



ARBEITSHILFE ZUR PFLEGESTRUKTUR- PLANUNG IN RHEINLAND-PFALZ

Arbeitshilfe zur Erstellung von kommunalen Pflegeberichten, Durchführung von Zielplanungsprozessen und Formulierung von Maßnahmen im Handlungsfeld der Pflege und Sorge in Rheinland-Pfalz.

Version vom 11.03.2021, 6. Auflage

Verfasserin

Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung
beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung in Rheinland-Pfalz (LSJV)
Hölderlinstraße 8, 55131 Mainz

26.06.2019, 1. Auflage

Texterstellung und Grafiken

Berit Herger

Endredaktion

Thomas Pfundstein

Inhalt

Vorbemerkung und Danksagung	6
1 Einleitung.....	7
1.1 Von der Stadtplanung zur Sozial(raum)planung.....	8
1.2 Pflege als eigenständiger Planungsbereich	9
1.3 Von der Altenhilfeplanung zur Pflegestrukturplanung.....	10
1.4 Partizipation und Planung als Prozess.....	11
1.5 Grundlagen in der Landesgesetzgebung	12
1.6 Rahmenbedingungen in den Kommunen.....	13
2 Handlungsfelder der Pflegestrukturplanung	14
2.1 Inhaltlicher Hintergrund.....	14
2.1.1 Soziale Sicherung und Pflege	14
2.1.2 Zielgruppen der Pflegeversicherung.....	17
2.1.3 Ressourcen für eine Pflegestrukturplanung.....	18
2.1.4 Der siebte Altenbericht: Handlungsfelder der Daseinsvorsorge im Alter	19
2.2 Kernkompetenz: Planung der Pflege und Sorge	21
2.2.1 Häusliche Pflege / Pflege in der Familie	21
2.2.2 Ambulante Pflege / Pflege-Mix	21
2.2.3 Teilstationäre Pflege / Stationäre Pflege	22
2.2.4 Bundesweite Trends	22
2.2.5 Nachhaltige Entwicklung durch regionale Planung	23
2.3 Schnittstellenkompetenz: Wohnen und Wohnumfeld	23
2.3.1 Wohnen im Alter.....	23
2.3.2 Partizipation im Gründungsprozess.....	23
2.3.3 Neue Wohnformen	24
2.3.4 Sozialraumentwicklung durch Begegnungsräume	27
2.3.5 Wohnumfeldentwicklung durch Nachbarschaft.....	27
2.4 Schnittstellenkompetenz: Gesundheitsversorgung und Prävention.....	27
2.5 Bedeutung der geografischen Lage	31
2.5.1 Geografische Besonderheiten und regionale Prägung	31
2.5.2 Gebietstypen und Infrastruktur	31

2.5.3	Ober-, Mittel- und Unterzentren.....	32
2.5.4	Praktische Tipps.....	35
2.5.5	Struktur der Verwaltung.....	36
3	Grundlagen der Pflegeberichterstattung.....	38
3.1	Struktur der Dokumentation	38
3.2	Art der Dokumentation.....	41
3.3	Umfang der Dokumentation	42
3.4	Rahmenbedingungen der kommunalen Pflegestrukturplanung	42
3.5	Zusammenarbeit mit Ortsgemeinden und Stadtteilen	44
4	Empfehlungen zur Bestandsanalyse und Datenerhebung.....	45
4.2	Quantitative und qualitative Analyse	45
4.2	Zielgruppen der Pflegeberichterstattung	45
4.3	Daten erheben – Berichten	47
4.4	Ständige Datenquellen	48
4.5	Temporäre Datenquellen	54
4.6	Praxisteil: Auswertung der Pflegestatistik – siehe Anlage	54
5	Empfehlungen zur Bedarfsermittlung und Bewertung	55
5.1	SWOT-Analyse – Bewerten und Priorisieren	55
5.2	Partizipative Arbeitsstrukturen – Arbeitskreise der Pflegekonferenz	56
5.3	Methodendreieck der Sozialplanung – Bedarfe ermitteln	56
5.4	Feedback der Pflegestützpunkte.....	57
5.5	Feedback aus der Pflegekonferenz	57
5.6	Interviews mit Betroffenen (Pflegebedürftige, Familienangehörige, ältere Mitbürger/innen)	57
5.7	Interviews mit Expert/innen (Dienstleistern).....	58
5.8	Interviews mit Ortsbürgermeister/innen oder Gemeinderäten	58
5.9	Anfertigen von Schaubildern und Landkarten	58
5.10	Stakeholder-Analyse – Wer kann uns helfen?	58
6	Grundlagen der Planung.....	60
6.1	Planen heißt steuern.....	60
6.2	Projekte planen.....	61

6.3	Prozesse steuern.....	64
6.4	Kreisläufe in Gang setzen.....	68
7	Empfehlungen zur Planung.....	69
7.1	Partizipative Planung heißt Prozesse steuern.....	69
7.2	Leitbild.....	71
7.3	Präambel statt Leitbild.....	73
7.4	Vision.....	74
7.5	Ziele.....	75
7.6	Maßnahmen und Umsetzung (Handlungskonzept).....	77
7.7	Meilensteine.....	78
8	Empfehlungen zur Methodik.....	79
8.1	Hochrechnung als Methode.....	79
8.2	Dialog als Methode.....	79
8.3	Zukunftswerkstatt als Methode.....	79
8.4	Projekte als Methode.....	80
8.5	Wettbewerbe als Methode.....	81
8.6	Kreativmethoden.....	81
9	Zusammenarbeit mit Dienstleistern für Sozialforschung bzw. Sozialplanung.....	84
9.1	Ausschreibung von Leistungen.....	84
9.2	Leistungsmodule.....	84
9.3	Kontakte zu Dienstleistern.....	86
10	Fortschreiben eines dynamischen Konzeptes.....	88
11	Anhänge: Arbeitsmaterialien und Planungs-Tools.....	89
12	Quellenübersicht.....	99

Vorbemerkung und Danksagung

Die Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung wurde 2011 installiert und kooperiert seitdem mit den Ansprechpartnerinnen und -partnern der rheinland-pfälzischen Kommunen bei der Entwicklung einer landesweiten Angebotsvielfalt im Vor- und Umfeld der Pflege sowie bei der Zusammenarbeit mit Akteuren der Pflege. Die Erfahrungen der Kommunen reichen teilweise noch weiter zurück und haben ihre Wurzeln in der Sozial- oder Altenhilfeplanung oder der Psychiatriekoordination.

Seitdem ist es das gemeinsame Bestreben, die Berichterstattung landesweit voranzubringen. Die Ergebnisse im Bereich Pflegeberichterstattung und Planungspraxis sind vielfältig und impulsgebend. Nun sind wir den Schritt gegangen, die Ergebnisse zu vergleichen und eine gemeinsame Linie zu entwickeln.

Im Kompaktseminar Pflegestrukturplanung am 14. und 15. Februar 2018 hatte die Servicestelle die Pflegestrukturplanerinnen und -planer aus Rheinland-Pfalz dazu eingeladen, gemeinsam Bilanz zu ziehen. 26 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus 22 Kommunen haben die Arbeitsergebnisse Pflegeberichterstattung und Pflegestrukturplanung diskutiert und ausgewertet und Grundlagen für die vorliegende Arbeitshilfe gelegt.

In einem Expertengespräch trafen am 11. März 2019 fünf Dienstleistungsbüros für Sozialberichterstattung mit der Servicestelle sowie den Vertreterinnen der LAG Pflegestrukturplanung zusammen, um Angebot und Nachfrage aufeinander abzustimmen.

Im Kompaktseminar Pflegestrukturplanung vom 28. und 29. März 2019 wurde die Arbeitshilfe den Pflegestrukturplanerinnen und -planer vorgestellt und mit Referent Professor Dr. Johannes Schädler von der Universität Siegen diskutiert.

Die Dokumentation der Ergebnisse liegt nun vor. Sie soll als Arbeitshilfe für Pflegestrukturplanerinnen und planer fungieren und kontinuierlich weitergeschrieben werden.

Für den engagierten Dialog möchten wir bei allen Mitwirkenden uns ganz herzlich bedanken. Wir wünschen uns auch weiterhin Feedback und Vorschläge von ihnen, um die Arbeitshilfe weiterzuentwickeln.

Ihre Servicestelle

1 Einleitung

In einem Interview von 2013, welches vom nordrhein-westfälischen Sozialministerium geführt wurde, fasst Professor Herbert Schubert, Dozent an der Fachhochschule Köln, die Entstehungsgeschichte der Sozialraumplanung zusammen.

1971 sei der Begriff Sozialplanung erstmals im Städtebauförderungsgesetz verwendet worden. Der § 180 BauGB habe die Kommune in der Folge ermächtigt, den nachteiligen Auswirkungen von städtebaulichen Maßnahmen durch einen Sozialplan vorzubeugen. Die Raumplanung kalkulierte den Bedarf an Infrastruktur, die Sozialplanung verteilte sie im Stadtteil. Damals habe man Raumplanung als Containermodell verstanden; die Stadtplaner ermittelten einen bestimmten Bedarf an Infrastruktur nach Anzahl der Wohnbevölkerung und verteilten ihn gleichmäßig im Raum. Dieses Verständnis sei vom Habitatmodell abgelöst worden; die Sozialökologie begreife die natürliche und materielle Umwelt ebenso wie ihre Bewohner als ein systemisch funktionierendes Ganzes mit bestimmten Regeln. Soziale Ungleichheiten haben immer auch einen Raumbezug; es gebe immer Stadtteile, denen es weniger gut gehe, und solche denen es bessergehe.

1994 habe die Änderung des Grundgesetzes Artikel 72 GG generell die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse gefordert. In den 90er Jahren sei das Ansehen der Sozialplanung gestiegen, weil sie zur Vorbereitung politischer Entscheidungen herangezogen wurde. In der Jugendhilfeplanung der 90er Jahre tauchte erstmals ein planerisches Standardmodell auf: Bestandserhebung, Bedarfsermittlung, Maßnahmenplanung.

2012 forderte das Handbuch „Moderne Sozialplanung“¹ für NRW zwei Institutionelle Ebenen, eine Stabsstelle für Sozialmonitoring, die Leitbilder und Grundlagenziele erstellt sowie die Verwaltungsleitung strategisch unterstützt; eine zweite Stelle in der Linienorganisation sei für Fachplanung und Maßnahmenentwicklung zur Verbesserung der Lebensverhältnisse und Teilhabechancen zuständig.

Professor Herbert Schubert bedauerte damals, dass kein Ausbildungsgang „Sozialplanung“ vorhanden sei ebenso wie es keinen Ausbildungsgang „Quartiersmanagement“ gäbe. Nur die Studiengänge der Sozialwissenschaften dienten als Berufseinstieg. Dabei sei gerade durch die neue Zielsetzung „Lebensqualität“ herzustellen, eine komplexe Aufgabenstellung gegeben, die ein integriertes Arbeiten aller Fachstellen in der Verwaltung erfordere.

Er nannte die Flächennutzungs- und Bauleitplanung als Beispiel, wie raumbezogene Grundsatzenscheidungen getroffen würden, die eine Wirkung auf den Sozialraum zur Folge haben. Es sei dringend erforderlich hier integrativ vorzugehen, wenn man Quartiersplanung zum Ziel habe, um das Gesamtprodukt Lebensqualität zu schaffen.

¹ Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. 2012, 2017

Parallel dazu entwickelten sich in den 90er Jahren weitere Ansätze, die das Wohnquartier als Lebensraum in den Fokus nahmen. Professor Wolfgang Hinte begründete die Gemeinwesenarbeit, in der er das Gemeinwesen neben Familie und Freundeskreis als dritten Lebensraum einordnete. Die Gemeinwesenarbeit hatte einen problemzentrierten Ansatz und setzte vor allem in sozialen Brennpunkten an.

In den 2000er Jahren versuchte man, den Bezug zu den Nutzern sozialer Dienstleistungen wiederherzustellen, indem Träger im Sozial- und Gesundheitswesen sowie Bildungseinrichtungen verpflichtet wurden, ein Qualitätsmanagementsystem nachzuweisen. Kern des Qualitätsmanagements ist es, durch das Feedback der Kunden ständige Verbesserungskreisläufe in Gang zu setzen. Durch die Ausrichtung am Kundenfeedback erwartet man, Dienstleistungen zu erhalten, die nicht nur auf den wirtschaftlichen Unternehmenserfolg sondern auch auf den Bedarf des Kunden zugeschnitten sind.

Dies mag eine Reaktion darauf gewesen sein, dass die Bereitstellung von sozialen, pflegerischen und gesundheitsorientierten Dienstleistungen der Strategie der Marktorientierung ausgesetzt wurde. Dennoch ist es in der Praxis ein Gewinn an strategischer Kompetenz.

Das Qualitäts- und Projektmanagement bietet Planungsstrategien an, die über den Dreisprung „Bestandserhebung, Bedarfsanalyse, Handlungsempfehlungen“ weit hinausgehen. QM bietet Muster und Vorgehensweisen für den Aufbau von innerbetrieblichen, planerischen Arbeitsstrukturen. Es zeigt Prozess-Strategien für Leitbilder, Zielformulierung und partizipative Maßnahmenplanung. Es gibt Methoden und Planungstools an die Hand, die eine systematische Vorangehen ermöglichen, das alle Beteiligten vor Ort mitnimmt.

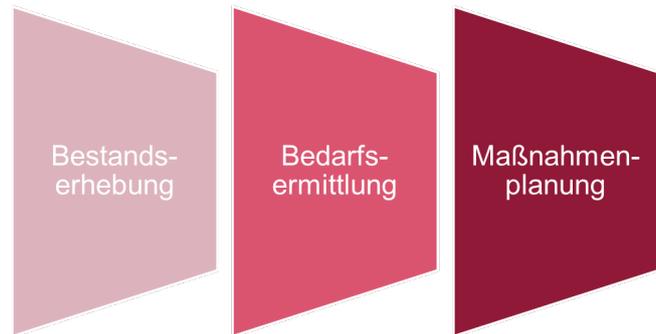
1.1 Von der Stadtplanung zur Sozial(raum)planung

Schon immer findet Leben in dem Bezugsfeld zwischen Mensch, räumlichem Umfeld und zeitlicher Situation statt. Lebensqualität ist eine Momentaufnahme mit Raum-, Zeit- und sozialem Bezug. Professor Herbert Schubert stellt dar², wie die sich seit den 1970er Jahren aus der Stadtplanung die Sozialplanung entwickelt hat. Sie folgte zunächst dem „Container-Modell“; Bedarfe an Infrastruktur wurden an der Bewohnerzahl errechnet und in den Stadtteil gestellt. In den 1990er Jahren änderte sich das Verständnis von Planung in Richtung auf bedürfnisgerechte Quartiere. Man begriff die Stadt als Habitat und bevorzugte eine sozialräumliche Betrachtung.

² Interview mit Prof. Dr. Dr. Herbert Schubert; siehe Dokumentation der Fachtagung „Sozialplanung und Stadtentwicklung – Gute Beispiele von Kommunen und Kreisen“, Düsseldorf 15.11.2013, Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW.

Die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse, wie das Grundgesetz es vorschreibt, erforderte die Betrachtung eines seit den 1990er Jahren als Sozialraum definierten Stadtgebietes und einen ganzheitlichen Planungsansatz, der die Dynamik der Umweltfaktoren und Beziehungssysteme berücksichtigte. Die Betrachtung der Lebensverhältnisse im Sozialraum wurde Grundlage der Infrastrukturplanung.

Lineares Planungsmodell in drei Schritten Zielfindung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse



Grafik: Servicestelle RLP

1.2 Pflege als eigenständiger Planungsbereich

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 im elften Gesetzbuch der Sozialversicherung startete in vielen Verwaltungen ein eigener Planungsprozess. Die Altenhilfeplanung widmete sich explizit den Bedarfen bei nachlassenden körperlichen Kräften. Mit den neuen Pflegestärkungsgesetzen seit 2015 wurde dem Krankheitsbild der Demenz mehr Unterstützung eingeräumt. Mentale Veränderungen im Alter können jetzt besser bei der Begutachtung für die Pflegegrade berücksichtigt werden.

In den 2000er Jahren zeigte sich im Flächenland Rheinland-Pfalz deutlich der demografische Wandel in der Bevölkerung. Die Landesregierung reagierte durch intensive politische Maßnahmen. Mit der Gesetzgebung im LPflegeASG (2005) wurden alle Kommunen zur Pflegestrukturplanung und zur Einrichtung einer Pflegekonferenz verpflichtet.³ Rheinland-Pfalz führte als erstes Bundesland flächendeckend Pflegestützpunkte ein (2009). Das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) löste das Heimgesetz ab (2010). Ein Referat Neues Wohnen (2012) sowie ein Demografie-Ministerium (2016) wurden eingerichtet.

Auf der Arbeitsebene ließ das MSAGD 2011 die Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung sowie 2015 die Landesberatungsstelle Neues Wohnen einrichten.

Der Begriff *Pflegestrukturplanung* hat sich vorwiegend in Rheinland-Pfalz etabliert. Das Themengebiet hat sich aus der Altenhilfeplanung entwickelt. Mit der Umwidmung der Altenhilfe-

³ Gespräch mit Moritz Schnitger vom 7.2.2018: Außer Nordrhein-Westfalen sei Rheinland-Pfalz das einzige Bundesland, das zur Pflegestrukturplanung verpflichtet. Andere Länder stellten es den Verwaltungen frei, hier fänden Planungen für die pflegerische Infrastruktur punktuell oder in kleinräumigeren Rahmen unterhalb der Kreisebene statt.

planung in eine Pflegestrukturplanung betont der Gesetzgeber, dass es nicht um ein defizitäres Menschenbild geht, sondern um die Schaffung geeigneter Strukturen im Sozialraum, in denen Pflege und Unterstützung verfügbar gemacht wird.

Betrachtungseinheit ist der Sozialraum und das unmittelbare Wohnumfeld. Engagement, Selbsthilfe und ambulante Strukturen sollen das Wohnumfeld stärken und die professionellen Dienstleistungen ergänzen, um bei künftig weiter steigenden Bedarfen eine größere Bandbreite an Pflege-, Unterstützungs- und Dienstleistungen zur Verfügung zu haben. Der Sozialraum soll ein gutes Netzwerk sein, in dem die Hilfesysteme ineinandergreifen. Der alte Mensch soll dabei nicht nur Ziel der Hilfe, sondern als Mitwirkender mit seinen Kompetenzen und Lebenserfahrungen eingebunden sein.

Die Pflegestrukturplanung unterhält deutliche Schnittstellen zur Teilhabeplanung, Psychiatrieplanung und Sozialplanung. Die Methodik bedient sich bewährter Vorgehensweisen aus der Sozialplanung.

1.3 Von der Altenhilfeplanung zur Pflegestrukturplanung

Der Begriff Altenhilfe stammt aus den Anfängen der sozialen Arbeit und Planung, die durch individuelle Hilfen und strukturelle Maßnahmen persönliche Bedarfe erfasste. Dem lag ein defizitäres Menschenbild und ein problemzentrierter Lösungsansatz zugrunde. Die Altenhilfe ist noch immer ein Teil der Sozialplanung. Sie greift dort, wo ein alter Mensch durch Gebrechlichkeit, Vereinzelung, Altersarmut, Pflegebedürftigkeit oder andere Probleme seinen Alltag nicht mehr eigenständig gestalten kann. Der 7. Altenbericht fordert deutlich, das Alter als vielfältige Lebensphase zu sehen und die Kompetenzen und Lebenserfahrungen zu beachten. Das immerwährende Bedürfnis, dazu zu gehören, und die freie Zeit im Alter stellen Ressourcen dar, die im Rahmen der Möglichkeiten des Einzelnen eingebunden werden sollen.

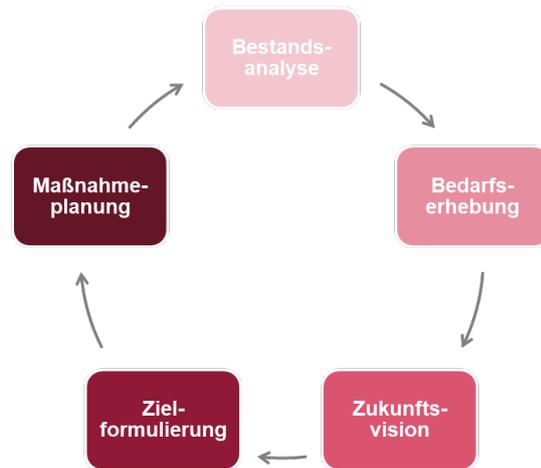
Parallel dazu veränderte sich die Gesellschaft dahingehend, dass mit der steigenden Alterserwartung die Anzahl der Hochaltrigen und das Krankheitsbild der Demenz zunahm. Darauf war die Pflegeversicherung noch nicht ausgerichtet, so dass es zur neuen Gesetzgebung für die Pflege kam (LPflegeASG, PSG I-III). Mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Pflegestrukturplanung wurde ein inhaltlicher Aspekt umgesetzt, der auf pflegerische Dienstleistungen und bürgerschaftliches Engagement im Vor- und Umfeld der Pflege zielt. Zugleich sollen die einzelnen Leistungen durch gute Strukturen miteinander verbunden sein. Sie sollen ineinandergreifen und ein Kontinuum der Hilfestrukturen bilden. Gute Pflege baut auf vernetzte Systeme mit guten Schnittstellen, das von der Familienhilfe über das Engagement im Wohnumfeld, ambulante und stationäre Dienstleistungsangebote fließend einbindet. Dreh- und Angelpunkt sollte dabei der Pflegestützpunkt sein.

Bei der systemischen Betrachtung eines Sozialraums stößt man auf neue Herausforderungen; Planung bekommt eine neue Qualität.

1.4 Partizipation und Planung als Prozess

Moderne Planung findet im Prozess statt und löst die Methodik der drei Phasen (Bestandserhebung, Bedarfsermittlung, Handlungsempfehlungen) ab. Sie entwickelt eine Vision, wohin sie will, formuliert Ziele und erarbeitet gemeinsam mit den Akteuren aus der Praxis Maßnahmenvorschläge, die in einem Maßnahmenkatalog zusammengefasst sind und als Handlungsgrundlage dienen. Die Beteiligung von Selbsthilfe und Ehrenamt macht die Betroffenen zu Akteuren, so dass sie unmittelbar an Lösungen für die eigenen Bedarfe mitarbeiten.

Moderne Planung im Prozess Zielfindung durch Partizipation



Grafik: LSJV, Servicestelle

In Foren mit unterschiedlicher Öffentlichkeit finden Aushandlungsprozesse statt, in denen Vorschläge für eine Angebotslandschaft der häuslichen Unterstützung, der ambulanten und stationären Pflege vorgenommen werden. Damit versucht die Kommune, eng am Bedarf zu planen und die Wünsche und Bedürfnisse der älteren Menschen in die Planung einfließen zu lassen.

Die Pflegekonferenz bietet die Plattform, auf der die Rechercheergebnisse diskutiert werden; das Feedback aus dem Praxisfeld kann in die Planung einfließen. Untersuchungen⁴ haben erwiesen, dass dort, wo partizipative Planung praktiziert wird, mehr ambulante Dienstleistungen entstehen als in Top-Down-Prozessen.

Die Handlungsfelder⁵ der Pflege mit einer Zielplanung zu unterlegen, ist Aufgabe der Verwaltung. Der Maßnahmenkatalog, mit dem die Ziele erreicht werden sollen, eignet sich für ein partizipatives Vorgehen in Zusammenarbeit mit der Pflegekonferenz.

Planung als Prozess zu gestalten, erfordert methodisches Vorgehen. Methodengestützte Planung kann von externen Moderator/innen begleitet werden, um die Akzeptanz vor Ort auf eine breitere Basis zu stellen.

Am Ende des Planungsprozesses steht eine mehrjährige Zielplanung sowie ein Katalog von Maßnahmen, die mit Zuständigkeiten, Zeitfenstern und Rahmenbedingungen ausgestaltet sind.

⁴ Studie von Moritz Schnitger / Michael Platzek / Hans Jörg Rothen, 2016/2, www.wegweiser-kommune.de

⁵ Vgl. Siebter Altenbericht der Bundesregierung, www.siebter-altenbericht.de

Die Pflegekonferenz bekommt dadurch eine vielschichtige Rolle; zum einen ist sie ein Netzwerk für Dialog und Austausch, zum anderen dient sie der partizipativen Planung. Schließlich ist sie Ort der Meinungsbildung und somit von politischer Bedeutung.

1.5 Grundlagen in der Landesgesetzgebung

Das Landespflegegesetz

In Rheinland-Pfalz regelt das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur Rheinland-Pfalz (LPflegeASG) seit 2005 die Weiterentwicklung der Pflege.

Das LPflegeASG beinhaltet Vorgaben zur Durchführung der kommunalen Pflegestrukturplanung, an die die Landkreise und kreisfreien Städte als unterste Landesverwaltung gebunden sind. Das LPflegeASG gibt ein gegliedertes Verfahren dieser kommunalen Pflegestrukturplanung vor.

§ 3 LPflegeASG – die kommunale Pflegestrukturplanung

Die Landkreise und die kreisfreien Städte stellen unter Berücksichtigung der in § 1 Abs. 2 genannten Grundsätze für die pflegerische Angebotsstruktur für ihr Gebiet Pflegestrukturpläne für ambulante Dienste und teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen auf und schreiben diese regelmäßig fort. Sie haben dabei

- 1. den vorhandenen Bestand an Diensten und Einrichtungen zu ermitteln,*
- 2. zu prüfen, ob ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Versorgungsangebot in den einzelnen Leistungsbereichen unter Berücksichtigung der Trägervielfalt zur Verfügung steht und*
- 3. über die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur zu entscheiden.*

Die Pflegestrukturplanung hat sich auch auf die komplementären Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege, die Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und die Entwicklung neuer Formen pflegerischer Angebote zu erstrecken.

Wie die Landkreise und kreisfreien Städte diese Aufgabe umsetzen, ist der kommunalen Selbstverwaltung überlassen. Das Gesetz gibt auch nicht vor in welchen zeitlichen Abständen diese kommunale Pflegestrukturplanung zu erarbeiten ist.

Bei der Erfüllung dieser Aufgabe hat die Verwaltung die Träger der pflegerischen Leistungen und die Organisationen der Selbsthilfe einzubinden und diesen Prozess sowie die Koordination der verschiedenen Angebote zu organisieren und zu moderieren. Diese Aufgaben sind mit dem Instrument der Regionalen Pflegekonferenz zu lösen.

1.6 Rahmenbedingungen in den Kommunen

2011 wurde mit der Einrichtung einer Servicestelle die Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz auf Landesebene verortet. Sie unterstützt die Kommunen bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags.

Alle 36 Gebietskörperschaften haben seit 2012 Ansprechpersonen für die Pflegestrukturplanung benannt. Bis auf zwei Ausnahmen sind die Pflegestrukturplaner/innen auch die Geschäftsstelle für die Pflegekonferenz, das heißt die Pflegekonferenz kann als Instrument der Beteiligung in den Planungsprozess integriert werden.

2017 ergab eine landesweite Bestandaufnahme, dass zwar alle Kommunen Ansprechpersonen benannt haben, diese aber nicht in allen Fällen mit einem Stellenanteil (Zeitbudget) für Pflegestrukturplanung ausgestattet sind. Sieben Kommunen arbeiteten bis 2017 ohne Stellenanteil oder hatten die Stelle vorübergehend nicht besetzt. Insgesamt arbeiteten knapp die Hälfte aller rheinland-pfälzischen Kommunen mit einem Stellenanteil unter 25 %.

In Hinblick auf die Planungsaktivitäten bedeutet dies, dass je nach aktueller Schwerpunktsetzung – wie beispielsweise die Bewältigung der Zuwanderung – die Pflegestrukturplanung hinter anderen Themen zurückstehen musste. Bei der Erstellung der Pflegeberichterstattung wird teilweise mit externen Dienstleistern zusammengearbeitet.

Weiterhin bedeutet es, dass die Pflegekonferenz mit Minimalaufwand gefahren werden muss, während eigentlich hier die Akteure aus dem Praxisfeld zusammenkommen, die Impulsgeber und Partner bei der Umsetzung von Maßnahmen sind.

Der Arbeitsbereich ist in Bewegung; in den vergangenen drei Jahren haben fast zwei Drittel der Ansprechpersonen gewechselt. Dies ist dem Umstand zu verdanken, das neue Personalstellen mit ausgewiesenem Zeitbudget für Pflegestrukturplanung geschaffen wurden.

(siehe Kapitel: 3.4 Rahmenbedingungen ...)

2 Handlungsfelder der Pflegestrukturplanung

2.1 Inhaltlicher Hintergrund

2.1.1 Soziale Sicherung und Pflege

■ Ursprünge des Sozialstaats und des Systems der sozialen Sicherung

Der deutsche Sozialgedanke hat seine Wurzeln im 19. Jahrhundert. Nachdem die Industrialisierung die Familiensysteme verändert, die Gesellschaft sich gespalten und die Diskrepanz zwischen arm und reich sich verschärft hatte, führte bereits Otto von Bismarck ein Solidarsystem ein, welches die Arbeiter im Falle von Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter absichern sollte. Damit schuf er die Grundlage für das seit 1949 im Grundgesetz verankerte Postulat des Sozialstaats⁶.

Mit den fünf Säulen der sozialen Sicherung ist das gesellschaftliche Zusammenspiel von Familie, Zivilgesellschaft, privater und betrieblicher Vorsorge, gesetzlicher Rente sowie der Grundsicherung gemeint.⁷

Darüber hinaus legt das Grundgesetz mit Artikel 28⁸ das Recht in kommunale Hände, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft selbst zu regeln. Damit übernimmt die Gemeinde die Pflicht zur Daseinsvorsorge und die Aufgabe zu planen, zu regeln und zu steuern.

