



Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung



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

Integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg – Vorpommerns

Überarbeitete Fassung 2018

Projektleitung

Prof. Dr. Stefanie Kraehmer

Mitwirkende:

Prof. Dr. Stefan Schmidt

Dr. Ursula Schirmer

Inhaltsverzeichnis

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

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

1 Vorbemerkung

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

1.1 Aufgabenstellung des Projektes

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

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

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

1.2 Inhaltliche und methodologische Schwerpunkte

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

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

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

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

1.3 Dauer und Struktur des Implementierungsprozesses

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

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

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

Tab.1 Übersicht über die im Implementierungsprozess durchgeführten Workshops

1.4 Ergebnisse des Implementierungsprozesses

Im Verlauf des Implementierungsprozesses wurden folgende Ergebnisdokumente erarbeitet:

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

Anliegen und Zielstellung der Ergebnisdokumente

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

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

Dazu gehören

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

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

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

2 Ergebnisdokumente

2.1 Die Definition der integrierten Pflegesozialplanung*

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

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

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

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

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

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

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



2.2 Berichtsstandard

Es folgt auf den nächsten Seiten das Musterdokument des Berichtsstandards.

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

GRÜßWORT

ZUSAMMENFASSUNG

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

Das sind:

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

VORBEMERKUNG

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

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

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

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

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

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

1 ALLGEMEINER TEIL

1.1 Einführung

1.1.1 Ziele der integrierten Pflegesozialplanung

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

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

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

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

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

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

Adressaten und Adressatinnen

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

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

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

1.1.2 Gesetzliche Grundlagen

Landespflegegesetz (LPflegeG)

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

Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI)

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

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

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

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

Weitere Veränderungen ergaben sich durch die Pflegestärkungsgesetze für

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

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

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

2 ERMITTLUNG DES IST-ZUSTANDES

2.1 Sozialstrukturdaten

2.1.1 Demografische Entwicklungsprozesse

2.1.1.1 Bevölkerungsbestand

2.1.1.2 (Kommunale) Bevölkerungsprognose

2.1.1.3 Menschen mit Migrationshintergrund mit und ohne Pflegebedarf

2.1.2 Soziale Daten

2.1.2.1 Altenquotient

2.1.2.2 Bildungsstand

2.1.2.3 Arbeitslosigkeit

2.1.2.4 Einkommen der Haushalte

2.1.3 Finanzielle Merkmale

2.1.3.1 Leistungen nach SGB XII

2.1.3.2 Leistungen nach SGB II (Grundsicherung)

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

2.1.3.4 Wohngeld

2.1.4 Wohnsituation

2.1.4.1 Eigentümerinnen und Eigentümer, Mietstruktur

2.1.4.2 Anzahl von Menschen ohne festen Wohnsitz

2.1.5 Hilfe- und Pflegebedarf

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

2.2 Pflege, Gesundheit und Prävention

2.2.1 Angebote im Bereich Pflege

- 2.2.1.1 Pflegeangebote
- 2.2.1.2 Pflegeangebote für demenziell erkrankte Menschen

2.2.2 Geplante Angebote im Bereich Pflege

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

2.2.3 Personalstruktur

- 2.2.3.1 Personalstruktur nach Qualifikationen

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

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

2.2.5 Medizinische Versorgung

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

2.2.6 Angebote im Bereich Prävention und Rehabilitation

- 2.2.6.1 Gesundheitliche Prävention
- 2.2.6.2 Soziale Prävention

2.3 Selbstständigkeit, Teilhabe, Engagement

2.3.1 Bedarfe im Bereich Alltag und Haushalt

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

2.3.2 Teilhabe

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

2.3.3 Mobilität

- 2.3.3.1 Mobilität (ÖPNV, Führerschein, Mobilitätsdienst)

2.3.4 Gesellschaftliches Engagement zur Unterstützung einer kommunalen Pflege

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

3 ANALYSE, BEWERTUNG, PROGNOSE

3.1 Analyse und Bewertung sowie Prognose

3.1.1 Analyse und Bewertung des Ist-Standes

3.1.2 Prognose des zukünftigen Bedarfes

Pflegebedarf

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

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

Gesetzliche Ausgangslage für die Bedarfsermittlung:

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

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

Bedarfsbestimmung und Bedarfsprognosen

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

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

Bedarfsermittlung

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

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

Zweckbestimmung der Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

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

Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

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

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

Datengrundlage:

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

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

Definition von Zielwerten

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

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

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

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

Prinzipien der Erarbeitung von Zielwerten:

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

4 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

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

5 AUSBLICK

Abbildungsverzeichnis

Es konnten keine Einträge für ein Abbildungsverzeichnis gefunden werden.

