



Kompass für eine integrierte Pflegesozialplanung – Kurzfassung



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

Projektleitung

Prof. Dr. Stefanie Kraehmer

Mitwirkende:

Prof. Dr. Bedriskä Bethke

Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze

Dr. Ursula Schirmer

Melanie Kröger, B.A. Soziale Arbeit

Silvia Hasart-Krüger, Dipl.-Soz.Arb., Soz.Päd.

Tina Leibiger, B.Sc. Pflegewissenschaft,
Pflegemanagement

Stefan Schmidt, M.Sc. Gesundheits- und
Pflegewissenschaften

Dipl.-Ing. Paul Schulze



Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung	4
1.1	Problemsituation	4
1.2	Der Kompass der integrierten Pflegesozialplanung.....	5
2	Die Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns	6
2.1	Anliegen und Funktion der Roadmap in der integrierten Pflegesozialplanung	6
3	Unterstützendes Instrument für die Pflegesozialplanung (UnIPs) ...	10
3.1	Einführung	10
3.2	Sozialstrukturdaten	11
3.2.1	Demografische Entwicklungsprozesse	11
3.2.2	Soziale Daten	11
3.2.3	Finanzielle Merkmale	12
3.2.4	Wohnsituation	12
3.2.5	Hilfe- und Pflegebedarf	12
3.3	Pflege, Gesundheit und Prävention	13
3.3.1	Angebote im Bereich Pflege.....	13
3.3.2	Beratungs-, Steuerungs- und Informationsstrukturen präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Angebote	13
3.3.3	Medizinische Versorgung	14
3.3.4	Angebote im Bereich Prävention und Rehabilitation.....	14
3.4	Selbständigkeit, Teilhabe, Engagement	14
3.4.1	Bedarfe im Bereich Alltag und Haushalt	14
3.4.2	Teilhabe	14
3.4.3	Mobilität	14
3.4.4	Gesellschaftliches Engagement zur Unterstützung einer kommunalen Pflege	14
4	Literaturverzeichnis	15
5	Anhang.....	15



5.1 Beispiel Werkzeugkoffer – Methode Action Planning	15
5.2 Beispiel UnIPs – Sozialstrukturdaten.....	17



1 Vorbemerkung

1.1 Problemsituation

In den „Landesplanerischen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur“ wurde 2013 vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern festgestellt, dass die bis dahin vorliegenden Pflegesozialplanungen der Landkreise und kreisfreien Städte ein unterschiedliches Niveau aufweisen: „Zum einen liegen differenzierte Einschätzungen, Planungen und Darstellungen von Handlungsbedarfen vor, die Zuständigkeiten sind klar geregelt und die Pflegesozialplanung ist eine Aufgabe, die mit hoher Sensibilität wahrgenommen wird, zum anderen erfolgen die Planungen und die Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben in einigen Kreisen, soweit aus den vorgelegten Unterlagen zu schließen ist, allenfalls rudimentär.“¹ Aufgrund dieser Situation wird in den Landesplanerischen Empfehlungen eine „fehlende Vergleichbarkeit“ der Pflegesozialpläne konstatiert und die Aufgabe abgeleitet, die „qualitativen Anforderungen“ an eine kommunale Pflegesozialplanung in „verbesselter Form und entsprechendem Inhalt“ und unter Berücksichtigung der „spezifischen Besonderheiten“ in den Landkreisen und kreisfreien Städten zu realisieren.² Diese Einschätzung ist auch aktuell angesichts weiterer vorliegender Pflegesozialpläne der Landkreise und kreisfreien Städte, wie Untersuchungen im Rahmen der Studie „Wissenschaftliche Begleitung der Entwicklung eines Konzeptes zur Pflegesozialplanung im Land Mecklenburg-Vorpommern“ belegen.³

Ausgehend von dieser Situation wollen wir den Akteurinnen und Akteuren der integrierten Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Land Mecklenburg-Vorpommern eine Arbeitsgrundlage für die Erstellung der kommunalen integrierten Pflegesozialpläne – einen „**Kompass**“ – zur Verfügung stellen. Dieser Kompass zeigt mit der Roadmap den Weg zur Erarbeitung eines integrierten Pflegesozialplanes auf. Ein „**Werkzeugkoffer**“ bietet den Akteurinnen und Akteuren eine Auswahl von Methoden für die Umsetzung der einzelnen Schritte der Erarbeitung eines kommunalen integrierten Pflegesozialplanes an.