■ Die zwölf Sozialgesetzbücher

Die soziale Sicherung findet sich heute in den zwölf Sozialgesetzbüchern wieder:

SGB I	Allgemeiner Teil	1. Januar 1976
SGB II	Grundsicherung für Arbeitsuchende	1. Januar 2005
SGB III	Arbeitsförderung	1. Januar 1998
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung	1. Januar 1977
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung	1. Januar 1989
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung	1. Januar 1992
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung	1. Januar 1997
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe (neue Bundesländer)	3. Oktober 1990
	(alte Bundesländer)	1. Januar 1991
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	1. Juli 2001
	(Neufassung)	1. Januar 2018

⁶ Art.20 GG

⁷ www.soziale-sicherheit.de

⁸ Art.28 Abs.2 GG

SGB X	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz	1. Januar 1981
		1. Januar 1983
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung	1. Januar 1995
SGB XII	Sozialhilfe	1. Januar 2005

Weitere relevante Gesetze im Rahmen der Alterssicherung:

WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz	1. Oktober 2009
------	------------------------------------	-----------------

■ Die Pflegeversicherung (SGB XI)

Die Pflegeversicherung stellt keine umfassende Vollversorgung dar, sondern ist im Sinne eine „Teilkasko“ eine Unterstützungsleistung, die die Mitwirkung der Pflegebedürftigen und des sozialen Umfeldes voraussetzt.

Das Bundesgesetz zur Pflegeversicherung wurde durch mehrere Änderungsgesetze weiterentwickelt:

PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz (Einführung der Pflegestufe 0)	1. Januar 2013
PSG I	Pflegestärkungsgesetz I (Erhöhung der Leistungen, Tages-/Nachtpflege)	1. Januar 2015
PSG II	Pflegestärkungsgesetz II (Einführung der Pflegegrade)	1. Januar 2017
PSG III	Pflegestärkungsgesetz III (Stärkung der Kommune)	1. Januar 2017
PpSG	Pflegepersonalstärkungsgesetz (mehr stationäre Personalstellen)	1. Januar 2019

■ Landesgesetze für die Pflege in Rheinland-Pfalz

LPflegeASG	Landesgesetz zur Stärkung der pflegerischen Angebotsentwicklung (Einführung der Pflegestrukturplanung und der Pflegekonferenzen)	1. Januar 2005
LWTG	Landesgesetz für Wohnformen und Teilhabe (Weiterentwicklung des Heimgesetzes)	1. Januar 2010

■ Daseinsvorsorge in der Kommune

Mit dem Sozialstaat ist die Verpflichtung der Kommune zur Daseinsvorsorge verbunden, das heißt sie muss die Grundversorgung an zum Dasein erforderlichen Gütern und Dienstleistungen sicherstellen.⁹ Darüber hinaus besteht die politische Forderung nach Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse.

In einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz weisen die Regionen starke Unterschiede in der Siedlungsqualität, Möglichkeit zur Einkommenserzielung, Verkehrsanbindung und Versorgung

⁹ Wikipedia „Öffentliche Aufgaben“: „Kernstück der öffentlichen Aufgaben ist die kommunale Daseinsvorsorge“, nach Art. 107 AEUV (Vereinbarung über die Arbeitsweise der Europäischen Union)

auf, so dass die Daseinsvorsorge die regionalen Chancen und Möglichkeiten als Ausgangspunkt nehmen muss.

■ Entstehung der Sozialberichterstattung

Die Sozialberichterstattung wertet Sozialstatistiken als Grundlage für eine bedarfsgerechte Sozialplanung aus. Wie eingangs dargestellt hat sich die Sozialplanung verändert und weiterentwickelt. Sie stützt ihre Planung nicht nur auf zahlenbasierte Aspekte („Containermodell“) sondern bezieht qualitative Aspekte ein („Habitatmodell“). Die sogenannten Sozialräume sind Ausgangspunkt regional angepasster, sozialer Infrastruktur und Interventionen.

■ Pflegeberichte der Bundesregierung

§10 SGB XI verpflichtet die Bundesregierung dazu, regelmäßig über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den aktuellen Stand der pflegerischen Versorgung bundesweit zu berichten. Die Berichte werden alle vier Jahre neu aufgelegt.¹⁰

■ Altenberichte der Bundesregierung

Seit 1993 lässt die Bundesregierung von der Altenberichtscommission, in die führende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler berufen werden, einen bundesweiten Altenbericht erstellen. Er wertet Daten des Statistischen Bundesamtes aus, erfasst demografische Dynamiken und innovative Trends. Die Ergebnisse führt die Altenberichtscommission zusammen und formuliert eine Empfehlung für die Sozial- und Pflegestrategie der Politik. Seit 1993 entstanden die folgenden Altenberichte der Bundesregierung¹¹:

- Erster Altenbericht (1993): Die Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland
- Zweiter Altenbericht (1998): Wohnen im Alter
- Dritter Altenbericht (2001): Alter und Gesellschaft
- Vierter Altenbericht (2002): Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger
- Fünfter Altenbericht (2006): Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft
- Sechster Altenbericht (2010): Altersbilder in der Gesellschaft
- Siebter Altenbericht (2016): Sorge und Mitverantwortung in der Kommune
- Achter Altenbericht (2020): Ältere Menschen und Digitalisierung

¹⁰ Pflegeberichte der Bundesregierung: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/pflegeberichte.html>

¹¹ Geschäftsstelle des Pflegeberichts im Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA), www.dza.de/politikberatung/geschaeftsstelle-altenbericht/die-bisherigen-altersberichte.html

2.1.2 Zielgruppen der Pflegeversicherung

Zielgruppen der Pflegeversicherung sind Menschen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung der Selbständigkeit, die auf Hilfe von anderen angewiesen sind. In der Praxis muss in Einzelfällen die Abgrenzung zur Definition der Behinderung diskutiert werden, da auch das SGB IX formuliert, „wenn ... seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen ... sie an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ und dieser Zustand dauerhaft von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.¹²

Bei der Zielgruppe der Pflegeversicherung ist demnach das Alter mithin ein Indikator. Die altersbedingte Verringerung der Leistungsfähigkeit sowie das Nachlassen der Sinne können Hilfe und Pflege erforderlich machen. Welche Leistungen der Pflegeversicherung welchem Hilfebedarf gegenüberstehen, wird in den aktuellen Begutachungskriterien geregelt, nach denen der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) seine Einstufung in fünf Pflegegrade vornimmt.

Ein bestimmtes Alter ist für einen Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung nicht festgelegt. Dennoch geben Förderprogramme häufig eine Richtung vor, indem sie beispielsweise Anreize setzen für barrierearmen Wohnungsbau gekoppelt mit einer Belegungsverpflichtung für Bewohnerinnen und Bewohner über 60 Jahren.

Zielgruppe / Leistungen	< 60 Jahre (Chronische Krankheit oder Behinderung)	≥ 60 Jahre (Alter)	≥ 80 Jahre (Hochaltrigkeit)
SGB XI	begutachtet, mit Pflegegrad	begutachtet, mit Pflegegrad	begutachtet, mit Pflegegrad
Keine oder Hilfe zur Pflege	ohne Pflegegrad	ohne Pflegegrad	ohne Pflegegrad

■ Individuelle Erfordernisse für eine Pflegestrukturplanung

Individueller Hilfebedarf	Individuelle Gründe
Kontakt und Zugehörigkeit	Alter Hochaltrigkeit Gebrechlichkeit Behinderung im Alter Demenzielle Veränderung
Unterstützung im Alltag	
Hauswirtschaft	

¹² §14 SGB XI

Pflege	Alleinstehend im Einpersonenhaushalt Zu wenig finanzielle Eigenmittel Schlecht angepasste Wohnverhältnisse
Häusliche Krankenpflege (SGB V)	(chronische) Krankheit

2.1.3 Ressourcen für eine Pflegestrukturplanung

Bei den Ressourcen, die bei der Berichterstattung erfasst werden, geht es um unmittelbare Dienstleistungen der Pflege und sowie im Vor- und Umfeld der Pflege. Dabei spielen neben den Fachdiensten auch die anderen Säulen des Sozialstaats, die Familie und die Zivilgesellschaft (siehe Kapitel „Soziale Sicherung und Pflege“ eine Rolle.

■ Strukturelle Potentiale für eine Pflegestrukturplanung

Fach-Dienstleistungen	Strukturen	Trends / Dynamiken
Stationäre Pflege	Familie	Veränderung der Alterspyramide (Demografie)
Ambulante Pflege	Nachbarschaft / Gemeinwesen	Strukturwandel auf dem Land (Abwanderung, Alterung)
Teilstationäre Pflege	Selbsthilfe	Strukturwandel in der Stadt (Urbanisierung, Gentrifizierung)
Hauswirtschaft	Netzwerke	Altersarmut
Unterstützende Angebote im Alltag	Beratung	Strukturwandel in der Familie (mehr Einpersonenhaushalte)
Einrichtungen nach BTHG	Stimmung bzw. Motivation zum Ehrenamt	Strukturwandel der Arbeit (Globalisierung, Digitalisierung)
	Dienstleistung (Kapazität, Qualität)	Individuelle Ansprüche

Bei der Beschreibung der Ressourcen geht es außer der generellen Verfügbarkeit auch um Kapazitäten und Auslastung, um Qualität und um das Aufdecken von Lücken in der Versorgung.

2.1.4 Der siebte Altenbericht: Handlungsfelder der Daseinsvorsorge im Alter

Die Kommission des Siebten Altenberichts¹³ veröffentlichte Oktober 2017 ihre Empfehlungen unter dem Titel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“. Damit ist der Hinweis auf das Pflegestärkungsgesetz III gegeben, das die Kommune in neuer Verantwortung sieht und ihr eine gestaltende Rolle in der Pflege zuschreibt. Das Verständnis von Subsidiarität, das bisher freien Trägern den Vorrang bei der Erledigung sozialer Aufgaben einräumte, wandelt sich.

Kooperation und Vernetzung seien die Arbeitsprinzipien für die Planung auf kommunaler Ebene. Daseinsvorsorge habe zum Ziel, bei der Angebotsentwicklung dem Wunsch der Menschen nach Teilhabe und Selbständigkeit zu entsprechen. Verantwortlich seien nicht nur Sozialverbände und private Träger, sondern die Kommune nehme wieder eine stärkere Rolle ein und die Selbsthilfekräfte unterschiedlicher Zielgruppen sollten mehr Raum bekommen. Selbst das Alter wird nicht mehr nur als eine Phase der Hilfsbedürftigkeit betrachtet, sondern als Lebensphase, die zur Sorge in der Kommune beitragen kann.

Die von der Kommission des Siebten Altenberichts definierten Kerngedanken legen ein umfassendes, neues Altersbild zugrunde, verbunden mit modernen Strategien der Planung im Sozialraum.

Zum Kernarbeitsfeld der Pflege und Sorge kommt die Schnittstelle zur Gesundheitsversorgung und zum Thema Wohnen und Wohnumfeld hinzu, welches bisher überwiegend dem freien Markt überlassen war – abgesehen von einigen kommunalen Wohnungsunternehmen mit Versorgungsauftrag oder der sozialen Wohnraumförderung.



¹³ BMFSFJ, Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts. Oktober 2017. www.siebter-altenbericht.de. Das Schaubild wurde von der Servicestelle Pflegestrukturplanung in Anlehnung an den 7. Altenbericht erstellt.

In der Pflegestrukturplanung liegt die Kernkompetenz im Fachgebiet der Pflege und Sorge. Da zurzeit der Sozialraum starken demografischen Veränderungsprozessen unterworfen ist, muss die Planung vernetzt denken. Grundlage für den Verbleib im Wohnumfeld ist die häusliche Wohnsituation und die Einbindung in familiäre oder nachbarschaftlich sorgende Netzwerke. Die Gesundheitsversorgung sowie die Alltagsversorgung in erreichbarer Nähe oder unterstützt durch ÖPNV oder andere Mobilitätskonzepte gehören ebenfalls zur Grundausstattung. Die Planung der Rahmenbedingungen in der Pflege und Sorge ist daher ein vernetztes Fachgebiet, das Schnittstellen pflegen muss.

Hinter den Kernbereichen stehen teilweise die sozialen Sicherungssysteme des SGB XI, SGB V sowie SGB XII. Teilweise entstehen neue Zuständigkeiten und Förderungen für regional vernetzte Projekte.

Schnittstellenkompetenz	Kernkompetenz	Schnittstellenkompetenz
„Gesundheitsversorgung und Prävention“ SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	„Pflege und Sorge“ SGB XI – Soziale Pflegeversicherung	„Wohnen und Wohnumfeld“ SGB XII – Sozialhilfe SGB IX – Teilhabe behinderter Menschen LWTG – Wohnformen und Teilhabe LWoFG – Soziale Wohnraumförderung usw.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulante medizinische Versorgung ■ stationäre medizinische Versorgung ■ Therapie ■ Apotheken ■ Prävention ■ Hospiz- und Palliativversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Familienpflege ■ Ambulante Pflege ■ Stationäre und teilstationäre Pflege ■ Hauswirtschaft ■ Unterstützung im Alltag ■ Beratung ■ Aufsuchende Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Barrierefreies Wohnen ■ Günstiges Wohnen / Wohnen zur Miete ■ Wohnen mit Dienstleistung ■ Quartiersmanagement ■ Wohn-Pflege-Gemeinschaften ■ Gemeinschaftliches Wohnen und Wohnprojekte ■ Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
Sozialraum (fließende Übergänge zwischen Wohnen und Dienstleistung)		
<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">■ Engagement, Ehrenamt <li style="width: 50%;">■ Nachbarschaft(shilfe) <li style="width: 50%;">■ Selbsthilfe <li style="width: 50%;">■ Netzwerke <li style="width: 50%;">■ Dienstleistungen aus Bürgerhand 		

2.2 Kernkompetenz: Planung der Pflege und Sorge

Die Pflegestrukturplanung ist in der kommunalen Verwaltung angesiedelt. Ihre Kernaufgabe ist das Handlungsfeld der „Pflege und Sorge“, das von den pflegepolitischen Hintergründen auf Bundes- und Landesebene über die Leistungen der Pflegeversicherung bis zur regionalen Dienstleistung reicht. Dabei hat sie Fachdienste ebenso im Blick wie das zivilgesellschaftliche Engagement. Die Schnittstellenthemen „Gesundheitswesen“ und „Wohnen“ beeinflussen die regionale Versorgungsqualität, und berühren deshalb die Kernkompetenz der Pflegestrukturplanung am Rand.

Als Grundannahme für eine gelingende „Pflege und Sorge“ werden drei Pflegesettings beschrieben:

2.2.1 Häusliche Pflege / Pflege in der Familie

Nach der Eingruppierung in einen Pflegegrad sind die unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen leistungsberechtigt gegenüber der Pflegeversicherung. Art und Umfang regelt das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).

Entscheiden sich die Betroffenen oder Familien für die Geldleistung, erbringen sie die erforderlichen Leistungen selbst. Im Rahmen des §38 Abs.3 SGB XI ist geregelt, dass in diesem Fall ein ambulanter Dienst in größeren Abständen die häusliche Situation begutachtet, Bedarfe feststellt und für die Anpassung der Pflegeleistungen anregt oder veranlasst.

In der häuslichen Pflege wie auch in der ambulanten Pflegesituation ist die Nutzung von alltagsunterstützenden Angeboten (§45 SGB XI) oder Dienstleistungen des Ehrenamts wie Besuchs- und Begleitdienste, familienentlastende Angebote und regionale Netzwerke der Selbsthilfe erforderlich, um die Situation längerfristig zu stabilisieren und leistbar zu machen.

Die Sozialraum- oder Wohnumfeldentwicklung sorgt vor allem für gute Information und Beratung sowie für die Entlastung der pflegenden Angehörigen. Angebote der Selbsthilfe, Nachbarschaftsinitiativen, Entlastungsgespräche, Mittagstische oder Tagesbetreuung richten sich an die Familien, die Pflege selbst übernehmen.

2.2.2 Ambulante Pflege / Pflege-Mix

Entscheiden sich die Betroffenen oder Familien für die Kombination aus Geldleistung und Sachleistung, beziehen sie einen Teil der Pflegeleistungen über einen ambulanten Pflegedienst; die übrigen Leistungen organisieren sie auf privatem Weg.

Oder die Entscheidung fällt ganz zugunsten der Sachleistungen, dann übernimmt der Pflegedienst die Verantwortung.

Ambulante Pflege umfasst Leistungen der Hauswirtschaft, Grundpflege oder Behandlungspflege, die ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. In der Praxis gibt es große Bedarfe an hauswirtschaftlichen Angeboten zu bezahlbaren Preisen.

2.2.3 Teilstationäre Pflege / Stationäre Pflege

Die teilstationäre Pflege ist in der Praxis oft eine Übergangssituation. Wo die tägliche Versorgung und Beaufsichtigung erforderlich, in der Familie aber nicht zu leisten ist – beispielsweise wegen Berufstätigkeit –, dort werden die Sachleistungen für teilstationäre Angebote eingesetzt, bei denen die Betroffenen zuhause abgeholt und wieder gebracht werden. Sie übernachten zuhause, verbringen den Tag aber in der Einrichtung, die alle Leistungen bis Pflegegrad 5 erbringen kann.

Stationäre Pflege wird dort in Anspruch genommen, wo die eigenständige Haushaltsführung nicht mehr möglich ist oder die Situation nicht ausreichend durch Familie und Wohnumfeld gestützt werden kann.

Die Weiterentwicklung der (teil-)stationären Pflege wird in der Öffnung ins Quartier gesehen. Sie verfüge über eine leistungsfähige hauswirtschaftliche Organisation, die andere Zielgruppen aus dem Stadtteil mitnehmen kann. Mittagstische mit Kindern, Quartierscafé im Speisesaal, Wäschereiangebote, Nutzung der Begegnungsflächen durch Vereine sind Impulse, die noch weitergedacht werden können. Die behutsame Öffnung in Richtung der Wohnbevölkerung im Stadt- oder Ortsteil kann neue Qualitäten erschließen.

2.2.4 Bundesweite Trends

Der demografische Wandel mit seiner Veränderung der Lebens- und Arbeitsverhältnisse trägt dazu bei, dass die Versorgung im Alter sich weiterhin weg von der Pflege im Familienverbund hin zur Dienstleistung entwickelt. Das ist einerseits mit der Veränderung der Familiensysteme, einem Kostenanstieg in der Pflegeversicherung sowie mit Kapazitätsfragen bei den Dienstleistern verbunden. Andererseits bietet eine Dienstleistung nicht die niedrigschwelligen Unterstützungen einer familiären Hilfe, dafür aber den professionellen Blick auf die Pflegesituation.

Gleichzeitig steigt bei den Betroffenen der Wunsch, solange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu bleiben und den harten Übergang in eine stationäre Rundumversorgung solange wie möglich hinauszuzögern. Der Trend zu Klein- und Kleinsthaushalten läuft dem entgegen und erhöht eher die Hilfebedarfe, begleitet von der demografischen Veränderung der ländlichen Räume, dem Infrastrukturwandel sowie dem Kostendruck in den Ballungszentren.

Die Idee, die Angebote der Pflege durch marktwirtschaftliche Entwicklungen regeln zu lassen, kommt an diese Stelle dem Kundeninteresse nicht entgegen. Eine Marktorientierung führt zu

eher größeren Einheiten und stationärer Versorgung, während die Menschen lieber in der gewohnten Umgebung bleiben, auch wenn es beschwerlich ist. Hier setzen die Pflegestärkungsgesetze an, sie stärken die Rolle der Kommune.

Die Aufgabe der Daseinsvorsorge liegt in kommunaler Hand. Mit zunehmender Ambulantisierung muss eine gut ausgebaute Präventions- und Beratungslandschaft im Wohnumfeld heranwachsen, um der Daseinsvorsorge weiter Rechnung zu tragen.

2.2.5 Nachhaltige Entwicklung durch regionale Planung

Ziel ist es, fließende Übergänge zwischen der häuslichen Lebenssituation, unterstützenden Netzwerken und professioneller Dienstleistung zu schaffen. Ziel der Pflegegesetzgebung ist es, die Rolle der Kommune zu stärken und nachhaltige Entwicklungen mit regionalem Charakter auf den Weg zu bringen.

Die kommunale Pflegeberichterstattung bietet hierfür die Grundlage. Die Kommunikation mit Leistungserbringern, Ehrenamt und Nachbarschaftsnetzwerken ist der Ausgangspunkt, um kreative Ideen, zupackende Hände und Verbündete für die Weiterentwicklung des Sozialraums zu finden.

2.3 Schnittstellenkompetenz: Wohnen und Wohnumfeld

2.3.1 Wohnen im Alter

Mit dem Begriff Alter verbindet sich zum Beispiel Lebenserfahrung, freie Zeit (Ruhestand), größere Bedeutung des Zuhauses, sinkendes Einkommen, nachlassende körperliche Kräfte (Gebrechlichkeit), kleinere Aktionsräume (kurze Wege), größere Bedeutung der Familie und privaten Netzwerke, Hilfebedarfe im Haushalt, Unterstützung im Alltag und mehr.

Handlungsleitend bei der Planung von Wohnangeboten sind Barrierearmut und -freiheit, Verfügbarkeit von Ansprechpartnern oder Unterstützungsdiensten im Wohnumfeld (Betreutes Wohnen), ambulante Dienstleistungen und (teil-) stationäre Wohnangebote in unterschiedlichen Preissegmenten. Diese Wohnangebote wurden in der Vergangenheit – abgesehen von einigen privaten Leuchtturmprojekten – von Sozialverbänden, Wohnungswirtschaft, privaten Pflegediensten und Heimträgern angeboten. Inzwischen entwickeln sich - besonders im ländlichen Raum – eine Vielzahl von Kümmererprojekten und Unterstützungsangeboten durch bürgerschaftliches Engagement.

2.3.2 Partizipation im Gründungsprozess

Neue Wohnformen entstehen im Prozess, d.h. Bauherren und Bewohner sind entweder dieselben Personen oder im intensiven Dialog. In der späteren Wohnphase werden Aspekte von

Selbstorganisation, Nachbarschaftshilfe und Gemeinschaftsbildung im Wohnumfeld umgesetzt Sozial- und wohnraumbezogenes Engagement findet statt und wird dauerhaft durch schriftliche Vereinbarungen ermöglicht.

Im Ergebnis sind zu beobachten: wohnortnahe Versorgungsstrukturen, stabile Bewohnerstrukturen, hohe Wohnzufriedenheit, Lebensqualität durch Kommunikationsstrukturen, Anpassungsfähigkeit des Wohnumfeldes auf sich verändernde Bedarfe, günstige Effekte in Hinblick auf Wohn- und Nebenkosten.

2.3.3 Neue Wohnformen

Seit Einrichtung der Landesberatungsstelle Neues Wohnen Rheinland-Pfalz (2015) nehmen die Neuen Wohnformen einen wachsenden Stellenwert in der Versorgungsstruktur von Städten und Dörfern ein. Private, kommunale und ehrenamtliche Initiativen gaben den Anstoß für Wohnen mit Gemeinschaftssinn. Die soziale Nachhaltigkeit gilt inzwischen als erwiesen und die Gründungsprozesse sind nachvollziehbar. Zur besseren Unterscheidbarkeit der Zielgruppen unterschiedlicher Wohnformen schlägt die Landesberatungsstelle die nachfolgende Definition vor.

■ **Gemeinschaftliche Wohnlösungen für Menschen mit Unterstützungsbedarf (Wohn-Pflege-Gemeinschaften)**

Laut Gesetz (LWTG) dürfen in einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft maximal 12 Bewohnerinnen und Bewohner leben; es gibt private Zimmer und gemeinsame Wirtschaftsräume (Küche, Wohn- und Aufenthaltsbereich). Im Unterschied zur stationären Versorgung gilt die geteilte Verantwortung; es gibt getrennte Verträge für Vermietung und Dienstleistung der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft. Bewohnerrat und Dienstleister sind als Kooperationspartner organisiert (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft), sie organisieren das gemeinschaftliche Leben im Alltag.

Bei selbstorganisierten Wohn-Pflege-Gemeinschaften (WPG) gilt: die Bewohner/innen bzw. der gesetzlichen Vertreter/innen haben das Hausrecht, d.h. sie wählen die Mitbewohner/innen aus und beauftragen die Kooperationspartner.

- Selbstorganisierte WPGs sind nicht meldepflichtig nach LWTG¹⁴.
- Trägergeführte WPGs sind meldepflichtig nach §5 LWTG¹⁵.

¹⁴ LWTG = Landesgesetz für Wohnformen und Teilhabe in RLP von 2010

¹⁵ Meldepflichtige WPGs finden sich unter www.onlinesuche.rlp.de oder www.sozialportal.rlp.de.

■ **Dorfgemeinschaftsprojekte / Dorfmitteprojekte**

Im ländlichen Raum geht es vor allem um Alternativen zum Wohnen im Einfamilienhaus, wenn der Platzbedarf im Alter weniger wird. Auf der Ebene der Ortsgemeinden entstehen erste Konzepte für Dorfgemeinschaftsprojekte:

Die Gemeinde übernimmt Projektverantwortung und plant Geschosswohnungsbau mit barrierefreien Mietwohnungen, kleine Wohnungszuschnitte, bezahlbare Preise, wenn möglich sogar gefördertem Wohnungsbau. Diese „Dorfmitteprojekte“ haben meist eine Größenordnung von 10-15 Wohnungen mit Zusatzflächen.

Im Haus integriert werden Mehrzweckräume wie Gemeinschaftsraum oder gemeinsame Wirtschaftsräume (Werkstatt, Hauswirtschaftsraum etc.).

Das Gebäude kann mit Gewerbeflächen oder Büroflächen für Dienstleister kombiniert werden, die Unterstützungsangebote wie Hauswirtschaft oder Betreuung organisieren oder ambulante Dienstleistungen der Pflege, Reha oder Gesundheitsvorsorge in der Nachbarschaft vorhalten.

Die Integration in die Dorfgemeinschaft gelingt durch den Aufbau von Kümmererstrukturen oder Unterstützungskonzepte (sorgende Gemeinschaft, Hausmeisterdienste oder Betreuung).

Da Investoren im ländlichen Raum selten sind, organisieren die ersten Gemeinden eine genossenschaftliche Gemeinschaftsfinanzierung, oder sie gründen Bürgerstiftungen.

■ **Generationenübergreifende Quartiersprojekte in der Stadt**

Quartiersprojekte sind eine Mischung aus kommerziellen und privaten, organisierten und nicht-organisierten Akteuren (kommunales Wohnungsunternehmen, Baugruppen, Dienstleister, Vereine, Bewohner/innen), zielgruppengerechter Wohnraum und Kommunikationskonzept.

Als wesentliche Merkmale haben sich folgende Bausteine erwiesen:

- Barrierefreie / -arme Wohnungen, zielgruppenorientierte Größenzuschnitten, gemischte Preissegmente (Wohnungsunternehmen)
- Begegnungsräume und Bewohnercafé („Stadtteil-Wohnzimmer“)
- Ansprechpartner vor Ort (Quartiersmanager/in, Quartiersbüro)

Quartierskonzepte sollten auf ganzheitliche Denkansätze fußen, ein Kommunikationskonzept für Bewohnerbeteiligung enthalten und unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Gemischte Größenzuschnitte und unterschiedliche Kostensegmente der Wohnungen sorgen für den Zugang einer bunten Gesellschaft von Bewohnerinnen und Bewohner. Damit die unterschiedlichen Lebenslagen und Hintergründe gut zusammenfinden, ist Quartiersmanagement unabdingbar.

Beim Bielefelder Modell ist es gelungen, die Präsenz eines Pflegedienstes im Quartier zu ermöglichen, indem zusätzlich zur Versorgung der alten Menschen eine Mindestzahl an Belegwohnungen für behinderte Menschen zur Verfügung stand. Die langfristigen Versorgungsbedarfe sichern den Grundumsatz und stellen im Stadtteil erhöhten Service durch den anwesenden Pflegedienst bereit.

Über das Quartiersmanagement und die Verfügbarkeit eines Treffpunkts (Bewohnercafé) lassen sich häufig Nachbarschafts(hilfe)vereine entwickeln, die bürgerschaftliches Engagement bündeln und Hilfe für das Quartier organisieren.¹⁶

Darüber hinaus ist es denkbar, den Quartiersansatz als offenes Denkmodell zu verstehen, in dem nicht nur Bausteine wie Pflegedienst und Wohncafé integriert sind, sondern auch Baugemeinschaften, Mietervereine, Wohn-Pflege-Gemeinschaften und Quartiersmanagement.

■ **Gemeinschaftliche Wohnprojekte und Baugemeinschaften**

Charakteristisch für gemeinschaftliche Wohnprojekte ist die Entstehung im Prozess; eine Interessengruppe findet zusammen und plant gemeinsam. Die Wohnfläche teilt sich auf in private und von der Gemeinschaft genutzte Bereiche. Es gibt zweckgebundene Räume zur Gemeinschaftsnutzung, Verfügungsrecht der Gruppe über diese Räume, Handlungsfähigkeit durch Kommunikationsstrukturen innerhalb der Gruppe (interne Wohnkultur).

Die Bewohnervereine oder Baugemeinschaften formulieren ein gemeinsames Wohnziel und verankern es schriftlich in einer Satzung (Vereins-, Genossenschafts-, Stiftungssatzung).

Damit die Gemeinschaften ihr Wohnziel umsetzen können, suchen sie ihre Bewohnerinnen und Bewohner selbst aus. In Genossenschaften ist das gemeinsame Handeln Teil der Satzung. Mietervereine legen ihre Spielräume in einem Kooperationsvertrag mit dem Vermieter fest. Baugemeinschaften können frei entscheiden, ob die gemeinsame Zielsetzung in der Wohnphase fortgesetzt werden soll oder mit dem Bezug der Wohnung endet.

¹⁶ Teilweise finden sich diese Initiativen in der Landkarte des Sozialministeriums unter www.neue-nachbarschaften.rlp.de.

EMPFEHLUNG

Wir empfehlen, die Kategorisierung als Grundlage der Beschreibung und Recherche der Wohnlandschaft anzuwenden.

