

# Quartiersnahe Versorgung

Stand und Perspektiven aus Sicht der Wissenschaft

**BPA NRW – Fachtag Quartiersentwicklung –**

Rahmenbedingungen und Best-Practice Beispiele für eine neuausgerichtete, quartiersnahe Pflegeinfrastruktur in NRW

**Dortmund, 26.10.2012**

Dr. Kerstin Hämel

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

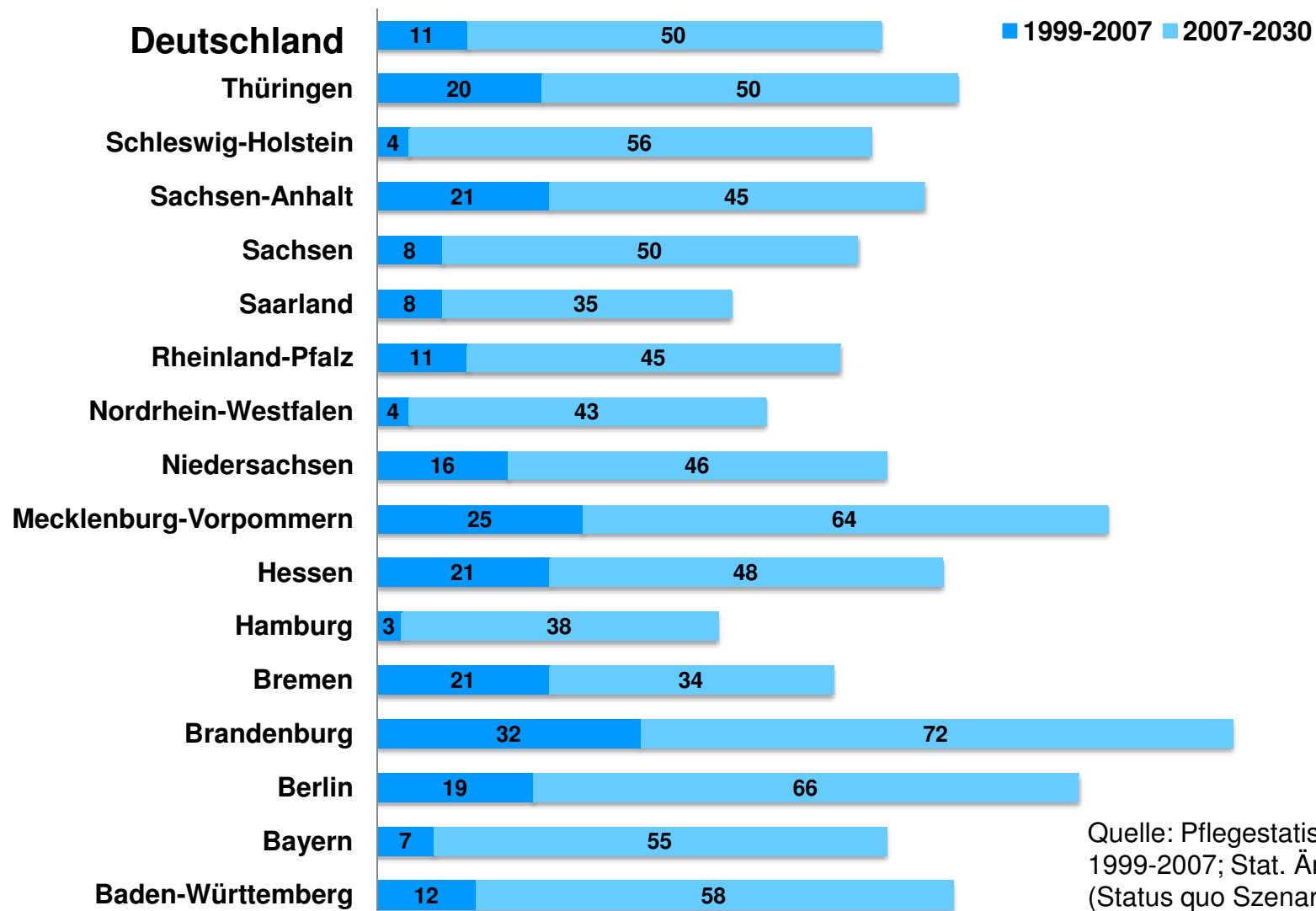


## Gliederung des Beitrags

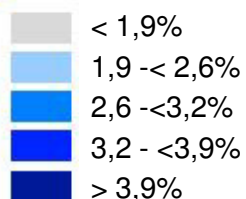
