



Ministerium für Soziales,
Integration und Gleichstellung



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences



DOKUMENTATION

FACHTAGUNG

CHANCEN INTEGRIERTER PLANUNGSANSÄTZE

Mittwoch, 29. Mai 2019 | 10:00 - 16:00 Uhr
Hochschule Neubrandenburg, Hörsaal 1 und Foyer

Hochschule Neubrandenburg in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Neubrandenburg 2019



Inhalt

Vorbemerkung der Herausgeber*innen	3
1. Grußworte	5
Stefanie Drese Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung.....	5
Prof. Dr. Gerd Teschke Rektor Hochschule Neubrandenburg	6
2. Fachinformationen	7
2.1 Integrierte Pflegesozialplanung MV	7
Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer , Prof. Dr. Stefan Schmidt Hochschule Neubrandenburg	7
2.2 Seniorenpolitische Gesamtkonzepte MV	17
Claudia Ring Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung.....	17
3. Vorstellung Transferstelle Daseinsvorsorge	25
Johann Kaether , Jenny Pöller Hochschule Neubrandenburg.....	25
4. Fachvortrag: Chancen integrierter Planungsansätze Claudia Michelfeit Institut für kommunale Planung und Entwicklung e.V.	30
5. Vertiefungsworkshops integrierter Planungsansätze in der Praxis	33
5.1 Pflegesozialplanung	33
Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer , Prof. Dr. Stefan Schmidt Hochschule Neubrandenburg	33
5.2 Teilhabeplanung	36
Prof.in Dr.in Petra Gromann Hochschule Fulda.....	36
5.3 Regionalplanung	45
Prof. Dr. Peter Dehne , Johann Kaether Hochschule Neubrandenburg.....	45
Anhang	50
Impressum	51

Vorbemerkung der Herausgeber*innen

Eine Veranstaltung der Hochschule Neubrandenburg, HiRegion in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern



Bild 1: v.l.n.r. Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer, Ministerin Stefanie Drese, Rektor Prof. Dr. Gerd Teschke, Prof. Dr. Stefan Schmidt

Wann und wo:

29.05.2019, 10- 16 Uhr, Hochschule Neubrandenburg, Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg, Hörsaal 1 und Foyer

Wozu das Ganze:

Anlässlich der Fortschreibung der kommunalen, integrierten Pflegesozialplanungen in diesem Jahr werden das Ministerium für Soziales,

Integration und Gleichstellung in Kooperation mit der Hochschule Neubrandenburg die „Chancen integrierter Planungsansätze“ umfassend beleuchten.


Zielgruppe:

Fachtagung richtet sich an Kommunal- und Landespolitik, Dezernent*innen und Beigeordnete, Sozialdezernent*innen, Sozialamtsleiter*innen, Jugendsozialhilfeplaner*innen, Mitarbeiter*innen Kommunal- und Landesverwaltung, Pflegesozialplaner*innen, Pflegenetzwerke, Stadt- und Regionalplaner*innen, Ausschuss- und Gremienmitglieder und an alle Interessierte.

Fragestellungen Fachtag:

Gemeinsam mit Ihnen und Expert*innen aus der Wissenschaft und der Praxis wollen wir u.a. folgenden Fragen nachgehen:

- Welche Chancen bieten integrierte Planungsansätze bei der Bewältigung von komplexen Herausforderungen?

- 
- Welche Herausforderungen zeigen sich bei der Umsetzung von Planungsansätzen in die Praxis?
 - Wie wichtig sind das Engagement und die Partizipation von Akteur*innen, Netzwerken und Initiativen bei der Umsetzung von integrierten Planungsansätzen?

1. Grußworte

Stefanie Drese | Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung



Bild 2: Ministerin Stefanie Drese

Liebe Leser*innen,

integrierte Planungsansätze werden wegen ihrer akteursübergreifenden, ganzheitlichen sowie kooperativen Betrachtungs- und Herangehensweise zunehmend bedeutender. Sie sind damit eines der zentralen Instrumente zur Realisierung einer optimierten Versorgungsstruktur.

Wir wollen daher anlässlich der Fortschreibung der kommunalen, integrierten Pflegesozialplanung – die insbesondere eine Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeangebote, eine Vernetzung der Beratungsstruktur, die Verzahnung professioneller, familiärer und ehrenamtlicher Pflege sowie die Verbindung von Pflege mit anderen Sozialbereichen zum Ziel hat - auch die Chancen integrierter Planungsansätze bei der Bewältigung dieser komplexen Herausforderungen umfassend beleuchten. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Umsetzung der integrierten Planungsansätze in die Praxis und die Bedeutung des Engagements von Akteur*innen, Netzwerken und Initiativen im Rahmen dieses Prozesses. Die kommunale, integrierte Pflegesozialplanung stellt darüber hinaus auch einen wichtigen Baustein der „Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte für die Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern“ dar, die im Ergebnis der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“ entwickelt werden. Neben der Vorstellung des aktuellen Standes der Gesamtkonzepte werden Vertiefungsworkshops und Vorträge die Fachtagung komplettieren. Ich wünsche der Veranstaltung einen erfolgreichen Verlauf und Ihnen allen viele interessante Gespräche, einen anregenden Gedankenaustausch und ein ergiebiges Vernetzen.

Prof. Dr. Gerd Teschke | Rektor Hochschule Neubrandenburg

Liebe Leser*innen,

als Rektor der Hochschule Neubrandenburg freue ich mich, dass die Hochschule Neubrandenburg in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung eine Fachtagung zum Thema „Chancen integrierte Planungsansätze“ durchführt. Dies geschieht vor dem Hintergrund der Fortschreibung der kommunalen, integrierten Pflegesozialplanung und richtet sich hauptsächlich an die Kommunal- und Landespolitik sowie an entsprechende Behörden, Ämter, Kommunal- und Landesverwaltungen, Pflegenetzwerke, Ausschüsse, Gremien und Interessierte.



Bild 3: Prof. Dr. Gerd Teschke

Im Rahmen der Fachtagung werden in Form von Fachvorträgen und Workshops von Wissenschaftler*innen sowie Praxisexpert*innen wichtige Fragen der Rolle integrierter Planungsansätze bei der Bewältigung komplexer Herausforderungen diskutiert. Darüber hinaus werden die Herausforderungen einer erfolgreichen Umsetzung der Planungsansätze sowie Fragen des Engagements und der Partizipation bei der Umsetzung beleuchtet.

Die Fragestellungen dieser Fachtagung stehen für die Hochschule in einem fachbereichsübergreifenden Kontext und können nur dann erfolgreich beantwortet und bearbeitet werden, wenn sich die Komplexität der Themen über eine transdisziplinäre Zusammenarbeit auflösen lässt. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen nicht nur spannende Vorträge, sondern insbesondere ertragreiche Vertiefungsworkshops und Gespräche, um die anstehenden Herausforderungen zu bewältigen.

2. Fachinformationen

2.1 Integrierte Pflegesozialplanung MV

Prof.in Dr.in Steffi **Kraehmer**, Prof. Dr. Stefan **Schmidt** | Hochschule Neubrandenburg

(Die PowerPoint-Präsentation finden Sie im Anhang 1.)

Grundanliegen

Die Hochschule Neubrandenburg hat im Zeitraum von 2014 bis 2018 gemeinsam mit den Pflegeplaner*innen ein Konzept für eine integrierte Pflegesozialplanung für das Land Mecklenburg-Vorpommern erarbeitet.

Eine integrierte Pflegesozialplanung hat das Ziel, die soziale Situation der Kommunen zu analysieren und Bedarfe festzustellen. Aus den Ergebnissen werden soziale Angebote und Dienstleistungen geplant. Integrierte Pflegesozialplanungen haben damit eine ganz besondere Funktion, weil sie ein zentrales Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung darstellen. Dieses Ziel erfordert die planerische Gestaltung bedarfsgerechter Unterstützungsangebote, die über ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeangebote hinausgehen. Die integrierte Pflegesozialplanung verkörpert damit einen ganzheitlichen Ansatz in der




Bild 4: Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer und Prof. Dr. Stefan Schmidt

Planung und erfordert eine auf die Umsetzung dieses Ansatzes orientierte fachübergreifende Zusammenarbeit. Sie ist damit ein spezifischer Bestandteil einer fachübergreifenden Sozialplanung. Bei einer integrierten Pflege-sozialplanung werden Zusammenhänge und Wechsel-

wirkungen weiterer Bereiche (wie bspw. Bildung, Gesundheit und Arbeitsmarkt) berücksichtigt.

Die Orientierung auf eine integrierte Pflegesozialplanung erstreckt sich auf alle Planungsphasen von der Vorbereitung über die Erarbeitung, Umsetzung und




Evaluation bis hin zu seiner Fortschreibung. Verantwortlich für den gesamten Prozess einer integrierten Pflegesozialplanung sind die Kommunen.

Grundanliegen des Konzeptes für eine integrierte Pflegesozialplanung ist es, den Pflegesozialplaner*innen ein handhabbares Planungs- und Steuerungsmodell zur Verfügung zu stellen, das ihnen ermöglicht, die allgemeinen und spezifischen Herausforderungen, vor denen die Kommunen und Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern stehen, in der Planung abzubilden und sie bedarfsgerecht erfolgreich zu bewältigen. Durch den angestrebten abgestimmten Prozess der Erarbeitung der integrierten Pflegesozialpläne soll zugleich zum einen eine größtmögliche Vergleichbarkeit der Pflegesozialpläne im Land Mecklenburg-Vorpommern erreicht und zum anderen gewährleistet werden, dass den jeweils regionalen besonderen Herausforderungen durch eine gezielte Steuerung besser entsprochen werden kann.

Ausgangspunkt war und ist die Auffassung, dass es die zentrale Aufgabe einer integrierten Pflegesozialplanung ist, auf Grundlage der rechtlichen Verpflichtungen, die bestehenden Strukturen und Angebote der pflegerischen Versorgung zu ermitteln und im Hinblick auf die derzeitige und zukünftige Bedarfsgerechtigkeit zu bewerten und Schlussfolgerungen für ihre künftige Gestaltung in Abstimmung mit allen dazu notwendigen Akteur*innen zu ziehen. Bisherige Pflegesozialpläne im Land Mecklenburg-Vorpommern wurden in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten ohne wechselseitige Abstimmung erarbeitet.

Die Hochschule Neubrandenburg hat den Prozess der wissenschaftlichen Begleitung von integrierten Pflegesozialplänen in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Mecklenburg-Vorpommern übernommen und einen Kompass für die Erarbeitung von an den neuen demografischen, gesetzlichen und politischen Anforderungen orientierten, einheitlich strukturierten integrierten Pflegesozialplänen in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommern mit den Planer*innen entwickelt.

Zur Gestaltung und Umsetzung des Prozesses war es zunächst erforderlich, eine Dokumentenanalyse (wissenschaftliche Literatur, Pflegesozialpläne, Dokumente nationaler und internationaler Erfahrungen) vorzunehmen, Expert*innengespräche zu führen und den speziellen Praxisbezug (durch Befragungen, Workshops etc.) zu untersuchen.



Die methodologische Struktur der wissenschaftlichen Begleitung umfasste die Auswertung vorliegender Pflegesozialpläne der Landkreise und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns, die Analyse der zentralen politischen Grundsatzpapiere, die Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie eine kontinuierliche Verständigung mit den Planungsakteur*innen über die zeitlichen Dimensionen, die Notwendigkeiten und Schritte des Planungsprozesses und die Einigung auf wesentliche Begriffe und Definitionen der Pflegesozialplanung.

Rahmenbedingungen

Das Land Mecklenburg-Vorpommern steht wie alle anderen Bundesländer vor enormen Veränderungen der demografischen Situation. Die erwartete Zunahme an Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahren und die daraus resultierenden Veränderungen der Bedarfssituation und der individuellen Bedürfnisse der Menschen, die Pflege in Anspruch nehmen und nehmen werden, stellt alle professionellen und gesellschaftlichen Akteur*innen vor enorme neue Aufgaben und einen anspruchsvollen gesamtgesellschaftlichen Diskurs: *Wie wollen wir alt werden und wie sollen Menschen zukünftig in der Lebensphase des Alters unterstützt werden.* Dieser gesellschaftliche Diskurs hat in Mecklenburg-Vorpommern begonnen.

