



Landesberichterstattung Gesundheitsberufe

Nordrhein-Westfalen 2025

Teilbericht zur Entwicklung in Pflege-,
Therapie- und Gesundheitsberufen in
Nordrhein-Westfalen

Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2025

Teilbericht zur Entwicklung in Pflege-, Therapie und Gesundheitsberufen in Nordrhein-Westfalen

**Wissenschaftliche Beratung und Ausführung:
Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH
(DIP)**

Auftraggeber:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**





Liebe Leserinnen und Leser,

der Stellenwert der Pflege- und Gesundheitsberufe für eine gute pflegerische und gesundheitliche Versorgung der nordrhein-westfälischen Bevölkerung ist unbestreitbar und ein weiterhin hochaktuelles Thema für unser Land. Aus diesem Grund entsteht im Auftrag der Landesregierung seit nun mehr als 20 Jahren die „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen“, welche die jeweils aktuelle Ausbildungs- und Fachkräftesituation in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen darstellt, analysiert und einordnet. Sie soll nicht nur für die Politik, sondern auch für die Akteure im Feld zur Information und als Grundlage für fundierte und zielgerichtete Entscheidungen dienen.

In diesem Jahr erscheint die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe das erste Mal in einem neuen Format. Insgesamt fünf Teilberichte ermöglichen einen detaillierten und aktuellen Blick auf spezifische Themenfelder der Gesundheitsfachberufe.

Der hier vorliegende vierte Teilbericht führt die Ergebnisse der ersten drei, bereits veröffentlichten Teilberichte zusammen und stellt daran anschließend Analysen und Perspektiven zur Versorgungssituation (Demografie und Pflegebedürftigkeit, Infrastruktur pflegerischer Versorgungsangebote und regionale Versorgungssicherheit) vor. So zeigen die Analysen z.B., dass regional unterschiedliche Entwicklungen der Altersstrukturen und Pflegebedürftigkeit gegeben sind, die wiederum die regional zu unterschiedlichen Herausforderungen führen könnten. Insgesamt weist der Bericht für die letzten Jahre eine insgesamt positive Steigerung der Entwicklung der Anzahl an teil- und vollstationären sowie ambulanten Einrichtungen aus. Eine weitere Erkenntnis ist zudem, dass in Nordrhein-Westfalen keine unversorgten Regionen vorhanden sind, also in allen Regionen teil- und vollstationäre sowie ambulante Einrichtungen grundsätzlich im näheren Umfeld für alle Einwohner und Einwohnerinnen erreichbar sind.

Finalisiert wird die Landesberichterstattung 2025 mit der abschließenden Veröffentlichung eines fünften Teilberichts zur Ausbildungssituation 2024.

Danken möchte ich der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP) für die Durchführung und Erstellung der Landesberichterstattung 2025.

Ich wünsche Ihnen eine informative Lektüre mit erkenntnisreichen Informationen und Analysen.



Karl-Josef Laumann MdL

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhaltsverzeichnis

1.	DIE LANDESBERICHTERSTATTUNG GESUNDHEITSBERUFE 2025	1
2.	KERNERGEBNISSE DER TEILBERICHTE I BIS IV	3
2.1	AUSBILDUNGSSITUATION IN DEN GESUNDHEITSBERUFEN IN NRW 2023 (I)	3
2.2	ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSMARKT IN NRW 2024 (II)	5
2.3	BEDARFSABDECKUNG/MANGELPROGNOSEN IN NRW 2024 (III)	8
2.4	ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN GESAMT (IV).....	12
3.	DEMOGRAFIE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN NRW	18
3.1	DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG	18
3.2	ENTWICKLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	26
3.4	PRÄVALENZ VON MENSCHEN MIT DEMENZ	36
3.5	PROGNOSEN ZUR ENTWICKLUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ	40
4.	INFRASTRUKTUR FACHPFLEGERISCHER VERSORGUNGSANGEBOTE	44
4.1	VERSORGUNGSDICHTE VON BETTPLÄTZEN DER STATIONÄREN DAUERPFLEGE	44
4.2	VERSORGUNGSDICHTE TAGESPFLEGE	50
4.3	VERSORGUNGSDICHTE AMBULANTE PFLEGEDIENSTE.....	53
4.4	STANDORTE DER KRANKENHÄUSER	58
4.5	STANDORTE DER VORSORGE- UND REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN	60
5.	REGIONALE FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERHEIT	63
5.1	INDEX FACHPFLEGERISCHER VERSORGUNGSSICHERHEIT: METHODIK UND WEITERENTWICKLUNG.....	64
5.2	INDEX FACHPFLEGERISCHER VERSORGUNGSSICHERHEIT: ERGEBNISSE	72
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	79
7	TABELLENVERZEICHNIS.....	80
8	LITERATURVERZEICHNIS	81

1. DIE LANDESBERICHTERSTATTUNG GESUNDHEITSBERUFE 2025

Mit der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW (LbG NRW) berichtet die Landesregierung in NRW seit rund 20 Jahren in einem zweijährigen Turnus über aktuelle Entwicklungen der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation in der Pflege sowie in ausgewählten Gesundheitsberufen.

Etabliert hat sich die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW als ein sektorenübergreifendes umfassendes Fachkräftemonitoring, das zahlreiche Parameter der Bevölkerungsentwicklung, der Ausbildung, der Beschäftigung sowie der fachpflegerischen Infrastrukturentwicklung zusammenführt und in Form von übergreifenden Analysen (z.B. Mangelprognosen) verbindet. Neben der Analyse von rund 50 Einzelindikatoren auf der Basis von statistischen Grunddaten wurden auch Ergebnisse aus Primärdatenerhebungen (standardisierte Befragungen) einbezogen. Datenauswertungen wurden in einem Überblick auf Landesebene, auf der Ebene der Regierungsbezirke und in kleinräumigen Analysen dargelegt. Neben dem Berichtswesen wurden Regionalkonferenzen etabliert, in denen die kleinräumigen Analysen auf der Ebene der kreisfreien Städte sowie der Landkreise vorgestellt und in Konferenzen mit Interessierten aus Einrichtungen, Verwaltung und Politik auch auf kommunaler Ebene diskutiert wurden.

Die Hinzunahme zahlreicher innovativer Analysen (z.B. Pendleranalysen Pflegender, Entwicklung eines Versorgungsindex, Analysen zum intra- und intersektoriellen Beschäftigungswechsel Pflegender, Erreichbarkeitsanalysen von Einrichtungen) führten in den vergangenen Jahren zu einer deutlichen Ausweitung und einer höheren Komplexität der Berichterstattung.

Mit der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2025 wird erstmals ein neues Vorgehen bei der Berichterstattung erprobt.

In der Leistungsbeschreibung zur Vergabe¹ wurde dazu aufgenommen (S. 3): „Die Studienergebnisse sollen möglichst aktuell zur Verfügung stehen, wozu die bisherige LbG in fünf themenspezifischen Kernberichten sukzessive veröffentlicht werden soll. Dabei sollen die Textteile weiterhin analytisch/interpretativ und weniger deskriptiv gestaltet werden.“

Vorgesehen waren in diesem Kontext die nachfolgenden Berichtsteile, die im Verlauf der Jahre 2024 sowie 2025 entwickelt und veröffentlicht wurden:

- Bericht zur Ausbildungssituation (bis einschließlich 2023)
- Bericht zur Arbeits- und Beschäftigungssituation (bis einschließlich 2024)

¹ Vergabenummer: MAGS.2024.022/ Aktenzeichen: 01.03.08

- Bericht zur Bedarfsdeckung/Mangelprognose
- Bericht zur Entwicklung in NRW insgesamt mit Darlegung der Gesamtergebnisse
- Bericht zur Ausbildungssituation (bis einschließlich 2024)

Der an dieser Stelle vorgelegte *Bericht zur Entwicklung in NRW insgesamt* ist der vierte der benannten Berichtsteile im Rahmen des Gesamtprojekts zur Landesberichtserstattung Gesundheitsberufe 2025.

Grundlagen dieses Berichts sind Analysen und Kerndaten aus amtlichen Statistiken und Kennzahlen aus unterschiedlichen Quellen, die bis zum Juni 2025 vorlagen und einbezogen werden konnten.

2. KERNERGEBNISSE DER TEILBERICHTE I BIS IV

In diesem einführenden Kapitel werden zentrale Ergebnisse der bisher veröffentlichten Teilberichte (I bis III) dargestellt, um einen Gesamtüberblick zu den aktuellen Entwicklungen zu ermöglichen. Anschließend erfolgt eine Kurzzusammenfassung der in diesem Rahmenbericht (IV) beschriebenen Gesamtentwicklung bzw. Versorgungsbedarfe in NRW.

2.1 Ausbildungssituation in den Gesundheitsberufen in NRW 2023 (I)

Der erste Kernbericht im Rahmen dieser LbG NRW beschäftigte sich mit der Ausbildungssituation der Gesundheits- und Pflegeberufe des Landes. Dabei wurden die Ausbildungsstrukturen, die soziodemographischen Merkmale der Auszubildenden, die Entwicklung der Ausbildungsaufnahmen und der erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen beleuchtet. Im Folgenden werden die Kernergebnisse des ersten Kernberichts „Bericht zur Ausbildungssituation“ bis einschließlich 2023 in kondensierter Form wiedergegeben.

Ausbildungsstrukturen und regionale Erreichbarkeit

Die Analyse der Ausbildungsstrukturen verweist auf deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, zugleich aber auf insgesamt positive Eigenschaften. In der Pflege bestehen flächendeckend gut ausgeprägte Schulstandorte, die nahezu alle Siedlungsgebiete in Nordrhein-Westfalen innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit mit dem PKW erschließen. Diese regionale Dichte ist angesichts der hohen Ortsgebundenheit von Pflegenden und Auszubildenden von zentraler Bedeutung. Abweichende Muster zeigen sich in den Therapieberufen: Während die Physiotherapie eine gute, wenngleich weniger dichte Abdeckung aufweist, konzentriert sich die Ergotherapie auf städtische Regionen. Beide Berufszweige konnten jedoch deutlich steigende Ausbildungszahlen auch im bestehenden System realisieren. Die Logopädie verzeichnet demgegenüber keine vergleichbar großen Kapazitätssteigerungen², die räumliche Verteilung ist stärker urban geprägt; ab einer Erreichbarkeit von 45 bis 60 Minuten Fahrzeit wird jedoch auch hier eine flächendeckende Abdeckung erreicht.

Soziodemographische Merkmale der Auszubildenden

Hinsichtlich der schulischen Eingangsvoraussetzungen zeigt sich ein hoher Anteil von Abiturientinnen und Abiturienten in Ausbildungen wie der Logopädie, Radiologieassistenz oder ATA/OTA, während die Pflege ein heterogeneres Bild aufweist. Im letzten Jahrgang vor Einführung der Generalistik betrug der Anteil in der Kinderkrankenpflege 49,7 Prozent, in der Altenpflege hingegen nur 5,3 Prozent; insgesamt lag er bei 17,7 Prozent.

² Die konkreten Zahlen sind dem Teilbericht I der LbG 2025 „Teilbericht zur Ausbildungssituation in den Pflege- und Gesundheitsberufen in NRW 2023“ zu entnehmen. Zu finden auf der Seite 34. Die Daten beruhen auf den Erhebungen des Landesamtes für Statistik IT.NRW „Schulen des Gesundheitswesens“.

Mit 43,4 Prozent stellen Schülerinnen und Schüler mit Fachoberschulreife die größte Gruppe. Der Wegfall des gymnasialen Abiturjahrgangs 2026 aufgrund der Umstellung von G8 auf G9 dürfte demnach vor allem in Berufen spürbare Effekte zeigen, die über eine hohe Abiturientinnen- und Abiturientenquote verfügen. Auch die Anteile ausländischer Auszubildender variieren je nach Berufsausbildung stark. Während sie im Gesamtdurchschnitt bei 12,1 Prozent liegen, weisen Pflegefachassistenz (29,6 Prozent), Masseurinnen/Masseur und medizinische Bademeisterinnen/-meister (17,6 Prozent) sowie Pharmazeutisch-technische Assistenz (27 Prozent) deutlich höhere Quoten auf. Sehr geringe Anteile zeigen sich in der Logopädie (3,7 Prozent), Ergotherapie (3,1 Prozent) und den Notfallsanitäterinnen und -sanitätern (0 Prozent).

Entwicklung der Ausbildungszahlen

Die Ausbildungskennzahlen bestätigen eine insgesamt positive Entwicklung, die in den Therapieberufen in hohem Maße auf die Schulgeldfreiheit zurückgeführt werden kann. So stiegen in der Physiotherapie die neu belegten Ausbildungsplätze zwischen 2020 und 2023 von 1.500 auf 1.960, in der Ergotherapie von 540 auf 810. In der Logopädie hingegen blieb ein deutlicher Sprung bislang aus; hier müssen jedoch die zunehmenden Möglichkeiten der hochschulischen Studiengänge mitberücksichtigt werden. Auch im Bereich der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zeigt sich, trotz leichter Rückgänge gegenüber den Jahrgängen 2021/22, ein deutlich höheres Niveau als in den Vorjahren. In der Pflege verweist die Umstellung auf die generalistische Ausbildung auf eine stabile und robuste Entwicklung: Mit 17.439 neu aufgenommenen Auszubildenden in 2023, einschließlich Ausbildungsabbrüchen, bleibt die Nachfrage hoch und erwies sich selbst in der Corona-Pandemie als konstant. Besonders dynamisch stellt sich die Entwicklung in der Pflegefachassistenz dar, die mit 2.805 Schülerinnen und Schülern in der Schulstatistik des Schuljahres 2023/2024 und 4.363 in einer Stichtagsabfrage (zum 31.12. 2023) des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales einen neuen Höchststand erreichte.

Ausbildungserfolge und Abschlussquoten

Neben den Aufnahmezahlen neuer Auszubildender kommt den Ausbildungserfolgen eine besondere Bedeutung zu, da Ausbildungsabbrüche die unmittelbare Fachkräftegewinnung begrenzen. Mit dem Abschlussjahrgang 2023 liegen erstmals Daten zur generalistischen Pflegeausbildung vor. Je nach Definition der Grundgesamtheit variiert die Erfolgsquote der Ausbildung³. Von den 2020 eingetretenen Auszubildenden absolvier-

³ Im 1. Ausbildungsbericht der LbG 2025 wird auf den Seiten 28ff. die Auswirkung der unterschiedlichen Definition der Grundgesamtheit auf den Ausbildungserfolg beschrieben. Es bestehen zwei Varianten. Wenn alle Auszubildende, die im Jahr 2020 die Ausbildung nach PflBG neu aufgenommen haben, einbezogen werden, liegt die Grundgesamtheit bei 15.837 Auszubildenden. Dies ist Variante 1. In der Variante 2 werden nur jene Auszubildende als Grundgesamtheit betrachtet, die zum Stichtag der Erhebung am 31.12.2020 auch noch tatsächlich in der Ausbildung nach PflBG sind. All jene Auszubildende, die bis dahin die Ausbildung wieder

ten 69,6 Prozent respektive 63,5 Prozent erfolgreich den Abschluss. Dieser Wert entspricht den in früheren LbGs dokumentierten Erfolgsquoten und positioniert Nordrhein-Westfalen im Bundesvergleich nach Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz auf Rang drei.

Gesamtbewertung

In der Gesamtschau zeigen sich die Ausbildungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen stabil, sind jedoch mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert. Der positive Einfluss der Schulgeldfreiheit, die robusten Entwicklungen in der Pflege und der deutliche Aufwuchs in der Pflegefachassistenz markieren zentrale Fortschritte in der Fachkräftesicherung. Zugleich verweisen die Befunde auf bestehende Herausforderungen: Die Sicherung hoher Abschlussquoten, die Anpassung an bildungspolitische Veränderungen wie die Umstellung von G8 auf G9 sowie die gezielte Gewinnung männlicher und ausländischer Auszubildender in bislang weniger erschlossenen Berufsgruppen.

2.2 Arbeits- und Beschäftigungsmarkt in NRW 2024 (II)

Der zweite Kernbericht dieser LbG fokussiert den Arbeits- und Beschäftigungsmarkt der Gesundheits- und Pflegeberufe des Landes. Dabei wird die Entwicklung der fachpflegerischen Versorgungsstruktur betrachtet sowie die Entwicklungen der einzelnen Beschäftigungsbereiche, namentlich der Pflegeberufe, der Therapieberufe, des Hebammenwesens, des Rettungsdienstes und der weiteren Gesundheitsfachberufe. Die Kernergebnisse aus dem zweiten Kernbericht „Bericht zur Arbeits- und Beschäftigungssituation“ bis einschließlich 2024 werden hier in verdichteter Form aufgeführt.

Strukturentwicklung in der fachpflegerischen Versorgung

Die fachpflegerische Versorgungsinfrastruktur in NRW weist eine differenzierte Entwicklung auf. Während die Zahl ambulanter Pflegedienste seit 2021 weitgehend stabil bleibt, steigt die Zahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen kontinuierlich an. Im stationären Bereich setzte sich der Ausbau von Einrichtungen moderat fort (+103 Einrichtungen seit 2021), wodurch die Zahl stationär versorgter Pflegebedürftiger wieder das Niveau von 2019 erreicht. Krankenhäuser und Vorsorge- sowie Rehabilitationseinrichtungen zeigen hingegen nur geringe oder leicht rückläufige Veränderungen: Die Zahl der Krankenhäuser sank leicht (auf 328 im Jahr 2023), die Bettenkapazität um 1,5 Prozent, während auch die Zahl der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen leicht zurückging.

Entwicklung der Beschäftigung in der Pflege

Die Pflege weist weiterhin ein moderates, aber stetiges Beschäftigungswachstum auf.

abgebrochen haben, sind nicht mehr Teil der Grundgesamtheit, wodurch in Variante 2. die Anzahl der Auszubildenden 14.457 beträgt. In Variante 1 ist damit die Erfolgsquote aufgrund der größeren Grundgesamtheit niedriger als in der Variante 2.

2024 sind insgesamt 287.150 Pflegefachpersonen (ohne Helferberufe) sozialversicherungspflichtig oder geringfügig beschäftigt; gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Zuwachs um 1.783 Personen und gegenüber 2019 einem Plus von 19.755. Der Arbeitsmarkt bleibt durch Vollbeschäftigung gekennzeichnet: Im Jahresdurchschnitt 2024 standen 3.642 arbeitslos gemeldeten Pflegenden 4.209 offen gemeldete Stellen gegenüber. Zuwächse ergeben sich u. a. durch die Gewinnung internationaler Pflegekräfte: 11.237 Zulassungen zur Arbeitsaufnahme aus Drittstaaten ($\approx 3,9\%$ der Beschäftigten) sowie eine Verdopplung der Anerkennungsanträge seit 2019 sind dabei zu verzeichnen. Gleichzeitig geht der Anteil an Leiharbeit im Berufsfeld Pflege zurück (2024: 8.210 Pflegenden; Anteil 2,9 Prozent). Mit dem ersten Abschlussjahrgang der generalistischen Pflegeausbildung lässt sich eine unmittelbare Berufseinmündung von 61,6 Prozent in die Einrichtungen der Regelversorgung abschätzen (restliche Einmündungen in andere Sektoren bzw. zeitverzögert).

Die Auswertung der Kennzahlen zu dem Bereich der Pflegefachassistenz und den Pflegehilfsberufen zeigt deutliche Abweichungen zwischen den Beständen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und den sektorbezogenen amtlichen Statistiken, die die Interpretation erschweren. In der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe werden (in der BA-Klassifikation 81301) für NRW im Jahr 2024 insgesamt 43.330 Personen ausgewiesen, während sich für die Kernsektoren (ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Pflege, Krankenhäuser, Vorsorge/Reha) zum Jahresende 2023 lediglich 11.606 Krankenpflegeassistenzen sicher zuordnen lassen. Für die Altenpflegehilfe (BA-Klassifikation 82101) weist die BA 63.896 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (NRW 2024) aus; in den genannten Kernsektoren werden in den amtlichen Statistiken 2023 der Berufsangehörigen insgesamt 17.640 Beschäftigte erfasst. Die Diskrepanzen deuten auf Kodierungsprobleme hin (mangelnde Trennschärfe zwischen helferischer Qualifikation und staatlich anerkannter Assistenz). Folglich führt die BA diese Berufe nicht mit belastbaren Arbeitsmarktindikatoren (offene Stellen/Arbeitslose); vertiefte arbeitsmarktbezogene Analysen sind auf Basis der verfügbaren Daten nicht möglich.

Entwicklung der Beschäftigung in den Therapieberufen

In Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie setzt sich das Beschäftigungswachstum dynamisch fort. 2024 sind 5.705 Logopädinnen und Logopäden, 11.617 Ergotherapeutinnen und -therapeuten und 30.137 Physiotherapeutinnen und -therapeuten sozialversicherungspflichtig beschäftigt – ein Zuwachs von 5,8 bis 7,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Für diese Berufe kann von einer Vollbeschäftigung ausgegangen werden. Auch die Zahl der Zulassungen für ambulante Praxen bei der Arbeitsgemeinschaft Heilmittelzulassung NRW (ARGE NRW) steigt, sodass ein Zuwachs in der ambulanten Therapieversorgung stattfindet. Abweichend zeigt die Podologie ein heterogenes Bild: Trotz steigender Zulassungen für Praxen sinkt die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

leicht (auf 1.464 in 2024).

Entwicklung der Beschäftigung im Hebammenwesen

Hebammen in sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen sind überwiegend im Krankenhaussektor tätig (rund 70 Prozent). Im Jahr 2024 weist die Bundesagentur für Arbeit 3.783 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte aus, ein Plus von 10 Prozent gegenüber 2022. Die Arbeitslosigkeit ist gering (116 im Jahresdurchschnitt), zugleich sind offene Stellen kaum ausgeschrieben. Regionale Diskrepanzen bestehen jedoch, da Stellen und Arbeitssuchende nicht immer zusammenfallen. Insgesamt zeigen sich stabile und wachsende Strukturen auf dem Arbeitsmarkt im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen. Eine Einschätzung darüber, ob diese für eine ausreichende Versorgung der hebammenspezifischen Bedarfe in der Bevölkerung sorgt, ist damit jedoch nicht möglich⁴.

Entwicklung der Beschäftigung im Rettungsdienst

Der Rettungsdienst verzeichnet im Zeitraum 2019–2024 einen deutlichen Beschäftigungszuwachs von 34,1 Prozent (3.513 zusätzliche Stellen). Die Arbeitslosenquote ist mit 2,2 Prozent niedrig, die Zahl der Arbeitslosen übersteigt die offenen Stellen leicht, was auf keinen akuten Nachfragedruck verweist. Zunehmend werden Rettungsfachkräfte auch in Krankenhäusern eingesetzt; zwischen 2019 und 2023 stieg ihre Zahl dort von 291 auf 552. Der Beschäftigungszuwachs sowie die Arbeitslosenquote reichen als Indikatoren jedoch nicht aus, um Rückschlüsse auf den Entsprechungsgrad gegenüber den Bedarfen im Land zu ziehen.

Entwicklung der Beschäftigung in Gesundheitsfachberufen

Die Entwicklungen in den weiteren Gesundheitsfachberufen sind heterogen. Während sich bei den medizinisch-technologischen Berufen in Radiologie und Funktionsdiagnostik sowie bei ATA/OTA positive Beschäftigungsentwicklungen und niedrige Arbeitslosenquoten zeigen, sind Rückgänge in der Laboratoriumsanalytik (–9,3 Prozent) und bei der Pharmazeutisch-technischen Assistenz (–1,5 Prozent) zu verzeichnen. Letztere weist mit 4,3 Prozent eine relevante Arbeitsmarktreserve auf. In der Diätassistenz stagniert die Beschäftigung, während in der Orthoptik ein stabiles, weitgehend ausgeglichenes Verhältnis vorliegt.

Gesamtbewertung

Die Beschäftigung in den Pflege-, Therapie- und Gesundheitsberufen in Nordrhein-Westfalen zeigt sich insgesamt stabil mit überwiegend positiven Entwicklungstendenzen. Besonders hervorzuheben sind die moderaten, aber stetigen Zuwächse in der Pflege sowie

⁴ Siehe hierzu das Unterkapitel „Hebammenwesen“ auf Seite 10.

die dynamischen Beschäftigungssteigerungen in den Therapieberufen. Im Hebammenwesen und im Rettungsdienst konnten ebenfalls deutliche Zugewinne erzielt werden, während einzelne Gesundheitsfachberufe stagnierende oder rückläufige Trends aufweisen. Zentrale Herausforderungen bestehen in der Sicherung der Berufseinmündung, insbesondere in der Pflege, im Abbau regionaler Ungleichgewichte sowie in der gezielten Nutzung von Potenzialen ausländischer Fachkräfte. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Arbeitsmarktsituation durch Vollbeschäftigung und geringe Arbeitsmarktreserven geprägt ist, was auf die Notwendigkeit hinweist, sich weiterhin aktiv mit der Fachkräftesicherung zu beschäftigen.

2.3 Bedarfsabdeckung/Mangelprognosen in NRW 2024 (III)

Der dritte Kernbericht im Rahmen dieser LbG NRW beschäftigt sich mit der Bedarfsabdeckung und der Mangelprognose der Gesundheits- und Pflegeberufe in Nordrhein-Westfalen. Ziel des Berichtes war die Analyse der Arbeitsmarktkennzahlen zu den einzelnen Gesundheits- und Pflegeberufen, um feststellen zu können, wie sich das Verhältnis zwischen offen gemeldeten Stellen und arbeitslos gemeldeten Personen darstellt und wie es sich im Vergleich zu der vorherigen LbG verändert hat. Ferner wurden für die Zielberufe Prognosemodelle entworfen, um einschätzen zu können, ob die Ausbildungsbemühungen die zu erwartenden Renteneintritte mittelfristig kompensieren. Die Ergebnisse dieser Analyse werden im Folgenden als thematische Cluster kondensiert beschrieben.

Fachkräftebedarfe in den Gesundheits- und Pflegeberufen

Pflege- und Gesundheitsberufe gelten seit Jahren als Mangelberufe. Charakteristisch sind niedrige Arbeitslosenzahlen, eine hohe Nachfrage seitens der Einrichtungen sowie verlängerte Vakanzzeiten bei der Besetzung offener Stellen. Für die Pflegefachberufe konstatiert die Bundesagentur für Arbeit einen deutlichen Fachkräfteengpass: In fünf von sechs geprüften Indikatoren liegt eine Engpasssituation vor. Diese Diagnose bestätigt die Einschätzung, dass die Versorgung in zentralen Bereichen strukturell auf eine angespannte Arbeitsmarktlage trifft. Auch für zahlreiche weitere Gesundheits- und Therapieberufe lassen sich ähnliche Muster nachzeichnen. Zwar profitieren die Berufstätigen aktuell von einer hohen Nachfrage, für die Einrichtungen bedeutet dies jedoch erhebliche Herausforderungen bei der Sicherung des Fachkräftebestands.

Pflegeberufe

Die Pflege im Sinne des Pflegeberufegesetzes (PflBG) weist in Nordrhein-Westfalen nach wie vor keine relevanten Arbeitsmarktreserven auf. Die Relation zwischen offenen Stellen und arbeitslos gemeldeten Pflegefachpersonen liegt bei 1,2, womit rechnerisch mehr Stellenangebote als verfügbare Arbeitskräfte bestehen. Zwischen 2020 und 2024

hat sich die Beschäftigung positiv entwickelt: Rund 13.000 zusätzliche Pflegefachpersonen wurden sozialversicherungspflichtig tätig. Gleichzeitig ist die Relation von offenen Stellen zu Arbeitslosen von 2,3 auf 1,2 gesunken, was auf eine leichte Entspannung infolge der politisch geförderten Ausbildungsanstrengungen hinweist. Gleichwohl steigt der Ersatzbedarf infolge von Renteneintritten bis 2030 spürbar an. Während 2024 die Differenz zwischen Berufseintritten und Rentenzugängen noch bei rund 4.900 lag, wird sie bis 2030 auf etwa 3.100 absinken. Dies verdeutlicht, dass die derzeitigen Qualifizierungsanstrengungen den Ersatzbedarf decken können, ein zusätzlicher Aufwuchs zur Bewältigung der demografischen Herausforderungen jedoch ohne internationale Fachkräfte kaum realisierbar ist.

Lehrende in der Pflege

Im Bereich des Pflegelehrpersonals bestehen weiterhin Engpässe in der Personalausstattung und der Möglichkeit der Personalgewinnung. Die Pflegeschulen in Nordrhein-Westfalen meldeten in der Online-Befragung im Rahmen dieser LbG einen aktuellen Bedarf von 134 Vollzeitstellen. Verglichen mit der letzten LbG (2023) ist der rechnerische Mangel jedoch deutlich zurückgegangen: Der Gesamtbedarf sank in zwei Jahren um 188 Stellen (–58,4 Prozent). Diese Entlastung ist wesentlich auf den deutlichen Ausbau der Studienplätze in der Pflegepädagogik zurückzuführen. Dennoch bleibt der Bedarf spürbar: Im Durchschnitt dauert die Besetzung offener Lehrstellen rund sechs Monate, und für 2024/2025 ergibt die Prognose einen kombinierten Gesamtbedarf⁵ von 290 zusätzlichen Lehrkräften. Dieser Wert ist allerdings als Obergrenze einzuordnen, da nicht alle potenziellen Qualifizierungswege berücksichtigt werden können, die die bestehenden Bedarfe ggf. reduzieren können. Werden die Maßnahmen zur Kapazitätserweiterung stabil fortgesetzt und bleiben die Studierendenzahlen auf dem bestehenden Niveau, ist mit einer weiteren Reduzierung des Fachkräfteengpasses zu rechnen, sodass das angestrebte Verhältnis von 1:20 zwischen Lehrenden und Auszubildenden voraussichtlich bis zum Ende der Übergangszeit (Dezember 2029) erreicht werden kann.

Therapieberufe

Für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie werden in den letzten Jahren deutliche Zuwächse bei den Beschäftigtenzahlen ausgewiesen: Zwischen 2022 und 2024 stieg die Beschäftigung in der Ergotherapie um 763, in der Logopädie um 388 und in der Physiotherapie um 1.644 Stellen. Gleichwohl bestehen weiterhin ausgeprägte Engpässe. Je

⁵ Der kombinierte Gesamtbedarf berücksichtigt die aktuellen Bedarfe (in diesem Fall 134 angegebene, offene und zu besetzende Vollzeitstellen) sowie die Ersatzbedarfe durch Renteneintritte, die Veränderungsbedarfe von Bildungseinrichtungen sowie das Angebot an regelmäßig neu in den Beruf einmündende Pflegepädagoginnen und -pädagogen. Eine detaillierte Beschreibung dazu findet sich im Teilbericht III der LbG 2025 „Teilbericht zur Bedarfsdeckung und Mangelprognose in den Pflege-, Therapie- und Gesundheitsberufen in NRW“ S. 29 bis 33.

nach Beruf kommen auf eine arbeitslose Fachperson zwischen 1,8 und 2,2 offene Stellen. Die wachsenden Ausbildungszahlen stützen eine positive Entwicklung, die mittelfristig zu einer Entspannung beitragen kann. Hinsichtlich der berufsdemografischen Entwicklung erscheint die Situation als weniger kritisch: Der Ersatzbedarf bis 2030 ist durch die Zahl der Berufseinsteigerinnen und -einsteiger gut abgedeckt. Auch für die Podologie wird, trotz geringer Beschäftigtenzahl, ein ausreichendes Verhältnis zwischen Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen und Rentenzugängen prognostiziert.

Hebammenwesen

Im Hebammenwesen ergibt sich bei der reinen Betrachtung der Arbeitsmarktkennzahlen ein vergleichsweise günstiges Bild. Auf eine offene Stelle kommen rechnerisch fünf arbeitslos gemeldete Hebammen, wodurch aus arbeitsmarktstatistischer Perspektive kein darstellbarer Engpass besteht.

