



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Institut für Pflegewissenschaft · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/1982

A01

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Dr. Klaus Wingenfeld

Telefon (0521) 106 - 6880

Durchwahl (0521) 106 - 2583

Telefax (0521) 106 - 6437

E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

Internet: www.uni-bielefeld.de/IPW

Bielefeld, 20.08.14

Schriftliche Stellungnahme

Hearing des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags zum Bestand und zur Bedarfseinschätzung pflegerischer Versorgungsstrukturen in NRW am 29. 8. 2014

Entwicklungstrends auf der Grundlage des SVR Gutachtens „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“

1. Entwicklung von Pflegebedürftigkeit und der pflegerischen Versorgung

1.1 Entwicklung von Pflegebedürftigkeit

Seit Einführung der Pflegestatistik ist in Deutschland eine stetige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten. Sie erhöhte sich seit 1999 um 24% auf 2,5 Millionen Personen im Jahr 2011. Diese Veränderungen verliefen regional unterschiedlich. Hohe Steigerungsraten zeigen sich beispielsweise in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen. In Nordrhein-Westfalen belief sich der Anstieg auf 17,6%, bewegte sich also deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Dabei beeinflussen Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung die jeweilige regionale Pflegequote erheblich. Je höher der Anteil der höheren Altersgruppen, umso höher fällt in der Regel auch der Anteil Pflegebedürftiger aus.

Die skizzierten regionalen Unterschiede werden sich Prognosen zufolge bei der zukünftigen Entwicklung von Pflegebedürftigkeit fortsetzen. Die mit der demografischen Entwicklung verbundenen Herausforderungen werden sich demnach in manchen Bundesländern und dort in manchen Regionen ungleich stärker erhöhen als im Bundestrend.

Innerhalb des hier betrachteten Zeitraums (1999 bis 2011) verlief der Anstieg der Nutzer der verschiedenen Versorgungsarten in Deutschland nicht gleichmäßig. In der vollstationären Langzeitpflege belief

sich die Zunahme auf 30,5% (NRW: 20,2%). Die Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen erhöhte sich um ca. 22% (NRW: 30,2%), wobei hier ein Trend zur verstärkten Nutzung ambulanter Pflegedienste – bei weiterhin hoher Bedeutung der Pflege durch Angehörige – zu beobachten ist.

1.2 Entwicklung und Inanspruchnahme ambulanter Pflege

Die Pflegestatistik weist für das Jahr 2011 eine Zahl von rund 12.300 ambulanten Pflegediensten aus, was einem Zuwachs von 14,1% gegenüber dem Jahr 1999 entspricht. Die Veränderung der Anzahl der Dienste schwankt je nach Bundesland zwischen -24% (Saarland) und 69 % (Berlin). In Nordrhein-Westfalen stieg die Zahl der Dienste um 4,7%.

Die Gesamtzahl der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen zeigt höhere Zuwachsraten als die Zahl der Dienste. Die durchschnittliche Größe der Dienste hat also zugenommen.

Im Vergleich zu 1999 gab es 2011 in der ambulanten Pflege 38,8% mehr Patienten. Um die Inanspruchnahme in den Bundesländern vergleichen und damit näher einschätzen zu können, müssen standardisierte Kennzahlen verwendet werden. Denn die Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung beeinflussen die jeweilige regionale Pflegequote und damit auch die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erheblich. Je größer der Anteil der höheren Altersgruppen, umso höher fällt in der Regel auch die Pflegequote (Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung) und die Zahl der Nutzer von Einrichtungen/Diensten aus. Im Folgenden wird die Anzahl der Pflegebedürftigen (bzw. Leistungsnutzer) in Beziehung zur Bevölkerung im Alter ab 75 Jahren gesetzt (Anzahl pflegebedürftiger Menschen je 100 Personen im Alter ab 75 Jahren)¹.

Am häufigsten wurden ambulante Pflegedienste im Jahr 2011 in Brandenburg (11,3 Personen je 100 Personen im Alter ab 75 Jahren) und in Mecklenburg-Vorpommern (10,5) genutzt. Eher selten wird ambulante Pflege hingegen in den Ländern Baden-Württemberg (5,8), Rheinland-Pfalz (ebenfalls 5,8) und Schleswig-Holstein (5,9) in Anspruch genommen.