Durch die neue Gesetzeslage, u.a. dem veränderten Begriff der Pflegebedürftigkeit (§14 SGB XI), ist das Land Mecklenburg-Vorpommern in der Pflicht, eine differenzierte Darstellung der Planungen zur pflegerischen Versorgungsstruktur auf der Grundlage von Analysen und Planungsergebnissen der Landkreise und kreisfreien Städte zu erarbeiten und sowohl den notwendigen Handlungsbedarf als auch die Schlussfolgerungen für seine künftige Befriedigung zu beschreiben.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern steht vor der Herausforderung der gestiegenen Bedeutung des Alters, verbunden mit vielfältigen neuen Chancen, aber auch mit der Aufgabe, einem quantitativ und qualitativ völlig neuartigen Bedarf an Hilfe und Versorgung Rechnung zu tragen und ein Verständnis vom Altern in der Gesellschaft zu entwickeln, das der Heterogenität der individuellen Lebenslagen mit höchst unterschiedlichen Bedarfen und Kompetenzen gerecht wird.



Spezifische Situation in Mecklenburg-Vorpommern


Das Landespflegegesetz (LPflegeG) von Mecklenburg-Vorpommern legt fest, dass die Landkreise und kreisfreien Städte alle *fünf Jahre* eine integrierte Pflegesozialplanung zu erstellen haben (§ 5 Absatz 2 Satz 1 LPflegeG). Weiter heißt es, dass die integrierten Pflegesozialplanungen

- „komplementäre Angebote zur Pflege, insbesondere betreute Wohnformen, berücksichtigen“ (§ 5 Absatz 2 Satz 2 LPflegeG) und
- „eine Bestandsaufnahme über die regionale Versorgungsstruktur [enthalten], in der Standorte, Träger und Platzzahlen“ ausgewiesen werden (§ 5 Absatz 2 Satz 3 LPflegeG).

Zum aktuellen Zeitpunkt haben die Pflegesozialplanungen der Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern ein unterschiedliches Niveau. Aufgrund dieser Situation fehlt es derzeit an einer Vergleichbarkeit der Pflegesozialpläne. Diese Vergleichbarkeit ist nicht Selbstzweck, sondern dient der Umsetzung einheitlicher hoher Qualitätsstandards der pflegerischen Versorgungs- und Angebotsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern.

Bedürfnisse und Angebote wandeln sich

Die traditionelle Altenhilfeplanung ist obsolet – die Anforderungen an die Planungen auf Grund der oben beschriebenen Entwicklungsprozesse sind komplexer geworden. Die Bedürfnisse der älteren Menschen in den Kommunen und Landkreisen wandeln sich. Die meisten Menschen wollen so lange wie möglich in ihrer vertrauten häuslichen und familiären Umgebung bleiben, und es wandeln sich generell die Vorstellungen vom Leben im Alter. Zukünftig werden sich die Angebotsstrukturen verändern müssen: Es bedarf eines Geflechtes verschiedenster Angebote für ältere Menschen, die über Unterstützung im Alltag, über medizinische, pflegerische und das selbstbestimmte Wohnen und Leben erleichternde Dienstleistungen hinausreichen werden. Um diese Qualitäten an vielen Orten entwickeln und anbieten zu können, bedarf es der Zusammenarbeit einer Vielzahl von Akteur*innen: Verwaltung, Träger, Dienstleister*innen, Interessenvertretungen und Unternehmen. Das beinhaltet eine neue Sicht auf die



Struktur der pflegerischen Angebote und eine neue Sicht auf all die Akteur*innen, die Angebote machen bzw. machen werden.

Das vorgelegte Konzept für eine integrierte Pflegesozialplanung ist deshalb mehr: Es ist fachlich breit angelegt und soll die Vielfalt der Lebenswelten von Menschen im Alter in den Planungsprozessen berücksichtigen. Zugleich ist es Ausdruck einer für frühere Generationen unvorstellbar gestiegenen Bedeutung des Alters, verbunden mit vielfältigen neuen Chancen, aber auch mit einem quantitativ und qualitativ völlig neuartigen Bedarf an Hilfe und Versorgung.

Die „Lebensgestaltung im Alter“ beruht auf der Nutzung wichtiger Kompetenzen. Dabei steht „Kompetenz“ in erster Linie für Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, selbstbestimmten und sinnerfüllten Lebens hilfreich sind. Dieses Verständnis geht nicht von dem bisherigen Defizitmodell oder Defektmodell – Altern als zwangsläufiger Abbauprozess im Alter – aus, sondern will die vorhandenen Fertigkeiten und Potenziale einer möglichst langandauernden selbständigen, selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung stärken.

Damit wird zukünftig auch die Frage der Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Generationen angesprochen und moderiert werden müssen, und es sollten sich daraus auch neue Chancen des Zusammenlebens entwickeln. Der Grundstock für eine sich wandelnde Sicht auf das Alter wird auch in den fachplanerischen Prozessen einer integrierten Pflegesozialplanung gelegt: Es wird ein Verständnis von nachhaltiger Seniorenpolitik mit Planungsprozessen verbunden und ein ressortübergreifendes kommunales Handeln daran orientiert. Dazu gehört in Mecklenburg-Vorpommern auch ein Aushandlungsprozess, der über eine formale Kompetenzordnung hinausgeht und den Subsidiaritätsgedanken stärkt. Gerade der Subsidiaritätsgedanke wird die Gemeinde vor Ort, die lokalen Vereine und Initiativen, die kreisfreien Städte und Landkreise zu neuen und ressourcenorientierten Konzepten führen müssen.

Herausforderungen

Die Gestaltung und die Steuerungsverantwortung für die örtlichen Rahmenbedingungen für das Älterwerden muss sich über Ressortgrenzen hinweg entwickeln. Dies impliziert ein verändertes Kompetenz- und Rollenverständnis in den Kommunen. Die Bedeutung von Netzwerken und Bündelung von Handlungsspielräumen (Koordinierungs- und Moderationsfunktion), der Aufbau lokaler Strukturen für eine geteilte Verantwortung und Verantwortungsgemeinschaften und der Aufbau und die Nutzung lokaler Ressourcen (auch wegen dem oft fehlenden finanziellen Spielraum der Kommunen) bilden die Basis für eine neue Netzwerkarbeit, die die Vielfalt von Lebens- und Engagement-Formen und die Stärkung der Mitgestaltungskompetenz fördern sollte.


Übergänge von öffentlichem Raum und privater Sphäre sind fließend



Bild 5: Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer und Prof. Dr. Stefan Schmidt

Viele Versorgungs- und Dienstleistungen einschließlich vielfältige Pflegeaufgaben werden von unterschiedlichen Akteur*innen – aber auch von Bürger*innen selbst – erbracht. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird immer klarer, dass die Versorgungsleistungen der Gesellschaft in

Zukunft nicht allein durch formelle soziale Dienstleistungen oder den Staat selbst gewährleistet werden können, sondern durch eigenständige Leistung seiner Bewohner*innen ergänzt werden müssen. Um die Beteiligung der Bürger*innen zu ermöglichen, müssen die Rahmenbedingungen gestaltet werden. Damit ist keine grundsätzliche Verantwortungsverlagerung verbunden, sondern vor allem auch eine Anerkennung und Förderung der Bürger*innen; sowohl was ihre Sorgeleistungen als auch ihrer Rolle als Gestalter*innen und Mitgestalter*innen im lokalen Raum angeht. Klie (2019) hat den Begriff der „Deinstitutionalisierung“ des Alters dafür in den gesellschaftlichen Diskurs gebracht - der Begriff trifft den notwendigen Wandlungsprozess gut. Die Begleitung und Betreuung von Menschen im Alter soll zukünftig nicht mehr nur in dafür spezialisierten Einrichtungen gesichert



werden – sondern eine generationenübergreifende Kultur des Umgangs mit und im Alter soll sich in den Gemeinden vor Ort, in den kreisfreien Städten und Landkreisen entwickeln – sogenannte Caring Communitys. Klie bezieht sich in seinen Begriffserörterungen vor allem auch auf ein neues, in Solidarität verankertes, Verständnis von Subsidiarität. (Quelle: Thomas Klie: Wen kümmern die Alten. Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. 2019)

Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens und haben uns individuell und kollektiv darauf auszurichten. Vorsorge heißt auch für sich und sein Alter sorgen. Wir haben viele Optionen für die Lebensgestaltung im Alter, so wir uns denn in einer Lebenslage befinden, die uns entsprechende Handlungsspielräume eröffnet. Viele ältere Menschen sehen ihre Optionen hinsichtlich des Wohnens, eines Engagements, des Konsums und der Aktivitäten und Zugehörigkeiten.

Sorgende Gemeinschaften - eine Vision?

Caring Community als Sorgende Gemeinschaft des Zusammenwirkens von Staat, Dienstleister*innen und Nachbarschaften und Angehörigen? Geteilte Verantwortung und „Hilfemix“ heißt nicht, dass der Mix eine Gemeinschaft bildet: Er braucht Gemeinschaft. Geteilte Verantwortung baut auf einem intelligenten Zusammenwirken, einer Kultur der Verständigung und Aushandlung und ökonomischer Effizienz des Arrangements. Gemeinschaft bedeutet mehr als wohlfahrts-pluralistische Arrangements.

Gemeinschaften sind geprägt durch Zugehörigkeit, durch gemeinsame Werte. Es bedarf des Zusammenwirkens von sozialen Netzwerken, der Selbstorganisation von Bürger*innen mit staatlichen Instanzen und Institutionen.

Dieses setzt lebendige Nachbarschaften voraus. Ein soziales Miteinander vor Ort verlangt nach entsprechenden Ressourcen und Kompetenzen vor Ort. Auf der kommunalen Ebene wird die Idee einer Caring Community als Sorgende Gemeinschaft allerdings manchmal durch die Ökonomie und den Wettbewerb der Sozialleistungsträger und Pflegeanbieter*innen unterlaufen. Hier muss man an Win-Win-Konzepten arbeiten.



Der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung¹

Anliegen des Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung ist es, den Akteur*innen der integrierten Pflegesozialplanung, speziell den Planer*innen Orientierungen, Instrumente und Methoden zur Verfügung zu stellen, die es ihnen ermöglichen, einen integrierten Pflegesozialplan auszuarbeiten. Ein integrierter Pflegesozialplan sollte sich dabei - unter Berücksichtigung der oben benannten vielfältigen neuen Anforderungen und der jeweiligen spezifischen regionalen und kommunalen Rahmenbedingungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns sowie der sich wandelnden individuellen Bedürfnisse und gesellschaftlichen Bedarfe - durch die Beachtung einheitlicher Kriterien, Strukturen und Qualitätsstandards sowie durch eine hohe Vergleichbarkeit auszeichnen. Mithilfe der Umsetzung des Kompasses in der Pflegesozialplanung soll schließlich gewährleistet werden, dass allen Hilfe- und Pflegebedürftigen im Land Mecklenburg-Vorpommern ein annähernd an ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen und den spezifischen regionalen Bedingungen angepasstes Niveau an unterstützenden Angeboten garantiert werden kann.


Die erarbeiteten Materialien des Kompasses wurden in engem intensiven und kooperativen Diskussionsprozess mit den Akteur*innen des Planungsprozesses an die Erfordernisse des praktischen Planungsprozesses angeglichen.

Infolge der Umsetzung der erarbeiteten einheitlichen Standards der Gestaltung einer pflegerischen Versorgungsstruktur wird es in Mecklenburg-Vorpommern zukünftig eine abgestimmte integrierte Pflegesozialplanung geben. Den inhaltlichen und methodologischen Rahmen stellt dafür der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung zur Verfügung.

Dazu bietet der Kompass folgende Materialien an:

- Eine allgemeine inhaltliche, organisatorische und methodische Orientierung des Planungsprozesses durch eine **Roadmap** sowie eine Planungsübersicht,

¹ In der Anlage 1 befindet sich die aktuelle überarbeitete Fassung des Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung.