2.3.4 Sozialraumentwicklung durch Begegnungsräume

Neue Wohnformen vollziehen den seit langem geforderten integrierten Planungsansatz von Raumplanung und Stadtplanung. Allerdings überlassen sie die konzeptionelle Planung nicht nur den Profis, sondern die Nutzerinnen und Nutzer planen mit.

Die Konzepte setzen an der individuellen Wohnsituation an und fragen, was muss das Wohnumfeld bieten, damit Lebensqualität entsteht. Dabei werden Begegnungsräume zwischen dem privaten und dem öffentlichen Raum geschaffen, in denen eine neue Wohnqualität entsteht. Durch die Beziehungen zwischen den Hinzuziehenden kehrt die Nachbarschaft ins Wohnen zurück.

Raum hat seine eigene Sprache. Wo keine Begegnungsräume und freie Plätze sind, findet kein nachbarschaftliches Leben statt. Umgekehrt heißt das, öffentliche Räume müssen nicht nur zu Durchgangsorten, sondern zu Begegnungsräumen mit hoher Aufenthaltsqualität werden. Wohnprojekte leben es vor und Quartiersprojekte folgen nach. Mit Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam zu planen fügt den Gestaltungskonzepten neue Qualitäten hinzu und hilft, Nachbarschaft zu gestalten.

2.3.5 Wohnumfeldentwicklung durch Nachbarschaft

Neue Nachbarschaften sind seit 2016 ein eigenes Projekt, mit dem das rheinland-pfälzische Sozialministerium die Gestaltung des demografischen Wandels unterstützt. Erkenntnisse über die Qualitäten von Nachbarschaft sind gewachsen. Nothilfe und Schutz, Geselligkeit und Kontakt sind altbewährte Funktionen der Nachbarschaft.

Aktuelle Konzepte gehen noch weiter und regen an, über mehr Verbindlichkeit, gegenseitige Sorge und bürgerschaftliches Engagement nachzudenken. Kümmererprojekte und Nachbarschaftsvereine bis hin zu gemeinschaftlichen Wohnprojekten entstehen.

2.4 Schnittstellenkompetenz: Gesundheitsversorgung und Prävention

Rheinland-Pfalz ist ein Flächenland, deshalb dominieren in der Gesundheitsversorgung und Prävention vor allem die Themen des ländlichen Raumes. Bundesweiter Trend ist die Überalterung der Hausärztinnen und -ärzte im ländlichen Raum, fehlende Motivation junger Ärztinnen und Ärzte, zur Führung einer Praxis auf dem Land, Bevorzugung von Angestelltenverhältnissen seitens der weiblichen Studienabsolventen. Der Landesentwicklungsplan (LEP IV)

empfiehlt die Stärkung ländlicher Zentren, um die Region dort zu stabilisieren, wo Strukturen abwandern. Die östlichen Bundesländer profitieren derzeit bereits von Anreizen für den ländlichen Raum.

■ „Landarzt-Offensive“

Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in RLP stellte Ende 2018 die „Landarzt-Offensive“ zur Sicherung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum vor. Das Maßnahmenbündel reicht von der Einführung einer Landarztquote, eines Versorgungspraktikums, einer Erhöhung der Medizin-Studienplätze um 13 Prozent bis zum Ende der Legislaturperiode bis zur Regionalisierung der Mediziner-Ausbildung vor.

Die Landarztquote in Rheinland-Pfalz soll gesetzlich verankert werden. Bis zu zehn Prozent der Medizin-Studienplätze in Rheinland-Pfalz sollen an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden, die sich verpflichten, nach ihrer Facharztausbildung für bis zu zehn Jahre in einer unterversorgten Region als Hausärztin oder Hausarzt zu arbeiten.¹⁷

■ „Medizinische Versorgungszentren“ (MVZ)

Nach §95 SGB V handelt es sich bei MVZs um ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen sowohl Vertragsärzte als auch Ärzte im Angestelltenverhältnis praktizieren können. Diese können unterschiedliche ärztliche Fachgruppen vertreten und ggf. mit anderen nicht-ärztlichen Fachgruppen kooperieren wie Physiotherapie, Pflege. Seit 2004 gewinnen sie an Bedeutung.

In RLP stellen sie eine Chance für den ländlichen Raum dar, um die ambulante Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten, weil sie Angestelltenverhältnisse und Teilzeitarbeit ermöglichen, weil sie Sprechstundenvertretungen erleichtern und unterschiedliche Fachrichtungen vorhalten können. Dabei kann ein Krankenhaus beispielsweise als Träger fungieren und sein Leistungsspektrum erweitern (siehe das MVZ in Meisenheim: „Gesundheitszentrum Glantal“). Die Zahl der medizinischen Versorgungszentren ist in RLP von 47 (in 2008) auf 117 (in 2018) angewachsen, d.h. eine Steigerung um 250 % in zehn Jahren.¹⁸

■ Filial- oder Zweigpraxen

Nach § 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V ist eine Filialbildung für von der KV (kassenärztliche Vereinigung) zugelassene Vertragsärzte möglich, sofern diese Zweigstellen von der KV genehmigt

¹⁷ Pressemitteilung des Sozialministeriums vom 28.09.2018, www.msagd.rlp.de

¹⁸ Versorgungsatlas 2018, www.kv-rlp.de

werden. Die Vertragsärzte können die Filiale den örtlichen Erfordernissen anpassen und sogar weitere Ärzte anstellen. Die Verwaltung erfolgt zentral über die Vertragsarztpraxis. Etwa 5 % aller Vertragsärzte in RLP machen bisher davon Gebrauch.¹⁹

■ **Mobile Arztpraxis – „Der Medibus“**

Im Juli 2018 startete der „Medibus“ seine Touren in zwei hessischen Landregionen. In Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen mit DB Regio Bus wurde das Fahrzeug als mobile Arztpraxis ausgestattet in Kooperation, um Versorgungslücken zu schließen und die dort niedergelassenen Ärzte zu unterstützen.

Weil insbesondere älteren Menschen der Weg zum Arzt immer schwerer fällt, kommt hier der Arzt/ die Ärztin zum Patienten. Die ärztliche, künftig eventuell auch die zahnärztliche Grundversorgung, wird gestärkt. Kooperationen sind angedacht mit kommunalen und medizinischen Partnern, Versorgungszentren, Ärztenetzen, Kommunen und Krankenhäusern. Weiterhin eignen sich diese mobilen Praxen für Gesundheitstage im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Aktionen im öffentlichen Gesundheitsdienst wie Impftage oder andere Gesundheitsvorsorge bis zur zahnärztlichen Betreuung von Pflegeheimen.²⁰

Das „Mainzer Modell“ ist ein Arztmobil für die Versorgung von wohnungslosen Menschen.²¹

■ **Die Hausarztassistenz – „VERAH“**

Die Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH) ist eine Zusatzqualifizierung für medizinische Fachangestellte. Sie unterstützen und entlasten den Hausarzt oder die Hausärztin, sie profitieren vom langjährigen Vertrauensverhältnis zu den Patientinnen und Patienten. Die Fortbildung kann berufsbegleitend auf eine medizinische Ausbildung aufgesattelt werden. Der Hausarzt/ die Hausärztin wird nicht ersetzt, sondern sie kann Aufgaben verantwortlich delegieren.

Das Land RLP sieht das Modell VERAH als wichtigen Baustein der Fachkräftesicherung und Versorgungsmodelle im ländlichen Raum.²²

■ **Telemedizin – „Die Digitale Sprechstunde“**

Telemedizin ist ein Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Ge-

¹⁹ Kassenärztliche Vereinigung RLP, www.kv-rlp.de

²⁰ www.kvhessen.de

²¹ www.armut-gesundheit.de

²² www.verah.de und www.msagd.rlp.de / Zukunftsprogramm Gesundheit und Pflege 2020

sundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.

Telemedizinische Methoden finden einen zunehmend breiteren Einsatz in der Patientenversorgung in Deutschland. Das Spektrum dieser modernen Versorgungsformen umfasst mittlerweile nahezu alle medizinischen Fachgebiete.²³

■ **Präventionsprojekt – „Gemeindeschwester^{plus}“**

Die „Fachkraft im Projekt Gemeindeschwester^{plus}“ setzt auf Prävention und ist ein Modellprojekt aus Rheinland-Pfalz. Die Fachkraft sucht vor allem Hochbetagte über 80 Jahren auf, die nicht in einen Pflegegrad eingestuft sind. In Modellregionen wurde erprobt, ob sich durch aufsuchende Arbeit bei hochbetagten Menschen gesundheitsfördernde Ziele erreichen lassen. Die Fachkraft hat eine pflegerische Grundqualifikation und Berufserfahrung in der Pflege. Darüber hinaus erhält sie in einem Schulungskanon Handlungskompetenz in Kommunikation, Gesprächsführung und Netzwerkarbeit.

Zunächst war es für die Fachkräfte eine Herausforderung, nicht selbst pflegerisch einzugreifen, sondern Menschen aufzusuchen, Anamnesegespräche führen und erforderliche Hilfen zu vermitteln. Aus den Gesprächen gingen Engagementprojekte und Kooperationen mit der Kommune und Verwaltung hervor.

Die Fachkräfte arbeiten eng mit den Pflegestützpunkten zusammen und erreichen eine große Zahl von Neubegutachtungen für einen Pflegegrad. Die Besuche werden durchweg positiv aufgenommen. Mit dem Angebot in Form eines Entlastungsgesprächs wirken sie gegen Vereinsamung und Alltagsdepression. Bei Kontakten, in denen Pflege- oder Unterstützungsbedarfe festgestellt werden, wirkten sie situationsverändernd. Der Pflegestützpunkt kooperiert und bindet die hochbetagten Menschen in das Netzwerk der Pflege und Sorge ein.

Durch die Gemeindeschwester^{plus} wurde ein wichtiger präventiver Baustein der wohnortnahen Versorgung geschaffen. Sie füllt die Lücke zwischen der Häuslichkeit und ambulanter Dienstleistung.

■ **„PCM – Patientenorientiertes Casemanagement“ beim Entlassmanagement und der Pflegeüberleitung**

Die Überleitung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Pflegesituation stellt ein großes Thema dar, da punktuell viele Akteure eingebunden sind wie Krankenhäuser, Krankentransportdienste, Hausarzt, Pflegedienst, Angehörige.

²³ www.bundesaerztekammer.de, www.telemedizinportal.com

Die Krankenhausaufenthalte lassen sich häufig nicht vorausplanen, so dass die Versorgungskette spontan anspringen und lückenlos ablaufen muss.

Die kommunalen Pflegestrukturplanerinnen und -planer meldeten Optimierungsbedarfe an, so dass 2017/2018 das Projekt „Patientenorientiertes Casemanagement“ in 13 Kommunen startete. Die Pflegekonferenzen begleiteten das Projekt. In 2019 werden die Ergebnisse vorgelegt.

■ **Fahrdienste für Krankenfahrten**

Beim Entlassmanagement sorgt die behandelnde Klinik dafür, dass der Patient / die Patientin in ihr Pflegesetting zurück gelangt. Sofern dafür eine Krankenfahrt erforderlich ist, werden die regionalen Rettungsdienste damit beauftragt. Da Rettungseinsätze Vorrang haben, ist zeitliche Planung einer Krankenfahrt im Einzelfall manchmal schwierig.

In Hessen hat sich ein privater Krankenfahrdienst gegründet, der derzeit in Rheinland-Pfalz eine große Flächenabdeckung mit Krankenfahrdiensten leistet.²⁴

2.5 Bedeutung der geografischen Lage

2.5.1 Geografische Besonderheiten und regionale Prägung

Mit über 2.200 Ortsgemeinden ist die Planung in Rheinland-Pfalz in weiten Teilen geprägt von ländlichen Strukturen, regionalen Besonderheiten und starkem Wandel. Zugleich fallen viele planerische Entscheidungen auf der Ebene der Ortsgemeinden, die damit eine wichtige Zielgruppe der Pflegestrukturplanung sind. Die Stimmung in der Gemeinde ist ein wichtiger Faktor bei der Gewinnung von Mitstreiterinnen und Mitstreiter für den Aufbruch oder die Beteiligung an Veränderungsprozessen.

EMPFEHLUNG

Wir empfehlen, nach der Auswertung der Pflegestatistik die regionalen geografischen Gegebenheiten in einer Sozialraumanalyse vorzustellen.

2.5.2 Gebietstypen und Infrastruktur

Der rheinland-pfälzische Landesentwicklungsplan (LEP IV)²⁵ unterscheidet verdichtete oder weniger verdichtete Räume mit kompakter oder disperser Siedlungsstruktur. Auf örtlicher

²⁴ Krankenfahrdienst „Senior aktiv“, www.SeniorAktiv-Krankenfahrdienst.de

²⁵ Innenministerium RLP, www.mdi.rlp.de

Ebene unterscheidet er Ober-, Mittel- und Unterzentren, die anhand von Infrastrukturmerkmalen bestimmte Funktionen erfüllen können. Eine Liste der Zentren findet sich im LEP IV, Kapitel „Daseinsvorsorge“, oder in Wikipedia.

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)²⁶ unterscheidet Großstädte (>100.000 EW), Mittelstädte (>20.000-100.000 EW), Kleinstädte (\geq 20.000 EW) und Landgemeinden. Bei der Beschreibung von stadtplanerischen Maßnahmen differenziert das BBSR zwischen Stadtzentrum, innerstädtischem Wohnquartier, Einfamilienhausgebiet, Großwohnsiedlung, Gewerbegebiet, Mischgebiet und Dorf.

2.5.3 Ober-, Mittel- und Unterzentren

■ Definition

Ober-, Mittel- und Unterzentren erfüllen unterschiedliche Alltagsfunktionen, je nachdem mit welcher Infrastruktur sie ausgestattet sind und welchen Versorgungsgrad sie bieten. Der LEP IV formuliert im Leitbild Daseinsvorsorge: „Grundlage für eine gesicherte Daseinsvorsorge ist eine Siedlungsstruktur, die dem Prinzip der dezentralen Konzentration folgt. Grundlage hierfür bildet das Zentrale-Orte-Konzept, denn dieses stellt auch in Zukunft als Standortssystem der Einrichtungen der Daseinsvorsorge das Rückgrat einer effizienten räumlichen Bündelung von Einrichtungen und Dienstleistungen dar.“²⁷

■ Metropolregion

Mainz-Wiesbaden: Metropolregion Rhein-Main

Ludwigshafen-Mannheim: Metropolregion Rhein-Neckar

■ Fünf Oberzentren

Mainz, Kaiserslautern, Ludwigshafen, Koblenz und Trier sind als rheinland-pfälzische Oberzentren definiert. Sie weisen Infrastruktur mit überörtlicher Bedeutung auf. Mainz und Trier sind im rheinland-pfälzischen Wohnungsmarktgutachten als Schwarmstädte qualifiziert worden, das heißt es findet Bewohnerzug nicht nur aus dem Umland, sondern auch auch bundesweit oder darüber hinaus statt.

²⁶ Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, www.bbsr.bund.de

²⁷ LEP IV, RLP, S. 83ff

■ Funktionen der Infrastruktur

Tabelle 5: Orientierungsrahmen für Mindestversorgungsstandards in Bereichen mit unterschiedlicher zentralörtlicher Funktion			
Mindestversorgungsstandards	Zentralitätsstufe		
	OZ ¹	MB ²	MZ ³
Bevölkerung	ca. 100.000 Einwohner ¹		
Erreichbarkeit Zielwert/Zumutbarkeit im motorisierten Individualverkehr (MIV)/im öffentlichen Personenverkehr (ÖV mit Bus- und Schienen personenverkehr)	60/90 min		30/45 min
Gesundheit/Pflege			
- Krankenhaus Grundversorgung (ggf. Fachkrankenhaus)		X	X ³
- Krankenhaus Schwerpunktversorgung (ggf. Maximalversorgung)	X ¹		
- Fachärztehaus			X
- dezentrale stationäre Pflegeeinrichtungen (teilstationär und vollstationär)		X	
Kultur			
- Theater/Orchester (öff. Trägerschaft)	X ¹		
Weiterbildung			
- qualifizierte öff. Bibliothek ⁴		X	X ³
- Volkshochschule und/oder Ortsstelle einer anerkannten Landesorganisation		X	
Bildung			
- Gymnasium/Integrierte Gesamtschule (mit Ganztagsangebot) mit Abschluss Hochschulreife		X	X ³
- berufsbildende Schule		X	X ³
- Fachhochschule/Universität/ Forschungseinrichtungen	X ¹		
Sport			
- Sportstätten überregionaler Bedeutung/ Veranstaltungsstätten	X ¹		
Behörden/Gerichte			
- Amtsgericht		X	X
- Finanzamt		X	1 von 3
- Agentur für Arbeit		X	
- Landgericht	X ¹		
Verkehr			
- Bahnhof, Haltepunkt (RLP-Taktverkehr)		X	X ³
- IC/ICE Haltepunkt	X ¹		

x – notwendige Ausstattung im Regelfall für die jeweilige Zentralitätsstufe

Grafik: LEP IV RLP, S. 89

■ Mittelzentren

Mittelzentren mit Teilfunktionen eines Oberzentrums sind:

Diez-Limburg, Landau (Pfalz), Speyer, Worms, Zweibrücken (mit Homburg).

Reine Mittelzentren sind:

Altenkirchen (Westerwald), Alzey, Andernach, Bad Bergzabern, Bad Dürkheim, Bad Ems, Bad Kreuznach, Bingen am Rhein, Boppard, Dahn, Daun, Diez, Frankenthal, Germersheim, Gerolstein, Grünstadt, Hermeskeil, Ingelheim, Landstuhl, Linz am Rhein, Mayen, Pirmasens, Prüm, Saarburg, Wittlich.

■ Kooperationsregionen

Mittelbereiche	kooperierende Ober- und Mittelzentren
ländlicher Raum	
Bernkastel-Kues/Traben-Trarbach	Bernkastel-Kues, Traben-Trarbach
Bitburg	Bitburg, Neuerburg
Cochem	Cochem, Zell
Idar-Oberstein/Birkenfeld	Baumholder, Birkenfeld, Idar-Oberstein
Kirchheimbolanden	Eisenberg, Kirchheimbolanden, Rockenhausen
Kirn	Bad Sobernheim, Kirn, Meisenheim
Kusel	Kusel, Lauterecken
Simmern	Kastellaun, Simmern, VG Kirchberg
St. Goar/St. Goarshausen	Nastätten, St. Goar, St. Goarshausen
Westerburg/Hachenburg	Hachenburg, Westerburg
Verdichtungsraum	
Betzdorf/Kirchen/Wissen	Betzdorf, Kirchen, Wissen
Kandel/Wörth	Kandel, Wörth
Koblenz/Lahnstein	Bendorf, Höhr-Grenzhausen, Koblenz, Lahnstein, Vallendar
Landau	Anweiler, Edenkoben, Herxheim, Landau
Landstuhl	Landstuhl, Ramstein-Miesenbach
Ludwigshafen	Ludwigshafen, Schifferstadt
Mainz	Mainz, Nieder-Olm, Nierstein, Oppenheim
Montabaur	Dernbach, Montabaur, Wirges
Neuwied	Dierdorf, Neuwied
Neustadt a. d. W.	Haßloch, Neustadt
Trier	Konz, Trier
Verdichtungsraum und ländlicher Raum	
Bad Neuenahr-Ahrweiler	Adenau, Bad Neuenahr-Ahrweiler, Remagen, Sinzig

Grafik: LEP IV Rheinland-Pfalz, S. 86

2.5.4 Praktische Tipps

Für die Pflegestrukturplanung in einem ländlich strukturierten Bundesland wie Rheinland-Pfalz hat sich die Unterscheidung folgender Gebietstypen bewährt:

■ Ländliche Gemeinden

Die dörfliche Lebensgrundlage bilden die Grundversorgung an Lebensmitteln und Alltagsgütern, ÖPNV, Kindergarten, Friseur, medizinische Dienstleistung, ambulante Pflege und Alltagsunterstützung, Apotheke, Post, Friedhof und Kirche. Zur Mindestversorgung im ländlichen Raum informieren die Studien des Berlin Instituts.²⁸

Alarmzeichen sind Leerstand im Dorfkern, Abbau der Bushaltestelle, Schließung des Dorfladens. Wiederaufbau des Dorfladens durch die Dorfgemeinschaft bzw. Fahrdienste und Bürgerbusse stellen die Lebensgrundlagen wieder her.

Besondere Aufmerksamkeit genießen Dörfer unter 2.000 EW, da sie auf Veränderungen besonders sensibel reagieren

■ Ländliche Zentren und Kleinstädte (vgl. Ober- und Mittelzentren)

Die Entwicklungsstrategien in RLP zielen darauf hin, ländliche Grundzentren zu stärken und in den zentrumsfernen Lagen die Mobilität so auszubauen, so dass die Lebensgrundlagen verfügbar werden. Gezielt werden Versorgungs-, Dienstleistungs- und Gesundheitszentren an Standorten konzentriert, die ein regionales Zentrum bilden und von möglichst vielen Orten erreichbar sind.

■ Urbanes Milieu und Großstädte

Das städtische Wohnumfeld ist ein verdichteter und beschleunigter Lebensraum. Schnelle Wechsel in der Nachbarschaft und enge Wohnbebauung mit wenig Begegnungsflächen führen zu entfremdetem Wohnklima.

Mieter- und Nachbarschaftsvereine stellen die nachbarschaftlichen Kontakte wieder her. Ambulante Dienstleister verorten sich im Quartier, Wohnprojekte beleben die Nachbarschaft oder Quartierskonzepte, angeschoben durch Wohnungsunternehmen, stellen kleine Stadtgesellschaften mit lokalem Zentrum her.

²⁸ Berlin Institut, „Vielfalt statt Gleichwertigkeit“ (2014), „Von Hürden und Helden“ (2015)

■ Metropolregionen

Zwei Metropolregionen reichen nach Rheinland-Pfalz hinein: Die Metropolregion Rhein-Main erfasst von Osten her die Stadt Mainz und das südliche Kreisgebiet. Die Metropolregion Rhein-Neckar erfasst von Süden her die Pfalz bis Landau.

Kennzeichen von Metropolregionen sind die Wirtschaftsstärke durch gute Beschäftigungsmöglichkeiten sowie gute Verkehrsanbindungen und stabile Infrastruktur. Der ländliche Raum in der Metropolregion ist für alle Generationen attraktiv und bietet hohe Wohnqualität. Das Bildungsniveau ähnelt urbanen Gebieten, die Peripherie einer Metropole verzeichnet weiterhin steigende Bewohnerzahlen durch überregionalen Zuzug.

■ Besonderheit: Eingemeindete Stadtdörfer

In den Gebietsreformen der 70er Jahre wurden vielerorts Dörfer eingemeindet. Häufig bildet ein historisches Zentrum den Stadtkern; die überwiegende Bevölkerung aber lebt in den eingemeindeten Dörfern, die zu Stadtteilen wurden (Beispiel: Landau, Bingen). Trotz Stadtstatus entsprechen die Bedarfslagen eher dem ländlichen Raum, die Förderthemen sind an den Stadtstatus gebunden.

Die Stadt Landau startete 2017-2019 eine Moderation aller Stadtdörfer, um nach dem Vorbild der Dorfmoderation dort Aktivgruppen zu mobilisieren, die Selbsthilfekräfte bündeln und Infrastrukturprojekte auf den Weg bringen sollten. Durch die Gleichzeitigkeit der Aktivierung in allen Dörfern erreichte die Stadt eine flächendeckende Aufbruchstimmung, die Identität und das Selbstverständnis als Stadtteil wurden gestärkt.

2.5.5 Struktur der Verwaltung

Kreisfreie Städte übernehmen alle Verwaltungsaufgaben in eigener Regie, hier gibt ein Planungsamt, Liegenschaftsamt, Bauamt, Sozialamt usw. Im ländlichen Raum sind laut Kommunalrecht die Selbstverwaltungsaufgaben bei den Ortsgemeinden und die Auftragsangelegenheiten bei den Verbands- und Kreisverwaltungen angesiedelt.

Die Gestaltungshoheit liegt damit bei den Ortsgemeinden, das Ordnungsrecht beim Landkreis. Die Verwaltung übernimmt die Ebene der Verbandsgemeinde in den Abteilungen Bauen, Umwelt, Verkehr und ist damit beispielsweise für die Wasserwerke, Abfallbetriebe oder technische Infrastruktur zuständig.

Für die Versorgung mit Wohnraum bedeutet dies, der Anstoß zu Projekten kommt aus den Ortsgemeinden, bei der Umsetzung ist vor allem die Verbandsgemeinde eingebunden.

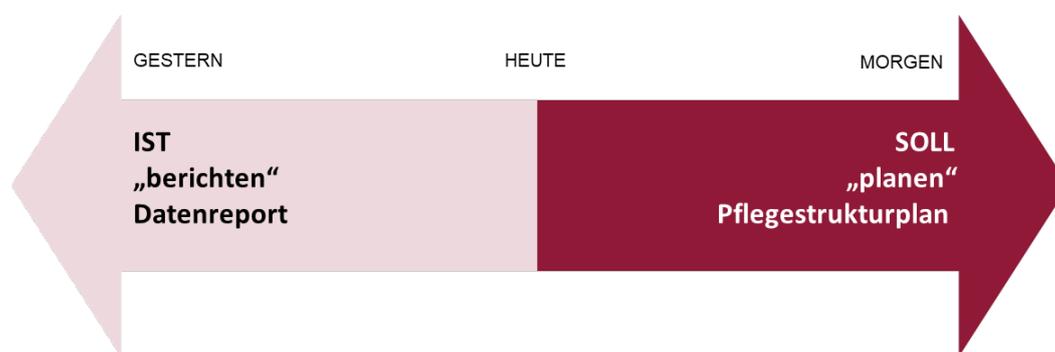
So wie die Pflegestrukturplanung ihre Planung auf eine Sozialraumanalyse baut, geben einzelne Kommunen Wohnungsmarktgutachten in Auftrag als Grundlage der Wohnraumplanung (Mainz, Koblenz). Im ländlichen Raum ist es schwierig, weil Gutachten teuer sind und die

Ortsgemeinden die Genehmigung für dererlei Ausgaben von der Verbandsgemeinde erhalten. Die Kreisverwaltungen wiederum sind für Gestaltungsfragen nicht zuständig, diese fallen unter die Selbstverwaltungsaufgaben.

Gute Beispiele: Die Kreisverwaltung Mainz-Bingen hat sich vom Servicegedanken leiten lassen und 2018 ein Wohnungsmarktgutachten in Auftrag gegeben. Es analysiert die Bedarfslage für die einzelnen Gemeinden im Kreisgebiet. Das Gutachten stellt die Kreisverwaltung den Ortsgemeinden im Sinne einer Planungshilfe zur Verfügung.

3 Grundlagen der Pflegeberichterstattung

Grundlage für Planungen ist es, einen Zustandsbericht zur aktuellen Lage zu erstellen. Er bildet die Ausgangssituation ab und enthält sowohl quantitative wie auch qualitative Beschreibungen. Ergänzend zu Zahlen, Daten und Fakten werden Entwicklungstendenzen erfasst und künftige Bedarfe ermittelt. Auf dieser Grundlage lassen sich Zukunftsvisionen entwickeln und Ziele formulieren.



Grafik: LSJV, Servicestelle

Da die Pflegestrukturplanung auf keinerlei Vorbilder zurückgreifen kann, müssen die Pflegestrukturplanerinnen und -planer in Rheinland-Pfalz die Grundlagen für ihre Planungsprozesse selbst erarbeiten. Dabei können sie sich auf Erfahrungen der Sozial-, Jugendhilfe- oder Psychiatrieplanung stützen, sowie auf die Zusammenarbeit mit der Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung (LSJV).

Die Pflegeberichterstattung wurde 2010 in RLP eingeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Handlungsleitend ist das Prinzip, knapp und pragmatisch zu berichten sowie partizipativ und zielorientiert zu planen.

3.1 Struktur der Dokumentation

Die Pflegeleistungsstatistik blickt in die Vergangenheit und berichtet, was war und gegenwärtig ist. Die „Pflegestrukturplanung“ richtet sich auf die Zukunft und plant, was sein soll.

Die im Zeitraum zwischen 2009-2017 entstandenen 19 rheinland-pfälzischen Datenreporte weisen eine sehr unterschiedliche Struktur auf. Der Perspektivenwechsel und der Vergleich²⁹ der Inhaltsverzeichnisse führte zur Erkenntnis darüber, wie sich die Pflegestrukturplaner/innen einen Pflegebericht vorstellen können, der als Handbuch für den täglichen Gebrauch gut strukturiertes Hintergrundwissen liefert.

²⁹ Diskussion im Kompaktseminar „Datenreport und Pflegestrukturplanung“ vom 14.-15.02.2018 in Bernkastel-Kues, Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung

Vorspann / Einführung

- Grußwort der Landrätin / des Landrats oder der Bürgermeisterin / des Bürgermeisters
- Präambel: Leitbild und Vision (mit welchen Wertekanon und Menschenbild arbeiten wir / welche Herausforderungen sehen wir, wie wird sich der Landkreis in zehn Jahren verändert haben, wie wollen wir dann aufgestellt sein)
- Rahmenbedingungen der Personalstelle Pflegestrukturplanung: Ansprechpartner / Stellenumfang / Arbeitsauftrag bzw. Aufgabenprofil
- Aktueller Arbeitsstand in der Pflegestrukturplanung
- ggf. „auf einen Blick“ - Zusammenfassung und Fazit Teil I+II
- Anmerkung: Die Beschreibung des methodischen Vorgehens eines Dienstleisters ist Teil des Werkvertrages und wird bei der Projektübergabe in einem Sachbericht dargelegt; sie ist nicht Teil der Pflegeberichterstattung.

Teil I: Pflegeberichterstattung / Statistik (Bestandsaufnahme, quantitativ) d.h.