Tabellenverzeichnis

Es konnten keine Einträge für ein Abbildungsverzeichnis gefunden werden.



2.3 Planungsinstrument

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



2.4 Roadmap

Die Roadmap für eine integrierte Pflegesozialplanung

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

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

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

Eine Roadmap

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

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

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

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

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

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

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

Die Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung*

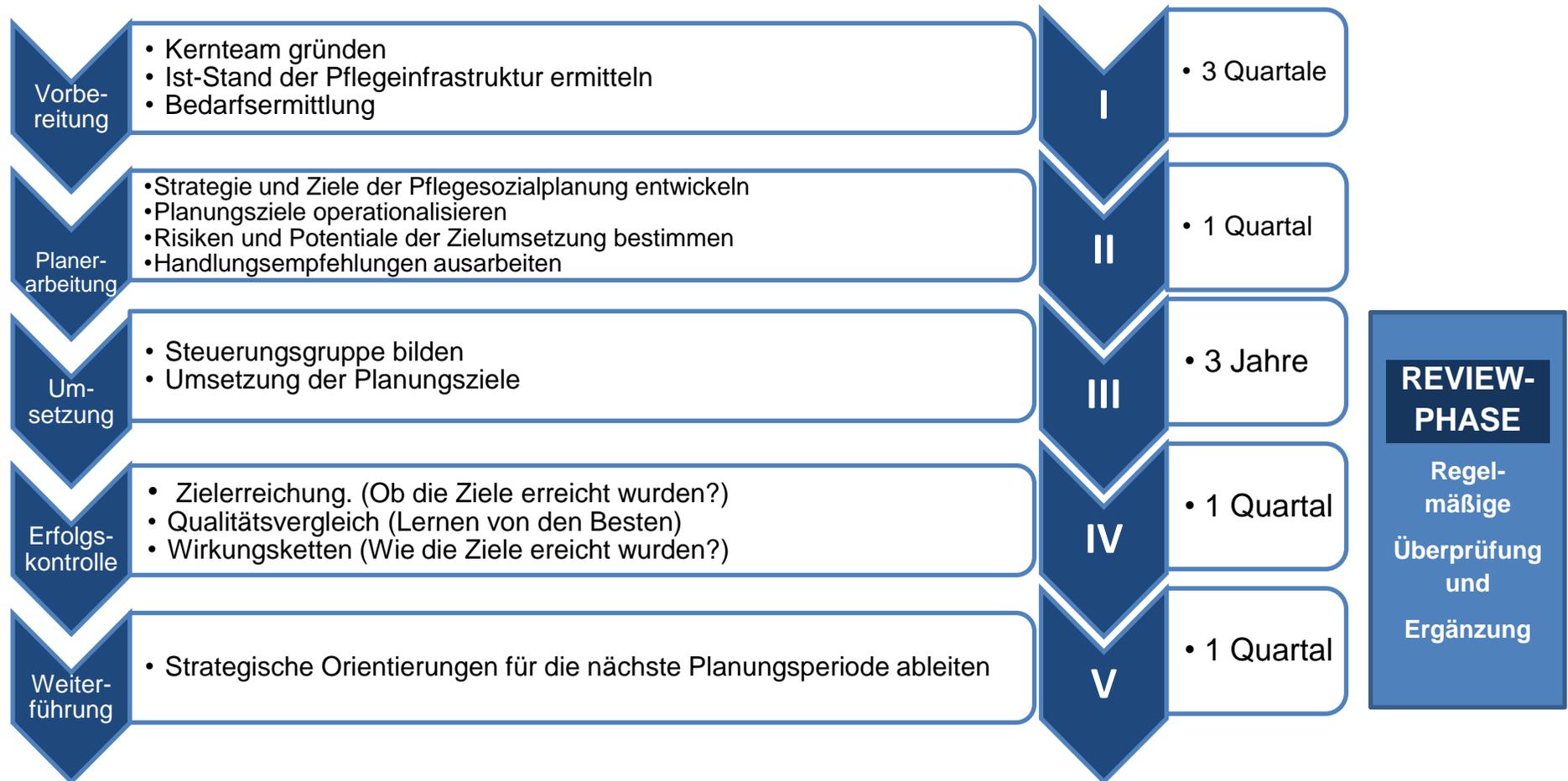


Abbildung 1: Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung (Gesamter Planungsprozess)

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

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



Abbildung 2: Zyklus der integrierten Pflegesozialplanung

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



Abbildung 3: Mögliche Zeitdimension der Roadmap der integrierten Pflegesozialplanung

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

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

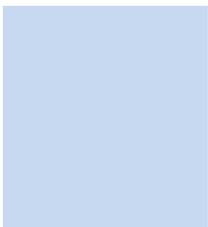
Im Unterschied zur Darstellung des „Kompasses für eine integrierte Pflegesozialplanung“ von 2015, der sich auf die gesamte Planungsperiode bezog, konzentrierte sich der Implementierungsprozess auf die Phasen Planvorbereitung und Planerarbeitung.