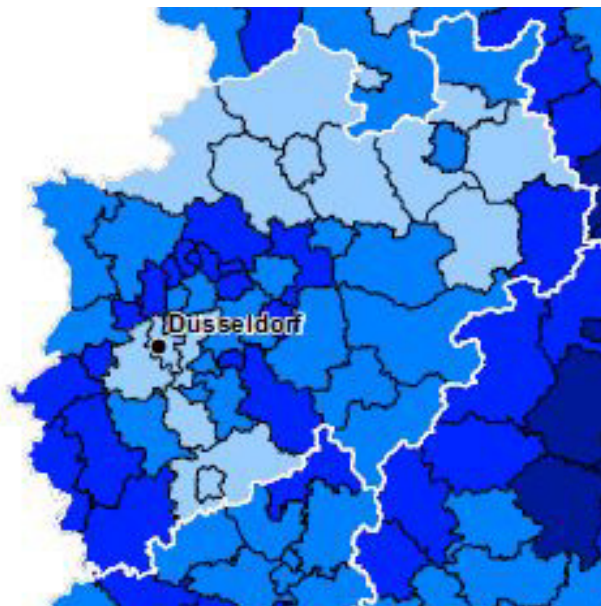
- I. **Hintergrund:** Regionale und kleinräumige Unterschiede der Bedarfsentwicklung und Versorgungsstrukturen.
- II. **Entwicklungsstand:** Quartiersnahe Versorgung
- III. **Herausforderungen und Impulse:** Entwicklung einer systematischen quartiersnahen Versorgung.
- IV. **Ausblick:** Was sind die nächsten Schritte?

- I. Hintergrund:**  
Regionale und kleinräumige Unterschiede der  
Bedarfsentwicklung und der Versorgungsstrukturen