- Leistungsstatistik der Pflege, knapp und übersichtlich
- a) Bestandsaufnahme, nur datengestützte Aussagen, keine Interpretation, nur darstellen – nicht auswerten, Darstellung in Tabellen oder Schaubildern kann ausreichen
- b) Monitoring: Darstellung der Zahlen in der Entwicklung über mehrere Jahre, Darstellung in Tabellen oder Kurven kann ausreichen
- c) (entbehrlich) Bestandsaufnahme in Textfassung (möglichst kompakt am Ende) knapp und prägnant statt ausführlich im Detail, nur darstellend – nicht wertend, dennoch Benennen erster Auffälligkeiten in der zahlenmäßigen Übersicht

Teil II: Sozialraumanalyse (Bestandsaufnahme, überwiegend quantitativ)

- Gebietstyp / regionale Besonderheiten / Siedlungsstruktur / Bevölkerungsdaten / soziale Infrastruktur (Pflege, Wohnen, Sozialraum), Erhebungsgebiet der Pflegestatistik (gesamte Kommune, Schwerpunktgemeinden oder -stadtteile, Aufgliederung in Regionen, ...)

Teil III: SWOT – Bedarfsanalyse (überwiegend qualitativ) d.h.

- Bewertung der Versorgungslage anhand der Stärken-Schwächen Analyse
- Die Statistik verweist auf die Vergangenheit, zur Analyse der aktuellen Bedarfe ist weiterer Input erforderlich; diesen erhält man z.B. durch
- Feedback der Pflegekonferenz, ggf. Zukunftswerkstatt; Ergebnisdokumentation statt Verlaufsprotokoll
- Befragung von Expertinnen oder Experten
- Stichprobenbefragung ausgewählter, kritischer Zielgruppen
- Das Ergebnis zeichnet ein Portrait der Kommune.

Teil IV: Pflegestrukturplanung

Einstieg in den Zielplanungsprozess (für künftige Pflegestrukturen und Bausteine zur Weiterentwicklung des Sozialraums) d.h.

- Leitbild der Organisation (sofern nicht schon in der Präambel vorhanden)
- Vision oder Fernziel
- Zielplanung als moderierter Prozess (Workshops, Zukunftswerkstatt, Sonderpflegekonferenz ...), Dokumentation des Prozesses
- Präsentation der Ziele in anschaulicher Form
- Zuordnung der Ziele zu Handlungsfeldern, Zeitplan, Routinen der Nachverfolgung der Ergebnisse, Evaluation

Teil V: Partizipative Planung – Maßnahmenentwicklung d.h.

- Sozialraumentwicklung durch konkrete Maßnahmen
- Kreativer Kommunikationsprozess, Einsatz von methodengestützter Moderation
- Maßnahmenkatalog und Umsetzungsplanung, Festlegung von Zuständigkeiten
- Projektplanung für größere Maßnahmen, (z.B. zusammen mit temporären Arbeitskreisen, Unterstützung durch Dienstleister)
- Einsatz von Planungstools, siehe Anhang (Excel-Tabelle, ...)

Teil VI: Evaluation und fortlaufende Dokumentation des Arbeitsstands

- Dokumentation des Umsetzungsstands einzelner Maßnahmen (siehe Muster-Tabelle)
- Protokoll der Meilensteine (z.B. Jour fixe mit der Steuerungsgruppe, oder Pflegekonferenz, oder moderierte Expertenrunde), Führen eines Beschlussbuchs
- Evaluation der Ergebnisse
- Projektberichte von Projekten der Sozialraumentwicklung
- Weiterschreiben der Ziele, ggf. Korrekturmaßnahmen
- Ggf. Jahresbericht oder Jahresauftakt-Moderation
- Ggf. Neustart der Berichterstattung

Ein kurz gefasstes Fazit direkt zu Anfang wurde als hilfreich empfunden. Des Weiteren wurde eine Neustrukturierung des Planungsteils angeregt, der aus einer Zielplanung und einem Maßnahmenkatalog bestehen sollte.³⁰

³⁰ Vergleiche als Praxisbeispiele die Pflegestrukturplanung der Stadt Dessau-Roßlau in Sachsen-Anhalt, <http://verwaltung.dessau-rosslau.de/pflege/pflegestrukturplanung.html>

3.2 Art der Dokumentation

Bei den sechs Phasen der Planung kommen unterschiedliche Arten von Dokumentationen zum Einsatz.

Teil I und II enthalten überwiegend quantitative Erhebungen. Bei der Textgestaltung sollte Wert auf die Lesbarkeit gelegt werden, d.h. die Zahlen sollten möglichst in Form von Tabellen und Schaubildern dargestellt werden; sollte eine Textfassung erstellt werden, können die zugrundeliegenden Tabellen im Anhang zusammengefasst werden.

In Teil III kommen qualitative Methoden zum Einsatz. Interviews beispielsweise werden zunächst protokolliert, später ausgewertet. Die Schlussfolgerungen finden Eingang in die Dokumentation, Protokolle gehören in den Anhang oder in ein separates Archiv.

Teil I-III ergeben ein Portrait der Kommune.

In Teil IV startet der Zielplanungsprozess in Form moderierter Workshops und partizipativer Abstimmungsgespräche. Auch hier werden die Primärprozesse in Form von Protokollen dokumentiert und archiviert. Die Zielformulierungen selbst sollten übersichtlich, gut einsehbar und für alle verfügbar gemacht werden. Leitbilder und Zukunftsvisionen können auf Homepages oder in Mitarbeiterversammlungen veröffentlicht werden. Ziele können in Tabellen oder Flussdiagrammen dargestellt, auf Wandzeitungen präsentiert oder auf dem zentralen Firmenserver abgelegt werden. Ziele sollten in einen Zeitplan eingebunden sein und weitergeschrieben werden.

Teil V, die Maßnahmenplanung findet vermutlich in Fachgremien statt, die Maßnahmen können im Überblick als Tabelle (siehe Anhang) gesammelt werden. Kleinere Maßnahmen sind ein einfacher Eintrag in der Aufgabenliste. Umfangreichere Maßnahmen können eigenständige Projekte werden, die ihrerseits einer Planung bedürfen und ggf. von einer externen Moderation begleitet werden.

Teil VI spricht von der Evaluation und Fortschreibung der Dokumentation. Die Bewertung der Ergebnisse führt zu Schlussfolgerungen und weiteren Planungen, sie werden als neue Arbeitsaufgaben festgehalten. Sind die Ziele abgearbeitet oder stellt sich eine Veränderung der Ausgangssituation ein, erfordert dies einen Neustart des Prozesses von Teil II-V.

EMPFEHLUNG

Bei einer Zusammenarbeit mit Dienstleistern sollte eine vertragliche Vereinbarung darüber getroffen werden, in welcher Form die Dokumentation übergeben wird; soll der Text als pdf-Datei oder als offene Word-Datei vorliegen? Sollen die Tabellen und Schaubilder in den Text eingebunden sein oder als offene Excel-Dateien vorliegen? Excel-Dateien eröffnen die Möglichkeit, ein Monitoring herzustellen, d.h. die Zahlenreihe über mehrere Jahre weiterzuschreiben.

Bei der Arbeit mit Zielplanungsprozessen verschiebt sich die Zusammenarbeit mit Dienstleistern weg von der Recherchearbeit hin zur qualitativen Forschungsmethodik, Moderation, Prozess- und Projektbegleitung (siehe auch Kapitel 9).

3.3 Umfang der Dokumentation

Der kommunale Pflegebericht bietet ein umfassendes Bild des Landkreises / der kreisfreien Stadt in Hinblick auf Pflegestrukturplanung. Die übrigen statistischen Größen werden nur dann erneut erhoben, wenn sich die Situation spürbar verändert hat und eine neue Pflegeberichterstattung mit vollständiger Sozialraumanalyse ansteht.

Liegt bereits ein Gesamtbericht vor, kann der Folgebericht Schwerpunkte setzen und beispielsweise einen Stadtteil oder eine Region mit besonderem Handlungsbedarf in den Vordergrund stellen. Oder man wählt einen thematischen Schwerpunkt, der intensiv behandelt werden soll.

Insgesamt strebt die Servicestelle an, die Datenerhebung für den Basisbericht weitmöglichst zu standardisieren. Die wichtigsten Kennzahlen sollten definiert und jährlich weiterverfolgt werden (Monitoring). Die Planung und Vertiefung von Schwerpunktthemen wiederum muss individuell gestaltet werden.

Im Vordergrund sollte stehen, auf „blinde Flecken“ auf der Landkarte zu achten und dort punktuell Daten zu recherchieren. Regionale Bereiche mit besonderem Handlungsbedarf sollten Aufmerksamkeit erfahren.

EMPFEHLUNG

Ziel der Pflegeberichterstattung (Teil I und II) sollte sein, ein praktisches Handbuch für die Arbeit der Pflegestrukturplanerinnen und -planer zu bilden, um Zahlen, Daten, Fakten schnell und übersichtlich zur Hand zu haben. Er sollte knapp und prägnant formuliert sein und Auffälligkeiten benennen. Er sollte nicht so viele Zahlen wie möglich bieten, sondern die wichtigsten Zahlen in den Vordergrund stellen.

3.4 Rahmenbedingungen der kommunalen Pflegestrukturplanung

Das Arbeitsfeld ist aus der Altenhilfeplanung gewachsen und bedient sich der Strategien der Sozialplanung. Die Umsetzung der Pflegestrukturplanung ist auf kommunaler Ebene gewachsen und findet im Erfahrungsaustausch der Servicestelle sowie der Landesarbeitsgemeinschaft ihre Plattformen für Weiterentwicklung. Regional findet die Ausgestaltung der Personalstelle und des Tätigkeitsbereichs noch sehr unterschiedlich statt.

Die Pflegestrukturplanung ist im § 3 des LPflegeASG verankert. Seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2006 gewinnt das Arbeitsfeld sein Profil in der Praxis. Kenntnisse über sozialplanerische Methoden und Projektmanagement sind insofern hilfreich, um den Planungsauftrag und die daraus hervorgehende Umsetzungstätigkeit zu strukturieren und zu gestalten.

■ Verortung im Organigramm

Kommunale Pflegestrukturplanung ist idealerweise als Stabsstelle in der Verwaltung verankert.

■ Stellenumfang und Arbeitsauftrag

Alle Kommunen in RLP haben inzwischen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Pflegestrukturplanung benannt. Die Stellenanteile rangieren häufig noch unter 30 %.

In der Praxis zeigt sich, dass ein Stellenanteil unter 10 % ermöglicht, die wichtigsten Informationen zum Thema Pflege und Pflegestrukturplanung weiterzuleiten. Sofern eine Pflegekonferenz ausgerichtet wird, findet sie häufig in Kooperation mit Nachbarkommunen statt.

Ein Stellenanteil bis zu 30 % ermöglicht schon die Beauftragung eines Dienstleisters mit der Erstellung einer Pflegestatistik sowie die Durchführung einer Stadt- oder Kreispflegekonferenz.

Die Servicestelle empfiehlt einen Stellenumfang von 50 %, um die Pflegestatistik regelmäßig zu erheben, die Zielplanung weiterzuschreiben, eine Stadt- oder Kreispflegekonferenz durchzuführen und eigene Zielplanungsprozesse zu installieren.

Die Umsetzung von Maßnahmen der Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung kann ab 50-75 % Stellenanteil möglich sein.

■ Qualifikation

In der Praxis ist die Pflegestrukturplanung zur Hälfte mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besetzt, die eine verwaltungswirtschaftliche Ausbildung haben, zur Hälfte mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine soziale Ausbildung haben - von wenigen Ausnahmen abgesehen. Eine Verwaltungsausbildung erleichtert den Umgang mit kommunalen Strukturen und Abstimmungsprozessen. Die soziale Ausbildung erleichtert das Initiieren von Projekten der Sozialraumentwicklung und die Steuerung von Kommunikationsprozessen im Praxisfeld.

■ Prioritäten

Projekt- und Personalressourcen sind deutlich begrenzt. Die Aufgabe lautet deshalb, wie kann man die Pflegestrukturplanung mit den vorhandenen Ressourcen optimal umsetzen?

■ Gründung einer Steuerungsgruppe in der Verwaltung

Die Umsetzung sozialraumbezogener Maßnahmen und struktureller Veränderungen muss die Menschen mitnehmen. Projekte müssen von den Gemeinden und ihren Bürgerinnen und Bürgern mitgetragen werden. Um solche Maßnahmen umzusetzen, braucht die kommunale Pflegestrukturplanung Rückenwind durch die Entscheidungsträgerinnen und -träger in der Verwaltung. Deshalb sollte eine Steuerungsgruppe gegründet werden, die die Ziele und den Maßnahmenkatalog verabschiedet und Budgets für die Umsetzung in den Haushalt stellt.

EMPFEHLUNG

Wir empfehlen, in der Pflegestrukturplanung die Beschreibung der regionalen Rahmenbedingungen für Pflegestrukturplanung wie zum Beispiel die Stellenbeschreibung, die Verwaltungsorganigramm, Arbeitsauftrag sowie die Routinen bei der Umsetzung der Pflegekonferenz aufzunehmen (Vorspann), damit auch hier Entwicklungen transparent werden.

- Wer sind die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Pflegestrukturplanung in der Kommune?
- Wie hoch sind die Stellenanteile?
- Wie lautet der Arbeitsauftrag / Projektauftrag?
(Bestandserhebung und Bedarfsermittlung Pflege, Organisation der Pflegekonferenz, Erstellung eines Pflegestrukturplans und eines Maßnahmenkatalogs, ...)?
- Welches Ressourcenziel muss eingehalten werden?
- Wer ist die Steuerungsgruppe, d.h. wer sind die Entscheider?
- Wer ist das Arbeitsteam oder der Planungszirkel?
- Wo findet das Kundenfeedback bzw. Kollegen-Feedback statt (Pflegekonferenz, Arbeitskreise)?

3.5 Zusammenarbeit mit Ortsgemeinden und Stadtteilen

Die Fokussierung von Gebietstypen kann nahelegen, dass die Pflegeberichterstattung aus aktuellem Anlass bis auf die Ortsgemeindeebene bzw. Stadtteilebene heruntergebrochen wird. Es ist nicht zielführend, alle Ortsgemeinden und Stadtteile gesondert darzustellen. Aber dort, wo Maßnahmen geplant sind, lohnt der Blick ins Detail.

Eine Zusammenarbeit mit Ortsgemeinden in der Pflegekonferenz hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Dennoch ist es anlassbezogen sinnvoll, mit den Gemeinderäten der Ortsgemeinden bzw. den Ortbeiräten der Stadtteile zusammen zu arbeiten. Die Ziele der Pflegestrukturplanung müssen kleinteilig weitergetragen und zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen weiterentwickelt werden. Die Pflegestrukturplanung könnte hierzu Gremien auf Verbandsgemeinde-Ebene für die Kommunikation nutzen (Sitzung des Verbandsgemeinderates, Bürgermeisterdienstbesprechung).

4 Empfehlungen zur Bestandsanalyse und Datenerhebung

4.2 Quantitative und qualitative Analyse

Die Internetseite Studi-Lektor³¹ bietet knapp und übersichtlich eine Darstellung der Unterschiede zwischen quantitativer und qualitativer Sozialforschung. Bei der Bestandsanalyse durch Kennzahlenrecherche handelt es sich demnach um ein quantitatives Verfahren. Bei der Bedarfsanalyse durch Befragungen und Auswertung von Feedbacks handelt es sich um ein überwiegend qualitatives Verfahren.

Kriterium	Qualitative Forschung	Quantitative Forschung
Forschungsperspektive	Sicht der Betroffenen steht im Mittelpunkt des Interesses	Sicht aus der Außenperspektive des Forschers
Forschungskontext	„weiche“, realitätsnahe Daten	„harte“, replizierbare Daten
Forschungsprozess	dynamisch	statisch
Theoriebezug	Entdeckung und Entwicklung von Hypothesen und Theorien aus dem Material	Bestätigung von vorab festgelegten Hypothesen
Vorgehensweise	Induktiv, Sinnverstehen	Deduktiv, Messen
Erkenntnisinteresse	Erforschung von Lebenswelten und Interaktionen	Erklären kausaler Zusammenhänge, Verallgemeinerbarkeit von Stichproben auf Populationen
Methode	z. B. Interview, Gruppen-diskussion, qualitative Inhaltsanalyse, Beobachtung	z. B. Versuch, Experiment, Beobachtung

Quelle: www.studi-lektor.de

4.2 Zielgruppen der Pflegeberichterstattung

Aufgrund der Verpflichtung der Kommune zur Daseinsvorsorge richtet sich der Blick der Pflegestrukturplanung auf diejenigen Menschen, die einer Zielgruppe angehören, in der die Unter-

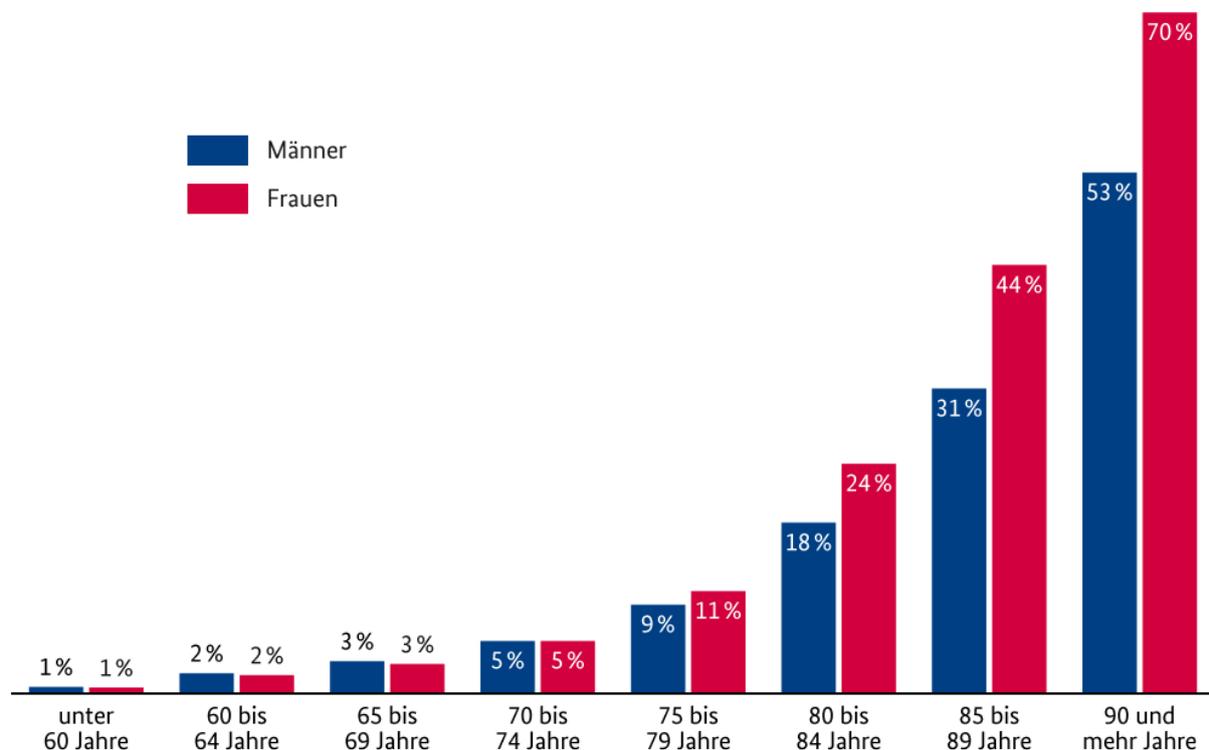
³¹ www.studi-lektor.de; Betreiber: Studi Coach e.V. Hamburg

stützungsbedarfe steigen. Statistisch gesehen wächst der Bedarf an pflegerischen Dienstleistungen mit steigendem Alter. Ein sprunghafter Anstieg ist in der Altersgruppe ab 80 Jahren zu sehen.

Der Bedarf an Alltagsunterstützung und Betreuung wächst bereits in der Altersgruppe ab 60 Jahren. Hausmeisterdienste und Nachbarschaftshilfe ebenfalls. Insofern richtet sich der Blick zunächst auf bestimmte Altersgruppen in der Kommune.

Da besonders im ländlichen Raum Pflege, Betreuung und Unterstützung immer noch zu großen Teilen in der Familie geleistet wird, muss die Analyse auch die Angehörigen sowie die Helferinnen und Helfer der Netzwerke in Ehrenamt und Nachbarschaft im Blick haben.

Anteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung, 2015



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB

© BiB 2017 / demografie-portal.de

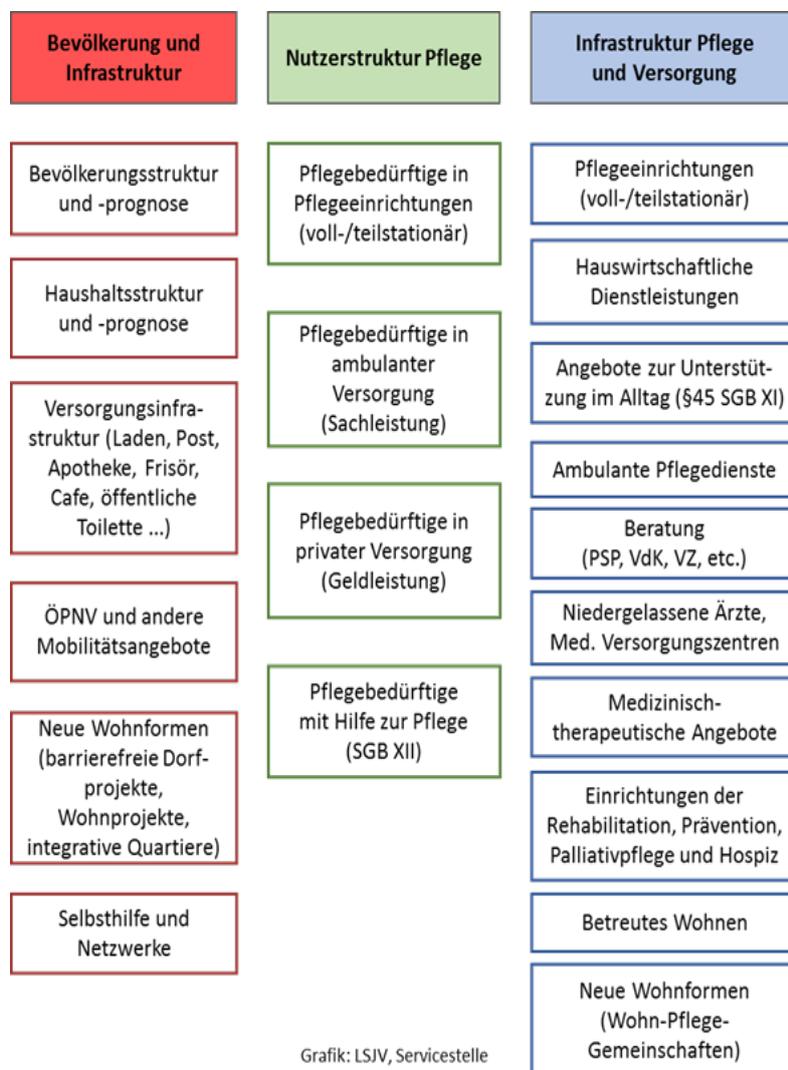
Einzelne Zielgruppen werden bereits von den sozialen Sicherungssystemen erfasst. Das Handlungsfeld „Pflege und Sorge“ richtet sich an die Zielgruppen des SGB XI (siehe Kapitel 2). Das Handlungsfeld „Gesundheitsversorgung und Prävention“ wird von den Akteuren des SGB V gestaltet.

Das Handlungsfeld „Wohnen und Wohnumfeld“ kann keinem eindeutigen Versicherungssystem zugeordnet werden. Darin finden sich Zielgruppen der Grundsicherung SGB XII, Menschen mit Behinderung SGB IX, des Landesgesetzes für Wohnformen und Teilhabe LWTG, der sozialen Wohnraumförderung LWoFG und sonstiger Förderungen, die temporär abrufbar

sind. Die Förderung im Engagementbereich ist noch weniger eindeutig zuzuordnen. Die Auffassung, Wohnen sei als Grundrecht einzustufen, ist eine neue Betrachtungsweise, die den Stellenwert von Wohnlösungen wie der Wohn-Pflege-Gemeinschaft erhöht.

4.3 Daten erheben – Berichten

Das Handbuch Pflegestrukturplanung³² stellt die Themenbereiche für die Datenrecherche vor. Die Nutzerstruktur der Pflege ist wie vor Grundlage der kommunalen Pflegeberichterstattung. Die weiteren Daten fließen in die spätere Sozialraumanalyse ein. (siehe Anlage 1)



³² Pfundstein / Baumgärtner: Kommunale Pflegestrukturplanung – Ein Handbuch für die Praxis. Freiburg 2010, S. 34. Im Kompaktseminar 2018 entstand der Wunsch, die Beratung und das Wohnen in die Themen der Datenerhebung aufzunehmen.

EMPFEHLUNG

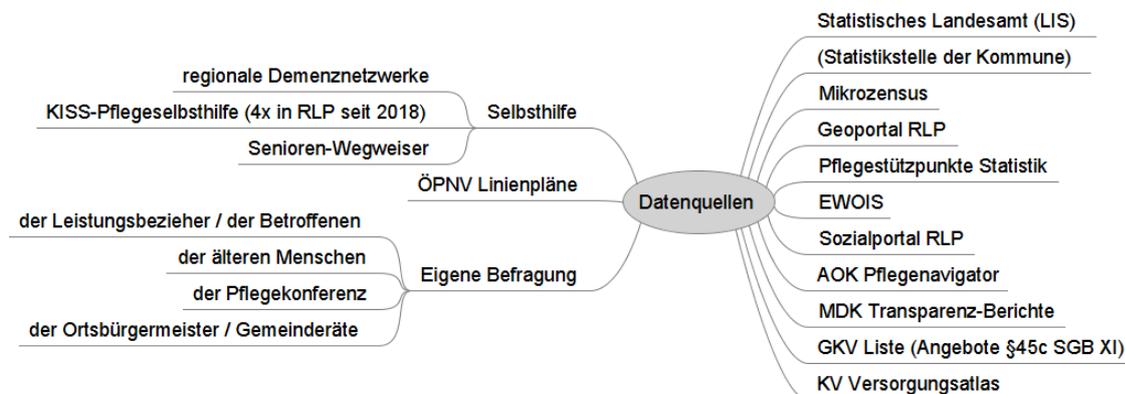
Die demografischen Daten (roter Bereich) sollten die Einführung bilden, da sie ein Bild der Kommune als Ganzes zeichnen und – zusammen mit der geografischen Beschreibung und Siedlungsstruktur – den Erklärungshintergrund für einzelne Dynamiken bilden.

Die Daten zur Nutzerstruktur Pflege (grüner Bereich) sollten mindestens alle zwei Jahre – mit der aktuellen Veröffentlichung des Statistischen Landesamtes neu recherchiert und in einem Monitoring kontinuierlich beobachtet werden.

Derzeit ist die Entwicklung der alltagsunterstützenden Angebote nach § 45 SGB XI sowie der hauswirtschaftlichen Dienstleistungen von großem Interesse, ebenso wie die Neuen Wohnformen. Hier sollte die quantitative und qualitative Entwicklung aktuell verfolgt werden und bei der Berichterstattung Priorität einnehmen.

Die Datenrecherche im Bereich Bevölkerung und Infrastruktur sollte die Erhebung eines Mindeststandards zum Ziel haben anstelle der Bemühung um Vollständigkeit. Die Angebote der Nachbarschafts- und Selbsthilfe sind ein sich stark verändernder Informationspool, der an anderer Stelle nachgehalten wird.

4.4 Ständige Datenquellen



Grafik: LSJV, Servicestelle

EMPFEHLUNG

Das Statistische Landesamt bietet auf seiner Internet-Plattform „Meine Heimat“ umfangreiches Datenmaterial für quantitative Analysen, welches bis auf die Ebene der Stadt- / Ortsgemeinden ausgefiltert werden kann. Hier kann die Auswertung der Pflegestatistik im Textformat heruntergeladen werden.³³

³³ Statistisches Landesamt RLP / Publikationen / Statistische Berichte / Sozialleistungen / Pflege, <https://www.statistik.rlp.de/de/publikationen/statistische-berichte/>

Zusätzlich kann die Kommune individuelle Anfragen an das Statistische Landesamt richten mit eigenen Fragestellungen. Ebenso wie die Statistikstellen der Kommunen (sofern vorhanden) wird hier eine individuelle Recherche erstellt. Je nach Aufwand ist die Recherche kostenpflichtig, wobei Kommunen einen Rabatt erhalten.

Kommunen, die einen (kostenpflichtigen) Zugang zum Landesinformationssystem (LIS) beantragt haben, können eigene Datentabellen zusammenstellen und herunterladen (excel-Export).

Nachteil ist, dass zwischen Datenerhebung und Veröffentlichung der statistischen Auswertungen etwa 15 Monate liegen. Vorteil ist, dass die Datenrecherche mit geringstmöglichem Aufwand erfolgen kann.

■ Welche Quelle – welche Daten?