In diesem Bereich ist jedoch aufgrund der hohen Anzahl an Selbstständigen und solitär arbeitenden Personen die Verzerrung größer und die Aussagekraft der Arbeitsmarktdaten ist erheblich eingeschränkt. Hebammen als selbstständig ausübende Fachpersonen passen die Angebote der eigenen Kapazität an und schreiben keine Stellen aus, die sich in der Anzahl offen gemeldeter Stellen abbilden würde. Die Daten der offenen Stellen sind vor diesem Hintergrund lediglich eine Teilmenge des Bedarfs (aus bestehenden Einrichtungen) und sind nur indirekt mit den Bedarfen in Verbindung zu bringen. Bezogen auf die berufsdemografischen Entwicklungen lassen sich die nachfolgenden Hinweise ableiten: Die Zahl der Ausbildungskapazitäten reicht aktuell aus, um die bis 2030 zu erwartenden Renteneintritte zu kompensieren und zu einer Entspannung auf dem Arbeitsmarkt beitragen zu können. Gleichwohl darf aus den verfügbaren Daten nicht auf ein Überangebot geschlossen werden. Ein erheblicher Teil der berufstätigen Hebammen wird in den Daten der Bundesagentur für Arbeit nicht aufgeführt. Zudem fehlen strukturierte Informationen zur Bedarfsseite (Frauen in Geburtssituationen oder in der Vorbereitung sowie Familienhebammen), sodass insbesondere regional begrenzte Unterversorgungen weiterhin nicht ausgeschlossen werden können. Es wurde ein eigenes Gutachten über die Frage nach der Bedarfsbemessung im ambulanten Hebammenwesen durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben. Der Bericht wurde im März 2025 abgenommen und ist online auf der Seite des Ministeriums frei zugänglich.⁶

Weitere Gesundheitsfachberufe

In den nicht selbstständig ausgeübten Gesundheitsfachberufen ergibt sich ein differenziertes Bild. Für die Operationstechnische Assistenz übersteigt die Zahl der

⁶ Download des Berichtes von Raddatz, M. und Sayn-Wittgenstein-Hohenstein, F. 2025 unter: https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/gutachten_bedarfsbemessung_hebammenhilfe_version_maerz_2025_27.3.25.pdf

offenen Stellen die der arbeitslos gemeldeten Personen (Relation 1,2), was auf einen faktischen Mangel verweist. In den übrigen Berufen – darunter den Medizinisch-technologischen Berufen (Radiologie, Funktionsdiagnostik, Laboratoriumsanalytik), Diätassistenz, Orthoptik sowie Pharmazeutisch-technische Assistenz – liegen die Relationen unter 1, sodass rechnerisch für das Land insgesamt keine Engpässe bestehen. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede in den Beschäftigungsentwicklungen: Während die Operationstechnische und Anästhesietechnische Assistenz sowie die Radiologie Beschäftigungszuwächse verzeichnen, sind in der Laboratoriumsanalytik (– 2.155 Stellen seit 2020) und in der Pharmazeutisch-technischen Assistenz (–363 Stellen zwischen 2022 und 2024) Rückgänge zu beobachten. Insbesondere in der Laboratoriumsanalytik werden ab 2026 jährlich mehr Renteneintritte als Berufseinmündungen prognostiziert, sodass sich mittelfristig ein Engpass aufbauen dürfte. In der Diätassistenz stagniert die Beschäftigung seit Jahren.

Rettungsdienst

In der Mangelprognose stellt der Rettungsdienst eine Ausnahme dar: Zwischen 2022 und 2024 stieg die Beschäftigtenzahl um 11,7 Prozent. Auch langfristig zeigen die Prognosen ein positives Bild. Bis 2030 liegt das Verhältnis von Berufseinsteigenden zu Rentenzugängen bei 2,6, womit der Ersatzbedarf deutlich gedeckt ist. Ein Fachkräftemangel ist hier aufgrund der Relation zwischen offen gemeldeten Stellen und arbeitslos gemeldeten Berufsangehörigen von 0,7 nicht erkennbar. Wie weiter oben bereits aufgeführt, lässt dies jedoch keine Rückschlüsse darauf hin zu, ob die landesweiten Bedarfe damit abgedeckt sind.

Gesamtschau

Die Mangelprognose verdeutlicht, dass sich die Arbeitsmarktsituation in den Gesundheitsberufen weiterhin durch enge Fachkräftepotenziale auszeichnet. Besonders die Pflege bleibt ein Bereich ohne relevante Reserven, in dem der Ersatzbedarf künftig nur durch zusätzliche internationale Rekrutierung gedeckt werden kann. Entlastungstendenzen bestehen bei den Lehrenden in der Pflege und in einzelnen Therapieberufen, deren Ausbildungszuwächse mittelfristig eine Entspannung erwarten lassen. Im Hebammenwesen sowie im Rettungsdienst überwiegen stabile bis günstige Entwicklungen, wenngleich regionale oder strukturelle Engpässe bestehen können. Dagegen zeigen sich in Teilen der Gesundheitsfachberufe, insbesondere in der Laboratoriumsanalytik und der Pharmazeutisch-technischen Assistenz, Risiken eines künftigen Fachkräftemangels. Insgesamt bestätigt die Prognose die Diagnose struktureller Engpässe, weist zugleich aber auf Bereiche hin, in denen politische Maßnahmen und Ausbildungsinitiativen bereits positive Wirkung entfalten.

2.4 Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen gesamt (IV)

Der vorliegende vierte Bericht zur LbG NRW 2025 fokussiert die fachpflegerischen Strukturentwicklungen der Einrichtungen sowie die grundsätzlichen Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit und Demografie, die im Zusammenhang mit professionellen pflegerischen und therapeutischen Leistungen sowie mit den Handlungsfeldern der Pflege, der Therapieberufe und des Hebammenwesens stehen.

Demografische Entwicklung

Die demografische Veränderung im Kontext der fachpflegerischen Versorgung fokussiert primär die Entwicklung der älteren Bevölkerung. Gegenwärtig sind regional zwischen neun und elf Prozent der Bevölkerung in der Altersgruppe 75 Jahre oder älter. Zwischen dem Alter der Bevölkerung und der Anzahl der Pflegebedürftigen besteht ein positiver Zusammenhang, sodass bei einer Steigerung der älteren Bevölkerung von einer weiteren Zunahme der Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden kann. Ausgehend von den Kennzahlen der Fortschreibung des Bevölkerungsstands 2024 wird bis 2040 in allen Landkreisen und kreisfreien Städten mit einer deutlichen Zunahme der älteren Bevölkerung gerechnet. Dabei zeigen sich sehr differente Entwicklungen, die regional unterschiedliche Herausforderungen nach sich ziehen werden. Liegt die prozentuale Zunahme in der bevölkerungsreichen Region der Ruhrmetropolen bei rund 10 bis 20 Prozent, so gibt es ländliche Räume (z.B. Borken, Coesfeld), wo Steigerungen von über 60 Prozent zu erwarten sind. Konträr zu den steigenden Anforderungen an die Versorgung sinkt die Anzahl an Personen, die aktuell die Hauptgruppe der Personen darstellt, die die häusliche Versorgung für pflegebedürftige Angehörige stabilisieren (30- bis Unter-70-Jährige). Dieser doppelte demografische Effekt wird zu einer weiteren Verschärfung, bezogen auf die Stabilisierung der Versorgung, führen.

Für den Bereich der Hebammen spielt die Entwicklung der weiblichen Bevölkerung bis 45 Jahre eine zentrale Rolle. Die aktuelle Geburtenrate zeigt sich dabei sehr unterschiedlich ausgeprägt in den ländlichen Regionen und städtischen Ballungszentren. Während in den Städten numerisch die höchste Anzahl an Lebendgeburten verzeichnet wird, sind es in der Relation zu den Anteilen an Frauen in den ländlichen Regionen höhere Geburtenraten.

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die Dynamik der Zunahme an pflegebedürftigen Menschen hält weiter an und übersteigt deutlich die prognostizierten Werte sowohl für die Bundes- als auch die Landesebene. Zwischen 2021 und 2023 sind allein in Nordrhein-Westfalen rund 195.000 zusätzliche Personen als pflegebedürftig eingestuft worden. Die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in den älteren Bevölkerungsgruppen stieg deutlich an; ebenso ist zu sehen, dass relative Zunahmen insbesondere in den Pflegegraden 1 und 3 verzeichnet werden. Bezogen auf

die Leistungsart dominiert die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger von Pflegegeld; die Anzahl der vollstationär betreuten Pflegebedürftigen bleibt tendenziell stabil.

Anhand von statistischen Analysen konnte nachgewiesen werden, dass kein direkter Zusammenhang zwischen der demografischen Entwicklung der älteren Bevölkerung und der Zunahme der Pflegebedürftigen existiert. Überwiegend sank zwischen 2017 und 2023 in den Landkreisen und kreisfreien Städten die Anzahl der älteren Personen (75+). Zugleich ist in allen Regionen ein deutlicher Anstieg von Personen mit einer nachgewiesenen Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen.

In der Betrachtung der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit stellen Menschen mit einer Demenz eine Besonderheit dar. Dies liegt darin begründet, dass diese Personengruppe besonders ausgeprägter Pflege- und Betreuungsaufwände bedarf und bei fortschreitender Erkrankung auch verstärkt professionelle Versorgung in Anspruch nimmt. Basierend auf Kennzahlen des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) wurden Prävalenzschätzungen in jeweiligen Alterskohorten vorgenommen und mit der Bevölkerungsprognostik in Verbindung gebracht. Für NRW wird bis 2040 ein Anstieg der Prävalenz um 92.141 Fälle erwartet, sodass sich die Zahl der Betroffenen landesweit auf 473.436 erhöhen dürfte. Das entspricht einer erwarteten Zunahme um rund 20 Prozent, unter der Annahme, dass in dem benannten Zeitraum keine wesentlichen Behandlungsdurchbrüche die Prävalenz dieser multifaktoriell bedingten Erkrankung maßgeblich senken werden.

Infrastrukturentwicklung der teil- und vollstationären Versorgung

Im Teilbericht zur Arbeits- und Beschäftigungssituation in den Pflege- und Gesundheitsberufen in NRW 2024 wurden die zentralen Entwicklungen der Anzahl der Einrichtungen bereits aufgenommen, um die Beschäftigungssituation der Pflegenden einzuordnen und in den Kontext der allgemeinen Entwicklung zu stellen. Zwischen 2021 und 2023 stieg die Anzahl der Einrichtungen weiter an, wenn auch nicht mehr in der Dynamik der vorherigen Jahre.

In der kurzfristigen Entwicklungsbetrachtung wurden 103 zusätzliche Einrichtungen in Betrieb genommen. Die Gesamtzahl der Einrichtungen liegt in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2023 bei 3.252. Korrespondierend zur Infrastrukturentwicklung kann in diesem Sektor auch eine moderate Zunahme der betreuten Pflegebedürftigen ausgemacht werden. In der längerfristigen Beobachtung (2013 bis 2023) stieg die Anzahl der teil- und vollstationären Einrichtungen insgesamt um 32,3 Prozent. Die im weiteren Verlauf des vorliegenden Berichtes vorgenommene Analyse der Versorgungsdichte sowie der Erreichbarkeit der Einrichtungen zeigt eine gute Flächenabdeckung in NRW. Es liegen keine unversorgten Regionen vor, in denen ein Zugang zu teil- und vollstationären Einrichtungen

nicht gegeben ist. Nahezu alle Siedlungsgebiete in NRW werden in einem Radius von 10 Minuten Fahrtzeit (mit dem PKW auf dem Straßennetz) erreicht. Dies gilt nicht nur für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, sondern auch für Einrichtungen der Tagespflege. Die vorgenommenen Erreichbarkeitsanalysen weisen dabei nicht auf eine Angemessenheit der Versorgung hin. Mit dieser Analyse kann nicht nachvollzogen werden, ob vor Ort eine ausreichende Versorgungskapazität besteht und entsprechend auf Anfragen mit einem Versorgungsangebot reagiert wird. So kann es trotz räumlicher Erreichbarkeit und einer Kumulierung von Angeboten regional zu Versorgungsengpässen kommen, wenn die Anzahl der Anfragen an die teil-/vollstationäre Versorgung die der Kapazität übersteigt. Im Einzelfall muss hier ggf. auch eine weiter entfernte Einrichtung als Versorgungsort gewählt werden.

Infrastrukturentwicklung der ambulanten Versorgung

Die Pflegestatistik des Landes weist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste aus. Zwischen 2017 (nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) und 2023 ist insgesamt ein Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur bei den ambulanten Diensten zu beobachten. Lag die Anzahl der ambulanten Dienste im Jahr 2017 bei 2.823, so stieg die Zahl bis 2023 auf 3.205 an. Numerisch handelt es sich um eine Zunahme von 382 ambulanten Diensten in Nordrhein-Westfalen. Relativ entspricht dies einem Wachstum von 13,5 Prozent.

Auch für die ambulanten Pflegedienste kann eine flächendeckende Versorgung ermittelt werden; Regionen, in denen eine Erreichbarkeit nur bedingt vorliegt, konnten nicht verzeichnet werden. Die breite Abdeckung verweist auf eine potenzielle Möglichkeit, ortsnahe Versorgung in den Siedlungsgebieten zu realisieren, und zugleich besteht die theoretische Möglichkeit, lange Fahrtstrecken einzelner Dienste zu vermeiden. Korrespondierend zur teil- und vollstationären Versorgung erlaubt die beschriebene Abdeckung keine Rückschlüsse darauf, ob die Versorgungskapazität der ambulanten Dienste für die örtlich gegebenen Versorgungsbedarfe ausreicht. Die Pflegestatistik weist mit der Anzahl der betreuten Personen lediglich die Seite der Leistungsbezieherinnen und -bezieher aus, nicht die Anzahl der Personen, die Leistungen beziehen würden, diese aber gegenwärtig nicht realisieren können. Örtlich kann neben bestehenden Versorgungsengpässen ebenso eine Versorgung durch einen entfernter liegenden ambulanten Pflegedienst eine Notwendigkeit sein, wenn die Kapazität der nächstgelegenen ambulanten Pflegedienste für die Versorgung nicht ausreicht.

Infrastrukturentwicklung der Krankenhausversorgung

Die Krankenhäuser wurden im vorliegenden Bericht nur eingeschränkt bzw. aus der Perspektive der Gesamtkennzahlen betrachtet. Krankenhäuser aus dem Krankenhausadressverzeichnis wurden in der regionalen Verteilung und in der Versorgungsdichte mit

abgebildet. Die Gesamtanzahl der Krankenhäuser sowie die der zur Verfügung stehenden Betten nimmt weiterhin leicht ab, was als eines der Ziele der Umstrukturierung betrachtet werden kann. Jedoch können die Daten bis zum Jahr 2024 noch nicht die Umsetzungen der Krankenhausreform aufnehmen; dies wird erst in den Folgejahren 2026 und 2027 in der Gesamtbewertung möglich sein.

Da aktuell die Umsetzung der Krankenhausplanung in NRW erfolgt und die Bewertung der Versorgung in hohem Maße abhängig ist von den Leistungsgruppen und den Behandlungserfordernissen sowie der medizinischen Infrastruktur und -qualität, wurde keine darüber hinausgehende Analyse vorgenommen. Dies ist nicht Gegenstand der LbG NRW und muss in Sondergutachten zur Umsetzung der Krankenhausreform untersucht werden.

Infrastrukturentwicklung der Vorsorge und Rehabilitation

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in NRW zeichnen sich in der Ausprägung der Angebote vor allem durch eine stabile Situation aus. Große dynamische Veränderungen sind weder in der Anzahl der Einrichtungen noch in der Entwicklung der vorhandenen Plätze zu beobachten.

Wie bei den Krankenhäusern auch, sind die spezifischen Entwicklungen nicht im Rahmen der vorliegenden Gesamtbetrachtung abbildbar; sie müssten in einem gesonderten Gutachten betrachtet werden, da die Rehabilitation sehr unterschiedliche Aufgaben fokussiert und ein breites Behandlungsspektrum für unterschiedliche Erkrankungen bietet. Diese thematischen Besonderheiten und die damit verbundenen unterschiedlichen regionalen Erreichbarkeiten können im vorliegenden Gesamtbericht nicht hinreichend analysiert werden.

Einschätzungen zur fachpflegerischen Versorgungssicherheit

Die fachpflegerische Versorgungssicherheit wird im vorliegenden Bericht vor allem auf die Entwicklung der Anzahl der fachqualifizierten (dreijährig ausgebildeten) Pflegekräfte bezogen. Für die Bereiche der dreijährig-qualifizierten Pflegefachpersonen, der Therapie- sowie der weiteren Gesundheitsberufe stehen ausreichend große und validierte Datenbestände zur Verfügung, die für Einschätzungen genutzt werden können. Dazu gehören die regionalen Ausbildungsquoten und die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (am Wohnort). Diese Daten liegen für Berufe, die parallel oder überwiegend in Selbstständigkeit ausgeübt werden (Hebammen, Therapieberufe), nicht entsprechend vor, sodass diese nicht mit einbezogen werden können. Ferner kann der in Zukunft deutlich an Relevanz zunehmende Bereich der Pflegefachassistenz nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Einführung der Pflegepersonalbemessung in der stationären

Langzeitpflege (PeBeM) wird voraussichtlich zu einer Bedarfssteigerung nach Pflegefachassistentinnen und -assistenten führen und kann in bestimmten Fällen auch einen Stellenabbau von Pflegefachpersonen nach sich ziehen. Aufgrund der bisher sehr breiten Definition der Bundesagentur für Arbeit, mit welcher Qualifikation man als Pflegehelferin bzw. -helfer gilt, ist eine entsprechende Datenanalyse nicht zielführend und würde zu einer Überschätzung der zur Verfügung stehenden Arbeitsmarktreserven führen.

Zur Bewertung der vorliegenden Kennzahlen ist nicht nur die Betrachtung des Gesamtindex von Bedeutung, die Einzelindizes der Bevölkerungsentwicklung der Fachkräftebewertung sowie der Ausbildungsaktivität geben in den Landkreisen und kreisfreien Städten die Möglichkeit, die Besonderheiten und Herausforderungen besser einordnen zu können. Gegenüber den Werten aus der vorherigen LbG bestehen Unterschiede. Zum einen wurde der Bewertungszeitraum der demografischen Entwicklung verändert (bis 2040); zum anderen zeigt sich, dass die Differenz zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten latent abnimmt. Die in den vorherigen Analysen als kritischer bewerteten Landkreise und kreisfreien Städte stehen auch in dieser Bewertung auf den vorderen Plätzen, auch wenn sich Unterschiede zwischen den Rangplätzen ausmachen lassen. In der Summe erscheint die fachpflegerische Versorgung in ländlichen Regionen deutlich vulnerabler, insbesondere, weil dort die demografische Dynamik größer ist als in den Ballungsgebieten und die Versorgungskapazitäten sowie die Ausbildungskapazitäten geringer sind.

Gesamtschau

Die vorliegenden Analysen zum fachpflegerischen Versorgungsbereich weisen auf der Ebene der Infrastruktur auf, dass in NRW insgesamt eine flächenabdeckende Versorgungsstruktur existiert. Entsprechend ist eine Erreichbarkeit der verschiedenen Versorgungsbereiche gegeben.

Für die Therapieberufe stehen keine Daten zur Verfügung, die eine korrespondierende Analyse erlauben würde.

Die demografischen Entwicklungen verweisen auf eine deutliche Zunahme der älteren Bevölkerung bis 2040. Dies wird nicht nur die Pflege, sondern auch die Therapieberufe vor Herausforderungen stellen, denn auch für die Physiotherapie, die Logopädie sowie die Ergotherapie kann angenommen werden, dass mit einer weiteren Entwicklung auch zunehmende Bedarfe erkennbar werden, die im Zusammenhang mit z.B. Erhalt der Bewegungsfähigkeit und der Altersfähigkeiten einhergehen wird. Für die Logopädie sind dies zunehmende Herausforderungen, die z.B. im Zusammenhang mit Dysphagie entstehen können.

Im Bereich des Hebammenwesens konnten spezifische Entwicklungen von Frauen in den

Altersklassen analysiert werden, die in den Zusammenhang mit geburtshilflichen Leistungen gebracht werden können. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass sehr heterogene räumliche Verteilungen der Geburten bezogen auf die Anzahl von Frauen in den entsprechenden Altersklassen vorliegen. Dies kann für die regionale Diskussion von Bedeutung sein.

3. DEMOGRAFIE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN NRW

Die demografische Situation und insbesondere die Entwicklungen der älteren Bevölkerung haben bezogen auf die Pflege-, Gesundheits- und Therapieberufe eine maßgebliche Auswirkung. Mit steigendem Alter sind in aller Regel auch steigende Gesundheits- und Pflegeleistungen verbunden.

Daher wird in den folgenden Unterkapiteln zum einen die demografische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen regional betrachtet. Dies gilt zum einen für die Menschen im Alter von 75 Jahren und älter, aber auch für jenen Personenkreis, der in der Regel die Pflege als Angehörige leistet, also die Menschen in der Altersgruppe von 30 bis unter 70 Jahren.

Zu der altersdemografischen Entwicklung bilden in diesem Bericht die regionalen Kennzahlen über die Geburten im Land einen thematischen Gegenpol. Dies ist einerseits aus demografischer Perspektive wichtig, jedoch auch für den Beruf der Hebammen, da diese als einzige der betrachteten Berufsgruppen nur am Rande mit Erkrankungen oder Störungen zu tun haben,⁷ sondern sich vorwiegend mit dem Gelingen von Schwangerschaft und Geburt beschäftigen.

Abschließend werden die Entwicklungen zu dem Themenbereich der Pflegebedürftigkeit im Detail betrachtet. Menschen mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit erhalten zum einen Hilfen aus dem sozialen Leistungsrecht. Zum anderen sind sie häufig hochaltrig und leiden unter verschiedenen Erkrankungen, mit denen sich neben der Pflege auch die Therapie- und Gesundheitsfachberufe auseinandersetzen und Versorgungsbedarfe zu decken haben.

3.1 Demografische Entwicklung

Demografische Entwicklungen beschreiben Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, die wesentlich durch Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung sowie durch Zu- und Abwanderungen (Außen- und Binnenwanderungssaldo) bestimmt werden.

Für Nordrhein-Westfalen liegt mit der Bevölkerungsvorausberechnung 2021 bis 2050/2070 eine aktualisierte Prognose vor, die als Grundlage für die in diesem Bericht dargestellten Analysen und Berechnungen dient. Ausgangsbasis sind die Angaben der Landesdatenbank NRW, die Bevölkerungskennzahlen des Jahres 2024 ([Landesdatenbank](#)⁸) sowie die Vorausberechnungen für das Jahr 2050. Für die vorliegende Betrachtung wurde ein mittlerer Zeithorizont bis 2040 gewählt. Aktuelle Wanderungs- und

⁷ Und dann auch nur in Verbindung mit der Schwangerschaft, der Geburt, dem Wochenbett und der Versorgung der Neugeborenen.

⁸ Download unter: <https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldb NRW/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=0&levelid=1754913907736&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12421-02i&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>

Fluchtbewegungen wirken sich deutlich auf die prognostischen Werte aus und erschweren eine stabile langfristige Abschätzung. Da es sich bei der LbG NRW um ein kontinuierliches Monitoringverfahren handelt, können neue Entwicklungen zeitnah berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund erscheint eine sehr langfristige Projektion bis 2070 an dieser Stelle nicht zielführend.

Für die demografische Entwicklung in NRW stehen aufbereitete Daten und Visualisierungen bereit (<https://www.it.nrw/bevoelkerungsvorausberechnung-nrw>). Im Bericht werden ausgewählte Analysen vertiefend dargestellt, insbesondere Entwicklungen zwischen 2024 und 2040, die in Zusammenhang mit dem Fachkräftepotenzial im Versorgungsbereich und speziell in der Pflege, dem größten Personalbereich in den Gesundheits- und Therapieberufen, stehen. In den verschiedenen Alterskohorten sind demografische Veränderungen absehbar. Für Nordrhein-Westfalen ist bis zum Jahr 2040 in der Altersgruppe der 40- bis Unter-70-Jährigen ein Rückgang um 603.759 Personen (–9,4 Prozent) zu erwarten. Gleichzeitig wird die Gruppe der 70-Jährigen und Älteren um 993.425 Personen (+28,6 Prozent) anwachsen. Im weiteren Verlauf der Analyse wird der Fokus überwiegend auf die Alterskohorte der Über-75-Jährigen gelegt, da in dieser Bevölkerungsgruppe die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, deutlich ansteigt.

Die Abbildung 1 zeigt die regionale Verteilung der Bevölkerung ab 75 Jahren in den Landkreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens zum 31.12.2023. Der Bezug zum Jahr 2023 wird gewählt, da korrespondierend auch Daten der Pflegestatistik bis zum Jahr 2023 vorliegen. Die Grafik visualisiert die Häufigkeiten in absoluten Zahlen, da diese für die regionale Einschätzung von daraus ableitbaren aktuellen Bedarfserwartungen mehr Aussagekraft besitzen als Verhältniszahlen.

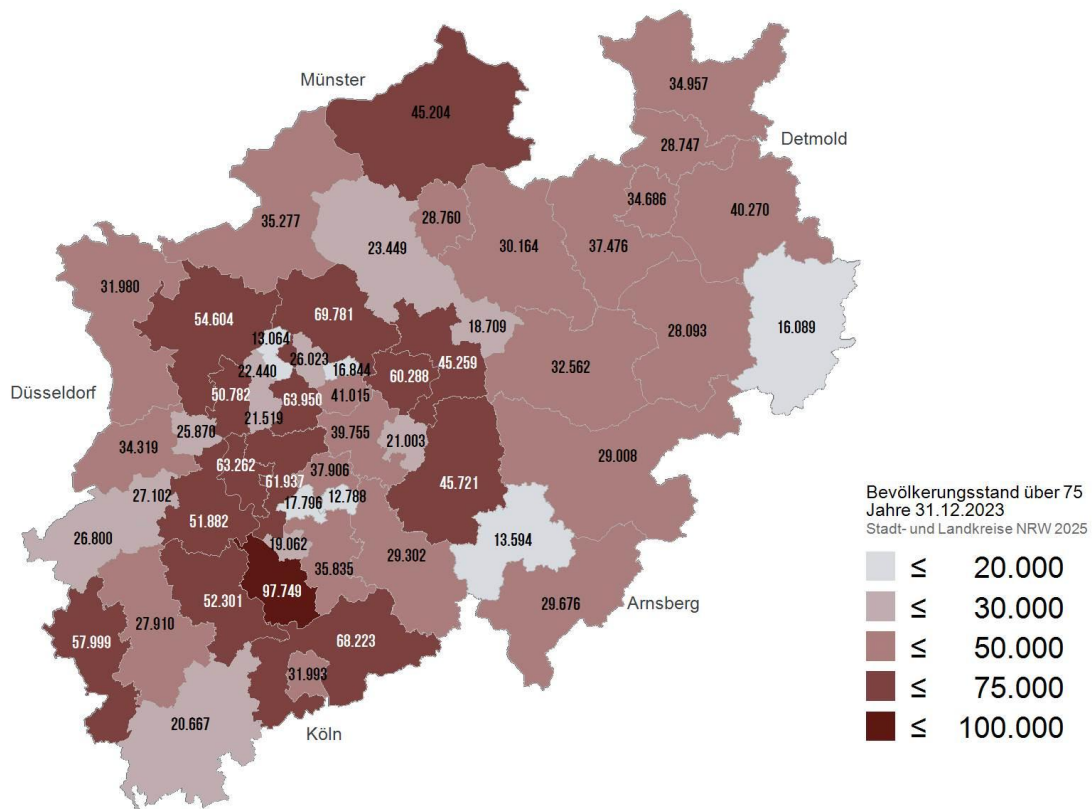


Abb. 1: Anzahl Personen über 75 Jahre regional 2023

Die höchsten absoluten Zahlen entfallen auf Köln, den Rhein-Sieg-Kreis und den Kreis Recklinghausen. Die Anteile dieser Altersgruppe variieren dabei in Abhängigkeit von der Gesamtbevölkerung. So stellen die 97.749 Personen über 75 Jahre in Köln einen Anteil von 9,0 Prozent an der Gesamtbevölkerung dar – einen der niedrigsten Werte in Nordrhein-Westfalen. Demgegenüber liegt der Anteil im Rhein-Sieg-Kreis wie auch im Kreis Recklinghausen bei jeweils 11,2 Prozent. Relativ betrachtet sind dort die älteren Bevölkerungsgruppen stärker vertreten als in Köln.

Bis zum Jahr 2040 wird die Zahl der Über-75-Jährigen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens deutlich ansteigen, wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht. Auf Ebene der Regierungsbezirke ist insbesondere in Münster und Detmold ein überdurchschnittliches Wachstum dieser Altersgruppe zu erwarten, während die prognostizierten Zuwächse in Arnsberg und Düsseldorf vergleichsweise geringer ausfallen. Gleichwohl werden alle Kreise mit deutlich höheren Versorgungsbedarfen konfrontiert sein als bisher. Besonders betroffen sind jene Kreise, die stärker ländlich als urban geprägt sind. Die Spannweite der relativen Wachstumsraten reicht dabei von 8,0 Prozent in Duisburg bis zu 64,8 Prozent im Kreis Coesfeld.

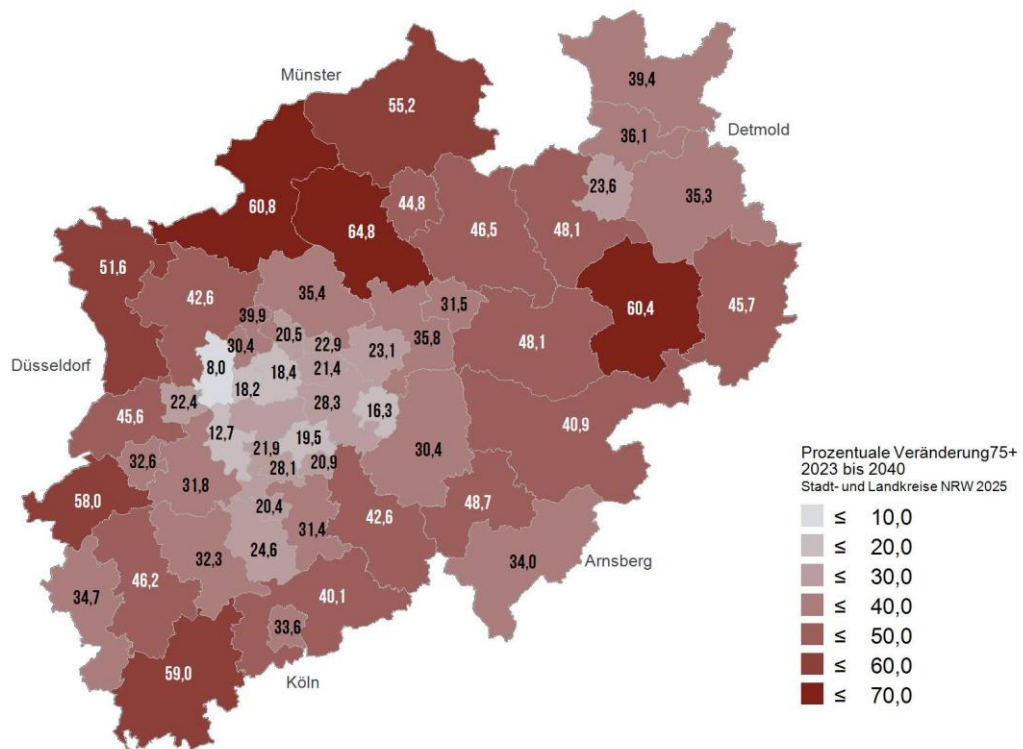


Abb. 2: Prozentuale Entwicklung Anzahl Bevölkerung 75+ 2023 bis 2040

Zur besseren Übersicht der Entwicklung der Bevölkerungsgruppe der Über-75-Jährigen sind in der nachfolgenden Tabelle die aktuellen sowie die für das Jahr 2040 prognostizierten Werte in Form eines Top-Ten-Rankings dargestellt. Berücksichtigt werden dabei die zehn Landkreise mit den stärksten erwarteten Zuwächsen dieser besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe. Insgesamt reicht die prognostizierte Zunahme bis 2040 von 2.677 Personen im Stadtkreis Remscheid bis zu 27.333 Personen im Rhein-Sieg-Kreis. Bezogen auf die relativen Veränderungen liegt der Kreis Coesfeld mit einem Wachstum von 64,8 Prozent auf dem ersten Platz. In der Kombination aus einem hohen prozentualen Zuwachs und einer deutlichen absoluten Steigerung ist insbesondere im Kreis Borken mit einem erheblichen zusätzlichen Versorgungsbedarf zu rechnen.

Stadt- oder Landkreis	Bevölkerungsstand über 75 Jahre 31.12.2023	Bevölkerungsstand über 75 Jahre 2040	Absolute Veränderung 75+ 2023 bis 2040	Prozentuale Veränderung 75+ 2023 bis 2040
LK Coesfeld	23.449	38.636	15.187	64,8
LK Borken	35.277	56.723	21.446	60,8
LK Paderborn	28.093	45.060	16.967	60,4
LK Euskirchen	20.667	32.860	12.193	59,0
LK Heinsberg	26.800	42.333	15.533	58,0
LK Steinfurt	45.204	70.170	24.966	55,2
LK Kleve	31.980	48.481	16.501	51,6
LK Olpe	13.594	20.211	6.617	48,7
LK Soest	32.562	48.231	15.669	48,1
LK Gütersloh	37.476	55.493	18.017	48,1

Tabelle 1: Top Ten prozentuale demografische Entwicklung Über-75-Jähriger bis 2040

Eine besondere Aussagekraft für den Pflegebereich ergibt sich aus der kombinierten Betrachtung zweier Bevölkerungsgruppen: zum einen der älteren Bevölkerung ab 75 Jahren, die ein deutlich erhöhtes Pflegerisiko aufweist und entsprechend häufiger auf professionelle Versorgungsleistungen angewiesen ist; zum anderen der 30- bis Unter-70-Jährigen, die aktuell in weiten Teilen die familiäre Pflege übernehmen und damit das familiäre beziehungsweise informelle Pflegepotenzial darstellen. Für Nordrhein-Westfalen wurde die prozentuale Veränderung beider Gruppen im Zeitraum von 2024 bis 2040 berechnet. Die Auswertung erfolgt dabei nachfolgend auf der Ebene der Regierungsbezirke.

