



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.

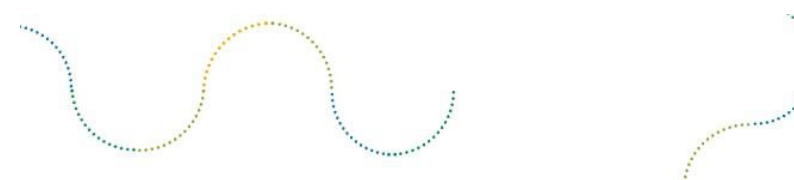
Zielgruppe:

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

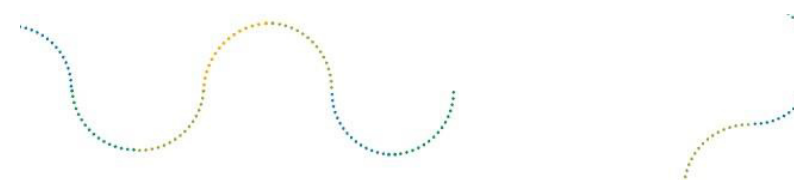


Bild 4: Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer und Prof. Dr. Stefan Schmidt

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



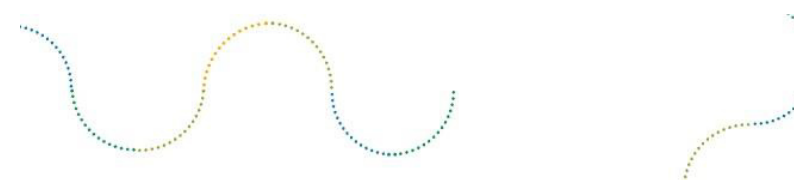
Evaluation bis hin zu seiner Fortschreibung. Verantwortlich für den gesamten Prozess einer integrierten Pflegesozialplanung sind die Kommunen.

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

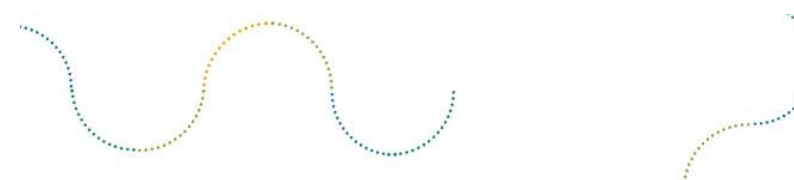
Das Landespflegegesetz (LPflegeG) von Mecklenburg-Vorpommern legt fest, dass die Landkreise und kreisfreien Städte alle *fünf Jahre* eine integrierte Pflegesozialplanung zu erstellen haben (§ 5 Absatz 2 Satz 1 LPflegeG). Weiter heißt es, dass die integrierten Pflegesozialplanungen

- „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.

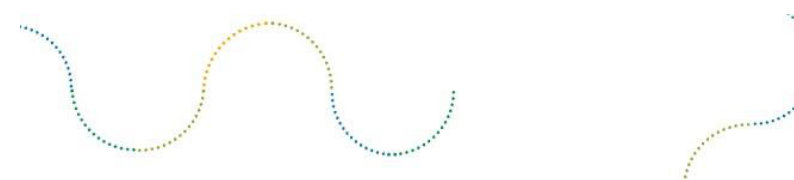
Übergänge von öffentlichem Raum und privater Sphäre sind fließend



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.

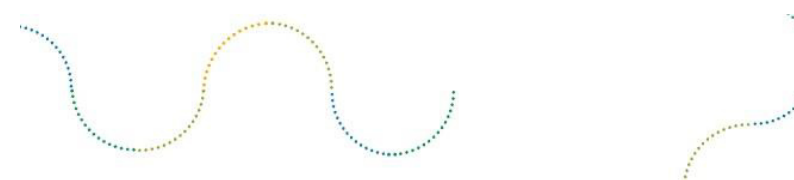
Die erarbeiteten Materialien des Kompasses wurden in engem intensiven und kooperativen Diskussionsprozess mit den Akteur*innen des Planungsprozesses an die Erfordernisse des praktischen Planungsprozesses angeglichen.

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.

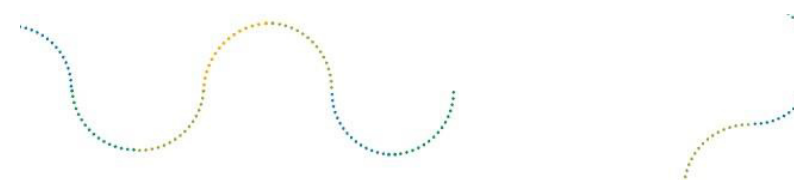
Beispiel: Planungsinstrument UnIPs

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.)



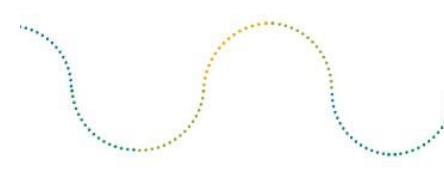
Bild 6: Claudia Ring

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.

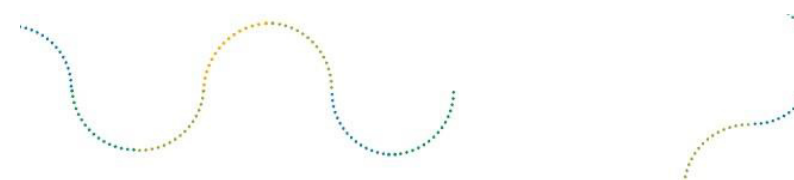
Bei der Identifikation der wesentlichen Handlungsfelder wurde neben Recherchen in anderen Ländern insbesondere der Abschlussbericht der Enquete-Kommission des Landtages „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ herangezogen. Im Ergebnis wurden folgende Handlungsfelder bestimmt:

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:

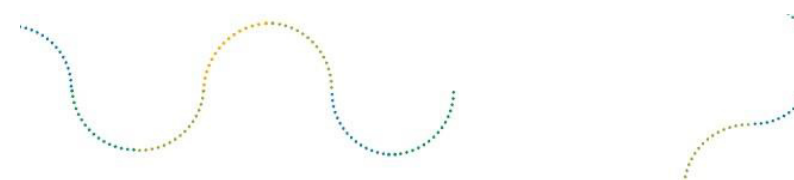
- eine möglichst barrierefreie Gestaltung öffentlicher Räume,
- Sicherstellung der Versorgung mit den Gütern des täglichen Bedarfs,
- Sicherstellung von Dienstleistungen einschließlich der medizinischen Versorgung.

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.

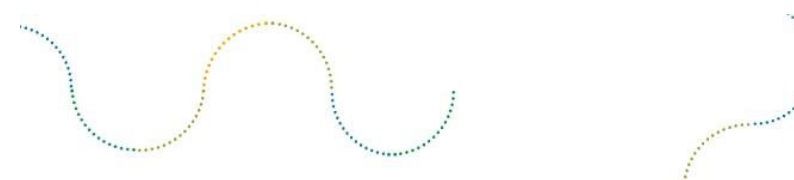
Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit

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.

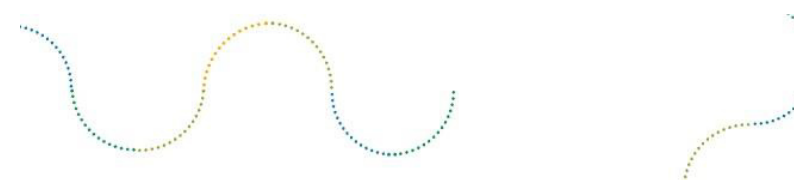
Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe

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.

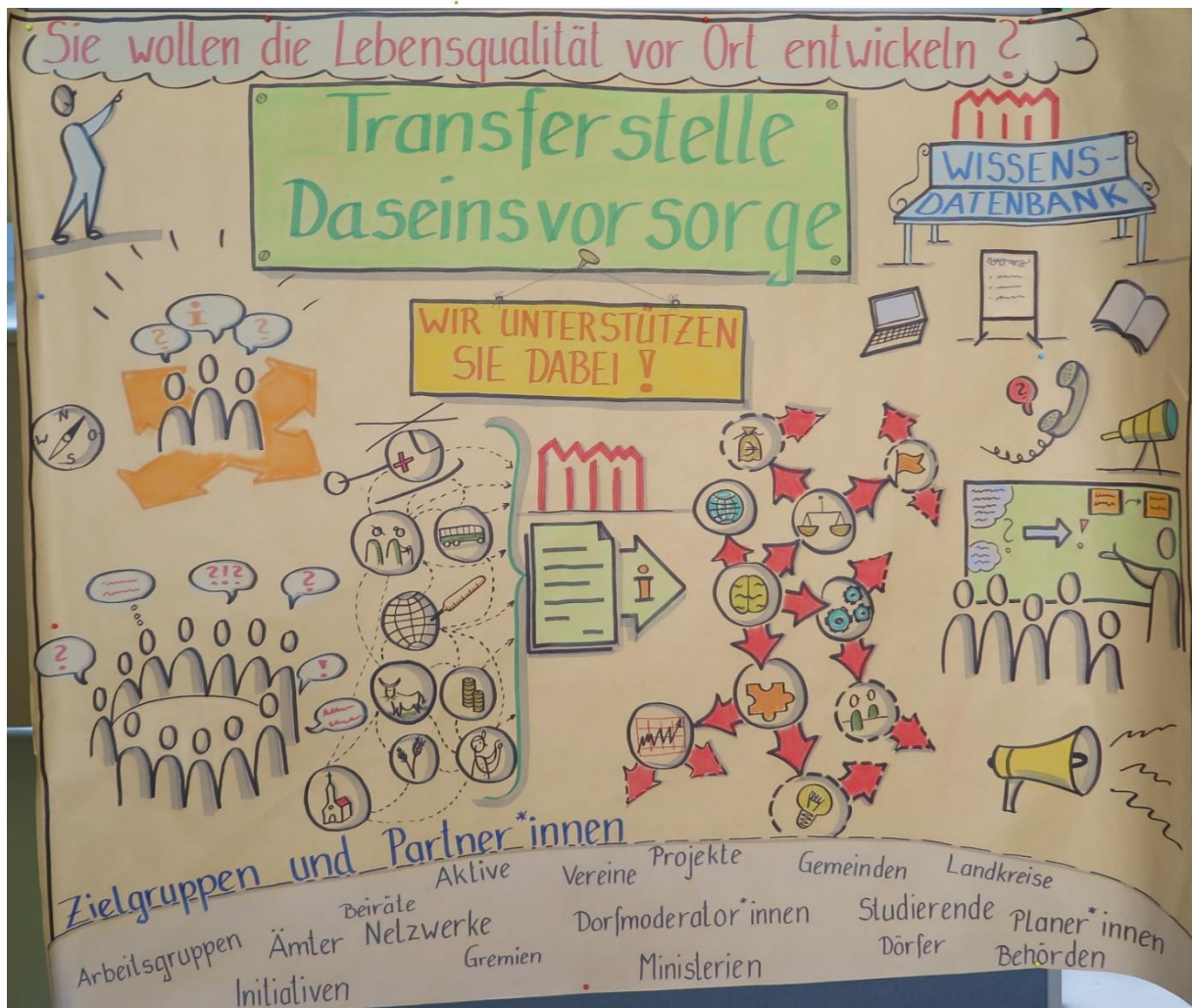
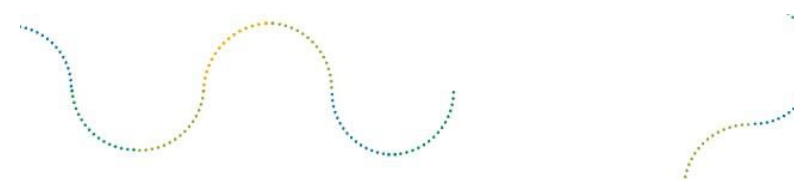


Bild 8: Transferstelle Daseinsvorsorge

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

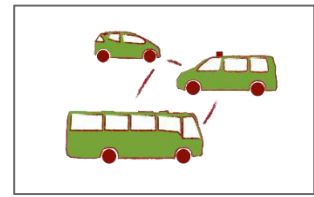
- Tagungen
- Workshops
- Webinare
- Experten*innendatenbank

Beispiele

- Pflөгетisch 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.)



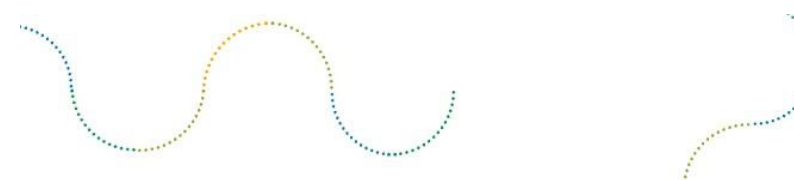
Bild 9: Claudia Michelfeit

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.

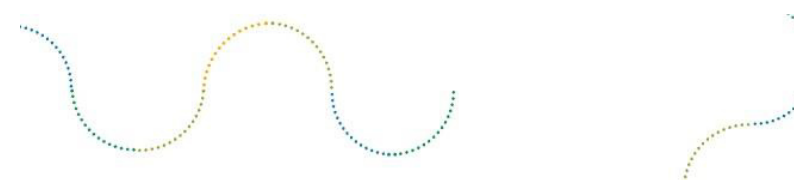
Mit diesen Zielen erwächst für die integrierte Sozialplanung ein hoher Anspruch, der sich als Querschnittsaufgabe für Grenzen überschreitende Fachplanung und zur



Politikberatung mit folgenden Qualitäten ausgezeichnet: 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



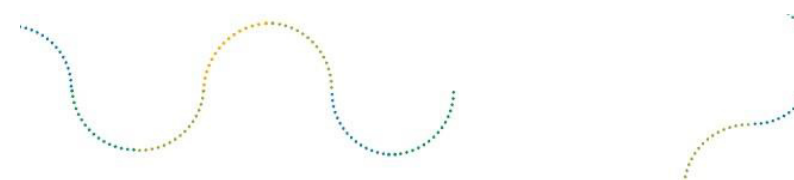
Bild 10: Prof. Dr. Schmidt und Prof.in Dr.in Steffi Kraehmer

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:

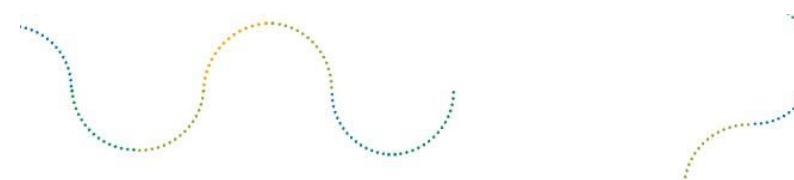
- Gestaltung und Steuerungsverantwortung für die örtlichen Rahmenbedingungen für das Älterwerden über Ressortgrenzen hinweg

- 
- 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)

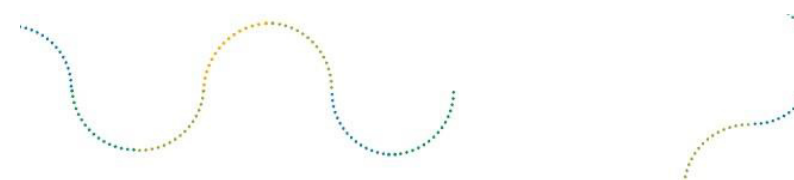


Bild 11: Plenum

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

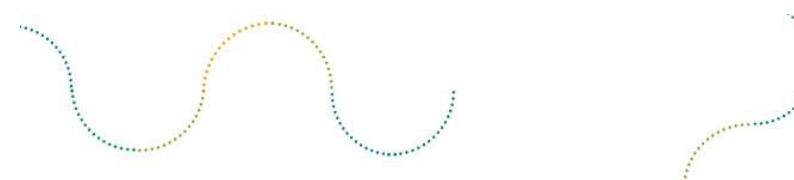


In der Regel werden die Gesamtplanungen/Teilhabepanungen im Bereich der EGH vom Träger der Eingliederungshilfe verantwortet (landesrechtlich festgelegt örtlich, d.h. Landkreise oder kreisfreie Städte oder überörtlich).

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.

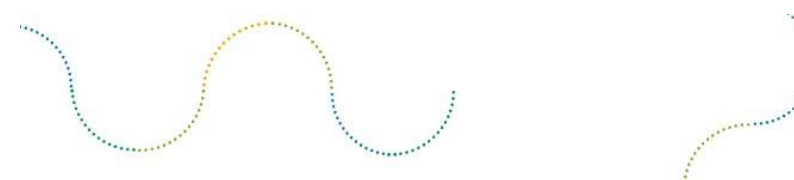
Angesichts der Personalausstattung (quantitativ wie qualitativ) wird dieser Prozess wahrscheinlich verkürzt – praktisch wird dann lediglich der Zugang zu den Leistungen festgelegt (besteht eine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung?) und das dokumentiert, was an (hoffentlich gedeckelt verhandelten) Leistungen 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.

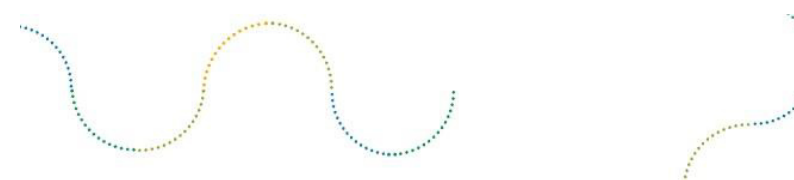
Ein integratives Planungsinstrument bewegt sich in Konfliktfeldern. Dabei sind sehr unterschiedliche Interessen im Spiel. Fachkräfte der EGH erwarten ein „gerichtsfestes“ und kompatibles Instrument, das nahtlos in einer Bewilligungs- bzw. Finanz-EDV abgebildet wird. Angesichts der knappen Ressourcen 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:

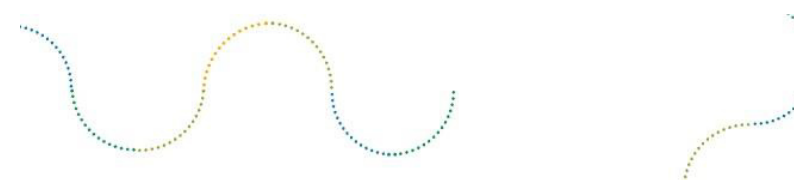
Instrumente müssen Handlungsoptionen vorsehen, das heißt, dass sie auch selbständig – zumindest teilweise – zu bearbeiten sind. Der Kern einer Planung – Ziele und Anzeiger, wer unterstützt mich wo und wann – sollten als Kurzversion verfügbar sein, das gesamte Instrument auch in leichter Sprache. Wenn 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.

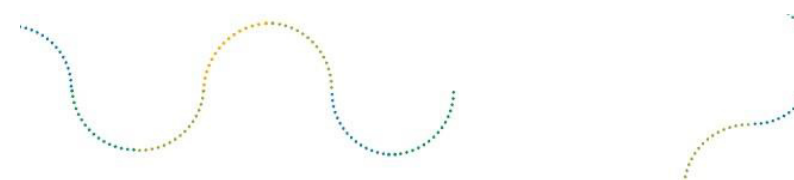
Die vom BTHG zur Ermittlung der wesentlichen Teilhabebeeinträchtigungen vorgeschriebenen ICF-Beschreibungen (Kodes) müssen in allen Dimensionen berücksichtigt werden (körperliche Strukturen und Funktionen - auch mentale -, Aktivitäten und Teilhabe, Umfeld/Umwelt und persönliche Faktoren), weil sonst 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

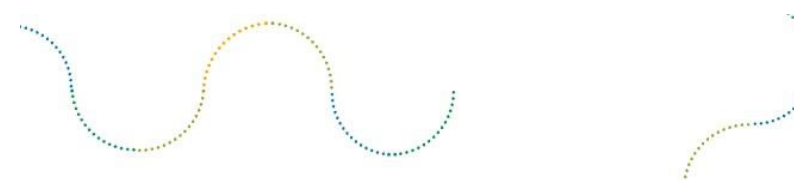


auch die Beteiligung der Selbsthilfe vorzusehen. Bundesweit gelingt dies nur, wenn die jeweiligen Sozialministerien einen Interessenausgleich moderieren³.

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

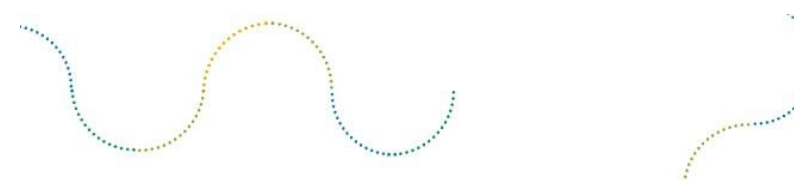
Sozialplanung verschiedener Landkreise in MV, einem Geodatenbüro sowie den Landfrauen MV.

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.

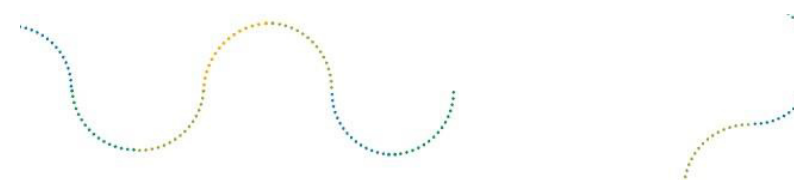
Dehne und Kaether berichteten zunächst über Erfahrungen zum Themenbereich, die sie im Laufe der Jahre in verschiedenen Modellvorhaben gesammelt haben.

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](#)



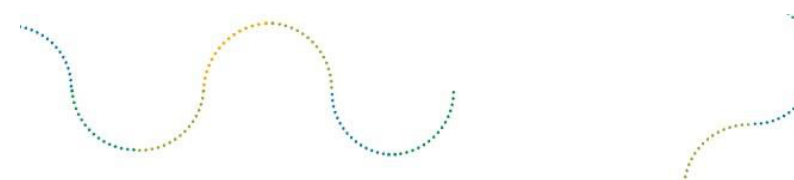
In einem weiteren Modellvorhaben zur Regionalen Daseinsvorsorgeplanung⁵ standen vor allem die Wissensbasierung und ein längerer Planungshorizont sowie die Fokussierung auf die regionale Daseinsvorsorge im Mittelpunkt. Eine Reihe von ländlichen Modellregionen aus dem ganzen Bundesgebiet erarbeiteten nach 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

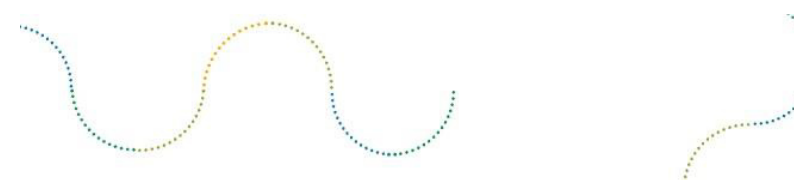
Wissenschaftlicher Mitarbeiter - Fachbereich LG

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



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Integrierte Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommern

Prof. Dr. Steffi Kraehmer, Prof. Dr. Stefan Schmidt
Fachtagung: Chancen integrierter Planungsansätze
Hochschule Neubrandenburg, 29. Mai 2019



→ Planungs- und Steuerungsmodell für die Herausforderungen vor denen die Kommunen und Landkreise stehen

Es ist die Aufgabe der **integrierten Pflegesozialplanung** auf Grundlage der rechtlichen Verpflichtungen, die bestehenden Strukturen und Angebote der pflegerischen Versorgung:

- I. zu ermitteln
- II. im Hinblick auf die derzeitige und zukünftige Bedarfsgerechtigkeit zu bewerten
- III. zu gestalten

Bedürfnisse und Angebote wandeln sich



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Die traditionelle Altenhilfeplanung ist obsolet – die Anforderungen an die Planungen sind komplexer geworden:

Die **Bedürfnisse** der älteren Menschen in den Kommunen und Landkreisen **wandeln sich**.

Die meisten Menschen wollen lange in ihrer **vertrauten häuslichen und familiären Umgebung bleiben** und die Vorstellungen vom Leben im Alter haben sich geändert.

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 hinausreicht).

Um diese Qualitäten vor Ort entwickeln und anbieten zu können, bedarf es der **Zusammenarbeit einer Vielzahl von Akteuren**: Verwaltung, Träger, Dienstleister, Interessensvertretungen und Unternehmen.



- **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)
- Vielfalt von **Lebens- und Engagementformen**
- Stärkung der **Mitgestaltungskompetenz**

Übergänge von öffentlichem Raum und privater Sphäre sind fließend



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Viele Versorgungs- und Dienstleistungen einschließlich vielfältiger Pflegeaufgaben werden von unterschiedlichen Akteuren – aber auch von Bürger*innen selbst – erbracht.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird immer klarer, dass die Versorgungsleistungen der Gesellschaft in Zukunft nicht alleine 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 angeht als auch ihrer Rolle als Gestalter*innen und Mitgestalter*innen im lokalen Raum.



Deinstitutionalisierung des Alters und Vision einer „bunten Altersgesellschaft“ (Prof. Dr. Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg/ Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung)

Begriff ***Caring Community*** noch *passend und leitbildfähig* für eine generationenübergreifende Kultur des Umgangs mit und im Alter?

Klie bezieht sich in seinen Begriffserörterungen vor allem auch auf ein neues, in Solidarität verankertes Verständnis von Subsidiarität

Deinstitutionalisierung des Alters und Vision einer „bunten Altersgesellschaft“

In den Blick genommen werden hier die Chancen und die Zumutungen der eigenen Lebensgestaltung im Alter:

- Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens und haben uns individuell und kollektiv darauf auszurichten. Sorge 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 Aktivitäten und Zugehörigkeiten.



Caring Community als Sorgende Gemeinschaft des Zusammenwirkens von Staat, Dienstleistern 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 wohlfahrtspluralistische Arrangements. Gemeinschaften sind geprägt durch Zugehörigkeit, durch gemeinsame Werte.

**Gemeinschaften sind geprägt
durch Zugehörigkeit,
durch gemeinsame Werte.**



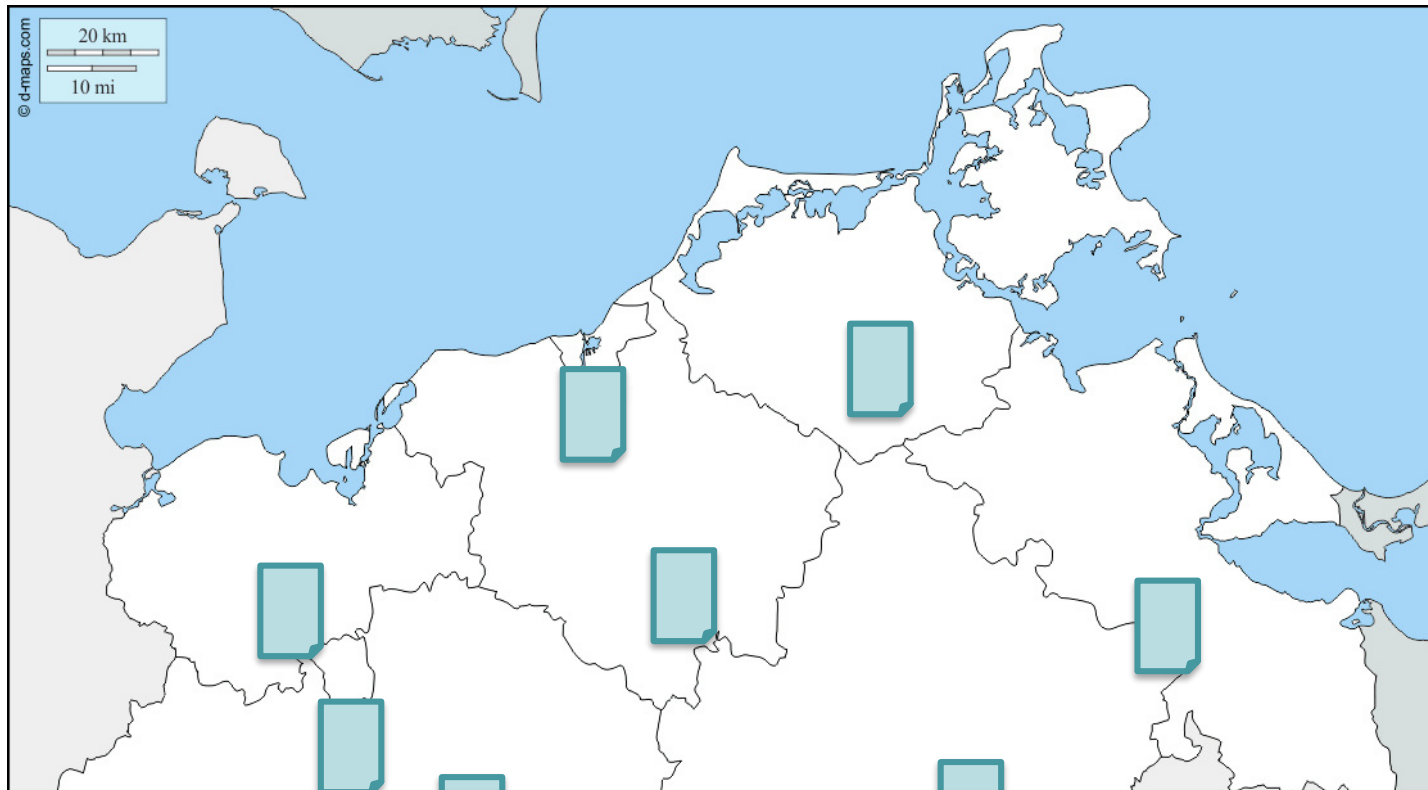
Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Es bedarf des **Zusammenwirkens von sozialen Netzwerken, der Selbstorganisation von Bürger*innen** mit staatlichen Instanzen und Institutionen.

Dieses setzt lebendige Nachbarschaften voraus. Ein soziales Miteinanders vor Ort verlangt nach entsprechenden Ressourcen und Kompetenzen vor Ort.

Die Pflegestützpunkte hätten hier einen wichtigen Beitrag leisten können...