Datenquelle	Themen	Adresse	Aktualität
Statistisches Landesamt RLP	Statistik RLP – Publikationen – Statistische Berichte / oder Meine Heimat	www.statistik.rlp.de „Pflegethemen“ Erhebung in allen ungeraden Jahren zum 31.12.	Veröffentlichung im übernächsten Jahr
LIS – Landesinformationssystem RLP	Kostenpflichtiger Service des Statistischen Landesamtes RLP	Primärdaten, Zugang nur für Behörden	s.o.
Kommunale Statistikstelle	Für alle Arbeitsbereiche der Kommunalverwaltung	Nur in den Städten Mainz, Kaiserslautern, Koblenz, Ludwigshafen, Trier	aktuell
Mikrozensus	Bevölkerungsstatistik	www.statistisches-landesamt.rlp.de /Gesellschaft	Veröffentlichung im übernächsten Jahr
EWOIS	Einwohnerinformationssystem, Zugang nur für Mitarbeiter/innen der Verwaltung	Nur für berechnete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung	aktuell
KommWis	Gesellschaft für Kommunikation und Wissenstransfer Schulungen für die Nutzung der Einwohnermelde-Portale	www.kommwis.de	--
Geoportal RLP BORIS	Gebietskarten Karten mit Bodenrichtwerten, Katasterpläne	www.geoportal.rlp.de oder Geologisches Landesamt RLP	Je nach Überarbeitungsstand

Landesentwicklungsplan	Der „LEP IV“ trat 2008 in Kraft und hat bisher drei Fortschreibungen erfahren.	https://mdi.rlp.de/de/unsere-themen/landesplanung/landesentwicklungsprogramm/	
Sozialportal Rheinland-Pfalz	Angebotslandschaft für Ältere Menschen Soziale Einrichtungen Neue Wohnformen (WPG)	www.sozialportal.rlp.de www.onlinesuche.rlp.de	Je nach Überarbeitungsstand
AOK Pflegenavigator	Portal zur Dienstleistersuche im Bereich SGB V / SGB XI	www.pflegenavigator.de	Je nach Überarbeitungsstand
MDK Transparenzberichte	Bewertung der ambulanten und stationären Dienstleister	www.transparenzberichte-pflege.de Registrierung erforderlich	aktuell
KV Versorgungsatlas	Landes- und kreisweite Berichte zur ärztlichen Versorgung	https://www.kv-rlp.de/institution/engagement/versorgungsforschung/	jährlich
Pflegestützpunkte und Gemeindegewerkschaft ^{plus}	Statistik der PSP-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Leistungsempfänger SGB V, SGB XI Leistungserbringer Soziale Angebote Unterstützungsangebote (AzUiA)	https://www.sozialportal.rlp.de/a-eltere-menschen/pflegestuetzpunkte/	aktuell
Liste „Angebote zur Unterstützung im Alltag“	Anbieter von Leistungen nach § 45a SGB XI (mit Genehmigung und Zulassung durch die ADD ³⁴)	www.pflegelotse.de (VdEK) www.pflege-navigator.de (AOK) www.sozialportal.de (MSAGD RLP)	aktuell
KISS Pflegeselbsthilfe	2018 wurden an vier Standorten Personalstellen eingerichtet		Je nach Überarbeitungsstand
Regionale Pflegekonferenz	Dokumentationen und Arbeitsgruppen Aktuelles Feedback	Regional	aktuell
Eigene Befragungen	Schriftliche Erhebung Interviews Feedbacks	Musterfragebögen zu - Wohnformen - Sozialen Angeboten Erhältlich bei der Servicestelle Pflegestrukturplanung	aktuell

³⁴ Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz in Trier

■ **Besondere Infrastrukturthemen**

Datenquelle	Themen	Adresse	Aktualität
Bericht der Pflegestützpunkte, Gemeindegewerkschaften ^{plus} oder der Demenznetzwerke	Beratung	www.sozialportal.rlp.de/aeltere-menschen/pflegestuetzpunkte/	Je nach Überarbeitungsstand
Sozialverband VdK e.V.	Beratung	www.vdk.de/rheinland-pfalz/	
Verbraucherzentrale (insbesondere LB Barrierefrei Bauen und Wohnen RLP)	Beratung	www.verbraucherzentrale-rlp.de/barrierefreiheit	Jährliche Statistik
Beratung durch Leistungsanbieter, Seniorenbüros	Beratung	Regionale Adressen	
Kirche, Selbsthilfe, Ehrenamt, Netzwerke	Beratung und Sozialraum-Angebote	Seniorenwegweiser des Seniorenbeirats oder der Kommunalverwaltung	Je nach Überarbeitungsstand
ÖPNV – Liniennetzpläne oder Fahrpläne	Mobilität	Gebietsabdeckung, Frequenz der öffentlichen Verkehrsmittel	aktuell
Wohn-Pflege-Gemeinschaften (registriert)	Neues Wohnen	Sozialportal RLP	Je nach Überarbeitungsstand
Wohn-Pflege-Gemeinschaft (selbstorganisiert)	Neues Wohnen	Anfrage bei der Servicestelle Pflegestrukturplanung oder der Landesberatungsstelle Neues Wohnen RLP	aktuell
Dorfgemeinschaftsprojekte	Neues Wohnen und Sozialraum-Angebote	Anfrage bei der Servicestelle Pflegestrukturplanung oder der Landesberatungsstelle Neues Wohnen RLP	aktuell
Gemeinschaftliches Wohnen / Wohnprojekte	Neues Wohnen	Anfrage bei der Landesberatungsstelle Neues Wohnen RLP; Steckbriefe von Wohnprojekten findet man im Wohnportal Rheinland-Pfalz. www.lsjv.rlp.de	Aktuell

■ Kommunale Schnittstellen: Statistikstelle / Bauamt

Kommunale Statistikstelle

In fünf Kommunen (Kaiserslautern, Koblenz, Ludwigshafen, Mainz, Trier) ist in der Verwaltung eine hauseigene Statistikstelle angesiedelt. Sie erhebt regelmäßig Strukturdaten, die hausintern abrufbar sind. Darüber hinaus können die Abteilungen direkt anfragen, um zu besonderen Fragestellungen Zahlen und Fakten zu recherchieren.

BTHG

Sozialplanung und Teilhabeplanung oder Psychiatrieplanung sind Verwaltungsbereiche, die für ihre Berichterstellung bereits Zahlen erheben. In einigen Regionen gibt es Kooperationen zwischen Teilhabeplanung und Pflegestrukturplanung oder die Zusammenarbeit beim Armutsbericht.

Langfristig – und insbesondere im Kontext der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) – sollte über eine Schnittstelle zwischen Teilhabeplanung und Pflegestrukturplanung nachgedacht werden.

Amt für Stadtplanung und Bauen

Kreisfreie Städte haben die Planungshoheit und die Regelungskompetenz (Genehmigungsbehörde) im selben Haus. An vier Standorten wurde ein Wohnungsmarktgutachten erstellt, um die Planung auf wissenschaftliche Grundlagen zu stützen. Die Städte Mainz, Landau, Koblenz, Ludwigshafen haben ein Wohnungsmarktgutachten angefertigt.

Kreisverwaltungen haben üblicherweise kein Planungskonzept. Die Planungshoheit liegt in den Ortsgemeinden, die Regelungskompetenz in den Verbandsgemeinden, teilweise in der Kreisverwaltung. Einige kreisangehörige Städte ab einer bestimmten Einwohnerzahl sind ganz selbstständig.

Der Landkreis Mainz-Bingen bildet eine Ausnahme. Er hat sich vom Servicegedanken leiten lassen. Der Landkreis hat ein Wohnungsmarktgutachten erstellen lassen, welches er den Kommunen als Handlungsleitfaden zur Verfügung stellt. Dahinter steht die Zielsetzung: Es soll mehr Bauland aktiviert werden und es soll das richtige gebaut werden.

■ Zentrale Datenquelle – das Statistische Landesamt

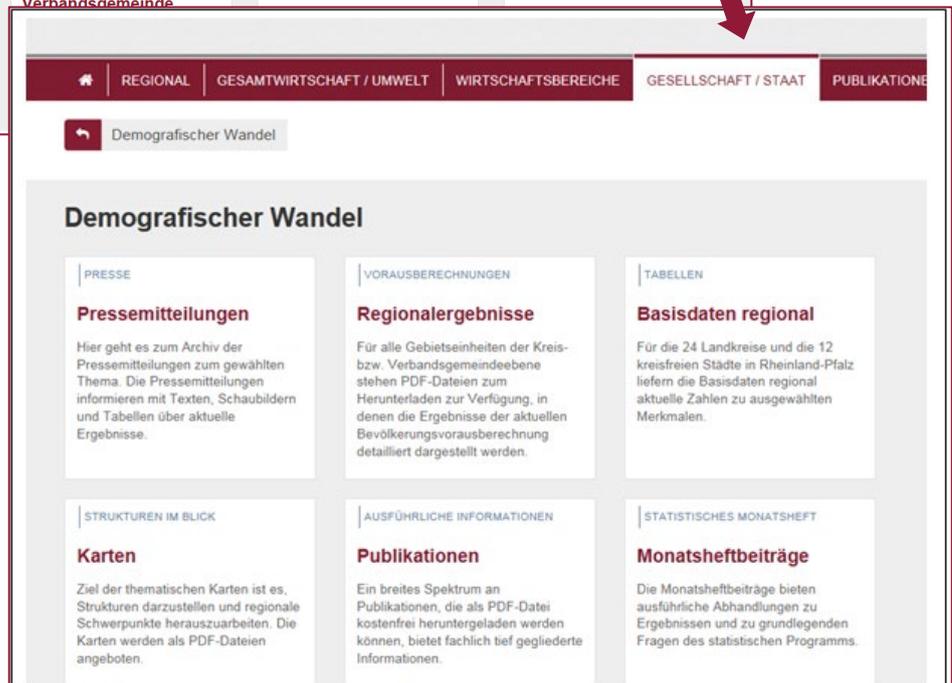
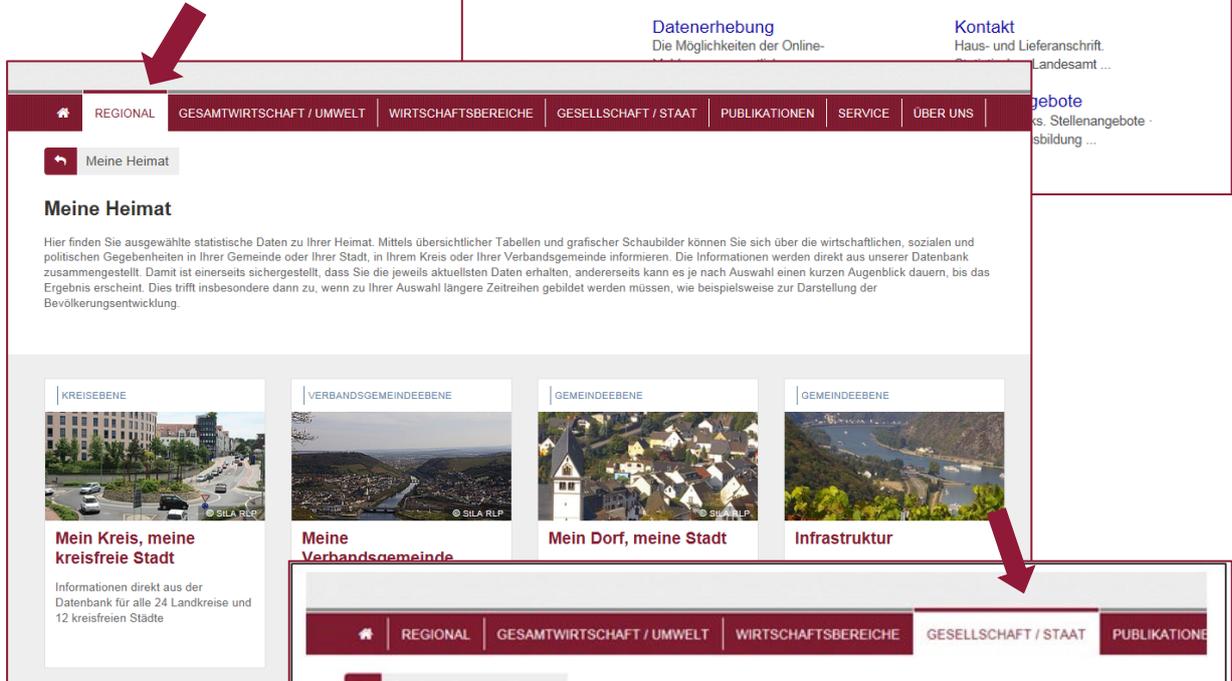
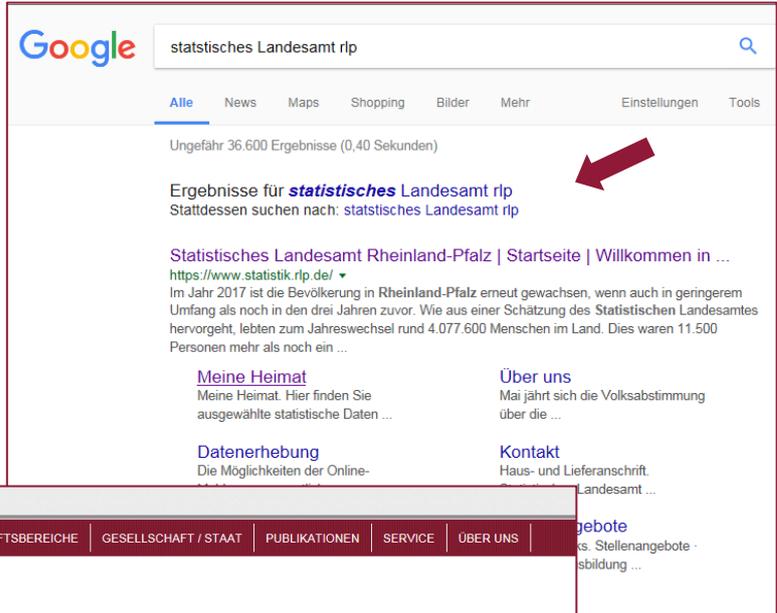
In der Vergangenheit waren regionale Fragebögen im Einsatz, mit denen die Mitarbeiter/innen der Verwaltung ambulante, stationäre und teilstationäre Leistungsdaten erhoben haben. Sofern die Rohdatensätze des Statistischen Landesamtes dauerhaft zur Verfügung stehen – unter Berücksichtigung der Datenschutzaufgaben –, wären die Kommunen von dieser regionalen Erhebung der Pflegestatistik entlastet.

■ Veröffentlichung der Infrastrukturdaten

Das Statistische Landesamt erstellt einen Bericht, der auf der Homepage

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

abrufbar ist. Darüber hinaus sind die Daten über eine Suchmaske (meine Heimat) ausgefiltert bis auf Stadt-/Kreisebene abrufbar. Aus den Datenerhebungen der Länder erstellt das Statistische Bundesamt die Gesamtstatistik bzw. den Gesamtbericht.



4.5 Temporäre Datenquellen

■ Zusätzliche Erhebungen durch die kommunale Pflegestrukturplanung

Die Nutzung vorhandener Datenquellen und der Schnittstellen in der Verwaltung vereinfacht den Aufwand bei der Datenerhebung. Die meisten eigenen Erhebungen lassen sich dadurch vermeiden. Dennoch kann eine Zusatzerhebung an einigen Stellen sinnvoll sein.

Die Befragung der Kundinnen und Kunden von Dienstleistungen im Bereich Pflege und Betreuung werden bisher noch wenig eingesetzt. Meist wird das Feedback der Pflegestützpunkte und Multiplikatoren herangezogen. Die Befragung der Pflegebedürftigen und Angehörigen wäre ein zusätzlicher Aspekt. Die Entwicklung eines Fragebogens kann die Servicestelle Pflegestrukturplanung unterstützen.

Die Befragung der Ortsbürgermeister/innen oder Verbandsbürgermeister/innen könnte neue Einblicke ergeben. Sie sind als Zielgruppe der Pflegestrukturplanung noch wenig systematisch erschlossen. Sie sind (gemäß LPflegeASG) nicht in die Pflegekonferenz eingebunden, dennoch aber zentrale Entscheidungsträger/innen.

EMPFEHLUNG

Für die Erhebung der sozialen Infrastruktur sowie der Neuen Wohnformen kann bei der Servicestelle ein Musterfragebogen abgerufen werden.

Zum Thema Wohnformen empfiehlt sich die persönliche Rücksprache mit der Servicestelle sowie der Landesberatungsstelle Neues Wohnen RLP.

Interviews als Datenquelle müssen gut geplant sein. Für leitfragengestützte Interviews muss ein Fragebogen entwickelt werden, der eine statistische Auswertung ermöglicht, indem er geschlossene Fragen stellt. Offene Fragen sind schwer auszuwerten, da die Texte inhaltlich analysiert werden müssen und häufig unscharf sind.

4.6 Praxisteil: Auswertung der Pflegestatistik – siehe Anlage

Grundlage der Zahlenanalyse ist die Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes. Die Datensätze sind bis auf die Ebene der Kreisverwaltungen und kreisfreien Städte ausgefiltert. Die Daten werden in Excel exportiert und können von dort aus weiterbearbeitet werden.

Näheres hierzu finden Sie in der Anlage zu diesem Leitfaden (siehe Arbeitshilfe Pflegestrukturplanung – Anlage „Auswertung der Pflegestatistik“).

5 Empfehlungen zur Bedarfsermittlung und Bewertung

5.1 SWOT-Analyse – Bewerten und Priorisieren

Die SWOT-Analyse ist ein Instrument zur strategischen Planung und besonders geeignet, weil sie zur ausgewogenen Betrachtung zwingt.

Stärken
(strengths)

Chancen
(opportunities)

Die SWOT-Analyse ist ein einfaches Instrument, das zur qualitativen Bewertung auffordert und den Blick weitet. Im Alltag steht das Tagesgeschäft im Vordergrund.

Schwächen
(weaknesses)

Risiken
(threats)

Die SWOT-Analyse zwingt zur Reflexion und fragt nur die auffälligen Bereiche ab (Stärken und Schwächen).

Grafik: LSJV, Servicestelle

Sie fragt nach den Risiken; in welchem Bereich muss unbedingt zeitnah gehandelt werden. Sie fragt nach den Chancen; wo gibt es ein Alleinstellungsmerkmal, besonders gute Ressourcen oder andere günstige Bedingungen, die genutzt werden können.

Mit der SWOT-Analyse lassen sich Problembereiche erkennen, Prioritäten setzen und frühzeitiges Risikomanagement einleiten. Man kann sie als Vorbereitung für Entscheidungsprozesse einsetzen.

EMPFEHLUNG

Die Daten der Pflegestatistik sind zunächst nur wertfreie Zahlen. Um daraus Planung abzuleiten, müssen sie bewertet werden.

Dazu ist es erforderlich, den Status Quo mit aktuellen Bedarfen abzugleichen. Informationen über aktuelle Bedarfe lassen sich durch qualitative Erhebungen generieren wie leitfragengestützte Interviews mit ausgewählten Zielgruppen oder moderierte Befragungen der Pflegekonferenz.

Die Bewertung kann nach den vier Dimensionen der SWOT-Analyse aufgebaut sein: Bestand und Bedarfe werden abgeglichen, Abweichungen bewertet (Stärken, Schwächen). Nutzen Sie die SWOT-Analyse weiter, um Prioritäten zu setzen und zu planen (Chancen, Risiken).

5.2 Partizipative Arbeitsstrukturen – Arbeitskreise der Pflegekonferenz

Partizipative Planung erfordert partizipative Arbeitsstrukturen. Nachdem die Zahlenwerke vorliegen, beginnt die Bedarfsermittlung sowie die qualitative Erhebung. Ein temporärer Arbeitskreis der Pflegekonferenz kann die Pflegestrukturplanung unterstützen und fachlich begleiten.

5.3 Methodendreieck der Sozialplanung – Bedarfe ermitteln

Das Handbuch der Pflegestrukturplanung von 2010 beschreibt das methodische Dreieck der Sozialplanung, um Bedarfe zu ermitteln. Hierbei kommen überwiegend qualitative Ansätze zum Tragen.

■ Empirie

Die Empirie bedient sich der Ergebnisse aus dem Praxisfeld. Mit der Analyse von Datensätzen (Statistik, quantitative Daten), Feldforschung (z.B. Interviews) und daraus resultierenden eigenen Datensätzen schafft sie grundlegendes Wissen. Die Datensätze erlauben, erste Erkenntnisse abzuleiten und qualitative Aussagen zu treffen.

■ Expertise

Eine weitere vorläufige Bewertung der Bestandsdaten erfolgt anhand von Expertisen und wissenschaftlichen Theorien. Sie stellen Hypothesen zur Verfügung, um Entwicklungsdynamiken und ihre Ursachen zu beschreiben. Sie können zu weiteren Schlussfolgerungen führen (z.B. Hochrechnungen und Prognosen).

■ Partizipation

Fundierte Erkenntnisse über regionale Entwicklungen liefert die Partizipation der Fachdienste, Dienstleister, Sozialverbände und Akteure im Praxisfeld. Das Feedback von Kunden und Dienstleistern wird durch Dialogveranstaltungen und Beteiligungsmanagement aktiviert. Hier lassen sich vor allem qualitative Aussagen bündeln und Erkenntnisse über die regionale Entwicklungsdynamik ablesen. Die Bewertung der Bestandsdaten durch Rückmeldungen aus der Praxis liefert wertvolle Erkenntnisse; Kundenäußerungen, Feedbacks und Beschwerden können wichtige Hinweise liefern.

Moderne Sozialplanung bewegt sich zwischen Bürgerdialog, Pflegekonferenz und Gremienarbeit in der Verwaltung, um die Planungen mit den politisch Verantwortlichen abzustimmen und in die politische Strategiebildung zu integrieren.

Systematische Ergebnisse werden im moderierten Dialog und durch den Einsatz von Dialogmethoden erreicht (z.B. Zukunftswerkstatt).

5.4 Feedback der Pflegestützpunkte

Die Software der Pflegestützpunkte wird derzeit (Stand 2018) neu konzipiert. Bis dahin werten die Pflegestützpunkte ihre Leistungszahlen selbst aus und tragen die Ergebnisse in der Pflegekonferenz vor.

Sollte sich die Gemeindegeschwister^{plus} verstetigen, wird sie ebenfalls wertvolle Daten zur Bedarfserhebung beitragen können. Diese sollten gemeinsam mit den Erkenntnissen der Pflegestützpunkte ihren Platz in der Pflegekonferenz finden.

Solange die Pflegestützpunkte keine quantitativen Leistungszahlen liefern können, bieten sie hochwertige qualitative Erkenntnisse, die in gleicher Weise in die Pflegekonferenz und die nachfolgenden Planungsaktivitäten einfließen sollten.

5.5 Feedback aus der Pflegekonferenz

Die Pflegekonferenz kommt an mehreren Stellen im Planungsprozess zum Einsatz. Nach der Datenerhebung werden die Ergebnisse in der Pflegekonferenz vorgestellt und diskutiert. Die Rückmeldungen der Dienstleister aus Pflege, Medizin, Gesundheitssystem und Kassen sowie die sozialen Einrichtungen und Berater/innen können zur Interpretation der Daten beitragen. Im Dialog entsteht ein Verständnis der Dynamik und Trends. Die Dienstleister können aus dem direkten Kundenkontakt Rückmeldungen über Bedarfe und Bedürfnisse geben.

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die Rückmeldungen aus der Pflegekonferenz zu systematisieren. Anstelle intuitiver Rückmeldungen können im Stile eines Interviews gezielt Fragen aufgeworfen und Rückmeldungen nach Teilnehmergruppen erfasst werden.

5.6 Interviews mit Betroffenen (Pflegebedürftige, Familienangehörige, ältere Mitbürger/innen)

Die Erfahrung zeigt, dass Kundinnen und Kunden, Angehörige und Pflegepersonal aufgrund ihrer Rolle im Pflegeprozess unterschiedliche Blickwinkel haben.

Das Feedback des Pflegepersonals findet auf indirektem Weg über die Pflegekonferenz statt. Aber es gibt noch keine standardisierten Verfahren zur Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, da die Direktbefragung bislang noch selten stattgefunden hat. Es könnte interessant sein, diese Perspektiven zu erfragen.

Ältere Menschen, die noch nicht dauerhaft pflegebedürftig sind, aber einzelne unterstützende Leistungen im Alltag brauchen, sind als Zielgruppe noch nicht systematisch befragt worden. Die Stimmung zu einzelnen Fragen wird im Rahmen von Veranstaltungen gelegentlich erhoben.

5.7 Interviews mit Expert/innen (Dienstleistern)

Bei stationären Dienstleistern können die Leistungszahlen mit den Kapazitäten abgeglichen werden, um Rückschlüsse auf die Auslastung ziehen zu können. Bei ambulanten Diensten ist das so nicht möglich. Insbesondere weil viele ambulante Dienstleister an der Pflegekonferenz nicht regelmäßig teilnehmen, könnte ein fragengestütztes Interview weitere Erkenntnisse bringen. Über die Leistungszahlen hinaus kann nach Auslastung, Qualität, veränderter Nachfrage und Entwicklungstendenzen gefragt werden.

5.8 Interviews mit Ortsbürgermeister/innen oder Gemeinderäten

Ortsbürgermeisterinnen und -bürgermeister gehören gerade in kleinen Landgemeinden häufig selbst der Altersgruppe an, für die sie Sorge tragen. Ihre Wahrnehmung der Aufgabe und der Gestaltungschancen wäre eine interessante Perspektive und als systematische Erhebung spannend.

5.9 Anfertigen von Schaubildern und Landkarten

Im ländlichen Raum noch mehr als in städtischen Gebieten ist die räumliche Verteilung von Bedarfslagen und Angeboten von hoher Aussagekraft. Die Kartenansicht kann weiße Flecken in der Versorgung zutage bringen oder konzentrierte Problemlagen zeigen.

Im Geoportal lassen sich Katasterkarten herunterladen oder beim Geologischen Landesamt RLP lassen sich für eigene Schaubilder Kartenausdrucke bis A0 käuflich erwerben. Der Landesentwicklungsplan (LEP XI) bietet Schaubilder, die bereits Wohn- und Infrastrukturlagen veranschaulichen – allerdings sehr grob gerastert.

5.10 Stakeholder-Analyse – Wer kann uns helfen?

Eine spezielle Form der Stärken-Schwächen-Analyse ist die Stakeholder³⁵-Analyse. Stakeholder sind alle Personen, die ein irgendwie geartetes Interesse an dem Thema haben, seien es

³⁵ Stakeholder, wörtlich: Besitzer eines Terrains, übertragen: Unterstützer, Personen, die die Existenz der Organisation gewährleisten, auf deren Schultern die Organisation ruht. Im Gegensatz zu Shareholder, wörtlich: Anteilseigner, Aktionäre.

Pflegebedürftige, Angehörige, Dienstleister, politische Repräsentant/innen oder Verwaltungsmitarbeiter/innen. Mit dem Blick auf die Umsetzung künftiger Projekte ist es wichtig zu wissen, auf welche Unterstützung man künftig bauen kann. Wichtige Stakeholder sind beispielsweise an den Planungsphasen beteiligten Personen und Gremien der Verwaltung (siehe Kapitel 7) oder an der Umsetzung beteiligte Dienstleister, Fachexperten usw.

Es ist wichtig einzuschätzen, wer wie viel Einfluss hat und wie viel Interesse er/sie dem Thema entgegen bringt (Spannungsfeld: Macht – Interesse, siehe Matrix im Anhang, Kapitel 10).

Das Wissen darüber, welche Unterstützung erforderlich ist und welche nach Lage der Dinge zu erwarten ist, hilft, den Erfolg einer Maßnahme einzuschätzen. Fehlt Unterstützung oder ist mit Widerstand zu rechnen, kann es wichtig sein, zunächst für Unterstützung zu werben, Gespräche zu führen, die Maßnahme besser zu erklären und so im Vorfeld der öffentlichen Aktion Rückenwind zu sichern.

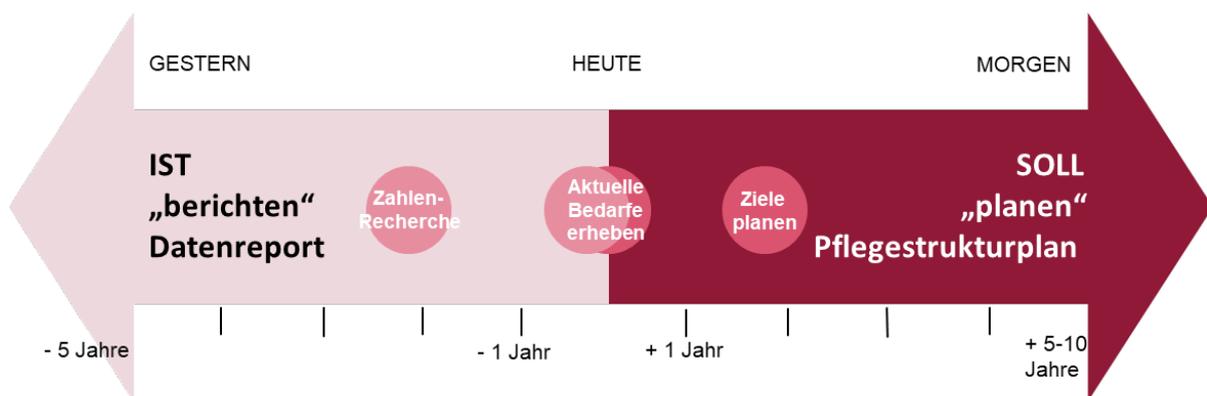
6 Grundlagen der Planung

Planen heißt, in die Zukunft denken. Wenn die Analyse abgeschlossen ist und die Bewertung stattgefunden hat, beginnt die Planung. Das Ergebnis der Planung ist der *Plan*.

6.1 Planen heißt steuern

Planung ist die „Vorbereitung eines Vorhabens“, sagt das etymologische Wörterbuch. Ebenso ist Planung „die gedankliche Vorwegnahme zukünftigen Handelns durch Abwägen verschiedener Handlungsalternativen und Entscheidungen für den günstigsten Weg“³⁶.

Planung bedeutet also das Treffen von Entscheidungen, die zukunftsgerichtet sind. Planung ist somit zukunftsbezogen, denn sie soll zukünftige Ereignisse gestalten und künftiges Handeln vorwegnehmen. Sie geht dabei von einem Gestaltungswunsch aus, durch den der Objektbereich festgelegt wird unter Beachtung der mit Hilfe der Planung zu erreichenden Ziele.



Grafik: LSJV, Servicestelle

■ Wer plant, muss wissen, wohin er will!

Wer plant, muss wissen, wohin er will, und dafür braucht er ein Ziel. Ziele muss man sich erarbeiten, das klingt mühevoll. Wer Ziele attraktiv machen will, zeichnet ein Bild von einer fernen Zukunft, in der die Ziele erreicht sind und die Situation sich zum Positiven verändert hat.