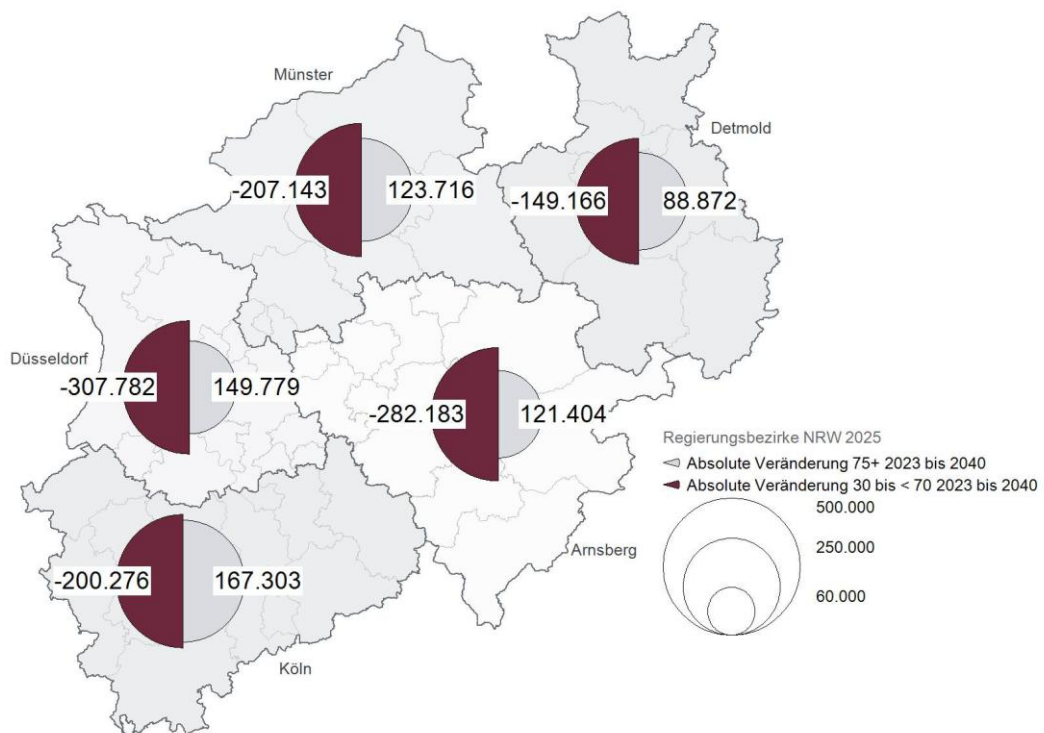


Abb. 3: Entwicklung Anzahl Personen in Altersklassen

In absoluten Zahlen werden bis 2040 die dichter besiedelten Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln die stärksten Zuwächse an Personen im Alter ab 75 Jahren verzeichnen. Für den Regierungsbezirk Düsseldorf zeigt sich zugleich der stärkste Rückgang jener Bevölkerungsgruppe, die als Angehörige potenziell informelle Pflege übernehmen könnte. Dieser Rückgang entspricht mit 210 Prozent mehr als dem Doppelten des Zuwachses an Über-75-Jährigen. In Köln liegt der Wert bei 120 Prozent und damit in einem deutlich günstigeren Verhältnis. Am ungünstigsten stellt sich die Prognose für den Regierungsbezirk Arnsberg dar: Dort beträgt der Rückgang der potenziell Pflegenden 230 Prozent des Wachstums der 75+-Bevölkerung. Besonders kritisch ist dies vor dem Hintergrund zu bewerten, dass in den vergleichsweise dünn besiedelten Landkreisen Siegen-Wittgenstein, Olpe, Hochsauerlandkreis und Märkischer Kreis die informelle Pflegearbeit eine zentrale Rolle für die Versorgungssicherheit spielt, da die Erreichbarkeit professioneller Dienste und Einrichtungen dort mit einem größeren Aufwand verbunden ist.

Die demografische Entwicklung umfasst nicht allein die Betrachtung der Altersstruktur älterer Menschen und ist nicht allein für die pflegerische Versorgung relevant. Für das Hebammenwesen spielt insbesondere die Zahl der Lebendgeburten je Altersklasse der Frauen eine zentrale Rolle. Die nachfolgende Abbildung weist diese Kennzahlen auf Ebene der Regierungsbezirke aus, differenziert nach drei Altersklassen.

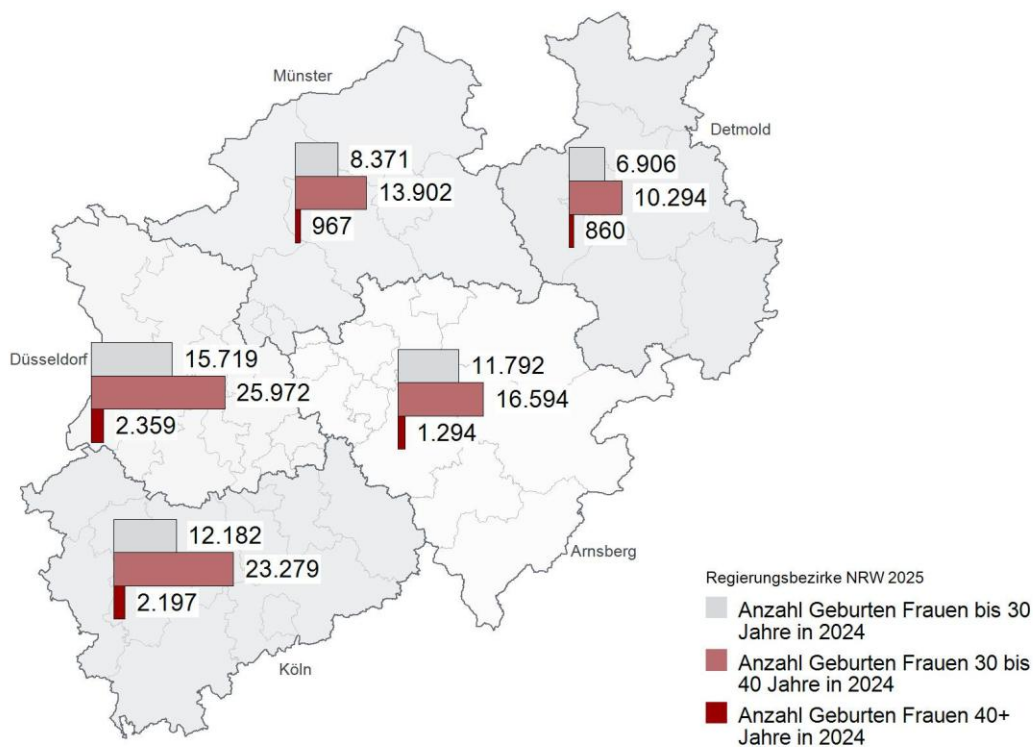


Abb. 4: Anzahl Geburten nach Altersgruppen der Mütter in 2024

Es zeigt sich, dass die bevölkerungsreichen Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln in absoluten Zahlen die höchsten Anzahlen an Lebendgeburten verzeichnen. Mit deutlichem Abstand entfällt der größte Teil der Geburten auf Frauen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, während die Zahl der Geburten von Frauen unter 30 Jahren deutlich geringer ausfällt. Am niedrigsten sind die Anteile bei den Frauen ab 40 Jahren, deren Geburtenraten zwischen 4,2 Prozent im Regierungsbezirk Münster und 5,8 Prozent im Regierungsbezirk Köln liegen.

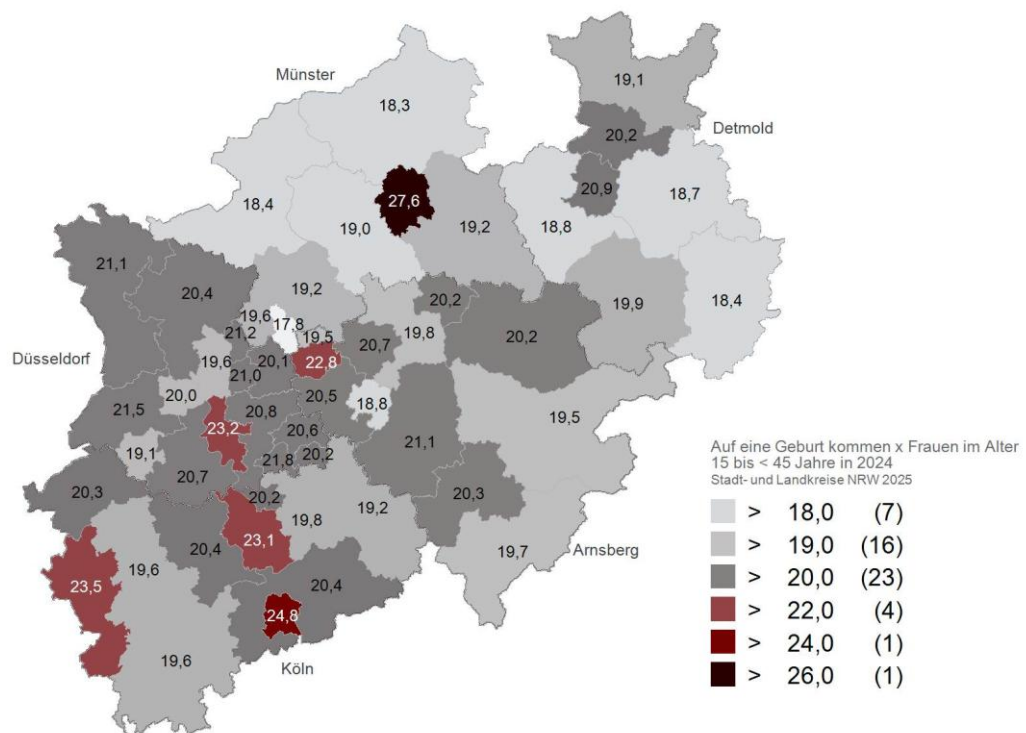


Abb. 5: Verhältnis zwischen der Anzahl Lebendgeburten und Frauen 15 bis unter 45 Jahren

Landesweit entfällt der überwiegende Teil aller Lebendgeburten auf Frauen bis unter 45 Jahre⁹, deren Anteil bei 34,3 Prozent an der weiblichen Bevölkerung insgesamt liegt. Der Anteil der Frauen ab 45 Jahren beträgt demgegenüber 52,2 Prozent.

Für das Jahr 2024 ergibt sich, dass auf rund jede 20. Frau im Alter zwischen 15 und 45 Jahren eine Geburt entfällt. Regional variiert dieses Verhältnis deutlich: In Gelsenkirchen liegt es bei einer Geburt je 18 Frauen, während in Münster eine Geburt auf knapp 28 Frauen kommt. Insgesamt verdeutlicht die regionale Verteilung ein ausgeprägtes Gefälle zwischen urbanen und ländlichen Siedlungsstrukturen. In den dünner besiedelten Landkreisen finden relativ mehr Geburten statt als in den dicht besiedelten kreisfreien Städten.

⁹ Aus inhaltlicher Perspektive wäre der gewünschte Alterszeitraum 18 bis 45 Jahre. Die Daten der Landesdatenbank von IT.NRW liegen jedoch nur in 5-Jahres-Clustern vor, so dass die Zählung mit dem 15. Lebensjahr beginnt und unter dem 45. Lebensjahr endet.

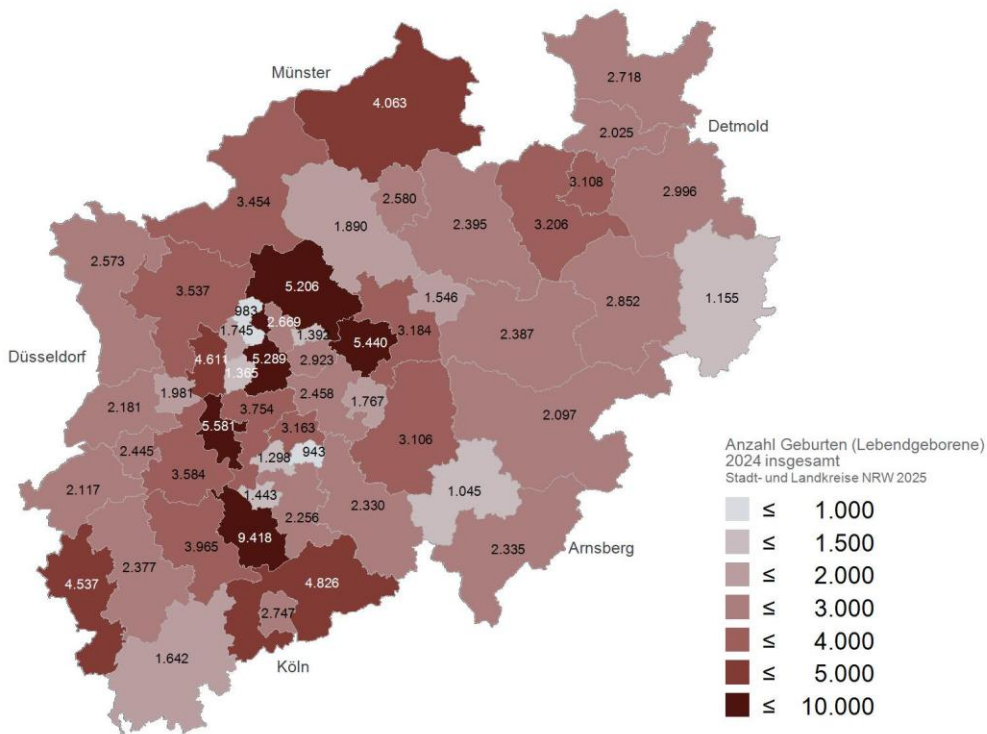


Abb. 6: Anzahl Geburten (Lebendgeborene) in 2024

In absoluten Zahlen zeigt sich, dass die meisten Lebendgeburten im Jahr 2024 in den urbanen Zentren Nordrhein-Westfalens registriert wurden. Mit 9.418 Lebendgeburten liegt die Stadt Köln mit deutlichem Abstand an erster Stelle. Auf den weiteren Plätzen folgen Düsseldorf mit 5.581, Dortmund mit 5.440 und Essen mit 5.289 Lebendgeburten. Unter den Landkreisen verzeichnen der Kreis Recklinghausen (5.206) sowie der Rhein-Sieg-Kreis (4.826) die höchsten Geburtenzahlen. Die niedrigsten Werte weisen die kreisfreien Städte Remscheid (943) und Bottrop (983) auf.

3.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die Daten der Pflegestatistik werden in einem zweijährigen Turnus erhoben und vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesämtern für Statistik veröffentlicht. Es handelt sich um eine verpflichtende Vollerhebung, wodurch eine hohe Validität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist. Die Daten sind über die jeweiligen Online-Datenbanken frei zugänglich und liegen aktuell bis zum Berichtsstand Dezember 2023 vor (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025).

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2023 mit knapp 1,4 Millionen Personen einen neuen Höchststand erreicht. Dies entspricht einem Zuwachs von rund 195.000 Menschen mit anerkanntem Pflegebedarf gegenüber 2021. Nahezu 88 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause von Angehörigen versorgt, mit oder ohne Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. Der Anteil der Pflegebedürftigen,

die ausschließlich Pflegegeld beziehen und damit ohne professionelle beziehungsweise formelle Pflegeleistungen versorgt werden, beläuft sich auf 59 Prozent aller Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen.

Die nachfolgende Grafik differenziert die Menschen des Landes mit einer festgestellten Pflegebedürftigkeit anhand der zugesprochenen bzw. in Anspruch genommenen Leistungen. Die erste, schmale lachsfarbene Kachel weist die Summe jener Personen aus, die in dem eigenen Zuhause oder bei den An- und Zugehörigen selbst versorgt werden. Die darauffolgenden zwei Kacheln differenzieren zwischen jenen Pflegebedürftigen, die ausschließlich informell zuhause versorgt werden, und jenen, die zusätzlich durch einen ambulanten Pflegedienst Pflegemaßnahmen erhalten. Dabei ist der Personenkreis mit einem Pflegegrad 1 exkludiert (siehe die obere Kachel). In den integrierten Kreisdiagrammen sind die Anteile der Pflegegrade der Leistungsbezieher dieser Grundgesamtheit ausgewiesen.

In der rechten Spalte der Abbildung wird in den grauen Kacheln unterschieden, wie viele der Pflegebedürftigen in Heimen, also (teil- und voll-)stationären Einrichtungen der Langzeit- und Kurzzeitpflege, versorgt werden. Die zweite Kachel berücksichtigt allein die vollstationär versorgten Leistungsbeziehenden und weist in dem integrierten Kreisdiagramm die Anteile der verschiedenen Pflegegrade an der Summe der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen aus. Der Unterschied in der Summe der ersten und der zweiten Kachel stellt den Anteil der teilstationär versorgten Menschen dar.

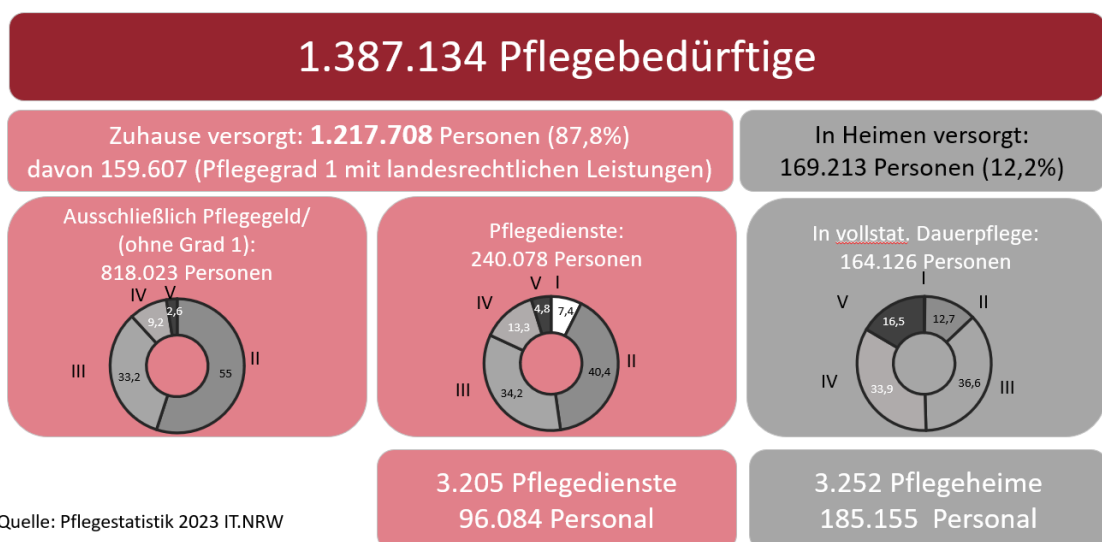


Abb. 7: Pflegestatistik 2023

Während in der letzten LbG noch ein Rückgang der stationär versorgten Personen verzeichnet wurde, zeigen die Zahlen für das Berichtsjahr 2023 wieder einen Anstieg. Im

Vergleich zum Jahr 2021 sind innerhalb von zwei Jahren 7.413 zusätzliche Pflegebedürftige in vollstationärer Versorgung hinzugekommen, was einem Zuwachs von 4,7 Prozent entspricht. Damit wird sogar das Niveau des Jahres 2019 überschritten, als 169.128 Personen stationär (Kurzzeit- und Dauerpflege) versorgt wurden, darunter 163.711 in vollstationärer Dauerpflege.

Die Entwicklung der Pflegegradeinstufungen zeigt über den Zeitverlauf Veränderungen in der Verteilung der einzelnen Pflegegrade. Während im Berichtsjahr 2017 lediglich 1,1 Prozent der Pflegebedürftigen dem Pflegegrad I zugeordnet wurden, lag dieser Anteil 2019 bereits bei 7,0 Prozent. Im Gegenzug nahm die Häufigkeit in den anderen Pflegegraden – insbesondere im Pflegegrad II – ab. Der weitere Verlauf verdeutlicht, dass die Zahl der Personen mit Pflegegrad I nach 2019 weiter anstieg, während die relativen Anteile im Pflegegrad II zurückgingen. Für den Zeitraum 2021 bis 2023 lässt sich eine Konsolidierung der Verteilungen feststellen. Auffällig ist hierbei, dass die Häufigkeit im Pflegegrad III im Jahr 2023 gegenüber den Vorjahren zugenommen hat, während die höheren Pflegegrade sukzessive rückläufig waren, wie in der nachfolgenden Abbildung erkennbar wird.

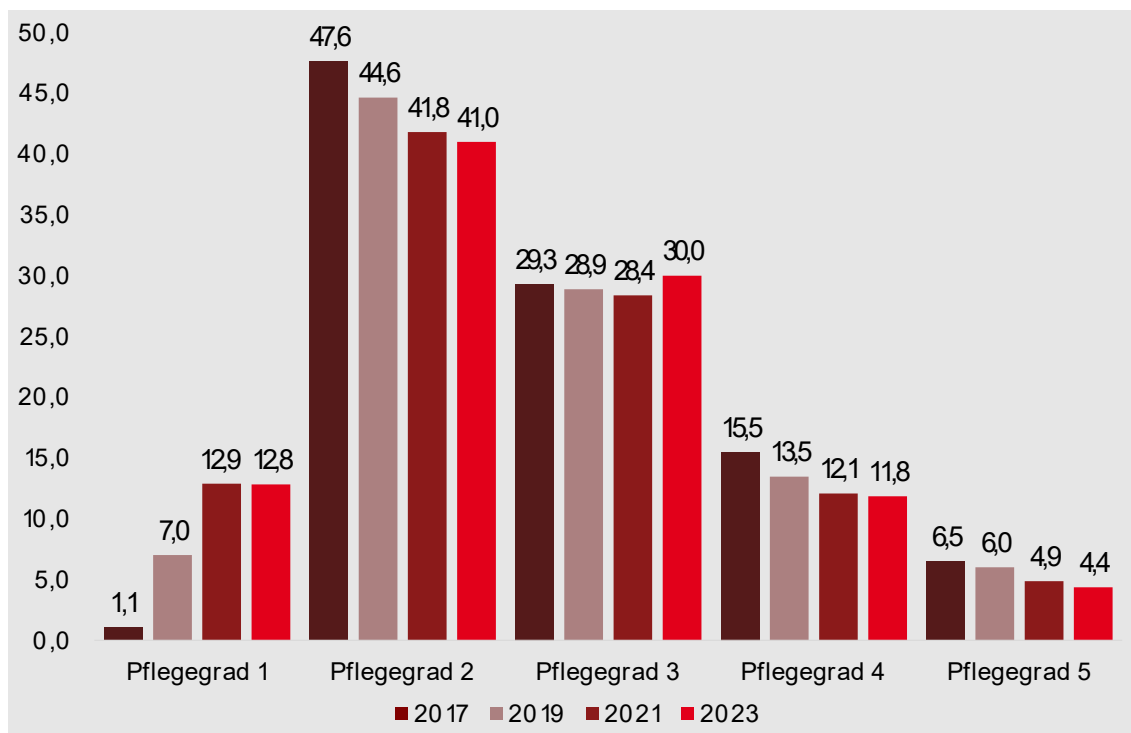


Abb. 8: Verteilung Pflegebedürftiger nach Pflegegraden in Prozent

Dass die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter ansteigt, ist eine bekannte Erkenntnis. In den bisherigen LbGs wurde bislang die Verteilung der Pflegebedürftigkeit über die einzelnen Alterskohorten hinweg jedoch weniger intensiv betrachtet. Die Entwicklung der Alterskohorten wird im Folgenden bis zum aktuellen Berichtsstand zum 31.12.2023 dargestellt. Abbildung 9 zeigt die Prävalenzverteilung in jeweils

zehn Jahre umfassenden Alterskohorten. Grundsätzlich ist in allen Altersgruppen ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu beobachten. Besonders deutlich fällt dieser in den Altersgruppen der 50- bis Unter-60-Jährigen sowie der 60- bis Unter-70-Jährigen aus, in denen sich die Prävalenz seit 2017 nahezu verdoppelt hat. Diese beiden Alterskohorten umfassen zusammen 28,7 Prozent der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens.

Deutlich höhere Prävalenzen sind in den Alterskohorten ab 70 Jahren zu verzeichnen. Im Zeitraum von 2017 bis 2023 stieg die Prävalenz in den drei Altersgruppen 70 bis unter 80 Jahre, 80 bis unter 90 Jahre sowie 90 Jahre und älter um 7,4 bis 18,7 Prozentpunkte an. Insgesamt entfallen damit knapp 70 Prozent aller Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen auf die Altersgruppe der Über-70-Jährigen.

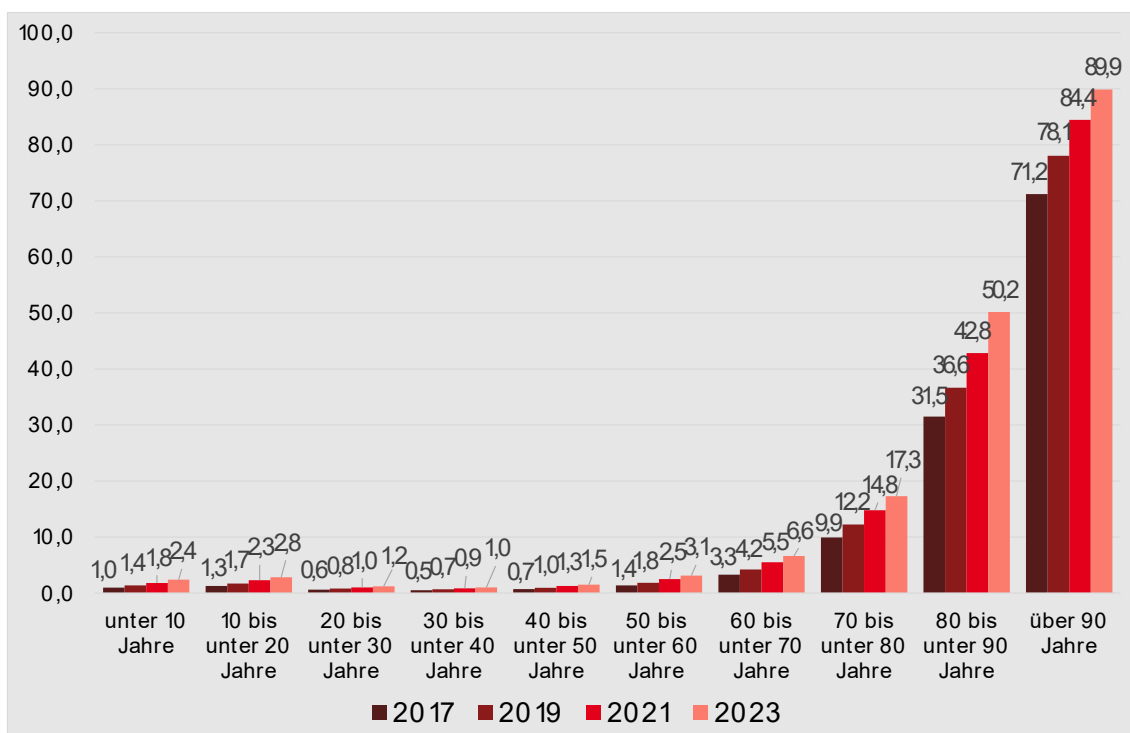


Abb. 9: Prävalenz für Pflegebedürftigkeit nach Alterskohorten 2017 bis 2023

Betrachtet man die Entwicklungen der Pflegebedürftigen insgesamt über einen Zeitraum von 10 Jahren, so zeigt sich das nachfolgende Ergebnis:

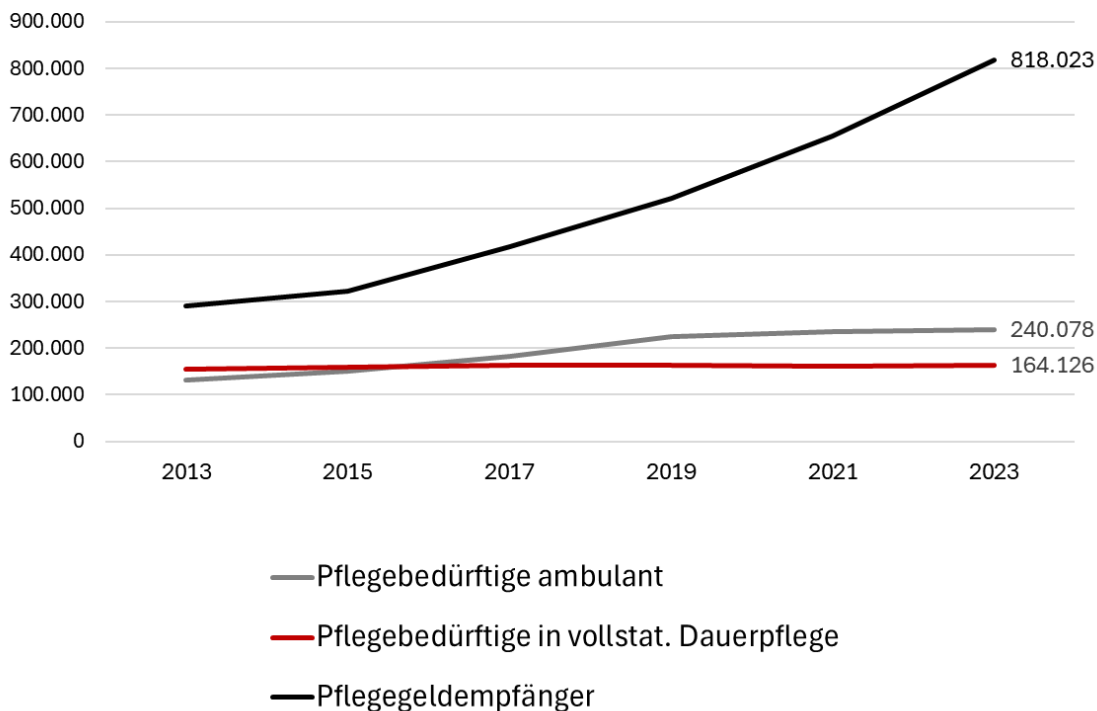


Abb. 10: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit 2013 bis 2023

Während die Zahl der in vollstationärer Dauerpflege versorgten Pflegebedürftigen über den Zehnjahreszeitraum weitgehend stabil geblieben ist, ist bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen ein moderater, aber kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der reinen Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger im gleichen Zeitraum um rund eine halbe Million Personen angewachsen, was 36,0 Prozent der Pflegebedürftigen im Jahr 2023 entspricht. Parallel dazu ist im Zeitraum von 2013 bis 2023 die Bevölkerungsgruppe der Über-75-Jährigen – die am häufigsten von Pflegebedürftigkeit betroffen ist – um 128.860 Personen gewachsen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Zahl dieser Altersgruppe zunächst bis 2019 anstieg (auf 2.006.038 Personen), seitdem jedoch sukzessive wieder zurückgegangen ist und im Jahr 2023 bei 1.931.452 Personen lag.

Das hohe Alter stellt den prägnantesten Einflussfaktor für das Eintreten einer professionell zu versorgenden Pflegebedürftigkeit dar. Im Jahr 2023 waren 76,5 Prozent der durch ambulante Pflegedienste unterstützten Pflegebedürftigen 75 Jahre oder älter. In der vollstationären Dauerpflege lag der Anteil dieser Altersgruppe sogar bei 82,0 Prozent. Deutlich breiter gestreut ist das Altersprofil hingegen bei den Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen und von Angehörigen versorgt werden: Hier zählen lediglich 55,0 Prozent zur Altersgruppe 75+. Zugleich machen die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger unter 75 Jahren rund 30 Prozent an der Grundgesamtheit aller Pflegebedürftigen aus.

gebedürftigen in Nordrhein-Westfalen aus. Die Entwicklung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Zeitverlauf ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Entwicklung Leistungsempfängerinnen und -empfänger 2017 bis 2023					
	2017	2019	2021	2023	Änderung 2017 bis 2023 in %
durch ambulante Pflegedienste betreute Pflegebedürftige	182.043	225.506	235.065	240.078	31,9
in Pflegeheimen (Dauer- und Kurzzeitpflege) versorgte Pflegebedürftige insgesamt	169.616	169.128	167.094	169.213	-0,2
Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger insgesamt (ohne Pflegegrad 1)	417.328	521.575	655.254	818.023	96,0

Tabelle 2: Entwicklung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger 2017 bis 2023

Aus den Daten wird deutlich, dass der stationäre Versorgungssektor im Zeitverlauf zwar zeitweise weniger Pflegebedürftige zu betreuen hatte, die Zahl der versorgten Personen im Jahr 2023 jedoch nahezu wieder dem Niveau von 2017 entspricht. Demgegenüber ist die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen innerhalb desselben Zeitraums um nahezu ein Drittel angestiegen. Besonders hervorzuheben ist – wie bereits in Abbildung 10 dargestellt und durch die Tabelle unterstrichen – das starke Wachstum der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger, deren Zahl in nur sechs Jahren um 96 Prozent zugenommen hat.