## Zuwachsraten der Zahl Pflegebedürftiger in den Bundesländern, in %



## Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung in %, Kreise NRW 2009



Quelle: Stat. Ämter 2012

## Zuwachsrate Pflegebedürftige 2007-2030 NRW

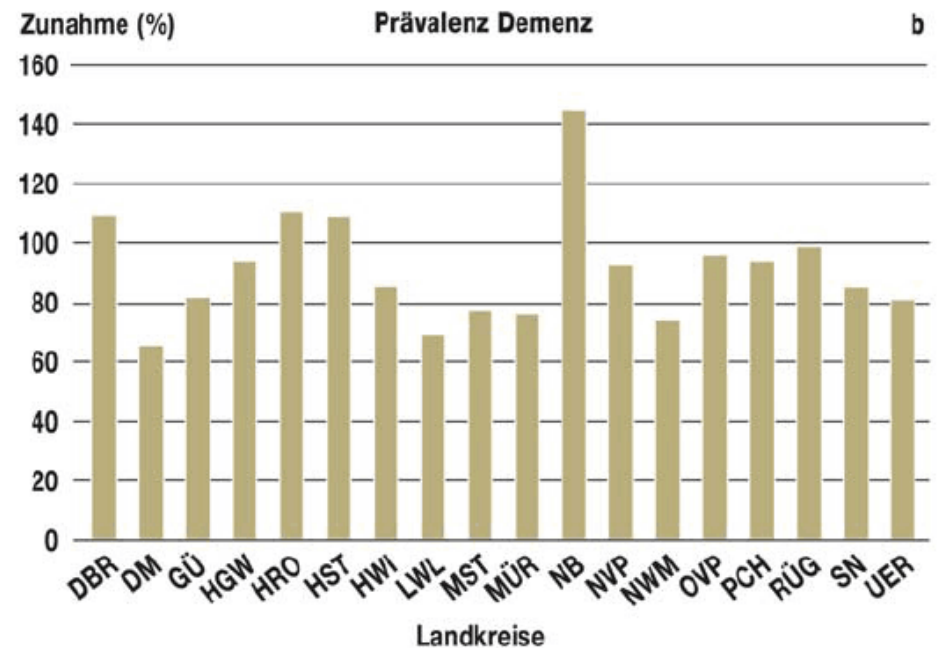
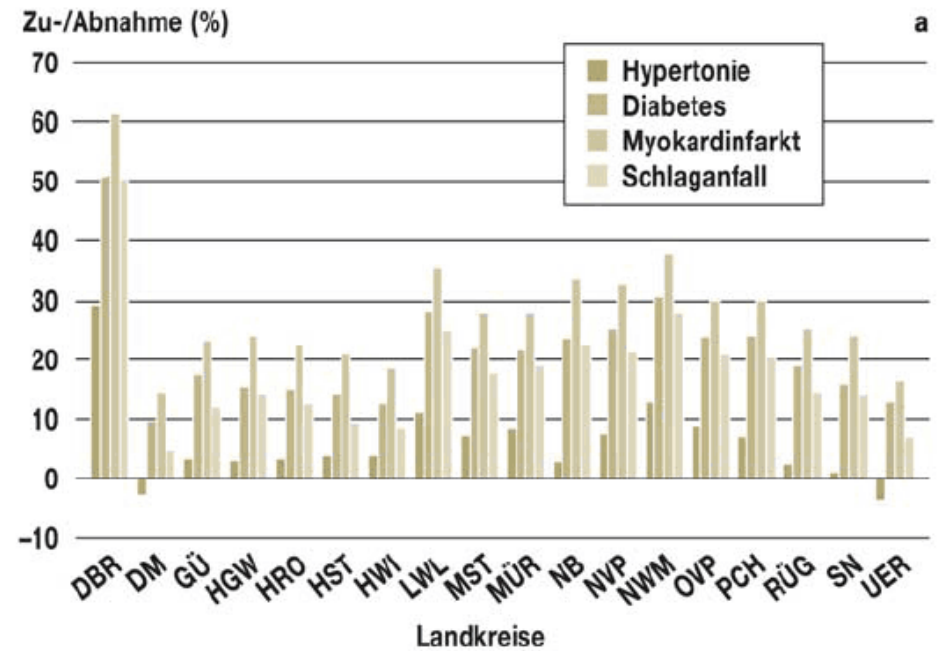
Verwaltungsbezirk	Veränderung 2007-2030
Hagen, krfr. Stadt	<b>12,4%</b>
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	13,7%
Bielefeld, krfr. Stadt	22,6%
Remscheid, krfr. Stadt	25,1%
...	...
Bonn, krfr. Stadt	43,0%
Kreis Recklinghausen	44,2%
Mönchengladbach, krfr. Stadt	44,7%
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>46,4%</b>
Kreis Aachen	49,2%
Oberbergischer Kreis	49,7%
Münster, krfr. Stadt	50,5%
...	...
Kreis Kleve	68,3%
Rhein-Sieg-Kreis	70,8%
Kreis Borken	73,4%
Kreis Coesfeld	<b>81,4%</b>

Quelle: Cicholas/Ströker 2010; eig. Berechn.

