

Konzept Integrierte Sozialplanung 2017 bis 2020



<u>Impressum</u>

Integrierte Sozialplanung Konzept

Herausgeber: Landkreis Vorpommern-Greifswald

Die Landrätin

Dezernat II/ Stabsstelle Integrierte Sozialplanung

Auskunft erteilt: Frau Zahn 03834/87602100

Homepage: www.kreis-vg.de **Bildnachweis:** http://www.konzept-

gruppe.de/leistungen_technische_uebersetzungen_dokumentation.html

Inhalt	sverzeichnis	Seite
l.	Verständnis von Integrierter Sozialplanung und gesetzliche Aufträge	4
II.	Kooperations-und Arbeitsbeziehungen im Rahmen der integrierten Planun	ıg 16
III.	Der Planungskreislauf und Methoden der Integrierten Sozialplanung	19
IV.	Sozialplanung nach Sozialräumen	28
V.	Unterschiedliche Planungsansätze	31
VI.	Datenkonzept für die Sozialberichterstattung	34
VII.	IST-Stand der Planungen und Aufgaben 2017	35
VIII.	Inhalte, Form und Zeithorizont zur Umsetzung der Planungsaufgaben 2017 bis 2020	7 36
IX.	Anlagen	
	Abbildung: Selbstverständnis von Sozialplanung	

X.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Das Konzept für die Integrierte Sozialplanung ergibt sich aus den gesetzlichen und politischen Anforderungen sowie dem allgemeinen Verständnis von Sozialplanung und dem daraus resultierenden Arbeitsauftrag.

I. Verständnis von Integrierter Sozialplanung und gesetzliche Aufträge

"Sozialplanung ist fachlich-inhaltliche Politikberatung, die sich in Sozialstruktur- und Bedarfsplanung sowie in die Bereiche Jugendhilfe-, Pflegestruktur-, Behinderten, Gesundheits- und Altenpolitik aufgliedert."

Moderne Sozialplanung unterstützt die Verwaltungsführung und andere Fachressorts im Sinne einer integrierten Planung unter dem Dach der Kreisentwicklungsplanung. Sie ist Grundlage einer ziel- und wirkungsorientierten Sozialpolitik sowie einer bedarfsgerechten sozialen Infrastruktur.¹

Als Integrierte Sozialplanung hat sie "Zusammenhänge zu anderen politischen Handlungsfeldern (zum Beispiel Bildung, Kultur, Wirtschaft bzw. Arbeitsmarkt stets zu berücksichtigen und in ihrer Arbeit abzubilden" (DV, 2011).

Allgemein werden vier Handlungsfelder unterschieden:

Soziale Infrastrukturplanung hat die Verteilung sozialer Dienste und Einrichtungen zum Inhalt.

Kommunale Sozialpolitik hat als Aufgabe und Ziel, die Lebenslage benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu verbessern bzw. Benachteiligung von Gruppen von Vornherein zu verhindern.

Soziale Kommunalpolitik hat die Aufgabe, mögliche nachteilige soziale Entwicklungen rechtzeitig aufzuzeigen und Vorsorge zu treffen, dass diese möglichst nicht auftreten bzw. in ihren Auswirkungen vermindert werden.

Aktive Gesellschaftspolitik bedeutet für die Sozialplanung als Aufgabe, Vorgaben aus der Bundes- und Landesebene für die kommunale Ebene zu konkretisieren und umzusetzen. In ihrer Komplexität überschneiden sich o.g. Aufgabenfelder zum Teil.

Sozialplanung hat eine **Querschnittsfunktion** und bewegt sich **in verschiedenen Managementebenen der Kommune**:

- Normative Ebene: Analyse gesellschaftlicher Entwicklungen und Schlussfolgerungen/ Optionen, Leitbildformulierungen
- Strategische Ebene: Beachtung des Rahmens durch übergeordnete Planung, z.B. Landesentwicklungsplanung, strategische Ziele der Kommune insgesamt, Sozialmonitoring, Zielwerte unter Beachtung der Ressourcen und Wirkungen setzen
- Operative Ebene: Angebots- und Bedarfsstruktur analysieren und darstellen, Untersuchung von Prozessen, Darstellung von Unter- bzw. Überkapazitäten, Optimierungspotenziale darstellen, Maßnahme- und Finanzplanung, Analyse für den Landkreis gesamt und nach Sozialräumen

Die Organisatorische Einordnung folgt den Aufgaben und der Systematik von Sozialplanung als Steuerungs- und Querschnittsaufgabe i.d.R. als Stabsstelle.

Eine spezialisierte und zentrale Organisationseinheit zur fachübergreifenden Steuerungsunterstützung wird in der Fachliteratur (Handbuch Moderne Sozialplanung) und vom LRH M-V empfohlen. Im Landkreis V-G ist die Integrierte Sozialplanung als Stabsstelle beim Sozialdezernenten angesiedelt.

¹ D. Kühn, DV, 2005, 2011. Eckpunkte für eine integrierte Sozial- und Finanzplanung in Kommunen, März 2011

Gesetzliche Aufträge: Die gesetzlichen Vorgaben finden sich in den Sozialgesetzbüchern, insbesondere SGB I, VIII, IX, XI, XII sowie für die einzelne Planung in Spezialgesetzen wie bspw. den Pflegestärkungsgesetzen.

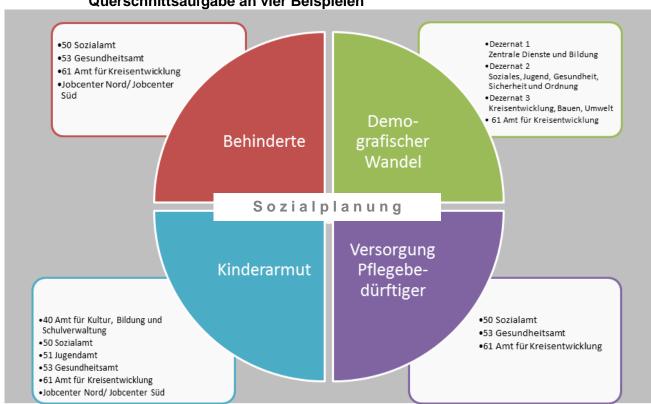
Poltische Herausforderungen finden sich u.a. in Beschlüssen politischer Gremien, Koalitionsverträgen auf Bundes- und Landesebene und Leitbildern von Kommunen.

Die **gesellschaftlichen Herausforderungen** ergeben sich aus verschiedenen Entwicklungslinien wie im Bereich der Demographie, der sozialen Lage, der ökonomischen Rahmenbedingen und Finanzentwicklungen.

Wesentlich ist, wie öffentliche und freie Träger sowie Träger verschiedener Sozialleistungen bei der Sozialplanung kooperieren, um das generelle Ziel der Vorbeugung von Benachteiligung einzelner Bevölkerungsgruppen und vor nachteiliger kommunaler Entwicklung im Kontext der SGB II, VIII, IX, XI und XII in den Handlungsfeldern bzw. an den Schnittstellen Arbeitsförderung, wirtschaftliche Hilfen, gesundheitliche Versorgung, Kinderund Jugendhilfe, Teilhabechancen für Menschen mit Behinderung, Pflege, Bildung, Wohnen erreichen zu können.

Es geht also um eine vernetzte Planung der verschiedenen Akteure im sozialen Sicherungssystem – sowohl innerhalb der Landkreisverwaltung als auch mit externen Akteuren.

Abbildung: Sozialplanung im kommunalen Steuerungssystem - Querschnittsaufgabe an vier Beispielen



1. Sozialplanung auf der normativen Ebene

Welche gesellschaftlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen hat die Sozialplanung zu beachten?

Wo wollen wir hin?

Die tiefgreifenden Folgen des demografischen Wandels wurden in den letzten zehn Jahren öffentlich unter den verschiedensten Gesichtspunkten diskutiert. Dieser Wandel – geprägt durch eine Abnahme der Bevölkerung insgesamt in Deutschland bei gleichzeitiger Zunahme der alten Mitmenschen – vollzog und vollzieht sich auch weiter im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Er hat Auswirkungen auf das gesamte soziale Sicherungssystem, vor allem jedoch auf die Gesundheitsversorgung, die Sicherstellung der Pflege und auf die Nachwuchssicherung in mehreren Bereichen des Arbeitsmarktes.

Eine große Herausforderung war und ist die Arbeitslosigkeit, die jedoch in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Trotzdem bleibt das Thema relevant. Die Situation und die Handlungserfordernisse des Arbeitsmarktes haben sich insofern gewandelt, als zwar wieder mehr Arbeitsplätze zur Verfügung stehen, aber häufig geeignetes Personal fehlt.

Die arbeitsfähige Bevölkerung nimmt auf Grund des demografischen Wandels ab, insbesondere auch im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Die Folgen zeigen sich zum Teil schon jetzt besonders bei der Nachwuchssicherung im Bereich der sozialen Berufe wie Erziehern, Sozialpädagogen, Pflegefachkräften und in der Tourismusbranche.

Eine weitere große Herausforderung besteht in der Bewältigung der Zuwanderung von Flüchtlingen, ihrer Integration und teilweisen Rückführung in deren Heimatländer.

Gesamtgesellschaftlich wie auch kommunal sind die Sicherung der Demokratie und die Bewältigung von sozialen und demografischen Segregationsprozessen weitere wichtige Schwerpunkte des Handelns.

Was wollen und müssen wir erreichen?

- den demografischen Wandel gestalten, u.a. durch:
 - Schaffung von Generationsgerechtigkeit
 - Stärkung des Ehrenamtes
 - Verbesserung von Bildung und Bildungschancen für alle
 - Verbesserung von Ausbildung
 - Verbesserung der Lebensverhältnisse vor Ort
 - Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
 - Stärkung der Familien
- die Herausforderungen des Arbeitsmarktes bewältigen und soziale Benachteiligungen abbauen, u.a. durch:
 - Verbesserung von Bildung und Bildungschancen für alle
 - Verbesserung von Ausbildung
 - Verbesserte Übergänge von der Schule in den Beruf
 - junge Menschen und Familien fördern und stärken
- die Demokratie stärken, u.a. durch
 - bürgerliches Engagement fördern und stärken
 - Bürgerbeteiligung verbessern
 - Integration und Vielfalt gestalten

Welche konkreten Ziele wie erreicht werden sollen, werden z.T. normativ durch Gesetze bestimmt und lassen auf kommunaler Ebene Gestaltungsspielräume.

Die generelle normative Planungsvorgabe für den sozialen Bereich ist in § 17 SGB I geregelt, in dem es heißt:

"Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß

- 1. jeder Berechtigte die ihm zustehende Sozialleistung in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
- 2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,..."

Für verschiedene Fachplanungen wurde diese Norm in Spezialgesetzen auf Bundes- oder Landesebene weiter untersetzt.

Beispiel Jugendhilfeplanung – bundesrechtliche Regelung

Für die Jugendhilfeplanung ist § 80 SGB VIII maßgeblich:

Im Rahmen der Planungsverantwortung ist nicht nur der Bestand an Einrichtungen und Diensten festzustellen, sondern der Bedarf "unter Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten für einen mittelfristigen Zeitraum zu ermitteln und die zur Befriedigung des Bedarfes notwendigen Vorhaben rechtzeitig und ausreichend zu planen; dabei ist Vorsorge zu treffen, dass auch ein unvorhergesehener Bedarf befriedigt werden kann

Einrichtungen und Dienste sollen so geplant werden, dass insbesondere

- 1. Kontakte in der Familie und im sozialen Umfeld erhalten und gepflegt werden können
- 2. ein möglichst wirksames, vielfältiges und aufeinander abgestimmtes Angebot von Jugendhilfeleistungen gewährleistet ist,
- 3. junge Menschen und Familien in gefährdeten Lebens- und Wohnbereichen besonders gefördert werden,
- 4. Mütter und Väter Aufgaben in der Familie und Erwerbstätigkeit besser miteinander vereinbaren können."

In allen Phasen der Planung sind die freien Träger der Jugendhilfe frühzeitig zu beteiligen.

