zusätzliche Vollzeitkräfte (1.045 bei Zielwertorientierung)
- Tagespflege: zwischen 105 und 155 zusätzliche Plätze
- Kurzzeitpflege: zwischen 25 und 35 zusätzliche Plätze (125 bei Zielwertorientierung)
- Vollstationäre Pflege: zwischen 985 und 1.455 zusätzliche Plätze

### Kapitel 9 - Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen

Trotz einem deutlichen Zuwachs beim Personal in der Pflege sinkt das Verhältnis von Beschäftigten zu Pflegebedürftigen. Der Mangel an Fach- und Arbeitskräften in der Pflege ist ein gravierendes Problem, das zum Teil zu erheblichen Versorgungseingpässen und Qualitätsdefiziten führt. Je nach Berechnungsmodell liegt der Personalbedarf in Düsseldorf im Jahr 2035 in der stationären und ambulanten Pflege insgesamt etwa zwischen 7.500 und 8.000 Vollzeitkräften. Dies entspricht rund 700 bzw. 1.200 Vollzeitkräften mehr, als derzeit in Düsseldorfer Einrichtungen und Diensten tätig sind. Bis zum Jahr 2045 wird zusätzliches Personal im Umfang von 1.400 bis 2.000 zusätzlichen Vollzeitäquivalenten benötigt. In den kommenden Jahren erreichen zudem die geburtenstarken Jahrgänge der Fünfziger- und Sechzigerjahre das Rentenalter. Ein weiterer kritischer Aspekt des Personalmangels in der Pflege ist daher die bevorstehende Verrentungswelle.

<sup>104</sup> Bei den ersten beiden Werten handelt es sich um Vorausberechnungen nach den Modellen 1 und 2. Die Bedarfe bei Zielwertorientierung entstammen Modell 4.

Aufgrund der genannten Herausforderungen kommt der informellen Pflege in Zukunft eine wachsende Bedeutung zu. Informelle Pflege kann von unterschiedlichen Personengruppen übernommen werden, z. B. die Kinder von Pflegebedürftigen, deren Lebenspartner sowie sonstige Angehörige, Freunde und Nachbarn. Für die häufig geäußerte Vermutung, dass das informelle Pflegepotenzial zukünftig deutlich sinken wird, zeigen sich nur teilweise Anhaltspunkte. So gibt es keine Hinweise darauf, dass das partnerschaftliche Pflegepotenzial in Zukunft deutlich abnimmt. Im Hinblick auf die Unterstützung durch die Kindergeneration zeichnet sich jedoch eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen und des Potenzials für informelle Pflege ab. Diese ist insbesondere durch die sinkende Kinderzahl geprägt. Darüber hinaus erfordert die moderne Arbeitswelt zunehmende Flexibilität und Mobilität, was in größeren geografischen Distanzen zwischen Familienmitgliedern resultieren kann. Die gestiegene Erwerbsbeteiligung von Frauen trägt dazu bei, dass diese in geringerem Umfang zur pflegerischen Versorgung beitragen können.

In der häuslichen Pflege gewinnt das Modell der sogenannten „Live-in-Pflege“ oder „24-Stunden-Betreuung“ zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich um Betreuungskräfte aus dem Ausland, die im Haushalt der Pflegebedürftigen leben. Die Arbeits- und Lebensbedingungen dieser Pflegekräfte sind jedoch häufig prekär. Oftmals verstoßen die Beschäftigungsverhältnisse gegen die in Deutschland geltenden arbeitsrechtlichen Vorschriften. Bislang fehlen geeignete Maßnahmen, um die ausländischen Arbeitskräfte zu schützen und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Die Stadt könnte jedoch eine Beratungs- und Unterstützungsfunktion übernehmen.

Die pflegerische Angebotsstruktur soll nicht nur in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht eine bedarfsgerechte und menschenwürdige Versorgung von Pflegebedürftigen sicherstellen. In einer zunehmend vielfältigen Gesellschaft treffen Pflegekräfte auf Menschen mit unterschiedlichen kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen sowie verschiedenen sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten. Vor diesem Hintergrund kommt dem Ansatz der diversitätssensiblen Pflege eine wachsende Bedeutung zu, da er sicherstellt, dass die vielfältigen Bedürfnisse und Hintergründe der pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt werden. In Düsseldorf gibt es bereits mehrere Angebote und Maßnahmen, die diesen Ansatz stärken. Sowohl die Gruppe der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund als auch die der pflegebedürftigen LSBTI\*-Personen wird zukünftig weiter wachsen. Das Thema diversitätssensible Pflege wird daher zunehmend an Bedeutung gewinnen.