# Prognose der Fallzahlenentwicklung: chronische, altersassoziierte Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern, 2005-2020 in %

Veränderung der Fallzahlen von Erkrankungen (Prävalenz) 2005 bis 2020 in Prozent in den Landkreisen Mecklenburg-Vorpommerns\*, Hochrechnungen anhand der Bevölkerungsprognose des Rostocker Zentrums. a) Hypertonie, Diabetes, Myokardinfarkt, Schlaganfall, Altersbereich 25–84 Jahre, b) Demenz-Erkrankungen, Altersbereich ab 65 Jahre (\* Landkreise: DBR, Bad Doberan; DM, Demmin; LWL, Ludwigslust; MST, Mecklenburg-Strelitz; MÜR, Müritz; NVP, Nordvorpommern; NWM, Nordwestmecklenburg; OVP, Ostvorpommern; PCH, Parchim; RÜG, Rügen; UER, Uecker-Randow; GÜ, Güstrow; HGW, Hansestadt Greifswald; HRO, Hansestadt Rostock; HST, Hansestadt Stralsund; HWI, Hansestadt Wismar; NB, Neubrandenburg; SN, Schwerin)

Quelle: Siewert et al. 2010



## 1. Unterschiede der Bedarfsentwicklung

- zunehmende Unterschiede zw. *Zentral- und Peripherräumen*
- große Varianzen auf der *kleinräumigen* Ebene von Quartieren
- höhere Morbiditätslast in *benachteiligten* Regionen und Quartieren
- Individuelle Ressourcen zur Bewältigung (z.B. Mobilität, Einkommen etc.) v.a. bei älteren, gebrechlichen Menschen eingeschränkt

## 2. Unterschiede der Versorgungsstrukturen (I):

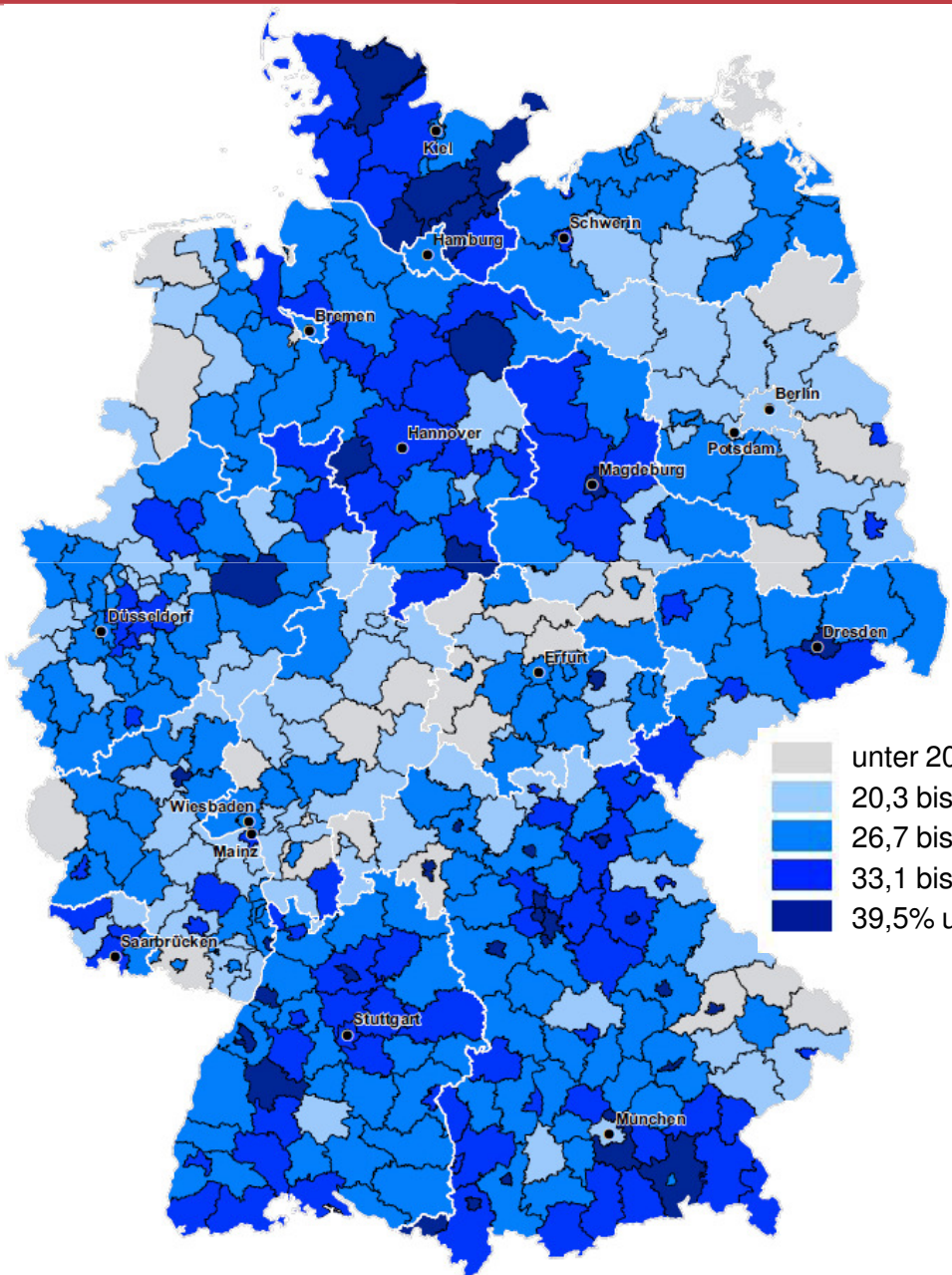
- **Zunehmend diskutiert in der ärztlichen Versorgung**  
regionale Gradienten der Ärztedichte: Nord-Ost/Süd-West,  
privilegiert-benachteiligt, zentral-peripher  
„Landärztemangel“: Versorgungsstrukturgesetz und Novellierung  
Bedarfsplanung