Beispiel Pflegesozialplanung – landesrechtliche Regelung

Für die <u>Pflegesozialplanung</u> ist die Planungsverantwortung in § 5 Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern bestimmt.

In Absatz 2 Landespflegegesetz heißt es dazu: "Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen unter Zugrundelegung der Ergebnisse der jeweils aktuellen Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung für ihr Gebiet [...] Planungen für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen auf." Komplementäre Angebote wie verschiedene Wohnformen sind dabei zu berücksichtigen.

Bestandteile der Planung sind entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und der Prinzipien der Sozialplanung: die Analysen zur Bevölkerungsentwicklung und zur Entwicklung der Anzahl von Pflegebedürftigen, die Feststellung des Bestandes an Einrichtungen bzw. Angeboten und deren Inanspruchnahme, die Analyse von Bedürfnis- und Bedarfslagen, die Prognose des zukünftigen Bedarfes und die Benennung von Handlungsoptionen zur Deckung des Bedarfes.

Beispiel Pflegesozialplanung – bundesrechtliche Regelung

Im SGB XI werden Details zum Leistungsbereich der Pflegeversicherung geregelt: u.a. Vorrang der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und Rehabilitation gegenüber der Pflege, Trägervielfalt und Vorrang freigemeinnütziger und privater Träger gegenüber öffentlichen Trägern.

Im Zuge der Pflegereform der Bundesregierung trat am 01.01.2015 das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in Kraft, durch das Menschen, die Beruf und Pflege von Angehörigen in Einklang bringen müssen, mehr zeitliche Flexibilität erhalten sollen.

Das Pflegestärkungsgesetz III soll die kommunalen Steuerungsmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten für die Pflegeinfrastruktur stärken. Außerdem sind Regelungen zu den Schnittstellen zwischen Pflege und Eingliederungshilfe für Behinderte verankert sowie bessere Instrumente zur Qualitätssicherung und zum Schutz vor Abrechnungsbetrug durch Anbieter von Pflegeleistungen.

2. Sozialplanung auf der strategischen Ebene

Welche übergeordneten Planungen und Zielvorgaben gibt es? Welche strategischen Ziele leiten sich daraus ab?

Für die kommunale Sozialplanung sind neben den gesetzlichen Vorgaben übergeordnete und nebengeordnete Planungen von strategischer Bedeutung. Zu nennen sind hier insbesondere:

- das Landesraumentwicklungsprogramm (LEP)
- die Koalitionsvereinbarung 2016 bis 2021, Vereinbarung zwischen SPD und CDU Mecklenburg-Vorpommern
- die Landesplanerischen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur
- der Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern (Psychiatrieplan des Landes M-V)
- der Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- die Kreisentwicklungsplanung, das Regionale Entwicklungskonzept (REK)
- die Integrierten Stadtentwicklungskonzepte (ISEK)
- die Haushaltssatzung des Landkreises Vorpommern-Greifswald

Es ist wegen des Umfangs nicht möglich, auf alle o. g. Planungen und deren Inhalte einzugehen, daher werden hier zunächst die generellen Zielvorgaben aus dem **LEP M-V** benannt:

- die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse² unter den Bedingungen des regional sich sehr unterschiedlich gestaltenden demografischen Wandels
- Chancengleichheit schaffen

"Für die Teilräume bedeutet dies vor allem, orientiert an deren Bedarf und Entwicklungstempo, angemessenen Zugang zu Infrastrukturen zu sichern oder zu schaffen." 3

Dabei gilt es, das Prinzip der zentralen Orte bei allen Planungen zu berücksichtigen.

Oberzentren sind die Städte Greifswald, Stralsund, Neubrandenburg und Schwerin, die Verflechtungen mit Gemeinden des LK Vorpommern-Greifswald haben.

Zentrale Orte als <u>Mittelzentren</u> sind im Landkreis Vorpommern-Greifswald Greifswald, Anklam, Pasewalk, Ueckermünde und Wolgast.

Weitere zentrale Orte als <u>Grundzentren</u> sind Ducherow, Eggesin, Ferdinandshof, Gützkow, Heringsdorf, Löcknitz, Strasburg (UM), Lubmin, Torgelow sowie Zinnowitz.

³ Vgl. Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern, 2016

_

² Vgl. § 1 Nr. 2 Raumordnungsgesetz und § 2 Nr. 1 Landesplanungsgesetz

"Durch die Bündelung von Infrastrukturen sollen die zentralen Orte in allen Teilräumen eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. [...] Dazu soll eine angemessene Erreichbarkeit der zentralen Orte sichergestellt werden."4

Allen zentralen Orten obliegt die Aufgabe der Grundversorgung.

Mittelzentren sollen Einrichtungen des gehobenen Bedarfes vorhalten, Oberzentren Einrichtungen des spezialisierten höheren Bedarfs.

Demnach müssen die Grundzentren aus dem sozialen Bereich folgendes vorhalten:

Grundschulen, Sportstätten, Hausarztpraxen, Apotheken, Einrichtungen der Kinder- und Seniorenbetreuung.

Mittelzentren haben darüber hinaus vorzuhalten: weiterführende Schulen/ Gymnasien, Schulen, berufliche Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Facharztpraxen, Krankenhäuser, soziale Einrichtungen, Kultureinrichtungen, größere Sportstätten und Verwaltungseinrichtungen.

Die Oberzentren haben darüber hinaus Einrichtungen des höheren Bedarfs wie die Universitätsklinik als medizinische Einrichtung des Maximalbedarfs vorzuhalten.

Zu den ländlichen Gestaltungsräumen zählen die Nahbereiche der zentralen Orte Anklam, Ducherow, Jarmen, Loitz, Eggesin, Ferdinandshof, Torgelow und Ueckermünde. Diese gelten als besonders strukturschwach und müssen planerisch besonders beachtet werden.5

Zielvorgaben aus dem LEP für die Jugendhilfeplanung:

- (1) "Bedarfsgerecht soll in allen Teilräumen eine Versorgung mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere mit Angeboten der Kindertagesförderung sichergestellt werden.
- sozialpädagogische Hilfe für Kinder und Jugendliche
- (2) Bedarfsgerecht soll in allen Teilräumen eine Versorgung mit Einrichtungen für Familienangebote sichergestellt werden. Es ist darauf hinzuwirken, dass zumindest in geeigneten Mittelzentren und in den Oberzentren derartige Einrichtungen vorgehalten werden."6

Familienangebote

Zielvorgaben aus dem LEP für die Alten- und Behindertenplanung:

(3) "Zur Sicherstellung der Grundversorgung sollen in allen Teilräumen vorrangig teilstationäre und ambulante Angebote der Alten- und Behindertenhilfe bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

ambulante und teilstationäre Angebote

(4) Bedarfsgerecht soll in allen Teilräumen eine Versorgung mit stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe, vorrangig in den Zentralen Orten, sichergestellt werden. Neue Standorte von Einrichtungen sollen städtebaulich integriert werden und sich an den Vorgaben der Pflege- bzw. Altenhilfesozialplanung der kreisfreien Städte und Landkreise orientieren."7

Alten- und Behindertenhilfe

⁵ Erläuterungen zu den ländlichen Gestaltungsräumen siehe Zielvorgaben aus der Koalitionsvereinbarung 2016 - 2021

⁶ Vgl. Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern, 2016

⁷ Vgl. Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern, 2016

Ziele lassen sich auch aus der aktuellen **Koalitionsvereinbarung Mecklenburg-Vorpommern** ableiten. Maßgebliche Aussagen für den sozialen Bereich sind, z.B.:

- bei Bedarf zusätzliche KITA-Plätze schaffen
- Initiativen vor Ort, mit denen die Kinderbetreuung in den Randzeiten noch weiter an die Bedürfnisse der Eltern angepasst wird
- in den kommenden Jahren die außerschulische Betreuung (Hort, volle Halbtagsgrundschulen) weiter verbessern. Hierzu gehört zum Beispiel auch eine angemessene Ferienbetreuung
- die individuelle F\u00f6rderung der Kinder in den Kitas im Rahmen der Inklusion weiter st\u00e4rken
- zur guten Integration von Kindern mit Migrationshintergrund die Sprach- und Kulturkompetenz der Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen erhöhen
- die Stärkung der Elternkompetenz als ein zentraler Baustein nachhaltiger Familienpolitik; dazu die Bildungs- und Erziehungspartnerschaft zwischen den Eltern und den Kindertageseinrichtungen gezielt fördern, Erziehungspartnerschaften zwischen den Eltern und den Kindertageseinrichtungen gezielt fördern und die Elternrechte weiter stärken
- jedes Kind soll einen Betreuungsplatz erhalten können
- mehr Mitwirkungsrechte für Kinder und Jugendliche
- ehrenamtliches Engagement junger Menschen fördern und stärken
- den Übergang Schule Beruf positiv gestalten, Produktionsschulen unterstützen
- eine ausreichende Anzahl von erreichbaren Begegnungsangeboten fördern, die mit anderen sozialen Einrichtungen sowie Bildungseinrichtungen zusammenarbeiten
- in den Ländlichen GestaltungsRäumen sollten auch Multifunktionshäuser wichtige Träger der öffentlichen Daseinsvorsorge sein
- Förderung des Ehrenamtes
- Integration der Flüchtlinge durch die Fortführung der Arbeit der Integrationslotsen unterstützen
- gute Präventionsarbeit im Bereich der Gesundheit
- eigenverantwortliche Gesundheitsvorsorge f\u00f6rdern
- neue Ansätze in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung verfolgen und umsetzen
- die elektronischen Kommunikations- und Informationstechnologien weiter verbessern
- die Impfbereitschaft in der Bevölkerung weiter fördern und durchsetzen
- geriatrische Versorgung verbessern
- qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung flächendeckend gewährleisten
- stärkere Sozialraumorientierung in der pflegerischen Versorgung
- bedarfsgerechtes Angebot an Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie an alternativen Wohnformen
- Stärkung der Pflegestützpunkte; künftig sollen die Pflegestützpunkte auch Angebote der Wohnberatung übernehmen
- Weiterentwicklung der kommunalen Pflegesozialplanung zum seniorenpolitischen Gesamtkonzept
- die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen durch Hospize und die ambulanten und stationären Möglichkeiten der Palliativversorgung weiterentwickeln und unterstützen

- Moderne Beratungsstrukturen schaffen, in allen Regionen des Landkreises soll eine lebensweltnahe und fachbezogene Beratung angeboten werden unter Vermeidung von Doppelstrukturen; dazu sollen an drei Standorten Beratungshäuser mit einem umfangreichen Beratungsangebot vorgehalten werden und an einem Standort ein Beratungshaus mit reduzierter personeller Ausstattung
- transparente und verlässliche Finanzierung der Leistungen in der Wohlfahrtspflege

Des Weiteren werden Zielvorgaben in den **Landespflegerischen Empfehlungen** (Drucksache 6/2665 des Landtages Mecklenburg-Vorpommern) für die Pflegeplanung vorgenommen:

- die Gestaltung von ortsnahen, aufeinander abgestimmten, wirtschaftlichen, sparsamen und kooperativen Pflegeformen,
- die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit sowie neue Wohn- und Pflegeformen,
- die Stärkung von Rehabilitation, Prävention und Ehrenamt,
- die Beachtung der Nachrangigkeit der vollstationären Versorgung vor den anderen Pflegeformen und der Bedürfnisse pflegender Angehörige in Bezug auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- die Sicherstellung einer ausreichenden und gut ausgebildeten Pflege- und Betreuungskräftestruktur als gesamtgesellschaftliche Verantwortung

Besonders beachtenswert ist die Regelung: Die Landesförderung (§§ 6, 8 LPflegeG) orientiert sich an den Vorhaben aus der kommunalen Pflegeplanung. Weitere Regelungen ergeben sich aus dem Geriatrieplan des Landes M-V.