## **11.2 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen**

Die Stadt Düsseldorf verfügt über ein umfangreiches Angebot an pflegerischen, pflegeergänzenden sowie wohnbezogenen Angeboten für hilfe- und pflegebedürftige

Menschen. Dennoch sind Versorgungsengpässe erkennbar, die sich im Zuge der zu erwartenden demografischen Veränderungen tendenziell verschärfen werden. Die Stadt Düsseldorf sollte daher kontinuierlich Maßnahmen entwickeln, prüfen und umsetzen, die dazu beitragen, die pflegerische und vorpflegerische bzw. pflegeergänzende Versorgung auch zukünftig sicherzustellen. Dabei sind folgende Grundprinzipien zu berücksichtigen:

- **Vorrang ambulanter und teilstationärer Angebote:** Der Ausbau der Unterstützungsangebote sollte unter Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant und teilstationär vor stationär“ erfolgen. Das bedeutet, dass das vielfältige Spektrum ambulanter, teilstationärer, wohnbezogener und niedrigschwelliger Hilfen vorrangig ausgebaut werden sollte. Aufgrund des steigenden Bedarfs sind jedoch auch im vollstationären Bereich Kapazitätserweiterungen notwendig.
- **Steuerung durch kommunale Pflegeplanung:** Die Aufgabe der kommunalen Pflegeplanung besteht darin, den Anbietern Anregungen zur Angebotsentwicklung zu geben, Planungsgrundlagen bereitzustellen und gegebenenfalls die Angebotsentwicklung zu steuern. Die vorliegenden Analysen zeigen, wie sich die Versorgung derzeit darstellt und welche Angebote weiterentwickelt werden sollten.
- **Berücksichtigung der regionalen Verteilung:** Bei der Angebotsplanung sollte die derzeitige Verteilung der Kapazitäten auf die verschiedenen Stadtbezirke berücksichtigt werden. Ein Ausbau sollte nach Möglichkeit in den Bezirken erfolgen, die derzeit unterdurchschnittlich versorgt sind. Dies betrifft insbesondere wohnortnahe Angebote wie Tagespflege, gesellschaftliche Teilhabe, Beratungsangebote, gesundheitliche Versorgung und altersgerechtes Wohnen.

Auf Grundlage der dargestellten Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur in der Stadt Düsseldorf, der Vergleiche mit dem Landes- und Bundesdurchschnitt sowie mit anderen Gebietskörperschaften, der Befragungen der Pflegeanbieter und der weiteren Ausführungen zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten, die im weiteren Prozess der Pflegeplanung zu diskutieren sind:

1. **Stärkung der informellen Pflege:** Die informelle Pflege durch Angehörige und Nahestehende spielt eine zentrale Rolle in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und sollte nach Möglichkeit gestärkt werden. Dazu trägt in erster Linie der Ausbau vorstationärer Pflegeangebote (Tagespflege, Kurzzeitpflege und ambulante Pflege) sowie ergänzender niedrigschwelliger Unterstützungsangebote (Hilfe im Haushalt, Alltagsbegleitung, Hausnotrufsysteme, Fahrdienste etc.) bei. Auch Möglichkeiten der

Unterstützung durch Ehrenamtliche, wie beispielsweise die Nachbarschaftshilfe, sollten aktiviert und gefördert werden. Ebenso können Schulungsangebote für pflegende Angehörige dazu beitragen, das Potenzial der informellen Pflege auszuschöpfen. Darüber hinaus kann der informelle Pflegesektor durch ein gut ausgebautes System von Beratungs- und Vermittlungsstrukturen gestärkt werden, die sicherstellen, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die bestehenden Angebote gezielt und bedarfsgerecht nutzen können. Eine flächendeckende Erreichung ist dabei zentral. Daher sind die „zentren plus“, das Pflegebüro und die aufsuchende Seniorenhilfe der Stadt Düsseldorf sowie spezifische Beratungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund positiv hervorzuheben.

2. **Stärkung und Ausbau vorpflegerischer und präventiver Angebote:**  
 Vorpflegerische und präventive Angebote können entscheidend zur Entlastung der pflegerischen Angebotslandschaft sowie der pflegenden Angehörigen beitragen. Ziel dieser Angebote ist es, die Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten, Einsamkeit und Isolation zu vermeiden und Zugänge zum Hilfesystem zu eröffnen. Eine zentrale Rolle hierbei spielen die zuvor genannten Beratungs- und Vermittlungsstrukturen. Insbesondere die „zentren plus“ erfüllen jedoch nicht nur eine Beratungsfunktion, sondern fungieren auch als Treffpunkte und Anlaufstellen und bieten ein vielfältiges Programm zur Freizeitgestaltung, Beteiligung und sozialen Integration. Dieses Angebot sollte beibehalten und den lokalen Bedarfen entsprechend gestaltet und gegebenenfalls ausgebaut werden. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit kann dazu beitragen, die Bekanntheit der Angebote und deren Nutzung zu fördern. Darüber hinaus ist auch die aufsuchende Seniorenhilfe der Stadt Düsseldorf positiv zu bewerten, da diese eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht und somit zur flächendeckenden Erreichung älterer Menschen beiträgt. Dabei ist es wichtig, proaktiv auf die Zielgruppe zuzugehen. Die Praxis, Menschen ab 80 Jahren anlässlich zu halbrunden und runden Geburtstagen Hausbesuche anzubieten, sollte daher beibehalten werden.
  