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

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

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

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





2.5 Werkzeugkasten

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

2.4.1 Planungsvorbereitung

Kernteam gründen und motivieren

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

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

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

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

Methodenübersicht:

- Action Planning
- Fragespiegel

Planvorbereitung

METHODE

Action Planning

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

ARBEITSBLATT

Action Planning

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

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

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

Planvorbereitung

METHODE

Fragespiegel

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

ARBEITSBLATT

Fragespiegel

FRAGESPIEGEL

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

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

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

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

Welche Ressourcen sind einzuplanen?

Auswertung:

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

2.4.2 Ist-Stand der Pflegeinfrastruktur ermitteln

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

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

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

Methodenübersicht:

Planungsinstrument

Fragebogen

Ist-Stand der Pflegeinfrastruktur

METHODE

Planungsinstrument

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

Planvorbereitung

METHODE

Fragebogen

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

2.4.3 Bedarfsermittlung

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

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

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

Methodenübersicht:

Experteninterview

Fokusgruppe

Bedarfsprognosen

Planvorbereitung

METHODE

Experteninterview

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

Planvorbereitung

METHODE

Fokusgruppe

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

Planvorbereitung

METHODE

Bedarfsprognosen

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

2.4.4 Planerarbeitung

Strategie und Ziele der Pflegesozialplanung erarbeiten

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

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

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

Methodenübersicht:

Strategieworkshop

Entwicklung einer Vision

Umfeldanalyse

Strategieentwicklung und Zielbestimmung

Planerarbeitung

METHODE

Strategieworkshop

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

Planerarbeitung

METHODE

Entwicklung einer Vision

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

ARBEITSBLATT

Entwicklung einer Vision

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

Planerarbeitung

METHODE

Umfeldanalyse

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

ARBEITSBLATT

Umfeldanalyse

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

ARBEITSBLATT

Strategieentwicklung und Zielbestimmung

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

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

Methode	Strategieentwicklung und Zielbestimmung
Angebote/ Aktivitäten	Was müssen wir dafür tun?
	<p data-bbox="539 371 938 405">Welche Angebote gibt es aktuell?</p> <p data-bbox="539 779 1302 813">Welche Angebote eignen sich am besten für die Zielerreichung?</p> <p data-bbox="539 1238 1219 1323">Was müssen wir an unseren Angeboten ändern, um eine veränderte Schwerpunktsetzung umzusetzen?</p> <p data-bbox="820 2033 1385 2067">Ergebnisdokument Werkzeugkasten</p>

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

ARBEITSBLATT

Festlegung der strategischen Ziele

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

▶
▶
▶
▶

Auswertung:

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

Planungsziele operationalisieren

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

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

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

Handlungsempfehlungen für die planmäßige Entwicklung der Pflegeinfrastruktur werden abgeleitet.

Methodenübersicht:

SMART-Methode

SWOT-Analyse

Erarbeitung von Handlungsempfehlungen

Planerarbeitung

METHODE

SMART-Methode

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

ARBEITSBLATT

SMART-Methode

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

Strategisches Ziel:

.....

.....

.....

Merkmale	Kriterien	Zieleinschätzung
Spezifisch		
Messbar		
Akzeptiert		
Realistisch		
Terminiert		

Handlungsziel:

.....

.....

Planerarbeitung

METHODE

SWOT-Analyse

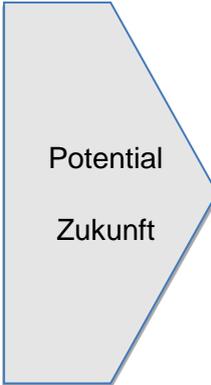
Methode:	SWOT-Analyse
Anwendungsbereich:	Zielumsetzung
Ziele:	Die festgelegten Handlungsziele der integrierten Pflegesozialplanung im Landkreis bzw. in der kreisfreien Stadt werden hinsichtlich der Chancen und Risiken, die sich bei ihrer Umsetzung ergeben können, analysiert mit dem Anliegen, Potentiale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

ARBEITSBLATT 1

SWOT-Analyse

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

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

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

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

ARBEITSBLATT 2

SWOT-Analyse

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

Handlungsziel

.....

.....

.....