Für die <u>Behindertenhilfeplanung</u> ergeben sich Zielvorgaben des Landes u. a. aus dem **Plan** zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern (Psychiatrieplan des Landes M-V):

Allein für die psychisch kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen ergeben sich aus diesem Plan eine Fülle von Regelungen wie das Gebot der gemeindenahen Versorgung "Hilfe im direkten Lebensumfeld" durch "eine vielfältige Angebotslandschaft" in den Bereichen:

- sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung/ Wohnen
- sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
- sozialpsychiatrische Grundversorgung
- spezielle Therapieverfahren
- sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung

Als Problemfelder und -gruppen werden benannt:

- 1. psychisch kranke Migrantinnen / Migranten werden innerhalb des Versorgungssystems ansteigen
- 2. die relational im Vordergrund stehende Entwicklungsanforderung betrifft die älteren Patientinnen/ Patienten (Bereich der Gerontopsychiatrie)
- 3. neben einer stärker altersmedizinischen Ausrichtung und einigen Gruppen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind geistig behinderte Menschen und psychisch erkrankte Menschen an der Schnittstelle von der kinder- und jugendpsychiatrischen zur allgemeinpsychiatrischen Behandlung sowie an chronifizierten psychischen

Störungen und Suchterkrankungen leidende Menschen als besonders zu beachtende Gruppen/ Problemfelder identifiziert worden

4. Gebiete mit geringer Bevölkerungsdichte

"In Gebieten niedriger Bevölkerungsdichte haben zahlreiche versorgungsepidemiologische Studien gezeigt, dass hierdurch das Inanspruchnahmeverhalten insbesondere sehr junger und älterer Betroffener, Arbeitsloser und sozial desintegrierter Menschen nachhaltig negativ beeinflusst wird und so vermeidbare Chronifizierungsprozesse anzunehmen sind. Generell gilt für das Inanspruchnahmeverhalten, dass eine Entfernung von >30 Minuten bei Erwachsenen älteren Menschen und >20 Minuten bei Kindern und Jugendlichen eine definierbare Schwelle darstellt."

Vor diesem Hintergrund wurde das sogenannte Basisstrukturmodell als gemeindepsychiatrischer Mindeststandard entwickelt.

Danach sind drei Ebenen psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung zu differenzieren, für die jeweils ein Mindeststandard formuliert wurde:

- Die erste Ebene sind bevölkerungsbezogene Subsektoren mit einer mittleren Größe zwischen etwa 20.000 60.000 Einwohnern und die dort bereitzustellenden basalen niedrigschwelligen, (mobilen) primär ambulanten sozialpsychiatrischen und medizinischen Hilfen, insbesondere sollen Leistungen zur Selbstversorgung, Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben vor Ort im Subsektor vorgehalten werden. "Es ist unabdingbar, dass in diesen Subsektoren ambulante Anlaufstellen und mobile Dienste einschließlich fachpsychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten, psychiatrischer Pflege und Soziotherapie weiter angeboten beziehungsweise neu eingerichtet werden." [...] "Vorhandene Strukturen wie Ambulanzen, Begegnungsstätten, Tagesstätten, Sprechstunden der Sozialpsychiatrischen Dienste etc. sind entsprechend umzuprofilieren, damit sie in gemeinsamer Verantwortung für die Pflichtversorgung diese Aufgaben als regionales Netzwerk wahrnehmen."
- Die zweite Ebene der Gebietskörperschaften, "in denen neben den Angeboten der ersten Ebene tagesklinische Behandlungsangebote integriert in ein Servicehausmodell und eine Vollversorgung im Bereich Wohnen als praxisbewährtes Modell zu empfehlen sind [...], so können zum Beispiel trägerübergreifend tagesklinische und ambulante Behandlungsangebote mit Tagesstätten, Begegnungsstätten und Angeboten zum betreuten Wohnen kombiniert werden. [...] "Wesentlich ist, dass ein fachlich abgestimmt und verbindlich arbeitendes Netzwerk mit sozialpsychiatrischen Kernelementen entsteht, das nach außen einheitlich mit einem regionalen (Pflicht-)Versorgungsauftrag für die Gebietskörperschaft agiert und für die psychisch kranken Menschen der Region niedrigschwellig erreichbar ist."⁸
- Die dritte Ebene ist eine definierte Versorgungsregion mit einer in der Regel im städtischen Zentralbereich angesiedelten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, gegebenenfalls mit (virtuellen) Zentren für Altersmedizin, notwendigen Angeboten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation und speziellen Arbeitsangeboten für psychisch Kranke und Menschen mit Behinderungen.

_

⁸ Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern (Psychiatrieplan des Landes M-V), August 2011

3. Sozialplanung auf der operativen Ebene

Auf der operativen Ebene werden die vorhandenen Strukturen hinsichtlich des Angebots an sozialen Einrichtungen, Diensten und Leistungen dargestellt sowie die vorhandenen und die sich entwickelnden Bedarfslagen. Diese Darstellung erfolgt immer auf der Ebene des Landkreises insgesamt und auf der Ebene der definierten Sozial(Planungs-)räume und sofern erforderlich, auch auf der Ebene der Ämter, Städte und amtsfreien Gemeinde. Hinsichtlich der zu erreichenden Ziele werden diese aus der normativen und strategischen Ebene für die konkreten Planungen abgeleitet.

Beispiel: Aktuelle Pflegesozialplanung LK Vorpommern-Greifswald, Auszug Kreisebene

Darstellung des Bestandes:

Im Landkreis-Vorpommern-Greifswald gab es **mit Stand Dezember 2015 36 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 2.967 Plätzen, 22 teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 382 Plätzen sowie 90 ambulante Pflegedienste.** Die jeweilige durchschnittliche Auslastung betrug in den vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen 95,2 %, in den solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen 58,8 % und in den teilstationären Einrichtungen 93,1 % (entsprechend der Stichprobe).

Insgesamt bezogen im Jahr 2013 laut den Angaben des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern in Vorpommern-Greifswald 10.266 Personen Leistungen der Pflegeversicherung, was einer Pflegequote von 4,31 % entsprach. Eine ambulante Versorgung erhielten 32,7 % der Pflegebedürftigen, 25,9 % wurden vollstationär betreut und 41,5 % waren Pflegegeldempfänger. Von 2011 zu 2013 gab es eine leichte Verschiebung hin zu mehr ambulanten Leistungen (2011: 31,5 %, 2013: 32,7 %).

Die Angebote der o.g. Pflegeeinrichtungen werden durch **komplementäre Einrichtungen** wie z.B. betreutes Wohnen, ambulant betreute Wohngruppen, Palliativversorgung oder geriatrischmedizinische Einrichtungen ergänzt. Im Dezember 2015 wurden **1.906 Wohnungen im betreuten Wohnungen und 71 ambulant betreute Wohngruppen mit 499 Plätzen** durch die Stabsstelle Integrierte Sozialplanung erfasst.

Darstellung sich entwickelnder Bedarfslagen:

... Der Bevölkerungsrückgang wird sich auch zukünftig fortsetzen bei einer relativen Zunahme der älteren und hochbetagten Einwohner.

Entsprechend steigt bis 2020 die Gesamtpflegebedürftigkeit auf ca. 12.300 Pflegefälle. Für den stationären Bereich wird es voraussichtlich einen Bedarf von ca. 3.100 Plätzen geben, ambulant sind mindestens 4.300 Pflegebedürftige durch professionelle Kräfte zu versorgen und ca. 4.910 Bürger werden voraussichtlich Pflegegeld erhalten. An teilstationären Kapazitäten könnte sich ein Bedarf von ca. 490 Plätzen ergeben. Bei den professionell ambulant zu Versorgenden ist von Mindestzahlen auszugehen, da das PSG II den ambulanten Bereich ausdrücklich – auch durch finanzielle Anreizsysteme – stärkt und der Personenkreis, der Pflegeleistungen erhalten kann, erweitert wurde. So gibt es zukünftig einen Personenkreis an Pflegefällen mit dem Pflegegrad 1, der bislang keine Pflegeleistungen erhielt und daher in seinem Umfang unbekannt ist.

Der Anteil an dementiell Erkrankten wird deutlich zunehmen von 5.028 Personen im Jahr 2015 auf ca. 5.510 Personen im Jahr 2020. Ebenso werden palliativ zu versorgende Pflegebedürftige zahlenmäßig steigen.

Aufgrund der v. g. Entwicklungen wird der Bedarf an altersgerechten Wohnungen, betreuten Wohnformen und einem altersgerechten Wohnumfeld zunehmen. Ebenso wird es einen steigenden Beratungsbedarf (Pflegeberatung, Wohnberatung) geben.

Darstellung der Handlungserfordernisse zur Deckung des Bedarfs:

Fachliche Handlungserfordernisse

Pflegeinfrastruktur

Erforderlich sind neue Wohnkonzepte und andere Pflegesettings, das heißt u.a. eine Kombination ambulanter und teilstationärer Angebote, andere Ausbildungsgänge wie die akademisierte Ausbildung in der Pflege, besser bessere Qualifikationen auf den Gebieten der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliativversorgung.

Ehe stationär weitere Kapazitäten geschaffen werden, ist zu prüfen, ob es Alternativen im Bereich der Wohnraumanpassung oder Möglichkeiten eines Pflegemixes ambulanter und teilstationärer Betreuung gibt.

Die ambulante und teilstationäre Pflege werden durch die Regelungen im Pflegestärkungsgesetz II an Bedeutung gewinnen.

Die Hospizversorgung ist derzeit nicht ausreichend. Zur Verbesserung der Situation soll 2017 ein Hospiz in Eggesin eröffnen.

Die Situation in der allgemeinen **Palliativversorgung** und hinsichtlich der SAPV-Teams wird von der Enquete-Kommission M-V kritisch gesehen und ist **in der Fortschreibung** der Pflegesozialplanung **genauer zu untersuchen**.

Wohnen und Wohnumfeldgestaltung

Der Ausbau des Quartiersmanagements, insbesondere altersgerechte/ generationengerechte Wohnumfeldgestaltungen sind vielerorts notwendig.

Angebote an betreuten Wohnformen und betreuten Wohngruppen müssen zusätzlich geschaffen werden; dabei kommt einem gut erreichbaren Standort eine besondere Rolle zu.

Darüber hinaus müssen barrierefreie/ -reduzierte Wohnungen in erheblichem Umfang bereitgestellt werden.

Ein weiterer Schwerpunkt wird sich in der Technikunterstützung des Wohnens für ältere Bürger entwickeln müssen.

Beratung

Der Beratungsbedarf wird entsprechend der gesetzlichen Vorschriften im PSG II überall steigend sein, insbesondere in den Pflegestützpunkten.

Die Pflegestützpunkte stehen vor neuen Herausforderungen und werden sich inhaltlich weiterentwickeln müssen. Das bedarf auch einer personellen Anpassung in den Pflegestützpunkten. Ein anderer Schwerpunkt ist die Verstärkung der Wohnberatung für Ältere.

Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement

Die wachsenden Herausforderungen im Bereich der Pflege und sozialen Betreuung der älteren Mitbürger sind ohne das Ehrenamt und freiwillig Engagierte nicht zu bewältigen, daher ist der

Stärkung und besseren Würdigung des Ehrenamtes und bürgerschaftlichen Engagements ein höherer Stellenwert beizumessen, ggf. auch durch finanzielle und organisatorische Unterstützung durch die kommunalen Verwaltungen. Insbesondere muss es auch um die Förderung von Nachbarschaftshilfen gehen.

Medizinische Versorgung

Die **medizinische Versorgung** ist durch **andere Organisationsstrukturen** zu verbessern, es wird diesbezüglich auf den Abschlussbericht der Enquete-Kommission Mecklenburg-Vorpommern "Älter werden in M-V" verwiesen, da die ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema im Rahmen der Pflegeplanung zu weit führen würde. **Die geriatrische und gerontopsychiatrische medizinische Versorgung sollte ausgebaut werden.**

Personal

Der Personalgewinnung kommt in Zukunft in allen Bereichen der Pflege eine herausragende

Bedeutung zu, da auf der einen Seite die Anzahl der zu Pflegenden zunimmt und auf der anderen Seite die arbeitsfähige Bevölkerung im Landkreis abnimmt. Gleichzeitig nimmt auch das Potenzial an familiärer Pflege ab.