Grundsätzlich lässt sich nachweisen, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, mit dem Alter steigt bzw. damit zusammenhängt. Die nachfolgende Berechnung wurde mittels der Daten über den Bevölkerungsstands der Personen im Alter von 75 Jahren oder älter je Landkreis bzw. kreisfreier Stand des Landes sowie der Anzahl der Pflegebedürftigen in diesen Gebieten angestellt. Bereits in der Abbildung 9 lässt sich ablesen, dass die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit mit steigendem Alter deutlich zunimmt und in der kombinierten Altersklasse 75+ am höchsten ist. Die nachfolgende Abbildung zeigt das Ergebnis der statistischen Zusammenhangsanalyse.

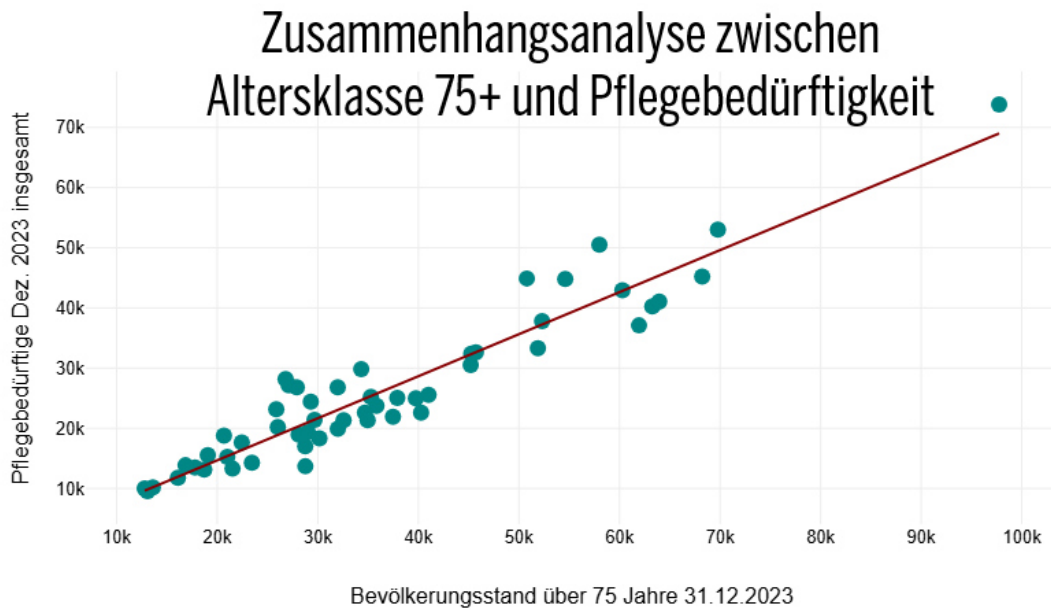


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen der Altersgruppe 75+ und Pflegebedürftigkeit

Der Korrelationskoeffizient des bivariaten Pearson-Korrelationstests beträgt $r = 0,95$ mit einem Signifikanzwert von $p < 0,001^{10}$. Damit liegt eine sehr hohe Korrelation vor und unterstützt die theoretische Annahme, dass das Alter der entscheidende Einflussfaktor ist, der Pflegebedürftigkeit bedingt. Der Abbildung lässt sich entnehmen, wie eng die Kovarianz als Datenpunkte sich um die rote Regressionslinie gruppieren. Eine perfekte Korrelation würde vorliegen, wenn alle Datenpunkten exakt auf der Linie liegen würden.

Entgegen naheliegenden Annahmen besteht jedoch zwischen der demografischen *Entwicklung* und der Zunahme der Pflegebedürftigkeit *kein* Zusammenhang. Zwar weist die Altersgruppe ab 75 Jahren die höchste Prävalenz von Pflegebedürftigkeit auf. Setzt man jedoch die demografische Entwicklung dieser Alterskohorte in den 53 Landkreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens in Relation zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der Zeit von 2017 bis 2023, so zeigt sich kein statistisch belastbarer Zusammenhang. Dies verdeutlicht die nachfolgende Grafik. Der Zusammenhang wurde ebenfalls mit einem bivariaten Pearson-Korrelationstest berechnet. Der Korrelationskoeffizient beträgt $r = -0,02$ bei einem Signifikanzwert von $p = 0,88$. Damit liegt faktisch kein statistischer Zusammenhang zwischen den beiden geprüften Größen vor.

¹⁰ Der p-Wert drückt die Wahrscheinlichkeit aus, die erhobenen Daten beobachten zu können, unter der Annahme der H₀-Hypothese, dass kein Zusammenhang vorliegt (Bortz und Schuster 2010). Entsprechend liegt hier eine 0,1-prozentige Wahrscheinlichkeit dieser Datenverteilung vor, wenn die Hypothese richtig ist, was als sehr unwahrscheinlich angenommen werden kann, und entsprechend die H₀-Hypothese verworfen wird.

Zusammenhangsanalyse zwischen demografischer Entwicklung und Pflegebedürftigkeit

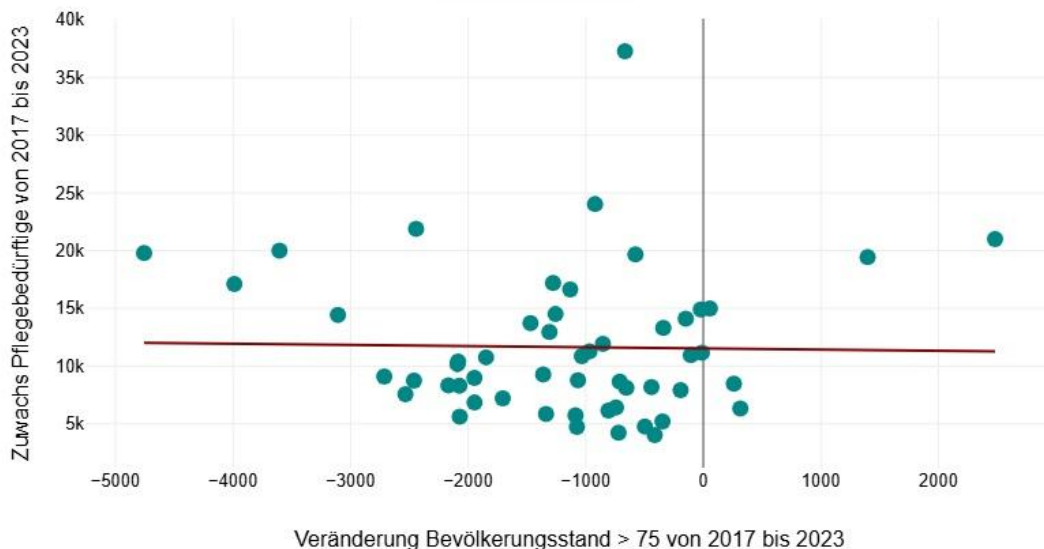


Abb. 12: Entwicklung der Alterskohorte 75+ und Anzahl an Pflegebedürftigen von 2017 bis 2023

Im Zeitraum von 2017 bis 2023 ist die Zahl der Personen im Alter von 75 Jahren und älter in Nordrhein-Westfalen um 62.588 zurückgegangen. Gleichzeitig wurde bei 618.002 zusätzlichen Personen eine Pflegebedürftigkeit mit einem anerkannten Pflegegrad festgestellt. Die (rote) Regressionslinie würde unter der Annahme, dass die Altersentwicklung der entscheidende Einflussfaktor wäre, eine leicht rückläufige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit erwarten lassen. Dies ist jedoch nicht eingetreten. In der nachfolgenden Abbildung werden die Entwicklungen der Altersgruppe 75+ sowie der Pflegebedürftigkeit in Form von Violin-Plots dargestellt, um die Verteilungen und deren Veränderungen im Zeitverlauf anschaulich nachvollziehen zu können.

Gegenüberstellung der demografischen Entwicklung und Pflegebedürftigkeit von 2017 bis 2023

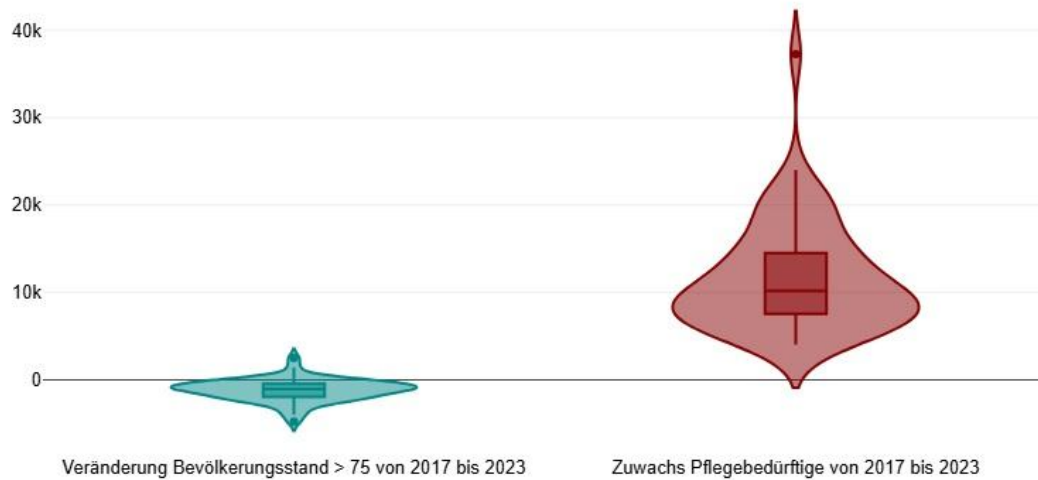


Abb. 13: Gegenüberstellung ältere Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit 2017 bis 2023

Die grüne Verteilung auf der linken Seite verdeutlicht die Entwicklung der Bevölkerungsgruppe der Über-75-Jährigen. In 75 Prozent der kreisfreien Städte und Landkreise ist diese Altersgruppe im Zeitraum von 2017 bis 2023 um 441 bis 4.757 Personen zurückgegangen. Demgegenüber zeigt die rote Verteilung auf der rechten Seite die deutliche Zunahme der Pflegebedürftigkeit im gleichen Zeitraum. Der Anstieg reicht – je nach Kreis beziehungsweise kreisfreier Stadt – von 4.029 bis 37.265 Personen. Während die ältere, besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe in den vergangenen sechs Jahren tendenziell abgenommen hat, ist die Zahl der Pflegebedürftigen im selben Zeitraum deutlich angewachsen.

Die dargestellten Entwicklungen unterliegen spezifischen Dynamiken. Ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen war grundsätzlich zu erwarten (Rothgang und Kalwitzki 2015), da der Pflegebedürftigkeitsbegriff im Zuge der Reform¹¹ deutlich erweitert wurde und das Begutachtungsassessment seitdem sensibler auf Einschränkungen der individuellen Selbstständigkeit reagiert. Kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden wesentlich stärker berücksichtigt als in der Vergangenheit (Tucman 2024). Dies führte zunächst zu einem Nachholeffekt, der sich im Wesentlichen zwischen 2019 und 2021¹² hätte abbilden müssen. Gleichwohl ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen zwischen 2021 und 2023 um 16,4 Prozent gestiegen. Von einer Konsolidierung

¹¹ Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dessen Feststellungsverfahren erfolgte zum 01. Januar 2017.

¹² 2019, da die Daten der Pflegestatistik immer zwei Jahre später veröffentlicht werden. Ergo erfolgt die Veröffentlichung der Datenerhebung von 2017 erst im Jahr 2019 und die von 2019 im Jahr 2021.

oder einem Plateau kann daher nicht ausgegangen werden – vielmehr nehmen die Fallzahlen weiter zu, obwohl der erwartete Nachholeffekt nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Leistungsansprüche bereits abgegolten sein müsste.

Ein epidemiologischer Effekt kann auf Grundlage der vorliegenden Zahlen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Entwicklung lässt sich vielmehr durch drei zentrale Aspekte erklären: Erstens ist der sozialrechtliche Bestand einer anerkannten Pflegebedürftigkeit heute von mehr Faktoren abhängig als in der Vergangenheit, wodurch die Wahrscheinlichkeit einer Einstufung in einen Pflegegrad gestiegen ist. Zweitens zeigt sich ein Kumulationseffekt: Pflegebedürftige werden älter, die Dauer der Pflegebedürftigkeit verlängert sich und sie setzt tendenziell früher ein – wie bereits in der Prävalenzentwicklung (Abb. 9) erkennbar wurde. Drittens ist von einem veränderten gesellschaftlichen Verständnis der Pflegeversicherung auszugehen. Personen, die in den vergangenen sechs Jahren Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit erfahren haben, sind eher bereit, entsprechende Hilfen in Anspruch zu nehmen und einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu stellen. Damit reduziert sich die Dunkelziffer jener Personen, die faktisch pflegebedürftig sind, jedoch aus persönlichen Gründen bislang auf Leistungen verzichteten oder keinen Antrag gestellt haben – ein Aspekt, der bereits in früheren LbGs thematisiert wurde.

Die beschriebenen Umstände zeigen sich ebenfalls in den Zahlen über die Verteilung der Pflegegrade und wie diese sich entwickelt haben:

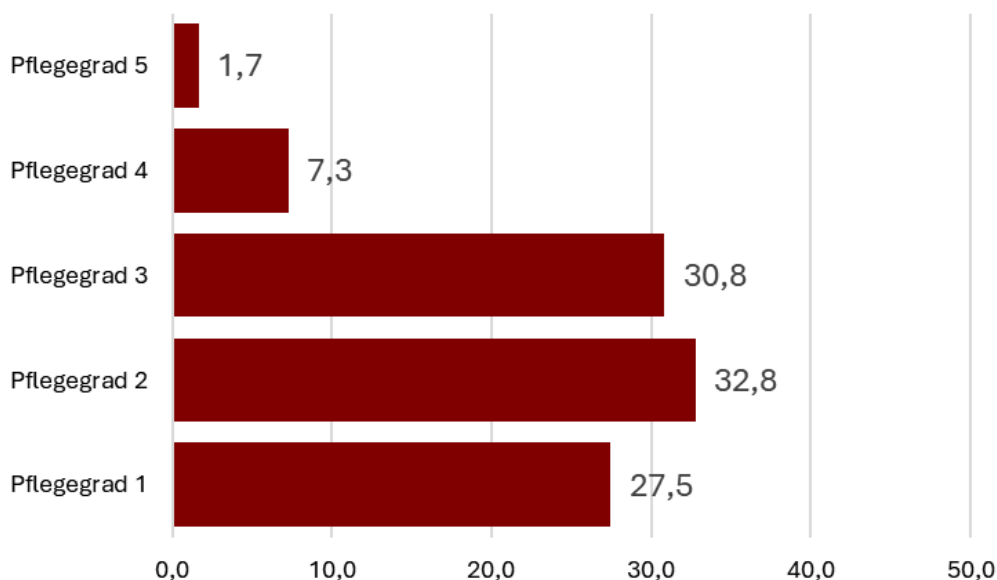


Abb. 14: Zunahme der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden in Prozent (2017 bis 2023)

Die vorangestellte Abbildung verdeutlicht die zuvor ausgeführte Argumentation. Die Zu-

wächse sind insbesondere in den Pflegegraden I bis III überproportional ausgeprägt. Dieser Befund ist Ausdruck der stark gestiegenen Zahl an Antragsstellungen, des beschriebenen Kumulationseffekts sowie der veränderten Bereitschaft, Leistungen auch aktiv in Anspruch zu nehmen bzw. diese zu beantragen. Mit der im Jahr 2017 neu eingeführten Definition von Pflegebedürftigkeit werden Einschränkungen in unterschiedlichen Bereichen – etwa psychische oder kognitive Beeinträchtigungen – stärker berücksichtigt als zuvor. Wäre der Pflegebedürftigkeitsbegriff weiterhin in der engeren ursprünglichen Form angewendet worden, wären die Zuwächse in den einzelnen Pflegegraden bzw. den damaligen Pflegestufen deutlich geringer und zugleich homogener ausgefallen. In diesem Fall wäre die Dunkelziffer an nicht erkannten hilfsbedürftigen Personen weiter angewachsen proportional zu der Alterskohorte mit der höchsten Prävalenz für Pflegebedürftigkeit – mit der Folge einer zusätzlichen Belastung der informell Pflegenden, insbesondere der An- und Zugehörigen, bei gleichzeitig fehlender professioneller Unterstützung sowie ansteigender finanzieller Belastungen bei den Betroffenen.

3.4 Prävalenz von Menschen mit Demenz

Dieses Kapitel stellt ein Novum in der LbG NRW dar. Die Betrachtung dieser spezifischen Personengruppe hängt mit unterschiedlichen Aspekten zusammen, die für die Versorgungslandschaft jedoch von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind. Menschen mit Demenz gehören zu den besonders gefährdeten Gruppen, da sie im Verlauf ihrer Erkrankung in besonderem Maße auf Unterstützung durch andere angewiesen sind. Sie stellen innerhalb der Gesamtheit der Pflegebedürftigen eine wichtige Teilgruppe dar, da der fortschreitende Krankheitsverlauf in engem Zusammenhang mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit steht. Ferner wird der Versorgungsaufwand der Organisation der Pflege und weiterer Gesundheitsleistungen, des Alltags und der eigentlichen Pflegemaßnahmen dieser Personengruppe sehr stark von den kognitiven Einschränkungen, aber auch der häufig schwankenden Compliance beeinflusst. Dieser Umstand kann von dem Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in seiner Komplexität und dem daraus resultierenden *Versorgungsaufwand* nicht angemessen abgebildet bzw. quantifiziert werden. Vor diesem Hintergrund ist eine möglichst präzise Fallzahlschätzung für NRW von hoher Bedeutung, um diese Personengruppe in der Versorgungsplanung angemessen berücksichtigen zu können.

- Ein zentrales Problem besteht darin, dass in Deutschland bislang weder ein Demenzregister noch eine vollständige Erfassung der Zahl der Betroffenen existiert. Die Berechnung valider Kennzahlen ist daher mit erheblichen methodischen Herausforderungen verbunden:
- Es bestehen unterschiedliche diagnostische Kriterien (z. B. ICD-10, DSM-VI), zudem variieren Zeitpunkt und Verfahren der Diagnosestellung.
- Routinedaten, etwa ICD-10-Fallzahlen aus Krankenhäusern, sind nur eingeschränkt

aussagekräftig, da nicht alle Diagnosen – insbesondere, wenn sie nicht als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert werden –, erfasst sind.

- Viele Erkrankungen bleiben in frühen Stadien unerkannt, da Betroffene ärztliche Hilfe häufig spät oder gar nicht in Anspruch nehmen. Unspezifische Symptome können zudem zu Fehldiagnosen führen.
- Stigmatisierung und gesellschaftliche Tabus tragen dazu bei, dass Symptome verschwiegen oder nicht gemeldet werden.
- Die Datenquellen zur Prävalenzschätzung sind heterogen und reichen von klinischen Studien über Bevölkerungsbefragungen bis hin zu Krankenkassendaten. Unterschiedliche Erhebungsmethoden führen dabei zu Inkonsistenzen.
- Regionale Unterschiede in der Versorgungsinfrastruktur sowie im Zugang zu medizinischen Leistungen beeinflussen zusätzlich die Häufigkeit der Diagnosen und deren Meldung.

Für NRW können auf Grundlage der Bevölkerungsfortschreibung 2023 sowie der Prognosen bis 2040 Fallzahlschätzungen vorgenommen werden. Diese sind nicht als exakte Berechnungen zu verstehen, sondern stellen die derzeit realistischste Annäherung dar. Die Berechnungen basieren auf den Prävalenzschätzungen des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE). Thyrian et al. (2020) nutzten hierfür die amtliche Bevölkerungsstatistik, die von EuroCoDe ausgewiesenen Prävalenzraten für Demenz in Deutschland sowie die Flächenangaben der Kreise und kreisfreien Städte des Statistischen Bundesamtes (Thyrian et al. 2020). Auf dieser Grundlage wurden die Prävalenzzahlen für NRW fortgeschrieben und für das Jahr 2023 in der nachfolgenden Tabelle ausgewiesen.

Demenzprävalenz für NRW im Jahr 2023 nach Altersclustern in absoluten Zahlen							
40 bis unter 60 Jahren	60 bis unter 65 Jahren	65 bis unter 70 Jahren	70 bis unter 75 Jahren	75 bis unter 80 Jahren	80 bis unter 85 Jahren	85 bis unter 90 Jahren	90 Jahre und älter
9.998	12.632	20.420	34.142	49.428	91.721	97.661	65.293
in Prozent anteilig an der Alterskohorte							
0,2	1,1	1,8	3,8	7,6	14,2	22,8	36,2

Tabelle 3: Demenzprävalenz 2023 in NRW gesamt

Aus der Tabelle wird deutlich, dass die Prävalenzraten in Abhängigkeit vom Alter erheblich variieren. In der Alterskohorte der 65- bis Unter-70-Jährigen liegt die Prävalenzrate bei 1,8 Prozent, während sie bei den Über-90-Jährigen auf 36,2 Prozent ansteigt. Diese Werte entsprechen den Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zum Stichtag 31.12.2023 (Blotenberg und Thyrian 2024) und verdeutlichen die mit zunehmendem Alter deutlich steigenden Erkrankungswahrscheinlichkeiten. Da sich die Prävalenzraten zudem nach Geschlecht unterscheiden, ist für belastbare Berechnungen eine getrennte

Betrachtung von Männern und Frauen erforderlich (ebd.). Nach den vorliegenden Schätzungen sind Frauen häufiger von einer Demenzerkrankung betroffen als Männer. Diese Unterschiede wurden in den Fallzahlschätzungen berücksichtigt und im Ergebnis wieder zusammengeführt.

Bundesweit wird die Zahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung auf rund 1,8 Millionen geschätzt.

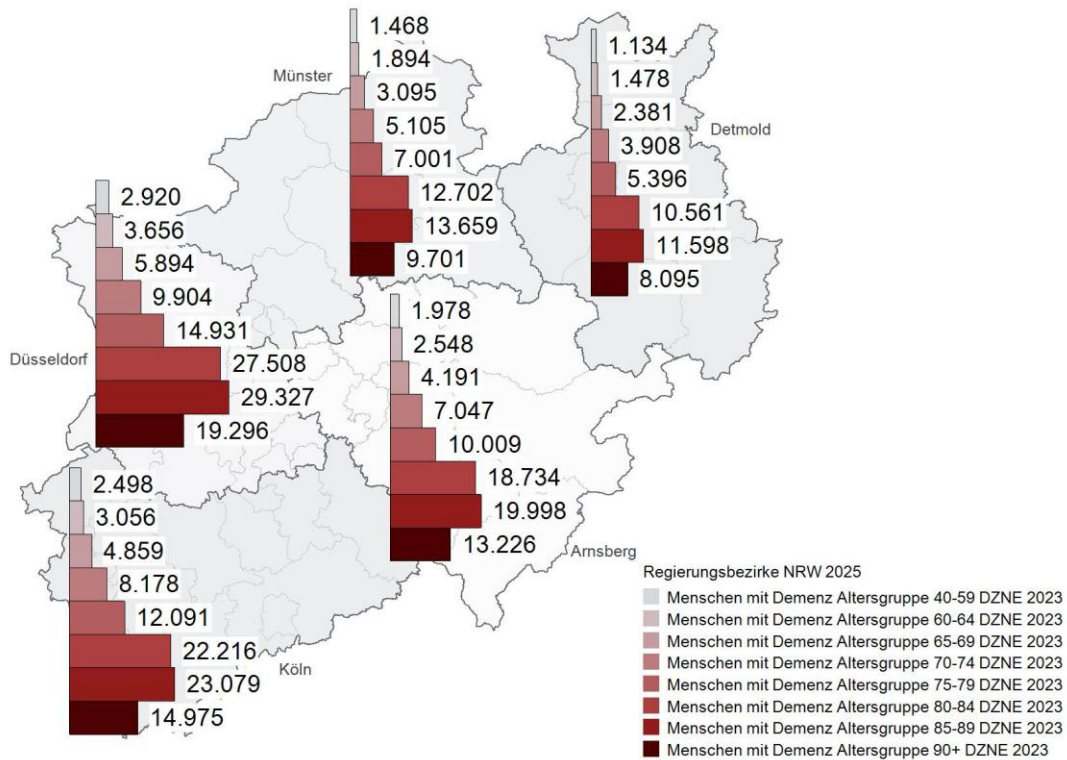


Abb. 15: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz 2023

Für Nordrhein-Westfalen ergibt sich daraus eine Fallzahl von etwa 381.000 Betroffenen, was einem Anteil von 19,7 Prozent aller Demenzkranke in Deutschland entspricht. In der Betrachtung nach Regierungsbezirken zeigt sich, dass die Fallzahlen in den dichter besiedelten, urbanen Regionen des Landes am höchsten ausfallen. So weist der Regierungsbezirk Düsseldorf mit 113.436 Betroffenen den größten Anteil auf (29,8 Prozent), gefolgt von Köln mit 90.952 (23,9 Prozent) und Arnsberg mit 77.731 Betroffenen (20,4 Prozent). Die Regierungsbezirke Münster und Detmold verzeichnen demgegenüber aufgrund ihrer geringeren Siedlungsdichte niedrigere Fallzahlen – Münster mit 54.625 Betroffenen (14,3 Prozent) und Detmold mit 44.551 (11,7 Prozent). Wie aus der vorangestellten Abbildung deutlich wird, ist die Altersgruppe von 80 bis unter 90 Jahren jene, die nominal die meisten Menschen mit Demenz in allen Regierungsbezirken beinhaltet.

Auf Kreisebene liegt die mittlere Prävalenzrate bei 2,1 Prozent. In den kreisfreien Städten reicht die Spannweite von 1,8 Prozent in Köln bis 2,4 Prozent in Mülheim an der Ruhr. In

den Landkreisen variiert die Prävalenzrate zwischen 1,9 Prozent im Kreis Paderborn und 2,5 Prozent im Kreis Mettmann. Die Verteilung verdeutlicht, dass die Prävalenzraten in den Ballungsgebieten – in denen zudem ein hohes Angebot an Ausbildungs- und Studienplätzen besteht – tendenziell niedriger ausfallen als in eher ländlich geprägten Kreisen und Städten, die weniger junge Menschen anziehen.

In absoluten Zahlen variiert die Zahl der Demenzbetroffenen auf Kreisebene zwischen 2.525 in der kreisfreien Stadt Remscheid und 18.142 in der Stadt Köln. Die nachfolgende Abbildung stellt die Landkreise und kreisfreien Städte farblich differenziert dar: Je größer die Zahl der Betroffenen, desto dunkler ist der Rotton ausgeprägt. Auffällig ist, dass Köln trotz der niedrigsten Prävalenzrate die mit Abstand höchste Zahl an Demenzkranken aufweist. Dies verdeutlicht die Bedeutung des demografischen Verhältnisses zwischen jüngeren und älteren Bevölkerungsgruppen.

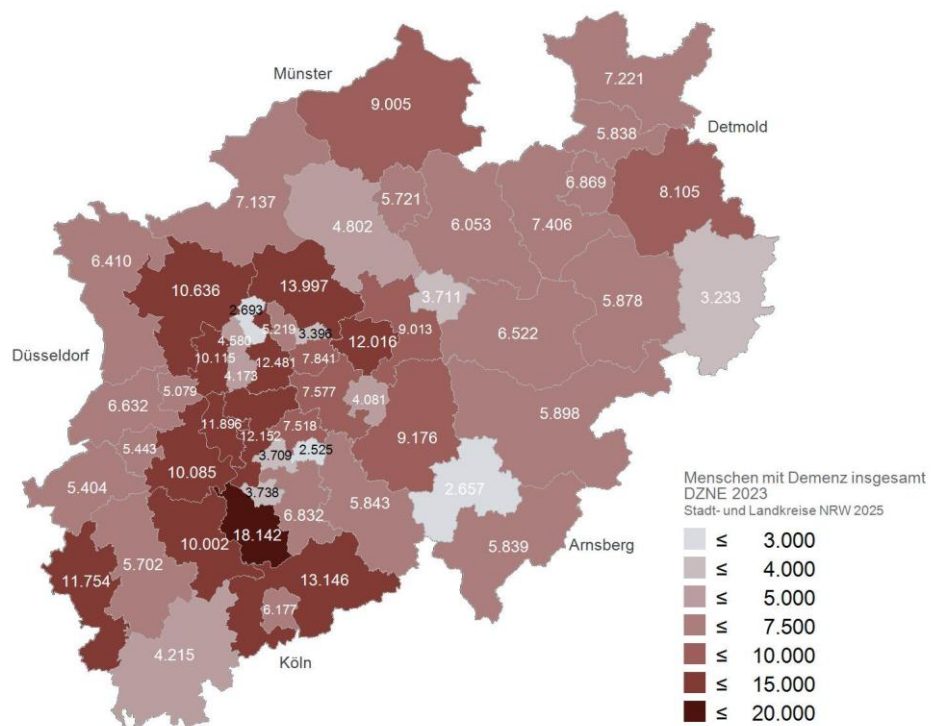


Abb. 16: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz regional 2025

Besonders hervorzuheben sind die Landkreise Mettmann und Wesel. In beiden Regionen ist die Zahl der an Demenz erkrankten Personen im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße vergleichsweise hoch. Im Kreis Mettmann leben rund 490.000 Menschen, von denen 12.481 von einer Demenz betroffen sind. Im Kreis Wesel stehen 475.000 Einwohnerinnen und Einwohner 10.636 Betroffenen gegenüber. Relational ergeben sich daraus Prävalenzraten von 2,5 beziehungsweise 2,4. Zum Vergleich: In Köln leben etwas mehr als eine Million Menschen, von denen 18.142 eine Demenz haben, woraus sich eine im Verhältnis günstigere Prävalenzrate von 1,8 ableitet.

Blotenberg und Thyrian (2024) legten im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. – Selbsthilfe Demenz die aktuelle Schätzung der Demenzprävalenz vor. Darin geben sie auch eine bundesweite Schätzung für die Zahl der Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund in der Altersgruppe ab 65 Jahren. Bundesweit handelt es sich um rund 158.000 Personen. Überträgt man den Anteil Nordrhein-Westfalens an allen Demenzbetroffenen (19,7 Prozent) auf diese Gruppe, so ergibt sich eine Fallzahl von etwa 31.120 Personen in NRW, die sowohl einen Migrationshintergrund besitzen als auch an einer Demenz erkrankt sind. Diese Betroffenenengruppe ist aus Versorgungsperspektive besonders relevant, da die Bereitschaft, Versorgungsangebote zu beantragen oder in Anspruch zu nehmen, aufgrund kultureller Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, Fragen von Scham und Sittlichkeit sowie sprachlicher Barrieren vergleichsweise gering ausgeprägt ist (Blotenberg und Thyrian 2024). Zugleich erschweren diese Faktoren auch die alltägliche Versorgung und Unterstützung durch formelle Pflegepersonen, sofern diese nicht über das notwendige Wissen um kulturspezifische Hintergründe verfügen oder entsprechende Kompetenzen im Umgang damit besitzen.

3.5 Prognosen zur Entwicklung von Menschen mit Demenz

Die zuvor dargestellten Kennzahlen verdeutlichen zum einen die aktuelle Situation hinsichtlich der Prävalenz von Menschen mit Demenz. Zum anderen dienen sie als Orientierungswerte, um in Verbindung mit den Daten zur Bevölkerungsentwicklung prognostische Prävalenzschätzungen bis zum Jahr 2040 vorzunehmen. Für NRW wird bis 2040 ein Anstieg der Prävalenz um 92.141 Fälle erwartet, sodass sich die Zahl der Betroffenen landesweit auf 473.436 erhöhen dürfte. Dies entspricht einem Wachstum von 19,5 Prozent. In der nachfolgenden Grafik ist die prognostizierte Prävalenz nach Alterskohorten und auf Ebene der Regierungsbezirke ausgewiesen.