3. **Schaffung von barrierefreiem Wohnraum:** Damit ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit trotz körperlichen Einschränkungen möglich ist, muss ausreichend barrierefreier Wohnraum zur Verfügung stehen. Dazu muss sowohl der Neubau als auch der Umbau barrierefreier Wohnungen unterstützt und gefördert werden. Ein wichtiges Instrument sind dabei Beratungsstrukturen, die über Fördermöglichkeiten informieren und bei der Umsetzung unterstützen können. In der Stadt Düsseldorf wird diese Funktion durch die Wohnberatung des Amtes für Wohnungswesen wahrgenommen. Für die Umsetzung von Umbaumaßnahmen stehen bereits verschiedene Fördermaßnahmen zur Verfügung. Neben dem Land Nordrhein-Westfalen stellt auch die Stadt

Düsseldorf Fördermittel für Mieter\*innen und Eigentümer\*innen zur Verfügung. Um Barrierefreiheit auch bei Neubaumaßnahmen zu berücksichtigen, kann die Vergabe von Grundstücken oder Erbbaurechten im Rahmen eines Konzeptverfahrens erfolgen. Bei Konzeptverfahren erfolgt die Vergabe nicht ausschließlich nach dem Preis, sondern auch nach inhaltlichen Kriterien, so dass Aspekte der Barrierefreiheit stärker gewichtet werden können.

4. **Ausbau des Servicewohnens:** Düsseldorf verfügt über ein gut ausgebautes Angebot an Servicewohnungen. Diese spielen eine zentrale Rolle im vorstationären Bereich und können zur Entlastung der stationären Pflege beitragen. Vor diesem Hintergrund sollte der Ausbau dieser Wohnform forciert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, könnten das Stadtplanungsamt, das Bauaufsichtsamt, das Amt für Wohnungswesen, das Liegenschaftsamt und das Amt für Soziales und Jugend ihre Zusammenarbeit auch in diesem Bereich intensivieren, um Flächenpotenziale oder Bestandsgebäude zu identifizieren, die für eine Nutzung als Servicewohnungen in Frage kommen. Die Stadt sollte bei neuen Angeboten darauf hinwirken, dass diese ein breites Leistungsspektrum, eine hohe Transparenz über Leistungsumfang und Kosten sowie die Möglichkeit der individuellen Gestaltung der Leistungen bieten. Wichtig ist auch eine sozialverträgliche Preisgestaltung, damit diese Wohnform auch für Menschen mit geringem Einkommen zugänglich ist. Zur Umsetzung könnte die Quotierungsregelung um entsprechende Angebote des Service-Wohnens erweitert werden. Außerdem könnte die Stadt Düsseldorf darauf hinwirken, dass entsprechende Kriterien bei der öffentlichen Wohnraumförderung des Landes NRW berücksichtigt werden.
5. **Ambulant betreute Wohngemeinschaften fördern:** Die Zielgruppen von Pflegewohngemeinschaften und stationären Einrichtungen überschneiden sich stark. Der Ausbau dieser Wohnform birgt daher ein erhebliches Entlastungspotenzial für den stationären Bereich und sollte daher gezielt gefördert werden. Der große Vorteil gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen liegt darin, dass ambulant betreute Wohngemeinschaften aufgrund ihrer geringen Größe dezentral errichtet werden können und keine großen (Um-)Baumaßnahmen erfordern. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der Stadt Düsseldorf das Potenzial an nutzbaren Flächen und Gebäuden für stationäre Einrichtungen stark begrenzt ist, können Wohngruppen eine vielversprechende Alternative darstellen. Die Stadt Düsseldorf unterstützt bereits die Gründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften durch die Agentur für Baugemeinschaften und Wohngruppen. Diese Arbeit sollte fortgesetzt und intensiviert werden.
6. **Ausbau und Unterstützung der ambulanten Pflege:** Laut Pflegestatistik ist die ambulante Pflege in Düsseldorf im Landes- und Bundesvergleich

überdurchschnittlich gut ausgebaut. Dennoch wird aus fachlicher Sicht ein Ausbau der Kapazitäten empfohlen, da ambulante Pflegedienste eine zentrale Rolle in der häuslichen Versorgung spielen. Der Bedarf wird zudem deutlich steigen, wenn das Angebot an Servicewohnungen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften wie geplant ausgebaut wird, da pflegerische Leistungen, wenn sie in diesen Wohnformen erforderlich sind, durch ambulante Pflegedienste erbracht werden. Würde die Stadt Düsseldorf den vom ISG vorgeschlagenen Zielwert anstreben, würden bis zum Jahr 2045 rund 1.000 Vollzeitkräfte in der ambulanten Pflege fehlen. Darüber hinaus sollte die Arbeit der Pflegedienste nach Möglichkeit unterstützt und erleichtert werden. Eine hilfreiche Maßnahme wäre beispielsweise, den ambulanten Pflegediensten kostenlose Parkausweise zur Verfügung zu stellen.