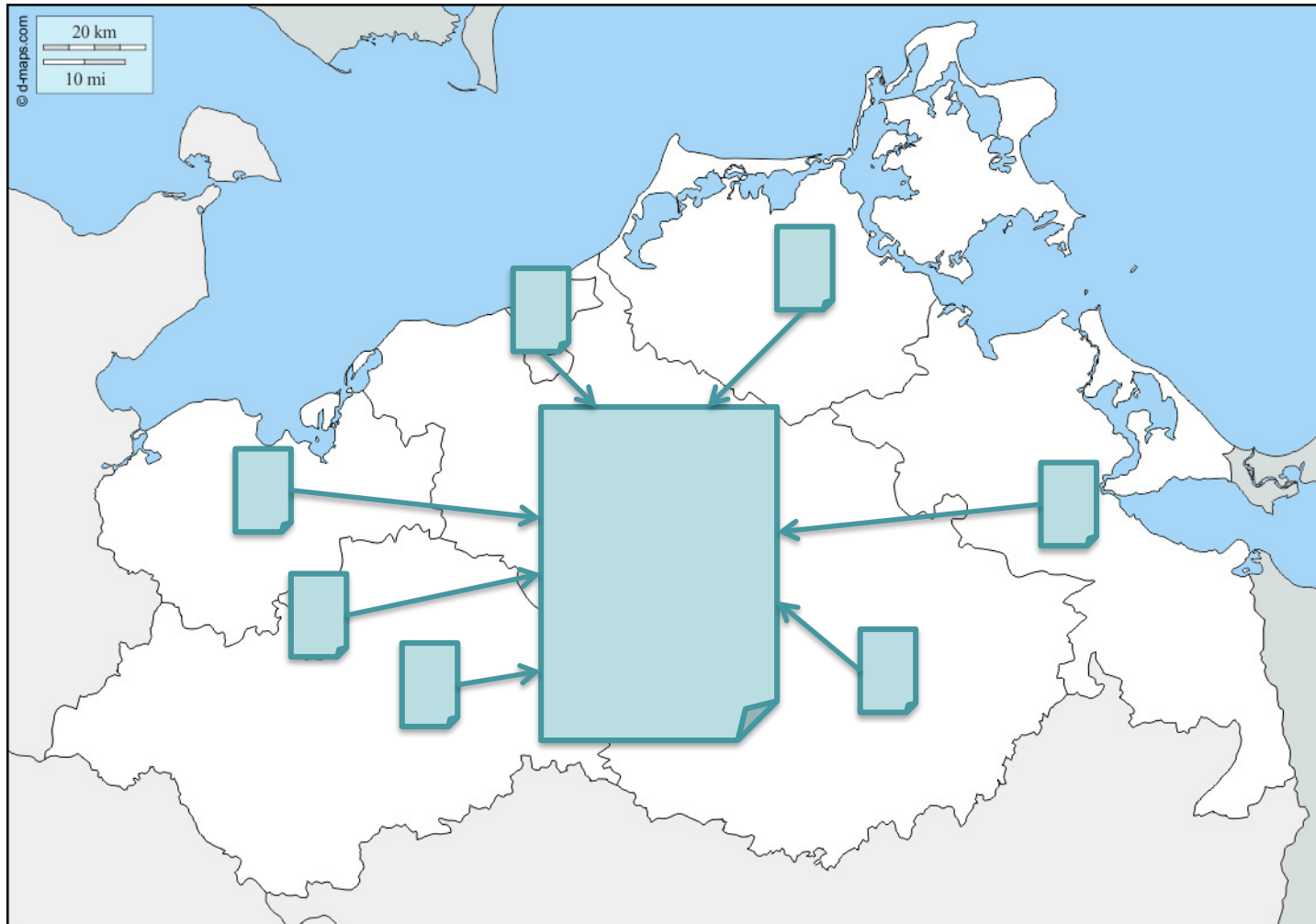
Der kooperative Föderalismus mit seinen Konnexitätsfallen und die zunehmende Eigenlogik wettbewerblich orientierter Sozialleistungsträger und Pflegeanbieter erschweren auf die kommunale Ebene hin ausgerichtete Idee von *Caring Community* als Sorgende Gemeinschaft.



maps.com/carte.php?num_car=6298&lang=de

„[...] stellen [...] zum **Stichtag 31. Dezember eines jeden fünften Jahres**, beginnend mit dem Jahr 2018, **Pflegepläne für ihr Gebiet auf [...]**. Die Planungen enthalten eine **Bestandsaufnahme über die regionale Versorgungsstruktur, zeigen etwaige Defizite auf und beschreiben die bedarfsgerechte Entwicklung [...]**“ § 5 Abs. 2 Satz 1 u. 2 LPflegeG M-V

Zielstellung M-V

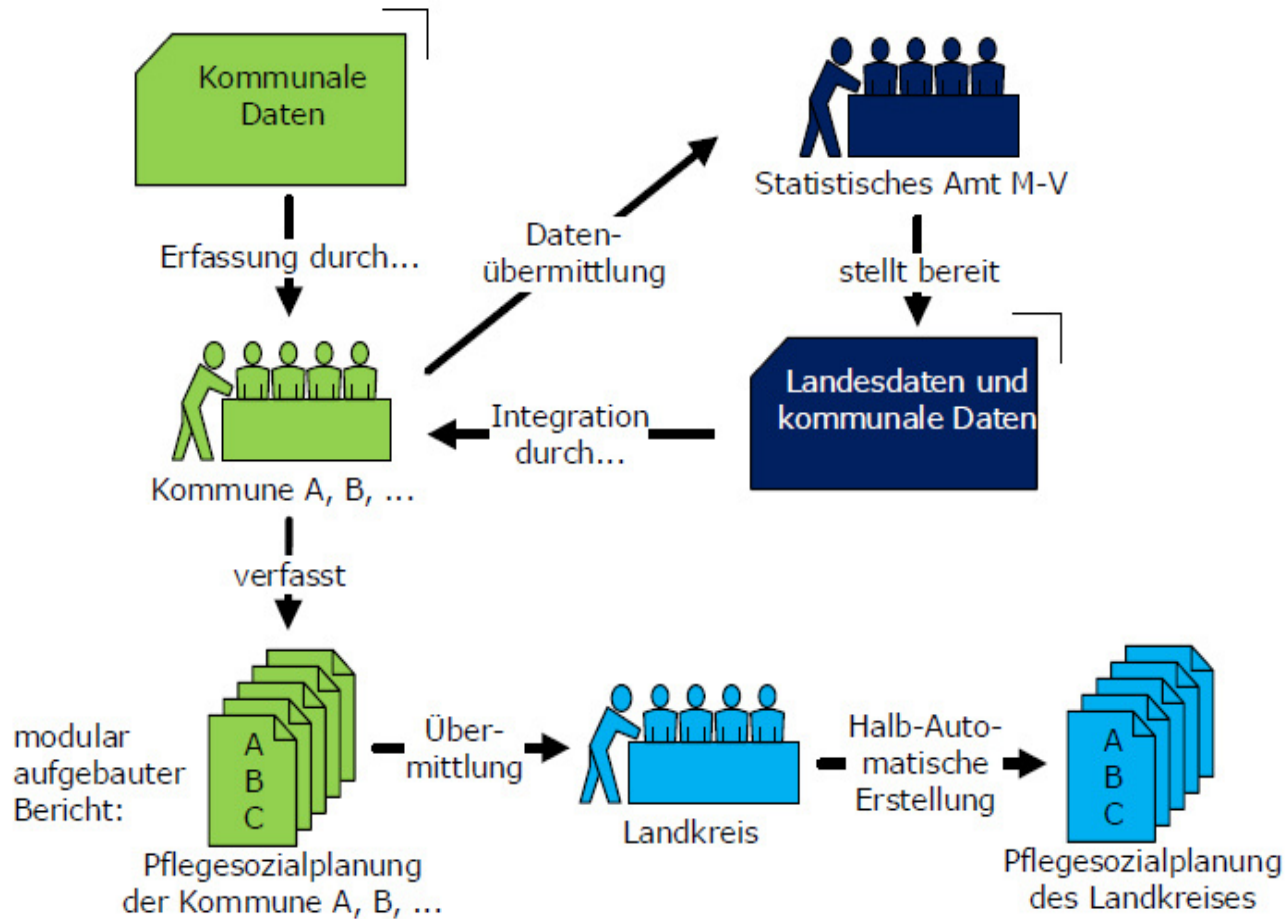


Bildnachweis: https://d-maps.com/carte.php?num_car=6298&lang=de

Unsere Vision



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences





Ergebnisse eines intensiven, kooperativen und konstruktiven Diskussionsprozesses (2014-2018):



Der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung

bietet handhabbaren inhaltlichen und methodologischen Rahmen.

- I. Der Berichtsstandard
- II. Das Planungsinstrument (UnIPs) mit dem Indikatorensatz, den abgestimmten Zielbeschreibungen der Indikatoren und der Datenverfügbarkeit.
- III. Ein Kennziffernmanagement
- IV. Eine Handhabung für die Ermittlung von Bedarfsprognosen und der Bestimmung von Zielwerten
- V. Die Bestimmung einer Zeitschiene für die Erarbeitung der integrierten Pflegesozialpläne in den Landkreisen und kreisfreien Städten M-V



I. Organisation von Informations- und Kommunikationsprozessen über die Anwendung vorgestellter Instrumente und Methoden zur Prüfung ihrer Praxistauglichkeit.

II. Durchführung von mehreren Workshops mit Pflegesozialplaner*innen zu abgestimmten Themen.



III. Fortschreibung von Instrumenten und Methoden (u.a. zur Bedarfsermittlung).

IV. Die Erarbeitung eines Indikatorenansatzes als gemeinsame Grundlage; einschließlich der Prüfung und Konkretisierung der Zielbeschreibungen sowie der weitestgehenden Absicherung der Datensicherheit.

V. Die Erarbeitung eines Berichtsstandards für eine einheitliche integrierte Pflegesozialplanung in M-V.



Erstellung der kommunalen integrierten Pflegesozialpläne –
nach einem „Kompass“

Roadmap – verabredeter Weg
zur Erarbeitung eines
integrierten Pflegesozialplanes
für die Kommunen

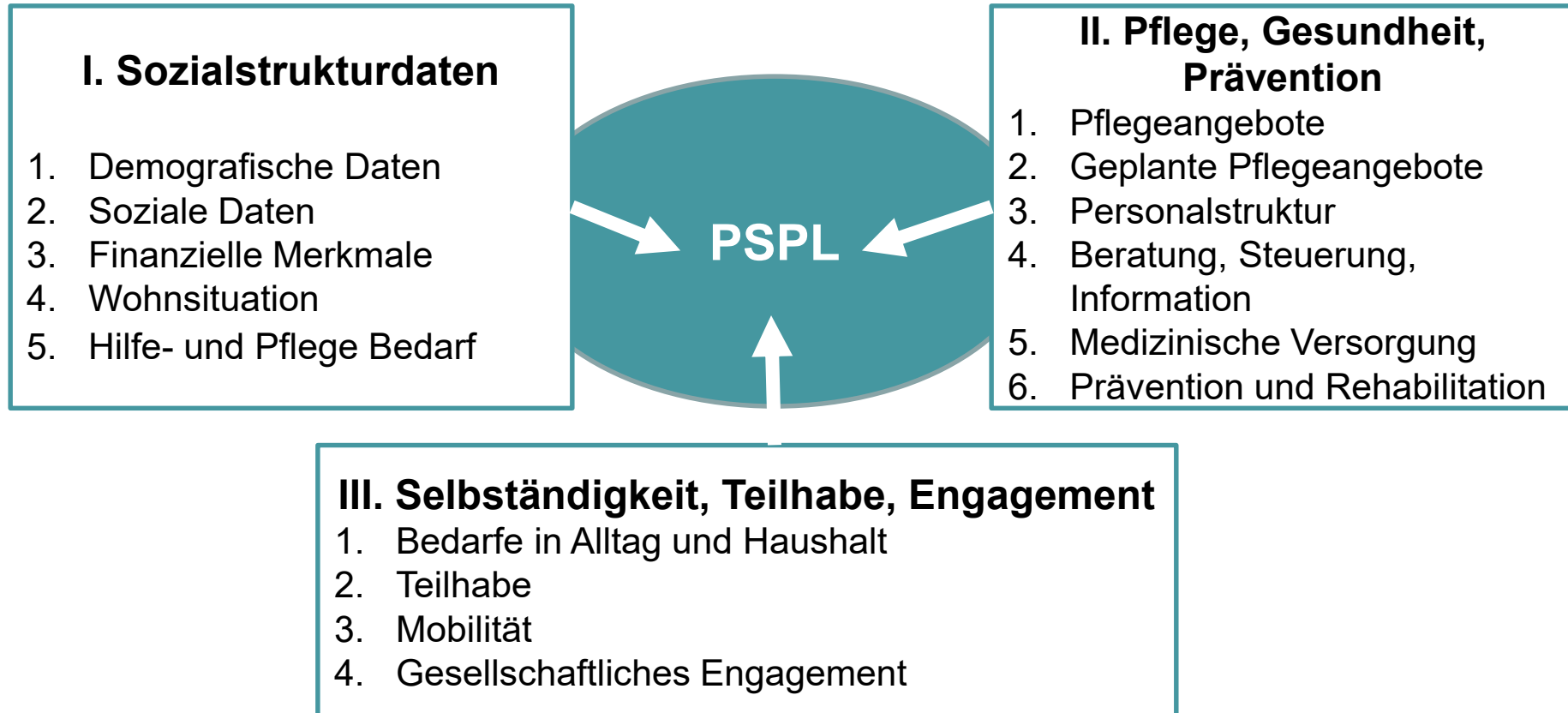
Anwendung von
einheitlichen
Planungsbereichen und
Indikatoren in einem
Planungsinstrument



„**Werkzeugkasten**“ für
Akteur*innen mit einer
Auswahl von Methoden
und Instrumenten für die
Umsetzung der einzelnen
Schritte der Erarbeitung
eines kommunalen
integrierten
Pflegesozialplanes



Bestandsaufnahme über regionale Versorgungsstruktur;
etwaige Defizite und bedarfsgerechte Entwicklung (§ 5 Abs. 2 Satz 1 u. 2 LPflegeG)





- + **wesentliche Elemente** der Berichterstattung werden **vereinheitlicht und abgestimmt**
- + Chance für **einheitliche** Richtlinien zur **Berichterstattung**
- + **Bessere Vergleichbarkeit** durch einheitliche Sprache und Systematik
- + Einfach nutzbare **Vorlage** für Berichte
- + **Sichtbarkeit** des gesellschaftlichen Wertes des kommunalen Engagements in der Pflegesozialplanung
- + **Erfolgreiche Mittelbeschaffung** durch nachvollziehbare Darstellung der kommunalen Erfolge
- + **Qualitätsgewinn**: Förderung wirkungsorientierter Steuerung der Mittel im Land und in den Kommunen



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
- Kooperation und Partizipation in Netzwerken, deren Kern die Kommunen, Wohnungsunternehmen, Pflegestützpunkte, soziale Dienstleister*innen, Bürger*inneninitiativen u. a. m. bilden



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Steffi Kraehmer

Professur für Sozialpolitik, Ökonomie sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste

kraehmer@hs-nb.de

Prof. Dr. Stefan Schmidt

Professur für Klinische Pflege mit dem Schwerpunkt Pflege- und Versorgungskonzepte

sschmidt@hs-nb.de



Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit,
Bildung und Erziehung
Fachbereich Gesundheit,
Pflege, Management
Brodaer Straße 2
17033 Neubrandenburg

Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg – Vorpommerns

Überarbeitete Fassung 2018

Projektleitung

Prof. Dr. Stefanie Kraehmer

Mitwirkende:

Prof. Dr. Stefan Schmidt

Dr. Ursula Schirmer

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung	4
1.1	Aufgabenstellung des Projektes	4
1.2	Inhaltliche und methodologische Schwerpunkte	4
1.3	Dauer und Struktur des Implementierungsprozesses	5
1.4	Ergebnisse des Implementierungsprozesses	7
	Anliegen und Zielstellung der Ergebnisdokumente	7
2	Ergebnisdokumente	8
2.1	Die Definition der integrierten Pflegesozialplanung*	8
2.2	Berichtsstandard	10
2.3	Planungsinstrument.....	22
2.4	Die Roadmap für eine integrierte Pflegesozialplanung.....	23
2.5	Werkzeugkasten	30
2.5.1	Planungsvorbereitung.....	31
2.5.2	Ist-Stand der Pflegeinfrastruktur ermitteln	36
2.5.3	Bedarfsermittlung	39
2.5.4	Planerarbeitung	43
2.6	Kennzahlenmanagement	61
2.6.1	Definitionen	62
2.6.2	Grundsätze	62
2.6.3	Nutzen	62
2.6.4	Funktionen.....	63
2.6.5	Vergleiche.....	64
2.6.6	Arten.....	64
2.6.7	Kennzahlensystem	65
2.7	Bedarfsprognosen – Eine Handreichung	67
2.7.1	Prognose und Bedarfsszenarien.....	68
2.7.2	Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen	69

Literaturverzeichnis	71
Abbildungsverzeichnis.....	74
Tabellenverzeichnis.....	74

1 Vorbemerkung

Vorliegende Fassung des „Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns“ spiegelt die Weiterentwicklung des „Kompasses“, der 2015 vorgelegt wurde, durch die Ergebnisse des Implementierungsprozesses wider.

1.1 Aufgabenstellung des Projektes

Anliegen des Implementierungsprozesses war die Überarbeitung des „Kompasses für die integrierte Pflegesozialplanung“ auf der Grundlage der Konkretisierung und Anpassung des „Kompasses“ an die politischen und praktischen Erfordernisse der Erarbeitung der integrierten Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Mecklenburg-Vorpommern.

Ziel des Prozesses war, den „Kompass“ generell sowie speziell seine einzelnen Bestandteile – die Roadmap, den Werkzeugkasten, das Planungsinstrument (UnIPs) und die Zeitschiene - auf ihre Praxistauglichkeit zu überprüfen. Darüber hinaus sollte das allgemeine Ziel, den Pflegesozialplanern und Pflegesozialplanerinnen eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für die Erarbeitung eines einheitlichen und vergleichbaren integrierten Pflegesozialplanes¹ zur Verfügung zu stellen, vermittelt werden. Dabei wurden die Adressaten des Kompasses - die Pflegesozialplaner und Pflegesozialplanerinnen - sowie Vertreter der Politik (Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Arbeit Gleichstellung und Soziales, Sozialamtsleiterinnen und -leiter, Sozialdezernentinnen und -dezernenten) aktiv und konstruktiv in die Qualifizierung des Kompasses einbezogen.

Die Organisation, Struktur sowie die angestrebten Ergebnisse des Implementierungsprozesses wurden in ihren inhaltlichen und methodischen Schwerpunkten dem Anliegen und den Zielen des Prozesses angepasst.

1.2 Inhaltliche und methodologische Schwerpunkte

Nach der Erarbeitung des „Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung“ und seiner Präsentation vor den Adressatinnen und Adressaten wurde in einem ersten Schritt des Implementierungsprozesses eine Befragung aller Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplaner durchgeführt. Vorrangiges Anliegen der Befragung war, die Meinung der Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplaner zur Praxistauglichkeit des „Kompasses“ für die Erarbeitung einer integrierten Pflegesozialplanung festzustellen und Bedarfe für inhaltliche Schwerpunkte des Weiteren Implementierungsprozesses abzuleiten.

¹ Die in den letzten Jahren gemeinsam erarbeiteten umfassenden und aufeinander abgestimmten kommunalen Pflegesozialplanungen sollen zu seniorenpolitischen Gesamtkonzepten weiterentwickelt werden. (Quelle: Ministerin für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern, *Pflegesozialplanung und Pflegestützpunkte – den demografischen Wandel im kommunalen Raum begleiten und gestalten*, 2017)

In einem zweiten Schritt wurde die Organisation von Informations- und Kommunikationsprozessen über die Anwendung der im „Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung“ vorgestellten Instrumente und Methoden auf ihre Praxistauglichkeit überprüft. Dazu wurden Informations- und Diskussionsveranstaltungen sowie Methoden der quantitativen und qualitativen Sozialforschung eingesetzt. Experten und Expertinnen (Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, AOK Nordost, Ministerium) wurden in die Arbeit einbezogen.

Es folgte die Durchführung von mehreren Workshops mit den Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplanern an verschiedenen Orten. Die Themen wurden mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern abgestimmt

1.3 Dauer und Struktur des Implementierungsprozesses

Der Implementierungsprozess begann nach der Erarbeitung des Kompasses und hatte eine Laufzeit von 2016 bis 2018.

Über die inhaltlichen und organisatorischen Schritte des Implementierungsprozesses gibt folgende Auflistung der durchgeführten Workshops Auskunft:

Datum	Ort	Thema
2016	Schwerin	Präsentation des Kompasses vor den Sozialamtsleiterinnen und -amtsleitern M-V
2016	Schwerin	Präsentation des Kompasses vor den Sozialdezernentinnen und –dezernenten M-V
2016	Neubrandenburg	1. Workshop (Kick-Off): Vorstellung des Kompasses vor den Sozialplanerinnen und-planern, Methodenübungen, Zeitschiene
2016	Güstrow	2. Workshop: Fragebogenauswertung und Diskussion inhaltlicher Schwerpunkte des Implementierungsprozesses, Vorstellung des Planungsinstrumentes (UnIPs), Begriffsdefinition „integrierte Pflegesozialplanung“
2016	Neubrandenburg	3. Workshop: Auswertung des bisherigen Implementierungsprozesses, Schwerpunkte der Weiterarbeit
2017	Neubrandenburg	4. Workshop: Bedarfsproblematik – Definition, Ermittlung, Instrumente, Prognosen
2017	Rostock	5. Workshop: Bedarfsprognosen, Kennzahlenmanagement in der Pflegesozialplanung
2017	Bad Doberan	6. Workshop: Vorschlag für einen Berichtsstandard für die integrierte Pflegesozialplanung Datenverfügbarkeit Abgleich mit UnIPs Vorstellung von GEWINO
2017	Neubrandenburg	7. Workshop: Berichtsstandard (Weiterarbeit) Datenverfügbarkeit (Weiterarbeit) Bedarfsprognosen
2018	Schwerin	8. Workshop: Datenverfügbarkeit, Prognose und Bedarfsprognosen, Thesen zur Bedarfsermittlung und deren praktische Anwendung am Beispiel Schwerins
2018	Rostock	9. Workshop: Prognose- und Bedarfsszenarien (Weiterarbeit) Berichtsstandard (Weiterarbeit) Zielausrichtung der Indikatoren von UnIPs
2018	Neustrelitz	10. Workshop: Datenverfügbarkeit (Weiterarbeit), Bedarfsprognosen (Abschluss), Berichtsstandard (Abschluss), Zielbeschreibungen (Abschluss)
2018	Neubrandenburg	11. (Abschluss-)Workshop: Infos zur Landesprognose, Datenverfügbarkeit, Zusatzbefragungen, Ergebnisse des Implementierungsprozesses

Tab.1 Übersicht über die im Implementierungsprozess durchgeführten Workshops

1.4 Ergebnisse des Implementierungsprozesses

Im Verlauf des Implementierungsprozesses wurden folgende Ergebnisdokumente erarbeitet:

1. Gemeinsame Erarbeitung einer Definition der integrierten Pflegesozialplanung
2. Fortschreibung der im Kompass vorgestellten Instrumente und Methoden (Roadmap, Werkzeugkasten, Planungsinstrument)
3. Erarbeitung eines Indikatorensatzes – Planungsinstrument -als gemeinsame Grundlage für die Erarbeitung eines integrierten Pflegesozialplanes in den Landkreisen und kreisfreien Städten, einschließlich der Prüfung und Konkretisierung der Zielbeschreibungen der Indikatoren sowie der weitestgehenden Absicherung der Datensicherheit.
4. Die Erarbeitung eines Berichtsstandards zur Erarbeitung des Pflegesozialplanes als Grundlage für eine einheitliche integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns.
5. Methodische Unterstützung der Pflegesozialplaner und –innen bei der Bedarfsforschung (Bedarfsdefinition, Bedarfsprognosen) und bei der Steuerung des Pflegeplanungsprozesses (Kennzahlenmanagement)

Anliegen und Zielstellung der Ergebnisdokumente

Zur Umsetzung einheitlicher Standards der Planung einer pflegerischen Versorgungsstruktur wird es in Mecklenburg-Vorpommern zukünftig eine abgestimmte integrierte Pflegesozialplanung geben. Grundlage dafür sind die Anwendung der gemeinsam erarbeiteten Dokumente, vor allem der Berichtsstandard und das Planungsinstrumente (UnIPs) bei Berücksichtigung regionaler und territorialer Besonderheiten. Es wird eine gemeinsame Zielstellung partizipativ verfolgt und vergleichbare integrative Pflegesozialpläne erstellt.

Der auf der Basis der Ergebnisse eines mehrjährigen intensiven, kooperativen und konstruktiven Implementierungsprozesses überarbeitete „Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung“ bietet dazu einen handhabbaren inhaltlichen und methodologischen Rahmen.

Dazu gehören

- Eine allgemeine inhaltliche, organisatorische und methodische Orientierung des Planungsprozesses bis zur Planerstellung durch eine Roadmap sowie eine Planungsübersicht.
- Ein umfangreicher und detaillierter Werkzeugkasten, der verschiedene Methoden für die einzelnen Etappen des Planungsprozesses zur Auswahl anbietet.
- Die definitorische Klarheit über zentrale Begriffe der Pflegesozialplanung – integrierte Pflegesozialplanung, Bedarfsbestimmung.

- Ein Berichtsstandard zur Orientierung sowie Gewährleistung eines einheitlichen Herangehens und der Erarbeitung vergleichbarer Ergebnisse in der integrierten Pflegesozialplanung.
- Ein Planungsinstrument (UnIPs) mit dem Indikatorenset, den abgestimmten Zielbeschreibungen der Indikatoren und der Datenverfügbarkeit.
- Die Einführung in ein Kennzahlenmanagement zur erfolgreichen Steuerung des Pflegeplanungsprozesses.
- Eine Handhabung für die Ermittlung von Bedarfsprognosen und der Bestimmung von Zielwerten.
- Die Bestimmung einer Zeitschiene für die Erarbeitung der integrierten Pflegesozialpläne in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns.

Insgesamt wurde im Implementierungsprozess deutlich: Der in den vergangenen Jahren erarbeitete „Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung“ ist nichts Statisches, er ist kein Dogma. In den kommenden Jahren der Erarbeitung der integrierten Pflegesozialpläne in den Landkreisen und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns durch die Pflegesozialplanerinnen und –planer wird der „Kompass“ durch weitere Modifizierungen weiterentwickelt und perfektioniert werden.

2 Ergebnisdokumente

2.1 Die Definition der integrierten Pflegesozialplanung*

Als zentrale Basis für eine einheitliche und vergleichbare Pflegesozialplanung wurde in einem kooperativen Prozess der Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplaner folgende Definition der integrierten Pflegesozialplanung erarbeitet:

Ziel der integrierten Pflegesozialplanung ist die Umsetzung des Ansatzes „ambulant vor stationär“, der die Pflege auf Aktivierung und weitgehende Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie auf die dementsprechende Gestaltung ihres Lebensumfelds richtet. Dieses Ziel erfordert die planerische Gestaltung bedarfsgerechter Unterstützungsangebote, die über ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeangebote hinausgehen, und die Gestaltung dementsprechender komplexer Lebensbedingungen der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Die integrierte Pflegesozialplanung verkörpert damit einen ganzheitlichen Ansatz in der Planung und erfordert eine auf die Umsetzung dieses Ansatzes orientierte fachübergreifende Zusammenarbeit. Die integrierte Pflegesozialplanung ist spezifischer Bestandteil einer fachübergreifenden Sozialplanung.

Die integrierte Pflegesozialplanung übt eine Querschnittsfunktion aus und erfordert den Aufbau einer neuen Struktur für die fachübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit der Akteure und Akteurinnen.

Die integrierte Pflegesozialplanung ist verbunden mit der Entwicklung eines Netzwerkes von Akteuren und Akteurinnen unterschiedlicher Organisationen, Institutionen und Fachbereiche sowie von professionellen und ehrenamtlichen Einzelpersonen, die entsprechend ihrer spezifischen Bedeutung und Funktion bei der Umsetzung des neuen Pflegeansatzes integriert werden.

Die Orientierung auf eine integrierte Pflegesozialplanung erstreckt sich auf alle Planungsphasen von der Planvorbereitung über die Planerarbeitung, Planumsetzung und Planevaluation bis hin zur Planfortschreibung.

Den Pflegesozialplanern und Pflegesozialplanerinnen kommt eine spezifische Funktion im Prozess der integrierten Pflegesozialplanung zu. Ihnen obliegt in Abstimmung mit anderen relevanten Fachplanungen die Erarbeitung von Zielempfehlungen und entsprechender Maßnahmen für die Weiterentwicklung einer pflegerischen Versorgungsstruktur, die den Intentionen einer integrativen Pflegesozialplanung entsprechen.

**Diese Definition basiert auf Anregungen der Pflegesozialplaner und Pflegesozialplanerinnen in M-V sowie auf folgende Materialien: Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur. 2013. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern. Fachdienst Soziales der Landeshauptstadt Schwerin, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge)*



2.2 Berichtsstandard

Es folgt auf den nächsten Seiten das Musterdokument des Berichtsstandards.

Der Berichtsstandard soll ein einheitliches Herangehen und vergleichbare Ergebnisse in der Erarbeitung und Umsetzung der Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städte M-Vs gewährleisten. Er entspricht in der Gesamtheit seiner erforderlichen und zusätzlichen Indikatoren den Erfordernissen einer integrierten Pflegesozialplanung und ermöglicht die Umsetzung der aktuellen Orientierung der.

Inhaltsverzeichnis

GRÜßWORT.....	13
ZUSAMMENFASSUNG.....	13
VORBEMERKUNG.....	13
1 ALLGEMEINER TEIL	14
1.1 Einführung.....	14
1.1.1 Ziele der integrierten Pflegesozialplanung.....	14
1.1.2 Gesetzliche Grundlagen.....	15
2 ERMITTLUNG DES IST-ZUSTANDES.....	16
2.1 Sozialstrukturdaten.....	16
2.1.1 Demografische Entwicklungsprozesse.....	16
2.1.2 Soziale Daten.....	16
2.1.3 Finanzielle Merkmale.....	16
2.1.4 Wohnsituation.....	16
2.1.5 Hilfe- und Pflegebedarf.....	17
2.2 Pflege, Gesundheit und Prävention.....	18
2.2.1 Angebote im Bereich Pflege.....	18
2.2.2 Geplante Angebote im Bereich Pflege.....	18
2.2.2 Personalstruktur.....	18
2.2.3 Beratungs-, Steuerungs- und Informationsstrukturen präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Angebote.....	18
2.2.4 Medizinische Versorgung.....	18
2.2.5 Angebote im Bereich Prävention und Rehabilitation.....	18
2.3 Selbstständigkeit, Teilhabe, Engagement.....	18
2.3.1 Bedarfe im Bereich Alltag und Haushalt.....	19
2.3.2 Teilhabe.....	19
2.3.3 Mobilität.....	19
2.3.4 Gesellschaftliches Engagement zur Unterstützung einer kommunalen Pflege.....	19
3 ANALYSE, BEWERTUNG, PROGNOSE.....	19
3.1 Analyse und Bewertung sowie Prognose.....	19
3.1.1 Analyse und Bewertung des IstStandes.....	19
3.1.2 Prognose des zukünftigenBedarfes.....	19

4	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	21
5	AUSBLICK.....	21
	Abbildungsverzeichnis, Tabellenverzeichnis.....	21

GRÜßWORT

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Ergebnisse des integrierten Pflegesozialplanes des jeweiligen Landkreises bzw. kreisfreien Stadt.

Das sind:

- Kurzbeschreibung der Bedarfssituation,
- Auflistung der Bedarfsprognosen und der davon abgeleiteten Empfehlungen sowie
- Maßnahmenplan (inhaltliche Schwerpunkte, Verantwortlichkeiten und Zeitdimensionen).

VORBEMERKUNG

Der Berichtsstandard unterstützt die Erarbeitung eines integrierten Pflegesozialplanes in den Landkreisen und kreisfreien Kommunen Mecklenburg-Vorpommerns. Ihm zugrunde liegt das „Unterstützende Instrument für die integrierte Pflegesozialplanung (UnIPs)“, das aus drei logisch sich ergänzenden Themenfeldern mit verschiedenen Indikatoren zu den Bereichen

- a) Sozialstrukturdaten,
 - b) Pflege, Gesundheit und Prävention sowie
 - c) Selbstständigkeit, Teilhabe, Engagement
- besteht.

Der Berichtsstandard soll ein einheitliches Herangehen und vergleichbare Ergebnisse in der Erarbeitung und Umsetzung der Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städte M-Vs gewährleisten. Er entspricht in der Gesamtheit seiner *erforderlichen* und *zusätzlichen Indikatoren* den Erfordernissen einer modernen Pflegesozialplanung und ermöglicht die Umsetzung der aktuellen Orientierung der Pflege „ambulant vor stationär“.

Dieser Berichtsstandard gilt für städtische und ländliche Regionen und ermöglicht in der Anwendung speziell der *zusätzlichen Indikatoren* die Erfassung des spezifischen Entwicklungsstandes und der regionalen Besonderheiten des jeweiligen Planungsgebietes.

Die Anwendung des im Berichtsstandard vorgeschlagenen Indikatorensatzes ist abhängig von den jeweiligen regionalen Rahmenbedingungen des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt sowie der gegebenen Datenverfügbarkeit.

Der Berichtstandard unterscheidet zwischen erforderlichen und zusätzlichen Indikatoren. Die erforderlichen Indikatoren sind farblich gelb unterlegt.

1 ALLGEMEINER TEIL

1.1 Einführung

1.1.1 Ziele der integrierten Pflegesozialplanung

Ziel der integrierten Pflegesozialplanung ist die Umsetzung des Ansatzes „ambulant vor stationär“, der die Pflege auf Aktivierung und weitgehende Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie auf die dementsprechende Gestaltung ihres Lebensumfelds richtet. Dieses Ziel erfordert die planerische Gestaltung bedarfsgerechter Unterstützungsangebote, die über ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeangebote hinausgehen, und die Gestaltung dementsprechender komplexer Lebensbedingungen der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Die integrierte Pflegesozialplanung verkörpert damit einen ganzheitlichen Ansatz in der Planung und erfordert eine auf die Umsetzung dieses Ansatzes orientierte fachübergreifende Zusammenarbeit. Die integrierte Pflegesozialplanung ist spezifischer Bestandteil einer fachübergreifenden Sozialplanung.

Die integrierte Pflegesozialplanung übt eine Querschnittsfunktion aus und erfordert den Aufbau einer neuen Struktur für die fachübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit der Akteure und Akteurinnen.

Die integrierte Pflegesozialplanung ist verbunden mit der Entwicklung eines Netzwerkes von Akteuren und Akteurinnen unterschiedlicher Organisationen, Institutionen und Fachbereiche sowie von professionellen und ehrenamtlichen Einzelpersonen, die entsprechend ihrer spezifischen Bedeutung und Funktion bei der Umsetzung des neuen Pflegeansatzes integriert werden.

Die Orientierung auf eine integrierte Pflegesozialplanung erstreckt sich auf alle Planungsphasen von der Planvorbereitung über die Planerarbeitung, Planumsetzung und Planevaluation bis hin zur Planfortschreibung.

Den Pflegesozialplanern und Pflegesozialplanerinnen kommt eine spezifische Funktion im Prozess der integrierten Pflegesozialplanung zu. Ihnen obliegt in Abstimmung mit anderen relevanten Fachplanungen die Erarbeitung von Zielempfehlungen und entsprechender Maßnahmen für die Weiterentwicklung einer pflegerischen Versorgungsstruktur, die den Intentionen einer integrativen Pflegesozialplanung entsprechen.²

(In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die qualitativen Grundsätze der integrierten Pflegesozialplanung der Landesplanerischen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur“ die 2013 vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg- Vorpommerns vorgestellt wurden.)

Adressaten und Adressatinnen

Der Berichtsstandard richtet sich vorrangig an die Pflegesozialplaner und Pflegesozialplanerinnen der Landkreise und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns.

Darüber hinaus gibt er allen Ebenen der integrierten Pflegesozialplanung, die sich mit der Bewertung und Einordnung der integrierten Pflegesozialpläne befassen, ein Instrument in die

Hand, dass ihnen ein einheitliches, objektives und zielgerichtetes Herangehen an die Pflegesozialplanung ermöglicht.

1.1.2 Gesetzliche Grundlagen

Landespflegegesetz (LPflegeG)

Laut § 5 Abs. 2 Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern ist alle fünf Jahre eine Planung für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu erstellen. Dabei sind komplementäre Angebote zu berücksichtigen und die bedarfsgerechte Entwicklung von Angeboten zu beschreiben.

Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Mit der Verabschiedung der Pflegestärkungsgesetze ergibt sich eine veränderte Gesetzeslage in der Bundesrepublik Deutschland, die sich u.a. auf die Ausarbeitung der integrierten Pflegesozialplanung in M-V auswirkt.

Seit dem 1. Januar 2017 gelten fünf Pflegegrade, die die bisherigen drei Pflegestufen ersetzen. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) wurde gesetzlich neu definiert und berücksichtigt neben körperlichen auch geistige und seelische Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Funktionsstörungen. Es werden sechs Bereiche unterteilt (§ 14 Abs. 2 SGB XI), um die Pflegebedürftigkeit mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments zu ermitteln. Diese sechs Bereiche sind:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten drücken sich in fünf Pflegegraden aus.

Weitere Veränderungen ergaben sich durch die Pflegestärkungsgesetze für

- die Überleitungen von bestehenden Pflegestufen in Pflegegrade (§ 140 SGB XI),
- den Besitzstandschutz für Bestandsfälle,
- Leistungen bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI),
- Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI),
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI),
- ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI),
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI),
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI),
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI),
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI),

- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43a SGB XI),
- Angebote zur Unterstützung im Alltag,
- Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a SGB XI),
- Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) sowie
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI).

Gesetzliche Grundlagen dieses Berichts bilden weiterhin §§ 8 -10 SGB XI.

2 ERMITTLUNG DES IST-ZUSTANDES

2.1 Sozialstrukturdaten

2.1.1 Demografische Entwicklungsprozesse

2.1.1.1 Bevölkerungsbestand

2.1.1.2 (Kommunale) Bevölkerungsprognose

2.1.1.3 Menschen mit Migrationshintergrund mit und ohne Pflegebedarf

2.1.2 Soziale Daten

2.1.2.1 Altenquotient

2.1.2.2 Bildungsstand

2.1.2.3 Arbeitslosigkeit

2.1.2.4 Einkommen der Haushalte

2.1.3 Finanzielle Merkmale

2.1.3.1 Leistungen nach SGB XII

2.1.3.2 Leistungen nach SGB II (Grundsicherung)

2.1.3.3 Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen
nach SGB XII (Hilfe zur Pflege)

2.1.3.4 Wohngeld

2.1.4 Wohnsituation

2.1.4.1 Eigentümerinnen und Eigentümer, Mietstruktur

2.1.4.2 Anzahl von Menschen ohne festen Wohnsitz

2.1.5 Hilfe- und Pflegebedarf

- 2.1.5.1 Hilfe- und Pflegebedürftige nach Altersgruppen
- 2.1.5.2 Hilfe- und Pflegebedürftige nach Art der Versorgung
- 2.1.5.3 Prognose der Hilfe- und Pflegebedürftigen
- 2.1.5.4 Hilfe- und Pflegebedürftige, die innovative und unterstützende Angebote nutzen, nach Anzahl, Altersgruppen sowie Geschlecht

2.2 Pflege, Gesundheit und Prävention

2.2.1 Angebote im Bereich Pflege

- 2.2.1.1 Pflegeangebote
- 2.2.1.2 Pflegeangebote für demenziell erkrankte Menschen

2.2.2 Geplante Angebote im Bereich Pflege

- 2.2.2.1 Geplante Pflegeangebote
- 2.2.2.2 Geplante Pflegeangebote für demenziell erkrankte Menschen
- 2.2.2.3 Wohnen im Alter

2.2.3 Personalstruktur

- 2.2.3.1 Personalstruktur nach Qualifikationen

2.2.4 Beratungs-, Steuerungs- und Informationsstrukturen präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Angebote

- 2.2.4.1 Beratungs-, Steuerungs- und Informationsstrukturen
- 2.2.4.2 Kommunale Qualitätssicherungsprogramme
- 2.2.4.3 Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Wohnortnähe der Angebote

2.2.5 Medizinische Versorgung

- 2.2.5.1 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach medizinischem Fachgebiet und Versorgungsdichte
- 2.2.5.2 Apotheken
- 2.2.5.3 Krankenhäuser und gerontologische Versorgung
- 2.2.5.4 Rehabilitationskliniken

2.2.6 Angebote im Bereich Prävention und Rehabilitation

- 2.2.6.1 Gesundheitliche Prävention
- 2.2.6.2 Soziale Prävention

2.3 Selbstständigkeit, Teilhabe, Engagement

2.3.1 Bedarfe im Bereich Alltag und Haushalt

- 2.3.1.1 Alltagbezogene und haushaltsnahe Dienstleistungen
- 2.3.1.2 Technische Unterstützung / Ausstattung
- 2.3.1.3 Informationsmaterialien, Schulungen
- 2.3.1.4 Unterstützung / Förderung ehrenamtlicher Hilfsstrukturen
- 2.3.1.5 Niederschwellige Beratungsangebote und deren Erreichbarkeit
- 2.3.1.6 Formen der Unterstützung pflegender Angehöriger

2.3.2 Teilhabe

- 2.3.2.1 Partizipation und Partizipationsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene
- 2.3.2.2 Kulturelle Angebote
- 2.3.2.3 Bildungsangebote für ältere (65+ Jahre) und sehr alte (85+ Jahre) Menschen

2.3.3 Mobilität

- 2.3.3.1 Mobilität (ÖPNV, Führerschein, Mobilitätsdienst)

2.3.4 Gesellschaftliches Engagement zur Unterstützung einer kommunalen Pflege

- 2.3.4.1 Formen bürgerschaftlichen Engagements
- 2.3.4.2 Qualifizierung und Förderung von Ehrenamt
- 2.3.4.3 Bundesfreiwillige

3 ANALYSE, BEWERTUNG, PROGNOSE

3.1 Analyse und Bewertung sowie Prognose

3.1.1 Analyse und Bewertung des Ist-Standes

3.1.2 Prognose des zukünftigen Bedarfes

Pflegebedarf

Der Pflegebedarf erfasst die Art und den Umfang von sozialen Dienstleistungen in Form von Geld- und Sachleistungen für hilfebedürftige Menschen.

Die Instrumente der Hilfe- und Pflegeplanung orientieren sich an dem Bedarf. Der Bedarf beschreibt eine Konkretisierung von Bedürfnissen, mit der über spezifische Leistungsmengen und Leistungsqualitäten von sozialen Leistungen entschieden werden kann.

Gesetzliche Ausgangslage für die Bedarfsermittlung:

§ 5 Abs.2 des Landespflegegesetzes (LPflegeG M-V)

„Die Planungen enthalten eine Bestandsaufnahme über die regionale Versorgungsstruktur, in der Standorte, Träger und Platzzahlen ausgewiesen sind, zeigen etwaige Defizite auf und beschreiben die *bedarfsgerechte Entwicklung* von geeigneten Betreuungs- und Pflegeangeboten.“*

Bedarfsbestimmung und Bedarfsprognosen

Die Bedarfsbestimmung umfasst zum einen die Ermittlung des Ist-Standes der Pflegeinfrastruktur mithilfe des Planungsinstrumentes und zum anderen die Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Ermittlung des Ist-Zustandes des Pflegebedarfs werden anhand der Entwicklung von Bedarfsprognosen Voraussagen über die zukünftige erforderliche Entwicklung der Pflegeinfrastruktur im Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt getroffen

Bedarfsermittlung

Die Ermittlung des Bedarfs ist ein prozesshaftes Verfahren, in dessen Verlauf erhoben wird, welche Unterstützungsleistungen ein Mensch in seiner jeweiligen Situation unter Berücksichtigung seiner individuellen Teilhabeziele braucht und in Anspruch nehmen will. Die Bedarfsermittlung erfolgt mithilfe von wissenschaftlichen Methoden und Instrumenten (z.B. UnIPs, Erhebungsbögen, Experteninterviews auf der Basis von strukturierten Gesprächsleitfaden).

*Empfehlungen des Deutschen Vereins für Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe von Menschen mit Behinderung, 17.06.2009, S.7/8

Zweckbestimmung der Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

- Verlässliche Informationen zu erhalten, ob die Pflegeangebote in MV und in den kreisfreien Städten und Kommunen in Zukunft ausreichen.
- Verlässliche Informationen zu erhalten, wo genau was benötigt wird und wie das erreicht werden kann.

Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

Die Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen umfasst die Angebotsstruktur (Bestandserhebung zum ambulanten, teilstationären, stationären Bereich der Pflege, betreutes Wohnen, Demenz-WG, barrierefreie Wohnungen, Wohnumfeld), die Berücksichtigung der sozialräumlichen Zuordnung und der Kapazitäten bzw. Personalausstattung im ambulanten Sektor, die Auslastungs- bzw. Inanspruchnahme der Angebote und ihrer Kapazitäten, ggf. ungedeckte Nachfragen.

Auf Basis der altersspezifischen Pflegequoten und der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung kann die Pflegenachfrage bis 2030 prognostiziert werden und es kann eine mögliche Unterversorgung zum gewählten Zeithorizont auf Basis des derzeitigen Standes aufgezeigt werden. Ziel ist die Bestimmung der zu erwartenden Trends.

Datengrundlage:

Berechnungsgrundlagen zur Prognose sind zum einen die Berechnung der Prognose aus der Sekundärauswertung administrativer Daten (u.a. Bevölkerungsprognose) und zum anderen die Verknüpfung von diversen administrativen Datensätzen für die weitere Datengewinnung (wenn notwendig zusätzliche, qualitative Befragungen) für die kommunale Ebenen.

Grundlage dafür ist insbesondere die jeweils aktuellste Bevölkerungsprognose des Landesamtes Mecklenburg-Vorpommern sowie die jeweils aktuellsten Pflegekennzahlen des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern. Hinzugezogen werden zusätzliche Erhebungen und Befragungen.

Definition von Zielwerten

Zielwerte als Steuerungsinstrument unterstützen planmäßiges Handeln und fördern sowohl Transparenz als auch die gemeinsame Wahrnehmung und Lösung von Herausforderungen, vor denen das Gemeinwesen steht.

Die Erarbeitung von Zielwerten ist ein international verbreitetes Instrument, um die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen zielgenauer und überprüfbarer zu machen. Zudem sollen sie zu einem effizienteren Einsatz von materiellen wie personellen Ressourcen führen.

Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse und der vorher errechneten Bedarfe werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Zielen ist als langfristiger Prozess angelegt. Zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zeiträumen für die Umsetzung.

Zur Erarbeitung von Zielwerten ist gehört auch die Berücksichtigung regionaler unterschiedliche Ausgangslagen, Strukturen bzw. Ressourcen. Den Pflegebedürfnissen der Bevölkerung in der Region kann durch Zusammenarbeit mit lokalen Stakeholdern, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern entsprochen werden. Lokale Ziele sind somit auch eine Spezifizierung von Zielen auf Landes- oder Regionsebene.

Prinzipien der Erarbeitung von Zielwerten:

- 1) In einem partizipativen Prozess werden Expertinnen und Experten aus der Kommune in die Erarbeitung eingebunden, um einen Orientierungsrahmen für zukünftige Entscheidungen u.a. zur Ressourcenverteilung in relevanten Fragestellungen erarbeiten zu können.
- 2) Eine Erarbeitung im Konsens von Politik, Kostenträgerinnen und Kostenträgern, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern etc. wird angestrebt.
- 3) Messbarkeit/Evaluierbarkeit: Definition von Indikatoren, die eine Überprüfung der Erreichung der Ziele ermöglichen.
- 4) Indikatoren werden erarbeitet: Grundsätzlich handelt es sich bei Indikatoren um Kenngrößen, die über das Eintreten eines komplexen Sachverhaltes Auskunft geben sollen, ihn aber selbst nicht messen.

4 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Auf der Basis der Bedarfsprognosen, die auf spezifische quantitative und qualitative Schwerpunkte der zukünftigen Entwicklung der Pflegeinfrastruktur im jeweiligen Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt hinweisen sowie der aktuellen politischen Schwerpunkt- bzw. Zielsetzungen auf diesem Gebiet werden Empfehlungen für weitere Gestaltung der Pflegeinfrastruktur im Planungszeitraum erarbeitet. Die Empfehlungen verweisen auf die jeweiligen spezifischen strategischen Entwicklungsziele der Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur sowie auf Schwerpunkte ihrer Umsetzung.

5 AUSBLICK

Abbildungsverzeichnis

Es konnten keine Einträge für ein Abbildungsverzeichnis gefunden werden.

Tabellenverzeichnis

Es konnten keine Einträge für ein Abbildungsverzeichnis gefunden werden.



2.3 Planungsinstrument

Das Planungsinstrument wird im Anhang an diese Datei zur Verfügung gestellt.



2.4 Roadmap

Die Roadmap für eine integrierte Pflegesozialplanung

Der Einsatz der Roadmap führt zu einer Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit der integrierten Pflegesozialpläne der Landkreise und kreisfreien Städte.

Sie ermöglicht die Partizipation und Kommunikation der Akteurinnen und Akteure und der Adressatinnen und Adressaten der integrierten Pflegesozialplanung.

Mithilfe der Roadmap organisiert, koordiniert und steuert die Pflegesozialplanerin bzw. der Pflegesozialplaner den Prozess der Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation des integrierten Pflegesozialplans in den Kommunen.

Eine Roadmap

- beschreibt den zeitlichen und inhaltlichen Ablauf zukünftiger Entwicklungen eines ausgewählten Bereiches,
- entwickelt Visionen, benennt die Meilensteine des Entwicklungsprozesses und
- macht Zusammenhänge zwischen den Teiletappen der Entwicklung sichtbar,
- sie konstatiert und reagiert auf Veränderungen der Rahmenbedingungen oder Bedrohungen für eine angestrebte erfolgreiche Entwicklung.
- dient als Integrations- und Steuerungsinstrument und lenkt die Aktivitäten aller Beteiligten in eine gemeinsame Richtung.

Die Roadmap eignet sich als Steuerungsmethode der integrierten Pflegesozialplanung, weil diese

- ein langfristiger Prozess ist, der strategische Zielsetzungen und deren Umsetzung erfordert,
- sich als ein kommunikativer Prozess zwischen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren vollzieht,
- im Prozess der Umsetzung auf unterschiedliche interne und externe sich verändernde Rahmenbedingungen (Risiken und Chancen) achten und auf sie gezielt reagieren muss sowie

- in all ihren Phasen ein komplexer, mehrdimensionaler Prozess ist, in dem das Zusammenwirken unterschiedlicher sich ergänzender Akteurinnen und Akteure koordiniert und gesteuert werden muss.

Eine Roadmap für die Erarbeitung einer integrierten Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Mecklenburg-Vorpommern stellt sich der Beantwortung folgender Fragen:

- Welche Veränderungen in der Pflegeinfrastruktur sind langfristig zu erwarten?
 - Welche Herausforderungen und Chancen ergeben sich daraus?
 - Welche Entwicklung wird angestrebt?
 - Welche strategischen Ziele werden verfolgt?
 - Über welche Potentiale verfügen wir und wie können sie effektiv genutzt werden?
 - Welche Störungen können auftreten, welche Risiken ergeben sich daraus, wie kann darauf reagiert werden?
 - Welche Zukunftsstrategien können für eine erfolgreiche integrierte Pflegesozialplanung der kreisfreien Städte und Kommunen abgeleitet werden?

Kurz: Die Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns zeigt den Weg auf für die Erarbeitung, Umsetzung und Erfolgskontrolle der gesetzten strategischen Ziele und nennt die wichtigsten Meilensteine auf diesem Weg: Sie ist eine „Landkarte“, die den Weg weist und Weichen setzt, um Um- bzw. Irrwege zu vermeiden.

Die Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung*

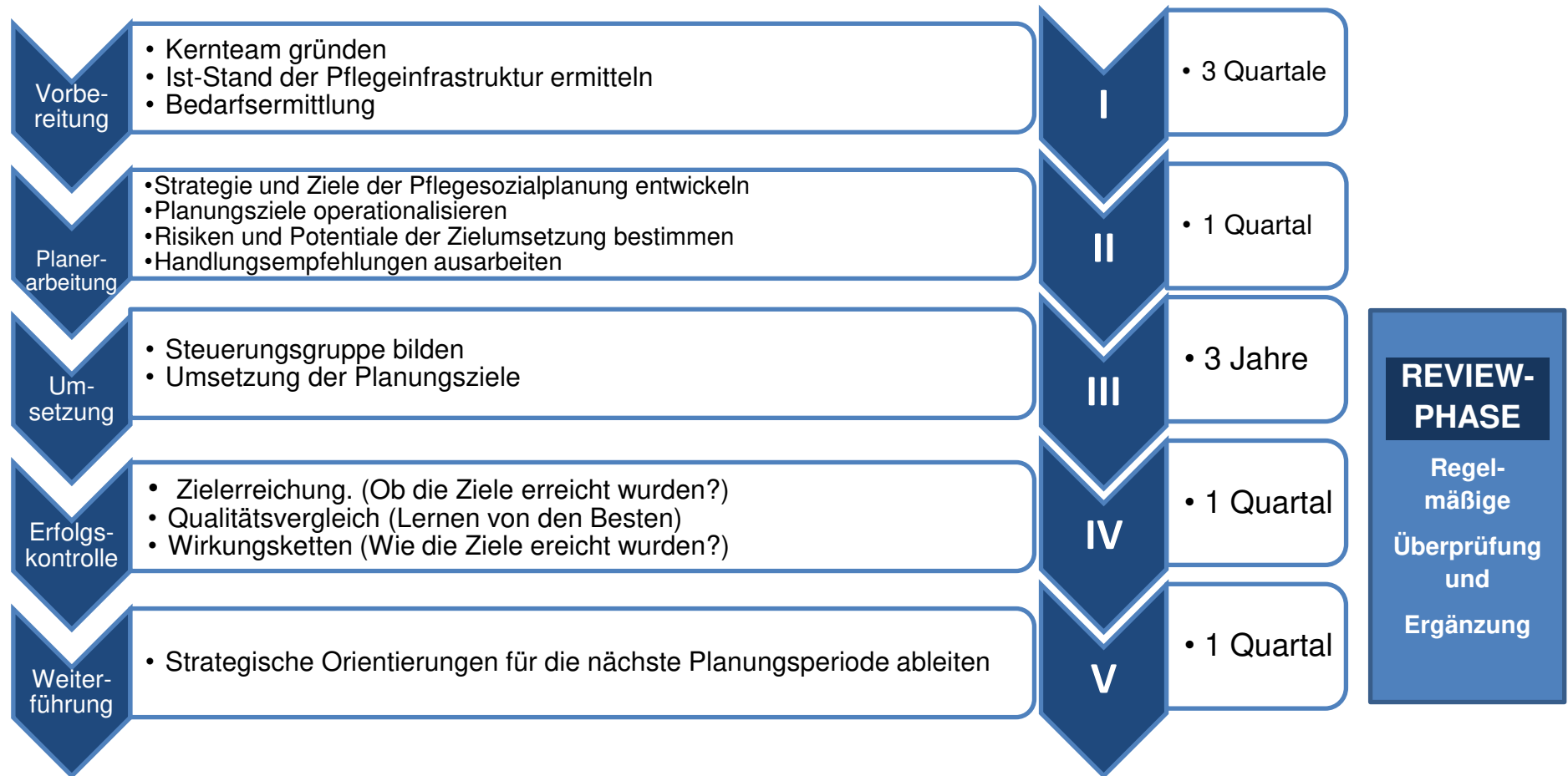


Abbildung 1: Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung (Gesamter Planungsprozess)

Die Roadmap für die kommunale integrierte Pflegesozialplanung gibt Auskunft über die Planungsphasen, die Meilensteine der Umsetzung der einzelnen Phasen, über die Abfolge und die Zeitdauer der einzelnen Phasen. Zudem weist sie auf Reviewphasen hin, die dazu auffordern, den gesamten Planungsumsetzungsprozess regelmäßig zu überprüfen, zu dokumentieren sowie bei Bedarf korrigierend und ergänzend einzugreifen.

Die schematische Darstellung der Roadmap macht deutlich, dass es sich bei der integrierten Pflegesozialplanung um einen zyklischen Prozess, um einen Kreislauf handelt, der auf der Basis und unter Berücksichtigung der erreichten Ergebnisse nach Planablauf stets aufs Neue beginnt.



Abbildung 2: Zyklus der integrierten Pflegesozialplanung

An der Darstellung der Roadmap (Abb. 1) wird gleichfalls sichtbar, dass für den gesamten Prozess der integrierten Pflegesozialplanung vom Beginn der Planung bis zur Evaluation der Ergebnisse ein größerer, über die Dauer von mehreren Jahren laufender Zeitraum, einzuplanen ist.

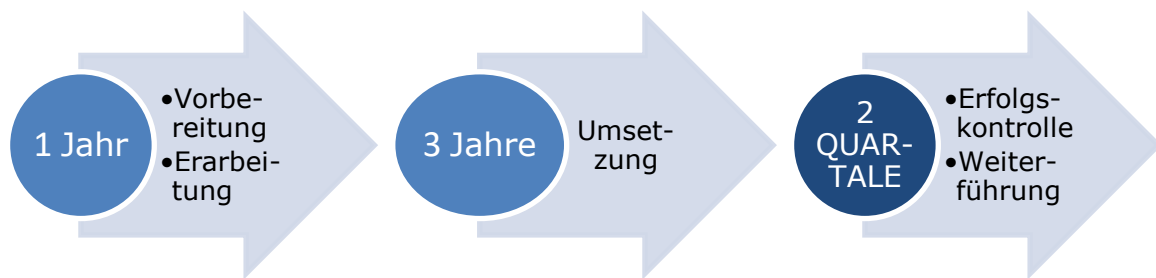


Abbildung 3: Mögliche Zeitdimension der Roadmap der integrierten Pflegesozialplanung

Folgende Übersicht informiert allgemein über die wesentlichen Arbeitsschritte, Methoden und Akteurinnen und Akteure der integrierten Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städte.

Diese Übersicht bildet die Grundlage für die inhaltliche, arbeitsorganisatorische und methodische Gestaltung der einzelnen Etappen – hier Planvorbereitung und Planerarbeitung - des integrierten Pflegesozialplanes.

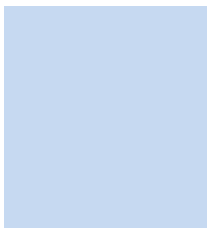
Im Unterschied zur Darstellung des „Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung“ von 2015, der sich auf die gesamte Planungsperiode bezog, konzentrierte sich der Implementierungsprozess auf die Phasen Planvorbereitung und Planerarbeitung.

Das spiegelt sich auch in der folgenden der Planungsübersicht und im Werkzeugkasten wieder, die sich inhaltlich auf diese beiden Planungsphasen beziehen. Der Bezug auf alle Planungsphasen befindet sich im vorangegangenen Abschnitt zur Roadmap sowie im 2015 erarbeiteten „Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns“.

Planungsphasen	Arbeitsschritt	Mögliche Methoden	Akteure	Ergebnisse
VORBEREITUNG	Kernteam gründen und konstituieren, Aktionsplan erarbeiten	Action Planning, Fragebogen	Pflegesozialplanern und Pflegesozialplaner, Kernteam	Existenz eines arbeitsfähigen, motivierten und kompetenten Kernteams. Die Leitung des Kernteams haben der/die Pflegesozialplaner/in. Es wird bei Bedarf durch Expertinnen und Experten ergänzt. Ein erster Aktionsplan ist erarbeitet.
	IST-Stand der Pflegeinfrastruktur ermitteln	Planungsinstrument UnIPs ergänzt durch Methoden der quantitativen u. und qualitativen Sozialforschung, Fragebogen	Pflegesozialplanern und Pflegesozialplaner, Kernteam	Gesamtüberblick über den aktuellen Entwicklungsstand der kommunalen Pflegeinfrastruktur. Grundlage für die Bedarfsermittlung.
	Bedarfsermittlung	Auswertung der Ergebnisse des Ist-Standes Prognostische Einschätzung der Bedarfsentwicklung Experteninterview, Fokusgruppen, Bedarfsprognose	Pflegesozialplanern und Pflegesozialplaner, Kernteam	Übersicht über den zukünftigen differenzierten Entwicklungsbedarf der Pflegeinfrastruktur in der Kommune.
ERARBEITUNG	Strategie und Ziele der integrierten Pflegesozialplanung erarbeiten	Strategieworkshop, Vision entwickeln, Umfeldanalyse, Strategie- und Zielbestimmung	Erweitertes Kernteam	Strategische Orientierungen und Ziele für die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur im Planungszeitraum sind erarbeitet.

Planungsphasen	Arbeitsschritt	Mögliche Methoden	Akteure	Ergebnisse
	Zieloperationalisierung	Strategieworkshop, SMART-Methode Handlungsziele bestimmen	Erweitertes Kernteam	Strategische Handlungsziele sind bestimmt. Realistische, spezifische, akzeptierte, mess- und abrechenbare Handlungsziele sind definiert.
	Risiken und Potentiale der Zielverwirklichung bestimmen Handlungsempfehlungen festlegen	Strategieworkshop SWOT-Analyse Handlungsempfehlungen	Erweitertes Kernteam	Risiken und Potentiale im Zielumsetzungsprozess sind prognostiziert. Lösungswege für den Umgang mit Risiken unter Nutzung der Potentiale sind erarbeitet. Handlungsempfehlungen liegen vor.

Tab. 2 Planungsphasen, Arbeitsschritte, Methoden, Akteurinnen und Akteure der integrierten Pflegesozialplanung





2.5 Werkzeugkasten

Der Werkzeugkasten beschreibt die Planungsphasen, nennt die Werkzeuge und Arbeitsblätter.

2.4.1 Planungsvorbereitung

Kernteam gründen und motivieren

Die inhaltliche und organisatorische Steuerung des gesamten Prozesses der kommunalen Pflegesozialplanung obliegen der Pflegesozialplanerin bzw. dem Pflegesozialplaner. Zur Qualifizierung der Arbeit an der integrierten Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten gründen er/sie ein Kernteam, deren Zusammensetzung unterschiedlich sein kann und die organisatorischen, strukturellen, personellen und regionalen Besonderheiten des jeweiligen Landkreises bzw. kreisfreien Stadt geprägt ist. Die Mitglieder des Kernteams sind fachlich kompetent und sozialplanungserfahren. Sie sind in der Lage perspektivisch zu denken und die Notwendigkeiten einer integrierten Pflegesozialplanung zu erkennen sowie konzeptionell umzusetzen. Das Handeln und Denken der Angehörigen des Kernteams sollten nicht von egoistischen Eigeninteressen bestimmt und durch Konsensfähigkeit geprägt sein. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Kernteams sollte es personell überschaubar sein.

Aufgabe diese Phase ist die Motivation sowie inhaltliche und organisatorische Einstimmung des Kernteams auf die Planungsaufgabe.

In einer ersten Verständigung und zur Orientierung und Motivierung der Angehörigen des Kernteams wird auf der Basis der Ergebnisse des Action Plannings und mittels des Einsatzes eines Fragespiegels ein Aktionsplan (Grobkonzept strategischer Orientierungen für die Erarbeitung des kommunalen integrierten Pflegesozialplanes) entwickelt.

Das Grobkonzept beinhaltet erste Überlegungen zum Leitbild/Vision der integrierten Pflegesozialplanung sowie strategische Orientierungen für die Entwicklung der kommunalen Pflegeinfrastruktur in den nächsten fünf Jahren.

Methodenübersicht:

- Action Planning
- Fragespiegel

Planvorbereitung

METHODE

Action Planning

Methode:	Action Planning
Anwendungsbereich:	Integrierte Pflegesozialplanung
Akteure:	Pflegesozialplanerin, Pflegesozialplaner, Kernteam
Ziele:	Heranführen an die Aufgabenstellung und an strategisches Denken, Motivierung der Beteiligten
Zeit:	30 bis 60 Minuten
Material:	Flipchart, Moderationskoffer, Arbeitsblätter
Ort:	1 Raum
Beschreibung:	<p>Diese Methode will die Angehörigen des Kernteams auf die Perspektive der integrierten Pflegesozialplanung und den eigenen Anteil am Prozess einstimmen. Sie werden dazu aufgefordert außerhalb gewohnter Bahnen an das Ganze und den eigenen Beitrag zum Ganzen zu denken. Ausgehend vom aktuellen Stand der kommunalen Pflegesituation werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer jede/r für sich aufgefordert, in Hinsicht auf die kommunale integrierte Pflegesozialplanung in drei Richtungen zu denken:</p> <p>Was sollte man nicht mehr tun?</p> <p>Womit sollte man anfangen, etwas zu tun?</p> <p>Was sollte man in einer anderen Weise tun?</p> <p>Alle drei Fragen werden aus individueller und kommunaler Sicht betrachtet. Jede/r visualisiert und erläutert die Ergebnisse seines Nachdenkens.</p> <p>Die anschließende Diskussion verweist auf strategische Entwicklungstrends der kommunalen integrierten Pflegesozialplanung sowie den eigenen Beitrag zu ihrer Umsetzung hin und schafft inhaltliche Voraussetzungen für die Ausarbeitung eines Aktionsplanes für die integrierte Pflegesozialplanung.</p>
Ergebnis:	Inhaltliche Annäherung an die Entwicklung strategischer Ziele, Motivierung für die Arbeit im Kernteam.
Quelle:	www.kent.ac.uk/careers/sk/skillsactionplanning.htm

ARBEITSBLATT

Action Planning

Was muss getan werden, um die Pflegeinfrastruktur im kommenden Planungszeitraum zu verbessern?

Was	Ich	Kommune
Aufhören, etwas zu tun		
Anfangen, etwas zu tun		
Etwas in einer anderen Weise zu tun		

Auswertung: Erste grundlegende strategische Orientierungen für die integrierte Pflegesozialplanung sind skizziert, Weichen für Veränderungen gestellt sowie der eigene Beitrag am Prozess ist bestimmt.

Planvorbereitung

METHODE

Fragespiegel

Methode: Fragespiegel	
Anwendungsbereich:	Integrierte Pflegesozialplanung
Ziele:	erste strategische Orientierung für die Arbeit des Kernteams
Akteure:	Pflegesozialplaner/in, Kernteam
Zeit:	Ca. 3 Stunden
Material:	Flipchart, Moderationskoffer, Arbeitsblätter
Ort:	1 Raum
Beschreibung:	<p>In dieser Phase werden die Erfahrungen mit und Meinungen der Angehörigen des Kernteams zur strategischen Ausrichtung der kommunalen Pflegesozialplanung erfasst und ausgewertet. Empfehlenswert ist die Durchführung eines Brainstormings auf der Grundlage der im Fragespiegel aufgelisteten inhaltlichen Schwerpunkte. Ziel dieser Methode ist es, möglichst viele Ideen zu einem Problemkreis in kurzer Zeit zu sammeln, ohne dass die Ideen frühzeitig zerredet werden. Die Beratung wird von der Pflegesozialplanerin bzw. dem Pflegesozialplaner moderiert. Den Beteiligten kann zu Beginn eine Zeit zur schriftlichen Beantwortung der Fragen auf Kärtchen eingeräumt werden. Anschließend werden von der Moderatorin bzw. dem Moderator die geäußerten Ideen zum jeweiligen Problemkreis auf dem Flipchart schriftlich festgehalten.</p> <p>In einer anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse strukturiert und ein strategisches Grobkonzept der integrierten Pflegesozialplanung erarbeitet.</p>
Ergebnis:	Erarbeitung eines Aktionsplanes für die kommunale integrierte Pflegesozialplanung (erstes strategisches Grobkonzept)
Quelle:	Eigenentwicklung

ARBEITSBLATT

Fragespiegel

FRAGESPIEGEL

Welche gesamtgesellschaftlichen und regionalen Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur sind langfristig zu erwarten?

Welche Entwicklungstrends für die kommunale Pflegeinfrastruktur in den Kommunen ergeben sich daraus?

Welche Vision für die Entwicklung der Pflege in der Kommune kann daraus abgeleitet werden und welche inhaltlichen Schwerpunkte für die kommunale integrierte Pflegesozialplanung ergeben sich daraus?

Welche Kooperationspartner*innen müssen wir gewinnen, um dieser Vision in der integrierten Pflegesozialplanung Gestalt zu geben?

Welche Ressourcen sind einzuplanen?

Auswertung:

Ein strategisches Grobkonzept, das über Veränderungen in den Rahmenbedingungen der Pflegeinfrastruktur, über die sich daraus ergebenden Herausforderungen, Entwicklungstrends und Ziele, über Kooperationspartner und Ressourcen Auskunft gibt, ist erarbeitet und gibt eine erste Orientierung für die Arbeit des Kernteams an der integrierten Pflegesozialplanung.

2.4.2 Ist-Stand der Pflegeinfrastruktur ermitteln

Die Ermittlung des Ist-Zustandes der Pflegeinfrastruktur in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten ist von zentraler Bedeutung für die Erarbeitung eines integrierten Pflegesozialplanes in den Kommunen.

Als Methode für die Bestimmung des IST-Zustandes der Pflegeinfrastruktur wurde von uns das Unterstützende Instrument für die Pflegesozialplanung (UnIPs) erarbeitet. Es umfasst drei logisch sich ergänzende Themenfelder mit verschiedenen Indikatoren zu den Bereichen:

- Sozialstrukturdaten,
- Pflege, Gesundheit und Prävention und
- Selbständigkeit, Teilhabe, Engagement.

Methodenübersicht:

Planungsinstrument

Fragebogen

Ist-Stand der Pflegeinfrastruktur

METHODE

Planungsinstrument

Methode:	Planungsinstrument
Anwendungsbereich:	Strukturierte Erhebung relevanter Daten für die Darstellung des Ist-Zustandes der Pflegeinfrastruktur sowie die Ableitung von Prognosen.
Ziele:	Bestimmung des Ist-Zustandes der Pflegeinfrastruktur, Datenbasis für Bedarfsermittlung.
Akteure:	Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplaner
Beschreibung:	Das Unterstützende Instrument für die Pflegesozialplanung (UnIPs) besteht aus drei Themenfeldern mit verschiedenen Indikatoren zu den Bereichen (1) Sozialstrukturdaten, (2) Pflege, Gesundheit und Prävention und (3) Selbständigkeit, Teilhabe, Engagement.
Ergebnis:	UnIPS ist als unterstützendes Instrument zu verstehen. Durch die drei Themenfelder mit den jeweiligen Indikatoren können strukturiert relevante Daten erhoben und ermittelt werden, die wiederum Schlussfolgerungen für eine integrierte Pflegesozialplanung ermöglichen.
Quelle:	Eigenentwicklung

Planvorbereitung

METHODE

Fragebogen

Methode:	Fragebogen
Anwendungsbereich:	Integrierte Pflegesozialplanung (Planungsinstrument, Bedarfserfassung und Benchmarking)
Ziele:	Die Erstellung eines Fragebogens dient der systematischen und standardisierten Erhebung konkreter Daten.
Akteure:	Pflegesozialplaner und Pflegesozialplanerinnen, Kernteam, Benchmarking-Team
Beschreibung:	<p>Dem Fragebogen wird eine Instruktion vorangestellt, die über Anliegen, Art und Weise, Umfang und zeitliche Dimension der Befragung informiert. Sie dankt den Befragten und sichert ihnen Anonymität zu.</p> <p>Die Fragen eines Fragebogens unterscheiden sich nach ihrem Inhalt und ihrer Form: Die inhaltlichen Gesichtspunkte eines Fragebogens orientieren sich im Rahmen der integrierten Pflegesozialplanung an den Indikatoren des Planungsinstrumentes bzw. bei der Durchführung eines Benchmarkings an den jeweiligen Qualitätsindikatoren des zu vergleichenden Benchmarking-Objektes.</p> <p>Aus den Themen ergeben sich zudem die Adressaten der Befragung. Hierzu gehören vor allem: stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftige und betreuende Angehörige, sowie Wohnungsunternehmen u.v.m.</p> <p>Form der Fragen: Sie sollten möglichst kurz und prägnant in einer einfachen und verständlichen Sprache formuliert sein. Suggestivfragen (Fragen werten die Antwort „sind Sie etwa der Meinung, dass ...) sind zu vermeiden.</p> <p>Die präzise Gestaltung der Befragung findet innerhalb der jeweiligen Arbeitsgruppe (Kernteam bzw. Benchmarking) statt. Hier werden u. a. noch folgende Entwicklungsaspekte eines Fragebogens geklärt:</p> <ul style="list-style-type: none">Layout des Fragebogens (Deckblatt, Anordnung der Fragen)Art der Fragen (offene bzw. geschlossene Fragen)Skalenniveau bzw. Beantwortungsmusterkonkreter Inhalt der Fragen <p>Die Durchführung der Befragung sollte per Online erfolgen.</p>
Ergebnis:	Der Fragebogen liefert wesentliche Informationen zur Vervollständigung festgelegter Indikatoren und Kennzahlen und dient der zusätzlichen und kleinteiligen Datenerhebung für das Planungsinstrument (UnIPs) sowie einem Benchmarking im Rahmen der integrierten Pflegesozialplanung.
Quelle:	Porst, R.: Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden 2011.

2.4.3 Bedarfsermittlung

Auswertung der durch den Einsatz des Planungsinstrumentes ermittelten Daten hinsichtlich des sich daraus ergebenden Bedarfes der perspektivischen Entwicklung der Pflegeinfrastruktur, die den Erfordernissen einer modernen integrierten Pflegesozialplanung entspricht.

Zur Erweiterung der Datenausgangslage für die Bedarfsermittlung kann das Planungsinstrument durch Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung (Einsatz von Fragebögen, Durchführung von qualitativen Interviews (Experteninterviews), Dokumentenauswertung, die Bildung von Fokusgruppen sowie durch die Erarbeitung von Bedarfsprognosen für die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur ergänzt werden.

Notwendig sind ein kleinteiliges regional- und sozialraumorientiertes Herangehen und eine entsprechend differenzierte und konkrete Auswertung.

Methodenübersicht:

Experteninterview

Fokusgruppe

Bedarfsprognosen

Planvorbereitung

METHODE

Experteninterview

Methode:	Experteninterview
Anwendungsbereich:	Ermittlung des Pflegebedarfes „an der Quelle“
Ziele:	Detaillierte Bedarfsermittlung Ergänzung des Planungsinstrumentes
Akteure:	Pflegesozialplaner, Mitglieder der Steuerungsgruppe, weitere Akteure der Pflegesozialplanung
Beschreibung:	<p>Das Experteninterview ist eine sozialwissenschaftliche Methode zur Erhebung empirischer Daten. Mit ihr können sowohl relevante Fragestellungen generiert, als auch bereits bestehende Fragestellungen und Daten geprüft werden.</p> <p>Im Rahmen der Pflegesozialplanung kann diese Methode standardisiert oder leitfadengestützt zur Erhebung oder Überprüfung weiterer relevanter Daten genutzt werden.</p> <p>Durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe wird zunächst eine Fragestellung („Forschungsfrage“) erarbeitet, die als Grundlage für das Interview dienen soll (bspw.: Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Pflegestützpunkten und Pflegedienstleistern verbessert werden?). Nun wird durch die Steuerungsgruppe der zu befragende Experte ausgewählt (hier z. B. Leiter/in eines Pflegestützpunktes, Leiter/in eines Pflegedienstes) und kontaktiert. Im nächsten Schritt wird dann der Themenspeicher für das Interview erarbeitet – Welche Informationen erhoffe ich vom ausgewählten Experten zu erhalten? Danach wird ein standardisiertes Experteninterview entworfen, bei dem die Fragen genau vorformuliert festgehalten und während des Interviews mit dem Experten abgearbeitet werden.</p> <p>Alternativ besteht die Möglichkeit des Leitfadeninterviews. Hierbei werden im Vorfeld lediglich die Themen gesammelt, die während des Interviews besprochen werden sollen. Vorteil ist, dass der Interviewer hier während des Gesprächs variieren kann, wie er eine Frage stellen möchte, in welcher Reihenfolge er die Themen abarbeiten möchte usw.</p> <p>Es hat sich bewährt das Interview aufzuzeichnen, bspw. mit einem Diktiergerät. Im Anschluss kann nun ein Protokoll (alternativ, aber zeitaufwendig: ein Transkript) als Arbeitsgrundlage für die Auswertung des Interviews erstellt werden. Final werden nun die gesammelten Daten im Hinblick auf die „Forschungsfrage“ sortiert und ausgewertet.</p>
Ergebnis:	Durch Experten authentifizierte Daten zu speziellen Unterthemen des Prozesses der integrierten Pflegesozialplanung.
Quelle:	Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.: Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden 2014.

Planvorbereitung

METHODE

Fokusgruppe

Methode:	Fokusgruppe
Anwendungsbereich:	Ermittlung des Pflegebedarfs
Ziele:	Pflegebedarf wird detailliert und differenziert unter aktiver Einbeziehung von Expertinnen und Experten bestimmt.
Akteure:	Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplaner, Kernteam, Mitglieder der Steuerungsgruppe, weitere Akteurinnen und Akteure der integrierten Pflegesozialplanung.
Zeit:	Je nach Thema und Bedarf ca. 4 Stunden.
Material:	Flipchart, Moderationskoffer, Aufzeichnungsgerät
Ort:	1 Raum
Beschreibung:	<p>Mithilfe einer fokussierten Expertendiskussion, die u. a. die wichtigsten Akteurinnen und Akteure ausgewählter unterschiedlicher Pflegebereiche vereint, wird ein konkreter Pflegebedarf diskutiert und festgelegt. Im Mittelpunkt der Diskussion stehen u. a. folgende Fragen:</p> <p>Welche Schwerpunkte bestimmen den konkreten Pflegebedarf in der Kommune im Planungszeitraum?</p> <p>Wie ist die Pflegeinfrastruktur diesem Bedarf anzupassen?</p> <p>Wie gestaltet sich die Kooperationsstruktur der Pflege perspektivisch</p> <p>Welche objektiven, subjektiven und finanziellen Ressourcen sind einzuplanen?</p> <p>Unter dem Aspekt der integrierten Pflegesozialplanung sollten weitere Expertinnen und Experten der kommunalen Sozialplanung in die Diskussion einbezogen werden.</p>
Ergebnis:	Beitrag zur Festlegung des pflegebereichsbezogenen Pflegebedarfs.
Quelle:	Schulz, M.: Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden 2012.

Planvorbereitung

METHODE

Bedarfsprognosen

Methode: Bedarfsprognose	
Anwendungsbereich:	Ermittlung des zukünftigen Pflegebedarfs
Ziele:	-Ermittlung des Pflegebedarfs in einem fachlichen und politischen Aushandlungsprozess, welcher die Bedürfnisse der Betroffenen anerkannt, als politisch gewollt und finanzierbar festgehalten wird -Direkte und indirekte Steuerungskompetenzen ausloten: - externe und interne Faktoren ermitteln, die Einfluss auf den Pflegebedarf haben
Akteure:	Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplaner, Kernteam, Mitglieder der Steuerungsgruppe, weitere Akteurinnen und Akteure der integrierten Pflegesozialplanung.
Zeit:	im Rahmen des Planungsprozesses kontinuierlich
Material:	IT-Technik Statistiken,
Ort:	jeweils Räumlichkeiten der PSP
Beschreibung:	Aushandlungsprozess unter Berücksichtigung folgender Schwerpunkte: Gesetzliche Vorgaben zu Leistungsverpflichtungen Ergebnisse der Bedürfnisermittlung Ergebnisse von Nutzungs- und Nutzeranalysen von Einrichtungen und Diensten Fachwissenschaftliche Erkenntnisse Wahrnehmungen und Handlungsdruck bei Fachkräften Vergleiche mit anderen Versorgungs- und Handlungsstrukturen überregionale Richtwertvorgaben Politischer Druck / Öffentlichkeit (Parteien, Verbände, Lobby Finanzielle Rahmenbedingungen Szenarien einer kurz-, mittel- und langfristige Betrachtung zur Ermittlung für die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, zur Ermittlung der Nachfrage nach den verschiedenen Pflegearten sowie zur Ermittlung des erwarteten Investitions- und Personalbedarfs.
Ergebnis:	Zielfindung für den Planungsprozess
Quelle:	Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. (2015) http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/rwi-pb_altenpflegewirtschaft_endbericht.pdf .

2.4.4 Planerarbeitung

Strategie und Ziele der Pflegesozialplanung erarbeiten

Auf der Basis der Auswertung der bisher erarbeiteten Ergebnisse (Ist-Zustand der Pflegeinfrastruktur, Pflegebedarf, Bedarfsprognosen) werden in einem Strategieworkshop eine Vision, die Planungsstrategie sowie die strategischen Ziele für die integrierte Pflegesozialplanung in dem jeweiligen Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt erarbeitet.

Dieser Strategieworkshop sollte in Verantwortung der Pflegesozialplanerin bzw. des Pflegesozialplaners und des Kernteams unter Einbeziehung der wichtigsten Akteurinnen und Akteure der integrierten Pflegesozialplanung durchgeführt werden, um zu erreichen, dass die Ziele den Akteurinnen und Akteuren nicht von außen vorgegeben werden, sondern sie in die Zielfestlegung einbezogen werden und diese für sie akzeptabel und umsetzbar sind.

Es wird vorgeschlagen, Arbeitsgruppen nach den jeweiligen regionalen Besonderheiten (Stadt–Land) zu bilden, um die spezifischen Bedingungen der einzelnen Regionen im Landkreis bzw. in den kreisfreien Städten bei der Erarbeitung der Planungsstrategie und der strategischen Ziele zu berücksichtigen.

Methodenübersicht:

Strategieworkshop

Entwicklung einer Vision

Umfeldanalyse

Strategieentwicklung und Zielbestimmung

Planerarbeitung

METHODE

Strategieworkshop

Methode:	Strategieworkshop
Anwendungsbereich:	Integrierte Pflegesozialplanung
Ziele:	Erarbeitung einer Planungsstrategie und strategischer Ziele für die integrierte Pflegesozialplanung.
Akteure:	Pflegesozialplaner/in, Kernteam und weitere Akteure der integrierten Pflegesozialplanung, Experten der Sozialplanung
Zeit:	6 – 8 Stunden
Material:	Flipcharts, Moderationswände, Moderationskoffer
Ort:	Ein großer Raum (Plenum) kleinere Räume (Arbeitsgruppen)
Beschreibung:	<p>Der Strategieworkshop basiert auf der Basis der bisher von den Sozialplaner/innen und dem Kernteam erarbeiteten Materialien. Zu Beginn verständigen sich die Teilnehmer/innen des Workshops über die Vision der integrierten Pflegesozialplanung in ihrem Landkreis bzw. kreisfreien Stadt. In einem zweiten methodologischen Schritt werden in einer Umfeldanalyse zunächst die langfristigen Veränderungen in den Rahmenbedingungen für die Pflege bestimmt. Unter Berücksichtigung dieses Wissenstandes wird in einem dritten methodologischen Schritt auf der Grundlage der Beantwortung von Fragen</p> <ul style="list-style-type: none">• nach den Zielen und beabsichtigten Wirkungen (Was wollen wir erreichen?)• nach den vorhandenen und benötigten Ressourcen (Was müssen wir dafür einsetzen?)• nach den Angeboten und Aktivitäten (Was müssen wir dafür tun?) sowie• nach nötigen Prozessen und Strukturen (wie müssen wir es tun?) <p>eine umfangreiche Strategie für die integrierte Pflegesozialplanung erarbeitet sowie strategische Ziele abgeleitet. Die Einladung von Expert/innen sowie die Arbeit in Arbeitsgruppen, die einzelne Themenfelder bearbeiten und die Ergebnisse anschließend allen präsentieren, bieten sich an.</p>
Ergebnis:	Eine Vision für die Pflegesozialplanung ist skizziert, eine Strategie und Ziele für die kommunale integrierte Pflegesozialplanung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und veränderter Rahmenbedingungen sind abgeleitet.
Quelle:	Grolman, F.: Methoden und Modelle der Strategieentwicklung. Organisationsberatung.net

Planerarbeitung

METHODE

Entwicklung einer Vision

Methode:	Entwicklung einer Vision																
Anwendungsbereich:	Strategieentwicklung																
Ziele:	Eine Vision für die integrierte Pflegesozialplanung wird entwickelt. Die generelle Richtung der Pflege im Planungsbereich wird bestimmt. Motivation der Akteurinnen und Akteure des Planungsprozesses erfolgt.																
Akteure:	Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Strategieworkshops																
Zeit:	ca. 3-4 Stunden																
Material:	Flipchart/Moderationswände, Moderationskoffer																
Ort:	1 Raum (Plenum) sowie Räume für Arbeitsgruppen																
Beschreibung:	<p>Eine Vision liefert im besten Sinne eine langfristige Motivation für einen Veränderungsprozess. Sie vermittelt eine erstrebenswerte Vorstellung zukünftiger Entwicklung. Die Vision vermittelt die zentralen Werte und Prinzipien der integrierten Pflegesozialplanung. Checkliste einer wirkungsvollen Vision:</p> <table><tr><td>vorstellbar</td><td>vermittelt ein lebendiges Zukunftsbild,</td></tr><tr><td>erstrebenswert</td><td>langfristige Interessen werden berücksichtigt,</td></tr><tr><td>fokussiert</td><td>ist deutlich und hilft bei Entscheidungen,</td></tr><tr><td>durchführbar</td><td>ist realistisch,</td></tr><tr><td>einzigartig</td><td>spiegelt die Besonderheit wider,</td></tr><tr><td>flexibel</td><td>lässt verschiedene Handlungsmöglichkeit zu,</td></tr><tr><td>kommunizierbar</td><td>ist verständlich und zu kommunizieren</td></tr><tr><td>begeisternd</td><td>inspiriert und motiviert die Beteiligten</td></tr></table> <p>Eine Vision kann im kleinen Führungskreis/top-down-Variante (Kernteam) oder mit breiter Beteiligung (Bottom-up-Variante) im Strategieworkshop erarbeitet werden. Die top-down-Variante sollte im Workshop vorgestellt und bei Bedarf diskutiert werden.</p>	vorstellbar	vermittelt ein lebendiges Zukunftsbild,	erstrebenswert	langfristige Interessen werden berücksichtigt,	fokussiert	ist deutlich und hilft bei Entscheidungen,	durchführbar	ist realistisch,	einzigartig	spiegelt die Besonderheit wider,	flexibel	lässt verschiedene Handlungsmöglichkeit zu,	kommunizierbar	ist verständlich und zu kommunizieren	begeisternd	inspiriert und motiviert die Beteiligten
vorstellbar	vermittelt ein lebendiges Zukunftsbild,																
erstrebenswert	langfristige Interessen werden berücksichtigt,																
fokussiert	ist deutlich und hilft bei Entscheidungen,																
durchführbar	ist realistisch,																
einzigartig	spiegelt die Besonderheit wider,																
flexibel	lässt verschiedene Handlungsmöglichkeit zu,																
kommunizierbar	ist verständlich und zu kommunizieren																
begeisternd	inspiriert und motiviert die Beteiligten																
Ergebnis:	Allgemeine Grundlage für die Entwicklung der Strategie und strategischer Ziele. Identifikationsbasis und Motivation der Beteiligten.																
Quelle:	Entwicklung eigener Vision. In: regionale-wertschöpfung.info																

ARBEITSBLATT

Entwicklung einer Vision

Methode	Fragespiegel
	Bitte beantworten Sie folgende Fragen und leiten Sie aus den Antworten eine orientierende Vision für eine integrierte Pflegesozialplanung in Ihrem Landkreis bzw. Ihrer kreisfreien Stadt ab?
	Was zeichnet ein Idealbild sozialer Pflege aus?
	Wie soll die soziale Pflege in unserem Landkreis/kreisfreie Gemeinde in fünf Jahren aussehen?
	Welche zentralen Werte und Standards zeichnen unsere Vision der sozialen Pflege aus?
	Wie wollen wir unsere Vision der sozialen Pflege umsetzen?
	Kommunikationsebene: Handlungsebene: Kooperationsebene: Kontrollebene:

Planerarbeitung

METHODE

Umfeldanalyse

Methode:	Umfeldanalyse
Anwendungsbereich:	Strategieentwicklung
Ziele:	Bestimmung der veränderten Rahmenbedingungen für die integrierte Pflegesozialplanung. Die generelle Richtung des durch den Pflegesozialplan angestrebten Veränderungsprozesses wird bestimmt. Motivation.
Akteure:	Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Strategieworkshop
Zeit:	ca. 2 – 3 Stunden
Material:	Flipchart, Moderationskoffer, Arbeitsblätter
Ort:	Arbeitsräume für Gruppenarbeit
Beschreibung:	Die Umfeldanalyse fragt nach Veränderungen in den politischen, wirtschaftlichen, technologischen, ökologischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen sowie nach Veränderungen in den Kundenbedürfnissen und Wettbewerbsbedingungen.
Ergebnis:	Die generelle Ausrichtung der integrierten Pflegesozialplanung ist bestimmt. Grundlagen für die Ausarbeitung der Planungsstrategie und die Zielbestimmung sind erarbeitet. Motivationsschub für die Akteurinnen und Akteure der integrierten Pflegesozialplanung
Quelle:	www.artset-lqw.de (Stichwort: Umfeldanalyse)

ARBEITSBLATT

Umfeldanalyse

Methode	Umfeldanalyse
	Welche wesentlichen Veränderungen in den Rahmenbedingungen der Pflegesozialplanung sind in folgenden Bereichen zu erwarten?
Politik	- - - -
Wirtschaft	- - - -
Technologie	- - - -
Soziokultur	- - - -
Kunden- bedürfnisse	- - - -
Wettbewerbs- bedingungen	- - - -
Ökologie	- - - -

ARBEITSBLATT

Strategieentwicklung und Zielbestimmung

Methode	Strategieentwicklung und Zielbestimmung
Ziele	Was wollen wir erreichen?
	<p>Welche Ziele liegen bereits vor?</p> <p>Welche neuen Schwerpunkte deuten sich an?</p> <p>Wo setzen wir Prioritäten?</p> <p>Wer sind unsere Zielgruppen?</p> <p>Für wen wollen wir was erreichen?</p> <p>Welche Wirkungsketten sind zu beachten?</p>

Methode	Strategieentwicklung und Zielbestimmung
Ressourcen	Was müssen wir dafür einsetzen?
	<p>Wofür setzen wir derzeit unsere Ressourcen ein?</p> <p>Welche Konsequenzen ergeben sich aus der veränderten Schwerpunktsetzung?</p> <p>Welche anderen Wege müssen wir wählen?</p> <p>Welche Investitionen sind zu einem effektiveren Ressourceneinsatz notwendig?</p>

Methode	Strategieentwicklung und Zielbestimmung
Angebote/ Aktivitäten	Was müssen wir dafür tun?
	<p data-bbox="539 369 938 403">Welche Angebote gibt es aktuell?</p> <p data-bbox="539 779 1300 813">Welche Angebote eignen sich am besten für die Zielerreichung?</p> <p data-bbox="539 1238 1216 1321">Was müssen wir an unseren Angeboten ändern, um eine veränderte Schwerpunktsetzung umzusetzen?</p> <p data-bbox="821 2033 1385 2067">Ergebnisdokument Werkzeugkasten</p>

Methode	Strategieentwicklung und Zielbestimmung
Prozesse/Strukturen	Wie müssen wir es tun?
	<p data-bbox="539 338 1366 405">Welche prozess- oder strukturbezogenen Veränderungen können die Zielerreichung optimieren?</p> <p data-bbox="539 882 1394 916">Welche Anforderungen ergeben sich bei der Umsetzung der Aufgaben?</p> <p data-bbox="539 1341 1086 1375">Welche Kooperationen müssen wir eingehen?</p>
Quelle	Ludewig, Ch.: Strategieentwicklung: In sechs Schritten zur perfekten Strategie. 2015.

ARBEITSBLATT

Festlegung der strategischen Ziele

Die strategischen Ziele der integrierten Pflegesozialplanung im Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt sind:

▶
▶
▶
▶

Auswertung:

Eine Handlungsstrategie und strategische Ziele für die integrierte Pflegesozialplanung sind differenziert erarbeitet, abgestimmt und formuliert.

Planungsziele operationalisieren

Nach der Erarbeitung und Definition der strategischen Ziele für die integrierte Pflegesozialplanung müssen die einzelnen Aktivitäten und Maßnahmen aufgelistet werden, deren Umsetzung notwendig ist, um die angestrebten Ziele zu erreichen.

Dazu müssen die erarbeiteten Planungsziele zu konkreten Handlungszielen operationalisiert werden. Hierfür wird die SMART-Methode eingesetzt, die die Zieldefinitionen daraufhin prüft, ob sie präzise, messbar, motivierend, realistisch und terminiert formuliert sind.

In einem nächsten Schritt werden die Chancen und Risiken für die Umsetzung der strategischen Ziele bestimmt.

Handlungsempfehlungen für die planmäßige Entwicklung der Pflegeinfrastruktur werden abgeleitet.

Methodenübersicht:

SMART-Methode

SWOT-Analyse

Erarbeitung von Handlungsempfehlungen

Planerarbeitung

METHODE

SMART-Methode

Methode:	SMART - Methode
Anwendungsbereich:	Zieloperationalisierung
Ziele	Der Erhalt einer konkreten realistischen aber zugleich anspruchsvollen, mess- und abrechenbaren Zieldefinition. (Handlungsziele) Vermeidung verschwommener, unklarer Zieldefinitionen, die unter den Akteurinnen und Akteuren eher Verwirrung stiften. (Beispiel: Nicht-SMART: Verbesserung der Pflege; SMARTes Ziel: Einführung eines Qualitätsmanagements in einer ambulanten Einrichtung)
Akteure:	Erweitertes Kernteam
Zeit:	4-5 Stunden
Material:	Flipchart, -papier, Moderationskoffer, Arbeitsblätter
Ort:	1 Raum, gegebenenfalls separate Räume für Arbeitsgruppen
Beschreibung:	<p>Mithilfe der SMART-Methode wird jede einzelne erarbeitete strategische Zielstellung daraufhin geprüft werden, ob sie als Handlungsziele geeignet sind, d. h. ob sie</p> <p>S = SPEZIFISCH (Das Ziel ist eindeutig und präzise definiert)</p> <p>M = MESSBAR (Das Ziel ist messbar, seine Erfüllung ist qualitativ und quantitativ einschätzbar)</p> <p>A = AKZEPTIERT (Das Ziel ist von den Ausführenden anerkannt Sowie anspruchsvoll und motivierend)</p> <p>R = REALISTISCH (Die Umsetzung des Ziels ist mit den vorhandenen Ressourcen möglich ist,</p> <p>T = TERMINIERT (Das Ziel enthält klare Zeitvorgaben für seine Umsetzung)</p> <p>Um alle einzubeziehen und möglichst viele Meinungen einzuholen, sollte in Arbeitsgruppen gearbeitet werden. Bei der Zeitplanung ist zu berücksichtigen, dass einzelne Schritte viel Zeit brauchen, beispielsweise die Erarbeitung der Messkriterien der Zielumsetzung.</p> <p>Die Ergebnisse sollten im Plenum vorgestellt und diskutiert werden.</p>
Ergebnis:	Bestimmung von Handlungszielen, die eindeutig, messbar terminiert und realistisch zugleich auch akzeptiert und anspruchsvoll sind, mit denen sich die Beteiligten identifizieren können.
Quelle:	SMARTe Ziele. In: regionale-wertschöpfung.info.

ARBEITSBLATT

SMART-Methode

Die strategischen Ziele werden nach der SMART-Methode zu Handlungszielen überarbeitet

Strategisches Ziel:

.....

.....

.....

Merkmale	Kriterien	Zieleinschätzung
Spezifisch		
Messbar		
Akzeptiert		
Realistisch		
Terminiert		

Handlungsziel:

.....

.....

Planerarbeitung

METHODE

SWOT-Analyse


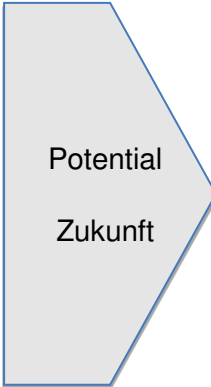
Methode:	SWOT-Analyse
Anwendungsbereich:	Zielumsetzung
Ziele:	Die festgelegten Handlungsziele der integrierten Pflegesozialplanung im Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt werden hinsichtlich der Chancen und Risiken, die sich bei ihrer Umsetzung ergeben können, analysiert mit dem Anliegen, Potentiale und Defizite sichtbar zu machen, Ressourcen der Zielerreichung zu bestimmen und präventive Lösungsstrategien zu erarbeiten.
Akteure:	Erweitertes Kernteam
Zeit:	Etwa 4-6 Stunden
Material:	Flipchart bzw. Moderationspapier, Moderationskoffer, Arbeitsblätter
Ort:	Separate Räume für die Arbeitsgruppen
Beschreibung:	<p>Für die Durchführung der SWOT-Analyse sollte ein Workshop anberaumt werden.</p> <p>Die SWOT-Analyse ist ein „Akronym“ für</p> <p>STRENGTH (Stärken),</p> <p>OPPORTUNITIES (Möglichkeiten)</p> <p>WEAKNESS (Schwächen)</p> <p>THREATS (Bedrohungen)</p> <p>Im Rahmen der Softanalyse werden die strategischen Ziele des integrierten Pflegesozialplanes hinsichtlich der Faktoren betrachtet, die ihre Umsetzung befördern und stimulieren bzw. sie hemmen und bedrohen.</p> <p>In der Auswertung werden die Ressourcen, die Stärken und Möglichkeiten bestimmt, die ermöglichen, die Schwächen zu überwinden und den Gefahren für die Zielumsetzung erfolgreich zu begegnen.</p> <p>Die Bildung von Arbeitsgruppen ist anzustreben.</p>
Ergebnis:	Optimierung der Zielumsetzung, Basis für das Benchmarking
Quelle:	Haake, K.; Seiler W.: Strategieworkshop. In fünf Schritten zur erfolgreichen Unternehmensstrategie. Stuttgart 2010.

ARBEITSBLATT 1

SWOT-Analyse

SWOT – ein Akronym für Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats
Strenght steht für Stärken, Weakness für Schwächen, Opportunities für Möglichkeiten
und Threats für Gefahren.

Mithilfe dieser Methode wird untersucht: Was sind die Stärken und Schwächen, die Chancen und Risiken, die sich beim Umsetzungsprozesses der strategischen Ziele ergeben bzw. ergeben können. Die Aufmerksamkeit wird dabei sowohl auf den Ist-Zustand als auch auf die Zukunft des Entwicklungsprozesses gelenkt.

	positiv	negativ
 <p>Ist-Zustand Gegenwart</p>	<p>Strength/Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was läuft gut? • Worauf können wir uns verlassen? • Was sind unsere Stärken? • Wo gibt es bereits jetzt Erfolge? 	<p>Weaknesses/Schwächen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist schwierig? • Wo liegen Schwachstellen, Fehler, Unzulänglichkeiten? • Was führt zu Spannungen, Reklamationen? • Schwächen, Grenzen, Lücken?
 <p>Potential Zukunft</p>	<p>Opportunities/Möglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wozu wären wir noch fähig? • Was können wir ausbauen? • Welche Chancen, Gelegenheiten, Entwicklungsziele gibt es? 	<p>Threats/Gefahren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wo lauern künftig Gefahren? • Was passiert, wenn nichts passiert? • Was könnte im ungünstigsten Fall eintreten?

Im Ergebnis der SWOT-Analyse werden unter Nutzung der Stärken und Möglichkeiten Lösungsstrategien für die sich aus den Schwächen und Gefahren ergebenden Probleme der Zielumsetzung erarbeitet.

ARBEITSBLATT 2

SWOT-Analyse

Beantworten Sie folgende Fragen: Wo liegen die Gefahren bzw. Risiken für die Umsetzung des Handlungszieles und über welche Potentiale (Stärken und Möglichkeiten) verfügen Sie, um den Risiken und Schwächen erfolgreich zu begegnen.

Handlungsziel

.....

.....

.....

Stärken	Schwächen
▶	▶
▶	▶
▶	▶
▶	▶
▶	▶

Möglichkeiten	Gefahren
▶	▶
▶	▶
▶	▶
▶	▶
▶	▶

Auswertung:

Erarbeiten Sie eine Lösungsstrategie für sich andeutende Probleme und nutzen Sie dabei die die Potentiale der Zielumsetzung.

METHODE

Handlungsempfehlungen

Methode:	Workshop
Anwendungsbereich:	Integrierte Pflegesozialplanung, Zielumsetzung
Ziele:	Erarbeitung von differenzierten Handlungsempfehlungen für die Umsetzung der Handlungsziele
Akteure:	Pflegesozialplaner/in, Kernteam, Steuerungsgruppe
Zeit:	Ca. 4 Stunden
Material:	Flipchart, Moderationskoffer, relevante Dokumente der Strategie und Zielbestimmungsprozesse Arbeitsblatt zur Planübersicht
Ort:	1 Raum
Beschreibung:	<p>Handlungsempfehlungen orientieren das Handeln, in einer bestimmten zielgerichteten Weise zu agieren. Sie beschreiben den praktischen Weg zur Zielumsetzung und legen fest, wann das Ziel erreicht ist.</p> <p>Aufgabe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops ist die Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung der festgelegten strategischen Ziele. Ausgangspunkt sind die erarbeiteten Handlungsziele.</p> <p>In einer ersten Stufe werden die Etappen der Zielumsetzung skizziert. (Teilschritte)</p> <p>In einer zweiten Stufe werden die notwendigen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Handlungsziele benannt (z. B. notwendige Ressourcen, Kooperationspartner, zeitliche Dimensionen).</p> <p>In einer dritten Stufe werden Kriterien der Zielerreichung benannt.</p> <p>Die Ergebnisse des Arbeitsblatts 2 können genutzt werden</p>
Ergebnis:	Handlungsempfehlungen für die Umsetzung der strategischen Ziele der integrierten Pflegesozialplanung in der Kommune sind benannt.
Quelle:	Eigenentwicklung



2.6 Kennzahlenmanagement

Um den Pflegeplanungsprozess erfolgreich steuern zu können, werden Kennzahlen und Zielwerte benötigt.

2.6.1 Definitionen

Kennzahlen sind Zahlenwerte, die Eigenschaften, Zustände und Leistungen sowohl eines IST-Zustandes (Istwerte) als auch einer Entwicklung (Sollwerte) und einer Zielerreichung (Zielwerte) abbilden.

Sie sind ein wichtiges Instrument der Planungssteuerung, um die Erreichung von Zielgrößen darzustellen und ermöglichen den Vergleich mit Ist-Werten und das Ausmaß der Zielerreichung.

Mit Kennzahlen soll in der Pflegesozialplanung gemessen werden, wovon man mehr oder weniger haben will. Das bezieht sich sowohl auf quantitative als auch auf qualitative Werte.

Der Zielwert ist dabei von besonderer Bedeutung, er verkörpert einen Sollwert bzw. Sollwerte von zu erreichenden Zielen. Für Zielwerte gelten die Anforderungen an smarte Ziele.³

2.6.2 Grundsätze

Sechs Grundsätze für den Umgang mit Kennzahlen

1. Kennzahlen müssen interpretiert und bewertet werden können.
2. Kennzahlen sollten leicht verständliche, für alle verwendbaren und einheitlich erhobenen Zahlen sein.
3. Kennzahlen sollten auf das Wesentliche eines Prozesses, z. B. der Pflegesozialplanung, orientieren.
4. Kennzahlen sollten in Abstimmung mit den Prozessbeteiligten erarbeitet werden.
5. Kennzahlen müssen mehrmals im Zeitverlauf und im Vergleich überprüft werden.
6. Ein Kennzahlensystem ist nur sinnvoll, wenn damit erreichbare Ziele für einen Prozess festgelegt werden können.⁴

2.6.3 Nutzen

- Wozu werden Kennzahlen in der Sozialplanung benötigt?
- Zur Beruhigung
- Zur Orientierung
- Zur Analyse der Vergangenheit und Gegenwart
- Zur Vorhersage der Zukunft
- Zur Analyse von Situationen und Problemen
- Zur Absicherung von Maßnahmen und Erfolgskontrolle

³ Online-Verwaltungslexikon olev.de, Version 2.95 Kapitel: 2.2 "SMARTe" Ziele

⁴ <https://www.wirtschaftswissen.de/>

- Als Basis für eine systematische Produkt- und Prozessverbesserung
- Als erfolgreiche Instrumente der kontinuierlichen und erfolgreichen Prozesssteuerung⁵

2.6.4 Funktionen

Wahrnehmungsfunktion

Kennzahlen sensibilisieren und machen die Komplexität realer Situationen bewusster. Sie ersetzen intuitive pauschale Urteile durch auf überprüfbare Daten gestützte Urteile. Mithilfe von Kennzahlen wird der Blick auf besonders wichtige Prozessaspekte geschärft, die einfach und verständlich dargestellt werden.

Kommunikationsfunktion

Sie ermöglichen eine kritische Diskussion und versachlichen sie.

Anreizfunktion

Sie motivieren, sich für Verbesserungen einzusetzen und erlauben präzise und herausfordernde Zielsetzungen.

Controllingfunktion

Kennzahlen ermöglichen die Überprüfung des Zielumsetzungsprozesses und Fehlentwicklungen rechtzeitig entgegenzuwirken.

Steuerungsfunktion

Durch die Orientierung auf die realistische überprüfbare Wertung der einzelnen Phasen des Zielumsetzungsprozesses bilden sie ein wirksames Steuerungsinstrument der erfolgreichen Umsetzung der Zielstellungen.

⁵Kuper, G. (2008): Planung, Ziele, Kennzahlenmanagement, S.2

2.6.5 Vergleiche

Aussagefähig und wirkungsvoll werden Kennzahlen in der Regel durch **Vergleiche**, die in **drei Arten** möglich sind:

1. Über die Zeit: Gibt es auffällige Veränderung zu den Vorjahren? Sind wir besser geworden? Wie ist der Trend?	Periodenvergleiche/ Zeitreihenvergleiche
2. Mit anderen: Wie sind wir im Vergleich mit anderen?	Benchmarking Extern oder intern
3. Zwischen Soll und Ist: Haben wir unsere Ziele erreicht? Wie soll es weitergehen (Prognose)?	Soll-Ist-Vergleiche

2.6.6 Arten

Beispiele für Arten von Kennzahlen:

Absolute Zahlen

Summe: Zahl der Einrichtungen, der Beschäftigten, der Pflegenden, der technischen Hilfsmittel usw.

Differenzen: Veränderung der Zahl der Angebote, in der Beschäftigtenzahl, in den regionalen Bedingungen usw.

Mittelwerte: Zahl der Beschäftigten im Jahresdurchschnitt, durchschnittliche Verweildauer der Klienten usw.

Verhältniszahlen

Gliederungszahlen (*Teilmengen: Anteile, Quoten*): Krankenstand (Personal), Fehlerquote
Behindertenquote

Beziehungszahlen (*Korrelationen*): Kosten pro Fall, Verhältnis Mitarbeiter zu Pflegebedürftigen

Indexzahlen (*auf eine Basisgröße bezogene Werte*): Lebenshaltungskostenindex, Arbeitsintensität bezogen auf eine Basiszahl des Jahres X, Vergleich zu anderen stationären Einrichtungen

2.6.7 Kennzahlensystem

Um einen Sachverhalt bzw. Prozess wie z.B. den Entwicklungs-, Umsetzungs- und Evaluationsprozess der Pflegesozialplanung vollständig und genau zu erfassen und zu steuern, bedarf es der Zusammenfassung einzelner Kennzahlen zu einem **Kennzahlensystem**.

Ein Kennzahlensystem ist eine **geordnete Gesamtheit von Kennzahlen**, die in einer bestimmten Beziehung zueinanderstehen und in der Gesamtheit einen spezifischen Sachverhalt seinem Wesen gemäß in seinem Ist-Zustand, seiner Entwicklung und seiner Zielerreichung abbilden.

Checkliste für ein Kennzahlensystem

Verfügbarkeit

- Welche aktuellen Datenquellen sind verfügbar?
- In welchem Zyklus wollen wir die Kennzahlen ermitteln?
- Welche Kennzahlen liegen bereits vor?
- Sind ältere Vergleichszahlen verfügbar? (Zeitvergleich)
- Sind benötigte Soll-Vorgaben (Zielwerte)
- Soll-Ist-Vergleich verfügbar?

Aufwand / Nutzen

- Zeitlicher Aufwand für Ermittlung von Kennzahlen?
- Kosten für die Ermittlung von Kennzahlen?
- Ist Motivation für ein Kennzahlensystem vorhanden?
- Welche Widerstände sind beim Arbeiten mit Kennzahlen zu erwarten?

Eignung

- Wie gut bilden die Kennzahlen die Wirklichkeit ab?
- Ermitteln wir die richtigen Kennzahlen?
- Messen wir die Kennzahlen richtig? (Richtige Messverfahren)
- Ist die Interpretation der Kennzahlen eindeutig?
- Liegen vergleichbare Kennzahlen anderer Einrichtungen vor? (Benchmark)

Zweck

- Kann jede Kennzahl sinnvoll mit einem Ziel verknüpft werden?
- Sind die Kennzahlen zur Analyse und Steuerung geeignet?
- Für wen ist die Kennzahl nützlich?
- Sind die Kennzahlen sinnvoll gegliedert?

Organisation

- Wer soll die Kennzahl ermitteln?
- Wer soll die Kennzahl auswerten?
- Wie wird dokumentiert (Berichtswesen)?
- Wer erhält welche Berichte?
- Wer ist verantwortlich für die Maßnahmen zur Einhaltung der Ziele?
- Wie verfolgen wir den Erfolg?⁶

⁶ Kuper, G. (2008): Planung, Ziele, Kennzahlenmanagement, S.11



2.7 Bedarfsprognosen – Eine Handreichung

Eine Handreichung für die Ermittlung von Bedarfsprognosen und die Bestimmung von Zielwerten.

2.7.1 Prognose und Bedarfsszenarien

Begriff Bedarf

Eine gesetzliche Definition des Begriffs „Bedarf“ gibt es nicht. Es gibt zahlreiche allgemeine Definitionsvorschläge, die unseren spezifischen Sachverhalt Pflege selten genau abbilden.

Demnach misst **Bedarf**:

- Art und den Umfang von sozialen Dienstleistungen in Form von Geld- und Sachleistungen für hilfebedürftige Menschen.
- An ihrem Bedarf sollen sich die Instrumente der Hilfe- und Pflegeplanung orientieren.
- Begriffe Bedarf und Bedürfnis sind dabei auseinanderzuhalten: während das Bedürfnis einen subjektiven Mangel beschreibt, stellt der Bedarf dagegen eine Konkretisierung von Bedürfnissen dar, mit dem über die spezifischen Leistungsmengen und Leistungsqualitäten von sozialen Leistungen entschieden werden kann.
- Die Ermittlung des Bedarfs ist ein prozesshaftes Verfahren, in dessen Verlauf erhoben wird, welche Unterstützungsleistungen ein Mensch mit einer Behinderung in seiner jeweiligen Situation unter Berücksichtigung seiner individuellen Teilhabeziele braucht und in Anspruch nehmen will.
- Die Bedarfsermittlung erfolgt mithilfe von wissenschaftlichen Methoden und Instrumenten (z.B. UnIPs, Erhebungsbögen, Experteninterviews auf der Basis von strukturierten Gesprächsleitfaden). Die Lebenslagen von hilfebedürftigen Personen werden abgebildet, quantifiziert und qualitativ bewertet.⁷

Allgemeine Zielstellungen:

a) für die Kommunen

Sicherstellung einer bedarfsgerechten Entwicklung der Pflegeinfrastruktur, einschließlich der komplementären Versorgungsstrukturen

b) für das Ministerium

Vereinbarung einheitlicher Kriterien im Berichtsstandard zur Definition und Methodik von Bedarfen zur besseren Vergleichbarkeit aller Planungen

⁷ Empfehlungen des Deutschen Vereins für Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe von Menschen mit Behinderung, 17.06.2009, S.7/8

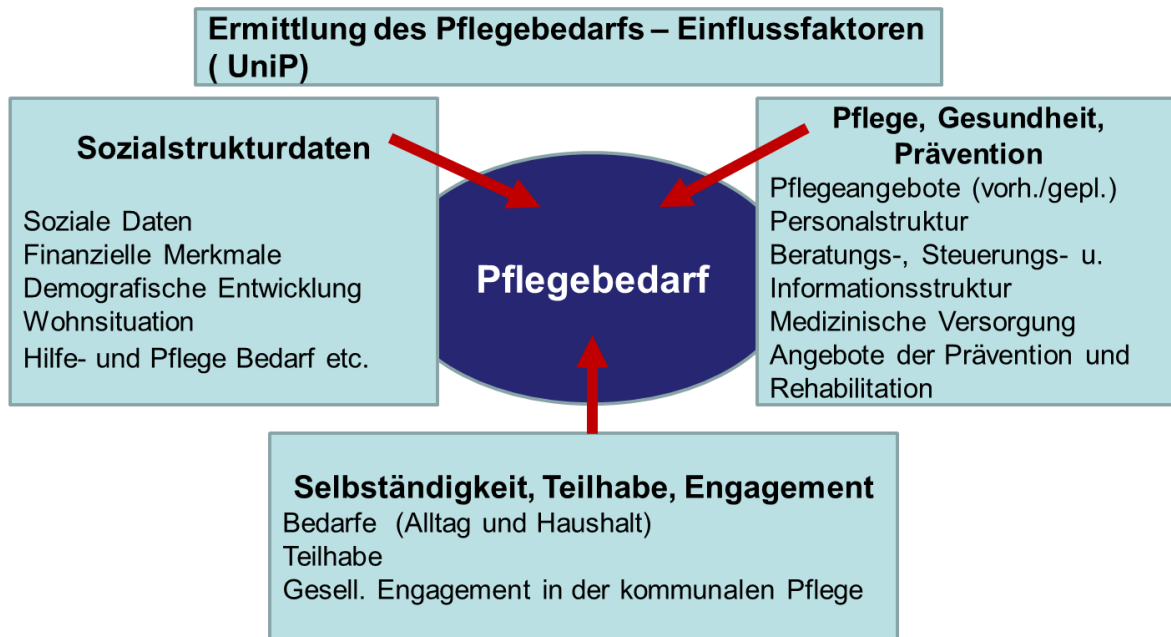


Abbildung 4: Bedarfsprognose - Bedarfsermittlung

Im Rahmen der Bedarfsermittlung erfolgt noch keine rechtliche Festlegung der benötigten Leistung.

Als Pflegebedarf wird letztendlich in einem fachlichen und politischen Aushandlungsprozess festgelegt, welche Bedürfnisse der Betroffenen anerkannt, als politisch gewollt und finanzierbar definiert werden.

Bedarf ist auch die politische Verarbeitung von Bedürfnissen, d.h. die Übersetzung und Eingrenzung von (prinzipiell unendlichen und nie ganz erfüllbaren) Bedürfnissen auf das fachlich und politisch für erforderlich und gleichzeitig für machbar Gehaltene, dieses wird fachlich und politisch ausgehandelt.“⁸

2.7.2 Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

Zweckbestimmung der Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

- Verlässliche Informationen zu erhalten, ob die Pflegeangebote in Mecklenburg-Vorpommern und in den kreisfreien Städten und Kommunen in Zukunft ausreichen.
- Verlässliche Informationen zur erhalten, wo genau was benötigt wird und wie das erreicht werden kann.

Was ist dazu erforderlich?

- Vereinbarung von Methoden und Kriterien zur Bedarfsermittlung
- Definition von Zielwerten

Ergebnisdokument **Handreichung**

⁸ Fachvortrag Herr Dr. Rohde, „Von Wünschen, Bedürfnissen und Interessen zur sozialplanerischen, sozialrechtlichen und sozialpolitischen Übersetzung in Bedarfe“, vom 12. September 2016

- Vereinbarung von Methoden und Kriterien zur Zielwertermittlung
- Entwicklung einheitlicher Kriterien und Qualitätssicherungsstandards

Was ist zur Bedarfsermittlung zu analysieren?

- Angebotsstruktur (Bestandserhebung zum ambulanten, teilstationären, stationären Bereich der Pflege, betreutes Wohnen, Demenz-WG, barrierefreie Wohnungen, Wohnumfeld)
- Berücksichtigung der sozialräumlichen Zuordnung und der Kapazitäten bzw. Personalausstattung im ambulanten Sektor
- Auslastungs- bzw. Inanspruchnahme der Angebote und ihrer Kapazitäten, ggf. ungedeckte Nachfragen
- Was kann damit erreicht werden?

Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen mit altersspezifischen Pflegequoten

Auf Basis der altersspezifischen Pflegequoten und der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung kann die Pflegenachfrage bis 2030 prognostiziert werden.

Es kann eine mögliche Unterversorgung zum gewählten Zeithorizont (2020, 2025, 2030) auf Basis des derzeitigen Standes aufgezeigt werden.

Ziel ist die Bestimmung und Untersuchung der zu erwartenden Trends.

Begründung:

Prognose der zukünftigen Pflegebedürftigen wird mittels aktueller Zahlen (u. a. Pflegequoten) durchgeführt. Prognose kann in verschiedenen gewählten Szenarien durchgeführt werden. Daher sind Berechnungen mit Pflegequoten sinnvoll.

Literaturverzeichnis

- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden
- Camp, R. C. (1994): Benchmarking. München: Carl Hanser Verlag.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2009): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/dv-06-09.pdf>, [Zugriff: 12.09.2018, 09:31 Uhr]
- Fleig, J.: Kennzahlensysteme als Grundlage für Kennzahlenmanagement. In: Busuness-wissen.de, Werkzeuge für Organisation und Management-
- Gathen, A. von der; Simon, H. (2010): Das große Handbuch der Strategieinstrumente. Werkzeuge für eine erfolgreiche Unternehmensführung. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Grabow, J./Liedmann, T.: Die Einrichtung mit Kennzahlen professionell steuern.
- Grieble, O. (2003): Prozessorientiertes Vorgehensmodell für das Benchmarking von Dienstleistungen: Institut für Wirtschaftsinformatik.
- Grieble, O.; Scheer, A.-W. (2000): Grundlagen des Benchmarkings öffentlicher Dienstleistungen: Institut für Wirtschaftsinformatik.
- Grolman, F.: Methoden und Modelle der Strategieentwicklung. <https://organisationsberatung.net/schlagwort/strategie-workshop-strategieentwicklung/> [Zugriff: 12.09.2018, 11:32 Uhr]
- Haake, K.; Seiler W. (2010): Strategieworkshop. In fünf Schritten zur erfolgreichen Unternehmensstrategie. Stuttgart
- Hollenrieder, J. (2004): Benchmarking für soziale Dienstleistungen im Rahmen der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik. In: S. Kuhlmann, J. Bogumil und H. Wollmann (Hg.): Leistungsmessung und -vergleich in Politik und Verwaltung, Bd. 96: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 148–161.
- Jäckel, W. H. (2009): Definition und Typen von Qualitätsindikatoren. In: Lutz Altenhofen (Hg.): Programm für nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, KBV und AWMF. Qualitätsindikatoren; Manual für Autoren. Neukirchen: Verlag Make a Book (ÄZQ-Schriftenreihe, 36).
- Kennzahl(en), Kennzahlenwert, Indikator. In: Online-Verwaltungslexikon, olev.de, Version 2.95.
- Kennzahlen in der Pfleg – Controlling leicht gemacht. In: www.nonprofit.de.
- Klein, S.: Wenn die anderen das Problem sind. Konfliktmanagement, Konflikt-coaching, Konfliktmediation, Gabal-Verlag, Offenbach 2006.

- Kuper, G. (2008): Planung, Ziele, Kennzahlenmanagement, Qualitätsmanagement Wilhelm Karmann GmbH, Deutsche Gesellschaft für Qualität, https://www.dgq.de/regional/dateien/RK_OS_Kennzahlen_20081113.pdf [Zugriff: 12.09.2018, 13:05 Uhr]
- KV-media. <http://www.kv-media.de>.
- Landesplanerischen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013
- Lossau, J., Freytag, T. & Lippuner, R. (Hrsg.) (2014). Schlüsselbegriffe der Kultur- und Sozialgeographie. Stuttgart: UTB Verlag.
- Ludewig, Ch. (2015): Strategieentwicklung: In sechs Schritten zur perfekten Strategie, <https://www.marktting.de/strategie/strategieentwicklung-in-sechs-schritten/> [Zugriff: 12.09.2018, 12:06 Uhr]
- LPflegeG-M-V (2013): Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern vom 16. Dezember 2013
- Machate, A.: Zukunftsgestaltung durch Roadmapping. München 2006.
- Maringer, E.; Steinweg, R.: Konstruktive Haltungen und Verfahrensweisen in institutionellen Konflikten. Berghof-Stiftung für Konfliktforschung 1997.
- Mertins, K.; Siebert, G.; Kempf, S. (Hg.) (1995): Benchmarking. Praxis in deutschen Unternehmen. Berlin: Springer.
- Meyer, C.: Betriebswirtschaftliche Kennzahlen und Kennzahlensysteme. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Meyer, J. (Hg.) (1996): Benchmarking. Spitzenleistungen durch Lernen von den Besten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Online-Verwaltungslexikon, www.olev.de, Version 2.95: Kapitel: 2.2 "SMARTE" Ziele, [Zugriff: 12.09.2018, 12:52 Uhr]
- Peters, A. (2013): Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V. Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf: „Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur“. Offener Brief an das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und soziales Mecklenburg-Vorpommern vom 28.06.2013. Im Internet verfügbar unter: http://www.liga-mv.de/fileadmin/ligamv/files/stellungnahmen/2013/LIGA-Stellungnahme-Landesplanerische_Empfehlungen_Weiterentwicklung_Pf.pdf.
- Roadmapping. Die Zukunft im Blick behalten. [Business-wissen.de](http://www.business-wissen.de).
- Roadmapping: Die Bedeutung des Roadmapping. <http://www.business-wissen.de/handbuch/roadmapping>. 2015.
- Schulz, M. (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden
- Siebert, G.; Kempf, S.; MaBalski, O. (2008): Benchmarking. Leitfaden für die Praxis. 3. Auflage. München: Hanser.

- Siebert, G.; Kempf, S.; Maßbalski, O. (2012): Benchmarking. In: G. F. Kamiske (Hg.): Handbuch QM-Methoden. Die richtige Methode auswählen und erfolgreich umsetzen. München: Hanser.
- Siebert, G.; Kempf, S.; Maßbalski, O. (2015): Benchmarking. In: Gerd F. Kamiske (Hg.): Handbuch QM-Methoden. Die richtige Methode auswählen und erfolgreich umsetzen. 3., aktualisierte Auflage. München: Hanser.
- Social Reporting Initiative e.V. (2014): Social Reporting Standard – Leitfaden zur wirkungsorientierten Berichterstattung, Stand 2014, Creative Commons BY-ND 3.0, Mülheim an der Ruhr
- Social Reporting Initiative e.V. (2015): <http://www.social-reporting-standard.de/>
- Sozialministerium (Hrsg.) (2013): Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur
- SRS (2014): Social Reporting Standard — Leitfaden zur wirkungsorientierten Berichterstattung. Im Internet verfügbar unter: <http://www.social-reporting-standard.de/>
- Statistische Ämter (2015): Regionaldatenbank Deutschland der Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Im Internet verfügbar unter: <https://www.regionalstatistik.de> (abgerufen am 20.07.2015)
- Statistisches Bundesamt (2015): Genesis-Online Datenbank des Statistischen Bundesamtes Deutschland Im Internet verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de> (abgerufen am 20.07.2015)
- Töpfer, A. (Hg.) (1997): Benchmarking. Der Weg zu Best Practice. Berlin: Springer.
- Transfer GmbH: Konfliktmanagement. Fünf Schritte zu einem besseren Umgang mit Konflikten, Offenbach 2005.
- Weigert, J. (2008): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2. Auflage. Hannover: Schlüter.
- Wissenschaftliche Begleitung der Entwicklung der Pflegesozialplanung für das Land Mecklenburg-Vorpommern. Projektzeitraum 01.05.2014 bis 15.12.2014.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung (Gesamter Planungsprozess).....	25
Abbildung 2: Zyklus der integrierten Pflegesozialplanung	26
Abbildung 3: Mögliche Zeitdimension der Roadmap der integrierten Pflegesozialplanung.....	27
Abbildung 4: Bedarfsprognose - Bedarfsermittlung.....	69

Tabellenverzeichnis

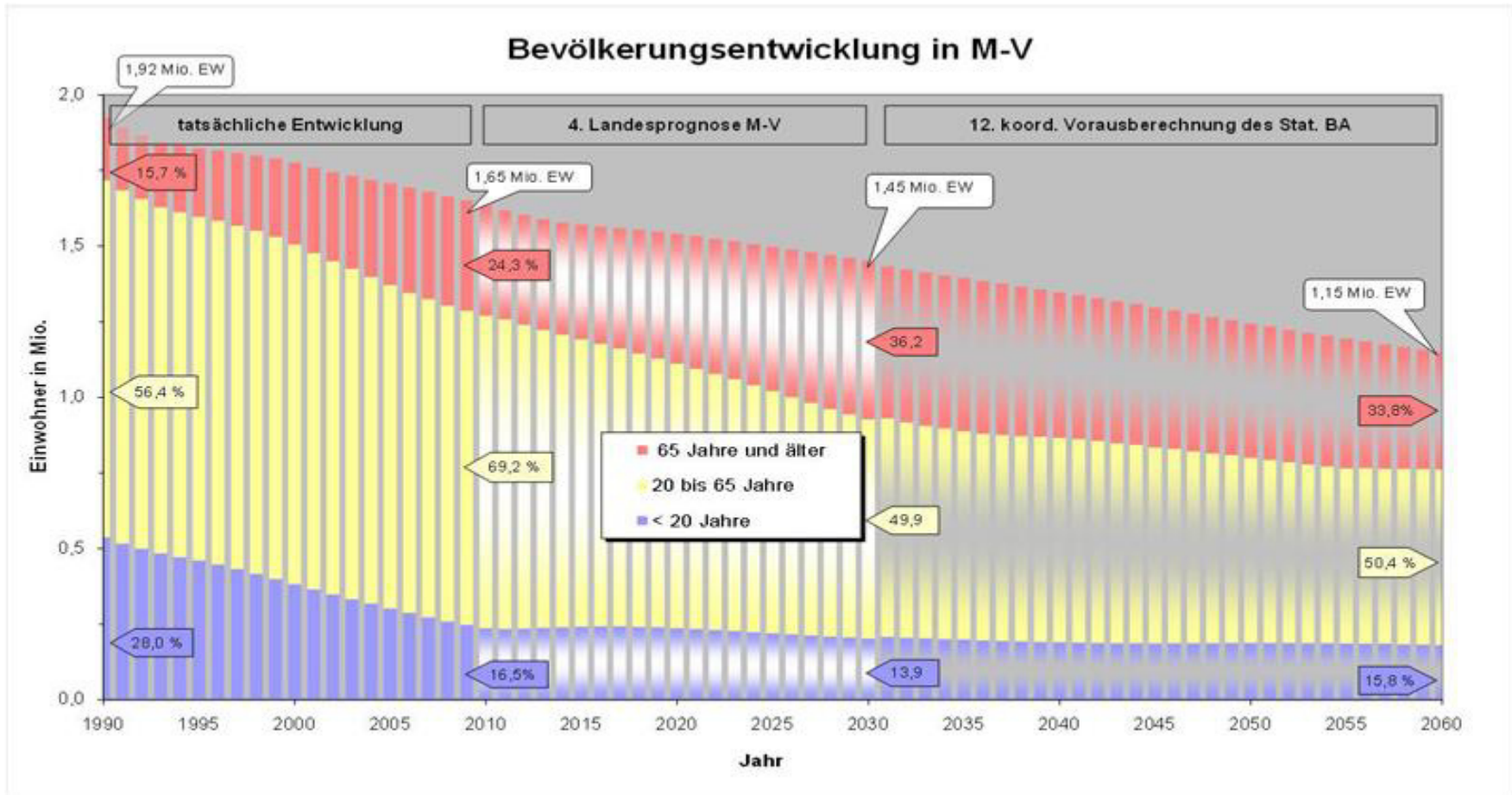
Tab.1 Übersicht über die im Implementierungsprozess durchgeführten Workshops....	6
Tab. 2 Planungsphasen, Arbeitsschritte, Methoden, Akteurinnen und Akteure der integrierten Pflegesozialplanung.....	28



Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

- Die demografische Entwicklung und die damit verbundene Veränderung der Altersstruktur stellen unser Land in nahezu allen Bereichen vor große Herausforderungen.
- Die Landkreise und insbesondere die kreisangehörigen Ämter, Städte und Gemeinden sind davon in besonderer Weise betroffen.



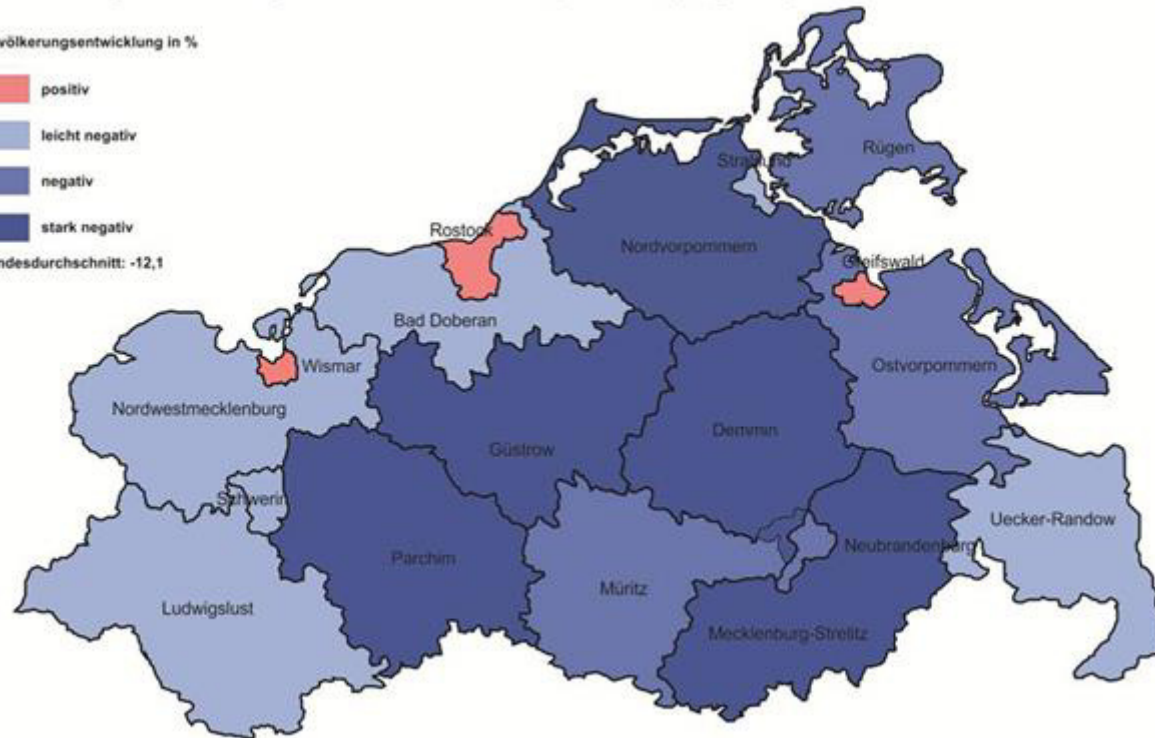


Bevölkerungsentwicklung der Kreise 2009 - 2030 (4. Landesprognose)

Bevölkerungsentwicklung in %

- positiv
- leicht negativ
- negativ
- stark negativ

Landesdurchschnitt: -12,1



Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Aufgrund dessen wollen die Koalitionspartner gemäß Nummer 324 Satz 2 der Koalitionsvereinbarung die kommunale Ebene bei der Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte unterstützen.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

- Grundsätzlich sind die Landkreise und kreisfreien Städte beziehungsweise die Städte, Ämter und Gemeinden allein verantwortlich für die Gestaltung ihrer Seniorenpolitik.
- Die Landesregierung hat dennoch vor dem Hintergrund der Vergleichbarkeit und eines einheitlichen qualitätssichernden Niveaus Überlegungen angestellt, wie sie die kommunale Ebene bei der Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte unterstützt kann.
- Es wurde zunächst ein Konzept erstellt, das zum einen Eckpunkte und Empfehlungen für die Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte für die Landkreise und kreisfreien Städte enthält, als Teil 1 und dann ein Leitfaden für Städte, Ämter und Gemeinden zur Umsetzung dieser Gesamtkonzepte, als Teil 2 entwickelt.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Wichtige Handlungsfelder für die Städte, Ämter und Gemeinden sind:

- Eine integrierte Orts- und Entwicklungsplanung,
- Wohnen im Alter,
- Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit,
- Präventive Angebote,
- Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe,
- Betreuung und Pflege,
- Unterstützung pflegender Angehöriger,
- Angebote für besondere Zielgruppen (zum Beispiel ältere Flüchtlinge),
- Kooperations- und Vernetzungsstrukturen und
- Hospiz- und Palliativversorgung.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

➤ **Ziel ist es:**

Seniorenpolitik als Querschnittsaufgabe der Stadt- und Regionalentwicklung zu betrachten und die Lebensbedingungen in den Kommunen so zu gestalten, dass sie sowohl den Bedürfnissen als auch den Wünschen der älteren Menschen entsprechen.

➤ **Dazu gehören:**

Die Erhaltung eines möglichst langen selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebens im eigenen Zuhause und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

➤ **Des Weiteren:**

Angebote für Seniorinnen und Senioren, z.B. Infrastruktureinrichtungen, Nachbarschaftshilfen, niedrighschwellige Angebote, präventive Angebote zu schaffen.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Beispiel: Handlungsfeld

Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung:

Dazu gehören z. B.:

- eine möglichst barrierefreie Gestaltung öffentlicher Räume sowie der Oberflächen von Gehwegen,
- abgesenkte Bordsteinkanten,
- Querungshilfen (Fußgängerinseln),
- Bänke, überdachte Haltestellen als Gelegenheiten zum Ausruhen,
- ausreichende Beleuchtung,
- Geländer an abschüssigen Wegstrecken,

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Beispiel: Handlungsfeld

Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung:

- Sicherstellung der Versorgung mit den Gütern des täglichen Bedarfs, z.B. durch Dorfläden, Bäckerauto, mobile Läden,
- Schaffung von Möglichkeiten der Begegnung, z.B. Gaststätten, Mehrgenerationenhäuser,
- Sicherstellung von Dienstleistungen einschließlich der medizinischen Versorgung und am Bedarf ausgerichtete Mobilitätsangebote z.B. Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV) bzw. ergänzende Angebote wie Bürgerbusse, Mitfahrbörsen.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Wohnen im Alter:

Das Handlungsfeld umfasst:

- Die Förderung und Schaffung von barrierearmen und barrierefreien Wohnungen z. B. durch Wohnberatung zur Anpassung des Wohnraums, des Wohnumfeldes und des Einsatzes von Hilfsmitteln sowie
- alltagspraktische Hilfen z.B. bei der persönlichen Versorgung, hauswirtschaftlichen Hilfen, Unterstützung bei der Gartenarbeit, der Schneeräumung u. Ä., Unterstützung beim Schriftverkehr und in Behördenangelegenheiten, Fahrten zu Arztpraxen oder zum Einkauf, Nachbarschaftshilfen, Telefonketten oder eine Telefonhotline, Essen auf Rädern, Hausnotruf.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Alternative Wohnformen umfassen:

- Betreutes Wohnen,
- ambulant betreute Wohngemeinschaften,
- Seniorenwohngemeinschaften,
- Wohnen im Quartier und
- Intergeneratives Wohnen.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit

Dazu gehören:

- Information und Beratung über Angebote und Leistungen die in Anspruch genommen werden können sowie die Vermittlung an weitere Einrichtungen,
- Zusammenstellung von Informationen, Adressen und Ansprechpersonen, die seniorenrelevante Themen veröffentlichen, in Form eines Seniorenwegweisers und diesen öffentlichkeitswirksam verbreiten,
- Aufbau von Internetseiten für Städte und Gemeinden als Informationsquelle für ältere Menschen und deren Angehörige,
- Auskunft und Beratung zu Fragen rund um den Verbraucherschutz (Haustürgeschäfte, Enkeltrick).

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Handlungsfeld:

Betreuung und Pflege

Dazu gehören z. B.:

- Ambulante Dienste,
- niedrigschwellige Angebote,
- Tages- und Nachtpflege,
- die Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie die stationäre Pflege.
- Alle Einrichtungen sind ein Teil des seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes und in der Pflegesozialplanung der Landkreise und kreisfreien Städte enthalten.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Beispiel: Handlungsfeld

Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe:

Dazu gehören beispielsweise:

- älteren Menschen die Möglichkeit zu eröffnen, sich im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen zu qualifizieren,
- Ehrenamtsbörsen zu organisieren, um den Bedarf zu ermitteln und Freiwillige zu gewinnen,
- die Entwicklung einer Anerkennungskultur,
- die Begleitung Ehrenamtlicher durch Hauptamtliche, als Ansprechpartner.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Beispiel: Handlungsfeld

Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe:

- Gesellschaftliche Teilhabe bezieht sich nicht nur auf kommunikative Angebote (Begegnungsstätten, Teilnahme an Reisen), sondern auch auf die Möglichkeit, ältere Menschen aktiv einzubinden und damit eine gesellschaftliche Teilhabe zu befördern.
- Dies könnte z. B. durch generationsübergreifende Begegnungen (Kitas), Besuchsdienste (Jubiläen), den Einsatz eines Seniorenbeauftragten oder örtlicher Seniorenbeiräte erfolgen.

Entwicklung seniorenpolitischer Gesamtkonzepte

Zur Entwicklung und Umsetzung seniorenpolitischer Konzepte stehen verschiedene Vorgehensweisen und Instrumente zur Verfügung.

Folgende Arbeitsschritte bieten sich an:

1. Ist-Analyse (Zusammenstellung der örtlichen Bedarfe und Ressourcen)
2. Entwicklung von Leitlinien und Konzepten
3. Maßnahmenkatalog
4. Umsetzung



Danke – auf geht's!

Chancen integrierter Planungsansätze

Fachtagung
Hochschule Neubrandenburg
Mittwoch, 29. Mai 2019

- Wo liegen die Chancen integrierte Planungsansätze?
- Wo zeigen sich Herausforderungen?
- Was ist wichtig bei der Umsetzung von integrierten Planungsansätzen?
- Welche Erfahrungen gibt es bei der Beteiligung von Akteuren, Netzwerken und Initiativen bei der Umsetzung von integrierten Planungsansätze?



Gliederung

1. Integrierte Sozialplanung
2. Chancen, Risiken und Herausforderungen
3. Anspruch und Realität
4. Beteiligung leicht gedacht - schwer gemacht?

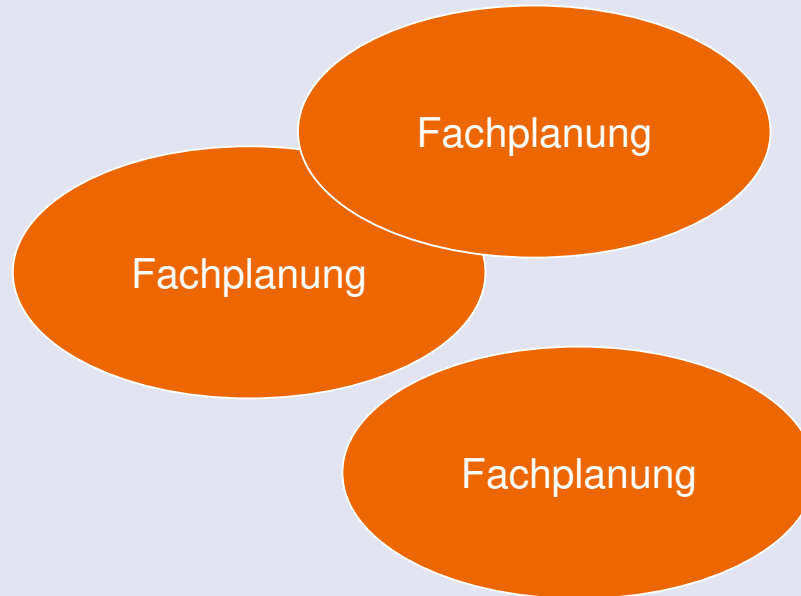
Ziele integrierter Sozialplanung

- Entwicklung und Förderung eines inklusiven Sozialraums
- effiziente und transparente Steuerung von Sozialleistungen
- Entwicklung bedarfsgerechter Sozial- und Bildungsinfrastruktur
- aktivieren und vernetzen lokaler Akteure
- Beteiligung der Betroffenen
- Förderung einer abgestimmten Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik

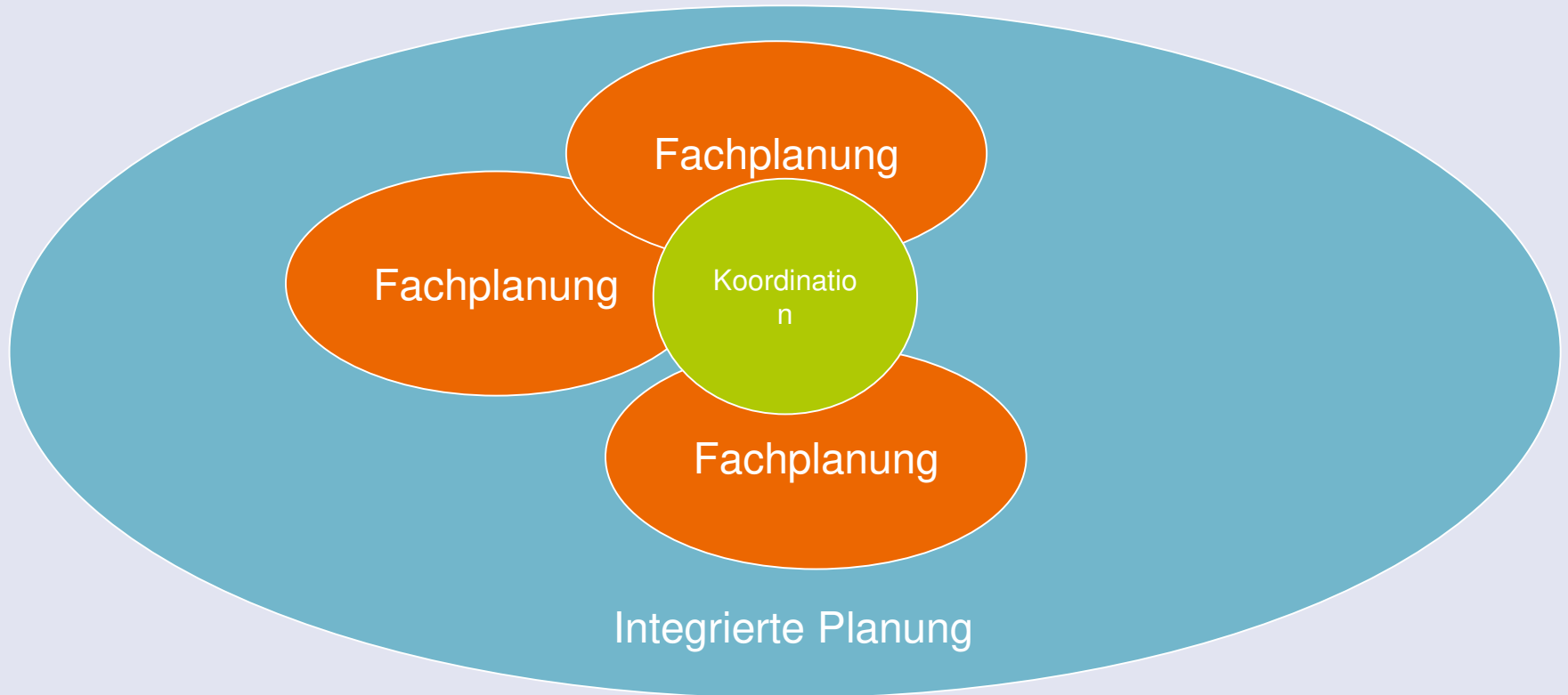
Integrierte Planung – was ist das?

z.B.

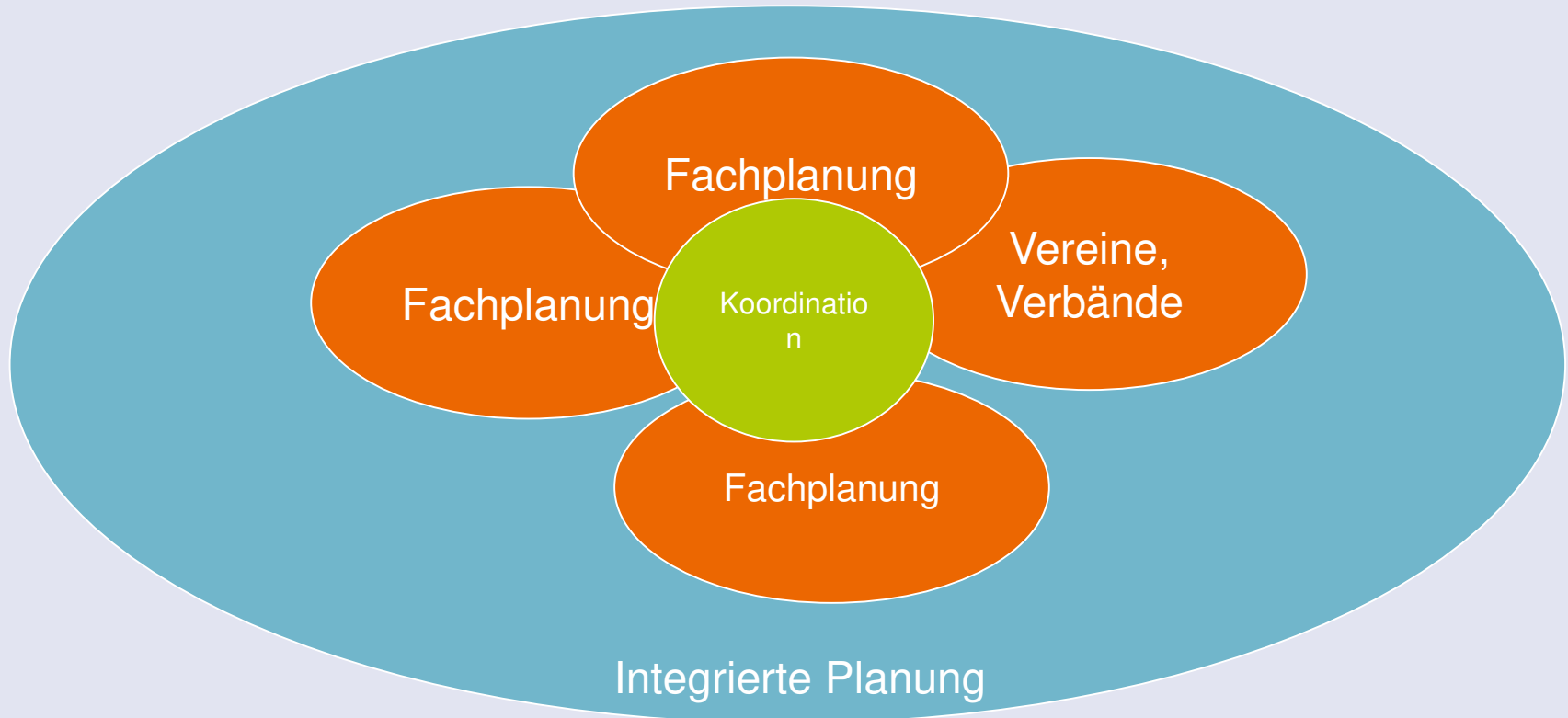
Jugendhilfeplanung
Sozialplanung
Gesundheitsplanung
Schulnetzplanung
Altenhilfeplanung
Wirtschaftsförderung
Regionalplanung
Stadtplanung
Kreisentwicklung
...



Integrierte Planung – was ist das?



Integrierte Planung – was ist das?

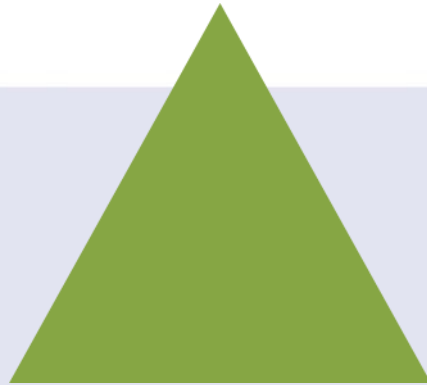


Anspruch integrierter (Sozial)Planung

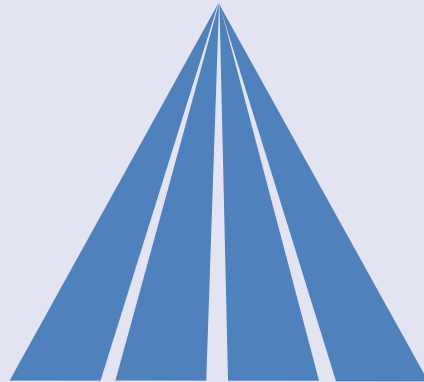
- Querschnittsaufgabe
 - für Grenzen überschreitende Fachplanungen
 - zur Politikberatung
- Vernetzung lokaler/regionaler/überregionaler Partner
- Bestandteil (kommunaler) Entwicklungskonzepte
- (sozial)räumlich
- lebenslagen- und wirkungsorientiert
- kooperativ



Die Realität nach Schubert



Lebenswelt als
Erfahrungszusammenhang



Funktionsbarrieren



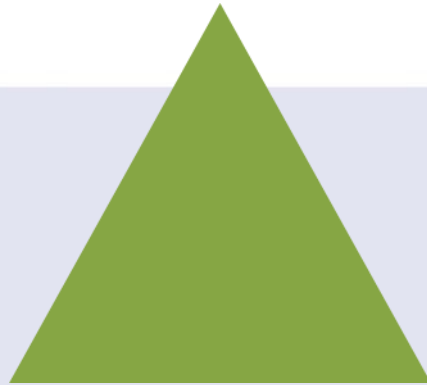
Hierarchiebarrieren



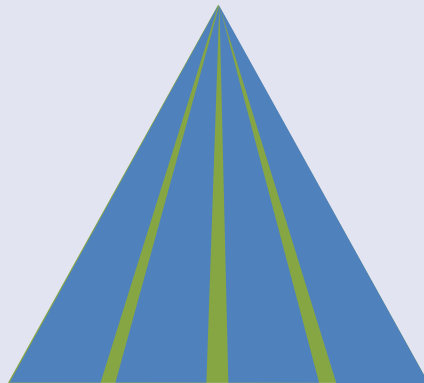
operative Inseln

Quelle: Kooperation in versäulten Strukturen nach Schubert (2008)

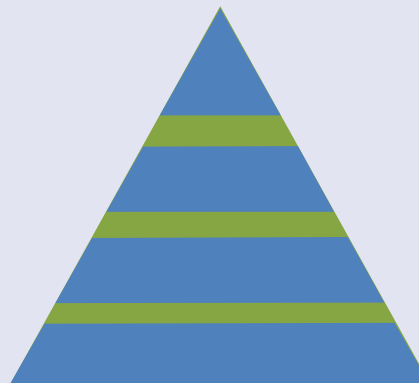
Die Realität nach Schubert



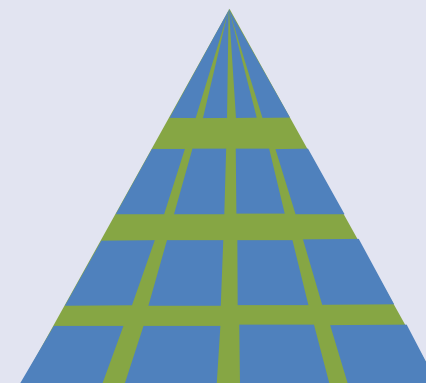
Lebenswelt als
Erfahrungszusammenhang



Funktionsbarrieren



Hierarchiebarrieren



operative Inseln

Quelle: Kooperation in versäulten Strukturen nach Schubert (2008)

systemische Folgen einer versäulten Struktur:

- Doppelaktivitäten
- Ressourcenverschwendung
- fehlender Wissenstransfer bei Übergängen
- keine Ausschöpfung der Potentiale von Kooperationspartnern
- Delegation und Abschiebung (Maykus, 2009)

lebensweltliche Folgen einer versäulten Struktur:

- Vielzahl von Problembearbeitern
- Erfahrung von Beliebigkeit und Unverhältnismäßigkeit
- Alleinsein bei Übergängen
- lebensweltferne Lösungen
- Ohnmacht in Hilfestrukturen (Maykus; 2009)

- Effektivität – durch passgenaue Angebote wirksamer unterstützen
- Effizienz – Ressourcenbündelung z. B. durch Verwendung einheitlicher Daten und freie Ressourcen durch effektivere Steuerung von Maßnahmen
- Kooperation - Abstimmung von Schwerpunkten des gemeinsamen Wirkens können Entwicklungen zielgerichtet vorantreiben
- Partizipation der kommunalen Akteure, Fachkräfte und Adressaten an der Entwicklung der Kommune / der Region

Grundsätzliches

- politische Verankerung und Legitimation
- Personal- und Themenkontinuität
- Informationsmanagement und Transparenz
- differenzierte Ziele und darauf abgestimmte Strukturen
- Stärkung des Prozessgedankens gegenüber dem Strukturgedanken in den Planungsprozessen

...für die Planungsabläufe

- Stärkung der Raumorientierung
- Ressourcen für Operationalisierung und Implementierung der Vorhaben
- Fokussierung der Bedarfsorientierung parallel zum Blick auf Angebote
- Stärkung des Prozesscharakters
- Definition von Erfolg
- Ansätze zur Überzeugung der Akteure vor Ort von Beginn an mitdenken
- Unkenntnis gegenüber Netzwerkidee und Netzwerkmanagement

Was ist Beteiligung?

Be-tei-li-gung

Substantiv, feminin [die]

1. das Teilnehmen; das Sichbeteiligen; Mitwirkung

„die Beteiligung [an der Versammlung] war schwach, gering“

2. das Beteiligtwerden

„jemandem die Beteiligung am Gewinn, Umsatz zusichern“



Quelle: IKPE.de

Stufen der Beteiligung

Selber machen

Entscheiden

Mit-Entscheiden

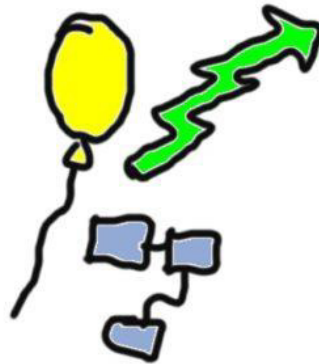
Meinungen einholen

Informieren

BETEILIGUNG



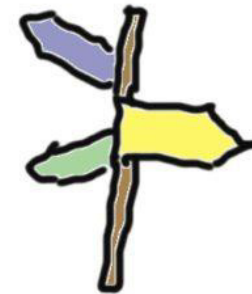
Warum?



Woran?



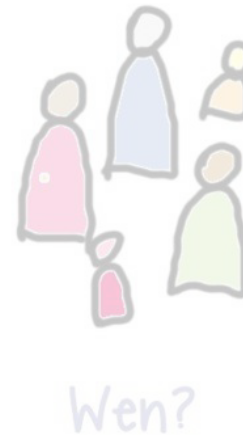
Wen?



Wie?

Quelle: www.schule-im-Aufbruch.de

BETEILIGUNG

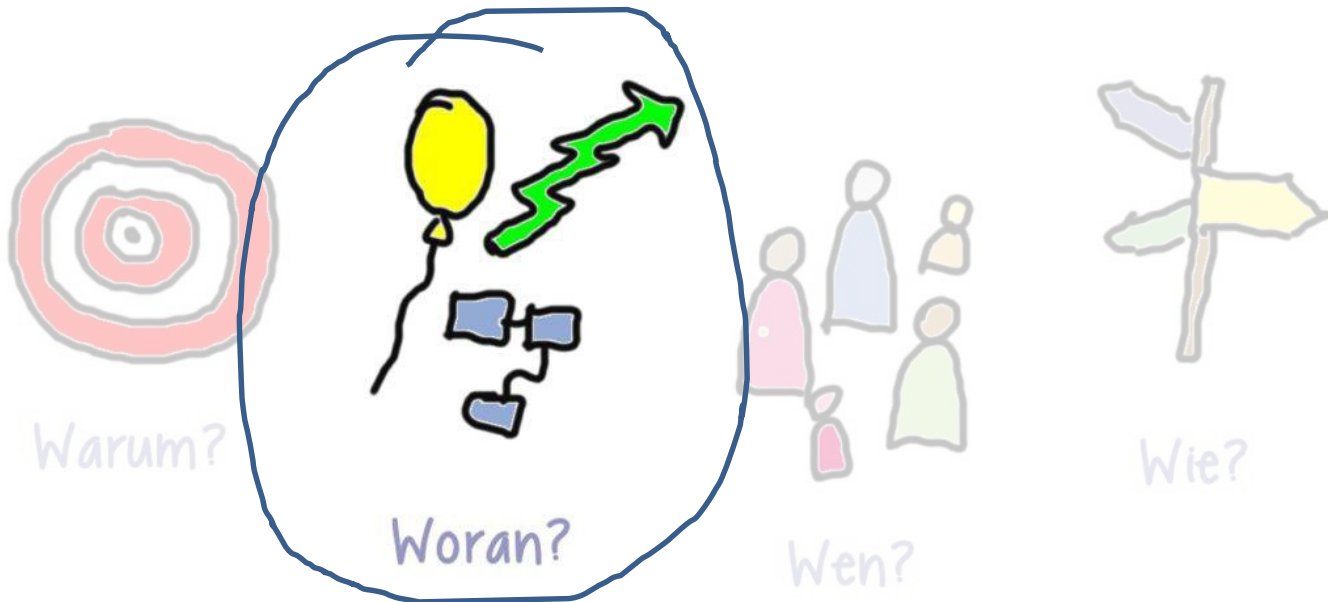


Quelle: www.schule-im-Aufbruch.de

Warum beteiligen?

- das Wissen und die Ressourcen unterschiedlicher Akteure wird benötigt
- je näher an den Zielgruppen, umso besser
- wirksame Strategien setzen Abstimmung und nahtlose Übergänge voraus
- gemeinsam getroffene Entscheidungen finden hohe Akzeptanz, fördern politische Entscheidungsprozesse und Verbindlichkeit

BETEILIGUNG



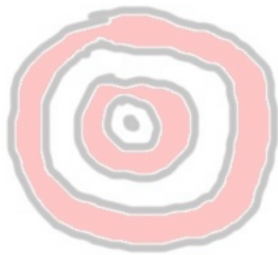
Quelle: www.schule-im-Aufbruch.de

Woran beteiligen?

- Was ist der Planungsgegenstand?
- Was ist der Schwerpunkt?
- An welcher Stelle im Planungskreislauf stehe ich?
- Welche Informationen benötige ich für die Planung?



BETEILIGUNG



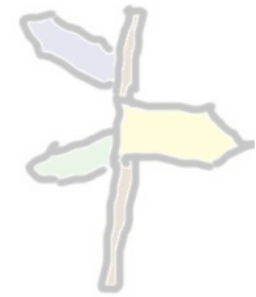
Warum?



Woran?

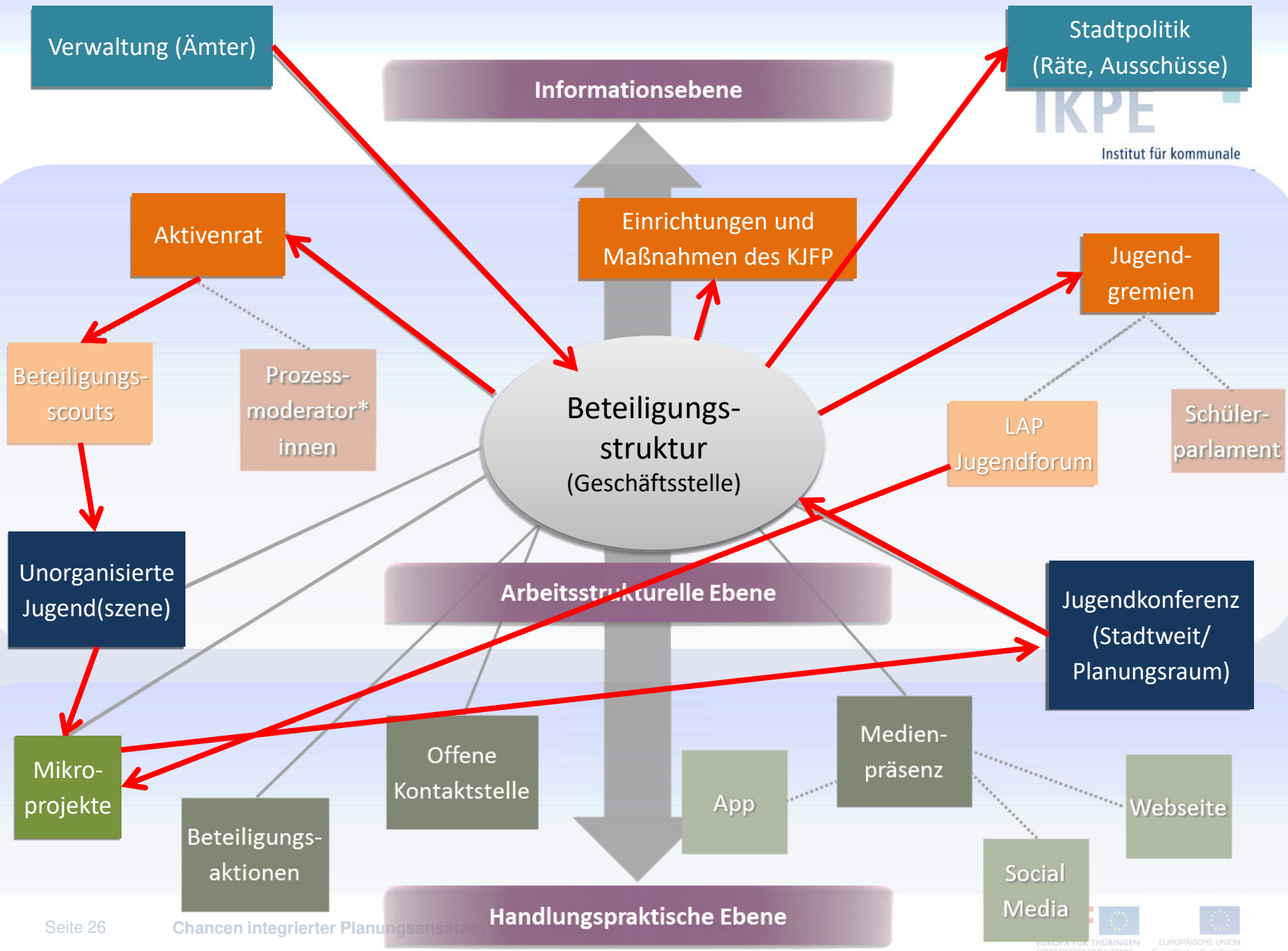


Wen?



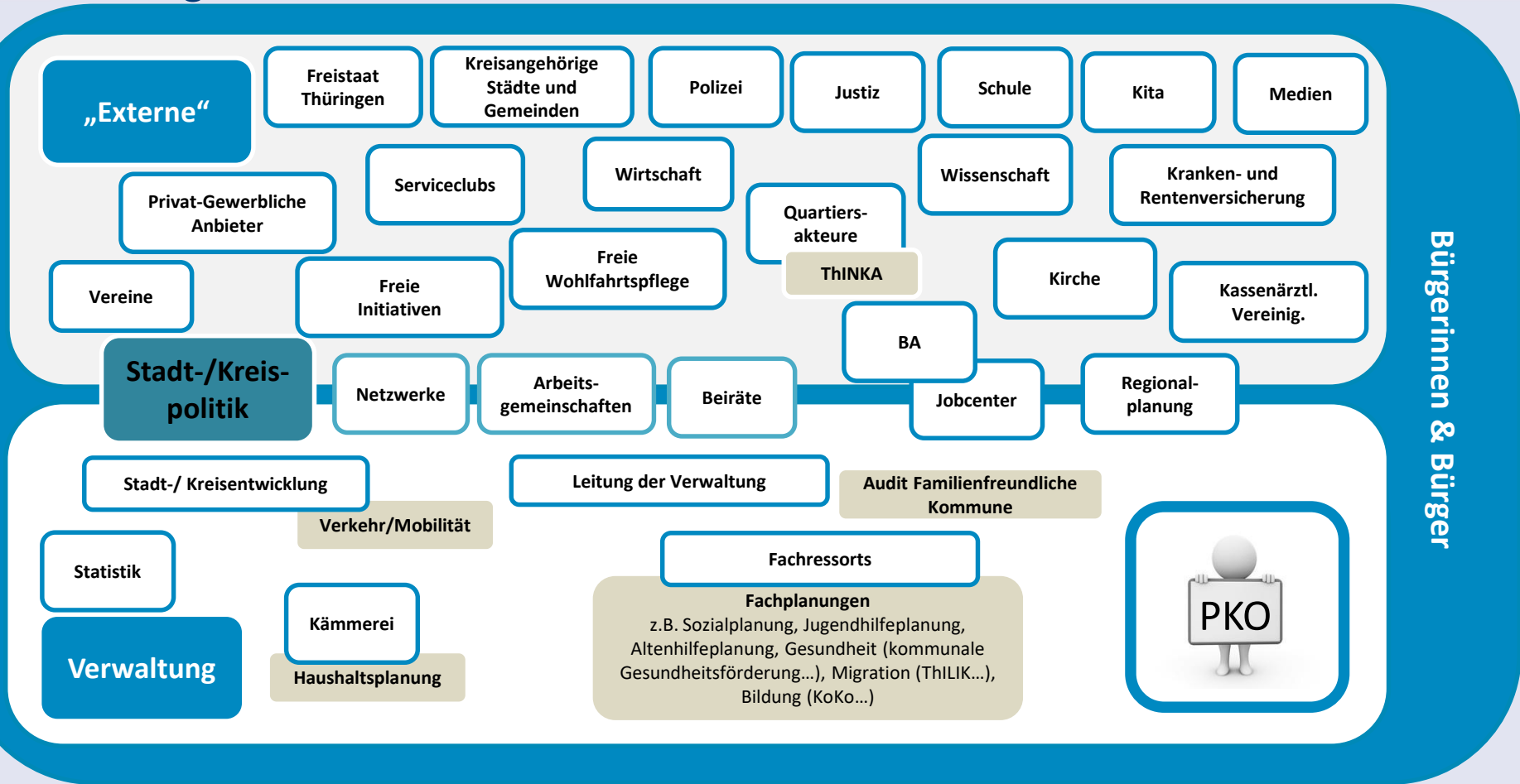
Wie?

Quelle: www.schule-im-Aufbruch.de

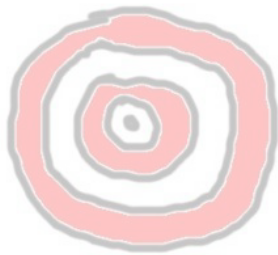




Akteurinnen und Akteure im Prozess der Entwicklung einer kommunalen Armutspräventionsstrategie in Thüringen



BETEILIGUNG



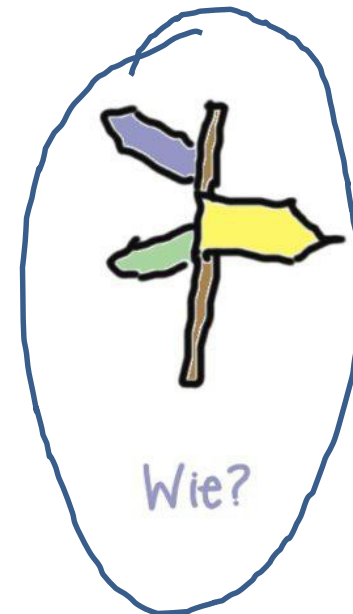
Warum?



Woran?



Wen?



Wie?

Quelle: www.schule-im-Aufbruch.de

Wie beteiligen?

- Methoden- und Prozesskompetenz
- Adressatenorientiert
- angemessen und bezahlbar
- vorhandene Strukturen nutzen
- Thema muss geeignet sein
- Wille und Haltung zur Beteiligung
- Mandatsfrage → Entscheidungs- oder Mitwirkungskompetenz
- Beteiligungsziele und -grenzen sind definiert



Kontakt:

Claudia Michelfeit

Institut für kommunale Planung und Entwicklung e. V.
Anger 10
99084 Erfurt

E-Mail: claudia.michelfeit@ikpe-erfurt.de
Internet: <http://www.ikpe-erfurt.de>





Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Integrierte Pflegesozialplanung Mecklenburg-Vorpommern

Prof. Dr. Steffi Kraehmer, Prof. Dr. Stefan Schmidt
Fachtagung: Chancen integrierter Planungsansätze
Hochschule Neubrandenburg, 29. Mai 2019



→ Planungs- und Steuerungsmodell für die Herausforderungen vor denen die Kommunen und Landkreise stehen

Es ist die Aufgabe der **integrierten Pflegesozialplanung** auf Grundlage der rechtlichen Verpflichtungen, die bestehenden Strukturen und Angebote der pflegerischen Versorgung:

- I. zu ermitteln
- II. im Hinblick auf die derzeitige und zukünftige Bedarfsgerechtigkeit zu bewerten
- III. zu gestalten



Die traditionelle Altenhilfeplanung ist obsolet – die Anforderungen an die Planungen sind komplexer geworden:

Die **Bedürfnisse** der älteren Menschen in den Kommunen und Landkreisen **wandeln sich**.

Die meisten Menschen wollen lange in ihrer **vertrauten häuslichen und familiären Umgebung bleiben** und die Vorstellungen vom Leben im Alter haben sich geändert.

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 hinausreicht).

Um diese Qualitäten vor Ort entwickeln und anbieten zu können, bedarf es der **Zusammenarbeit einer Vielzahl von Akteuren**: Verwaltung, Träger, Dienstleister, Interessensvertretungen und Unternehmen.



- **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)
- Vielfalt von **Lebens- und Engagementformen**
- Stärkung der **Mitgestaltungskompetenz**

Übergänge von öffentlichem Raum und privater Sphäre sind fließend



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Viele Versorgungs- und Dienstleistungen einschließlich vielfältiger Pflegeaufgaben werden von unterschiedlichen Akteuren – aber auch von Bürger*innen selbst – erbracht.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird immer klarer, dass die Versorgungsleistungen der Gesellschaft in Zukunft nicht alleine 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 angeht als auch ihrer Rolle als Gestalter*innen und Mitgestalter*innen im lokalen Raum.



Deinstitutionalisierung des Alters und Vision einer „bunten Altersgesellschaft“ (Prof. Dr. Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg/ Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung)

Begriff ***Caring Community*** noch *passend und leitbildfähig* für eine generationenübergreifende Kultur des Umgangs mit und im Alter?

Klie bezieht sich in seinen Begriffserörterungen vor allem auch auf ein neues, in Solidarität verankertes Verständnis von Subsidiarität

Deinstitutionalisierung des Alters und Vision einer „bunten Altersgesellschaft“

In den Blick genommen werden hier die Chancen und die Zumutungen der eigenen Lebensgestaltung im Alter:

- Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens und haben uns individuell und kollektiv darauf auszurichten. Sorge 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 Aktivitäten und Zugehörigkeiten.



Caring Community als Sorgende Gemeinschaft des Zusammenwirkens von Staat, Dienstleistern 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 wohlfahrtspluralistische Arrangements. Gemeinschaften sind geprägt durch Zugehörigkeit, durch gemeinsame Werte.

**Gemeinschaften sind geprägt
durch Zugehörigkeit,
durch gemeinsame Werte.**



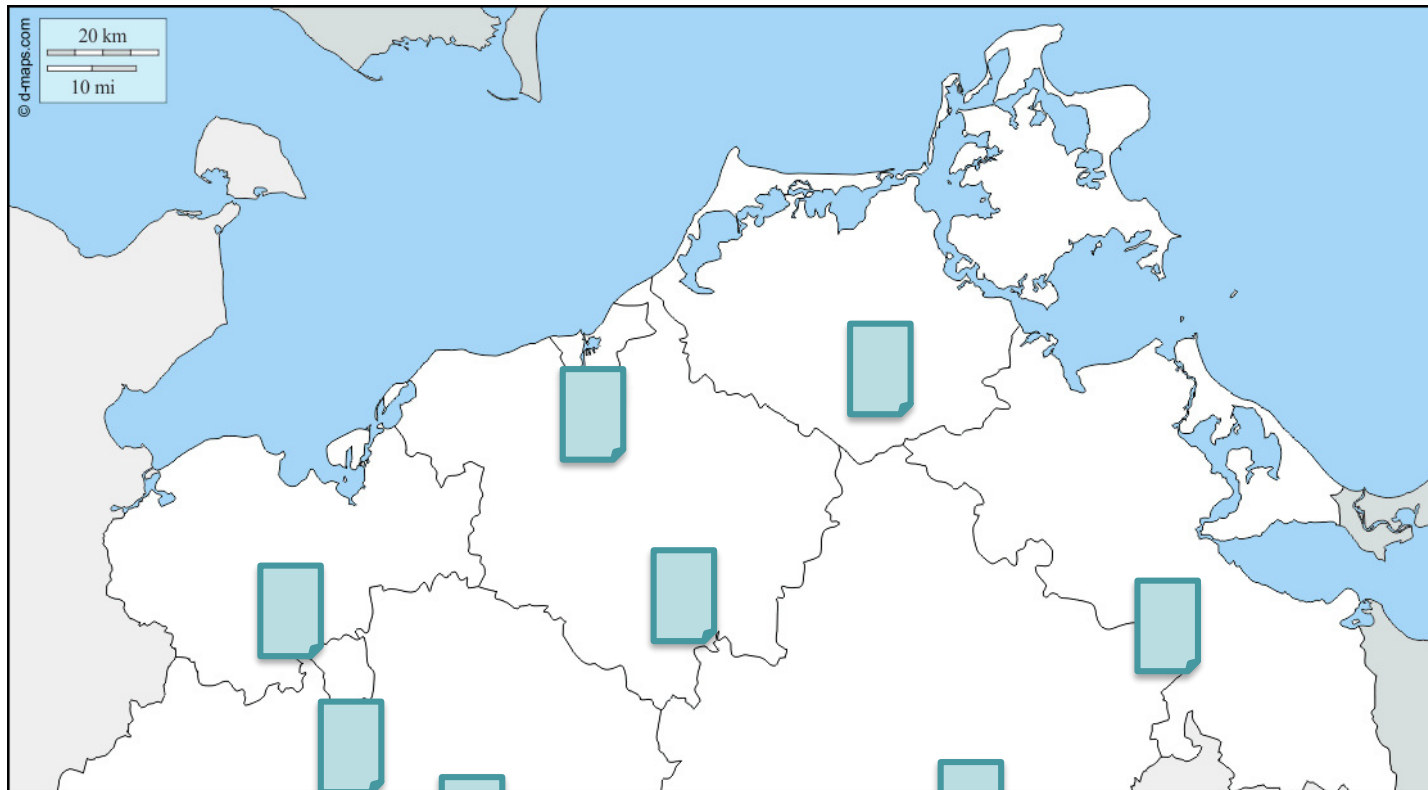
Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Es bedarf des **Zusammenwirkens von sozialen Netzwerken, der Selbstorganisation von Bürger*innen** mit staatlichen Instanzen und Institutionen.

Dieses setzt lebendige Nachbarschaften voraus. Ein soziales Miteinanders vor Ort verlangt nach entsprechenden Ressourcen und Kompetenzen vor Ort.

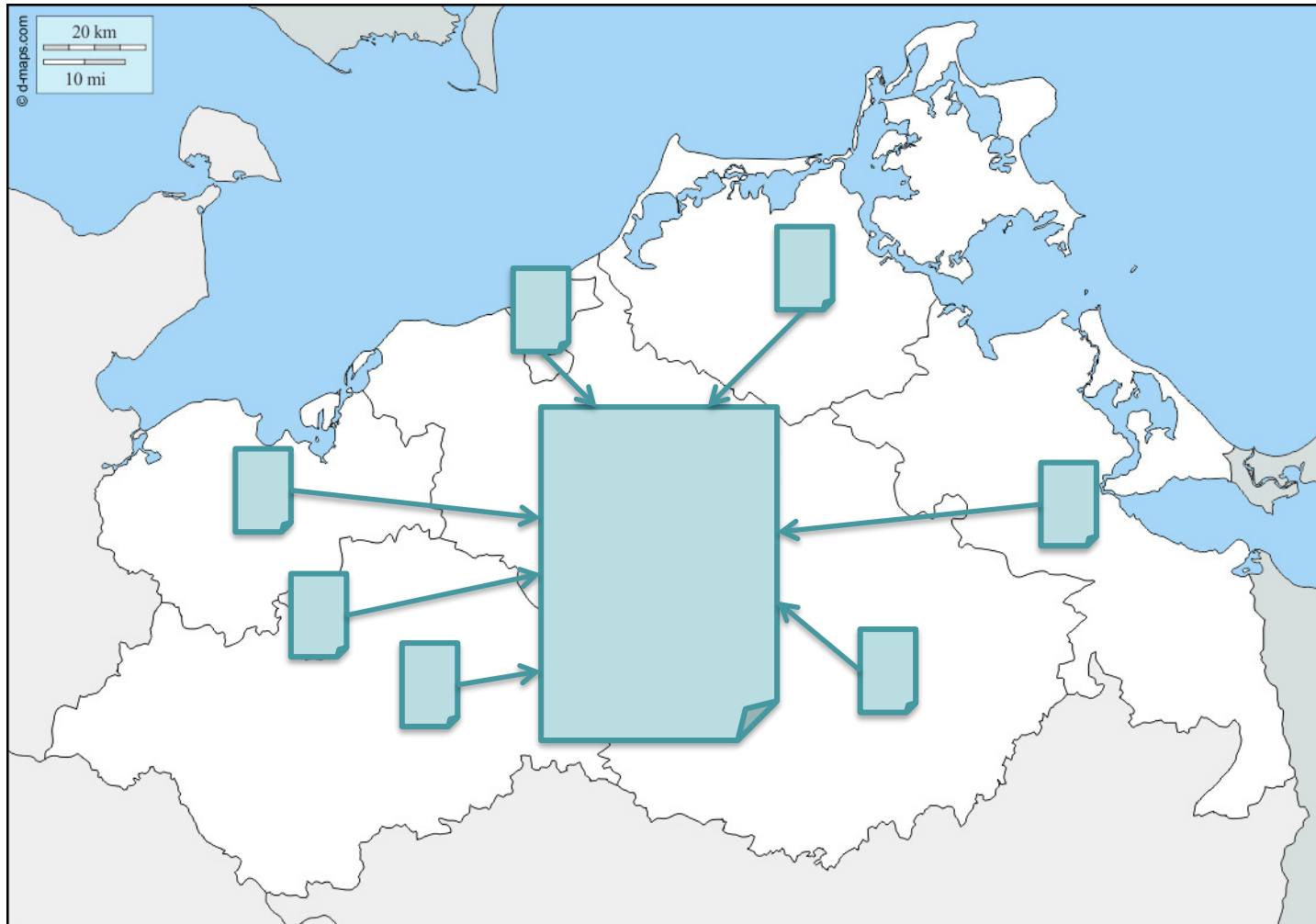
Die Pflegestützpunkte hätten hier einen wichtigen Beitrag leisten können...

Der kooperative Föderalismus mit seinen Konnexitätsfallen und die zunehmende Eigenlogik wettbewerblich orientierter Sozialleistungsträger und Pflegeanbieter erschweren auf die kommunale Ebene hin ausgerichtete Idee von *Caring Community* als Sorgende Gemeinschaft.



„[...] stellen [...] zum **Stichtag 31. Dezember eines jeden fünften Jahres**, beginnend mit dem Jahr 2018, **Pflegepläne für ihr Gebiet auf [...]**. Die Planungen enthalten eine **Bestandsaufnahme über die regionale Versorgungsstruktur, zeigen etwaige Defizite auf und beschreiben die bedarfsgerechte Entwicklung [...]**“ § 5 Abs. 2 Satz 1 u. 2 LPflegeG M-V

Zielstellung M-V

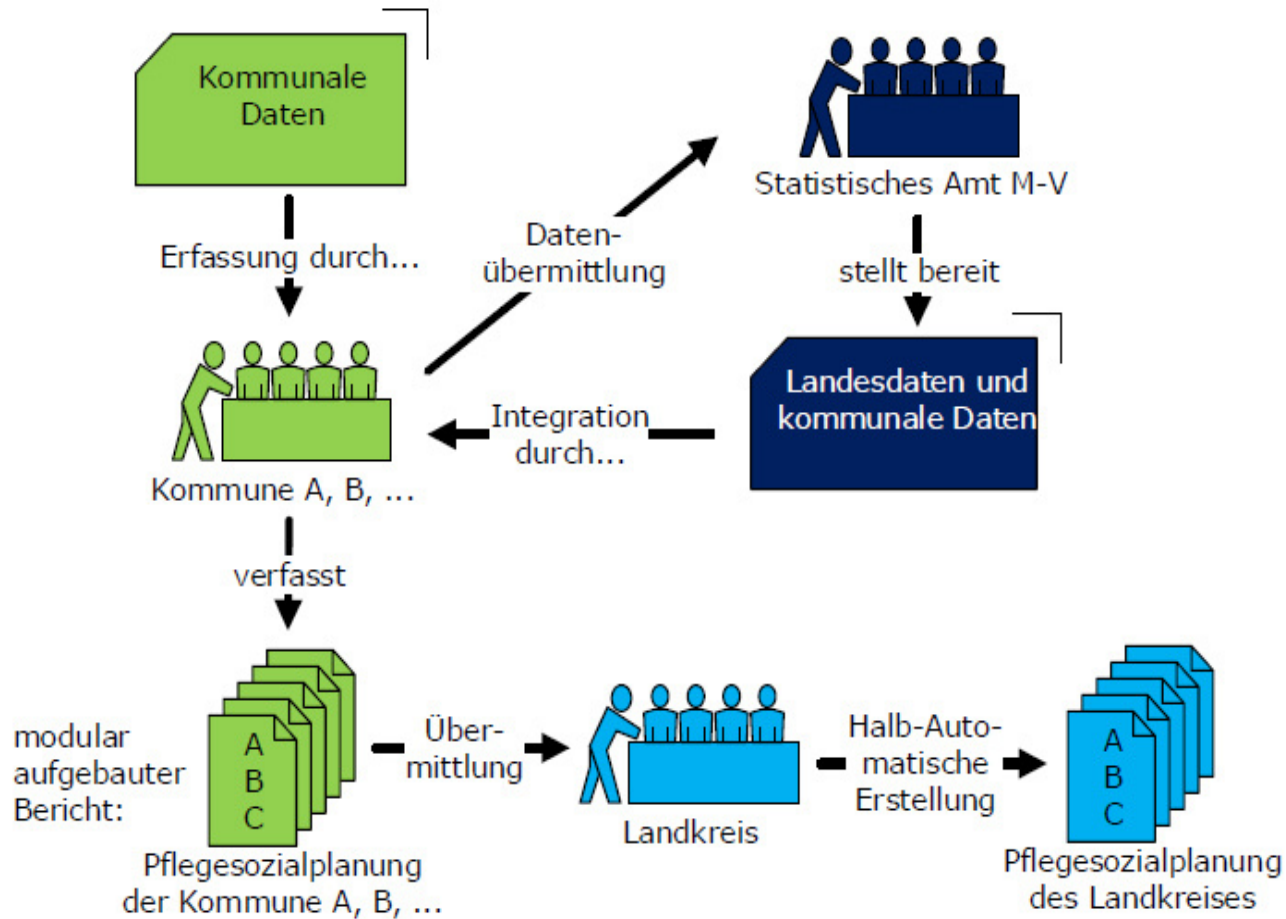


Bildnachweis: https://d-maps.com/carte.php?num_car=6298&lang=de

Unsere Vision



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences





Ergebnisse eines intensiven, kooperativen und konstruktiven Diskussionsprozesses (2014-2018):



Der Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung

bietet handhabbaren inhaltlichen und methodologischen Rahmen.

- I. Der Berichtsstandard
- II. Das Planungsinstrument (UnIPs) mit dem Indikatorensatz, den abgestimmten Zielbeschreibungen der Indikatoren und der Datenverfügbarkeit.
- III. Ein Kennziffernmanagement
- IV. Eine Handhabung für die Ermittlung von Bedarfsprognosen und der Bestimmung von Zielwerten
- V. Die Bestimmung einer Zeitschiene für die Erarbeitung der integrierten Pflegesozialpläne in den Landkreisen und kreisfreien Städten M-V



I. Organisation von Informations- und Kommunikationsprozessen über die Anwendung vorgestellter Instrumente und Methoden zur Prüfung ihrer Praxistauglichkeit.

II. Durchführung von mehreren Workshops mit Pflegesozialplaner*innen zu abgestimmten Themen.



III. Fortschreibung von Instrumenten und Methoden (u.a. zur Bedarfsermittlung).

IV. Die Erarbeitung eines Indikatorenansatzes als gemeinsame Grundlage; einschließlich der Prüfung und Konkretisierung der Zielbeschreibungen sowie der weitestgehenden Absicherung der Datensicherheit.

V. Die Erarbeitung eines Berichtsstandards für eine einheitliche integrierte Pflegesozialplanung in M-V.



Erstellung der kommunalen integrierten Pflegesozialpläne –
nach einem „Kompass“

Roadmap – verabredeter Weg
zur Erarbeitung eines
integrierten Pflegesozialplanes
für die Kommunen

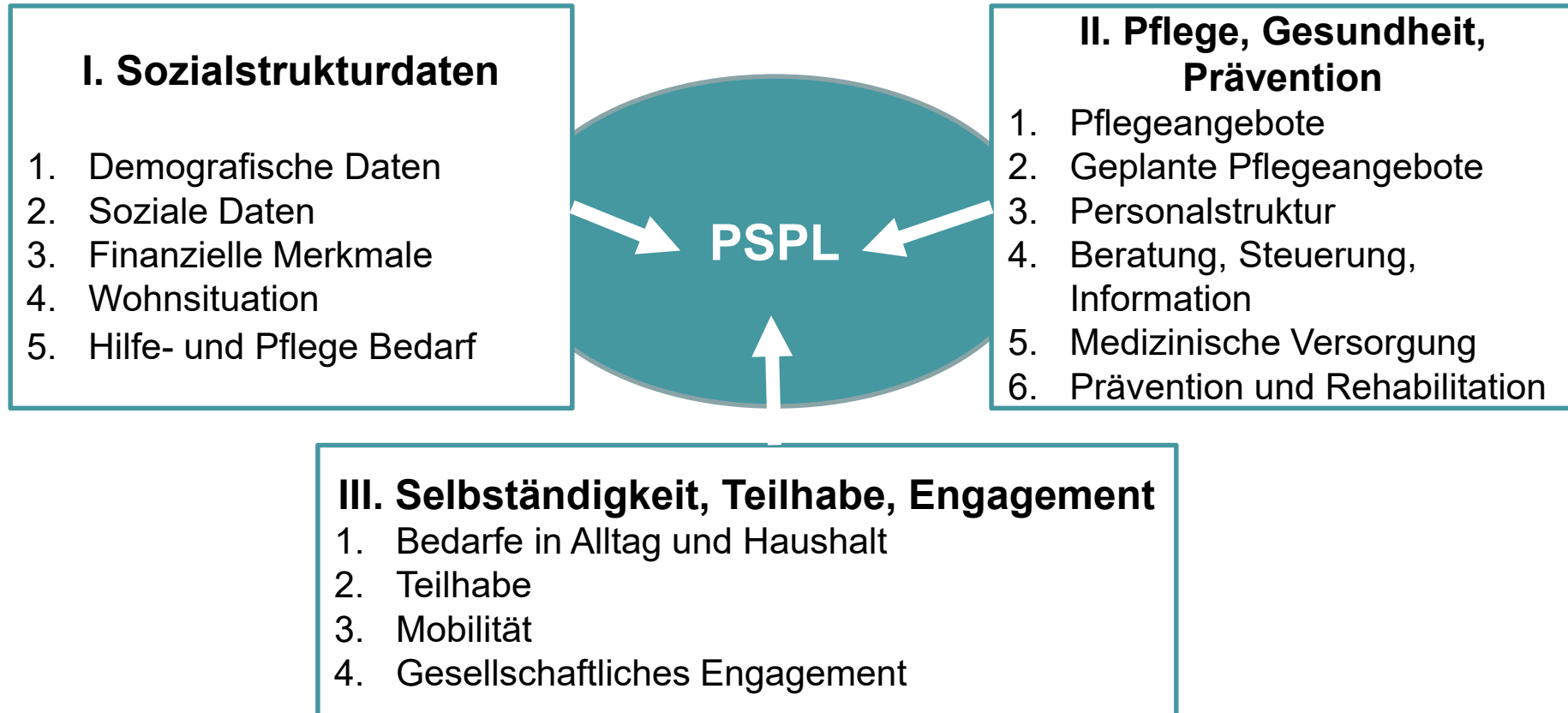
Anwendung von
einheitlichen
Planungsbereichen und
Indikatoren in einem
Planungsinstrument



„**Werkzeugkasten**“ für
Akteur*innen mit einer
Auswahl von Methoden
und Instrumenten für die
Umsetzung der einzelnen
Schritte der Erarbeitung
eines kommunalen
integrierten
Pflegesozialplanes



Bestandsaufnahme über regionale Versorgungsstruktur;
etwaige Defizite und bedarfsgerechte Entwicklung (§ 5 Abs. 2 Satz 1 u. 2 LPflegeG)





- + **wesentliche Elemente** der Berichterstattung werden **vereinheitlicht und abgestimmt**
- + Chance für **einheitliche** Richtlinien zur **Berichterstattung**
- + **Bessere Vergleichbarkeit** durch einheitliche Sprache und Systematik
- + Einfach nutzbare **Vorlage** für Berichte
- + **Sichtbarkeit** des gesellschaftlichen Wertes des kommunalen Engagements in der Pflegesozialplanung
- + **Erfolgreiche Mittelbeschaffung** durch nachvollziehbare Darstellung der kommunalen Erfolge
- + **Qualitätsgewinn**: Förderung wirkungsorientierter Steuerung der Mittel im Land und in den Kommunen



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
- Kooperation und Partizipation in Netzwerken, deren Kern die Kommunen, Wohnungsunternehmen, Pflegestützpunkte, soziale Dienstleister*innen, Bürger*inneninitiativen u. a. m. bilden



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Steffi Kraehmer

Professur für Sozialpolitik, Ökonomie sozialer Einrichtungen und sozialer Dienste

kraehmer@hs-nb.de

Prof. Dr. Stefan Schmidt

Professur für Klinische Pflege mit dem Schwerpunkt Pflege- und Versorgungskonzepte

sschmidt@hs-nb.de



Fachtagung „Chancen integrierter Planungsansätze“

- Integrierte Planungsansätze in der Praxis
Workshop II – Teilhabeplanung

- Prof.Dr. Petra Gromann HS Fulda



Personenzentrierte Hilfen

Integrierte Teilhabeplanung in der Eingliederungshilfe



Es geht um Menschen mit Behinderung /Beeinträchtigungen d.h. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit körperlichen- oder Sinnesbeeinträchtigungen, Beeinträchtigungen durch eine psychische – oder Abhängigkeitserkrankung, sogenannt geistigen Behinderungen oder komplexen Beeinträchtigungen

- Teilhabe ist handlungstheoretisch zu verstehen
- Verwirklichungschancen setzen Unterstützungsleistungen voraus. Auch deren Planung benötigt Barrierefreiheit , damit Menschen mit Behinderungen ihre Rechte wie alle anderen bekommen können, selbständig leben können, und überall dabei sein können.
- **Barrierefreiheit bedeutet folglich für Behörden, Dienste und Einrichtungen, dass sich ihre Unterstützung und damit auch die Bedarfsermittlung/Gesamtplanung an den Teilhabe- Zielen von Menschen mit Beeinträchtigungen ausrichtet**



Der Entwurf des Bundesteilhabegesetzes unterstreicht die Bedeutung

- Im Gesamtplan und dem Teilhabeplan muss sich die Umsetzung der Unterstützung an den Zielen der Menschen mit Beeinträchtigung orientieren,
- **„Hilfen wie aus einer Hand“ werden angestrebt = verbindliche Integration sowohl verschiedener Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe (Wohnen, Pflege , Arbeit, soziale Teilhabe) als auch verbindliche Einbeziehung von Sozial- Gesundheits-und ggfs. Pflegeversicherung / Jugendamt wie auch der ehemals vorrangigen Rehabilitationsträger : Bundesagentur für Arbeit, Krankenkassen, Rentenversicherung.....**



§ 13 BTHG/SGB IX gibt Integration vor : Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

- (1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs **verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente)....**
 - (2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die **Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung**, indem sie insbesondere erfassen,
 - 1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
 - 2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
 - 3. welche **Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen** und **4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind**



Der Gesamtplan/ Teilhabeplan wird in der Regel vom Träger der Eingliederungshilfe (EGH) verantwortet

- Dies beinhaltet die Steuerung, Wirkungskontrolle (über Teilhabeziele) und Dokumentation des Teilhabeprozesses, Festlegung der „Laufzeit“ – erforderlich ist ein digitalisiertes Prozessinstrument der Planung (Ausgangslage, Ziele , Was muss berücksichtigt werden(Ressourcen und Barrieren) , Planung des Vorgehens, Auswertung)
Verantwortung für die Beteiligung sowohl anderer Leistungsträger wie auch der Leistungsberechtigten und deren Vertrauenspersonen
- Handlungspraktische Umsetzung jedoch häufig: EGH legt allein den Zugang zu Leistungen fest , macht keine integrierte Planung, sondern dokumentiert nur zusammen



Umsetzung BTHG hat auch

- Auswirkungen auf Jugendhilfe
- Frühförderung / heilpädagogische Leistungen
- im Bereich Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen und Kinder/Jugendliche mit Eltern, die eine wesentliche Beeinträchtigungen haben (Leistungsanspruch § 4 BTHG/SGB IX neu)



Umsetzung und Anspruch ITP

- In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Thüringen und Hessen wird derzeit der Integrierte Teilhabeplan ITP genutzt bzw. eingeführt, der explizit einen integrierten Planungsansatz darstellt.
- Wesentlicher Anspruch des ITP :
- „**Horizontale**“ = in der Planung werden alle für Leistungsberechtigte wichtigen Leistungen zusammengedacht (die Systematik wird entsprechend auch für Kinder- und Jugendliche umgesetzt) und
- „**Vertikale Dokumentation**“ = ein Instrument für die Ebene Einzelfall – Planung Arbeitsteilung Leistungserbringung – Dokumentation der verschiedenen Ansprüche an
7Leistungsträger – regionale Planung



Konfliktfeld Gesamt-/Teilhabeplanung – in Bezug auf die Hauptkontrahenten

- EGH : „gerichtsfestes“, Leistungs-EDV kompatibles Instrument, lineare Logik – wenn Beeinträchtigung X = Leistungspaket Y mit wenig Verantwortung der feststellenden Fachkraft – Minimierung des Aufwandes mit Betroffenen vor Ort bei drohender Überlastung durch Casemanagement und Steuerungsaufgaben
- Leistungserbringer : Sicherung der bisherigen Finanzierung, möglichst unkonkretes Instrument in Bezug auf Umsetzung, wenig Verantwortung für „Teilhabewirkung“ der eigenen Leistung , hohes Interesse an Aufrechterhaltung der bisherigen Beteiligung an Bedarfsfeststellung („Selbstbeschaffte Leistungen“)
- Adressaten : Beteiligung, Selbstbestimmung, Transparenz und Dialog bei der Planung und Festlegung der Unterstützungsleistungen , nicht bloß bei der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung,



Folgerungen für die Unterstützungspraxis : am besten keine standardisierten Instrumente ?

- Dagegen spricht :
 - Rücknahme der Rechtsposition von Menschen mit Beeinträchtigungen, Bestätigung des „Fürsorgesystems“
 - Kein Veränderungsimpuls des jetzigen Lebens in „Sonderwelten“
 - Fortbestehen der Versäulung der Leistungen – der Anspruch an Leistungen „aus einer Hand“ wird aufgegeben
 - der zuständige Leistungserbringer macht langfristig alles
 - am besten durch Vergabe an nur einen Erbringer
- 9 („Anstaltsprinzip“)



Voraussetzungen für teilhabeorientierte Instrumente aus Adressatensicht

Handlungsoptionen vorsehen : (selbständig zu bearbeitende, kurze und übersichtliche Instrumente für Menschen mit Beeinträchtigungen) – am Prozess und der Planung der Leistungen aktiv beteiligt sein können; Verfügbarkeit von Kurzversionen und leichter Sprache

Instrument als Projektplanung verstehen – Erfahrungslernen
Beteiligungsoption der Unabhängigen Beratungsstellen an der Gesamtplanung – Vertrauensperson und Gesamt- bzw. Teilhabekonferenzen nutzen

Die Leistungsform persönliches Budget bereits im Instrument auch für Teile von Unterstützungsleistungen wählen können



Voraussetzungen für teilhabeorientierte Instrumente

- Normativität von „smarten“ / von Fachkräften gesetzten Zielvereinbarungen durch Instrument- bzw. Manual -Vorgaben erschweren
- ICF-Beschreibungen (Codes) in allen Dimensionen (körperliche Strukturen und Funktionen, Aktivitäten , Teilhabe , Umfeld /Umwelt und persönliche Faktoren) berücksichtigen, Wechselwirkungen im Blick haben
- Themenbezogene Freifelder zur Darstellung der subjektiven Bedeutungen durchgängig vorsehen



Voraussetzung für teilhabeorientierte Instrumente

- Die Voraussetzungen für die Teilhabeleistungen mit abbilden können (einzelfallbezogene, funktionale Abgrenzung zu Pflegeleistungen)
- Sozialräumliche Hilfen so abbilden, dass auch SGB IX-Leistungen daraus abgeleitet werden können (Beispiel : Schulbegleitung)
- Konkrete Vereinbarungen zu Art und Umfang und Erbringung treffen und alle sozialrechtlichen Leistungen im Gesamtplan abstimmen können



Voraussetzungen für teilhabeorientierte Instrumente

- Übergreifender integrativer Anspruch : ein Instrument für alle Ebenen (Person, Fachkräfte, Organisationen der Erbringer , Leistungsträger, aggregierte regionale Planungsgrundlage) auf der Basis der vereinbarten Teilhabeziele der Menschen mit Beeinträchtigungen – „Dienstleisterprinzip“ Sozialer Arbeit
- EDV Kompatibilität mit geringer Normativität / ohne kausale Verknüpfungen ; Vorgaben als „Checklistenprinzip“, keine Auflösung der Projektplanungsgliederung durch Integration in Verwaltungssoftware



Voraussetzung für teilhabeorientierte Instrumente

- Allen sozialrechtlichen Vorgaben Rechnung tragen ... z.B. ICF-Orientierung, enges Zeitfenster zur Feststellung der Zuständigkeit bei Neuanträgen, Angaben zur verbindlichen Berichterstattung/BTHG, Beteiligung einer Vielzahl von Organisationen/Behörden , Abgrenzung Pflegeleistungen, Übergänge zu EGH-Leistungen frühe Kindheit/Kinder- und Jugendhilfe sicherstellen , Einbeziehung Gesundheitsleistungen / berufliche Rehabilitation



Verknüpfung mit Verwaltungssoftware

- „add-on“ Lösungen : entweder als app auf datengeschütztem Sicherheitsserver mit Lese- und Schreibrechtsadministration, eigentliche Datenverwaltung /Datenarchivierung vor Ort (hilfreich bei kommunalen EGH-trägern)
- Oder als „Auslesen“ des pdf-formularisierten basierten Prozesses in vorhandene Verwaltungssoftware , pdf-Zugang administrieren – Kosten der Schnittstellen zu den unterschiedlichen Anbietern im öffentlichen Raum, oder Anpassung durch eigene EDV Abteilungen (überörtliche EGH)



Voraussetzung : landeseinheitliche Bedarfsfeststellungsverfahren

- Bedeutung der Verknüpfung mit Finanzierung
- Landesrahmenverträge – nur eine Zeitbasierung (in Korridoren) als Grundlage der Finanzierung ermöglicht flexible Leistungen unabhängig vom Ort und Träger der Erbringung
- Spannungsfeld Übergangsregelungen versus Umbenennung stationärer Leistungen (Heime, WfbM)
- Spannungsfeld unterschiedliche Zeitperspektiven der Leistungen



Umsetzung in der öffentlichen Verantwortung

- Erarbeitung und Evaluation von einheitlichen Instrumenten benötigt paritätische Steuerungsgremien auf Landesebenen (Beteiligung Selbsthilfe !), Verantwortung der Sozialministerien
- Auf dem Hintergrund regional und historisch unterschiedlicher Verwaltungsstrukturen und Verwaltungstraditionen (Kameralistik/ New Public Management/) werden „Behördenmitarbeiter*innen“ - neben weiterbestehenden finanzierungs- und verwaltungsrechtlichen Aufgaben zu koordinierenden und abstimmenden Sachbearbeitenden wie zu qualitativen Fachbehörden, die fachliches Casemanagement, Kommunikations- und Moderationskompetenzen mit Betroffenen im Dialog umsetzen .



Regionale Planung mit dem ITP – Ergebnisse eines Forschungsprojekt

Extrem unterschiedliche Ausgangslagen der Versorgungsrealität in Regionen (nicht nur, aber immer auch städtisch / ländlich)

Ausgehend von den regionalen Ausgangslagen werden quantitative (z.B. Anteil privaten Wohnraums, Anteil der Beschäftigung in Lohnarbeitsverhältnissen) und qualitative Kennzahlen als Ziele der regionalen Entwicklung vereinbart (z.B. gelingende Teilhabezielvereinbarungen, Größe der sozialen Netze)



Zukunft Gemeinsames Monitoring regionaler Planungsprozesse

- Auf der Basis der Auswertung von anonymisierten ITPs möglich
- Prognose : Individualisierung und Flexibilisierung der Unterstützungsleistungen der EGH (wenn von der Landesrahmenvereinbarung gestützt) führt zu „lebenswerten“ und „teilhabeorientierten“ Nachbarschaften und flexiblen, integrierten und auf die Region angepassten Dienstleistungen



Diskussion zu den Fragen :

- Komplexe Herausforderungen bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes – helfen Integrierte Teilhabeplanungen bei der Bewältigung ?
- Herausforderungen der Umsetzung : aktuelle Konfliktlagen in Mecklenburg-Vorpommern
- Engagement und Partizipation im Rahmen Integrierter Teilhabeplanung – Evaluation und Umsetzung von Evaluationsergebnissen aus den verschiedenen Interessenpositionen

Herzlich Willkommen

zum

Vertiefungsworkshop

Regionalplanung/Regionalentwicklung

Peter Dehne/Johann Kaether

Agenda



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

5' Begrüßung und Einführung

Prof. Dr. Peter Dehne, Johann Kaether, Transferstelle Daseinsvorsorge

15' Vorstellung der Teilnehmenden

Alle Teilnehmenden

5' Elemente integrierter Regionalplanung und Regionalentwicklung

Peter Dehne, Johann Kaether

15' Erfahrungen aus Modellvorhaben

Peter Dehne, Johann Kaether

35' Diskussion

Alle Teilnehmenden

10' Gemeinsames Fazit

Modell

Elemente integrierter Regionalplanung und Regionalentwicklung



Integration über Kooperation und Kommunikation

Erfahrungen aus Modellvorhaben



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

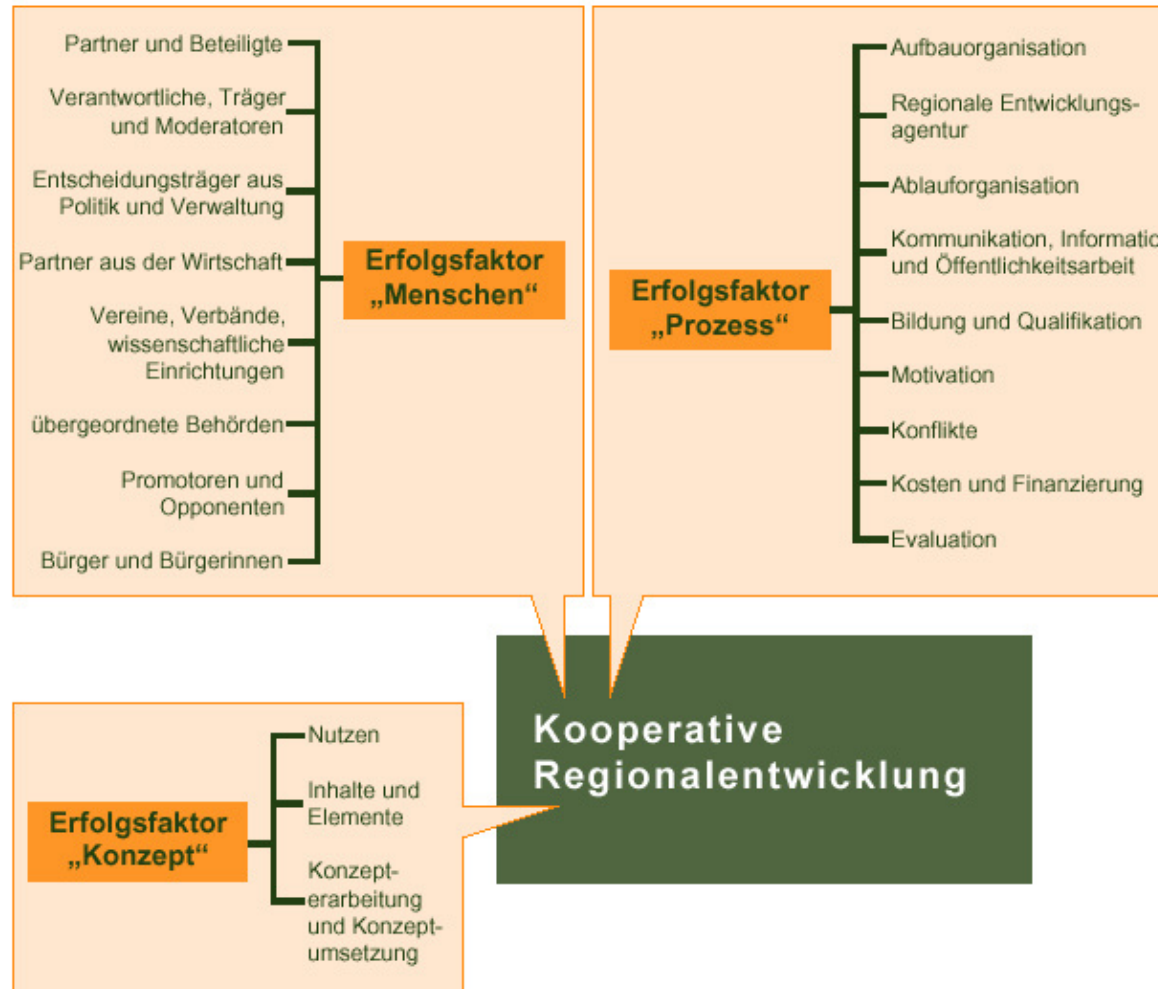
- Kooperative Regionalentwicklung
- Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge / Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität
- Potenziale von Kleinstädten in peripheren Lagen

Kooperative Regionalentwicklung

- Forschungs- und Entwicklungsvorhaben in Kooperation mit dem Regionalen Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte und mit Unterstützung des Umweltbundesamtes
- 1999 – 2001
- Erfahrungen aus der Modellregion und aus anderen Regionen bundesweit und international
- Ein Ergebnis „Managementleitfaden für regionale Kooperation“



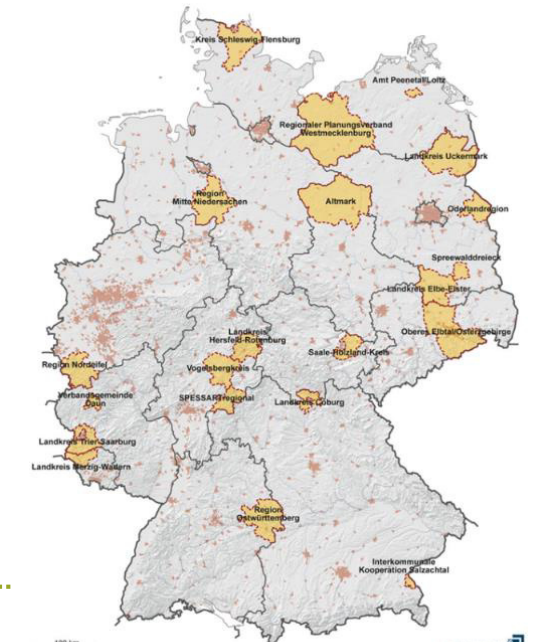
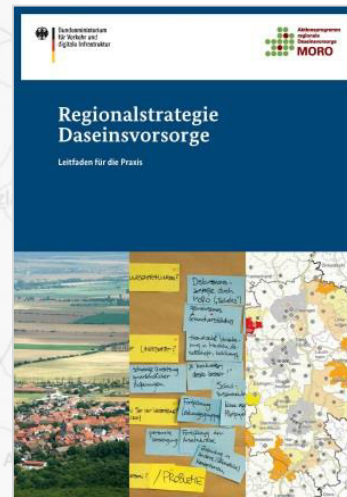
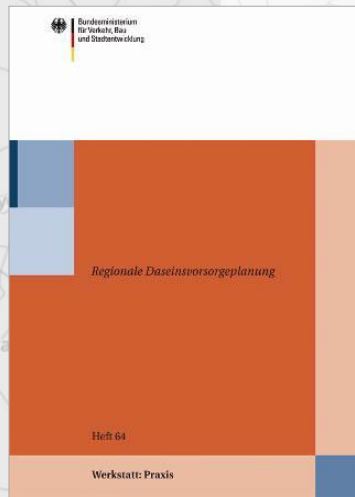
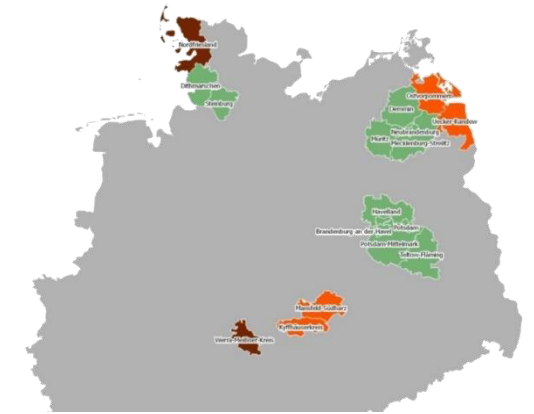
Kooperative Regionalentwicklung



Daseinsvorsorgeplanung

Von der Regionalen Daseinsvorsorgeplanung über den Masterplan Daseinsvorsorge zur Regionalstrategie Daseinsvorsorge

- Ansatz erfolgreich praktisch erprobt, weiterentwickelt und dokumentiert in verschiedenen Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) und insgesamt 28 Modellregionen



Daseinsvorsorgeplanung

Regionalstrategie Daseinsvorsorge

- Idealtypische Vorgehensweise, aber jede Region wählt spezifisches Vorgehen
- Prozess und strategisches Dokument zugleich
- Fach- und ebenenübergreifende Arbeitsgruppen
- Lösungen werden diskursiv und integrativ erarbeitet
- Wissensbasiert, Datengrundlagen z.B. Bevölkerungsentwicklung, Infrastruktureinrichtungen, Erreichbarkeiten, Szenarien, Bedarfsanalysen
- Informelles Instrument mit Qualitätsanforderungen an Prozess und empirische Analysen mit **erweitertem Blickwinkel**



Erweiterter Blickwinkel

Regional/interkommunal

Längerer
Planungshorizont

Berücksichtigung von
Wechselwirkungen

Querschnittsdenken über
Ressortgrenzen

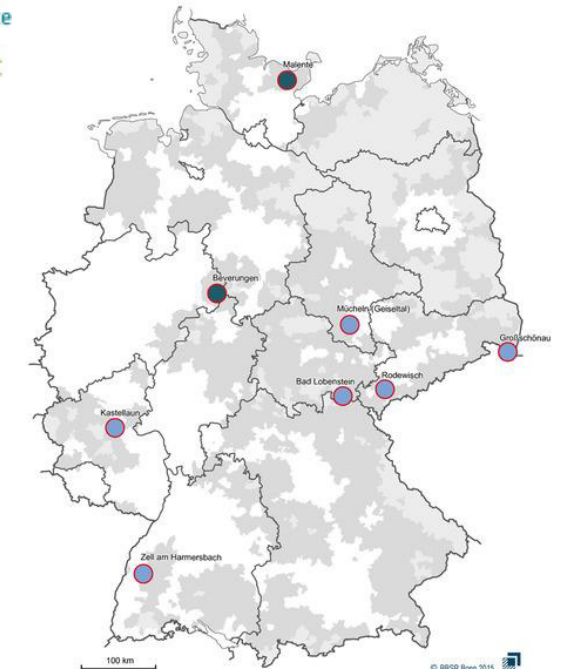
Freiraum für
experimentelle Lösungen

Qualitäts- und Bedarfs-
diskussion starten

Kooperative Stadtentwicklung

Potenziale von Kleinstädten in peripheren Lagen

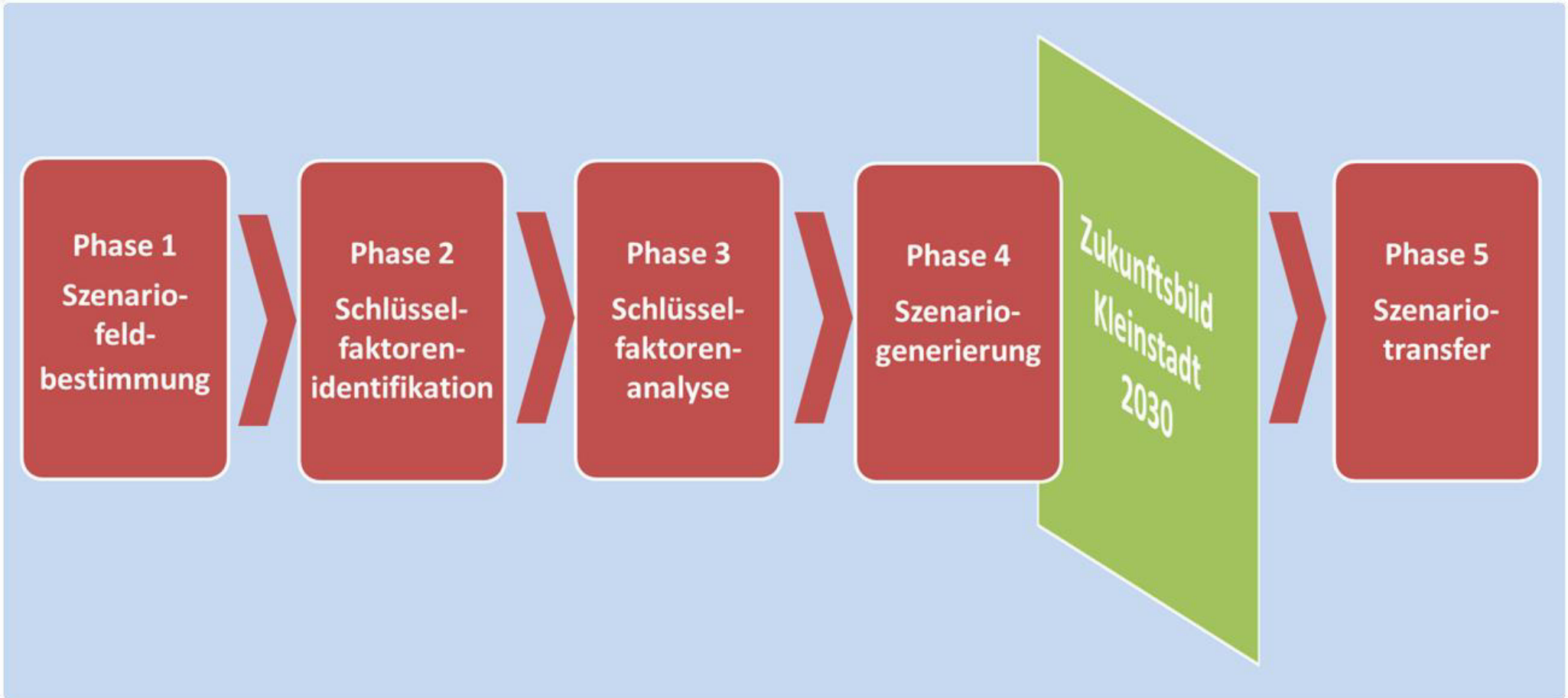
- ExWoSt – Vorhaben 2015 - 2018
- 8 Modell-Kleinstädte
- Gemeinschaftliche Kleinstadtentwicklung
- Zukunftsprozesse mit kreativen Instrumenten wie Szenariotechnik und Jugend-Barcamps



Lage
peripher
sehr peripher
Kleine Kleinstadt
Größere Kleinstadt

Datenbank: Landliche Raumbeobachtung des BBSR
Geometrische Grundlage: BKG, Einzelgemeinden und Gemeindeverbände; 31.12.2013

Kooperative Stadtentwicklung



Kooperative Stadtentwicklung



Kooperative Stadtentwicklung

Prozesstyp 1

Szenario trifft auf
fertiges Konzept

Konzepterstellung

Szenarioprozess



Prozesstyp 2

Szenario begleitet
Konzepterstellung

Szenarioprozess



Konzepterstellung

Prozesstyp 3

Szenario stößt
Konzepterstellung an

Szenarioprozess



Konzepterstellung

Diskussion

Leitfragen

- Welche **Chancen** bieten integrierte Planungsansätze bei der Bewältigung von komplexen Herausforderungen?
- Welche **Herausforderungen** zeigen sich bei der Umsetzung von integrierten Planungsansätzen in die Praxis?
- Wie wichtig sind das Engagement und die **Partizipation** von Akteuren, Netzwerken und Initiativen bei der Umsetzung von integrierten Planungsansätzen?





Herzlichen Dank für Ihre Diskussion!