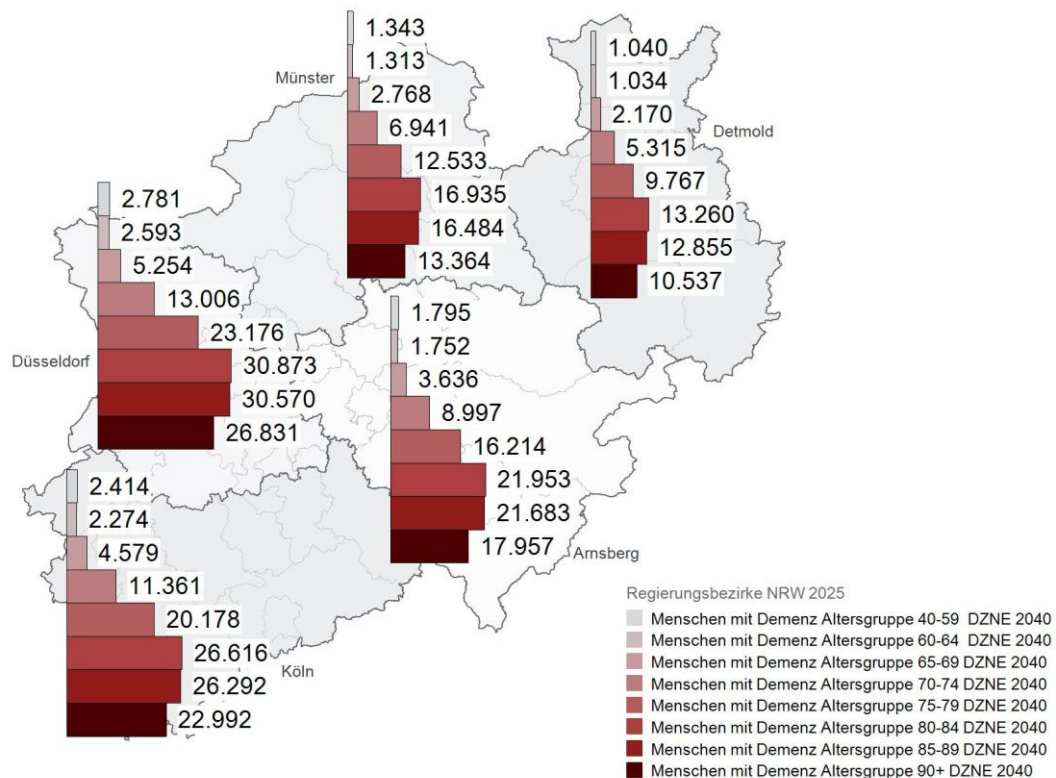


Abb. 17: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz 2040

In den Alterskohorten der 40- bis Unter-70-Jährigen ist in allen Regierungsbezirken ein Rückgang der Prävalenz festzustellen. Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit der zuvor beschriebenen demografischen Entwicklung: Für diese Altersgruppen wird ein Bevölkerungsrückgang erwartet, während die Zahl der Über-70-Jährigen deutlich ansteigen wird. Damit wächst zugleich auch die Zahl der Menschen, die von einer Demenz betroffen sein werden.

Die Veränderungen der Prävalenz zwischen 2024 und 2040 variieren in Abhängigkeit von Regierungsbezirk und Alterskohorte deutlich. Sie reichen von einem Rückgang um -31,2 Prozent bei den 60- bis Unter-65-Jährigen im Regierungsbezirk Amsberg bis hin zu einem Anstieg um 81,0 Prozent bei den 75- bis Unter-80-Jährigen im Regierungsbezirk Detmold. Die nachfolgende Tabelle weist die jeweiligen Veränderungen differenziert aus. In jeder Tabellenzelle ist zunächst die absolute Differenz der Prävalenz zwischen 2024 und 2040 angegeben, während die in Klammern dargestellten Werte die prozentuale Veränderung wiedergeben.

Veränderungen der Demenzprävalenz für NRW zwischen 2024 und 2040 nach Altersclustern und Regierungsbezirken in Prozent

	Düsseldorf	Köln	Münster	Detmold	Arnsberg
40 bis unter 60 Jahre	-139 (-4,8)	-84 (-3,4)	-125 (-8,5)	-94 (-8,3)	-183 (-9,3)
60 bis unter 65 Jahre	-1.063 (-29,1)	-782 (-25,6)	-581 (-30,7)	-444 (-30,0)	-796 (-31,2)
65 bis unter 70 Jahre	-640 (-10,9)	-280 (-5,8)	-327 (-10,6)	-211 (-8,9)	-555 (-13,2)
70 bis unter 75 Jahre	3.102 (31,3)	3.183 (38,9)	1.836 (36,0)	1.407 (36,0)	1.950 (27,7)
75 bis unter 80 Jahre	8.245 (55,2)	8.087 (66,9)	5.532 (79,0)	4.371 (81,0)	6.205 (62,0)
80 bis unter 85 Jahre	3.365 (12,2)	4.400 (19,8)	4.233 (33,3)	2.699 (25,6)	3.219 (17,2)
85 bis unter 90 Jahre	1.243 (4,2)	3.213 (13,9)	2.825 (20,7)	1.257 (10,8)	1.685 (8,4)
90 Jahre und älter	7.535 (39,0)	8.017 (53,5)	3.663 (37,8)	2.442 (30,2)	4.731 (35,8)

Tabelle 4: Veränderungen in der Prävalenz von Menschen mit Demenz zwischen 2024 und 2040

Wird die Entwicklung der Prävalenz unabhängig von den Alterskohorten auf Kreisebene betrachtet, zeigt sich, dass alle Landkreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen mit einem Anstieg der Fallzahlen konfrontiert sein werden. Die nachfolgende Abbildung stellt die prozentualen Veränderungen der Zahl der Menschen mit Demenz regional dar: Je stärker die Zunahme ausfällt, desto dunkler ist der Farbton im jeweiligen Gebiet ausgeprägt.

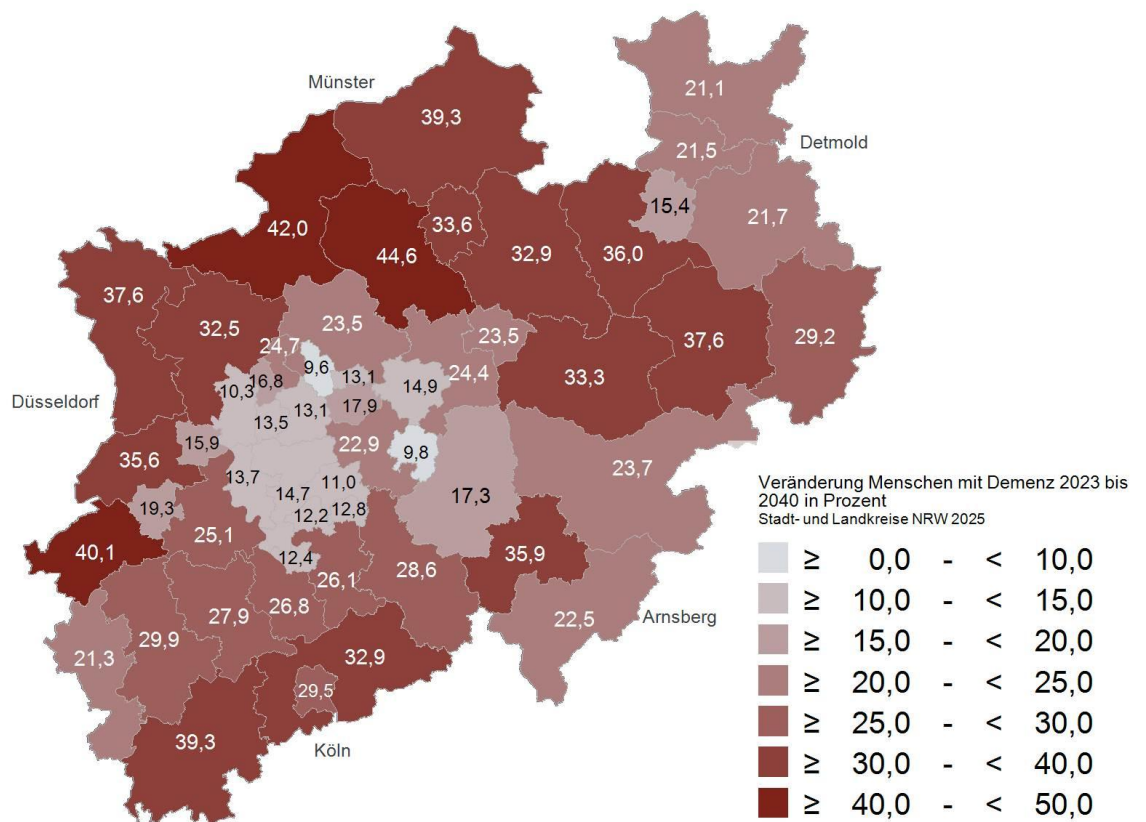


Abb. 18: Prognose der prozentualen Zunahme Menschen mit Demenz regional

Den stärksten Zuwachs weist der Kreis Coesfeld mit einer prognostizierten Steigerung von 44,6 Prozent auf. Ebenfalls hohe Wachstumsraten werden für die Kreise Borken (42,0 Prozent) und Heinsberg (40,1 Prozent) erwartet. Auch die kreisfreien Städte Münster, Köln und Bonn verzeichnen überdurchschnittliche Anstiege zwischen 26,8 und 33,6 Prozent. Demgegenüber werden für Düsseldorf sowie weite Teile des Ruhrgebiets überwiegend geringe Wachstumsraten prognostiziert, die in der Regel deutlich unter 15 Prozent liegen. Zu berücksichtigen ist, dass es sich hierbei um das prozentuale Wachstum der Prävalenz handelt. Diese Kennzahl beschreibt ausschließlich die Veränderung der Fallzahlen und nicht die Prävalenzrate selbst, die das Verhältnis zwischen der Zahl der Demenzbetroffenen und der Gesamtbevölkerung eines Kreises beziehungsweise einer kreisfreien Stadt ausdrückt.

Die durchschnittliche Prävalenzrate in Nordrhein-Westfalen wird bis 2040 von 2,1 auf 2,7 ansteigen. In den kreisfreien Städten reicht die Spannweite von 2,1 in Düsseldorf und Köln bis zu 2,9 in Bottrop. Deutlich höhere Werte zeigen sich in den Landkreisen, wo die Prävalenzrate von 2,6 im Kreis Paderborn bis 3,3 im Kreis Höxter prognostiziert wird. Die größeren Herausforderungen für die Versorgung sind in den weniger dicht besiedelten Regionen zu erwarten.

4. INFRASTRUKTUR FACHPFLEGERISCHER VERSORGUNGSANGEBOTE

Zusammenfassend ist zu beobachten, dass die Anzahl an Pflegebedürftigen kontinuierlich zunimmt: Im Jahr 2023 wurde der bisherige Höchststand von insgesamt 1.387.134 Pflegebedürftigen in NRW erreicht. Damit einhergehend steigt auch der Bedarf gegenüber pflegerischen Versorgungsangeboten. Für eine bedarfsgerechte, professionell pflegerische Versorgung braucht es neben einer flächendeckenden pflegerischen Infrastruktur aber auch ausreichend Pflegepersonal, um Versorgungsangebote tatsächlich realisieren zu können (vgl. hierzu „Teilbericht zur Bedarfsdeckung und Mangelprognose in Pflege-, Therapie- und Gesundheitsberufen in NRW“). Im Rahmen der LbG werden stellvertretend für die fachpflegerische Infrastruktur die Sektoren der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, der ambulanten Pflegedienste und der Krankenhäuser des Landes betrachtet. Daneben ist auch im Kontext der Nachwuchsqualifizierung die Erreichbarkeit und regionale Abdeckung mit Versorgungseinrichtungen, die zeitgleich als Träger der praktischen Ausbildung fungieren, von hervorgehobener Bedeutung. Vor dem Hintergrund steigender Versorgungsbedarfe gilt es, insgesamt eine flächen- und bedarfsdeckende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen. Ausgehend davon wurde in diesem Teilbericht die Infrastruktur pflegerischer Versorgungsangebote analysiert.

4.1 Versorgungsdichte von Bettplätzen der stationären Dauerpflege

Die stationäre Dauerpflege stellt einen zentralen Baustein der pflegerischen Versorgung dar und ist für einen Teil der Pflegebedürftigen die zentrale und oftmals einzig mögliche Versorgungsform: Besonders bei hohen Pflegegraden, erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz oder im Falle einer fortgeschrittenen Demenz kann eine vollumfängliche Betreuung häufig nur in stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden. Die Entwicklung der verfügbaren Plätze ist damit maßgeblich für die Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten pflegeschlüssigen Versorgung pflegebedürftiger Menschen; diese umfassen v. a die Altersgruppe der über 75-Jährigen.

Für die vollstationäre Versorgung wurde eine regionale Verteilungsanalyse vorgenommen. Die folgende Abbildung zeigt die Standorte der Einrichtungen der stationären Dauerpflege in Nordrhein-Westfalen, ergänzt um die Siedlungsgebiete sowie die Zahl der im Jahr 2023 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege sind der aktuellen Pflegestatistik¹³ entnommen und auf Ebene der Regierungsbezirke in Nordrhein-Westfalen aggregiert. Grundlage der Standortdaten (Punkte) ist der AOK-Pflegenavigator (Stand 2025), der für die vollstationäre Dauerpflege mit Versorgungsvertrag nach SGB XI insgesamt 2.418 Einrichtungen¹⁴

¹³ Die Pflegestatistik des Landes kann in der Landesdatenbank NRW im Bereich „Bildung, Sozialleistungen, Gesundheit, Rechtspflege“ unter der Rubrik der öffentlichen Sozialleistungen abgerufen werden und wird periodisch alle zwei Jahre erhoben.

¹⁴ Von diesen bieten 2.111 Einrichtungen eingestreuete Kurzzeitpflege an. Eine differenzierte Betrachtung der solitären Kurzzeitpflege ist mit den vorliegenden AOK-Daten aktuell nicht möglich.

ausweist. Die Infrastruktur wächst aktuell nur noch moderat an.

Die nachfolgende Abbildung visualisiert eine siedlungsspezifische Karte mit eingebundenen Straßen des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Flächen in diesem Kartentyp sollen hier kurz erläutert werden:

- Weiße Flächen sind frei von Wäldern und Siedlungen.
- Graue Flächen sind Siedlungen.
- Grüne Flächen stellen Waldgebiete dar.
- Blaue Flächen markieren stehende und fließende Gewässer.
- Die roten Punkte auf der Karte markieren die ausgewählten Standorte, in diesem Fall die der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen.
- Die großen roten Kreisflächen drücken aus, wie viele Pflegebedürftige in dieser Versorgungsform je Bezirk gepflegt werden.

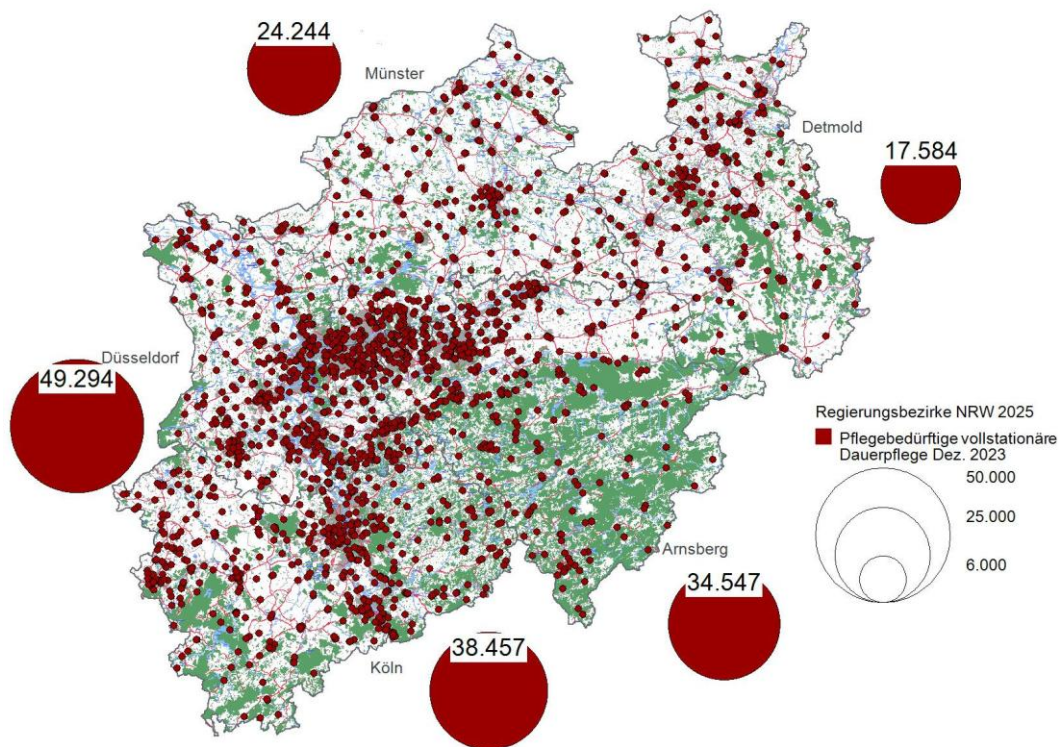


Abb. 19: Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege und Standorte der vollstationären Versorgung

Alternativ zu dieser kartografischen Darstellung visualisiert die nachfolgende Heatmap nicht die einzelnen Standorte vollstationärer Einrichtungen, sondern deren räumliche Verdichtung. Grundlage bildet ein Berechnungsverfahren, bei dem die Standorte in ein Raster überführt und anschließend Dichteflächen ermittelt werden. Dabei wird ein Radius von fünf Kilometern zugrunde gelegt. Die Entfernung ist aufgrund der grafischen Umsetzung gewählt, um die Konzentration der Einrichtungen besser darstellen zu können. Wird der Radius größer gewählt, überlagern sich die grafischen Ausstrahlungen und

In dieser kartografischen Darstellung wird erkennbar, dass die ländlich geprägten Räume wie z. B. der Hochsauerlandkreis, Olpe sowie die Region Siegen-Wittgenstein vergleichsweise geringe Dichten aufweisen. Demgegenüber treten erwartungsgemäß die höchsten Konzentrationen im verdichteten Siedlungsraum auf, der sich in einer „L-förmigen Achse“ von Bonn über Köln und Düsseldorf durch das Ruhrgebiet bis nach Dortmund erstreckt. Dieses Muster verweist auf eine deutliche Kumulation der vollstationären Einrichtungen in den urbanen Gebieten Nordrhein-Westfalens.

Bei der Infrastruktur der vollstationären Dauerpflege sind jedoch nicht nur die Anzahl und Dichte der Standorte entscheidend, sondern die Anzahl der verfügbaren Plätze für vollstationäre Dauerpflege ist zentral zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegefachlichen Versorgung der Pflegebedürftigen; insbesondere in Regionen mit hohem pflegerischen Versorgungsbedarf. In der nachfolgenden kartografischen Darstellung werden auf Basis der Daten der aktuellen Pflegestatistik 2023 die verfügbaren Plätze für vollstationäre Dauerpflege in Nordrhein-Westfalen ausgewiesen; insgesamt umfasst die Anzahl 180.269 verfügbare vollstationäre Plätze. Farblich zu erkennen sind in hellgrau niedrigere Summen (z. B. 1.191 Plätze in Remscheid) bis zu einer hohen Anzahl in dunkelroter Färbung (z. B. 7.786 Plätze in Köln). Die verfügbaren Plätze vollstationärer Dauerpflege müssten hierbei vor dem Hintergrund konkreter regionaler Bedarfe betrachtet werden, jedoch liegen hierzu keine Bedarfsmessungen bzw. -daten vor, weshalb ausschließlich die Verteilungsdaten analysiert werden können.

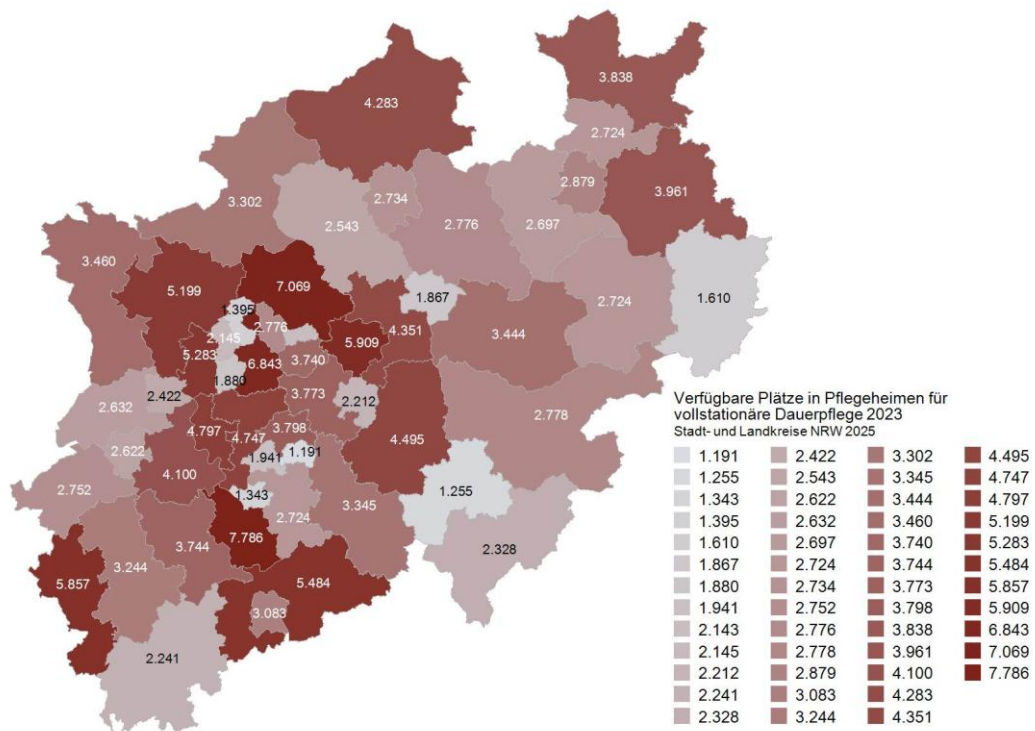


Abb. 21: Anzahl der verfügbaren Bettplätze für vollstationäre Dauerpflege 2023

Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze in der vollstationären Dauerpflege wurde nachfolgend in Relation zur Anzahl der Menschen über 75 Jahre gesetzt, um die stationäre Versorgung in der Entwicklung der zur Verfügung stehenden Kapazität einschätzen zu können. Dazu wurde die Anzahl der für die vollstationäre Versorgung zur Verfügung stehenden Bettplätze je 1.000 Einwohner über 75 Jahre ermittelt, da in den vollstationären Einrichtungen überwiegend ältere Menschen leben und diese den Schwerpunkt der Versorgung bilden. Die Entwicklungen wurden für die Regierungsbezirke für die Jahre 2017 bis 2023 abgebildet.

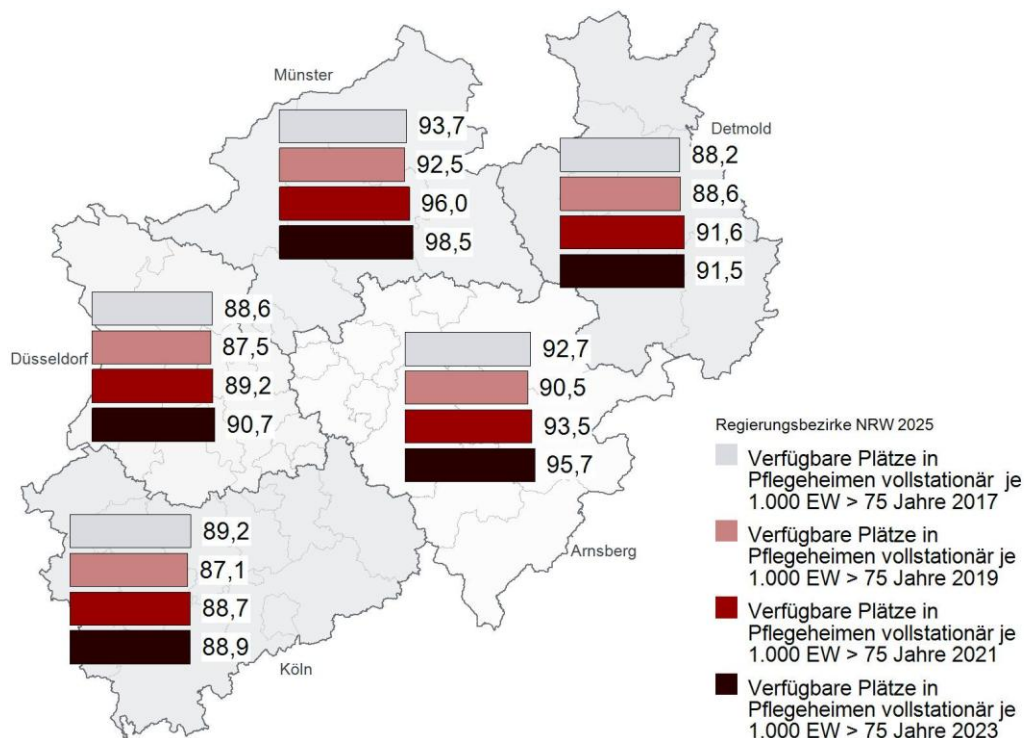


Abb. 22 Entwicklung der vollstationären Versorgungsplätze je 1.000 Personen über 75 Jahre

Bis auf den Regierungsbezirk Köln zeigen sich in den anderen Regierungsbezirken leichte Zunahmen in der Kapazität der Ausstattung und Versorgungsmöglichkeit. Die Zunahme ist jedoch moderat weist nur eine geringfügige Entwicklung gegenüber dem Ausgangsjahr 2017 auf.

Eine relevante Fragestellung zur regionalen Abdeckung der Versorgungsbereiche besteht darin, ob Siedlungsgebiete in Nordrhein-Westfalen identifiziert werden können, in denen eine Erreichbarkeit vollstationärer Einrichtungen schwierig möglich oder nur mit langen Fahrtzeiten realisierbar ist. Hierzu wurde eine Erreichbarkeitsanalyse auf Grundlage von PKW-Fahrtstrecken auf dem Straßennetz durchgeführt. Ziel war es, zu prüfen, ob in Nordrhein-Westfalen „weiße Flecken“ bezogen auf die Erreichbarkeit bestehen. Diese spielt vor allen Dingen für die Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte mit den

Angehörigen eine wichtige Rolle, aber auch für die Personalgewinnung, da die Pendlerbereitschaft in der Regel nicht über 30 Minuten pro Fahrt hinausgeht.

In der nachfolgenden Grafik wurden hierzu um die Standorte vollstationärer Einrichtungen (Punkte) Fahrtzeiträume gelegt, die die Erreichbarkeit auf dem Straßennetz mit dem PKW abbilden: innerhalb von bis zu 10 Minuten (Rosa), bis zu 20 Minuten (Orange) und bis zu 30 Minuten (Violett). Überlagernde Bereiche wurden zu Flächen zusammengeführt, sodass sichtbar wird, in welchem Umfang die einzelnen Regionen innerhalb der jeweiligen Fahrzeitkategorien abgedeckt sind. Grüne und weiße Flächen stellen in diesem Grafiktyp militärische oder natürliche (z.B. Kohlegruben) Sperrgebiete dar, die nur mit entsprechender Genehmigung an- bzw. befahren werden dürfen. Die grauen Linien außen definieren die Landesgrenze von Nordrhein-Westfalen. Innerhalb stellen diese Linien die Grenzen der einzelnen Landkreise dar.

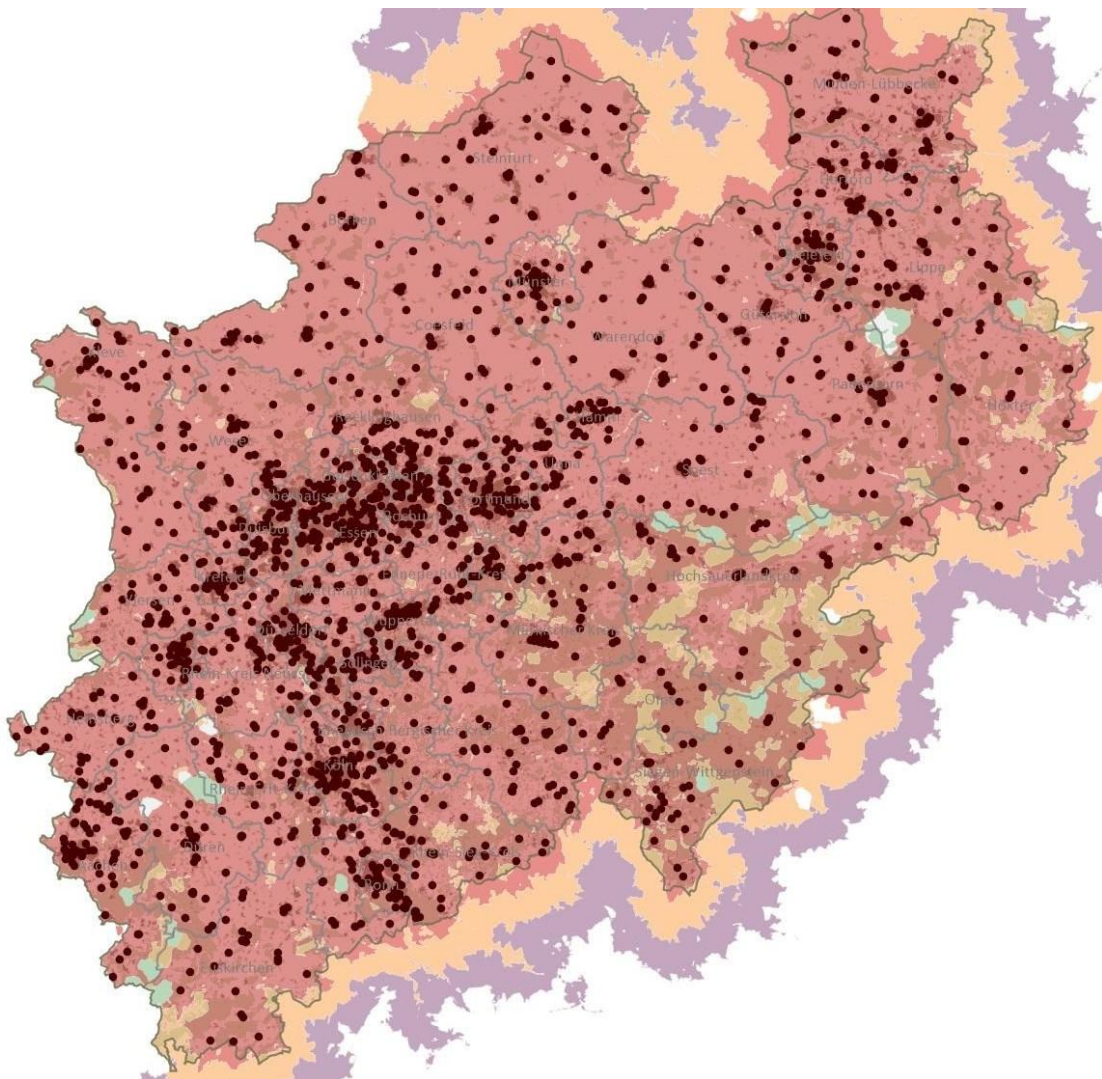
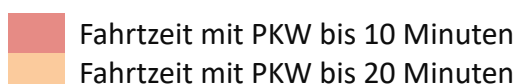


Abb. 23: Erreichbarkeitsanalyse der vollstationären Einrichtungen



Fahrtzeit mit PKW bis 30 Minuten

Die Analyse verdeutlicht, dass in Siedlungsgebieten Nordrhein-Westfalens eine flächendeckende Erreichbarkeit vollstationärer Einrichtungen gegeben ist. In der Regel können diese innerhalb von etwa zehn Minuten Fahrtzeit mit dem PKW erreicht werden. Spätestens nach einer Fahrtzeit von 20 Minuten ist flächendeckend eine vollständige Erreichbarkeit möglich. Aus der Visualisierung wird deutlich, dass die Erreichbarkeit von 20 bis 30 Minuten Fahrtzeit bereits in die angrenzenden Bundesländer hineinreicht.

Einschränkend ist für die Erreichbarkeitsanalyse darauf hinzuweisen, dass diese ausschließlich die geografische Abdeckung darstellt und keine unmittelbaren Rückschlüsse auf tatsächliche wohnortnahe Versorgungsmöglichkeiten durch vollstationäre Einrichtungen gegenüber konkreten Versorgungsanfragen von Pflegebedürftigen zulässt. Daten zur Anzahl der Anfragen oder zu abgelehnten Aufnahmen liegen nicht vor, sodass aus der räumlichen Verteilung allein nicht automatisch auf eine gesicherte Versorgung geschlossen werden kann. Entsprechende Informationen könnten nur durch flankierende Befragungen oder regionale Interviews mit Akteurinnen und Akteuren gewonnen werden. Nichtsdestotrotz gibt die Analyse eine relevante Auskunft über die grundsätzliche regionale Erreichbarkeit der Einrichtungen.