Der prozentual höchste *Zuwachs* seit 1999 ist in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (Steigerung der Patientenzahlen um 91,7%) und Brandenburg (Steigerung um 80,6%) zu beobachten. Im Bundesdurchschnitt blieb die Relation zwischen Pflegebedürftigen und der Altenbevölkerung ab 75 Jahren weitgehend konstant (1999: 7,2 – 2011: 7,3 Pflegebedürftige je 100 Personen im Alter ab 75 Jahren). In Nordrhein-Westfalen wurden 7,1 Pflegebedürftige je 100 Personen im Alter ab 75 Jahren von ambulanten Diensten versorgt. 1999 waren es 7,4. Die Quote ist zwischen 1999 und 2011 also leicht gesunken (-4% bzw. -0,3 Pflegebedürftige je 100 Personen im Alter ab 75 Jahren).

Betrachtet man die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in Relation zur Altenbevölkerung, lässt sich also feststellen, dass es „altersbereinigt“ zu keiner gravierenden Veränderung der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste gekommen ist. Die absoluten Zahlen sind zwar erheblich gestiegen, doch ist dieser Anstieg offenbar vor allem durch die höhere Zahl alter Menschen und nicht durch ein verändertes Nutzungsverhalten zu erklären.

1.2 Vollstationäre Langzeitpflege

In der stationären Langzeitpflege ist in den letzten Jahren ebenfalls eine stetige Zunahme der Leistungsnutzer zu beobachten. Im Jahr 2011 gab es insgesamt 723.000 vollstationär versorgte Pflegebe-

¹ Bei Analysen können auch andere Verhältniszahlen verwendet werden, beispielsweise die Pflegequoten je Altersgruppe. Dies führt zu etwas anderen Werten, aber zu keinem anderen Gesamtergebnis.

dürftige in Deutschland. Gegenüber dem Jahr 1999 ist die Zahl somit um 169.000 bzw. 30,5% gestiegen. In Nordrhein-Westfalen lag der Anstieg erheblich unter dem Bundesdurchschnitt bei 20,2%. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Werte für alle Bundesländer.

	Anzahl Bewohner		
	1999	2011	Anstieg (%)
Baden-Württemberg	63.280	85.492	35,1
Bayern	80.138	101.791	27,0
Berlin	22.620	26.669	17,9
Brandenburg	14.933	21.783	45,9
Bremen	4.411	5.961	35,1
Hamburg	13.170	14.511	10,2
Hessen	36.153	46.964	29,9
Meckl.-Vorpommern	12.693	17.939	41,3
Niedersachsen	59.775	82.666	38,3
Nordrhein-Westfalen	128.128	153.972	20,2
Rheinland-Pfalz	24.574	31.278	27,3
Saarland	7.267	9.747	34,1
Sachsen	29.450	44.874	52,4
Sachsen-Anhalt	17.058	26.231	53,8
Schleswig-Holstein	26.949	31.715	17,7
Thüringen	13.618	21.858	60,5
Deutschland	554.217	723.451	30,5

Quelle: Statistisches Bundesamt – Pflegestatistik
(verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen)

Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen, dass es sich um Ergebnisse einer Stichtagserhebung handelt. Diejenigen Pflegebedürftigen, die im Verlauf eines Jahres in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen und vor der nächsten Stichtagserhebung versterben, werden in der Statistik nicht erfasst. Die Zahl dieser Heimbewohner lässt sich nicht genau angeben, ist aber nach den vorliegenden Informationen in den letzten Jahren erheblich gestiegen.

Die Zahl der Pflegeplätze wuchs von 1999 bis 2011 um 33,7% auf 830.800. Etwa seit 2003 übertrifft die Kapazitätserweiterung die Zunahme der Bewohnerzahlen, wobei auch hier zu berücksichtigen ist, dass die Statistik die Bewohnerfluktuation außer Betracht lässt.