- 
- einen **Werkzeugkoffer**, der verschiedene Methoden für die einzelnen Etappen des Planungsprozesses zur Auswahl anbietet,
 - einen **Berichtsstandard** zur Orientierung sowie Gewährleistung eines einheitlichen integrierten Pflegesozialplanes,
 - ein **Planungsinstrument** mit einem Indikatorenset, eindeutigen und abgestimmten Zielbeschreibungen und Hinweis auf die Datenverfügbarkeit,
 - eine Einführung in das **Kennzahlenmanagement** zur Steuerung des Pflegeplanungsprozesses,
 - **definitorische Klarheit** über zentrale Begriffe der Pflegesozialplanung (Integrierte Pflegesozialplanung, Bedarfsbestimmung),
 - **methodische Orientierungen** zur Bedarfsermittlung, Erarbeitung von Bedarfsprognosen und Zielwertbestimmung sowie
 - eine **Zeitschiene** für die zukünftige Erarbeitung von Pflegesozialplänen in Mecklenburg-Vorpommern.


Beispiel: Planungsinstrument UnIPs

Das Unterstützende Instrument für die integrierte Pflegesozialplanung (UnIPs) besteht aus *drei* logisch sich ergänzenden *Themenfeldern mit verschiedenen Indikatoren* zu den Bereichen:

1. Sozialstrukturdaten,
2. Pflege, Gesundheit und Prävention sowie
3. Selbständigkeit, Teilhabe, Engagement.

Die jeweiligen Indikatoren sind ihrerseits differenziert nach der Zielausrichtung (Relevanz), der Datenquelle, der regionalen Tiefe, der Skalierung und nach möglichen Schnittstellen. Die Erstellung eines integrierten Pflegesozialplanes beruht jedoch nicht ausschließlich auf quantitativen, sondern auch auf qualitativen Daten. Zusatzbefragungen, Workshops und Daten aus der Literatur sind daher ebenfalls heranzuziehen für die Erarbeitung einer integrierten Pflegesozialplanung. Zu berücksichtigen ist, dass erhobene Daten zum Teil (bisher) nicht valide (gültig, gesichert) sind und lediglich Näherungswerte abgebildet werden können.

UnIPs ist tabellarisch aufgebaut, ein Beispiel aus den drei Themenfeldern und seinen Indikatoren ist im Anhang 1 aufgeführt. Damit können strukturiert relevante



Daten erhoben werden, die wiederum Schlussfolgerungen für eine integrierte Pflegesozialplanung ermöglichen.

KONTAKTE

Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer (MBA)

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Professur für Sozialpolitik, Ökonomie sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste

Hochschule Neubrandenburg - University of Applied Sciences

Brodaer Str. 2

17033 Neubrandenburg

Telefon: 0395 5693 - 5108

E-Mail: kraehmer@hs-nb.de

Internet: www.hs-nb.de/fachbereich-soziale-arbeit-bildung-und-erziehung/ppages/stefanie-kraehmer

Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management: Professur: Klinische Pflege mit dem Schwerpunkt

Pflege- und Versorgungskonzepte

Hochschule Neubrandenburg - University of Applied Sciences

Brodaer Str. 2

17033 Neubrandenburg

Telefon: 0395 5693-3114

E-Mail: sschmidt@hs-nb.de

Internet: <https://www.hs-nb.de/fachbereich-gesundheit-pflege-management/ppages/stefan-schmidt>

2.2 Seniorenpolitische Gesamtkonzepte MV

Claudia Ring | Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung

Referatsleiterin Seniorenpolitik, freiwilliges Engagement, Heimrecht, Renten- und Unfallversicherung

(Die PowerPoint-Präsentation finden Sie im Anhang 2.)




Bild 6: Claudia Ring

Die künftige Bevölkerungsentwicklung und die damit verbundene Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung stellen unser Land vor große Herausforderungen. Die kreisfreien Städte und die Landkreise mit ihren Städten, Ämtern und Gemeinden sind in besonderer Weise betroffen.

Denn sie sind die Orte, wo die Menschen leben. Es sind die Kommunen, die auf die weitreichenden Veränderungen reagieren und ihre Seniorenpolitik neu ausrichten und gestalten müssen.

Die Koalitionspartner*innen haben sich deshalb in ihrer Koalitionsvereinbarung für die laufende Legislaturperiode (Nummer 324 Satz 2) dafür ausgesprochen, die kommunale Ebene bei der Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte zu unterstützen.

Da die Landkreise und kreisfreien Städte ihre Seniorenpolitik grundsätzlich eigenverantwortlich gestalten, hat die Landesregierung Überlegungen angestellt, wie sie helfen kann. Vor dem Hintergrund der Herstellung einer landesweiten Vergleichbarkeit und eines einheitlichen qualitätssichernden Niveaus wurde zunächst ein Konzept erstellt, das zum einen Eckpunkte und Empfehlungen für die Entwicklung eines seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes und zum anderen einen Leitfaden zu deren Umsetzung enthält. Das Konzept wurde sodann Vertreter*innen des Städte- und Gemeindetages sowie des Landkreistages vorgestellt. Es wurde



allgemein gebilligt und die Landesregierung gebeten, nunmehr das Konzept auszuarbeiten.

Zielgruppe für die Entwicklung eines seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes sind die beiden kreisfreien Städte und die sechs Landkreise. Für die Umsetzung vor Ort sind die Städte, Ämter und Gemeinden zuständig.

Die Eckpunkte und Empfehlungen für die Entwicklung eines Seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes beinhalten nicht nur eine Ermittlung des Bedarfs an ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Räumlichkeiten für Menschen mit Behinderung, sondern sie berücksichtigen auch die Vielfalt der individuellen Lebensentwürfe von Senior*innen und sie sollen dazu beitragen, ihre Lebensbedingungen in den kommenden Jahren zu verbessern sowie die Daseinsvorsorge und ihre gesellschaftliche Teilhabe sicher zu stellen.


Bei der Identifikation der wesentlichen Handlungsfelder wurde neben Recherchen in anderen Ländern insbesondere der Abschlussbericht der Enquete-Kommission des Landtages „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ herangezogen. Im Ergebnis wurden folgende Handlungsfelder bestimmt:

1. Eine integrierte Orts- und Entwicklungsplanung,
2. Wohnen im Alter,
3. Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit,
4. Präventive Angebote,
5. Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe,
6. Betreuung und Pflege,
7. Unterstützung pflegender Angehöriger,
8. Angebote für besondere Zielgruppen,
9. Kooperations- und Vernetzungsstrukturen und
10. Hospiz- und Palliativversorgung.

Seniorenpolitik als Querschnittsaufgabe

Die Handlungsfelder verdeutlichen, dass Seniorenpolitik eine Querschnittsaufgabe ist.

Sowohl mit den Eckpunkten und Empfehlungen zur Entwicklung Seniorenpolitischer Gesamtkonzepte als auch mit dem Leitfaden zu deren Umsetzung will die



Landesregierung die Kommunen anregen, gemeinsam mit Verbänden, Unternehmen, anderen wichtigen Akteur*innen und Institutionen und vor allem mit den Senior*innen selbst ihre Konzepte an die Situation vor Ort anzuleichen, vorhandene Ressourcen auszuschöpfen und Maßnahmen zu entwickeln, die zu den örtlichen Gegebenheiten passen und entsprechend der örtlichen Möglichkeiten umgesetzt werden können.

Die Einrichtung von moderierten Arbeitsgruppen, die sich ganz gezielt einzelnen Themenbereichen widmen, sind dabei ganz entscheidend. In diesen Arbeitsgruppen sollten Politik und Fachebene sowie die wichtigen regionalen Akteur*innen wie Bürgermeister*innen, Seniorenvertretungen, Senior*innen, Leiter*innen von Einrichtungen, Vertreter*innen der Kirchen, der Wohlfahrtsverbände, Wohnungsbauunternehmen und weitere vor Ort aktive Organisationen vertreten sein. Ganz entscheidend ist, dass die in den jeweiligen Arbeitsgruppen entwickelten Maßnahmen regelmäßig evaluiert und falls notwendig modifiziert werden.

Bei der Entwicklung eines seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes brauchen die Kommunen nicht bei „Null“ anzufangen, vielmehr gilt es bereits vorhandene Ressourcen zu nutzen. Denn es gibt in den kreisfreien Städten und in den Landkreisen bereits zahlreiche Maßnahmen und Projekte, die sich gezielt an ältere Menschen richten und ihre Bedürfnisse sei es beim Wohnen, sich Versorgen, der Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten usw. berücksichtigen.

So hat zum Beispiel die Universitäts- und Hansestadt Greifswald für ihre Senior*innen das Seniorenkonzept 2015-2020 oder die Hansestadt Rostock ihre Handreichung „Älter werden in der Hansestadt Rostock“ erarbeitet, die vielfältige Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Hansestadt aufzeigen.

Auch das integrierte Stadtentwicklungskonzept der Hansestadt Stralsund aus dem Jahr 2002, das zuletzt im Jahr 2015 aufgrund der demografischen Entwicklung fortgeschrieben wurde, gehört dazu.



Wesentliche Handlungsfelder eines seniorenpolitischen Konzeptes

Die **integrierte Orts- und Entwicklungsplanung** sollte in den seniorenpolitischen Gesamtkonzepten ein wesentliches Handlungsfeld und Instrument sein. Sowohl die Bauleitplanung als auch die Verkehrsplanung können einen entscheidenden Einfluss darauf haben, ob Menschen im Alter in ihrem Zuhause wohnen bleiben, sich versorgen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Die Gemeinden haben es in der Hand, wie sie diesen Bereich gestalten.

Dazu gehört zum Beispiel:


- eine möglichst barrierefreie Gestaltung öffentlicher Räume,
- Sicherstellung der Versorgung mit den Gütern des täglichen Bedarfs,
- Sicherstellung von Dienstleistungen einschließlich der medizinischen Versorgung.

Wohnen im Alter

Das Wohnen zu Hause und das Wohnen bleiben im gewohnten Umfeld ist ein wesentliches Handlungsfeld in seniorenpolitischen Gesamtkonzepten. In den Landkreisen und kreisfreien Städten gibt es bereits eine Vielzahl von Angeboten. Sie reichen von Wohnberatung bis zu neuen Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen oder Mehrgenerationenhäusern.

Differenziert werden muss bei den Maßnahmen. Denn wenn es darum geht, Wohnen zu bleiben, richtet sich die Maßnahme an den Bestand. Geht es um Neubaumaßnahmen, wie zum Beispiel die Errichtung von Wohnungen in einer betreuten Wohnanlage, zielen die Maßnahmen auf einen Umzug.

Für die Umsetzung von alternativen Wohnangeboten durch Hauseigentümer*innen, Bauherr*innen, Investor*innen und Betreiber*innen ist es entscheidend, dass die Kommunen in ihren seniorenpolitischen Gesamtkonzepten den zukünftigen Bedarf und die dazu nötigen Angebote auf diesem Gebiet aufzeigen. Viele Senior*innen sind mittlerweile auf der Suche nach Alternativen zu ihrem bisherigen Wohnen. Alternative Wohnformen sollen ihre Wünsche im höheren Lebensalter nach Gemeinschaft erfüllen, ihnen Sicherheit, Unterstützung, Pflege und Betreuung für den Fall, dass sie hilfe- oder pflegebedürftig werden, geben. Wenn es darum geht,



älteren Menschen bei Einschränkungen ihrer Mobilität, bei Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankung zu ermöglichen, in dem ihnen vertrauten Umfeld zu verbleiben, ist das Vorhalten alternativer Wohnformen ein ganz wesentlicher Faktor.


Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit

Das Handlungsfeld **Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit** enthält viele Möglichkeiten für die Kommunen, den älteren Menschen den Zugang zu Versorgungseinrichtungen zu erleichtern und zu ermöglichen, ihnen eine fachliche Beratung anzubieten, um das für sie geeignete Angebot zu finden. So können entsprechende Veröffentlichungen in Amts- bzw. Gemeindeblättern erfolgen oder Informationsveranstaltungen angeboten werden. Ältere Menschen wollen inhaltlich informiert werden. Die Weitergabe von Adressen allein wird nicht ausreichen. In den Kommunen gibt es mittlerweile eine Reihe von Instrumentarien, die geeignet sind, das Informationsbedürfnis zu decken. So zum Beispiel die Pflegestützpunkte. Seit Juli 2015 bieten mittlerweile 18 Pflegestützpunkte an verschiedenen Standorten im Land interessierten und hilfebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen trägerunabhängige und kostenlose Beratung und Begleitung zum Thema Pflege an.

Betreuung und Pflege

Die **Pflegesozialplanung ist ein klassisches Handlungsfeld** für die Landkreise und die beiden kreisfreien Städte. Ursprünglich bezog sich Pflegesozialplanung in der Hauptsache auf stationäre Einrichtungen und somit auf die Anzahl notwendiger Pflegeplätze. Der politische Grundsatz „ambulant vor stationär“ hat dazu geführt, dass die Pflegesozialplanung einen anderen Stellenwert erhalten hat.

Das Handlungsfeld **„Betreuung und Pflege“** ist mittlerweile wesentlich komplexer und wird noch komplexer werden. Gegenwärtig gehören zu diesem Handlungsfeld zum einen die stationären Pflegeplätze und zum anderen die Versorgung der Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit durch ambulante Pflegedienste, Beratungsangebote in Form von Wohnberatung oder Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. Darüber hinaus gibt es Angebote wie Tagespflege, Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege, betreutes Wohnen, ambulant betreute



Wohngemeinschaften sowie verschiedene niedrigschwellige Angebote und Betreuungsformen.


Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe

Die immer älter werdende Gesellschaft, die Veränderungen der familiären Strukturen und die Zunahme von „Single-Haushalten“ sind Indikatoren, die das ehrenamtliche Engagement für und von Senior*innen zu einem wesentlichen Handlungsfeld machen. Ehrenamtliches Engagement findet lokal, das heißt in den Städten und Gemeinden und ganz besonders in den ländlichen Räumen, statt. Städte und Gemeinden sind deshalb die Ebene, an der ehrenamtliches Engagement ansetzen muss. Hier können vorhandene Ressourcen, wie zum Beispiel Ansprechpartner*innen in den Ämtern und Gemeinden, in Schulen und Kitas, Veranstaltungsräume und öffentliche Plätze genutzt werden.

Ein wichtiges Instrument für die Förderung und Weiterentwicklung des ehrenamtlichen Engagements ist die 2015 gegründete Stiftung für Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement in Mecklenburg-Vorpommern, kurz: Ehrenamtsstiftung. Mit der Stiftung sollen eine landesweite Vernetzung und ein landesweiter Austausch einschließlich des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit mit anderen Stiftungen im Land und über die Landesgrenzen hinaus erreicht werden.

Im Zusammenhang mit der Förderung des Ehrenamtes von Senior*innen kommt den Vereinen und Verbänden eine nicht unerhebliche Bedeutung zu. Um ältere Menschen gezielt auf ein bürgerschaftliches Engagement vorzubereiten, wird vom Landesring Mecklenburg-Vorpommern des Deutschen Seniorenringes e.V., als Bildungsträger eine speziell für Senior*innen entwickelte Weiterbildung angeboten. Im Rahmen des Projektes „Weiterbildung älterer Menschen für bürgerschaftliches Engagement“ wurden bisher 700 Senior*innen zur seniorTrainerin bzw. zum seniorTrainer qualifiziert. Unterstützt wird die Weiterbildung durch gezielte Angebote der im Land vorhandenen sechs seniorTrainer*innen-Agenturen.

Die seniorTrainer*innen engagieren sich in etwa 700 Projekten im Land und sind gleichzeitig Multiplikatoren für ehrenamtliches Engagement in Mecklenburg-Vorpommern.



Gesellschaftliche Teilhabe und bürgerschaftliches Engagement sind eng miteinander verknüpft. Die Übergänge sind fließend und klare Grenzen zu ziehen ist kaum möglich.

Kennzeichnend für die „Gesellschaftliche Teilhabe“ ist, dass bestehende Kontakte gepflegt und neue Kontakte geknüpft werden, um so die häufig im Alter zunehmende Vereinsamung zu vermeiden. Prägend sind Angebote aus den Bereichen Begegnung und Kommunikation. Dabei ist es hilfreich, wenn eine entsprechende Verkehrsinfrastruktur, insbesondere ein guter ÖPNV vorhanden ist. Denn dies sind wichtige Voraussetzungen für Begegnung und Kommunikation.

In vielen unserer Kommunen gibt es gute Angebote zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe von Senior*innen. Zu nennen sind hier Gemeinschaftseinrichtungen der Altenhilfe, Seniorenbegegnungsstätten, Freizeittreffs in den Wohngebieten sowie die Mehrgenerationenhäuser.

Vorgehensweisen und Instrumente der Entwicklung und Umsetzung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Bei der Entwicklung und Umsetzung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte stehen verschiedene Vorgehensweisen und Instrumente zur Verfügung:

Begonnen werden sollte mit einer **Ist-Analyse**, das heißt es erfolgt zunächst eine Zusammenstellung der örtlichen Bedarfe und Ressourcen. Sodann werden Leitlinien und Konzepte entwickelt. Es folgt die Festlegung eines Maßnahmenkatalogs und schließlich seine Umsetzung.

Die Broschüre*, in der die Eckpunkte und Empfehlungen für die Entwicklung eines seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes sowie der Leitfaden enthalten ist, wird im Juni 2019 erhältlich sein und kann auch online auf der Internetseite des Ministeriums für Soziales, Integration und Gleichstellung abgerufen werden.

**Weitere Informationen zu den Seniorenpolitischen Gesamtkonzepten des Landes Mecklenburg-Vorpommern erhalten Sie hier: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Soziales/Senioren/Seniorenpolitische-Gesamtkonzepte/>*



KONTAKT

Claudia Ring

Referatsleiterin 320 - Seniorenpolitik, freiwilliges Engagement, Heimrecht, Renten- und Unfallversicherung

Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung

Abteilung Soziales und Integration

Werderstr. 124

19055 Schwerin

Telefon: 0385 588 9320

E-Mail: claudia.ring@sm.mv-regierung.de

Internet: www.regierung-mv.de

3. Vorstellung Transferstelle Daseinsvorsorge

Johann **Kaether**, Jenny **Pöller** | Hochschule Neubrandenburg



Bild 7: Jenny Pöller, Johann Kaether

Die Transferstelle Daseinsvorsorge setzt sich für die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen an gesellschaftlichen Teilsystemen trotz zunehmender Herausforderungen im ländlichen Raum bei fortschreitendem Strukturwandel ein.

Die Transferstelle versteht unter wirkungsorientierter Daseinsvorsorge die Verknüpfung von o.g. Daseinsvorsorge mit Lebensqualität. Durch diese Verknüpfung entstehen Möglichkeiten selbstbestimmter Teilhabe von Menschen an der Gesellschaft und ihren Teilbereichen.

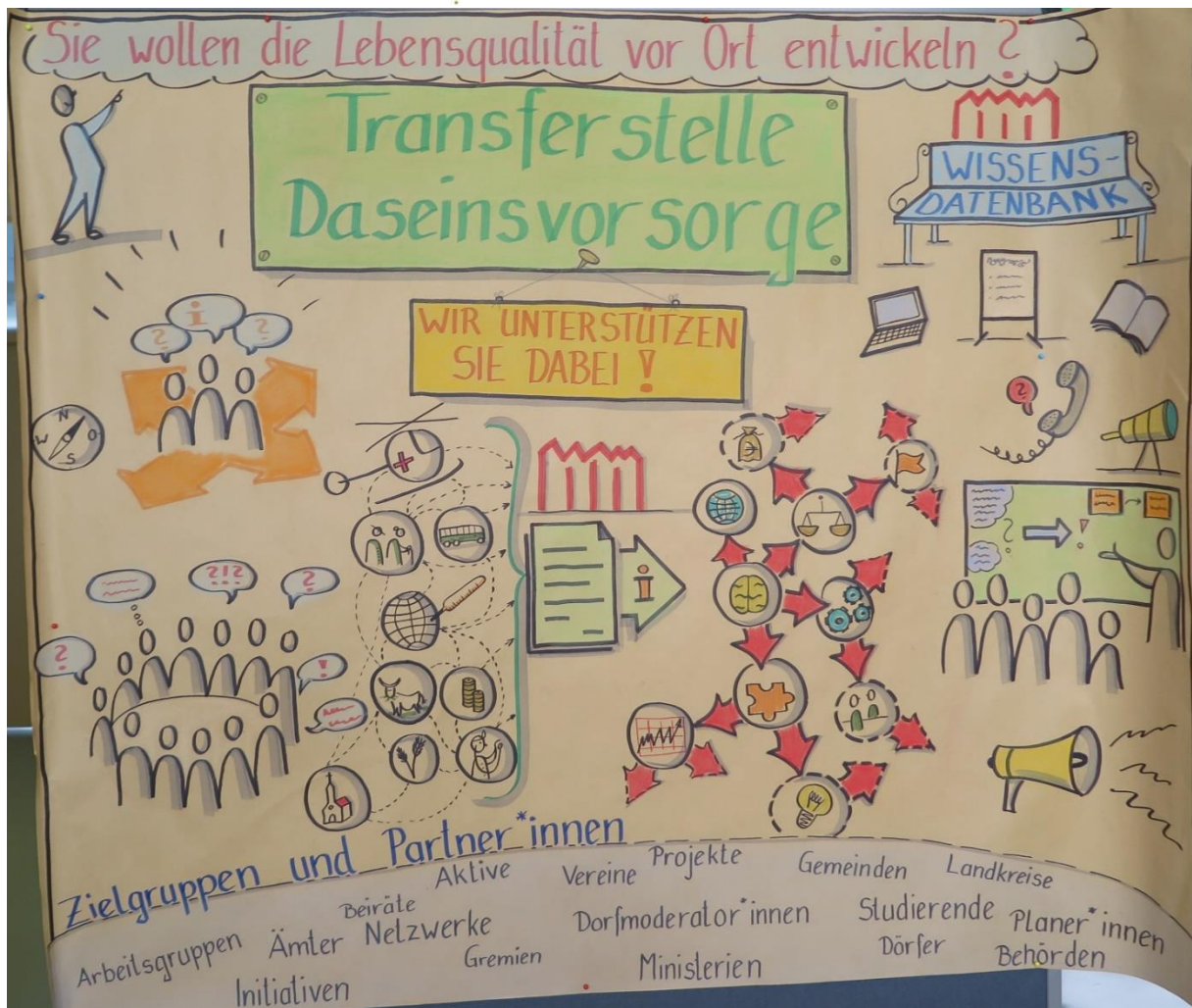



Bild 8: Transferstelle Daseinsvorsorge

Aufgaben

- Erkenntnisse und Wissen zu lokaler und regionaler Daseinsvorsorge zu sammeln und in die Region zu vermitteln,
- eine online-gestützte Wissensdatenbank mit Informationen zu lokaler und regionaler Daseinsvorsorge aufzubauen und zu pflegen,
- Literatur, Materialien (Leitfäden u.ä.) und gute Beispiele (Web-Seiten, Institutionen, Projekte) im Bereich Daseinsvorsorge systematisch zu sichten und aufzubereiten,
- aufbereitete Informationen als Basis von Transfer zu verwenden,
- Methoden und Instrumente integrierter Daseinsvorsorge- bzw. Pflegesozialplanung sowie bewährte Organisations- und Managementmodelle für und mit regionalen Partnern auf deren Kontexte



anzupassen, weiter zu entwickeln und bei der Umsetzung zu unterstützen und

- die Erkenntnisse der Reallabore „Mobilität“, „Leben im Alter“, „Familienbildung“ zu vervielfältigen.

Ziele

Die Transferstelle ist Schnittstelle und Anlaufpunkt. Wir verstehen uns als kompetente Ansprechpartner*innen und Wissensvermittler*innen in der Region.