Politische Handlungserfordernisse Statistik

Es muss durch das Statistische Amt M-V eine Pflegestatistik und eine Wohnungs- und Haushaltsstatistik auf Gemeindeebene bereitgestellt werden. Bislang werden diese nur auf Kreisebene abgebildet, was für kleinräumige Planungen nicht ausreicht.

Wohnen

Für betreute Wohnformen muss die gleiche Meldepflicht gegenüber der Heimaufsicht geschaffen werden wie bei betreuten Wohngruppen.

Zugleich muss die Heimaufsicht gegenüber betreuten Wohnformen die gleichen Kontrollrechte erhalten wie in betreuten Wohngruppen, um mehr Transparenz zu gewährleisten.

Genauere Untersuchungen des gesamten Themenfeldes Betreutes Wohnen, Servicewohnen und Pflegewohnen sind im Rahmen eines Projektes notwendig, da diese Begrifflichkeiten in der Praxis unterschiedlich gehandhabt werden.

Die kommunale Selbstverwaltung der amtsangehörigen Gemeinden muss zur Wahrnehmung ihrer sozialen Aufgabe eines generationengerechten Quartiermanagements gestärkt werden. Derzeit sind die Gemeinden mit ihren Amtsverwaltungen finanziell und personell nicht in der Lage, den in der Kommunalverfassung verbrieften Aufgaben der Daseinsvorsorge ausreichend nachzukommen.

Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement

Die Förderung verbesserter Strukturen des Ehrenamtes und des bürgerschaftlichen Engagements muss durch eine überzeugende Würdigung ihrer Arbeit und ggf. durch finanzielle Anerkennung verstärkt werden.

Planung

Die Planungsinhalte der Pflegesozialplanung bedürfen einer höheren Verbindlichkeit hinsichtlich der Durchsetzbarkeit von festgestellten Erfordernissen.

Als Planung ist auf Kreisebene die Erstellung eines Seniorenpolitischen Handlungskonzepts zu empfehlen.

Beispiel: aktuelle Jugendhilfeplanung, Teilplan Kindertagesstätten LK V-G, Auszug Kreisebene

Darstellung des Bestandes:

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald gibt es insgesamt 187 Kinderbetreuungseinrichtungen mit rund 15.400 Plätzen (Stand: 1. Halbjahr 2016). Die Einrichtungen werden durch 87 Träger in unterschiedlichen Rechtsformen und mit einer Vielzahl pädagogischer Konzepte betrieben. 32 Einrichtungen befinden sich in kommunaler Trägerschaft. Die Angebote der Kinderbetreuung werden durch 228 Kindertagespflegestellen ergänzt, welche etwa 850 Kinder versorgen (5,6 Prozent). Die Auslastung der Einrichtungen lag im Landkreis insgesamt in den letzten drei Jahren bei etwa 92 Prozent (jeweils zum 30.6.). Die Inanspruchnahmen der Angebote durch die jeweiligen Altersgruppen sind infolge gesetzlicher Neuregelungen seit 2012 deutlich angewachsen.

Darstellung sich entwickelnder Bedarfslagen:

Bis zum Jahr **2019** ist ein gleichbleibender bis leicht rückläufiger Betreuungsbedarf im Krippenbereich abzusehen. Im Kindergarten- und im Hortbereich zeichnen sich **steigende Belegungszahlen** ab, die aber weitgehend im Rahmen der vorhandenen räumlichen Kapazitäten aufgefangen werden können. Örtlich, insbesondere in Greifswald und Anklam, werden aber Kapazitätserweiterungen erforderlich, zum Teil verbunden mit baulichen Veränderungen. Für die einzelnen Amtsbereiche, Städte und ausgewählte Gemeinden werden entsprechende Empfehlungen im Teil II gegeben. Die personelle Absicherung der Betreuungsangebote zeichnet sich als mittelfristiges Problem ab (Altersstruktur), das in Greifswald, Anklam und Pasewalk bereits angekommen ist. Die Ausgaben des Landkreises für die Kinderbetreuung sind von 2014 bis März 2016 um annähernd zehn Prozent gestiegen. Hauptgründe sind gestiegene Platzkosten, die Übernahme von Elternbeiträgen in wachsendem Umfang sowie die Aufnahme von Flüchtlingskindern.

Darstellung der Handlungserfordernisse zur Deckung des Bedarfs:

auf der Ebene des Landkreises

- Erweiterung der Kapazität der Kindergärten bis 2019 um ca. 170, der Horte um ca. 90 Plätze. Umsetzung auf örtlicher Ebene in Zusammenarbeit von Trägern und Jugendamt (Hinweise dazu im Teil II),
- Aufrechterhaltung der Kapazitäten der Schulhorte in den Städten bei Schulerweiterungen,
- Sicherung des Personalbedarfs der Kindertageseinrichtungen,
- Personelle Sicherung der Kindertagespflege bei altersbedingter Schließung der Kindertagespflegestelle,
- erhöhte Anforderungen an das Personal durch Aufnahme von Kindern mit Migrationshintergrund und Kinder mit besonderem pädagogischen Bedarf erfordern Weiterbildung, Fachberatung und Verbesserung des Personalschlüssels,
- Stärkere Einbeziehung der Gemeinden in die Gestaltung der Angebotsstrukturen vor Ort, auf der Gemeindeebene
- Bedarfsgerechte, bürgerfreundliche und Kosten optimierende Versorgung mit Betreuungsangeboten vor Ort,
- Nutzung des Kita-Portals als Steuerungsinstrument für die Jugendhilfeplanung im gesamten Landkreis, um ungedeckte Nachfragen zu erkennen,

auf politischer Ebene

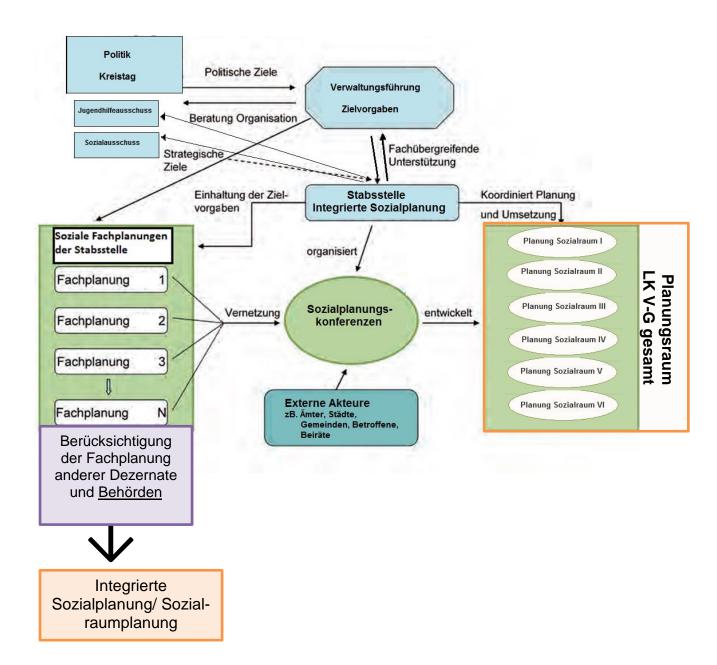
- Verbesserung der Fachkraft-Kind-Relation in allen Betreuungsformen,
- Anregung von Reformen der Finanzierung der Kindertagesförderung in M-V mit dem Ziel der Senkung der Kosten für Gemeinden und Eltern sowie des Aufwandes bei den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe, u.a. durch Vereinfachung von Verwaltungsprozessen, jeweils unter Einbeziehung des Städte- und Gemeindetages, des Landkreistages und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes,
- Erweiterung der Erzieherausbildung und Aufwertung des Erzieherberufs in MV.

II. Kooperations- und Arbeitsbeziehungen im Rahmen der integrierten Planung

Um die vielschichtigen Handlungsfelder integrierter Sozialplanung angemessen bedienen zu können, ist die Ausgestaltung effizienter Kooperations- und Arbeitsbeziehungen innerhalb der Gesamtverwaltung des Landkreises als auch zu allen Akteuren in den Sozialräumen und darüber hinaus notwendig. Einerseits benötigt eine erfolgreiche Sozialplanung Informationen aus den verschiedenen Bereichen der Verwaltung, den Gemeinden und der Wohlfahrtspflege, andererseits müssen Verwaltungsführung und Politik hinreichend über die soziale Lage im Landkreis und seinen Teilbereichen informiert werden.

Dazu wird eine Sozialberichterstattung basierend auf einem Sozialmonitoring aufgebaut. Der Sozialbericht wird einmal jährlich vorgelegt. Je nach politischer Zielsetzung kann er nach einer grundsätzlich gleichen Datenstruktur aufgebaut werden oder auch als Spezialbericht zu bestimmten Sachverhalten erstellt werden.

Abbildung: Kooperations- und Arbeitsbeziehungen im Rahmen der integrierten Planung⁹



Fachplanung 1 Kindertagesstättenbedarfsplanung

Fachplanung 2 Planung Hilfe zur Erziehung

Fachplanung 3 Planung Jugendarbeit

Fachplanung 4 Sonstige Leistungen der Jugendhilfe (z.B. Frühe Hilfen, Jugendschutz)

Fachplanung 5 Pflegeplanung

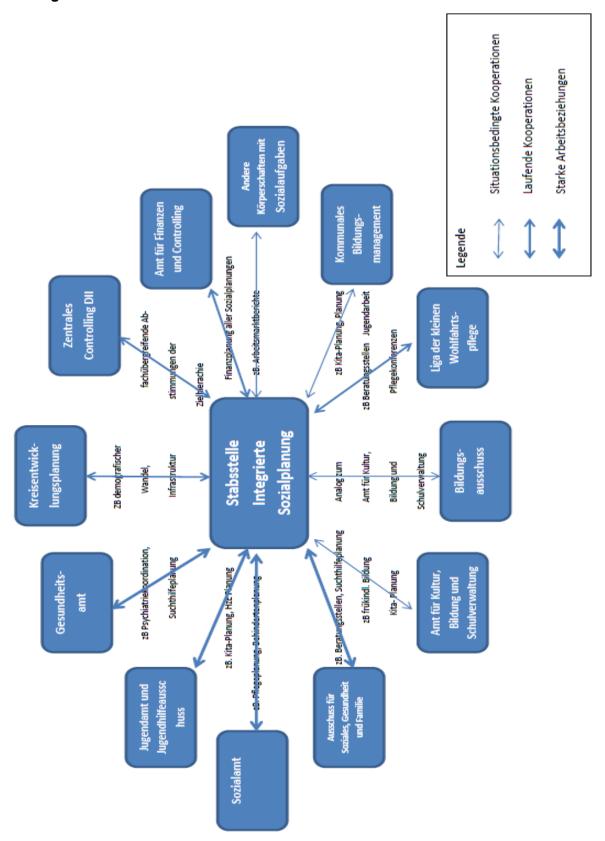
Fachplanung 6 Behindertenhilfeplanung

darunter: Suchthilfeplanung

Fachplanung 7 Seniorenplanung (Seniorenpolitisches Gesamtkonzept)

⁹ In Anlehnung an: "Moderne Sozialplanung, Ein Handbuch für Kommunen", Ministerium für Arbeit, Soziales, Integration und Soziales, NRW

Abbildung: Kooperations- und Arbeitsbeziehungen im Rahmen der integrierten Planung

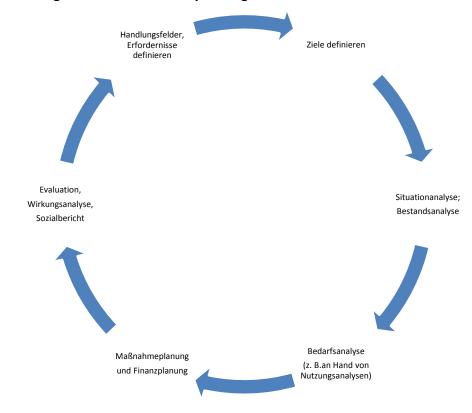




III. Der Planungskreislauf und Methoden der Integrierten Sozialplanung

Die Methoden richten sich grundsätzlich am Steuerungskreislauf der Planung aus.

