

Stadt Bielefeld –500.3– 33597 Bielefeld

- Landtag Nordrhein-Westfalen
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit
und Soziales
Herrn Günter Garbrecht
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/1994

A01

Neues Rathaus
Niederwall 23

Auskunft gibt Ihnen:

Gisela Krutwage / Bernadette Bueren

Telefon 0521 51 – 6558/3408

Telefax 0521 51 - 6197

Internet www.bielefeld.de

E-Mail gisela.krutwage@bielefeld.de
bernadette.bueren@bielefeld.de

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Bitte bei der Antwort angeben

Mein Zeichen

Bielefeld

13.08.2014

- Entwurf einer Verordnung zur Ausführung des Alten und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen und nach § 92 SGB XI (APG DVO NRW), Vorlage 16/1795**

Stellungnahme anlässlich des Hearings im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 29. August 2014

Sehr geehrter Herr Garbrecht,

im Rahmen der Beratungen des GEPA NRW sowie der APG DVO hat sich der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales darauf verständigt, in einem Fachgespräch die verschiedenen Aspekte der Bedarfsentwicklung und -deckung zu erörtern. Aus der Perspektive der Stadt Bielefeld will ich gerne hierzu einen Beitrag leisten und nehme in der Anlage zu den im Schreiben vom 8. Juli 2014 aufgeworfenen Fragen Stellung.

Mit freundlichen Grüßen



Pit Clausen
Oberbürgermeister

Anlage



Lieferanschrift

Stadt Bielefeld
Neues Rathaus
Niederwall 23
33602 Bielefeld

Rechnungsanschrift

Stadt Bielefeld
Amt für soziale Leistungen
Postfach 10 29 31
33529 Bielefeld

Sprechzeiten

Montag - Freitag 08.00 - 12.00 Uhr
Donnerstag 08.00 - 12.00 Uhr
14.30 - 18.00 Uhr

im Übrigen nach Vereinbarung

Konten der Stadtkasse Bielefeld

Sparkasse Bielefeld Kto.-Nr. 26
(BLZ 480 501 61)
IBAN: DE09 4805 0161 0000 0000 26
BIC: SPBIDE3BXXX
Postbank Hannover Kto.-Nr. 20307
(BLZ 250 100 30)
IBAN: DE52 2501 0030 0000 0203 07
BIC: PBNKDEFF
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE192000000017669

Hearing im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

am 29. August 2014

Im Zusammenhang mit der Beratung des GEPA NRW und hier insbesondere der APG DVO stellen Fragen zur Entwicklung des Pflegebedarfes und zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung eine zentrale Herausforderung dar. Dabei konzentriert sich die Darstellung in den Medien insbesondere auf die Frage der stationären Pflege, da es hier nach Einschätzung verschiedener Akteure zukünftig zu gravierenden Versorgungsengpässen kommen wird. Begründet wird dies u.a. mit dem in Folge der Alterung der Bevölkerung verbundenen Anstieg der Pflegebedürftigen sowie der ab 2018 verbindlichen Vorgabe einer 80%-igen Einzelzimmerquote in den Pflegeheimen, beides Aspekte – dies sei angemerkt –, die nicht erst seit der Beratung des GEPA NRW bedeutsam sind. Von daher begrüße ich es sehr, dass der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales nunmehr das gesamte Tableau der pflegerischen, vorpflegerischen und pflegeergänzenden Versorgung thematisiert, um so zu einer fachlich begründeten Haltung zu kommen.