Auf 100 Personen in der Bevölkerung im Alter ab 75 Jahren entfielen 1999 im Durchschnitt 9,7 Heimbewohner. Im Bundesdurchschnitt nahm diese Zahl zwischen 1999 und 2011 auf 9,2 leicht ab. „Altersbereinigt“ ist somit eine leicht abnehmende Tendenz der Heimnutzung zu beobachten. Allerdings zeigen sich in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Entwicklungen. So stieg beispielsweise im Land Bremen die Zahl der Heimbewohner je 100 Personen in der Altenbevölkerung von 7,8 auf 9,0 an. In Rheinland-Pfalz sank sie leicht von 8,3 auf 7,8. Dabei lassen sich keine eindeutigen Tendenzen in den ländlichen und eher städtisch strukturierten Bundesländern ausmachen. Sowohl für Ballungsräume wie Berlin, Bremen und Hamburg als auch für die eher ländlich geprägten Bundesländer gibt es Entwicklungen in beide Richtungen. Insgesamt ist in den meisten Bundesländern ein Trend zur Angleichung an den

Bundesdurchschnitt zu beobachten. So auch in Nordrhein-Westfalen: Auf 100 Personen in der Bevölkerung im Alter ab 75 Jahren entfielen 1999 in NRW 10,2 Heimbewohner. 2011 waren es noch 9,0.

Unter Berücksichtigung der demografischen Veränderungen („altersbereinigt“) gibt es in Nordrhein-Westfalen somit weder in der ambulanten Pflege noch in der stationären Langzeitpflege eine ungewöhnliche Entwicklung der Nutzungshäufigkeit dieser Leistungen. Die absoluten Zahlen sind im Verlauf der letzten Jahre demografisch bedingt zwar stark angestiegen, zeigen jedoch keine grundlegenden Verschiebungen im Sinne eines erheblichen Bedeutungsgewinns oder Bedeutungsverlustes bestimmter Versorgungsformen.

1.4 Kleinräumige Strukturen

Auf Ebene der Kommunen bzw. Kreise zeigen sich teils erhebliche Unterschiede im Bevölkerungsanteil pflegebedürftiger Menschen und der Struktur des Versorgungsangebots, die sich nicht allein durch die jeweilige Altersstruktur erklären lassen. Tendenziell ist zwar bei einem hohen Anteil älterer Personen auch eine vergleichsweise hohe Pflegequote vorhanden, doch besteht kein linearer Zusammenhang. Diejenigen Kommunen bzw. Kreise mit dem höchsten Durchschnittsalter weisen nicht unbedingt auch die höchste Pflegequote auf. Offenbar spielen auch andere Faktoren, wie Unterschiede im Gesundheitszustand der Altenbevölkerung oder regional ungleichmäßige Verteilungen des Versorgungsangebots eine Rolle. Es liegen allerdings keine Forschungsergebnisse vor, die es gestatten, die von diesen Faktoren ausgehenden Effekte zu beschreiben oder in ihrer Bedeutung differenzierter einzuschätzen. Die jeweiligen Anforderungen an die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung müssen daher auf regionaler/kommunaler Ebene ermittelt werden.

2. Anforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung

Aufgrund des im Zuge des demografischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten zu erwartenden Anstiegs Pflegebedürftiger ist in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung ein Ausbau der Kapazitäten erforderlich. Zugleich reicht es nicht, die Versorgungsprobleme in der Pflege einzig nach dem Motto „mehr des Gleichen“ durch quantitative Erweiterung lösen zu wollen. Vielmehr sind neue Wege zu beschreiten, um Veränderungen der Qualität des Bedarfs gerecht zu werden. Das gilt besonders für strukturschwache, von Unterversorgung bedrohte Regionen. Doch nicht allein hier, generell verändern sich seit längerem die Anforderungen an die pflegerische Versorgung. Um ihnen angemessen zu begegnen, sollte die Versorgung – darüber besteht mittlerweile Konsens – stärker als bislang dem Ziel der Sicherung der Autonomie folgen und daher präventiv ausgerichtet sein, auf Stärkung der Nutzerkompetenz durch Information und Beratung setzen und vorrangig ambulant erfolgen. Sie sollte zudem integriert, sektorenübergreifend und kooperativ erfolgen, wohnort-/quartiersnahen Charakter aufweisen und dem kommunalen Bedingungsgefüge besondere Beachtung widmen. Dabei stellen sich unterschiedliche Aufgaben. Nachfolgend wird allein auf die Anforderungen in der pflegerischen Versorgung eingegangen².