Mit einer ➡ Vision motiviert man Menschen, die Idee mitzutragen und bei der Umsetzung der ➡ Ziele und ➡ Maßnahmen zu helfen – die Vision.

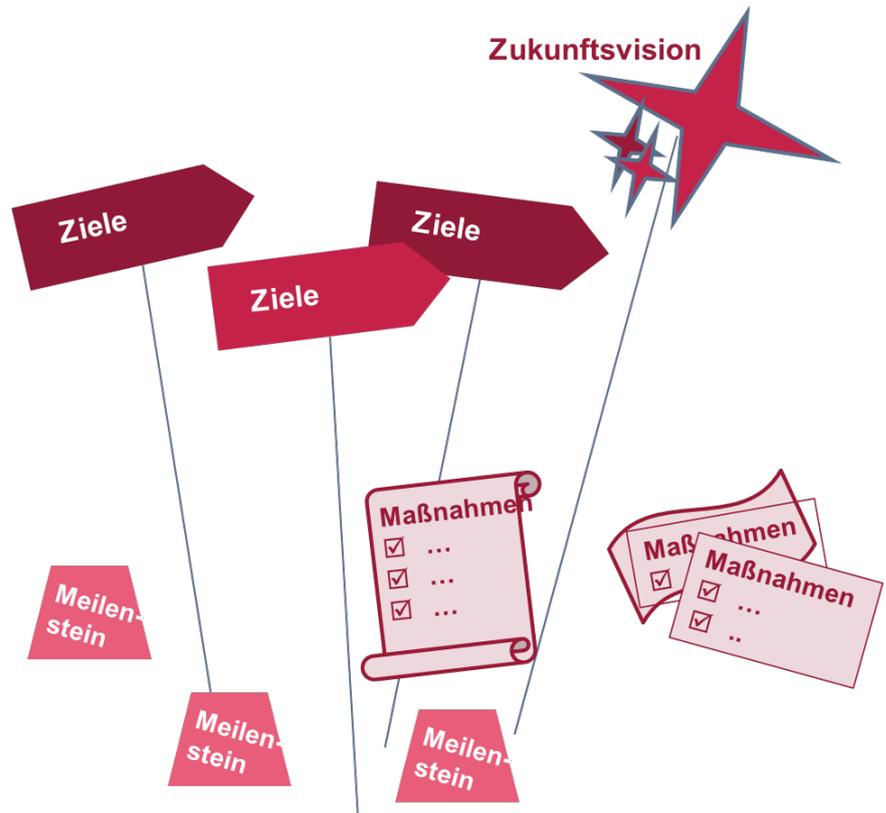
³⁶ Siehe Wikipedia.de unter „Planung“ – nach Günter Wöhe.

6.2 Projekte planen

■ Definition Projektmanagement

„Projekt“ kommt aus dem Lateinischen (pro iacere = nach vorne werfen) und meint in seiner Wortbedeutung ein Vorhaben. „Projektmanagement“ ist die Methode, um Projekte zu organisieren (manus = Hand; Management = Handhabung).

Innerhalb des Projektmanagements ist das „Projekt“ definiert als ein Vorhaben mit zeitlicher Befristung; es ist also keine Daueraufgabe. Projekte sind mit einem Team, einem Budget und einem Arbeitsauftrag ausgestattet. Projekte haben temporäre Arbeitsstrukturen, die nach Projektende aufgelöst oder transformiert und in einen Dauerbetrieb überführt werden.



Grafik: LSJV, Servicestelle

■ Projektanlass, -idee und -konzept

Für ein neues Projekt gibt es ein schriftliches Konzept, das den Anlass für das Neuvorhaben beschreibt und erklärt, was damit erreicht werden soll und warum man das braucht. Die nachfolgenden Punkte sind im Konzept beschrieben.

■ Projektleitung und Projektteam

Eine Projektleitung wird benannt. Im Idealfall wirkt sie mit bei der Zusammensetzung des Projektteams, das sich meist aus wenigen, besonders geeigneten Personen zusammensetzt.

■ Projektauftrag

Der Projektauftrag legitimiert die Projektleitung. Er wird schriftlich formuliert und unterzeichnet.

■ **Projektbudget**

Ein Projekt ist mit Rahmenbedingungen in Form von Zeit, Know How, Mitteln und Personal, ausgestattet, die jeweils limitiert sind.

■ **Projektziele**

Wer etwas vorhat, braucht Ziele (Kapitel Ziele). „Ziele“ sind im Wortsinn „ein in der Zukunft liegender, erwünschter Zustand“³⁷.

Für den Weg dahin gibt es kurzfristig erreichbare Handlungsziele, auch Aufgaben oder Pflichtenheft genannt, die abgearbeitet werden müssen.

■ **Zielgruppe**

Bei Projekten der Öffentlichkeitsarbeit ist es ein wesentlicher Gelingensfaktor

■ **Projektphasen, Projektstart und -ende**

Projekte unterteilt man grob in vier Phasen:

- Vorplanungsphase
- Planungsphase
- Umsetzungsphase
- Nachlese und Projektabschluss (Evaluation, Dokumentation)

Start und Ende eines Projektes markiert in der Regel eine Veranstaltung (Kick Off, Projektabschluss)

■ **Projektzeitplan und Meilensteine**

Da Projekte befristet sind, haben sie einen terminierten Projektstart, terminierte Zwischenziele und ein terminiertes Projekteende.

Meilensteine sind die Haltepunkte am Weg, sie bilden Orientierungspunkte, an denen das Projektteam und die Auftraggeber zusammentreten. An den Meilensteinen wird überprüft, ob der Projektfortschritt im gegebenen Zeitplan mit den vorhandenen Mitteln erreicht wurde. Man zieht Bilanz und plant das weitere Vorgehen.

Wenn nötig, findet eine Kurskorrektur statt, dann geht es weiter zum nächsten Zwischenziel.

³⁷ Wikipedia

■ Projektdokumentation, Evaluation

Der Projektverlauf wird ständig dokumentiert. Projekte haben ein hohes Maß an schriftlicher Dokumentation, um den Verlauf nachvollziehen zu können. Sie arbeiten mit Planungstools in schriftlicher oder elektronischer Form.

Bei der Evaluation untersucht ein externer Experte/in den Projektablauf und die Ergebnisse und bewertet sie.

■ Projektplanungsmethoden

Im Projektverlauf kommen Planungstechniken (Strukturplan, Gantt-Diagramm) und Kommunikationstechniken (Kommunikation, Führung, Beteiligung, Moderation) zum Einsatz.

■ Prioritätendreieck: Zeit – Kosten – Qualität

Diese drei Aspekte stehen immer in einem Spannungsverhältnis, wobei einer Priorität hat. Diesem werden die anderen beiden Aspekte untergeordnet.

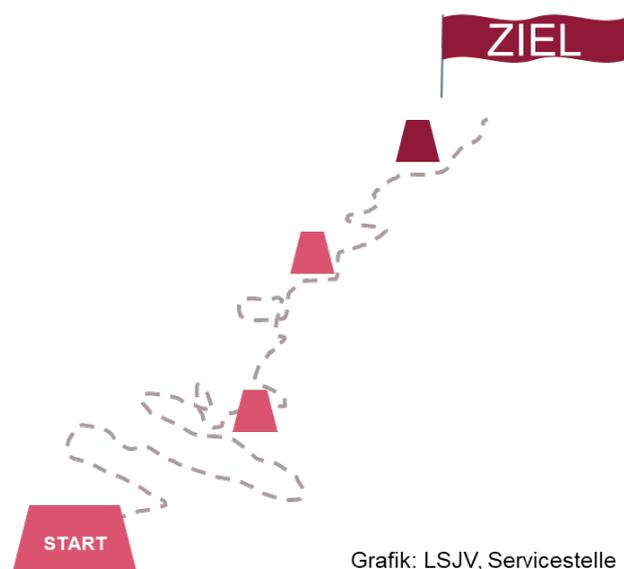
Müssen die Kosten eingehalten werden, dann dauert es ggf. etwas länger. Ist die Zeit limitiert, dann muss die Qualität sich anpassen. Ist die Qualität das höchste Ziel, dauert es länger und kostet mehr.

■ Projekterfolg, Stolpersteine und Krisen

Hindernisse sind bei Projekten nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Projektarbeit ist ein sportlicher Hindernislauf. Der Projekterfolg hängt vom Umgang mit Stolpersteinen und Hindernissen ab.

Projekte sind die Erprobung eines neuen Vorgehens, das später in einen Regelablauf überführt werden soll. Das heißt, es ist das Wesen von Projekten, auf Widerstände sachlicher und kommunikativer Art zu stoßen.

Die meisten Krisen in Projekten sind kommunikativer Art. Die beharrenden Kräfte sind meist stärker als die innovativen. Wichtige Themen im Projektmanagement sind daher Führung, Kommunikation, Moderation von Krisen, Risikomanagement, der Einsatz von Strategien und Methoden.



Grafik: LSJV, Servicestelle

Das Projekt dient dazu, die Hindernisse und Widerstände kennenzulernen und Lösungen dafür zu schaffen.

■ **Projekte fordern Unternehmergeist und Problemlösekompetenz**

Der idealtypische Ablauf von Projekten existiert in der Realität nicht. Projekte sind neu, d.h. sie fordern die bestehenden Strukturen, Abläufe und Gewohnheiten heraus. Deshalb erfordern sie ein hohes Maß an Neugier, Unternehmungsgeist, Kommunikation und Problemlösekompetenz.

Sie stellen Anforderungen an die zwischenmenschlichen Fähigkeiten, sie fordern Kompromisse und Entscheidungen. Projekte fordern den Abschied von Gewohnheiten. Sie erkennen Hindernisse und schaffen neue Wege und Verfahrensweisen.

Alle Beteiligten verändern sich im Laufe eines Projektes, weil sie neue Einsichten gewinnen und neue Verfahren etablieren.

6.3 Prozesse steuern

Eine besondere Form von Projekten ist die Einführung von Verbesserungsprozessen. Projekte haben ein Thema, Qualitätsmanagement hat die Aufgabe, das Bestehende besser zu machen. Durch äußere Veränderungen kann es erforderlich werden, die Dienstleistung zu überarbeiten. Durch Kommunikationsstrukturen (Steuerungsgruppe, Arbeitszirkel) und Zielvereinbarungsprozesse erfährt die Organisation eine Weiterentwicklung.

■ **Definition Qualitätsmanagement**

Kernstück des Qualitätsmanagements ist es, Feedback-Schleifen in bestehende Betriebsabläufe zu integrieren, um durch die Meinung von Kunden, Lieferanten, Mitarbeitern ein Feedback über die Qualität der Dienstleistung zu erhalten. Im Beschwerdemanagement ist das Feedback der Kunden zugleich die Aufgabenstellung für die Verbesserungsmaßnahmen an der Dienstleistung.

Qualitätsmanagement ist ein Projekt, das in die laufenden Betriebsabläufe einer Organisation hineinimplementiert wird. Das Projekt startet, während der Alltag in der Linienorganisation weiterläuft. Es muss zunächst Platz dafür geschaffen, mit Rahmenbedingungen ausgestattet und ein Fahrplan entwickelt werden.

■ Historie Qualitätsmanagement³⁸

Diese Strategie für ein Null-Fehler-Programm stammt aus den 1960er Jahren. Es wurde zunächst als Industrienorm (DIN) für die Produktion entwickelt. In den 2000er Jahren übertrug man die DIN auf das Sozial- und Gesundheitswesen, um die Qualität der Abläufe mit einem Gütesiegel bewerten zu können und das Ziel einer ständigen Verbesserung anzustreben (Din ISO, EFQM, KTQ).

Qualitätsmanagement wird von der Wirtschaftswissenschaft als Teilbereich des funktionalen Managements definiert. Ziel ist es, die Effizienz einer Arbeit oder von Geschäftsprozessen zu erhöhen und die Qualität von Produkten oder Dienstleistungen zu ermitteln und zu erhalten oder weiterzuentwickeln.

Das Qualitätsmanagement entwickelt hierfür professionelle und umfassende Lösungsstrategien. Die Strategien umfassen sowohl interne als auch externe Prozesse. Mitarbeitermotivation, Optimierung der Kommunikationsstrukturen, Steigerung der Kundenzufriedenheit und die Standardisierung von Abläufen und Arbeitsprozessen sind wesentliche Teilbereiche des QM.

Darüber hinaus gilt es Normen und Abläufe zu definieren, und diese im QM-Handbuch zu dokumentieren.

■ Bausteine des Qualitätsmanagements

Das QM nimmt die Elemente des Projektmanagements wieder auf, ergänzt sie aber um einige effektive Bausteine. Der **Projektauftrag** im QM lautet immer, die Prozesse zu beschreiben, diese im **Qualitätshandbuch** zu dokumentieren und fortwährend zu verbessern. Der/die **Qualitätsbeauftragte** ist eine Stabsstelle innerhalb der Organisation, die einem **Lenkungs- bzw. Steuerungskreis** angehört. Die Lenkungsgruppe besteht aus den Entscheidungsträgern in diesem Bereich, also beispielsweise Amtsleitung, Dezernent, Landrat (verantwortlich für die Pflegepolitik auf der Verwaltungs- und Politikebene). Die Lenkungsgruppe umfasst meist nicht mehr als 3-7 Personen.

Die **Qualitätszirkel** sind die Arbeitsgruppen, die sich aus allen Personen zusammensetzt, die von einem bestimmten Arbeitsablauf betroffen sind. Manche Zirkel treffen sich dauerhaft (Lenkungsgruppe), manche Zirkel temporär, wenn es ein Problem zu bearbeiten gibt.

³⁸ Quelle: HAF Hamburger Akademie für Fernstudien GmbH

■ Qualitätsmanagement denkt in Prozessen

Definition: Prozesse = Abläufe; managen = handhaben, organisieren

Beim Projekt kommt es aufs Ergebnis an, beim QM kommt es auf die Prozesse (Abläufe) an. Im QM kommen Flussdiagramme zum Einsatz, um die Abläufe zu beschreiben und im QM-Handbuch zu dokumentieren.



Grafik: LSJV, Servicestelle

■ Prozesse werden zu Kreisläufen

Qualität muss ständig verbessert werden, das gelingt durch Kundenrückmeldungen und ein systematisches Beschwerdemanagement. Zentrales Element ist der Kreislauf der ständigen Verbesserung (PDCA-Zyklus).

Ständig sich wiederholenden Prozesse (Abläufe) werden zu Kreisläufen, die durch Überprüfungen unterbrochen werden. Er wird ständig durch Überprüfung (Audit) in eine neue Umdrehung gebracht.

Qualität ist, wenn's rund läuft!

■ Messkriterien für Qualität

1. die Kundenzufriedenheit und
2. die Mitarbeiterzufriedenheit.

Erkenntnisse über die Zufriedenheit gewinnt man über ein systematisches Beschwerdemanagement oder über gezielte Befragungen in Form von fragenbasierten Interviews oder Spontanrückmeldungen.

■ Leitbild

Definition: Ein Leitbild ist die Erklärung einer Organisation über ihr Selbstverständnis. Leitbilder sind Ausdruck der Unternehmenskultur und enthalten Aussagen über den Wertekanon einer Organisation. Sie können eine Verbindung aus visionären Zielen und Eigenschaften sein, sie drücken eine Haltung aus. (siehe Kapitel „Leitbild“)

Das Qualitätsmanagement fordert ein Leitbild als Bestandteil des Qualitätshandbuchs und erarbeitet es in einem unternehmensinternen Prozess. Das Leitbild muss von der Steuerungsgruppe, d.h. den Entscheidungsträgern in der Organisation, verabschiedet werden.

■ **Qualitätspolitik und Umsetzungsstrategie**

„Politik“ bezeichnet die Regelung der Angelegenheiten eines Gemeinwesens durch verbindliche Entscheidungen.

„Strategie“ ist die Feldherrenkunst. Sie bezeichnet die Art und Weise des Vorgehens. Dabei kommen Methoden zum Einsatz (griechisch: stratos = Heer, strategos = Feldherr).

■ **Ziele**

Qualität bezieht sich in diesem Verständnis nicht nur auf das Produkt, sondern es gibt Strukturqualität, Prozessqualität, Ressourcenqualität, soziale Qualität (Kommunikation) und Ergebnisqualität.

Entsprechend gibt es unterschiedliche Dimensionen von Zielen: Ergebnisziele, Strukturziele, Ressourcenziele, Kommunikationsziele, Ergebnisziele bzw. Maßnahmen.

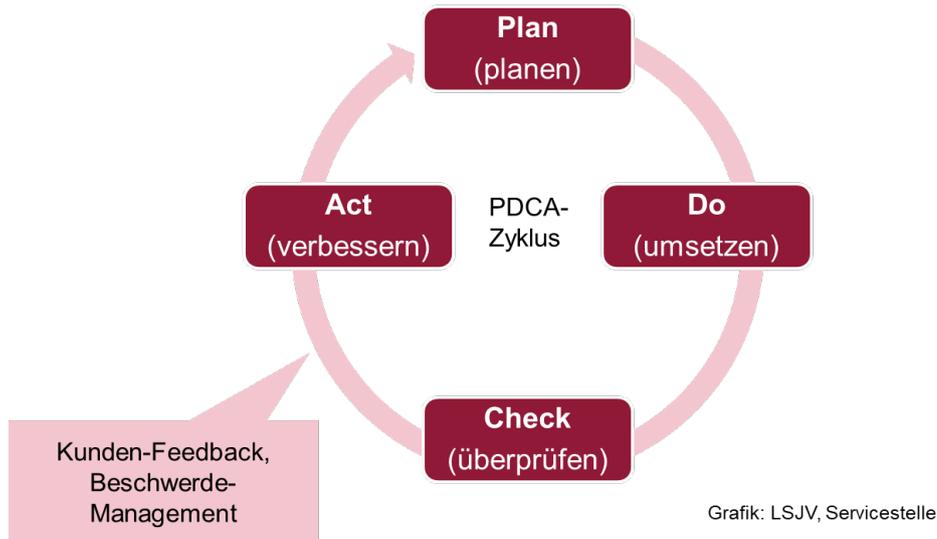
■ **Meilensteine**

Meilensteine sind Orientierungspunkte am Weg. So werden auch die Zwischenstopps genannt, bei denen eine Zielüberprüfung mit Qualitätskontrolle erfolgt. Bei deutlicher Zielabweichung werden Maßnahmen zur Fehlerkorrektur getroffen.

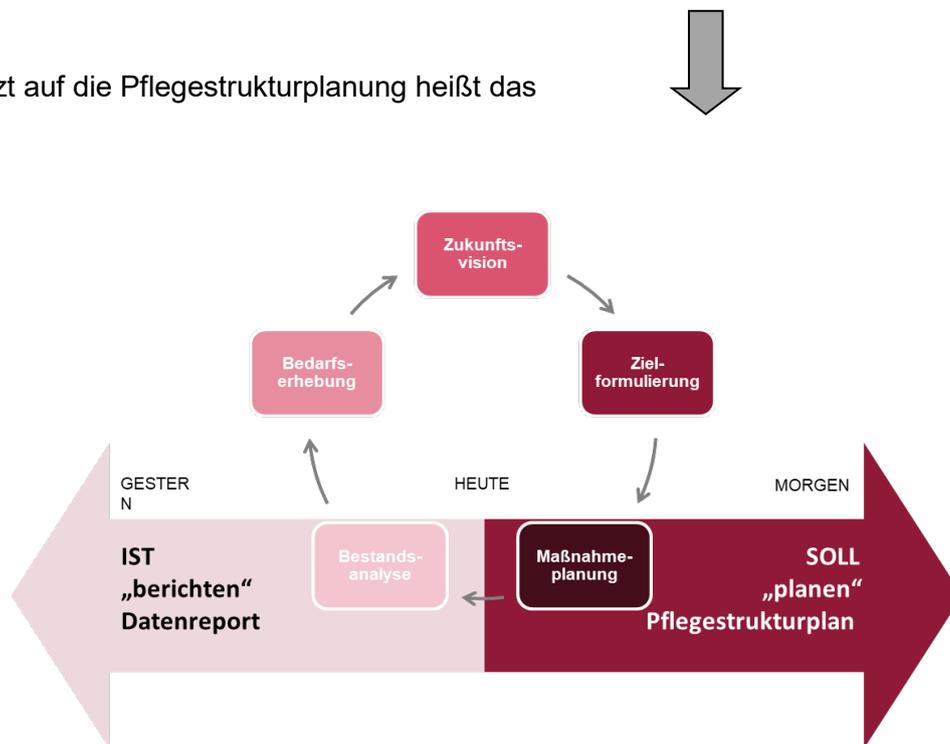
6.4 Kreisläufe in Gang setzen

Der Motor, der den Verbesserungskreislauf in Gang setzt, ist das Kundenfeedback. Dabei spielen die Rückmeldungen der Mitarbeiter ebenso eine Rolle wie der Dienstleistungspartner, der Dienstleistungsempfänger und ihrer Angehörigen.

Der Schlüssel zur Verbesserung ist das Beschwerdemanagement. Die ständige Verbesserung der Abläufe soll zu mehr Zufriedenheit führen und damit zu einem geeigneteren Produkt.



Übersetzt auf die Pflegestrukturplanung heißt das



Grafik: LSJV, Servicestelle

7 Empfehlungen zur Planung

Die politische Zielsetzung der 2000er Jahre war es, die pflegerischen Angebote marktwirtschaftlichen Prinzipien auszusetzen. Man vertraute auf die regulierende Kraft des Marktes von Angebot und Nachfrage. Die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement war der Versuch, die wirtschaftlichen Interessen der Anbieter zu regulieren. Man erhoffte sich von der Verpflichtung zum Beschwerdemanagement und dem Abfragen des Kundenfeedbacks, eine Ausrichtung an den Bedürfnissen der Zielgruppe zu erreichen. Wie gut dies funktioniert, bleibt zu beobachten.

Was durch das Qualitätsmanagement in jedem Fall erreicht wurde, war die Einführung von partizipativen Planungsmethoden.

7.1 Partizipative Planung heißt Prozesse steuern

■ Beteiligte Akteure

Der gesetzliche Auftrag zur Pflegestrukturplanung ist in der Praxis nur umsetzbar, wenn die zuständige Sachbearbeitung im Haus einen offiziellen Auftrag erhält. Da es sich um öffentlichkeitswirksame Prozesse handelt, die darüber hinaus mit Kosten verbunden sind, muss die Sachbearbeitung einen offiziellen Auftrag erhalten.

Der Prozess startet in der Regel mit einem Kreistags- oder Stadtratsbeschluss, erhält sein Budget aus dem Hauptausschuss und seine fachliche Legitimation aus dem Sozialausschuss.

■ Gründung einer Steuerungsgruppe

Die politische Legitimation führt zur Handlungsfähigkeit auf der Arbeitsebene. Deshalb wurde die Empfehlung ausgesprochen³⁹, eine Steuerungsgruppe zu gründen, die den Planungsprozess begleitet und zu den Meilensteinen regelmäßig eingebunden ist. Mitglieder der Steuerungsgruppe sollten der/die Dezernent/in, die Abteilungsleitung sowie die Sachbearbeitung für Pflegestrukturplanung sein.

Wie kann man Prozesse in Gang setzen, bei denen die Rückmeldungen aus der Praxis in die politischen und verwaltungsinternen Planungsprozesse einfließen?

■ Gründung von Planungszirkeln

Da die kommunalen Strukturen regional verschieden sind, muss jede Verwaltung ihren eigenen Prozesskreislauf definieren:

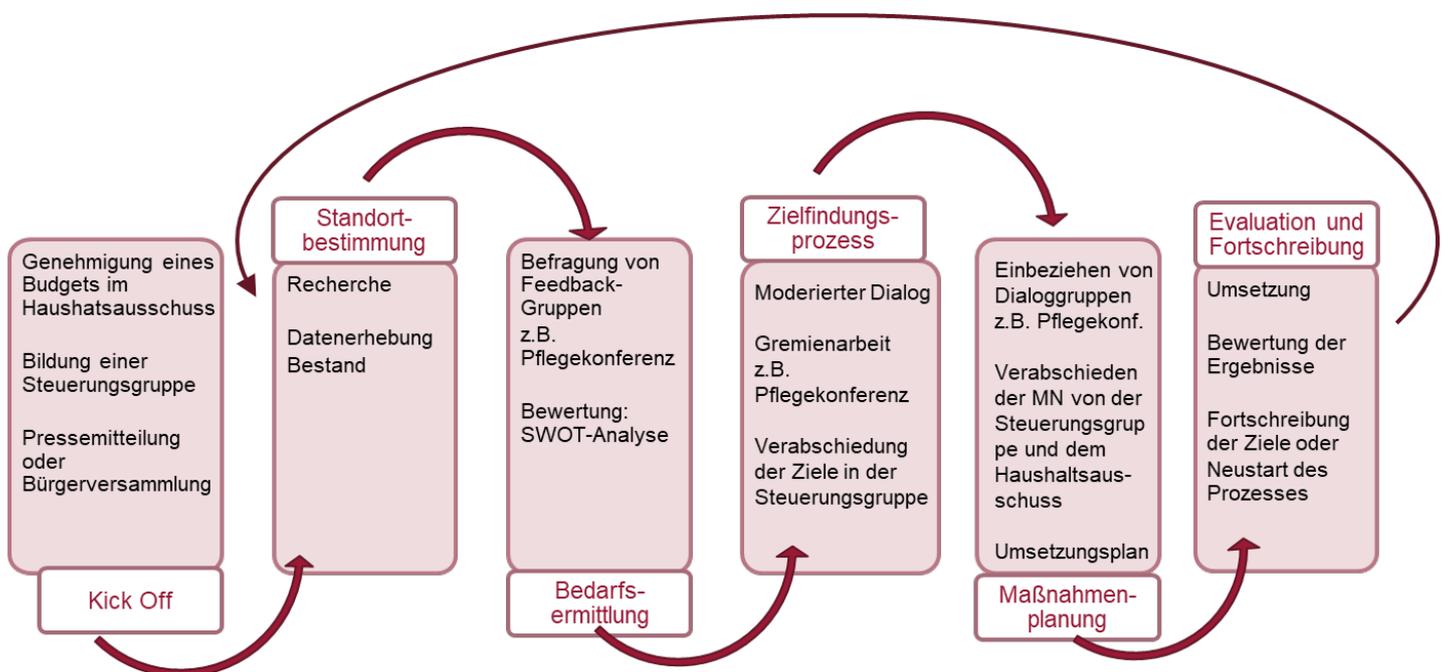
- Wer ist am Planungsprozess bzw. an den Entscheidungsprozessen beteiligt?

³⁹ Arbeitsergebnis aus dem Kompaktseminar Pflegestrukturplanung am 28./29.03.2019.

- Gibt es unterschiedliche Dialogrunden (Planungszirkel), die zu verschiedenen Themen arbeiten?
- An welcher Stelle sind die Pflegekonferenz und ihre Arbeitskreise die Planung eingebunden?
- An welchen Stellen muss es Rückkoppelungsschleifen in der Verwaltung mit der Abteilungsleitung und der politisch verantwortlichen Hausspitze geben?

■ Beispiel: Beteiligte Akteure im Planungsprozess

(Quelle: Kompaktseminar Pflegestrukturplanung 2019)



Grafik: LSJV, Servicestelle

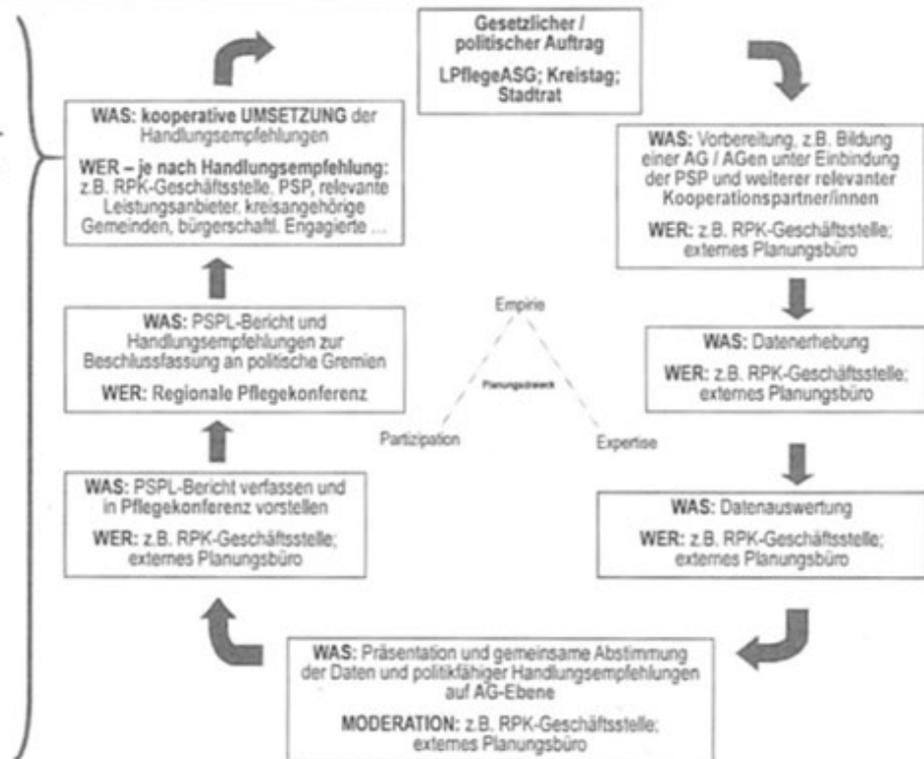
■ Gestaltung eines Planungsprozesses (aus 2013)

Im Kontext der Fachtagungen der Pflegestützpunkte 2013 wurde zum Tagesordnungspunkt „Die Regionale Pflegekonferenz des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt als Instrument der Pflegestrukturplanung“ ein Ablaufschema entwickelt, wie der Praxisdialog in der Pflegekonferenz mit Planungs- und Abstimmungsprozessen in der Verwaltung verknüpft und zu einem Kreislauf der Verbesserung weiterentwickelt werden kann.