Vorbemerkung

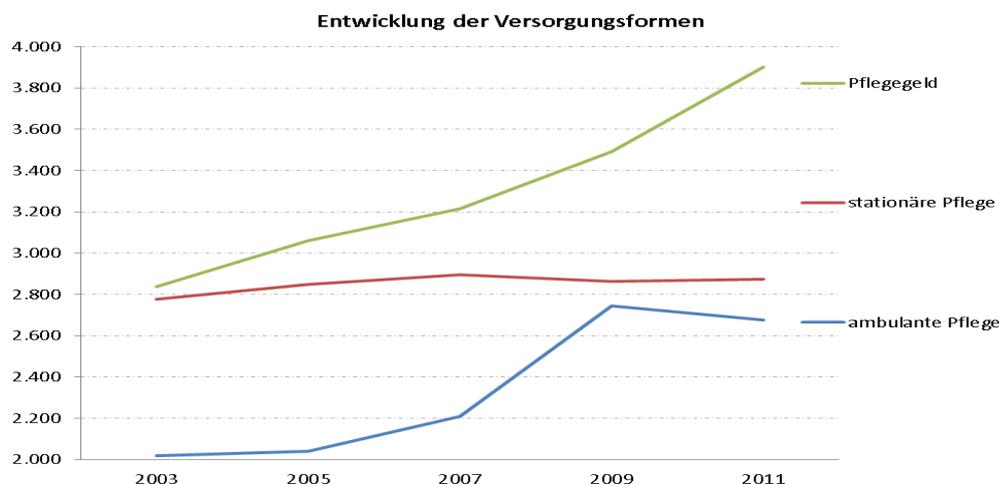
Die Sicht der Stadt Bielefeld basiert grundlegend auf den Erfahrungen und Erkenntnissen einer Altenhilfe- und Pflegeplanung, die sich seit Ende der 80er Jahre engagiert, partnerschaftlich, sozialraumorientiert und verantwortlich mit dem Thema Alter und Pflege in seinen unterschiedlichen Facetten und in unterschiedlicher Priorisierung befasst. Rückblickend betrachtet ging es seit Ende der 80er Jahre immer wieder mal um einen prognostizierten zusätzlichen Bedarf an stationärer Pflege, teilweise in einer Größenordnung von bis zu 500 Plätzen und die Frage, wie dieser Bedarf kurz- bis mittelfristig gedeckt werden kann. Für die lokalen Akteure (insbes. Politik, Verwaltung und Träger) war stets klar, dass die versorgungsstrukturelle Option nicht ausschließlich im stationären Bereich liegen kann. Eine Verbesserung der häuslichen und ambulanten Pflegeinfrastruktur mit alternativen Versorgungsmöglichkeiten hat von daher in Bielefeld traditionell eine hohe Priorität.

Die Realität weicht häufig von den üblichen Prognosen ab, wie ein Blick auf die Entwicklung der Versorgungsformen verdeutlicht (s. Abb. 1). Besonders erstaunlich ist, dass 2011 sogar mehr Menschen allein über Angehörige versorgt wurden, wobei eingeschränkt werden muss, dass eine fehlerhafte Datenübermittlung der Pflegekassen zu Verzerrungen in den statistischen Ergebnissen führen kann. Allerdings wird dieser Trend durch die Entwicklung in den anderen Versorgungsbereichen bestätigt. So ging die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes bei der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger zurück¹.

Eine Erweiterung des zeitlichen Blickwinkels verdeutlicht die Entwicklungen, Veränderungen und Trends bei der Versorgung der Pflegebedürftigen.

¹ Vgl. Stadt Bielefeld, Büro für integrierte Sozialplanung: Pflegestatistik 2011. Grundlagen – Zahlen – Fakten, April 2013

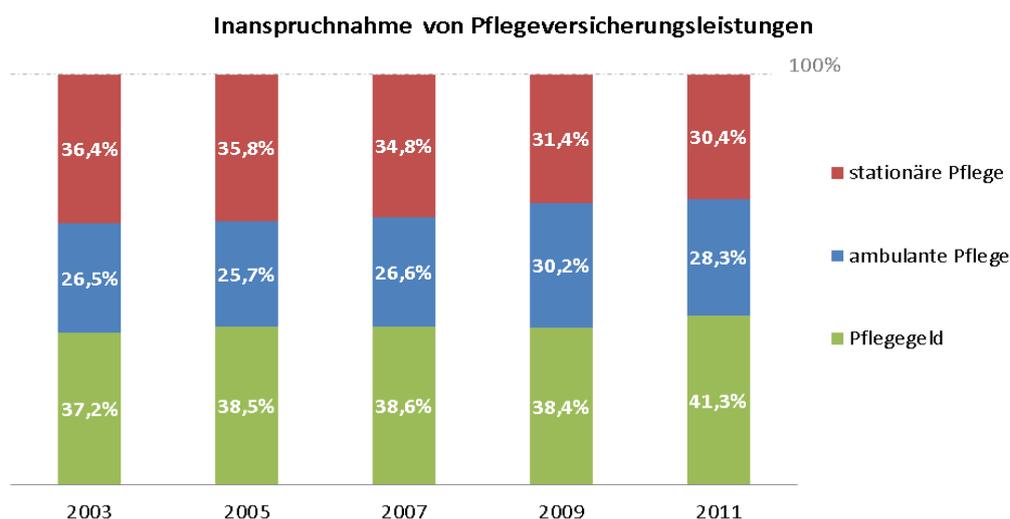
Abb. 1: Entwicklung der Versorgung der Pflegebedürftigen 2003 bis 2011



Quelle: Bielefelder Pflegeberichte, Pflegestatistik 2011
eigene Berechnung nach Pflegestatistik IT.NRW