2.1 Ambulante Pflege

Um trotz Pflegebedürftigkeit zur Aufrechterhaltung von Autonomie und Lebensqualität beizutragen, kommt dem *Ausbau und der* Stärkung der ambulanten Pflege bzw. der häuslichen Versorgung hohe

² Zu den Herausforderungen im Bereich der Prävention von Pflegebedürftigkeit, der Information und Stärkung der Gesundheits- und Nutzerkompetenz, der Förderung informeller Hilfe und der Behebung des Fachkräftemangels, siehe SVR 2014, 2012).

Priorität zu. Auch aus Nutzersicht wird eine ambulante bzw. häusliche Versorgung und Pflege präferiert. Zugleich hat sie durch die voranschreitende Ambulantisierung an Bedeutung gewonnen: Durch sie ist das eigene Zuhause zu einem zunehmend wichtigeren Gesundheitsstandort geworden. Verstärkt wird dies durch den Anstieg an Möglichkeiten häuslicher Versorgung infolge des medizinisch-pharmakologischen Fortschritts, der inzwischen auch bei schwierigen und komplexen Problemlagen eine ambulante Versorgung und Pflege erlaubt. Damit einhergehend hat sich das Spektrum des Bedarfs in der ambulanten Versorgung verändert: Es ist ebenfalls breiter und vielfältiger geworden – auch in der Pflege. Um den zu erwartenden Bedarfsveränderungen entsprechen zu können, ist daher neben Kapazitätsausweitungen erforderlich, die ambulante Pflege qualitativ weiterzuentwickeln. Dazu sind Anreize zur Verbesserung der Populationsorientierung und stärkeren Ausdifferenzierung zu setzen, sodass in der ambulanten Pflege künftig möglich wird, der ganzen Breite und Vielfalt des Bedarfs entsprechen zu können. Besonders ist dabei die wachsende Zahl an Menschen mit komplexem Bedarf zu beachten, die entsprechend komplexe Lösungen benötigen, die von alltagsorientierten Hilfen bis hin zu anspruchsvollen klinischen Pflegeleistungen reichen. Auch die zunehmende Zahl alleinlebender Pflegebedürftiger stellt Herausforderungen an die ambulante Pflege.

Größere Beachtung bedarf in der ambulanten Pflege auch die Verbesserung der *Kooperation mit pflegenden Angehörigen* und die Förderung des Hilfepotenzials von Familien, sozialer Netzwerke und informeller Helfer. Dabei sind einige Entwicklungen besonders zu beachten, so an Bedeutung gewinnende neue Helferkonstellationen (z. B. ältere Paare, Wahlverwandtschaften) oder das zunehmende Alter pflegender Angehöriger. Ressourcenförderung wird auch in anderer Hinsicht benötigt: Um die Unterstützungs- und Pflegepotenziale zu erhalten und zu stärken, ist wichtig, die Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen zu intensivieren. Hier haben neben edukativen Maßnahmen, verhältnisorientierte Konzepte sowie der Aufbau von Monitoringstrukturen, die Rückhalt und Rückversicherungsmöglichkeiten bieten, höhere Bedeutung als ihnen bislang in der Praxis beigemessen wird.

Ergänzend zu einer bedarfsgerechten Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege werden Anreize benötigt, um zu neuen Formen der Organisation der ambulanten Pflege zu gelangen – sei es auf der Ebene der Arbeitsorganisation und Steuerung (Einführung von Case Management, Primary Nursing zur Verbesserung der personellen Kontinuität) oder der Betriebsorganisation/-größe. Internationale Erfahrungen zeigen, dass es sinnvoll ist, zu größeren Organisationseinheiten zu gelangen, um so die Flexibilität zu erhöhen – sei es durch Verbund- oder Netzwerkbildung oder aber durch Schaffung von lokalen Gesundheits- oder Langzeitversorgungszentren, in denen alle für eine umfassende Versorgung und Pflege erforderlichen Dienste und Hilfen gebündelt sind.