7. **Erhalt der derzeitigen Tagespflegekapazitäten:** Die Versorgungsdichte mit Tagespflegeangeboten liegt in Düsseldorf zwischen dem Bundes- und dem Landesdurchschnitt. Expertinnen und Experten sowie Anbieterinnen und Anbieter schätzen den Bedarf als ausreichend gedeckt ein. Der zukünftige Ausbau in diesem Bereich sollte daher nur proportional zur steigenden Zahl der Pflegebedürftigen erfolgen. Um dies zu erreichen, werden nach der Modellrechnung bis zum Jahr 2045 zwischen 100 und 150 zusätzliche Tagespflegeplätze benötigt. Nach derzeitigem Stand sind bereits rund 230 Plätze geplant bzw. bereits geschaffen worden. Das Ziel wird also voraussichtlich erreicht. Bei neuen Tagespflegeeinrichtungen sollte auf eine Anbindung an Wohnangebote oder stationäre Einrichtungen geachtet werden, um eine Auslastung zu gewährleisten.
8. **Ausbau der solitären Kurzzeitpflege:** Die Kurzzeitpflege leistet einen wichtigen Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger und stärkt damit den informellen Pflegesektor. Anbieter und weitere Akteure aus der Praxis sind sich weitgehend einig, dass das derzeitige Angebot den Bedarf nicht ausreichend deckt. Da eingestreute Kurzzeitpflegeplätze de facto häufig nicht für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, sollten insbesondere solitäre Kurzzeitpflegeangebote geschaffen werden. Gegen deren Betrieb äußern jedoch die Anbieter häufig wirtschaftliche Bedenken. Die Kommune könnte diesen Bedenken durch eine Beratungs- und Informationskampagne begegnen, die aufzeigt, wie ein Kurzzeitpflegeangebot wirtschaftlich tragfähig gestaltet werden kann. Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit besteht in der finanziellen Absicherung gegen Auslastungsprobleme, indem eigenständige Kurzzeitpflegeplätze mit einer Pauschale subventioniert werden oder zumindest für belegungsfreie Tage ein Ausgleich gezahlt wird.
9. **Sicherung der stationären Versorgung:** Düsseldorf weist im Vergleich zum Landes- und Bundesdurchschnitt eine geringere Versorgungsdichte in der

stationären Pflege auf. Die bestehenden Einrichtungen sind voll ausgelastet, und die Pflegeanbieter melden eine hohe Nachfrage. Da der Bedarf weiter steigen wird, sollte der Ausbau der Kapazitäten mindestens proportional zum Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen erfolgen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Stadtplanungsamt, Bauaufsichtsamt, Wohnungsamt, Liegenschaftsamt und Sozialamt sollte fortgesetzt werden, um Flächenpotenziale für Pflegeeinrichtungen zu identifizieren und die Umsetzung zu erleichtern. Auch die Nutzung der Quotenregelung als Instrument für den Ausbau stationärer Einrichtungen sollte beibehalten werden. Um die vorhandenen Kapazitäten bedarfsgerecht zu nutzen, sollten auch die Heimnotwendigkeitsprüfungen fortgeführt werden. Zwar wurde in einem Großteil der bisher überprüften Fälle Heimnotwendigkeit festgestellt, jedoch konnten in den verbleibenden Fällen im Rahmen des anschließenden Beratungsprozesses geeignete alternative Pflegearrangements geschaffen werden. Momentan stehen rund 8% der versorgungsvertraglich vereinbarten Plätze aufgrund von Belegungsstopps de facto nicht zur Verfügung. Diese Kapazitäten sollten nach Möglichkeit voll ausgeschöpft werden. Da die Belegungsstopps in der Regel mit dem Personalmangel zusammenhängen, lässt sich diesem Problem nur durch gezielte Rekrutierungsstrategien und einer Ausweitung der Ausbildungskapazitäten begegnen.

10. **Quartiersarbeit und Sozialraumorientierung:** Die Vernetzung der relevanten Akteure im Sozialraum sollte durch Quartiersarbeit gefördert werden. Stationäre Einrichtungen sollten ihre Angebote wie Mittagstisch, Freizeit- oder Beratungsangebote auch für Menschen von außerhalb öffnen. In der Fachdiskussion wird zunehmend diskutiert, dass die „Versäulung“ der Angebotsformen in der Pflege, also die starre Trennung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege, abgebaut und die Verzahnung der Angebote gestärkt werden sollte. Dadurch soll auch ein flexiblerer und effizienterer Personaleinsatz ermöglicht werden - ein wesentlicher Aspekt im Hinblick auf den Fachkräftemangel. Es ist allerdings davon auszugehen, dass hierfür gesetzliche Vorgaben und ggf. auch gesetzliche Grundlagen geändert werden müssten.
11. **Unterstützung ausländischer Fachkräfte:** Um dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken, sollte die Stadt Düsseldorf gezielte Maßnahmen zur Unterstützung ausländischer Fachkräfte ergreifen. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist das Angebot von Sprach- und Integrationskursen. Dies fördert nicht nur die Kommunikation im Arbeitsalltag, sondern auch die soziale Integration. Darüber hinaus könnte die Stadt Programme zur Vermittlung von Wohnraum für ausländische Fachkräfte auflegen, um ihnen den Start in Düsseldorf zu erleichtern. Eine weitere wichtige Maßnahme ist die Unterstützung bei

bürokratischen Angelegenheiten wie der Anerkennung von Berufsabschlüssen oder der Beantragung von Aufenthaltsgenehmigungen. Hier könnten spezielle Beratungsstellen eingerichtet werden, die den ausländischen Fachkräften bei der Bewältigung dieser Hürden helfen. Eine weitere Möglichkeit zur Unterstützung ausländischer Fachkräfte sind Mentoring-Programme. Diese Programme bieten eine strukturierte Unterstützung durch erfahrene Mentor\*innen, die den neuen Fachkräften helfen, sich in ihrem beruflichen Umfeld zurechtzufinden und sich sozial zu integrieren.