Pflegekonferenz, Pflegestrukturplanung & Umsetzung als partizipative Prozesse vor Ort

Umsetzung

z.B. Neu- bzw. weiterentwickelte Hilfe- und Pflegeangebote in der Kommune (Modellprojekte usw.)



Grafik: Annette Fahlbusch (Stadt Frankenthal), Heiko Becker (LK Kaiserslautern), Mirko Nagel (LK Bernkastel-Wittlich), Ulrike Weikusat (LK Rhein-Hunsrück), 2013

ACHTUNG BAUSTELLE!

An dieser Stelle sollte der Dialog weitergeführt werden, sobald mehr Praxiserfahrungen vorliegen, in denen Abstimmungsprozesse erprobt wurden.

7.2 Leitbild

■ Definition

Ein Leitbild ist die Erklärung einer Organisation über ihr Selbstverständnis. Leitbilder sind Ausdruck der Unternehmenskultur und enthalten Aussagen über den Wertekanon einer Organisation. Sie können eine Verbindung aus visionären Zielen und Eigenschaften sein, sie drücken eine Haltung aus.

Leitbilder sind mehr als Ziele, sie stehen über den täglichen Abläufen und verändern sich nur sehr langfristig. Beispiel: 1964 wurde die „Aktion Sorgenkind“ gegründet. Im Jahr 2000 hatte sich das gesellschaftliche Selbstverständnis verändert, so dass eine Namensänderung erfolgte in „Aktion Mensch“.

In hierarchischen Organisationen gibt die Unternehmensführung das Leitbild vor. In partizipativen Organisationen arbeiten alle Ebenen Leitbildprozess mit und die Lenkungsgruppe verabschiedet das Leitbild.

EMPFEHLUNG

Fragen für die regionale Pflegestrukturplanung: Gibt es ein Leitbild für die Kommunale Verwaltung? Versteht sich die Kommune als autonome, politische Vertretung, als Dienstleister oder als Partner der Bürgerinnen und Bürger? Wie soll kommunale Entwicklung organisiert werden, hierarchisch oder partizipativ?

Gibt es ein Leitbild, sollte dies im Vorspann des Pflegeberichts genannt werden. Gibt es kein Leitbild, kann es durch eine Präambel ersetzt werden.

■ **Leitbildentwicklung**

Leitbildentwicklung ist in der Regel ein längerer Prozess, der von der Führungsebene auf den Weg gebracht wird und die Abteilungen mitnimmt. Entsprechend lange dauert es vom Auftakt bis zur Verabschiedung des Leitbilds. Der Gewinn ist eine Unternehmensaussage, die einerseits richtungsweisend ist und andererseits die Kooperation erprobt hat. Mit einem Leitbildprozess lassen sich Modernisierungen und Erneuerungen der Unternehmenskultur einleiten.

■ **Gibt es ein Leitbild für Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz**

Innerhalb der politischen und planerischen Prozesse in RLP gibt es derzeit einen gewissen Wertekanon, der beschreibt, wie die Weiterentwicklung im Land stattfinden soll. Den Hintergrund bildet der 7. Altenbericht, der Selbstbestimmung und Teilhabe, Vernetzung und partizipatives Handeln als Grundlagen sieht. Er fordert Daseinsvorsorge durch Mitwirkung, sieht Schnittstellen zwischen Professionalität und Ehrenamt, und sieht Betroffene auch als Akteure an. Insgesamt soll Planung mit Bürgernähe und auf Augenhöhe stattfinden.

- Der siebte Altenbericht benennt Entwicklungsziele, die für die Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung bundesweit eine Rolle spielen. Als ethische Grundhaltung empfiehlt er, partizipativ zu planen, kooperativ zu handeln, Netzwerke zu bilden und die ältere Generation nicht nur als Zielgruppe von Dienstleistungen zu betrachten, sondern ihre Ressourcen zu nutzen und sie aktiv einzubinden – Betroffene zu Akteuren zu machen.

- Das Leitbild Bürgerkommune⁴⁰ stellte bereits in den 2000er Jahren und stellt fest, das moderne Daseinsvorsorge in der Kommune ein partizipativer Prozess auf Augenhöhe sei.
- In Rheinland-Pfalz wurde 2010 das Heimgesetz durch das LWTG (Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe) abgelöst. Damit wurde der Weg für ambulant betreute Wohnformen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf geebnet, die den Bewohner/innen Teilhabe und Mitbestimmung ermöglichen sollen.
- Der rheinland-pfälzische Koalitionsvertrag aus 2016 formuliert für den Bereich Pflege, „Maßgeblich für unsere Politik sind die Selbstbestimmung, die Teilhabe und die individuellen Bedarfe der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen. Quartiere und Gemeinden brauchen ein Entwicklungskonzept, um Versorgung, Mobilität, Unterstützung und Pflege vor Ort zu sichern.“⁴¹

7.3 Präambel statt Leitbild

Es ist also politisch gefordert, partizipative Planungsprozesse zu installieren. Partizipation setzt eine Werthaltung voraus, die – sofern sich die Kommune entschließt, dieser Haltung zu folgen – im Pflegestrukturplan explizit erwähnt werden sollte. Diese Haltung kann beispielsweise in der Präambel zum Ausdruck gebracht werden, die einem regionalen Pflegestrukturplan vorangestellt wird. Vor diesem Hintergrund können Zukunftsvisionen für die Kommune entwickelt und Ziele abgeleitet werden.

EMPFEHLUNG

Der Dialog zwischen Servicestelle und Pflegestrukturplanerinnen und -planer führte zur Übereinkunft, dass ein Leitbildprozess sehr aufwändig ist und nur sinnvoll ist, wenn ein Paradigmenwechsel in der Verwaltung ansteht. Hier kann ein Leitbildprozess gute Dienste leisten.

Ein Leitbildprozess als Grundlage für die Aufstellung eines Pflegestrukturplans wäre überdimensioniert, zumal jede Kommune für sich diesen Prozess durchlaufen müsste. Die Formulierung einer Präambel wäre eine pragmatische Alternative.

⁴⁰ Quelle: Jörg Bogumil, Lars Holtkamp „Bürgerkommune konkret. Vom Leitbild bis zur Umsetzung“. Hrsg.: Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2002.

⁴¹ Landesregierung Rheinland-Pfalz, Koalitionsvertrag 2016-2021, S. 116-117.
https://www.rlp.de/fileadmin/rlp-stk/pdf-Dateien/Koalitionsvertrag_RLP.pdf

7.4 Vision

■ Visionen sind bewegte Bilder

Visionen sind geeignet, um Menschen zu motivieren, die Idee mitzutragen und bei der Umsetzung der Ziele und Maßnahmen zu helfen. Sie sind ein Bild, welches man zum Leben erwecken kann.

Visionen als Planungsansatz fußen auf einer ganzheitlichen Planung; d.h. anstatt ein Bündel von Einzelmaßnahmen zu verabschieden, zeichnet man eine veränderte Gesamtsituation und überlegt, was man benötigt, um diese Gesamtsituation herbeizuführen. Jede Maßnahme ist aus dem Gesamtbild abgeleitet und erzeugt Synergieeffekte. Die Wirkungen ergänzen sich, die Akteure arbeiten einander zu, jeder ist über den Gesamtfortschritt des Projektes informiert und Reibungsverluste werden minimiert.

Visionen erfordern Geduld, vorbereitende Maßnahmen sind erforderlich, manchmal müssen Arbeitsstrukturen neu angelegt werden; sichtbare Effekte stellen sich erst später ein. Ein transparenter Prozess, indem die Projektfortschritte kommuniziert und die nächsten Ziele sichtbar sind, motiviert zum Weitermachen. Je mehr von dem neuen Projekt sichtbar ist, desto mehr Freiwillige schließen sich an. Sie bringen ihre Vorschläge mit ein, das Projekt gewinnt an Dynamik.

■ Beispiel

Wenn wir jetzt starten, wohnen in zehn Jahren die älteren Menschen in unserer Mitte. Wir können die Wohngemeinschaft täglich unkompliziert besuchen, vom Einkauf etwas mitbringen oder in der Freizeit mit unserer Mutter oder unserem Vater spazieren gehen.

Vielleicht sind wir es schon selbst, die dort wohnen und von unseren Kindern Besuch empfangen. Das Mittagessen schmeckt, weil wir den Speiseplan mit aussuchen durften, und auch wenn der Pflegedienst kommt, fühlen wir uns nicht wie im Krankenhaus. Er gehört einfach mit dazu. Weil wir Viele sind und die Pflege rascher erledigt ist, bleibt auch mal Zeit für eine Tasse Kaffee mit der Pflegeschwester.

EMPFEHLUNG

Eine starke Vision ermöglicht es, ganzheitliche Konzepte zu entwickeln, in denen alle Bausteine aufeinander aufbauen. Stimmige Konzepte und starke Visionen motivieren zum Mitmachen und sichern breite Zustimmung bei der Umsetzung von Projekten.

7.5 Ziele

Nur wer weiß, wohin er will, kann günstigen Wind ausnutzen.

Nur wer weiß, wohin er will, kann günstigen Wind ausnutzen.



Grafik: LSJV, Servicestelle

■ Definition

„Ein Ziel ist ein in der Zukunft liegender, erwünschter Zustand.“ (Wikipedia)

■ Für die Formulierung von Zielen gilt dasselbe wie für Leitbilder.

Ziel	Prägnant und verständlich
Aussagesatz (indikativ) Positive Formulierung Am liebsten kurze Hauptsätze Aktive Formulierung Gegenwartsform	keine Möglichkeitsform (Konjunktiv; sollte, könnte, würde) keine Negation (so nicht: sie sollen nicht alleine sein) möglichst wenig Schachtelsätze Keine Passivformulierungen Kein Futur (so nicht: wir werden es anstreben)
Beispiel Wir haben gut funktionierende Schnittstellen zwischen Haupt- und Ehrenamt.	So nicht Wir werden uns bemühen, die Schnittstellen zwischen Haupt- und Ehrenamt zu verbessern. Es sollten nicht mehr so viele Anfragen zurückgewiesen werden.

■ Um die Eignung der Zielformulierungen zu überprüfen, gibt es Kontrollfragen.

Ziele sind SMART	Kontrollfrage
S chriftlich fixiert	Wo kann man sie nachlesen?
M essbar	gibt es Messkriterien?
A ttraktiv	will man sie haben, rufen sie Motivation hervor?
R ealistisch	kann man sie mit den Bordmitteln erreichen?
T erminiert	gibt es eine Frist?

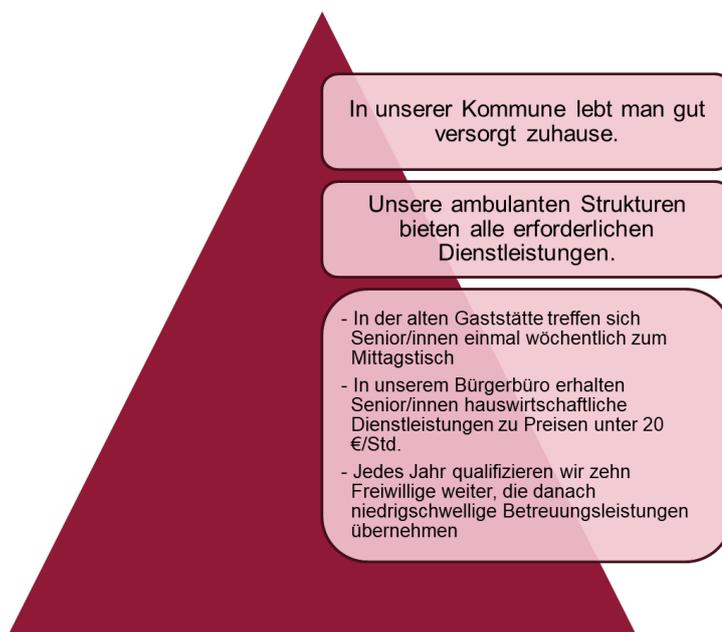
■ **Das Projektmanagement kennt mehrere Terminierungen von Zielen.**

Ziel	Zeitliche Dimension
Vision	Zentrale, übergeordnete Idee
Fernziel	Langfristige Ziele beziehen sich meist auf einen mehrjährigen Zeitraum. Sie können in Zusammenhang stehen mit Wahlperioden oder Zeitfenstern, in denen gesellschaftliche Veränderungen sichtbar werden. Bei der Zukunftswerkstatt blickt man meist auf 5 oder 10 Jahre voraus, um die langfristige Zielrichtung festzulegen.
Handlungsziel	Kurzfristige Handlungsziele orientieren sich häufig an Haushaltsjahren oder ähnlichen Intervallen.
Maßnahme	Eine Maßnahme wird eingesetzt, um ein Handlungsziel unmittelbar zu erreichen.

■ **Das Qualitätsmanagement kennt mehrere Arten von Zielen.**

Qualitätsbereiche	Art	Qualitätsziel
Strukturqualität	Strukturziel	die Organisationsstrukturen verbessern
Prozessqualität	Prozessziel	die Abläufe innerhalb der Strukturen verbessern
Ressourcenqualität	Ressourcenziel	die Ressourcen optimieren
soziale Qualität	Kommunikationsziel	die Kommunikation und Beziehungsqualität verbessern
Ergebnisqualität	Ergebnisziel	das Produkt / die Dienstleistung verbessern

■ **Beispiel: Vision – Ziel – Maßnahme**



Grafik: LSJV, Servicestelle

■ Beispiel

Handlungsfeld: Pflege und Sorge / Ambulante Dienstleistungen			
Vision	Langfristige Ziele	Kurzfristige Handlungsziele	Maßnahme
In unserer Kom- mune leben die Menschen selbst- bestimmt und gut versorgt zuhause, solange sie mögen.	Die niedrigschwelli- gen Betreuungslei- stungen im Wohnum- feld ermöglichen das.	Es gibt einen wöchentlichen Mittagstisch für Senior/in- nen in der Gemeinde.	Örtliche Gaststätte akti- vieren

■ Planungsmethode „wer-macht-was-bis wann-Liste“

Was	wer	Mit wem	Bis wann
Örtlichen Gaststättenbetreiber ansprechen	Pflegestruk- turplaner/in		15.02.
Kalkulation aufstellen	Gaststätte	Pflegestruk- turplaner/in	15.03.
Projektantrag Fördermittel	Pflegestruk- turplaner/in	Amtsleitung	31.03.
Rundschreiben an alle Bürger-innen 70plus	Pflegestruk- turplaner/in		01.06.
Info-Veranstaltung im Rathaus	dito		15.07.
Einladung zum ersten Mittagstisch im Amtsblatt veröffentlichen	Dito	Amtsleitung	Redaktions- schluss beach- ten

7.6 Maßnahmen und Umsetzung (Handlungskonzept)

Mit der Maßnahmenplanung entsteht das Handlungskonzept. Maßnahmen erkennt man daran, dass sie mit einem Zeitziel belegt sind und eine Verantwortlichkeit benennen. Maßnahmen sollten – ebenso wie Ziele – schriftlich dokumentiert sein. Allerdings sind sie in der Regel nur dem Kreis der Akteure zugänglich, die mit der Umsetzung betraut sind.

Die Maßnahmenplanung ist eher Verwaltungsaufgabe, wobei Vorschläge aus der Pflegekonferenz einfließen, denn bei der Umsetzung ist die Mitwirkung der Akteure aus dem Praxisfeld erforderlich. Die Ziele und die zugehörigen Maßnahmenpakete werden in der Verwaltung abgestimmt und verabschiedet.

EMPFEHLUNG

Nachfolgende Tabellen zeigen eine mögliche Form der digitalen Dokumentation. Die Dokumentation sollte regelmäßig nachverfolgt und zu den Meilenstein-Sitzungen ausgewertet werden.

Bei der Formulierung von Zielen und Maßnahmen sollte Bezug auf die Handlungsfelder (Pflege und Sorge, Gesundheit und Prävention, Wohnen und Wohnumfeld) genommen werden.

7.7 Meilensteine

Meilensteine sind mehr als ein Etappenziel auf dem Zeitplan.

Hier werden die Arbeitsergebnisse überprüft und bewertet. Sie werden einerseits an den Vorgaben gemessen (intern), es fließen aber auch die Rückmeldungen aus dem Praxisfeld ein (extern).

Die regelmäßig tagende Pflegekonferenz ist ein Meilenstein, bei dem beispielsweise die Rückmeldungen der Pflegestützpunkte über die Versorgungslage Auskunft gibt.

Das Gantt-Diagramm hat sich bei der Planung von Zielen und Zeitfenstern bewährt. Die Meilensteine können als Fixpunkt im Prozess eingetragen werden.

■ Beispiel

Planungstools siehe Anhang

8 Empfehlungen zur Methodik

8.1 Hochrechnung als Methode

Ein Weg zur Ermittlung der künftigen Bedarfe in der Zukunft ist die Hochrechnung von Zahlen über einen längeren Zeitraum.⁴²

Grundlage sind die Zahlen aus den Bestandserhebungen der Vergangenheit. Die Methode der Hochrechnung setzt voraus, dass sich die Zahlen linear weiterentwickeln und keiner gegenläufigen Dynamik im Sozialraum ausgesetzt sind (siehe Anhang)

8.2 Dialog als Methode

Die Pflegekonferenz ist ein Kommunikationsinstrument und kann mit den Regeln der Kommunikation gestaltet werden.

Die Pflegekonferenz hat darüber hinaus weitere Rollen:

- Feedbackgeber zur Bedarfsermittlung
- Netzwerk für partizipative Planung
- Ort der politischen Willensbildung

Anhand dieser drei Rollen kann man den Verbesserungskreislauf nochmals betrachten und überlegen, an welchen Stellen mehr Dialog stattfinden könnte (siehe „Empfehlungen zur Pflegekonferenz“, Servicestelle (2016)).

8.3 Zukunftswerkstatt als Methode

Die Zukunftswerkstatt ist eine Methode, die einer bestimmten Dramaturgie folgt. Sie eignet sich, um einen Projektstart zu markieren (Kick-Off-Veranstaltung).

Ebenso eignet sie sich, um die Handlungsfelder zu diskutieren, Ziele zu finden und Prioritäten zu setzen. Sie eignet sich auch als Kick-Off-Veranstaltung für neue Projekte oder den Neustart des Verbesserungskreislaufs.

Die Zukunftswerkstatt besteht aus vier Phasen:

- Kritikphase
- Traumphase

⁴² Quelle: www.statistik.rlp.de

- Befürchtungen und Hindernisse
- Handlung: Der erste Schritt

Die Zukunftswerkstatt arbeitet mit Plenum und Kleingruppen und ist insofern für alle Gruppenstärken geeignet. Wichtig ist, dass die Räumlichkeiten genug Platz bieten, um diesen Methodenwechsel umsetzen zu können. Sie hat Konferenzcharakter und kann deshalb punktuell eine Pflegekonferenz ersetzen bzw. eine besondere Gestaltungsform bieten.

Die Zukunftswerkstatt steigt ein mit einer Bestandsaufnahme (Kritikphase), die methodisch ausgestaltet sein kann. Bei der Zusammenführung im Plenum entsteht ein Bild der Ausgangssituation. Durch Punkteverteilung werden Prioritäten gebildet, welche Themen zuerst bearbeitet werden müssen.

In der Traumphase wird in die Zukunft gedacht und ein veränderter, erwünschter Zustand formuliert. Hier gelten die Regeln der Zielformulierung.

Jeder Weg hat Stolpersteine, die ersten Bedenken drängen sich auf. Sie werden in der Sammlung der Befürchtungen, Bedenken und Hindernisse zusammengetragen.

Schließlich werden die größten Bedenken zu Arbeitsaufgaben umformuliert und der erste Schritt auf dem neuen Weg mit einer Wer-macht-was-bis-wann-Liste hinterlegt.

8.4 Projekte als Methode

Die Umsetzung von Planungszielen in Form von Projekten folgt in der Praxis meist der Notwendigkeit, aufgrund begrenzter finanzieller Mittel das Projekt mit Fristen auszustatten.

Formell bedeutet die Bezeichnung „Projekt“, dass es die entsprechenden Bausteine (siehe Kapitel „Projekte planen“) aufweisen muss, um eine erfolgreiche Projektabwicklung zu gewährleisten. Ein Projekt ohne klaren Projektauftrag und Projektverantwortung bietet häufig Konfliktpotential, weil Aufgaben und Zuständigkeiten unklar sind, weil das Zeitbudget mit den Regelaufgaben verschwimmt und ohne Ziele keine befriedigenden Ergebnisse erreicht werden können.

Die Umsetzung von Projekten der Sozialraumentwicklung auf der Ebene der Pflegestrukturplanung (Stadt- bzw. Kreisverwaltung) kommt in der Praxis dort vor, wo eine Personalstelle mit 50 % oder mehr Stellenanteil eingerichtet ist. Die Umsetzung erfordert Personalzeit, Kompetenzen in der Mittelakquise, der Formulierung von Projektanträgen, Erfahrung im Management von Projekten sowie der Dokumentation.

8.5 Wettbewerbe als Methode

Die Auslobung von Wettbewerben ist – klug eingesetzt – weit mehr als Öffentlichkeitsarbeit mit einer spielerischen Note. Sie ist eine vielschichtige Strategie, die die regionale Entwicklung voranbringen kann.

■ Beispiel

Der Landkreis Bernkastel-Wittlich habe als Strategie der Pflegestrukturplanung den Wettbewerb „Zuhause alt werden“ entwickelt, berichtete der Pflegestrukturplaner des Landkreises, Mirko Nagel. Der Wettbewerb sei ein Methodenmix aus Partizipation, Bewusstseinsbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Konzeptarbeit mit vielschichtigen Wirkmechanismen auf unterschiedlichen Ebenen.

Die Wettbewerbsbeiträge aus den Ortsgemeinden enthielten konzeptionelle Ansätze, die dicht an den Bedürfnissen der Menschen im Ort orientiert seien. Sie enthielten Umsetzungsvorschläge, die die regionalen Ressourcen einbeziehen und nicht überdimensioniert seien. Sie würden von Menschen aus der Gemeinde getragen und stärkten damit die lokale Einbindung. Die Prämierung einzelner Wettbewerbsbeiträge motiviere die Akteure zusätzlich und stelle durch das Preisgeld finanzielle Mittel für die Umsetzung der Konzepte zur Verfügung, so der Planer.

Die Wettbewerbe sind ein Stück Öffentlichkeitsarbeit für das Thema Wohnen im Alter, Zuhause leben im Alter. Wer Konzepte einreicht, hat sich Gedanken gemacht, mit anderen ausgetauscht und überlegt, was helfen könnte und wobei er Unterstützung braucht.

8.6 Kreativmethoden

Zweck der Planung ist es, Grundlagen für die Weiterentwicklung des Sozialraumes durch neue Angebote, Netzwerke und Strukturen zu schaffen. Aus Problemformulierungen lassen sich aber häufig noch keine Lösungen ableiten⁴³. Sofern keine erprobten Beispielprojekte als Vorbild dienen können, bedarf es kreativer Ideen und guter Einfälle.

Ideenfindung klappt am besten in der Gruppe, jedes Stichwort löst Assoziationen aus und führt zu weiteren Vorschlägen. Um effektiv in der Gruppe zu arbeiten, muss die Arbeit visualisiert werden. Dazu nutzt man am besten Moderationstafeln, großes Papier und dicke Stifte, damit alle auf dem gleichen Arbeitsstand sind und Rückfragen stellen können.

⁴³ Matthias Varga von Kibed: „Die Logik von Lösungen“. Vortrag als DVD oder als Download bei youtube.

■ **Brainstorming oder Brainwriting**

Schnelles Assoziieren funktioniert dann, wenn während der Ideenphase keine Bewertung stattfindet (zu groß, zu teuer, zu schwer, zu langwierig, hat früher auch schon nicht funktioniert), d.h. jede Idee ist zugelassen und kann in den Raum geworfen werden.

Schnelles Aufschreiben folgt beim Brainwriting ebenfalls keinen Regeln. Die Ideen werden so an die Moderationswand geschrieben, wie sie kommen. Erst wenn die Ideensammlung beendet ist, folgt die Phase des Sortierens und Auswertens.

■ **Mind-Mapping (Gedankenlandkarte)**

Diese Methode lässt ebenfalls schnelles Assoziieren zu und visualisiert die Ergebnisse an der Moderationswand. Das einzige strukturierende Merkmal, welches das Mind Mapping einführt, ist die grobe Unterscheidung von Oberthemen und Unterthemen. Im Zentrum wird die Fragestellung notiert, darumherum entstehen Äste für die Oberthemen, darunter weitere, immer kleinere Äste für Unterthemen.

Das Mind Map ist nie fertig, es kann immer weitergeschrieben werden. Die Gedankenlandkarte zeichnet ein Bild, welches z.B. leere Stellen deutlich macht, von denen man noch wenig weiß, oder umgekehrt Schwerpunktthemen, die bis ins Detail bekannt und durchdacht sind, ins Auge fallen.

Die Gedankenlandkarte ist eine Vorlage für schriftliche Konzepte. Sie liefert die Kapitelüberschriften an den Hauptästen und die Inhalte grob skizziert in den Verästelungen.

■ **Kopfstand**

Funktioniert es einmal nicht mit der Kreativität, dann hilft ganz sicher die Kopfstand-Technik. Sie macht Spaß und ist bei geübten und ungeübten Gruppen gleichermaßen erfolgreich. Dabei wird das Problem zunächst auf den Kopf gestellt, man überlegt, was man tun muss, damit es garantiert schief geht oder wie man einen Vorschlag wirksam verhindern kann. Nach der Kreativphase werden die Negativ-Vorschläge wiederum auf den Kopf gestellt und nach interessanten Lösungsansätzen untersucht.

Stellen Sie sich vor, Sie sind die Opposition und ihr guter Ruf hängt davon ab, das Projekt in jedem Fall zu verhindern!

■ **Worst-Case-Szenario**

Bei einer Problembearbeitung kann die Diskussion in eine Phase kommen, in der sich Widerstand aufbaut. Die Bedenken überwiegen, die „ja, aber ...“-Sätze häufen sich und das Projekt droht zu scheitern.

Man kann die Stimmung wenden, indem man die Gruppe dazu einlädt, die Hindernisse zude zu denken und die schlimmste mögliche Katastrophe auszumalen. Indem die Bedenken laut werden dürfen, Raum bekommen und gehört werden, stellt sich Entspannung ein. Zugleich überzeichnet man sie und findet Spaß an der Übertreibung. Danach ist es leichter, wieder zu einem realistischen Rahmen zurück zu finden.

Entweder stellt sich heraus, „so schlimm ist das ja gar nicht“, oder „ok, das ist eine Alternative, gibt es noch andere?“.

9. Zusammenarbeit mit Dienstleistern für Sozialforschung bzw. Sozialplanung

Die kommunale Pflegestrukturplanung ist in den Verwaltungen mit eher kleinem Zeitbudget ausgestattet, deshalb arbeitet sie bei Pflegeberichterstattung mit Dienstleistern zusammen.

In der öffentlichen Verwaltung es in der Regel erforderlich, drei Angebote einzuholen. Vergleichbarkeit der Angebote erreicht man durch detaillierte Auftragsbeschreibung. Die nachfolgend beschriebenen Module sollen zur Transparenz beitragen.

9.1 Ausschreibung von Leistungen

Sozialforschungs- oder -planungsbüros rechnen in der Regel in Tagessätzen ab. Ein Angebot setzt sich zusammen aus der Anzahl der Tagessätze pro Mitarbeiter/in und der Bewertung der Tagessätze in Euro.

- Tagessätze pro Person liegen üblicherweise zwischen 500-800 Euro netto.
- Ortstermine für Besprechungen schlagen mit Reisekosten zu Buche. Handelt es sich um weite Anreisen, werden für die Fahrzeit entweder verbilligte Stundensätze oder erhöhte km-Pauschalen berechnet.
- Übernimmt ein Dienstleister die Moderation vor Ort, fällt der Tagessatz eher zwischen 600-800 Euro netto aus, oder es werden Vorbereitungszeiten hinzugerechnet.

9.2 Leistungsmodule

- **Modul 1 – Bestandaufnahme (quantitative Analyse, Recherche)**
 - Recherchethemen liefert die Grafik „Nutzerstruktur, Infrastruktur, Anbieterstruktur“ (Kapitel 4).
 - Datenquellen sind dem Kapitel „Datenquellen“ zu entnehmen.
 - Datenrecherchen und Teildaten-Abfragen können für privatwirtschaftliche Dienstleister kostenpflichtig sein. Hier ist zu abzustimmen, welche Zuarbeiten die Verwaltung leisten kann.
 - Um die Daten im kommenden Jahr weiterschreiben zu können, ist es wichtig, dass die Recherche-Ergebnisse der Verwaltung in Form von Excel-Tabellen am Ende zur Verfügung stehen.

- Durch die Einführung des Postleitzahlenbezugs in der Pflegestatistik ist es künftig nicht mehr erforderlich, eigene Fragebögen zu den Leistungszahlen von Geld- und Sachleistungen zu versenden. Die öffentlichen Quellen sind weitgehend ausreichend.
 - Muster-Fragebögen für die soziale Infrastruktur und Neue Wohnformen können in der Servicestelle Pflegestrukturplanung abgerufen werden.
- **Modul 2 – Datenauswertung**
- Sofern es sich um Rohdatensätze handelt, werden sie zunächst tabellarisch zusammengeführt. Diese Tabellen können mehrjährig weitergeführt werden.
 - Aufgrund von Arbeitsfragen werden die Datensätze ausgewertet. Die Ergebnisse werden in der Textfassung der Pflegestatistik zusammengeführt.
 - Handlungsleitend sollte dabei sein, anstelle einer vollumfänglichen Datenschau lieber auf die Erfüllung der Mindeststandards zu achten.
 - Durch Anwendung der SWOT-Analyse lassen sich diejenigen Daten priorisieren, die für die spätere Planung von Bedeutung sind (Kennzahlen). Diese sollten bei der Auswertung zusammenfassend dargestellt und dem Bericht vorangestellt werden.
- **Modul 3 – Bedarfsermittlung (qualitative Methoden, Interviews, Feedbackanalyse)**
- Die Befragung der Leistungsbezieher und Kunden der Pflege sowie die Befragung der Ortsgemeinden kann neue Aspekte ergeben.
 - Die Pflegekonferenz kann für die Umsetzung eines Beteiligungsverfahrens genutzt werden in Form von Arbeitsgruppen oder einer Sonderkonferenz. Die Teilnehmenden können mittels methodengestützter Moderation erreicht werden.
 - Das unmittelbare Kundenfeedback wird als Datenquelle bisher noch wenig genutzt. Gerade bei der Bedarfsermittlung kann eine schriftliche oder mündliche Kundenbefragung Sinn ergeben. Sie kann stichprobenartig und durchaus qualitativer Art sein, da die Bewertung der Versorgungssituation durch das eigene Wohlbefinden beeinflusst wird.
- **Modul 4 – Moderation bzw. Begleitung von Zielplanungsprozessen**
- Partizipative Planung erfordert die Beteiligung der Verwaltung und der Pflegekonferenz. Sie wird in der Regel durch einen moderierten Zielplanungsprozess umgesetzt.