Ziel ist es, den Akteuren und Akteurinnen in den Kommunen dabei zu helfen, einen integrierten Pflegesozialplan auszuarbeiten, der sich – unter Berücksichtigung der jeweiligen spezifischen Rahmenbedingungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten – durch einheitliche Kriterien und

¹ Landesplanerischen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013, S. 13.

² Ebenda.

³ Vgl. Wissenschaftliche Begleitung der Entwicklung der Pflegesozialplanung für das Land Mecklenburg-Vorpommern. Projektzeitraum 01.05.2014 bis 15.12.2014.



Qualitätsstandards sowie durch eine hohe Vergleichbarkeit auszeichnet. Diese Vergleichbarkeit ist nicht Selbstzweck, sondern dient der Umsetzung einheitlicher hoher Qualitätsstandards der pflegerischen Versorgungs- und Angebotsstruktur.

1.2 Der Kompass der integrierten Pflegesozialplanung

Anliegen eines Kompasses ist es, den richtigen Weg aufzuzeigen. Mit dem Kompass für die integrierte Pflegesozialplanung wird den Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplanern sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren dieses Prozesses der Weg, einschließlich seiner einzelnen Etappen und der dazu gehörenden Umsetzungsmethoden zur Erarbeitung der integrierten Pflegesozialplanung in den Kommunen gewiesen.

Bestandteile des Kompasses für die Erarbeitung der integrierten Pflegesozialplanung sind folgende Instrumente:

Die Roadmap

Beschreibung des zeitlichen, inhaltlichen und organisatorischen Ablaufs des gesamten Erarbeitungsprozesses der integrierten Pflegesozialplanung, Methodenauswahl für die einzelnen Planungsetappen (Werkzeugkoffer).

Das unterstützende Instrument der Pflegesozialplanung (UnIPs)

Planungsinstrument zur Ermittlung des Ist-Zustandes und des Bedarfes zur Entwicklung der kommunalen Pflegeinfrastruktur.

Entscheidungs- und Unterstützungssystem

Das skizzierte Entscheidungs- und Unterstützungssystem ergänzt das „unterstützende Instrument der Pflegesozialplanung“ indem computer-gestützt alle für die Pflegesozialplanung relevanten Daten sammelt und übersichtlich aufbereitet werden. Für die Nutzerinnen und Nutzer sollen daraus situationsgerechte Handlungsempfehlungen auf kommunaler und landesplanerischer Ebene abgeleitet und angeboten werden.

Benchmarking und Social Reporting Standards

Evaluation und Erfolgskontrolle der Zielsetzungen der integrierten Pflegesozialplanung, Bestenvergleich; Aktivitäten- und Wirkungsmonitoring unter Einbeziehung von Stakeholderanforderungen.

In dieser Kurzfassung werden im Schwerpunkt die Roadmap und das Unterstützende Instrument der Pflegesozialplanung (UnIPs) skizziert.

Hochschule Neubrandenburg, Mai 2016



2 Die Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns

2.1 Anliegen und Funktion der Roadmap in der integrierten Pflegesozialplanung

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. Roadmaps dienen als Integrations- und Steuerungsinstrument und lenken die Aktivitäten aller Beteiligten in eine gemeinsame Richtung.⁴

Der Einsatz einer Roadmap führt aus unserer Sicht zu einer notwendigen Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit der integrierten Pflegesozialpläne der Landkreise und kreisfreien Städte. Sie ermöglicht die Partizipation und Kommunikation der Akteurinnen und Akteure und der Adressaten der integrierten Pflegesozialplanung. Mithilfe der Roadmap organisiert, koordiniert und steuert die Pflegesozialplanerin und der Pflegesozialplaner den Prozess der Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation des integrierten Pflegesozialplans in den Kommunen.

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.

⁴ Vgl.: <http://www.business-wissen.de/handbuch/roadmapping>. 19.3.2015; Roadmapping. 057 Unternehmensführung. Business-wissen.de; Machate: Zukunftsgestaltung durch Roadmapping. 2006, S.66ff.