Wie die Hochschule Neubrandenburg versteht die Transferstelle unter Transfer ihre Aktivitäten, die sich mit der Vermittlung, Anwendung und Generierung von Wissen und methodischen Kompetenzen ihrer Mitglieder, Kooperationspartner*innen in und mit Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Gesellschaft befassen.

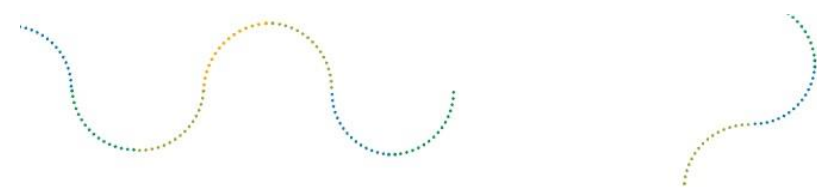
Bezugsraum ist vorrangig die Region, in der die Hochschule Neubrandenburg liegt. Überregionaler Wissenstransfer und Wissensaustausch werden damit jedoch nicht ausgeschlossen.

Die Transferstelle verfolgt folgende Hauptziele:

1. Orientierung und Qualifizierung für den Umbau und die Anpassung der kommunalen und regionalen Daseinsvorsorge an den demografischen Wandel,
2. Systematisierung von institutionellen, organisatorischen und rechtlichen Lösungen für neue Modelle der Daseinsvorsorge sowie
3. den Aufbau und die Verstetigung einer Transferstelle für kommunale und regionale Daseinsvorsorge und strategische Daseinsvorsorgeplanung an der Hochschule Neubrandenburg.

Zielgruppen und Partner*innen

- Mitarbeiter*innen und Planer*innen von Ämtern, Behörden, Landkreisen, Ministerien
- Beiräte, Gremien, AGs, Netzwerke
- Gemeinden/Dörfer, Dorfmoderator*innen
- Vereine/Initiativen
- Multiplikator*innen, aktive Akteur*innen in der Region

- 
- Projekte, Mitarbeiter*innen, Studierende der Hochschule

Themenschwerpunkte

- Daseinsvorsorgebereiche
- Lebensqualität in Region, Stadt, Dorf und Quartier
- Integrierte und strategische Planung
- Diskursive Prozesse
- Organisations- und Managementmodelle

Angebote

Beratung/Begleitung

- Themenspezifische Lernnetzwerke / Erfahrungsaustausch
- Teilräumliche Lernnetzwerke
- Modellvorhaben / „Reallabore“

Qualifizierung

- Gezielte Qualifizierung von Akteur*innen durch u.a. Fachinput, Planspiele, Online-Lehrmaterial/Lehrbriefe

Unterstützung

- Aktionen und Themenschwerpunkte (für ein oder zwei Jahre)

Kommunikation und Wissensvermittlung

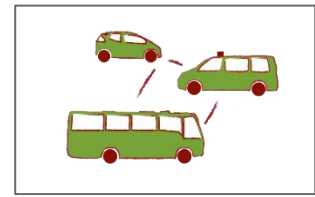
- Tagungen
- Workshops
- Webinare
- Experten*innendatenbank

Beispiele

- Pflegetisch Mecklenburgische Seenplatte
- AG Daseinsvorsorge des Landesfrauenrates

- Akteur*innen ländlicher Raum, Raumpionier*innen, Neulandgewinner*innen („Reisehandbuch“)
- Fokusregion Friedland
- Antragsberatung Land Mobil
- Modellregion „Smarte Mobilität Vorpommern Greifswald“
- UniDörfer (Grünow, Penkun, Penzlin, ...)

Kleine Städte Netzwerk Vorpommern



KONTAKTE

Transferstelle Daseinsvorsorge

Johann Kaether

Wissenschaftlicher Mitarbeiter - Fachbereich LG

Projekt "HiRegion - Hochschule in der Region" - Transferstelle Daseinsvorsorge

Hochschule Neubrandenburg - University of Applied Sciences

Brodaer Str. 2

17033 Neubrandenburg

Tel: 0395-5693-4703

E-Mail: transferstelle-dv@hs-nb.de | kaether@hs-nb.de

Internet: www.hs-nb.de

Jenny Pöller

Wissenschaftliche Mitarbeiterin - Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Projekt "HiRegion - Hochschule in der Region" - Transferstelle Daseinsvorsorge

Hochschule Neubrandenburg - University of Applied Sciences

Brodaer Str. 2

17033 Neubrandenburg

Telefon: 0395 569 355 10

E-Mail: transferstelle-dv@hs-nb.de | poeller@hs-nb.de

Internet: www.hs-nb.de |

4. Fachvortrag: Chancen integrierter Planungsansätze

Claudia Michelfeit | Institut für kommunale Planung und Entwicklung e.V.

(Die PowerPoint-Präsentation finden Sie im Anhang 3.)




Bild 9: Claudia Michelfeit

Integrierte Planungsansätze bieten für alle Beteiligten viele Chancen. Dennoch gibt es Herausforderungen, diese in den kommunalen Strukturen umzusetzen. So stellt sich unter anderem die Frage was wichtig ist bei der Umsetzung von integrierten Planungsansätzen und wie die Beteiligung von

Akteur*innen, Netzwerken und Initiativen an diesen Prozessen gelingen kann.

Was ist eigentlich integrierte Sozialplanung? Integrierte Sozialplanung hat die Entwicklung und Förderung eines inklusiven Sozialraums als Ziel. Es geht dabei um eine effiziente und transparente Steuerung von Sozialleistungen, die mit der Entwicklung einer bedarfsgerechten Sozial- und Bildungsinfrastruktur einhergeht. Integrierte Sozialplanung aktiviert und vernetzt lokale Akteur*innen. Sie bietet die Chance, Betroffene an den Planungsprozessen zu beteiligen. Sie ist eine Grundlage für die Förderung einer abgestimmten Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik. Dabei richtet sich integrierte Sozialplanung an Strukturen innerhalb der Verwaltung, an öffentliche und freie Träger bis hin zu den Betroffenen. Diese Zusammenarbeit der verschiedenen Ebenen realisiert sich in einem systematischen Dialog unterstützend und fördernd nach außen und im Ergebnis der Bedarfsermittlung, Evaluation und des Dialogs als Beratungsgrundlage für Entscheidungsprozesse auch nach innen. Hierbei geht Sozialplanung oft auch über das unmittelbare Themenfeld des Sozialen (Jugend, Alter, Gesundheit, Soziales etc.) hinaus.


Mit diesen Zielen erwächst für die integrierte Sozialplanung ein hoher Anspruch, der sich als Querschnittsaufgabe für Grenzen überschreitende Fachplanung und zur



Politikberatung mit folgenden Qualitäten auszeichnet: Integrierte Sozialplanung muss Bestandteil kommunaler bzw. regionaler Entwicklungskonzepte sein. Sie muss sozialräumlich, lebenslagen- und wirkungsorientiert angelegt sein. Um lokale, regionale oder auch überregionale Partner*innen miteinander zu vernetzen, gilt es für integrierte Planungsprozesse ein kooperatives Miteinander zu „leben“.

Wenn integrierte Sozialplanung lebenslagenorientiert ist, dann überwindet sie Funktions- und Hierarchiebarrieren und begreift die Lebenswelt der Betroffenen als Erfahrungszusammenhang. Häufig existieren heute noch „operative Inseln“ (Quelle: Kooperation in versäulten Strukturen nach Schubert; 2008), die sich aus der Überschneidung von Funktions- und Hierarchiebarrieren ergeben. Systemische Folgen dieser versäulten Struktur sind oft Doppelaktivitäten, Ressourcenverschwendung, ein fehlender Wissenstransfer bei Übergängen von einem in das andere System und mangelnde Ausschöpfung der Potenziale von Kooperationspartnern. Dr. Stephan Maykus (2009) spricht hier auch von einer „Delegation und Abschiebung“ der Probleme. Eine versäulte nicht integrierende Struktur hat aber auch lebensweltliche Folgen für die Betroffenen. Der Einzelne steht einer Vielzahl von „Teilzuständigen“ gegenüber. Er macht Erfahrungen von Beliebigkeit und Unverhältnismäßigkeit von Entscheidungen und wird bei den Übergängen vom einen in das andere (Hilfe)System oft alleingelassen. Inselentscheidungen führen nicht selten zu lebensweltfernen Lösungen. Maykus spricht hier von einer Ohnmacht in den Hilfestrukturen (2009).

Welche Chancen bietet nun die integrierte Sozialplanung? Integrierte Planung bietet die Möglichkeit, die Effektivität der Hilfssysteme zu erhöhen und damit durch passgenauere Angebote wirksamer zu unterstützen. Integrierte Planungsprozesse können vorhandene Ressourcen bündeln, indem sie z. B. für einzelne Fachplanungen einheitliche Daten verwenden. Die Abstimmung von Schwerpunkten für ein gemeinsames Wirken können positive Entwicklungen zielgerichtet vorantreiben. Kommunale Akteur*innen, Fachkräfte und Adressat*innen können an der Entwicklung der einzelnen Kommune oder auch der Region teilhaben. Durch effektive Steuerung der Maßnahmen können sich freie Ressourcen z. B. für die Präventionsarbeit ergeben. Es geht darum, die Infrastruktur sowohl zu erhalten, als auch an neue Herausforderungen anzupassen. Letztendlich



dienen partizipative integrierte Planungsprozesse zugleich dazu, die Demokratie zu stärken und Integration zu ermöglichen.

Um dies zu erreichen, bedarf es für die integrierten Sozialplanungsprozesse einer politischen Verankerung und Legitimation. Dabei steht die Stärkung des Prozessgedankens gegenüber dem Strukturgedanken in den Planungsprozessen im Mittelpunkt. Sozialplanungsprozesse benötigen differenzierte Ziele und darauf abgestimmte Strukturen mit (möglichst) qualifizierter Personalkontinuität. Es geht um eine Fokussierung der Bedarfsorientierung parallel zum Blick auf die Angebote. In den Prozessen müssen Ressourcen für die Operationalisierung und Implementierung der Vorhaben eingeplant sein. Für die Planungsprozesse werden das Wissen und die Ressourcen unterschiedlicher Akteur*innen benötigt. Eine Herausforderung besteht darin, ein gutes Informationsmanagement und Transparenz der Planungsprozesse gegenüber den Beteiligten zu gewährleisten. Fehlende Kenntnisse zur Netzwerkidee und zum Netzwerkmanagement sollten überwunden und Ansätze zur Überzeugung der Akteure vor Ort von Beginn an mitgedacht werden. Für diese Beteiligungsprozesse bedarf es einer Methoden- und Prozesskompetenz bei den Fachkräften. Beteiligung sollte dabei immer adressatenorientiert, angemessen und bezahlbar sein. Beteiligungsziele und -grenzen müssen definiert sein. Dann werden gemeinsam getroffene Entscheidungen hohe Akzeptanz finden und die Verbindlichkeit der Entscheidungen im Rahmen von politischen Entscheidungsprozesse fördern.

KONTAKT

Claudia Michelfeit

Vorstand

Institut für kommunale Planung und Entwicklung e.V.

Anger 10

99084 Erfurt

E-Mail: *claudia.michelfeit@ikpe-erfurt.de*

Internet: www.ikpe-erfurt.de

5. Vertiefungsworkshops integrierter Planungsansätze in der Praxis

5.1 Pflegesozialplanung

Prof.in Dr.in Steffi **Kraehmer**, Prof. Dr. Stefan **Schmidt** | Hochschule Neubrandenburg

(Die PowerPoint-Präsentation finden Sie im Anhang 4.)

An dem Workshop haben ca. 25 Teilnehmende teilgenommen. Diese sind beruflich in verschiedenen Bereichen zu verorten: Verantwortliche für Daseinsvorsorgeplanungen aus den Landkreisen, kreisfreien Städten und Kommunen, Mitarbeiter*innen von Freien Trägern und der öffentlichen




Bild 10: Prof. Dr. Schmidt und Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer

Verwaltung und Studierende der Hochschule Neubrandenburg.