Abbildung: Kreislauf der Sozialplanung¹⁰



Strategische Ziele des Dezernates

- 1. Passgenaue, personenzentrierte Hilfe
- 2. Maximale Wirksamkeit des Hilfesystems bei sparsamem Ressourceneinsatz
- 3. Hohe Transparenz und Evaluierbarkeit der Arbeit
- Weiterentwicklung sozialer Räume und Lebenswelten unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bedarfslagen der Bevölkerung, Sicherung generationsgerechter Lebensräume
- 5. Stärkung der Selbsthilfe und Prävention vor Intervention

Umsetzung des Planungskreislaufes an Beispielen

<u>Zieldefinition</u> aus Situationsanalyse und gesetzlichen Normen und übergeordneten Planungen

- Der Bedarf an Pflegeleistungen ist zu decken
- Ziele für die Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur sind eine leistungsfähige und wirtschaftliche ambulante, teilstationäre und stationäre Angebotsstruktur für

_

¹⁰ ebenda

alle Pflegebedürftigen bei gleichzeitiger Stärkung der komplementären Angebote (z.B. Wohnformen) sowie die Schaffung von Voraussetzungen, um älteren Menschen möglichst lange ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu erhalten. Dabei soll ein gemeindenahes Pflegeangebot mit einer zuverlässigen Vernetzung verschiedener Leistungen entstehen. Die Angebotsstruktur soll sozialräumlich ausgewogen sein und dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen und ambulanten Versorgung Rechnung tragen

Situationsanalyse zum Planungsgegenstand/ Bestandsanalyse

- Kapazitäten an Pflegeeinrichtungen und komplementären Angeboten werden erhoben und dargestellt
- Die r\u00e4umliche Verteilung der Einrichtungen und Angebote wird analysiert und dargestellt
- Bedarfsanalyse/ Nutzungsanalyse, Auslastung der Kapazitäten nach Einrichtungstypen werden analysiert – auch die bisherige Entwicklung
- bisherige Entwicklung der Zielgruppe wird analysiert
- prognostische Entwicklung der Zielgruppe wird dargestellt auf Grundlage der Analyse des Bevölkerungsstandes, der bisherigen Bevölkerungsentwicklung und der Bevölkerungsprognose
- bisherige und zukünftige Einflussfaktoren, z.B. Gesetzesänderungen oder Flüchtlingszustrom werden analysiert
- → aus v. g. ergibt sich der voraussichtliche zukünftige Bedarf an Kapazitäten auch nach Einrichtungstypen, z. B. ambulant, teilstationär und stationär

Maßnahmeplanung/ Bestimmung von Handlungserfordernissen

- Aus der Differenz zwischen vorhandenem Angebot und festgestelltem bzw. prognostiziertem Bedarf ergeben sich die Handlungserfordernisse und die Maßnahmeplanung
- Die Maßnahmeplanung ist so konkret wie möglich und abrechenbar, enthält Zeiträume und Verantwortlichkeiten

Evaluation der Maßnahmen/ Sozialbericht

- die Maßnahmeumsetzung wird kontrolliert
- die Maßnahmen werden hinsichtlich ihrer Wirkungen evaluiert
- Maßnahmen werden bei ungewünschten Wirkungen oder Nichterreichen des Zieles angepasst

Ableitung neuer Handlungsfelder

- Beispiel: Die Anzahl der Produkte im Bereich der Hilfe zur Erziehung im Bereich Heimerziehung ist gestiegen, die Kosten konnten nicht wie geplant gesenkt werden → Neufälle werden im Team beraten, Ausbau des Pflegekinderwesens durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit (siehe Beispiel aus der Planung Hilfe zur Erziehung) oder
- \bullet Ambulante Hilfen stellen einen großen Kostenblock dar \to Richtwerte für die Genehmigung von ambulanten Hilfen im Bereich der Hilfen

Neue Zieldefinition

Beispiel für eine operationalisierte Maßnahmekontrolle der Planungen und Festlegung weiterer Maßnahmen aus der Jugendhilfeplanung: Hilfe zur Erziehung im Bereich sozialpädagogischen Handelns, Auszug:

Im Bereich des Pflegekinderwesens fand eine groß angelegte Werbeaktion zur Gewinnung neuer Pflegefamilien im Landkreis statt.

Fach- und Finanzcontrolling

Alle Hilfen zur Erziehung werden vor der Gewährung in einer Teamberatung analysiert und die Schwerpunkte und Zielstellungen werden beraten. In der Verfahrensweise und Zusammensetzung der Teams wird nach Familienersetzenden und Doppelhilfen unterschieden. Im Jugendamt ist ein einheitliches Verfahren entwickelt worden. Monatlich werden Fallzahlen und Produktzahlen getrennt zu den einzelnen Hilfearten mit Kosten dargestellt und ausgewertet. Die Daten werden aus den Auswertungsprogrammen des Jugendamtes gezogen. Die Teamleiter werten die Fälle und die Budgets mit jedem Sozialarbeiter aus und monatlich erfolgt die Auswertung mit Sachgebietsleitung und Amtsleiter.

Schwerpunkte in der Auswertung sind:

Doppelhilfen

Kinder unter 12 Jahren in stationären Wohngruppen

Jugendliche ab 16 Jahre in stationären Hilfen

Junge Erwachsene in ambulanten und/ oder stationäre Hilfen

Eingliederungshilfen

Eingliederungshilfen gemäß SGB VIII § 35a und Integrationshilfen sind Schwerpunkte in der sozialpädagogischen Arbeit. Es wurden eine Arbeitshilfe und ein Ablauf zur Bearbeitung entwickelt, der an allen Standorten umgesetzt wird. Das Produkt der Integrationshilfe wird jetzt extra ausgewiesen, um die Entwicklung der Eingliederungshilfe nachweisen zu können.

Ambulante Hilfen

Es erfolgte eine Reglementierung der Anzahl der durch den einzelnen Sozialarbeiter zu gewährenden Fachleistungsstunden im Bereich der ambulanten Hilfen. Die Umsetzung einer entsprechenden Verfügung erfordert die notwendige Begründung der Gewährung von Leistungen oberhalb eines festgelegten Fachleistungsstundensatzes.

Zudem wurden Richtwerte für die Genehmigung von ambulanten Hilfen im Bereich der Hilfen zur Erziehung eigeführt. Die Umsetzung einer entsprechenden Verfügung erfordert die notwendige Begründung der Gewährung von Leistungen oberhalb einer festgelegten Kostengrenze. [...]

Familienbildung

Der Bedeutung des Konzeptes der Familienbildung wurde Rechnung getragen. Ein Sozialraumspezifisches Umsetzungskonzept zur Familienbildung im Landkreis Vorpommern-Greifswald wurde am 17.12.2015 vom JHA am 17.12.2015 thematisiert. [...]

Beispiel Maßnahmeplanung auf der Grundlage der Situations- und Entwicklungsanalyse des Planungsdokumentes Hilfe zur Erziehung, Auszug:

[...]

§ 31 sozialpädagogische Familienhilfe

Es müssen dringend Konzepte für Familien mit Migrationshintergrund sowie Konzepte zu Familienassistenzleistungen (z.B. Haushaltscoaching) erarbeitet werden.

Verantwortlich: Jugendamt und Leistungsanbieter, kurzfristig

§ 33 Vollzeitpflege

Es muss weiterhin intensive Akquise von Pflegeeltern betrieben werden. Schulungen derer sind weiterhin durchzuführen. Es sollte geprüft werden, ob ein Bonussystem in Bezug auf die Schulungen eingeführt werden kann, um Anreize zu schaffen, diese wahrzunehmen.

Die Hilfen nach § 33 SGB VIII müssen weiter ausgebaut werden, um so alternative Hilfeangebote zur stationären Unterbringung nach § 34 und § 35a SGB VIII zu schaffen.

Verantwortlich: Jugendamt, laufender Prozess

§ 34 Heimerziehung, betreute Wohnform

Die Angebote sind zu flexibilisieren, um schnell und bedarfsgerecht handeln zu können. Gerade auch im Hinblick auf die unbegleiteten, minderjährigen Ausländer ist es künftig weiterhin notwendig, im stationären Hilfebereich handlungsfähig zu bleiben.

Verantwortlich: Jugendamt und Leistungsanbieter, laufender Prozess

[...]

§ 41 Hilfen für junge Volljährige

Es sind Konzepte zur frühzeitigen Verselbständigung von Jugendlichen zu erarbeiten.

Verantwortlich: Jugendamt und Leistungsanbieter, kurz- und mittelfristig

[...]

Verkürzen von Laufzeiten bei intensiven ambulanten Hilfen

Bei den ambulanten Hilfen gilt es, qualitativ die Ressourcen der Hilfeart und der Familien noch verstärkter zu nutzen. Ggf. kann hier ein "Stundenpool" an Fachleistungsstunden Anwendung finden, um den jeweiligen aktuellen Hilfebedarf innerhalb eines Hilfeverlaufes optimal zu bedienen. Es sollte eine Analyse zum Einsatz eines sogenannten "Stundenpools" bei intensiven Hilfen erfolgen, um nachweislich eine Verkürzung von Laufzeiten darstellen zu können.

Verantwortlich: Jugendamt, zu realisieren ab 2016, laufender Prozess

Rückführungskonzepte

Das Thema Rückführungskonzepte ist auch ein Schwerpunkt im Landesmodellprojekt. Am 7.12.2015 fand eine erste Fortbildung für die Jugendämter des Landes M-V zu diesem Thema statt.

Daraus müssen Handlungsoptionen für den Landkreis entwickelt werden. Rückführungskonzepte sind für alle stationären Hilfen zu erarbeiten.

Verantwortlich: Jugendamt, zu realisieren ab 2016, kurz- bis mittelfristig

[...]

Beispiel einer operationalisierten Maßnahmeplanung aus der Jugendhilfeplanung: Teilplan Jugendarbeit mit dem Schwerpunkt Schulsozialarbeit

Nr.	Beschreibung der	Sozial-	Zeitraum	Wer ist	Ressourcen
Nr.	Maßnahme	raum		verantwortlich?	
1	Gemeinsame Weiterbildung der Schulsozialarbeiter/ Sozialarbeiter des Jugendamtes	I bis VI	Als laufender Prozess	Sachgebiet Jugendarbeit, Sachgebiet Sozialpäd. Dienst	Weiter- bildungsbudget? Einsatz der Mittel für Öffentlichkeitsarbeit
2	Durchführung von Projekten, Gesprächskreisen, Filmvorführungen, mit Kindern und Jugendlichen zum Thema Mobbing	I bis VI	Als laufender Prozess	Jugend- und Schulsozial- arbeiter, ehrenamtliche Betreuer in Jugendeinrich- tungen	Projektfinanzierung über die Richtlinie zur Gewährung von Zuwendungen im Bereich der Jugendarbeit/ Jugendsozialarbeit (KJfG-Mittel) oder Mittel für Präventionsprojekte
3	Überarbeitung der Auswahlkriterien für Jugend- und Schulsozialarbeit (Indikatoren)	I bis VI		Jugendhilfe- planung, Sachgebiet Jugendarbeit, JHA	-
4	Informationsblatt (vielleicht jährlich) für Kinder und Jugendliche (besonders in den 5. bis 9. Klassen) über Angebote in ihrem Sozialraum (Jugendclubs, Projekte, Veranstaltungen) erstellen und verteilen (zum Bsp. über die Schulen, Schulsozialarbeiter)	Prioritär I und II	kurzfristig	Sachgebiet Jugendarbeit	Projektfinanzierung über die Richtlinie zur Gewährung von Zuwendungen im Bereich der Jugendarbeit/ Jugendsozialarbeit (KJfG-Mittel)
5	Regelmäßige Teilnahme eines ständigen Vertreters aus dem ASD Greifswald am Arbeitskreis Schulsozialarbeit oder Gründung eines Arbeitskreises Jugendhilfe/Schule für diesen Sozialraum.	I, II	Als laufender Prozess	ASD und Sachgebiet Jugendarbeit	-
6	Regelmäßiger Fachaustausch (2 x pro Jahr) oder gemeinsame Weiterbildungen	111	Als laufender Prozess	ASD und Sachgebiet Jugendarbeit	-
7	Wiederaufbau des Arbeitskreises Jugendhilfe/Schule, Treffen halbjährlich	V, VI	kurzfristig	ASD und Sachgebiet Jugendarbeit	Mitarbeiter des damaligen Arbeitskreises
8	Bereitstellung eines eigenen Büros sowie Internetanschlusses für die Schulsozialarbeiter	I bis VI	langfristig	Träger der Schulsozial- arbeit/Schule	-
9	Mehr Beteiligung des	I bis VI	langfristig	Schulträger	-

	Schulträgers an der finanziellen Ausstattung der Schulsozialarbeiter (Personal- u. Sachkosten)				
10	Langfristige Sicherung der Schulsozialarbeiter-Stellen	I bis VI	langfristig	Bund, Land M-V, Landkreis V-G, Schulträger	Sicherung der langfristigen Finanzierung der Schulsozialarbeit (Weitergabe ESF- Mittel) durch das Land M-V bzw. durch den Bund (BuT-Mittel für Schulsozialarbeit)
11	Fertigstellung der Rahmenkonzeption Schulsozialarbeit	I bis VI	kurzfristig	Jugendamt	-
12	Evaluation der Erfolge von Schulsozialarbeit an drei "Pilotschulen", Entwicklung von entsprechenden Instrumenten und Kriterien	Aus drei Sozial- räumen	langfristig	Jugendamt und Stabsstelle Integrierte Sozialplanung	-

Langfristig: innerhalb von 3 Jahren, mittelfristig: innerhalb von 2 Jahren, kurzfristig: innerhalb eines Jahres.