2.2 Kurzzeit- und teilstationäre Pflege

Intensivere Beachtung sollte auch der Kurzzeit- und der teilstationären Pflege zukommen, denn sie sind wichtige komplementäre Angebote für häuslich versorgte Pflegebedürftige und dürften durch die voranschreitende Ambulantisierung weiter an Bedeutung gewinnen. Zugleich zeigen sich hier fragwürdige Entwicklungen: So wird die Kurzzeitpflege zunehmend zum Auffangbecken schwer kranker Pflegebedürftiger, die frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden und/oder zum Teil nur noch eine Lebenserwartung von wenigen Wochen haben. Angesichts Entwicklungen wie dieser ist der Aufbau einer neuen Form der stationären Übergangsversorgung (Transitional Care) zu empfehlen mit einer Ausstattung, die dem akuten Versorgungsbedarf und den Rehabilitationserfordernissen nach frühzeitiger Krankenhauserlassung Rechnung trägt.

2.3 Stationäre Langzeitversorgung

Herausforderungen stellen sich auch in der stationären Langzeitversorgung. Die vorliegenden Zahlen zur Entwicklung der Kapazitäten und der Nachfrage nach Heimplätzen zeigen, dass sich die stationäre Langzeitversorgung, gemessen an der wachsenden Zahl alter und pflegebedürftiger Menschen, nicht stärker ausdehnt als andere Versorgungsformen. Zugleich ist – bedingt durch die demografische Alterung – im langfristigen Entwicklungstrend nicht damit zu rechnen, dass die Nachfrage nach einer Versorgung mit den charakteristischen Merkmalen der stationären Langzeitpflege zurückgehen könnte. Zu diesen Merkmalen gehören insbesondere die ständige Präsenz von Fachkräften während des ganzen Tages, die Erbringung spezifischer Leistungen während der Nacht, die Integration unterschiedlicher nichtpflegerischer Unterstützungsangebote (soziale und therapeutische Leistungen, zum Teil auch medizinische Behandlung) und die Vernetzung mit anderen Versorgungsangeboten.

Befördert durch die voranschreitende Ambulantisierung und den Wunsch der Nutzer, so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung zu bleiben, erfolgen Übergänge in ein Heim in der Regel erst dann, wenn eine häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist und oft erst im Spätstadium chronischer Krankheit oder kurz vor dem Lebensende. Das führt dazu, dass die Bewohnerstruktur in den stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegebedürftige geprägt ist, die besonders schwerwiegende gesundheitliche Probleme aufweisen und nur noch eine vergleichsweise geringe Lebenserwartung haben.

Auch in der stationären Langzeitpflege müssen daher die personellen und konzeptionellen Voraussetzungen geschaffen werden, die zur Bewältigung der veränderten Bedarfssituation benötigt werden. Dazu gehören vor allem eine bessere Personalausstattung, die gezielte Förderung und Einbindung spezialisierter Kompetenzen und Qualifikationen (z. B. im Bereich der Palliativpflege, gerontopsychiatrischen Pflege etc.), eine Neuordnung von Steuerungs- und Koordinationsverantwortung zu entsprechend qualifizierten Fachkräften sowie eine konsequente Nutzung von Kennzahlen zur Ergebnisqualität im internen Qualitätsmanagement, mit der Schwachstellen und Entwicklungsbedarf identifiziert und Erfolge der Qualitätsentwicklung überprüft werden können.

2.4 Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgung: Lokale Gesundheitszentren

Um dem meist komplexen Bedarf der heute mehrheitlich zu versorgenden älteren Menschen angemessen entsprechen und auch um regional unterschiedlichen Bedarfsentwicklungen begegnen zu können, ist es auch in der Pflege erforderlich, zu neuen Modellen zu gelangen. Sie sollten an die gewachsenen Strukturen anknüpfen, Teil einer quartiers-/wohnnahen Versorgung sein und durch Bündelung aller, für eine bedarfsgerechte erforderlichen, Ressourcen eine integrierte, sektorenübergreifende und umfassende Versorgung ermöglichen. *Lokale multiprofessionelle Gesundheitszentren* stellen aus Sicht des Sachverständigenrats ein solches Konzept dar, das auch für die pflegerische Langzeitversorgung vielversprechend ist.