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 gesagt: Eine 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

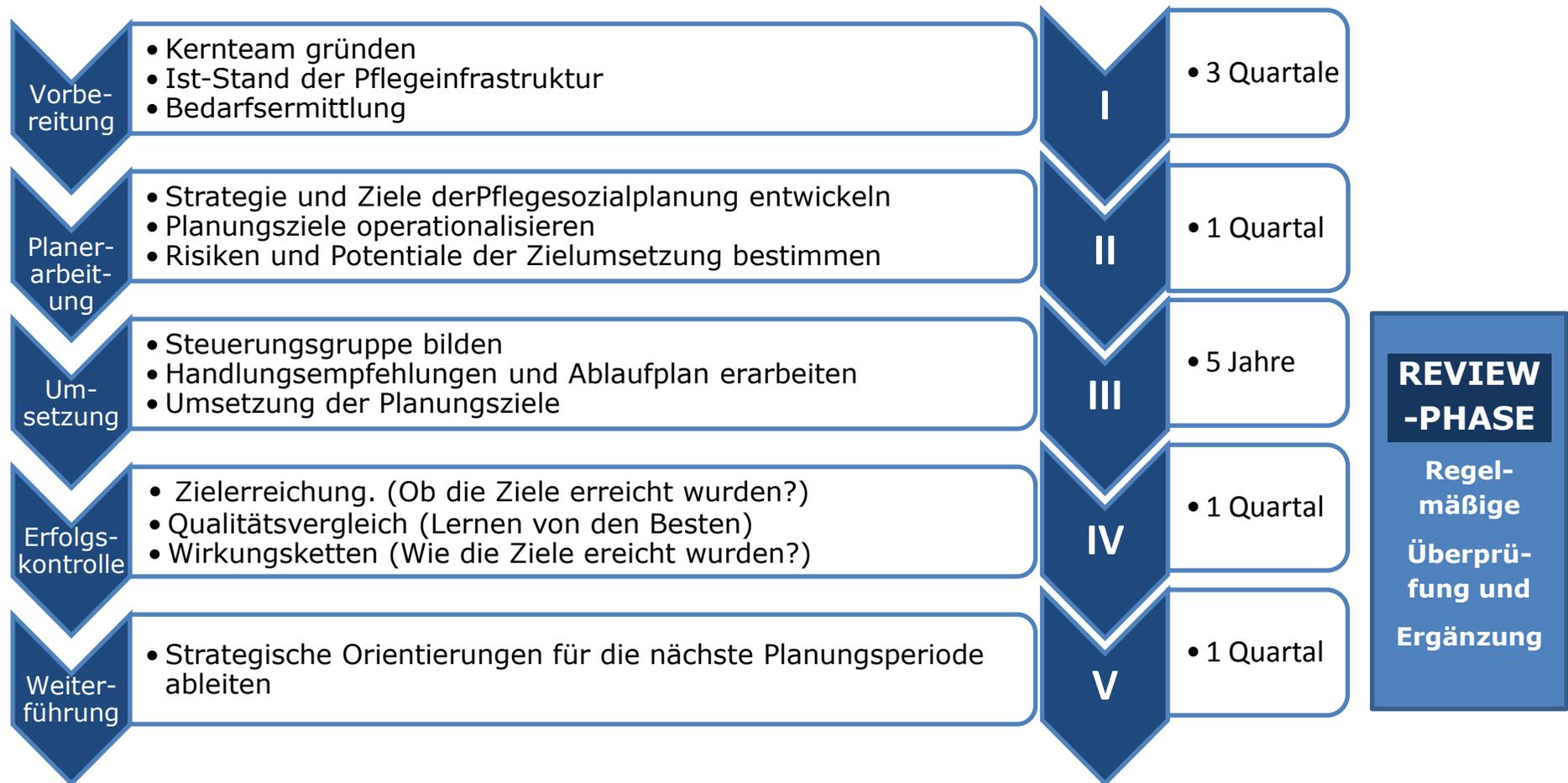


Abbildung 1: Roadmap für die integrierte Pflegesozialplanung



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 und zu dokumentieren und bei Bedarf korrigierend und ergänzend einzugreifen. Die Planungsschritte lassen sich nach ihrer Funktion im Planungsprozess in folgende Phasen unterteilen:

STRATEGISCHE PHASE ► Planvorbereitung und Planerarbeitung, Ableitung strategischer Orientierungen für den Planumsetzungsprozess

OPERATIVE PHASE ► Umsetzung des Planes

KONTROLLPHASE ► Evaluation der Planungsergebnisse

WEITERFÜHRUNG ► Vision und Strategie für die nächste Planungsperiode

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.