Methoden und Instrumente der Planung

Der integrierten Sozialplanung steht eine Vielfalt an Methoden und Instrumenten zur Verfügung.

Die Sozialplanung erfolgt zukunftsorientiert auf der Basis sozialräumlicher Analysen und einem regelmäßig durchzuführenden Sozialmonitoring als Basis für die Sozialberichterstattung.

Methodisch kommen – je nach Datenverfügbarkeit und vertretbarem Aufwand in Bezug auf finanzielle und personelle Ressourcen – vor allem die Planfortschreibung, Richtwertverfahren, strukturierte Interviews, Befragungen von Bevölkerungsgruppen und Experten, Beobachtungen, SWOT-Analysen, Portfolio-Analysen, Szenariotechniken, Prognoseberechnungen, Fachkonferenzen, Sozialraumkonferenzen, Wirkungsanalysen, Controlling, Kontraktmanagement, Netzwerkanalysen, Arbeit in Netzwerken und Nutzung von Netzwerkwissen sowie Projektarbeit in Frage.

Die **speziellen Methoden** innerhalb der einzelnen Fachplanungen richten sich außerdem nach den Vorgaben der Spezialgesetze sowie den wissenschaftlichen Standards des jeweiligen Fachgebietes. Sie werden zu Beginn jeder Planung beschrieben. Zum Teil folgen die Methoden auch den verfügbaren Ressourcen. So sind Fortschreibungen an Hand von Richtwerten weniger aufwendig als z. B. Befragungen als wesentliche Planungsgrundlage.

Beispiel der Methodenbeschreibung aus der aktuellen Pflegesozialplanung LK V-G

Die Planungsmethodik richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben im Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern.

In Absatz 2 Landespflegegesetz heißt es dazu: "Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen unter Zugrundelegung der Ergebnisse der jeweils aktuellen Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung für ihr Gebiet [...] Planungen für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen auf." Komplementäre Angebote wie verschiedene Wohnformen sind dabei zu berücksichtigen.

Bestandteile der Planung sind entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und der Prinzipien der Sozialplanung: die Analysen zur Bevölkerungsentwicklung und zur Entwicklung der Anzahl von Pflegebedürftigen, die Feststellung des Bestandes an Einrichtungen bzw. Angeboten und deren Inanspruchnahme, die Analyse von Bedürfnis- und Bedarfslagen, die Prognose des zukünftigen Bedarfes und die Benennung von Handlungsoptionen zur Deckung des Bedarfes.

Als wesentliche Hintergrundvariable für alle Sozialplanungen wird die Bevölkerungszusammensetzung und deren Entwicklung gesehen. Für die Pflegeplanung gilt: je älter die Bevölkerung, desto größer die Anzahl der zu Pflegenden. Die Altersgruppe der über 65-Jährigen und darin die Altersgruppe der über 85-Jährigen sind besonders relevant.

Für die Pflegeplanung werden die Bevölkerungsprognosen der aktualisierten 4. Landesprognose Mecklenburg-Vorpommern und die vom Landkreis Vorpommern-Greifswald in Auftrag gegebene Prognose der Gertz-Gutsche-Rümenapp GbR herangezogen. Um für den Bereich Pflege Voraussagen erstellen zu können, werden altersgruppenspezifische Pflegequoten aus den verfügbaren Bevölkerungs- und Pflegedaten der Jahre 2011 und 2013¹¹ errechnet. Auf der Grundlage dieser Pflegequoten¹² wird die voraussichtliche Anzahl der Pflegebedürftigen in den Jahren 2020 und 2030 abgeschätzt. Dabei wird auch die Verteilung zwischen dem zukünftigen Bedarf an stationären und ambulanten Diensten ermittelt.

Sowohl die landesrechtlichen als auch die Regelungen der jüngsten Pflegereform sehen eine Stärkung des ambulanten Sektors der Pflege vor und unterstützen neue Wohnkonzepte für alte und pflegebedürftige Menschen. Diese werden voraussichtlich zu höheren Bedarfen in der ambulanten und teilstationären Pflege führen. Wie und in welchem Umfang sich die bundesgesetzlichen Regelungen und das Pflegestärkungsgesetz III auf die Entwicklung von Pflegebedürftigen auswirken werden, lässt sich aufgrund der unzureichenden Datenlage als auch fehlender empirischer Untersuchungen nicht vorhersagen.¹³

Daher wird die vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln favorisierte Status-quo-Projektion bei der Feststellung der zukünftigen Anzahl von Pflegebedürftigen in der vorliegenden Pflegeplanung angewendet, d. h. die zukünftige Anzahl von Pflegebedürftigen im Landkreis Vorpommern-Greifswald und seinen Sozialräumen wird auf der Grundlage der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung und der bisher vorhandenen Pflegequoten errechnet. Die Bedarfsfeststellung für die pflegerische Infrastruktur berücksichtigt somit die prognostizierte Anzahl an Pflegebedürftigen, die bisherige Struktur der Pflegebedürftigen (z. B. Alter, stationäre und ambulante Fälle) und die bisherige Versorgungssituation.

_

¹¹ Für das Jahr 2015 lagen zum Zeitpunkt der Planung keine Pflegedaten vor.

¹² Pflegequote (Pflegefallwahrscheinlichkeit) = Anzahl der Pflegebedürftigen (pro Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht) bezogen auf Anzahl der Bevölkerung (pro Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht), vgl. https://www.fh.muenster.de/gesundheit.

Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 28. September 2015; S. Kochskämper/ J. Pimpertz: "Die Entwicklung der Pflegefallzahlen ist ausschlaggebend für die Anforderungen an die künftige Pflegeinfrastruktur. Exakt prognostizieren lassen sich die Pflegefallzahlen allerdings nicht, denn diese hängt von der Bevölkerungsalterung ab. Unklar ist beispielsweise auch, wie sich die Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen auf das Nachfrageverhalten auswirken. Deshalb beschränkt sich die Untersuchung auf eine Status-quo-Projektion der Pflegefallzahlen, die ausschließlich den Einfluss der demografischen Entwicklung simuliert. Dieses Vorgehen vermeidet eine auf Hypothesen gestützte Modellierung von Einflussfaktoren, die empirisch nicht hinreichend abgesichert ist."

Für teilstationäre Pflegefälle ist keine Altersstruktur vom Statistischen Amt M-V erfasst worden, so dass keine altersgruppenspezifischen Pflegequoten für diese errechnet werden und somit nicht für die Bedarfsermittlung genutzt werden können. Der voraussichtliche Bedarf an teilstationären Plätzen wird anhand von Richtwerten und den tatsächlichen örtlichen Gegebenheiten eingeschätzt, wie vom Institut für Gerontologie der TU Dortmund empfohlen.¹⁴

Mit der Analyse des Bestandes an Einrichtungen und deren Inanspruchnahme ist ein Abgleich der vorhandenen Struktur mit der eingeschätzten zukünftig notwendigen Angebotsstruktur möglich. Aus der Differenz lassen sich die Handlungsoptionen zur Bedarfsdeckung ableiten.

Die Quantifizierung einer zukünftigen Bedarfslage für betreute Wohnformen ist ungleich schwieriger, da die Datenlage zum Wohnen unzureichend und wenig belastbar ist. Eine statistische Erfassung von Daten zum Betreuten Wohnen, wie es mit der Pflegestatistik der Fall ist, gibt es nicht. In der vorliegenden Planung wird ebenfalls auf das Verfahren des Instituts für Gerontologie der TU Dortmund abgestellt, d.h. es werden aus der Anzahl der recherchierten Wohnformen Versorgungsraten berechnet und mit den entsprechenden Bevölkerungsvorausberechnung für den Landkreis Vorpommern-Greifswald (V-G) für das Jahr 2020 in Beziehung gesetzt. Berücksichtigt werden die von "prognos" ermittelten Tendenzen und Bedarfsprognosen für ländliche Räume. 15 Der Spielraum, was die tatsächliche Nachfrageentwicklung angeht, ist allerdings groß. 16 Ebenso schwierig ist die Quantifizierung eines prognostischen Bedarfes für barrierefreies/-reduziertes Wohnen. Hier wurde als Grundlage zur Bedarfsabschätzung herangezogen, dass ca. 26 % der älteren Bevölkerung mobilitätseingeschränkt sind und daher einen Bedarf an derartigen Wohnungen haben.¹⁷

Als Datengrundlagen dienten die aktuellen Bevölkerungsprognosen des Landes M-V und der Gertz-Gutsche-Rümenapp GbR für den Landkreis V-G, die Pflegestatistiken des Amtes für Statistik M-V für die Jahre 2011 und 2013, die Preisvergleichslisten der AOK Nordost, Angaben der Pflegedienstleister und Anbieter komplementärer Einrichtungen sowie die Protokolle der Heimaufsicht des Landkreises Vorpommern-Greifswald.

Die Pflegesozialplanung wurde als partizipativer Prozess gestaltet, d. h., unter Einbeziehung aller einschlägigen Akteure.

Für eine systematische Bestandsanalyse wurden bei den Leistungsanbietern der Pflege und den Anbietern komplementärer Wohnformen Stichtagserhebungen für die Jahre 2013, 2014 und 2015 mittels Fragebögen und ergänzend mittels Interviews (CATI, *Face-to-Face*) durchgeführt.

Abgefragt wurden neben Kapazitäts- und Auslastungszahlen auch je nach Pflegeeinrichtungsart Informationen zu Pflegestufen der Betreuten, Behinderungsarten, Demenzerkrankungen, Altersdurchschnitten, Leistungsschwerpunkten der jeweiligen Einrichtung, zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, Wartelisten und Einzugsbereichen sowie Informationen zur Altersgruppen- und Geschlechterverteilung, Verweildauer (in stationären Einrichtungen), Herkunft der Pflegebedürftigen (Kreise in M-V und Bundesländer), Anzahl an Selbstzahlern, Behandlungspflege nach SGB V (Pflegedienste), Personal- und Angebotsstruktur, Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und zur Einschätzung der Versorgungssituation.

Der Rücklauf zu den meisten Fragen war jedoch so gering, dass letztlich nur repräsentative Aussagen zu Bestands- und Auslastungszahlen vorlagen: Hier lag der Rücklauf für das Jahr 2013 zwischen 100 % (Tagespflege) und 73 % (ambulante Pflegedienste), für 2014 zwischen 85 % (Tagespflege) und 70 % (ambulante Pflegedienste) und für 2015 zwischen 71 % (vollstationäre Einrichtungen) und 54 % (ambulante Pflegedienste). Sofern keine plausiblen Angaben bei einzelnen Einrichtungen vorlagen,

¹⁴ Vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie der TU Dortmund. Abschätzung des örtlichen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens.