Stärken	Schwächen
▶	▶
▶	▶
▶	▶
▶	▶
▶	▶

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

Auswertung:

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

METHODE

Handlungsempfehlungen

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



2.6 Kennzahlenmanagement

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

2.6.1 Definitionen

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

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

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

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

2.6.2 Grundsätze

Sechs Grundsätze für den Umgang mit Kennzahlen

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

2.6.3 Nutzen

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

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

⁴ <https://www.wirtschaftswissen.de/>

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

2.6.4 Funktionen

Wahrnehmungsfunktion

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

Kommunikationsfunktion

Sie ermöglichen eine kritische Diskussion und versachlichen sie.

Anreizfunktion

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

Controllingfunktion

Kennzahlen ermöglichen die Überprüfung des Zielumsetzungsprozesses und Fehlentwicklungen rechtzeitig entgegenzuwirken.

Steuerungsfunktion

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

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

2.6.5 Vergleiche

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

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

2.6.6 Arten

Beispiele für Arten von Kennzahlen:

Absolute Zahlen

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

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

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

Verhältniszahlen

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

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

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

2.6.7 Kennzahlensystem

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

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

Checkliste für ein Kennzahlensystem

Verfügbarkeit

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

Aufwand / Nutzen

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

Eignung

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

Zweck

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

Organisation

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

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



2.7 Bedarfsprognosen – Eine Handreichung

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

2.7.1 Prognose und Bedarfsszenarien

Begriff Bedarf

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

Demnach misst **Bedarf**:

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

Allgemeine Zielstellungen:

a) für die Kommunen

Sicherstellung einer bedarfsgerechten Entwicklung der Pflegeinfrastruktur, einschließlich der komplementären Versorgungsstrukturen

b) für das Ministerium

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

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

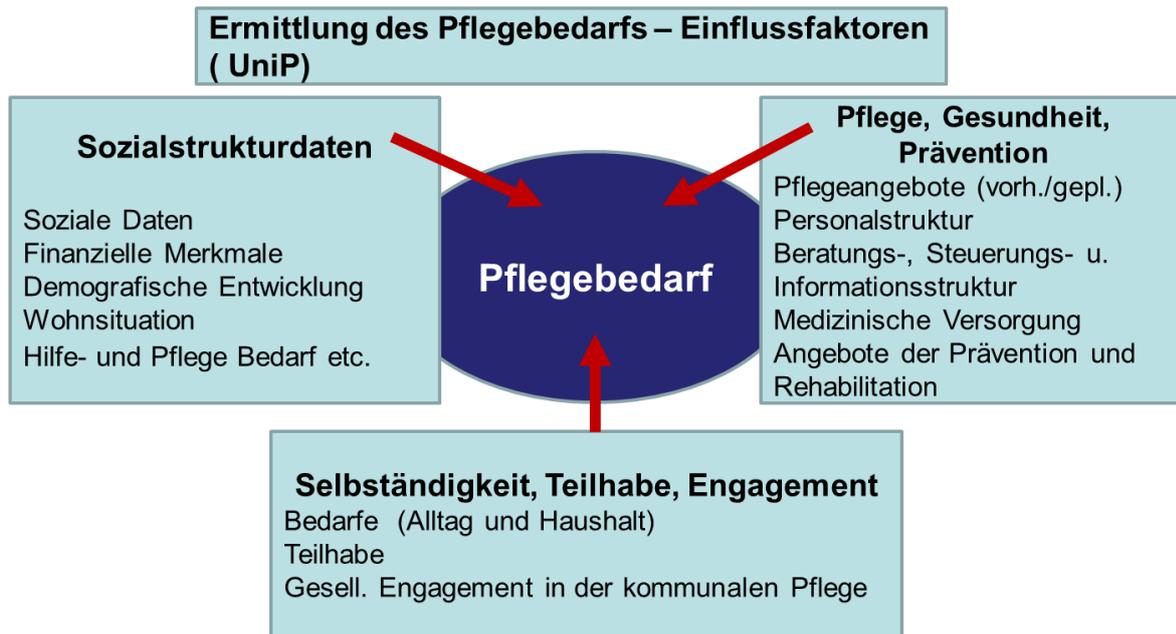


Abbildung 4: Bedarfsprognose - Bedarfsermittlung

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

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

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

2.7.2 Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

Zweckbestimmung der Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen

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

Was ist dazu erforderlich?

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

Ergebnisdokument **Handreichung**

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

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

Was ist zur Bedarfsermittlung zu analysieren?

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

Berechnung von Bedarfen und Bedarfsprognosen mit altersspezifischen Pflegequoten

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

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

Ziel ist die Bestimmung und Untersuchung der zu erwartenden Trends.

Begründung:

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

Literaturverzeichnis

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

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

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

Abbildungsverzeichnis

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

Tabellenverzeichnis

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