- Eine Methode, um Zielplanungsprozesse einzuleiten, ist die Zukunftskonferenz. Sie kann beispielsweise in Form einer Sonderpflegekonferenz stattfinden.
 - Mit dem Dienstleister kann eine Vereinbarung darüber getroffen werden, ob und wie oft er Moderationen sowie die erforderliche Dokumentation übernimmt (z.B. zur Bedarfsanalyse oder zur Zielfindung; z.B. innerhalb der Pflegekonferenz oder öffentlich mit Bürgern, Akteuren und Zielgruppen der Pflege; ...).
 - Die Begleitung eines gesamten Zielplanungsprozesses erfordert über die Moderation von Einzelveranstaltungen hinaus ein mehrstufiges, strategisches Vorgehen. (Projektauftrag, Projektplan)
 - Ergebnis des Planungsprozesses ist ein Maßnahmenkatalog sowie eine strategische Planung darüber, wie die Ergebnisse ausgewertet werden.
 - Die Pflegestrukturplanung (Ziele, Maßnahmen) sollte über mehrere Jahre Gültigkeit bewahren. Der Maßnahmenkatalog wird kontinuierlich abgearbeitet und der aktuelle Arbeitsstand dokumentiert.
 - Die Ziele werden mit Kennzahlen hinterlegt und jährlich weitergeschrieben. Sie ergeben die Messgrößen für das Pflegemonitoring.
 - In Meilenstein-Sitzungen (z.B. Pflegekonferenz mit Schwerpunktthema) wird die Wirksamkeit der Maßnahmen diskutiert und die jährliche Entwicklung der Zahlen beobachtet.
Die Meilenstein-Sitzungen können von einem externen Dienstleister moderiert werden, der die Dokumentation daraufhin aktualisiert.
- **Modul 5 – Projektbegleitung**
 - Eine Begleitung bei der Umsetzung einzelner Maßnahmen, die den Umfang eines eigenständigen Projektes haben, kann Sinn ergeben.
 - Langfristig kann sich die Zusammenarbeit mit Dienstleistern verschieben – weg von der Zahlenrecherche hin zu mehr Moderation und Projektbegleitung.

9.3 Kontakte zu Dienstleistern

■ Institute für Sozialforschung

Potentielle Dienstleister sind marktwirtschaftlich tätige Unternehmen aus dem Bereich der Markt- oder Sozialforschung. Marktforschungsinstitute arbeiten vorwiegend für die Branchen

der Wirtschaft, Sozialforschungsinstitute für den Sektor Sozialwesen. Zu den Leistungen gehören Demografie- und Sozialberichte, Sozialraumanalysen, quantitative und qualitative Forschungsmethodik. Die Begleitung von Konzepten hängt von der Branchenkenntnis ab.

■ **Zusammenarbeit mit Universitäten**

Universitäten sind öffentliche Einrichtungen und haben einen Forschungsauftrag. Für neue gesellschaftliche Entwicklungen können in Einzelfällen Forschungsprojekte beantragt werden, die in einer Modellregion für die Stadt- oder Kreisverwaltung eine Aufgabe lösen. Sie werden nicht privatwirtschaftlich tätig und stehen somit als dauerhafte Dienstleister eher nicht zur Verfügung.

■ **Kontaktadressen**

Bei der Suche nach Kontaktadressen können Sie sich gerne an die Servicestelle wenden.

EMPFEHLUNG

Bei der Zusammenarbeit mit Dienstleistern könnten die Module im Detail beauftragt werden. So können die Pflegestrukturplanerinnen und -planer gezielt Teile selbst übernehmen und sich durch Dienstleister unterstützen lassen.

Bei der Datenrecherche kann es zu Preisunterschieden kommen, je nachdem ob eine Verwaltungsbehörde oder ein privatwirtschaftlich tätiger Dienstleister Daten anfragt.

Bei der Weitergabe von Rohdaten an private Dienstleister ist der Datenschutz zu beachten!

Bei der Vertragsgestaltung sollten Vereinbarungen über die Art der Dokumentation getroffen werden (siehe Kapitel 4.2).

Die Honorarsätze für Moderation können sich von denen der Datenrecherche unterscheiden.

Bei einer Zusammenarbeit mit Dienstleistern sollte eine vertragliche Vereinbarung darüber getroffen werden, in welcher Form die Dokumentation übergeben wird; soll der Text als pdf-Datei oder als offene Word-Datei vorliegen? Sollen die Tabellen und Schaubilder in den Text eingebunden sein oder als offene Excel-Dateien vorliegen? Excel-Dateien eröffnen die Möglichkeit, ein Monitoring herzustellen, d.h. die Zahlenreihe über mehrere Jahre weiterzuschreiben.

Langfristig kann sich die Zusammenarbeit mit Dienstleistern verändern, die Zahlenrecherche wird zur Routine, aber es kann mehr qualitative Forschungsmethodik eingebunden werden. Anstelle der Rechercharbeit können Dienstleister die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung durch Moderation, Prozess- und Projektbegleitung unterstützen.

10 Fortschreiben eines dynamischen Konzeptes

Die Pflegestatistik und der kommunale Zielkatalog sollten das Kernstück und Nachschlagewerk der Pflegestrukturplanung darstellen, die den argumentativen Hintergrund im Zielplanungsprozess bildet.

Ausgewählte Kennzahlen sollten einen Kurzeinblick in den Stand der pflegerischen Versorgung in der Stadt oder im Landkreis ermöglichen und als „Seismograph“ problematische Entwicklungen frühzeitig signalisieren. Sie sollten spätestens alle zwei Jahre (Intervall des statistischen Landesamtes) aktualisierbar sein und ein Monitoring ermöglichen.

Sind die Datengrundlagen ermittelt, kann der partizipative Planungsprozess mit einer Zukunftswerkstatt gestartet werden. Bei Bedarf kann die Vergabe der Moderation an Externe hilfreich sein, damit sich alle am Dialog beteiligen können.

Eine Übersicht über die geplanten Maßnahmen in Tabellenform ermöglicht schnelles Updaten der aktuellen Ereignisse. Er lässt jederzeit zu, Auskunft über den Arbeitsstand zu geben und dient als Unterlage für die Meilensteinsitzungen.

Es sollte eine Steuerungsgruppe gebildet werden, die die Ziele und vorgeschlagenen Maßnahmen beschließt und genehmigt, um Handlungsfähigkeit für die kommunale Pflegestrukturplanung herzustellen. In der Steuerungsgruppe sollten kommunale Entscheidungsträger sowie die Mitarbeiter/innen der Pflegestrukturplanung eingebunden sein.

Die Steuerungsgruppe sollte als Meilenstein mindestens einmal jährlich den Stand der Zielerreichung sowie aktuelle Entwicklungen bewerten und ggf. anpassen oder überarbeiten. Sie sollte ebenfalls für Beschlüsse der Regionalen Pflegekonferenz zuständig sein.

11 Anhänge: Arbeitsmaterialien und Planungs-Tools

- Musterfragebogen zu Wohnraumangebote
- Musterfragebogen zu Dienstleistern im Sozialraum
- Arbeitsblatt SWOT-Analyse
- Arbeitsblatt „Vision und Ziele“
- Gantt-Diagramm „Zeitplanung und Meilensteine“ (Beispiel)
- Tabelle „Maßnahmenübersicht (Handlungsplan)“
- Arbeitsblatt „Maßnahmeplanung – Aufgabenkarte“
- Statistisches Landesamt, Hochrechnung und Prognose (Beispiel)

Anhang 1: Muster-Fragebogen zu Wohnraumangeboten

Name des Wohnraumanbieters		<input type="text"/>	Anmerkungen
Geschäftsform (GmbH, eG..)		<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/>	Eigentumswohnanlage	
	<input type="checkbox"/>	Mietwohnraum	
Anzahl der Wohneinheiten / Wohnplätze			
Zielgruppe des Wohnraumangebotes			
Preis		€ / qm (zum Kauf)	
		€ / qm (zur Miete)	
		€ / qm (Miete im geförderten Wohnungsbau)	
Barrierefreiheit			
	<input type="checkbox"/>	Betreutes Wohnen (trägergeführt)	
	<input type="checkbox"/>	Wohn-Pflege-Gemeinschaft	
	<input type="checkbox"/>	Wohnen mit Quartiersmanagement	
	<input type="checkbox"/>	Wohnprojekt mit selbstorganisierter Hausgemeinschaft	
Betreuungspauschale		€ pro Monat	
weitere Leistungen		Hausnotruf	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Ansprechpartner/in im Haus	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Einkaufsservice	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Hauswirtschaftsservice	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Fahrservice	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Betreuungsleistungen	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		24-Stunden-Betreuung	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Beratung / Begleitung	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Unterhaltungs- und Freizeitangebote	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
		Pflegeleistungen (SGB V, XI)	<input type="checkbox"/> kostenpflichtig
Dienstleister, die fest in das Wohnangebot eingebunden sind	1.		
	2.		
	3.		
Engagement der Bewohner/innen			
Sonstiges			
Datum			
Ansprechpartner			

Anhang 2: Muster-Fragebogen zu Dienstleistungen im Sozialraum

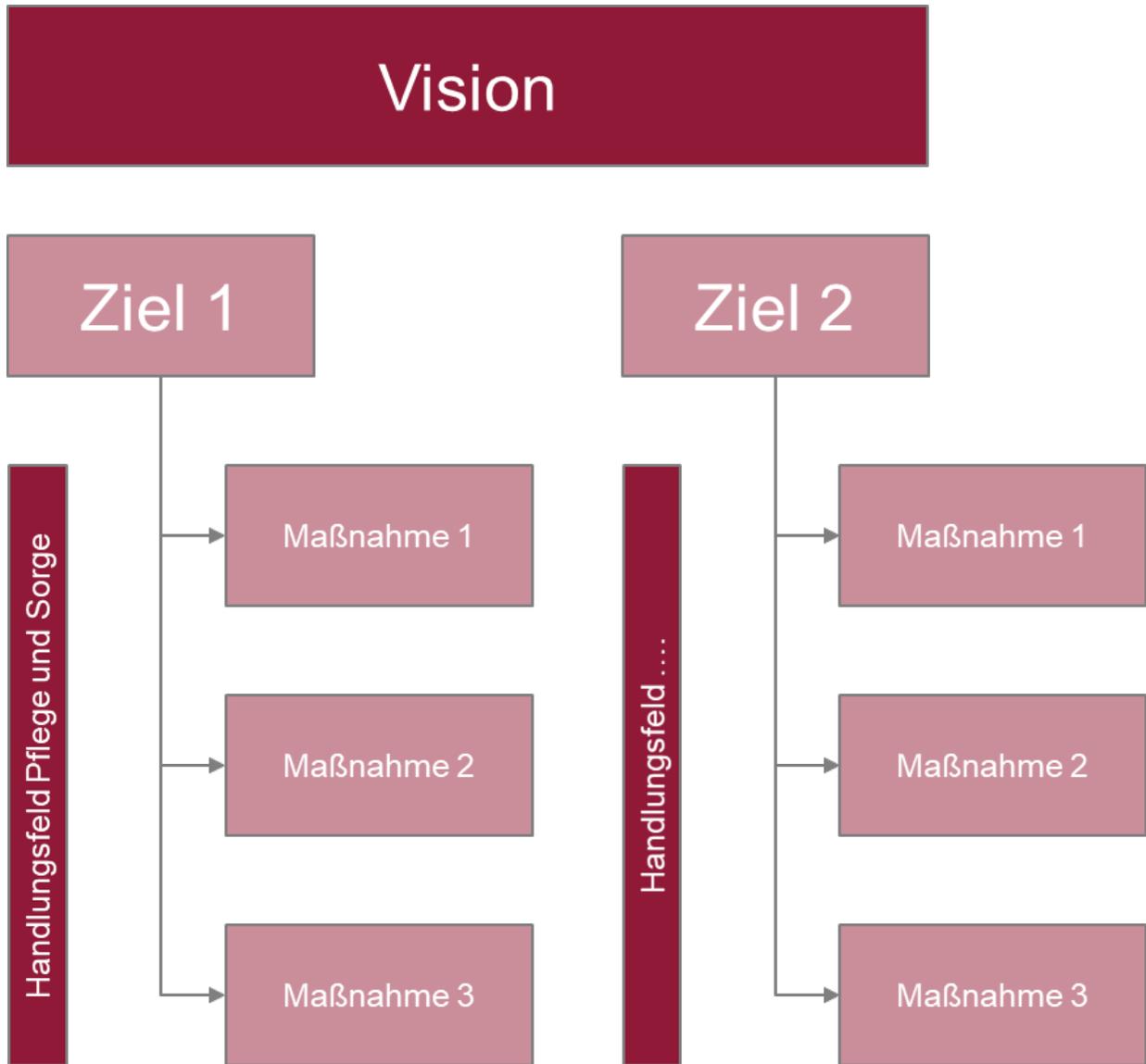
Name des Dienstleisters			
Geschäftsform			Anmerkungen
Reichweite / Einzugsgebiet		km	
Anzahl der Mitarbeiter/innen		Hauptamt	
		GfB	
		Ehrenamt	
Zielgruppen			
Leistungsspektrum			
Aufsuchende Dienste		Niedrigschwellige Betreuungsleistungen (§45 SGB XI)	
		Hausmeisterdienste (Haus und Garten)	
		Hauswirtschaftliche Dienstleistungen (Kochen, Putzen, Waschen)	
		individuelle Fahrdienste	
ortsgebundene Angebote		Fahrdienste nach Fahrplan	
		Seniorenmittagstisch	
		Beschäftigungs- und Unterhaltungsangebote	
Zielgruppe		Hochaltrige	
		Senior/innen	
		Alleinlebende	
		Frauen	
Preisgestaltung		€ pro Stunde	
		€ pro Stunde für Mitglieder	
		€ pro Stunde für	
Anfahrtspauschale			
Sonstiges			
Datum			
Ansprechpartner			

Anhang 3: Arbeitsblatt „SWOT-Analyse“

Stärken	Schwächen
Chancen	Risiken

Grafik: LSJV, Servicestelle

Anhang 4: Arbeitsblatt „Vision und Ziele“



Grafik: LSJV, Servicestelle

Anhang 5: Gantt-Diagramm „Zeit- und Meilensteinplan“ (Beispiel)



Grafik: LSJV, Servicestelle

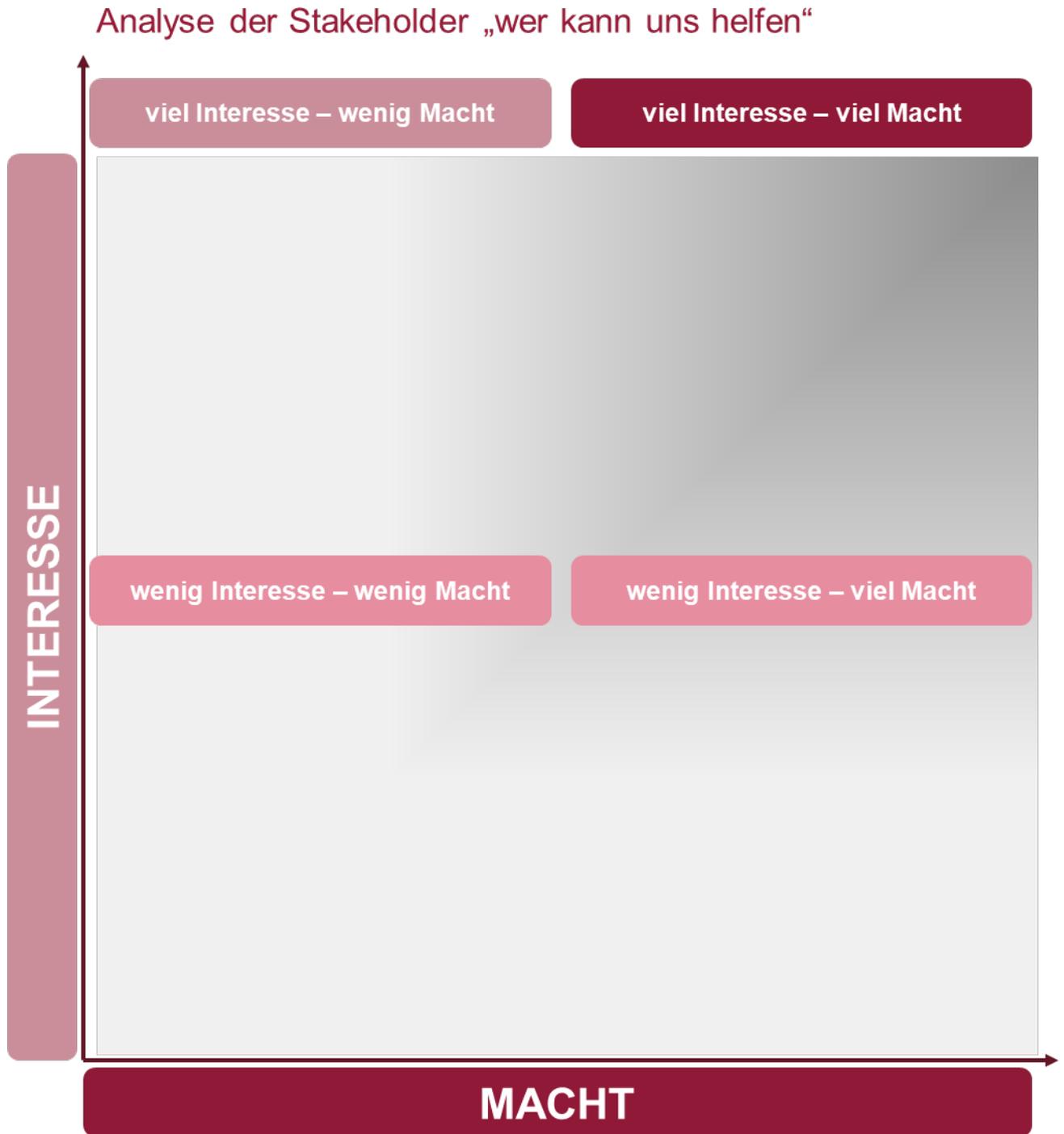
Mehr dazu unter <https://projekte-leicht-gemacht.de/blog/pm-tools/gantt-diagramm-excel/>

Anhang 6 b: Maßnahmenplanung – Aufgabenkarte

Verantwortlich:	Unterstützt von:	Erledigt bis:
Thema / Maßnahme:		
Arbeitsstand:		
Vorbereitungen getroffen	Umsetzung begonnen	Umsetzung abgeschlossen

Grafik: LSJV, Servicestelle

Anhang 7: Arbeitsblatt „Analyse der Stakeholder – Wer kann uns helfen?“



Grafik: LSJV, Servicestelle

Anhang 8: Hochrechnung (Beispiel: Statistisches Landesamt)



213 / 07.11.2017 | Veröffentlichungen, Soziales

Neue Vorausberechnung zum Pflegebedarf: Bis 2035 Anstieg um 45.600 pflegebedürftige Menschen

Die demografische Alterung der Gesellschaft wird Politik, Staat und Wirtschaft sowie Bürgerinnen und Bürger in den kommenden Jahrzehnten vor wachsende Herausforderungen stellen. Das betonte der Präsident des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz, Marcel Hürter, bei der Vorstellung der Analyse „Rheinland-Pfalz 2060 – Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Pflegebedarf“ am Dienstag in Mainz.

„Die Analyse zeigt, dass bei konstanter Pflegequote die demografische Entwicklung den Bedarf an professioneller Pflege in Zukunft deutlich erhöhen wird,“ so Hürter. Der Vorausberechnung zufolge wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Alter ab 60 Jahren von heute rund 116.000 um fast 46.000 auf knapp 162.000 im Jahr 2035 steigen (plus 39 Prozent). Langfristig, bis zum Jahr 2060, könnten es sogar knapp 220.000 Pflegebedürftige sein (plus 103.000 Personen bzw. plus 89 Prozent).

Wenn für die Zukunft konstante Pflegequoten unterstellt werden, dann wird allein durch die Altersstrukturverschiebung, die sich aufgrund des demografischen Wandels in den nächsten Jahren und Jahrzehnten unaufhaltsam ergeben wird, die Personenzahl in stationärer Pflege um 49 Prozent steigen (plus 16.600 Personen auf rund 50.800 stationär Versorgte in 2035). Für den Bereich der ambulanten Pflege errechnet sich eine Erhöhung um 38 Prozent (plus 10.300 Personen auf etwa 37.100 ambulant Versorgte in 2035). Die Zahl der reinen Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger wird bis 2035 voraussichtlich um 34 Prozent zulegen (plus 18.700 Personen auf etwa 74.000 Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen).

Um den pflegebedürftigen Menschen so lange wie möglich ein Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Demzufolge ist mit einem weiteren Ausbau der ambulanten pflegerischen Infrastruktur zu rechnen; das hätte einen geringeren Zuwachs des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen zur Folge.

„Die Zahlen des Statistischen Landesamtes verdeutlichen den pflegepolitischen Handlungsbedarf“, kommentierte Sozialministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler die aktuellen Berechnungen. „Mit der rheinland-pfälzischen Pflegestrategie haben wir einen umfassenden Fahrplan, um gute Pflege und Betreuung auch im weiteren Verlauf des demografischen Wandels zu ermöglichen. Wichtig dabei ist, auf mehreren Ebenen anzusetzen, von gelingender Prävention über die Fachkräftesicherung bis zur Stärkung von Hilfe-Mix-Strukturen, in denen Angehörige, bürgerschaftlich Engagierte und professionelle Pflege gut zusammenwirken“, so die Ministerin.

Anstieg des Pflegebedarfs geht vor allem auf die Hochbetagten zurück

„Die strukturellen Verschiebungen in der Art der Versorgung beruhen, bei konstanten Pflegequoten, auf der Bevölkerungsentwicklung“, stellt Präsident Hürter fest. Die Zahl der 80-Jährigen und Älteren wird überproportional zunehmen. Dies liegt – neben der steigenden Lebenserwartung – insbesondere daran, dass die Babyboomer (Geburtsjahrgänge 1954 bis 1967) langfristig in die höheren Altersgruppen hineinwachsen. Da die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, signifikant mit dem Alter steigt, erhöht sich auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Alter ab 80 Jahren überproportional. Im Jahr 2015 lag das Pflegerisiko bei den 80-Jährigen und Älteren bei etwa 32 Prozent, d. h. fast jede dritte Person in dieser Altersgruppe war pflegebedürftig. Bis 2035 steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen zwischen 60 und 80 Jahren vermutlich um mehr als 20 Prozent (plus 7.900 Personen); im Alter ab 80 Jahren ist bis 2035 ein Anstieg um 48 Prozent zu erwarten (plus 38.000 Personen). „Regional betrachtet dürften die höchsten Zuwachsraten pflegebedürftiger Menschen dort beobachtet werden, wo heute eine vergleichsweise junge Bevölkerung lebt“, so Hürter. Mittelfristig ergeben sich in der Vorausberechnung die höchsten Steigerungsraten für die Landkreise Mainz-Bingen (plus 66 Prozent bzw. plus 2.900 Pflegebedürftige), Germersheim (plus 61 Prozent bzw. plus 1.800 Pflegebedürftige) sowie Alzey-Worms (plus 60 Prozent bzw. plus 1.800 Pflegebedürftige).

„Die Entwicklungen werden, bei allen Einschränkungen, die mit einer Vorausberechnung verbunden sind, in den jeweiligen Kommunen ganz unterschiedlich verlaufen“, betonte Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler. „Die Landesregierung hat den Kommunen mit der Pflegestrukturplanung und mit den Regionalen Pflegekonferenzen Instrumente an die Hand gegeben, um passgenau und den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen entsprechend agieren zu können. Das Land wird die Kommunen dabei weiter mit der Servicestelle bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) unterstützen.“

Die Berechnungen basieren auf der mittleren Variante der vierten regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung, die das Statistische Landesamt im Juli 2015 vorgelegt hat. Die Vorausberechnung der Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 60 Jahren erfolgt mit konstanten Pflegequoten (Durchschnitt der Pflegestatistiken 2011, 2013 und 2015) nach Art der Pflegeleistung (ambulante und stationäre Pflege sowie ausschließlichem Bezug von Pflegegeld), untergliedert nach Altersgruppen und Geschlecht sowie nach kreisfreien Städten und Landkreisen.

12 Quellenübersicht

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): „Initiieren – Planen – Umsetzen“. Verlag Bertelsmann Stiftung. Gütersloh, 2009. ISBN 978-3-86793-024-6.

Bischof, Christine / Weigl, Barbara (Hrsg.): „Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen“. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. Berlin, 2010. ISBN 978-3-7841-2010-2.

Bogumil, Jörg / Holtkamp, Lars: „Bürgerkommune konkret. Vom Leitbild bis zur Umsetzung“. Hrsg.: Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn, 2002. Bürgerkommune konkret. <http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/01431.pdf>.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: Städtebauförderung. www.bbsr.bund.de.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): „Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung“. Berlin 2016. www.bmfsfj.de.

Deinet, Ulrich (Hrsg.): Methodenbuch Sozialraum. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden, 2009. ISBN 978-3-53115999-7.

Deutsches Institut für Altersfragen (DZA), Geschäftsstelle des Altenberichts. www.dza.de.

Elftes Sozialgesetzbuch: § 14, § 45.

Fünf Säulen der sozialen Sicherung. www.soziale-sicherheit.de.

Fürst, Dietrich / Scholles, Frank (Hrsg.): „Handbuch der Theorien und Methoden der Raum- und Umweltplanung“. Rohn Verlag. Dortmund 2008. ISBN 978-3-939486-23-7.

Grundgesetz, 1949. Artikel 20 Postulat des Sozialstaats, Artikel 72 Gleichwertige Lebensverhältnisse.

Klie, Thomas: „Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft“. Pattloch, 2014. ISBN 978-3-629-13041-9.

Koalitionsvertrag der Landesregierung Rheinland-Pfalz. 2016 -2021. S. 116-117. www.rlp.de/fileadmin/rlp-stk/pdf-Dateien/Koalitionsvertrag_RLP.pdf.

Kuhn, Eva / Klingholz, Reiner: „Vielfalt statt Gleichwertigkeit“. Hrsg.: Berlin Institut. Berlin 2013. www.berlin-institut.org.

Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestrukturplanung RLP: Schaubild „Partizipative Planung“, 8/2013.

Landesentwicklungsplan Rheinland-Pfalz, LEP IV. 2008 und Fortschreibungen.
www.rlp.de/fileadmin/rlp-stk/pdf-Dateien/Koalitionsvertrag_RLP.pdf.

Landesgesetz zu Wohnformen und Teilhabe des Landes Rheinland-Pfalz (LWTG). 2010.

Landesgesetz zur Weiterentwicklung der Pflegerischen Angebotsstruktur des Landes Rheinland-Pfalz, (LPflegeASG). 2005.

Mayring, Philipp: „Einführung in die qualitative Sozialforschung“. 2002. ISBN 978-3-407-25252-4.

Ministerium des Innern des Landes Rheinland-Pfalz: Förderung der Dorferneuerung.
www.mdi.rlp.de.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen.“ 2017.

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Sozialplanung und Stadtentwicklungsplanung – Gute Beispiele von Kommunen und Kreisen. Dokumentation der Fachtagung“. 2013.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.): „Handbuch der Pflegestrukturplanung in RLP. Ein Handbuch für die Praxis“, 2010.

projekte-leicht-gemacht.de. Über diese Internet-Plattform erhält man per Newsletter kostenlos Tipps und Tricks zum Projektmanagement. Kostenpflichtig gibt es weitere Tools und Seminare.

Schnitger, Moritz / Platzek, Michael / Rothen, Hans Jörg: „Pflege kommunal gestalten“. Hrsg.: www.wegweiser-kommune.de. Ausgabe 2/2016.

Schnitger, Moritz / Platzek, Michael: „Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Altenpflegestrukturen“ (Studie der Uni Potsdam). Hrsg.: Potsdam Centrum für Politik und Management. Berlin, 2016.

Schulz-Nieswandt, Frank: „Sozialpolitik und Alter“. Kohlhammer, 2006. ISBN 3-17-018142-4.

Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung: „Empfehlungen für die Pflegekonferenz in RLP“. Hrsg.: Servicestelle für kommunale Pflegestrukturplanung und Sozialraumentwicklung, 2016.

Slupina, Manuel / Sütterlin, Sabine / Klingholz, Reiner: „Von Hürden und Helden“. Hrsg.: Berlin Institut. Berlin, 2015. www.berlin-institut.org.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. www.statistik.rlp.de.

Varga von Kibed, Matthias: „Die Logik von Lösungen“. Vortrag als Download bei YouTube oder als DVD.

Wikipedia.org: Projektmanagement, Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 2000ff, Daseinsvorsorge.

Verbände für Fachdiskurs und Weiterbildung

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., www.deutscher-verein.de

Verein für Sozialplanung e.V. (VSOP), www.vsop.de

Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V. (vhw), www.vhw.de