Ziel des Vertiefungsworkshops war es, zum einen das Konzept der Pflegesozialplanung als Planungsprozess vorzustellen, Chancen, Erfolgsfaktoren und Hindernisse zu beschreiben und mit den Teilnehmer*innen darüber in die Diskussion zu kommen. Zu Beginn des Vertiefungsworkshops wurde der Ansatz der integrierten Pflegesozialplanung für Mecklenburg-Vorpommern vorgestellt: nämlich auf der Grundlage der rechtlichen Verpflichtungen, die bestehenden Strukturen und Angebote der pflegerischen Versorgung: Bedarfe für die Zukunft zu ermitteln, im Hinblick auf die derzeitige und zukünftige Bedarfsgerechtigkeit zu bewerten und gemeinsam zu gestalten.

Einen Planungsprozess integriert und partizipativ zu gestalten bedeutet:


- Gestaltung und Steuerungsverantwortung für die örtlichen Rahmenbedingungen für das Älterwerden über Ressortgrenzen hinweg

- 
- Verändertes Kompetenz- und Rollenverständnis in den Kommunen
 - Bedeutung von Netzwerken und Bündelung von Handlungsspielräumen (Koordinierungs- und Moderationsfunktion)
 - Aufbau lokaler Strukturen für eine geteilte Verantwortung und Verantwortungsgemeinschaften
 - Aufbau und Nutzung lokaler Ressourcen (oft fehlender finanzieller Spielraum der Kommunen)
 - Entwicklung einer Vielfalt von Lebens- und Engagementformen und Stärkung der Mitgestaltungskompetenz

Kraehmer und Schmidt stellen die Ergebnisse eines intensiven, kooperativen und konstruktiven Diskussionsprozesses von 2014 bis 2018 vor: Den Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung. Dieser bietet handhabbaren inhaltlichen und methodologischen Rahmen. Er beinhaltet: einen Berichtsstandard als Handreichung für alle Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern; ein Planungsinstrument (UnIPs) mit dem Indikatorensatz, den abgestimmten Zielbeschreibungen der Indikatoren und der Datenverfügbarkeit, ein Kennziffernmanagement und eine Handhabung für die Ermittlung von Bedarfsprognosen und der Bestimmung von Zielwerten um vergleichbare und kompatible Aussagen treffen zu können.

Zukünftiges Ziel für Mecklenburg-Vorpommern sollte dabei sein:

Zur Umsetzung einheitlicher Qualitätsstandards der pflegerischen Versorgungs- und Angebotsstruktur sollte es in M-V zukünftig eine abgestimmte Planung geben, die gemeinsame Zielstellungen verfolgt: Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ vor Ort – Entwicklung neuer Angebotsformen, Berücksichtigung der Kleinteiligkeit und Raumbezogenheit der Pflegesozialplanung, Schaffung integrierter Versorgungsangebote (Quartiersentwicklung und Pflege in nächster Nähe), Entwicklung und Förderung des freiwilligen Engagements und Kooperation und Partizipation in Netzwerken, deren Kern die Kommunen, Wohnungsunternehmen, Pflegestützpunkte, soziale Dienstleister*innen, Bürger*inneninitiativen u. a. m. bilden.



Auf dieser Grundlage entwickelte sich im Workshop eine anregende und konstruktive Diskussion über die Übergänge von öffentlichem Raum und privater Sphäre – und um die Beteiligung der Bürger*innen zu ermöglichen, müssen die Rahmenbedingungen gestaltet werden, das ein tatsächliche Beteiligung möglich wird – aber keine Verantwortungsverlagerung darunter verbunden werden soll – sondern vor allem auch eine Anerkennung und Förderung der Bürger*innen; sowohl was ihre Sorgeleistungen angeht als auch ihrer Rolle als Gestalter*innen und Mitgestalter*innen im lokalen Raum.

Diskutiert wurde nach den Ausführungen vor allem folgende Fragestellungen:

- Wie werden die Generationen zukünftig zusammenleben können?
- Welche Formen des Zusammenlebens wird es geben?
- Sind wir als Gesellschaft überhaupt auf diese Veränderungsprozesse vorbereitet?
- Insbesondere die am Workshop teilnehmenden Studierenden brachten dieses Thema in die Diskussion ein und regten an eine Fortsetzung des Themas in einer Folgetagung in nächster Zukunft an.

Begegnung zwischen den Generationen: das Wissen der Generationen der älteren Generation über die jüngere Generation und umgekehrt spielt im Alltag von jungen Menschen kaum mehr eine Rolle. Unsere Gesellschaft bietet im Alltag wenig Berührungspunkte zwischen den Generationen, wenn diese nicht durch verwandtschaftliche Beziehungen aufrechterhalten werden. Das trifft auch für das Thema Leben im Alter zu.

Betont wurde in der Diskussion der notwendige Dialog zwischen den Generationen und nicht einen Macht- und Verteilungskampf um die Ressourcen.

Es würden erste Überlegungen diskutiert die Generationen einzuladen und über ihre Vorstellungen vom Alter nachzudenken und miteinander ins Gespräch zu kommen.

5.2 Teilhabeplanung

„Chancen Integrierter Planungsansätze – Teilhabeplanung“

Prof.in Dr.in Petra **Gromann** | Hochschule Fulda

(Die PowerPoint-Präsentation finden Sie im Anhang 5.)

Teilhabeplanung – das bedeutet, dass es um die Planung für Menschen mit Beeinträchtigungen / Behinderungen geht. Es geht um Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen, um Menschen mit Beeinträchtigungen durch eine psychische oder Abhängigkeitserkrankung, um Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit sogenannten geistigen Behinderungen und oder komplexen Beeinträchtigungen.

Teilhabe – in der englischen Ursprungsversion der UN-Behindertenrechtskonvention auch als „participation“ benannt – ist handlungstheoretisch zu verstehen: Es geht um Verwirklichungschancen und nicht um Kompensation.

Verwirklichungschancen für Menschen mit Beeinträchtigungen setzen Unterstützungsleistungen voraus. Nicht nur die Umsetzung, sondern auch die Planung von Unterstützung benötigt Barrierefreiheit, damit Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen ihre Rechte, wie alle anderen Menschen umsetzen können, so selbständig leben können, wie gewünscht wird und überall dabei sein können.

Barrierefreiheit bedeutet folglich für Behörden, Dienste und Einrichtungen, dass sich ihre Unterstützung und damit auch die Bedarfsermittlung/ Gesamt- und Teilhabeplanung an den Teilhabezielen von Menschen mit Beeinträchtigungen ausrichtet. Verwirklichungschancen und Teilhabe sind nicht normativ von Seiten der Fachkräfte zu bestimmen.

Das Bundesteilhabegesetz unterstreicht das handlungstheoretische Verständnis von Teilhabe: Im Gesamtplan/Teilhabeplan, der die Grundlage der Ansprüche und ihrer Finanzierung im Rahmen der Eingliederungshilfe (im Folgenden EGH genannt)




Bild 11: Plenum

darstellt, muss sich die Umsetzung der Unterstützung an den Wünschen und Zielen der Menschen mit Beeinträchtigung orientieren (Vgl. dazu § 13 BTHG). Es werden „Hilfen wie aus einer Hand“ angestrebt - was bedeutet, dass eine verbindliche Integration verschiedener Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe (aus den Bereichen Unterstützung im Wohnen, Pflege, Arbeit/Beschäftigung, soziale Teilhabe) erfolgen soll. Weiter ist auch eine verbindliche Einbeziehung von Sozial-, Gesundheits- und ggfs. Pflegeversicherung und Jugendamt, wie auch der ehemals vorrangigen Rehabilitationsträger Bundesagentur für Arbeit, Krankenkassen, Rentenversicherung u.a. je nach den Bedingungen des einzelnen Antragstellenden vorgesehen.

Der § 13 BTHG / SGB IX gibt folglich die integrative Planung von Unterstützungsleistungen vor und fordert als Grundlage dafür gemeinsame Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§13). In Absatz (1) heißt es „zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente)“ und unter (2) 3. wird ausgesagt, was diese Instrumente leisten sollen „welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und 4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind“².

² Sozialgesetzbuch (SGB IX), Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen




In der Regel werden die Gesamtplanungen/Teilhabepanungen im Bereich der EGH vom Träger der Eingliederungshilfe verantwortet (landesrechtlich festgelegt örtlich, d.h. Landkreise oder kreisfreie Städte oder überörtlich).

Diese Verantwortung für eine integrative Planung beinhaltet die Steuerung und Abstimmung der Leistungen, die Wirkungskontrolle (über Teilhabeziele) und Dokumentation des Teilhabeprozesses, einschließlich der Festlegung einer Zeitdauer der Planung („Laufzeit“). Erforderlich ist ein digitalisiertes Instrument, das den Prozess der Planung berücksichtigt (Ausgangslage, Ziele, was muss berücksichtigt werden – Ressourcen und Barrieren – die Abstimmung des Vorgehens, und nach dem Zeitraum eine Bewertung/Auswertung des Prozesses). In diesem vorgeschriebenen integrativen Planungsprozess hat die EGH sowohl die Verantwortung für die Beteiligung anderer Leistungsträger wie vor allem für die Beteiligung von Leistungsberechtigten und deren Vertrauenspersonen.


Angesichts der Personalausstattung (quantitativ wie qualitativ) wird dieser Prozess wahrscheinlich verkürzt – praktisch wird dann lediglich der Zugang zu den Leistungen festgelegt (besteht eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung?) und das dokumentiert, was an (hoffentlich gedeckelt verhandelten) Leistungen vor Ort überhaupt verfügbar ist und konzeptionell von Trägern angeboten wird. Insbesondere bei einer örtlichen Zuständigkeit der EGH kommt hinzu, dass die Umsetzung des BTHG wahrscheinlich auch Auswirkungen auf die Jugendhilfe hat, explizit für alle heilpädagogischen Leistungen, die nicht als integrierte Frühförderung erbracht werden und für alle Assistenzen/Begleitpersonen für Kinder mit Beeinträchtigungen im Rahmen von Schulen – ggfs. auch Kitas. Mit dem BTHG ist die Zuständigkeit für Kinder und Jugendlichen mit (drohenden) Beeinträchtigungen bestätigt, die Zuständigkeit gilt auch neu für Kinder und Jugendliche mit Eltern, die eine wesentliche Beeinträchtigung haben. (Vgl. dazu § 4 (4) BTHG)

In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Thüringen und Hessen wird derzeit der Integrierte Teilhabepan (im Folgenden ITP genannt) genutzt bzw. eingeführt. Der ITP versucht explizit einen integrierten Planungsansatz umzusetzen. Der wesentliche Anspruch des ITP ist zum einen „horizontal“ – d.h. in der Planung von Unterstützungsleistungen werden alle für Leistungsberechtigte



wichtigen Leistungen zusammengedacht (die Systematik wird entsprechend auch für Kinder und Jugendliche umgesetzt, bei denen die Sorgeberechtigten/Eltern verbindlich zu beteiligen sind). Zum anderen versteht sich der ITP auch als „vertikal“ integrativ – d.h. das in einem Instrument die Ebene Einzelfall – Planung Arbeitsteilung Leistungserbringung (Fachkräfte, selbstorganisierte Assistenz, Sozialraum), Dokumentation der verschiedenen Ansprüche an Leistungsträger – wie auch die anonymisierte Aggregation von Daten für eine regionale Planung umgesetzt werden kann.