12. **Schutz und Beratung von Live-Ins:** Angesichts der wachsenden Zahl von Live-in-Kräften und ihrer häufig prekären Beschäftigungssituation zeichnet sich Handlungsbedarf ab. Auch wenn die Möglichkeiten auf kommunaler Ebene begrenzt sind, könnte z.B. die Stadt Düsseldorf eine zentrale Anlauf- und Beratungsstelle einrichten. Diese Anlaufstelle könnte die Live-Ins über ihre Rechte aufklären und sie bei Rechtsverstößen unterstützen. Sie könnte auch zwischen den Live-Ins und den Familien vermitteln. Eine Informationskampagne könnte die Düsseldorfer Familien über die Rechte und Bedürfnisse von Live-in-Kräften aufklären und sie für faire Arbeitsbedingungen sensibilisieren. Dies könnte zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Lebensqualität der Live-Ins beitragen, Ausbeutung entgegenwirken und dieses Versorgungselement auf eine verlässlichere Basis stellen.
13. **Diversitätssensible Pflegeangebote:** Allen Pflegebedürftigen, insbesondere marginalisierten Gruppen, soll ein gleichberechtigter Zugang zum Pflegesystem ermöglicht werden. Die demografische Entwicklung zeigt, dass die Zahl älterer Menschen mit internationaler Familiengeschichte weiter zunehmen wird. Für die Versorgung dieser Zielgruppe können spezifische Konzepte und neue Zugangswege erforderlich sein. Zudem sollte die Pflegeplanung die Bedarfe von LSBTIQ-Senior\*innen berücksichtigen und entsprechende Konzepte weiterentwickeln. Zum einen sollte die Weiterbildung des Pflegepersonals im Bereich der diversitätssensiblen Pflege gefördert werden. Zum anderen bedarf es Vermittlungs- und Beratungsstrukturen, die den Zugang marginalisierter Gruppen zum Hilfesystem sicherstellen. In diesem Zusammenhang sind bestehende Angebote wie das Interkulturelle Netzwerk Alter, Pflege und Demenz, das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz sowie das Pflegebüro positiv hervorzuheben. Mit Blick auf die Gruppe der LSBTIQ-Senior\*innen ist die Beratung der Anlaufstelle „Queer im Alter“ zu nennen, welche die Beratungstätigkeit der Fachstelle „Altern unterm Regenbogen“ fortsetzt.

Zur Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen sollte auf Basis des Pflegeberichts ein umfassendes Maßnahmenkonzept entwickelt werden. Neben kurzfristigen Maßnahmen sollten darin auch langfristige Perspektiven der pflegerischen Versorgung aufgezeigt werden.

## Literaturverzeichnis

- Blinkert, B. & Gräf, B. (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. In: DB Research, Nr. 442, S. 24.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin.
- Böckler, S. & Schmitz-Veltin, A. (2013): Migrationshintergrund in der Statistik – Definitionen, Erfassung und Vergleichbarkeit. Verband Deutscher Städtestatistiker, Köln.
- Carstensen, J.; Seibert, H. & Wiethölter, D. (2024): Internationalisierung der Pflege – Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung. IAB-Forschungsbericht 22|2024. IAB, Nürnberg.
- Cihlar, V., Reinwarth, A. & Lippke, S. (2022): Einsamkeit im Alter: die geografische und psychosoziale Perspektive. In: Teti, A., Nowossadeck, E., Fuchs, J. & Künemund, H. (Hrsg.): Wohnen und Gesundheit im Alter. Vehtaer Beiträge zur Gerontologie, Springer VS, Wiesbaden, S. 55-76.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2024): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin. [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf)
- Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (2023): Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin.
- Ding-Greiner, C. (Hrsg.) (2021): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter: Beiträge aus der Praxis. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Eggert, S., Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S. & Schwinger, A. (2021): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer, Berlin, S. 59-70.
- Fries, J. F. (1980): Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. New England Journal of Medicine, 303(3), S. 130-135.
- Fritz, F., Heidbrink, I., Jantzer, P., Kreutzer, F. & Kühnel, J. (2023): Wohnungsmarktbericht 2022. Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen, Düsseldorf.
- Fuchs, P., Mielenz, M., Seidel, K., Wellmer, S. (2024): Erwartungen an die Pflegeausbildung – Praxisschock als Grund für Ausbildungsabbrüche, in: Reiber, Karin; Mohr, Jutta; Evans-Borchers, Michaela; Peters, Miriam (Hrsg.): Fachkräftesicherung, Versorgungsqualität und Karrieren in der Pflege. Bielefeld: wbv. S. 245-264.
- Huinink, J. & Wagner, M. (1998): Individualisierung und die Pluralisierung von Lebensformen. In: Friedrichs, J. (Hrsg.): Die Individualisierungs-These. Wiesbaden, S. 85-106.
- ISG – Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2015): Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ unter besonderer Berücksichtigung des pflegerischen Entlassungsmanagements aus der Klinik. Gutachten im Auftrag der Landeshauptstadt Schwerin, ISG, Köln.

- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.) (2021): Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer, Berlin.
- Klar, M., Geyer, S., Safieddine, B. et al. (2021): Trends in healthy life expectancy between 2002 and 2018 in Germany - Compression or expansion of health-related quality of life (HRQOL)? SSM - Population Health, 13.
- Kremer-Preis, U., Maetzel, J. & Huschik, G. (2021): Neue Wohnformen für Pflegebedürftige – Mehrwert oder bloß Mehraufwand? In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer, Berlin, S. 117-130.
- Künemund, H. & Kohli, M. (2020): Soziale Netzwerke im Alter. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Springer VS, Wiesbaden, S. 379-386.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2013): PflegeWert - Wertschätzung erkennen, fördern, erleben. Handlungsanregungen für Pflegeeinrichtungen. Köln.
- Landeshauptstadt Düsseldorf – Amt für Statistik und Wahlen (2013): Pflegesituation in Düsseldorf. Düsseldorf.
- Landeshauptstadt Düsseldorf – Amt für Soziales (2022): Bericht der örtlichen Planung (Pflegebedarfsplanung) des Amtes für Soziales für das Jahr 2021. Düsseldorf.
- Lehnert, T., Heuchert, M., Hussain, K. & König, H. (2019): Stated preferences for long-term care: a literature review. Ageing and Society, 39(9), S. 1873-1913.
- Lott, Y. (2024): Alles beim Alten: Der Gender Care Gap in der Erwerbsbevölkerung. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Mahne, K., Wolff, J., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (2017): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden.
- Mehlan, S. & Engels, D. (2013): CareWell – Starke Mitarbeiter für eine gute Pflege. Abschlussbericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. Hrsg. vom Caritasverband für die Stadt Köln e.V., Köln.
- Naegele, G. et al. (1995): Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Düsseldorf.
- Nowossadeck, S., Nowossadeck, E., Tetzlaff, F. et al. (2024): Wie hat sich die Lebenserwartung ohne funktionelle Einschränkungen in Deutschland entwickelt? Eine Analyse mit Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Bundesgesundheitsblatt, 67, S. 564-571.
- Obermann, E. (2020): Pflegebedürftige ältere Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige. In: Wöppe, C. et al. (Hrsg.): Alternde Gesellschaft im Wandel. Zur Gestaltung einer Gesellschaft des langen Lebens. Springer, Berlin, S. 143-160.
- Peppler, (2024): Zuwanderung und Anwerbung internationaler Pflegefachkräfte. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Behrendt, S. (Hrsg.): Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Springer, Berlin, S.173-184.
- Reinwand, D., Neise, M. & Zank, S. (2022): Alter, Pflege und Familie. In: Ecarius, J. & Schierbaum, A. (Hrsg.): Handbuch Familie. Springer VS, Wiesbaden.

- Rothgang, H. (Hrsg.) (2020): Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (Pe-BeM), Abschlussbericht. SOCIUM, Bremen.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021): Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 32. Barmer, Berlin.
- Schabram, G., & Freitag, N. (2022): Harte Arbeit, wenig Schutz: Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland. (Analyse / Deutsches Institut für Menschenrechte). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; Minor - Projektkontor für Bildung und Forschung.
- Scheuermann, J., Gräßel, E. & Pendergrass, A. (2024): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege: Einflussfaktoren auf eine pflegebedingte Erwerbstätigkeitsreduktion und arbeitsbezogene Wünsche pflegender Angehöriger. Gesundheitswesen, 86(1), S. 45–53.
- Schobin, J. (2020): Pflege durch (nicht-verwandte) Freunde? Theoretische und empirische Betrachtungen eines vernachlässigten Phänomens am Beispiel der Daten des Sozio-oekonomischen Panels. Zeitschrift für Sozialreform, 66(1).
- Schumann, S. (2018): Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. GGP-Fachzeitschrift für Geriatrische und Gerontologische Pflege, 2(05), S. 200–203.
- Shiu, C., Muraco, A. & Fredriksen-Goldsen, K. (2016): Invisible Care: Friend and Partner Care Among Older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Adults. Journal of the Society for Social Work and Research, 7(3).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2024): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.
- Statistisches Bundesamt (2024): Pflegestatistik 2023 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
- Stemmer, R. (2021): Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen? In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer, Berlin, S.173-184.
- Tezcan-Güntekin, H. & Breckenkamp, J. (2017): Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW), 17(2).

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Altersstruktur der Bevölkerung (31.12.2023).....	13
Tabelle 2:	Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Stadtbezirken (31.12.2023) .	16
Tabelle 3:	Prognose der Bevölkerung ab 60 Jahren nach Stadtbezirken, 2023-2045 .	22
Tabelle 4:	Pflegebedürftige und Pflegequoten nach Altersgruppen und Geschlecht (15.12.2023) .....	24
Tabelle 5:	Menschen mit Demenz in den Stadtbezirken nach Altersgruppen (Schätzung zum Stand 31.12.2023) .....	41
Tabelle 6:	Menschen mit Demenz nach Altersgruppe, Prognose bis 2045 .....	42
Tabelle 7:	Ambulante Pflegedienste in der Stadt Düsseldorf - 2023 .....	58
Tabelle 8:	Personal von ambulanten Pflegediensten .....	61
Tabelle 9:	Angebote der Tagespflege in der Stadt Düsseldorf – 2021 und 2023 .....	66
Tabelle 10:	Personal in Tagespflegeeinrichtungen .....	69
Tabelle 11:	Angebote der solitären Kurzzeitpflege in der Stadt Düsseldorf – 2021 und 2023.....	72
Tabelle 12:	Angebote der Stationären Pflege (inkl. eingestreute Kurzzeitpflegeplätze) in der Stadt Düsseldorf – 2021 und 2023.....	76
Tabelle 13:	Personal in stationären Pflegeeinrichtungen.....	81
Tabelle 14:	Angebote des Wohnens mit Service in der Stadt Düsseldorf - 2023 .....	94
Tabelle 15:	Ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Stadt Düsseldorf - 2023 .	100
Tabelle 16:	Personal in ambulant betreuten Wohngemeinschaften .....	103
Tabelle 17:	Niedergelassene Hausärzte und Apotheken der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023.....	107
Tabelle 18:	Kliniken der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023 .....	110
Tabelle 19:	Sterbebegleitung der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023 .....	112
Tabelle 20:	Pflegepersonalbedarf pro Heimbewohner*in nach Pflegegraden .....	121
Tabelle 21:	Übersicht der Angebotsstruktur im überregionalen Vergleich.....	126
Tabelle 22:	Angebotsstruktur in angrenzenden Gebietskörperschaften .....	127
Tabelle 23:	Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 1: Status-Quo.....	132
Tabelle 24:	Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 2: Anhaltender Effekt der Pflegereform .....	134
Tabelle 25:	Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 3: Ausbau alternativer Wohnformen .....	137
Tabelle 26:	Zielwerte einer verbesserten Versorgungssituation .....	140
Tabelle 27:	Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen – Modell 4: Orientierung an Zielwerten .....	143
Tabelle 28:	Vorausberechnung des Personalbedarfs (VZÄ) in der Pflege - Stadt Düsseldorf 2023 bis 2045.....	147
Tabelle 29:	Versorgung im Stadtbezirk 1 .....	165
Tabelle 30:	Versorgung im Stadtbezirk 2 .....	167