### **Inverse care law:**

“The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served” (Julian Tudor Hart 1971)

**...und im Bereich Hilfe und Pflege?**





# Anteil der vollstationären Dauerpflege an den Pflegebedürftigen

## Kreise Deutschland 2009, in %

- unter 20,3 %
- 20,3 bis unter 26,7 %
- 26,7 bis unter 33,1 %
- 33,1 bis unter 39,5 %
- 39,5% und mehr

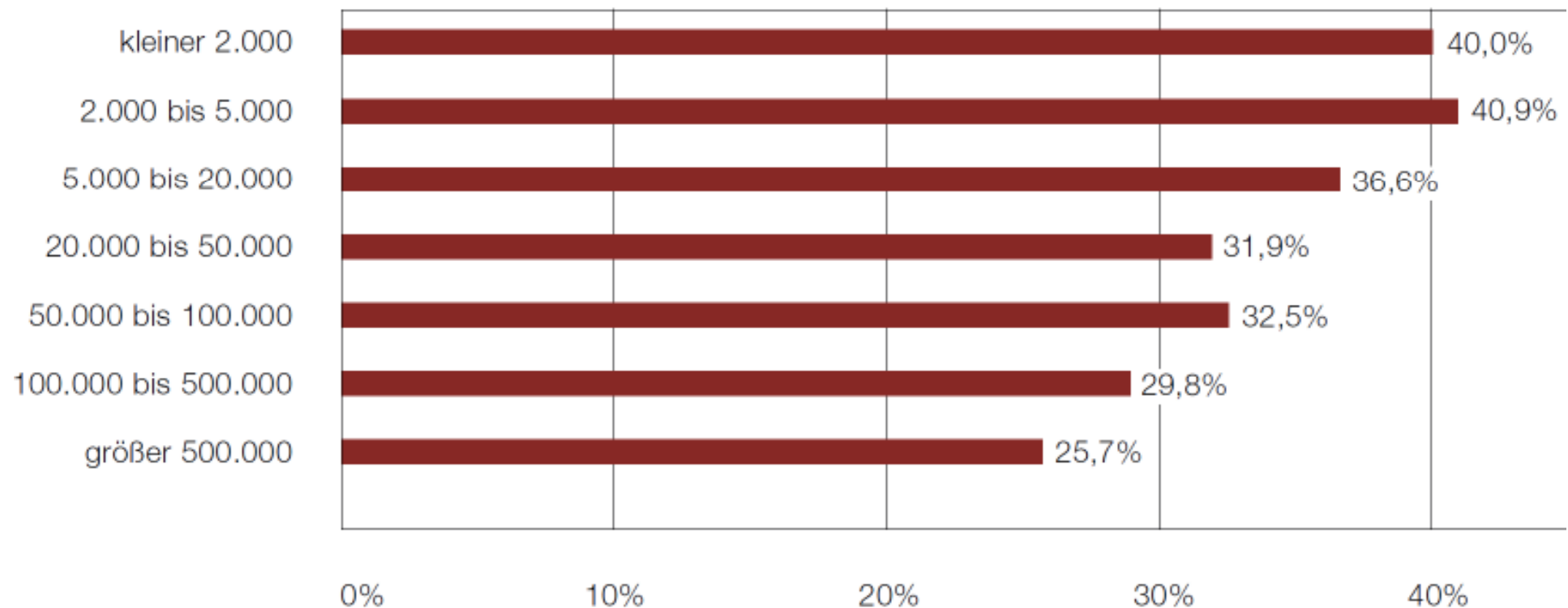
Quelle: Stat. Ämter 2012, S. 11

## 2. Unterschiede der Versorgungsstrukturen (II):

- **Kaum untersucht im Bereich Hilfe und Pflege**

Ausdifferenzierte Angebotsstrukturen scheinen eher in urbanen Regionen entwickelt und eher geprägt durch Schwerpunktsetzungen in der kommunalen Gesundheits- und Sozialpolitik als durch Bedarfsgesichtspunkte

## Bürgerschaftliches Engagement als Hoffnungsträger für den ländlichen Raum? – Engagement nach Gemeindegrößen



Quelle: Generali/Prognos 2009 – Studie: „Engagementatlas 2009“

## **II. Entwicklungsstand:** Quartiersnahe Versorgung

# 1. „Aging at Home“ „Home First“ „ambulant vor stationär“

- Seit den 1980er Jahren:  
leben so normal wie möglich = so lange wie möglich zu Hause,  
auch bei Hilfe- und Pflegebedarf
- verengter Fokus auf den Haushalt/das Haus/die Familie
- Programme jüngerer Zeit: z.B. „Age-friendly Cities (WHO);  
Demenzfreundliche Kommune (Aktion Demenz e.V.)
- Internationale Forschung: wachsende Anerkennung der Bedeutung  
des Wohnorts/Quartiers/der Nachbarschaft für Gesundheit und  
Wohlbefinden im Alter

## 2. Zur Wirkung von Nachbarschaft (I): Psychisches Wohlbefinden und Nachbarschaft

Hertfordshire Kohortenstudie, GB  
n= 1.157, 69-78 Jahre

*“...People who felt a stronger **sense of cohesion** within their neighbourhood and reported fewer **neighbourhood problems** had higher levels of **mental wellbeing**, independently of social class, income, presence of limiting illness or disability, mobility problems, and perceived social support”*

(Gale et al. 2011)