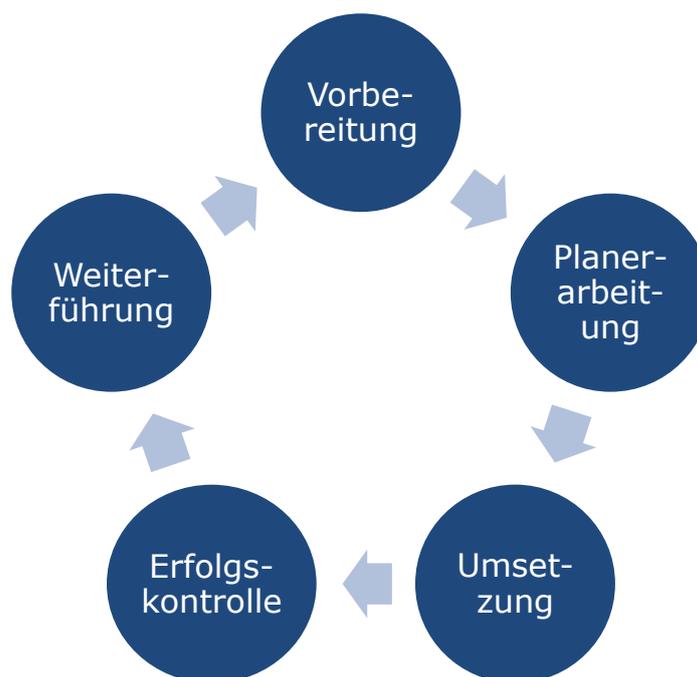


Abbildung 2: Zyklus der integrierten Pflegesozialplanung

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 5 Jahren laufender Zeitraum, einzuplanen ist.



3 Unterstützendes Instrument für die Pflegesozialplanung (UnIPs)

3.1 Einführung

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

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

Bei der Erarbeitung des Instrumentes haben wir jedes Themenfeld in verschiedene Indikatoren unterteilt. Diese Indikatoren sind ihrerseits differenziert nach der Zielausrichtung (Relevanz), der Datenquelle, der regionalen Tiefe, der Skalierung und nach möglichen Schnittstellen. Die Unterscheidung der Indikatoren in erforderliche Items und zusätzliche Items eröffnet zukunftsweisend die Möglichkeit der Weiterentwicklung einer wirksamen Pflegesozialplanung zu einer Sozialplanung mit dem Schwerpunkt Lebensqualität im Alter. Dabei vertreten wir eine interdisziplinäre wissenschaftliche Sichtweise des Alter(n)sprozesses.

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. Über die Intervalle der Planungen gibt es keine Angaben. Die Projektgruppe empfiehlt eine mittel- und langfristige Planung. In Gesprächen mit Pflegesozialplanerinnen und Pflegesozialplanern des Landes Mecklenburg-Vorpommern wurde als wichtiger und zu berücksichtigender Punkt für eine langfristige Planung, unter Beachtung des wechselnden Monotonieverhaltens des Bedarfes, die Mitgestaltung des Pflegemarktes benannt. Weiterhin besteht Konsens unter allen Beteiligten über die Wirksamkeit langfristiger Planung, welche auch mittelfristige Planungsintervalle abbildet.

Im Rahmen des Unterstützenden Instruments (UnIPs) verwenden und verstehen wir Sozialräume in erster Instanz als definierte territorial abgrenzbare Räume. Diese Unterteilung in Räume wird notwendig aufgrund der Größe und Heterogenität der Landkreise und kreisfreien Städte und dem Risiko von unsichtbaren Angebotslücken innerhalb einer Gesamtbilanz. Aufgrund von raumübergreifenden Inanspruchnahmen und Angeboten von Pflegeleistungen sowie der zum Teil existierenden Unterschiede innerhalb der kartographisch abgrenzbaren Räume sollte in zweiter Instanz ergänzend eine sozialräumliche



Sicht im Sinne von „relationalen Räumen“ miteinfließen⁵. Diese komplexere Sichtweise schließt u. a. „die Beziehungen, die zwischen unterschiedlichen Räumen bestehen“ und „Verflechtungen in den Prozessen der Produktion und des Konsums, für die Verbreitung von Wissen und den Zugang zu Information sowie die räumliche Dimension sozialer Netzwerke“ mit ein⁶.