Tabelle 31:	Versorgung im Stadtbezirk 3 .....	168
Tabelle 32:	Versorgung im Stadtbezirk 4 .....	169
Tabelle 33:	Versorgung im Stadtbezirk 5 .....	170
Tabelle 34:	Versorgung im Stadtbezirk 6 .....	171
Tabelle 35:	Versorgung im Stadtbezirk 7 .....	172
Tabelle 36:	Versorgung im Stadtbezirk 8 .....	174
Tabelle 37:	Versorgung im Stadtbezirk 9 .....	175
Tabelle 38:	Versorgung im Stadtbezirk 10 .....	176
Tabelle 39:	Pflegequoten nach Altersgruppen – Stadt Düsseldorf 2023, 2025 und 2027 .....	198
Tabelle 40:	Entwicklung des Pflegebedarfs 2011 bis 2045.....	199

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Altersstruktur der Bevölkerung im Vergleich, Bevölkerungsanteile im Vergleich (31.12.2023) .....	14
Abbildung 2:	Bevölkerung nach Alter und Geschlecht (31.12.2023).....	15
Abbildung 3:	Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Alter (31.12.2023).....	17
Abbildung 4:	Bevölkerungsentwicklung, 2009-2023 (jeweils 31.12.) .....	18
Abbildung 5:	Entwicklung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen, 2009-2023 (jeweils 31.12.) .....	19
Abbildung 6:	Bevölkerungsprognose, 2023-2045 .....	21
Abbildung 7:	Pflegebedürftige nach Altersgruppe und Geschlecht (15.12.2023) .....	25
Abbildung 8:	Pflegebedürftige nach Art der Leistung (15.12.2023) .....	26
Abbildung 9:	Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung, 2011-2023 (jeweils 15.12.).....	28
Abbildung 10:	Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad, 2017 und 2023 (jeweils 15.12.) .....	29
Abbildung 11:	Pflegequoten nach Altersgruppen – Frauen 2011-2045 (ab 2025 Prognose) .....	33
Abbildung 12:	Entwicklung des Pflegebedarfs 2011 bis 2045 (ab 2023 Prognose) .....	34
Abbildung 13:	Prognostizierte Entwicklung des Pflegebedarfs nach Art der Leistung (2023-2045).....	37
Abbildung 14:	Menschen mit Demenz nach Altersgruppe und Geschlecht (Schätzung zum Stand 31.12.2023) .....	40
Abbildung 15:	Beziehende von Hilfe zur Pflege .....	43
Abbildung 16:	Ausgaben der Hilfe zur Pflege.....	44
Abbildung 17:	Durchschnittliche monatliche Fallkosten der Hilfe zur Pflege .....	45
Abbildung 18:	Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen in Düsseldorf.....	47
Abbildung 19:	Wünsche zu Versorgungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit .....	49
Abbildung 20:	Erwartete Personen und geschätzte Wahrscheinlichkeit der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit.....	50
Abbildung 21:	Versorgungssystem der Stadt Düsseldorf .....	53
Abbildung 22:	Ambulante Pflegedienste in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023) .....	56
Abbildung 23:	Klient*innen von ambulanten Diensten nach Altersgruppe .....	60
Abbildung 24:	Klient*innen von ambulanten Diensten nach Pflegegrad .....	60
Abbildung 25:	Mitarbeitende mit Zusatzqualifikationen in ambulanten Diensten .....	62
Abbildung 26:	Nutzen von Digitalisierung in der ambulanten Pflege .....	63
Abbildung 27:	Angebote der Tagespflege in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023).....	64
Abbildung 28:	Tagespflegegäste nach Altersgruppe.....	67
Abbildung 29:	Tagespflegegäste nach Pflegegrad.....	68
Abbildung 30:	Nutzen von Digitalisierung in der Tagespflege.....	70
Abbildung 31:	Angebote der Kurzzeitpflege in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023).....	71