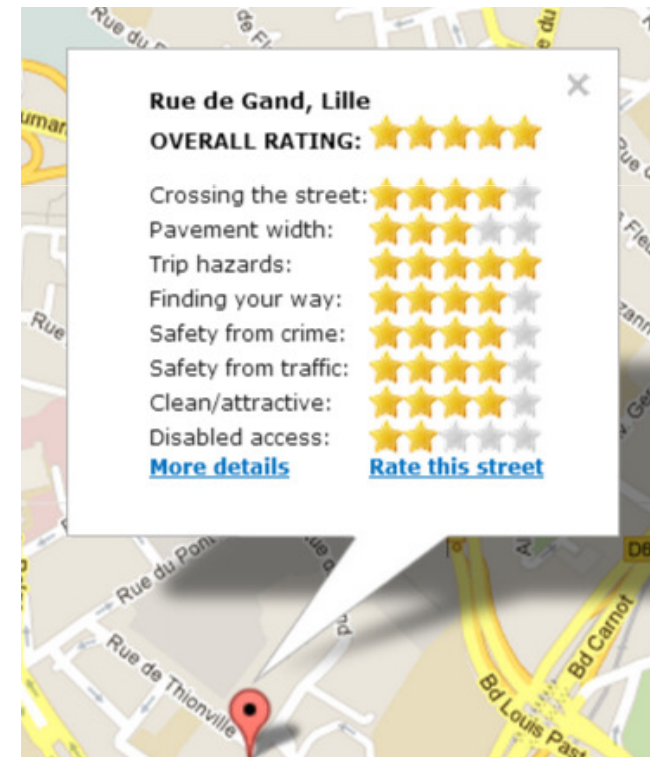


## 2. Zur Wirkung von Nachbarschaft (II): Mobilitätseinschränkungen und Nachbarschaft

Senior Neighborhood Quality of Life Study,  
U.S., zwei Metropolregionen,  
n=719, 66+ Jahre

*“The most mobility-impaired adults living in **more walkable neighborhoods** reported transport activity levels that were similar to less mobility-impaired adults living in less walkable neighborhoods.”*

(King et al. 2011)



Quelle: <http://www.ratemystreet.co.uk/>

## 2. Zur Wirkung von Nachbarschaft (III): Pflegebedürftigkeit und sozialräumliche Ressourcen

Forschungsprojekt “NEIGHBOURHOOD”  
drei benachteiligte Quartiere, n = 66 Hilfe- bzw. Pflegebedürftige &  
70 Sozialraumakteure

*„Für die Chancen auf den Erhalt von Autonomie und Lebensqualität [...] kommt es daher nicht nur auf die Existenz von Angeboten an, sondern auch auf **die Kommunikation und Kooperation** der Akteure sowie auf deren Offenheit und Zugänglichkeit für die verschiedenen pflegebedürftigen Menschen.“*

(Heusinger et al. 2012)



### 3. Quartiersprojekte in NRW – eine Bestandsaufnahme

- Kooperationsprojekt FFG Dortmund und IPW Bielefeld
- Synoptische Übersicht über Quartiersprojekte und Unterstützungsansätze zur Quartiersentwicklung mit Bezug auf die Themen „Alter“ bzw. „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“ in NRW
- Keine vollst. Übersicht, sondern Spektrum erfassen
- Literatur-, Internet- und Dokumentenrecherche, ferner: Kurzinterviews mit Expert/innen und E-Mail-Befragung Landesseniorenvertretung NRW
- 49 Quartiersprojekte, 28 Unterstützungsansätze
- Abgrenzungskriterium: Angebote speziell für ein Quartier oder die Öffnungs- und Vernetzungsprozesse innerhalb von Quartieren

### **3. Quartiersprojekte in NRW – ein breites Feld**

- Aufbau von Netzwerken
- Stärkung der Nachbarschaftshilfe
- Förderung der Versorgungssicherheit für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Entwicklung von Planungsgrundlagen und –prozessen zur Quartiersgestaltung
- Aufbau von Dienstleistungs- und Kommunikationszentren

### 3. Quartiersprojekte in NRW – wer ist beteiligt?

- Sehr heterogener Entwicklungsstand in den einzelnen Kommunen
- Vitale Projektlandschaft eher in Mittel- und Großstädten, weniger in kleinen Städten und Gemeinden
- Hohe Bedeutung der Kommunen für Initiierung und Umsetzung: 42 Projekte kommunale (Mit-)Trägerschaft bzw. kommunale Beteiligung
- Breites Spektrum von gemeinnützigen Vereinen und Verbänden
- Dynamisch v.a.: Wohnungswirtschaft, doch sind privat-gewerbliche Unternehmen nur selten als Initiatoren und Träger beteiligt.