¹⁵ Vgl. BFS Immobilien-Service GmbH und prognos für Betreutes Wohnen in Deutschland auf regionaler Ebene, Bedarfsanalyse, 1/2016.

¹⁶ Vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie der TU Dortmund. Abschätzung des örtlichen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens.

¹⁷http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Forschungen/2011/Heft147_DL.pdf?__blob=publicationFile&v=2

wurden ergänzend die Preisvergleichslisten der AOK Nordost, die aktuelle amtliche Pflegestatistik 2013 des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern sowie die Prüfprotokolle der Heimaufsicht des Landkreises für 2015 herangezogen. Internetrecherchen zu den einzelnen Pflegeeinrichtungen boten zusätzliche Informationen.

Die Ergebnisse repräsentieren somit hinreichend die pflegerische Versorgungssituation im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Darüber hinaus wurden die Eckdaten der Pflegeplanung im Netzwerk ILWiA im September 2016 vorgestellt. Die Ämter, Städte und amtsfreien Gemeinden, die kleine Liga der Wohlfahrtsverbände, der Seniorenbeirat und Behindertenbeirat erhielten den Entwurf der Planung mit der Möglichkeit der Stellungnahme.

Das Planungsdokument enthält sowohl Analysen und Prognosen für den Landkreis gesamt als auch für die einzelnen Sozialräume (Planungsräume).

Hinweise:

- 1. Die Anzahl der Pflegefälle muss nicht mit der Anzahl benötigter Hilfearten wie stationär, teilstationär und ambulant übereinstimmen, da ein "Fall" unterschiedliche Hilfearten in Anspruch nehmen kann.
- 2. Gender: Wegen der besseren Lesbarkeit wird im Dokument nur die männliche Form verwendet, gemeint ist im Textteil immer auch die weibliche Form.
- 3. Risiken der Planung sind die Pflegestärkungsgesetze, die in ihren Auswirkungen derzeit nicht hinreichend beurteilt werden können.

Innerhalb der Planungsräume wird das **Lebenslagenkonzept** verfolgt. Die Grundlage bilden quantitative und qualitative Daten, wobei letztere zumeist nur mit Mitteln der empirischen Sozialforschung (i.d.R. Befragungen, Interviews) erhoben werden können.

"Lebenslagenkonzepte beschreiben gemeinsame Bedingungen der Lebenssituation von Mitgliedern verschiedener, relativ homogener Gruppen (Kardoff 2003) und versuchen multiperspektivisch "äussere" (gesellschaftliche und kulturelle) Lebensbedingungen und "innere" Zustände (in Form etwa von kognitiven und emotionalen Deutungs und Verarbeitungsmustern) zu verknüpfen (vgl. Wendt 1988). Eine Lebenslagenansätzen ist lebensphasenspezifisch ausgeprägt, gleichzeitig weist das Lebenslagenkonzept vielfältige räumliche Bezüge auf (vgl. Drilling/Oehler 2013: 90)."... "Bei Bestandsaufnahmen von Sozialplanungsräumen wird multidimensional die Lebenslage (z.B. materielle, gesundheitliche, soziale, kulturelle Lage) von Individuen zu erfassen versucht. fliessen unmittelbare räumliche Kontexte Wohnumgebung) (z.B. Wahrnehmungen und Bewertungen derselben (z.B. Zufriedenheit mit der Wohnumgebung) mit ein."..." Ohne die übergeordnete Ebene von Stadt und Region und damit die ungleiche Verteilung von Lebenschancen und Risiken aussen vor zu lassen, betonen Lebenswelt und Lebenslagen-Perspektive, dass Sozialplanung und Stadtentwicklung ihre Wirksamkeit auf kleinräumiger Ebene entfalten und der kleinräumigen und sozialräumlichen Kartierung im Prozess räumlicher Veränderungen entsprechend gewürdigt wird."

Das Lebenslagenkonzept spiegelt sich im Datenkonzept der Stabsstelle für das Sozialmonitoring und die Sozialberichterstattung wider. Grenzen ergeben sich aus der Datenverfügbarkeit und den personellen und finanziellen Ressourcen, diese Daten zu erheben. Bei den einzelnen Fachplanungen wird die Lebenslage der jeweiligen Zielgruppe wie Kinder, Jugendliche, Senioren und Pflegebedürftige so konkret wie möglich beschrieben.

Neben den speziellen Planungsmethoden finden **Beteiligungsverfahren** statt, die sich zum Teil aus den Gesetzen ergeben, zum Teil aus der Zielgruppe der Planung und dem Planungsgegenstand. Auch dieses Verfahren wird im Methodenteil der jeweiligen Planung beschrieben. Beispielhaft ist hier zu benennen die Beteiligung der Gemeinden, die Beratung

von Planungen in Planungsgruppen des Jugendhilfeausschusses, Planungskonferenzen, Ideenwerkstätten und Befragungen.

Jeder Planung liegt ein konkretes **Datenkonzept** zugrunde, das sich einerseits zum Teil aus den jeweiligen Gesetzestexten und andererseits aus den wissenschaftlichen Standards und der Datenverfügbarkeit ergibt. Die Planungen sind demzufolge Indikatoren- und Controllinggestützt. Das Datenkonzept ist zugleich die Grundlage für die Sozialberichterstattung, die ihrerseits wiederum wesentliche Basis für die Sozialplanung ist. Wichtige Hintergrundvariable ist für alle Planungen die Bevölkerungsentwicklung.

Das Datenkonzept für die Sozialberichterstattung ist Punkt VI zu entnehmen.

Alle Fachplanungen sind sozialräumlich ausgerichtet und werden, wie bereits erläutert, mit übergeordneten Planungen abgeglichen und integrieren die Erkenntnisse anderer Fachplanungen, soweit sie relevant sind (Kompatibilitätsprüfung).

IV. Sozialplanung nach Sozialräumen

Bei der Sozialplanung ist die Sozialraumorientierung ein wesentlicher Gesichtspunkt und unerlässlich für eine adäquate Steuerung sozialer Prozesse und Gestaltungen innerhalb des Großkreises. Sozialplanung bedeutet letztendlich Sozialraumplanung.

"Sozialplanung [wird] sowohl in der Entwicklung als auch in der Umsetzung der strategischen Zielsetzungen immer im konkreten Lebensbezug der Bürgerinnen und Bürger verortet. Sozialplanung geht von der konkreten Sozialstruktur eines definierten Raumes aus. Sie bezieht sich auf Menschen eines konkreten Raumes, wenn sie ihr Ziel zur aktiven Veränderung dieses Raumes erreichen will. Darüber hinaus entfaltet sich soziale Dienstleistung – lebensweltorientiert – ausschließlich im Alltag der Menschen mit ihren präventiven, unterstützenden, ergänzenden und intervenierenden Angeboten wirkungsvoll. Allerdings sind Lebenswelt und Sozialraum nicht identisch und nicht statisch. Sie wechseln und verändern sich je nach Alter, Geschlecht, sozialer Zugehörigkeit, kulturellem Hintergrund usw. Soziale Prozesse vollziehen sich in sozialräumlichen Zusammenhängen. Es geht um gelebte Sozialräume aus der Perspektive der Bürgerinnen und Bürger. Diese Räume können je nach Person, Situation oder Konstellation verschieden sein, und dies macht die Differenzierungsnotwendigkeit des Handelns aus."

Zu beachten sind die unterschiedlichen Typen von Sozialräumen:

- Der sozialphysische Raum = Abgrenzung, z.B. durch natürliche Barrieren
- Von der Verwaltung festgelegte Administrationsräume
- Vom Bürger genutzter Sozialraum, z.B. Netzwerkräume, individuelle Lebenswelt, Aktionsräume

Je nach Planungsauftrag und Planungsgegenstand bewegt sich der Planer in den unterschiedlich definierten Sozialräumen.

Auf Grund obiger Ausführungen ist es zum Teil notwendig, von grundsätzlich beschlossenen Sozial(Planungs-)räumen bei einzelnen Themen oder Zielgruppen abzuweichen und sinnvolle andere Planungsräume zu definieren.

¹⁸ Vergl. http://studlib./de5585/sozial/lebenswelt_lebenslage, gezogen am 06.03.2017

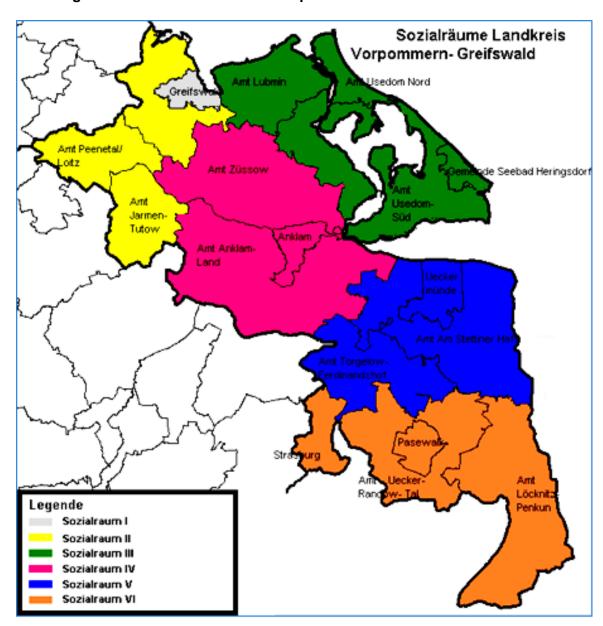
Grundsätzlich wird in der Literatur davon ausgegangen, dass ein Planungsraum mindestens ca. 10.000 bis 15.000 Einwohner haben sollte, damit die statistische Validität gegeben ist.

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald erfolgen die Planungen nach Planungsregionen und vom Kreistag beschlossenen Sozialräumen, weitestgehend orientiert an administrativen Räumen. Außerdem werden Verflechtungsräume, Patientenströme, Einzugsbereiche, Verkehrsströme usw. berücksichtigt.

Wie beschrieben, wird in einigen Planungen ein anderer räumlicher Planungszuschnitt gewählt, wie z.B. bei der KITA-Planung. Hier ist der Planungsraum das Amt, die amtsfreie Stadt/Gemeinde.

Die Sozial(Planungs-)räume erfüllen die oben genannten Zielwerte für eine ausreichende Einwohnerzahl.