Ein integratives Planungsinstrument bewegt sich in Konfliktfeldern. Dabei sind sehr unterschiedliche Interessen im Spiel. Fachkräfte der EGH erwarten ein „gerichtsfestes“ und kompatibles Instrument, das nahtlos in einer Bewilligungs- bzw. Finanz-EDV abgebildet wird. Angesichts der knappen Ressourcen der Behörde ist eigentlich ein Instrument nötig, das eine einfache, kausale Logik (wenn Beeinträchtigung X, dann Leistungspaket Y) verfolgt und wenig Verantwortung und Zeit der feststellenden Fachkraft beinhaltet. Der mit dem BTHG vorgeschriebene Aufwand mit den Antragstellenden muss bei drohender Überlast minimiert werden, ebenfalls der Aufwand für Koordinationsaufgaben des vorgeschriebenen Casemanagements. Steuerungsaufgaben werden möglichst auf die Leitungsebenen zentral verlagert und können dann nur über allgemeine Kostendämpfung betrieben werden. Fachkräfte der Leistungserbringer erwarten insbesondere eine Sicherung der bisherigen Finanzierung und eine Anerkennung, dass sie mit schwierigen und anspruchsvollen Adressat*innen zurechtkommen. Das Instrument sollte möglichst unkonkret in Bezug auf die Umsetzung sein, weil dies sonst Organisationsroutinen und Konzeptionen potentiell bedroht. Eine Verantwortung für die „Teilhabewirkung“ der eigenen Leistung wird abgelehnt, da Umstände, (Personal-)Ausstattung und die Adressat*innen für Wirkungen verantwortlich seien. Es gibt gleichzeitig ein hohes Interesse und eine hohe Kränkbarkeit in Bezug auf die bisher allein verantwortete Planung der Unterstützung. Das Argument der „selbstbeschafften Leistungen“ erscheint Leistungserbringern zynisch, das bisher von einigen Trägern betriebene System von „viel hilft viel“ und „je dramatischer Vorgeschichte und Beeinträchtigung geschildert werden, desto bessere Finanzierung“ scheint durch das BTHG gefährdet.



Die Adressat*innen – Menschen mit Beeinträchtigungen – erwarten Beteiligung, Zeit, um angehört zu werden. Sie erwarten Unterstützung bei der Erarbeitung von Zielen, Selbstbestimmung, auch im Hinblick auf gewonnene Sicherheit nicht aufgeben zu müssen, Transparenz des Verfahrens und Dialog bei der Planung und Festlegung der Unterstützungsleistungen. Wenn einmal die Erfahrung von Selbstwirksamkeit gemacht wurde, will man nicht bloß bei der Feststellung einer Teilhabe-beeinträchtigung beteiligt werden. Angesichts dieses noch wesentlich komplexeren Spannungsfeldes (ausgelassen sind hier die örtlich/sozialräumlichen Interessen, die Interessen von Angehörigen/gesetzlich Betreuenden) könnte man für die Unterstützungspraxis folgern: Wahrscheinlich gibt es kein Instrument, das diese Ansprüche erfüllt und noch kurz und übersichtlich ist. Sollte nicht lieber alles „offen“ d.h. in einem Freitext aufgeschrieben werden? Dagegen spricht, dass sich in offenen Verfahren die jeweiligen Machtverhältnisse durchsetzen und insbesondere die Rechtsposition und die verbindliche Beteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Schritten der Planung in Gefahr geraten. In offenen Verfahren bestätigt sich das „Fürsorgesystem“, in denen die Professionellen ihre jeweilig unterschiedlichen Interessen aushandeln. Veränderungsimpulse zum jetzigen Leben in professionell gestalteten Sonderwelten sind nicht zu erwarten, das Fortbestehen der Versäulung der Leistungen (wir sind nur zuständig für...) ist zu erwarten, da der Anspruch und der Zwang zu einer integrativen Planung aufgegeben werden. In offenen Verfahren macht der zuständige Leistungsträger am besten langfristig alles, dann braucht er nichts zu koordinieren und abzustimmen und am besten vergibt man Unterstützungsleistungen nur an eine Organisation, die sich dann um alles kümmert („Anstaltsprinzip“).

Integrative Planungsinstrumente müssen folglich verstören und einen Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Interessen darstellen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Voraussetzungen aus der Sicht der Adressat*innen:


Instrumente müssen Handlungsoptionen vorsehen, das heißt, dass sie auch selbständig – zumindest teilweise – zu bearbeiten sind. Der Kern einer Planung – Ziele und Anzeiger, wer unterstützt mich wo und wann – sollten als Kurzversion verfügbar sein, das gesamte Instrument auch in leichter Sprache. Wenn das Instrument nicht als Gesprächsleitfaden für eine Projektplanung verstanden wird und die einzelnen Bewilligungszyklen nicht Erfahrungslernen und kontinuierliche



Verbesserung umsetzen, wird die Chance von Teilhabe vertan. Faktisch bedeutet dies auch, dass die unabhängigen Beratungsstellen sich an Gesamtplanungen als Vertrauenspersonen beteiligen. Die Leistungsform von persönlichem Budget muss bereits in der Planung berücksichtigt werden, sonst wird das Recht, auch nur Teile von Unterstützungsleistungen auch selbst zu organisieren, verwehrt.

Die Vereinbarung von konkreten Teilhabezielen für die Lebensbereiche ist sicher eine der schwierigsten Aufgaben der Planung. Unterstützung von Antragstellenden sollte verfügbar sein, leichte Sprache, unterstützte Kommunikation, Methoden persönlicher Zukunftsplanung, die „TeilhabeKiste“ (Vgl. dazu <https://www.bagfw.de/qualitaet/wie-misst-man-teilhabe-in-der-eingliederungshilfe>) helfen hier methodisch. Dabei muss die Gestaltung des Instrumentes die Standardisierung und Normativität von „smarten“- nur durch Fachkräfte passend formulierten Zielvereinbarungen erschweren und dies auch in einem Manual thematisieren.


Die vom BTHG zur Ermittlung der wesentlichen Teilhabebeeinträchtigungen vorgeschriebenen ICF-Beschreibungen (Kodes) müssen in allen Dimensionen berücksichtigt werden (körperliche Strukturen und Funktionen - auch mentale -, Aktivitäten und Teilhabe, Umfeld/Umwelt und persönliche Faktoren), weil sonst die Wechselwirkungen von Person und Umwelt als biopsychosoziales Modell ganzheitlicher Planung wieder verkürzt wird. Es sollten für die Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten in jedem Prozessschritt Freifelder vorhanden sein, diese sollten jedoch präzise Stichworte in der Dokumentation verlangen (keine biographischen Narrative, die sowohl Betroffene stigmatisieren als auch die Datenschutzgrundverordnung verletzen). Das Prinzip, dass nicht das Ausmaß einer Beeinträchtigung die Leistung begründet, sondern der Umfang der geplanten Leistungen für die Umsetzung der Ziele ist wesentlich. Dabei müssen auch die Voraussetzungen für Teilhabeleistungen mit abgebildet werden können, damit eine einzelfallbezogene, funktionale Abgrenzung der Pflegeleistungen sinnvoll eingeschätzt werden kann und das Prinzip einer integrativen Planung aller notwendigen Leistungen umgesetzt wird.



Die sozialräumlichen Hilfen sind so abzubilden, dass auch SGBIX Leistungen daraus abgeleitet werden können (Beispiel: Schulbegleitung). Vor allem aber muss ein integratives Instrument Vereinbarungen zu Art und Umfang der Erbringung treffen und diese dann zusammenfassend in einer Übersicht darstellen. Der Anspruch, ein Instrument für alle Ebenen zu sein (Person, Fachkräfte, Organisationen der Leistungserbringer*innen, Leistungsträger, aggregierte regionale Planungsgrundlage) ist nur unter dem Primat der ausgehandelten Teilhabeziele der Menschen mit Beeinträchtigungen umzusetzen und bedeutet die Umsetzung eines Dienstleisterprinzips Sozialer Arbeit bei Behörden und Erbringern. Integrative Instrumente müssen dabei auch EDV kompatibel sein, sie müssen nur gering normativ ausgestaltet werden, um Individualität abzubilden und vor allem keine automatischen kausalen Verknüpfungen herstellen. Dies würde die Dokumentation eines gemeinsamen Gesprächsprozesses ad absurdum führen. Datenverarbeitung hat hier die Funktion, Übersicht zu komplexen Prozessen herzustellen, Vorgaben sollten als „Checklistenprinzip“ verstanden werden und nur dann ausgefüllt werden, wenn Sie für den Einzelfall Bedeutung haben.

Die Bedeutung der Abbildung und Unterstützung sozialrechtlicher Vorgaben ist noch wichtig: ICF-Orientierung, enge Zeitfenster zur Feststellung der Zuständigkeit bei Neuanträgen, Angaben zur verbindlichen Berichterstattung BTHG u.v.a.m. Voraussetzung solcher integrativen Instrumente sind landeseinheitliche Bedarfsfeststellungsverfahren. Eine Verknüpfung der Planungsergebnisse mit Finanzierung muss hergestellt werden, die Finanzierungsgrundlagen in den Rahmenverträgen sollten flexible Leistungen unabhängig vom Ort und Träger der Einrichtung sicherstellen. Vielfältige Spannungsfelder entstehen schon bei der Trennung der Grundsicherung von den Kosten der Maßnahmen, Übergangsregelungen stehen in der Gefahr der Umbenennung stationärer Leistungen, es gibt unterschiedliche Zeitperspektiven der Leistungsträger.

Eine Umsetzung integrativer Planung kann nur im Rahmen öffentlicher Verantwortung stattfinden. Die Erarbeitung und Evaluation von integrativen Instrumenten benötigt paritätische Steuerungsgremien auf Landesebene, hier ist




auch die Beteiligung der Selbsthilfe vorzusehen. Bundesweit gelingt dies nur, wenn die jeweiligen Sozialministerien einen Interessenausgleich moderieren³.

Auf dem Hintergrund der regionalen Verschiedenheiten in jedem Bundesland, die auch historisch unterschiedliche Verwaltungsstrukturen und Verwaltungstraditionen hervorgebracht haben (Kameralistik/New Public Management/...) werden Behördenmitarbeiter*innen neben den weiterbestehenden Bewilligungs-, Kostenübernahme- und verwaltungstechnischen Aufgaben durch das BTHG erheblich aufgewertet: Sie werden zu koordinierenden, moderierenden, einschätzenden und aushandelnden Fachkräften, wie zu qualitativen Fachbehörden, die fachliches Casemanagement umsetzen, die Beratungs-Kommunikations- und Moderationskompetenzen haben, die sie mit Menschen mit Beeinträchtigungen im Dialog umsetzen.

Wie steht es jetzt aber mit dem Anspruch, auch regionale Planung mit der anonymisierten und aggregierten Auswertung von Planungsinstrumenten zu machen? Es sind extrem unterschiedliche Ausgangslagen der Versorgungsrealität von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Regionen festzustellen – und diese Unterschiedlichkeit betrifft nicht nur die klassische Stadt/Landdifferenz. Bei integrierter regionaler Teilhabeplanung geht es nicht nur um quantitative, sondern wesentlich auch um qualitativ vergleichbare Kennziffern. So ist die Ausgangslage der Teilhabesituation in der Region festzustellen: Wieviel Anteil an privatem Wohnen von erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf die Gesamtbevölkerung ist möglich, wieviel Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung außerhalb von Einrichtungen, wieviel gebürtige Menschen mit Beeinträchtigungen leben außerhalb der Region, wieviel Menschen von außerhalb leben/arbeiten in EGH finanzierten Einrichtungen in der Region. Zu ergänzen ist dies durch Zielvereinbarungen in Bezug auf gelingende Teilhabemaßnahmen, Größe der sozialen Netze, Anteile selbstorganisierter Unterstützung und zu beziehen auf spezifische Beeinträchtigungsformen und Lebenslagen. Die Zukunft regionaler Planungsprozesse kann dann ein gemeinsames Monitoring der regionalen Situation sein. Die qualitativen Daten können auf der Basis anonymisierter ITPs gewonnen werden.

³ Vgl. dazu PPT Vertiefungsworkshop Prof.in Dr.in Petra Gromann



Eine optimistische Prognose stellt dann die zu erwartende Wirkung dar: Es gelingt mit Hilfe integrierter Planung individuell passende Lebensverhältnisse herzustellen und eine Flexibilisierung der Unterstützungsleistungen der EGH zu erreichen. Wenn die Landesrahmenvereinbarung dies stützt, werden lebenswerte und teilhabeorientierte Nachbarschaften zunehmend umgesetzt. Die regionale „Sozial“wirtschaft bietet flexible, integrierte und auf die Region angepasste Unterstützungsleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und vernetzt sich auch mit anderen Bereichen der Versorgung im Alter wie den Bildungs- und Erziehungsangeboten für Kinder.