UnIPs ist tabellarisch aufgebaut und gliedert sich nach:

- Differenzierten Inhalt und Parameter,
- Zielausrichtung und beschreibender Funktion,
- Datenquelle und Aktualität (z. B. Regionalstatistik, um ein Jahr verzögert),
- Regionaler Tiefe (z. B. Gemeinde, Kreisebene),
- Skalierung (z. B. Verhältnis, Nominal),
- Schnittstelle (z. B. Excel),
- Notwendigkeit (erforderlich oder zusätzlich) sowie
- Sonstiges/Bemerkungen.

3.2 Sozialstrukturdaten

3.2.1 Demografische Entwicklungsprozesse

- Bevölkerungsstand (Alter: i. d. R. in 5-Jahres-Schritten, Schnitt bei > 75 Jahren; Geschlecht)
- Bevölkerungsprognose (inklusive Wanderungsprognose)
- Menschen mit Migrationshintergrund mit und ohne Hilfe- und Pflegebedarf

3.2.2 Soziale Daten

- Lebenserwartung/ Sterbetafel (nach Geschlecht)
- Altenquotient (errechnet sich aus dem Bevölkerungsstand, siehe Bevölkerungsstand)
- Bildungsstand
- Arbeitslosigkeit (Arbeitslose Personen, 55-65 Jahre) und Erwerbsquote (sozialversicherungs-pflichtig beschäftigte Personen am Wohnort)
- Einkommen der Haushalte ggf. Einzelpersonen (Alter, Einkommensklassen)

⁵ vgl. Lossau, Freytag & Lippuner, 2014

⁶ zit. n. Freytag in Lossau, Freytag & Lippuner, 2014, S. 15



3.2.3 Finanzielle Merkmale

- Leistungen nach SGB II (Empfängerinnen und Empfänger, davon Grundsicherung, Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII)
- Leistungen nach SGB II (Empfängerinnen und Empfänger, nach Altersgruppen [50 und älter, 55–65 Jahre, Geschlecht])
- Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach SGB XI (Altersgruppen, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Pflege)
- Leistungen nach SGB XII (Empfängerinnen und Empfänger nach Altersgruppen [50–65 Jahre; > 65 Jahre], Ausländerinnen und Ausländer, Hilfe zur Pflege)
- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung (Gesamt, Personen älter als 65 Jahre, Personen, Art der Pflege, Ausländerinnen und Ausländer)
- Altersarmut (Gesamt, Personen älter als 65 Jahre, Personen, Art der Pflege, Ausländerinnen und Ausländer)
- Allgemeines Wohngeld (Anzahl der Haushalte, davon u. a. Rentnerinnen und Rentner/Menschen in Pension)
- Ausgaben für hilfe- und pflegebedürftige Menschen nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe [0, I, II, III]

3.2.4 Wohnsituation

- Eigentümerinnen und Eigentümer, Mietstruktur (Insgesamt, Eigentum bewohnt, zu Wohnzwecken vermietet (auch mietfrei), Ferien- oder Freizeit-wohnung, leer stehend)
- Anzahl Menschen ohne festen Wohnsitz
- Haushalte nach Typen (Haushaltsgröße, Altersgruppen)
- Wohnstandard (barrierearme Wohnungen, barrierefreie Wohnungen, betreutes Wohnen, ambulant betreute Wohnungen)

3.2.5 Hilfe- und Pflegebedarf

- Hilfe- und Pflegebedürftige mit und ohne Pflegestufe [0, I, II, III] (Anzahl, Alter, Geschlecht) sowie ggf. mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
- Hilfe- und Pflegebedürftige (Anzahl) sowie ggf. mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
- Hilfe- und Pflegebedürftige nach Art der Versorgung [vollstationär, teilstationär, ambulant] (Anzahl, Alter, Geschlecht, Kommune)



- Hilfe- und Pflegebedürftige nach Art der Versorgung [vollstationär, teilstationär, ambulant, Tages-, Kurzzeitpflege, Urlaubs- und Verhinderungspflege; Nachtpflege; informelle Helfer/-innen] (Anzahl, Alter, Geschlecht, Kommune)
- Prognose der Hilfe- und Pflege-bedürftigen (Anzahl, Alter, Geschlecht, Pflege-stufe)
- Pflegebedürftige, die innovative und unterstützende Angebote [gemeinsam oder ausschließlich durch ambulanten Pflegedienste bereitgestellt] nutzen (Anzahl, Alter, Geschlecht)