Die Verlaufsbeobachtung veranschaulicht zum einen den Anstieg der Pflegebedürftigen. Zum anderen wird deutlich, dass mehr Menschen zu Hause versorgt werden und der Anstieg der pflegebedürftigen Personen – in den letzten zehn Jahren um rd. 20% - komplett im häuslichen und ambulanten Setting aufgefangen werden konnte. Dabei steigt die Zahl nicht nur absolut, sondern auch im Verhältnis zu den anderen Versorgungsformen. Die absolute Zahl der Menschen, die stationäre Pflege in Anspruch nehmen, bleibt seit ca. 2007 nahezu gleichbleibend. Mit einem Anteil der stationären Pflege von 30,4% liegt Bielefeld geringfügig über dem bundesweiten Vergleichswert. Anders als im Bund oder im Land NRW sinkt dieser Anteil aber kontinuierlich und liegt 2011 um 6% unter dem Wert von 2003.

Abb. 2: Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen 2003 bis 2011



Quelle: Bielefelder Pflegeberichte, Pflegestatistik 2011
eigene Berechnung nach Pflegestatistik IT.NRW

Pflegerische Bedarfssituationen – Einschätzung von Entwicklungen und Handlungsoptionen

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen sowie der an einer Demenz erkrankten Menschen war in den letzten Jahren wiederholt Gegenstand von Modell- bzw. Vorausschätzungen. Mit einem in Teilen ausgeprägten Blick auf einzelne Regionen besteht dabei Konsens, dass aufgrund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren mit einem erheblichen Anstieg der Pflegebedürftigen und Demenzerkrankten zu rechnen sein wird, wobei dieser in den Kreisen und kreisfreien Städten differiert.

Auf kommunaler Ebene wirft diese Entwicklung viele Fragen auf:

Wie lassen sich die Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung bewältigen? Mit welchen Angebotsstrukturen kann die Versorgung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe, Wünsche und Möglichkeiten bei hoher Qualität gedeckt werden? Gibt es Handlungs- und Steuerungsmöglichkeiten in der Kommune, wenn die Pflegeversicherung auf „so viel Markt wie möglich“ setzt? Welche Bedeutung hat die stationäre Pflege angesichts des Grundsatzes ambulant vor stationär? Wie muss die stationäre Pflege zukunftsorientiert gestaltet werden?

Die notwendige Weiterentwicklung der Pflegelandschaft basiert in Bielefeld im Kern auf den folgenden Grundlagen:

- ✓ Pflegestatistik NRW
- ✓ Bielefelder Sozialleistungsbericht mit kleinräumigen Daten und Analysen
- ✓ Erfahrungen der Kommunalen Pflegeberatung / des Kommunalen Pflegestützpunktes zur Entwicklung von Angebot und Nachfrage inkl. der Pflegedatenbank „Pflege-Informationssystem-Online“ (www.bielefeld-pflegeberatung.de)
- ✓ Kooperations- und Vernetzungsstrukturen auf der Ebene der Gesamtstadt und der Stadtbezirke bzw. Stadtteile (u.a. Pflegekonferenz, Runde Tische / Stadtteilkonferenzen Alter und Pflege, Trägerkonferenz stationärer Pflegeeinrichtungen, Arbeitskreis Tagespflege, Demenznetzwerk)

Dabei besteht unter den handelnden Akteuren Konsens, dass keine lineare Beziehung zwischen dem Anstieg der Zahl der Hochaltrigen und Pflegebedürftigen und den stationären Pflegeplätzen besteht. Stattdessen gibt es im kommunalen Alltag ein großes Engagement von Politik, Verwaltung, Trägern, Wohnungswirtschaft, Bürgerinnen und Bürgern – um nur einige zu nennen, die ambulanten Versorgungsstrukturen auf- und auszubauen und zu optimieren. Hierzu gehören dezentrale Beratungsangebote und die Unterstützung nachbarschaftlicher Netzwerke und Hilfen genauso wie die Förderung alternativer Wohnformen, ob als gemeinschaftliches Wohnen oder als (anbieterverantwortete) betreute Wohngemeinschaft bis hin zu quartiersbezogenen Wohn- und Pflegekonzepten. Gerade die Vielfalt des Angebotes verbunden mit einer „leistungsstarken“ ambulanten Pflege, die auch umfängliche Pflegebedarfe und eine umfassende Versorgungssicherheit bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Versorgung aufzufangen weiß, trägt nachhaltig dazu bei, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können.

Insbesondere die Gestaltung alters- und altersgerechter Quartiere wird in Bielefeld von Politik und Verwaltung seit langem als der richtige Ansatz zur Bewältigung des Anstiegs pflegerischer Bedarfssituationen angesehen. Hierzu gehört auch, dass sich der Rat der Stadt Bielefeld über Parteigrenzen hinweg im Jahr 2007 dafür ausgesprochen hat, bei der Weiterentwicklung der Unterstützungs- und Hilfeangebote den Schwerpunkt primär auf stadtteil- und wohngebietsorientierte, ambulant betreute Wohnformen zu legen. Verbunden hiermit war dann auch das Signal an Investoren großer stationärer Einrichtungen, dass ein Bedarf an weiteren Pflegeplätzen derzeit in Bielefeld nicht gesehen wird.