4.2 Versorgungsdichte Tagespflege

Tagespflegeangebote nehmen eine wichtige Rolle in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ein. Sie ergänzen die häusliche Pflege durch eine professionelle Betreuung in Einrichtungen und entlasten zugleich pflegende Angehörige. Ferner wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für erwerbstätige An- und Zugehörige erleichtert, dadurch dass Pflegebedürftige während der Arbeitszeiten in einer teilstationären Einrichtung in professionelle Obhut gegeben werden können. Besonders für Menschen mit Demenz stellt die Tagespflege ein wichtiges Unterstützungsangebot dar. Insgesamt stellt die Tagespflege in Kombination mit der häuslichen Pflegeversorgung eine Alternative zur vollstationären Versorgung dar und ermöglicht es Pflegebedürftigen, weiterhin in ihrer häuslichen Umgebung zu verbleiben. Voraussetzung ist natürlich, dass der tatsächliche Pflegebedarf sowie die Versorgungs- und Betreuungscompliance der Pflegebedürftigen eine häusliche und tagespflegerische Versorgung zulassen. Vor diesem Hintergrund ist die Analyse der regionalen Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Tagespflegeplätzen ein wesentliches Kriterium für die Bewertung der Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen.

Im Adressverzeichnis des AOK-Pflegenavigators werden für Nordrhein-Westfalen insgesamt 1.255 Tagespflegeeinrichtungen ausgewiesen. Nach Angaben der Pflegestatistik 2023 entfallen hiervon 962 auf reine Tagespflegeeinrichtungen. Insgesamt belaufen sich

die ausgewiesenen verfügbaren teilstationären Plätze in Pflegeheimen, d. h. inklusive der Nachtpflege, auf 18.731 Plätze.

Die reine Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen lässt jedoch auch keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Versorgung zu, da landesweite Daten zur Nachfragesituation, insbesondere zur Zahl der Anfragen und gegebenenfalls abgelehnten Aufnahmen, nicht vorliegen. Die nachfolgende Darstellung verdeutlicht gleichwohl eine hohe Dichte an Tagespflegeeinrichtungen sowie eine breite Flächenabdeckung im Land. Die nachfolgende Heatmap verdeutlicht die Verteilung der Tagespflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen.

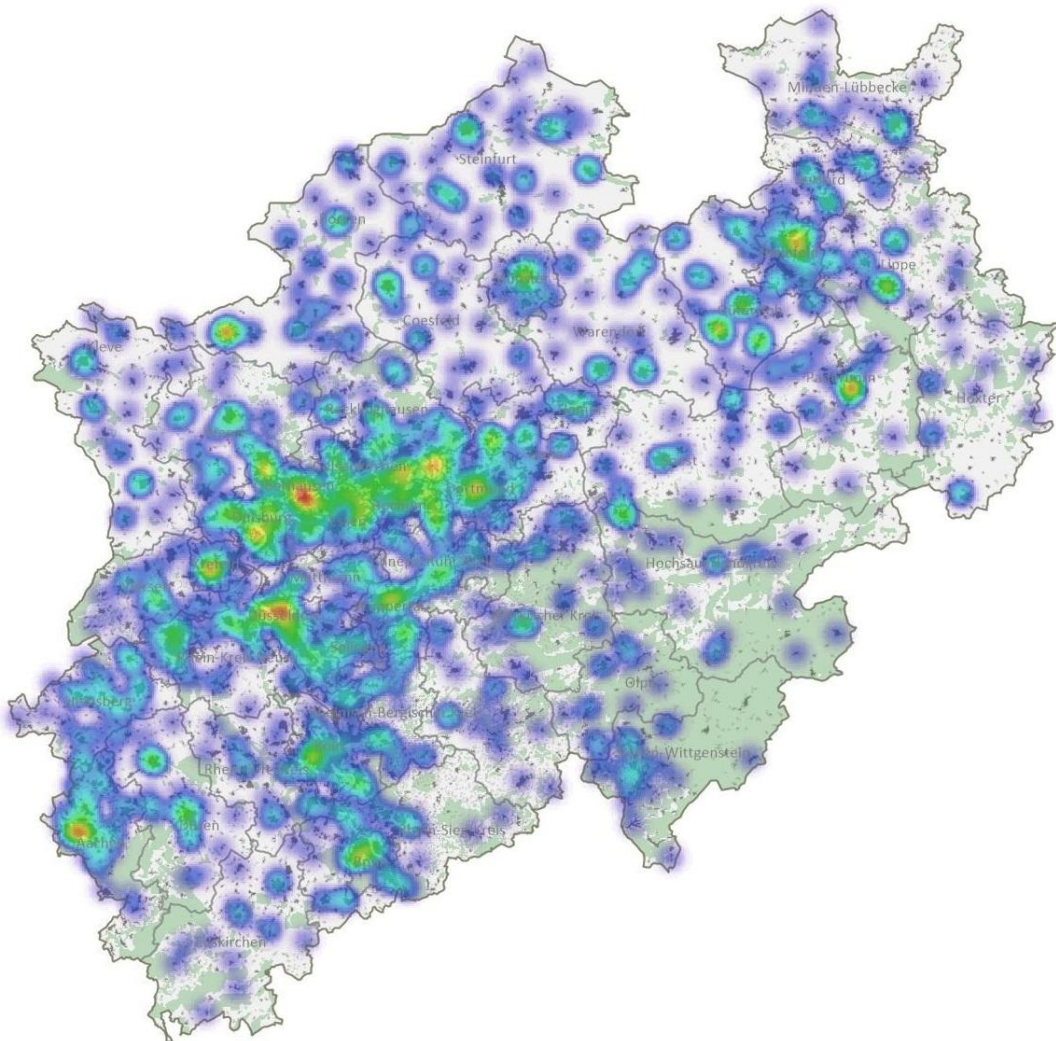


Abb. 24: Versorgungsdichte der Einrichtungen der Tagespflege 2025

Auch hier ist erkennbar, dass sich die Einrichtungen stark an den Siedlungsstrukturen orientieren und in den urbanen Zentren des Landes eine besonders hohe Dichte aufweisen. Somit folgt die Verteilung der Bevölkerungs- und Siedlungsdichte, während in peripheren und naturräumlich geprägten Gebieten nur vereinzelte Angebote bestehen.

Insbesondere bei Tagespflegeangeboten spielt die Frage der Erreichbarkeit eine besondere Rolle. Denn das Angebot ist darauf ausgerichtet, dass pflegebedürftige Personen regelmäßig und möglichst ohne große zeitliche Aufwände die Einrichtung erreichen können. Für die Inanspruchnahme ist daher eine wohnortnahe Lage entscheidend: sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Angehörigen, die den Transport häufig mit organisieren oder übernehmen.

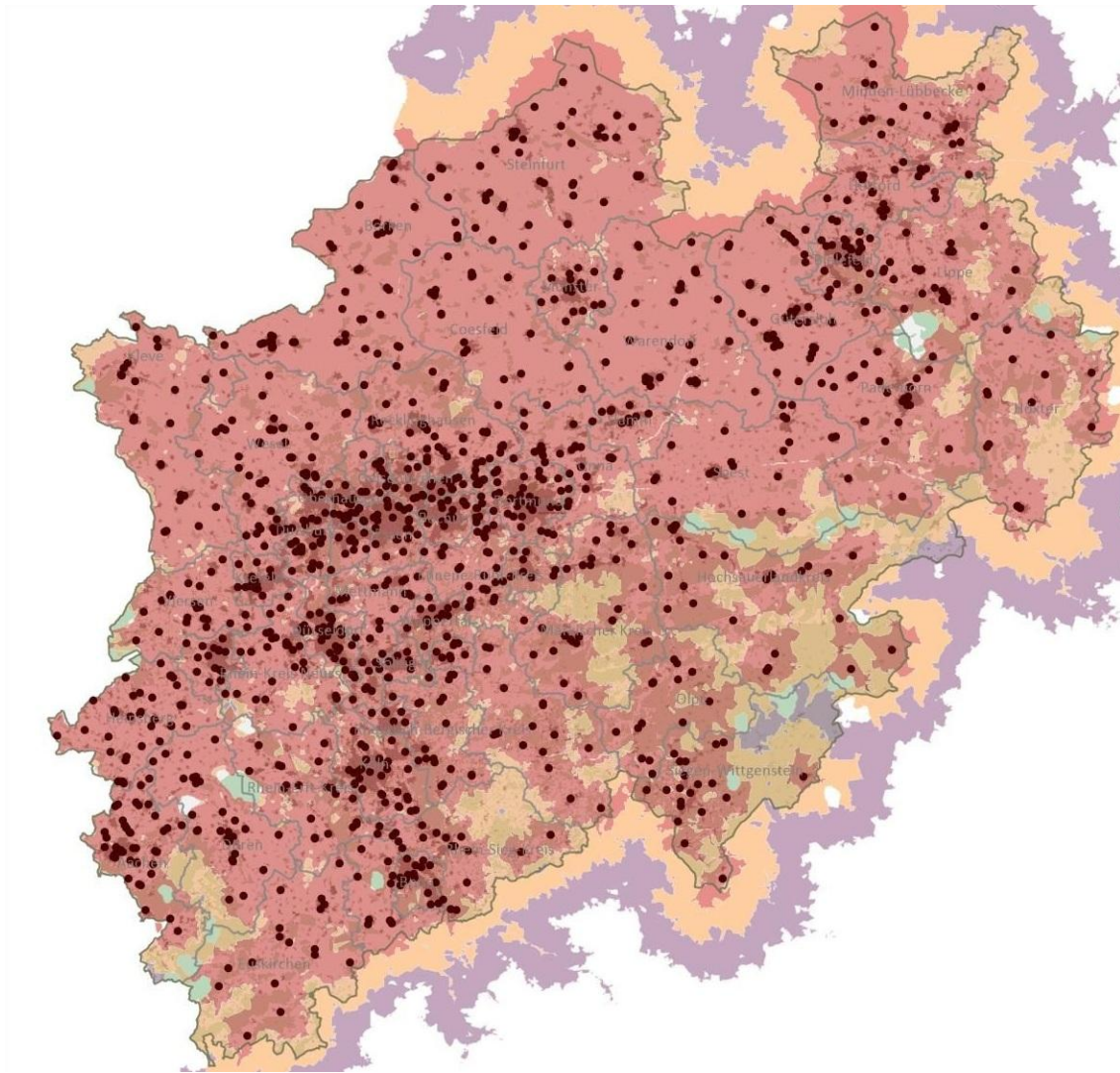


Abb. 25: Erreichbarkeitsanalyse Einrichtungen der Tagespflege 2025

- Fahrtzeit mit PKW bis 10 Minuten
- Fahrtzeit mit PKW bis 20 Minuten
- Fahrtzeit mit PKW bis 30 Minuten

Die vorliegende Erreichbarkeitsanalyse zeigt, dass in Nordrhein-Westfalen eine sehr hohe Flächendeckung besteht. Aus der Perspektive der Bevölkerung in den Siedlungsgebieten können die nächstgelegenen Einrichtungen in einer Fahrtzeit von maximal 20 Minuten erreicht werden. Es können somit bei der Infrastruktur der Tagespflegeeinrichtungen aktuell keine „blinden Flecken“ unversorgter Regionen oder Siedlungsgebiete

beobachtet werden; damit ist die grundsätzliche Erreichbarkeit flächendeckend gewährleistet.

Allerdings beantwortet die Analyse nicht die Frage, ob die real in den Einrichtungen zur Verfügung stehenden Kapazitäten ausreichend sind, um die Bedarfe vor Ort abzudecken und eine gewünschte Versorgung zu realisieren.

4.3 Versorgungsdichte ambulante Pflegedienste

Die Verteilung von ambulanten Diensten ist ein wichtiger Indikator dafür, ob strukturell gesehen eine Abdeckung mit ambulanten Pflegediensten im Land besteht. Für die Bewertung der Infrastruktur ist neben der Anzahl der zugelassenen Dienste v. a. die regionale Dichte ausschlaggebend, da sie Hinweise auf mögliche Unter- oder Überversorgung einzelner Räume erlaubt. Daraus kann aber nicht unmittelbar abgeleitet werden, dass damit auch die Versorgungskapazitäten der ambulanten Dienste angemessen sind und pflegerische Leistungen somit zeitnah und verlässlich für Pflegebedürftige in der Häuslichkeit erbracht werden können. Auch bei einer hohen Anbieterdichte kann es lokal zu Versorgungslücken kommen, wenn die Zahl der Anfragen die verfügbaren Kapazitäten der Dienste übersteigt. Solche Engpässe spiegeln dann weniger eine unzureichende räumliche Abdeckung wider, sondern verweisen auf begrenzte personelle und organisatorische Ressourcen einzelner Anbieter. Insgesamt lässt sich jedoch aus einer räumlichen Analyse ableiten, ob es gegenwärtig strukturierter Anreizsysteme bedarf, um zusätzliche regionale Versorgungsräume zu besetzen oder bestehende Versorgungslücken im Hinblick auf die Flächenabdeckung zu schließen.

Für Nordrhein-Westfalen lässt sich mit Blick auf die Verteilung ambulanter Pflegedienste grundsätzlich eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung festzustellen. Die folgende Abbildung stellt die Standorte der nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten Dienste mit Versorgungsvertrag dar (Punkte). Ergänzend sind die Siedlungsflächen des Landes in Grauschattierung sowie die Anzahl der in den Regierungsbezirken durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen abgebildet. Datengrundlage ist auch hier der AOK-Pflegenavigator für Nordrhein-Westfalen (Stand 2025), der insgesamt 3.638 zugelassene ambulante Dienste ausweist. In der Entwicklung kann zudem ein Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen festgestellt werden.

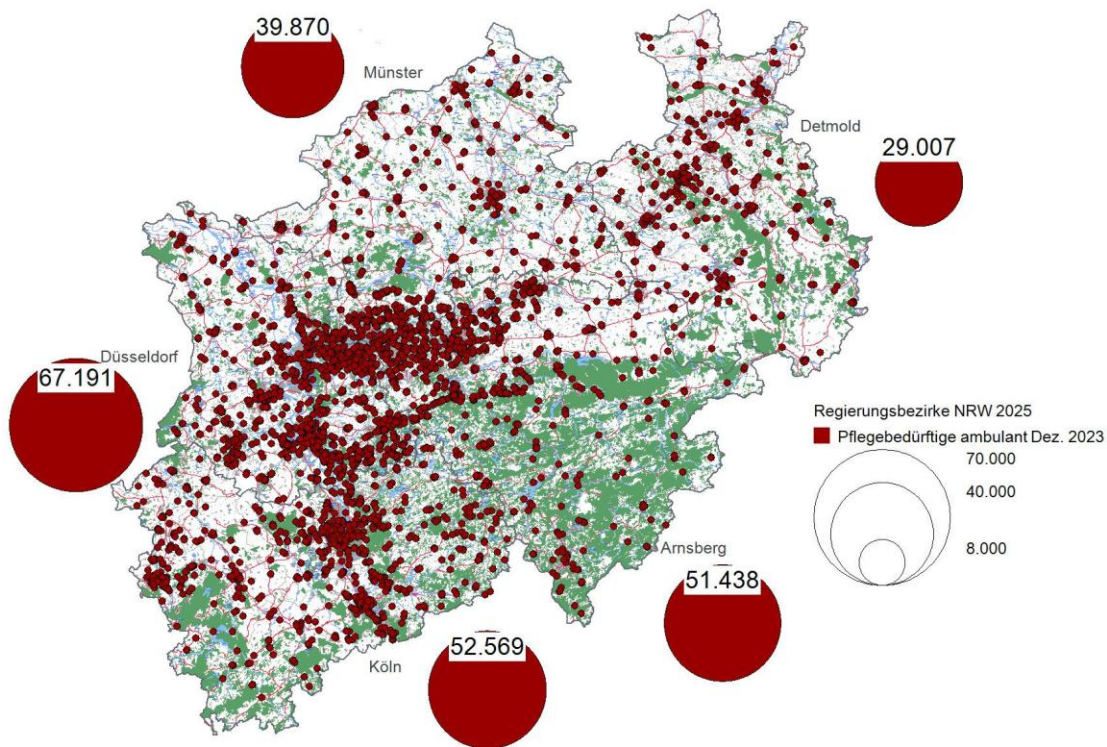


Abb. 26: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege und Standorte der ambulanten Dienste

Insgesamt zeigt sich eine deutliche Konzentration ambulanter Pflegedienste in den dicht besiedelten Regionen Nordrhein-Westfalens, insbesondere in den Großstädten der Rheinregion sowie im Ruhrgebiet. Zugleich ist auch in ländlichen Räumen eine breite Angebotsstruktur vorhanden. Unter Berücksichtigung der Siedlungsflächen des Landes lassen sich keine Gebiete identifizieren, in denen grundsätzlich ein Zugang zu ambulanter Versorgung fehlt. Optisch erkennbare „freie Flächen“, wie z. B. etwa im Raum Arnsberg, stellen keine besiedelten Gebiete dar, sondern Wald- und Freiflächen ohne Bedarf für eine pflegerische Infrastruktur.

Die nachfolgende Heatmap verdeutlicht zudem die regionale Verdichtung der ambulanten Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen.

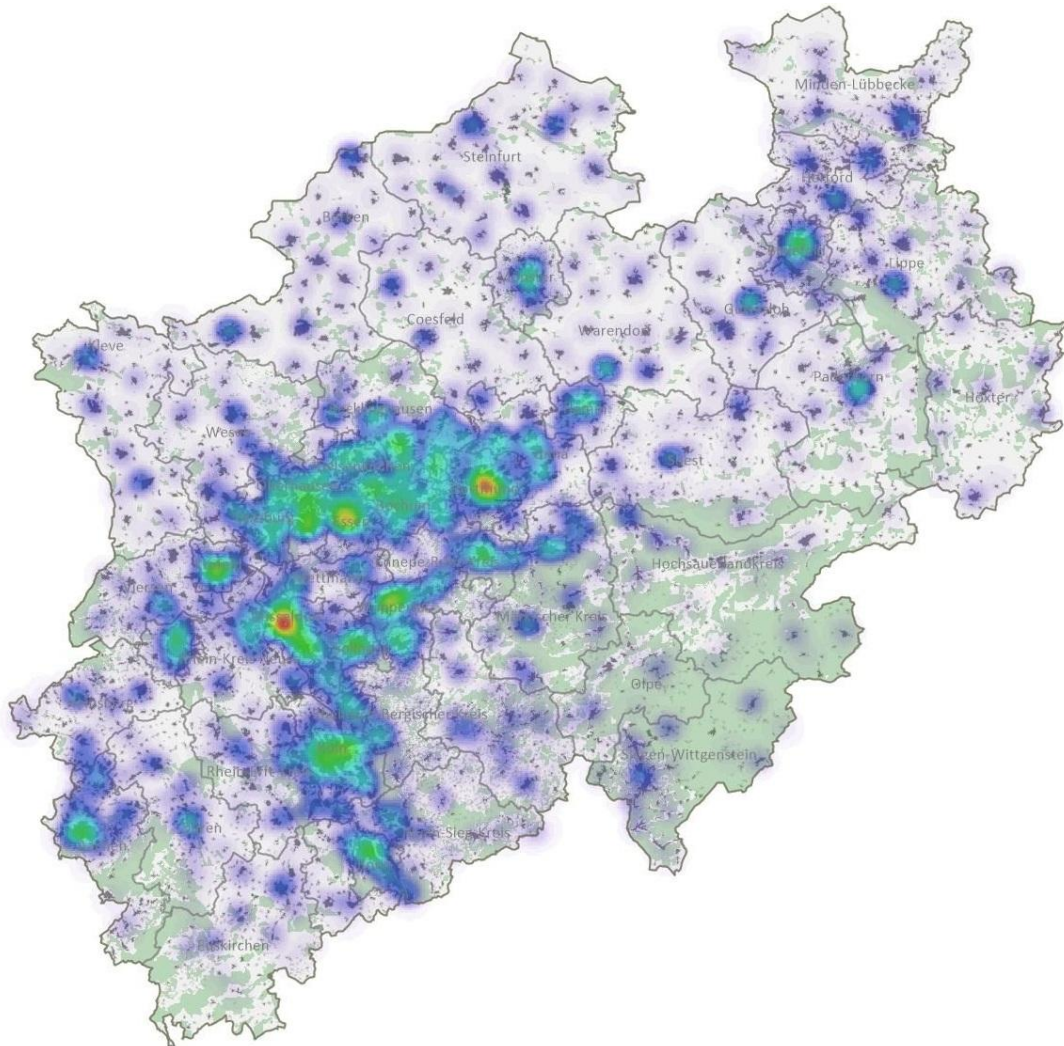


Abb. 27: Versorgungsdichte der ambulanten Pflegedienste 2025

Auch hier zeigt sich eine deutliche Konzentration in den urbanen Verdichtungsräumen des Landes. Besonders stark ausgeprägt ist die Dichte in der bekannten „L-förmigen Achse“, die sich von Bonn über Köln und Düsseldorf in das Ruhrgebiet hinein bis nach Dortmund erstreckt. Innerhalb dieses Kernraums zeigen sich die höchsten Verdichtungen, was durch die gelb bis rot eingefärbten Bereiche angezeigt wird. Darüber hinaus lassen sich weitere Konzentrationen in Städten wie Aachen, Münster, Bielefeld, Wuppertal, Mönchengladbach und Krefeld erkennen. Demgegenüber weisen die ländlich geprägten Regionen wie der Hochsauerlandkreis, Olpe oder Siegen-Wittgenstein nur eine sehr geringe Dichte auf. Somit folgt auch die Verteilung der ambulanten Dienste insgesamt den Siedlungs- und Bevölkerungsstrukturen des Landes: hohe Dichten in den Ballungsgebieten mit ausgeprägten urbanen Strukturen, geringe Dichten in den naturräumlich geprägten Regionen.

Darüber hinaus wird in der nachfolgenden kartografischen Darstellung die Anzahl der in

Nordrhein-Westfalen tätigen ambulanten Pflegedienste (gemäß der aktuellen Pflegestatistik) je Stadt- und Landkreis ausgewiesen. Insgesamt umfasst die Zahl 3.205 zugelassene Dienste. Farblich dargestellt sind hier Stadt- und Landkreise mit geringerer Anbieterdichte (hellgrau; z. B. 17 Dienste in Olpe) bis hin zu Stadt- und Landkreisen mit hoher Anbieterkonzentration (dunkelrot; z. B. 156 Dienste in Recklinghausen).

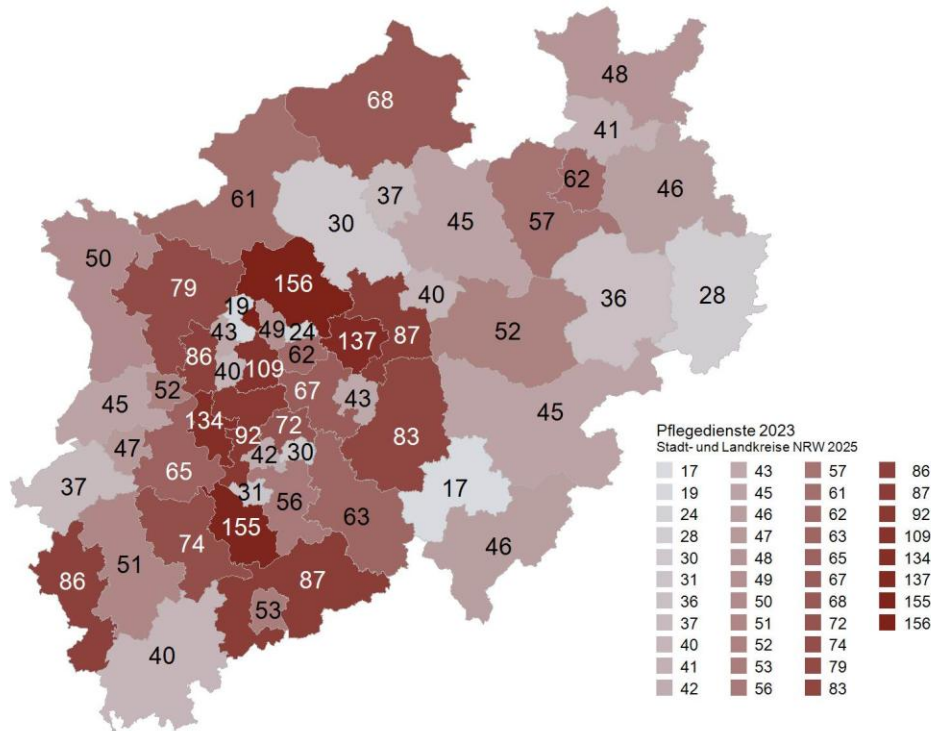


Abb. 28: Anzahl ambulanter Pflegedienste 2023

Wie auch bei den anderen Versorgungsangeboten müsste die regionale Verteilung der Pflegedienste vor dem Hintergrund konkreter Bedarfe betrachtet werden. Da hierzu jedoch keine systematischen Bedarfserhebungen vorliegen, können an dieser Stelle ausschließlich die Verteilungsdaten analysiert werden.

Daneben ist aber auch die Erreichbarkeit ambulanter Pflegedienste wichtig, da diese Leistungen in der Regel wohnortnah erbracht werden, wobei es auch Dienste gibt, die höhere Fahrzeiten in Kauf nehmen (würden). Die nachfolgende Abbildung zeigt diesbezüglich die Standorte (Punkte) ambulanter Pflegedienste sowie deren Erreichbarkeit mit dem PKW. Auch bei dieser Erreichbarkeitsanalyse kennzeichnen die farbigen Flächen die Fahrtzeiten in Minuten und Überlagerungen wurden erneut zu Flächen zusammengeführt, sodass die Abdeckung der Regionen klar erkennbar wird.

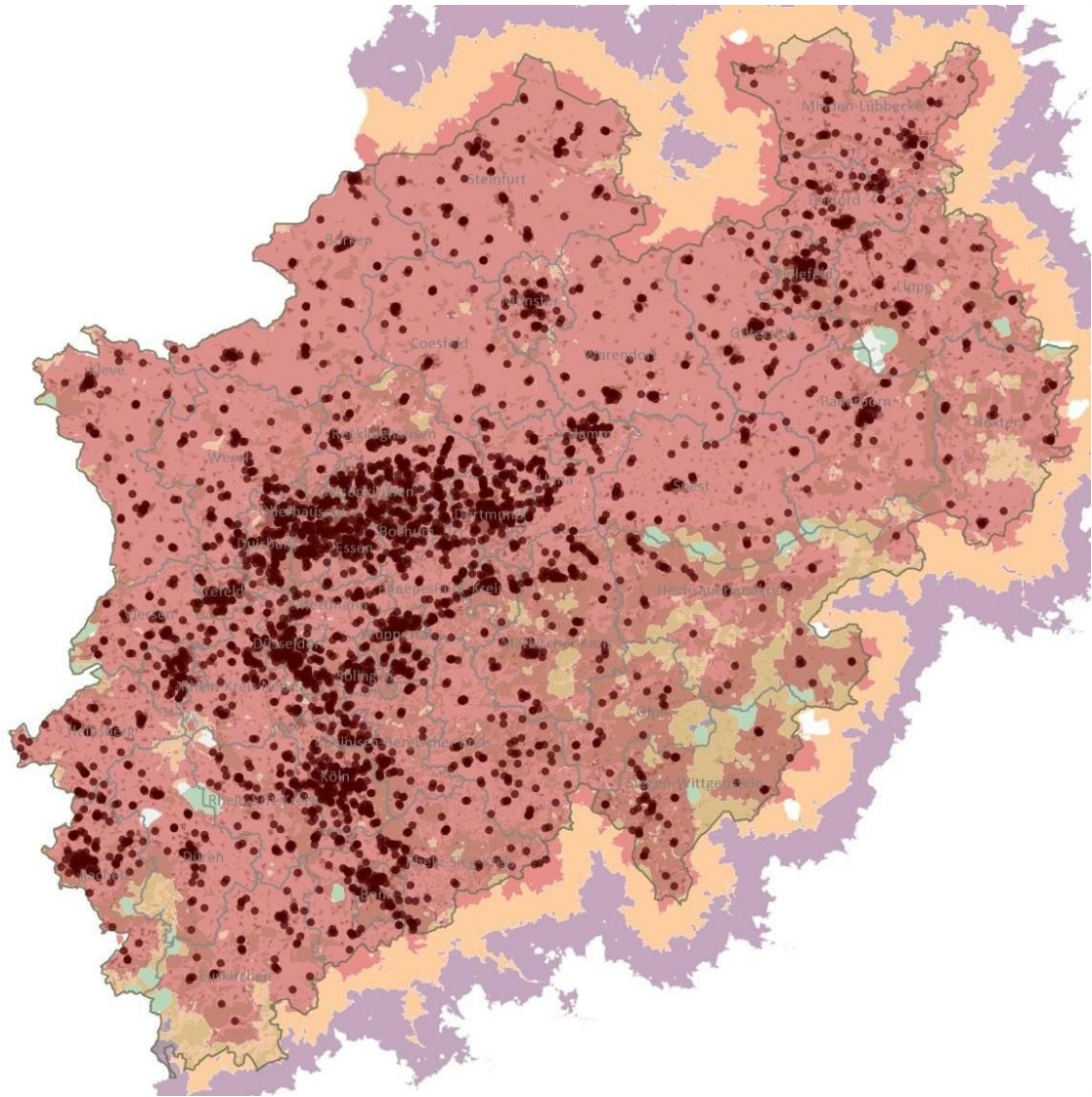


Abb. 29: Erreichbarkeit der ambulanten Pflegedienste 2025 (inkl. amb. Wohngemeinschaften)

- Fahrtzeit mit PKW bis 10 Minuten
- Fahrtzeit mit PKW bis 20 Minuten
- Fahrtzeit mit PKW bis 30 Minuten

Die Analyse zeigt, dass für die große Mehrzahl der Siedlungsgebiete die potenzielle Erreichbarkeit innerhalb von 20 Minuten Fahrtzeit gegeben ist. Bereits innerhalb von zehn Minuten ist der größte Teil der Siedlungsgebiete erreichbar. Insbesondere in den Ballungsräumen entlang der Achse Bonn–Köln–Düsseldorf–Ruhrgebiet bis Dortmund sowie in Aachen, Bielefeld und Münster ist eine deutliche Anbieterverdichtung erkennbar.

Sogar in den ländlichen Regionen sind die Siedlungsgebiete durch die ambulanten Dienste in kurzen bis moderaten Fahrzeiten (bis 20 Minuten) erreichbar: „Blinde Flecken“ lassen sich nicht identifizieren. Damit ist die Erreichbarkeit flächendeckend gesichert. Ob die vor Ort vorhandenen Dienste personell und kapazitiv in der Lage sind, die Nachfrage tatsächlich auch zu decken, bleibt hierbei eine unbeantwortete Fragestellung, da hierzu wie beschrieben die Datengrundlage fehlt.

4.4 Standorte der Krankenhäuser

Krankenhäuser haben in der Versorgung eine doppelte Bedeutung: Sie stellen nicht nur die Akutversorgung, Geburtshilfe und Nachsorge sicher, sondern stellen u. a. zentrale Arbeitgeber und praktische Ausbildungsträger dar. Für den Bereich der Hebammenausbildung sowie der Therapieberufe sind sie gleichermaßen von herausgehobener Bedeutung und wirken so zentral auf die Fachkräftesicherung und Fachkräftequalifizierung ein.

Die Betrachtung der Krankenhausstandorte und deren regionalen Verteilung ist daher nicht nur im Hinblick auf die medizinische sowie pflegerische Versorgung, sondern auch für die Sicherstellung der Nachwuchsqualifizierung bzw. Pflegeausbildung sowie der der Hebammen und der Therapieberufe sehr relevant. Vor allem in städtischen Regionen mit hoher Versorgungsdichte bestehen andere Rahmenbedingungen als in ländlichen Räumen, in denen die Erreichbarkeit eine größere Rolle spielt, wenn es z. B. um die Frage einer Ausbildungsaufnahme durch Ausbildungsinteressierte geht.

In der Krankenhausstatistik des Landes (Grunddaten der Krankenhäuser) werden für das Jahr 2024 insgesamt 316 Krankenhäuser geführt, die in der Summe 111.514 Betten führen. Die nachfolgende Grafik weist in den Regierungsbezirken die Entwicklung der Anzahl der Betten in den Krankenhäusern zwischen 2021 und 2024 auf; in den Kreisen ist die Anzahl der Krankenhäuser in den jeweiligen Regierungsbezirken für das Jahr 2024 mit aufgenommen. Bezogen auf die Anzahl der in den Krankenhäusern geführten Betten ist zwischen 2021 und 2024 in allen Regierungsbezirken ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Die Entwicklungen sind in der kurzfristigen Betrachtung nicht stark ausgeprägt und entsprechen in den Regierungsbezirken jeweils einem prozentualen Rückgang von rund vier Prozent (-4,2 Prozent in Düsseldorf) der aufgestellten Betten. In den anderen Regierungsbezirken liegt die negative Entwicklung unter drei Prozent.