3.3 Pflege, Gesundheit und Prävention

3.3.1 Angebote im Bereich Pflege

- Pflegeangebote (Art des Angebotes [stationär, ambulant], verfügbare Plätze, Auslastung) davon Angebote der Kurz-zeitpflege, Tages-pflege, Nachtpflege)
- Pflegeangebote in alternativen Wohn-formen [Palliativ Care, Hospiz, ambulant betreute WG, betreutes Wohnen, Mehr-generationen-haus, Pflege-WG, Demenz-WG] (Gesamt, Anzahl Plätze, Auslastung)
- Pflegeangebote für demenziell erkrankte Menschen (Art des Angebotes [stationär, ambulant], verfügbare Plätze, Auslastung, davon Angebote der Kurzzeitpflege, Tagespflege, Nachtpflege)
- Geplante Pflegeangebote (Art der des Angebotes [stationär, ambulant, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Nachtpflege], verfügbare Plätze)
- Geplante Pflegeangebote für demenziell erkrankte Menschen (Art des Angebotes [stationär, ambulant, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Nachtpflege], verfügbare Plätze)
- Personalstruktur nach Qualifikation [Fachkraft, Hilfskraft], Geschlecht, Alter, Berufserfahrung und Art des Angebotes (stationär, teilstationär, ambulant)

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

- Beratungs-, Steuerungs- und Informationsstrukturen (z. B. auch Erfassung von Anwendung von Case Management)
- Kommunale Qualitätssicherungsprogramme
- Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Wohnortnähe der Angebote



3.3.3 Medizinische Versorgung

- Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nach medizinischem Fach-gebiet (Allgemeinmedizin, Fachdisziplin)
- Apotheken
- Krankenhäuser
- Rehabilitationskliniken

3.3.4 Angebote im Bereich Prävention und Rehabilitation

- Gesundheitliche Prävention
- Soziale Prävention

3.4 Selbständigkeit, Teilhabe, Engagement

3.4.1 Bedarfe im Bereich Alltag und Haushalt

- Alltagsbezogene und haushaltsnahe Dienstleistungen
- Technische Unterstützung/Ausstattung
- Informationsmaterialien, Schulungen
- Unterstützung/ Förderung ehrenamtlicher Hilfestrukturen
- Niederschwellige Beratungsangebote und deren Erreichbarkeit
- Formen der Unterstützung pflegender Angehöriger

3.4.2 Teilhabe

- Partizipation und Partizipationsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene
- Kulturelle Angebote
- Bildungsangebote für ältere, alte und sehr alte Menschen

3.4.3 Mobilität

- Mobilität [ÖPNV, Führerschein, Mobilitätsdienst]

3.4.4 Gesellschaftliches Engagement zur Unterstützung einer kommunalen Pflege

- Formen bürgerschaftlichen Engagements
- Qualifizierung und Förderung von Ehrenamt
- Bundesfreiwillige



4 Literaturverzeichnis

Erhältlich über die Autorinnen und Autoren.

5 Anhang

5.1 Beispiel Werkzeugkoffer – 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? Womit sollte man anfangen, etwas zu tun? 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



5.2 Beispiel UnIPs – Sozialstrukturdaten

Demografische Entwicklungsprozesse

Differenzierte Inhalte, Parameter, ggf. Datenfelder in Klammern	Zielausrichtung, beschreibende Funktion	Datenquelle (Datenbank, Tabelle, ...) und Aktualität	Regionale Tiefe	Skalierung	Schnittstelle	Notwendigkeit	Sonstiges, Bemerkungen
Bevölkerungsstand (Alter: i. d. R. in 5-Jahres-Schritten, Schnitt bei > 75 Jahren; Geschlecht)	Die Daten geben Auskunft zu Alter und Geschlecht und sind die Grundlage für eine Pflegesozialplanung.	Regionalstatistik 173-21-5 (jährlich, um 1 Jahr verzögert)	Gemeinde	Verhältnis; Nominal	Excel, CSV	erforderlich	Kleinräumige Daten nach Alter und Geschlecht sind notwendig. Gewünscht: Unterteilung nach Sozialräumen. Die Daten sollten durch das Statistische Amt M-V in Altersstufen (Differenzierung in 5-Jahresschritten) bereitgestellt werden.