Abbildung 32:	Anlässe für Kurzzeitpflege .....	74
Abbildung 33:	Angebote der stationären Pflege in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023) .....	75
Abbildung 34:	Interessentengruppen, die nicht aufgenommen werden können .....	79
Abbildung 35:	Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen nach Altersgruppe ..	80
Abbildung 36:	Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegegrad .....	80
Abbildung 37:	Mitarbeitende mit Zusatzqualifikationen in stationären Einrichtungen .....	82
Abbildung 38:	Nutzen von Digitalisierung in der stationären Pflege .....	83
Abbildung 39:	Anteil der barrierefreien Wohnungsangebote nach Stadtbezirken - 2021 ...	91
Abbildung 40:	Angebote des Wohnens mit Service in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023).	93
Abbildung 41:	Angebotene Serviceleistungen in den Wohnanlagen .....	96
Abbildung 42:	Ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Stadt Düsseldorf (31.12.2023) .....	98
Abbildung 43:	Bewohner*innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach Altersgruppe .....	102
Abbildung 44:	Bewohner*innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach Pflegegrad .....	102
Abbildung 45:	Nutzen von Digitalisierung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften..	104
Abbildung 46:	Kliniken der Stadt Düsseldorf im Jahr 2023 .....	109
Abbildung 47:	Bewohner*innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und stationären Einrichtungen nach Pflegegrad .....	120
Abbildung 48:	Bewohner*innen von Servicewohnungen und stationären Einrichtungen nach Pflegegrad .....	122
Abbildung 49:	Stationäre Versorgung – Vergleich der zwölf größten Städte NRWs.....	128
Abbildung 50:	Ambulante Versorgung – Vergleich der zwölf größten Städte NRWs.....	129
Abbildung 51:	Einschätzung der Versorgungssituation aus Anbietersicht .....	130
Abbildung 52:	Beschäftigte in der stationären und ambulanten Pflege – Stadt Düsseldorf 2011-2023.....	146
Abbildung 53:	Altersstruktur der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen – Stadt Düsseldorf 2023 .....	148
Abbildung 54:	Bevölkerung ab 80 Jahren nach Familienstand, Stadt Düsseldorf 2008-2023 .....	154
Abbildung 55:	Altenquotient und intergenerationelle Unterstützungsrate, 2011-2045 (Prognose ab 2024).....	156
Abbildung 56:	Endgültige Kinderlosenquote in Prozent nach Altersjahren, Deutschland 2022, 2035 und 2045.....	157
Abbildung 57:	Bevölkerung ab 80 Jahren in Privathaushalten nach Haushaltsgröße, Stadt Düsseldorf 2008-2023 .....	158

## Anhang

**Tabelle 39: Pflegequoten nach Altersgruppen – Stadt Düsseldorf 2023, 2025 und 2027**

Alter	2023		2025*		2027 und folgende Jahre*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
unter 5	1,4%	1,1%	1,6%	1,1%	1,7%	1,2%
5 bis unter 10	3,2%	1,7%	3,5%	1,8%	3,7%	1,9%
10 bis unter 15	3,4%	1,7%	3,8%	1,9%	4,0%	1,9%
15 bis unter 20	2,4%	1,3%	2,7%	1,3%	2,8%	1,3%
20 bis unter 25	1,4%	0,8%	1,6%	0,8%	1,7%	0,8%
25 bis unter 30	0,8%	0,5%	0,8%	0,5%	0,9%	0,5%
30 bis unter 35	0,6%	0,4%	0,7%	0,5%	0,7%	0,5%
35 bis unter 40	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,8%	0,6%
40 bis unter 45	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%	1,0%
45 bis unter 50	1,1%	1,5%	1,2%	1,6%	1,3%	1,6%
50 bis unter 55	2,1%	2,2%	2,3%	2,3%	2,4%	2,4%
55 bis unter 60	3,1%	3,3%	3,4%	3,5%	3,5%	3,5%
60 bis unter 65	5,1%	5,3%	5,7%	5,6%	5,9%	5,7%
65 bis unter 70	8,3%	7,8%	9,1%	8,2%	9,5%	8,4%
70 bis unter 75	12,6%	13,6%	13,7%	14,2%	14,2%	14,4%
75 bis unter 80	18,7%	23,4%	20,4%	24,5%	21,2%	24,9%
80 bis unter 85	31,2%	39,3%	33,8%	40,9%	35,1%	41,4%
85 bis unter 90	47,5%	62,0%	50,7%	63,9%	52,2%	64,5%
90 und mehr	65,2%	83,8%	68,3%	85,8%	69,9%	86,5%

Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 – Bevölkerungsvorausberechnung; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2011-2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.

\*Vorausberechnete werden auf Basis der bisherigen Entwicklung.

**Tabelle 40: Entwicklung des Pflegebedarfs 2011 bis 2045**

	Modell 1: Status-Quo	Modell 2: Steigende Pflegequoten	Modell 3: Gesunde Lebensjahre
2023	40.248	40.248	40.248
2030	42.970	46.500	46.170
2035	43.950	47.580	46.600
2040	45.840	49.620	48.260
2045	48.490	52.450	50.730
<b>Veränd.</b>	<b>+20,5%</b>	<b>+30,3%</b>	<b>+26,0%</b>

Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen – Aktualisierte Bevölkerungsprognose; IT.NRW 2024 – Bevölkerungsvorausberechnung; IT.NRW 2024 - Pflegestatistik Stadt Düsseldorf 2011-2023 (Stichtag 15.12.), Berechnung des ISG 2024.