### 3. Quartiersprojekte in NRW – Chancen und Grenzen

- Fundus an – heterogenen – Projekten:  
Erfahrungen und Erkenntnisse sind bislang noch nicht hinreichend aufbereitet und allgemein zugänglich.
- Quartiersfokus, aber weniger Quartiersentwicklung:  
Quartiere dienen als Bezugsebene, aber nur wenige Projekte gehen direkt vom Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen in einem Quartier aus.

### **III. Herausforderungen und Impulse:** Elemente einer systematischen quartiersnahen Versorgung

# 1. Entwicklung von Instrumenten für ein Monitoring der kleinräumigen Bedarfs- und Versorgungssituation

- Voraussetzung für eine bedarfsgerechte quartiersnahe Versorgungsgestaltung: **populations- und community-orientiertes Bedarfsassessment**
- Analyse des Bedarfs an sozialer, pflegerischer und gesundheitlicher Unterstützung in einer Gemeinde bzw. einem Quartier als Ausgangspunkt (Vermeidung sozialrechtlicher und sektoraler Logiken)

## Community (Health) Needs Assessments in der Praxis

- v.a. im nordamerikanischen Raum weit verbreitet
- versch. Modelle sind ausdifferenziert
- Fokus auf Personen, Strukturen, Prozesse
- Datengestützt + Community-as-a-partner (Running et al. 2007)
- Einbindung von „Laien“ und Sichtweisen der Betroffenen werden als wichtige Voraussetzung gesehen
- Grundlage für die strategische Planung/Prioritätensetzung, Voraussetzung für Programmressourcen, Information für Leistungserbringer

## 2. Modellentwicklung und –erprobung

### Beispiel: Community Health Centres (Kanada)

- Reichweite: über 2 Mio. Bürger in Kanada (34,3 Mio.)
- Angebote der Primärversorgung, Beratung, Gesundheitsförderung und community development unter einem Dach
- *“a better start for children, fewer avoidable hospital visits, better prevention and management of mental illness and complex chronic disease, and improved chances for seniors to age at home”*
- Team-basierte Versorgungsansätze, multiprofessionelle Ausrichtung
- Starker Fokus auf sozial-ökonomische Determinanten von Gesundheit, Zusammenarbeit mit Schulen, Kommune etc.
- Evaluation: v.a. effektiv in der Versorgung chronisch Kranker und vulnerabler Bevölkerungsgruppen



### 3. Entwicklung von Gestaltungskompetenz in einer gemischten Wohlfahrtsproduktion

- Entwurf eines lokalen Kooperations- und Öffentlichkeitsrahmens (Kommune als Community)
- ...erfordert hybride Strukturen mit denen sektorale Grenzen überwunden werden



## **IV. Ausblick:** Was sind die nächsten Schritte?

- Regional differenzierte, quartiersnahe Versorgungsgestaltung auch wissenschaftlich eine anspruchsvolle Aufgabe
- Kurzfristig benötigt wird ein Ausbau der Wissens- und Datenbasis zu den vorhandenen Strukturen, mittel- und langfristig Konzepte für ihre Weiterentwicklung
- Quartiersnahe Versorgungsgestaltung erfordert: kreative Ansätze, die eine Beteiligung von „Experten“ und „Bürgern“ nicht als Störfaktoren professioneller Versorgungsgestaltung betrachten, sondern ihre unterschiedlichen Beiträge und Perspektiven zu integrieren vermögen

**Dr. Kerstin Hämel**

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld, IPW  
Universitätsstr. 25  
33615 Bielefeld  
[kerstin.haemel@uni-bielefeld.de](mailto:kerstin.haemel@uni-bielefeld.de)