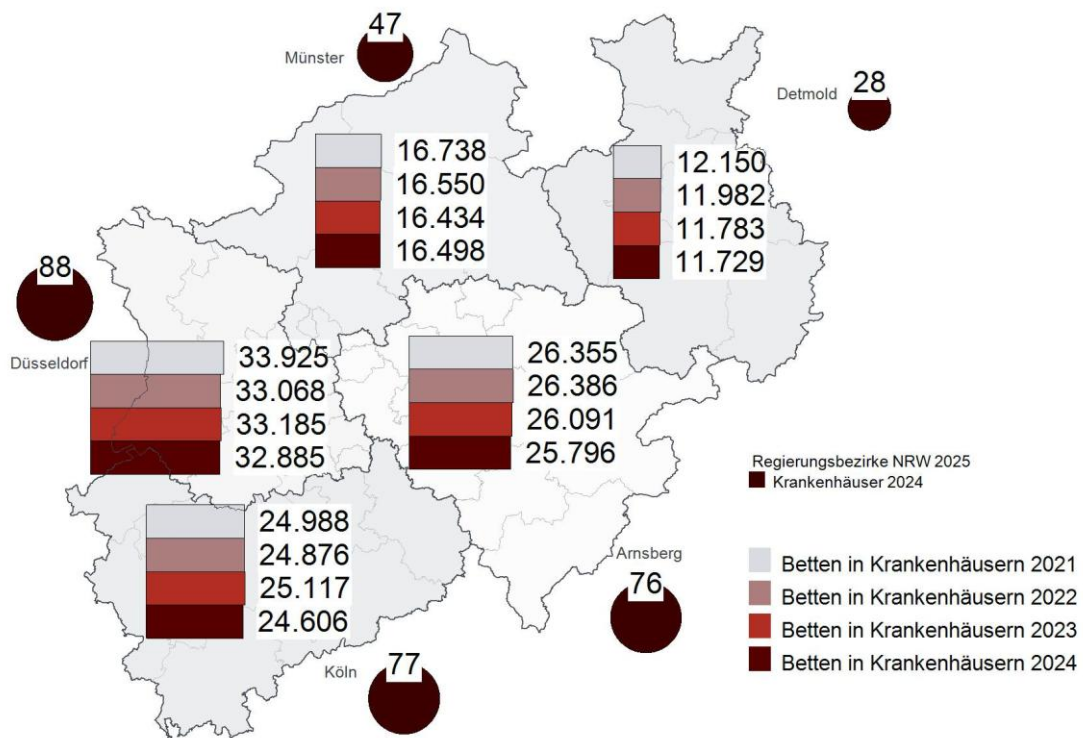


Abb. 30: Betten und Anzahl der Krankenhäuser in NRW

Die statistische Erfassung der Grunddaten der Krankenhäuser umfasst alle Krankenhäuser und Arten der Krankenhäuser. Zur Differenzierung wurden die Adressdaten des Krankenhausverzeichnisses Deutschland verwendet und die Krankenhäuser wurden differenziert nach somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern.

Nicht aufgenommen wurden Krankenhäuser mit ausschließlichen Belegbetten, die nicht als Plankrankenhäuser geführt werden. Insgesamt wurden 275 Krankenhäuser in der nachfolgenden Grafik der Versorgungsdichte mit aufgenommen. Diese gibt einen Überblick über die Konzentration der Krankenhäuser in der Rhein-Ruhr-Region sowie im Rheinland.

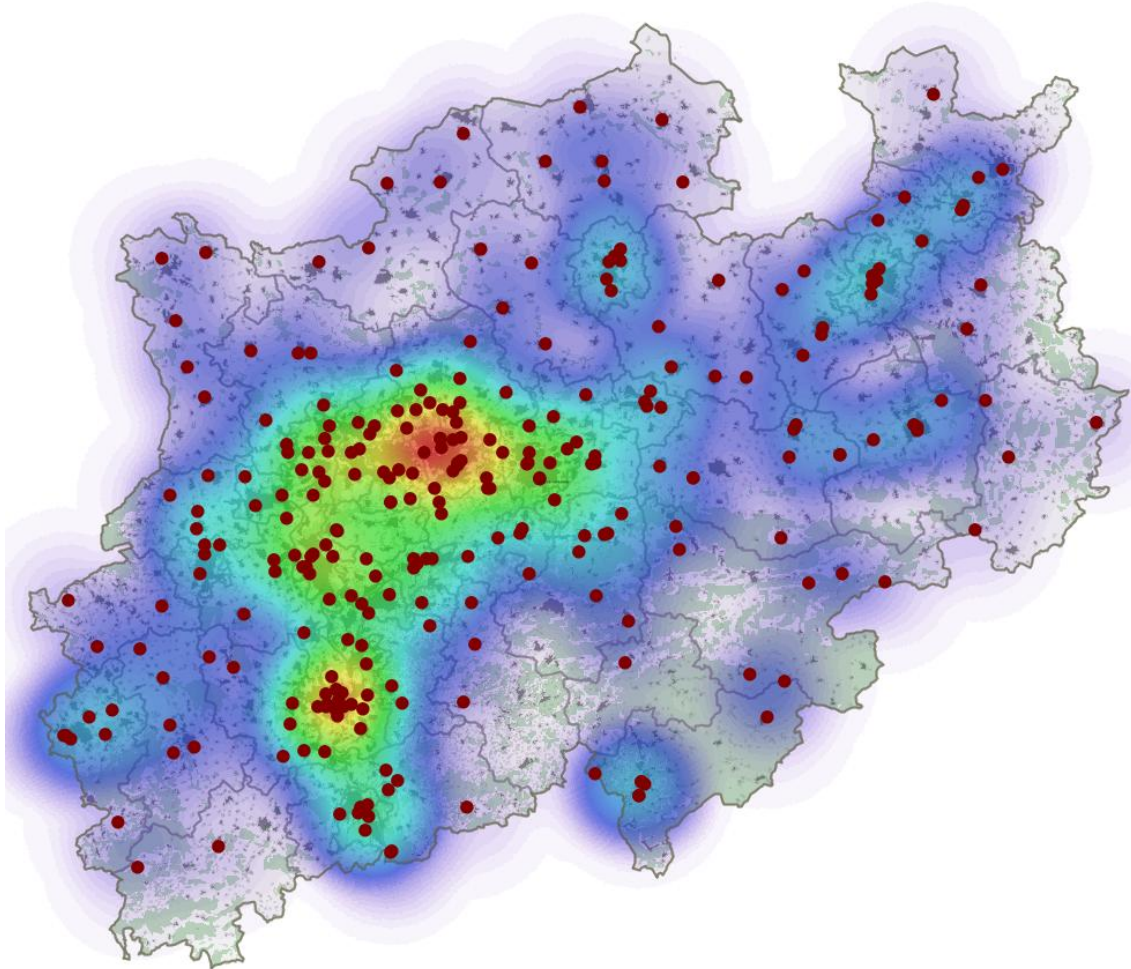


Abb. 31: Versorgungsdichte der somatischen Krankenhäuser 2023

Eine Analyse der Erreichbarkeit wurde aus unterschiedlichen Gründen nicht vorgenommen. Die aktuellen Entwicklungen, die durch die Umsetzung der Krankenhausreform in NRW stattfinden, sind in den vorliegenden Daten noch nicht abgebildet. Darüber hinaus spielen bei der Erreichbarkeit aus der Perspektive der Versorgungssicherung der Bevölkerung die unterschiedlichen Leistungsgruppen und Spezialisierungen der Behandlungen eine zentrale Rolle. Beide Aspekte greifen in die Krankenhausstrukturreform in NRW ein, die an dieser Stelle nicht Gegenstand der Betrachtung und Analyse ist. Für die Fragestellung der Versorgungsangebote aus der Perspektive der Ausbildung sind die vorliegenden Daten hinreichend und zeigen eine große flächendeckende Verteilung, die einen Zugang zu einem Kooperationsträger ermöglicht, wie bereits im 1. Teilbericht beschrieben wurde.

4.5 Standorte der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Neben den Krankenhäusern sind auch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu betrachten. Der Bericht zur Beschäftigung in den Pflege- und Gesundheitsberufen

weist darauf hin, dass die Anzahl der Beschäftigten in Pflege und Therapie gegenüber den Krankenhäusern deutlich niedriger ist.

Nachfolgend wird, wie für die Krankenhäuser, die Ausweisung der Entwicklungen der Bettenzahl von 2021 bis 2024 dargestellt. In den Kreisen wird die aktuell in 2024 erfasste Anzahl der Einrichtungen in den Regierungsbezirken beschrieben.

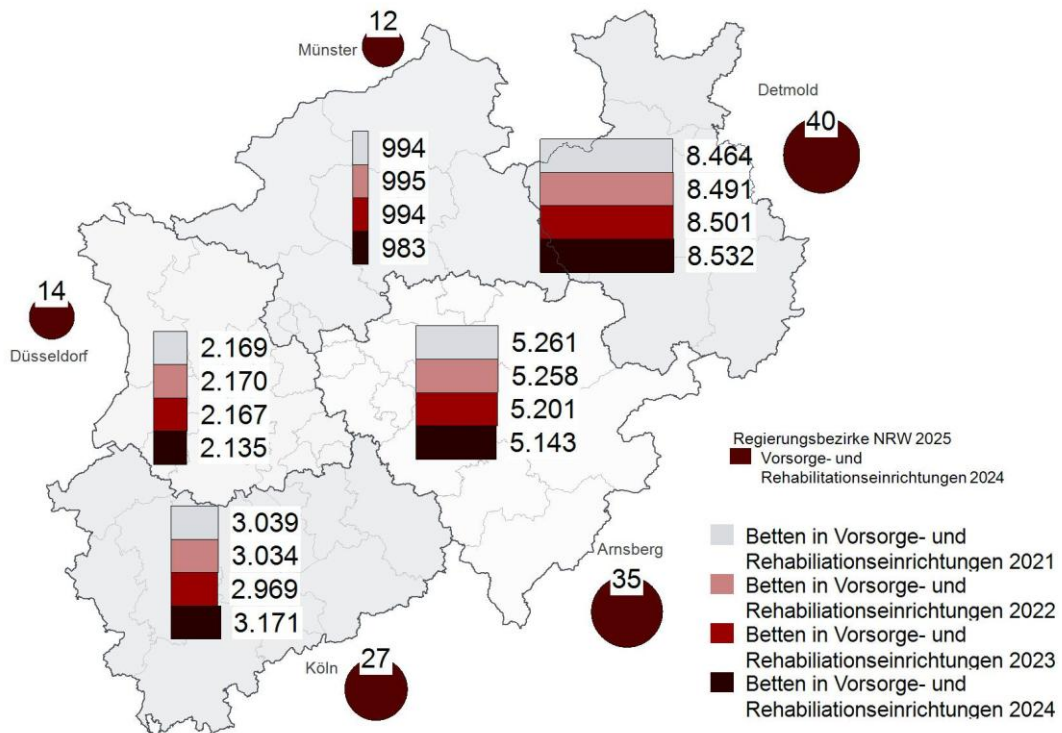


Abb. 32: Betten und Anzahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in NRW

Im Gegensatz zur Krankenhausstruktur sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen numerisch sowie auch bezogen auf die Kapazität stärker auch in den ländlichen Bereichen vertreten.

Die Gesamtentwicklung der Bettenanzahl kann als überwiegend stabil im kurzzeitigen Betrachtungszeitraum von 2021 bis 2024 beschrieben werden. Im Regierungsbezirk Köln sowie in Detmold erfolgte in absoluten Zahlen ein leichter Aufbau, der 1,5 bzw. 1,6 Prozent umfasst. In den Regierungsbezirken Münster, Amsberg sowie Düsseldorf ist hingegen ein leichter Rückgang gegenüber dem Ausgangswert von 2020 zu beobachten. Relativ entspricht dies in Münster einem Rückgang um 1,1 Prozent, in Amsberg um 2,9 Prozent und in Düsseldorf um 0,7 Prozent.

Da im Bereich der Rehabilitation stark ausdifferenzierte und spezialisierte Behandlungsgruppen (z.B. Geriatrie, Psychosomatik, Entwöhnungsbehandlungen, neurologische Re-

habilitation) versorgt werden, wird auf eine zusammenfassende Karte der Versorgungsdichte an dieser Stelle verzichtet.

5. REGIONALE FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERHEIT

Ein zentrales Anliegen der LbG ist es, die bestehenden Strukturen so aufzubereiten, dass daraus konkrete Konsequenzen abgeleitet und geeignete Maßnahmen entwickelt werden können. Hierfür bedarf es einer verdichteten und zusammenfassenden Analyse der Befunde. Ziel ist es, Indexwerte als Orientierungsmarken zu bestimmen, die aufzeigen, in welchen Regionen aktuell oder perspektivisch größere Herausforderungen bei der Sicherung der fachpflegerischen Versorgung bestehen und wo daher gezielte Aktivitäten mit Blick auf fachpflegerische Versorgungsangebote erforderlich sind. Der Indexwert dient als Instrument, um die unterschiedlichen Faktoren und Kennzahlen der Berichterstattung für eine regionale Einschätzung von Veränderungsoptionen nutzbar zu machen und gemeinsam mit den lokalen Akteuren der Pflegeversorgung geeignete Lösungsstrategien einzuleiten. Die Ergebnisse sind dabei in erster Linie als Impuls für die fachliche Diskussion zu verstehen und nicht als feste und unabänderliche Messwerte.

Die Analyseperspektive richtet sich auf die Sicherung der Versorgung der Bevölkerung aus fachpflegerischer Sicht sowie auf die Ausstattung der in den Regionen tätigen Versorgungseinrichtungen. Berücksichtigt werden insbesondere ambulante Dienste, teil- und vollstationäre Einrichtungen sowie Krankenhäuser, sodass ein sektorenübergreifender Blick ermöglicht wird. Rehabilitationskliniken sind im Modell nicht enthalten, da ihre Beschäftigungszahlen im Vergleich zu den übrigen Sektoren gering ausfallen. Verzerrungen sind daher nicht zu erwarten beziehungsweise nur in sehr geringem Umfang, und die Daten gelten für diesen Bereich gleichermaßen. Wichtig ist jedoch, die Ergebnisse nicht als sektorspezifische Analysen zu verstehen; direkte Rückschlüsse auf einzelne stationäre Einrichtungen oder Krankenhausstrukturen lassen sich daraus nicht ziehen. Im Vordergrund steht vielmehr die übergeordnete Frage, inwieweit die bestehenden Kapazitäten und Ressourcen der Ausbildung angesichts regionaler demografischer Entwicklungen zur Stabilisierung der Versorgungsstrukturen insgesamt genutzt werden können.

Unter fachpflegerischer Versorgung wird in diesem Zusammenhang im Folgenden ausschließlich die Versorgung durch Pflegende mit einer dreijährigen Qualifikation verstanden. Dazu zählen die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die Altenpflege sowie die Pflegefachfrauen, Pflegefachmänner beziehungsweise Pflegefachpersonen. Die Helferberufe sind in die Betrachtung nicht einbezogen, auch wenn dies aus inhaltlicher Perspektive aufgrund der Einführung des PeBeM in der stationären Altenpflege wünschenswert wäre. Dies hängt damit zusammen, dass für diesen Bereich die zur Indexbildung erforderlichen Datenbestände derzeit nicht in hinreichender Differenzierung/Qualität vorliegen.

5.1 Index fachpflegerischer Versorgungssicherheit: Methodik und Weiterentwicklung

Die fachpflegerische Versorgungssicherheit lässt sich nicht unmittelbar als messbarer Endpunkt bestimmen. Sie ist ein komplexes Konstrukt, das von zahlreichen Einflussfaktoren abhängt und sich weder durch eine einzelne Kennzahl noch durch ein statistisches Modell vollständig erfassen lässt. Entsprechend können derzeit keine Berechnungen vorgelegt werden, die den quantitativen Einfluss einzelner Indikatoren eindeutig belegen oder deren Wirkungen retrospektiv verlässlich nachvollziehen. Das hier entwickelte Indexmodell ist daher als normativer Ansatz zu verstehen, der in erster Linie beschreibende und vergleichende Aussagen ermöglicht. Es schafft eine strukturierte Grundlage, um regionale Unterschiede sichtbar zu machen und daraus Überlegungen für eine gezielte Steuerung der fachpflegerischen Versorgung abzuleiten.

Die Kernidee des Modells besteht darin, die im Bericht erhobenen Faktoren in einem Index zusammenzuführen, der die fachpflegerische *Versorgungssicherheit* in den Landkreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens vergleichbar macht. Mit Versorgungssicherheit ist die regionale Resilienz gemeint, mit den bestehenden, kreisgebundenen Ressourcen und den sich entwickelnden und zu erwartenden Versorgungsbedarfen regional problemlos zurechtzukommen. Durch die Indexbildung entsteht ein Werteraum, in dem jede Region verortet werden kann. Für das Land insgesamt wird ein Durchschnittswert berechnet, von dem die einzelnen Regionen nach oben oder unten abweichen können. Auf diese Weise lassen sich regionale Besonderheiten identifizieren, die entweder auf eine vergleichsweise stabile oder auf eine besonders herausfordernde Versorgungssituation hinweisen. Ein vom Mittelwert ausgehender höherer Wert weist auf eine ungünstigere Ausgangssituation für die Versorgung hin. Hingegen sind vom Mittelwert ausgehende niedrigere Werte ein Indikator für günstigere Ausgangslagen bezüglich der pflegerischen Versorgungssicherung.

Der im Folgenden besprochene Index wird nun seit rund fünf Jahren in verschiedenen Berichterstattungen genutzt. Die ursprünglich dargelegten leitenden Gedanken bestehen weiterhin. Im Rahmen der Berichterstattungen über die Pflegeberufe besteht der zentrale Anspruch, zu den vorliegenden Strukturen Aussagen treffen zu können, die als Diskussionsgrundlage dienen, um daraus konkrete Handlungsansätze und Konsequenzen abzuleiten. Der hier beschriebene Index wurde entwickelt, um die umfassenden und komplexen Analysen in einen verdichteten Wert zu überführen.

Dieser Index stellt einen Anhaltspunkt bzw. einen Marker dar, um zu beschreiben bzw. anzuzeigen, in welchen Regionen aktuell oder zukünftig vorrangig mit größeren Herausforderungen in der Sicherung der fachpflegerischen Versorgung zu rechnen sein könnte. Das Wissen über diese Verhältnisse ermöglicht die regionale Entwicklung gezielter Maßnahmen, um die fachpflegerische Versorgungssicherheit auch im Lichte ggf. ungünstiger

Kontextvariablen zu stabilisieren oder zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund sind der Index und dessen konkrete Werte als fachpflegerischer Indikator zu verstehen. Er berücksichtigt die im Rahmen der Berichterstattung üblicherweise thematisierten Einzelfaktoren und Kennzahlen – namentlich die demografische Entwicklung, das Verhältnis zwischen professionellen Pflegebedarfen und professionellen Pflegefachpersonen sowie die Ausbildungsaktivitäten – und soll als Diskussionsanstoß dienen.

Das Indexmodell stellt messmethodisch ein formatives und damit normativ entwickeltes Modell dar. Es dient allein der Beschreibung und stellt kein validiertes Messmodell dar. Daher ist es nicht statistisch überprüft, sondern beruht auf inhaltslogischen und empirisch beobachtbaren Zusammenhängen^{15 16}. In der ursprünglichen Version wurden die einzelnen Faktoren ohne Gewichtung in das Indexmodell einbezogen. Dies wurde auf diversen Konferenzen im Rahmen unterschiedlicher, landesspezifischer Berichterstattungen und Monitorings kritisch hinterfragt und ist der wesentliche Grund dafür, warum das Modell weiterentwickelt wurde.

Der Index beschreibt einen aktuellen Zustand der gegebenen Bedingungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung, der vor dem Hintergrund zu erwartender Bedarfslagen betrachtet wird. Er berücksichtigt die drei folgenden Relationen als notwendige Indikatoren. Dabei handelt es sich um das Verhältnis zwischen den Versorgungsbedarfen im Kreis und den dort wohnhaften sowie arbeitenden Pflegefachpersonen sowie um das Verhältnis zwischen den im Kreis arbeitenden Pflegefachpersonen und den neu aufgenommenen Auszubildenden. Der dritte Aspekt des Modells ist prognostisch ausgerichtet und berücksichtigt die Bevölkerungsentwicklung der für die Pflegebedürftigkeit besonders vulnerablen Altersgruppe der Menschen im Alter von 75 Jahren und älter. Entsprechend dient der Index dem Vergleich der Bedingungsfaktoren im Zeitverlauf innerhalb eines Bundeslandes bzw. dessen Landkreisen und kreisfreien Städten. Die nachfolgende Grafik bildet die Einzelfaktoren noch einmal ab:

¹⁵ Der eigentliche Gegenstand der Betrachtung, die fachpflegerische Versorgungssicherheit, kann nicht näher und gültig quantifiziert werden (Endpunkt). Daher lassen sich aktuell keine statistischen Modelle berechnen, die den Einflussgrad der jeweiligen Indikatoren auf den Endpunkt erlauben und überprüfbar aus der Vergangenheit darlegen können.

¹⁶ Grenzen der Aussagekraft ergeben sich u.a. daraus, dass die zu betrachtenden regionalen Räume die der Kreisgrenzen sind und ggf. zusammenfassende Regionsbeschreibungen zu anderen Ergebnissen führen, wenn z.B. der Landkreis Osnabrück mit der Stadt Osnabrück gemeinsam betrachtet würde. So stellt z.B. die geringe Aktivität der Ausbildung im Landkreis Osnabrück für den Index der Kreise einen relevanten Faktor dar. Erfolgt die Bildung jedoch primär in der Stadt Osnabrück ohne negative Auswirkung auf die Akquisition von Personal im Landkreis, so ist dies ein statistischer, aber kein in der Realität bedeutsamer Effekt. Diese und andere Unsicherheiten können in der Analyse nicht ausgeschlossen werden und bedürfen der Interpretation vor Ort.



Abb. 33: Faktorenmodell für den fachpflegerischen Versorgungsindex

Die visualisierten einzelnen Faktoren mit ihren Entwicklungsrichtungen werden in dem Modell als Herausforderungen für die fachpflegerische Versorgungssicherheit verstanden. Ein hoher zukünftiger Bedarf (auf Grundlage der Bevölkerungsprognose) sowie das Verhältnis zwischen der aktuellen Nachfrage nach fachpflegerischer Versorgung in den ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen und Krankenhäusern gegenüber den im Kreis wohnenden und arbeitenden Pflegefachpersonen können als bestehende Herausforderungen interpretiert werden. Auf Seiten der Pflegenden wirken sich eine geringe Zahl verfügbarer Fachkräfte im eigenen Landkreis oder in der eigenen kreisfreien Stadt sowie eine niedrige Ausbildungskapazität negativ auf die Stabilisierung der fachpflegerischen Versorgung aus. Mit der Erstellung und Anwendung des Index stellte sich über die Jahre heraus, dass die Bevölkerungsentwicklung sowie die Relation zwischen Pflegefachpersonen und neu aufgenommenen Auszubildenden einen überproportionalen Einfluss auf den Indexwert besitzen und daher überarbeitet werden sollten.

Der Indexwert selbst ist weiterhin nicht selbsterklärend. Ein Index ist kein Messinstrument, sondern dient allein der Darstellung und Einordnung standardisierter Größen (Bühner 2021). Die Erläuterung bzw. Beschreibung der einzelnen Indikatorwerte wird weiterhin notwendig sein, um die Ausprägung des Indexwertes als Gesamtkonstrukt nachvollziehbar zu machen.

Die Werte der einzelnen Indikatoren wurden bisher auf eine einheitliche Skala von 0 bis 50 überführt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um eine gemeinsame Zahlenbasis für alle

Faktoren zu nutzen. Es enthält allerdings methodische Schwächen, die das zweite Argument für die Weiterentwicklung darstellen.

Zum einen wird automatisch jenem Landkreis mit der höchsten Ausprägung eines Faktors der Wert 50 und damit der ungünstigste Wert zugeschrieben. Zum anderen werden die Dimensionen des Index direkt in die Skalenwerte transformiert und behalten dadurch ihre überproportionale Gewichtung. Um den beschriebenen Problemen zu begegnen, wurden die folgenden Maßnahmen bzw. Veränderungen an dem Indexmodell vorgenommen:

- Der **prognostische Indikator**, namentlich die Bevölkerungsentwicklung der Altersgruppe 75+ bis zu einem gewählten Jahr, wird nicht mehr isoliert betrachtet. Gerade große Städte haben in absoluten Werten häufig den höchsten Zuwachs an Menschen dieser Alterskohorte, weil sie Ballungszentren sind. Dies führt zu systematischen Verzerrungen. Die steigende Anzahl von Menschen höheren Lebensalters als isolierte absolute Zahl für die fachpflegerische Versorgungsbeurteilung wird der fachpflegerischen Versorgungsrealität nicht gerecht. Denn es sind überwiegend die An- und Zugehörigen in der Altersspanne von 30 bis 75 Jahren, die rund 80 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause rein informell pflegerisch versorgen¹⁷. Daher wird die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung der Altersgruppe 75+ in Relation zur prognostizierten Bevölkerungsentwicklung der Altersgruppe der 30- bis 75-Jährigen gestellt. Gerät diese Relation in ein ungünstiges Verhältnis, sodass die ältere Bevölkerungskohorte zunimmt, während die jüngere im gleichen Zeitraum abnimmt, steigt automatisch der Bedarf an professioneller Pflege, da das informelle Versorgungspotenzial schwindet oder nicht ausreichend wächst, um den steigenden Versorgungsbedarfen begegnen zu können. Einschränkend muss gesagt werden, dass natürlich nicht jede Person in der jüngeren Alterskohorte irgendeine pflegebedürftige Person in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt versorgen würde. Ebenfalls kann nicht berücksichtigt werden, welche weiteren Versorgungspotentiale durch technische und digitale Innovationen ggf. in der Zukunft den Pflegeaufwand positiv beeinflussen, so dass auch eine geringere Anzahl von professionellen Pflegefachpersonen für die fachpflegerische Versorgungsabdeckung ausreicht. Diese Dimension weist zwar das Verhältnis dieser Bevölkerungsentwicklungen aus, kann aber das tatsächliche Versorgungspotenzial letztlich nur rudimentär abbilden.

¹⁷ Inkludiert sind alle Personen mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit, die keine professionelle Pflege durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflege erhalten. Dies sind im Jahr 2023 von den 1.217.708 Pflegebedürftigen, die zuhause versorgt werden, 977.630 Pflegebedürftige, die zuhause ohne Einbezug professioneller Pflegepersonen (ambulante Pflegedienste etc.) versorgt werden. Diese Gruppe entspricht 80,3 Prozent aller Personen mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit in NRW.

- Die **Ausbildungsaktivität** wird in der Gewichtung um den Faktor 5 reduziert. Da die Versorgung von rund 80 Prozent aller Pflegebedürftigen von den An- und Zugehörigen informell geleistet wird, war die professionelle Pflegeausbildung in ihrer bisherigen Gewichtung überrepräsentiert.
- Die **Bedarfsrelation** zwischen der Summe der in der Region vorhandenen Krankenhausbetten sowie den Empfängerinnen und Empfängern professioneller Pflegeleistungen (ambulant oder stationär) bleibt unverändert und wird wie zuvor weiter genutzt.
- Die Skalierung erfolgt nicht mehr als direkte Transformation auf einer normativen Skala von 0 bis 50. Der weiterentwickelte Index übersetzt die Verhältniszahlen der drei Dimensionen in eine robuste z-Standardisierung, die nicht über den Mittelwert, sondern über den Median erfolgt. Der Median ist ein deutlich stabilerer Parameter als der Mittelwert, da letzterer empfindlich auf Extremwerte reagiert, insbesondere dann, wenn Verteilungen nicht normalverteilt vorliegen (Bortz und Schuster 2010). Die Werte der genannten Dimensionen wurden mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung geprüft und sind alle nicht normalverteilt. Der durch die z-standardisierten Dimensionswerte gebildete Indexwert kann negative Werte aufweisen, was für den Index unerwünscht ist. Daher werden die Werte des Index linear in den positiven Wertebereich verschoben, ohne dass dadurch die Abstände und damit die Skalierung verändert bzw. beeinträchtigt werden.

Aus den Veränderungen resultieren die folgenden Effekte für das Indexmodell:

- Der Index drückt sich insgesamt in deutlich niedrigeren Werten aus. Entsprechend sind auch kleine Veränderungen bedeutsam. Im Vergleich zum alten Index werden sich die Rangplätze in einigen Fällen verändern. Die neuen Rangplätze sind jedoch inhaltlich besser nachvollziehbar und damit aussagekräftiger als zuvor.
- Der Index ist nicht mehr gedeckelt, sondern nach oben hin offen und besitzt einen natürlichen Nullpunkt. Dadurch nimmt keine Region mehr aufgrund der Skalierung automatisch das „Schlusslicht“ in einer der drei Dimensionen ein, sondern allein aufgrund der Verhältnisse der Dimensionen zueinander.
- Die Abstände der einzelnen Werte sowie die Reichweite aller Werte sind deutlich geringer.
- Die Indexwerte sind wie früher **nicht direkt** mit Regionen außerhalb des eigenen Bundeslandes vergleichbar. Es ist jedoch möglich, den Index bundeslandübergreifend zu berechnen, wenn die Dimensionsdaten weiterer Regionen aufgenommen werden. Dies würde aber eine Veränderung aller Indexwerte der einbezogenen Kreise miteinbeziehen, wodurch kein Ranking auf Bundeslandebene stattfinden würde, sondern eine Rangordnung der Regionen insgesamt.