In ihnen werden kommunal/regional vorhandene Ressourcen gebündelt und ambulante, teilstationäre sowie stationäre Langzeitpflegeangebote wie auch medizinische, präventive, rehabilitative und psychosoziale Leistungen unter einem Dach zusammengefasst und möglichst aus einer Hand angeboten. Vorbilder dafür, wie solche lokalen Gesundheits- und Pflegezentren aussehen können, existieren auf internationaler Ebene. Speziell um altersgewandelte Kommunen und strukturschwache Regionen vor Unterversorgung zu bewahren und auch, um eine präventiv ausgerichtete, umfassende, sektorenübergreifende Versorgung und Pflege zu ermöglichen, sind solche Zentren vielversprechend und sollten daher systematisch erprobt werden. Die Erprobung sollte finanziell gefördert werden.

Dass solche Zentren von einem flexibleren Leistungsrecht und weitergefassten Pflegeverständnis geprägt sein müssen, ist angesichts der zunehmend komplexen Bedarfslagen in der alternden Bevölkerung und der Zunahme anspruchsvoller Aufgaben in der Pflege zu unterstreichen. Die Realisierung erfordert zudem *neue Formen der Kooperation und Aufgabenteilung der Gesundheitsprofessionen*. Auch das zeigen die internationalen Erfahrungen. Mit dem §63, 3c SGB V wurden entsprechende gesetzliche Weichen gestellt, um auch in Deutschland zu einem Neuzuschnitt der Aufgaben und einen anderen Professionenmix zu gelangen. Er ermöglicht, bisher Ärzten zugeordnete Aufgaben schrittweise anderen Gesundheitsberufen zu übertragen. Die Realisierung ist allerdings durch komplizierte Umsetzungsmodalitäten behindert. Daher ist erforderlich, die bisherigen Regelungen zu vereinfachen und die Umsetzung zu erleichtern.

Zugleich sind Maßnahmen erforderlich, um diese und andere *Anforderungsveränderungen in der Pflege qualifikatorisch abzusichern*. Dazu sind – wie auch der Wissenschaftsrat 2012 unterstrichen hat – auch bei der Ausbildung neue Schritte gefordert, so etwa die Einführung der integrierten Grundausbildung, ebenso der weitere Ausbau hochschulischer Qualifikationsmöglichkeiten nach internationalen Standards. Besonders der Aufbau grundständiger Pflegestudiengänge auf Bachelorniveau ist in NRW gut vorangekommen. Erforderlich ist, ihn weiter abzusichern, die Etablierung weiterführender Masterstudiengänge in der Pflege anzugehen und Studienangebote für den wissenschaftlichen Nachwuchs auszubauen. Voraussetzung dazu ist u. a. der Ausbau pflegewissenschaftlicher Lehrstühle an Universitäten und die Verbesserung der Forschungsförderung.

2.5 Herausforderungen auf kommunaler Ebene

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung geht besonders für die *Kommunen* mit Herausforderungen einher. Denn durch die ungleiche regionale Entwicklung ist erforderlich, zu regional differenzierten Versorgungskonzepten zu gelangen und eine kleinräumige Steuerung und Planung gefordert. Um rechtzeitig Unterversorgungserscheinungen, Versorgungsengpässe und Qualitätsdefizite identifizieren und vermeiden zu können und eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu ermöglichen, ist auf kommunaler Ebene ein fortlaufendes Monitoring der Bedarfs- und Versorgungssituation ratsam (SVR 2009). Ferner bedarf es hier einer systematischen Bedarfs-/Versorgungsplanung (orientiert an der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in der jeweiligen Region), basierend auf kommunalen Health Assessments. Für sie fehlen hierzulande noch ausgereifte evidenzbasierte Instrumente. Zu empfehlen ist, die Entwicklung, Erprobung und Evaluation solcher Instrumente zeitnah anzugehen und zu fördern. Notwendig ist außerdem die Stärkung der kommunalen Planungs- und Gestaltungskompetenz und die Implementation partizipativer Planungsstrukturen. Mit der bestehenden Struktur kommunaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen ist NRW hier anderen Bundesländern einen Schritt voraus. Zugleich zeigen sich bei der Umsetzung heterogene Erfahrungen. Daher wird angeregt, die vorliegenden Erfahrungen mit dem Ziel zu evaluieren, zu orientierenden Hinweisen für die Kommunen zu gelangen.