Quellenangaben: Beispielhaft für Integrierte Teilhabepläne:

www.ksv-mv.de/fileadmin/download/Sozialhilfe/Projekt_einh_Hilfeplanung/ITP_M-V/ITP_M-V_Grundbogen_12-2017.pdf

<https://www.ksv-sachsen.de/menschen-mit-behinderung/antraege-formulare/itp-sachsen>

<https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html>

<https://www.bagfw.de/qualitaet/wie-misst-man-teilhabe-in-der-eingliederungshilfe>

KONTAKT

Prof.in Dr.in Petra Gromann

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda

Telefon: 0661 9640-226

E-Mail: petra.gromann@sw.hs-fulda.de

Internet: <https://www.hs-fulda.de/>

5.3 Regionalplanung

„Integrierte Planungsansätze in der Praxis Regionalplanung und Regionalentwicklung“

Prof. Dr. Peter **Dehne**, Johann **Kaether** | Hochschule Neubrandenburg

(Die PowerPoint-Präsentation finden Sie im Anhang 6.)



Bild 12: Prof. Dr. Peter Dehne

Der Workshop wurde geleitet und moderiert von Prof. Dr. Peter Dehne und Johann Kaether. Die ca. 15 Teilnehmende sind beruflich in verschiedenen Bereichen zu verorten: der Regionalplanung, der Kreisentwicklung, der Jugendhilfeplanung und integrierten



Bild 13: Johann Kaether


Sozialplanung verschiedener Landkreise in MV, einem Geodatenbüro sowie den Landfrauen MV.

Ziel des Vertiefungsworkshops war es, Chancen, Erfolgsfaktoren und Hindernisse integrierter Planungsansätze in der Regionalplanung und Regionalentwicklung zu diskutieren.

Ausgangsthese von Dehne und Kaether für den Vertiefungsworkshop war es, dass Integration in der Regionalplanung und Regionalentwicklung vor allem durch Kooperationen und Kommunikation erfolgt. Hinzu kommt eine gemeinsame Datengrundlage z.B. über ein Geografisches Informationssystem (GIS), um den Kommunikationsprozess auf eine gemeinsame Wissensbasis zu stellen.

Sie stellten zunächst ein Modell von fünf wichtigen Elementen bei integrierter Planung und Entwicklung vor. Diese sind:

- Wissen/Daten (z.B. gemeinsame digitale Wissensdatenbasis),

- 
- Menschen/Akteure (z.B. breite Spektrum an Akteuren und Beteiligung von Anfang an, Rollenaufteilung),
 - Prozesse/Kommunikation (z.B. Ablaufstruktur, Flexibilität),
 - Strategie/Konzept (z.B. Dokument, in dem die Ergebnisse festgehalten sind, Leitfaden für das weitere Handeln),
 - Umsetzung/Projekte (z.B. konkrete Maßnahmen, um die Ziele plastischer zu machen und Akzeptanz in der Region zu befördern).

Diese Elemente stehen in unterschiedlichen Beziehungen zueinander. Integration ist sozusagen als Hintergrundfolie zu begreifen und spielt i.d.R. in allen Elementen eine Rolle.


Dehne und Kaether berichteten zunächst über Erfahrungen zum Themenbereich, die sie im Laufe der Jahre in verschiedenen Modellvorhaben gesammelt haben.

Zwischen 1999 – 2001 wurden in einem Forschungs- und Entwicklungsvorhaben in Kooperation mit dem Regionalen Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte und mit Unterstützung des Umweltbundesamtes Erfahrungen mit regionaler Kooperation aus der Modellregion sowie aus anderen Regionen bundesweit sowie international ausgewertet und ein „Managementleitfaden für regionale Kooperation“⁴ erarbeitet. Drei besonders wichtige Faktoren wurden seinerzeit herausgearbeitet:

- die Menschen, die sich als Einzelperson oder Mitglied einer Institution für die regionale Entwicklung engagieren und über die dafür erforderliche Umsetzungskompetenz verfügen,
- das Konzept, das auf die regionale Situation zugeschnitten ist und von den regionalen Akteuren auch mitgetragen und umgesetzt wird sowie
- der Prozess, d.h. die im Rahmen der Kooperation entwickelten Strukturen, Abläufe und Verfahren, das Prozess- und Projektmanagement.

In Unterkapiteln wird jeweils auf Stolpersteine, gute Beispiele, Checklisten, Tipps und weiterführende Informationen eingegangen.

⁴ Schmidt, Elfriede; Kaether, Johann; Behrens, Hermann und Dehne, Peter (2002): Managementleitfaden für regionale Kooperation. Berlin. Umweltbundesamt (Hrsg.). [Download PDF](#) und [Internetversion](#)




In einem weiteren Modellvorhaben zur Regionalen Daseinsvorsorgeplanung⁵ standen vor allem die Wissensbasierung und ein längerer Planungshorizont sowie die Fokussierung auf die regionale Daseinsvorsorge im Mittelpunkt. Eine Reihe von ländlichen Modellregionen aus dem ganzen Bundesgebiet erarbeiteten nach einer idealtypischen Vorgehensweise, die jeder Region ein spezifisches Vorgehen erlaubte, eine sog. Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Unter der Regionalstrategie Daseinsvorsorge wird der Prozess und das strategisches Dokument gleichermaßen verstanden. In fach- und Ebenen übergreifenden Arbeitsgruppen wurden Lösungen diskursiv und integrativ erarbeitet. Es handelt sich um einen wissensbasierten Ansatz. Eine zentrale Rolle nehmen gemeinsame Datengrundlagen ein, z.B. kleinräumige Bevölkerungsvorausschätzungen, adressgenaue Standorte von Infrastruktureinrichtungen, Erreichbarkeitsanalysen, Szenarien oder qualitativ Bedarfsanalysen. Die Ergebnisse wurden ebenfalls in einem Leitfaden aufbereitet.⁶

In dem Modellvorhaben „Potenziale von Kleinstädten in peripheren Lagen“ wurden kreative Methoden im Planungs- und Strategieprozess erprobt. In acht Kleinstädten wurde eine gemeinschaftliche Kleinstadtentwicklung Zukunftsprozesse mit kreativen Instrumenten wie Szenariotechnik und Jugend-Barcamps durchgeführt. Dabei wurden narrative Zukunftsszenarien als Zukunftsbilder “Kleinstadt 2030“ entwickelt und je nach Kleinstadt in unterschiedlichen Phasen der Konzepterstellung eingespeist.

In der anschließenden Diskussion wurde beklagt, dass immer noch zu häufig eine „Versäulung“ auf allen Ebenen (Gemeinden, Landkreise, Land, Bund) besteht, d.h. es wird nur im eigenen System bzw. in den eigenen Verantwortlichkeiten gedacht und gehandelt, was schlimmstenfalls zu Blockaden bzw. gegenläufigen Entwicklungen oder Aktivitäten führen kann. Eine große Herausforderung war aus Sicht der Anwesenden auch die zu geringe Stellenausstattung auf allen Ebenen wie Region, Landkreis, Ämter oder Gemeinden, um integrierte Planungsprozesse zu begleiten. Hier ist die Politik gefordert, Abhilfe zu schaffen. Denn die Runde war sich einig, dass integrierte Herangehensweisen und Prozesse notwendig sind, um den komplexen Herausforderungen in den ländlichen und städtischen Räumen adäquat

⁵ MORO „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ www.regionale-daseinsvorsorge.de

⁶ BMVI (Hrsg.) (2016): [Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Leitfaden für die Praxis](#). Autoren: Johann Kaether, Peter Dehne, Anja Neubauer.



begegnen zu können, Entwicklung steuern zu können und nachhaltige Lösungen für die Lebensqualität der Menschen vor Ort zu schaffen.

Als wichtiger Erfolgsfaktor für gelungene integrierte Planungsprozesse in der Regionalplanung und Regionalentwicklung wurden genannt, dass solche Prozesse „Chefsache“ sein müssen; also Integration immer wieder von der politischen und Verwaltungsspitze eingefordert bzw. selbst gelebt werden muss. Zudem ist es notwendig, sich für integrierte Prozesse Zeit zu nehmen, um z.B. gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und eine „gemeinsame Sprache“ zu finden. Eine wichtige Unterstützung für den Erfolg integrierter Planungsprozesse ist zudem die Integration von Fördermitteln, d.h. die Möglichkeit Mittel aus verschiedenen Fördertöpfen im Sinne integrierter Lösungen zu kombinieren.

Offen blieb, inwiefern das sog. Zentrale-Orte-Konzept der fachübergreifenden Regionalplanung tauglich ist für die Fachplanungen aus dem sozialen Bereich? Wunsch der Teilnehmenden war es, diese Frage in einer Folgeveranstaltung gemeinsam zu diskutieren. Hierfür wird die Hochschule Neubrandenburg d.h. die Transferstelle Daseinsvorsorge voraussichtlich im Spätherbst 2019 eine Fachwerkstatt organisieren.

KONTAKT

Prof. Dr. Peter Dehne

*SG Naturschutz und Landnutzungsplanung (FB LG): Planungsrecht/Baurecht
Hochschule Neubrandenburg - University of Applied Sciences
Brodaer Str. 2
17033 Neubrandenburg*


Telefon: 0395 5693 – 4502

E-Mail: dehne@hs-nb.de

Internet: <https://www.hs-nb.de/fachbereich-landschaftswissenschaften-und-geomatik/ppages/peter-dehne/>

Johann Kaether

*Wissenschaftlicher Mitarbeiter - Fachbereich LG
Projekt "HiRegion - Hochschule in der Region" - Transferstelle Daseinsvorsorge
Hochschule Neubrandenburg - University of Applied Sciences
Brodaer Str. 2
17033 Neubrandenburg*



Tel: 0395-5693-4703

E-Mail: transferstelle-dv@hs-nb.de | kaether@hs-nb.de

Internet: www.hs-nb.de



Anhang

PowerPoint Präsentationen Plenum

1. Integrierte Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommern

Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer, Prof. Dr. Stefan Schmidt, Hochschule Neubrandenburg

Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung

Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg – Vorpommerns

Ein Beispiel eines Konzeptes, bzw. eines Modells zur Erarbeitung eines integrativen Sozialplanes im Bereich Pflege

2. Seniorenpolitische Gesamtkonzepte Mecklenburg-Vorpommern

Claudia Ring; Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung

3. Fachvortrag: Chancen integrierter Planungsansätze

Claudia Michelfeit, Institut für kommunale Planung und Entwicklung e. V.

PowerPoint Präsentationen Vertiefungsworkshops integrierter Planungsansätze in der Praxis

4. Vertiefungsworkshop I: Pflegesozialplanung

Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer, Prof. Dr. Stefan Schmidt; Hochschule Neubrandenburg

5. Vertiefungsworkshop II: Teilhabeplanung

Prof.in Dr.in Petra Gromann; Hochschule Fulda

6. Vertiefungsworkshop III:

Prof. Dr. Peter Dehne, Johann Kaether; Hochschule Neubrandenburg



Impressum

Hochschule Neubrandenburg, Internet: www.hs-nb.de

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Projekt "HiRegion - Hochschule in der Region" - Transferstelle Daseinsvorsorge

Brodaer Str. 2, 17033 Neubrandenburg

Verantwortlich:

Prof.in. Dr.in Steffi Kraehmer, Prof. Dr. Stefan Schmidt, Dr.in Ursula Schirmer, Jenny Pöller (M.A.)

Bildnachweise:

Bild 1, Seite 3:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 2, Seite 5:	Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Bild 3, Seite 6:	Hochschule Neubrandenburg
Bild 4, Seite 7:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 5, Seite 12:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 6, Seite 17:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 7, Seite 25:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 8, Seite 26:	Hochschule Neubrandenburg
Bild 9, Seite 30:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 10, Seite 33:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 11, Seite 37:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 12, Seite 45:	FOTOSTUDIO AM HAFF, Stephan Greiner-Mai
Bild 13, Seite 45:	Hochschule Neubrandenburg