Abbildung: Sozialräume im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Sozialräume und dazugehörige Ämter, Städte, amtsfreie Gemeinden¹⁹

Sozialraum I: Universitäts- und Hansestadt Greifswald mit 57.286 Einwohnern

Sozialraum II: Amt Landhagen mit 10 amtsangehörigen Gemeinden mit 10.149

Einwohnern

Amt Jarmen-Tutow mit 6 amtsangehörigen Gemeinden und einer amtsangehörigen Stadt (Jarmen als geschäftsführende Stadt) mit

6.939 Einwohnern

Amt Peenetal/Loitz mit 2 amtsangehörigen Gemeinden und einer

amtsangehörigen Stadt (Loitz als geschäftsführende Stadt)

mit 6.164 Einwohnern

Sozialraum III: Amt Lubmin mit 10 amtsangehörigen Gemeinden mit 10.503

Einwohnern

Amt Am Peenestrom mit 6 amtsangehörigen Gemeinden und einer amtsangehörigen Stadt (Wolgast als geschäftsführende Stadt) mit

15.806 Einwohnern

Amt Usedom-Nord mit 5 amtsangehörigen Gemeinden mit 9.101

Einwohnern

Amt Usedom-Süd mit 14 amtsangehörigen Gemeinden und einer

amtsangehörigen Stadt (Usedom) mit 11.548 Einwohnern

Gemeinde Ostseebad Heringsdorf (amtsfrei) mit 8.839 Einwohnern

Sozialraum IV: Hansestadt Anklam (amtsfrei) mit 12.712 Einwohnern

Amt Anklam-Land mit 18 amtsangehörigen Gemeinden mit 9.985

Einwohnern

Amt Züssow mit 14 amtsangehörigen Gemeinden mit 11.847

Einwohnern

Sozialraum V: Stadt Ueckermünde (amtsfrei) mit 8.844 Einwohnern

Amt Am Stettiner Haff mit 12 amtsangehörigen Gemeinden mit

10.639 Einwohnern

Amt Torgelow-Ferdinandshof mit 6 amtsangehörigen Gemeinden und einer amtsangehörigen Stadt (Torgelow als geschäftsführende

Stadt) mit 14.545 Einwohnern

Sozialraum VI: Stadt Pasewalk (amtsfrei) mit 10.535 Einwohnern

Stadt Strasburg (amtsfrei) mit 4.982 Einwohnern

Amt Uecker-Randow-Tal mit 13 amtsangehörigen Gemeinden mit

7.135 Einwohnern

Amt Löcknitz-Penkun mit 12 amtsangehörigen Gemeinden und einer amtsangehörigen Stadt (Penkun) mit 10.799 Einwohnern

13 Ämter, 5 amtsfreie Städte, eine amtsfreie Gemeinde

134 amtsangehörige Gemeinden einschließlich amtsangehöriger Städte

¹⁹ Datenstand 31.12.2015



V. Unterschiedliche Planungsansätze

(1) Planung an Hand von Themenfeldern und Sozialräumen

KITA (Landkreis, Ämter, Städte	e, amtsfreie Gemeinde)	
Hilfe zur Erziehung (Landkreis, 6 S	Sozialräume)	
Jugendarbeit (Landkreis, 6 Sozialr	äume)	
Seniorenplanung (Landkreis,, À	Ämter, Städte, amtsfreie	
Pflegesozialplanung und Gesul Sozialräume)	ndheit (Landkreis, 6	
Behindertenhilfeplanung, einsc (Landkreis, 6 Sozialräume)	hließlich Suchterkrankte	

- Beschreibung der planungsrelevanten Altersgruppe:
 - Ist-Stand
 - bisherige Entwicklung (drei bis fünf Jahre)
 - prognostische Entwicklung
- Beschreibung des Bestands an Einrichtungen und soweit notwendig komplementärer Einrichtungen
- Beschreibung der Inanspruchnahme, Auslastung der Einrichtungen
- Beschreibung der Betreuungsquote in ihrer Entwicklung
- Beschreibung von Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Quoten
- Prognoseberechnungen nach verschiedenen Szenarien für die Entwicklung der Zielgruppe
- Prognoseberechnungen für den Bedarf an Einrichtungen (nach verschiedenen Typen) und Kapazitäten
- Beschreibung von Über- bzw. Unterkapazitäten
- Beschreibung von Maßnahmen zur Minimierung von Überkapazitäten bzw. zur Deckung fehlender Kapazitäten (Handlungsbedarf, Handlungsoptionen)
- ♣ Die Planung nach Sozialräumen und Lebenslagen setzt eine Sozialraumanalyse und Analyse der Lebenslage von Zielgruppen voraus.

- (2) Analyse von Lebenslagen:
 - a) Planung entlang von Lebensphasen und Sozialräumen

Kinder (0 bis 10 Jahre)

Kinder und Jugendliche (0 bis 27 Jahre)

Senioren (über 60 Jahre)

alle Altersgruppen an Pflegebedürftigen

alle Altersgruppen an Behinderten

b) Planung für besondere Situationen von Zielgruppen

Alleinerziehende

Familien in prekären Lebenssituationen

- Beschreibung der Zielgruppe nach Altersgruppen, z.B. Kindergartenalter
- Beschreibung der Bedürfnisse und Bedarfslagen der Zielgruppe
- Beschreibung der Lebenslage der Zielgruppe allgemein und im konkreten Lebensumfeld und Sozialraum
- Abgleich zwischen Bedarf und Lebenswirklichkeit
- Ableitung von Handlungsbedarf und Maßnahmen
- → Die Planung nach Sozialräumen setzt eine Sozialraumanalyse voraus, die in einem Sozialstrukturatlas ihre optimale Zusammenfassung und visualisierte Darstellung findet.

(3) Sozialraumanalyse

Für die Ebene des Landkreises, seiner sechs Sozialräume und 19 Ämter, Städte, amtsfreie Gemeinde.

Landkreis

Sozialraum x

Infrastruktur

planungsrelevante Einrichtungen (z.B. Pflegeheime, betreute Wohnformen),
Gesundheitseinrichtungen,
Angebote des täglichen Bedarfs,
Freizeitangebote, Kommunikationsmöglichkeiten,
Wohnsituation,
Verkehrsinfrastruktur, Mobilität,
Bildungsangebote

Sozialindikatoren

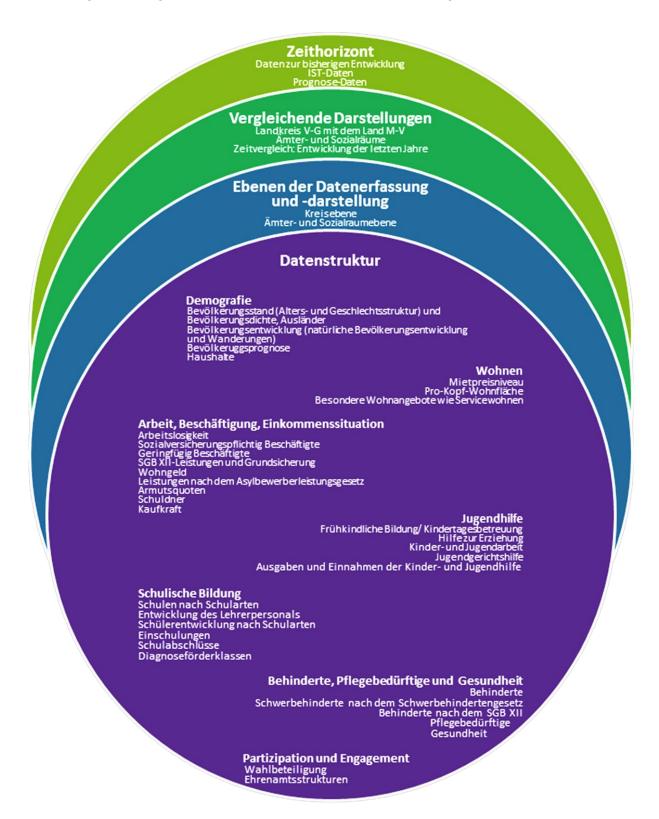
Einkommenssituation,
Abhängigkeit von Transferleistungen (wie Sozialhilfe,
Arbeitslosengeld, Wohngeld)
Anzahl von Pflegebedürftigen (Pflegequote)
Anzahl von Behinderten (Behindertenquote)
Anzahl ausländischer Mitbürger (Ausländeranteildifferenziert nach Status)
Bildungssituation
Fälle von Hilfe zur Erziehung
Jugendgerichtsfälle

Demografie

Bevölkerungsstand in seiner Alters- und Geschlechtsstruktur, Entwicklung der letzten drei bis fünf Jahre nach wesentlichen Altersgruppen, Prognostische Entwicklung nach wesentlichen Altersgruppen Anzahl der Haushalte, Haushaltstypen

VI. Datenkonzept für die Sozialberichterstattung 2017

Abbildung: Handlungsfelder und Indikatoren des Sozialmonitorings für den Landkreis V-G



VII. IST-Stand der Planungen und Aufgaben 2017

Beschlossene Planungen liegen für folgende Bereiche vor:

- Kindertagesstätten bis 2019 (vom 25.08.2016)
- Hilfe zur Erziehung bis 2018 (vom 15.12.2015)
- Offene Jugendarbeit Teilplan Schulsozialarbeit bis 2020 (vom 10.12.2015)
- Pflegeplanung 2015 bis 2020 (vom 06.12.2016)
- die Suchthilfeplanung 2012 bis 2015
- (vom 25.02.2013)
- die Behindertenhilfeplanung bis 2020 (vom 08.09.15)

Aufgaben für das Jahr 2017

- Abschluss der Planung offene Jugendarbeit bis März
- Planung Hilfe zur Erziehung (Vorbereitung der HzE-Planung)
- Planung frühe Hilfen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung
- Monitoring Kita-Planung (Zwischenbericht: Auslastung, Engpässe im April 2017)
- Fortschreibung und Umsetzungsplanung der Behindertenhilfeplanung entsprechend des Maßnahmekatalogs; ggf. Anpassung an veränderte Situation darunter als integraler Bestandteil der Behindertenhilfeplanung (Teilhabeplanung) für geistig, seelisch und körperlich behinderte Menschen der Bereich der Suchthilfe
- das Konzept zur Neustrukturierung der Beratungsstellenlandschaft; Beratung im Sozialausschuss und Jugendhilfeausschuss im Februar 2017; bis zur Umsetzung ab 01.01.2018 sind weitere Schritte zu erarbeiten
- Monitoring zur Pflegeplanung entsprechend der Festlegungen in der Pflegeplanung
- Vorbereitung der integrierten Pflegesozialplanung entsprechend des Kompass' der HS Neubrandenburg
- Umsetzung der Maßnahmen aus aktueller HzE-Planung
- Umsetzung der Maßnahmen aus aktueller Planung Jugendarbeit/ Schulsozialarbeit
- Wegweiser Jugendhilfe
- GIS-Datenpflege
- Vorbereitung der Seniorenbefragung (in Vorbereitung auf integrierte Pflegeplanung und seniorenpolitisches Gesamtkonzept)

Jugendhilfe- und Sozialplanung – themenübergreifende Aufgaben für 2017

- Sozialbericht
- Sozialstrukturatlas
- Sozialraumanalyse (Risiken Potenziale Handlungsnotwendigkeiten), beginnend mit auszuwählenden Lupenregionen

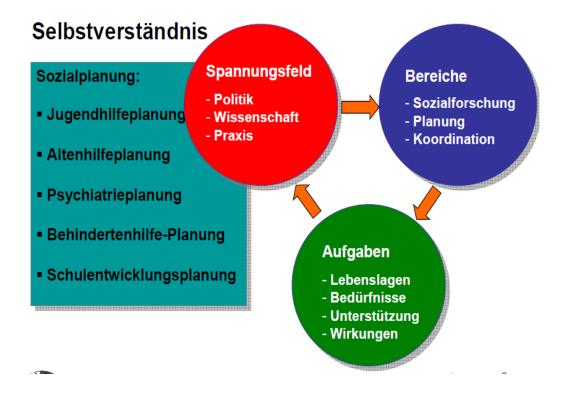
VIII. Inhalte, Form und Zeithorizont zur Umsetzung der Planungsaufgaben für 2017 bis 2020

Steht nur intern zur Verfügung und wird entsprechend den jeweiligen aktuellen Erfordernissen, wie Gesetzesänderungen, Durchführungsverordnungen und Ressourcen angepasst.



IX. Anlage

Abbildung: Selbstverständnis der Sozialplanung²⁰



²⁰ Quelle: Rainer Brill, FD 4.3, www.lebensraum-werra-meissner.de, 12.11.2009 Witzenhausen



X. Literatur- und Quellenverzeichnis

Schriftliche Quellen:

BFS Immobilien-Service GmbH und prognos für Betreutes Wohnen in Deutschland auf regionaler Ebene, Bedarfsanalyse, 1/2016

D. Kühn, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2005, 2011 Eckpunkte für eine integrierte Sozial-und Finanzplanung in Kommunen, März 2011

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie der TU Dortmund. Abschätzung des örtlichen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens

Koalitionsvereinbarung der CDU und SPD in Mecklenburg-Vorpommern, 2016 - 2021

Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern, 2016 "Moderne Sozialplanung, Ein Handbuch für Kommunen", Ministerium für Arbeit, Soziales, Integration und Soziales, NRW

S. Mardorf, Konzepte und Methoden von Sozialberichterstattung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, September 2006

Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern (Psychiatrieplan des Landes M-V), August 2011

Internetquellen:

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Forschungen/2011/Heft147 _DL.pdf?__blob=publicationFile&v=2, gezogen am 06.03.2017

http://studlib.de/5585/sozial/lebenswelt_lebenslage; gezogen am 06.03.2017