- Wie in der Ursprungsversion des Index sind auch in der Weiterentwicklung niedrige Werte ein Indikator für eine günstigere bzw. weniger belastete prospektive Ausgangslage der fachpflegerischen Versorgungssicherheit. Einfach ausgedrückt gilt weiterhin: „Je geringer, desto besser.“

Die nachfolgende Tabelle weist die Indexwerte des alten und die des neuen Index aus. Beide Reihen sind den Werten nach entsprechend in absteigender Reihenfolge sortiert. So lassen sich die Veränderungen in den Werten und vor allen Dingen in den Rangplätzen besser nachvollziehen

Indexwerte altes Vorgehen		Indexwerte neues Vorgehen	
Stadt- u. Landkreise	Indexwert	Stadt- u. Landkreise	Indexwert
LK Rhein-Sieg-Kreis	39,07	LK Höxter	1,93
LK Rhein-Erft-Kreis	38,04	LK Rhein-Erft-Kreis	1,90
LK Lippe	33,37	SK Bottrop	1,86
LK Höxter	32,76	LK Paderborn	1,78
LK Steinfurt	32,76	LK Coesfeld	1,74
LK Herford	30,80	LK Borken	1,71
SK Bottrop	30,75	LK Euskirchen	1,55
LK Wesel	29,71	LK Herford	1,47
LK Gütersloh	29,43	LK Steinfurt	1,39
SK Köln	29,39	LK Rhein-Sieg-Kreis	1,36
LK Coesfeld	29,12	LK Olpe	1,29
LK Ennepe-Ruhr-Kreis	29,05	LK Lippe	1,26
LK Borken	28,83	SK Gelsenkirchen	1,24
LK Unna	28,57	LK Gütersloh	1,14
LK Recklinghausen	28,27	LK Kleve	1,12
LK Kleve	27,53	LK Oberbergischer Kreis	1,08
LK Rheinisch-Bergischer Kreis	27,45	SK Oberhausen	0,98
LK Euskirchen	26,74	SK Solingen	0,97
LK Mettmann	26,66	LK Düren	0,95
LK Oberbergischer Kreis	26,49	LK Unna	0,91
LK Rhein-Kreis Neuss	25,32	SK Leverkusen	0,90
SK Solingen	25,10	LK Heinsberg	0,88
Städteregion Aachen	24,79	SK Mönchengladbach	0,87
LK Paderborn	24,69	LK Rheinisch-Bergischer Kreis	0,86
LK Viersen	24,20	LK Warendorf	0,83
SK Leverkusen	24,13	SK Münster	0,80
LK Warendorf	24,02	SK Hamm	0,76
LK Heinsberg	23,81	LK Ennepe-Ruhr-Kreis	0,76
LK Soest	23,77	SK Bonn	0,74
LK Minden-Lübbecke	23,13	SK Duisburg	0,65
LK Märkischer Kreis	23,02	LK Wesel	0,64
SK Mönchengladbach	22,60	SK Mülheim an der Ruhr	0,63
LK Düren	22,42	Städteregion Aachen	0,61
SK Düsseldorf	21,83	SK Krefeld	0,60
SK Dortmund	21,82	LK Soest	0,59
SK Essen	21,13	LK Siegen-Wittgenstein	0,56
LK Hochsauerlandkreis	21,12	SK Dortmund	0,55
SK Krefeld	21,06	SK Köln	0,50
SK Hamm	20,87	SK Remscheid	0,49
LK Olpe	20,79	LK Minden-Lübbecke	0,48
LK Siegen-Wittgenstein	20,79	SK Herne	0,45
SK Oberhausen	20,70	LK Hochsauerlandkreis	0,41
SK Mülheim an der Ruhr	20,65	LK Recklinghausen	0,41
SK Bonn	20,37	LK Märkischer Kreis	0,40
SK Duisburg	19,69	LK Viersen	0,39
SK Bochum	19,49	LK Mettmann	0,39
SK Wuppertal	19,20	LK Rhein-Kreis Neuss	0,28
SK Bielefeld	19,13	SK Düsseldorf	0,24
SK Gelsenkirchen	18,96	SK Bochum	0,24
SK Münster	17,97	SK Wuppertal	0,23
SK Hagen	16,98	SK Hagen	0,20
SK Remscheid	16,82	SK Bielefeld	0,06
SK Herne	15,33	SK Essen	0,00
Mittelwert	24,73	Mittelwert	0,85

Tabelle 5: Vergleich Indexwerte des alten und des neuen Gesamtindex

Als Erstes fällt auf, dass sich einige Rangplätze verändert haben. Der Unterschied zwischen dem urbanen und dem ländlichen Raum wird deutlicher und konsistenter. Die

Stadt Essen profitiert von der neuen Berechnung sehr stark, weil sie nun nicht mehr aufgrund der großen Bevölkerungszahl und damit einer deutlichen Zunahme der Menschen in der Altersgruppe 75+ „abgestraft“ wird, da sie zugleich ein hohes informelles Versorgungspotenzial der Menschen im Alter von 30 bis 75 Jahren besitzt bzw. sich diese Zahl weniger stark negativ entwickelt als in anderen Regionen und damit das Verhältnis zwischen diesen Alterskohorten weniger angespannt sein wird. Dies gilt ebenso für Düsseldorf sowie für die Städteregion Aachen und auch Köln. Jene Landkreise und kreisfreien Städte, die bereits in den alten Indexwerten die obersten und die niedrigsten Ränge einnahmen, sind weiterhin in diesen Bereichen angesiedelt und verändern sich nur in geringem Umfang. So verliert die Stadt Herne zwar ihren Spitzenplatz, gehört aber immer noch zu den besten 15 Regionen. Der Rhein-Sieg-Kreis bildet zwar nicht mehr das Schlusslicht, liegt jedoch auch im neuen Index auf Platz zehn weiterhin sehr nah daran. Dafür bildet nun der Landkreis Höxter das Schlusslicht; er befand sich allerdings bereits im alten Berechnungsverfahren auf dem viertletzten Rangplatz.

Der zweite auffallende Aspekt ist, dass die Betrachtung von einem Nullpunkt ausgeht und die Abstände zwischen den Rängen in Zahlen ausgedrückt deutlich geringer sind. Dies hängt mit der veränderten Skalierungslogik zusammen: Nicht mehr der ungünstigste Wert wird automatisch als Skalenende definiert, sondern der günstigste Wert markiert den Nullpunkt. Dadurch ist die Skala nach oben hin offen, und die Indexwerte werden insgesamt homogener.

Die Reduktion der Gewichtung des Ausbildungsverhältnisses sorgt ebenfalls für eine Homogenisierung der Skalenwerte, da die Abstände zwischen den Rängen dadurch verringert werden. Die Auswirkung des Ausbildungsverhältnisses ist weiterhin so stark, dass es einen angemessenen Einfluss besitzt. Zugleich bewirkt die geringere Gewichtung, dass kleinere Veränderungen sich nicht mehr überproportional auf den Index auswirken und zu sprunghaften Veränderungen auf der Skala führen. Die beobachtbaren Veränderungen in den Rangfolgen ergeben sich in erster Linie aus dem Verhältnis der Bevölkerungsentwicklungen der Altersklassen 75+ und 30 bis 75 Jahren.

Wesentlich ist es, die Aussagekraft des Index zutreffend einzuordnen. Er erlaubt keine Rückschlüsse auf einzelne Sektoren wie Krankenhäuser oder stationäre Einrichtungen, sondern bildet die Versorgungslage in ihrer Gesamtheit ab. Ebenso können kleinräumige Versorgungsnetzwerke oder regionale Kooperationsstrukturen nicht erfasst werden. Vielmehr bietet der Index eine aggregierte Perspektive, die sichtbar macht, wo besondere Herausforderungen erwartbar sein könnten und wo Steuerungsmaßnahmen ansetzen könnten. Zugleich ist er als Orientierungs- und Diskussionsinstrument zu verstehen, das Impulse für eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Versorgungssituation gibt. Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, dass der Index keine Aussage über die Qualität der Versorgung in einer Region zulässt, da bislang kein allgemeingültiges und belastbares

Messmodell für Pflege- beziehungsweise Versorgungsqualität existiert.

Die Analyse erfolgt auf Ebene der 53 Landkreise und kreisfreien Städte. Auf eine Zusammenfassung in größere Regionen wurde bewusst verzichtet, da eine solche Aggregation ohne spezifisches Raumordnungsmodell zu willkürlichen Verzerrungen führen würde. Die kleinräumige Betrachtung ermöglicht somit differenzierte regionale Aussagen, bringt jedoch methodische Grenzen mit sich. So können beispielsweise niedrige Ausbildungszahlen in einem Kreis rechnerisch zu einem hohen Indexwert führen, obwohl benachbarte Kreise mit hohen Ausbildungskapazitäten diese Situation faktisch abfedern. Ein Beispiel hierfür ist der Rhein-Sieg-Kreis, dessen Ausbildungszahlen für sich genommen niedrig erscheinen. Gleichzeitig profitiert die Region von der Nähe zur Stadt Bonn, in der zahlreiche Pflegeschulen angesiedelt sind. Viele Auszubildende absolvieren dort den schulischen Teil ihrer Ausbildung, während sie den praktischen Teil in Einrichtungen des Rhein-Sieg-Kreises durchlaufen und nach Abschluss häufig in der Region verbleiben. Solche Effekte kann der Index nicht vollständig abbilden, weshalb sie bei der Interpretation der Ergebnisse mitbedacht werden müssen.

Damit wird deutlich: Der Index ist ein Instrument, das Orientierung bietet und regionale Unterschiede in der Versorgungssituation sichtbar macht. Er markiert jene Kreise, in denen die Stabilität der fachpflegerischen Versorgung stärker gefährdet ist, und schafft eine Grundlage für politische wie auch fachliche Diskussionen. Zugleich ersetzt er nicht die vertiefte Analyse vor Ort, sondern muss stets im Kontext weiterer Informationen – insbesondere qualitativer Einschätzungen und regionaler Planungsprozesse – interpretiert werden.

5.2 Index fachpflegerischer Versorgungssicherheit: Ergebnisse

Auf Basis der Teilindizes werden im Folgenden die Ergebnisse der Indexmodellierung für das Jahr 2025 vorgestellt. Für alle Landkreise und kreisfreien Städte werden die jeweiligen Werte ausgewiesen. Im Landesdurchschnitt ergibt sich für Nordrhein-Westfalen ein Indexwert von 0,85. Die regionalen Indexwerte reichen von 0,00¹⁸ in der kreisfreien Stadt Essen bis 1,93 im Landkreis Höxter. Der Rheinisch-Bergische Kreis liegt mit seinem Wert von 0,86 fast exakt auf dem landesweiten Durchschnitt.

Aufgrund der neuen Modellierung des Index entspricht der Mittelwert nicht mehr automatisch dem Median, so dass die Landkreise und kreisfreien Städte nicht mehr zwei genau gleichgroße Gruppen von jeweils 26 Regionen ober- und unterhalb des Mittelwertes liegen. In der aktuellen Analyse liegen 24 Regionen oberhalb des Mittelwertes und zei-

¹⁸ Es ergibt sich kein absoluter Nullpunkt, daher ist der mathematisch korrekte Wert 0,000001. Dies hat für die Darstellung des Index keine inhaltliche Bewandnis, weshalb der Wert mit 0,00 angegeben wird. In Relation zu den anderen Regionen hat die kreisfreie Stadt Essen die günstigsten Dimensionswerte und erhält dadurch den Spitzenreiterplatz in dieser Auswertung.

gen damit in der Tendenz etwas ungünstigere Werte. Die nachfolgende Abbildung illustriert die Kreisebene des Landes und die den Regionen zugeordneten Indexwerte. Die Werte sind in ihrer Rangfolge farblich abgestuft. Je höher der Indexwert ausfällt, desto dunkler ist der eingesetzte Farbton.

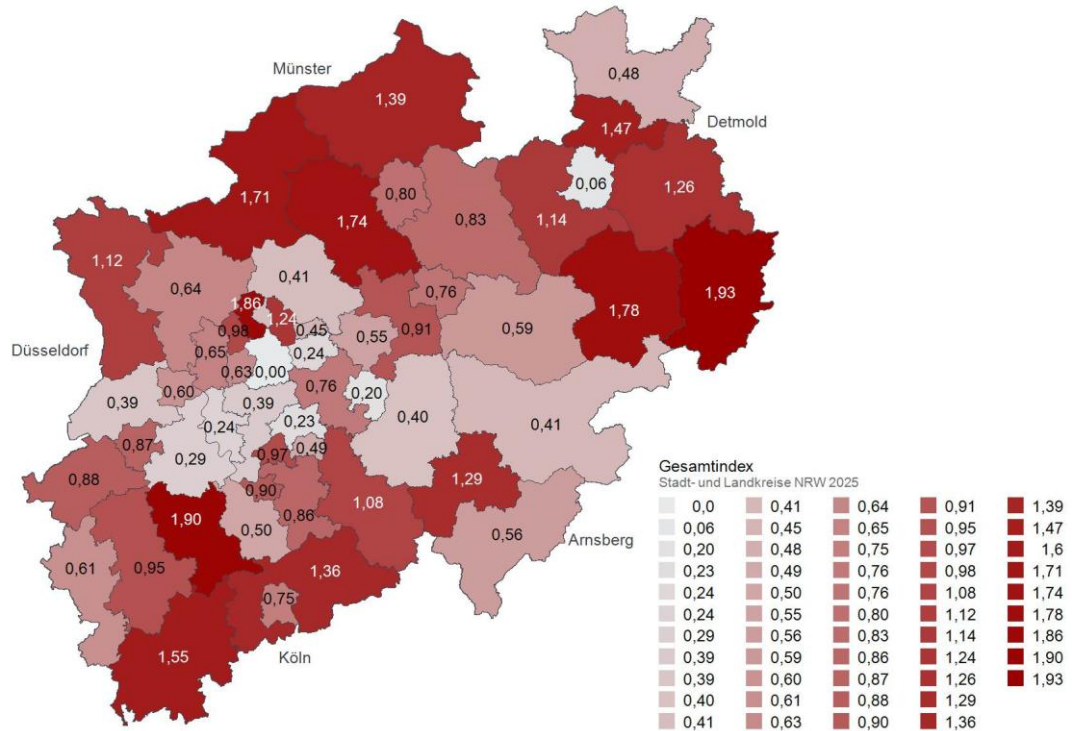


Abb. 34: Verteilung Gesamtindex der fachpflegerischen Versorgungssicherheit

Zur besseren Übersicht der Verteilung der Indexwerte werden im Folgenden zwei Abbildungen mit Top-Ten-Darstellungen präsentiert. In der ersten Abbildung werden die zehn Regionen ausgewiesen, deren Indexwerte am günstigsten ausfallen, weil sie niedriger sind als der landesweite Durchschnitt. Dabei handelt es sich überwiegend um kreisfreie Städte, deren fachpflegerische Versorgungsstrukturen auf eine vergleichsweise günstige Ausgangslage hinweisen. Die zweite Abbildung zeigt hingegen die zehn Landkreise und kreisfreien Städte mit den höchsten Werten, die nach oben hin vom Mittelwert abweichen. Diese Regionen sind durch Indexwerte und zugrunde liegende Dimensionen gekennzeichnet, die auf eine schwierige Ausgangslage bezüglich der eigenen regionalen Resilienz hinweisen, die fachpflegerische Versorgungssicherheit allein mit den eigenen Ressourcen problemlos gewährleisten zu können.

REGIONALE FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERHEIT

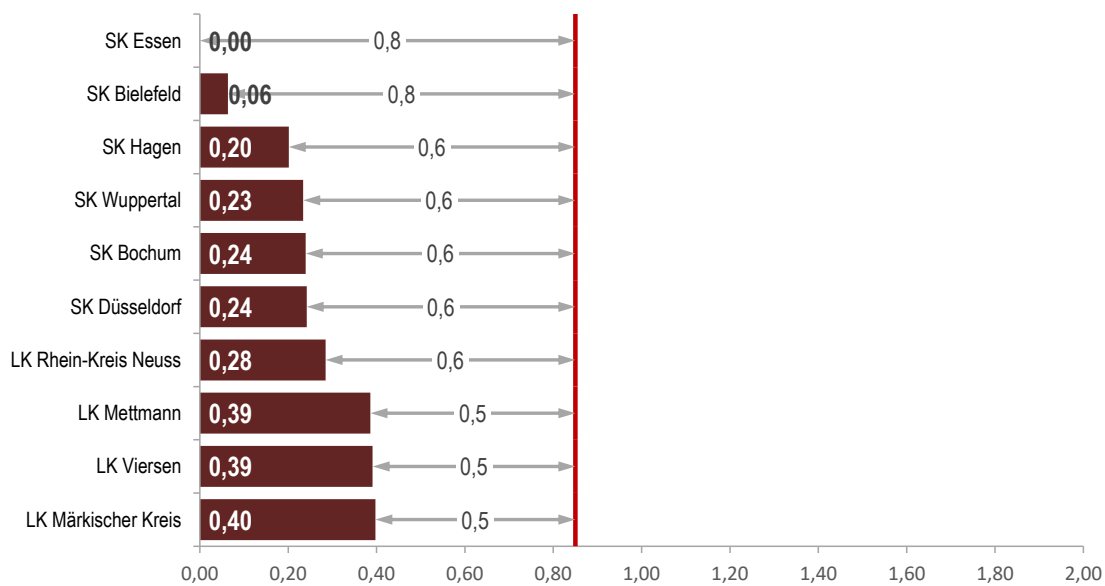


Abb. 35: Abweichungen vom Durchschnittswert Top Ten niedrige Indexwerte 2025

Aus der Grafik wird ersichtlich, dass die zehn Regionen mit den im Vergleich günstigsten Indexwerten überwiegend auf kreisfreie Städte entfallen, dennoch sind auch vier Landkreise vertreten. Auffällig ist dabei, dass es sich nicht allein um die großen Zentren des Landes wie Düsseldorf oder Essen handelt. Dieses Muster zeigte sich bereits in der Betrachtung des Index zur fachpflegerischen Versorgungssicherheit in der vorangegangenen LbG. Zwar weisen einzelne Landkreise – etwa der Hochsauerlandkreis oder Siegen-Wittgenstein – ebenfalls Werte unterhalb bzw. günstiger als im landesweiten Durchschnitt auf, insgesamt ist jedoch eine Tendenz erkennbar, dass Landkreise häufiger ungünstige Indexwerte aufweisen. Die zehn Regionen mit den ungünstigsten Werten sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

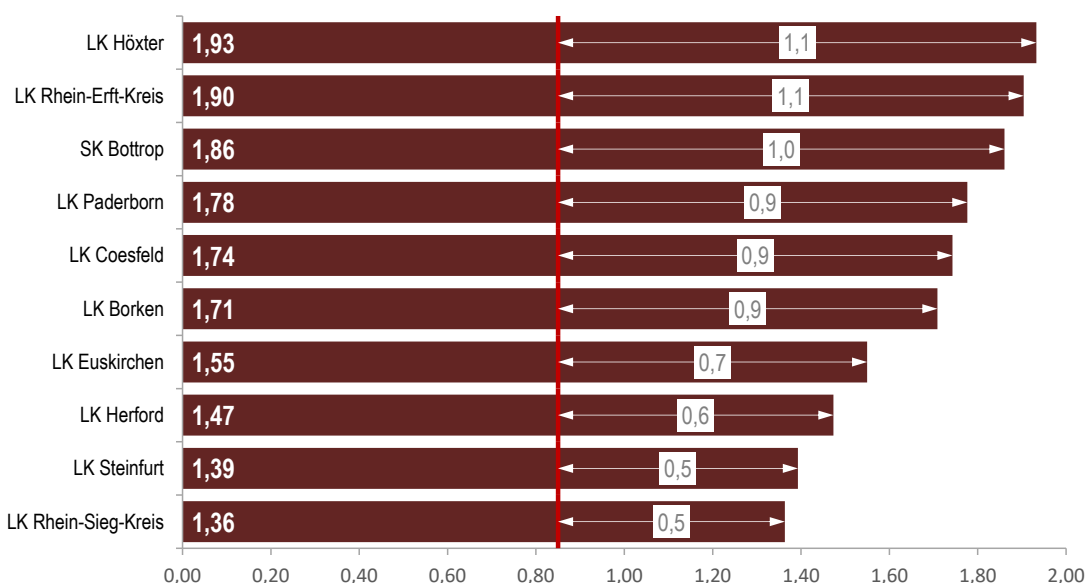


Abb. 36: Abweichungen vom Durchschnittswert Top Ten hohe Indexwerte 2025

Zur besseren Einordnung der Indexwerte ist eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Subdimensionen erforderlich. Exemplarisch wird dies am Beispiel des Landkreises mit dem ungünstigsten sowie der kreisfreien Stadt mit dem günstigsten Indexwert dargestellt.

Höxter weist von allen Landkreisen und kreisfreien Städten das ungünstigste Verhältnis zwischen den im Landkreis lebenden und arbeitenden Pflegefachpersonen in Relation zu den neu aufgenommenen Auszubildenden auf. Im Jahr 2023 haben insgesamt 42 Personen die Ausbildung nach PflBG neu aufgenommen. Auf eine Auszubildende bzw. einen Auszubildenden kommen 58,57 Pflegefachpersonen. Die Ausbildungsaktivität ist daher gemessen an den im Beruf tätigen und im Landkreis wohnenden Pflegefachpersonen gering. Der landesweite Durchschnitt der Ausbildungsaktivität liegt bei 23,71.

Auch die Bedarfsrelation fällt im Landkreis Höxter vergleichsweise ungünstig aus und rangiert mit einer Verhältniszahl von 2,26 auf Platz 13. Im Jahr 2023 wurden in Höxter 3.150 Pflegebedürftige ambulant und 1.479 vollstationär versorgt. Hinzu kamen 933 Krankenhausbetten, für die ebenfalls Pflegefachpersonen benötigt werden. Bezogen auf die Gesamtsumme von 5,562 Pflegebedürftigen und Krankenhausbetten standen 2.460 im Landkreis wohnhafte und dort tätige Pflegefachpersonen zur Verfügung. Daraus ergibt sich eine Bedarfsrelation von 2,26.

Bezüglich der demografischen Entwicklung sind die Werte im landesweiten Vergleich als durchschnittlich einzustufen. Zwischen 2023 und 2040 wird die Anzahl der Menschen in der Alterskohorte 75+ um 7.347 zunehmen. Zugleich wird die für die informelle Pflege wichtigste Bevölkerungsgruppe der 30 bis Unter-75-Jährigen um 65.774 Menschen ab-

nehmen. Liegt für das Jahr 2023 noch eine Relation von 8,6 Personen in der Alterskohorte 30 bis unter 75 zu einer Person in der Alterskohorte 75+, wird das Verhältnis 2040 voraussichtlich 3,1 zu 1 sein. Das Verhältnis sinkt zu Ungunsten der informellen Versorgung um 5,52. Der Wert ist nur etwas höher als der Landesdurchschnitt von 5,47.

Die Betrachtung der einzelnen Dimensionen verdeutlicht, dass im Landkreis Höxter insbesondere die geringe Ausbildungsaktivität den Indexwert negativ beeinflusst. Hinzu kommt eine im Vergleich zu anderen Landkreisen ungünstige Relation zwischen der Zahl der zu versorgenden Einheiten – bestehend aus Pflegebedürftigen und Krankenhausbetten – und den im Kreis wohnhaften und dort tätigen Pflegefachpersonen. Die demografische Entwicklung ist ebenfalls zu berücksichtigen, im Vergleich ist sie jedoch der noch am wenigsten kritische Faktor. Tatsächlich stellt sie für alle Regionen eine Zukunftsherausforderung dar, auf die zumindest kurzfristig kaum Einfluss genommen werden kann.

Im deutlichen Kontrast hierzu steht die kreisfreie Stadt Essen mit einem Gesamtindexwert von 0,00. Die Bevölkerung der in Bezug auf Pflegebedürftigkeit vulnerablen Alterskohorte 75+ wird dort bis 2040 um 11.776 Personen zunehmen. Hingegen ist von einem Rückgang der Alterskohorte der 30- bis Unter-75-Jährigen von 254.331 auszugehen. Damit sinkt die Relation zwischen der jüngeren und der vulnerablen Alterskohorte zwischen 2023 und 2040 von 8,98 zu 1 auf 4,22 zu 1, was zu einem Subindexwert von 4,75 führt, der zwar deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt; dennoch wird diese Entwicklung die Versorgung vor strukturelle Herausforderungen stellen.

Die Bedarfsrelation liegt in Essen mit 1,88 unterhalb des Landesdurchschnitts von 2,0. Besonders günstig stellt sich die Ausbildungsrelation dar: Hier liegt Essen mit einem Verhältniswert von 14,59 deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 23,71. Im Jahr 2023 kam auf knapp 15 aktive Pflegefachpersonen eine neue Auszubildende beziehungsweise ein neuer Auszubildender.

Damit wird deutlich, dass der günstige Wert des Gesamtindex der Stadt Essen im Wesentlichen durch die vergleichsweise moderate demografische Entwicklung sowie durch die besonders ausgeprägten Ausbildungsaktivitäten in der Pflege begründet ist.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Subindizes sowie der Gesamtindex für alle Landkreise und kreisfreien Städte ausgewiesen. Die Reihenfolge folgt der Bezirkssystematik des Landesamtes für Statistik IT.NRW.

REGIONALE FACHPFLEGERISCHE VERSORGUNGSSICHERHEIT

Stadt- oder Landkreis	Relation Be- völkerungs- entwicklung 2023 bis 2040	Relation Be- darf zu Be- stand	Relation Ausbil- dungsakti- vität	Index gesamt
SK Düsseldorf	4,50	2,18	18,87	0,24
SK Duisburg	4,91	2,38	14,34	0,65
SK Essen	4,75	1,88	14,59	0,00
SK Krefeld	4,91	2,23	19,58	0,60
SK Mönchengladbach	5,50	2,04	21,36	0,87
SK Mülheim a. d. Ruhr	4,28	2,89	9,09	0,63
SK Oberhausen	5,50	2,28	14,14	0,98
SK Remscheid	4,73	2,38	12,71	0,49
SK Solingen	5,31	1,71	48,46	0,97
SK Wuppertal	5,09	1,80	18,00	0,23
LK Kleve	6,12	1,66	31,22	1,12
LK Mettmann	4,33	2,53	13,82	0,39
LK Rhein-Kreis Neuss	5,01	1,89	18,20	0,28
LK Viersen	5,26	1,84	17,40	0,39
LK Wesel	5,13	2,21	14,72	0,64
SK Bonn	5,70	2,00	10,86	0,74
SK Köln	5,54	1,72	19,34	0,50
SK Leverkusen	4,70	2,44	29,42	0,90
Städteregion Aachen	6,08	1,51	16,53	0,61
LK Düren	6,04	1,83	17,43	0,95
LK Rhein-Erft-Kreis	5,18	2,69	46,93	1,90
LK Euskirchen	6,18	2,02	30,97	1,55
LK Heinsberg	6,08	1,76	16,57	0,88
LK Oberbergischer Kreis	5,78	1,79	33,97	1,08
LK Rhein.-Bergischer Kreis	4,56	2,69	20,23	0,86
LK Rhein-Sieg-Kreis	5,33	2,36	33,86	1,36
SK Bottrop	5,50	2,21	57,96	1,86
SK Gelsenkirchen	5,74	2,41	12,19	1,24
SK Münster	6,69	1,39	10,89	0,80
LK Borken	6,95	1,81	22,93	1,71
LK Coesfeld	6,36	2,06	31,91	1,74
LK Recklinghausen	5,40	1,86	12,25	0,41
LK Steinfurt	6,28	1,87	27,54	1,39
LK Warendorf	5,79	1,82	20,97	0,83
SK Bielefeld	5,22	1,57	17,43	0,06
LK Gütersloh	5,99	1,72	33,44	1,14
LK Herford	5,28	2,27	44,96	1,47
LK Höxter	5,52	2,26	58,57	1,93
LK Lippe	5,30	1,84	55,81	1,26

LK Minden-Lübbecke	5,62	1,56	23,65	0,48
LK Paderborn	7,37	1,63	21,15	1,78
SK Bochum	4,76	2,20	9,34	0,24
SK Dortmund	5,59	1,84	13,38	0,55
SK Hagen	4,91	1,98	13,73	0,20
SK Hamm	5,56	1,75	29,11	0,76
SK Herne	5,13	2,21	6,45	0,45
LK Ennepe-Ruhr-Kreis	4,55	2,27	36,54	0,76
LK Hochsauerlandkreis	5,56	1,61	19,87	0,41
LK Märkischer Kreis	5,39	1,71	19,92	0,40
LK Olpe	6,26	1,82	26,09	1,29
LK Siegen-Wittgenstein	5,62	1,67	21,62	0,56
LK Soest	5,74	1,63	20,86	0,59
LK Unna	5,22	2,19	25,33	0,91

Tabelle 6: Indexwerte der Landkreise und kreisfreien Städte (Einzelindizes) 2025

Die Bewertung der Indexwerte, ihre regionale Bedeutung und die daraus abzuleitenden Strategien können sinnvollerweise nur von den jeweiligen Akteuren vor Ort vorgenommen werden. Zahlreiche weitere Einflussfaktoren, die im Index nicht berücksichtigt werden können und regional sehr unterschiedlich ausgeprägt sind, spielen hierbei eine Rolle. Dazu zählen beispielsweise die Dichte an theoretischen und praktischen Ausbildungsstätten, die regionale Verkehrsanbindung oder der Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs. Die vorliegenden Indexwerte sind daher in erster Linie als Diskussionsgrundlage zu verstehen und sollten im Rahmen regionaler Austauschformate betrachtet und mit der Expertise der Akteure vor Ort abgeglichen werden. Der Index ist somit nicht als alleiniges Steuerungsinstrument anzusehen, sondern als Ergänzung zu qualitativen Einschätzungen und weiterführenden Analysen, die gemeinsam ein umfassendes Bild der fachpflegerischen Versorgungssituation in den Regionen zeichnen. Derlei Einschätzungen können beispielsweise in den Regionalkonferenzen, die im Rahmen der LbG durchgeführt werden, vorgebracht und gemeinsam mit der Wissenschaft, den Akteuren und der politischen Vertretung vor Ort diskutiert werden.

6 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Anzahl Personen über 75 Jahre regional 2023	20
Abb. 2: Prozentuale Entwicklung Anzahl Bevölkerung 75+ 2023 bis 2040.....	21
Abb. 3: Entwicklung Anzahl Personen in Altersklassen	23
Abb. 4: Anzahl Geburten nach Altersgruppen der Mütter in 2024	24
Abb. 5: Verhältnis zwischen der Anzahl Lebendgeburten und Frauen 15 bis unter 45 Jahren	25
Abb. 6: Anzahl Geburten (Lebendgeborene) in 2024	26
Abb. 7: Pflegestatistik 2023	27
Abb. 8: Verteilung Pflegebedürftiger nach Pflegegraden in Prozent	28
Abb. 9: Prävalenz für Pflegebedürftigkeit nach Alterskohorten 2017 bis 2023	29
Abb. 10: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit 2013 bis 2023	30
Abbildung 11: Zusammenhang zwischen der Altersgruppe 75+ und Pflegebedürftigkeit	32
Abb. 12: Entwicklung der Alterskohorte 75+ und Anzahl an Pflegebedürftigen von 2017 bis 2023.....	33
Abb. 13: Gegenüberstellung ältere Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit 2017 bis 2023	34
Abb. 14: Zunahme der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden in Prozent (2017 bis 2023)	35
Abb. 15: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz 2023	38
Abb. 16: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz regional 2025	39
Abb. 17: Prävalenzschätzung Menschen mit Demenz 2040	41
Abb. 18: Prognose der prozentualen Zunahme Menschen mit Demenz regional	43
Abb. 19: Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege und Standorte der vollstationären Versorgung.....	45
Abb. 20: Versorgungsdichte der verfügbaren Plätze für vollstationäre Dauerpflege 2025.....	46
Abb. 21: Anzahl der verfügbaren Bettplätze für vollstationäre Dauerpflege 2023	47
Abb. 22 Entwicklung der vollstationären Versorgungsplätze je 1.000 Personen über 75 Jahre	48
Abb. 23: Erreichbarkeitsanalyse der vollstationären Einrichtungen	49
Abb. 24: Versorgungsdichte der Einrichtungen der Tagespflege 2025	51
Abb. 25: Erreichbarkeitsanalyse Einrichtungen der Tagespflege 2025	52
Abb. 26: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege und Standorte der ambulanten Dienste	54
Abb. 27: Versorgungsdichte der ambulanten Pflegedienste 2025.....	55
Abb. 28: Anzahl ambulanter Pflegedienste 2023.....	56
Abb. 29: Erreichbarkeit der ambulanten Pflegedienste 2025 (inkl. amb. Wohngemeinschaften).....	57
Abb. 30: Betten und Anzahl der Krankenhäuser in NRW	59
Abb. 31: Versorgungsdichte der somatischen Krankenhäuser 2023.....	60
Abb. 32: Betten und Anzahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in NRW	61
Abb. 33: Faktorenmodell für den fachpflegerischen Versorgungsindex	66
Abb. 34: Verteilung Gesamtindex der fachpflegerischen Versorgungssicherheit	73
Abb. 35: Abweichungen vom Durchschnittswert Top Ten niedrige Indexwerte 2025	74
Abb. 36: Abweichungen vom Durchschnittswert Top Ten hohe Indexwerte 2025	75

7 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Top Ten prozentuale demografische Entwicklung Über-75-Jähriger bis 2040	22
Tabelle 2: Entwicklung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger 2017 bis 2023	31
Tabelle 3: Demenzprävalenz 2023 in NRW gesamt.....	37
Tabelle 4: Veränderungen in der Prävalenz von Menschen mit Demenz zwischen 2024 und 2040	42
Tabelle 5: Vergleich Indexwerte des alten und des neuen Gesamtindex	70
Tabelle 6: Indexwerte der Landkreise und kreisfreien Städte (Einzelindizes) 2025	78

8 LITERATURVERZEICHNIS

Blotenberg, Iris; Thyrian, Jochen René (2024): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt 1. Hg. v. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz. Berlin. Online verfügbar unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf, zuletzt geprüft am 09.09.2025.

Bortz, Jürgen; Schuster, Christof (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag (Springer-Lehrbuch).

Bühner, Markus (2021): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. München: Pearson.

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2015): Pflegestärkungsgesetz II: Eine erstaunlich großzügige Reform. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 5, S. 46–54.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Pflegestatistik. Pflegebedürftige nach Leistungsart und Geschlecht - Stichtag - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte ab 2013. Code 22411. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1756457259503&code=22411#abreadcrumb>, zuletzt geprüft am 29.08.2025.

Thyrian, Jochen René; Boekholt, Melanie; Hoffmann, Wolfgang; Leiz, Maren; Monsees, Jessica; Schmachtenberg, Tim et al. (2020): Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. In: *Der Nervenarzt*, S. 1058–1061. DOI: 10.1007/s00115-020-00923-y.

Tucman, Daniel (2024): Bayesianische Parameterschätzung. Über die Bedeutung für die Theorieentwicklung in der deutschen Pflegewissenschaft. Baden-Baden: Nomos (Statistik in Sozialer Arbeit, Pflege und den Humanwissenschaften, 6).

Herausgeber

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw

**Wissenschaftliche Beratung
und Ausführung** Dienstleistung, Innovation,
Pflegeforschung GmbH (DIP)

Umschlaggestaltung MAGS

Druck Hausdruck

Titelfoto © MAGS

© MAGS, Februar 2026

Diese Publikation kann bestellt oder
heruntergeladen werden:
www.mags.nrw/broschuerenservice



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw