

Berichte aus der Pflege

Nr. 15 – Dezember 2010

Kommunale Pflegestrukturplanung - Ein Handbuch für die Praxis -

Verfasser: Thomas Pfundstein
Heike Baumgärtner
Institut für Angewandte Sozialforschung
Alter.Gesellschaft.Partizipation
Freiburg im Breisgau

**Zusammenfassung der Ergebnisse des Projektes
„Modellkommunen Pflegestrukturplanung“**



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR ARBEIT,
SOZIALES, GESUNDHEIT,
FAMILIE UND FRAUEN

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz

Kommunale Pflegestrukturplanung - Ein Handbuch für die Praxis

Zusammenfassung der Ergebnisse des Projektes
„Modellkommunen Pflegestrukturplanung“

unter Mitarbeit der Landkreise und kreisfreien Städte

Landkreis Altenkirchen

Landkreis Bernkastel-Wittlich

Donnersbergkreis

Landkreis Germersheim

Landkreis Kusel

Landkreis Mayen-Koblenz

Landkreis Neuwied

Rhein-Hunsrück-Kreis

Stadt Mainz

Stadt Speyer

Stadt Worms

Autoren:

Thomas Pfundstein

Heike Baumgärtner

Dezember 2010

Dieses Handbuch ist in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Arbeitskreises „Modellkommunen Pflegestrukturplanung“ entstanden.

Heike Frey	Donnersbergkreis
Robert Herbst	LK Neuwied
Annette Hieber	LK Germersheim
Ria Krampitz	Stadt Speyer
Leonhard Müller	LK Kusel
Mirko Nagel	LK Bernkastel-Wittlich
Ulrike Nagel	LK Kusel
Tobias Schasse	Stadt Worms
Gisela Schiffer-Sommer	LK Neuwied
Barbara Schneider	Stadt Mainz
Stefanie Freitag (Miriam Schmitz-Weinbrenner)	LK Mayen-Koblenz
Frank Schneider	LK Altenkirchen
Ulrike Weikusat	Rhein-Hunsrück-Kreis
Jürgen Dorsch	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen

Der Prozess wurde durch Herrn Thomas Pfundstein und Frau Heike Baumgärtner vom Institut für angewandte Sozialforschung „Alter. Gesellschaft. Partizipation.“ aus Freiburg im Breisgau wissenschaftlich begleitet.

Inhalt

I.	Teil Konzept	11
I.1	Kontext der Pflegestrukturplanung	12
I.1.1	Vorbemerkung	12
I.1.2	Politik, Markt, Familie und Planung	13
I.1.3	Auftrag und landespolitischer Kontext in Rheinland-Pfalz	15
I.1.4	Aufgaben der Städte, Landkreise und Gemeinden	16
I.1.5	Pflegestrukturplanung und kommunale Sozialpolitik	17
I.2	Konzept der Pflegestrukturplanung	20
I.2.1	Lebenslagen als Bezugspunkt	20
I.2.2	Wohlfahrtspluralismus	21
I.2.3	Planungselemente	24
I.2.3.1	Zahlen, Daten, Fakten - Empirie	24
I.2.3.2	Partizipation – neue Dialoge initiieren	25
I.2.3.3	Neue Modelle erproben - Expertise	26
I.3	Methoden der Pflegestrukturplanung	28
I.3.1	Datenreport und Pflegemonitoring (Empirie)	28
I.3.1.1	Datenquellen	28
I.3.1.2	Der kommunale Datenreport	32
I.3.1.3	Das Pflegemonitoring	50
I.3.2	Beteiligungsplanung (Partizipation)	53
I.3.2.1	Beteiligungsebenen und Akteure	55
I.3.2.2	Beteiligungsprozesse	59
I.3.3	Themen der Planung (Expertise)	60
I.3.3.1	Förderung des bürgerschaftlichen Engagements	60
I.3.3.2	Integrierte Versorgung	63
I.3.3.3	Quartierskonzepte	67
I.3.3.4	Struktur des Wohnens	68
I.3.3.5	Interkulturelle Sensibilität	70
II.	Teil Die Modellprojekte	72
II.1	Die Modellprojekte im Überblick	73
II.2	Die Modellprojekte im Einzelnen	75
II.2.1	Landkreis Bernkastel-Wittlich	75
II.2.2	Donnersbergkreis	84
II.2.3	Landkreis Germersheim	91
II.2.4	Landkreis Kusel	98
II.2.5	Landkreis Mayen-Koblenz	106
II.2.6	Landkreis Neuwied	114
II.2.7	Rhein-Hunsrück-Kreis	120
II.2.8	Stadt Speyer	127

II.2.9	Stadt Worms.....	137
III.	Teil Quellen, Glossar und Impressum.....	146
III.1	Glossar	147
III.2	Informationsquellen im Internet.....	157
III.3	Literatur	160

Vorwort



Ältere und pflegebedürftige Menschen brauchen eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Infrastruktur und funktionierende soziale Netzwerke. Der Herausforderung, die Kommunen so zukunftsfähig zu gestalten, dass sie älteren Menschen eine gute Lebensqualität bieten, stellen sich Land und Kommunen gemeinsam.

Wichtig ist dafür ein gutes Zusammenspiel zwischen Kommunen, sozialen Dienstleistungsunternehmen und öffentlichen Leistungsträgern. Die rheinland-pfälzische Landesregierung will, dass ältere und pflegebedürftige Menschen selbstbestimmt leben und an der Gesellschaft teilhaben können. Sie sollen zur Familie, zum Dorf oder zum Stadtteil gehören. Das setzt voraus, dass pflegebedürftige

Menschen und ihre Bezugs- und Pflegepersonen die Hilfen, die sie brauchen, dort bekommen, wo sie wohnen.

Dazu gehören eine barrierefreie Wohnumgebung und eine entsprechende Infrastruktur in ihrem Wohnumfeld genauso, wie ambulante Unterstützungsangebote und haushaltsnahe Dienstleistungen. Auch neue technische Entwicklungen können ein selbstbestimmtes Leben zu Hause unterstützen. Dabei geht es nicht nur um den Hausnotruf, sondern um intelligente Systeme, die ein Leben zu Hause mit Unterstützung möglich machen.

Viele ältere Menschen haben ganz individuelle und konkrete Vorstellungen, wie sie wohnen wollen. Sie wünschen sich möglichst lange eigenständig, selbstbestimmt und unabhängig zu leben und in ihrer vertrauten Umgebung wohnen zu bleiben. Sie wollen in der Familie sein, wünschen sich ein gutes Miteinander der Generationen und auch gute Nachbarschaft.

Daher brauchen wir neue Konzepte des Wohnens, gerade für Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf. Immer wichtiger werden gute dezentrale Angebote, die den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen entsprechen. Die Infrastruktur im Wohnumfeld, der Öffentliche Nahverkehr, Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte, Apotheken, Kultur- und Freizeiteinrichtungen und ein soziales Miteinander sind wichtige Bausteine, um auch im Alter weiter zu Hause leben zu können. Von einer guten Infra- und Versorgungsstruktur profitieren alle Menschen, ob junge Familien, ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen.

Die Landesregierung setzt sich aktiv dafür ein, dass ein gutes Leben im Alter möglich ist. Das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe stärkt das selbstbestimmte Wohnen von pflegebedürftigen Menschen und von Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen leben. Es fördert auch neue Wohnkonzepte und barrierefreie Wohnformen. Auch der 2010 vorgelegte Aktionsplan der Landesregierung „Gut leben im Alter“ setzt sich mit diesem Thema auseinander und bündelt die vielen innovativen Ansätze und Maßnahmen für eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik und ein solidarisches Miteinander der Generationen.

Das „Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur“ hat 2006 den Kommunen den Auftrag gegeben, Pflegestrukturpläne für die ambulante, teilstationäre und stationäre pflegerische Versorgung aufzustellen und diese regelmäßig fortzuschreiben. Gleichzeitig hat sich das Land verpflichtet, die Landkreise und kreisfreien Städte dabei zu unterstützen.

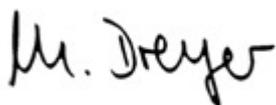
Die Pflegestrukturplanung zielt darauf ab, Daten zur Entwicklung des Bedarfs und der Infrastruktur zu erheben und gemeinsam mit den Menschen zu planen, welche Konzepte zukunftsfähig und realisierbar sind. Dabei geht es auch um einen flexibleren Übergang zwischen stationärer und ambulanter Hilfe. Bei der Pflegestrukturplanung sollen die Unterstützungsleistungen von pflegebedürftigen Menschen und von Menschen mit Behinderungen aufeinander bezogen werden. Dafür ist ein integrierter kommunalpolitischer Ansatz notwendig, der alle Ressourcen vor Ort einbezieht und systematisch weiterentwickelt.

Wie das gelingen kann, haben zehn Landkreise und kreisfreie Städte erprobt. Mit finanzieller Förderung des Landes wurden im Rahmen des Projektes „Modellkommunen Pflegestrukturplanung“ Planungselemente und Methoden erarbeitet. Begleitet wurde das Projekt durch das Institut für angewandte Sozialforschung „Alter. Gesellschaft. Partizipation“ aus Freiburg im Breisgau. Darüber hinaus haben diese Kommunen zu individuellen Themenbereichen Beteiligungsprozesse erprobt und dabei untersucht, wie sich das neue Planungsverständnis einer Pflegestrukturplanung in den Kommunen praktisch verwirklichen lässt.

Die gesammelten Erkenntnisse sind in diesem Handbuch anschaulich dargestellt. Den Landkreisen Altenkirchen, Bernkastel-Wittlich, Donnersbergkreis, Germersheim, Kusel, Mayen-Koblenz, Neuwied, Rhein- Hunsrück-Kreis und den Städten Mainz, Speyer und Worms gilt an dieser Stelle mein herzlicher Dank für die Bereitschaft und den Mut, neue Wege zu gehen. Ich bin mir sicher, die Arbeit hat sich gelohnt.

Danken möchte ich auch Herrn Thomas Pfundstein und Frau Heike Baumgärtner vom Institut für angewandte Sozialforschung „Alter. Gesellschaft. Partizipation“ aus Freiburg für die wissenschaftliche Begleitung. Sie haben dazu beigetragen, dass die Prozesse vor Ort gut gelingen und die Erfahrungen der Modellkommunen in diesem Handbuch vorgestellt werden können.

Die Modellphase der Pflegestrukturplanung hat uns wichtige Erkenntnisse für die weitere Arbeit gebracht. Ich wünsche mir, dass alle Landkreise und kreisfreien Städte die Ergebnisse für ihre eigene Arbeit nutzen. Die Modellkommunen haben gezeigt: Der Weg und die Arbeit lohnen sich. Ich lade alle Kommunen ein, die Pflegestrukturplanung für die Entwicklung einer guten altersgerechten Infrastruktur zu nutzen. Dabei können Sie auf die fachliche Unterstützung des Landes setzen.



Malu Dreyer

Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz

Einführung

Prof. Dr. Thomas Klie

Das Thema Pflege ist in der Bevölkerung angekommen: In vielen Familien und Seniorenhaushalten gehört die Pflege von älteren Angehörigen zum Alltag. Über 50% der 40- bis 65-jährigen in Deutschland verfügen über Pflegeerfahrungen im näheren Umfeld. Pflegeratgeber füllen die Regale der Buchläden, Talkshows befassen sich intensiv mit der Lebenssituation Pflegebedürftiger und in ganz besonderer Weise mit dem Thema Demenz.

Mit der Pflegeversicherung wurde die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen 1994 als fünfte Säule des Sozialstaates eingeführt. Der Bundesgesetzgeber entschied sich für eine Versicherungslösung und gab die Verantwortung in die Zuständigkeit der Pflegekassen, die für die Umsetzung der Pflegeversicherung ebenso verantwortlich sind, wie für die Sicherstellung einer ausreichenden Infrastruktur. Letztere tragen sie in gemeinsamer Verantwortung mit den Ländern und den Kommunen, denen bis dato die Verantwortung aber auch die Regiekompetenz zustand: Sie förderten die Investitionskosten der Einrichtungen und den Betrieb der Sozialstationen. Von dieser Förderung hing ab, ob neue Einrichtungen entstanden oder nicht. Gerade in Rheinland-Pfalz gab es eine besonders ausgeprägte Verantwortung für die Altenhilfe und Pflege, die sich im Aufbau der Sozialstationen sowie der Beratungs- und Koordinierungsstellen niederschlug. Die Einführung der Pflegeversicherung war und ist eine sozialstaatliche Errungenschaft. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige erhalten einkommensunabhängig Leistungen, die den Pflegebedarf in Teilen decken und die Pflege in Familien unterstützen. Die Pflegeversicherung hat aber nichts daran geändert, dass die Verantwortung der Pflege im Wesentlichen auf den Schultern der Familien liegt.

Die Lebensbedingungen von Pflegebedürftigen werden ganz wesentlich von der Versorgungssituation vor Ort geprägt. Sie entscheiden ob ihre soziale Teilhabe gut oder weniger gut gelingt. So geht aus der empirischen Forschung zur Lebenssituationen Pflegebedürftiger hervor, dass die Zeit für Pflege und Begleitung in hohem Maße von der Wohnsituation und den Netzwerkstrukturen abhängt. Auf dem Land erhalten Menschen mit Pflegebedarf, die in Familienhaushalten leben, in der Woche etwa 84 Stunden Betreuung und Pflege, während Menschen in der Stadt, die alleine ohne Freunde und Verwandte in der Nachbarschaft leben, nur neun Stunden pro Woche begleitet werden. Diese Zahlen machen deutlich: Pflege ist zunehmend auch soziales Schicksal.

Die Pflegeversicherung hält Teilleistungen für Teilbedarfe vor, bietet aber keine Rundumversorgung. Mit der Zunahme allein lebender Pflegebedürftiger, mit den veränderten Familienstrukturen und der wachsenden Mentalität in der Bevölkerung, die Pflege nicht mehr als ausschließliche Familienaufgabe zu sehen, ändern sich die Bedingungen gesellschaftlicher Pflege und Teilhabe. Die Einbindung in soziale Netzwerke und die Qualität der Infrastruktur im Quartier werden künftig über die Lebensqualität im Alter und bei Behinderung entscheiden. Das Thema Pflege und Teilhabe, in Unterscheidung zwischen Cure (Fachpflege) und Care (Sorge), rückt ins Zentrum kommunaler Daseinsorge. Das Land Rheinland-Pfalz hat dies schon lange durch seine aktive Pflegepolitik deutlich gemacht und ist bundesweit zu einem Vorreiter in der Landes- und kommunalen Pflegepolitik geworden. Das Land und die Kommunen handeln dabei auch im eigenen fiskalischen Interesse, wenn sie sich im Feld der Pflege engagieren. Eine gute sozialräumliche Pflegeinfrastruktur wird neben Kinderbetreuungs-, Kultur- und Freizeitangeboten zum Standortfaktor für Kommunen werden. Wohnen mit Service und Einrichtungen, die sich auch

als Antwort auf den sozialen und demografischen Wandel lesen lassen, werden Beiträge für diese Infrastruktur leisten.

Sich aber Pflege als ausschließliches Produkt von Dienstleistung und professioneller Vollversorgung vorzustellen, ist weder ethisch vertretbar noch ökonomisch machbar. Unzweifelhaft wird es auch weiterhin stationärer Versorgungsformen in der Pflege bedürfen. Bei mittelschwerer und schwerer Demenz kommen Partner und Familien häufig an ihre Leistungsgrenzen. Auch in anderen Bedarfskonstellationen können Pflegeeinrichtungen die richtige Perspektive für Menschen mit Pflegebedarf sein. Anders als in der Vergangenheit liegt es aber nicht in den Händen der Kommunen oder des Landes, ob neue Pflegeeinrichtungen entstehen. Dies hat die Pflegeversicherung, flankiert vom europäischen Wettbewerbsrecht, dem Markt übertragen. Dies ist auch in Rheinland-Pfalz, in bundesweit bedeutsam gewordenen Gerichtsverfahren, in sehr eindeutiger Weise bestätigt worden. Gleichwohl sollten Länder und Kommunen Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung nehmen. Der Pflegemarkt kann ähnlich wie der Einzelhandelssektor mit seinen Ketten- und Supermärkten örtliche Infrastrukturen und Kulturen in problematischer Weise verändern. Um Fehlentwicklungen im Bereich der Pflegeinfrastruktur entgegenzutreten, gilt es Einfluss zu nehmen und moderierend zu gestalten.

Der Umstand, dass es genügend stationäre Pflegeplätze gibt, schreckt Investoren nicht unbedingt ab. Sie setzen nicht selten auf einen Verdrängungswettbewerb, mit teils erheblichen Folgen für gewachsene, vertrauensstiftende Strukturen. Häufig verfügen aber weder Land noch Kommunen über aussagekräftige Daten zur Bedarfs- und Nachfrageentwicklung. Die Pflegestatistik hilft nicht viel weiter, da sie in ihrer Konstruktion für sozialräumliche Planungszwecke wenig geeignet ist. Aus diesem Mangel an verlässlichen Daten und ihrer kleinräumlichen Auswertungsmöglichkeit ist der Datenreport zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz entstanden. Mit ihm wird den Kommunen und Landkreisen ein analytisches und strategisches Planungsinstrument zur Verfügung stehen. Die Pflegestrukturplanung ändert nichts an der Marktorientierung der Pflegeversicherung oder daran, dass sich Familienstrukturen und Mentalitäten in der Bevölkerung ändern. Aber sie erlaubt es, diese Prozesse zu beobachten, regional zu vergleichen und die Entwicklung rationaler als bisher zu bewerten. Welche Trends und Entwicklungen sich dabei zeigen, wird durch die regelmäßige Wiederholung des Pflegemonitoring zu beobachten sein.

Das Land Rheinland-Pfalz hat mit seinen aktuellen Gesetzen, dem Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) und dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) die rechtliche Flankierung für eine lokale, kommunale Infrastruktur für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf geschaffen und unterstützt die Weiterentwicklung der Infrastruktur mit zahlreichen Initiativen und Förderungen. Mit der landesweiten Einrichtung der Pflegestützpunkte und der unabhängigen Pflegeberatung, der Demenzkampagne, der Initiative „Menschen pflegen“, den Beratungsstellen für neue Wohnformen, der individuellen Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung und den „Hilfen nach Maß“ hat das Land eine unbestrittene Vorreiterrolle in der Bundesrepublik Deutschland übernommen. Wie in keinem anderen Bundesland sind in Rheinland-Pfalz die Rahmenbedingungen für eine zukunftsfähige, sozialräumlich gegliederte Infrastruktur gelegt. Für die Kommunen und Landkreise bieten diese Rahmenbedingungen eine solide Grundlage für eigene Initiativen. Die Sicherung der Lebensqualität im Alter wird sich jeweils vor Ort, in den städtischen Quartieren und den Gemeinden entscheiden.

Das hier vorliegende Handbuch zur Pflegestrukturplanung ist eine Gemeinschaftsarbeit. Unterstützt und gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz haben sich unter der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für angewandte Sozialforschung Alter. Gesellschaft. Partizipation aus Freiburg im Breisgau zehn kreisfreie Städte und Landkreise im Arbeitskreis „Modellprojekt Pflegestrukturplanung“ zusammengefunden. Gemeinsam wurden exemplarisch regionale Datenreporte erstellt und das Pflegemonitoring erstmalig durchgeführt. Das in dieser Zusammenarbeit entstandene Konzept und die Erfahrungen werden im ersten Teil des Handbuchs beschrieben. Im zweiten Teil folgen die Projektberichte aus den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten. Für die Durchführung eines Beteiligungsprozesses standen den Kommunen und Landkreisen hierfür Mittel des Landes zur Verfügung. Im dritten Teil des Handbuches sind die wichtigsten Adressen und Internetlinks für eine schnelle und effiziente Recherche zusammengestellt. Ein Glossar bietet Definitionen für die im Handbuch verwendeten wichtigsten Fachbegriffe und gibt Anregungen zu weiterführender Literatur.

Wir danken für die kooperative und zielgerichtete Zusammenarbeit im Arbeitskreis und die Unterstützung durch das Pflegereferat im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen und das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz.

Freiburg im Oktober 2010

Prof. Dr. Thomas Klie

I. Teil

Konzept

I.1 Kontext der Pflegestrukturplanung

I.1.1 Vorbemerkung

Eine sehr einfaches Verständnis von Planung könnte lauten: Planung ist die gedankliche Vorwegnahme eines zukünftigen Handelns und geht jeder rationalen Entscheidung voraus. Rationalität bezieht sich auf ein Zweck-Mittel-Verhältnis und unterscheidet sich damit von spontanem Entscheiden, das eben diese Zweck-Mittel-Abwägung nicht vornimmt. Planung ist in dieser Definition ein Entscheidungsprozess, wie mit verfügbaren Mitteln (Ressourcen) ein vorgegebener Zweck (Ziel) möglichst effektiv (wirksam) und effizient (wirtschaftlich) erreicht werden kann. Ressourcen und Ziele sind in dieser Definition vorgegeben, sie sind die Bedingungen der Planung. Von Planung oder gar einem Plan wird aber meist erst dann gesprochen, wenn ein strategisches Ziel erreicht werden soll und die komplexen Bedingungen eine logisch-rationale Verknüpfung von Entscheidungen zu Handlungsketten erfordern.

Im gesellschaftspolitischen Kontext wäre Planung dann die gedankliche und konzeptionelle Vorbereitung politischer Entscheidungen. Dieses einfache Planungsverständnis ist allerdings praxisfern, da es davon ausgeht, dass Planung, das Setzen von Zielen und die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen, in einem interessen- und wertneutralen Raum stattfindet und die Politik erst im Anschluss eine rationale Wertentscheidung trifft. In der politischen Realität ist Planung ein verwobener Prozess der Interessengeleiteten Problemwahrnehmung und Problemdefinition: Die Planungsprozesse und die mit Interessensgruppen im Dialog stehenden Planungsbeauftragten (die Verwaltung oder externe Planungsbüros) schaffen schon im Vorfeld Fakten, die politische Entscheidungsspielräume einschränken.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die ganze Komplexität moderner Planung im öffentlichen Sektor auszuführen. Dafür sei auf die angegebene Literatur aus der Raum- und Umweltplanung verwiesen. FÜRST & SCHOLLES¹ nehmen in ihrem Handbuch zur Theorie und den Methoden der Raum- und Umweltplanung folgende Abgrenzung von Planung und politischer Entscheidung vor:



Quelle: Fürst / Scholles 2008:49

Abbildung 1: Formal-logisches Planungsschema des Planungsprozesses

¹ Fürst D & Scholles F (Hrsg.)(2009): Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. 3. Auflage. Dortmund

„Wenn Politik »die Möglichkeit kollektiven Handelns bei nicht voraussetzendem Konsens«² ist, dann muss Planung diesen Konsens- (und Koordinations-)Prozess vorbereiten und gestalten. Deshalb sind Funktionen der Planung:

- frühzeitig auf Probleme Einfluss zu nehmen, indem sie die Problemwahrnehmung, Problemdefinition und den möglichen Problemlösungsraum vor zu strukturieren versucht (Frühwarnfunktion),
- die Zeitachse des Handelns in die Zukunft zu verlängern (Orientierungsfunktion),
- Ziel- und Maßnahmenkonflikte frühzeitig auszuräumen, und zwar durch Berücksichtigung von sachlichen Interdependenzen und deren interessensabhängiger Bewertung (Koordinationsfunktion) und
- (in Einzelfällen) die Verhärtung von Verteilungs- und Interessenskonflikten zugunsten gemeinwohlorientierter, kooperativer Lernprozesse aufzulösen (Moderationsfunktion).“

Überträgt man dieses Planungsverständnis auf die Sozialplanung oder spezieller auf die Pflegestrukturplanung, dann zeigt sich, dass sowohl der Planungsauftrag als auch die Ziele und verfügbaren Ressourcen nicht im Vorhinein gegeben sind, sondern sich im Prozess erst entwickeln und ein Produkt des Interessensausgleichs und der Aushandlung sind. Auch die Pflegestrukturplanung hat dann zwei Fundamentalaufgaben zu erfüllen:

1. Planung ist wissenschaftlich angeleitete *Informationsverarbeitung* zur Lösung der gestellten Aufgaben;
2. Planung ist gleichzeitig *Koordination des kollektiven Handelns* bei nicht voraussetzendem Konsens.³

Literaturempfehlung:

Fürst D & Scholles F (Hrsg.)(2009): Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. 3. Auflage. Dortmund

1.1.2 Politik, Markt, Familie und Planung

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung war die Bewältigung der Hilfebedürftigkeit bei Behinderung und im Alter vorwiegend eine Aufgabe der Familie. Unterstützung erfuhren die Betroffenen durch die Wohlfahrtspflege. Sie bot im Zuge der zunehmenden Professionalisierung und Vergesellschaftung flankierende und institutionelle Hilfen wie stationäre Pflegeeinrichtungen. Das sozialpolitische Engagement der Länder und Kommunen konzentrierte sich auf die Bereitstellung von Sozialhilfe und die Förderung der Wohlfahrtspflege, um die ambulanten und institutionellen Hilfen bezahlbar zu halten. Planung vollzog sich im klassischen Stil einer einheitlichen, reglementierten Landesbedarfsplanung und Förderung. Gefördert wurde objektbezogen durch Investitionskostenzuschüsse für den Bau und Erhalt von stationären Einrichtungen oder pauschal für den Betrieb von Sozialstationen. Mit diesem System der Förderung hatten die Länder und Kommunen einen maßgeblichen Einfluss auf die Infrastruktur

² Scharf F.W (Hrsg.)(1973): Planung als politischer Prozess. Frankfurt

³ Scharf F.W (Hrsg.)(1973): Planung als politischer Prozess. Frankfurt. S. 43 (zit. nach Fürst & Scholles a.a.O.)

der Alten- und Behindertenhilfe. Ohne Förderung ließen sich lediglich im gehobenen Sektor der Seniorenresidenzen Angebote realisieren.

Mit dem Marktprinzip der Pflegeversicherung änderte sich dies. Sofern die Zulassungsbedingungen der Pflegeversicherung erfüllt sind, hat jeder Träger Anspruch auf Leistungen im Sinne der Pflegeversicherung zu erbringen. Eine Marktbeschränkung durch Bedarfsplanung wurde ausgeschlossen. Mit inzwischen mehr als 22.000 ambulanten Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen und mehr als 800.000 Beschäftigten⁴ hat die Pflegeversicherung mit weiter steigender Tendenz einen beispiellosen Aufschwung professioneller Pflegeleistungen eingeleitet. Begleitet wurde dies durch eine Veränderung der Trägerlandschaft. Während die gemeinnützige Trägerschaft der Wohlfahrtspflege zurückgegangen ist und die kommunalen Träger kaum noch eine Rolle spielen, sind der Anteil und die Vielfalt der privat-gewerblichen Träger deutlich gestiegen.

Die primären Ziele der Pflegeversicherung, die soziale und finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu reduzieren und Sozialhilfebedürftigkeit zu verringern, stehen angesichts des demografischen und sozialen Wandels auf dem Prüfstand. Sich verschlechternde Bedingungen des Generationenverhältnisses, der Wertewandel der Familienpflege und die hohe Zahl von Paar- und Einzelhaushalten⁵ unter den Hochaltrigen rücken angesichts der epidemiologischen Entwicklungen der chronischen Krankheiten und der Demenz die Themen der sozialen Unterstützung, Teilhabe und Selbstbestimmung bei Hilfe und Pflegebedürftigkeit in den Vordergrund. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat der Bundesgesetzgeber auf diese Veränderungen reagiert. Die Anhebung der Pflegeleistungen, der Rechtsanspruch auf Pflegezeit, die Erweiterung der Betreuungsleistungen und die eigenständige Anerkennung der sogenannten Pflegestufe 0 für Menschen mit Demenz bieten verbesserte Möglichkeiten der Unterstützung. Strukturell antwortet das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit dem Ausbau und dem Rechtsanspruch auf eine unabhängige, individuelle Beratung (§ 7a SGB XI), die in wohnortsnahen Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) angeboten werden soll. Die wohnortnahe Beratung in den Pflegestützpunkten zielt dabei auf eine integrierte Versorgungsplanung ab, wenn sie den Anspruch einer individuellen Planung und Durchführung aller „gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ (§ 92c Abs. 1, 2 SGB XI) anstrebt und dies im Kontext der individuellen Lebenswelt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen erreichen will. Gelingen wird dies nur, wenn auch die infrastrukturellen und organisatorischen Instrumente und Verfahren für die Zusammenarbeit der Leistungsträger geschaffen sind und die Akteure im Netz der Unterstützungsleistungen die Zusammenarbeit im Eigeninteresse verfolgen. Die individuelle Versorgungsplanung (Case Management) wird nur gelingen, wenn das System des Care Management auf dieses Ziel ausgerichtet ist.⁶

Wie und in welcher Qualität sich dies erreichen lässt, wird im Wesentlichen von einem kommunalen Planungsprozess vor Ort abhängen. Angesichts der Vielfalt der Interessen im komplexen Feld der unterschiedlichen Akteure wird der politische Anspruch nach Koordination

⁴ Vgl. Pflegestatistik 2007

⁵ Tesch-Römer C, Engstler H & Wurm S (Hrsg.) (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden

⁶ Vgl. Wendt WR (Hrsg.) (2010): Wohlfahrtsarrangements. Neue Wege in der Sozialwirtschaft. Baden-Baden

und Vernetzung nur im Dialog mit den Akteuren zu entwickeln sein. Planung wird damit zum Aushandlungsprozess und Innovation zur Zielvereinbarung.

Eine in diesem Sinne verstandene Planung hat sowohl etwas mit öffentlicher Verwaltung wie mit kommunaler Politik zu tun. Die grundsätzlich fachlich und politisch gesetzten Zielvorstellungen bedürfen sowohl einer technischen Operationalisierung als auch einer politischen Flankierung, die die Konsensfindung erst ermöglicht.

Planung ist damit zugleich ein Prozess der Informationsverarbeitung und der politischen Konsensfindung. Während die Informationsverarbeitung eher an wissenschaftlichen Abläufen ausgerichtet ist, folgt die politische Konsensfindung einer politischen Rationalität der Interessensdurchsetzung. „Im politischen Prozess sind [dabei] weder Ziele noch Probleme noch Problemlösungen eindeutig im Voraus definiert. Sie entwickeln Schärfe und Konturen im Prozess der Interessensdurchsetzung“.⁷

Für die Position und Durchsetzungsfähigkeit der öffentlichen Verwaltung als demokratisch legitimierte Instanz der Moderation von Planungsprozessen bedeutet diese Doppelbindung an Informationsverarbeitung und politische Konsensfindung gleichzeitig Einschränkung wie Spielraum. Sie kann durch Initiativen die Problemwahrnehmung und Problemdefinition beeinflussen, ist aber im jeweiligen Planungsprozess auf die Resonanz im Akteursfeld angewiesen. Insofern lässt sich eine angestrebte sozialpolitische Innovation, die anderorts zum Erfolg führte, nur bedingt kopieren, da „Erfolg“ von den jeweils vorfindbaren Akteurs- und Einflusskonstellationen abhängt, die historisch gewachsen sind.

1.1.3 Auftrag und landespolitischer Kontext in Rheinland-Pfalz

Schon das Landesgesetz über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegehilfen (LPflegeHG) vom 28. März 1995 verpflichtete die Landkreise und kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 2 LPflegeHG). Die kommunalen Gebietskörperschaften hatten hierfür eine Bedarfs- und Strukturplanung (§ 3 LPflegeHG) zu erstellen und diese in regionalen Arbeitsgemeinschaften (§ 4 LPflegeHG) mit den Trägern und Pflegekassen abzustimmen. Das Land förderte den Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur durch Betriebskosten- und Pauschalzuschüsse an die Sozialstationen sowie stationäre Pflegeeinrichtungen. Voraussetzung dieser Förderung war die Aufnahme des Angebotes in die regionalen Bedarfspläne, die sich im stationären Bereich an Richtwerten orientierte. Neben dieser Institutionsförderung wurden die Sozialstationen, die als Ambulante-Hilfe-Zentren (AHZ) in den kommunalen Bedarfsplänen Berücksichtigung fanden, durch das LPflegeHG (§ 9) zur Einrichtung von Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) verpflichtet. In Rheinland-Pfalz waren damit schon vor dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Grundlagen für eine trägerunabhängige Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte gelegt.

Die Novellierung des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur⁸ (LPflegeASG) vom 25. Juli 2005 verlagerte den Schwerpunkt der Infrastrukturentwicklung. Nach dem Ausbau und der Modernisierung stationärer, teilstationärer

⁷ Fürst D & Scholles F (Hrsg.) (2008): Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. Dortmund. S.49

⁸ Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz. G 3231 – Nr. 16. - 02.Aug. 2005

und ambulanter Hilfen steht nun die sozialräumliche Sicherung und Weiterentwicklung der haushaltsnahen Dienste, der alternativen Wohnangebote und die Vernetzung der professionellen und ehrenamtlichen Angebote im Mittelpunkt. Angesichts des demografischen Wandels und der sich ändernden Bedingungen familiärer Solidarität wird eine sozialräumlich konzipierte Pflegeinfrastruktur angestrebt, die den Ausbau selbstbestimmter Pflege und Betreuung verfolgt und sich an den Möglichkeiten der Lebenswelt⁹ orientiert. Das LPflegeASG unterstützt mit diesem Ziel den Wunsch der weitaus meisten älteren Menschen, auch bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben.

Eine so verstandene unterstützende Infrastruktur kann sich nicht nur an den Leistungen der Pflegeversicherung orientieren, sondern muss jeweils vor Ort - im Wohnquartier und in der Gemeinde - die Bedingungen für Pflege, Betreuung und Teilhabe der Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf verbessern. Der Kommunalpolitik fällt dabei eine koordinierende und integrierende Funktion der Moderation und Steuerung zu. Im Kontext der kommunalen Selbstverwaltung und der Verpflichtung zur Daseinsorge¹⁰ gilt es, gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern, der regionalen Wirtschaft, den Kirchen sowie den sozialen Diensten und Fachkräften neue Formen der Unterstützung und Teilhabe umzusetzen.

Das LPflegeASG bietet mit der kommunalen Pflegestrukturplanung, den regionalen Pflegekonferenzen und der neuen Struktur der Pflegestützpunkte sowie der Förderung der komplementären Angebote den Rahmen für diese Entwicklung. Anregung, Expertise und Beratung wie dieser Weg zu beschreiten ist, finden sich aber nicht nur im Gesetz. Orientierung bieten zahlreiche Initiativen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, z.B. die Initiative „Menschen pflegen“¹¹, die „Demenzkampagne“, die Landesberatungsstelle für neue Wohnformen und die Expertisen zur Pflegestrukturplanung¹² und zur „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“¹³.

Mit dem hier vorgestellten Konzept der Pflegestrukturplanung, das im Rahmen des Projektes „Modellkommunen Pflegestrukturplanung“ entwickelt wurde, ist ein weiterer Baustein auf dem Weg zu einer innovativen Pflegeinfrastruktur und einer gesamtgesellschaftlich getragenen Pflegekultur umgesetzt.

1.1.4 Aufgaben der Städte, Landkreise und Gemeinden

Aufgabe der Landkreise ist die Unterstützung der kommunalen Selbstverwaltung der Gemeinden. Wie die Gemeinden sind auch die Landkreise durch die kommunale Selbstverwaltung nach Art. 28 GG geschützt. Die Landkreise¹⁴ sollen dabei die Aufgaben erfüllen, die die Gemeinden aufgrund

⁹ Thiersch H (2005):Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. München

¹⁰ Art. 28 GG

¹¹ www.menschen-pflegen.de

¹² Grundlagen zur Pflegestrukturplanung

¹³ Weidner F; Schulz-Nieswand F.; Brandenburg H. (2008): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Köln.

¹⁴ Landkreisordnung für Rheinland-Pfalz in der Fassung vom 31.Januar 1994, zuletzt geändert durch Gesetz vom 7.04.2009 (GVBL. 2009, 162)

ihrer Finanzkraft und Größe nicht selbst erfüllen können. Im Bereich der Sozialpolitik zählen dazu vor allem die Sozial- und Jugendhilfe, die Krankenhäuser und die Schulen der beruflichen Bildung. Neben der Unterstützung der kommunalen Selbstverwaltung können den Landkreisen als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung Aufgaben¹⁵ per Gesetz übertragen werden. Zu diesen Pflichtaufgaben zählt auch die Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur nach § 2 LPflegeASG. Eine Sonderstellung in der kommunalen Selbstverwaltung nehmen die kreisfreien Städte ein. Sie erfüllen aufgrund ihrer Größe und Finanzkraft die Aufgaben der kommunalen Selbstverwaltung in Eigenverantwortung. Somit werden die Landkreise die ihnen übertragene Aufgabe der Pflegestrukturplanung in Abstimmung und Kooperation mit den Gemeinden erfüllen. Auch hier ist dem Prinzip zu folgen, dass nur die Aufgaben vom Landkreis übernommen werden, die die Gemeinden nicht selbst erfüllen können.

Im Rahmen der Pflegeinfrastrukturplanung zählt dazu die nach einheitlichen Kriterien erstellte Bestandsanalyse der institutionellen Dienstleistungen im Bereich der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege sowie ein regelmäßiges Berichtswesen zur Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements und der komplementären Hilfen. Diese Bestandsanalyse wird in Beziehung zu der Bedarfs- und Nachfrageentwicklung gesetzt, die sich aus den demografischen und soziostrukturellen Entwicklungen erschließen lässt. Die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten kann dazu künftig wesentliche Informationen beitragen, sofern die Informationen der Einzelfallarbeit und Netzwerkkoooperation methodisch für die Sozial- und Pflegestrukturplanung zugänglich gemacht werden.

Die Bestands- und Bedarfsanalyse bieten eine empirische Grundlage zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur für die kommunale Sozialpolitik. In einer Gegenüberstellung zeigt sich, inwiefern die unterstützenden Dienstleistungsangebote den Bedarfen und Bedürfnissen entsprechen und ob im Gebiet des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt ein ortsnahes und bedarfsgerechtes Angebot (beim Landkreis auch in der Fläche) realisiert ist. Die empirische Analyse sollte deshalb einen möglichst kleinräumigen Vergleich ermöglichen (Quartiere, Stadtteile, Gemeinden, Kreisregionen). Auf Basis dieses einheitlichen Reports lassen sich dann im Zeitvergleich retrospektiv Entwicklungen nachzeichnen und darauf aufbauend Zukunftsszenarien entwickeln.

1.1.5 Pflegestrukturplanung und kommunale Sozialpolitik

Die Konzeption der Pflegeversicherung trennt nicht zwischen pflegebedürftigen jüngeren und älteren Menschen. Dies ist auch angesichts der sonst drohenden Diskriminierung bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen richtig. So hat sich eine Pflegepolitik auch immer mit Menschen zu befassen, die im jüngeren Lebensalter und lebenslang mit behinderungsbedingten Pflegebedarfen konfrontiert sind.

Die Absicherung des Pflegerisikos der Bevölkerung ist Teil einer weiter gefassten Sozialpolitik. Pflege stellt sich aus dem Blickwinkel der Sozialpolitik und Gerontologie als ein Handlungsfeld dar, das durch vielfältige Überschneidungen und Schnittstellen geprägt ist: Es würde zu kurz greifen, die Aufgaben der Gestaltung menschenwürdiger Bedingungen für die Pflege allein aus pflegfachlicher oder sozialrechtlicher Perspektive zu beleuchten. Im Rahmen einer wissenschaftlich und praktisch orientierten Sozialpolitik gilt es deshalb diese Wechselbeziehungen

¹⁵ Vgl. § 2 Abs. 1 der Landkreisordnung für Rheinland-Pfalz

produktiv zu nutzen und in den Kontext einer sozialpolitischen Förderung und Intervention zu stellen.

In diesem Verständnis sollte Sozialpolitik nicht auf Fragen sozialstaatlicher Transferleistungen, der Subventionierung von Infrastrukturen und der Garantie bestimmter Qualitätsstandards, etwa in der Pflege und Betreuung, verengt werden. Die moderne Sozialpolitik nimmt die Wohlfahrtssicherung und Wohlfahrtsproduktion insgesamt in den Blick. Dies geschieht in Deutschland immer in der Tradition und unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips, das der Selbstverantwortung und der Solidarität gesellschaftlicher Gruppen den Vorrang einräumt, bevor der Staat kompensierend und intervenierend eingreift. Der Staat schafft auf seinen verschiedenen Ebenen förderliche Rahmenbedingungen für Familien, Nachbarschaften, lokale Märkte, für bürgerschaftliches Engagement und einen funktionierenden Dienstleistungssektor. Dabei reflektiert eine moderne Sozialpolitik gerade auf der regionalen und lokalen Ebene die unterschiedlichen Lebenslagen, garantiert multiple Grundlagen unseres Sozialstaates, die in den Grundrechten zum Ausdruck kommen und sieht sich verantwortlich für die Realisierung von Teilhabechancen in der Gesellschaft.

Dies hat Konsequenzen für die Pflegepolitik auf der Landesebene und für die Einlösung der Verantwortung auf der kommunalen Ebene. Die Pflegeinfrastrukturplanung kann sich deshalb nicht darin erschöpfen, die bisherige Pflegeinfrastruktur mit ihren professionellen Angeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich auf Basis des demografischen Wandels einfach fortzuschreiben, sondern muss sich der Frage stellen, ob mit den bisherigen Strukturen die Bedarfe der Zukunft zu decken sind. Eine kommunale Infrastrukturplanung

- analysiert die bisherige Struktur der Hilfeangebote und entwickelt Instrumente, die es ermöglichen, Risikolagen der Pflege und begünstigende Faktoren ihrer Bewältigung (Ressourcen) zu erkennen und zu bewerten;
- unterstützt die Bürgerinnen und Bürger in ihren je spezifischen Lebenslagen und fördert Lebensentwürfe der Selbsthilfe und Solidarität, um damit soziale Gerechtigkeit und eine faire Wohlstandverteilung zu ermöglichen;
- berücksichtigt, dass an der Wohlfahrtsproduktion verschiedene Sektoren (Markt, Staat, Dritter Sektor und Familie) beteiligt sind und unterstützt und fördert die Vernetzung dieser Sektoren.

Ein solches Planungsverständnis wird auch von der Konzeption der Pflegeversicherung unterstützt, wenn in § 8 SGB XI die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als eine „gemeinsame, gesellschaftliche Verantwortung“ gesehen wird und Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen aufgefordert werden, ein abgestimmtes Angebot an häuslicher und stationärer Pflege anzubieten, um eine humane Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte zu ermöglichen, die die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Nachbarn und Selbsthilfegruppen stärkt und fördert. Die Länder und in Delegation die Landkreise und kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz tragen dabei die Verantwortung, durch Planung und Förderung (§ 9 SGB XI) die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen. Die Pflegeversicherung baut auf die Pflegebereitschaft der Familien, die Solidarität in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken und die Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement. Diese Solidarität zu stützen, ist eine der zentralen Aufgaben der Länder und Kommunen. Sie liegt auch im eigenen Interesse der Kommunen, da bei zurückgehender Solidaritätsbereitschaft gegenüber Pflegebedürftigen und begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung die Ausgaben der Sozialhilfe steigen.

Literaturempfehlung:

Blaumeiser H et al. (2002): Handbuch kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden. Frankfurt a. M. (Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge)

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)(2009): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunaler Seniorenpolitik. Gütersloh

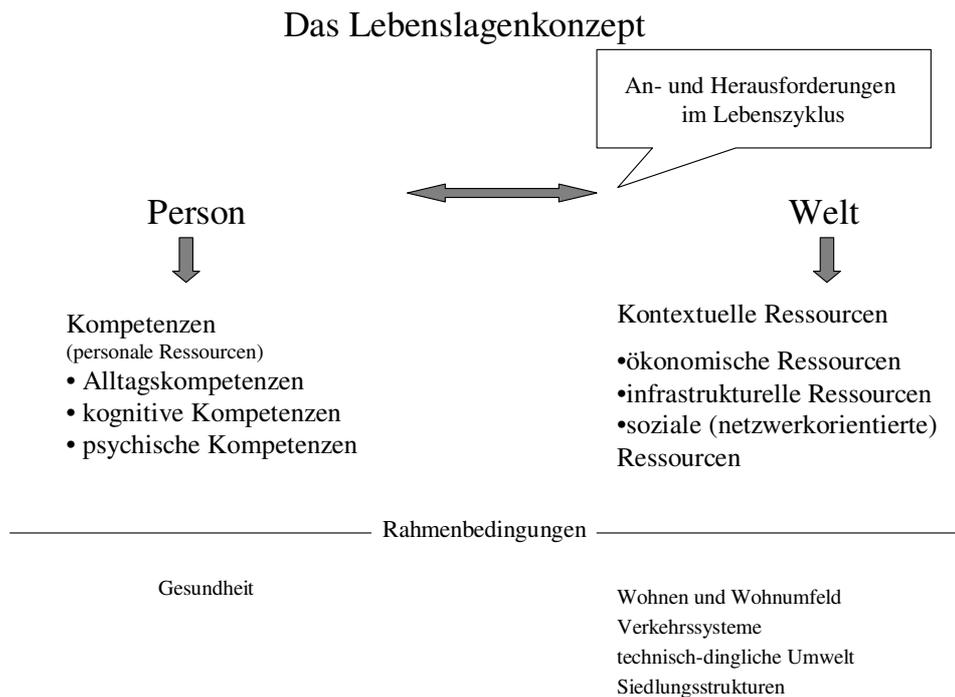
Allgemein zum Thema Stadtentwicklung:

Opaschowski HW (2005): Besser Leben – schöner wohnen? Leben in der Stadt der Zukunft. Darmstadt

I.2 Konzept der Pflegestrukturplanung

I.2.1 Lebenslagen als Bezugspunkt

Das Konzept der Lebenslage verbindet kontextuell die Kompetenzen der Person mit den Ressourcen der Umwelt. Als theoretisches Konzept eignet sich die Beschreibung und Analyse der Lebenslagen für die Beurteilung von Handlungsspielräumen von Personen und deren Grenzen.



Quelle: Schulz-Nieswandt 2006:14

Abbildung 2: Das Konzept der Lebenslagen

Unter personalen Kompetenzen versteht man die im Laufe der Biographie erworbenen Fähigkeiten einer Person, die es ihr ermöglichen, die Herausforderungen des Alltags zu bewältigen.

Kontextuelle Ressourcen umschreiben den gesellschaftlichen und sozialen Spielraum, der einer Person zur Verfügung steht. Er ist einerseits von den ökonomischen Ressourcen (Einkommen, Vermögen), den Bildungsressourcen (Schulbildung, Beruf) und den sozialen Ressourcen (insbesondere Netzwerke) geprägt, die einer Person zur Verfügung stehen und andererseits von den öffentlichen Infrastrukturen (Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von sozialen und gesundheitlichen Angeboten) und der dinglich-räumlichen Umwelt (z.B. Wohnsituation, Siedlungsstruktur, Verkehrsanbindung und Konsumangebot) abhängig.

Schulz-Nieswandt (2006) unterscheidet vier Dimensionen der Lebenslagen im Alter:

- Einkommenssicherung,
- Gesundheit,
- Wohnen,

- Pflegerisikobewältigung.

Für die Sozialplanung im Allgemeinen und die Pflegestrukturplanung im Besonderen bietet das Konzept der Lebenslagen ein gutes Analysekonzept zur Beschreibung der Spielräume, die einer Person oder Personengruppe zur Bewältigung von Lebensrisiken zur Verfügung stehen. Typische oder gehäufte Problemlagen, z. B. eine prekäre Einkommenssituation bei hochaltrigen, allein stehenden Frauen oder fehlende familiäre Bindungen, verweisen auf einen sozialpolitischen Handlungsbedarf.

Die verfügbaren statistischen Daten zur Analyse von Lebenslagen ergeben allerdings nur ein undeutliches Bild, da sie für eine personenzentrierte Analyse nicht geeignet sind. Hier helfen sozialwissenschaftliche Befragungen weiter, wie etwa das sozio-ökonomische Panel (SOEP), der Alterssurvey (DEAS) oder die Studien von Infratest, die sich speziell mit den Lebenslagen der Pflege- und Hilfebedürftigen befassen. Diese Studien können zeigen, in wie weit Lebenslagen von Personen durch die Häufung ungünstiger Voraussetzungen gefährdet sind. Aus der Perspektive kommunaler Sozialpolitik bieten sich verschiedene Möglichkeiten, die infrastrukturellen Bedingungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter und mit Behinderung zu fördern.

Literaturempfehlung:

Schulz-Nieswandt F (2006): Sozialpolitik und Alter. Grundriss Gerontologie. Bd. 5. Stuttgart. (Kohlhammer Verlag)

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): Der Deutsche Alterssurvey. Download von Analysen, Diagrammen und Veröffentlichungen unter www.dza.de

Speziell zur Pflege

Wahl HW, Schneekloth U (Hrsg.)(2008): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Aufl. Stuttgart (Kohlhammer Verlag)

Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.) (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für 'Good Practice'. Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart (Kohlhammer Verlag)

1.2.2 Wohlfahrtspluralismus

Konzeptionell ist eine moderne Sozialplanung am Konzept des Wohlfahrtspluralismus^{16 17} ausgerichtet. Wohlfahrt, speziell die Unterstützung von Menschen in besonderen Lebenslagen, lässt sich dabei als Produkt verschiedener Leistungen verstehen. Menschen mit Unterstützungsbedarf sind nicht alleine auf die Solidarität von Angehörigen und Freunden angewiesen (sozialwissenschaftlich spricht man von primären Netzen) sondern können auch Unterstützungsleistungen einkaufen (Markt). Die Gemeinschaft (Staat) unterstützt die Solidarität der Familien und Angehörigen durch Geld- und Sachleistungen sowie die Bereitstellung einer angemessenen Infrastruktur. Die Religionsgemeinschaften, Wohlfahrtsverbände, gemeinnützige Vereinigungen

¹⁶ Evers A, Olk T (Hrsg.)(1996): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Opladen

¹⁷ Wendt WR (Hrsg.) (2010):: Wohlfahrtsarrangements. Neue Wege in der Sozialwirtschaft. Baden-Baden

und Selbsthilfegruppen, der so genannte dritte Sektor, erbringen ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement.¹⁸

Unter den Bedingungen des demografischen Wandels und der Veränderungen der Sozialstruktur wird es darauf ankommen, diesen Wohlfahrtspluralismus neu auszubalancieren und die Leistungen der Teilbereiche aufeinander zu beziehen. Für alle Beteiligten erfordert dies zunächst die Bereitschaft zum Dialog. Familien und Betroffene werden sich nicht nur auf sich selbst beziehen können und sich für fremde Hilfe öffnen müssen. Stationäre Pflegeeinrichtungen werden sich stärker als bisher als offene Orte der Unterstützung verstehen müssen, in denen professionelle Hilfe gemeinsam mit Engagierten und Angehörigen erbracht wird. Die ambulanten Pflegedienste werden eine qualitativ und fachlich gesicherte Pflege in den privaten Haushalten zunehmend zusammen mit Laien, Engagierten, semiprofessionellen Helfenden und Familienangehörigen erbringen.

Bisher ist das Leitbild und die soziale Struktur einer Pflege und Betreuung in „geteilter Verantwortung“¹⁹ erst in Ansätzen umgesetzt. Pflege wird in Privathaushalten überwiegend von Kindern und Lebenspartnern getragen oder an eine stationäre Pflegeeinrichtung als Vollversorger delegiert. Dies zeigen die Zahlen der Pflegestatistik²⁰. Annähernd siebzig Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen nehmen keine Sachleistungen in Anspruch und bei denen, die Sachleistungen erhalten, dominiert der Anteil der Kombileistungen, also der Personenkreis, der die Sachleistungen nur zum Teil ausschöpft²¹. Im stationären Bereich dominiert die Pflegeeinrichtung. Alternativen dazu wie ambulante Pflegewohngruppen sind zwar im Wachsen, tragen bisher aber zur Gesamtversorgung kaum etwas bei.²²

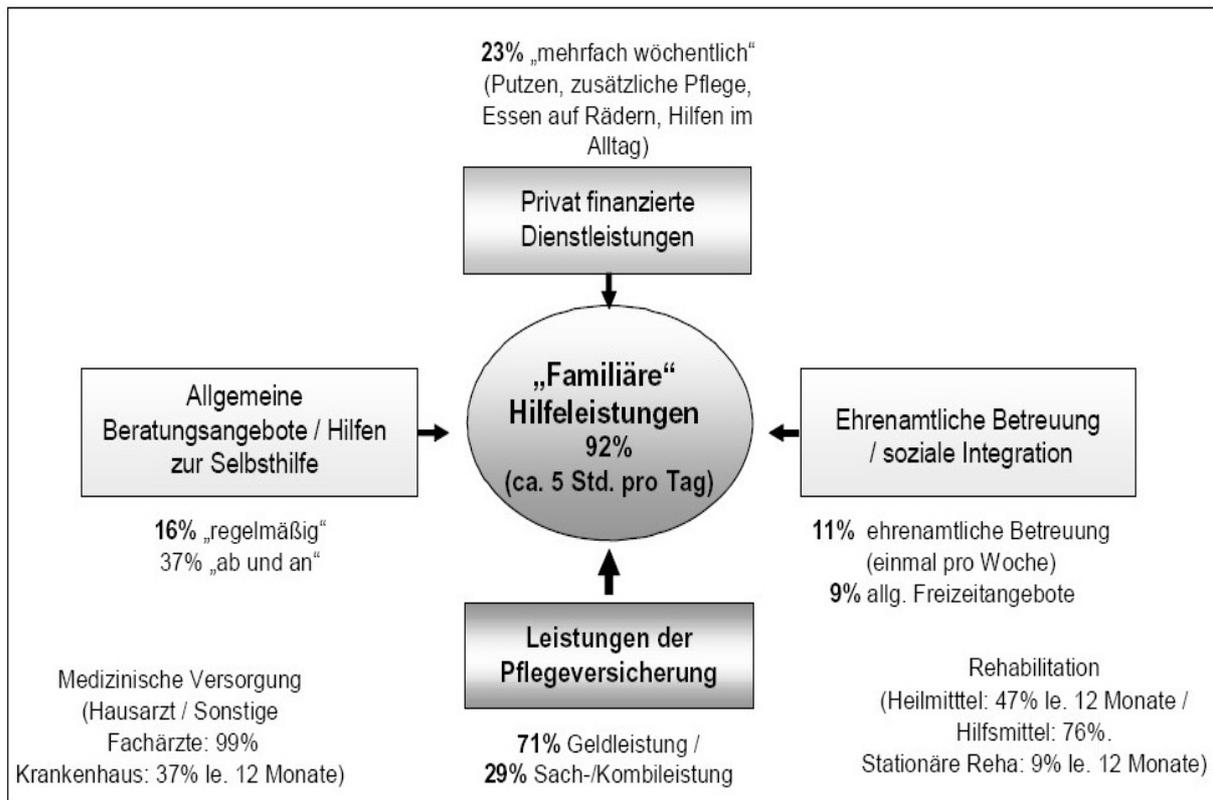
¹⁸ Klie T & Roß P-S (2005): Wie viel Bürger darf´s denn sein? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix. Eine Standortbestimmung in acht Thesen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4/2005, S. 20-43

¹⁹ Klie T (2006): Pflege in geteilter Verantwortung – Die paradigmatische Bedeutung von Wohngruppen. In: Die Ersatzkasse, 04/2006, 86. Jg., 140-143

²⁰ Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2007

²¹ Bei Geldleistungen darf man in der Regel davon ausgehen, dass Familienangehörige die Pflege leisten. Die MuG III-Studie konnte zeigen, dass zunehmend auch Leistungen von Nachbarn, Freunden und ehrenamtlich Engagierten in die privaten Pflegearrangements eingebunden werden.

²² Gegenwärtig wird die Zahl der Pflegewohngruppen auf ca. 500 geschätzt. Bei ca. 10 Personen pro Wohngruppe entspricht das ca. 5.000 Personen oder 0,7 % der stationär versorgten Pflegebedürftigen.



TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

Abbildung 3: Quelle: Schneekloth / Wahl 2005:83

Wie die MuG III –Studie²³ zeigen konnte, stieg in den letzten Jahren der Anteil der Pflegearrangements, in denen auch ehrenamtliche Betreuung und privat finanzierte Dienstleistungen zur Sicherung der Pflege beitragen. Für die Pflegestrukturplanung beinhaltet dieser Trend einen Auftrag zum weiteren Auf- und Ausbau des bürgerschaftlichen Engagements und der haushaltsnahen Dienstleistungen.

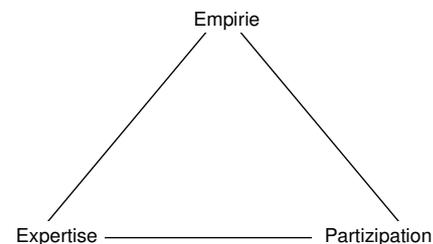
Vor diesem Hintergrund kann sich die Pflegestrukturplanung nicht nur an der Struktur und den Leistungen des SGB XI orientieren. Die Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf und Behinderung erfordert einen integrierten kommunalpolitischen Ansatz, der die vorhandenen Ressourcen vor Ort reflektiert und systematisch weiterentwickelt. Die Pflegestrukturplanung sollte dabei die folgenden Ziele verfolgen:

- Koordinierung und systematische Vernetzung der professionellen Angebote im sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Sektor;
- Aufbau von haushaltsnahen und entlastenden Angeboten zur Stützung der primären, familiären Netzwerke;
- Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Teilhabemöglichkeiten im Quartier;

²³ Schneekloth U & Wahl H-W (Hrsg.)(2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten.

- Ausbau und Qualifizierung der Beratung und Begleitung von Betroffenen und deren pflegenden Angehörigen;
- Sicherung der Alltagsversorgung im Nahraum und des Ausbaus der Barrierefreiheit im öffentlichen Raum;
- Entwicklung von neuen gemeinschaftlichen Wohnformen und der Schaffung von barrierefreiem Wohnraum.

Eine in diesem Sinne verstandene Planung setzt auf Dialog, Kooperation und Vernetzung, setzt Impulse und moderiert Prozesse in dem Wissen, dass Innovation gemeinsame Zielvereinbarungen und Motivation erfordert. Dieser Prozess von Informationsverarbeitung, neuen Perspektiven und Konsensbildung kommt im methodischen Dreieck der Sozialplanung zum Ausdruck.



Das methodische Dreieck der Sozialplanung

1.2.3 Planungselemente

1.2.3.1 Zahlen, Daten, Fakten - Empirie

Erster Schritt einer jeden Sozialplanung liegt in der Datensichtung und Analyse. Erstmals steht den Kommunen und Landkreisen hierfür ein gemeinsam entwickelter Datenreport für die Sozialraumanalyse²⁴ zur Verfügung, dessen Indikatorentableau auch Vergleiche mit anderen Gebietskörperschaften ermöglicht. Der Datenreport baut auf drei Säulen auf:

Die **Nutzerstruktur** differenziert die Personen nach der Art der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und der Nutzung von Angeboten des Servicewohnens.

Die **Infrastruktur** erhebt Daten zu den Einsatzstunden der ambulanten Dienste und hauswirtschaftlichen Hilfen, zu den Angeboten der teilstationären und stationären Pflege und zum Angebot an unterstützenden / alternativen Wohnformen.

Die **Bevölkerungsstruktur** differenziert nach Alterskohorten und wertet die Bevölkerungsprognose nach dem Verhältnis der Hochaltrigen (80+) zu den 40-60-Jährigen aus, dem so genannten Pflegepotential.²⁵

Mit dieser Datenstruktur lässt sich eine regelmäßige Analyse²⁶ realisieren, die sowohl Markt- wie Nachfrageentwicklungen im Bereich der Pflege und der unterstützenden Dienstleistungen nachzeichnen kann, als auch über das Indikatorentableau einen Vergleich verschiedener Sozialräume ermöglicht.

Während sich im Bereich der Infra- und der Bevölkerungsstruktur ein Raumbezug mit vergleichsweise wenig Aufwand auf der Ebene der Gemeinden, Stadtteile und Quartiere herstellen lässt, ist dies bei der Nutzerstruktur ungleich schwieriger, da im Bereich der

²⁴ Siehe hierzu Glossar

²⁵ Blinkert B & Klie T (2004): Demografischer Wandel und demografische Veränderungen als Herausforderung für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: sozialer Fortschritt, Vol. 53, S. 319-325

²⁶ Siehe hierzu Glossar

Pflegearrangements²⁷ bisher keine regionalisierbaren Daten vorliegen. Im rheinland-pfälzischen Projekt „Modellkommunen Pflegestrukturplanung“ wurde hierfür ein neuer Weg eingeschlagen. Das statistische Landesamt hat auf freiwilliger Basis (erstmalig 2009 und im Kontext der Pflegesachleistungsstatistik alle zwei Jahre) den Wohnort der Kundinnen und Kunden der ambulanten Dienste und den letzten Wohnort vor Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erhoben.

I.2.3.2 Partizipation – neue Dialoge initiieren

Die Weiterentwicklung der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen erfordert neue Konzepte der Integration und wird nur im Dialog zu entwickeln sein. Die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements und der Nachbarschaftssolidarität im Quartier ist ebenso bedeutend wie die Vernetzung der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen. Versorgungsstrukturen der Zukunft werden die Lebenssituation der Betroffenen differenzierter in den Blick nehmen müssen, um die Leistungsmöglichkeiten der informellen Hilfe besser und effizienter mit den professionellen Angeboten zu vernetzen.

Die Entwicklung der Pflege und Betreuung im Wohnquartier und in der Gemeinde ist vor allem eine Innovationsfrage, wie es angesichts zahlreicher kultureller und formaler Grenzen, unterschiedlicher Professions- und Finanzierungslogiken gelingen kann, eine alltagsnahe und abgestimmte Unterstützung zu gewährleisten.

Im Kern geht es sowohl um die Initiierung eines Dialogs bisher weitgehend autonom agierender Akteursgruppen mit den Bürgerinnen und Bürgern, Familien und Betroffenen als auch um die Fragen, wie Formen der Zusammenarbeit und Kommunikation entwickelt werden können. Dem Landkreis und der kreisfreien Stadt fällt dabei eine initiierende und moderierende Schalt- und Steuerfunktion zu. Sie ist für diesen Prozess aber auf die Bereitschaft anderer wichtiger Akteursgruppen angewiesen. Ohne die Kranken- und Pflegekassen, die professionellen Berufsverbände, die Träger ambulanter und stationärer Einrichtungen, die Ärzteschaft, die Kirchen und Wohlfahrtsverbände und die Selbsthilfegruppen werden sich kaum innovative Angebote realisieren lassen.

Dieser schon im engeren pflegerischen Sinne anspruchsvolle und komplexe Dialog weitet sich noch aus, wenn der präventive Aspekt selbständiger Lebensführung unter den Bedingungen von Behinderung, Hilfsbedürftigkeit und Pflege einbezogen wird. Das Quartier der Zukunft sollte ein Quartier für alle Lebenslagen und alle Lebensalter sein. Sozialräumliche Pflegestrukturplanung²⁸ im präventiven Sinne achtet deshalb auf die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum, erhält die nahräumliche Alltagsversorgung im Quartier und schafft Lebensräume für generationsübergreifendes Wohnen für Menschen mit und ohne Behinderung. Ein so verstandener Dialog der alternden Gesellschaft kann sich nicht nur auf die Weiterentwicklung der Sozial- und Pflegeleistungen begrenzen, sondern muss auch die kommunale Bau-, Familien- und Wirtschaftspolitik einschließen.

Methodisch bietet sich eine Palette von Verfahren und Methoden an, um Themen öffentlich zu diskutieren und lösungsorientiert zu bearbeiten. Dieses Handbuch bietet hierfür einige Beispiele.

²⁷ Siehe hierzu Glossar

²⁸ Siehe hierzu Glossar

I.2.3.3 Neue Modelle erproben - Expertise

Moderne Sozialplanung sollte dem Leitmotiv des „Erprobens und Lernen am Modell“ folgen. Die Komplexität der Lebenskontexte und der Dienstleistungslandschaften stellen Innovationen unter einen Erfolgsvorbehalt. Ein theoretisch entwickeltes Dienstleistungsangebot, das fachlich zweckmäßig und erforderlich scheint, bedeutet noch nicht, dass dieses Angebot auch eine entsprechende Nachfrage findet. Umgekehrt muss nicht jede optional mögliche Dienstleistungsnachfrage in ein Dienstleistungsangebot münden. Gerade bei innovativen Konzepten muss der Nutzwert nicht nur den informierten Experten einleuchten, sondern auch von den Nutzerinnen und Nutzern als praktikabel, wirtschaftlich und sinnvoll erachtet werden. Unter Planungsgesichtspunkten geht es um innovative Lösungen individueller oder familiärer Problemlagen, die im bisherigen System der Hilfen nicht berücksichtigt wurden, weil sie entweder öffentlich nicht wahrgenommen wurden oder sich kein Adressat für ihre Lösung gefunden hatte.

In den letzten Jahren hat sich eine Vielzahl von Initiativen und neuen Ansätzen in der Altenhilfe und Pflege entwickelt und einige Entwicklungstendenzen herausgebildet. Der Abschlussbericht zum Bundesmodellprojekt „Altenhilfestrukturen der Zukunft“²⁹ sieht aus den Erfahrungen der Projekte Weiterentwicklungspotential in sechs Handlungsfeldern:

Strukturentwicklung, Vernetzung und Case Management

Synergieeffekte lassen sich durch eine systematisch angelegte Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer schaffen. Qualitativ bessere Leistungen waren vor allem über eine integrierte Leistungsplanung und Steuerung zu erreichen. Der Bericht empfiehlt die Einführung des Case Managements. Die Netzwerkkoordination sollte dabei im Sinne „einer regionalen Moderation, Planung und Steuerung“ begriffen werden, die bevorzugt in der Verantwortung der Kommune liegen sollte, aber auch als Steuerungsaufgabe im Umlageverfahren der Leistungserbringer erbracht werden kann.

Verknüpfung von Rehabilitation und Pflege

Gute Ergebnisse der Wiedererlangung von funktionalen Fähigkeiten für eine möglichst selbstständige Lebensführung konnten durch die ambulante mobile Rehabilitation erreicht werden.

Verbraucherschutz und Interessensvertretung

Der Bericht spricht sich für mehr Transparenz bei der Leistungserbringung aus. Lokale Preis- und Leistungslisten erleichtern die Orientierung und stärken die Kundensouveränität. In Kombination mit einer neutralen Beratung und der Einrichtung von Beschwerdestellen zeigte sich eine Qualitätsverbesserung.

Neue stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen

In der Angebotsstruktur von Wohnmöglichkeiten und stationärer Pflege werden erhebliche Spielräume für Veränderungen gesehen. Besondere Entwicklungsherausforderungen bestehen für die architektonische und konzeptionelle Gestaltung von „Betreuungsmilieus“ für Menschen mit Demenz. Ein Beispiel hierfür ist das Konzept der Hausgemeinschaften, in dem die stationäre Pflegeeinrichtung in kleinere Einheiten gegliedert wird und der Aspekt des Wohnens und der Alltagsgestaltung mehr zum Tragen kommt.

²⁹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)(2003): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Bonn

Betreuung und Versorgung im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld

Bei den Modellprojekten zur Stabilisierung des familialen Pflegesettings und der Entlastung von pflegenden Angehörigen zeigten die niedrigschwelligen und verknüpften Entlastungsangebote für pflegende Angehörige durch Ehrenamtliche besondere Wirkung. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei die Qualifizierung und Vorbereitung der Ehrenamtlichen. Besonders die Begleitung von Angehörigen in Haushalten, in denen Menschen mit Demenz betreut werden, stellt Anforderungen an die Qualifikation der Helferinnen und Helfer. Mit dem Bundesprojekt „Pflegebegleiter“³⁰ konnte die Begleitung und Entlastung von Angehörigen durch ehrenamtliche Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter bereits an unterschiedlichen Standorten realisiert werden.

Bürgerschaftliches Engagement zur Betreuung von Hilfe- und Pflegebedürftigen

Zukunftsorientiert und wirkungsvoll zeigten sich auch die quartiersbezogenen Ansätze der Engagementförderung. Hier lassen sich vor allem mit kirchlichen Aktionskreisen auf der Gemeindeebene konkrete und sehr eigenständige Projekte einer Begleitung von alleinstehenden Älteren im Stadtteil oder Quartier umsetzen, die eine ganz eigene soziale Qualität zeigen.

Neue Impulse für die Weiterentwicklung der Infrastruktur und den Ausbau des bürgerschaftlichen Engagements bietet die Expertise zur „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“³¹ die im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz erstellt wurde. In einer etwas anderen Pointierung und einer stärkeren Orientierung am Auftrag einer sozialräumlichen Pflegeinfrastruktur zeigt die Expertise Handlungsfelder, Entwicklungstrends und entsprechende Referenzprojekte auf. Thematisiert werden sieben Handlungspfade auf dem Weg zu einer quartiersbezogenen sozialräumlichen Pflegeinfrastruktur:

- Öffnung der stationären Altenhilfe
- Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements
- Persönliche Budgets und Case Management
- Schnittstellenmanagement und integrierte Versorgung
- Zugehende Angebote – präventiver Hausbesuch
- Systematisierung der Pflegeberatung
- Interkulturelle und migrationspezifische Ansätze.

Einen anderen, weiter gefassten Planungsansatz bietet das „Handbuch zur kommunalen Seniorenpolitik“ der Bertelsmann Stiftung.³² Unter dem Motto eines „neuen Alterns in der Stadt“ wird der demografische Wandel, die alternde Gesellschaft, nicht nur als Risiko betrachtet, sondern auch als Chance für die Entwicklung zur Bürgergesellschaft gesehen. Für die Kommunalpolitik zeigt sich der demografisch-strukturelle Wandel unter diesem Blickwinkel vielschichtig. Für den hier vorgestellten Rahmen der Pflegestrukturplanung bietet das „Handbuch zur kommunalen Seniorenpolitik“ vor allem methodische Anregungen zur partizipatorischen Zielfindung, Prozessgestaltung und Projektabwicklung.

³⁰ Vergleiche: www.pflegebegleiter.de

³¹ Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2008): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.

³² Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2009): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik

Insgesamt zeigen die hier referierten Projekte und die teils kleinen gleichwohl Beispiel gebenden Initiativen, die hier nicht referiert wurden, eine vielfältige Bandbreite von Handlungsansätzen. Der konzeptionelle „rote Faden“ in eine zukunftsfähige und nachhaltige Pflegeinfrastruktur entwickelt sich aus der Verknüpfung und Verfolgung dieser Teilprojekte im jeweilig zu verantwortenden politischen Raum.

I.3 Methoden der Pflegestrukturplanung

I.3.1 Datenreport und Pflegemonitoring (Empirie)

I.3.1.1 Datenquellen

Referenzdaten zur Entwicklung der Pflege bieten die repräsentativen Studien zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ in privaten Haushalten (MuG I und III) und in Heimen (MuG II und IV). In der aktuellen Studie zur Situation in den privaten Haushalten (MuG III) wird in die zentrale Thematik der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eingeführt. Dabei wird Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter ganz bewusst vor dem Hintergrund einer umfassenderen Altersperspektive betrachtet und in einen generationsübergreifenden, gesellschaftlichen Kontext gestellt. Für die Entwicklung der kommunalen Sozialplanung bieten die Studien sowohl ein theoretisches Gesamtkonzept als auch eine Referenzgrundlage für die Interpretation der eigenen Daten.

Literaturempfehlung:

Wahl H-W; Schneekloth U (Hrsg.)(2008): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. 2. Aufl. Stuttgart (Kohlhammer Verlag)

Schneekloth U, Wahl H-W (Hrsg.) (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für 'Good Practice'. Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart (Kohlhammer Verlag)

Vielfältige Informationen zur Lebenssituation der Bundesbürgerinnen und -bürger in der zweiten Lebenshälfte bietet der deutsche Alterssurvey (DEAS), eine repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung der 40-jährigen und Älteren, die seit 1996 inzwischen drei Mal durchgeführt wurde. Viele Fragen aus der Ersterhebung wurden in der zweiten (2002) und der dritten (2008) Welle aus Gründen der Vergleichbarkeit übernommen, aber auch um weitere Themenbereiche und die Personengruppe der Migranten (ab 2002) erweitert. Der DEAS ist als Panelstudie angelegt. Sofern möglich wurden dieselben Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehrmals befragt. Die differenzierten empirischen Paneldaten eignen sich damit für die Beobachtung von individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklungen. Die Befragten werden zu folgenden Themenbereichen um Auskunft gebeten:

- Arbeit und Ruhestand
- Generationen, Familie und soziale Netzwerke
- Außerberufliche Tätigkeiten und ehrenamtliches Engagement
- Wohnen und Mobilität
- Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Verhalten
- Lebensqualität und Wohlbefinden
- Gesundheit und Gesundheitsverhalten

- Hilfe- und Pflegebedürftigkeit
- Einstellungen, Normen, Werte und Altersbilder.

Die inzwischen zahlreichen Veröffentlichungen sind auf der Homepage des Deutschen Zentrum für Alterfragen (DZA) in Berlin aufgeführt und als Zusammenfassungen zum Download bereitgestellt (www.dza.de).



Das Bild zeigt den Screenshot der Webseite 'Sozialplanung für Senioren'. Die Seite ist in einem Browserfenster dargestellt. Oben links ist das Logo der Bertelsmann Stiftung zu sehen, daneben der Titel 'Sozialplanung für Senioren'. Rechts oben befindet sich eine Suchleiste mit dem Text 'Suchbegriff'. Unter dem Logo ist eine Navigationsleiste mit den Menüpunkten 'Startseite', 'Das Instrument', 'Das Handbuch', 'Fragebögen-Bausteine', 'My SoSe' und 'Service'. Der Hauptinhalt beginnt mit dem Titel 'Herzlich Willkommen bei Sozialplanung für Senioren!' und dem Untertitel 'Was ist Sozialplanung für Senioren (abgekürzt SoSe)?'. Darunter steht: 'SoSe ist ein hilfreiches Instrumentarium zur Ermittlung, Bewertung und sachgerechten Nutzung kommunaler Kennzahlen und Indikatoren. Diese bilden die unverzichtbare Grundlage für eine Daten gestützte und zukunftsorientierte Neuorientierung der kommunalen Seniorenpolitik. SoSe entstand im Rahmen des senienpolitischen Pilotprojektes NAIS (Neues Altern in der Stadt) der Bertelsmann Stiftung und wurde durch die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. an der Universität Dortmund in Zusammenarbeit mit der Abteilung Psychologische Altersforschung der Universität Heidelberg speziell für kleine und mittlere Kommunen entwickelt.' Darunter steht: 'Redaktionsstand der hier dargestellten Daten: April 2007'. Ein weiterer Abschnitt ist mit 'Warum sollte ich Sozialplanung für Senioren nutzen?' überschrieben. Darunter steht: 'Eine demographisch verantwortliche Senienpolitik sollte kleinräumig orientiert sein und sich an den jeweiligen Problemstellungen der Menschen in den Kommunen ausrichten. Falls Ihnen hierzu die geeigneten Sozialplanungsinstrumente oder vielleicht auch die Erfahrungen fehlen, kann Ihnen SoSe dabei wertvolle Hilfestellung geben. So kann es Ihnen dabei helfen, die relevanten Daten als Grundlage für weitere Planungsprozesse zu sammeln und zu bündeln; ausgerichtet an Themenfeldern können diese Daten selbständig fortgeschrieben werden.' Ein dritter Abschnitt ist mit 'Was kann ich mit Sozialplanung für Senioren erreichen?' überschrieben. Darunter stehen fünf Punkte: 'Mehr senienpolitische Transparenz erzeugen', 'Problemstellungen deutlich machen und sensibilisieren', 'Zielformulierungen, Strategien und Konzepte vorbereiten', 'Entscheidungen vorbereiten und nachvollziehbar machen', 'Den Einsatz knapper Ressourcen optimieren', 'Zielüberprüfung und Evaluation ermöglichen'. Am Ende steht ein Hinweis: 'Hinweis in eigener Sache: Der Inhalt dieser Seiten kann trotz sorgfältiger Erarbeitung Fehler oder Unklarheiten enthalten. Bitte teilen Sie uns Ihre Kritik, Anregungen oder Fehlerhinweise zu dieser Website unter Kontakt mit.'

Abbildung 4: Das Internetportal der Bertelsmann Stiftung zur Sozialplanung für Senioren: www.sozialplanung-senioren.de

Für die Einschätzung der regionalen Situation und der Relevanz der eigenen Daten eignet sich auch das Konzept der Bertelsmann Stiftung, das im Rahmen des senienpolitischen Pilotprojektes NAIS (Neues Altern in der Stadt) (Bertelsmann Stiftung 2009) für sozialplanerische Zwecke erstellt und zusammengetragen wurde. Das frei zugängliche und kostenfreie Internetportal „Sozialplanung für Senioren“ (www.sozialplanung-senioren.de) bietet ein umfassendes Instrument für die Beobachtung und Analyse des demografischen Wandels. In sehr pragmatischer Weise werden hier Daten und Fakten aus verschiedenen Teilbereichen vorgestellt und Vorschläge für einen kommunalen Datenreport unterbreitet. Das Instrument versteht sich dabei als Anleitung und Planungshilfe und bietet sowohl Informationen zur Systematik der Sozialplanung als auch Hinweise zu den verschiedenen Organisationen und Institutionen, die entsprechende aktuelle und regionalisierte Daten bereit halten. Im Unterschied zur hier vertretenen Pflegestrukturplanung ist der Fokus des Konzeptes deutlich breiter angelegt und umfasst auch die Bereiche Wohnen,

Lebensführung, Bildung und Kultur. Wertvolle Hinweise für die Praxis bietet das Instrument vor allem dann, wenn der hier gewählte Fokus der Pflegestrukturplanung erweitert werden soll. So werden z.B. speziell für den Aspekt der Beteiligungsplanung exemplarische Fragebogen für Senioren- und Bürgerbefragungen zur Verfügung gestellt.

Der Mikrozensus ist eine jährliche repräsentative Haushaltsbefragung der statistischen Landesämter, die zwischen den aufwändigen Volksbefragungen (Zensus) durchgeführt wird. Befragt wird ca. 1 Prozent der Haushalte in der Bundesrepublik. Für eine sozialwissenschaftliche Studie ist dies ein besonders großes Datensample, das es erlaubt, auch regionale Aussagen zu treffen und besonderen Fragestellungen, etwa zur Wohn- und Einkommenssituation der Seniorenhaushalte nachzugehen. Eine Datendifferenzierung ist in etwa bis auf die Ebene der Regionen (Regierungsbezirke) möglich. Kreisanalysen lassen sich wegen der dann zu geringen Fallzahl nicht mehr realisieren. Mikrozensusdaten sind für die Pflegestrukturplanung vor allem hinsichtlich der Zahl der 1-Personen-Haushalte der 65-jährigen und Älteren und der Einkommens- und Bildungssituation der Seniorinnen und Senioren interessant und relevant, weil in der Regionaldifferenzierung Unterschiede zum Landes- oder Bundesdurchschnitt deutlich werden. Die Bundesdaten sind auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes (www.destatis.de) frei verfügbar. Dort ist auch ein Bericht zur Lebenslage der Pflegebedürftigen verfügbar. Eine kostenpflichtige Bestellung von Regionalanalysen bei den Statistischen Landesämtern ist möglich. Darüber hinaus können auch Informationen zu den Pflegeeinrichtungen vor Ort den unterschiedlichen Internetportalen der Pflegekassen entnommen werden.

Für die Analyse der **Bevölkerungsstruktur** und der **Bevölkerungsentwicklung** können die Daten der Meldestatistik herangezogen werden. Mit dem Einwohnersystem EWOISneu ist in Rheinland-Pfalz 2005 ein einheitliches IT-Verfahren aller Meldebehörden eingeführt worden. Bis auf die Ebene der Ortsgemeinden stehen mit diesem Melderegister monatlich aktualisierte Tabellen zur Bevölkerungsstruktur frei zur Verfügung. Die Tabellen differenzieren nach Haupt- und Nebenwohnsitz, Geschlecht, Staatsangehörigkeit (Deutsch/Ausländer), Alter (10-Jahreskohorten), Familienstand und Religionszugehörigkeit. Da die Auswertungstabellen in verschiedener Form angeboten werden, lassen sie sich problemlos in die Internetseiten einer Gemeinde einbinden oder für Verlaufsanalysen mit Excel (CVS-Format) weiterverarbeiten.

Quellen:

KommWis

Gesellschaft für Kommunikation und Wissenstransfer mbH

Hindenburgplatz 3, 55118 Mainz

Internet: <http://www.kommwis.de>

Direkter Link zu den Tabellen

<http://www.ewois.de>

Die Tabellen stehen in den Formaten HTML, CVS und PDF zur Verfügung

Daten zur **Bevölkerungsentwicklung** in Rheinland-Pfalz können aus der zweiten kleinräumigen Bevölkerungsvorausrechnung (Basisjahr 2006) des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz entnommen werden. Diese regionale- und kleinräumige Berichterstattung auf Basis der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung berechnet die Bevölkerungsentwicklung bis zum

Jahr 2050 für die Landkreise und kreisfreien Städte. Bis 2020 liegen auch Tabellen aus einer Sonderauswertung für verbandsfreie Gemeinden und Verbandsgemeinden vor. Gegliedert sind die Tabellen für die Bevölkerung ab zwanzig Jahren in Alterskohorten von 15 Jahren (20-35, 35-50, 50-65, 65-80, 80 Jahre und älter), was leider eine direkte Verrechnung mit den Pflegeprävalenzquoten (10-Jahres-Kohorten) nicht erlaubt. Für die Pflegestrukturplanung relevant sind vor allem die Veränderungen des Verhältnisses der 35-65-jährigen (Pflegepotential der Kinder) zu den Hochaltrigen (80 Jahre und älter).

Wie üblich wird in der Bevölkerungsvorausrechnung mit drei theoretischen Varianten der Entwicklung gearbeitet. Der Arbeitskreis „Pflegestrukturplanung“ empfiehlt den Kreisen zur Sicherung der Vergleichbarkeit die eigenen Auswertungen auf der Basis der mittleren Variante zu erstellen.

In der mittleren Variante der zweiten regionalisierten Bevölkerungsvorausrechnung ist – bezogen auf Rheinland-Pfalz – eine konstante Geburtenrate von 1,4 Kindern je Frau, eine bis 2020 um etwa zwei Jahre steigende Lebenserwartung und ein jährlicher Wanderungsüberschuss in Höhe von 5 000 Personen unterstellt (Quelle: Statistisches Landesamt RLP).

Quellen:

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

Mainzer Str. 14-16

56130 Bad Ems

Internet: <http://www.statistik.rlp.de>

Demografische Entwicklung

Rheinland-Pfalz 2020 – zweite kleinräumige Bevölkerungsvorausrechnung

Ergebnisse für verbandsfreie Gemeinden und Verbandsgemeinden

Rheinland-Pfalz 2050 – zweite regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung

Ergebnisse für kreisfreie Städte und Landkreise

Direkter Link zu den interaktiven Berichten (pdf)

<http://www.statistik.rlp.de/analysen/demografie/index.html>

I.3.1.2 Der kommunale Datenreport

In der Arbeitsgruppe der „Modellkommunen Pflegestrukturplanung“ wurde ein Datenreport für die Pflegestrukturplanung entwickelt, der auf drei Säulen aufbaut: **Infrastruktur**, **Nutzerstruktur** und **Sozialstruktur** im Erhebungsgebiet, also dem Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt.

In der Gesamtstruktur des Datenreportes ist das so genannte „Pflegetesting“ enthalten. Ein Novum, das bisher nur in Rheinland-Pfalz eingeführt wurde. In der Vergangenheit konnten die Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der Pflegeversicherung einem Wohnort nicht zugeordnet werden, da in der Pflegesachleistungsstatistik zwar die Merkmale Geschlecht, Alter und Leistungsart erhoben wurden, nicht jedoch der Wohnort. Mit der Stichtagserhebung 2009 zur Bundespflegestatistik hat das Statistische Landesamt in Rheinland-Pfalz erstmals auf freiwilliger Basis den Wohnort der Pflegebedürftigen in die Erhebung zur Bundessachleistungsstatistik aufgenommen und damit die Grundlage für eine sozialräumliche Pflegestatistik auf der Ebene der Postleitzahlenbezirke geschaffen. Mit dieser Neuerung lässt sich für die Pflegestrukturplanung feststellen, wie viele Pflegebedürftige in dem jeweiligen Postleitzahlenbezirk leben und welche Leistungsart sie beziehen. Da im Bereich der stationär Versorgten der letzte Wohnort vor dem Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung maßgeblich ist, lassen sich nicht nur die Quoten der verschiedenen Leistungsarten (Geld- oder Sachleistung bzw. stationäre Leistungen) ermitteln, sondern es lässt sich auch feststellen, inwieweit eine wohnortnahe Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen realisiert ist bzw. welche Wanderungsbewegungen zu beobachten sind.

Die Daten werden vom statistischen Landesamt aufgearbeitet und den Landkreisen und kreisfreien Städten jeweils im Herbst des folgenden Jahres zur Verfügung gestellt.

Mit diesem Service des statistischen Landesamtes ist ein Teil der Informationen zur Nutzerstruktur für die Kommunen und Landkreise bereits aufgearbeitet. Eigene Erhebungen der Landkreise und der kreisfreien Städte werden für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen im Bereich des Betreuten Wohnens und für den Personenkreis erforderlich, der (noch) keine Pflegeleistungen der Pflegeversicherung erhält.

Ergänzt werden die Ergebnisse des Pflegetesting durch die Analyse der Infrastruktur (Bestandsanalyse) und der Sozialstruktur. Der Datenreport bietet dafür Vergleichskennzahlen.

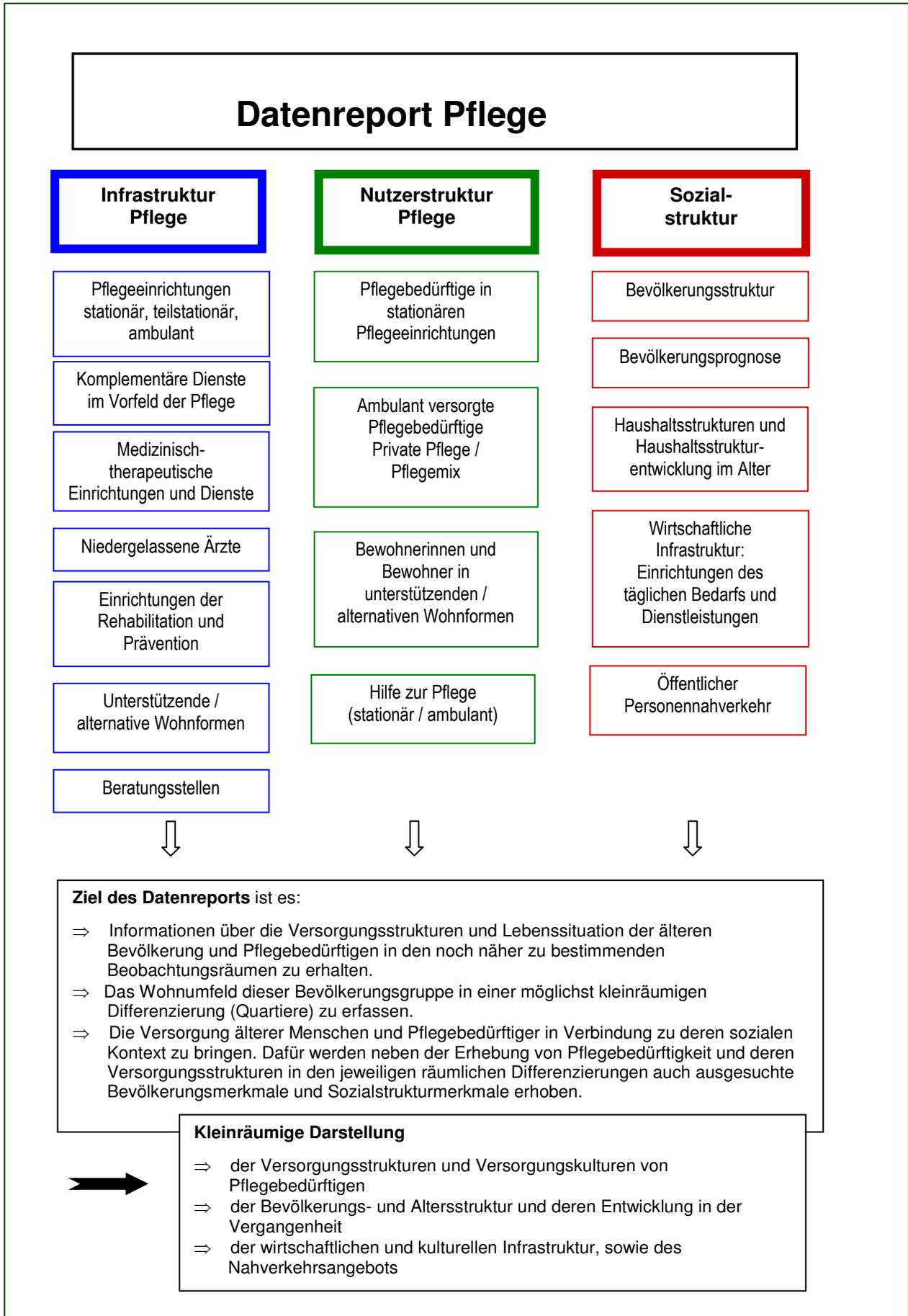
Welche Bedeutung haben die Vergleichskennzahlen?

Mit dem Datenreport wurde eine Liste von Vergleichskennzahlen entwickelt. Mittelfristig ermöglicht dieses Kennzahlentableau die Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen über die Zeit zu beobachten und mit anderen Regionen (Landkreisen; Städten, Landesebene) zu vergleichen. Vor allem in der Kombination verschiedener Kennzahlen eignet sich das Instrument für die Analyse demografischer und sozialer Ungleichheit und bietet eine Basis für sozialpolitische Entscheidungen. Investoren und Akteure im Bereich professioneller Dienstleistungen können das zur Beobachtung der Marktentwicklungen nutzen.

Der Arbeitskreis „Modellkommunen Pflegestrukturplanung“ sieht in dem hier vorgestellten Datenreport eine Grundstruktur für die Datenerhebung zur kommunalen Pflegestrukturplanung und empfiehlt die Umsetzung allen Landkreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz.

Kontrovers diskutiert wurde im Arbeitskreis unter anderem:

- Die Notwendigkeit, die niedergelassenen Ärzte zu recherchieren, da dies mit erheblichem Aufwand verbunden ist und die Zahl der niedergelassenen Ärzte wenig Aussagekraft für die Qualität der ambulanten Versorgung im geriatrischen Bereich hat.
- Das Vorgehen und die quantitative Messung im Bereich der unterstützenden / alternativen Wohnformen. Hier lassen sich kaum Vergleichszahlen entwickeln, da die Konzepte des Betreuten Wohnens höchst unterschiedlich ausfallen und kategorial nur grob einzugrenzen sind.
- Der Anspruch, im Kontext der kommunalen Pflegestrukturplanung die Einkaufsmöglichkeiten des täglichen Bedarfs zu erheben. Auch hier wurde das Aufwandsargument angeführt und für den städtischen Raum die Notwendigkeit bezweifelt. Gleichwohl wurde anerkannt, dass der Strukturwandel des Einzelhandels vor allem im ländlichen Raum die Alltagsversorgung der nicht privat motorisierten Bevölkerung gefährdet, bzw. dieser Personenkreis auf Hilfe angewiesen ist und der Erhalt der Nahraumversorgung eine sozialpolitische Aufgabe der Raumordnung darstellt.
- Der Anspruch, die Belegungstage pro Jahr in der stationären und teilstationären Pflege zu erheben, um Belegungsquoten errechnen zu können (wettbewerbssensible Daten).



Liste der Vergleichskennzahlen

Bereich	Vergleichskennzahlen
Stationäre Dauerpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Dauer- und Kurzzeitpflegeplätze (Jahreskapazität) - tatsächliche Belegung der Pflegeplätze - Jahresauslastung: $Auslastung = \frac{\text{tatsächliche Belegungstage pro Jahr}}{\text{Anzahl der Plätze} * \text{Öffnungstage pro Jahr}} * 100$
Teilstationäre Dauerpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Pflegeplätze (Jahreskapazität) - tatsächliche Belegung der Pflegeplätze - Jahresauslastung: $Auslastung = \frac{\text{tatsächliche Belegung pro Jahr}}{\text{Anzahl der Plätze} * \text{Öffnungstage pro Jahr}} * 100$
Ambulante Dienste	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl u. Einsatzstunden aller Außendienstmitarbeiter - Ambulanter Versorgungsquotient: $Versorgungsquotient = \frac{\text{Kreisbevölkerung}}{\text{Arbeitsstunden Pflegedienste}}$
Niedergelassene Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der niedergelassenen Ärzte - Arztdichte im Kreis: $Arztdichte = \frac{\text{Einwohnerzahl}}{\text{Arztzahl}}$
Pflegebedürftige stationär	<ul style="list-style-type: none"> - Bewohner von außerhalb des Kreises: $Wanderung = \frac{\text{Bewohner von außerhalb}}{\text{Gesamtzahl der Bewohner}} * 100$
Pflegebedürftige teilstationär	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der teilstationär versorgten Personen: $Teilstationäre - Pflege = \frac{\text{Anzahl teilstationäre Pflege}}{\text{Anzahl Pflege Gesamt}} * 100$
Pflegebedürftige ambulant	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der ambulant versorgten Personen: $Ambulante - Pflege = \frac{\text{Anzahl ambulant versorgter Personen}}{\text{Anzahl Pflege Gesamt}} * 100$
Pflegegeldbezieher	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Pflegegeldbezieher: $Geldbezieher = \frac{\text{Anzahl Geldbezieher}}{\text{Anzahl Pflegebedürftige ambulant gesamt}} * 100$
Unterstützende / alternative Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> - Wohnalternativen im Alter (ab 60 Jahre): $Unterstützendes - Wohnen = \frac{\text{Anzahl Bewohner in Einrichtung}}{\text{Anzahl >60 J.}} * 100$

Bereich	Vergleichskennzahlen
Hilfe zur Pflege	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Personen mit Hilfe zur Pflege amb. und stationär (ab 60 Jahre): $H.z.Pflege - Amb. = \frac{\text{Anzahl Hilfe zur Pflege ambulant}}{\text{Anzahl ambulante Pflege Gesamt}} * 100$ $H.z.Pflege - Stat. = \frac{\text{Anzahl Hilfe zur Pflege stationär}}{\text{Anzahl stationäre Pflege Gesamt}} * 100$ <ul style="list-style-type: none"> - Durchschnittliche Leistung/ Monat und Bezieher: $Leistungshöhe = \frac{\text{Gesamtausgaben Pflege}}{\text{Anzahl Leistungsempfänger}} * 100$
Bevölkerungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der 10-Jahres-Alterskohorten (ab 60 Jahre): $\% - Kohorte = \frac{\text{Anzahl Alterskohorte}}{\text{Anzahl Gesamtbevölkerung}} * 100$ <ul style="list-style-type: none"> - Zahl der 40 – 60-Jährigen - Entwicklung des „Pflegepotentials“: $Pflegepotential = \frac{\text{Anzahl } >39 <60 \text{ Jahre}}{\text{Anzahl } >79 \text{ Jahre}}$
Bevölkerungsprognose (2-Jahres Turnus)	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der 10-Jahres-Alterskohorten für die Jahre bis 2020 (ab 60 Jahre): $\% - Anteil - Kohorte = \frac{\text{Anzahl Alterskohorte}}{\text{Anzahl Gesamtbevölkerung}} * 100$ <ul style="list-style-type: none"> - Zahl der 40 – 60-Jährigen für die Jahre bis 2050 - Entwicklung des „Pflegepotentials“ bis 2050: $Pflegepotential = \frac{\text{Anzahl } >39 <60 \text{ Jahre}}{\text{Anzahl } >79 \text{ Jahre}}$
Haushaltsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der Ein-, und Zwei-Personenhaushalte unter den 60 Jährigen u. Älteren
Wirtschaftliche Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsqualität anhand von Einkaufsmöglichkeiten im Umfeld (bis 1.000m)
Öffentlicher Nahverkehr	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsqualität bei Erreichen des regionalen Mittelzentrums am Vor- bzw. Nachmittag möglich (bis 30 min)

Infrastruktur Pflege

Pflegeeinrichtungen: Stationäre Dauerpflege / Plätze

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung in Abstimmung mit den Trägern Künftig koordiniert mit Pflegemonitoring	In der Pflegestatistik des Stat. Landesamtes werden die Bewohner ohne Pflegestufe (sogenannte Stufe 0) nicht berücksichtigt.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Information / Kennzahl	<p>Name der Einrichtung Name des Trägers Art des Trägers (kommunal, gemeinnützig, privat) Zahl der Plätze</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahl der Dauerpflegeplätze - davon Zahl der Kurzzeitpflegeplätze <p>Art der Zimmer (Summen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein-, Zwei-, Drei-, Mehrbettzimmer <p>Belegung am Stichtag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauerpflege nach Stufen einschließlich Stufe 0 - Kurzzeitpflege <p>Formel für die Jahresauslastung (in %):</p> $Auslastung = \frac{\text{tatsächliche Belegungstage pro Jahr}}{\text{Anzahl der Plätze} * \text{Öffnungstage pro Jahr}} * 100$ <p><i>tatsächliche Belegung pro Jahr: Summe aller Platzbelegungen pro Jahr</i></p> <p>(Hinweis: Wettbewerbssensible Daten nicht veröffentlichen!) Zuordnung der Plätze zu regionaler Versorgungsregion</p>	Daten zum Bewohnerkreis der Stufe 0 können somit nur direkt bei den Pflegeeinrichtungen erhoben werden.
Optionale Erweiterung	Fachkraftquote in % differenziert nach Berufsgruppen Beschreibung besonderer Leistungen (Demenzkonzept, Apallikerplätze, Intensivpflege etc.) Bericht zum baulichen Zustand (Baujahr, letzte Renovierung, Modernität etc.) Angaben zu geplanten Veränderungen	
Optionale Erhebung	Belegungstage im Jahresverlauf !(Achtung: konkurrenz sensible Daten) Erhebung der Verweildauer Wohnort vor Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung – Quote Regionalbelegung (siehe hierzu auch Nutzerdaten)	

Infrastruktur Pflege

Pflegeeinrichtungen: Teilstationäre Pflege

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung in Abstimmung mit den Trägern Künftig koordiniert mit Pflegemonitoring	In der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes werden Personen ohne Pflegestufe (sogenannte Stufe 0) nicht berücksichtigt.
Zeitpunkt	Stichtag – Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Information / Kennzahl	Name der Einrichtung Name des Trägers Art des Trägers (kommunal, gemeinnützig, privat) Zahl der Plätze <ul style="list-style-type: none"> - Zahl der vorgehaltenen Plätze - Belegung am Stichtag Wenn möglich Prozentualer Vergleich der vorgehaltenen und tatsächlichen Belegungstage Formel für die Jahresauslastung (in %): $Auslastung = \frac{\text{tatsächliche Belegungstage pro Jahr}}{\text{Anzahl der Plätze} * \text{Öffnungstage pro Jahr}} * 100$ <i>tatsächliche Belegung pro Jahr: Summe aller Platzbelegungen pro Jahr</i>	Daten zum Bewohnerinnen- und Bewohnerkreis der sogenannten „Stufe 0“ können somit nur direkt bei den Pflegeeinrichtungen erhoben werden.
Optionale Erweiterung	Fachkraftquote in % differenziert nach Berufsgruppen Beschreibung besonderer Leistungen (Demenzkonzept, Intensivpflege etc.) Bericht zum baulichen Zustand (Baujahr, letzte Renovierung, Modernität etc.) Angaben zu geplanten Veränderungen	
Optionale Erhebung	Belegungstage im Jahresverlauf (saisonale Schwankungen der Belegung) Erhebung der Verweildauer (siehe hierzu auch Nutzerdaten)	

Infrastruktur Pflege

Pflegeeinrichtungen: Ambulante Dienste

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung in Abstimmung mit den ambulanten Diensten Künftig koordiniert mit Pflegemonitoring	In der Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes werden die Kunden der Pflegedienste ohne Pflegestufe (sogenannte Stufe 0) nicht berücksichtigt.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Information / Kennzahl	<p>Name der Einrichtung Name des Trägers Art des Trägers (kommunal, gemeinnützig, privat) Zahl der Mitarbeiter im Außendienst (einschließlich Teilzeitquote in Std. /Woche)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fachkräfte - Haushaltshilfen (qualifiziert) - An- und ungelernte Kräfte <p>Errechnung der Einsatzstunden über Äquivalenzstellen 1,0 Stelle = 1300 Std./Jahr</p> <p>Ambulanter Versorgungsquotient: $\text{Versorgungsquotient} = \frac{\text{Kreisbevölkerung}}{\text{Arbeitsstunden Pflegedienste}}$</p> <p>Zahl der Kunden (Stichtag)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesamt zum Stichtag - davon SGB XI Leistungen - davon SGB V Leistungen - davon SGB XII Leistungen - davon Selbstzahler ohne sonstige Leistungen „Stufe 0“ 	Daten zum Personenkreis der sogenannten „Stufe 0“ können somit nur direkt bei den Diensten erhoben werden.
Optionale Erweiterung	Fachkraftquote in % differenziert nach Berufsgruppen Beschreibung besonderer Leistungen (Demenzkonzept, Intensivpflege etc.)	

Infrastruktur Pflege

Komplementäre Dienste im Vorfeld der Pflege

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung (in Absprache mit den ambulanten Diensten)	Erhoben werden hier ergänzende (=komplementäre) Angebote zu den ambulanten Leistungen der Pflegedienste. Kategorial handelt es sich um alle haushaltsnahen oder unterstützenden Dienste für Privatpersonen. Diese können auch von Personen und Diensten erbracht werden, die nicht als Pflegedienst zugelassen sind.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Unter komplementären Diensten werden alle Angebote erfasst, die Serviceleistungen im Haushalt oder für die Alltagsversorgung erbringen. Darunter zählen z.B. Putzhilfen, Bringdienste, Betreuungsdienste, Essen auf Rädern etc. Auf Grund der Vielfalt und Differenzierung können in diesem Bereich keine Indikatoren erhoben werden.	
Information	Name des Dienstes Name des Trägers Ort Zuordnung zu Versorgungsregion Beschreibung der Leistungen Optional Kartographisierung Mittelfristig Einführung einer Leistungsstatistik (Art der Leistung quantifiziert nach Leistungseinheit z.B. Std. /Jahr; Zahl der Einsätze, Zahl der Kunden, Essen pro Monat)	

Medizinisch-therapeutische Dienste und Einrichtungen

Grunddaten	Erhebung ist optional	Anmerkungen
Art der Erhebung	Recherche, Branchenverzeichnis, Werbematerial	
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Unter medizinisch-therapeutische Dienste fallen alle Angebote, die von Ärzten verordnet und von der GKV gezahlt werden. Dazu zählen Apotheken, Krankengymnastik und spezialisierte Angebote der Soziotherapie u. anderes.	
Information	Art des Dienstes Bericht Sammlung der verfügbaren Informationen Optional: Kartographisierung	

Infrastruktur Pflege

Niedergelassene Ärzte

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Recherche, Branchenverzeichnis, Werbematerial Berechnung der Ärztedichte	Die Zahl der Ärzte sollte auf Kreisebene erhoben werden, darunter ist eine Differenzierung nach Versorgungsbereichen möglich. Es werden alle niedergelassenen Ärzte gezählt und ins Verhältnis zur Bevölkerung gesetzt.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Anzahl der niedergelassenen Ärzte in der Versorgungsregion. Bei der Zahl der Ärzte wird nicht zwischen Fach- und Allgemeinärzten unterschieden. Lediglich Geriater und Psychiater sollten gesondert aufgeführt werden.	
Information / Kennzahl	Zahl der niedergelassenen Ärzte im Vergleich zur Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes. $\text{Arztdichte} = \frac{\text{Einwohnerzahl}}{\text{Arztzahl}}$ Geriatrische und psychiatrische Praxen sollten, wenn möglich, zusätzlich kartographiert werden	

Einrichtungen der Prävention und Rehabilitation

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Recherche	
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Ambulante und stationäre Angebote der Rehabilitation (nur Leistungen nach SGB V). Präventionsangebote, sofern sie ebenfalls als Leistung des SGB V zu fassen sind.	
Information	Art des Angebotes Träger des Angebotes Beschreibung des Angebotes an Prävention und Rehabilitation.	

Infrastruktur Pflege

Unterstützende / alternative Wohnformen

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Recherche bei freien und gemeinnützigen Wohnungsunternehmen und Immobilienfirmen	Die Angebote des unterstützenden / alternativen Wohnens unterscheiden sich in der Form deutlich und sind daher kaum kategorial abzugrenzen. Kriterien für eine kategoriale Gliederung differenzieren nach baulichen Qualitäten sowie dem Grad der Unterstützung und Begleitung. Eine eigenständige Kategorie bilden die alternativen Wohnformen auf privater Basis.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Alle Angebote des Wohnens (Eigentums- oder Mietobjekte), die besondere Kennzeichen des Service bzw. der Gemeinschaftlichkeit beinhalten. Dazu zählen barrierefreie Objekte (DIN 18025), Betreutes Wohnen bzw. Wohnen mit Service sowie gemeinschaftliches und generationsübergreifendes Wohnen und freie selbsthilfestützte Wohnprojekte.	
Information	Art des Angebots Träger des Angebotes Beschreibung des Angebotes nach Objekt (Steckbrief). Besondere Beachtung sollten dabei die unterstützenden Elemente für Kommunikation und Mobilität finden. Differenzierungsmerkmal sollte der Grad der Unterstützungsleistungen sein: Mobilitäts erleichterungen ⇒ Betreuung ⇒ Pflegeunterstützung (ambulant)	
Kategorisierung / Indikatoren	Zahl der barrierefreien Wohnungen (DIN 18025) Zahl der Plätze in Betreuten Wohnanlagen (Hausnotruf + Betreuungsvertrag)	

Beratungsstellen

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Recherche / eigene Erhebung	Hierzu gehören zunächst die Pflegestützpunkte. Zu beachten sind aber auch Angebote der Kommunen und Wohlfahrtsverbände, die Beratung mit einem Schwerpunkt für Senioren anbieten (z.B. Wohnraumberatung).
Zeitpunkt	Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren der Kommunen und Träger	
Information	Art des Angebots Träger des Angebotes, Beschreibung des Angebotes nach Beratungsstellen und Verteilung im Versorgungsgebiet.	
Kategorisierung / Indikatoren	Mittelfristig sollte die Beratungstätigkeit statistisch ausgewertet werden. Initiativen in dieser Richtung sind geplant. Bis auf weiteres bestehen keine einheitlichen Indikatoren für die Beratungsnachfrage.	

Nutzerstruktur

Pflegebedürftige in Dauerpflegeeinrichtungen

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Statistikauswertung wird vom Statistischen Landesamt erhoben Pflegermonitoring - Pflege in stationären Einrichtungen	Pflegermonitoring des statistischen Landesamtes Von der Statistik nicht erfasst wird der Personenkreis der „Pflegestufe 0“. Dieser Personenkreis kann nur über eigene Erhebungen ermittelt werden.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Statistik der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen mit den Variablen: Geschlecht, Alter, Pflegestufe und Wohnort vor Einzug	
Kennzahl	Wanderungsbewegung: Zahl und Prozent der Personen, deren Wohnsitz vor Einzug nicht in der Versorgungsregion lag. $\text{Wanderung} = \frac{\text{Bewohner von außerhalb}}{\text{Gesamtzahl der Bewohner}} * 100$	

Pflegebedürftige in teilstationären Pflegeeinrichtungen

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Statistikauswertung wird vom statistischen Landesamt erhoben Pflegermonitoring – Teilstat. Pflege Eigene Erhebung (Wegstrecke)	Pflegermonitoring des Statistischen Landesamtes. Von der Statistik nicht erfasst wird der Personenkreis der „Pflegestufe 0“. Dieser Personenkreis kann nur über eigene Erhebungen ermittelt werden.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Statistik der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege mit den Variablen: Alter, Pflegestufe und Wohnort	
Kennzahl	Prozentualer Anteil dieser Versorgungsform an allen Pflegebedürftigen in der Versorgungsregion $\text{Teilstationäre - Pflege} = \frac{\text{Anzahl teilstationäre Pflege}}{\text{Anzahl Pflege Gesamt}} * 100$	
Analyse	Optional: Analyse des Einzugsgebietes. Bericht zu den Wegezeiten.	

Nutzerstruktur

Ambulant versorgte Pflegebedürftige

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Statistikauswertung wird vom statistischen Landesamt erhoben Pflegermonitoring – Private Pflege / Pflegemix	Pflegermonitoring des Statistischen Landesamtes. Von der Statistik nicht erfasst wird der Personenkreis der „Pflegestufe 0“. Dieser Personenkreis kann nur über eigene Erhebungen ermittelt werden.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Statistik der ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit den Variablen Alter, Pflegestufe und Wohnort	
Kennzahl	Zahl und Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen $\text{Ambulante – Pflege} = \frac{\text{Anzahl ambulant versorgter Personen}}{\text{Anzahl Pflege Gesamt}} * 100$	

Private Pflege / Pflegegeldbezieher

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Statistikauswertung wird vom statistischen Landesamt erhoben Pflegermonitoring – Private Pflege/Pflegegeld	Pflegermonitoring des Statistischen Landesamtes.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Statistik der Pflegegeldbezieher/innen in der Versorgungsregion mit den Variablen: Geschlecht, Alter, Pflegestufe und Wohnort	
Kennzahl	Zahl und Prozent der Pflegegeldbezieher $\text{Geldbezieher} = \frac{\text{Anzahl Geldbezieher}}{\text{Anzahl Pflegebedürftige ambulant gesamt}} * 100$	

Nutzerstruktur

Bewohnerinnen und Bewohner in unterstützenden / alternativen Wohnformen

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung Recherche oder Fragebogen	Siehe hierzu auch den entsprechenden Punkt im Bereich Infrastruktur.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Zahl der Personen, die in Betreuten Wohnanlagen und alternativen Wohnprojekten leben. Betreutes Wohnen zeigt eine besondere Vielfalt. Es reicht vom Hausnotruf bis zur Seniorenwohnanlage mit Mittagstisch und kurzzeitiger Krankheitsbetreuung. Alternative Wohnangebote sind im Gegensatz zum Betreuten Wohnen meist selbst organisiert oder verfolgen einen Mehrgenerationsansatz des Wohnens. <i>Achtung: Hiervon zu unterscheiden sind Angebote der Behindertenhilfe. Entsprechende Angebote können nachrichtlich aufgeführt werden.</i>	Die Berechnung der Plätze in unterstützenden und alternativen Wohnanlagen wird sich wegen der kategorialen Probleme nicht genau feststellen lassen. Angesichts der bisher kaum ins Gewicht fallenden Anzahl der Plätze in diesem Bereich geht hier die Entwicklungsbeobachtung vor Genauigkeit.
Kennzahl	Zahl und Prozent der 60-jährigen und Älteren, die in betreuten oder alternativen Wohnanlagen leben. Indikator: Wohnalternativen im Alter $\text{Unterstützendes – Wohnen} = \frac{\text{Anzahl Bewohner in Einrichtung}}{\text{Anzahl >60 J.}} * 100$	
Optional	Recherche bzw. Befragung weiterer Qualitäten. Die Vielfalt des Angebotes erschwert eine eindeutige Kategorisierung der Qualität des Angebotes. Als Merkmale der qualitativen Differenz können herangezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> - bauliche Qualitäten (DIN 18025) - Betreuungsqualitäten (Preis-Leistung) - Wohnumfeldqualitäten - Mitspracherechte (Partizipation) 	

Nutzerstruktur

Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung Auswertung der Sozialhilfedaten	
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger und durchschnittliche Leistung in Euro pro Person/ Monat. Hierzu zählen insbesondere die Leistungen, die auf Grund §§ 61 – 66 SGB XII gezahlt wurden. Wenn möglich sollten besonders die Leistungsnehmerinnen und Leistungsnehmer der sogenannten <u>Stufe 0</u> und die Personen, die <u>keine</u> Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, gesondert aufgeführt werden.	
Kennzahlen	Zahl und Prozent der 60-jährigen und Älteren, die Leistungen der Hilfe zur Pflege bezogen haben. $H.z.Pflege - Ambulant = \frac{\text{Anzahl Hilfe zur Pflege ambulant}}{\text{Anzahl ambulante Pflege Gesamt}} * 100$ $H.z.Pflege - Stationär = \frac{\text{Anzahl Hilfe zur Pflege stationär}}{\text{Anzahl stationäre Pflege Gesamt}} * 100$ Durchschnittliche Leistung pro Monat / Leistungsbezieher $Leistungshöhe = \frac{\text{Gesamtausgaben Pflege}}{\text{Anzahl Leistungsempfänger}} * 100$	
Optional	Eine weitere Differenzierung, die vorgenommen werden kann, ist die Differenzierung zwischen ambulanten und stationären Leistungen der Hilfe zur Pflege. Ebenfalls relevant oder berichtenswert, hier aber nicht als Kernindikator aufgenommen, ist die Zahl der Personen (>60), die alleine leben und Leistungen der Grundsicherung beziehen.	

Sozialstruktur

Bevölkerungsstruktur

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung Statistisches Landesamt / Institut Auswertung der Bevölkerungsdaten	Quellen: Daten des Statistischen Landesamtes oder das zentrale Melderegister für Rheinland-Pfalz (EWOISneu) der KommWis GmbH
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht in der Versorgungsregion. Möglichst kleinräumige Gliederung bis auf die Ebene der Gemeinde und des Quartiers.	EWOISneu bietet jeweils aktuelle Meldedaten bis auf die Ebene der Ortsgemeinden mit den Merkmalen: - Haupt- und Nebenwohnsitz - Geschlecht - Alter (10-Jahres-Koh.) - Religionszugehörigkeit - Familienstand
Kennzahlen	Ab der Altersgruppe der 60-jährigen und Älteren sollte der prozentuale Anteil zur Gesamtbevölkerung für 10-Jahres-Alterskohorten dargestellt werden. $\% - Kohorte = \frac{\text{Anzahl Alterskohorte}}{\text{Anzahl Gesamtbevölkerung}} * 100$ <p>Entwicklung des „Pflegepotentials“ Der Indikator zur Entwicklung des Pflegepotentials ergibt aus der Zahl der 40 – 59-jährigen im Verhältnis zu den 80-jährigen und Älteren. Formel: $\text{Pflegepotential} = \frac{\text{Anzahl } >39 < 60 \text{ Jahre}}{\text{Anzahl } > 79 \text{ Jahre}}$</p>	Das Angebot ist kostenfrei zu erreichen unter www.kommwis.de .
Optional	Die Entwicklung des Pflegepotentials lässt sich auch dadurch verdeutlichen, dass in einer Prognose das Verhältnis im Ausgangsjahr gleich 100 gesetzt wird und die Veränderungspotentiale der Zukunft als prozentuale Veränderung dargestellt werden. Ein entsprechendes Vorgehen sollte mit einem Fachinstitut erörtert bzw. umgesetzt werden.	

Sozialstruktur

Haushaltsstruktur

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Statistikauswertung Mikrozensus und andere Quellen	Haushaltsstrukturdaten sind statistisch lediglich auf der Basis des Mikrozensus verfügbar. Quelle: Statistisches Landesamt Mikrozensus 2008 Als Ersatzindikator lässt sich noch der Familienstand auswerten. Die Annahme wäre hier, dass ältere Ledige und Verwitwete in der Regel alleine leben.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Anteil der Ein- und Zwei-Personen-Haushalte unter den 60-jährigen und Älteren. Die Daten sind nicht regionalisierbar und können nur auf Basis der Regionen ausgewertet werden.	
Kennzahl	Prozentualer Anteil der Ein-Personen-Haushalte (> 60 J. > 80 J.) im Vergleich zum Landesschnitt	

Wirtschaftliche Infrastruktur - Alltagsversorgung

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung Branchenrecherche / Sozialraumanalyse	Definition Einrichtungen des täglichen Bedarfs: Einkaufsmöglichkeiten bestehen für: - Fleisch- /Wurstwaren - Brotwaren - sonstige Lebensmittel - Hygieneartikel - Medikamente 5 Punktesystem: Wenn alle fünf Angebote vorhanden sind, ergibt sich Vollpunktzahl, die sich bei Wegfall eines Angebotes jeweils reduziert Radius: ca. 1.000 Meter oder Ort / Stadtteil
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition	Qualität der Versorgung mit Gütern des täglichen Lebens (Lebensmittel) im nähräumigen Umfeld	
Information	Versorgungsqualität ist gegeben wenn im Umfeld von 0 – 1000 Meter Einkaufsmöglichkeiten des täglichen Bedarfs bestehen (Supermarkt, Bäcker etc.).	
Darstellung Optional	Beschreibend oder visualisierend. Gemeinden, Ortsteile und Quartiere werden hinsichtlich ihrer Versorgungsqualität mit Gütern des täglichen Bedarfs gekennzeichnet.	Punktesystem

Sozialstruktur

Öffentlicher Nahverkehr

Grunddaten		Anmerkungen
Art der Erhebung	Eigene Erhebung Fahrpläne / Sozialraumanalyse	Erreichbarkeit eines Mittelzentrums Definition: Klinik, mehrere Fachärzte, Apotheken, Verwaltung, Post, regionaler Bahnhof mit Anbindung an Oberzentrum bzw. für Stadtteile gute Nahverkehrsanbindungen, Klassifikation nach Dauer der Fahrt und Häufigkeit der Verbindung.
Zeitpunkt	Stichtag / Ende des Jahres 2-jährliche Wiederholung	
Definition		
Information	Mobilität ist (noch) gewährleistet, wenn eine Fahrstrecke in 30 Min. zu bewältigen ist und die Hin- und Rückfahrt ins regionale Oberzentrum am Vor- bzw. Nachmittag gewährleistet ist.	
Darstellung Optional	Beschreibend oder visualisierend. Gemeinden, Ortsteile und Quartiere werden hinsichtlich ihrer ÖPNV Verbindungen verglichen.	

I.3.1.3 Das Pflegemonitoring

Die Bundespflegestatistik (§ 109 SGB XI) bietet bisher keine Möglichkeit, Pflegebedürftige nach Ihrem Wohnort zu differenzieren. Dies liegt am Verfahren der Erhebung: Während die Daten der Personen, die Geldleistungen erhalten, von den Spitzenverbänden der Pflegekassen mit dem Merkmal der Postleitzahl³³ an das Bundesamt für Statistik gemeldet werden, wird in der Pflegedienstleistungsstatistik auf dieses Merkmal verzichtet. Die ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen melden in anonymisierter Form die betreuten Pflegebedürftigen mit den Merkmalen Alter, Geschlecht und Art des Leistungsbezuges an die statistischen Landesämter. Bei den von den statistischen Landesämtern und dem Bundesamt veröffentlichten Kreisvergleichen sind die Pflegebedürftigen mit Sachleistungen deshalb dem Standort des Dienstleisters zugeordnet. Dieses Verfahren ist durch die unterschiedlichen Datenquellen³⁴ und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zum Standort des Dienstleisters für Regionalanalysen unpräzise, gleichwohl bisher aber das einzig verfügbare regionalisierte Datenmaterial zur Pflege.

Für die kommunale Pflegestrukturplanung, die sozialräumlich ausgerichtet sein sollte, ist dies in zweierlei Hinsicht unbefriedigend: Zum einen sind für eine wohnortnahe Versorgung valide Daten auf der Ebene der Gemeinden und Stadtteile erforderlich, zum anderen verschleiert die Zuordnung der Sachleistungsnehmer zum Standort des Dienstes oder der stationären Einrichtung den Wohnort bzw. ehemaligen Wohnort der Pflegebedürftigen.

Im Projekt „Modellkommunen Pflegestrukturplanung“ wurde deshalb parallel zur Erhebung der Bundespflegestatistik im Dezember 2007 der Wohnort mit erhoben. Die ambulanten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen ergänzten dabei die Angaben für die Bundesstatistik jeweils um die Postleitzahl ihrer Kunden. Da zum damaligen Zeitpunkt die Erhebungsinstrumente der Bundesstatistik nicht einfach um das Merkmal der Postleitzahl erweitert werden konnten, erfolgte die Erhebung getrennt. Trotz dieses Mehraufwandes fiel die Resonanz bei den Diensten und Pflegeeinrichtungen überwiegend positiv aus. Sofern eine Beteiligung ausgeschlossen wurde, lag dies meist an operativen Schwierigkeiten.

Diese positiven Erfahrungen veranlassten das Land Rheinland-Pfalz, künftig die Postleitzahlen im Rahmen der Erhebung zur Bundespflegestatistik durch das Statistische Landesamt in Rheinland-Pfalz (mit)erheben zu lassen. 2010 werden damit für Rheinland-Pfalz landesweit erstmalig regionalisierte Daten zur sozialräumlichen Verteilung der Pflegebedürftigkeit und der Art der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen verfügbar sein. Für die kommunale Pflegestrukturplanung ist dies ein wesentlicher Schritt in Richtung einer verbesserten Datenlage und der Einstieg in das Pflegemonitoring³⁵, die regelmäßige Beobachtung der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auf der Ebene der Postleitzahlenbezirke.

Mit dem Wohnortbezug lassen sich die Pflegebedürftigen den Postleitzahlenbezirken zuordnen. Dabei ist eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Pflegeleistungsart möglich. Die

³³ Die Spitzenverbände der Pflegekassen melden die Daten der Geldleistungsnehmer/innen anonym an das statistische Bundesamt. Die Postleitzahl ist das Merkmal mit dem die Daten dem Raum zugeordnet werden.

³⁴ Die Pflegestatistik weißt 60.000 Pflegebedürftige (3%) mehr aus, als die Stichtagserhebung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegeversicherung (PPV) ergeben hat. Zur Begründung vgl. Statistische Ämter der Länder (2007): Pflegestatistik 2005. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. S.27.

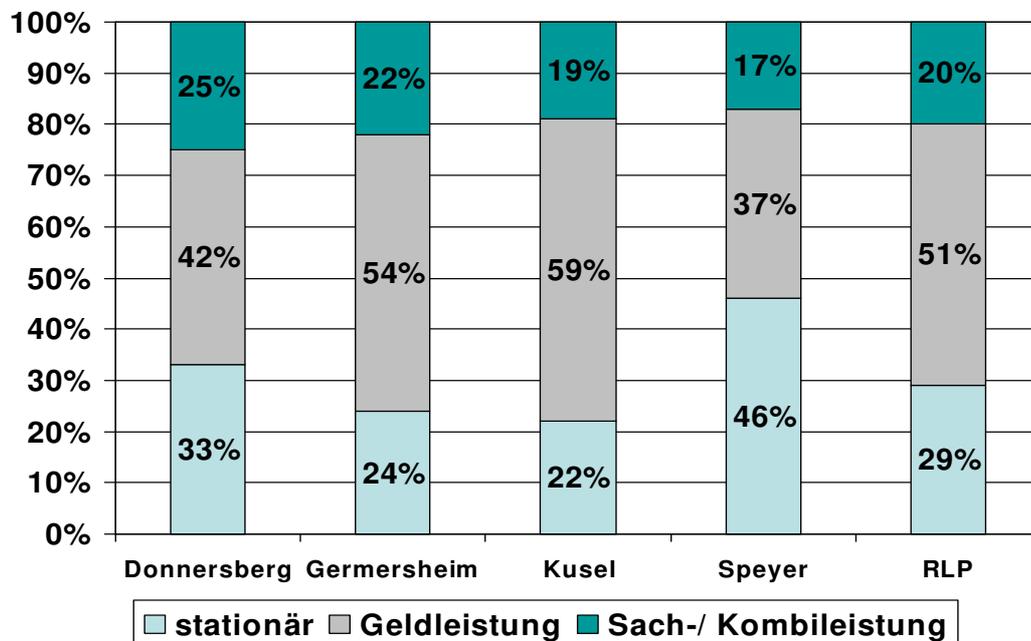
³⁵ siehe Glossar

Differenzierung nach Geld- und Sachleistung bzw. stationäre Versorgung wird zeigen, welche Pflegepräferenzen in den jeweiligen Gemeinden und Stadtteilen vorliegen.

Im Rahmen des Modellprojektes wurden die Daten in vier Regionen exemplarisch ausgewertet. Durch die Piloterhebung wurde deutlich, dass erhebliche Differenzen zwischen den Gebietskörperschaften bestehen. Bei einer vergleichbaren Ausgangslage hinsichtlich der Geschlechts-, Alters- und Pflegestufenverteilung werden in der Stadt Speyer 46 Prozent der Pflegebedürftigen stationär versorgt, während im Landkreis Kusel nur 22 Prozent diese Leistungsart wählen (Abb. 5).

Die nachfolgende Tabelle stellt die Verteilung der Art der pflegerischen Versorgung in vier verschiedenen Kommunen ohne Bereinigung nach der Herkunftskommune der Pflegebedürftigen dar.

Art der Pflegeleistung



© AGF, Freiburg 2009

Abbildung 5: Leistungsvergleich Kreisebene

Gleichzeitig zeigte die Auswertung des letzten Wohnortes, dass diese Differenz nicht durch die Übersiedlung aus dem Umland in die Stadt zu begründen ist. 86 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen in Speyer (Abb. 7) kamen aus dem Nahraum (bis 10 Kilometer) der Einrichtungen. Im Gegenzug dazu weisen die Landkreise einen höheren Anteil an Personen mit Geldleistungen aus. Die exemplarische Auswertung zeigte, dass auch hier erhebliche Unterschiede bestehen. Während etwa der Anteil der Geldleistungsnehmer im Donnersbergkreis kaum höher liegt als in der Stadt Speyer, wählen mit 59 Prozent der Pflegebedürftigen im Landkreis Kusel deutlich mehr Personen die Geldleistung.

Kreisvergleiche wurden auch schon bisher von den Statistischen Landesämtern veröffentlicht. Mit dem neuen Verfahren sind nun aber auch differenziertere Analysen möglich. Dies lässt sich besonders prägnant am Donnersbergkreis aufzeigen. Von den 764 Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeeinrichtungen (33 Prozent aller Pflegebedürftigen im Kreis) hatten 317 Personen ihren Wohnort vor dem Einzug nicht innerhalb des Kreisgebietes.

Abbildung 6 zeigt, dass auch zwischen den Verbandsgemeinden erhebliche Differenzen im Verhältnis der Versorgungsarten bestehen. Während in der Verbandsgemeinde Göllheim mit 55 Prozent die meisten Pflegebedürftigen die Geldleistung wählen, sind es in der Verbandsgemeinde Rockenhausen 43 Prozent, dafür liegt hier der Prozentwert der ambulant Versorgten mit 35 Prozent deutlich über dem Durchschnitt. Zu bedenken sind dabei allerdings die Verflechtungen mit den Nachbarkreisen. Die unterschiedlichen Versorgungsquoten könnten dadurch entstanden sein, dass ein relevanter Teil der stationär Versorgten jenseits der Kreisgrenzen Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen belegt und damit in der Kreisstatistik nicht berücksichtigt wird. Eine stationäre Pflegeeinrichtung im Nachbarkreis kann für die Bürgerinnen und Bürger einer Grenzgemeinde im Donnersbergkreis die wohnortnahe Lösung darstellen. Versorgungspräferenzen orientieren sich nicht an politischen Kreisgrenzen, sondern sind durch kulturelle, wirtschaftliche und alltagspraktische Faktoren bedingt.

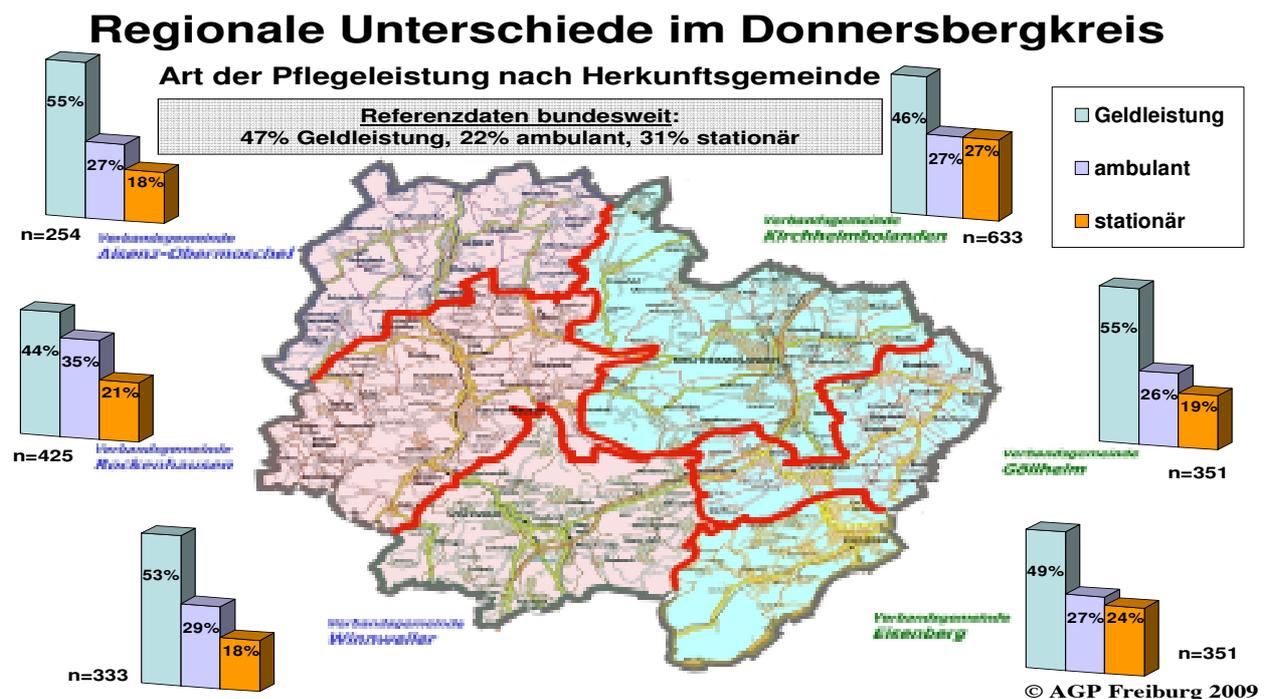


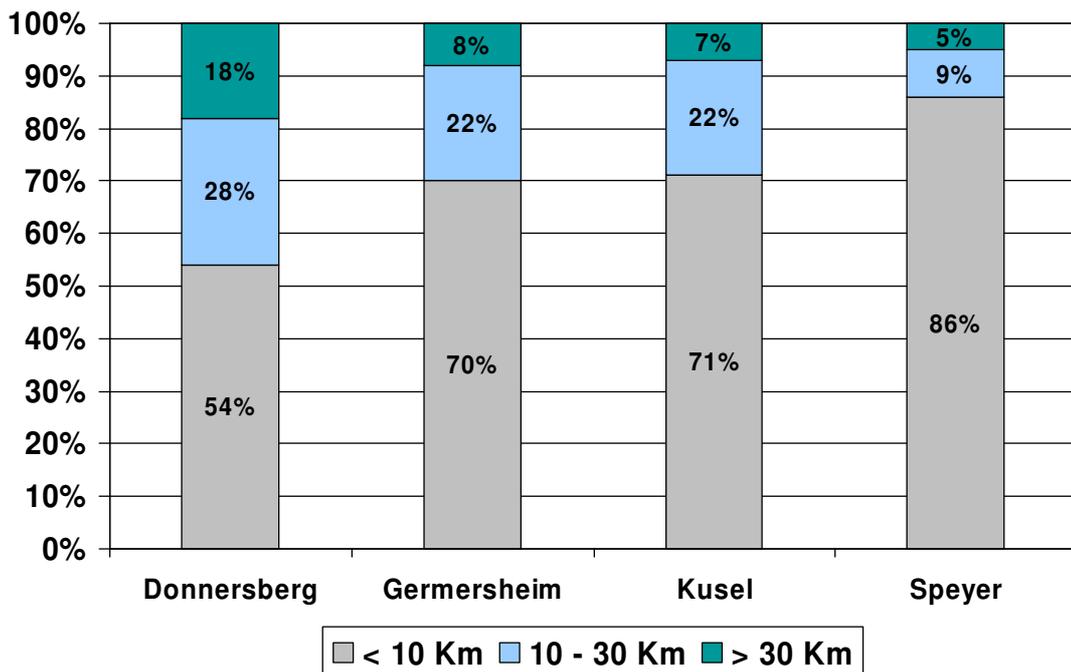
Abbildung 6: Regionale Versorgungsquoten

Damit werden durch die hier vorgestellte Analyse zunächst mehr Fragen als Antworten aufgeworfen. Die niedrige stationäre Quote von 18 Prozent in Winnweiler könnte auch dadurch entstanden sein, dass Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen des direkten Nachbarkreises versorgt werden. Dies lässt sich durch die Einzelbetrachtung des Donnersbergkreises jedoch nicht abschließend beantworten. Mit der landesweiten Erhebung 2009 wird das Bild allerdings klarer werden, da sich dann die verschiedenen Postleitzahlenbezirke auch regional vergleichen lassen.

Für Kommunalpolitik, Investoren und Pflegedienstleister bietet das Pflegemonitoring eine verbesserte Datenlage zur Steuerung von Investitionen und für sozialpolitische Entscheidungen, da Wanderungsbewegungen, Versorgungsbereiche und Pflegebedarfe analysiert werden können.

Abbildung 7 zeigt dabei eine der Möglichkeiten, die Berechnung der wohnortnahen Versorgung bzw. die Tendenz zum Wohnortwechsel auf Grund eines Einzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Stationäre Versorgungsdistanz im Vergleich



© AGP Freiburg 2009

Abbildung 7: Distanz zum letzten Wohnort

Berechnung der Distanz zum letzten Privatwohnsitz

Für die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung wurde die Entfernung des letzten Privatwohnsitzes vom Ort der Einrichtung ermittelt. Das Verfahren ist allerdings recht aufwendig, da die Entfernungen über die spezifischen Postleitzahlenpaare berechnet werden müssen. Das AGP setzte hierfür ein kleines Softwareprogramm eines Informatikstudenten ein.

Die so errechneten Entfernungen wurden für die Auswertung in drei Kategorien eingeteilt: bis 10 Km (wohnortnahe Versorgung), bis 30 Km (regionale Versorgung) und über 30 Km (weiter entfernte Versorgung).

1.3.2 Beteiligungsplanung (Partizipation)

Partizipation wird in der Politikwissenschaft und Soziologie in der Regel als Teilnahme und Teilhabe an politischen und sozialen Prozessen gesehen. Für Partizipation wird meist mit den Argumenten der Emanzipation durch Beteiligung (Empowerment) und der Effizienz von Prozessen durch den Ausgleich von Interessenskonflikten gesprochen, gegen Partizipation werden häufig Argumente des Prozessaufwandes und der Entscheidungsverschleppung angeführt. Gleichwohl wird anerkannt, dass die außerparlamentarischen Bürgerbewegungen seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts die politischen Entscheidungsprozesse deutlich geprägt haben.³⁶ Gerade im Bereich der Sozialpolitik würde die politische Willensbildung ohne die zahlreichen, kompetenten und engagierten Selbsthilfegruppen an Qualität verlieren. Politikwissenschaftlich wird die Entwicklung der Zivilgesellschaft³⁷, in der sich Bürger und Bürgerinnen aktiv für das Gemeinwohl engagieren, eng mit der Lösung sozialer Probleme verbunden.

Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern nur unter dem Aspekt der politischen Willensbildung und als Gegenmacht zu etablierten Formen des Parlamentarismus zu sehen, wäre zu kurz gegriffen. Spätestens seit der Enquete-Kommission „Bürgerschaftliches Engagement“³⁸ ist die Bedeutung der Teilnahme und Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger am Leben der Gesellschaft auch öffentlich deutlich geworden. Jugendarbeit und Schule, Feuerwehr und Katastrophenschutz, Kultur- und Sportveranstaltungen, Vereine und Selbsthilfegruppen; überall mischt sich berufliches mit dem freiwilligen Engagement. Das klassische Ehrenamt wird dabei zunehmend durch zeitlich befristetes Projektengagement ergänzt. Relativ neu und viel beachtet sind die Initiativen der „trisektoralen Kooperationen“, wenn in Regionen durch die Zusammenarbeit von staatlichen Akteuren, der Privatwirtschaft und dem bürgerschaftlichen Engagement soziale Infrastruktur wie öffentliche Bibliotheken und Schwimmbäder erhalten wird³⁹

Auch im engeren Themenbereich der Pflegestrukturplanung wird Beteiligung vor dem Hintergrund unterschiedlicher Professions- und Finanzierungslogiken sowie komplexer Netzwerkkonstellationen zum zentralen Element. Dies gilt umso mehr, wenn man sich vor Augen hält, dass im Hilfemix nicht nur professionelle Dienstleistungen zu koordinieren sind, sondern auch das Engagement von Freiwilligen und Angehörigen einzubinden und zu würdigen ist. Gerade hinsichtlich der Themen Selbstbestimmung, Lebensqualität und Teilhabe erfordert dies eine multiperspektive Herangehensweise und kann nicht nur professioneller Definitionsmacht überlassen werden.

Literaturempfehlung:

Bertelsmann Stiftung (2009): Initiieren – Planen – Umsetzen.

³⁶ Vgl. hierzu Fürst D & Scholles F (Hrsg.) (2008): Handbuch der Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. Dortmund

³⁷ Klie T & Roß PS (2000): Werkstatt der Zivilgesellschaft. Förderung bürgerschaftlichen Engagements als gesellschaftspolitisches Lernprojekt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 11+12/2000

³⁸ Deutscher Bundestag (2002): Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“. Bonn

³⁹ Nexus: Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung (2008): Leitfaden: Zivilgesellschaftliche Infrastruktur in (Ost-)Deutschland. Gestaltung von Kooperationsbeziehungen zwischen Verwaltung, Unternehmen und Drittem Sektor.

I.3.2.1 Beteiligungsebenen und Akteure

Die Verknüpfung von familiären und freiwillig erbrachten Leistungen mit professionellen Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens erfordert eine Differenzierung von Beteiligungsprozessen und -methoden. Die Förderung bürgerschaftlichen Engagements und die Vernetzung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen im Quartier, Stadtteil und der Gemeinde ist inhaltlich wie formal anders zu gestalten als die Zusammenarbeit in den Regionalen Pflegekonferenzen. Dies kam auch im Modellprojekt „Pflegestrukturplanung“ zum Ausdruck. Je nach Projekt und Aufgabenstellung wurden unterschiedliche Beteiligungsebenen und Akteure angesprochen.

Beteiligungsebenen und Akteure

	Pflege- & Gesundheitswesen	Bürgerschaft	Verwaltung	Wirtschaft
Beteiligungs-ebene	Regionale Pflegekonferenz	Gemeinde, Stadtteil, Quartier	Kreistag, Stadtrat, Ausschüsse, Dezernate, Ortsräte	Handwerkskammer, Innungen, Bau- u. Wohnungswirtschaft Einzelhandel
Akteure	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege- und Krankenkassen • Pflegedienste • Krankenhäuser • Arztpraxen, Apotheken • Wohlfahrtspflege • Therapeuten • Selbsthilfegruppen • Pflegestützpunkte 	<ul style="list-style-type: none"> • Kirchengemeinden • Ortsgruppen d. Parteien • Sportvereine • Kulturvereine • Initiativen • Nachbarschaftsgruppen • Sozialarbeiter/in 	<ul style="list-style-type: none"> • Kreis-, Stadt- u. Ortschaftsräte • Dezernenten • Dienststellenleiter • Abteilungsleiter • Fachreferenten Pflege & Altenhilfe • Geschäftsführung kommunale Betriebe 	<ul style="list-style-type: none"> • Unternehmer • Geschäftsführer • Innungsmeister • Architekten • Einzelhändler • Handwerker • Bus- und Taxiunternehmer
Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung des Datenreports • Strategieworkshops • Arbeitsgruppen • Externe Studien 	<ul style="list-style-type: none"> • runde Tische • Zukunftswerkstatt • aktivierende Befragung • Empirische Spaziergänge 	<ul style="list-style-type: none"> • Sitzungen • Arbeitsgruppen • Behördenbeteiligung • Stellungnahmen • Gutachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionaltagungen • Infomaterialien u. Kampagnen • Arbeitsgruppen • Ausstellungen & Messen
Themen (Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Versorgung • Überleitungsverfahren • Infomaterialien • Vernetzungsabsprachen 	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinschaftliche Wohnformen • Familienübergreifende Hilfen • Zeitspenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalt Einzelhandel • Barrierefreiheit öffentlicher Raum • Dezernatskoordination • Dorferneuerung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnraum- anpassung • gemischte Wohnformen • Barrierefreiheit

Abbildung 8: Beteiligungsebenen und Akteure

Pflege- & Gesundheitswesen

Zentrale Ebene und Kernelement der kommunalen Beteiligungsplanung sind die Regionalen Pflegekonferenzen: § 4 LPflegeASG verpflichtet in Rheinland-Pfalz jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt eine Regionale Pflegekonferenz zu bilden. Zu ihren Aufgaben gehört die „Mitwirkung bei der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur, der Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und der Bildung kooperativer Netzwerke auf örtlicher Ebene“ (§ Abs. 1 LPflegeASG).

Das LPflegeASG gibt nicht vor, wie dieses Gremium formal zu bilden ist, benennt aber den Teilnehmerkreis der Regionalen Pflegekonferenzen. Insbesondere sollen „Vertreterinnen und Vertreter der Dienste und Einrichtungen, der Beratungs- und Koordinierungsstellen (§ 5

LPflegeASG), der Pflege- und Krankenkassen und sonstiger Sozialleistungsträger, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der im Bereich der Pflege bestehenden Verbände und sonstigen Organisationen sowie von Selbsthilfegruppen pflegebedürftiger Menschen oder ihrer Angehörigen angehören“ (§ 4 Abs. 2 LPflegeASG). Mit der Öffnung für Angehörige und Selbsthilfegruppen sind die Regionalen Pflegekonferenzen nicht nur zur institutionellen Koordinierung der Infrastruktur angelegt. Sie sollen auch die kulturelle Weiterentwicklung des Bürgerschaftlichen Engagements und der freiwilligen Hilfen befördern. Dieser Anspruch einer integrierten kommunalen Gesundheits- und Pflegepolitik kommt auch darin zum Ausdruck, dass nach den Vorstellungen des Landes⁴⁰ der Vorsitz der Regionalen Pflegekonferenzen in die Hände der Landrätinnen und Landräte bzw. der Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister gelegt werden soll und die Pflegekonferenzen sich aus Akteuren des Gesundheits-, Sozial- und Pflegebereiches sowie der Selbsthilfe bilden. Gleichzeitig lassen das Gesetz und die Empfehlung des Landes bei der formalen Gestaltung der Regionalen Pflegekonferenzen Gestaltungsspielräume. Lediglich die Mitwirkung an dem Ziel der Vernetzung und Kooperation ist vorgegeben. Angesichts der Heterogenität des Teilnehmerkreises, der unterschiedlichen Funktionslogiken und der fehlenden direkten Anreize zur Zusammenarbeit, ist die Arbeitsfähigkeit des Gremiums in hohem Maße von der Motivation und Konsensfähigkeit abhängig. Ob die Regionalen Pflegekonferenzen Dialog- und Entscheidungsverfahren und Geschäftsordnungen entwickeln und sich damit eine selbst gewählte Struktur geben, entscheiden die Akteure.

Bürgerschaft

Die Entwicklung und Vernetzung informeller und formeller Hilfen auf lokaler und sublokaler Ebene lässt sich nicht auf administrativem Wege erreichen. Bürger und Bürgerinnen können sich spezifisch für Sachthemen, etwa in der Alzheimer Gesellschaft, zusammen finden und entscheiden, wo sie dieses Engagement erbringen möchten - in ihrer Stadt, ihrem Stadtteil oder ihrem Wohnviertel. Im individuellen Engagement ist immer beides gegeben: die spezifische Motivation und der soziale Ort, an dem es erbracht wird. Engagement von Mensch zu Mensch kennt dabei räumliche Grenzen. Große Entfernungen steigern den Aufwand und begrenzen die Beteiligungsformen und die Häufigkeit des persönlichen Kontaktes.

Insofern sind die Möglichkeiten des Engagements in den Städten anders gegeben als im ländlichen Raum. Die Engagementförderung in den Landkreisen wird sich wegen der räumlichen Distanz auf der Ebene der Gemeinden realisieren lassen. Administrativ richtet sich die Engagementförderung damit an die Bürgermeister/innen, Ortsvorsteher/innen und Gemeinderäte sowie die Kirchengemeinden. Anknüpfen lässt sich aber auch an gewachsene Strukturen der lokalen Identität, etwa an den Heimat- und Kulturvereinen oder ganz prominent an der Tradition der Krankenpflegevereine, die seit Einführung der Pflegeversicherung in Teilen ihre Funktionen verloren haben. In vielen Gemeinden und Städten haben sich Bürgervereine als Sammelbecken und Organisationsform des sozialen Engagements bewährt.^{41 42} Sie bilden den organisatorischen Rahmen um verschiedene Sachthemen unter dem Dach lokaler Identität zu verbinden.

⁴⁰ MASFG – Ministerium für Arbeit, Soziales Familie und Gesundheit (2006): Regionale Pflegekonferenzen in Rheinland-Pfalz.

⁴¹ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2006): Bürgerstiftungen. Engagement von Bürger für Bürger . Gütersloh

⁴² Vgl. hierzu auch den Projektbericht des Landkreises Mayen-Koblenz

Auch Planungsprozesse gewinnen an Innovationskraft, wenn verschiedene Altersgruppen und Akteure aus Kirchen, Verwaltung, Vereinen und Wirtschaft mit professionellen Vertreterinnen und Vertretern der Dienste und Einrichtungen unter dem Dach gemeinsamer Identität (unsere Stadt!) in den Dialog gebracht werden. So lassen sich unter dem offenen Thema: „Leben und älter werden in ...“ meist viele Ideen entwickeln, wie die Lebensqualität und die Zusammenarbeit der Generationen verbessert werden kann.

Öffentliche Verwaltung

Die Bedeutung der Mobilität und der lokalen Infrastruktur für die selbstständige Lebensführung bei Behinderung rücken den Nahraum, das Quartier, in den Blick. Die Dörfer und Stadtquartiere setzen den Rahmen für das Leben in Familien und Nachbarschaften und schaffen Möglichkeiten der Teilhabe, Kommunikation und Begegnung der Generationen. Gerade für Familien, Kinder und ältere Menschen zählt die positive Beschaffenheit des öffentlichen Nahraumes zu den wesentlichen Faktoren von Lebensqualität. Nicht von ungefähr rückt deshalb das Quartier für alle Generationen in den Fokus der Stadt- und Raumplanung.⁴³ Für die Pflegestrukturplanung sind die verkehrspolitischen und städtebaulichen Entwicklungen vor allem hinsichtlich der Entfaltung des lokalen Gemeinwesens, der Barrierefreiheit des öffentlichen Raumes, der Alltagsversorgung und der gemischten Wohnangebote von Bedeutung. Integrative Quartierskonzepte sollten nach dem Konzept der kurzen Wege eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Pflege ermöglichen und die lokale Solidarität und Selbstsorge stärken.

Die Pflegestrukturplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz wird damit Teil einer generationsübergreifenden Sozial- und Gesundheitsplanung, die die erforderliche Infrastruktur auf die jeweiligen Bedarfe und Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen (jung und alt) und kulturellen Milieus im Quartier abstimmt und kleinräumig strukturiert.

Für die kommunalen Verwaltungsprozesse bedingt dies einen Handlungsauftrag. Die bisher weitgehend autonome Sozial-, Verkehrs- und Bauplanung sollte stärker verzahnt werden und Verfahren und Instrumente einer integrativen Zusammenarbeit entwickeln. Das familienfreundliche und generationensensible Stadt- und Wohnquartier wird sich nicht nur an der Kinderbetreuung- und Schulformvielfalt entscheiden, sondern auch daran, welche Möglichkeiten selbstständiger Lebensführung es bei Behinderung bietet. Die Palette von präventiven Maßnahmen ist dabei bunt und reicht vom gemeinschaftlichen und barrierefreien Wohnraum über öffentliche Freiflächen der Begegnung, Verkehrsberuhigung, haushaltsnahen Serviceangeboten, Begegnungs- und Betreuungsangeboten bis zur Einbindung der stationären Pflegeeinrichtungen in das Gemeinwesen.

Die Beispiele integrativer Kommunalplanung und Quartiersentwicklung sind inzwischen zahlreich. Sie reichen von Aktionen, wie empirischen Spaziergängen⁴⁴ oder der Checkliste der barrierefreien Stadt⁴⁵ über Quartiersarbeit⁴⁶ und das Programm „Soziale Stadt“⁴⁷ bis zu internationalen Konzepten, wie das Netzwerk der Global Age-Friendly Cities⁴⁸ der WHO.

⁴³ BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2007): Stadtquartiere für Jung und Alt. Das ExWoSt-Forschungsfeld „Innovationen für familien- und altengerechte Stadtquartiere“. Berlin

⁴⁴ Meyer M & Mischke C (2009): Leben und Altern im Quartier (LAQua). Untersuchung der subjektiven und objektiven Wohnbedingungen von älter werdenden und/oder behinderten Menschen im Stadtteil Alt-Saarbrücken. Saarbrücken

⁴⁵ Stadt Münster (2005): Bauen für alle. Barrierefrei. Checkliste für Barrierefreies Bauen

Gesetzlich ist die Beteiligung der Öffentlichkeit und die Behördenkoordination in der Bauleitplanung verankert. Das Baugesetzbuch sieht in § 3 BauGB die Beteiligung der Öffentlichkeit vor und verpflichtet die Gemeinde nach § 4 BauGB, die Stellungnahmen von Behörden und sonstigen Trägern öffentlicher Belange einzuholen. Die Zusammenarbeit des Baudezernats mit dem Sozialdezernat und der Regionalen Pflegekonferenz könnte aber auch zur Steuerung des Pflegemarktes eingesetzt werden, wenn eine neue stationäre Pflegeeinrichtung geplant wird und zu befürchten ist, dass diese Investition die bisherige Struktur gefährden könnte⁴⁹. Nach § 34 Abs. 3 BauGB dürfen von Bauvorhaben innerhalb bebauter Ortsteile keine schädlichen Auswirkungen auf zentrale Versorgungsbereiche in der Gemeinde oder in anderen Gemeinden ausgehen.

Wirtschaft

Die Bedeutung altersgerechter Wohnformen und des Wohnumfeldes und der Bedarf an Wellness- und Serviceangeboten wird den Markt der Dienstleistungen und Produkte für Senioren und Seniorinnen in den nächsten Jahren wachsen lassen. Neue Kooperationen mit der lokalen Wirtschaft können die Potentiale von Technik und Dienstleistung für die selbstständige Lebensführung in Privathaushalten ausschöpfen. Anlässe der regionalen Zusammenarbeit bieten sich in verschiedener Hinsicht:

- Die öffentliche wie private Wohnungs- und Bauwirtschaft hat bisher auf die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft nur teilweise reagiert. Das Erfolgsmodell des Betreuten Wohnens oder Servicewohnens sollte weiterentwickelt werden. Zukunftsfähig und gefragt sind Initiativen, in denen barrierefreie und gemeinschaftliche Wohnformen in Quartierskonzepte eingebunden sind. Die Entwicklung von Einzelprojekten, die sich als partielles Angebot eines kommunal abgestimmten Gesamtkonzeptes verstehen, zeigen hier in die Zukunft. Im ländlichen Raum wird es dabei in besonderem Maße auf die Mittel- und Ressourcenvernetzung ankommen. So können z.B. leer stehende öffentliche Gebäude mit privater Initiative für ein integriertes Projekt von Wohnraum, Begegnung und Dienstleistung genutzt werden.⁵⁰
- Für das lokale Handwerk sind vor allem der Markt der Sicherheits- und Servicetechnik im privaten Haushalt und die Wohnraumanpassung bei Behinderung interessant. In den letzten Jahren wurden in diesem Sektor sehr unterschiedliche Produkte⁵¹ entwickelt, die aber bisher sowohl im Handwerk als auch bei Seniorinnen und Senioren wenig bekannt sind. Kampagnen zu Technik und Fördermöglichkeiten der Wohnraumanpassung befördern das Wissen und nutzen dem Handwerk.
- Handel, Handwerk und die mittelständische Industrie bieten sich aber auch als Partner für Marketing und Fundraising an. Einen viel beachteten Beitrag auf dem Weg zur Zivilgesellschaft

⁴⁶ Netzwerk: Soziales neu gestalten (Song)(2009): Lebensräume zum Älterwerden –Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) Verlag Bertelsmann Stiftung

⁴⁷ siehe hierzu: <http://www.sozialestadt.de>

⁴⁸ WHO (2007): Global Age-friendly Cities: A Guide.

⁴⁹ Klie T & Pfundstein T (2010): Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsplanung. In Zeitschrift f. Gerontologie und Geriatrie. Vol 43/2. S. 91 - 97

⁵⁰ siehe dazu das Projekt im Landkreis Mayen-Koblenz

⁵¹ Vgl. Sentha, Seniorengerechte Technik im Alltag. (<http://www.senhta.tu-berlin.de/>)

leisten hier die Bürgerstiftungen,⁵² die nicht selten von der Einzelinitiative zum Dach für Zustiftungen, Spenden und gelebtes Engagement werden können.

1.3.2.2 Beteiligungsprozesse

Die Motivation und Mitarbeit von Organisationen und Einzelpersonen an Beteiligungsprozessen ist davon abhängig, welche Erwartungen an Aufwand und Ertrag die unterschiedlichen Akteure mit dieser Beteiligung verbinden. Einfach ausgedrückt ist zu klären: WAS, WO, mit WEM, WANN und WIE gemeinsam angestrebt wird. Diese einfache Struktur der W-Fragen kann sich in der Praxis der Sozialplanung als äußerst komplex herausstellen. Dies wird am folgenden Beispiel aufgezeigt. In einer Regionalen Pflegekonferenz wird das Thema Überleitung vom Krankenhaus in die häusliche Pflege von der einladenden Verwaltung auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung gesetzt. Auf der Veranstaltung entsteht daraufhin eine Diskussion um die Problematik des Schnittstellenmanagements. Es kommt jedoch nicht zur konkreten Verabredung auf ein gemeinsames Projekt zur Verbesserung der Überleitungspraxis. Denn Projekte setzen den Einsatz von institutionellen und persönlichen Ressourcen voraus und erfordern einen Anreiz. Dieser Anreiz kann von außen kommen, etwa wenn die Presse eine Unterversorgung aufgreift und zum Handeln auffordert oder der Aufwand zumindest in Teilen aus Drittmitteln (Projektmitteln) finanziert wird. Fehlen diese Anreize wird ein so eingeführtes Thema eher in die Diskussion als ins koordinierte Handeln münden.

Themen und Beteiligungsprozesse können nicht einfach gesetzt werden, sondern bedürfen der Entwicklung in gemeinsamen Zielfindungsprozessen. Dies gilt umso mehr, wenn der Anspruch besteht, die Beteiligung nicht nur auf die Akteure der professionellen Pflege zu begrenzen, sondern den Dialog mit Wirtschaft, Verwaltung, Kirchen und Bürgern zu befördern. In diesen kooperativen Zielfindungsprozessen kommt der Planung und dem Projektmanagement eine wesentliche Rolle zu.

Die Bertelsmann Stiftung⁵³ ist die Problematik der kooperativen Zielfindung und Projektentwicklung mit der Methode der Szenarientechnik angegangen.

Hierzu wurde auf kommunaler Ebene ein Initiativkreis „Demografischer Wandel“ gegründet, der unter methodischer Anleitung „best- und worst-case-Szenarien“ der Zukunft entwickelte und daraus aktuelle Handlungsoptionen ableitete. Diese wurden dann in einem Bewertungsverfahren nach ihrer Umsetzbarkeit und Relevanz beurteilt

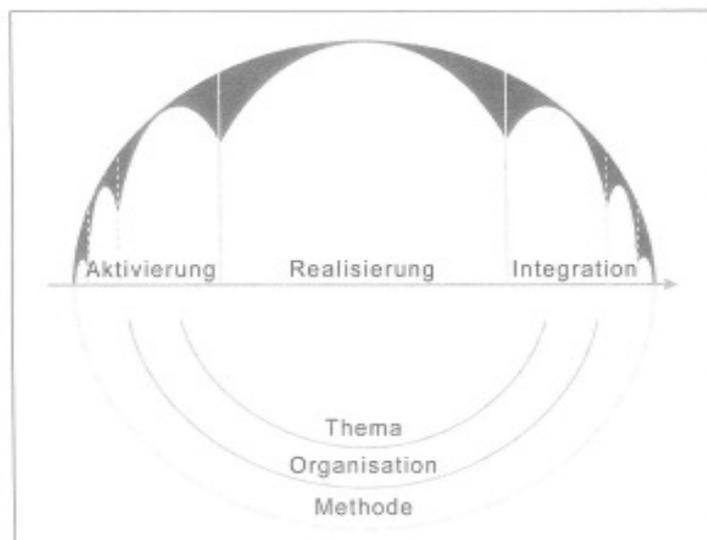


Abbildung 9: Projektphasen nach Fänderl 2006:101

⁵² siehe unter: <http://www.stiftungen.org>

⁵³ Bertelmann Stiftung ((2009): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunaler Seniorenpolitik

wurden. Im Ergebnis fördert diese beispielhafte Methodik die Motivation der Beteiligten, lässt aber auch genügend Spielraum, die eigene Mitarbeit und Rolle zu definieren. Der Planungsprozess und die Beteiligung begrenzen sich dabei keineswegs auf den Initiativkreis. In der folgenden Aktionsphase können durchaus weitere Akteure gewonnen werden. Die Rollen der Mitarbeit und Mitentscheidung sind dabei im Prozessverlauf vielfältig. Es finden sich sowohl thematische, organisatorische und methodische Aufgabenbereiche als auch verschiedene Rollen in der Projektarbeit. Projekte gliedern sich in dieser Handlungsstruktur in eine Initiativ-, Aktions- und Integrationsphase. Besonders die Integrationsphase wird in Projekten häufig vernachlässigt. In der Integrationsphase wird die Planung und Aktion abgeschlossen. Sie ist die Phase in der nach einer Evaluation das Erreichte (Geplante) gewürdigt und das definierte Einzelprojekt einen Abschluss findet.

Aufgabenbereiche	Aufgabenfelder			Rollen
Thema	Entscheidung	Kommunikation	Dokumentation	Beteiligte
Organisation	Finanzierung	Versorgung	Gestaltung	Betreuende
Methode	Beratung	Evaluation	Moderation	Begleitende
Bildung				

Abbildung 10: Aufgabenbereiche und Rollen der Projektarbeit nach Fänderl 2006:102

Die hier beispielhaft angeführte Szenariotechnik der Zielfindungs- und Planungsorganisation ist keinesfalls der einzige Weg. Auch die kooperative Leitbildentwicklung, aktivierende Bürgerbefragungen und Zukunftswerkstätten können zum Einstieg genutzt werden. Dies zeigt sich auch in den verschiedenen Modellprojekten. Je nach Anlass und Thematik wurden verschiedene Formen des Projektverlaufs gewählt.

Literaturempfehlung:
 Holmann P & Devane T (Hrsg.) (2002): Change Handbook. Zukunftsorientierte Großgruppen-Methoden. Heidelberg
 Fänderl W (Hrsg.) (2006): Beteiligung übers Reden hinaus. Gütersloh

1.3.3 Themen der Planung (Expertise)

1.3.3.1 Förderung des bürgerschaftlichen Engagements

Der Begriff der Bürgerkommune, der sich durch vielfältiges bürgerschaftliches Engagement der Mitwirkung und Mitentscheidung unterschiedlicher Akteursgruppen auszeichnet, steht als Leitbild für die bürgerorientierte Entwicklung von Städten und Gemeinden⁵⁴. Vor dem Hintergrund des Konzeptes des Wohlfahrtspluralismus⁵⁵ sind Menschen aus den Bereichen der Familie, des Ehrenamts, des Marktes und des Staates in ihren unterschiedlichen Funktionslogiken an der Bereitstellung von sozialen Leistungen zu beteiligen.

⁵⁴ Vgl. Roß P-S (ohne Jahr): „L(i)ebens-wert“: Bürgerkommune als Leitbild einer zukunftsfähigen Entwicklung der lokalen Gesellschaft

⁵⁵ Siehe Kapitel 1.2.2 Wohlfahrtspluralismus

Die Pflegestrukturplanung wird auf Beteiligung und Partizipationsprozesse nicht verzichten können, wenn bisher weitgehend autonom agierende Akteure Formen der Kommunikation und Zusammenarbeit entwickeln sollen. Der Kommune kommt die Aufgabe zu, diese Prozesse zu initiieren und zu moderieren. Dazu bieten sich u.a. die Regionalen Pflegekonferenzen an. Sie sollen den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Diensten und Einrichtungen, den Pflegestützpunkten, Pflege- und Krankenkassen und sonstigen Organisationen sowie den Selbsthilfegruppen pflegebedürftiger Menschen oder ihrer Angehörigen fördern⁵⁶. Formal bieten sie die Möglichkeit, die an der Pflege Beteiligten einzubinden, Kompetenzen zu bündeln und Schnittstellenprobleme zu beseitigen.

Die Chancen für mehr Gemeinsinn und eine veränderte Verantwortungsbereitschaft über die Grenzen der verwandtschaftlichen und familiären Beziehungen hinaus stehen dabei nicht schlecht. So zeigt der Freiwilligensurvey⁵⁷, dass seit 1999 vor allem das Engagement von und für ältere Menschen deutlich zugenommen hat. Ebenso ansteigend ist der Anteil der Bevölkerung, der sich gerne engagieren würde. 37 Prozent der Jugendlichen und Erwachsenen möchten sich unbedingt (10 Prozent) oder eventuell (26 Prozent) engagieren, wenn sich passende Gelegenheiten und Rahmenbedingungen bieten. Angesichts dieser Ergebnisse besteht durchaus Handlungsbedarf für die Verbesserung der gesellschaftlichen und kommunalen Rahmenbedingungen. Dies gilt auch dahingehend, dass sich gegenwärtig vor allem die gesellschaftlich etablierten Schichten engagieren, während bildungsfernere Bevölkerungsgruppen oder Teile der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in den klassischen Kontexten des Engagements eher unterrepräsentiert sind.

Das Engagement ist dabei im Wandel und wird durch neue Formen erweitert. Zunehmend ergänzen freie Initiativen und projektorientiertes Engagement die nach wie vor große Bedeutung des Ehrenamtes in Vereinen und Verbänden. Ein besonderes Beispiel dieser Entwicklung bietet die internationale und nationale Hospizbewegung. Das existenzielle Thema Sterben und Tod betrifft jeden Menschen und hat zugleich eine gesellschaftliche Dimension.⁵⁸ Ein universales Thema fordert zum sinnhaften, organisatorischen und personalen Handeln vor Ort auf und lässt im Engagement regionale Netzwerke, Dialoge und Wissen entstehen.⁵⁹ Die Hospizbewegung hat damit einen gesellschaftlichen Dialog angestoßen und getragen, der die Medizin und das Gesundheitswesen bis hin zur heute möglichen Palliativversorgung verändert hat.⁶⁰ Im Zuge der Professionalisierung ist das Angebot der Sterbebegleitung und Palliativversorgung heute

⁵⁶ § 4 Abs.2 LPflegeASG

⁵⁷ BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Monitor Engagement. Ausgabe 2. Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Kurzbericht des 3. Freiwilligensurveys.

⁵⁸ Mielke L (2007): Hospiz im Wohlfahrtsstaat – gesellschaftliche Antworten auf Sterben und Tod. Eine soziologische Bestandsaufnahme in Deutschland. Wuppertal

⁵⁹ Herrlein P (2009) Handbuch und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung – Theorien, Strategien, Beratungswissen. Wuppertal

⁶⁰ vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hg.) (o.J.):Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit. Teil 1 – 3. Hospiz-Verlag. Wuppertal

bundesweit sowohl im ländlichen Raum wie in den Ballungszentren zu erwarten.⁶¹ In Rheinland-Pfalz organisiert sich die Hospizbewegung in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Rheinland-Pfalz e.V.⁶²

Die Enquete-Kommission des deutschen Bundestages „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“⁶³ spricht sich dafür aus, das Engagement nicht nur auf den Freiwilligensektor einzugrenzen, sondern in seiner vielfältigen Breite wahrzunehmen und sieht das gemeinwohlorientierte Engagement als Kernbestandteil einer Bürgergesellschaft. Unter dieser Perspektive wird es kommunal darauf ankommen, die Institutionen des Dritten Sektors, der Verwaltung und der Wirtschaft stärker auf das Leitbild der Koproduktion sozialer Wohlfahrtsproduktion und auf Bürgerbeteiligung auszurichten. Dies gilt sowohl für die Öffnung der Institutionen, etwa der stationären Pflegeeinrichtungen,⁶⁴ als auch für die Entwicklung des Wohnumfeldes und des Quartiers. Alltägliche Hilfe und Begleitung lassen sich besonders gut über die Verknüpfung mit der Stadtteil- und Quartiersentwicklung verwirklichen, wie die Projekte der „Sozialen Stadt“⁶⁵ zeigen konnten. Der sozialräumliche Ansatz der Quartiersentwicklung nutzt die gemeinsame Lebenswelt, das Quartier, als verbindendes Motiv für bürgerschaftliches Engagement und setzt auf den Dialog zwischen den Generationen und zwischen den gesellschaftlichen Sektoren. Selbsthilfe, Vernetzung und gegenseitiges Lernen in Kooperation transportieren in besonderem Maße die vier Motive des Engagements: *Für mich, mit anderen, für andere, für die Gesellschaft.*

Im Bereich der Pflege sind hier die Erfahrungen aus zwei Projekten zielführend. Das baden-württembergische Netzwerk „Bürgerschaftliches Engagement für Lebensqualität im Alter“ (BELA)⁶⁶ fördert speziell die Einbindung der stationären Pflegeeinrichtungen in das Gemeinwesen. Hier ist es in den letzten Jahren gelungen, zusammen mit Kommunen und Landkreisen ein Netzwerk von Trägern und stationären Pflegeeinrichtungen aufzubauen: Das Netzwerk ist landesweit ausgerichtet und trägt sich inzwischen durch Mitgliedsbeiträge der Einrichtungen. Neben gemeinsamen Weiterbildungsangeboten, tragen Regionalpartner und Tandems von Professionellen und Engagierten in den Einrichtungen die Organisationsstruktur und befördern den Austausch.

⁶¹ siehe Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. <http://www.hospiz.net/>

⁶² siehe unter <http://www.lag-hospiz-rp.de/>

⁶³ Deutscher Bundestag (2002): Bericht der Enquête-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“. Bonn

⁶⁴ Vgl. auch Weidner F, Schulz-Nieswandt F & Brandenburg H (2008): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Köln. S. 39-50

⁶⁵ Vgl. <http://www.sozialestadt.de>

⁶⁶ Vgl. <http://www.bela3.de>

Literaturempfehlung:

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Monitor Engagement. Ausgabe 2. Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Kurzbericht des 3. Freiwilligensurveys.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin
- Deutscher Bundestag (2002): Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“. Bonn. Download: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/14/089/1408900.pdf>
- Gensicke T (2001): Freiwilliges Engagement in Rheinland-Pfalz. Freiwilligenarbeit, Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement. Landesstudie im Auftrag des Ministeriums des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz
- Engels D, Braun J & Burmeister J (2007): SeniorTrainerinnen und SeniorKompetenzteams: Erfahrungswissen und Engagement Älterer. Menschen in einer neuen Verantwortungsrolle. Evaluationsbericht zum Bundesmodellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Köln
- Stiftung Bürger für Bürger (2003): Förderung des bürgerschaftlichen Engagements. Fakten, Prioritäten, Empfehlungen. Herausgegeben von Thomas Olk. Download: <http://www.buerger-fuer-buerger.de/content/nav/AusgabeCover1.pdf>
- Ley A & Weitz L (2004): Praxis Bürgerbeteiligung. Ein Methodenhandbuch: Stiftung Mitarbeit. Bonn

I.3.3.2 Integrierte Versorgung

Eine am Wohlfahrtspluralismus orientierte kommunale Infrastruktur der Pflege- und Teilhabesicherung wird den Anspruch erheben, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit ein abgestimmtes System koordinierter und bedarfsgerechter Leistungen und Unterstützungen anbieten zu können, in dem familiäre Hilfen, bürgerschaftliches Engagement und professionelle Dienstleistungen einen Beitrag leisten und aufeinander bezogen sind. In der gegenwärtigen Praxis ist der Anspruch nach einem koordinierten Unterstützungsnetzwerk aber nur bedingt realisierbar. Aus der lebensweltlichen Perspektive der betroffenen Menschen, die auf eine verlässliche Struktur der Unterstützung angewiesen sind, stellt sich der gelingende Alltag und die Krankheitsbewältigung vielfach als unübersichtliches, teils widersprüchliches und fragmentiertes Handlungsfeld dar. Eine koordinierte Hilfeplanung, die medizinische, pflegerische und rehabilitative Bedarfe berücksichtigt, ist im differenzierten System der Sozialgesetzbücher nicht vorgesehen und liegt bisher weitgehend in der Eigenverantwortung der Betroffenen und ihrer Familienangehörigen. Angesichts des demografischen und soziostrukturellen Wandels ist nicht mehr generell zu erwarten, dass die Grundsicherung der Teilhabe und Alltagsgestaltung durch primäre Netzwerke (Familie, Freunde, Nachbarn) übernommen werden kann und die professionellen Dienstleistungen des medizinisch-pflegerischen Sektors in diesem gesicherten Alltagssetting lediglich einzelne fachliche Leistungen zu erbringen haben. Zunehmend ist die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung nur dann zu erreichen, wenn sich ein koordiniertes Netzwerk verschiedener Akteure in einem Aushandlungsprozess findet und die Alltagsgestaltung in geteilter Verantwortung organisiert.

Das System der gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Hilfen, wie es sich in der Gliederung der Sozialgesetzbücher und Kostenträger differenziert, ist damit vor eine neue und komplexe Herausforderung gestellt. Die Koordination der Einzelleistungen und die Berücksichtigung der lebensweltlichen Situation der Betroffenen werden zur Bedingung einer optimierten Versorgung.

Im Einzelnen lassen sich drei Richtungen für eine stärker koordinierte Leistungserbringung in den letzten Jahren beobachten.

Integrierte Versorgungsmodelle im SGB V

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz⁶⁷ wurden 2004 verschiedene neue Versorgungsmodelle ins SGB V aufgenommen. Im Kern steht die „integrierte Versorgung“ nach den §§ 140a ff. SGB V. Krankenkassen können mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und zugelassenen Leistungserbringern (Vertragsgemeinschaften) fach- und sektorübergreifende Vereinbarungen treffen um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Koordinierte Behandlungspfade sollen die vielfach beobachtete Unter- Über- und Fehlversorgung vermeiden. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde diese integrierte Versorgung auch auf die Pflegeleistungen erweitert (§ 92b SGB XI). Weitaus die meisten inzwischen abgeschlossenen Verträge⁶⁸, in die sich die Versicherten einschreiben müssen, sind indikationsbezogen und organisieren Behandlungspfade nach einem operativen Eingriffen. Bisher kaum umgesetzt, obwohl interessant, sind populationsbezogene Versorgungsverträge, d.h. Verträge der integrierten Versorgung, die nicht nur für spezielle Indikationen entwickelt werden, sondern die Gesundheitsversorgung generell für alle Versicherten einer Region verbessern wollen. Ein bundesweit beachtetes Modell ist das IV-Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal“. Hier haben niedergelassene Ärzte mit dem Zweck einer besseren und kostengünstigeren Vollversorgung eine Betreibergesellschaft gegründet und mit der AOK Baden-Württemberg einen Vertrag über fünf Jahre geschlossen, der eine Kostenreduzierung bei zumindest gleichwertiger oder verbesserter Versorgungsqualität erreichen soll.⁶⁹ Eine weitere Veränderung des GMG betraf den ambulanten Sektor und die niedergelassenen Ärzte. Mit den Strukturverträgen (§73 a-c SGB V) wurde die koordinierte Leistungserbringung über das Hausarztmodell und die besonderen ambulanten Versorgungszentren zusätzlich gestärkt.

Die seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mögliche Beteiligung der Pflege an der integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI) bietet zusammen mit dem ebenfalls eingeführten Heimarztmodell (§ 119b SGB V) interessante Möglichkeiten, die Schnittstellenproblematik zwischen Krankenhaus, Ärzten und ambulanten Pflegediensten zu bearbeiten. Von kommunaler Seite ist die Einflussnahme auf die Vertragsparteien allerdings als gering einzuschätzen. Kommunale Leistungsträger, die über die Eingliederungshilfe ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zur Krankheitsbewältigung beitragen, sind nicht in die integrierte Versorgung einbezogen.

Budgetierung von Pflege- und Eingliederungshilfe

Mehr Spielraum und eine individuellere Gestaltung der Unterstützungsarrangements bieten Budgets. Mit der Einführung der Budgetoption im SGB IX (§ 17) ist es möglich geworden, Leistungen der Sozialgesetzbücher auch in Form eines trägerübergreifenden Budgets zu

⁶⁷ GMG - GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl S. 2190)

⁶⁸ Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008 (Stand 30.6.2009)

⁶⁹ Vgl. <http://www.gesundes-kinzigtal.de/>

gewähren, das heißt, den Wert der einzelnen Sachleistungen in einem frei verfügbaren Geldbetrag zusammen zu fassen. Budgets tragen zu mehr Selbstbestimmung bei und stärken die Verbraucherstellung, indem die Budgetnehmer und Budgetnehmerinnen selbst entscheiden können, welche Leistungen bei wem eingekauft werden. Rheinland-Pfalz hat die Budgets mit dem Projekt „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für Menschen mit Behinderung“ früh und konsequent in das Leistungsangebot der Eingliederungshilfe übernommen. Seit 1.1.2004 ist das Projekt landesweit in die Regelversorgung der Eingliederungshilfe übernommen worden. Aktuell nehmen in Rheinland-Pfalz über 4.700 Menschen mit Behinderung das Persönliche Budget in Anspruch. Damit nimmt Rheinland-Pfalz bundesweit eine Vorreiterrolle ein.

Mit den Projekten „Pflegebudget“⁷⁰ und „Integriertes Budget“⁷¹ wurde zwischen 2004 und 2008 erprobt, ob auch die Pflegeleistungen in Form eines Budgets zu mehr Selbstbestimmung und einer besseren und individuelleren Versorgungsqualität beitragen können. Die Ergebnisse zeigten, dass in bestimmten Konstellationen Pflegebudgets zu empfehlen sind, das Instrument der Budgetierung aber auch voraussetzungsreich ist und nicht für alle Pflegebedürftigen geeignet erscheint. Bisher ist die Budgetierung der Pflegeleistungen aber noch nicht ins Leistungspaket der Pflegeversicherung übernommen worden.

Case Management als Methode der Leistungsintegration

Eng verbunden mit der Forderung die Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems stärker aufeinander zu beziehen und auf die individuelle Lebenssituation abzustimmen, ist die Forderung nach einer individuellen Fallsteuerung und organisatorischen Koordination über die Grenzen der Leistungsträger hinaus. Methodisch gefordert und politisch angestrebt wird die Leistungsintegration durch Care und Case Management. Das Case Management hat sich dabei in den letzten Jahren von einer Methodik der Fallsteuerung zu einem zentralen Steuerungsinstrument von Humandienstleistungen entwickelt, das in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt werden kann.⁷² Die Eignung von Case Management zur Steuerung von individuellen Fallverläufen und der Organisation der Leistungserbringung von und zwischen Institutionen liegt im klaren und logischen Aufbau der Methodik, der sich über Bedarfsfeststellung (Assessment) Hilfeplanung; Monitoring (Prüfung) und Evaluation sowohl als Instrument der Versorgungsplanung im Einzelfall wie auch einzelfallübergreifend als Organisationsprinzip zur Systemsteuerung eignet. Angesichts dieser universellen Eignung ist es nicht verwunderlich, dass Case Management in sehr verschiedenen Bereichen der Humandienstleistungen eingesetzt wird.⁷³ In der Pflege und im Gesundheitssystem sind die Erfahrungen mit dem Case Management inzwischen reichhaltig. So wird Case Management inzwischen in Krankenhäusern⁷⁴ in ambulanten Praxisnetzwerken⁷⁵ eingesetzt und im Projekt „Pflegebudget“ war die Budgetgewährung mit einem speziellen Case Management verbunden.

⁷⁰ Vgl. <http://www.pflegebudget.de>

⁷¹ Vgl. <http://www.integriertesbudget.de>

⁷² Vgl. Wendt W R (2006) State of the art: Das entwickelte Case Management

⁷³ Vgl. Wendt W.R & Löcherbach P (Hrsg.)(2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg

⁷⁴ Vgl. Pape R & Bostelaar R (Hrsg.)(2008): Case Management im Krankenhaus - Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hanover

⁷⁵ Vgl. Frommelt M (2006): Case Management im Praxisnetz: Home Care Nürnberg. In: Wendt W.R & Löcherbach P: Case Management in der Entwicklung. Heidelberg

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde das Case Management auch im SGB XI verankert. So sieht die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in besonders komplexen Fallkonstellationen eine Begleitung durch Case Management vor und stellt den Pflegestützpunkten, in denen die Pflegeberatung zu erbringen ist, die Aufgabe, die zur Fallbegleitung erforderliche Koordination und Vernetzung der Leistungs- und Hilfeanbieter zu entwickeln und umzusetzen. Care und Case Management sind damit erstmalig institutionell verbunden. Der Gesetzgeber ist dabei durchaus anspruchsvoll wenn er davon ausgeht, dass sich die Versorgungsplanung nicht nur auf die Pflegeleistungen des SGB XI beziehen soll, sondern der individuelle „Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen“ (§ 7a, Abs. 1, 2 SGB XI) ist. Die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte haben dabei ähnlich wie die Servicestellen des SGB IX einen trägerübergreifenden Koordinierungs- und Steuerungsauftrag erhalten.

Rheinland-Pfalz hat mit der Weiterentwicklung der Beratungs- und Koordinierungsstellen zu Pflegestützpunkten eine zukunftsweisende Struktur der unabhängigen Beratung und des Case Management aufgebaut. Wie in keinem anderen Bundesland steht den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine wohnortnahe Beratung und Unterstützung zur Verfügung. Beispielgebend sind dabei auch die eingerichteten 36 Kooperationsgemeinschaften auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte. Nur so kann das Case Management auch Einfluss auf die Entwicklung der Leistungsangebote nehmen. Regionaler und subregionaler Bezug können im Sinne der Pflegestrukturplanung sichern, dass sich einerseits die ambulanten und stationäre Pflegedienstleister weiter entwickeln und darüber hinaus das bürgerschaftliche Engagement und die niederschweligen und komplementären Haushaltsdienstleistungen in Zusammenarbeit mit den kommunalen Arbeits- und Sozialbehörden entwickelt werden kann.

Den Pflegestützpunkten kommen dabei im Besonderen zwei Funktionen zu: Sie sollten durch geeignete Dokumentationsinstrumente und -verfahren die Informationen aus den Beratungsprozessen so aufarbeiten, dass sie auch für Planungszwecke und die Sozialberichtserstattung genutzt werden können. Für die Landschaft der Pflege kann dieses methodisch strukturierte Datenmaterial dann Hinweise bieten, welche Trends der Versorgung sich abzeichnen und welche Versorgungslücken und Koordinierungsdefizite im System der Hilfen bestehen. Die Pflegestützpunkte kommen, wenn dies gelingt, dem fachlichen Anspruch eines aufeinander bezogenen Care und Case Management zukunfts-fähig entgegen und würden sich ganz im Sinne des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes als Drehscheibe und Entwicklungszentrum eines modernen kommunalen Pflege- und Gesundheitssystems etablieren.

Literaturempfehlung:

Michell-Auli P, Strunk-Richter G & Tebest R (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. 2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009 (Kuratorium Deutsche Altershilfe). Köln
Download: <http://www.werkstatt-pflegestuuetzpunkte.de>

Wendt W.R & Löcherbach P (Hrsg.)(2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg

I.3.3.3 Quartierskonzepte

Konzepte des Quartiersaufbaus stellen die Entwicklung des sozialen Raums in den Mittelpunkt. In der sozialen Arbeit hat die Orientierung am Gemeinwesen (Gemeinwesenarbeit) eine lange Tradition. Vor allem in Großstädten wird die Gemeinwesenarbeit schon seit Jahrzehnten zur Entwicklung sozial benachteiligter Stadtteile eingesetzt.⁷⁶ In den letzten Jahren gewann die Perspektive, soziale Problemlagen nicht nur als individuelles Phänomen von Menschen zu sehen sondern auch den sozialen Kontext (die Umwelt) in den Blick zu nehmen, wieder an Bedeutung. Quartiersarbeit und Quartiersmanagement als Formen der Stadt- und Stadtteilentwicklung findet auch bei Stadtplanerinnen und Stadtplanern zunehmend Akzeptanz. Dazu maßgeblich beigetragen hat das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt“.⁷⁷ Spätestens seit der Auflegung dieses Programms (2001) liegt der Schwerpunkt der Quartiersentwicklung nicht mehr ausschließlich in Ballungszentren, auch ländliche Räume und kleinere Städte zählen nun zu den Modellstandorten. Ebenfalls eine Verschiebung erfuhr die inhaltliche Ausrichtung der Aktivitäten. Der demografische Wandel hat auch in der Stadtteilarbeit seine Spuren hinterlassen. Wohnquartiere und Stadtteile der Zukunft werden nun verstärkt als Lebensort für Jung und Alt, als Quartiere für alle Generationen verstanden. Eine nachhaltige Stadtentwicklungspolitik erhält oder wiederbelebt die Wohn- und Lebensqualität, damit die Stadt für ältere Menschen und junge Familien attraktiv bleibt.

Quartierskonzepte stärken die Selbsthilfe und wollen Befähigung (Empowerment) statt Betreuung fördern. Dialog und Vernetzung zielen auf die lokalen Identitäten und die Unterschiedlichkeit von Stadtteilen. Quartierskonzepte sind hoch spezifische Konzepte, die die Ausgangsbedingungen differenziert in den Blick nehmen und gemeinsam mit allen Beteiligten, mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, den Vereinen, den Wohnungsbauunternehmen, der Kommunalverwaltung und den Kirchengemeinden gemeinsame Ziele und Visionen entwickeln und umsetzen.

Für die Pflegestrukturplanung sind Quartiers- und Stadtteilentwicklungen, sofern sie angegangen werden oder sich aus städtebaulichen Aspekten ergeben, vor allem unter den Aspekt der Prävention und der Sicherung von Teilhabe von Menschen mit Behinderung interessant. Der Stadtteil und das Wohnquartier der Zukunft bietet dann auch barrierefreie öffentliche Räume und eingestreuten privaten Wohnraum, ermöglicht die Alltags- und medizinisch-pflegerische Versorgung der kurzen Wege und bietet den Familien der Angehörigen die Infrastruktur der Kinder- und Jugendbetreuung. Strategisch angegangen werden kann dies aber nur auf der Ebene der Kommunen. Kreisfreie Städte sind dabei in einer anderen Position als die Landkreise.⁷⁸ Für die Landkreise ist diese Entwicklung nur im engen Dialog mit den kreisangehörigen Kommunen, den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern und den Stadt- und Gemeindeparlamenten umzusetzen. Lokale Identität lässt sich nicht auf der administrativen Ebene der Kreise entwickeln.

⁷⁶ Vgl. Oelschlägel D (2001): Gemeinwesenarbeit. In: Otto H-W & Thiersch H. (Hrsg.) Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2.Aufl. Neuwied

⁷⁷ siehe Soziale Stadt – Bundestransferstelle: <http://www.soziale-stadt.de/>

⁷⁸ vgl. dazu auch: Ministerium des Innern und des Sports Rheinland-Pfalz (2008): Landesentwicklungsprogramm (LEP IV). Kap. 3: Daseinssorge.

Literaturempfehlung:

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2007): Stadtquartiere für Jung und Alt. Das ExWoSt–Forschungsfeld „Innovationen für familien- und altengerechte Stadtquartiere“. Berlin

Netzwerk: Soziales neu gestalten (Song)(2009): Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) Verlag Bertelsmann Stiftung

Netzwerk: Soziales neu gestalten (Song)(2009): Zukunft Quartier: Lebensräume zum Älterwerden. Bd. 2: eine neue Architektur des Sozialen – Sechs Fallstudien zum Welfare Mix. Verlag Bertelsmann Stiftung

Schubert H, Spieckermann H (2004): Standards des Quartiermanagements. Handlungsgrundlagen für die Steuerung einer integrierten Stadtteilentwicklung, Köln 2004

Internet:

Stadtteilarbeit.de – unabhängiger Informationsdienst zur Stadtteilentwicklung
<http://www.stadtteilarbeit.de>

I.3.3.4 Struktur des Wohnens

Anders als Gebrauchsgüter haben Wohnungen und Gebäude eine lange Nutzungsdauer und prägen damit sehr nachhaltig die Qualität des sozialen Raumes. Umso wichtiger ist die Berücksichtigung der Veränderungen des sozialen und demografischen Wandels bei der Stadt- und Raumplanung. Die Qualität der Wohnung und des Wohnumfeldes kann wesentlich zur Pflegeprävention beitragen und Mobilität und Selbständigkeit erhalten.

Derzeit leben 93 Prozent der Menschen über 65 Jahre in Wohnungen, die nicht eigens für einen besonderen Bedarf im Alter gebaut wurden. In Einrichtungen, die zunehmend fast ausschließlich stationäre Pflegeeinrichtungen sind, leben einschließlich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung ca. 709.000 Menschen⁷⁹, meist hochaltrige Menschen, mit Demenz und Pflegebedarf. In Rheinland-Pfalz leben einschließlich Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege ca. 30.000 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Neben diesen beiden dominanten Formen des Wohnens hat sich in den letzten Jahren das Betreute Wohnen (ca. 1,6 Prozent) und eine Vielzahl von spezifischen Sonderwohnformen entwickelt. Wie breit und vielfältig sich dieses „alternative“ Wohnen inzwischen entwickelt hat, zeigt etwa das auch vom Land Rheinland-Pfalz unterstützte Forum „Gemeinschaftliches Wohnen e.V.“⁸⁰, dem sich bundesweit um die 1.000 Wohnprojekte angeschlossen haben.

Weiterhin sind Senioren-WG's, Pflege- und Demenzwohngruppen, Hausgemeinschaften, Integriertes oder Generationsübergreifendes Wohnen und Altersstifte zu nennen. In der Summe tragen mit Ausnahme des Betreuten Wohnens diese Sonderwohnformen bisher allerdings noch wenig zur Gesamtversorgung bei. Eine kommunal angepasste Planung, die Pluralität von Wohnformen im Alter systematisch thematisiert und so zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Leben im eigenen Alter und den dazugehörigen Wohnfragen einlädt, könnte dies ändern.

⁷⁹ Vgl. Pflegestatistik 2007

⁸⁰ Forum Gemeinschaftliches Wohnen e.V. Internet: <http://www.fgwa.de>

Das private Wohnen im Alter wird dominiert von Zwei-Personen-Haushalten (43 Prozent, meist Ehepaarhaushalte) und Ein-Personen-Haushalten (52 Prozent).⁸¹ Mit nur 5 Prozent spielen im Alter die Drei- und Mehr-Personen-Haushalte inzwischen eine untergeordnete Rolle. Da die Lebenserwartung von Frauen die der Männer übersteigt und sie beim Eintritt in die Ehe traditionell etwas jünger sind als ihre Partner, trifft das Schicksal des Alleinlebens im Alter deutlich mehr Frauen. Etwa Dreiviertel der Ein-Personen-Haushalte werden von Frauen gestellt und auch in der stationären Pflegeeinrichtung stellen Frauen den überwiegenden Anteil der Bewohnerschaft. Die Tendenz zur Singularisierung gerade der hochaltrige Frauen, teilweise auch bedingt durch den steigenden Anteil der Ledigen, ist seit Jahrzehnten zu beobachten und wird auch in Zukunft anhalten.

Unter dem Gesichtspunkt der Unterstützungsmöglichkeiten ist die allein genutzte Wohnung eine oft gewünschte Wohnform. Ein erheblicher Aufwand kann jedoch für die Erbringung der Unterstützung darin liegen, dass die Helferinnen und Helfer nicht vor Ort sind mit der Folge, dass räumliche Distanzen überwunden werden müssen. Dabei sinkt mit zunehmender Entfernung zur Unterstützungsperson auch die Unterstützungswahrscheinlichkeit.⁸²

Für die Pflegestrukturplanung eröffnen sich in diesem Kontext verschiedene Handlungsfelder.

- Die Förderung und das Werben für die Wohnraumgestaltung und das barrierefreie Bauen
- Die Beratung und Unterstützung von Initiativgruppen, die Projekte des gemeinschaftlichen Wohnens und des intergenerativen Zusammenlebens anstreben.
- Die Öffnung und Vernetzung der stationären Altenhilfe mit dem Gemeinwesen.⁸³
- Die Förderung von Hausgemeinschaften und Wohngruppen für Menschen mit Demenz.

Literaturempfehlung:

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger. Bonn

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) Wohnen im Alter. Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Berlin

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Leben und Wohnen für alle Lebensalter. Bedarfsgerecht, barrierefrei, selbstbestimmt. Praxisbeispiele und Handlungsempfehlungen. Berlin

MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2008): Fragen zu barrierefreier Wohnraumanpassung? Das Beratungsnetzwerk „Barrierefreies Wohnen“.

MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2009): Barrierefreies Rheinland-Pfalz. 3. Bericht. Umsetzung des Landesgesetzes zur

⁸¹ Vgl. Tesch-Römer C, Engstler H & Wurm S (Hrsg.) (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden

⁸² Vgl. Wagner M, Schütze Y & Lang FR (1998): Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer K.U & Baltes P.B (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Berlin

⁸³ Weidner F, Schulz-Nieswandt F & Brandenburg H (2008): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Köln. S. 39 - 50

Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in den Jahren 2007 und 2008. Mainz. Download: <http://www.barrierefrei.rlp.de/>

Fischer J & Meuser P(2009): Barrierefreie Architektur. Handbuch und Planungshilfe. Berlin

König R (2005) Leitfaden barrierefreier Wohnungsbau. Von der Theorie zur Praxis. Stuttgart

Stemshorn A (2009): Barrierefrei. Bauen für Behinderte und Betagte. 6. Auflage. Leinfelden-Echterdingen

Stiftung Warentest (2006) Leben und Wohnen im Alter. Berlin

Internet:

Landesberatungsstelle Barrierefrei Bauen und Wohnen bei der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.
<http://www.verbraucherzentrale-rlp.de/UNI129129980530852/link483881A.html>

agentur barrierefrei NRW
<http://www.agentur-barrierefrei-nrw.de/>

Neues Wohnen. Beratung und Kooperation für mehr Lebensqualität im Alter
<http://www.modellprogramm-wohnen.de>

Kompetenznetzwerk Wohnen
<http://www.kompetenznetzwerk-wohnen.de>

1.3.3.5 Interkulturelle Sensibilität

Rheinland-Pfalz ist seit seiner Gründung ein Einwanderungsland. Ohne die Zuwanderung wäre der bis zum 21. Jahrhundert anhaltende Bevölkerungszuwachs nicht möglich gewesen. 2007 hatten in Rheinland-Pfalz 729.000 Menschen (18 Prozent) einen Migrationshintergrund. Als Menschen mit Migrationshintergrund gelten in neuerer Zeit alle nach 1949 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Zugewanderten sowie alle in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländerin oder Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.⁸⁴ Unterscheidet man nach Staatsangehörigkeit zu hatten 57 Prozent (413.000 Personen) und 316.000 Personen eine nicht deutsche Staatsbürgerschaft. 80 Prozent dieser Mitbürgerinnen und Mitbürger sind Angehörige eines europäischen Staates.⁸⁵ Am häufigsten vertreten, sind mit ca. 24 Prozent Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft. Mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund wesentlich jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Lediglich 8 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund sind älter als 65 Jahre und die Unterschiede in den Alterskohorten der Hochaltrigen fallen noch deutlicher aus.⁸⁶ Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Landesregierung⁸⁷ sieht Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft und die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund besonders von Armut bedroht. Die Lebenssituation von deutschen und ausländischen Familien unterscheidet sich auch in Rheinland-Pfalz erheblich.

⁸⁴ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2009): Zuwanderungs- und Integrationsbericht der Landesregierung Rheinland-Pfalz 2007 – 2008. S. 107

⁸⁵ ebd. S. 108

⁸⁶ Statistisches Landesamt, Microzensus 2007

⁸⁷ 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Landesregierung Rheinland-Pfalz 2009/2010

WEIDNER et al.⁸⁸ sehen die Lebenslagen von Menschen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf im Unterschied zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gesellschaftlich als strukturell belastet. Verbunden ist diese ungünstigere Lebenssituation von zumindest einem Teil der Menschen mit Migrationshintergrund mit einer nur sehr geringen Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen der Pflegeversicherung. Verallgemeinern lässt sich dieser Befund allerdings nicht, da die heterogene Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten sowohl beim Armutsrisiko als auch vermutlich bei der Inanspruchnahme sehr differenziert zu betrachten ist. Gesichert scheint, dass die Bevölkerungsgruppe mit außereuropäischer Staatsbürgerschaft strukturell benachteiligt ist und erhebliche kulturelle Barrieren zum Sozial- und Gesundheitssystem bestehen.

Vor diesem empirischen Hintergrund struktureller Benachteiligung und kultureller Barrieren empfehlen WEIDNER et al. die Schulung von Migrantinnen und Migranten in den entsprechenden Regionen. Die Mediatorinnen und Mediatoren sollten während ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit pädagogisch und fachlich begleitet werden und die Vermittlungstätigkeit dokumentieren. Als Praxismodell bietet sich das Projekt „Gesundheitslotsen – Mit Migranten für Migranten“⁸⁹ an.

In den nächsten Jahren wird die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf deutlich steigen. Eine Rückkehrwelle in die Herkunftsländer ist angesichts der langen Lebensphase in Deutschland kaum zu erwarten. Unter dem Blickwinkel regionaler Unterschiede stellt sich für die Pflegestrukturplanung zunächst eine verbesserte Datenlage als Aufgabe. Sowohl hinsichtlich der Lebenslagen als auch der Inanspruchnahme sind bisher keine gesicherten regionalen Daten verfügbar.

Als Ziel ist die verstärkte Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und kulturellen Vereinigungen zur Pflege in privaten Haushalten mit Migrationshintergrund anzustreben. Besonders geeignet sind dabei die Konzepte der Quartiersentwicklung. Im Kontext der Identitätsfindung lassen sich auch kulturelle Themen der familiären Pflege transportieren.

Literaturempfehlung:

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Handbuch für die kultursensible Altenpflegeausbildung. Bonn

MASGFF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2008): Familien kultursensibel pflegen. Ein interkulturelles Begleitheft zum Familienpflegeratgeber. Mainz

Straßburger G & Bestmann S (2008): Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit. Arbeitshilfen Nr. 8. Stiftung Mitarbeit. Bonn

Weidner F, Schulz-Nieswandt F & Brandenburg H (2008): Pflege und Betreuung im Wohnquartier. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Köln. S. 93-100

⁸⁸ Weidner F, Schulz-Nieswandt F & Brandenburg H (2008): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Köln. S. 93-100

⁸⁹ MiMi – Gesundheitslotsen – Mit Migranten für Migranten. (<http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de>)

II. Teil

Die Modellprojekte

II.1 Die Modellprojekte im Überblick

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Thema	Ziel	Beteiligungsmethode / Instrument
LK Bernkastel-Wittlich	Wirkungsorientierte Leistungsangebote	Erarbeitung von Handlungsfeldern, Zielgruppen und Wirkungszielen für eine nachhaltige Angebotsstruktur zur Förderung des selbstständigen Wohnens älterer Menschen in ihrer Privatwohnung	Zukunftskonferenz, Workshops, wirkungsorientierte Wettbewerbe
Donnersbergkreis	Teilhabe durch bürgerschaftliches Engagement in stationären Einrichtungen	Förderung der Teilhabe stationär gepflegter Menschen am Gemeindeleben	Kampagne, Tag des bürgerschaftlichen Engagements
LK Germersheim	Transparenz im Bereich der regionalen Hilfe- und Pflegeleistungsangebote	Erarbeitung einer Informationsbroschüre zum Thema Leistungsangebote im Bereich Pflege im Landkreis Germersheim	Arbeitsgruppe der regionalen Pflegekonferenz
LK Kusel	Wohnen und Alter(n) im ländlichen Raum	Sensibilisierung der Bevölkerung und gemeinsame Entwicklung von lokalen Zukunftskonzepten	Studie zur Versorgungssituation Hochaltriger, Bericht, Zukunftswerkstatt
LK Mayen-Koblenz	Kompetenzzentrum Oberfell	Zusammenarbeit zwischen Träger und Gemeinde	Bürgerversammlung, Arbeitsgruppen
LK Neuwied	Neue Medien (Internet)	Erprobung einer EDV-gestützten Kommunikationsstruktur	Zusammenarbeit zwischen Trägern der Wohlfahrtspflege und IT-Branche

Zweiter Teil

Modellprojekte

Landkreis/ kreisfreie Stadt	Thema	Ziel	Beteiligungsmethode / Instrument
Rhein-Hunsrück-Kreis	Kommunikationsstrukturen zwischen Ehrenamt und Kommunalpolitik	Aufbau einer geregelten Kommunikationsstruktur zwischen bürgerschaftlich Engagierten und der Kommunalpolitik zur Information über die soziale Situation in den Gemeinden	Strukturierter Dialog
Stadt Speyer	Demenzfreundliche Stadt	Sensibilisierung der Öffentlichkeit bezüglich des Krankheitsbildes Demenz	Kampagne
Stadt Worms	Überleitungsmanagement	Verbesserung der Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern zur Förderung des selbstständigen Wohnens (älterer) Menschen in ihrer Privatwohnung	Arbeitsgruppe aus Krankenhaus und ambulanten Diensten, Unterstützung durch ein wissenschaftliches Institut

II.2 Die Modellprojekte im Einzelnen

II.2.1 Landkreis Bernkastel-Wittlich

Mirko Nagel

„Zu Hause alt werden“ im Landkreis Bernkastel-Wittlich

1. Aufgabenfeld und Zielstellung

Zu Hause ein möglichst langes, selbständiges Leben führen zu können, ist der mehrheitliche Wunsch der deutschen Bevölkerung. Nach einer repräsentativen Umfrage des Marktforschungsinstitutes GfK Nürnberg im Juli 2008 bekannten sich zwei Drittel der Befragten dazu, bis zum Lebensende im vertrauten Umfeld bleiben zu wollen.⁹⁰ Im Rahmen des Modellprojektes „Zu Hause alt werden“ schafft der Landkreis Bernkastel-Wittlich die Voraussetzungen, um seinen Bürgerinnen und Bürgern unter Aufrechterhaltung der tragenden sozialen Bezüge (Familie, Freunde, Nachbarn, Vereine, Kirchengemeinde etc.), ein Altern in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Mit Blick auf die durch den demografischen Wandel im verstärkten Maße zu erwartenden Veränderungen im pflegerischen Bereich, kommt der Aufgabe einer zukunftsfähigen Pflegestrukturplanung eine besondere Bedeutung zu. Die Zahl der älteren Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, nimmt stetig zu, während gleichzeitig die Zahl der zur Unterstützung und Pflege zur Verfügung stehenden Angehörigen zurückgeht. Häufig führt dieser Umstand dazu, dass ältere Menschen ihr gewohntes Umfeld verlassen müssen, weil eine Versorgung zu Hause nicht mehr sichergestellt werden kann.

Die Konzeption des Projektes „Zu Hause alt werden“ sieht zielgruppen- und wirkungsorientierte Ideenwettbewerbe vor, um die bereits bestehenden Pflegestrukturangebote des Landkreises Bernkastel-Wittlich durch innovative Angebote, die alle Lebenslagen der Menschen aufgreifen, ergänzen zu können.⁹¹ Diese Vorgehensweise zielt auf ein neues Denken im Sozialraum und damit auf einen Paradigmenwechsel von der leistungsorientierten hin zu einer wirkungsorientierten Zuwendung. Im Rahmen der Dorfentwicklung den auf Unterstützung angewiesenen, älteren und kranken Menschen die Perspektive zu eröffnen, möglichst lange zu Hause ein selbständiges Leben führen zu können, wird als gemeinschaftliche Aufgabe aller Bürgerinnen und Bürger verstanden.

Für die Entwicklung einer nachhaltigen und an den spezifischen Bedarfslagen der Menschen orientierten Angebotsstruktur werden die Bürgerinnen und Bürger bei der Erarbeitung von Handlungsfeldern, Zielgruppen und Wirkungszielen als Prozessgestalter des Projektes einbezogen. Die im Landkreis Bernkastel-Wittlich seit dem Jahre 2005 durchgeführte und in 2-jährigen Intervallen kontinuierlich fortgeschriebene und fortzuschreibende statistische

⁹⁰ Bei der im Auftrag des Apothekenmagazins "Senioren Ratgeber" durchgeführten Studie wurden 2.017 Personen ab dem Alter von 14 Jahren befragt.

⁹¹ Die Prozessentwicklung erfolgt dabei in Anlehnung an das Projekt „Leben im Alter neu denken - Kreis Borken bewegt“ (Projektzeitraum 2004-2008), bei dem Versorgungsstrukturen, die ein selbständiges Leben im Alter gewährleisten, gleichfalls über die Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements gesichert wurden.

Bestandsaufnahme vorhandener Pflegestrukturangebote,⁹² wird durch die Bürgerbeteiligung um qualitative Expertenmeinungen von Schlüsselpersonen aus dem Altenhilfe- und Pflegebereich erweitert, um ein lückenloses Netzwerk bedarfsorientierter Angebote anbieten zu können. Die Projektziele lassen sich zusammenfassend auf drei Kernziele bündeln:

1. Wirkungsziel: Ein möglichst langes, selbständiges Leben zu Hause.
2. Leistungsziel: Die Stärkung ambulanter Versorgungsangebote.
3. Finanzziel: Die Dämpfung des Anstieges der Kosten der stationären Einrichtungen.

Als Wirkungsziel wird hier ein klar definierter Zustand verstanden, der als Resultat eines Projektes, zu einem bestimmten Zeitpunkt messbar erreicht werden soll. Das im Rahmen unseres Projektes formulierte oberste Wirkungsziel, den Menschen unseres Landkreises ein möglichst langes, selbständiges Leben zu gewährleisten, soll in seiner Wirkung direkt auf den Projektzusammenhang zurückzuführen sein. Innovative Projektideen, die durch wirkungsorientierte Ideenwettbewerbe angestoßen werden, sollen zu einer für unsere Bürgerinnen und Bürger nachvollziehbaren Zustandsverbesserungen der Pflegestruktur des Landkreises beitragen.

2. Projektverlauf

Für eine Zusammenführung von bürgerschaftlichem Engagement und der statistischen Aufbereitung der Nutzungshäufigkeit vorhandener Pflegestrukturangebote im Landkreis Bernkastel-Wittlich wurde ein Phasenmodell vorgesehen.

Abbildung 11: Säulen der Prozessgestaltung „Zu Hause alt werden“



⁹² Die auf den statistischen Daten aus dem Kalenderjahr 2007 basierende aktuelle Pflegestrukturplanung 2009 des Landkreises Bernkastel-Wittlich ergänzt die ambulante Hilfebedarfsplanung der Altenhilfe aus dem Jahre 2005 um eine erweiterte und umfassende Pflegestrukturplanung stationärer, teilstationärer und ambulanter Dienste und Einrichtungen.

⁹³ Beratungs- und Entscheidungsgremien sind der Ausschuss für soziale Angelegenheiten und Gesundheit sowie der Kreisausschuss, der Kreistag, die Regionale Pflegekonferenz und die Projektsteuerungsgruppe.

Die im Rahmen einer *Projektplanungsphase* erhobenen statistischen Daten zur kommunalen Pflegestruktur im Landkreis Bernkastel-Wittlich wurden in einer *Zielfindungsphase* um Bürgermeinungen in einer Zukunftskonferenz und daran anschließenden Workshops qualitativ ergänzt. Auf diese Weise konnte eine breite Beteiligung von Schlüsselpersonen der Arbeitsbereiche Hilfe und Pflege als Öffentlichkeit sichergestellt werden. Drei Ideenwettbewerbe bilden die *Umsetzungsphase* des Projektes. Die Projekte, die am wirkungsvollsten ein „Zu Hause alt werden“ ermöglichen, wird der Landkreis finanziell unterstützen. Die einzelnen Schritte im Projektverlauf werden kontinuierlich von den Beschlussphasen der Gremien begleitet. Die Zustimmung zu den jeweiligen Beschlussfassungen erfolgte bislang vom Ausschuss für soziale Angelegenheiten und Gesundheit, vom Kreisausschuss sowie vom Kreistag in insgesamt 10 Sitzungen einstimmig.

Mit den aufgeführten Projektsäulen „Zukunftskonferenz“ und „Workshops“ beteiligt sich der Landkreis an der modellhaften Pflegestrukturplanung auf Landesebene. Diese als Teilprojekt zu verstehende Zielfindungsphase wird im Folgenden exemplarisch dargestellt, um die partizipative Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern des Landkreises zur Aufstellung von wirkungsorientierten Pflegestrukturangeboten zu verdeutlichen. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse des Datenreports sowie eine zusammenfassende Projektdokumentation für den Berichtszeitraum 01. Oktober 2008 bis 30. September 2009 ist auf den Internetseiten der Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich einzusehen.⁹⁴

2.1 Zukunftskonferenz „Zu Hause alt werden“ (Ideen und Anregungen)

Als Auftaktveranstaltung des Projektes „Zu Hause alt werden“ diente eine Zukunftskonferenz, die am 17.07.2009 von 9:30 bis 17:00 Uhr in den Räumlichkeiten der Berufsbildenden Schule Wittlich veranstaltet wurde. Die Zukunftskonferenz ist ein Moderationsverfahren für Großgruppenveranstaltungen, bei dem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen eines übergeordneten Themas relevante Maßnahmen entwickeln, um die Zukunft optimal bewältigen zu können.⁹⁵

Zur professionellen Anwendung von moderativen Verfahren und Techniken im Rahmen der Zukunftskonferenz wurde die Kreisverwaltung von der externen Arbeitsgemeinschaft für Sozialplanung *transfer* (Wittlich) und *Kappenstein* (Trier) unterstützt. Der Teilnehmerkreis setzte sich aus Mitgliedern der Regionalen Pflegekonferenz,⁹⁶ ehrenamtlich tätigen Personen, betroffenen Menschen sowie deren Angehörigen zusammen. Der Einladung und einem zusätzlichen Aufruf in den Kreisnachrichten folgten insgesamt 117 Personen.

Die Struktur der Zukunftskonferenz sah zum einen die Beurteilung des Aktuellen (*Bestandsaufnahme: Was hilft schon jetzt?*) und zum anderen die Entwicklung von Visionen und Wirkungszielen für die Zukunft (*Wirkungszielentwicklung: Was fehlt?*) vor. Zudem ging es darum, den Zielgruppenbereich des Projektes zu definieren (*Zielgruppendefinition: An wen denken Sie*

⁹⁴ <http://www.bernkastel-wittlich.de/zuhause-alt-werden.html>

⁹⁵ Vgl. Seifert, in: Auhagen/Bierhoff (2003): 82.

⁹⁶ Mitglieder der am 14. Juni 2006 konstituierten Pflegekonferenz sind Vertreter der Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Pflegekassen, des MDK, der Ärzteschaft, Heimbeiräte, Selbsthilfegruppen, Verwaltung und politischen Gremien.

beim Thema „Zu Hause alt werden“?). Die Zukunftskonferenz schaffte den Rahmen, die Inhalte und Grundpfeiler des Projektes einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen und unter Beteiligung der anwesenden Schlüsselpersonen Handlungsfelder, Zielgruppen und Wirkungsziele des Projektes „Zu Hause alt werden“ für die Beurteilung der noch zu bildenden Projektsteuerungsgruppe sowie der Beschlussfassung zur Entscheidung der Gremien fundiert vorzubereiten.

Zielgruppen	
Alleinstehende Menschen	mich selbst
Ältere Menschen (Aktive)	Migranten
Bedürftige	Nachbarschaft
Behinderte Menschen	Sterbende
Helfer/Ehrenamtler	Verwandte/Partner
Immobilie Menschen	Verwirrte (Demenz)
Kranke	Vorletzte Lebensphase

Für eine ergebnisorientierte Bearbeitung der aufgeführten Fragestellungen entsprechend der regionalen Gegebenheiten und Bedingungen, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zukunftskonferenz in fünf Arbeitsgruppen gemäß der Zugehörigkeit zu den Betreuungsbereichen der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos) zugeteilt.⁹⁷ Die so gebildeten fünf „Expertenrunden“ wurden um eine Assistenz zur Moderation ergänzt, um unter Verwendung von Moderationsmaterialien (Moderationskarten, -marker, Pinnwände, etc.) in einem extra dafür vorgesehenen Gruppenraum gemeinsam Antworten auf die gestellten Arbeitsfragen finden zu können.

Arbeitsfrage I: „An wen denken Sie beim Thema ‘Zu Hause alt werden`?’“

Die erste Arbeitsfrage wurde mit der Moderationstechnik „Kartenabfrage“ bearbeitet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekamen Moderationskarten an die Hand, um hierauf durch Brainstorming in Einzelarbeit die Projektzielgruppen zu definieren. In der anschließenden Zusammenführung der Ergebnisse wurden folgende Zielgruppen genannt:

Die aufgeführten Nennungen wurden in den verschiedenen Arbeitsgruppen unterschiedlich häufig assoziiert. Während z.B. in zwei Arbeitsgruppen genau die Hälfte aller Nennungen auf die Zielgruppe „Nachbarschaft“ entfielen, wurde diese Antwortkategorie in den übrigen Arbeitsgruppen gar nicht genannt. In der Gesamtbetrachtung aller Nennungen der Arbeitsgruppen wurden die Antwortkategorien „Verwandte/Partner“, „mich selbst“ und „Alleinstehende Menschen“ am häufigsten genannt.

Hilfreiche Pflegestrukturangebote im Landkreis		
Ambulante Dienste	Besuchsdienste	Hospiz
Angehörige	Demenzprojekt	Kurzzeitpflege
Ärzterschaft	Ehrenamt	Nachbarschaft
Barrierefreiheit	Essen auf Rädern	Stationäre Pflegeeinrichtungen
Begegnungsräume	Fahrdienste	Rollende Märkte
BeKos	Haushaltshilfen	Tagespflege
Beratung	Hausnotruf	Wohnformen

Arbeitsfrage II: „Was hilft schon jetzt?“

Auch die Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Hilfe- und Pflegeangebote wurde in den fünf Arbeitsgruppen mit der Kartenabfrage bearbeitet. Zusammenfassend weisen die Ergebnisse ein breites Tableau von hilfreichen Unterstützungsangeboten des Landkreises aus.

Die abgebildeten Ergebnisse zur Bestandsaufnahme wurden wiederum entsprechend der regionalen Gegebenheiten, unterschiedlich häufig genannt. Zusammengenommen wurden

⁹⁷ Die an den Grenzen der kommunalen Verbandsgemeinden orientierten BEKOs werden nach Maßgabe des Kooperationsvertrages vom 29.10.2009 zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt.

„Begegnungsräume“, das „Ehrenamt“ und die „Ambulanten Dienste“ als besonders hilfreich im Landkreis Bernkastel-Wittlich betont.

Arbeitsfrage III: „Was fehlt?“

Angebotslücken wurden mit der Moderationsmethode „Sonnenstrahlen“ erarbeitet. Hierbei wurden die per Brainstorming gefundenen Antworten auf die Frage „Was fehlt?“ in Kreisform in der Mitte des Raumes verteilt und von jeder/m Teilnehmer/in entsprechend bereits gelegter Themenkarten in einer Reihe als Sonnenstrahlen ergänzt.

Zu den auf diese Weise sortierten Themen gruppierten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Interessensbereichen in Arbeitsgruppen zu je drei Personen. Die definierten Angebotslücken wurden in einer anschließenden Visionsphase zu Zielen des Projektes „Zu Hause alt werden“ nach dem „SMART-Kriterienkatalog“ ausgearbeitet:

Spezifisch formuliert, positiv, keine Verneinungen,
Messbar oder erfahrbar,
Akzeptiert von allen Beteiligten,
Realistisch und erreichbar,
Terminiert.

Der Kriterienkatalog diente den Arbeitsgruppen als Hilfestellung zur Definition von Zielen, die die im Projekt konzeptualisierte Wirkungsorientierung ausdrücken.

Auf diese Weise wurden folgende Vorschläge benannt:

Zielvorstellungen
Aktives Sorgentelefon
Alternative Mehrgenerationenanlage (Gemeinschaftsräume, Fitness, Verpflichtung von Hilfen)
Arztraum und Gemeindegeschwester
Barrierefreies Leben im öffentlichen und privaten Bereich
Dienstleistungs- u. Kommunikationszentrum
Gut versorgt (i. S. von Haushaltsdienstleistungen, Begleiter, Leistungsgedanke)
Mobilität
Motivation für Pflegeberuf steigern
Selbstbestimmtes Leben (i. S. ehrenamtl. Koordinator zum Abstimmen des Bedarfs, Verein strukturelle Funktion)
Wertschätzung der Generationen (für Begegnung sorgen)

2.2 Workshops: Zielgruppen und Wirkungsziele

Mit dem Ziel, die im Rahmen der Zukunftskonferenz breit zusammengestellten Ideen und Anregungen zu konkretisieren, wurden in den Räumlichkeiten der Akademie Kues zwei Workshops veranstaltet, zu denen der gleiche Personenkreis der Zukunftskonferenz eingeladen wurde, um direkt an die erarbeiteten Ergebnisse anknüpfen zu können.

Entsprechend des Arbeitsauftrages der Workshops „bündeln, strukturieren und verdichten“ erarbeiteten die nach den Beratungsbezirken der BeKos zusammengestellten Arbeitsgruppen anhand eines Musterarbeitsbogens (s. Abbildung 12) und im Diskussionsprozess Vorschläge für die Zielgruppen- und Wirkungszielbereiche des Projektes „Zu Hause alt werden“. Die im Rahmen der Workshops verdichteten Ergebnisse dienen als Grundlage für die Indikatorenbildung zur Effizienz- und Effektivitätsbeurteilung von einzureichenden Projektideen, die in den anschließenden Ideenwettbewerben ausgeschrieben werden.

Abbildung 12: : Musterarbeitsbogen zur Strukturierung der Ergebnisse der Zukunftskonferenz

Workshops am 24.08.2009 sowie am 22.09.2009				
Definition Wirkungsziele, Benennung von Handlungsfeldern und Zielgruppen zur Vorbereitung der Ausschreibung im Rahmen der Ideenwettbewerbe „Zu Hause alt werden“ in 2010				
Ergebnis Zukunftskonferenz	Thema/Handlungsfeld	Zielgruppe	Wirkung	Wirkungsziel
Bitte notieren, welches Ziel bearbeitet wird, stimmt im Idealfall mit Wirkungsziel überein	Fitness/Gesundheit	Erwerbstätige	Normaler Blutdruck	Die Mitarbeiter/Innen von transfer haben am 30.12.2009 einen normalen Blutdruck

Quelle: transfer (2009): Workshop „Zu Hause alt werden“.

Während im ersten Workshop 33 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erscheinen konnten, wurde der Folgeworkshop von 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmern besucht. Im Folgenden werden die von den Arbeitsgruppen auf Grundlage der in der Zukunftskonferenz gefundenen Handlungsfelder herausgestellten Vorschläge zu Zielgruppen- und Wirkungszielbereichen als Ergebnisse präsentiert.

Zielgruppen:

Als Anforderung in der Arbeitsgruppenphase galt, die zu formulierenden Wirkungsziele auf spezifische Zielgruppen zu ordnen. Während einerseits konkret die Gruppen der „immobilen, allein lebenden Menschen“, „Bürgerinnen und Bürger mit geringem Einkommen“ sowie „Ältere Bürgerinnen und Bürger mit Behinderung oder Krankheit“ als Zielgruppen genannt wurden, wurde andererseits als Ergebnis formuliert, dass die Wirkungszielerreichung als gemeinschaftliche Aufgabe zu sehen ist, um für alle Bürgerinnen und Bürger eine Steigerung der Lebensqualität vor Ort zu erlangen.

Zielgruppen	
1	Immobilie, allein lebende ältere Menschen
2	Ältere Bürgerinnen und Bürger mit geringem Einkommen
3	Ältere Bürgerinnen und Bürger mit Behinderung oder Krankheit

Wirkungsziele:

Anschließend wurden die Gruppenbeiträge zu dem Themenbereich der Wirkungsziele auf zwei bis vier Hauptzielbestimmungen pro Beratungs- und Koordinierungsbereich verdichtet, die in der folgenden Tabelle zusammengefasst dargestellt werden und als Grundlage für eine Definition von Wirkungszielen im weiteren Projektverlauf dienen:

Vorschläge zur Wirkungszieldefinition
Jede/r immobile Bürgerin und Bürger wird in bestimmten Abständen medizinisch versorgt.
Die Ortskerne sind barrierefrei bewohnt.
Jede/r weiß: Ich habe (in der Not) eine/n Ansprechpartner/in, der/die schnell hilft.
Es gibt bis zum ... Hilfen zur Alltagsbewältigung.
Grundversorgung des täglichen Lebens (mit Lebensmitteln) aus Sicht des Bürgers ist erreicht.

3. Perspektiven und Folgeaktivitäten

Im weiteren Projektverlauf werden die Arbeitsergebnisse aus der Zukunftskonferenz und den beiden Workshops in der *Regionalen Pflegekonferenz* des Landkreises Bernkastel-Wittlich vorgestellt. Anknüpfend an diese *Projektpräsentation* wird es um die *Bildung einer Projektsteuerungsgruppe* gehen, die sich aus Expertinnen und Experten sozialer Organisationen, Vertreterinnen und Vertretern von Verbänden, Vereinen und der Politik zusammensetzen soll, um möglichst umfassend alle fachlichen Kompetenzen aus dem Hilfe- und Pflegebereich bündeln zu können.

Nach der Konstituierung der Projektsteuerungsgruppe wird an die unter Bürgerbeteiligung erarbeiteten Vorschläge für Projekthandlungsfelder, Zielgruppen und Wirkungszielbereiche angeknüpft, um diese in einer vereinbarungsfähigen Form aufzubereiten. Im Anschluss an die konkrete Definition von Zielgruppen und Wirkungszielen sowie der Zustimmung durch die Gremien des Landkreises, werden die Eckpunkte des Projektes medienwirksam in die Öffentlichkeit getragen, um auf die anstehenden Ideenwettbewerbe aufmerksam zu machen (Erstellung eines Flyers, Presseberichte, Präsentationen, Vorträge, etc.).

Projektentwicklerinnen und Projektentwickler als Träger sowie zusätzlich Interessierte aus dem Altenhilfebereich sind sodann eingeladen, innovative Projektideen, die ein „Zu Hause alt werden“ in der Region ermöglichen und befördern, einzureichen. Die definierten Handlungsfelder, Zielgruppen und Wirkungsziele bilden dabei die Schablone zur passgenauen Konzeption von Modellprojekten.

Wirkungsorientierte Projektansätze, die die in Kapitel 1 definierten Ziele umsetzen, werden vom Landkreis gefördert. Insgesamt werden im Zeitraum 2010 bis 2013 drei Ideenwettbewerbe entlang der von der Projektsteuerungsgruppe und den einschlägigen Gremien zu bestimmenden Zielgruppen ausgeschrieben, für die jeweils 100.000 Euro bereitgestellt werden. Neben den aufgeführten Zielstellungen sind auch eine angemessene Kosten- und Nutzwertanalyse sowie die Kriterien der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit zu berücksichtigen.

Die Kreisverwaltung sowie die Projektsteuerungsgruppe legen für die Bewertung der eingereichten Projektanträge Effektivitäts- und Effizienzkatologe zugrunde, die die aufgestellte Wirkungsorientierung berücksichtigen. Gleichfalls werden nach Vergabe der Projektzuschläge, diese einem kontinuierlichen Wirkungscontrolling unterzogen, um die Praxistauglichkeit der eingebrachten Konzeptvorstellungen zu überprüfen.

In einer *Projektabschlussphase* werden die Projekte, die sich als wirkungszielorientiert und praxistauglich bewährt haben, zusammengeführt, um die bereits bestehenden Angebote des Landkreises Bernkastel-Wittlich zu ergänzen. Die abschließende Projektdokumentation wird die unter Bürgerbeteiligung entwickelte Angebotsstruktur zusammenfassend ausweisen, die den Menschen der Region ein selbständiges „Zu Hause alt werden“ gewährleisten.

Die hier aufgeführten Perspektiven und Folgeaktivitäten werden in der dargelegten Logik und Abfolge zunächst für die Beschlussfassungen der Gremien aufbereitet und ergänzt.

4. Fazit und Analyse der Umsetzung

Ziel der Prozessgestaltung des Modellprojektes „Zu Hause alt werden“ (vgl. Abbildung 11) ist es, die Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Bernkastel-Wittlich bereits in der Planungsphase an der Entwicklung und der Akzentuierung neuer, innovativer Pflegestrukturangebote zu beteiligen. Über die Verfahrensschritte der Zukunftskonferenz und der daran anschließenden Workshops hat eine solche Beteiligung stattgefunden.

Im Ergebnis konnten sich alle Beteiligten gegenseitig für die jeweiligen Blickwinkel der Betrachtung des Themas „Zu Hause alt werden“ vor dem Hintergrund der Auswirkungen der demografischen Entwicklung sensibilisieren. Der Kreisverwaltung ist durch die Bürgerbeteiligung die Perspektive eröffnet worden, die aus dem Datenreport quantitativ erfassten Daten zur Sozialraumstruktur durch Bürgerinnen und Bürger als Experten ihres jeweiligen Arbeitsfeldes in der Alten- und Pflegehilfe, die täglich direkt mit den Problemen und Schwierigkeiten älterer und pflegebedürftiger Menschen konfrontiert sind, qualitativ nachzuvollziehen. Gleichzeitig sind die Identifikation der mitwirkenden Bürgerinnen und Bürger mit dem auf fünf Jahre angelegten Projekt und das Verständnis von Verwaltungsentscheidungen zur Pflegestrukturplanung gewachsen.

Bei der Einbeziehung von 117 Bürgerinnen und Bürgern des Landkreises Bernkastel-Wittlich zur Erarbeitung von Handlungsfeldern, Zielgruppen und Wirkungszielen als Vorlage für eine endgültige Beschlussfassung durch die Projektsteuerungsgruppe und die Gremien, wurde deutlich, dass ein Definieren klarer, eindeutiger und messbarer Indikatoren eine schwierige und abstrakte Aufgabe ist. Die Ideen der beteiligten Personen in den Arbeitsgruppen wurden oft in einem konkreten Maßnahmenzusammenhang gedacht. Durch die nachfolgenden Workshops konnte diese Kategorisierung teilweise aufgebrochen werden, um kreative, ergebnisführende Prozesse im Sinne einer wirkungszielorientierten Denkweise freizusetzen. Dieses bildet den Rahmen für eine erfolgreiche Strukturierung der in Kapitel 3 beschriebenen Folgeaktivitäten.

Auf das Gesamtprojekt „Zu Hause alt werden“ bezogen, dienen die Ergebnisse des Datenreports, der Zukunftskonferenz und der Workshops als Grundlage der Beurteilung und Bewertung von einzureichenden Projektideen im Rahmen der Ideenwettbewerbe. Neben dem Erreichen dieses Arbeitsziels, bieten die vielen Einzelergebnisse auch eine Grundlage für die intensive Auseinandersetzung quartiersbezogener Strukturentwicklungen vor Ort.

Literatur:

Kreis Borken (2008): Leben im Alter neu denken – Kreis Borken bewegt. Abschlussbericht. Borken.

Seifert, W. J. (2003): Moderation. In: Auhagen/Bierhoff (Hrsg.), Angewandte Sozialpsychologie, Beltz PVU, Weinheim Basel Berlin, S. 74-87.

transfer (2009): Datenreport zur Pflegestrukturplanung 2009 im Landkreis Bernkastel-Wittlich. Wittlich.

transfer/Kappenstein (2009): Zukunftskonferenz. Zu Hause alt werden im Landkreis Bernkastel-Wittlich. Wittlich.

transfer (2009): Workshop „Zu Hause alt werden“. Wittlich.

Weitere Informationen und Kontakt:



Mirko Nagel
Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich
Fachbereich 30 - Soziale Hilfen
Kurfürstenstraße 16
54516 Wittlich

☎ 065 71 – 14 – 24 08
📠 065 71 – 14 – 42 408
✉ Mirko.Nagel@Bernkastel-Wittlich.de
🌐 www.bernkastel-wittlich.de

II.2.2 Donnersbergkreis

Heike Frey

Mittendrin statt nur gepflegt. Teilhabe stationär gepflegter Menschen am Gemeindeleben

Einführung

Ein quirliges Altenpflegeheim? Eine wuselige Seniorenwohnanlage? Das sind Begriffe, die man gewöhnlich nicht unbedingt unmittelbar miteinander in Verbindung bringt. Trotzdem faszinierte uns im Donnersbergkreis eben diese Vorstellung, als wir uns im Sommer 2008 entschlossen, als Modellkommune an der Erprobung einer Pflegestrukturplanung auf der Grundlage des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) teilzunehmen. Leben, Abwechslung und Wertschätzung in den Tagesablauf stationär gepflegter Menschen zu bringen, darum sollte sich der partizipatorische Teil, neben der Empirie zweiter Baustein der Pflegestrukturplanung, drehen.

Am Anfang stand eine „Kreisbereisung“. Die Stationen: die zwölf stationären Pflegeeinrichtungen des Donnersbergkreises. Die Charaktere der Einrichtungen sind so mannigfaltig wie die der Menschen, die dort leben: Vom um- und angebauten Wohnanwesen in der Nebenstraße eines kleinen Dörfchens über den Baukomplex in der typischen Farbgebung der Achtziger Jahre bis zu weitläufigen, pastellfarbenen Konstruktionen neueren Datums reicht die Angebotspalette für diejenigen, die nicht mehr weiter zu Hause, in ihrem eigenen Reich, bleiben können. Bei aller Unterschiedlichkeit berichteten jedoch alle Verantwortlichen stets von der Zeitnot des Pflegepersonals und der Sorge, den anvertrauten Menschen in ihren persönlichen Bedürfnissen deswegen nicht gerecht werden zu können. An diesem Punkt wollten wir ansetzen.

Örtliche Gegebenheiten

Auch am ländlich strukturierten Donnersbergkreis mit einer Einwohnerzahl von 77.350, davon 14.896 über 64 Jahre alt (Stand 31.12.2008), gehen gesellschaftliche Entwicklungen nicht vorbei. Demografischer Wandel, wegbrechende Familienstrukturen und wachsende Individualisierung – offensichtlich an der Zunahme der Singlehaushalte – sind hier vielleicht mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung, aber letztlich denselben dramatischen Folgen für das zwischenmenschliche Zusammenleben zu beobachten, wie in urban geprägter Umgebung. Leidtragende dieser Anonymisierung und Vereinsamung sind, wie überall, in besonderem Maße Menschen, die in stationären Einrichtungen gepflegt werden und aus ihrem vorangegangenen Lebensabschnitt nicht, nicht mehr oder nicht ausreichend auf persönliche Kontakte zu anderen Menschen zurückgreifen können. Hier gegenzusteuern haben wir uns vorgenommen.

Erfreulicherweise weist der Donnersbergkreis eine bemerkenswerte Anzahl ehrenamtlich engagierter Menschen auf. Laut Ehrenamtsatlas 2009 der Prognos AG sind in Rheinland-Pfalz 39% der Menschen bürgerschaftlich engagiert; das bedeutet einen dritten Platz im Bundesvergleich (34,3%). Dies übertreffen die Bürgerinnen und Bürger des Donnersbergkreises noch mit einer Ehrenamtsquote von über 50%. In dem Tätigkeitsfeld der Aktivitäten für ältere Menschen sind bereits 3,7% aktiv; ein zusätzliches Engagement auf diesem Gebiet können sich 23,5% vorstellen. Diese Ressourcen gilt es zum Wohle Aller zu aktivieren.

Die Kernarbeitsgruppe

Die Überlegungen zur Zusammensetzung der Kernarbeitsgruppe gingen von der Frage aus, welche Personen und Institutionen für die Verwirklichung der Aufgabenstellung besondere Bedeutung haben würden. Die Gruppe musste alle maßgebenden Partner mit entsprechenden Erfahrungen berücksichtigen, durfte aber auch gleichzeitig nicht über den Umfang hinaus wachsen, der einer konstruktiven, ergebnisorientierten Arbeit hinderlich ist. Schließlich setzte sich die Arbeitsgruppe zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern

- aller zwölf stationären Pflegeeinrichtungen des Kreises,
- der beiden Beratungs- und Koordinierungsstellen des Kreises,
- des Kreissenioresrates,
- der Leitstelle „Älter werden“ der Kreisverwaltung,
- des Referates „Förderung des Ehrenamtes“ der Kreisverwaltung,
- der Sozialabteilung der Kreisverwaltung.

Die Kernarbeitsgruppe tagte regelmäßig im Abstand von vier bis acht Wochen. In diesem Gremium wurden die Verfahrensschritte, Inhalt und Form schriftlicher Entwürfe abgestimmt, neue Ideen entwickelt und die jeweiligen Vor-Ort-Erfahrungen ausgetauscht. Schriftliche Sitzungsprotokolle gewährleisteten auch verhinderten Arbeitsgruppenmitgliedern einen stets aktuellen Kenntnisstand. Der respekt- und vertrauensvolle Umgang miteinander trug wesentlich zu der angenehmen und ergebnisorientierten Arbeitsatmosphäre bei.

Als Schirmherr der Aktion stellte sich dankenswerterweise Herr Staatssekretär a.D. Dr. Richard Auernheimer bereitwillig zur Verfügung.

Projektidee

Nur weil Menschen in Folge gesundheitlicher Beeinträchtigung nach einem langen, selbstständigen und meist aktiven Leben mit vielfältigen Beschäftigungen nicht mehr in der Lage sind, ihren Tagesablauf unabhängig zu gestalten und deswegen die Sicherheit einer stationären Pflegeeinrichtung nutzen (müssen), endet nicht automatisch ihr Interesse für Themen, die sie bisher in ihrer Freizeit beschäftigten. Warum soll ein Senior, der ein Leben lang am Wochenende auf dem Fußballplatz mitgefeiert und mitgelitten hat, sich plötzlich nicht mehr für Fußball interessieren, nur weil er nicht mehr gut zu Fuß ist? Aus welchem Grund sollte eine betagte Dame keinen Spaß mehr am Schaufensterbummeln haben, nur weil sie jetzt in einer stationären Pflegeeinrichtung zu Hause ist? Für solche und ähnliche Bedürfnisse Partnerinnen und Partner „von außerhalb“ als Begleitung und Hilfestellung zu finden, machten wir zu einer unserer Aufgaben. Aus dem Gedanken der sicher nicht unproblematischen Integration dieser Menschen entstand auch der plakative, durchaus kämpferisch zu verstehende gewählte Titel „*Mittendrin* statt nur gepflegt“.

Umgekehrt: Mit der Auflösung der Familienstrukturen wächst ständig die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die nicht selbst und unmittelbar Kontakte zu Oma oder Opa haben, ja, sie vielleicht überhaupt nicht kennen. Die allgegenwärtige Präsenz und Verherrlichung von Gesundheit und Jugend hat Alter und Pflegebedürftigkeit ins Abseits gerückt. Diesen nahezu zwangsläufigen Lebensabschnitt wieder als selbstverständlichen Bestandteil des menschlichen Daseins zu begreifen, ist Voraussetzung dafür, auch Mitmenschen mit Beeinträchtigungen in jeder Form, sei

es Alter, sei es Krankheit oder Behinderung, Respekt und Achtung entgegenzubringen. Dazu müssen sie sich aber kennen lernen. Daher war und ist es uns ein besonderes Anliegen, Kinder und Jugendliche mit den Pflegebedürftigen zusammenzubringen.

Letztlich sollen die stationären Pflegeeinrichtungen als eine Form des Wohnens selbstverständlicher Bestandteil der Gemeindestruktur werden. Wir wünschen uns, dass es ganz natürlich und unspektakulär wird, auf dem Weg zum Bäcker „mal eben bei Frau Meier in der stationären Pflegeeinrichtung vorbei zu gehen, vielleicht braucht sie etwas“. Ein Besuch in der Einrichtung soll nicht einmal im Monat generalstabsmäßig geplant wie eine Museumsbesichtigung vonstattengehen, sondern unverkrampfte Begegnung sein. Mit dieser Einstellung könnte man die Wohnanlagen in das Gemeindeleben integrieren und gleichzeitig Pflegepersonal entlasten, wenn der Bedarf der Pflegebedürftigen nach menschlichen Kontakten auch durch andere, nichtpflegerische Partnerinnen und Partner, übernommen wird.

Projektschritte

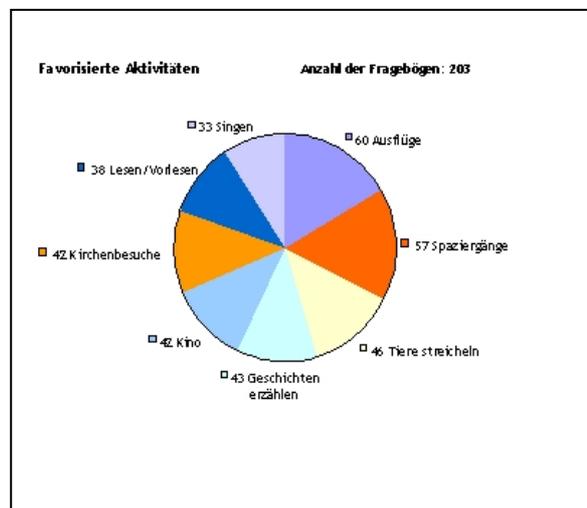
Bestandserhebung

Die soziale Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner gehört zu den Pflichtaufgaben der stationären Pflegeeinrichtungen. Jede Einrichtung verfügt über eine – je nach örtlichen Gegebenheiten sehr unterschiedliche – Palette von sozialen Aktivitäten. Um einerseits einen Überblick über die vorhandenen Programme zu gewinnen, andererseits aber auch Erkenntnisse über die zu berücksichtigenden Nutzerinteressen, sammelten wir zunächst schriftlich die bereits existierenden Angebote.

Bedarfsermittlung

In einem zweiten Schritt entwickelte die Arbeitsgruppe individuelle Fragebogen für jede Einrichtung, die auf den durchgeführten Bestandsermittlungen basierten. Alle Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Vertrauenspersonen wurden mittels eines Begleitschreibens über die Fragebogenaktion informiert und hatten die Möglichkeit, ihre Vorlieben und Wünsche anonym zu äußern. Auch bei den Beratungs- und Koordinierungsstellen waren die Fragebogen erhältlich. Den Startschuss für die Fragebogenaktion bildete eine Auftaktveranstaltung in einer beteiligten Pflegeeinrichtung, an der Herr Dr. Auernheimer als Schirmherr teilnahm und die öffentlichkeitswirksam in Rundfunk und Presse begleitet wurde.

Ebenso erfreulich wie bemerkenswert war die Zahl der Rückläufe: über 200 Fragebogen mit etwa 550 Einzelantworten gaben Auskunft über die beliebtesten Freizeitbeschäftigungen der Befragten. Ganz oben in der Skala fanden sich Ausflüge und Spaziergänge, gefolgt von dem Wunsch, Tiere zu streicheln, Kino und Kirche zu besuchen, zu lesen bzw. vorgelesen zu bekommen und zu singen.



Suche nach Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern

Gestützt auf die Ergebnisse der Umfrageaktion, machten wir uns auf die Suche nach geeigneten

Der Lohn der guten Tat

Glücksforschung: "Wer regelmäßig anderen Menschen etwas Gutes tut, ist 24% glücklicher als ein Mensch, der nur für sich lebt."

Sie sind ein **Mensch**, der gerne seinen Mitmenschen hilft, die Bedürfnisse jedes Menschen nach sozialen Kontakten nachempfinden kann, der älteren Generation Respekt entgegenbringt und etwas Gutes für das Wohlbefinden der Menschen in Pflegeeinrichtungen tun möchte?

Dann sind **Sie** genau die oder der **Richtige** für uns!
Wir suchen Personen, die mit **geringerem Zeitaufwand sich selbst** und die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeeinrichtungen **glücklich machen**, indem sie die BewohnerInnen besuchen, sich mit ihnen unterhalten und ihnen zuhören, mit BewohnerInnen spazieren gehen oder mit ihnen kleine Einkäufe in der Stadtmitte erledigen oder ihnen einfach Gesellschaft leisten.

Möchten auch Sie etwas Gutes für Andere tun, dann melden Sie sich doch bei uns!

Kontakt: Heike Frey, Kreisverwaltung Donnersbergkreis, Uhlandstr. 2, Zi. 101, Tel. 06352/ 710 163, E-Mail: hfrey@donnersberg.de

Das Modellprojekt des Donnersbergkreises
 „Mittendrin statt nur gepflegt“

Partnerinnen und Partnern mit gleich gelagerten Interessen: Für einen Schachbegeisterten wurden beispielsweise gezielt Schachvereine angesprochen, für Kinofreunde das Medienzentrum des Donnersbergkreises kontaktiert.

Gleichzeitig richtete sich eine breit angelegte Öffentlichkeitsaktion an potenzielle Ehrenamtsinteressierte. Über wiederholte Zeitungsannoncen, Anschreiben an Ortsbürgermeisterinnen und -bürgermeister, Schulen und Kindergärten, eigens entworfene Flyer und Mund-zu-Mund-Propaganda verbreiteten wir die Idee des Projektes. Bereits die ersten Presseveröffentlichungen stießen auf offene Ohren und bereitwillige Helferinnen und Helfer. Die Bandbreite der rund zwanzig Interessentinnen und Interessenten reichte von der gerade volljährig gewordenen Frau über die allein erziehende Mutter, den berufstätigen jungen Mann und die seit

kurzem Teilzeit beschäftigte Dame bis zum rüstigen Senior im Ruhestand.

Verwirklichung

Bei der Sozialabteilung der Kreisverwaltung wurden die Meldungen systematisch gesammelt, Kontakte hergestellt und weiterer Informationsbedarf gedeckt. Von hier aus gelangten die Daten der Engagierten zu den in Frage kommenden Einrichtungen, die dann persönliche Treffen arrangierten, um passende Partnerinnen und Partner zu finden. Kam ein dauerhaftes Engagement zustande, übernahm die Kreisverwaltung die versicherungsrechtliche Mitteilung an das Land Rheinland-Pfalz.

Hier kristallisierte sich die zeitnahe Kontaktaufnahme als ein entscheidender Faktor für die Erfolgsaussichten einer Kooperation heraus. Sobald die Umgebungsbedingungen – Einsatzort und -zeiten, übereinstimmende Interessen etc. - geklärt waren, konnten die gemeinsamen Unternehmungen beginnen. Die Einrichtungsleitungen standen hierbei jeweils unterstützend zur Seite.

Natürlich konnte nicht jede Erwartung – sei es von Seiten der bzw. des Ehrenamtlichen, der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen oder auch der Einrichtung – vollumfänglich erfüllt werden. Beispielsweise stellte sich eine Angehörige vor, dass für jeden stationär gepflegten Menschen eine ehrenamtliche Begleitung bei einem halbstündigen Spaziergang pro Tag möglich sein müsse. Eine zunächst im höchsten Maß engagierte Dame kam letztendlich mit der Belastungssituation nicht zurecht und musste, auch zu ihrem eigenen größten Bedauern, die Tätigkeit wieder aufgeben.

Dies waren jedoch die extremen Ausnahmefälle, von denen man sich auf diesem Weg keinesfalls entmutigen lassen darf. In allen übrigen Fällen sind die ehrenamtlichen Helferinnen und

Helfer in den beteiligten Einrichtungen zu einem gern gesehenen und meist heiß ersehnten Puzzleteil der abwechslungsreichen Alltagsgestaltung geworden. Sie gehen mit den Seniorinnen und Senioren spazieren, führen mit ihnen Gespräche, singen und spielen zusammen, bereiten Feste und andere Unternehmungen mit vor. Ein Kindergarten hat regelmäßige wöchentliche Besuche aufgenommen. Und die Planungen gehen weiter: die Organisation eines mobilen Kinos mit Wunschfilmen steht ebenso auf der Liste wie die Erstellung einer Hauszeitung mit der ehrenamtlichen Unterstützung eines jungen EDV-Spezialisten.

Präsentation der Projektergebnisse

Dass wir die Ergebnisse unseres Projektes in möglichst offener, einladender und lebendiger Form präsentieren wollten, stand schnell fest.



Auch über Zeit und gastgebende Einrichtung waren wir bald einig. Das Programm stellten wir uns bunt und lebhaft vor; es sollte angetan sein, alle Altersgruppen neugierig zu machen auf gemeinsame Unternehmungen mit unseren pflegebedürftigen Mitmenschen. Gleichzeitig sollten sich die Pflegeeinrichtungen in angemessener Weise darstellen können, um auch auf diesem Wege Hemmschwellen abzubauen. Alle Mitwirkenden beteiligten sich ebenso aktiv wie kreativ am Programm, das mit einem Chor aus Sängerinnen und Sängern verschiedener Einrichtungen, einer Seniorentanzgruppe und einem Gedichtvortrag einer Bewohnerin unterhielt. Für Spielbegeisterte standen Rommékarten, Schach und eine Boulebahn nebst seniorenfreundlichem Zubehör bereit. Das kreative Malen und das Kinderkino fanden besonders bei

den jüngeren Besuchern Anklang. Das Publikum stärkte sich mit Getränken, den von den Einrichtungen gestifteten hausgebackenen Kuchen und an der Saftcocktailbar.

Aktiv betätigen konnten sich die Gäste beim „Erinnerungskoffer“ und bei der „Mitmach-Operette“ zu den Klängen von „Das bisschen Haushalt“ ebenso wie als virtuelle Kegler an der Spielekonsole, was alle Altersstufen begeisterte. Ein Preisrätselparcours, bei dem aus den Namen historischer Gebrauchsgegenstände ein Lösungs-



wort zu finden war, führte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den Präsentationen aller



Beteiligten - kurzum: ein Aktionstag, wie wir ihn uns vorgestellt hatten. Die Ankündigung mit Flyern, Plakaten, Einladungen an Ortsbürgermeisterinnen und -bürgermeister und die Mitglieder der Regionalen Pflegekonferenz, Schulen, Kindergärten, Annoncen in der Presse und ein Radiointerview hatten Wirkung gezeigt: Im Laufe des Nachmittages bevölkerten um die 400 fröhliche, interessierte und durchaus neugierige Gäste das Terrain, meist im Seniorenalter, aber in bemerkenswerter Zahl auch jüngere Erwachsene und einige Kinder und Jugendliche. Sogar vierbeinige Teilnehmer waren

gekommen: Die Hunde der Besuchshundegruppe blieben trotz des Andranges gelassen. Selbst die gelegentlichen Rollatoren-Staus beeindruckten die Tiere nicht.

Der Aktionstag bot darüber hinaus Gelegenheit, den zahlreichen anwesenden langjährig ehrenamtlich Tätigen für ihren Einsatz für andere Menschen persönlich mit einem Schreiben des Landrates Dank und Anerkennung auszusprechen, was von allen aufmerksam zur Kenntnis genommen wurde.

In der Manöverkritik wurde das Fest unisono als runde, harmonische Veranstaltung gelobt. Viele Menschen bedankten sich für die interessanten neuen Einblicke, die ihnen ermöglicht worden sind. Die Rückmeldungen machten aber auch eindringlich deutlich, dass die Gewinnung und Begleitung ehrenamtlicher Helferinnen eine Daueraufgabe ist, die immer wieder ins Bewusstsein gerückt werden muss, um nachhaltig zu sein.



Angenehmer Nebeneffekt, der gepflegt werden soll, ist die persönliche Vertrauensbasis, die zwischen den Leitungen der Pflegeeinrichtungen, der Kreisverwaltung und den übrigen Beteiligten des Arbeitskreises entstanden ist. Gemeinsam werden wir uns, vielleicht in leicht modifizierter Form, daher weiter darum bemühen, in diesem Sinne mehr Begegnungen

zwischen Menschen möglich zu machen. Um erfolgreich zu sein, werden wir aus der Erfahrung des vergangenen Jahres heraus auf einige A's und O's zu achten haben:

- engmaschigen Kontakt untereinander halten,
- Thema und Kontaktadressen *müssen* immer wieder veröffentlicht werden (regelmäßige Bekanntgabe, z.B. im Wochenblatt),
- regional bekannte Mitstreiterinnen und Mitstreiter gewinnen (lokalpolitisch Verantwortliche, Kreisgremien),



- stets offene Augen und Ohren für neue Beschäftigungsideen bewahren, auch wenn sie auf den ersten Blick ungewohnt oder schwierig umzusetzen scheinen,
- alle Gelegenheiten nutzen, potentielle Gleichgesinnte anzusprechen – aus Zufällen entwickeln sich oft die schönsten Kooperationen,
- bei der Verwirklichung hartnäckig bleiben, nicht entmutigen lassen,
- Begeisterung weitergeben,
- die ehrenamtlich Tätigen in ihrer Arbeit anerkennen und würdigen.

Quirlige Altenpflegeheime? Wuselige Seniorenwohnanlagen? Auch im Donnersbergkreis noch nicht immer und nicht überall. Aber wir arbeiten daran. Zusammen.

Weitere Informationen und Kontakt:



Heike Frey
Kreisverwaltung Donnersbergkreis
Uhlandstraße 2
67292 Kirchheimbolanden

☎ 0 63 52 – 710 – 163

📠 0 63 52 – 710 – 232

✉ hfrey@donnersberg.de

🌐 www.donnersbergkreis.de

II.2.3 Landkreis Germersheim

Annette Hieber

Was tun, wenn es alleine nicht mehr geht: Hilfe- und Pflegeangebote im Landkreis Germersheim

1. Einleitung

Das Modellprojekt "Pflegestrukturplanung" im Landkreis Germersheim beinhaltete die Erarbeitung einer Pflegebroschüre für den Landkreis. Das Besondere an dem Projekt: Die Broschüre wurde von der Kreisverwaltung Germersheim gemeinsam mit den Mitgliedern der Regionalen Pflegekonferenz im Landkreis Germersheim und weiteren Kooperationspartnern erarbeitet.



2. Ausgangssituation des Projektes

Zu Beginn des Projektes lag Informationsmaterial aus unterschiedlichen Quellen vor. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Beitrag der Pflegestützpunkte, der insbesondere die Überlassung von und die Mitwirkung bei der redaktionellen Überarbeitung von Textbausteinen im Rahmen von Arbeitsgruppen zu Themenschwerpunkten der Pflegebroschüre umfasste. Verbunden mit dem vorliegenden Material war die Frage, wie man dieses Allen - und insbesondere den Bürgerinnen und Bürgern - überhaupt bzw. besser zugänglich machen kann. Daraus resultierte das Ziel, mehr Transparenz für Alle im Hilfe- und Pflegebereich zu ermöglichen. Dies sollte nicht nur durch reine Textinformation geschehen, sondern bereichert werden durch fotografische Visualisierung mit regionalem Bezug.

Ein weiteres Ziel war es, aktuelle Neuerungen wie z.B. die Weiterentwicklung der Beratungs- und Koordinierungsstellen (BEKOs) zu Pflegestützpunkten oder das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, unmittelbar in diesen Prozess mit einzubeziehen und einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Ein drittes Ziel des Projektes war der Weg bzw. der Prozess der Erarbeitung, d.h. die Einbindung des Wissens und der Kompetenzen der Mitgliedergruppen der Regionalen Pflegekonferenz und weiterer Kooperationspartner in Bezug auf ihr Fachgebiet und dessen Darstellung im Rahmen eines konkreten Ergebnisses zum Nutzen Aller (= Pflegebroschüre).

3. Wer war beteiligt?

Eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung des Projektes waren die seit Mai 2006 zwei bis drei Mal jährlich stattfindenden Sitzungen der Regionalen Pflegekonferenz im Landkreis Germersheim als zentralem Gremium der Pflegestrukturplanung nach dem LPflegeASG.

Einige dieser Regionalen Pflegekonferenzen wurden von der Kreisverwaltung Germersheim gemeinsam mit Akteursgruppen, z.B. Pflegestützpunkte, Ambulante Pflegedienste, stationäre

Pflegeeinrichtungen vorbereitet und durchgeführt mit dem Ziel, Informationen über die Anbieter und eine differenzierte Sichtweise ihres Aufgabenspektrums zu vermitteln. In diesem Kontext erfolgte auch eine erste Datenerhebung in Abstimmung mit den Diensten und Anbietern. Die Informationen aus diesem Prozess waren ebenfalls eine zentrale Basis des Projektes.

Im Laufe des Prozesses wurde deutlich, dass zusätzlich zu den Mitgliedern der Regionalen Pflegekonferenz noch weitere Partner wichtig waren, die dann entsprechend eingebunden wurden, so z.B. die Agentur für Arbeit, Sozialämter der Verbandsgemeinden und Seniorenvertretungen, Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, Landesberatungsstelle "PflegeWohnen" Mainz, Ansprechpartner zum Thema "Wohnraumanpassung" wie die Landesberatungsstelle "Barrierefrei Bauen und Wohnen" sowie Regionalstellen, das Modernisierungsprogramm RLP (kreisverwaltungsintern und Landestreuhandbank [LTH], Mainz).

4. Projektprozess

Abbildung 13 gibt einen Überblick über den Projektprozess wie er im Landkreis Germersheim durchgeführt wurde.

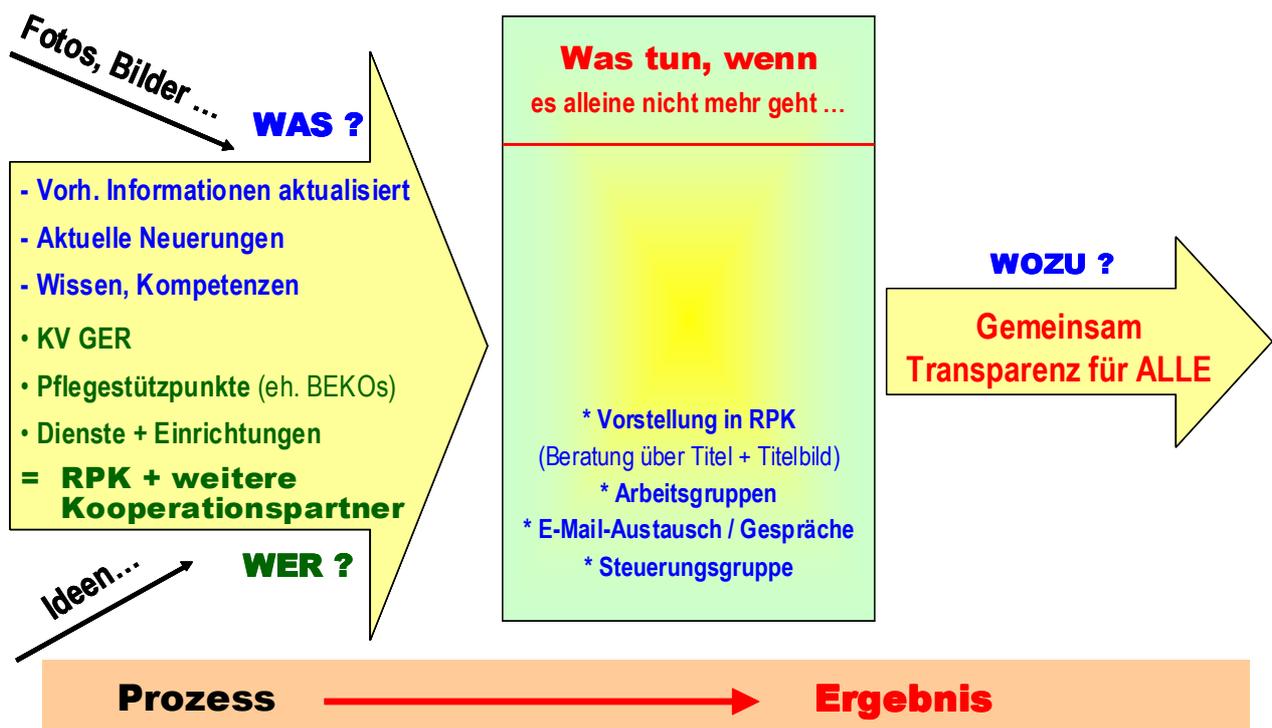


Abbildung 13, Projektprozess: "Was tun, wenn es alleine nicht mehr geht"

4.1 Arbeitsgruppensitzungen

Die Projektbearbeitung erfolgte im Wesentlichen in Form von Arbeitsgruppen. Dazu fanden im Projektzeitraum insgesamt sieben Arbeitsgruppensitzungen, inklusive Vor- und Nachbereitung, statt: 1. Erstinformation für Pflegestützpunkte, Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie 2.- 4. je eine AG-Sitzung pro Akteursgruppe, 5. Anbieter Betreuten Wohnens für Senioren, 6. Pflegekassen/ MDK, 7. Vertreter Haus- und Fachärzte im Landkreis Germersheim.

Verfahren:

Etwa 3 bis 4 Wochen vor der jeweiligen Sitzung wurde der relevante Textbaustein von der Kreisverwaltung Germersheim mit einer Einladung zur Sitzung an die AG-Mitglieder versendet. Ziel der Sitzungen war es, die Textbausteine auf Änderungswünsche hin zu diskutieren sowie Kontaktdaten zu aktualisieren. Dabei ergaben sich häufig auch weiterführende Diskussionen/Themen, die ein Indiz dafür sind, dass Austausch und Kommunikation im Netzwerk und in den Akteursgruppen einen hohen Stellenwert haben. In einer Akteursgruppe, die sich im Rahmen des Projektes neu konstituiert hat, wurde beispielsweise der Wunsch geäußert, den begonnenen Austausch im Zuge der Aktualisierung der Broschüre regelmäßig fortzusetzen. Im Nachgang der Sitzungen wurden die gemeinsam abgestimmten Änderungen von der Kreisverwaltung Germersheim in das Dokument eingearbeitet und per E-Mail an die AG-Mitglieder versendet.

4.2 E-Mail-Abstimmung

Eine weitere sehr effektive Form der Zusammenarbeit – vor allem mit überregionalen Kooperationspartnern – war die E-Mail-Abstimmung. Das heißt, der vorbereitete Textbaustein wurde – wie bei den Arbeitsgruppensitzungen – per E-Mail an die jeweiligen Akteure versendet und Änderungswünsche entweder elektronisch oder per Telefon übermittelt.

4.3 Steuerungsgruppe

Eine Steuerungsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der Regionalen Pflegekonferenz, hat den Prozess – zusätzlich zu den thematischen Arbeitsgruppen – in drei Sitzungen begleitet. Hier ging es unter anderem um die Beobachtung des Prozesses / Zeitplan, die Fertigstellung der Textfassung / Gesamtdokument sowie um die Mitwirkung bei der Planung der Abschlussveranstaltung am 22.09.2009.

4.4 Regionale Pflegekonferenz am 18.03.2009

In der Regionalen Pflegekonferenz am 18.03.2009 wurde im Rahmen einer Kleingruppenarbeit über den Titel und das Titelbild für die Pflegebroschüre beraten. Die Vorbereitung und Moderation der Kleingruppen erfolgte durch die Kreisverwaltung gemeinsam mit den Pflegestützpunkten im Landkreis Germersheim. Das Ergebnis war – trotz oder gerade wegen kontroverser Diskussionen – die Entscheidung für den Titel: "Was tun, wenn es alleine nicht mehr geht: Hilfe- und Pflegeangebote im Landkreis Germersheim" sowie Fotomotiv/e als Titelbild.

Arbeitsmaterialien zur Beratung "Titel" und "Titelbild" im Rahmen der Regionalen Pflegekonferenz

TITEL - Vorschlag 1 (TeilnehmerInnen)

(1)

oder ...

Regionale Pflegekonferenz Landkreis Gernersheim: Modellprojekt "Pflegestützplanung", Pflegebereich für den LK GER
3

TITEL - Vorschlag 2 - 4

(2) Wenns alleine nicht mehr geht
Hilfe- und Pflegeangebote im Landkreis Gernersheim

oder ...

**(3) Informationen rund um das Thema
Hilfe und Pflege**
im Landkreis Gernersheim

oder ...

(4) Fragen zu Hilfe und Pflege ?
Antworten im Landkreis Gernersheim

Regionale Pflegekonferenz Landkreis Gernersheim: Modellprojekt "Pflegestützplanung", Pflegebereich für den LK GER
4

TITELBILD - Vorschlag 1
(TeilnehmerInnen)

TITEL
UNTERTITEL



oder ...

Regionale Pflegekonferenz Landkreis Gernersheim: Modellprojekt "Pflegestützplanung", Pflegebereich für den LK GER
1

Vorschlag 2 (Fotos) (z.B. Eltern oder zu einer Eltern)

TITEL
UNTERTITEL



oder ...

Regionale Pflegekonferenz Landkreis Gernersheim: Modellprojekt "Pflegestützplanung", Pflegebereich für den LK GER
2

Vorschlag 3 (Dreißik) (NUR ZUM VERBODENEN EINSATZ)

TITEL
UNTERTITEL



oder ...

Regionale Pflegekonferenz Landkreis Gernersheim: Modellprojekt "Pflegestützplanung", Pflegebereich für den LK GER
3

4.5 Fotografien

Um nicht nur Textinformationen anbieten zu können, sondern die einzelnen Themenbereiche auch ansprechend zu visualisieren, wurden Fotografien mit regionalem Bezug eingebaut. Letzteres war wichtig, um einen identitätsstiftenden Bezug zum Landkreis/ seinen Gemeinden und Einrichtungen herzustellen. Die Koordination des Teilprojektes "Fotografie" erfolgte durch die Kreisverwaltung

Germersheim in Zusammenarbeit mit der Fotografin sowie allen beteiligten Einrichtungen und Personen.

4.6 Abschlussveranstaltung

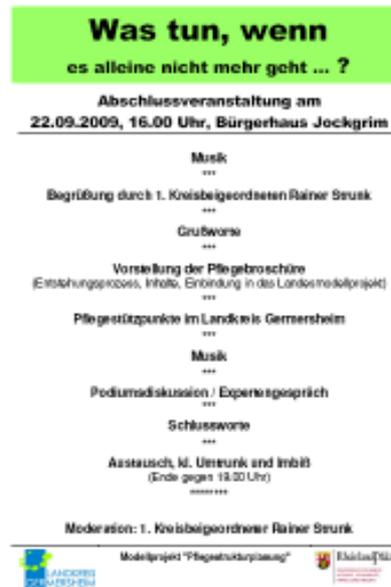
Die Abschlussveranstaltung fand am 22.09.2009 ab 16.00 Uhr im Bürgerhaus in Jockgrim statt. Ca. 150 interessierte Bürgerinnen und Bürger, Fachleute und Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Gesellschaft und Kirche waren der Einladung nach Jockgrim gefolgt. Geplant wurde die Abschlussveranstaltung mit der Steuerungsgruppe; der Programmzettel gibt einen Überblick, welche Aspekte hierbei Berücksichtigung fanden.

Zur Veranstaltung wurde eingeladen mittels persönlicher Anschreiben an Schlüsselpersonen sowie kontinuierlicher Presse- / Medienarbeit, die ca. 3 Wochen vor der Veranstaltung begann.

Foto zur Abschlussveranstaltung



Programm zur Abschlussveranstaltung



Das Programm umfasste 3 inhaltliche Schwerpunkte:

- Präsentation der Pflegebroschüre,
- Vorstellung der Pflegestützpunkte,
- Podiumsdiskussion (Diskutanten: Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste, Tagespflege, stationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Hausärzte, Krankenhaussozialdienst / Pflegeüberleitung, pflegende Angehörige, Kreispolitik).

Ausgangspunkt der Programmgestaltung war die Präsentation der Pflegebroschüre im Rahmen eines Vortrags. Darüber hinaus sollten die Anwesenden einen aktuellen Einblick in die Arbeit der Pflegestützpunkte als die zentralen Anlaufstellen für persönliche Beratung in Sachen "Hilfe und Pflege" erhalten. Hierzu standen die Pflegestützpunkte an diesem Nachmittag nicht nur für den Vortrag zur Verfügung, sondern hatten auch jeweils einen Stand, an dem sie nach der Veranstaltung für Fragen und weitere Informationen erreichbar waren. Ziel der Podiumsdiskussion

war es, Mitglieder der Regionalen Pflegekonferenz aktiv zu beteiligen und den anwesenden Gästen die Möglichkeit zu geben, den Fachleuten ihre Fragen zu stellen. Um Inhalte und Richtung der Podiumsdiskussion gemeinsam zu beraten, fand im Vorfeld der Abschlussveranstaltung ein Vorbereitungstreffen mit den o.g. Beteiligten unter Leitung des Moderators, 1. Kreisbeigeordneten Rainer Strunk, statt.

1.7. Dokumentation

Hauptdokument ist die gemeinsam erarbeitete Pflegebroschüre. Die Dokumentation des Erarbeitungsprozesses der Broschüre erfolgte weitgehend durch die schriftliche Rückkopplung der Arbeitsergebnisse (in diesem Falle der Textbausteine) an die Mitglieder der Arbeitsgruppen. In Einzelfällen wurden auch Kurzprotokolle versendet.

1.8. Implementierung und Nachhaltigkeit

Von Beginn an haben wir drei Zielrichtungen verfolgt:

- die Bündelung vorhandener Informationen unter Berücksichtigung aktueller Neuerungen,
- die Mitwirkung und Beteiligung der Regionalen Pflegekonferenz und weiterer Kooperationspartner (= Prozess), wodurch die Zusammenarbeit weiter aktiviert und intensiviert wurde und
- das konkrete Ergebnis in Form der Broschüre, die als Printversion sowie im Internet verfügbar ist.
- Die Pflegebroschüre stellt einen ersten Baustein der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit der Regionalen Pflegekonferenz im Landkreis Germersheim dar. Sie ist konkretes Ergebnis eines Prozesses und gleichzeitig Ausgangspunkt, von dem aus wir die Broschüre in und für die Zukunft gemeinsam im Rahmen der Regionalen Pflegekonferenz nicht nur aktualisieren – und das ist die Herausforderung – im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer weiterentwickeln möchten zu einem modernen Informationsmedium für ein modernes Thema, das uns alle angeht bzw. betreffen kann. Ziel ist es, das Thema "Öffentlichkeitsarbeit" / "Pflegebroschüre" regelmäßig und verstetigt in der Regionalen Pflegekonferenz zu verankern.

1.9. Einmaligkeit des Projektes

Was war einmalig am Projekt Pflegebroschüre "Was tun, wenn es alleine nicht mehr geht: Hilfe- und Pflegeangebote im Landkreis Germersheim"?

Einmalig war das Engagement der Mitglieder der Regionalen Pflegekonferenz und weiterer Kooperationspartner, insbesondere auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegestützpunkte. Dies war die Grundvoraussetzung, ohne die das Projekt in dieser Form so nicht hätte realisiert werden können. Allen Mitwirkenden gebührt der Dank und die Anerkennung der Kreisverwaltung Germersheim für dieses Engagement. Ebenfalls richtungsweisend war die Unterstützung innerhalb der Kreisverwaltung Germersheim bzw. von Seiten der Verwaltungsspitze, die das Projekt und die Kooperation mit den Netzwerkpartnern in

entscheidendem Maße unterstützt und gefördert hat. Auch dies war und ist eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Realisierung eines solchen Projektes.

Weitere Informationen und Kontakt:



Kreisverwaltung Germersheim

Annette Hieber

Waldstr. 13a

76726 Germersheim

☎ 0 72 74 – 53 279

📠 0 72 74 – 53 15 261

✉ a.hieber@kreis-germersheim.de

💻 www.kreis-germersheim.de

II.2.4 Landkreis Kusel

Thomas Pfundstein

Leben und Wohnen im Alter

Studie zur Lebenssituation im ländlichen Raum am Beispiel der Stadt Wolfstein.

1. Der Anlass – das Projektkonzept

Der Landkreis Kusel entschied sich in Zusammenarbeit mit dem AGP⁹⁸ für eine Studie zur Lebenssituation der älteren Personen im Kreis Kusel. Wie andernorts auch zeigen sich im Landkreis Kusel die zunehmenden Veränderungen des demografischen Wandels und der Familienstrukturen. Mit der Studie wollte der Landkreis diese Veränderungen exemplarisch analysieren, um in einem zweiten Schritt darauf aufbauende, zielgerichtete, sozialpolitische Entscheidungen treffen zu können. Allen Beteiligten war dabei bewusst, dass eine Studie zur Lebenssituation der älteren Bürgerinnen und Bürger im Landkreis, die die Alltagssituation und die konkreten Versorgungsarrangements in den Blick nehmen sollte, nicht auf den gesamten Kreis bezogen sein konnte, sondern nur in einer exemplarischen Gemeinde durchgeführt werden konnte. Die regionale Entscheidung fiel relativ einfach. Kusel ist als Flächenkreis der sich von Norden nach Süden erstreckt und unterschiedlich entwickelt ist. Während der Süden des Kreises durch die Nähe zu Homburg und Kaiserslautern eher industriell geprägt ist, liegen typische ländliche Räume im Norden des Kreises.

Als Ort für die Feldforschung wurde die Verbandsgemeinde Wolfstein ausgewählt. Die Stadt Wolfstein und die in der Verbandsgemeinde zusammen geschlossenen Dörfer sind für die aktuelle Situation im ländlichen Raum in vielerlei Hinsicht typisch. Eine landschaftlich reizvolle Lage mit kleinen Dörfern kontrastiert mit einer vergleichsweise großen Entfernung zu den nächsten wirtschaftlichen Ballungszentren und einer zum Teil ungünstigen Verkehrsanbindung an die Mittelzentren Kaiserslautern und Idar-Oberstein.

Ortsgemeinden der VG Wolfstein

Ausgewählte Ortsgemeinden:

- ☐ Hefersweiler
- ☐ Aschbach
- ☐ Wolfstein
- ☐ Oberweiler im Tal
- ☐ Rothselberg



Die Studie gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil bietet einen Überblick zur demografischen und sozialstrukturellen Lage und einen Ausblick in die Zukunft. Im Mittelpunkt sollte die aktuelle Lebenssituationen und die zu erwartenden Entwicklungen der älteren Bevölkerung insbesondere der hochaltrigen Bürger und Bürgerinnen (70+) stehen. Der zweite Teil befasst sich mit der individuellen Alltagsbewältigung der Hochbetagten. Hierzu wurden in Wolfstein und den Gemeinden

⁹⁸ AGP: Alter. Gesellschaft. Partizipation. Institut für angewandte Sozialforschung. Freiburg

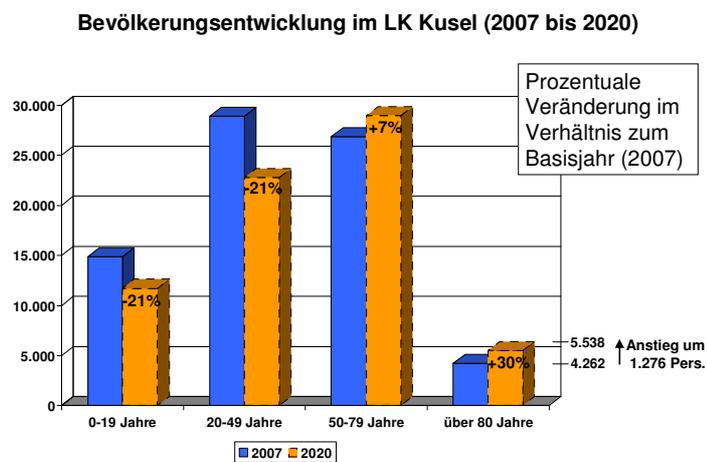
Aschbach, Hefersweiler, Oberweiler im Tal und Rothselberg Interviews mit älteren Bürgerinnen und Bürgern geführt.

Die Ergebnisse der Studie wurden am 13. November 2009 in Wolfstein vorgestellt und dienten als empirische Grundlage für die im Anschluss folgende Zukunftswerkstatt mit Bürgern und Bürgerinnen aus Wolfstein. Ziel dieser Zukunftswerkstatt war die gemeinsame Entwicklung neuer innovativer Ideen, Ansätze und Modelle, um dem demografischen Wandel zu begegnen.

2. Wolfstein im demografischen Wandel – Daten und Zahlen

Wolfstein ist eine landschaftlich pittoresk gelegene Verbandsgemeinde in den nordwestpfälzischen Bergen mit 15 Ortsgemeinden und ca. 8.700 Personen.⁹⁹ Die kleinste der Ortsgemeinden ist Reisberg mit 174 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Stadt Wolfstein selbst stellt ca. 2.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Gesamtbevölkerung. Aus vielen Studien ist bekannt, dass der demografische Wandel in den Regionen, ja teils sogar in der einzelnen Gemeinden und Stadtteilen sich sehr unterschiedlich zeigt. Ballungszentren und wirtschaftliche Knotenpunkte sind weniger betroffen wie ländliche Regionen. Die generelle Alterung der Gesellschaft ist zumindest teilweise von der wirtschaftlichen Entwicklung überlagert. Die Stadt Wolfstein ist dabei keineswegs in einer besonders prekären Lage, wie etwa einige Regionen in den neuen Bundesländern. Der Anteil der 60-jährigen und Älteren und der Hochaltrigen (80+) an der Gesamtbevölkerung liegt mit 29 Prozent¹⁰⁰ bzw. 6,8 Prozent zwar über dem Landesdurchschnitt (25,9 bzw. 5,4 Prozent), aber durchaus im moderaten Rahmen ländlicher Regionen.

Der Trend zur Alterung der Gesellschaft wird sich fortsetzen. So geht die Bevölkerungsvorausrechnung des statistischen Landesamtes bis 2020 von einer weiteren prozentualen Steigerung der älteren Generationen an der Gesamtbevölkerung aus. Das Verhältnis der jüngeren und älteren Generationen wird dabei auch von der wirtschaftlichen Situation beeinflusst werden.



Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen

Ob sich das Verhältnis zu Ungunsten der jüngeren Generationen verändert, hängt vom Arbeitsplatzangebot ab. Mit der Karl Otto Braun GmbH und Co. KG verfügt Wolfstein über einen großen industriellen Hersteller von Medizinprodukten. Wie sich ein industrieller Arbeitgeber auswirkt, zeigen die Zahlen zu den Arbeitsplätzen. Wolfstein verfügt über ca. 1.300 Arbeitsplätze. Typisch für den ländlichen Raum pendeln aus der Verbandsgemeinde Wolfstein zwar viele Bürgerinnen und Bürger zur Arbeit aus (ca. 2.300 Personen) aber durch die Karl Otto Braun GmbH und Co. KG pendeln auch ca. 1.300 Arbeitnehmer ein. Die Stadt Wolfstein hat durch diesen Arbeitgeber eine positive Arbeitsplatzbilanz.

⁹⁹ www.kommwis.de (Stand: 30.09..2009)

¹⁰⁰ www.kommwis.de (Stand 30.06.2010)

Mit Blick auf die Ortsgemeinden wandelt sich das Bild. Es pendeln fast die gesamten Berufstätigen aus, da in den Gemeinden selbst nur in geringem Maße Arbeitsplätze angeboten werden. Das Arbeitsplatzangebot in einer Region ist insofern wesentlich, es eine Bedingung für die häusliche Pflege durch Familienangehörige darstellt. Regionen in denen häufig ausgependelt wird und eine

Arbeitspendler der arbeitenden Bevölkerung

Ort	Wohnort	Arbeitsort	Einpendler	Auspendler
Aschbach	140			
Einöllen	153	26	23	150
Eßweiler	153	32	24	145
Hefersweiler	197	22	12	187
Hinzweiler	127	15		
Jettenbach	318	37	27	308
Kreimbach-Kaulbach	297	88	59	268
Nußbach	230	34	22	218
Oberweiler im Tal	57			57
Oberweiler-Tiefenbach	109			
Reipoltskirchen	104	31	27	100
Reisberg	57			
Rothselberg	237		34	227
Rutsweiler an der Lauter	137	5	5	137
Wolfstein, Stadt	679	1.335	1.051	395
Gesamt:	2.995	1.669	1.284	2.192

© AGP 2009

Hier

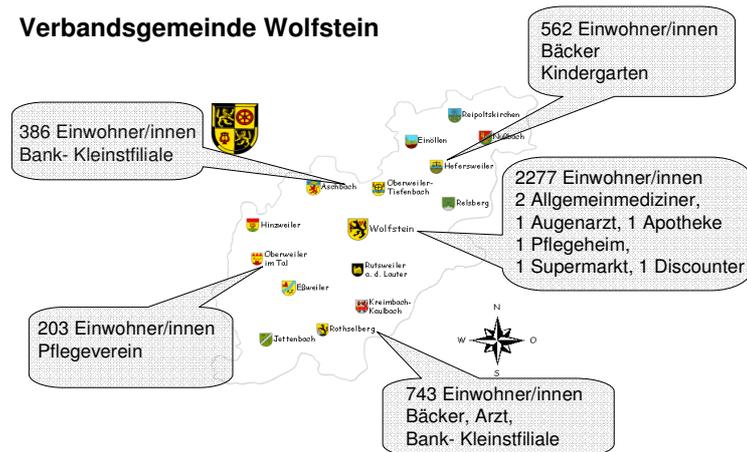
da

In

hohe Frauenerwerbsquote besteht, ist die Alltagsversorgung der Älteren durch die Kinder erschwert. Dies gilt im Besonderen, wenn die Arbeitsorte weit entfernt liegen, was in ländlichen Regionen häufig der Fall sein kann. Die hohe Zahl der Auspendler im Vergleich zur Bevölkerung lässt mittelbar auch auf eine vergleichsweise hohe Frauenerwerbstätigkeit schließen.

Was für die Arbeitsplatzstruktur gilt, lässt sich analog auch auf die Struktur der Versorgung mit Gütern des Alltags übertragen. Mit wenigen Ausnahmen (z.B. Bäcker in Hinzweiler) bieten die Ortsgemeinden keine Einkaufsmöglichkeiten. Für den kleinen Einkauf bietet lediglich das Angebot der mobilen Händler eine Alternative zum Einkauf in den Supermärkten von Wolfstein oder Lauterecken, die flexibel nur mit dem Auto zu erreichen sind.¹⁰¹

Verbandsgemeinde Wolfstein



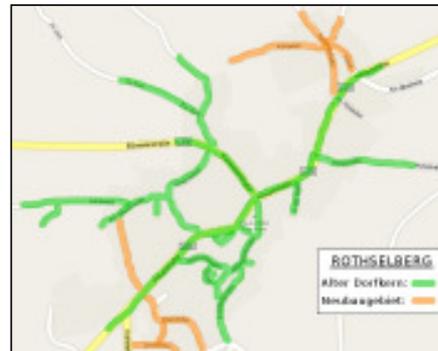
© AGP 2009

Betrachtet man die Gebäudestruktur in den Ortsgemeinden, so handelt es sich meist um Straßendörfer, die kein deutlich ausgewiesenes Zentrum besitzen. Lediglich die Stadt Wolfstein verfügt über einen Stadtkern mit verschiedenen Angeboten, der während der Tageszeit von den Bürgern und Bürgerinnen genutzt wird, während die Ortsgemeinden durch das Auspendeln der Berufstätigen und Schülerinnen und Schüler eher unbelebt wirken. Die Siedlungsstruktur lässt sich deutlich nach ihrer Entstehungsgeschichte unterscheiden. An den Durchgangsstraßen liegen die traditionellen Gebäude, erweitert um Gebäude aus der frühen Nachkriegszeit. Einige Ortsgemeinden verfügen zusätzlich über Neubaugebiete, die siedlungsstrukturell den letzten Jahrzehnten zuzuordnen sind.

¹⁰¹ Mitte 2009 wurde vom Kreis Kusel das sog. Ruftaxi eingeführt. Bürger und Bürgerinnen haben damit die Möglichkeit zu Tarifen des öffentlichen Nahverkehrs sich ein Taxi zu bestellen. Zum Zeitpunkt der Interviews war dieses Angebot noch wenig bekannt (siehe dazu auch den Endbericht).

Eine eigens erstellte Analyse der Meldedaten der Gemeinde Rothselberg hat gezeigt, dass diese Siedlungsgeschichte auch Spuren in der Altersstruktur der Siedlungsgebiete hinterlässt. Etwas vereinfacht ist davon auszugehen, dass in den älteren Ortskernen vorwiegend ältere Bürger und Bürgerinnen entweder in Ein-Personen- oder Zwei-Personen-Haushalten leben, während die jüngeren Familien in den Neubaugebieten in Einfamilienhäusern wohnen. Aus Sicht der sozialen Gerontologie ist dieser Befund nicht unproblematisch. Zeigt er doch, dass die ältere Generation in den Dörfern meist im emotional stark besetzten Eigentum lebt und dieser Wohnraum unter präventiven Gesichtspunkten als wenig altersgerecht zu bezeichnen ist.

Siedlungsstruktur in Rothselberg



© AGP 2009

Angesichts des demografischen Wandels und der Urbanisierungstendenz lässt diese Siedlungsstruktur der Dörfer einiges erwarten. Ein erheblicher Teil der älteren Gebäude wird in den nächsten Jahren zum Verkauf stehen, da die Erbgeneration kein Interesse an der Eigennutzung besitzt. Angesichts des schon heute bestehenden Überangebots von Kaufobjekten wird dies in den nächsten Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit zu vermehrten Leerständen führen.

Emotionale Verbundenheit mit dem Lebensort und Eigentumsbindung scheinen auch hinsichtlich der Wahl der Pflegearrangements eine Rolle zu spielen. Wie der Vergleich der Daten des Pflegemonitoring des Landkreises Kusel mit anderen Landkreisen und der Stadt Speyer zeigen konnte, wählen im Landkreis Kusel die Pflegebedürftigen überwiegend die Geldleistung (59 Prozent). Die ambulanten Kombi- und Sachleistungen (22 Prozent), als auch die stationären Leistungen (19 Prozent), werden im Vergleich deutlich weniger in Anspruch genommen. Dies lässt indirekt darauf schließen, dass familiäre Pflegearrangements für die Mehrzahl der Pflegebedürftigen (noch) zu realisieren sind und gewünscht werden. Die Interviews zur Versorgungssituation der Älteren zeigten aber auch, dass selbstbeschaffte hauswirtschaftliche Hilfskräfte die Unterstützung übernehmen und nicht in jedem Fall familiäre Alltagshilfe geleistet wird.

3. Die Interviews zur Lebens- und Versorgungssituation

Die Studie sollte nicht nur die strukturellen Bedingungen der Lebenssituation der älteren Bevölkerung analysieren, sondern auch einen Betrag dazu leisten, wie die Älteren mit dieser Situation umgehen.

Die Interviews wurden mit Bürgern und Bürgerinnen aus Wolfstein und den Ortsteilen Aschbach, Hefersweiler, Oberweiler im Tal und Rothselberg im Juli 2009 geführt. Insgesamt konnten sechzehn Hochbetagte im Alter von 75 bis 90 Jahren interviewt werden. Alle Interviews fanden in den Privathäusern der Interviewten statt und wurden im Vorfeld telefonisch vereinbart. Die Kontakte vermittelten die Ortsvorsteher, Pfarrer und die Sozialstation. Alle Befragten hatten zumindest kleinere körperliche Einschränkungen und waren zum Zeitpunkt der Interviews in ihrer Mobilität eingeschränkt. Bei sieben Interviewten lag eine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung vor.

In der Regel sind mit zunehmendem Alter körperliche Einschränkungen verbunden, die infolgedessen auch die Lebenswelt der Älteren verändern. Dies gilt statistisch betrachtet vor allem für den Personenkreis der Hochbetagten (80+). Der Körper, der zunächst noch selbstverständlich gegeben war, verändert sich, schränkt ein und zwingt so die Betroffenen zur Umgestaltung ihrer bisherigen lebensweltlichen Praxis. Eine solche Umgestaltung der eigenen Lebenswelt betrifft neben anderem

- die eigene Alltagsgestaltung sowie die damit einhergehende Versorgungspraxis der Betroffenen und
- die Integration der Betroffenen in die soziale Gemeinschaft.

Mit der Studie und den Interviews sollte der Frage nachgegangen werden, inwiefern diese Vulnerabilität¹⁰² und soziale Angewiesenheit wahrgenommen werden und inwieweit die betroffenen Personen auf Ressourcen der Unterstützung zurückgreifen können. Im Vergleich zu städtischen Regionen ist die Versorgungspraxis im ländlichen Raum unter den Bedingungen eingeschränkter Mobilität eher erschwert: Räumliche Entfernungen erfordern technisch gestützte Mobilität für die Alltags- und Freizeitgestaltung und die Unterstützung der Älteren durch die Jüngeren ist aufgrund der veränderten Erwerbs- und Bildungsstrukturen durch Auspendeln oder gar Wegzug begrenzt.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die älteren Menschen, dort wo eine Versorgungslücke entsteht, darauf angewiesen sind, dass ihnen geholfen wird. In der Regel stehen die Betroffenen dabei in einer notwendigen Austauschbeziehung bzw. Reziprozitätsbeziehung, die der Logik des Gebens, Nehmens und Erwiderns folgt. Im Zentrum einer solchen Logik steht der Gedanke, dass Geben und Nehmen sich die Waage halten müssen. Die Balance zu finden ist in Reziprozitätsbeziehungen deshalb von besonderer Bedeutung. Mit Blick auf die Interviews lassen sich zwei Reziprozitätsbeziehungen unterscheiden:

- Eine Versorgungssituation, die auf einem impliziten Reziprozitätsverständnis basiert: Eine in der Vergangenheit erbrachte Leistung berechtigt den Betroffenen selbst Hilfe von einer Person zu erhalten (z.B. hat man selbst für den Anderen eingekauft als dieser aus terminlichen Gründen nicht konnte) oder aber der Betroffene erhält Hilfe aufgrund sozialer Überlegungen (z.B. weil er der Nachbar ist). Implizit bleibt diese Reziprozitätsbeziehung zwischen Gebenden und Nehmenden zum einen deswegen, weil die „Gegengabe“ für eine erfolgte Leistung nicht zwingend eingefordert werden kann, und weil zum anderen der erbrachten Leistung kein exakt definierter Gegenwert gegenübersteht. Die von Anderen angebotene und von den Betroffenen in Anspruch genommene Unterstützung gründet sich auf eine in der Gesellschaft vorhandene Norm, Gaben durch eine Gegengabe zu erwidern. Allerdings: Auch wenn Personen der sozialen Verpflichtung einer Gegengabe nicht nachkommen und damit gesellschaftlich, bspw. in Form fehlender Ankerkennung durch Andere, sanktioniert werden, kann die Gegengabe nicht eingefordert werden und stellt somit auch in der Form der Gegengabe ein „Geschenk“, das der Andere mit angemessener Sorgfalt und mit Dankbarkeit entgegenzunehmen hat.

¹⁰² Vulnerabilität – (von lateinisch vulnus, Wunde); ist ein Fremdwort mit der Bedeutung „Verwundbarkeit“ „Verletzbarkeit“

- Eine manifeste Reziprozitätsbeziehung basiert auf einer etwas anders gearteten Logik: Eine vorab festgelegte und zeitlich begrenzte Leistung muss durch eindeutig zu erbringende Gegenleistungen, vor allem in Form von Geldleistungen, erwidert werden. Diese Gegenleistungen sind außerdem nicht irgendwann, sondern zeitlich begrenzt nach Erhalt der erbrachten Leistung zu entrichten. Geschieht dies nicht, folgt nicht nur eine soziale, sondern zudem auch eine rechtliche Sanktion.

Vor dem Hintergrund eines solchen Verständnisses der Versorgungssituationen lassen sich aus den Daten heraus unterschiedliche Versorgungsmodelle herausarbeiten. Auf manifester Ebene der Darstellung können diese Versorgungsmodelle zunächst danach eingeteilt werden, welcher Akteur die Versorgung in einem der weiter oben benannten Bereiche erbringt, kurzum: wer der Gebende in der Beziehung ist. Darüber hinaus werden mit Blick auf die Austauschbeziehungen die Bedeutungszuschreibungen zwischen den Akteuren ersichtlich (z.B. wenn jemand nicht zur Last fallen will, wäre das ein Hinweis darauf, dass Geben und Nehmen sich nicht mehr im Gleichgewicht befinden). Denn gerade aus Sicht der Betroffenen ist es für diese nicht einerlei, wer wie oft und wie häufig eine Leistung für einen Versorgungsbereich erbringt, da für sie stets die Pflicht zur Gegengabe besteht. Entlang der Akteurskonstellationen lassen sich folgende Versorgungsmodelle differenzieren:

Implizites Reziprozitätsverständnis	Familienmodell Nachbarschaftshilfe Wohngemeinschaft
Manifestes Reziprozitätsverständnis	Osteuropäische Betreuerin Einkauf einzelner, extern erbrachter Leistungen

Ergebnisse der Interviews

Wohnen im eigenen Haus, die Kinder in der nächsten Umgebung oder gar im eigenen Haus und eine gute, herzliche und langjährige Nachbarschaft ist immer noch ein tragfähiges Modell für die Versorgung im Alter auf das viele Ältere im ländlichen Raum setzen können. Bei zehn der sechzehn interviewten Senioren und Seniorinnen wurde die Unterstützung von Familienmitgliedern übernommen und kleinere Hilfen von Nachbarn geleistet. Familiäre und nachbarschaftliche Hilfe ergänzten sich dabei recht häufig.

Die Interviews zeigten aber auch ein anderes Bild. Nach dem Tod des Partners, allein zuhause, betreut von wechselnden osteuropäischen Betreuerinnen, die Kinder mit Arbeit beschäftigt und kaum oder gar keine Kontakte in die Nachbarschaft. Die stationäre Pflegeeinrichtung erscheint als Alternative aus ökonomischem Kalkül und starker Verbundenheit mit dem Dorf und den eigenen Vierwänden verbaut. Dieser individuelle Rückzug konnte in Ansätzen oder ausgeprägt in der Studie ebenfalls beobachtet werden.

Was bisher fehlt, sind neben den etablierten Formen der Versorgung, der stationären Pflegeeinrichtung und dem ambulanten Dienst, weitere, weichere und individuellere Formen der Unterstützung. Es fehlt an verlässlichen alltäglichen Strukturen und Modellen, die dem Einzelnen Beispiele für eine gelingende Lebensbewältigung bieten. Oder aus der Sichtweise der Betroffenen formuliert: Typischerweise müssen Ältere und ihre Angehörigen auf dem Land dafür sorgen, sich ihre Versorgungsstrukturen selbst, angepasst an die eigene Lebenssituation, zu suchen und zu

gestalten. Hilfreich sind dabei Strukturen, die bereits vom Einzelnen früh in der Biographie angelegt und aufgebaut wurden – wie bspw. eine große Familie, die dann die Versorgung übernimmt. Gibt es keine solchen familiären Strukturen, dann sind die Möglichkeiten, die ansonsten angeboten werden, gering.

Die Bedingungen einer familiären Pflege werden sich in den nächsten Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit verschlechtern. Schon heute kann ein Teil der Älteren und Hochbetagten auf diese Form der Unterstützung nur sehr begrenzt setzen oder ist aus biografischen Gründen ganz auf sich gestellt. Das Angebot der Pflegeversicherung ist im ambulanten Bereich für die Sicherung der Pflege zwar vorhanden und auch verfügbar, kann aber mit Blick auf die Bedarfe der Teilhabe, Kommunikation und Lebensqualität nur sehr begrenzte Teilleistungen erbringen. Angebote kollektiver Unterstützung über den familiären Bereich hinaus fehlen bisher völlig. Als Alternative zur eigenen Häuslichkeit steht lediglich die stationäre Pflegeeinrichtung zur Verfügung, die aber weniger als in anderen Regionen von der Bevölkerung angenommen wird. Gemeinschaftliches Wohnen wird gegenwärtig in Wolfstein und den Gemeinden nicht angeboten noch spielte es als Alternative in den Zukunftsvorstellungen der Senioren und Seniorinnen eine Rolle. Angesichts dieser Bedingungen und der Verbundenheit mit dem eigenen Haus bietet sich gegenwärtig die Alternative der osteuropäischen Haushaltshilfe, wenn die familiären Bedingungen eine alltägliche Hilfe nicht zulassen. Befriedigend wurde diese Situation der Unterstützung allerdings in keinem Fall empfunden. Die mit diesem Modell verbundene Unsicherheit der Versorgung, dass das Zusammenleben in einem Haushalt nicht funktioniert und/oder ein Wechsel der Betreuenden verkräftet werden muss, belastete sowohl die osteuropäischen Haushaltshilfen als auch die Pflegebedürftigen.

4. Die Zukunftswerkstatt

Die Ergebnisse der Studie wurden im November 2009 in einer Veranstaltung der Öffentlichkeit von Wolfstein vorgestellt und zu einer Zukunftswerkstatt am folgenden Tag eingeladen.

Mit ca. 20 Wolfsteiner Bürgerinnen und Bürger, Interessierten aus den umliegenden Ortschaften sowie engagierten Vertreterinnen und Vertreter aus dem Kreis wie z. B. dem Kreisseniorerrat, wurde die Zukunftswerkstatt gut besucht. Das Alter der Beteiligten lag zwischen 28 und 81 Jahren. Eine etwas stärkere Beteiligung der kommunalpolitischen Entscheidungsträger wäre wünschenswert gewesen. Nur eine jüngere Gemeinderätin nahm an der Zukunftswerkstatt teil.

In der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „Älter werden in Wolfstein“ zeigten die Beteiligten eine große Problemsensibilität. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer beklagten, dass zunehmend Geschäfte geschlossen würden und damit auch die Begegnung im öffentlichen Raum kaum noch möglich ist. Auch die Dörfer seien zu Schlafstätten geworden und hätten kaum noch ein Gemeinschaftsleben. Sie sahen aber auch das Problem des Zuganges zu den Bürgern und Bürgerinnen. Es gäbe ja durchaus Angebote der Geselligkeit, die aber nur noch von Wenigen angenommen würden. Generell bestände eine Tendenz zum Rückzug ins Private. So blieben auch Bedarfe der Teilhabe und Hilfe im Alter häufig verborgen.

In der Phantasiephase entwarfen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Bild der wieder belebten, ökologischen Dörfer in denen die Bürger und Bürgerinnen mehr im Miteinander den Alltag gestalten und Probleme angehen. Dorfläden und die Direktvermarktung heimischer Produkte sollten initiiert werden und neue Gemeinschaftsaktivitäten zwischen Jung und Alt durch Begegnungsmöglichkeiten in den Dorfkernen entstehen.

In der Umsetzungsphase kristallisierten sich verschiedene Themenbereiche und Aufgaben heraus wie dies zu erreichen ist:

- Wahrnehmung der Veränderungen
Initiierung eines kommunalen Dialogs auf den verschiedenen öffentlichen Ebenen um die Frage: Wie wollen wir Leben? Die Diskussionen sollten im Gemeinderat und den Kirchengemeinden geführt werden.
Zusätzlich wurden aufsuchende Hausbesuche und Einladungen zu Veranstaltungen für die Seniorinnen und Senioren vorgeschlagen.
- Verbesserung der Infrastruktur
Berücksichtigung der Bedürfnisse von mobilitätseingeschränkten Personen bei allen städtebaulichen Veränderungen.
Fahrdienste und Einkaufshilfen auf ehrenamtlicher Basis, Tagesangebote in Eigenregie der Dorfgemeinschaften, Initiierung von Hofläden und Eigenvermarktung
- Neue Angebote im Bereich Wohnen
Neue Formen gemeinschaftlichen Wohnens wurden für die Belebung der Dorfzentren vorgeschlagen. Für das Thema generationsübergreifendes, gemeinschaftliches Wohnen wollten sich die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zukunftswerkstatt engagieren.

Mit der Zukunftswerkstatt konnte die komplexe Thematik in einem ersten Schritt diskutiert und erste Ideen entwickelt werden. Als Impuls für einen regionalen Dialog ist damit ein Anfang gesetzt. Für die Umsetzung konkreter Projekte werden alle Beteiligten weitere Unterstützung aus der Kommunalpolitik und der regionalen Wirtschaft benötigen. Die noch geringe Beteiligung beider Bereiche an der Zukunftswerkstatt spiegelt gewissermaßen den Stand der öffentlichen Wahrnehmung des Themas und den Diskussionsstand zu anderen Bereichen der demografischen Entwicklung im ländlichen Raum.

Eine weitere Sensibilisierung kann von den Ergebnissen der zwischenzeitlich in Auftrag gegebenen Demografiestudie des Landkreises erwartet werden.

Weitere Informationen

Die Studie zur Lebenssituation im ländlichen Raum und eine Zusammenfassung der Zukunftswerkstatt sind als PDF-Dokumente bei der Kreisverwaltung Kusel und dem AGP zu erhalten.

Weitere Informationen und Kontakt:



Leonhard Müller
Kreisverwaltung Kusel
Trierer Str. 49-51
66869 Kusel

☎ 0 63 81 – 424 – 200

✉ Leonhard.mueller@kv-kus.de

🌐 <http://.landkreis-kusel.de/>

II.2.5 Landkreis Mayen-Koblenz

Stefanie Freitag

Thomas Pfundstein

Modell Kompetenzzentrum Oberfell

Wie wollen wir im Alter leben?

1. Ausgangslage

In Oberfell, einer Ortsgemeinde der Verbandsgemeinde Untermosel mit ca. 1100 Einwohnerinnen und Einwohnern wurde schon vor über zehn Jahren erstmals öffentlich über den Bau einer stationären Pflegeeinrichtung diskutiert. Die Initiative ging schon damals von Bürgerinnen und Bürgern aus. Eine eigene Pflegeeinrichtung sollte gebaut werden, um auch bei Pflegebedürftigkeit in Oberfell bleiben zu können. Trotz Bürgerbefragung und einer Öffentlichkeitskampagne blieb der Wunsch aber zunächst unerfüllt. Die Bedarfsplanung des Kreises ging von einer ausreichenden Zahl von Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen aus, eine Investitionskostenförderung war nicht zu erwarten und ohne Förderung schien auch den interessierten Trägern eine neue Pflegeeinrichtung nicht realisierbar. Gleichwohl blieb das Thema Alter und Unterstützung in der Gemeinde Oberfell aktuell.

Eine neue Chance das Thema wieder aufzugreifen, bot das Projekt Pflegestrukturplanung. Der Landkreis Mayen-Koblenz hatte bis 2008 noch keine regelmäßig fortgeschriebene Altenhilfeplanung und wollte mit der Teilnahme am „Modellprojekt Pflegestrukturplanung“ eine Sensibilisierung im eigenen Hause, in Politik und Öffentlichkeit für das Thema Pflegestruktur allgemein und die Weiterentwicklung der Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege im Besonderen erreichen. Die Vorstellungen gingen dahin, modellhaft in einem Ort oder einer Verbandsgemeinde ein Netzwerk zu etablieren, das nachbarschaftliche, ehrenamtliche Hilfen mit professionelle Diensten und Angeboten vernetzt.

2. Die Projektidee

Die Initiative, die vom Landkreis Mayen-Koblenz letztlich aufgegriffen wurde, ging von der Gemeinde Oberfell und Projekt 3 e.V., einem Träger im Bereich der Alten- und Behindertenhilfe, aus. Ein erstes Treffen diente dem Informationsaustausch und insbesondere der Vorstellung der Projektkonzeption für ein „Kompetenzzentrum Oberfell“.

Das Angebot sollte sich in erster Linie an die Bürgerinnen und Bürger aus der Ortsgemeinde Oberfell richten. Ziel war die Schaffung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten und einzelfallbezogenen Versorgung im gewohnten Umfeld, die ins Gemeindeleben von Oberfell eingebunden sein sollte. Das Konzept wollte eine Brücke schlagen zwischen professioneller und familiärer Hilfe und ein flexibles Angebot von ambulanten bis zu stationären Hilfen anbieten. Das weitgehend von Projekt 3 e.V. entwickelte Konzept sah vor, dass in einem Mix verschiedener Leistungen in Kooperation mit der Gemeinde Oberfell ehrenamtliche familiennahe Hilfen mit

ambulanter Pflege, betreutem Wohnen und Wohngruppen für Pflegebedürftige verbunden werden sollte. Nach dem Prinzip der Hilfe aus einer Hand sollten dabei die erforderlichen Bedarfe und Unterstützungsleistungen einheitlich erhoben und individuelle Hilfepläne erstellt werden, die familiäre, freiwillige und professionelle Hilfen koordiniert in Bezug setzen. Als Elemente sollte das Kompetenzzentrum

- Begegnung und Beratung,
- Hauswirtschaftliche Hilfen,
- Ambulante Pflegeleistungen,
- Tagesstrukturierende Angebote / Tagespflege,
- Wohnen mit Service,
- und Wohnen in Wohngemeinschaften

umfassen und in enger Kooperation mit der Gemeinde Oberfell realisiert werden.

Der Kreis Mayen-Koblenz war insbesondere an der Vernetzung verschiedener professioneller Leistungen mit dem Bürgerengagement interessiert. Oberfell erschien in diesem Rahmen auch wegen der besonderen Aktivität der Bürger und Bürgerinnen geeignet. Die schon weit fortgeschrittenen Vorüberlegungen und die Bereitschaft der Ortsgemeinde zur Verwirklichung ließen erwarten, dass ein integriertes Konzept auch von der Bürgerschaft mitgetragen werden würde.

3. Der Steuerungskreis

Das angestrebte Konzept setzte eine Planungskoordination voraus. Keiner der beteiligten Akteure war in der Lage das Projekt alleine zu managen. Zur Projektsteuerung und -koordination musste ein Steuerungskreis eingesetzt werden. Der Landkreis Mayen-Koblenz übernahm die Projektträgerschaft und bildete einen Steuerungskreis mit dem Bürgermeister der Gemeinde Oberfell, der Geschäftsführung von Projekt 3 e.V., dem Ersten Kreisbeigeordneten, dem Leiter der Abteilung Soziales und Jugend sowie der Sozialplanerin. Speziell in der Anfangsphase wurde dieses Steuerungsteam durch das AGP¹⁰³ begleitet und beraten. Für die Vorbereitung und Moderation der geplanten Veranstaltungen hatte der Landkreis das Büro Hicking aus Altenahr engagiert.

Schon in den ersten Treffen des Steuerungskreises stellte sich die Frage nach der Rollenverteilung, den Aufgaben und Verantwortlichkeiten. In einer ersten Klärung sollte:

- Projekt 3 für die Pflegefachlichkeit und die bauliche Konzeption des Projektes verantwortlich zeichnen.
- Die Gemeinde Oberfell wollte die Entwicklung und Organisation des Bürgerschaftlichen Engagements übernehmen und evtl. ein zentrales Baugrundstück ins Projekt einbringen.
- Die Kreisverwaltung Mayen-Koblenz sollte durch finanziellen und personellen Einsatz die Bürgerbeteiligung im Rahmen des Projektes ermöglichen und den gesamten Prozess koordinieren. Dazu zählten die Öffentlichkeitsarbeit (Zeitung, TV, Radio, Plakate, Flyer

¹⁰³ Alter. Gesellschaft. Partizipation. Institut für angewandte Sozialforschung

usw.) und die Sicherung der politischen Unterstützung auf Kreisebene (Vorlagen für die Kreisgremien) sowie die Koordination mit dem Landesmodellprojekt.

4. Zielsetzungen des Projektes

Der Steuerungskreis konnte sich einigen, dass mit dem Projekt folgende Ziele verfolgt werden sollten:

- Ausbau der Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege als Ergänzung der professionellen Pflege modellhaft in einer begrenzten Region des Landkreises.
- Kurz- und mittelfristig: Sensibilisierung aller Akteure und Bürgerinnen und Bürger für eine Kultur der nachbarschaftlichen, kleinräumigen Hilfe füreinander und Verantwortung für den Nächsten.
- Langfristig: Aufbau eines funktionierenden Netzwerkes im Sinne eines ausgewogenen Hilfe-Wohlfahrts-Mix und Ausbau der Struktur mit ähnlichen Projekten im gesamten Landkreis.

Damit sollte ermöglicht werden, dass

- die Seniorinnen und Senioren auch bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können und somit ein Umzug vermieden wird,
- Eigenleistungen der Angehörigen oder engagierter Bürgerinnen und Bürger ermöglicht oder verstärkt wird,
- haushaltsnahe Dienstleistungen bezahlbar bleiben durch Finanzierungs- und Eigenleistungs- Mix.

5. Projektverlauf

Die Realisierung des „Kompetenzzentrums Oberfell“ erforderte verschiedene Planungsschritte. Grundsätzlich erklärte sich Projekt 3 e.V. in den Vorgesprächen bereit, die Planung des Zentrums zusammen mit der Gemeinde und den Bürgerinnen und Bürgern von Oberfell umzusetzen. Die Bürgerbeteiligung sollte im Rahmen des Projektes gestaltet werden. Beginnend mit einer Auftaktveranstaltung, die als Bürgerforum unter dem Titel „Älter werden in Oberfell“ geplant war, sollten in Oberfell Arbeitskreise gebildet werden, die gemeinsam mit dem Träger das Zentrum entwickeln. Als fachlicher Input in diesem Prozess waren Exkursionen zu anderen bürgerschaftlich getragenen Zentren geplant.

Die Auftaktveranstaltung

Die Auftaktveranstaltung fand am 06. Februar 2009 in der Mosella-Halle Oberfell statt. Im Vorfeld wurden ca. 350 Personen persönlich eingeladen und mit Flyern und Plakaten öffentlich geworben. Die Resonanz auf die Veranstaltung überraschte alle Beteiligten. Ca. 400 Personen, darunter viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von ambulanten Diensten und Einrichtungen und einige Presseleute, füllten die Halle fast bis auf den letzten Platz. Wie geplant war die Veranstaltung als Auftakt und Bürgerforum angelegt. Das Modellvorhaben sollte vorgestellt werden, um dann in einem zweiten Schritt erste Ideen und das weitere Vorgehen abzustimmen. Entsprechend dieser Zielsetzung wurde den Projektbeteiligten viel Raum eingeräumt. Die verschiedenen Grußworte und Einführungen (siehe Programm) erstreckten sich über fast eineinhalb Stunden was sich im Nachhinein als deutlich zu lang heraus stellte und etwas Müdigkeit bei der Zuhörerschaft hinterließ. Dies änderte sich allerdings in der folgenden Diskussion, die unter der Beteiligung

vieler Bürger und Bürgerinnen und der Fachkräfte aus der Pflege geführt wurde. Es zeigte sich, dass die Bürger und Bürgerinnen mit dem Begriff des „Kompetenzzentrums“ wenig verbinden konnten. Vorstellungen bestanden zu den stationären Pflegeeinrichtungen, aber wie hatte man sich ein Kompetenzzentrum vorzustellen. In den Präsentationen des Abends war dies in der Tat eher vage geblieben. Pragmatisch fokussierte sich deshalb die Diskussion um konkrete Leistungen und deren Preis. Ebenfalls kritisch zum Verlauf der Veranstaltung und dem noch vagen Konzept äußerten sich auch die Fachkräfte der Pflege. Hier vermuteten einige Anwesende hinter dem Konzept eine verkappte stationäre Pflegeeinrichtung. Entsprechend bewegt und teils emotional verlief die Diskussion.

Es mag aber sein, dass gerade diese lebhafteste Diskussion zum Ende des Bürgerforums über fünfzig Teilnehmerinnen und Teilnehmer veranlasste, ihr Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit zu zeigen. In der weiteren Planung sollten zwei Workshops zu den Themen „Leben und Wohnen im Alter“ und „Bürgerschaftliches Engagement“ angeboten werden.

Programm der Auftaktveranstaltung

Begrüßung
Ortsbürgermeister von Oberfell, Herrn Thelen.

Begrüßung
Kreisbeigeordneten des Landkreises
Mayen-Koblenz, Herrn Mauerl.

Grußwort des Landrates des Landkreises
Mayen-Koblenz, Herrn Dr. Saftig.

Das Landesprojekt „Pflegestrukturplanung in
Rheinland-Pfalz“
Herr Pfundstein .

Modellprojekt des Landkreises Mayen-Koblenz
„Modell Kompetenzzentrum Oberfell“
Miriam Schmitz-Weinbrenner

Vom Altenheim zum Kompetenzzentrum- Was
geschah bisher in Oberfell?
Christiane Hicking und Gottfried Thelen

Konzept „Kompetenzzentrum Oberfell“
Margarete Scherer und Uwe Berens

Diskutieren SIE mit- gestalten SIE mit im
Bürgerforum.

Die Workshops

Anfang bis Mitte Mai 2009 fanden die Workshops "Leben und Wohnen" und „Bürgerschaftliches Engagement“ statt. Auch diese Workshops waren mit jeweils ca. zwanzig Teilnehmerinnen und Teilnehmer gut besucht. Im Ergebnis zeigte sich eine breite Bereitschaft im Kontext einer integrierten Versorgung, eigene ehrenamtliche Beiträge zu leisten.

Im Einzelnen wollten die Beteiligten folgende Angebote realisieren:

- Fahrdienste, Besorgungen,
- Bewegungsangebote,
- Spielen, Handarbeiten, Spaziergänge,
- Hilfe beim Kochen,
- Organisation von Veranstaltungen,
- Vorlesen, Plauschen.

Im Workshop „Leben und Wohnen“ wurde wie zu erwarten das Ziel des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit priorisiert. Auch in diesem Workshop wollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ehrenamtlichen und haushaltsnahen Diensten dazu beitragen, dass dieses Ziel so lange wie möglich realisiert werden kann. Als Ergänzung, wenn die häusliche Versorgung nicht zu

gewährleisten ist, sprach sich der Workshop für das Konzept einer gemeinschaftlichen Pflegewohngruppe aus.

Beide Workshops sahen für die Koordinierung einen Bedarf an Beratung und Begegnung und sprachen sich für eine Begegnungsstätte im Kompetenzzentrum aus.

Öffentlichkeitsarbeit im weiteren Umfeld

Das Bürgerforum und die Workshops zeigten aber auch, dass die Möglichkeiten der Unterstützung und die verschiedenen fachlichen Konzepte ihrer Realisierung vielen Bürgerinnen und Bürgern nicht bekannt waren. Es fehlte an Information. Zusammen mit der Gemeinde Oberfell und der Rheinzeitung erarbeitete das AGP im Frühjahr und Sommer 2009 eine kleine Artikelserie zum Wohnen im Alter, die in unregelmäßigen Abständen in der Rheinzeitung veröffentlicht wurden. Auch mit dieser Aktion sollte für das Thema Wohnen im Alter in der Region sensibilisiert werden.

Bürgerbefragung

Im Rahmen des Beteiligungsprozesses wurden darüber hinaus 500 Fragebögen an alle Oberfeller Haushalte verteilt. Angesprochen waren neben den Seniorinnen und Senioren in erster Linie pflegende Angehörige und ehrenamtlich Engagierte. Die rückgesandten Fragebögen bestätigten weitgehend die Ergebnisse der Workshops. Die Bürgerinnen und Bürger wünschen sich, solange wie möglich in der gewohnten Umgebung zu bleiben und Hilfen nur nach dem individuellen Bedarf in Anspruch zu nehmen.

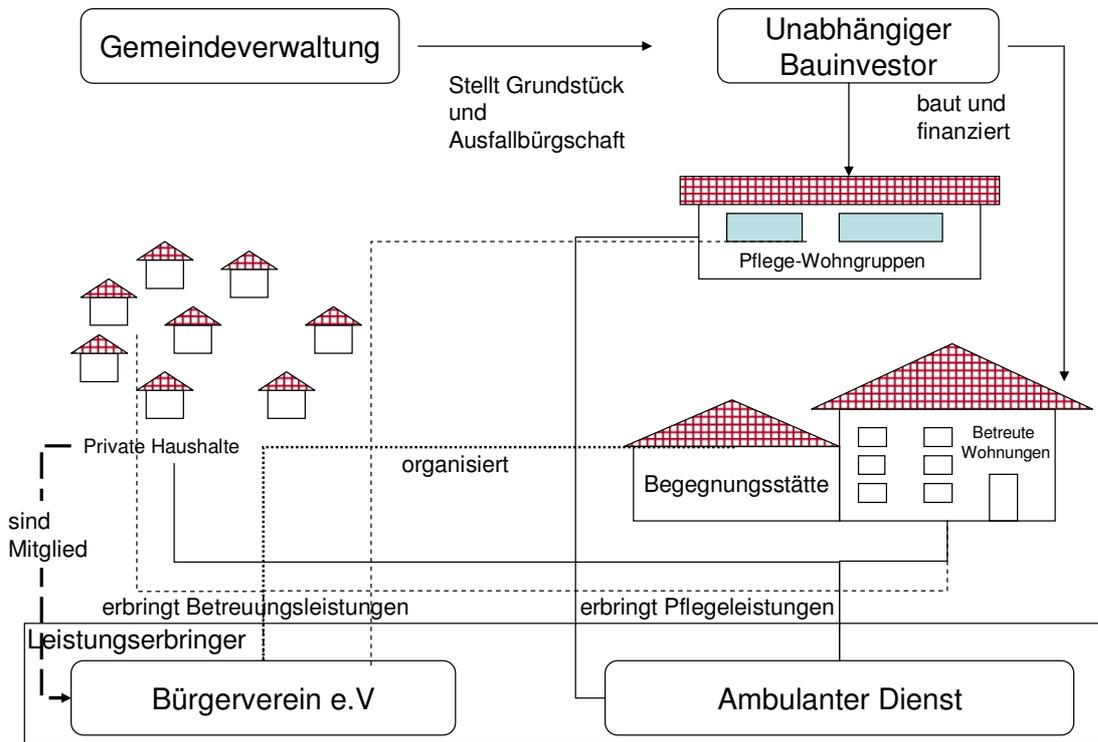
Exkursion nach Eichstetten am Kaiserstuhl

Im November 2009 besuchte die Steuerungsgruppe und einige Personen aus Oberfell die Gemeinde Eichstetten am Kaiserstuhl. Eichstetten hatte schon 1996 ein bürgerschaftlich getragenes Betreutes Wohnen mit Begegnungsstätte und Bürgerbüro aufgebaut und inzwischen um eine Pflegewohngruppe für Menschen mit Demenz ergänzt.

Das Konzept ist insofern innovativ, da die Zusammenarbeit verschiedener Gesellschaftsakteure hier erfolgreich umgesetzt wurde. Bebaut und finanziert wurde die Anlage in enger Abstimmung mit der Gemeinde durch einen freien Architekten. Die Gemeinde tritt zur Risikoabsicherung der Investitionen als Generalmieter auf. Das Angebot und die Einzelvermietung der Appartements wird von einem Bürgerverein gemanagt und verantwortet, der seinerseits sehr eng mit einer Sozialstation verbunden ist. Über den Bürgerverein und die Sozialstation werden tagesstrukturierende Angebote für die Bewohnerinnen und Bewohner der Anlage und die Eichstetter Bürger und Bürgerinnen sowie haushaltsnahe Serviceleistungen auf Stundenbasis angeboten.

Den Teilnehmern und Teilnehmerinnen standen an diesem Tag Vertreterinnen und Vertreter des Bürgervereins, der Gemeinde und der Sozialstation Rede und Antwort. Aufgezeigt werden konnte, dass der heutige Entwicklungsstand der kommunalen Organisation sich erst über die Jahre entwickelt hat.

Modell der kommunalen Pflegeversorgung in Eichstetten am Kaiserstuhl



6. Irritationen im Prozessverlauf

Zu Beginn des Projektes waren alle Beteiligten von einer Projektdauer von ca. sechs Monaten ausgegangen. Schon während der Auftaktveranstaltung zeigte sich allerdings, dass dieser Zeitplan nicht einzuhalten war. Dagegen sprachen vor allem die komplexen Fragen der Finanzierung, Organisation und Verantwortung des Zentrums, die von den verschiedenen Akteuren einen Abstimmungsprozess erforderten. Im Einzelnen ergaben sich einige Hürden:

- Alle Beteiligten gingen davon aus, dass das Projekt im Rahmen der Dorferneuerung aus Landesmitteln unterstützt wird. Hierfür mussten umfangreiche Gespräche geführt werden, die ihrerseits wiederum ein tragfähiges Konzept und einen Finanzierungs- und Bauplan voraussetzten.
- Das geplante Grundstück, das von der Gemeinde eingebracht werden sollte, war nicht ohne weiteres verfügbar, da eine entgeltlose Eigentumsübertragung von der Kommunalaufsicht aus grundsätzlichen haushaltsrechtlichen Bedenken kritisch gesehen wurde.
- Der Träger der Einrichtung, Projekt 3 e.V., sah sich mit erheblichen Planungsunsicherheiten konfrontiert, da im Frühjahr 2009 der Entwurf des neuen Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) vorgestellt wurde. Gerade für die geplanten Pflegewohngruppen brachte dieses Gesetz einige Neuerungen.
- Der Landkreis Mayen-Koblenz sah vor allem hinsichtlich der Pflegeplatzkosten und der Vertragsgestaltung nach § 75 SGB XI einen Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf. Die Kosten der Plätze in der Pflegewohngruppe sollten sich mit Blick auf die Folgekosten der Sozialhilfe unterhalb der bisherigen Sätze der stationären Pflegeeinrichtungen bewegen.

Da im stationären Bereich das Land fünfzig Prozent der Kosten übernimmt, für die Wohngruppen die Kostenübernahme des Landes aber nicht geklärt war, bestand aus Sicht des Kreises vor allem in dieser Frage ein Klärungsbedarf.

Insgesamt konnte diese komplexe Gemengelage von Landes-, Kreis-, Kommunal- und Trägerinteressen erst im März 2010 geklärt werden.

7. Ausblick und Fazit

Entgegen den ersten strukturellen Überlegungen wird die konzeptionelle Verflechtung der einzelnen Akteure nun etwas weniger ausgeprägt ausfallen. Die zentrale Rolle im Kompetenzzentrum Oberfell wird als Vermieter und Pflegedienstleister der Träger und damit Projekt 3.e.V. übernehmen. Gleichwohl ist mit dem kommunalen Ansatz der Integration von Ambulanten Dienst, Service- und Pflegewohnen, Beratung und Begegnung ein innovatives Konzept entstanden.

Am 29.06.2010 konnte dann auch die Abschlussveranstaltung des Projektes in Oberfell angeboten werden. Auch dieses Mal war die Veranstaltung wieder gut besucht. Herr Landrat Dr. Saftig und Herr Thelen, der Ortsbürgermeister, gaben einen kurzen Rückblick auf das Projekt und würdigten das Erreichte. Projekt 3 e.V. legte die ersten Baupläne vor und konnte nun auch auf die pragmatischen Fragen der Bürger und Bürgerinnen zu den Leistungen und Preisen Antworten liefern. Frau Freitag, die Sozialplanerin des Kreises, präsentierte zusammen mit 4 Oberfeller Workshop-Teilnehmerinnen das Konzept des ehrenamtlichen Engagements. Am Ende der Sommerpause wird der Bürgerverein gegründet für dessen Mitarbeit auf der Veranstaltung schon einmal Interessensbekundungen ausgelegt waren.

Im Wesentlichen ist das Konzept wie geplant umgesetzt. Auf dem Grundstück der Ortsgemeinde, das schon vor zehn Jahren erstmals für eine Pflegeeinrichtung vorgesehen war, wird

- ein Haus mit 6-8 betreuten Wohneinheiten, einer Begegnungsstätte und Räumen für einen ambulanten Dienst erstellt;
- in der Gartenanlage des Grundstückes werden im Bungalowstil zwei Pflegewohngruppen für jeweils 10-12 Pflegebedürftige entstehen
- und der Bürgerverein Oberfell wird auf ehrenamtlicher Basis die Begegnungsstätte betreiben und die ehrenamtlichen Dienste koordinieren.

Nach den nun geklärten konzeptionellen Fragen der Form und Zusammenarbeit ist das Projekt nun in die Realisierungsphase eingetreten, deren nächste Schritte in

- der Beantragung der Fördermittel des Landes,
- der Schaffung des Baurechts,
- der Gründung des Bürgervereins,
- dem Grunderwerb,
- der weiteren Konkretisierung der Planung
- und der Beantragung der Baugenehmigung liegen.

Einem Spatenstich noch in diesem Jahr steht dann nichts mehr im Wege.

Weitere Informationen und Kontakt:



Kreisverwaltung Mayen-Koblenz
Stefanie Freitag
Bahnhofstraße 9
56068 Koblenz

☎ 02 61 – 108 – 389

📄 02 61 – 108 – 8 – 389

✉ Stefanie.Freitag@kvmyk.de

🌐 www.mayen-koblenz.de

II.2.6 Landkreis Neuwied

*Franz-Robert Herbst
Gisela Schiffer-Sommer*

Das Internet für Kommunikation und Einkauf in Seniorenhaushalten (InterSenHaus)

1. Ausgangslage

Der Kreis Neuwied ist ein ländlich strukturierter Landkreis, in sieben Verbandsgemeinden und der kreiseigenen Stadt Neuwied gegliedert. Vor dem Hintergrund des demografischen und strukturellen Wandels steht die Frage der häuslichen ambulanten Versorgung vor neuen Herausforderungen. Die Zahl der Ein-Personen-Haushalte steigt und die familiäre Unterstützung fällt durch erhöhte räumliche Distanz zunehmend weg.

Der Datenreport zur Pflegestrukturplanung zeigt, dass im Kreis Neuwied der Anteil der älteren Menschen bis zum Jahr 2020 um durchschnittlich ca. 3% zunehmen wird, dagegen wird der Anteil der Menschen mit Pflegepotential (40-60jährigen) um ca. 0.5% sinken. Die Menschen im ländlichen Raum haben weniger Versorgungsqualität durch die geringere Infrastruktur.

Die ärztliche Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten ist in den ländlichen Gebieten geringer als in den drei Mittelzentren im Kreis, in denen es auch Krankenhäuser gibt wie Neuwied, Linz und Dierdorf.

Die ambulante Versorgung ist im Stadtgebiet Neuwied mit 10 Diensten lebensraumnah zu gewährleisten, in den ländlich strukturierten Verbandsgemeinden im Westerwald und entlang der Rheinschiene sind die Anfahrtswege erheblich weiter und somit ist die Flexibilität in der Leistungserbringung geringer.

Die alltägliche Versorgung mit Lebensmitteln und Apotheken ist, neben ein bis zwei größeren Ortschaften, zentral auf die Verbandsgemeindeorte beschränkt.

In bestimmten Regionen ist es nicht gewährleistet, selbständig mit dem ÖPNV in den nächsten Verbandsgemeindeort zu gelangen, um zum Einkauf, in die Apotheke oder zum Arzt gehen zu können. In kleinen Ortschaften liegen die Bushaltestellen außerhalb des Dorfes, die Verbindung ist mit Umsteigen verbunden, die Fahrtzeit ist zu lange oder es gibt nur ein bis zwei Verbindungen am Tag.

Durch die geringere Infrastruktur im ländlichen Raum, bezogen auf Mobilität und Sicherstellung des alltäglichen Lebensunterhaltes, kann es einerseits zu Versorgungsproblemen kommen und andererseits kann die eingeschränkte soziale Teilhabe zu psychosozialen Problemkonstellationen führen.

Der Kreis Neuwied möchte, nach den Erfahrungen des Modellprojekts „Pflegebudget“, mit einer weiteren Möglichkeit dem Wunsch der bedürftigen Bürgerinnen und Bürger näher kommen, so lange wie möglich zu Hause leben zu können. Es konnte festgestellt werden, dass die Lebensqualität durch niedrighschwellige Kontakte (z.B. Vorlesen, Gespräche, Spazieren gehen) gesteigert werden konnte. Die umfassend organisierte verbindliche Pflege, Versorgung und Haushaltsführung reduzierte in vielen Situationen die stationären Krankenhausaufenthalte.

Vor diesem Hintergrund wurden für das Modellprojekt im Kreis Neuwied die Themenschwerpunkte Vernetzung mit der Gesundheitsversorgung, der Aufbau und die Vernetzung von Bring- und Betreuungsdiensten und Kommunikation über neue Medien des Internets gewählt. Die Kreisverwaltung sieht in dieser Technologie eine Chance, gerade auch im ländlichen Bereich die häusliche Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung und mobilitäts- eingeschränkten Seniorinnen und Senioren zu verbessern.

2. Zielbeschreibung

Zentrales Anliegen ist die Verbindung von persönlichem Kontakt und EDV-gestützter Kommunikation zu Ärzten, ambulanten Pflegediensten, Bringdiensten mit Gütern des täglichen Bedarfs, Betreuungsleistungen und Freunden und Angehörigen. Es sollte erprobt werden, inwieweit Seniorinnen und Senioren und Menschen mit Behinderung diese neue Kommunikationsplattform annehmen und welche Erfahrungen sie im Umgang machen.

Ziele und Initiatoren:

- Erprobung der Plattform im Kontext alltäglicher Versorgung und Kommunikation
Der im Kreis Neuwied angesiedelte Anbieter des IT gestützten elektronischen Butler`s, „ELBU Seniorenkommunikation“, bietet die Plattform für die Kommunikation und den Einkauf von Waren und Dienstleistungen. Die unabhängig vom Projekt entwickelte Software ist einfach und intuitiv zu bedienen und bietet eine offene Plattform für verschiedene Anwendungsmöglichkeiten.
- Entwicklung der Dienstleistungsgemeinschaft
Die AWO Pflege und Senioren gGmbH in Kooperation mit der AWO Sozialstation und mit den Beratungsstellen der AWO qualifizieren engagierte Personen im Wohnumfeld von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen im Kreisgebiet Neuwied
- Entwicklung von zentralen Betreuungsangeboten in ländlichen Regionen
Die Arge baut in Kooperation mit dem Caritasverband Rhein-Wied und der Marienhaus - GmbH eine Tagesbetreuung im ländlichen Gebiet, in Kloster Ehrenstein, auf.
Die Caritassozialstation Linz richtet in Kooperation mit dem St. Josefshaus in Hausen einen Treffpunkt für ältere Menschen ein, in der die ambulante Versorgung über die Sozialstation gewährleistet wird. Pflege und alltägliche Versorgung kommen aus einer Hand.
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen IT-Branche, Einzelhandel, Gesundheitsanbietern und ambulanter Pflege
Der Anbieter des IT gestützten elektronischen Butler`s, ELBU Seniorenkommunikation baut ein Netzwerk mit Dienstleistern und persönlichen privaten Kontakten für einzelne ältere Menschen auf, die über ein digitales Kommunikationssystem erreichbar und abrufbar sind.
- Stärkung der Nachfragemacht/ Kundenorientierung
Die betroffenen Bürgerinnen und Bürger können unkompliziert und bedarfsorientiert Aufträge für Bringdienste anweisen und sich Hilfen organisieren. Sie können von ihren Betreuungsdiensten eingeladen werden, zu einem Angebot begleitet zu werden.

3. Aktionsphase

Der Projektauftritt erfolgte in einer Sitzung des Sozialausschusses des Landkreises Neuwied. In dieser Sitzung wurde das gesamte Konzept vorgestellt. Der Entwickler des EDV-gestützten elektronischen Seniorenkommunikationssystems ELBO stellte den Mitgliedern des Sozialausschusses das Projekt vor. Das Angebot wurde breit diskutiert und fand Interesse. Das Kommunikationssystem wurde in weiteren Veranstaltungen im öffentlichen Cafe der Seniorenheime Oberbieber in Neuwied, Seniorenheim Linz in Linz und Villa Sonnenhügel in Neuwied-Irlich vorgestellt. Vorbereitend wurde mit den Heimbeiräten und den kommunalen Seniorenbeiräten das Projekt besprochen. Eine Veröffentlichung des Projektes mit Bild und Informationen zur Kontaktaufnahme erfolgte im Seniorenwegweiser für den Landkreis Neuwied. Dieser Seniorenwegweiser ist in einer neuen Auflage im September 2009 erschienen. Weitere Kontakte erfolgten über die Beratungs- und Koordinierungsstellen und als Erstinformation über die neu konzipierten fünf Pflegestützpunkte im Landkreis Neuwied. Insgesamt ergaben sich im Rahmen des Projektes 58 Einzelgespräche. Das Projekt wurde zielorientiert eingebunden in die Kooperationen mit der AWO Neuwied, der ARGE Jobcenter Neuwied und dem Caritasverband Neuwied. Bei der AWO Neuwied erfolgte bisher die Ausbildung von 16 Betreuungsassistenten mit einem Stundenumfang von 160 Stunden. Dabei handelte es sich um Personen, die bisher im Leistungsbezug des SGB II waren und für die unter Mitwirkung der konzeptionellen Vorstellungen des Projektes ein Profiling erstellt wurde. Aufgabenstellung der Betreuungsassistenten ist:

- Persönliche Kontakte zu älteren Menschen im häuslichen Bereich und in stationären Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Dabei sollen sie auch über moderne Kommunikationsmöglichkeiten informiert sein.
- Neben den persönlichen Betreuungskontakten ist es die Aufgabe zum Umgang mit dem modernen Kommunikationssystem ELBO und anderen zu motivieren, anzuleiten und in diesem Zusammenhang zu untersuchen, in welchem Umfang kann die Selbstständigkeit ältere Menschen durch moderne Kommunikationsmöglichkeiten erhöht werden.
- Zentrales Anliegen ist die Verbindung von persönlichem Kontakt und EDV-gestützter Kommunikation zu Ärzten, Pflegediensten, Freunden und Angehörigen.
- Daneben, insbesondere für Menschen mit Leistungseinschränkungen, Trainingsmöglichkeiten des Gedächtnisses zu schaffen sowie Förderung des Aufforderungscharakters zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
- Der erste Ausbildungsgang der Betreuungsassistenten ist abgeschlossen. Der Einsatz erfolgt in mehreren Bereichen des Landkreises Neuwied im ambulanten und stationären Bereich.

Parallel wurde eine Maßnahme in Verbindung mit dem Caritasverband Rhein-Wied in der ländlich strukturierten Verbandsgemeinde Asbach vorbereitet. Ein Profiling von leistungsberechtigten SGB II Empfängern ist weitgehend abgeschlossen. Eine Fortbildungsmaßnahme Betreuungsassistenz begann am 1. November 2009.

In dem ländlichen Bereich soll durch die Betreuungsassistenten für moderne Kommunikationstechniken motiviert und angeleitet werden, gleichzeitig soll auf der Basis von persönlicher Betreuung die Selbstständigkeit unterstützt werden. Dazu wird es auch in einem traditionsreichen Gebäude in Asbach eine Seniorenbegegnungsstätte geben. Es handelt sich dabei um das ehemalige Kloster Ehrenstein. Ein Gebäude, das mit barrierefreien Zugängen und

Sanitärbereichen baulich verändert wird. In einer klassischen Wohlfühlatmosphäre sollen ältere Menschen aus dem Einzugsgebiet der ländlich strukturierten Verbandsgemeinde Asbach, mit Hilfen ihrer Betreuungsassistenten zunächst an zwei Nachmittagen in der Woche Hilfen und Motivation zur Freizeitgestaltung und verstärkten Aufnahme von Kommunikation erhalten. In dieser Begegnungsstätte wird auch das Seniorenkommunikationssystem ELBO integriert. Zur Vorbereitung der Maßnahme waren Gespräche mit dem Träger der Einrichtung, dem kath. Träger Marienhaus GmbH notwendig. Des Weiteren fanden systematisch Vorbereitungsgespräche mit dem Caritasverband, dem Sozialdienst kath. Frauen und Männer, dem Altenheim St. Josefshaus in Neustadt, dem Sozialausschuss der Pfarrgemeinde Asbach und dem Entwickler der Seniorenkommunikation statt. In das Gesamtprojekt eingebunden war die Arbeitsgemeinschaft Jobcenter Neuwied. Die Maßnahmen der Fortbildung wurden aus Mitteln der Eingliederungshilfe SGB II, unterstützt von Mitteln des Landkreises nach § 16 SGB II, finanziert. Der Sozialausschuss des Landkreises Neuwied wurde fortlaufend informiert. Die Projektentwicklung wurde dem Kreisvorstand der Kreisverwaltung Neuwied vorgelegt.

Der Projektträger Hochschule Freiburg hat an zwei Terminen im Kreis Neuwied teilgenommen und auch den Sozialausschuss informiert. Im Rahmen einer großen Veranstaltung mit 120 Personen wurde das gesamte Projekt ehrenamtlichen und hauptamtlichen Betreuerinnen und Betreuern auf einem Betreuertag in Waldbreitbach vorgestellt.

In Verbindung mit der Vorstellung erfolgte die Möglichkeit des praktischen Umgangs und der persönlichen Erprobung des Seniorenkommunikationssystems. Ziel dieses Teils der Veranstaltung war die Förderung der Bereitschaft zur Annahme moderner Kommunikationstechniken und der weitere Aufbau eines Netzwerkes zur persönlichen Begleitung von Seniorinnen und Senioren im Landkreis Neuwied. Die Veranstaltung fand am 29.06.09 statt und wurde als sehr informativ und erfolgreich von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern rückgemeldet.

Eine Abschlussveranstaltung mit allen Beteiligten ist 2010 geplant. In dieser Veranstaltung werden Ergebnisse der Untersuchung der Lebensbedingungen von Seniorinnen und Senioren im Kreis Neuwied, das Kommunikationsprojekt und die Pflegestrukturplanung mit Vertreterinnen und Vertretern der Verbände, Seniorenorganisationen und des Kreistags diskutiert.

4. Der Einsatz des ELBU-Kommunikationssystems in der Praxis

Herr L. ist 85 Jahre alt, er war früher Landwirt. Er lebt in einem Ortsteil der Ortsgemeinde Asbach. Der Ortsteil hat ca. 100 Einwohner und liegt 3 km von dem Ortsmittelpunkt Asbach entfernt. Im Ortsmittelpunkt Asbach befinden sich ein Krankenhaus, 2 ambulante Pflegedienste, Apotheken und Geschäfte zur Deckung des täglichen Bedarfs.

Vom Wohnort aus fährt morgens und mittags ein Bus in den Ortsmittelpunkt. Herr L. fährt zurzeit kein Auto und ist auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Nach einem Sturz im häuslichen Bereich ist er gehbehindert und benötigt Hilfen im Haushalt und bei der Grundpflege. Seine Kinder wohnen ca. 60 km entfernt und besuchen ihn alle 14 Tage.

Er benötigt Kontakt zum Pflegedienst, seinem Arzt, einem Geschäft mit Hausanlieferung und wünscht sich Kommunikation mit seinen Kindern und seinen Verwandten in Amerika.

Zur Deckung seines Kommunikationsbedarfs hat er sich für das Seniorenkommunikationssystem ELBU entschieden. Im Ortsteil Krumscheid befinden sich die technischen Voraussetzungen für

einen Internetanschluss. Ein Telefonanschluss ist vorhanden. Herr L. hat bei einem privaten Internetanbieter eine Flatrate gebucht. Für eine Flatrate entstehen Kosten von 20,- bis 40,- Euro pro Monat. Beim Betreiber von ELBU hat er einen PC in Form eines Flachschirms geleast. Die Leasinggebühr beträgt 43,70 Euro. Dafür hat er ein Gerät, das er durch ein Touchsystem auch ohne jede Erfahrung im Umgang mit einem PC bedienen kann.

Er bedient das Gerät durch Berühren der Oberfläche und es wird ein Kontakt zum eingespeicherten Gesprächspartner hergestellt. Herr L. bestimmt selbst, ob dies im Rahmen eines Video-Chat mit Ton und Bildverbindung erfolgt oder als Mail. Sein Sohn in Köln und sein Verwandter im fernen Ausland haben die Möglichkeit des Ton- und Bildempfangs. Für die Beteiligten ist diese Form der Kommunikation eine Bereicherung. Ebenso besteht Ton- und Bildkontakt zum eingespeicherten Pflegedienst. Diese Kontaktform gibt Herrn L. große Sicherheit im Alltag. Nach einem Sturz vor wenigen Tagen hat er über diesen Weg dem Pflegedienst seine blutende Wunde zeigen können. Unmittelbar nach der Kontaktaufnahme wurde ein Pfleger in das Haus von Herrn L. geschickt. Mit seinem Arzt und einem Geschäft nimmt er Mail-Kontakt auf. Bei seinem Arzt vereinbart er Termine und im Geschäft bestellt er Lebensmittel für den täglichen Bedarf. Vergleichbare Kontakte gibt es zur Apotheke.

Regelmäßig erhält Herr L. auch Besuche von einem Besuchsdienst der Caritas. Er wurde über die Absicht des Aufbaus eines Seniorentreffs informiert. Termine mit seinem Besuchsdienst vereinbart er über ELBU. Die Kontaktmöglichkeit zu dem Dienst vermittelt ihm weitere Sicherheit.

Die Verbindung von persönlicher Ansprache durch den Besuchsdienst und der Möglichkeit einer Kontaktaufnahme über Internet geben ihm Sicherheit im häuslichen Bereich. Besondere Bedeutung haben für ihn die Bild- und Tonkontakte. Im Umgang mit Computern war er völlig unerfahren. Den Umgang mit dem Touchsystem hat er schnell gelernt. Er benötigt darüber hinaus persönliche Kontakte, um über den Umgang mit dem neuen Medium sprechen zu können.

Die Verbindung von Besuchsdienst und technischer Möglichkeiten der Kontaktpflege sind für den Aufenthalt in der eigenen Wohnung von Bedeutung.

5. Darstellung der Ergebnisse

Die Erfahrungen bisher zeigen, dass ein breites Interesse seitens der Zielgruppe besteht. In der Bereitschaft, Verträge abzuschließen und in der tatsächlichen Umsetzung existieren jedoch Hemmschwellen. Gründe sind die Finanzierung und der ungewohnte Umgang mit dem neuen Medium. In der derzeitigen Generation älterer Menschen werden Vereinzelte tatsächlich auf dieses System zurückgreifen. Die zukünftigen Älteren werden es als selbstverständlich ansehen, mit IT gestützten Medien zu kommunizieren.

Bei jüngeren Menschen mit Behinderung werden spontan persönliche Vorteile in der Vernetzung per EDV gesehen, als Brücke der Erreichbarkeit. Beispielsweise können psychisch beeinträchtigte Menschen, die nicht wartezimmerfähig sind, mit ihrer ärztlichen Praxis vernetzt werden.

Im Kontakt und in der Vernetzung der Dienstleister, Apotheken, Lebensmittelläden, Pflegedienste etc. zeigt sich eine große Beachtung für das neue Modell, da es ein Markt ist, der zur Kundenzufriedenheit beitragen kann. Im Rahmen des Modellprojekts war der Anbieter des ELBU-Kommunikationssystems der Mittler zwischen dem Kunden und den Dienstleistern, die auf dem „Butler“ angelegt und vernetzt werden. In Zukunft werden entweder die Angehörigen oder die begleitenden Dienste diese Aufgabe übernehmen müssen.

Für die Funktion, eine persönliche Betreuungsassistenz zu erbringen, konnte eine große Nachfrage verzeichnet werden, sodass ein weiterer Ausbildungsgang stattfinden kann. Im häuslichen Bereich werden in der Regel keine sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisse geschaffen, sondern es besteht eine Nachfrage nach Minijobregelung.

Der Grundstein für eine zukunftsweisende weitere Möglichkeit der Organisation der ambulanten Versorgung ist gelegt.

Weitere Informationen und Kontakt:

Kreisverwaltung Neuwied
Franz Robert Herbst / Gisela Schiffer-Sommer
Wilhelm-Leuschner-Straße 9
56564 Neuwied

☎ 0 26 31 – 803 - 346

✉ FranzRobert.Herbst@Kreis-Neuwied.de / Gisela.Schiffer-Sommer@kreis-neuwied.de

🌐 www.kreis-neuwied.de

II.2.7 Rhein-Hunsrück-Kreis

Ulrike Weikusat

Bürgerschaftliches Engagement informiert Kommunalpolitik

1. Ziel des Projektes

Ausgangsfrage für das Projekt war die Überlegung, wie es in einem ländlich strukturierten Flächenkreis (134 Gemeinden auf 963 qkm, davon 91 Dörfer mit weniger als 500 Einwohnerinnen und Einwohnern) gelingen kann, eine regelmäßige Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an sozialen Planungsprozessen zu ermöglichen. Lebensmittelpunkte der Menschen im Kreis sind die Dörfer und Gemeinden. Gemeindeübergreifende Aktionen versprechen sowohl durch die oftmals großen Entfernungen als auch aufgrund von unterschiedlichen dörflichen Identitäten wenig nachhaltige Effekte – der Ansatzpunkt sollte daher auf dörflicher Ebene liegen. Aus diesen Überlegungen heraus wurde das Ziel entwickelt, eine geregelte Kommunikationsstruktur zwischen bürgerschaftlich engagierten Menschen in den Ortsgemeinden und der Kommunalpolitik aufzubauen, um Erkenntnisse und Aktionsvorschläge zur sozialen Situation in den Gemeinden in die Politik zu transportieren und so die politische Auseinandersetzung zur Verbesserung der (Pflege-) Strukturen in den Gemeinden anzustoßen. Als Ausgangsbasis diente dabei das Programm „Im Alter zu Hause leben – leben und alt werden im Rhein-Hunsrück-Kreis“, das seit 2003 im Kreis umgesetzt wird. Im Rahmen dieses Programms sind bis zum Sommer 2008 in 38 Gemeinden ehrenamtliche Seniorenbeauftragte durch den Ortsgemeinderat ernannt worden, die unterschiedliche Aktivitäten für Senioren organisieren, ehrenamtliche Helferkreise koordinieren und ein Bindeglied zu professionellen Unterstützungsangeboten darstellen. Da diese Seniorenbeauftragten bereits über Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Kommunalpolitik verfügen, sollte mit ihnen und ihren Ortsbürgermeistern die geregelte Kommunikationsstruktur im Sinne des Projektes erarbeitet werden. Grundidee war dabei ein jährlicher „Bericht zur sozialen Situation in der Gemeinde“, der von den Seniorenbeauftragten im Ortsgemeinderat vorgestellt wird. Für diesen Bericht sollte in der Projektlaufzeit vom 01.10.08 bis 30.09.09 ein Berichtsraster und Verfahren abgestimmt und erprobt werden, das auch auf andere Gemeinden und ehrenamtlich Engagierte übertragbar ist. Perspektivisch wird das Ziel angestrebt, dass die Kommunikations- und Beteiligungsstruktur flächendeckend im Kreis umgesetzt wird. Daher war für das Ende des Projektes geplant, die Ergebnisse einem breiten Publikum vorzustellen und für eine Umsetzung in den Gemeinden zu werben.

2. Projektbeteiligte

Die Projektkoordination wurde von der Sozialplanung der Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück-Kreis, die im Fachbereich „Soziale Dienste des Jugendamtes und Sozialplanung“ angesiedelt ist, in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich „Soziale Hilfen in besonderen Notlagen“ durchgeführt. Als Projektmitwirkende mussten sowohl die ehrenamtlichen Seniorenbeauftragten als auch die Ortsbürgermeister gewonnen werden. Für die Ehrenamtlichen waren dabei die Beratungs- und Koordinierungsstellen im Landkreis wichtige Mittler, da sie regelmäßige Treffen zum Austausch und zu fachlicher Begleitung / Schulung mit den Seniorenbeauftragten durchführen. Um die Ortsbürgermeister anzusprechen, war es wichtig, dass das Projekt vom Sozialdezernenten und

vom Landrat des Kreises unterstützt wurde. Die Bürgermeister der beteiligten Verbandsgemeinden wurden ebenfalls mit einbezogen, um die Ortsgemeinden zur Umsetzung des Projektes zu motivieren. Für die Abschlussveranstaltung sollte ein möglichst breiter Personenkreis aus Bürgerschaft und Kommunalpolitik angesprochen werden, um für das Thema soziale Dorfentwicklung zu sensibilisieren, zu eigener Initiative zu motivieren und dadurch Anstöße zur weiteren Umsetzung der Projektergebnisse im Kreis zu geben. Frau Staatsministerin Malu Dreyer (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz) und Herr Thomas Pfundstein (Evangelische Hochschule Freiburg, Institut für angewandte Sozialforschung) konnten hier als Referenten ein großes Interesse wecken. Bei der Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der Bürgerschaft unterstützten Multiplikatoren aus verschiedenen gesellschaftlichen und sozialen Bereichen (Schulen, Jugendparlamente, Jugendzentren, Landfrauen, Sport- und Musikvereine, Feuerwehr, Kirchen, Mehrgenerationenhaus, Beratungsstellen, Seniorenbeiräte). Die Regionale Pflegekonferenz des Rhein-Hunsrück-Kreises wurde über den gesamten Projektverlauf informiert.

3. Umsetzung des Projektes

Bei der Konzepterstellung des Projektes „Bürgerschaftliches Engagement informiert Kommunalpolitik“ wurde bewusst auf die Strukturen und Handlungsansätze des Programms „Im Alter zu Hause leben – leben und alt werden im Rhein-Hunsrück-Kreis“ zurückgegriffen. Da dieses Programm mit breiter Unterstützung aller politischen Ebenen im Kreis umgesetzt wird, konnte die Zustimmung für das Projekt vorausgesetzt werden.

Zu Beginn des Projektes wurde zunächst ein **Informationsblatt** entwickelt, das das Projektziel und die geplanten Aktionen kurz beschrieb und die Ansprechpartnerin für die Projektkoordination bei der Kreisverwaltung benannte. Zum Projektstart im Oktober 2008 wurde dieses Informationsblatt mit einem **Auftaktschreiben** an alle ehrenamtlichen Seniorenbeauftragten der Gemeinden und deren Ortsbürgermeister sowie die Bürgermeister der beteiligten Verbandsgemeinden versandt. Das Auftaktschreiben war dabei vom Sozialdezernenten des Landkreises unterschrieben, um die Bedeutung des Projektes zu unterstreichen. Diese erste Information war sehr allgemein gehalten und sollte zunächst nur Interesse wecken und auf die zielgruppenspezifischen Veranstaltungen vorbereiten.

Auf den **zielgruppenspezifischen Veranstaltungen** sollte die Idee des jährlichen „Berichts zur sozialen Situation in der Gemeinde“ anhand einer Vorlage der Kreisverwaltung diskutiert und Umsetzungsmöglichkeiten in den Gemeinden sowie ein praktikables Verfahren gemeinsam festgelegt werden.

Zunächst wurden die Veranstaltungen mit den ehrenamtlichen Seniorenbeauftragten durchgeführt. Wichtig war hierbei die Berücksichtigung der bisherigen Strukturen und Arbeitsweisen der Ehrenamtlichen. Es wurden daher die regelmäßigen regionalen Treffen der Seniorenbeauftragten genutzt, so dass drei unterschiedliche Termine (regionale Aufteilung nach Verbandsgemeinden) von November 2008 bis Januar 2009 stattfanden. Dies hat sich als eine gute Lösung erwiesen, da für die Beteiligten so eine größere Sicherheit entstand und auf regionale Besonderheiten eingegangen werden konnte. Teilweise als schwierig erwies es sich, die Idee des jährlichen Berichtes als Beteiligungsinstrument zu vermitteln – einige der Ehrenamtlichen verstanden dies als „Auftrag“ der Kreisverwaltung und reagierten dementsprechend zunächst eher ablehnend. Der starke Wunsch nach selbstbestimmtem Engagement und die daraus resultierende

Skepsis gegenüber formalisierten Prozessen hätten bei Erarbeitung der Vorlage noch stärker berücksichtigt werden müssen. Dennoch gelang es in allen drei Treffen, eine Vereinbarung zu Berichtsraster und Verfahren zur Umsetzung in den Gemeinden zu erarbeiten. Die Vereinbarungen wiesen eine hohe Übereinstimmung auf, so dass sie zu einem gemeinsamen Vorschlag für die Ortsbürgermeister zusammengefasst werden konnten.

Für die Bürgermeister der beteiligten Gemeinden und Verbandsgemeinden fand im Februar 2009 eine gemeinsame Sitzung in der Kreisverwaltung statt. Der Landrat lud zu dieser Sitzung ein und machte in seinem Schreiben die Wichtigkeit der kommunalen Pflegestrukturplanung als Zukunftsaufgabe der Gemeinwesen deutlich. Die Verantwortung der Orts- und Verbandsgemeinden sowie die Bedeutung beteiligungsorientierter Planung wurden hervorgehoben. In der Sitzung wurden durch den Landrat und den Fachbereichsleiter des Fachbereiches „Soziale Dienste des Jugendamtes und Sozialplanung“ diese grundsätzlichen Anliegen noch einmal vertieft dargestellt. Auch hier war es wichtig, die Grundgedanken beteiligungsorientierter Planung und sozialer Dorfentwicklung zu vermitteln, um zu vermeiden, dass die Kreisverwaltung als „Auftraggeber“ wahrgenommen wird. Der gemeinsam mit den Seniorenbeauftragten entwickelte Vorschlag zu Berichtsraster und Verfahren eines „Berichtes zur sozialen Situation in den Gemeinden“ wurde den Bürgermeistern vorgestellt und diskutiert. Die Sitzung verlief sehr positiv und die Anwesenden signalisierten Zustimmung zum Projektziel. Allerdings war nur ungefähr die Hälfte der geladenen Bürgermeister gekommen – man kann daher davon ausgehen, dass nur diejenigen da waren, die der Grundidee sowieso schon positiv gegenüber standen. Zur weiteren Vorgehensweise wurde vereinbart, dass die Ergebnisse der Sitzung sowohl den Bürgermeistern als auch den Seniorenbeauftragten in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden und dann in jeder Gemeinde die Entscheidung getroffen wird, ob das Verfahren erprobt werden soll. Es wurde angekündigt, dass im Rahmen einer Telefonbefragung ab Mai 2009 die Entscheidung und mögliche Erfahrungen in der Umsetzung von der Kreisverwaltung abgefragt werden. Angesichts der vergleichsweise geringen Beteiligung an der Sitzung war eine gute und aussagekräftige Dokumentation entscheidend, um auch die nicht anwesenden Bürgermeister ausreichend zu informieren und zur Mitwirkung zu gewinnen.

Nach Abschluss der zielgruppenspezifischen Veranstaltungen wurden folgende wesentliche Inhalte der **Ergebnisdokumentation** allen Projektbeteiligten schriftlich übermittelt:

Der jährliche „Bericht zur sozialen Situation in der Gemeinde“ ist ein Instrument zur regelmäßigen Auseinandersetzung der Kommunalpolitik mit der sozialen Situation in der Gemeinde. Dieses beteiligungsorientierte Verfahren bietet die Möglichkeit, die soziale Dorfentwicklung als Gemeinschaftsaufgabe von Bürgermeister, Gemeinderat und bürgerschaftlich Engagierten zu begreifen und so weiter voranzubringen.

4. Vorschlag zum Berichtsraster:

Die Entwicklung eines Berichtsrasters soll zur Unterstützung der Umsetzung in der Gemeinde dienen. Ein gemeinsames Raster vereinfacht zudem die Zusammenführung auf Verbandsgemeinde- und Kreisebene und erleichtert Unterstützung und Austausch der Seniorenbeauftragten. Der Bericht soll die Themen enthalten, die für eine Auseinandersetzung mit der sozialen Situation in der Gemeinde wichtig sind. Gleichzeitig soll er nicht zu umfangreich sein, damit er für die Seniorenbeauftragten umsetzbar bleibt.

Teil A – Einwohner und Altersgruppen: Die Bevölkerungsdaten (Gesamteinwohnerzahl, Altersgruppen in 10-Jahres Kohorten) stehen als Grundlage für die soziale Situation in der Gemeinde am Anfang des Berichtes. Diese Daten liegen bei den Bürgermeister*innen vor, Die Seniorenbeauftragten brauchen diese also nicht zu recherchieren. Teil A wird bei Vorlage des Berichtes von Bürgermeister*in und Seniorenbeauftragtem*er gemeinsam ausgefüllt. Weitere Angaben sind die Anzahl der Häuser insgesamt/ der Häuser, in denen Menschen leben, die über 70 Jahre alt sind/ der Häuser, in denen Menschen allein leben, die über 70 Jahre alt sind. Diese Angaben liegen bisher nicht in allen Gemeinden vor. Da es sich aber um wichtige Planungsdaten handelt, könnte in den Gemeinderäten überlegt werden, wie diese ggfs. ermittelt werden können.

Teil B – Kontakte/ Zusammenarbeit in der Gemeinde: Ein Grundsatzziel der sozialen Dorfentwicklung ist die Vernetzung von ehrenamtlichen und professionellen Angeboten. Im Ankreuzverfahren wird hier angegeben, mit welchen Personen/ Diensten der Seniorenbeauftragte im Rahmen seiner Tätigkeit in der Gemeinde Kontakt hat und wie er die Zusammenarbeit beurteilt. Folgende Personen/ Dienste sind hier aufgenommen: Beratungs- und Koordinierungsstelle, Ambulante Pflegedienste, Seniorenbeirat, Mehrgenerationenhaus, Offene Jugendarbeit, Jugendamt, Kirchengemeinde, örtliche Vereine, Ortsbürgermeister/ Ortsvorsteher, Gemeinderat/ Ortsbeirat, Kindergarten/ Schule, sonstige Personen/ Dienste.

Teil C – Schwerpunkte der Arbeit im Berichtsjahr: Zunächst wird über die Aktivitäten des Seniorenbeauftragten im vergangenen Jahr berichtet. Darüber hinaus sollen hier die Probleme der Menschen in der Gemeinde benannt werden, die dem Seniorenbeauftragten im Rahmen seiner Tätigkeit bekannt geworden sind. Hierbei handelt es sich um eine subjektive Einschätzung des Seniorenbeauftragten. Es können auch Probleme benannt werden, die nicht direkt mit der praktischen Arbeit des Seniorenbeauftragten zu tun haben bzw. auch nicht durch seine Angebote gelöst werden können.

Teil D – Ausblick: Die Arbeitsschwerpunkte des Seniorenbeauftragten für das nächste Jahr werden benannt. Sie müssen nicht zwingend zur Lösung der benannten Probleme beitragen. Zusätzlich steht ein offenes Feld für weitere Anmerkungen/ Wünsche für die Gemeinde zur Verfügung.

Anhang: Eine Vorlage für die Besprechung im Gemeinderat ist beigelegt, die nach Wunsch in den Gemeinden verwendet werden kann.

5. Vorschlag zum Verfahren:

Die Seniorenbeauftragten legen den Bericht bis 31.01. des Folgejahres beim Ortsbürgermeister vor. Bei Vorlage wird der Termin zur Vorstellung im Gemeinderat vereinbart (bis 31.03.). Die Vorstellung erfolgt durch die Seniorenbeauftragten.

Nach der Besprechung und Beschlussfassung im Gemeinderat wird eine Kopie des Berichtes an die Verbandsgemeinde weitergeleitet (bis 30.04.). Für eine Zusammenfassung der Ergebnisse auf Verbandsgemeindeebene bieten sich besonders die Teile C und D des Berichtes an.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse wird von der Verbandsgemeinde an die Kreisverwaltung weitergeleitet, sobald sie vorliegt.

Für die Erprobung des Verfahrens im Rahmen des Landesmodellprojektes Pflegestrukturplanung kann die Frist 31.01. aufgrund des Projektverlaufes nicht eingehalten werden. Trotzdem sollte die

Erprobung bis Mai 2009 durchgeführt sein, um eine Evaluation im Rahmen des Projektes zu ermöglichen.

Im Mai / Juni 2009 wurde dann eine **Telefonbefragung** bei allen Bürgermeister der beteiligten Gemeinden und Verbandsgemeinden durchgeführt, um die Erprobung des Verfahrens zu evaluieren. Diese Methode ermöglichte den individuellen Kontakt und damit eine höhere Verbindlichkeit in der Ansprache der einzelnen Bürgermeister. Eventuell aufgetretene Probleme konnten dadurch direkt besprochen und damit eine größere Nachhaltigkeit erzielt werden. Allerdings war hierfür ein hoher zeitlicher Aufwand, besonders auch in den Abendstunden, einzukalkulieren, um die größtenteils noch anderweitig hauptberuflich beschäftigten Ortsbürgermeister zu erreichen. Die Telefonbefragung brachte auf Ebene der 38 beteiligten Ortsgemeinden folgendes Ergebnis:

Der/ die Seniorenbeauftragte hat den jährlichen „Bericht zur sozialen Situation“ erstellt.	37
Der Bericht wurde im Gemeinderat besprochen.	37
Der Bericht wurde vom/ von der Seniorenbeauftragten vorgestellt.	35
Der Bericht wurde vom Bürgermeister vorgestellt.	1
Der Bericht wurde von einer anderen Person vorgestellt.	1
Die Bürgermeister waren zufrieden mit dem Verfahren.	33
Die Bürgermeister waren nicht zufrieden mit dem Verfahren.	2
Die Bürgermeister planen eine Umsetzung des erarbeiteten Verfahrens in ihrer Gemeinde.	35
Eine Umsetzung des erarbeiteten Verfahrens ist noch unklar.	2
Die Gemeinden hatten Änderungswünsche bezüglich des Verfahrens.	15

Darüber hinaus wurden die Bürgermeister der 4 am Projekt beteiligten Verbandsgemeinden befragt. Die Berichte aus den Ortsgemeinden sollen auf Verbandsgemeindeebene zusammengeführt und ausgewertet werden.

Der Informationsfluss aus den Ortsgemeinden auf die Ebene der Verbandsgemeinde ist sinnvoll.	3
Der Informationsfluss aus den Ortsgemeinden auf die Ebene der Verbandsgemeinde ist nicht sinnvoll.	1
Die Zusammenführung der Berichte wird umgesetzt.	3
Die Zusammenführung der Berichte wird nicht umgesetzt.	1
Eine Umsetzung des vorgeschlagenen Verfahrens wird zukünftig geplant.	3

Eine Verbandsgemeinde findet den Informationsfluss nicht sinnvoll, da hier bisher nur 3 Ortsgemeinden Seniorenbeauftragte berufen haben. Eine Ausweitung der beteiligten Gemeinden wäre wünschenswert. Eine zukünftige Umsetzung des Verfahrens zum Bericht zur sozialen Situation ist von der Verbandsgemeinde nur geplant, wenn mehr als die Hälfte der Ortsgemeinden sich daran beteiligen.

Mit der Telefonbefragung war die Umsetzungsphase des Projektes abgeschlossen.

Zur nachhaltigen Implementierung der Ergebnisse wurde parallel dazu seit Februar 2009 die **Abschlussveranstaltung** im September 2009 geplant. Hier sollte über die Pflegestrukturplanung hinaus das Thema soziale Dorfentwicklung einem möglichst breiten Personenkreis aus Bürgerschaft und Kommunalpolitik präsentiert werden, um zu eigener Initiative zu motivieren und dadurch Anstöße zur weiteren Umsetzung der Projektergebnisse und weiterer Handlungsansätze der Kreisverwaltung in diesem Bereich zu geben. Für die Veranstaltung wurde der Titel „GemeindeLeben – Zukunft gemeinsam gestalten“ gewählt.

Programm:

- 14:00 Uhr Begrüßung und Moderation - *Sozialdezernent des Rhein-Hunsrück-Kreises*
Improvisationstheater **Subito!** aus Wiesbaden
Soziale Dorfentwicklung im Rhein-Hunsrück-Kreis – Fachbereichsleiter Sozialplanung der Kreisverwaltung
- 15:00 Uhr Bürger im Gespräch (Gesprächsgruppen)
Improvisationstheater **Subito!** aus Wiesbaden
- 16:00 Uhr Offener Austausch bei Kaffee und Kuchen
- 17:00 Uhr Improvisationstheater **Subito!** aus Wiesbaden
Begrüßung - *Landrat*
Fachvorträge:
Soziale Sicherheit und Lebendiges Miteinander im ländlichen Raum - *Ministerin Malu Dreyer (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen)*
Bürgerbeteiligung – Kern sozialer Dorfentwicklung - *Thomas Pfundstein (Evangelische Hochschule Freiburg)*
- 18:45 Uhr Imbiss und Gespräch

Im Veranstaltungsteil von 14:00 – 16:00 Uhr wurden Bürger über die Handlungsansätze der Kreisverwaltung im Bereich sozialer Dorfentwicklung informiert und ein Austausch der Teilnehmer über Situation und Perspektiven in den Gemeinden initiiert (Bildung von Gesprächsgruppen). Um Bürgerinnen und Bürger zur Teilnahme zu gewinnen, wurden Multiplikatoren aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen (zum Beispiel Seniorenbeiräte, Musikvereine, Schulen) an einem gesonderten Informationsabend über die Veranstaltung informiert und um ihre Mitwirkung gebeten. Sie erhielten Handzettel zur Verteilung an interessierte Bürgerinnen und Bürger und wurden gebeten, die Anmeldungen gesammelt an die Kreisverwaltung zu geben. Auf diesem Weg konnten 140 Anmeldungen erreicht werden, davon nahmen 115 Personen im Alter von 15 – 88 Jahren an der Veranstaltung teil.

Ab 17:00 Uhr wurden zusätzlich die Bürgermeister der Verbandsgemeinden / Stadt Boppard, alle Ortsbürgermeister sowie der Kreistag und die sozialen Fachgremien vom Landrat eingeladen. Aus diesem Personenkreis meldeten sich weitere 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an.

Um die Botschaften der Veranstaltung im Bewusstsein zu halten wurde zum Thema „GemeindeLeben – Zukunft gemeinsam gestalten“ ein **Faltblatt** mit Kernaussagen und Handlungsansätzen der Kreisverwaltung erstellt, das bei der Veranstaltung ausgegeben wurde.

Die Veranstaltung wurde sowohl von den Akteuren als auch von den Teilnehmern positiv bewertet und erhielt ein gutes Presse-Echo.

6. Fazit

Das Verfahren zum „Bericht zur sozialen Situation in der Gemeinde“ konnte in den beteiligten Gemeinden installiert werden. Auch die zukünftige Umsetzung (über den Projektzeitraum hinaus) ist größtenteils geplant.

Die formulierten Änderungswünsche wurden bereits im Projektverlauf mit den Bürgermeistern und den Ehrenamtlichen diskutiert. Das Spannungsfeld zwischen Freiwilligkeit des Engagements und einem gewissen Maß an Steuerung, um Ziele der Sozial-/Pflegestrukturplanung umzusetzen, wird weiterhin bestehen. Für die kommunale Pflegestrukturplanung ist es wichtig, sich dieses Spannungsfeldes bewusst zu sein und es in allen Prozessen der Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten zu berücksichtigen.

Auf das gesamte Kreisgebiet betrachtet soll perspektivisch mit der Ausweitung der Aktivitäten zur sozialen Dorfentwicklung im Rahmen der Handlungsansätze der Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück-Kreis auch der „Bericht zur sozialen Situation in der Gemeinde“ in allen Gemeinden des Kreises umgesetzt werden. Damit kann eine geregelte Basis zur Bürgerbeteiligung an sozialen Planungsprozessen in den Kommunen geschaffen werden. Durch die Abschlussveranstaltung des Projektes ist es gelungen, Bürgerschaft und Kommunalpolitik aus dem gesamten Kreisgebiet für das Thema soziale Dorfentwicklung zu sensibilisieren und dadurch der Umsetzung der vorgestellten Handlungsansätze im Kreisgebiet neue Impulse zu geben.

Weitere Informationen und Kontakt:



Ulrike Weikusat
Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück-Kreis
Ludwigstr. 3-5
55469 Simmern

☎ 0 67 61 – 82 – 447

✉ ulrike.weikusat@rheinhunsrueck.de

🌐 www.rheinhunsrueck.de

II.2.8 Stadt Speyer

Ria Krampitz

Bewusstseinsbildung für Demenz. Lobbyarbeit für Angehörige von Menschen mit demenziellen Erkrankungen

1. Einführung

„Wir wollen unser Leben noch nicht beenden“. Diese klare Aussage eines Mannes mit demenziellen Veränderungen zeigt, wie Betroffene empfinden. Die Diagnose Demenz oder Alzheimererkrankung wird in unserer Gesellschaft häufig gleichgesetzt mit Lebensende, nichts ist mehr möglich. So muss die Realität nicht aussehen, wenn unsere Gesellschaft, also wir alle, ein anderes Bewusstsein entwickeln.

Demenzielle Erkrankungen werden in der Öffentlichkeit einerseits immer mehr thematisiert, andererseits bleiben Angehörige und Betroffene im Umgang mit der Erkrankung und der veränderten Lebenssituation alleine. In der Pflege und im Vor- und Umfeld der Pflege tätige Personen, auch Ärzte, zeigen Unsicherheiten im Umgang mit der immer größer werdenden Anzahl von Menschen mit demenziellen Veränderungen. Sie stehen in ihrer Arbeit unter einem enormen Zeitdruck. Aber Demenz fordert Zeit, Wissen über das Krankheitsbild und Sensibilität.

Dieses Bewusstsein ist nicht nur von Angehörigen, Pflege- und Betreuungspersonal gefordert, sondern von uns allen. Menschen mit demenziellen Veränderungen sind in erster Linie Menschen, Bürgerinnen und Bürger unserer Gesellschaft. Eine Reduzierung auf die Krankheit entbindet uns von der Verantwortung. Und das gilt es zu verändern, so Professor Reimer Gronemeyer. (1)

Zwischenzeitlich ist doch jeder von uns in irgendeiner Weise betroffen. Entweder gibt es in der eigenen Verwandtschaft oder im Freundes- und Bekanntenkreis Betroffene, so dass ein Wegschauen nur noch schwer möglich ist. Aber wie sich verhalten? Wie auf Betroffene zugehen? Wie kann eine Unterstützung der Familien aussehen? Wie sollte eine Kommune gestaltet sein, um Menschen mit demenziellen Veränderungen nach wie vor am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen? Diese Fragen wurden im Rahmen des Schwerpunktthemas „Bewusstseinsbildung für Demenz“ diskutiert und nach Lösungsmöglichkeiten gesucht.

2. Projektverlauf

Ausgangslage

Im Juni 2007 fand in Speyer eine Pflegekonferenz zum Thema Demenz statt. Dieser, seit 1996, regelmäßige Austausch hat zu einer verbesserten Kommunikation unter den verschiedenen Anbietern und zu mehr Offenheit geführt. Eine wichtige Voraussetzung, um gemeinsam Problemlösungen zu erarbeiten.

Im Vorfeld der Konferenz wurden die rund 60 Personen gebeten, die drei größten Herausforderungen, die sie in der Arbeit mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen sehen, zu benennen. Die Rückmeldungen kamen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern und zeigten, dass es einen Handlungsbedarf zum Schwerpunktthema Demenz gibt.

Die Vielfalt der genannten Problembereiche, wie z.B. mangelnde Unterstützung pflegender Angehöriger, Informationsdefizite, Lücken in der medizinischen Versorgung und in der Angebotsstruktur, Fortbildungsbedarf für Haupt- und Ehrenamtliche, Lücken in der Pflegeversicherung, begründete die Notwendigkeit einer eigenen Arbeitsgruppe. Seit August 2007 arbeiten rund 15 Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Arbeitsfeldern am Thema Demenz und seit Oktober 2008 am Schwerpunktthema „Bewusstseinsbildung für Demenz“ zusammen. Die bestehenden Strukturen der Pflegekonferenz und die der AG Demenz konnten genutzt werden.

Ziel und Zielgruppen

Aufgrund der in der erwähnten Pflegekonferenz angesprochenen Themenvielfalt sieht die Konzeption den Schwerpunkt Bewusstseinsbildung für Demenz in Speyer vor.

Erreicht werden soll eine breite Öffentlichkeit. Aus diesem Grund sind neben den Angehörigen, den Betroffenen und professionellen Diensten neue Kooperationspartner, wie z.B. Polizei, Banken, Geschäfte und Schlüsselpersonen gefragt. Sie alle haben Kontakt zu Menschen mit demenziellen Veränderungen.

3. Vorgehen

„Ich versuche, mit meinem Mann ganz normal zu leben und ihn zu behandeln, als wenn nichts wäre....Wir gehen so viel wie möglich fort. Was die Leute denken, ist mir egal.“ (2)

Pflegestrukturplanung ist keine Planung von einer Person oder einem Arbeitsbereich, sondern soll immer Partizipation und Mitbestimmung beinhalten, die Professionelle, freiwillig Engagierte und Betroffene einbezieht. Nur so können neue Netzwerke aufgebaut, gemeinsame Lösungen erarbeitet und eine breite Öffentlichkeit hergestellt werden.

Aus diesem Grund war von Anfang an die Arbeitsgruppe in alle Aktivitäten einbezogen.

Projektideen wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgemeinschaft Demenz gesammelt. Die Ideenvielfalt war groß.

Die Fülle der geplanten Aktivitäten erforderte klare Festlegungen für Verantwortlichkeiten und verbindliche Absprachen.

Bei jeder Veranstaltung wurden vorgefertigte Postkarten verteilt, verbunden mit der Bitte Probleme zu benennen, die in der Versorgung bestehen.

Im Folgenden werden die Erfahrungen dargestellt, die während der Umsetzungsphase gemacht wurden.

Thematisierung im Sozialausschuss

Ende September 2008 bestand die Möglichkeit die Inhalte des Modellprojektes Pflegestrukturplanung und das Schwerpunktthema den Mitgliedern des Sozialausschusses vorzustellen. Neben der Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen, Professionellen und Ehrenamtlichen sind politisch Verantwortliche für die Realisierung neuer Ideen und Projekte einzubeziehen.

Deshalb war es wichtig, dem, nach den Kommunalwahlen neu zusammengesetzten Sozialausschuss, die Ergebnisse der einjährigen Modelphase vorzustellen. Alle Mitglieder wurden

gebeten Erfahrungen und Eindrücke zum Thema Demenz einzubringen. Zwei Mitglieder reagierten sofort und gaben am Ende der Sitzung gleich Rückmeldung.

Den Mitgliedern des Sozialausschusses wurde angeboten, regelmäßig über die Realisierung des Schwerpunktthemas „Bewusstseinsbildung für das Krankheitsbild Demenz“ zu informieren und sie einzubeziehen.

Eröffnungsveranstaltung mit Prof. Klaus Dörner

„Renate B. hat die Nachbarn frühzeitig von der Krankheit ihres Mannes unterrichtet. ‚Die wollten das lange nicht glauben, hatten sich nur gewundert, dass mein Mann einmal grüßte und beim nächsten Mal nicht.‘ Trotzdem kommt sie um die bittere Erkenntnis nicht herum: ‚Eine Familie mit einem Demenzkranken verliert einen Großteil ihres Bekanntenkreises.‘“ (3)

Wir alle sind als Teil der Gesellschaft gefordert, Verantwortung zu übernehmen. Hier setzt Prof. Klaus Dörner mit seinen Ausführungen an. Zur Eröffnung des Modelljahres referierte er am 7. Oktober 2008, zum Thema „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“. Sein Vortrag war als Einstimmung auf unsere Kampagne gedacht. Denn er setzt den Schwerpunkt auf den „dritten Sozialraum“. Das heißt zwischen Privat und Öffentlich muss ein neues Engagement kommen. Aber wie kann man den Nachbarn, die Nachbarschaft gewinnen, sich um Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu kümmern? Prof. Dörner sieht die Chance im Wohnquartier. Denn da ist das Umfeld überschaubar und es kann eine Identifikation mit dem Wohngebiet entstehen. In den Stadtteilen, so Prof. Dörner, muss sich eine neue Kultur des Zusammenlebens entwickeln. Auch bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit wollen die meisten Menschen in ihrer vertrauten Umgebung leben. Angesichts veränderter Familienstrukturen, Berufstätigkeit der Frauen, Kinder wohnen nicht vor Ort und einer hohen Anzahl alleinlebender Menschen im Alter, ist eine Veränderung des Bewusstseins von uns allen gefordert. Freiwilliges Engagement im Einsatz bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen, so Prof. Dörner, ist möglich. In diesem Zusammenhang fordert er auch eine intensivere Diskussion um alternative Wohnformen. (4)

Veröffentlichung des Wegweisers

„Ich habe anfangs nicht gewusst, wie ich mich verhalten soll, gibt F.R. heute zu. Aber eines war ihm sofort klar: Er würde sich bis ans Ende ihres Lebens um seine kranke Frau kümmern.“ (5)

Die erste große Aktion der AG Demenz war die Veröffentlichung des Wegweisers. Denn immer wieder wurde von verschiedenen Seiten, von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen, aber auch von Nachbarn und Verwandten, bemängelt, dass ihnen Informationen über das Krankheitsbild Demenz fehlen würden. Der Wegweiser sollte Abhilfe schaffen.

Die Textinhalte und die Gestaltung wurden in den jeweiligen Sitzungen der Arbeitsgruppe intensiv diskutiert und gemeinsam entschieden. „Gemeinsam – Leben mit Demenz – Ein Wegweiser für uns alle“ wurde als Titel für die Broschüre festgelegt. Damit sollte in der Formulierung schon deutlich werden, dass wir alle gefordert sind.

Für die Gestaltung des Titelbildes konnte der Speyerer Künstler Johannes Doerr gewonnen werden. Das farbenfrohe Aquarellbild passt zum Motto der Kampagne „Gemeinsam – Leben mit Demenz“. Es vermittelt ein positives Lebensgefühl und das Gefühl, dass wir gemeinsam

Lösungen für eine gute Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen finden können.



Veranstaltungen für Angehörige und Betroffene

„An ein freies Wochenende ist kaum zu denken und ein gemeinsamer Urlaub fast unmöglich. Denn dann müsste die Erkrankte in eine Kurzzeitpflege, ‚und ich hätte ein schlechtes Gewissen‘.“
(6)

Um mit Angehörigen und Betroffenen im Austausch sein zu können wurden spezielle Veranstaltungen organisiert. Denn Menschen, die an einer Demenz leiden, zu begleiten und zu pflegen, ist eine enorme Herausforderung und nicht immer eine einfache Aufgabe. Häufig werden die eigenen sozialen und kulturellen Bedürfnisse vernachlässigt. Aber nur wer sich selbst pflegt, kann auch andere pflegen. Mit den Veranstaltungen sollte eine kleine Erholung, ein Rauskommen aus dem Pflegealltag ermöglicht werden. Die drei Veranstaltungen, die am 22. April, 24. Juni und 26. August 2009, im Historischen Ratssaal der Stadt stattfanden, sahen immer ein halbstündiges, qualitativ hochwertiges Kulturprogramm vor und danach einen Austausch in gemütlicher Runde. In dieser Atmosphäre kamen fruchtbare / anregende / ... Gespräche unter Besuchern und zwischen den anwesenden Mitgliedern der AG Demenz und den Besuchern zustande. Es wurde von den Teilnehmern anerkannt und mit Freude aufgenommen, dass sie in dem schönsten und repräsentativsten Raum der Stadt empfangen wurden. Die Kommune bezog Stellung und würdigte auch auf diese Weise den enormen Einsatz der Angehörigen.

Die teilnehmenden Künstler, unterstützten die Idee. Die Länge des Programms war mit ihnen abgesprochen und sie waren auf mögliche Reaktionen der Betroffenen vorbereitet. Die Zwischenbemerkungen, das Mitsingen und mit Vortragen von Texten, erstaunte Bemerkungen, waren in der offenen Atmosphäre überhaupt nicht störend. Aber auch drängelnde Bemerkungen, wie wiederholt „ich will jetzt gehen“, waren für die Gruppe selbst kein Problem. Es war eher für die Angehörigen schwer solche Situationen auszuhalten.

Deutlich zu spüren war auch, dass die Qualität des Kulturprogramms sehr wohl von den Menschen mit demenziellen Veränderungen wahrgenommen und gewürdigt wurde. Auch verstanden es alle Künstler, die Besucher einzubeziehen. Das Singen einiger bekannter Lieder

half dabei. Eine Betroffene, die als Reaktion fast immer „Nein“ sagt, war fasziniert, dass bei einem Lied die Sängerin an ihren Tisch kam, sich ihr gegenüber setzte und singend anstrahlte. Die Betroffene war beeindruckt und sang mit. Es kam kein „Nein“ über ihre Lippen.

Nach diesen Veranstaltungen kam es zu aktiven Bemühungen von Betroffenen Kontakt mit dem Seniorenbüro aufzunehmen. Sie hatten vorher keine Verbindung zu dieser Einrichtung.

Betroffene trauen sich

„So geht das nicht weiter. Das ist so schlimm. Sie müssen mal mit meinem Mann reden, der ist so böse.“

Dieses Zitat stammt von einer Dame mit demenziellen Veränderungen, die sich am Tag nach einer Veranstaltung auf den Weg zum Seniorenbüro machte. Sie war noch nie vorher in unserem Büro und musste sich von Straßenecke zu Straßenecke durchfragen. Sie wartete, bis ihre gewünschte Ansprechpartnerin da war, um ihr Herz auszuschütten. Ganz schnell wurde deutlich, dass der Partner und die Familie insgesamt die demenzielle Erkrankung der Mutter nicht wahrhaben wollen und nicht mit der sich verändernden Mutter umgehen können. Hinzu kommen Eheprobleme, die seit Jahren bestehen. Eine Überforderung für alle Seiten.

„Ich habe schon zwei Ärzte verrückt gemacht. Ich habe sie immer wieder gefragt wie das wird mit der Krankheit. Ob ich noch reisen kann, weil ich so gerne reise. Ich mach alles was ich kann. Ich trinke viel (kein Alkohol), weil das doch gesund ist. Das sind bestimmt Durchblutungsstörungen.“

Den Mut zu haben und den Schritt zu wagen, als Betroffener selbst Kontakt aufzunehmen, Hilfe und Rat zu suchen, ist das beste positive Ergebnis der Veranstaltungen. Es fehlen nicht nur Informationen bei den Angehörigen und Professionellen, sondern auch bei den Betroffenen selbst.

Spurensuche im Niemandsland

Eine Lesung zum Thema „Spurensuche im Niemandsland – Die Alzheimererkrankung im Spiegel der Literatur“ ermöglichte eine Kooperation mit einer Buchhandlung. Auch dadurch konnten wieder neue Menschen erreicht werden. An der Veranstaltung nahmen 35 Personen teil. Die Texte wurden von zwei Künstlern, dem Schauspieler Rainer Furch vom Pfalztheater Kaiserslautern und der Kaiserslauterer Schriftstellerin Madeleine Giese ausgewählt und vorgetragen. Die professionelle Lesung zeigte bei den Besuchern eine nachhaltige Wirkung. Tage danach war diese Veranstaltung, die am 15. Juni 2009 stattfand, noch Thema. Die beiden Künstler interessiert das Thema selbst. „Demenz ist ein Thema, das verdrängt wird. Wir wollen mit unserer Lesung Angst nehmen und sensibel machen“, so Madeleine Giese.

Demenz und Zivilgesellschaft

„Wenn man allein ist, kann man das alles auf Dauer kaum machen. ... In solchen Fällen brauche man eine gute Freundschaft. F.R. hatte einen Freund, der ihm immer wieder etwas entlasten konnte. Ohne ihn hätte ich es nicht geschafft.“ (7)

Der Soziologe und Theologe Professor Dr. Reimer Gronemeyer zeigte in seinem Vortrag zum Thema „Demenz und Zivilgesellschaft“ eine andere Perspektive auf. Er betrachtet Demenz aus

einem zivilgesellschaftlichen Blickwinkel. Im Zentrum stehen dabei die Menschen mit Demenz als Bürgerinnen und Bürger eines Gemeinwesens. In einem Gespräch das in der Zeitschrift des Seniorenbüros *aktiv dabei* Ausgabe 4/2009 veröffentlicht wurde, erläutert Professor Gronemeyer seine Ideen:

„Wichtig ist mir vor allem deutlich zu machen, dass Demenz nicht vorrangig, wie es bei uns geschieht, unter einem medizinischen Aspekt gesehen werden darf. Denn dann lassen wir Betroffene, Angehörige und die professionellen Dienste alleine. Wir müssen uns viel mehr Gedanken um unsere gesellschaftlichen Verhältnisse machen, in denen wir leben. Wir leben in einer so schnelllebigen Zeit und technisch hochentwickelten Welt, dass wir alle doch häufig Probleme haben diesen Entwicklungen zu folgen. Wissenschaft und Forschung haben uns in einem unglaublich schnellen Tempo industrielle Entwicklungen in jeder Richtung, auch im medizinischen Bereich ermöglicht, aber das soziale Wesen Mensch hinkt hinterher. Wie schwer muss es da erst für Menschen mit demenziellen Veränderungen sein? Sie kommen mit diesen Geschwindigkeiten überhaupt nicht mehr mit. Deshalb müssen wir als Zivilgesellschaft lernen und begreifen, dass Menschen mit demenziellen Veränderungen uns sozusagen einen Spiegel vor Augen halten. Sie zeigen uns die Lücken in unserem sozialen Zusammenleben. Es sind die Betroffenen, die mit ihrem Verhalten das von uns fordern, was gerade in unserer Gesellschaft, in der der ökonomische Aspekt ganz klar im Mittelpunkt steht, fehlt. Sie fordern Zeit und Zuwendung.“

Aus diesem Grund ist jede Kommune, sind wir alle gefordert zu überlegen, wie wir mit neuer Kreativität nachbarschaftsfreundliche Wohngebiete schaffen können. Es geht darum neue soziale Formen des Zusammenlebens für uns alle zu finden.

Wie aus Wolken Spiegeleier werden

„Ich singe den ganzen Tag mit ihr und rede mit ihr. Und wenn ich meine Frau küsse, dann sehe ich, wie ihr Gesicht strahlt. Das gibt mir immer wieder neue Kraft. Wir ergänzen uns seit eh und je. Und mit Liebe geht alles.“ (8)

Mit „Alzheimer & Kunst“ wollten wir weitere Kooperationspartner gewinnen. Über die Kunst sollte unser Anliegen „Gemeinsam – Leben mit Demenz“ in das öffentliche Bewusstsein dringen. Die Bilder der Ausstellung „Wie aus Wolken Spiegeleier werden“ stammen von Carolus Horn. Der Grafiker und Werbefachmann erkrankte Anfang 60 an der Alzheimerschen Krankheit. Der Verlauf der Erkrankung spiegelt sich eindrucksvoll in seinen Bildern wieder. Erstmals wurde diese Ausstellung in zweiundzwanzig Geschäften und der Speyerer Touristen-Information gezeigt. Mit dieser neuen Form der Präsentation konnte eine größere Öffentlichkeit erreicht werden. In Zusammenarbeit mit dem Kunstverein fand eine einführende Veranstaltung zum Krankheitsbild Alzheimer und Leben und Werk von Carolus Horn statt. Die Reaktionen der Angestellten und Geschäftsinhaber waren positiv.

Die drei beteiligten Buchhandlungen hatten die meisten Rückmeldungen. Sie hatten nicht nur ein Bild und Informationen ausgestellt, sondern auch passende Literatur zum Thema Demenz in einem Schaufenster ausgelegt. Hier gab es Diskussionen und Nachfragen. Diese Reaktionen hatten auch positive Auswirkungen auf den Bücherverkauf dieser Geschäfte. Die Form der Präsentation in den Schaufenstern war ganz unterschiedlich. In manchen Geschäften wurde eine ganze Schaufensterfläche zur Verfügung gestellt und in anderen nur ein kleines Eck. So war die Beachtung auch auf Grund der unterschiedlichen Präsentation verschieden. In den Gesprächen

mit dem Personal wurde deutlich, dass fast alle, entweder in der eigenen Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis Menschen mit demenziellen Erkrankungen kennen und deshalb das Aufgreifen des Themas begrüßten.

Zeitungsserie

„Meine Frau hat es nicht gern, wenn man über ihre Krankheit spricht. Sie weint oft, weil sie nicht weiß, was mit ihr ist und möchte dann nicht mehr leben.“ Und manchmal kämen zwischen ihnen, die ihr Leben lang harmoniert hatten, jetzt Spannungen auf.“ (9)

Medien können das Bewusstsein verändern. Um die Projekte und Initiativen besser bekannt zu machen, wurde eine Zeitungsserie konzipiert. Ziel dieses Projektes war, immer eine Angehörige oder einen Angehörigen zu Wort kommen zu lassen und Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Ziel war auch, Bereiche vorzustellen, die mit Menschen mit demenziellen Veränderungen Kontakt haben, aber bislang noch nicht sehr stark im Blickfeld einer Kooperation standen. Dazu zählen die Polizei und die Banken. Im Rahmen der Zeitungsserie ist es gelungen deren Erfahrungen und Gedanken öffentlich zu machen. Die Polizei ist mehrfach in der Woche mit Vermissten beschäftigt. Darunter sind auch Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Aus diesem Grund gibt es zwischenzeitlich spezielle Schulungen und eine Informationsbroschüre für die Polizei.

Der engen Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Journalisten war es zu verdanken, dass bis zum Ende der Modellphase acht halbseitige Artikel in der *Rheinpfalz* veröffentlicht wurden.

Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund

Für den Wegweiser Demenz wurde ein Umschlag in türkischer und russischer Sprache verfasst. Menschen mit Migrationshintergrund sollen erfahren, dass es den Wegweiser gibt und wer wichtige Ansprechpartner sind, die weiterhelfen können. Das Umschlagblatt informiert über die Schwerpunkte des Wegweisers und gibt die Adressen der beiden Speyerer Pflegestützpunkte, des Seniorenbüros und der Alzheimer Gesellschaft an.

Diese Informationen in russischer und türkischer Sprache stehen den entsprechenden Beratungsstellen zur Verfügung und liegen allen Mitgliedern der AG Demenz vor.

4. Herausforderungen bleiben

Die Arbeit am Schwerpunktthema hat geholfen das Thema Demenz in die Speyerer Öffentlichkeit zu tragen. Ein Bewusstseinswandel ist aber noch lange nicht erreicht. Hier ist weiter eine kontinuierliche Arbeit notwendig.

- Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten soll intensiviert werden. Eine erste Veranstaltung fand im Rahmen einer Versammlung der kassenärztlichen Vereinigung statt. Ab Januar wird im Geriatrischen Zentrum des Diakonissen-Stiftungskrankenhauses eine neue Fortbildung für Arzthelferinnen beginnen. Sie sollen für das Krankheitsbild sensibilisiert werden.
- Die Veranstaltungen für Angehörige und Betroffene machten deutlich, dass es einen Bedarf gibt. Aus diesem Grund hat die AG beschlossen diese Veranstaltungen weiterzuführen. Insgesamt werden fünf Veranstaltungen pro Jahr organisiert werden.

- Beruf und die Pflege naher Angehöriger zu verbinden, wird ein immer größeres Thema in unserer Gesellschaft, auch in Verbindung mit der Betreuung und Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Hier ist in den Betrieben und den Arbeitsstätten die Schaffung eines Bewusstseins für die Belastungen der Angehörigen notwendig. In der Speyerer Stadtverwaltung geschieht dies zurzeit. „Es ist schwer“, gibt die 51-Jährige zu, und es sei zu wenig Freiraum für sie und ihren Mann vorhanden. Zu gerne würden sie gelegentlich einen Abend für sich haben, doch dann muss immer eine der erwachsenen Töchter für die Betreuung der Oma ‚verpflichtet‘ werden.“ (10)
- Die pflegenden Angehörigen sind häufig, wie die Betroffenen, in einem höheren Alter. Sie leiden selbst unter gesundheitlichen Einschränkungen. Durch ihren pausenlosen Einsatz können sie sich um ihre eigene gesundheitliche Versorgung wenig kümmern. „Die 79-jährige droht allmählich selbst am Ende ihrer Kräfte anzukommen. Dennoch lehnt sie weitere Hilfsmöglichkeiten ab, ist auch dagegen, dass der Pflegedienst öfter vorbeischaute.“ (11) Es geht nicht nur um den weiteren Ausbau, sondern auch darum, ein Klima zu schaffen, das es Angehörigen erleichtert bestehende Hilfen anzunehmen. Das könnte unter Umständen nicht nur eine Unterstützung für die Angehörigen sein, sondern auch eine Bereicherung für die Betroffenen und eine Verbesserung deren Lebensqualität. „Hinzu kommt, dass der Vater bei aller Fürsorglichkeit und Liebe seiner Frau geistig ständig unterfordert ist. ‚Sie behandelt ihn wie ein kleines Kind‘, findet der Sohn. Und wäre auch von daher dankbar, wenn sich das Leben des Vaters durch Besuche der Nachbarschaftshilfe oder sonstiger Hilfen abwechslungsreicher gestalten würde.“ (12)
- Im Rahmen des Modellprojektes wurden Lücken in der Versorgung deutlich. Zum Beispiel gibt es keine alternative Wohnform für Menschen mit demenziellen Veränderungen in Speyer. Wohnen im Alter ist zwar ein Thema in Speyer geworden, aber bezogen auf pflegebedürftige Menschen steht die Diskussion noch am Anfang.
- „An ein freies Wochenende ist kaum zu denken und ein gemeinsamer Urlaub fast unmöglich. Denn dann müsste die Erkrankte in eine Kurzzeitpflege, ‚und ich hätte ein schlechtes Gewissen.‘ Einen Ausweg aus den Schwierigkeiten sähe sie, so die Tochter, wenn die Tagespflege sich über die ganze Woche erstreckte... Wünschenswert seien deshalb Betreuungsangebote an den Wochenenden und Abenden (etwa mit einem Nachtcafé). Auch betreute Wohngemeinschaften für Demenz-Erkrankte seien Projekte, die in Speyer unbedingt initiiert werden müssten, da viele berufstätige Familien oft nur die Wahl zwischen ‚Selbstaufopferung‘ oder Heimeinweisung ihrer betroffenen Angehörigen hätten.“ (13)
- Die Auswirkungen zusätzlicher Erkrankungen auf die demenzielle Erkrankung finden im Alltag noch nicht die notwendige Berücksichtigung. „Die Alkoholkrankheit verstärkt nun die durch Demenz ohnehin vorhandenen Probleme. Könnte der 72-Jährige mit dem Hochprozentigen aufhören, wäre es nach Auffassung von Ärzten denkbar, den Krankheitsverlauf wenigstens zu verzögern oder zu mildern.“ (14)
- Gewalt in der Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen ist ein Tabuthema. Angehörige fühlen sich überfordert und alleine. „Ich könnte manchmal aggressiv werden, obwohl ich ein geduldiger Mensch bin.“ (15)

5. Ausblick

Die Modellphase hat gezeigt, dass Demenz immer mehr Menschen beschäftigt. Durch die unterschiedlichen Aktionen konnten neue Kooperationspartner gewonnen werden und eine breitere Öffentlichkeit hergestellt werden. Die beiden Speyerer Pflegestützpunkte konnten bereits einen Anstieg ihrer Beratungstätigkeit zum Thema Demenz vermerken.

Die Arbeitsgruppe wird weiter zusammenarbeiten und neue Projekte unterstützen. In der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen spielt die Biografiearbeit eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund wurde das Projekt „Kisten mit Geschichten“ initiiert. Erinnerungen sind oft an wichtige und lieb gewonnene Gegenstände geknüpft, die mit besonderen Menschen, Festen, Ereignissen, Begegnungen verbunden sind. Die Realisierung der Idee „Kisten mit Geschichten“ soll im Jahr 2010 in einer Ausstellung enden. Zur Vorbereitung fand bereits ein Seminar zum Thema „Erinnerungspflege“ statt.

Dank

Dank geht an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AG Demenz, die mit ihrem Engagement dazu beigetragen haben, dass so viele Projekte im Rahmen eines Jahres umgesetzt werden konnten. Mein Dank geht auch an die Projektbegleiter, die mit ihren Anregungen den Verlauf positiv gefördert haben.

Quellen:

- (1) Peter Wissmann, Reimer Gronemeyer: Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift. Mabuse Verlag (Frankfurt am Main) 2008
- (2) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (1), „Wenn sich der Partner immer mehr entfernt“, 23. Dezember 2008
- (3) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (1), „Wenn sich der Partner immer mehr entfernt“, 23. Dezember 2008
- (4) Klaus Dörner: Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfssystem. Paranus Verlag (Neumünster) 2007
- (5) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (5), „Vom ersten bis zum letzten Takt dabei“, 2. April 2009
- (6) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (3), „Selbsthilfe: Damit der Pflegealltag gelingt“, 2. März 2009
- (7) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (5), „Vom ersten bis zum letzten Takt dabei“, 2. April 2009
- (8) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (7), „Demenz: Fingerspitzengefühl vonnöten“, 23. Juli 2009
- (9) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (2), „Alzheimer – wer will das schon wissen?“, 24. Januar 2009
- (10) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (3), „Selbsthilfe: Damit der Pflegealltag gelingt“, 2. März 2009
- (11) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (4), „Und die Augen der Patienten leuchten“, 11. März 2009
- (12) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (4), „Und die Augen der Patienten leuchten“, 11. März 2009
- (13) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (3), „Selbsthilfe: Damit der Pflegealltag gelingt“, 2. März 2009
- (14) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (8), „Alkohol verstärkt die Probleme“, 17. Oktober 2009
- (15) Die Rheinpfalz: Zeitungsserie (8), „Alkohol verstärkt die Probleme“, 17. Oktober 2009

Weitere Informationen und Kontakt:



Ria Krampitz
Stadt Speyer
Maulbronner Hof 1a
67346 Speyer

☎ 0 62 32 – 62 10 50

✉ Ria.Krampitz@stadt-speyer.de

💻 www.speyer.de

II.2.9 Stadt Worms

Tobias Schasse

Überleitungsmanagement: Kooperation an der Schnittstelle zur „häuslichen Pflege“

1. Einleitung

In Worms werden seit 2004 „Regionale Pflegekonferenzen“ durchgeführt, bei denen die Träger der lokalen Pflegeinfrastruktur in regelmäßigen Abständen zusammenkommen. Dieses vom „Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur“ (LPflegeASG) initiierte Kooperationsnetzwerk bot den geeigneten Ausgangspunkt für eine beteiligungsorientierte Entwicklung des Wormser Modellprojektes.

Denn eine der ersten Aufgaben dieses Netzwerk war es, Probleme im Feld der Pflege zu eruieren. Als eine besondere Herausforderung für eine optimale pflegerische Angebotsstruktur, stellten sich aus Sicht der Expertinnen und Experten vor allem die „Schnittstellen“ zwischen den verschiedenen Leistungserbringern dar. An diesen „Übergängen“ entstehen immer wieder „Reibungsverluste“, die zu einer suboptimalen Versorgung führen.

Daraufhin wurde in einem ersten Projekt 2005 unter der Moderation der Stadtverwaltung Worms ein „Pflegeüberleitungsbogen“ erarbeitet und implementiert. Der Bogen wird von allen Beteiligten als hilfreich für die tägliche Arbeit betrachtet und umfassend eingesetzt.

Dennoch bleibt die Gestaltung der „Übergänge“ weiterhin ein problematisches Handlungsfeld, bedingt durch die komplexen Prozesse zwischen Institutionen, Akteuren verschiedener Sektoren und den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Im Rahmen des ersten Projektes wurde bereits ein weiteres Problemfeld benannt – der Übergang bei besonders „schwierigen“ Fällen – und Projektideen entwickelt. Eine Umsetzung war damals aber nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund wurde für das Wormser Modellprojekt der Themenschwerpunkt „Überleitungsmanagement: Kooperation an der Schnittstelle zur häuslichen Pflege“ gewählt. Das Projekt ist damit ein weiterer Schritt in der beteiligungsorientierten Planungs- und Kooperationsstruktur und schließt direkt an die bisherigen Ergebnisse der „Regionalen Pflegekonferenz“ an.

2. Ziel

Übergeordnetes Ziel des Projektes war es, dem Wunsch der meisten Betroffenen nach möglichst langer Versorgung im „häuslichen Umfeld“ praktisch ein Stück näher zu kommen, durch die Verminderung von „Reibungsverlusten“ an den Schnittstellen der beteiligten Akteure und Institutionen. Hierzu sollten praxisnahe und bedarfsorientierte Lösungen für die Schnittstellenprobleme entwickelt werden, die in der alltäglichen Arbeit der Akteure vor Ort auch umsetzbar sind. Entsprechend wurde bei dem Projekt auf drei Aspekte ein besonderes Augenmerk gerichtet:

Erstens sollten die Lösungen an den „tatsächlichen“ Problemen der Schnittstellen ansetzen. Hierzu ist eine Problemformulierung durch die Akteure vor Ort unabdingbar. Insofern war es besonders relevant möglichst viele Berufsgruppen an der Bestimmung der konkreten Handlungsfelder zu beteiligen.

Zweitens setzt die Entwicklung von praxistauglichen Lösungen eine differenzierte Problemanalyse voraus, die die teils unterschiedlichen Perspektiven und Verantwortungsbereiche der Akteure zusammenführt und vom konkreten Handlungsdruck im Berufsalltag losgelöst, aber auf diesen bezogen, reflektiert. Hierzu ist ein moderierter Diskussionsprozess mit den Akteuren ein sinnvolles Mittel.

Drittens müssen Lösungen im Berufsalltag funktionieren, was letztlich nicht ohne ein „Ausprobieren“ in der Praxis auskommt. Insofern erschien es sinnvoll einerseits auf die Expertise und Erfahrungen eines Fachinstitutes zurückzugreifen, andererseits die Lösungen einer „Testphase“ zu unterziehen, d.h. möglichst anwendungsbezogen zu arbeiten.

Zentrale Ergebnisse des Projektes sind einerseits die Etablierung einer einzelfallunabhängig, aber praxisbezogenen Arbeitsgruppe „Überleitungsmanagement“ in der trägerübergreifende Lösungen für Schnittstellenprobleme gefunden werden können. Andererseits die konkrete Verfahrensabstimmung zur verkürzten Begutachtung mit dem MDK (siehe hierzu Kapitel 4 c).

3. Ablauf/Umsetzung

Die ursprüngliche Konzeption des Projektes sah drei Phasen vor, die aber im Fortgang des Projektes stetig überarbeitet und den jeweiligen Entwicklungen angepasst wurden.

Phase 1: Initiierung / Problemanalyse

In der ersten Phase wurde der Projektentwurf entwickelt und mit den Akteuren in den städtischen Gremien wie der Regionalen Pflegekonferenz abgestimmt. Das Ziel dieser Phase war die Bildung einer Arbeitsgruppe, die den Entwurf konkretisieren und das Projekt umsetzen sollte. Die Federführung des gesamten Prozesses lag bei der Jugendhilfe- und Sozialplanung der Stadtverwaltung. Im Rahmen des Projektes gelang es die beiden ansässigen Krankenhäuser mit ihren Sozial-, Pflege- und Pflegeüberleitungsdiensten, Vertreter der ambulanten und stationären Dienste sowie die BeKos für eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen der Arbeitsgruppe zu begeistern. Insbesondere die kontinuierliche und konstruktive Mitwirkung der genannten Parteien ermöglichte eine effiziente Arbeitsweise. Eine regelmäßige Teilnahme von Ärzten, Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) konnte im Rahmen des Projektes nicht realisiert werden. Es zeigte sich jedoch, dass themenbezogene, punktuelle Einbindungen der genannten Akteure durchaus möglich und wie im Falle des MDK-Gespräches – auf das später eingegangen wird – ggbfs. der effektivere Vernetzungsansatz sind.

Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe konnte im Dezember 2008 stattfinden. Die Arbeitsgruppe befasste sich in der Phase 1 mit dreierlei Aufgaben.

1. Konkretisierung der „Schnittstelle“
2. Bestimmung der zentralen Probleme und Problemgruppen an dieser Schnittstelle
3. Auswahl eines geeigneten Fachinstitutes

zu 1): Zunächst wurde vor dem Hintergrund der Projektskizze aus der Vorgängerarbeitsgruppe die Schnittstellenproblematik breit diskutiert und die aktuellen Handlungsbedarfe eruiert. Grundsätzlich liegen in dem sektorenübergreifenden Tätigkeitsfeld der Pflege verschiedenste Schnittstellen vor, die unter Umständen „Reibungsverluste“ aufweisen. Unter anderem bei der Kooperation der Akteure im Kontext der häuslichen Betreuung oder bei den Übergängen der Pflegebedürftigen in verschiedene Versorgungskontexte – wie von der ambulanten in die stationäre Kurzzeit- oder Notfallbetreuung oder von der ambulanten bzw. stationären Versorgung in die Krankenhausbetreuung. Aus Sicht der Arbeitsgruppe lagen aber die größten Probleme beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in eine optimale pflegerische Versorgung.

Zu 2): Neben der Analyse der Schnittstelle wurde ebenfalls versucht die Personengruppe (später „Grenzfälle“) zu identifizieren, die für die Akteure die größte Herausforderung bei der Regelung des Überganges darstellt. Dabei zeigte sich, dass es vor allem Personen betrifft, die aus der Selbstversorgung in die Pflegebedürftigkeit übergehen. D.h. es liegt bei diesen Personen zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus noch keine „Pflegeeinstufung“ vor, eine Pflegebedürftigkeit zeichnet sich aber im Laufe des Krankenhausaufenthaltes ab. In dieser Situation kommt es vermehrt zu Überleitungsproblemen – bspw. der Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln – obwohl beide Krankenhäuser über Pflegeüberleitungsfachkräfte verfügen, die diese Prozesse soweit es ihnen möglich ist anstoßen.

Vor dem Hintergrund dieser Problembestimmung war eine naheliegende Lösung, das Instrument der „verkürzten Begutachtungsfrist“ in den Fokus zu nehmen.

Zu 3) Für die weitere fachliche Begleitung konnte das dip – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. gewonnen werden. Der erste Workshop mit dem dip konnte im April stattfinden.

Phase 2: Praxisphase/ Entwicklung von Lösungen

Ausgehend von den Ergebnissen der Phase 1 wurde mit dem dip ein Konzept für die weitere Begleitung entwickelt. Im Rahmen von fünf intensiven, moderierten Workshops sollten Lösungen für die oben benannte Schnittstelle entwickelt werden. Dabei galt es einerseits die Problemanalyse weiter zu spezifizieren, sich aber andererseits auch auf Ziele zu vereinbaren, die bis zum Oktober 2009 realistisch erreicht werden konnten und darüber hinaus bereits erprobte „gute Wege“ einmal systematisch festzuhalten. Hierzu wurde zunächst zwischen Problemen differenziert, die direkt von den Akteuren beeinflusst, bis hin zu Problemen, die lediglich beobachtet werden können. Im Anschluss an diese Analyse wurden realistische Ziele formuliert, die im Laufe der Begleitung erreicht werden sollten. Darüber hinaus entwickelte das dip Evaluationsinstrumente, die es ermöglichen die Lösungsansätze systematisch zu beobachten und sukzessive zu verbessern.

Der Fokus der Arbeit lag auf der Entwicklung praxisnaher Lösungen, wobei sich die Arbeitsweise eines sektorübergreifenden, einzelfallunabhängigen, aber sachbezogenen Arbeitskreises als sehr zielführend herausstellte. Eine Evaluation der entwickelten Lösungen ließ sich im Rahmen des Modellprojektes nur stichprobenartig durchführen, aber die ersten Ergebnisse waren positiv und werden weiter systematisch beobachtet und im Rahmen des Arbeitskreises kontrolliert. Die fünf Ziele waren:

Zusammenbringen der Beteiligten

Insbesondere Abklärung des Verfahrens zur „verkürzten Begutachtung“ (SGB XI §8 (3)) mit dem MDK

Identifikation, Beschreibung und Quantifizierung von ‚Grenzfällen‘ (d.h. Patientengruppen, deren Versorgungssituationen mit den bestehenden Regelungen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nicht oder nicht ausreichend erfasst sind)

Systematisierung erprobter ‚guter Wege‘

Klärung von Verfahrenswegen

Regionale Netzwerkabbildung

Dieses Ziel erübrigte sich im weiteren Projektverlauf

Vor allem im Rahmen der Ziele 1 und 2 wurde eine Verbesserung der Situation an der unter Phase 1 herausgearbeiteten Schnittstelle entwickelt. Einerseits durch die Konkretisierung von sogenannten Grenzfällen, andererseits durch eine Verfahrensabsprache mit dem MDK (siehe Ergebnisse). Die konstruktive Vorbereitung dieses Gespräches im Rahmen von Unterarbeitsgruppen und die genaue Beschreibung der Problemfälle, stellten sich als notwendige Voraussetzung für die Verfahrensabsprache mit dem MDK heraus.

Phase 3: Abschluss / Verstetigung

Im letzten Workshop wurden die Ergebnisse zusammengeführt, mit den gesteckten Zielen verglichen und darüber hinaus weitere Aufgaben und die zukünftige Arbeit der AG konkret abgesprochen. Die fundierte Begleitung von Herrn Dr. Michael Isfort und Fr. Cordula Schmidt, MSc Pflegewissenschaft, des dip, erzielte insofern nicht nur konkrete Ergebnisse hinsichtlich der gesteckten Ziele, sondern ermöglichte u.a. durch die Bereitstellung von Evaluationsinstrumenten auch die notwendige Verstetigung der Arbeitsgruppe.

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse des Modellprojektes in Form von Berichten und Präsentationen in die städtischen Gremien sowie die Regionale Pflegekonferenz transportiert. Dies dient nicht nur der Information der genannten Gremien, sondern zielt darauf ab, die Arbeitsgruppe um noch nicht erreichte Berufsgruppen zu erweitern.

Des Weiteren wurden die Ergebnisse auch einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht durch die Präsentation in lokalen Foren, die Bereitstellung des Projektberichtes auf der städtischen Homepage sowie dem vorliegenden Handbuchbeitrag.

4. Ergebnisse und Ausblick

Eine ausführliche Darstellung der Projektergebnisse findet sich im Projektbericht des dip, der unter: http://www.worms.de/deutsch/leben_in_worms/senioren/pflege_hilfe.php abrufbar ist.

Zusammenbringen der Beteiligten

Die Ergebnisse bzgl. des Ziels „Zusammenbringen der Beteiligten“, d.h. Aufbau von Netzwerkstrukturen, müssen auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden.

Regionale Arbeitsgruppe Überleitungsmanagement

Durch das Projekt konnten relevante Akteure der Gesundheitsversorgung in Worms zusammengebracht werden. Die Arbeitsgruppe bietet eine geeignete Plattform Probleme des Arbeitsalltags aus Sicht der jeweiligen Akteure auf einer strukturellen Ebene zu reflektieren, zu systematisieren und wo möglich und sinnvoll in kooperative Lösungen und Vereinbarungen zu überführen oder zu dokumentieren und an geeignete Stellen (Regionale Pflegekonferenz, Landesarbeitsgruppe Pflegestrukturplanung, usw.) zu berichten. Diese Struktur konnte im Rahmen des Modellprojektes etabliert werden und wird mit konkreten Arbeitsaufträgen über das Projekt hinaus bestehen bleiben. In ca. halbjährlichen Treffen werden die Erfahrungen mit den Ergebnissen und Vereinbarungen des Modellprojektes evaluiert, u.a. durch die entwickelten Dokumentationsbögen, und neue Themen aufgenommen. Darüber hinaus hat sich bereits eine Unterarbeitsgruppe gebildet, die an konkreten Fallbeispielen Überleitungsprozesse diskutieren und optimieren wird. Die Ergebnisse werden in der „Regionalen Pflegekonferenz“ berichtet. Der gesamte Prozess wird von der Stadtverwaltung begleitet.

Erweiterung der AG und Kooperation mit weiteren Akteuren

Neben der Konsolidierung ist ein weiteres zukünftiges Ziel, den Dialog mit anderen relevanten Akteuren aufzunehmen. Denn es zeigte sich in der Projektinitiierungsphase, dass sich nicht alle Berufsgruppen zu einer regelmäßigen Teilnahme entschließen konnten. Als weitere relevante Akteure, die nicht regelmäßig teilnehmen konnten, wurden von der AG **Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), Hausärzte, Krankenhausärzte und Mitarbeiter der Pflegekassen** benannt.

MDK-Gespräch

Demzufolge waren für den Projektzeitraum Prioritäten zu setzen in punkto aktueller Relevanz und Dringlichkeit, der mit den verschiedenen Akteuren zu bearbeitenden Themen. Entsprechend der Problemanalyse stand für alle Beteiligten der Austausch mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Vordergrund. Neben den inhaltlichen Ergebnissen, kann man jedoch aus der Verfahrensweise Erkenntnisse für die Einbeziehung weiterer Akteure gewinnen. Das Treffen mit dem MDK war sehr konstruktiv, da eine gezielte Kontaktaufnahme stattfand. Die AG hatte im Vorfeld ihr Anliegen ausgearbeitet und konkret formuliert. Darüber hinaus wurde das Gespräch von der AG inhaltlich sehr gut vorbereitet. Unter diesen Voraussetzungen ist es durchaus gewinnbringend weitere Akteure – wie bspw. Ärzte – punktuell statt regelmäßig einzubinden.

Zentrales Ergebnis des Gespräches war die Abstimmung der Verfahrens- und Beantragungsmodalitäten verkürzter Begutachtungsfristen (siehe Kapitel 4c)). Für das weitere Vorgehen konnten abschließend folgende Vereinbarungen getroffen werden:

Bezüglich des Verfahrens zur Beantragung sog. ‚Eilbegutachtungen‘ durch den MDK sollen zunächst die Umsetzungserfahrungen beobachtet und im Rahmen der AG-Treffen evaluiert, bevor

ggbfs. weitere Schritte eingeleitet werden. Die ersten Erfahrungen im Rahmen des Modellprojektes waren durchaus vielversprechend.

Pflegekassen

Im Falle der **Pflegekassen**, bei denen sich im Projektverlauf zunehmend ausdifferenzierte Perspektiven auf Schnittstellen – u.a. Pflegebetten – ergaben, ist die Frage der Einbeziehung jedoch komplexer. Hier wurden Barrieren in der Entwicklung tragfähiger Vereinbarungen mit den Pflegekassen auf kommunaler Ebene erstens in der Vielzahl der zu beteiligenden Ansprechpartner der verschiedenen Kassen gesehen sowie zweitens in der geografischen Lage der Stadt in einem sog. ‚Drei-Ländereck‘. Eine Verbesserung der Adressierbarkeit könnte die Ausgestaltung der Pflegestützpunkte bieten. Durch die Beteiligung der Pflegekassen an den Pflegestützpunkten kann von einer Netzwerkbildung mit konkreten Ansprechpartnern ausgegangen werden. Derzeit beschränkt sich die Handlungsmöglichkeit auf lokaler Ebene auf Beobachtung, Dokumentation und Rückmeldung an höhere Ebenen – siehe hierzu vor allem „Grenzfall B“.

Identifikation, Beschreibung und Quantifizierung von „Grenzfällen“

Zahlreiche Diskussionsbeiträge in der AG deuteten auf die Existenz von Patientengruppen hin, die aufgrund ihrer spezifischen Lebens- und Versorgungssituationen in einer „Versorgungslücke“ geraten.

Dies betrifft einerseits gesetzliche Versorgungslücken: Nach den Beobachtungen der beteiligten Pflegefachkräfte sind einige Patientengruppen zum Teil weder im Bereich der gesetzlichen Kranken- noch im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung leistungsberechtigt, obwohl offensichtliche gesundheitlich Bedarfe bestehen.

Andererseits entstehen Versorgungslücken durch Verfahrensdefizite beim Übergang aus der stationären in die häusliche Pflege.

Im Verlaufe des gesamten Projektes – von der Initialisierung bis zur Abschlussphase – wurden diese Patientengruppen immer differenzierter erfasst. Es war ein zentrales Ziel diese sogenannten „Grenzfälle“ im Rahmen des Projektes zu identifizieren und ihre Fallkonstellationen so detailliert wie möglich zu beschreiben, da nur auf Basis genauer Problembeschreibungen adäquate Lösungen entwickelt werden können. Ein geeignetes Mittel scheint hier neben der Quantifizierung, die Beschreibung von Falltypen zu sein, da auf diese Weise die entsprechenden Probleme plastisch, nachvollziehbar und sehr konkret dargestellt werden können. Für einige dieser Patientengruppen konnten durch das MDK-Gespräch konkrete Verbesserungen erzielt werden, für andere beschränkt sich die Handlungsmöglichkeit auf lokaler Ebene auf Dokumentation und Berichterstattung. An dieser Stelle ist es leider nur möglich, die verschiedenen Grenzfälle zu benennen. Eine detaillierte Darstellung findet sich unter im ausführlichen Projektbericht (siehe Link Kapitel 4)

- Grenzfall A: Dringendes Entlassungsanliegen (bspw. Wunsch zu Hause zu sterben) erfüllte (bisher) nicht die Kriterien zur „Eilbegutachtung“.

- Grenzfall B: Verzögerte Sicherstellung der Versorgung durch Probleme der Bereitstellung von Pflegebetten, wahrscheinlich aufgrund der Umstrukturierung innerhalb der Krankenkassen.
- Grenzfall C: „Versorgungslücken“ für bspw. chirurgische Patienten, die unterhalb des 6 Monatskriteriums für eine Pflegeeinstufung liegen, durch anteilige neue Bedeutungslosigkeit im § 37 SGB V.

Verfahrens- und Beantragungsmodalitäten verkürzter Begutachtungsfristen

Begutachtungen erfolgen in der Regel nach der Krankenhausentlassung im häuslichen Umfeld, in dem die Pflege stattfindet. Um verkürzenden Einfluss auf die Begutachtungsfrist zu nehmen, muss eines der folgenden gesetzlich festgelegten Kriterien erfüllt sein:

- Der Antragsteller befindet sich im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und es liegen Hinweise vor, dass **zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung** eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist.
- Der Antragsteller befindet sich im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und es wurde die **Inanspruchnahme von Pflegezeit** nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt.
- Der Antragsteller befindet sich in einem **Hospiz** oder in **ambulanter palliativer Versorgung**.¹⁰⁴

Liegt eines der Kriterien vor, ist die Begutachtung des MDK unverzüglich bzw. spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen.¹⁰⁵ Aus Sicht der AG-Mitglieder wurden jedoch erstens Patientengruppen identifiziert, die unklar oder nicht von dieser „Eilbegutachtung“ profitieren, obwohl dies aus Sicht der Pflegenden und Überleitungsfachkräfte vor Ort nötig wäre. Zweitens fehlten Verfahrensabsprachen zur Beantragung einer Verkürzung der Begutachtungsfrist.

Vor dem Hintergrund dieser Erörterungen konnten für die Verkürzung von Begutachtungsfristen zusätzlich **folgende Kriterien i.S. einer regionalen Vereinbarung** festgelegt werden:

- Der Antragsteller befindet sich im Krankenhaus und möchte vor dem Hintergrund seines baldigen Lebensendes zeitnah entlassen werden, um die kurze verbleibende Lebenszeit zu Hause zu verbringen bzw. **um zu Hause zu sterben**.
- Die gesetzlich erwähnten Hinweise, dass eine verkürzte Begutachtungsfrist **zur Sicherstellung** der Weiterversorgung erforderlich ist, wurden konkretisiert. Entsprechende Hinweise sind:
 - Zur Ermöglichung häuslicher Versorgung sind **Umbaumaßnahmen** notwendig.

¹⁰⁴ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung. Stand: zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.7.2009, § 18 Abs. 3. Online verfügbar unter: www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_18.html, zuletzt geprüft am 23.09.2009

¹⁰⁵ Vgl. ebd.

- Zur Ermöglichung häuslicher Versorgung ist eine besonders umfangreiche, v.a. sehr **spezielle Hilfsmittelversorgung** notwendig (z.B. bei Querschnittslähmung eines Patienten).
- Im vorliegenden Fall ist eine komplexe häusliche **Weiterversorgung ausschließlich über einen ambulanten Pflegedienst sicherzustellen**, ohne dass es darüber hinaus Möglichkeiten kompensatorischer Unterstützung durch z.B. private Bezugspersonen gibt.
- (Der Aspekt der gesicherten Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist laut MDK kein Kriterium für eine verkürzte Begutachtungsfrist)

Zur Kommunikation wurde vereinbart, auf den jeweiligen Antragsformularen an die Pflegekassen anstatt des allgemeinen Vermerkes „eilt“ / „eilt sehr“ eine gut sichtbare **handschriftliche Kurznotiz der Überleitungsfachkraft** vorzunehmen, die jeweils die individuell zutreffende Voraussetzung in Anlehnung an die oben genannten Kriterien benennt. Nach den Erfahrungen des MDK werden diese Notizen bei den Pflegekassen in den entsprechenden Auftrag an den MDK übernommen und können somit dort berücksichtigt werden. Zur Durchführung der Begutachtungen ist davon auszugehen, dass diejenigen mit verkürzter Begutachtungsfrist **in der Regel im Krankenhaus** erfolgen. Anzumerken bleibt, dass bei einer Begutachtung im Krankenhaus keine Pflegestufe festgelegt werden muss. Daher ist so oft wie möglich eine Begutachtung kurz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu Hause anzustreben, da unter Berücksichtigung der häuslichen Verhältnisse und Pflegeperson eine abschließende Begutachtung mit Festlegung der Pflegestufe möglich ist. Auch Absprachen mit dem MDK zur kurzfristigen Begutachtung zu Hause sind möglich. Demgegenüber kann eine Begutachtung nach Aktenlage ausschließlich auf der Grundlage einer umfassenden Dokumentation stattfinden; sie kommt z.B. in Hospizen vor. (Eine Verfahrensdarstellung findet sich im Projektbericht)

Systematisierung erprobter „guter Wege“ und Klärung von Verfahrenswegen

In den Überleitungsprozessen inzwischen weitgehend gut funktionierende Verfahrensvereinbarungen und -wege sollten reflektiert, beschrieben sowie nach Bedarf systematisiert werden, um sie so aufbereitet einerseits allen als „good practice“ Beispiel zur Verfügung zu stellen, andererseits durch die akteursübergreifende Systematisierung Schnittstellenprozesse weiter zu optimieren.

Überleitungsbogen und krankenhausinterner Überleitungspfad

Als mit großer Umsetzungssicherheit eingeführt galt hier erstens der bereits im Vorfeld des Modellprojektes entwickelte Überleitungsbogen (siehe Projektbericht). Gleiches wurde dem ebenfalls in Vorarbeiten entwickelten Pflegeüberleitungspfad bescheinigt, mit dem der im Krankenhaus stattfindende Teil der Überleitung im Austausch zwischen den Stationen und der jeweiligen Überleitungsfachkraft beschrieben und verbindlich eingeführt wurde (siehe Projektbericht).

Überleitungspfad vom Krankenhaus in die stationäre Pflege/ Kurzzeitpflege

In großer Nähe zum allgemeinen Pflegeüberleitungspfad wurden für die Überleitungsverfahren vom Krankenhaus in die stationäre Pflege einige Besonderheiten gesehen, die im Rahmen der bestehenden Kooperationen mit großer Versorgungssicherheit für den Patienten sowie unter effektiver Zusammenarbeit der aus verschiedenen Institutionen beteiligten Fachkräfte bewerkstelligt werden. Dieser spezielle und dabei gut funktionierende Überleitungsweg konnte von einer der gebildeten Unterarbeitsgruppen in Form einer weiteren Verfahrensdarstellung abgebildet und ebenfalls mit dem Konsens der AG-Mitglieder verabschiedet werden (siehe Projektbericht).

Frühzeitiges Einschalten der Pflegestützpunkte

Bezüglich des Schaffens einer zentralen Anlaufstelle für alle Fragen rund um die häusliche Versorgung gilt es vor Ort als gute Praxis, in komplexen Überleitungsprozessen bereits während des Klinikaufenthaltes den Kontakt zu den örtlichen Pflegestützpunkten zu initiieren. Die Pflegestützpunkte sind ihrerseits auf die vielfältigen, bisher vorkommenden Anlässe, gerade auch in aktuellen Bedarfsfällen, eingerichtet und stehen somit jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung, auch zur Krisenintervention.

Den Erfahrungen der AG-Teilnehmer aus den ambulanten Pflegediensten zufolge sind die Patienten und ihre Angehörigen besser über ihre Möglichkeiten und anstehende Vorgänge informiert, wenn die Pflegestützpunkte bereits im Überleitungsprozess eingeschaltet waren. Auch sie schalten die Ansprechpartner der Pflegestützpunkte ein, wenn ihnen häusliche Versorgungssituationen, beispielsweise im Rahmen ihrer Beratungsbesuche bei Geldleistungen, nicht hinreichend geklärt erscheinen.

Ein weiteres Argument für eine frühe Einschaltung der Pflegestützpunkte liegt in deren Beobachtung, schneller und unkomplizierter Zutritt in die häusliche Situation zu erhalten, wenn der erste Kontakt bereits im Rahmen der Pflegeüberleitung in der Klinik stattgefunden hat.

Link: http://www.worms.de/deutsch/leben_in_worms/senioren/pflege_hilfe.php

Weitere Informationen und Kontakt:



Tobias Schasse
Stadtverwaltung Worms
Adenauerring 3a
67547 Worms

☎ 0 62 41 – 853 – 51 59

✉ tobias.schasse@worms.de

🌐 www.worms.de

III. Teil

Quellen, Glossar und Impressum

III.1 Glossar

Aktivierende Befragungen

Kommunale Planungsprozesse setzen in der Regel auch eigene Erhebungen voraus, da ein Teil der notwendigen Informationen nicht vorliegt. Insofern sind Befragungen (fast) regelhaft Teil des empirischen Planungsprozesses.

Wenn von einer „Aktivierenden Befragung“ gesprochen wird, ist natürlich auch hier ein Informationsinteresse vorhanden. Befragungen können aber nicht nur der Informationsgewinnung dienen. Die Durchführung selbst hat schon Effekte.

- Befragungen sensibilisieren für ein Thema;
- Befragungen signalisieren, dass die Meinung der Befragten zählt;
- Befragungen regen zum Austausch an, da mehrere Bürgerinnen und Bürger befragt werden;
- Befragungen können appellativ gestaltet sein, indem z.B. bestimmte Bereitschaften zur Mitarbeit erfragt werden;

Diese Nebeneffekte jeder Befragung können auch systematisch für die Aktivierung eingesetzt werden. Ein Beispiel bietet die Befragung zum Bürgerschaftlichen Engagement. Hier werden die Bürgerinnen und Bürger nicht nur nach ihrer Engagementbereitschaft und Praxis gefragt, sondern gleichzeitig gebeten doch anzugeben, wo sie ein vermehrtes Engagement für erforderlich halten und wo und in welcher Form sie ggf. zum Engagement bereit wären. Im Ergebnis führt dies neben dem Erkenntnisgewinn zu neuen Kontakten und Initiativen, die sich dann in einem weiteren Prozess nutzen lassen. Engagementbefragungen können so zum Grundbaustein einer Kampagne zum Bürgerschaftlichen Engagement werden, indem sie sowohl aufzeigen können, wie vielfältig das Engagement in der Stadt ausgeprägt ist, als auch über die Befragung engagementbereite Bürgerinnen und Bürger gefunden und miteinander in Dialog gebracht werden können.

Im NAIS-Projekt der Bertelsmannstiftung wurde in Altena (Westfalen) eine Befragung zum Bürgerengagement unter dem Aspekt der Aktivierung durchgeführt. Ziel war auch hier, die Wünsche zu erfragen und Möglichkeiten neuer Verbindungen und Vernetzungen auszuloten. Die Ergebnisse der Bürgerbefragung wurden auf einer Veranstaltung vorgestellt, die gleichzeitig als „Markt der Möglichkeiten“ den schon aktiven Vereinen und Bürgerinitiativen einen Raum zur Darstellung bot und engagementbereite Bürgerinnen und Bürger in thematischen Gruppen diskutieren ließ.

Literatur zum Thema:

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)(2009): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunaler Seniorenpolitik. Gütersloh. Hier insbesondere der Beitrag von Stefanie Hensel zu Altena (S. 302 ff)

Lüttringhaus M & Richers H (2003): Handbuch Aktivierende Befragung. Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis. Stiftung Mitarbeit. Bonn

Gemeinsinn-Werkstatt

„Beteiligung über das Reden hinaus.“ Dieser Anspruch wurde zur Maxime bei der Entwicklung eines neuen Verfahrens, das wertschätzend, handlungsorientiert und nachhaltig zugleich sein will.

Wer heute von „Gemeinsinn“ spricht, wird schnell verdächtigt, sich auf eher traditionelle Vorstellungen von Solidarität und Gemeinschaft zu beziehen, die längst nicht mehr gegeben sind. „Menschen können heute immer weniger für ein Engagement gewonnen werden, wenn man von ihnen erwartet, ihre eigenen Wünsche und Ideen zugunsten einer Gemeinschaftsverpflichtung aufzugeben. Sie wollen in ihrem Engagement ihre Vorstellungen vom „guten Leben“ realisieren, aber sie wissen auch, dass sie dafür Mitstreiter brauchen. Diese Dialektik von Individualität oder Autonomie einerseits und kollektiver Handlungsfähigkeit andererseits prägt Engagement heute - und sie steht im Zentrum (...) der zivilgesellschaftlichen Lernwerkstatt.“ Mit diesen Worten eröffnet Prof. Dr. Heiner Keupp das Buch zur Gemeinsinn-Werkstatt. Der Gedanke der Gemeinsinn-Werkstatt knüpft in diesem modernen Sinne an das an, was Menschen mit Menschen verbindet.

Im Unterschied zu den bisher vorgestellten Methoden ist die „Gemeinsinn-Werkstatt“ nicht eine Methode, sondern ein Baukasten von Handwerkszeugen, die in unterschiedlicher Mischung für die eigene „Gemeinsinn-Werkstatt“ genutzt werden können. Bürgerbeteiligung wird hier nicht nur als einmaliges begrenztes Phänomen begriffen, sondern als Dauergestaltungsprojekt, das nachhaltig neue Strukturen der Kooperation schafft. Das Handbuch zur Gemeinsinn-Werkstatt ist nach dem Baukastenprinzip aufgebaut. Es bietet Informationen und Tipps in fünf Bereichen:

- Essenz-Informationen (Generelles zu den Gemeinsinn-Werkstätten)
 - Phasenpläne: Aktivierung, Realisierung, Integration
 - Aufgabenprofile: Thema, Organisation, Methode
 - Bausteine: Verfahren, Gestaltung, Unterlagen, Beispiele, Webseiten, Publikationen
 - Netzwerk-Informationen: Kontaktadressen, Infos zur Weiterqualifizierung und Vernetzung im Netzwerk der Gemeinsinn-Werkstätten.
- (vgl. Pfundstein 2007: 91f)

Aus der Idee der Gemeinsinn-Werkstatt hat sich inzwischen ein bundesweites „Netzwerk, Gemeinsinn e.V.“ gebildet, das die Idee weiterbefördern möchte.
www.netzwerk-gemeinsinn.net

Literatur zum Thema:

Fänderl W (Hrsg.) (2006): Beteiligung über das Reden hinaus. Gemeinsinn-Werkstatt: Materialien zur Entwicklung von Netzwerken.

Lebensweltorientierung

Lebensweltorientierung ist ein von Hans THIERSCHE (2005) entwickeltes Konzept der Sozialen Arbeit. THIERSCHE orientiert sich an der philosophischen Tradition von Edmund Husserl und Alfred Schütz und der Theorie des kommunikativen Handelns von Jürgen Habermas. Lebenswelt ist danach der jeweils kulturell vorgegebene und individuell interpretierte Welthorizont, den Individuen intuitiv erfahren und den sie im Dialog mit Anderen immer wieder neu interpretieren. Lebenswelt und kommunikatives Handeln stehen in einem Spannungsverhältnis, in dem sich soziale Bindung

(Zugehörigkeit) und Persönlichkeit entwickeln. Thiersch sieht die institutionellen Hilfen und das professionelle Handeln der sozialen Arbeit in diesem Spannungsverhältnis und fordert in Abkehr von klassischen medizinisch geprägten Hilfeformen (Anamnese, Diagnose, Therapie), die individuellen sozialen Probleme der Betroffenen in deren Alltag in den Blick zu nehmen sowie den Selbstdeutungen und Problembewältigungsversuchen der Betroffenen mit Respekt und Takt, aber auch mit wohlwollend-kritischer Provokation zu begegnen. Zielhorizont der professionellen Begleitung ist nicht die Erreichung eines vordefinierten Zieles, sondern der im Dialog entstehende „gelingende Alltag“. Eine so verstandene und strukturierte „lebensweltorientierte“ Hilfe achtet die sozialen Strukturen auf personaler/lokaler Ebene, bietet Anregung für individuelle Veränderung und unterstützt die Betroffenen in anwaltschaftlicher Funktion durch die sozialpolitische Gestaltung der gesellschaftlichen Rahmenverhältnisse. Ein so verstandener kritisch-reflexiver Arbeitsansatz erfordert ein hohes Maß an professioneller Fachlichkeit und erschwert die Standardisierung von Arbeitsabläufen.

Literatur zum Thema

Thiersch H (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 6. Aufl. Weinheim, München

Open Space Konferenz

Open Space (www.openspaceworld.org) ist eine in den USA entstandene Versammlungstechnik. Statt feste Programmstrukturen vorzugeben, treffen sich die Teilnehmenden nur unter einem gemeinsamen Motto oder Thema. Vorgegeben sind lediglich Verhaltensregeln, nicht aber inhaltliche Schwerpunkte. Alle Teilnehmenden können ihre Interessen einbringen und um Gruppenmitglieder werben. Welche Themen und Unterthemen sich herausbilden, ist von den Teilnehmenden abhängig. Alles kann, nichts muss bearbeitet werden. Auch hier wird der Prozess durch externe ModeratorInnen begleitet und dokumentiert.

Wegen des offenen Charakters eignet sich Open Space für Großgruppen. Es ist kein Verfahren, um Interessenkonflikte zu lösen, aber eine sehr lebendige Methode zur Entwicklung von Ideen und zur Auflösung starrer Versammlungsstrukturen. Wie Zukunftswerkstätten eignet sich Open Space insbesondere für Gruppen, die länger zusammenarbeiten, d.h. die Umsetzung der Ergebnisse gemeinsam sicherstellen können oder als Auftakt zu längeren Planungsprozessen.

Für die Planung wurde das Instrument im Rahmen des Pflegebudgetprojektes in Neuwied eingesetzt. Unter dem Motto „In Zukunft Budgets!?! Was hab denn ICH damit zu tun?“ versammelten sich Träger, ambulante Dienste, Kassenvertreter, Selbsthilfegruppen und Budgetnehmer in Neuwied (vgl. Pfundstein 2007: 86).

Literatur zum Thema:

Maleh C (2000): Open Space: Effektiv arbeiten mit großen Gruppen. Ein Handbuch für Anwender, Entscheider und Berater. Weinheim und Basel.

Pflegearrangements

Mit den Daten der Pflegestatistik lassen sich drei grobe Pflegearrangements differenzieren: Vorwiegend familiäre Arrangements (Geldleistung), gemischte Arrangements (Sachleistung) und stationäre Arrangements.

Pflegemonitoring

Das Pflegemonitoring ist Teil des kommunalen Datenreports. Erstmals mit der Erhebung zur Bundespflegesachleistungsstatistik 2009 wurde in Rheinland-Pfalz bei den ambulanten Diensten der Wohnort (PLZ) ihrer Kunden und bei den stationären Einrichtungen der letzte Wohnort der Bewohnerinnen und Bewohner abgefragt. Zusammen mit der Bundesstatistik der Geldleistungen können so erstmalig die Pflegebedürftigen nach Wohnort, Geschlecht, Alter und Leistungsart der Pflegeversicherung differenziert werden. Für die Pflegestrukturplanung werden damit kleinräumige Analysen möglich, die z.B. Aussagen zur wohnortnahen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen belegen können. Das Pflegemonitoring soll künftig in Rheinland-Pfalz alle zwei Jahre wiederholt werden.

Pflegepotential

Unter Pflegepotential versteht man das Verhältnis der Pflegenden zu den Gepflegten. Auf Grund des demografischen Wandels wird sich dieses Verhältnis in Zukunft verschlechtern. Weniger Pflegende werden mehr Pflegebedürftige versorgen. Für die Möglichkeit der privaten häuslichen Pflege ist es erforderlich, dass eine Hauptpflegeperson im näheren Umfeld lebt, um die alltägliche Pflege übernehmen zu können. Überwiegend handelt es sich beim Personenkreis der Pflegenden entweder um den Lebenspartner oder die direkten Nachkommen (Kinder). Als Prädiktor des demografischen Wandels beschreibt das Pflegepotential das Verhältnis der Hochaltrigen (80-Jahre und Älter) zur nächsten Generation (40 – 60-jährige). Die Veränderung des Pflegepotentials lässt sich als Quotient der Division

$$Pflegepotential = \frac{\text{Anzahl } >39 < 60 \text{ Jahre}}{\text{Anzahl } > 79 \text{ Jahre}}$$

ausdrücken und ins Verhältnis zum Landesdurchschnitt stellen. Es ist zu erwarten, dass im Vergleich der Landkreise und kreisfreien Städte erhebliche Differenzen zu beobachten sind.

Literatur zum Thema:

Blinkert B & Klie T (1999): Solidarität im Wandel. Die Situation der Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover.

Planungszelle / Bürgergutachten

Auf eine möglichst repräsentative Beteiligung verschiedener gesellschaftlicher Interessengruppen setzt das Modell Planungszelle/Bürgergutachten, das von dem Wuppertaler Soziologieprofessor Peter C. Dienel entwickelt wurde (www.planungszelle.de).

Eine Planungszelle ist eine Gruppe von ca. 25 im Zufallsverfahren ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern, die für ca. eine Woche von ihren arbeitsalltäglichen Verpflichtungen freigestellt werden, um in Gruppen Lösungsvorschläge für ein vorgegebenes Planungsproblem zu erarbeiten. Neben der Repräsentativität soll das aufwändige Beteiligungsverfahren das üblichere Weise vorhandene Informationsdefizit und die Zeitungleichgewichte der Bürger und Bürgerinnen gegenüber der Verwaltung ausgleichen. Sofern Mitarbeitende der Verwaltung beteiligt sind, werden diese ausdrücklich dazu angehalten, alle Informationen und Verwaltungshindernisse den Bürgerinnen und Bürgern zu erläutern.

Die Ergebnisse ihrer Beratungen werden in einem sogenannten Bürgergutachten zusammengefasst und den politischen Entscheidungsinstanzen zur Verfügung gestellt. Um die Repräsentativität zu erhöhen, arbeiten in der Regel immer mehrere Planungszellen parallel zum gleichen Thema. Durch die Zufallsauswahl wird eine ungewöhnlich breit gestreute Teilnehmerschaft erreicht. Frauen und Männer sind entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil vertreten, ebenso die unterschiedlichen Altersgruppen. Angehörigen schwer abkömmlicher Berufsgruppen wird die Teilnahme durch berufliche Freistellung erleichtert, für Personen mit Pflegeverantwortung wird nach einer Vertretung gesucht. In Fällen, in denen die Teilnahme z.B. wegen einer Behinderung für die ausgewählte Person nicht möglich wäre, werden Helfer zur Unterstützung eingesetzt. Bei sprachlichen Problemen von Menschen mit Migrationshintergrund können »Dolmetscher« helfen, z.B. bereits besser deutsch sprechende Familienangehörige oder Freunde. Mit dieser Methode werden auch Menschen erreicht, die vorher noch nie an einer politischen Veranstaltung oder einem Seminar teilnahmen. Außerdem bringt es Menschen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen ins Gespräch, die sich sonst kaum begegnen würden und führt zu vielfältigen Prozessen sozialen Lernens.

Das Verfahren ist prinzipiell auf allen Entscheidungsebenen einsetzbar. Wegen der mit seiner Durchführung verbundenen relativ hohen organisatorischen und finanziellen Kosten wird der Einsatz von Planungszellen gleichwohl auch in Zukunft eher auf größere Projekte bzw. Entscheidungsfragen beschränkt bleiben (vgl. Pfundstein 2007: 87).

Literatur zum Thema:

Dienel P C (2002): Die Planungszelle. Eine alternative zur Establishment-Demokratie.
Wiesbaden

Runder Tisch

Spätestens seit der historischen Rolle, die dem Zentralen Runden Tisch und den vielen lokalen Runden Tischen beim Übergang der DDR zur Demokratie zugefallen ist, ist der Begriff »Runder Tisch« zum Synonym für Konsens durch Verständigung, für einen diskursiv statt positionell angelegten Politikstil geworden.

Der Runde Tisch ist ein Instrument, um für eine vorgegebene Aufgabenstellung mit Hilfe externer und „neutraler“ Moderation zu einem Interessensausgleich zu kommen und konsensual Lösungen zu erarbeiten. Runde Tische sind Diskussionsforen, die interessensgeleitet zusammengestellt werden. Die Zusammenstellung von runden Tischen ist konzeptionell geprägt. Für die Entwicklung haushaltsnaher Dienste für Seniorinnen und Senioren könnten dies z.B. sein:

- Seniorinnen und Senioren nach Wohnform (Mieter, Eigentümer)
- Seniorinnen und Senioren nach räumlicher Lage (Stadtteil, Gemeinde)
- Dienstleister nach Branche (Handwerk, ambulante Pflege, Einzelhandel)
- Potentielle Nutzergruppen nach Bedarfen (jüngere Seniorinnen und Senioren, Menschen mit Behinderung, pflegebedürftige Personen, Angehörige etc.)

Erst danach werden Gruppen ausgesucht, die diese Interessenslagen abbilden und artikulieren können. Werden Interessen von mehreren Gruppen gleichwertig abgedeckt, müssen diese sich einigen, wer sie im Forum vertritt. Auswahlkriterium ist also nicht die Gruppen-, sondern »Interessenzugehörigkeit«.

Aus Gründen der Arbeitsfähigkeit sollten „Runde Tische“ in der Teilnehmerzahl begrenzt werden. Mehr als 20 Teilnehmende gefährden die Ergebnisorientierung und Handlungsfähigkeit. Gerade bei mehreren Interessenten stellt dies eine Herausforderung an den Auswahlprozess. Eine nicht abgestimmte schnelle Wahl kann den Erfolg und die Legitimation des „Runden Tisches“ gefährden.

„Runde Tische“ kommen in allen Bereichen unserer Gesellschaft zur Anwendung und haben vielfach bemerkenswerte Resultate erzielt. Sie sind ein sehr wichtiges Hilfsmittel, gerade wenn es darum geht, Segmentierungstendenzen zu überwinden. Ihre Erfolgswahrscheinlichkeit wird erhöht, wenn sie von vornherein projekt-, d.h. aufgabenorientiert eingesetzt werden und sich nach deren Erledigung wieder auflösen bzw. in neuer Zusammensetzung neu konstituieren.

»Runde Tische« können und sollen keine Nebenparlamente oder Beiräte sein. Eine dauerhafte Institutionalisierung könnte Gefahren der Routine bergen. Auch könnte sich der »Runde Tisch« zu einem »Closedshop« etablierter Interessen gegenüber neuen Entwicklungen wandeln. (vgl. Pfundstein: 2007: 85)

Literatur zum Thema:

Fischer C et al (2003): Die Kunst, sich nicht über den Runden Tisch ziehen zu lassen – Ein Leitfaden für BürgerInneninitiativen in Beteiligungsverfahren. Arbeitshilfen für Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen. Nr. 28, Verlag Stiftung Mitarbeit. Bonn.

Schlüsselpersonen

Unter Schlüsselpersonen werden Personen verstanden, die in einem Netzwerk eine zentrale Position einnehmen. Schlüsselpersonen sind in der Regel gut informiert und beeinflussen die Entscheidungsfindung des Netzwerkes maßgeblich. Sie können in unterschiedlichsten Bereichen kompetent sein, sind in der Regel gut vernetzt und weisen ein hohes Engagementpotential auf.

Kompetenz: Schlüsselpersonen verfügen über fundierte Qualifikationen, wie z. B. im Bereich von Kenntnissen über Verwaltungsabläufe oder baulich-rechtliche Regeln und sind gut informiert über die Lebensräume und Verhaltensweisen der Bewohnerschaft einer Stadt. Außerdem zeichnen sie sich durch eine hohe Sozialkompetenz aus. Dazu zählen Offenheit, Glaubwürdigkeit, Kooperationsbereitschaft, Gesprächsbereitschaft, Flexibilität, Veränderungswille und Lernfähigkeit.

Vernetzung: Schlüsselpersonen sind häufig ortsansässige, breit respektierte Persönlichkeiten, die einen guten Rückhalt sowie eine gute Vernetzung in der Region bzw. im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen aufweisen. Die Schlüsselpersonen kennen die Besonderheiten der Region bzw. der Zielgruppen und sind mit den verschiedenen Problemstellungen und Ansprüchen vertraut. Sie besitzen ein ausgeprägtes Zugehörigkeitsgefühl für die Institution oder Interessensgruppe, die sie vertreten (z. B. Sportverein, Umweltschutzverein, Regionalverband, Gemeinde) und fühlen sich für deren weiteres Schicksal verantwortlich. Sie können auf die institutionellen Strukturen der Region ihrer Zielgruppe zurückgreifen (z. B. der Einsatz von Verbandsmitgliedern für bürgerschaftliche Aktivitäten) und diese für zielführende Zwecke einsetzen. Die Menschen in der Region, bzw. die Zielgruppe, für die Schlüsselpersonen arbeiten, bringen ihnen ein großes Maß an Vertrauen entgegen.

Engagement: Schlüsselpersonen zeichnen sich durch hohes persönliches Engagement und Verlässlichkeit in der Umsetzung ihrer Tätigkeiten aus

Senioren-genossenschaften

Der Genossenschaftsgedanke ist nicht neu. Schon im Altertum und im Mittelalter bildeten sich Gemeinschaften von gleichwertigen Partnern, um wirtschaftliche, soziale oder kulturelle Interessen gemeinsam zu verfolgen. In Deutschland geht das moderne Genossenschaftswesen auf Friedrich Wilhelm Raiffeisen (1818 -1888) und Hermann Schulze-Delitzsch (1809 – 1883) zurück. Diese Wurzeln finden sich heute noch in den Raiffeisen-Genossenschaften und den Volks- und Raiffeisenbanken e.G. Nachdem die Genossenschaft lange Jahre an Attraktivität verloren hatte, ist die Idee Produzenten und Erzeuger direkt mit Konsumenten zusammenzubringen und regional oder ökosozial zu wirtschaften wieder populär. Die genossenschaftliche Organisationsform zeichnet sich durch die „Prinzipien Mitgliederförderung, Selbsthilfe, Selbstverantwortung und Selbstverwaltung (sogenannte S-Prinzipien) und dem Identitätsprinzip (Identität von Entscheidungsträgern, Geschäftspartnern und Kapitalgebern)“¹⁰⁶ aus.

In Deutschland ist das Recht der Genossenschaften im Genossenschaftsgesetz geregelt. Mit der Novellierung 2006 wurde der Zweck der Genossenschaften auch auf soziale und kulturelle Belange der Mitglieder erweitert. Die Genossenschaft eignet sich damit auch für den Pflegebereich, vor allem wenn es darum geht, verschiedene Leistungen koordiniert und zuverlässig zu vermitteln. Das in der Bundesrepublik wohl bekannteste Modell einer Genossenschaft im Bereich der Serviceleistungen für Ältere und behinderte Menschen ist die Senioren-genossenschaft Riedlingen.¹⁰⁷ Nach ihrer Gründung 1990 hat sie das Dienstleistungsangebot ständig erweitert und bietet heute neben Beratung Einkaufs- und Haushaltsdienste, einen Handwerkerservice und Essen auf Rädern und betreibt eine Anlage des Betreuten Wohnens und eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Sozialraumanalyse

Die Sozialraumanalyse wird in der empirischen Sozialforschung zum Vergleich der Sozialstruktur in geografischen Räumen (Regionen, ländlicher Raum, Städte, Stadtteile, Quartiere) eingesetzt. Im Zentrum der Analyse steht die Sozialstruktur, die durch bestimmte soziale Merkmale geprägt ist. Die Sozialraumanalyse wurde erstmals im Kontext der Stadtsoziologie in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts eingesetzt, um die soziale Segregation und die damit verbundene Ungleichheit der Lebensbedingungen in Stadtteilen und Quartieren zu analysieren. Die politisch, städtebaulich und historisch vorgegebenen Gebietseinheiten werden mit einem Instrumentarium empirischer Daten und Indikatoren verglichen (Sozialstruktur, Arbeitslosigkeit, Wohnqualität etc.). Die methodische Praxis sozialräumlicher Differenzierung ist inzwischen sehr heterogen und umfasst zunehmend auch qualitative Methoden (teilnehmende Beobachtung, Befragungen, Interviews etc.), die den sozialen Raum in seiner subjektiven Bedeutung für die Individuen erschließt.

Die Sozialraumanalyse hat in den letzten Jahren vor allem im Kontext der kommunalen Jugendhilfeplanung an Popularität gewonnen, weil sich damit Ressourcen nicht nur personell sondern auch quartiersbezogen steuern lassen. Sie ist damit zu einem zeitgemäßen Instrument der Sozialberichterstattung und Sozialplanung geworden.

¹⁰⁶ Vgl. wikipedia: Genossenschaft

¹⁰⁷ Vgl. <http://www.martin-riedlingen.de/>

Literatur zum Thema

Riege M, Schubert H (Hrsg.)(2005): Sozialraumanalyse. Grundlagen - Methoden –Praxis. Wiesbaden.

Im Kontext der hier entwickelten Pflegestrukturplanung ist das Indikatorentableau des Datenreports für eine vergleichende Sozialraumanalyse auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise entwickelt worden.

Dieses Grundmodell der Sozialraumanalyse kann je nach Informationsinteresse und Entwicklungsziel um weitere qualitative Forschungsinstrumente ergänzt werden.

Literatur zum Thema

Klie T (Hrsg.) (2002): Für's Alter Planen. Beiträge zur kommunalen Altenplanung. Freiburg. Darin insbesondere Blunck A: Kap. XI. Methoden und Forschungsinstrumente. S. 274 - 363

Sozialräumliche Pflegeplanung

Das Konzept und die Planung einer sozialräumlichen Pflegeinfrastruktur orientiert sich an der Lebenswelt von Familien und Betroffenen, berücksichtigt die bestehenden Bindungen und Ressourcen und den Wunsch nach Selbstbestimmung und Teilhabe. Sie folgt dem Subsidiaritätsprinzip, unterstützt die familiäre Selbsthilfe der Generationen und fördert die solidarische Selbsthilfe der nachbarschaftlichen und ideellen Netzwerke des bürgerschaftlichen Engagements. Professionelle Hilfen verstehen sich ergänzend und unterstützend. Die Versorgungsarrangements orientieren sich am individuellen Hilfebedarf, betonen die Selbsthilfe und binden informelle und formelle Ressourcen in die Leistungserbringung ein. Soweit möglich bestimmt der Lebensmittelpunkt der Betroffenen den Leistungsort der Hilfen. Für die Weiterentwicklung der Institutionen im gesundheitlich-pflegerischen Bereich bedeutet dies eine größere Vielfalt an passgenauen Angeboten (Diversifizierung), eine Koordination der Leistungen über die Institutionsgrenzen hinaus und eine am Wohnort der Leistungsnehmer orientierte Organisation der Leistungserbringung. Organisatorisch erfordert eine sozialräumliche Pflegeinfrastruktur ein integriertes Konzept regionaler Entwicklung und Steuerung, das die Lebenswelt der Familien in den Blick nimmt, die Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung auslotet und die Versorgungsarrangements aushandelt sowie die Koordination informeller und formeller Hilfen leistet. Auf der Institutionsebene (Systemebene) fällt den regionalen Pflegkonferenzen dabei die Rolle des Care Managements zu. Hier sind die Formen und Verfahren der institutionellen Kooperation zu entwickeln. Die Koordination der individuellen Versorgungsarrangements (Fallebene) sollte durch ein neutrales Case Management gewährleistet werden. Mit der landesweiten Struktur der Pflegestützpunkte und somit auch der Pflegeberatung sind die Voraussetzungen hierfür geschaffen.

Szenarienmethoden

Eine Möglichkeit, sich der Zukunft zu nähern, stellen die Szenarienmethoden dar. Sie gehen davon aus, dass die Zukunft von den Entscheidungen der Gegenwart geprägt ist. Je nach Entscheidung in der Gegenwart werden Pfade in die Zukunft gelegt. Im Kontext von Planungsprozessen ist es deshalb sinnvoll, sich im Vorgriff die Konsequenzen verschiedener

Entscheidungen (oder auch Unterlassungen) für die Zukunft vorzustellen. Im Kontext des demografischen Wandels ist ein populäres Beispiel die Bevölkerungsvorausrechnung der statistischen Ämter, die es uns erst ermöglicht von diesem Wandel zu sprechen. Da die Zukunft nur näherungsweise zu erschließen ist, werden in der Bevölkerungsvoraberechnung drei hypothetische Varianten gebildet.

Blinkert / Klie haben die Szenariomethode für die Berechnung der Plätze stationärer Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Auch hier wird von verschiedenen Varianten ausgegangen, die näherungsweise zeigen, wie sich der Bedarf an Plätzen in den nächsten Jahren entwickeln könnte und welche Trends und Einflussmöglichkeiten sich dabei zeigen.

Im Projekt NAIS wurde die Szenariomethode in etwas anderer Art eingesetzt. Hier entwickelten die Mitglieder des Initiativkreises in verschiedenen Treffen langfristige Szenarien zur Lebenssituation der Seniorinnen und Senioren in 15 Jahren. Sie waren dabei angehalten, sowohl positive als auch negative Extremszenarien zu entwickeln, um auf diese Weise Entwicklungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen für die Gegenwart erkennen zu können.

Literatur zum Thema:

- Blinkert B & Klie T (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die Kasseler Studie. Hannover
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)(2009) Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh. Hier insbesondere CD Werkzeugkiste II.2.2 Überblick Szenariomethode

Wohnquartier

Unter Wohnquartier wird eine Siedlungseinheit verstanden, die sich symbolisch (Milieu, Image, Bewohnerschaft, Siedlungsgeschichte) und/oder städtebaulich (Bau- und Siedlungsstruktur, historische Entstehung, Urbanität) von anderen Siedlungsgebieten unterscheiden lässt. Wohnquartiere erschließen sich für den Beobachter nicht unmittelbar, da die Grenzen eines Wohnquartiers nicht nur städtebaulich sichtbar werden, sondern auch von kulturellen Faktoren abhängig sind. Wohnquartiere vermitteln den Bewohnerinnen und Bewohnern vor allem nach langer Wohndauer in der Regel eine gemeinsame Identität und wirken so auch strukturierend für die Alltagsgestaltung. Im Selbstbild der Stadtbevölkerung gehören die symbolischen Grenzen eines Quartiers zum kollektiven Kulturgut. Im ländlichen Raum und in Dörfern entscheiden meist die historischen Gemarkungsgrenzen über Zugehörigkeit und Grenzen. Wohnquartiere sind nicht zu verwechseln mit administrativen, verwaltungstechnischen Einheiten (Wahlbezirke, Stadtbezirke, Verbandsgemeinden). Wohnquartiere entwickeln besondere Formen der lebensweltlichen Identität, die auch nachbarschaftliche Solidarität umschließt. Ein partizipativer, sozialräumlich orientierter Planungsansatz berücksichtigt die kulturellen Grenzen und die lebensweltlichen Strukturen der Quartiersbewohner und richtet die soziale Infrastruktur danach aus.

Literatur zum Thema

- Blaumeiser H et al (2002): Handbuch Kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden, Frankfurt Deutscher Verein Eigenverlag

Zukunftswerkstatt

Die Zukunftswerkstatt ist eine maßgeblich von Robert Jungk entwickelte Methode, um in Gruppen gemeinsam Ideen zu entwickeln und Möglichkeiten ihrer praktischen Umsetzung zu erarbeiten. Die Zukunftswerkstatt läuft nach einer einfachen, universalen Methodik ab.

- In der Kritikphase erfolgt eine Bestandsaufnahme von Problemen und Mängeln. Diese werden anschließend nach Bedeutung gewichtet.
- Die Ideen- und Phantasiephase dient der Vorstellung von Vorschlägen und Träumen, wie es anders sein könnte.
- In der Umsetzungs- oder Verwirklichungsphase geht es schließlich darum, Wege und Möglichkeiten zu finden, wie diese Ideen am besten realisiert werden können. Nach Möglichkeit treffen die Teilnehmenden in dieser Phase bereits konkrete Absprachen für das weitere Vorgehen (»Ideenpatenschaften«).

Die Zukunftswerkstatt ist ohne großen Aufwand zu realisieren. Für ihre zeitliche Durchführung reicht in der Regel ein Wochenende, manchmal sogar ein Tag.

Wichtig ist aber in jedem Fall eine gute Vorbereitung. Sie reicht von der Auswahl geeigneter Tagungsräume bis zur Beschaffung von Arbeitsmaterialien, wozu nicht zuletzt Plakate und Filzstifte gehören, da es ein charakteristisches Merkmal der Methode ist, dass während der drei Phasen stichwortartig die Beiträge für alle Teilnehmenden gut lesbar festgehalten werden. Zu empfehlen ist weiterhin eine mit der Handhabung von Kreativitätstechniken vertraute Moderation. Die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollte 25 Personen nicht überschreiten.

Zukunftswerkstätten sind stark handlungsorientiert und deshalb insbesondere für Gruppen geeignet, die länger zusammenarbeiten. Sie können daher auch innerhalb von Organisationen eingesetzt werden.

Literatur zum Thema:

Jungk R & Müllert NR (1989): Zukunftswerkstätten. Mit Phantasie gegen Routine und Resignation. München

Kuhnt B & Müllert NR (2006): Moderationsfibel: Zukunftswerkstätten verstehen – anleiten – einsetzen. Neu-Ulm

III.2 Informationsquellen im Internet

agentur barrierefrei NRW

<http://www.agentur-barrierefrei-nrw.de/>

Aktion Demenz

<http://www.aktion-demenz.de/>

Barrierefreies Rheinland-Pfalz

<http://www.barrierefrei.rlp.de/>

Beratungsnetzwerk: Barrierefreies Wohnen Rheinland-Palz

http://www.barrierefrei.rlp.de/barrierefrei_rlpde/wohnberatung/

BBE: Bundesnetzwerk bürgerschaftliches Engagement.

<http://www.b-b-e.de/>

BELA. Bürgerschaftliches Engagement für Lebensqualität im Alter.

<http://www.bela-bw.de/>

Bürgerstiftungen – das Portal der Bertelsmann Stiftung

<http://www.buergerstiftungen.de/>

Bürgerstiftungen – das Portal der Initiative Bürgerstiftungen

<http://www.die-deutsche-buergerstiftungen.de/>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

<http://www.deutsche-alzheimer.de>

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

<http://www.hospiz.net/>

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): Der Deutsche Alterssurvey.

<http://www.dza.de>

DRK-Beratungsstelle Lebens-Wohnraum für Rheinland-Pfalz

<http://www.gemeinschaftliches-wohnen-pfalz.de>

DRK-Landesberatungsstelle PflegeWohnen

<http://www.drk-pflegewohnen.de>

Forum Gemeinschaftliches Wohnen e.V

<http://www.fgwa.de>

KommWis. Gesellschaft für Kommunikation und Wissenstransfer mbH Mainz.

<http://www.kommwis.de>

Kompetenznetzwerk Wohnen

<http://www.kompetenznetzwerk-wohnen.de/>

Kuratorium Deutsche Altershilfe

<http://www.kda.de>

Landesberatungsstelle Barrierefreies Bauen und Wohnen

<http://www.verbraucherzentrale-rlp.de> Link: Beratungsstellen

Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Rheinland-Pfalz e.V.

<http://www.lag-hospiz-rp.de/>

Landesentwicklungsprogramm (LEP IV): Min. des Innern und des Sports RLP

<http://www.ism.rlp.de/landesplanung/programme-und-verfahren/lep-iv/>

Menschen Pflegen. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen RLP.

<http://menschen-pflegen.de>

Netzwerk Gemeinsinn e.V.

<http://www.netzwerk-gemeinsinn.net>

Netzwerk pflegeBegleitung. Forschungsinstitut Geragogik.

<http://www.pflegebegleiter.de/>

Neues Wohnen. Beratung und Kooperation für mehr Lebensqualität im Alter

<http://www.modellprogramm-wohnen.de>

Online Gemeindestatistik. KommWis.

<http://www.ewois.de>

Open Space World.

<http://www.openspaceworld.org>

Partizipative Kommune. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung.

<http://www.partizipative-kommune.de>

Planungszelle/ Bürgergutachten. Akademie für Partizipative Methoden.

<http://www.planungszelle.de>

Robert Bosch Stiftung

<http://www.bosch-stiftung.de/>

Schrader Stiftung – Wohnen im Alter

<http://www.schrader-stiftung.de>

Stadtteilarbeit.de – unabhängiger Informationsdienst zur Stadtteilentwicklung

<http://www.stadtteilarbeit.de>

Seniorenengenossenschaft Riedlingen.

<http://www.martin-riedlingen.de/>

SeniorTrainerinnen – Erfahrungswissen für Initiativen

<http://www.efi-programm.de/>

Soziale Stadt – Bundestransferstelle

<http://www.soziale-stadt.de/>

Sozialplanung Senioren. Bertelsmann Stiftung.

www.sozialplanung-senioren.de

Statistisches Bundesamt Deutschland.

www.destatis.de

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz.

<http://www.statistik.rlp.de>

Stiftung Bürger für Bürger. Akademie für Ehrenamtlichkeit

<http://www.buerger-fuer-buerger.de>

Stiftung Mitarbeit

<http://www.mitarbeit.de>

Werkstatt Pflegestützpunkte (KDA)

<http://www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de>

Wohnberatung Rheinland-Pfalz „Barrierefreies Wohnen“

http://www.barrierefrei.rlp.de/barrierefrei_rlpde/wohnberatung/

Wohnberatung (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen)

http://www.mags.nrw.de/04_Soziales/1_Pflege/wohnen-im-alter/index.php

III.3 Literatur

- Allert R, Bremer A et al (2005): Erfolgsfaktoren für Hospize – Forschungsergebnisse zu Qualität und Kosten. Wuppertal
- Bertelsmann Stiftung (2005): Leben und Wohnen im Alter - Werkstatt-Wettbewerb Quartier. Bedarfsgerechte Wohnmodelle für die Zukunft. Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Ein Gemeinschaftsprojekt mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe. Gütersloh
- Bertelsmann Stiftung (2006): Bürgerstiftungen. Engagement von Bürger für Bürger . Gütersloh. Dwnload: http://buengerstiftungen.de/cps/rde/xbcr/SID-3FB8BE63-DFA10153/buengerstiftungen/Infoheft_Version2006.pdf
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)(2009): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunaler Seniorenpolitik. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2004): Leben und Wohnen im Alter: Betreute Wohngruppen. Fallbeispiele und Adressenliste. Köln
- Bischoff A, Selle K & Sinning H (1996): Informieren, Beteiligen, Kooperieren. Kommunikation in Planungsprozessen. Dortmund
- Blaumeiser H et al (2002): Handbuch Kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt a.M.
- Blinkert B & Klie T (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die Kasseler Studie. Hannover
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Handbuch für die kultursensible Altenpflegeausbildung. Bonn
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger. Bonn
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) Wohnen im Alter. Bewährte Wege – Neue Herausforderungen. Ein Handlungsleitfaden für Kommunen. Berlin
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Leben und Wohnen für alle Lebensalter. Bedarfsgerecht, barrierefrei, selbstbestimmt. Praxisbeispiele und Handlungsempfehlungen. Berlin
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998): Zweiter Altenbericht. Wohnen im Alter. Bonn
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Alter und Gesellschaft. Berlin
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger. Berlin

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Monitor Engagement. Ausgabe 2. Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Kurzbericht des 3. Freiwilligensurveys.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2007): Stadtquartiere für Jung und Alt. Das ExWoSt-Forschungsfeld „Innovationen für familien- und altengerechte Stadtquartiere“. Berlin
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2009): Modellvorhaben der Sozialen Stadt Gute Beispiele für sozial-integrative Projekte. Berlin
- Bogumil J & Holtkamp L (ohne Jahr): Die Bürgerkommune. Das Konzept in Theorie und Praxis. Internet. URL: Zugriff am 05.02.2010.
<http://homepage.rub.de/joerg.bogumil/Downloads/Zeitschriften/buergerkommune.pdf>
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2009): Innovationen für familiengerechte und Altersgerechte Stadtquartiere. Ergebnisse des Forschungsfeldes. Ein ExWoSt-Forschungsfeld. ExWoSt-informationen 32/5 – 11/2009
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (Hg.) (o.J):Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit. Teil 1 – 3. Hospiz-Verlag. Wuppertal
- Deutscher Bundestag (2002): Bericht der Enquête-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“. Bonn. Download:
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/14/089/1408900.pdf>
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.)(2009): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Innovationen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung.
- Dienel H.L, Klein A, & Olk T (2008): Partizipative Kommune. Abschlussbericht zum Projekt Kooperationsnetzwerke und bürgerschaftliches engagement als Erfolgsfaktoren für ostdeutsche kommunen. Download: www.partizipative-kommunen.de
- Engels D, Braun J & Burmeister J (2007):SeniorTrainerinnen und SeniorKompetenzteams: Erfahrungswissen und Engagement Älterer. Menschen in einer neuen Verantwortungsrolle. Evaluationsbericht zum Bundesmodellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Köln
- Fänderl W (Hrsg.) (2006): Beteiligung übers Reden hinaus. Gütersloh
- Fischer J & Meuser P (2009): Barrierefreie Architektur. Handbuch und Planungshilfe. Berlin
- Frommelt M (2006): Case Management im Praxisnetz: Home Care Nürnberg. In: Wendt W.R & Löcherbach P:Case Management in der Entwicklung. Heidelberg
- Fürst D & Scholles F (2009): Handbuch Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung. 3. Auflage. Dortmund
- Gensicke T (2001): Freiwilliges Engagement in Rheinland-Pfalz. Freiwilligenarbeit, Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement. Landesstudie im Auftrag des Ministeriums des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz

- Herrlein P (2009): Handbuch und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung – Theorien, Strategien, Beratungswissen. Wuppertal
- Holmann P & Devane T (Hrsg.) (2002): Change Handbook. Zukunftsorientierte Großgruppen-Methoden. Heidelberg
- Keupp H (2003): Lokale Einrichtungen zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements: Freiwilligenagenturen, Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros u. Ä. – Chancen und Restriktionen. In: Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement in den Kommunen. Opladen: Leske + Budrich, S. 13 – 52
- Klein A & Schmalz-Bruns R (Hrsg.) (1997): Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland- Möglichkeiten und Grenzen. Bonn
- Klie T & Pfundstein T (2010): Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsplanung. In Zeitschrift f. Gerontologie und Geriatrie. Vol 43/2. S. 91 – 97
- Klie T & Roß P-S (2000): Werkstatt der Zivilgesellschaft. Förderung bürgerschaftlichen Engagements als gesellschaftspolitisches Lernprojekt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 11+12/2000
- Klie T (2002): Für(s) Alte(r) planen. Freiburg im Breisgau.
- König R (2005) Leitfaden barrierefreier Wohnungsbau. Von der Theorie zur Praxis. Stuttgart
- Kremer-Preiß U & Stolarz H (2004): Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte. Expertenworkshop am 18. Juni 2003 in Heidelberg. Gütersloh/Köln
- Ley A & Weitz L (2004): Praxis Bürgerbeteiligung. Ein Methodenhandbuch: Stiftung Mitarbeit. Bonn
- Lüttringhaus M & Richers H (2003): Handbuch Aktivierende Befragung. Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis. Stiftung Mitarbeit. Bonn
- Maier K & Sommerfeld P (2005): Inszenierung des Sozialen im Wohnquartier. Darstellung, Evaluation und ertrag des Projektes ‚Quartiersaufbau Rieselfeld‘. Freiburg i.B.
- MASFG – Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (2006): Regionale Pflegekonferenzen in Rheinland-Pfalz.
- MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2003): Barrierefreies Rheinland-Pfalz. Broschüre
- MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2008): Fragen zu barrierefreier Wohnraumanpassung? Das Beratungsnetzwerk „Barrierefreies Wohnen“.
- MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2009): Zuwanderungs- und Integrationsbericht der Landesregierung Rheinland-Pfalz 2007 – 2008. Download: <http://www.integration.rlp.de>
- MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2009): Barrierefreies Rheinland-Pfalz. 3. Bericht. Umsetzung des Landesgesetzes zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in den Jahren 2007 und 2008. Mainz. Download: <http://www.barrierefrei.rlp.de/>
- MASGFF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2008): Familien kultursensibel pflegen. Ein interkulturelles Begleitheft zum Familienberater. Mainz

MASGFF - Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2009/2010):
4. Armuts- und Reichtumsbericht der Landesregierung Rheinland-Pfalz: Mainz
Download: <http://masgff.rlp.de/soziales/armutsbekaempfung/>

Meyer M & Mischke C (2009): Leben und Altern im Quartier(LAQua). Untersuchung der subjektiven und objektiven Wohnbedingungen von älter werdenden und/oder behinderten Menschen im Stadtteil Alt-Saarbrücken. Saarbrücken

Michell-Auli P, Strunk-Richter G & Tebest R (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. 2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009 (Kuratorium Deutsche Altershilfe). Köln

Mielke L (2007): Hospiz im Wohlfahrtsstaat – gesellschaftliche Antworten auf Sterben und Tod. Eine soziologische Bestandsaufnahme in Deutschland. Wuppertal

Ministerium des Innern und des Sports Rheinland-Pfalz (2008): Landesentwicklungsprogramm (LEP IV). Kap. 3: Daseinssorge. Download:
<http://www.ism.rlp.de/landesplanung/programme-und-verfahren/lep-iv/>

Ministerium des Innern und des Sports Rheinland-Pfalz (ROB)(2008): Raumordnungsbericht 2008. Mainz. Download: <http://www.ism.rlp.de/landesplanung/programme-und-verfahren/rob-2008/>

Möller T (2004): Das Quartierskonzept „Lebensgerechtes Wohnen“. In KDA: Leben und Wohnen im Alter. Band 3. Quartiersbezogene Wohnkonzepte. Expertenworkshop.

Netzwerk: Soziales neu gestalten (Song)(2009): Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) Verlag Bertelsmann Stiftung

Netzwerk: Soziales neu gestalten (Song)(2009): Zukunft Quartier: Lebensräume zum Älterwerden. Bd. 2: eine neue Architektur des Sozialen – Sechs Fallstudien zum Welfare Mix. Verlag Bertelsmann Stiftung

Nexus - Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung (2008): Leitfaden: Zivilgesellschaftliche Infrastruktur in (Ost-)Deutschland. Gestaltung von Kooperationsbeziehungen zwischen Verwaltung, Unternehmen und Drittem Sektor. Ergebnisse des Projektes „Partizipative Kommune“: Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung. Download: http://www.partizipative-kommune.de/pdf/Leitfaden_Zivilgesellschaftliche+Infrastruktur_2008.pdf

Oelschlägel D (2001): Gemeinwesenarbeit. In: Otto H-W & Thiersch H. (Hrsg.) Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2.Aufl. Neuwied

Ottensmeier B & Schönberg F (2009): „Was ist eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik?“ In: Initiieren - Planen- Umsetzen. Handbuch kommunaler Seniorenpolitik. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Pape R & Bostelaar R (Hrsg.)(2008): Case Management im Krankenhaus - Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hanover

Pfundstein T (2008): Grundlagen zur Pflegestrukturplanung nach dem Landespflegestrukturgesetz in Rheinland-Pfalz.

- Roß P-S (ohne Jahr): „L(i)ebens-wert“: Bürgerkommune als Leitbild einer zukunftsfähigen Entwicklung der lokalen Gesellschaft. Internet. URL: http://www.kbe-bonn.de/fileadmin/Redaktion/Bilder/Projekte/Ross_Endversion.pdf
- Sauer P & Wißmann P (2007): Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz – Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven. Frankfurt a.M.
- Saup W et al.(2004): Demenzbewältigung in betreuten Seniorenwohnen. Augsburg
- Saup, W. (2001): :Ältere Menschen im Betreuten Wohnen. Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie. Band 1. Augsburg
- Schneekloth U & Müller U (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127. Baden-Baden (Nomos Verlag)
- Schneekloth U & Müller U(1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen". Band 147.2 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Schneekloth U & Potthoff P (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung". Band 111.2 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer Verlag, Stuttgart (1. Auflage).
- Schneekloth U & Wahl H-W (Hrsg.) (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für 'Good Practice'. Forschungsprojekt MuG IV. Stuttgart (Kohlhammer Verlag)
- Schneekloth U & Wahl H-W (Hrsg.)(2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schubert H, Spieckermann H (2004): Standards des Quartiermanagements. Handlungsgrundlagen für die Steuerung einer integrierten Stadtteilentwicklung, Köln 2004
- Schulz-Nieswandt F (2006): Sozialpolitik und Alter. Grundriss Gerontologie, Bd. 5. Stuttgart
- Stadt Münster (2005): Bauen für alle. Barrierefrei. Checkliste für Barrierefreies Bauen
- Statistisches Bundesamt (2004): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Bonn. Download unter: <http://www.destatis.de/download/veroe/pflege2003.pdf>
- Stemshorn A (2009): Barrierefrei. Bauen für Behinderte und Betagte. 6. Auflage. Leinfelden-Echterdingen
- Stiftung Bürger für Bürger (2003): Förderung des bürgerschaftlichen Engagements. Fakten, Prioritäten, Empfehlungen. Herausgegeben von Thomas Olk. Download: <http://www.buerger-fuer-buerger.de/content/nav/AusgabeCover1.pdf>
- Stiftung Warentest (2006) Leben und Wohnen im Alter. Berlin
- Straßburger G & Bestmann S (2008): Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit. Arbeitshilfen Nr. 8. Stiftung Mitarbeit. Bonn
- Tesch-Römer C, Engstler H & Wurm S (Hrsg.) (2006): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden

- Thiersch H (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim, München:
- Wahl H-W & Schneekloth U (Hrsg.)(2008): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote.2., Aufl. (Kohlhammer Verlag)
- Weidner F, Schulz-Nieswandt F & Brandenburg H (2008): Pflege und Betreuung im Wohnquartier. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Köln
- Wendt W.R (2006). State of the art: das entwickelte Case Management. In: Wendt W.R & Löcherbach P (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. S. 1-43. Heidelberg
- Wendt W.R & Löcherbach P (Hrsg.)(2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg
- Wendt W.R (Hrsg.) (2010): Wohlfahrtsarrangements. Neue Wege in der Sozialwirtschaft. Baden-Baden
- WHO – World Health Organization (2007): Global Age-friendly cities: A Guide. Download: http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9
55116 Mainz
www.masgff.rlp.de
www.menschen-pflegen.de
www.vivafamilia.de



Verfasser: Thomas Pfundstein/ Heike Baumgärtner
Institut für angewandte Sozialforschung
Alter. Gesellschaft. Partizipation
im
FIVE - Forschungs- und Innovationsverbund
an der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V.
(ehemals Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung)
Bugginger Straße 38
79 114 Freiburg

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und -bewerbern oder Wahlhelferinnen und -helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.