Dass dieser Weg lohnenswert ist, lässt sich an der eingangs skizzierten Entwicklung der Versorgungsformen ablesen und wird durch Studien oder Teilnahme an Benchmarking-Prozessen bestätigt:

„Es gelingt in Bielefeld, die Personen mit Pflegebedarf früh zu erreichen und diese Pflegebedürftigen darüber hinaus auch lange weiter mit ambulanten Pflegeleistungen zu versorgen. Neuzugänge steigen in der Pflegestufe 0 ein und durchlaufen die Pflegestufen bei steigendem Bedarf weiter mit ambulanter Versorgung. Der Beginn der stationären Pflege erfolgt hier im Durchschnitt mit 84 Jahren, eine ambulante Versorgung ist also lange bedarfsdeckend.“

Quelle: Kennzahlenvergleich SGB XII 2012, erstellt von der Fa. Con_sens für den Benchmarking-Kreis der mittelgroßen Großstädte in NRW

„Die Bielefelder Aktivitäten zur Ansiedlungssteuerung von stationären Einrichtungen konkretisieren den Grundsatz der Pflegeversicherung ‚Ambulant vor stationär‘ und zeigen die Handlungsspielräume der Kommune im Bereich der stationären Einrichtungen auf dem Pflegemarkt. (...) Der Ratsbeschluss stärkt zudem die Einflussressourcen der Kommunalverwaltung, da hierüber die gemeinsame und dezernatsübergreifende Zielrichtung von Politik und Verwaltung legitimiert wird. (...)

Die entspannte Situation im Bereich der stationären Pflege ist ein entscheidender prägender Entwicklungstrend, der für die Entfaltung der Handlungsressource ‚sachliche Kompetenz‘ von entscheidender Bedeutung ist. Ohne die Entwicklung des Marktes im Rücken und die Kenntnis dieser Entwicklungen, wären Verhandlungen mit Investoren voraussichtlich weniger erfolgreich. Eine fundierte Marktbeobachtung im Rahmen der Altenhilfe- und Pflegeplanung sowie die explizite Befürwortung und Förderung entsprechender Alternativen zu stationären Einrichtungen sind damit wichtige Schritte, um potenzielle Heimbetreiber beeinflussen zu können.“

Quelle: Altersgerechte Stadtentwicklung. Eine aufgaben- und akteursbezogene Untersuchung am Beispiel Bielefeld
Kreuzer, Volker; Scholz, Tobias 2011

Die Umsetzung quartiersbezogener Wohnkonzepte hat der Verwaltung in der Vergangenheit stets ein gewisses Maß an Flexibilität und Innovation abverlangt. Erst mit den Pflegereformen 2008 und 2012 haben sich wesentliche Verbesserungen für die häusliche Pflege ergeben. Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden nunmehr ergänzend sowie auch schon unterhalb der Pflegestufe 1 gewährt. Für die Sicherung häuslicher Pflegesettings ist dies zwingend notwendig, denn hier geht es um weitaus mehr als eine ausschließlich somatisch orientierte Versorgung. Die Stadt Bielefeld als örtlicher So-

zialhilfeträger hat sich in den letzten Jahren vorrangig der Vereinbarungen gemäß § 75 SGB XII bedient und u.a. für die „Andere Verrichtungen“ (§ 61 Abs. 2 SGB XII) Verträge zur Absicherung umfassender ambulanter Pflegebedarfe geschlossen. Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz 2012 wurde der Handlungsspielraum und die Attraktivität der ambulanten Versorgung auch im Hinblick auf die SGB XI-Leistungen verbessert.

Ungeachtet dessen ist die Finanzierung von Lebensräumen zum Älterwerden ein schwieriges Unterfangen - ist doch unser Leistungsrecht zuallererst dem Individualitätsprinzip, also dem Fall und weniger den Strukturen im Gemeinwesen verpflichtet. Pauschale Zuwendungen insbesondere für den Aufbau und die Startphase eines Quartiersprojektes sind als freiwillige Leistung der Kommune möglich, angesichts der nicht erst seit der Wirtschafts- und Finanzkrise angespannten kommunalen Haushaltslage aber eher schwierig zu realisieren. Hier bedarf es einer Unterstützung der Kommunen, sei es im Rahmen des Landesförderplanes gemäß § 18 GEPA NRW (bei Aufstockung der Mittel in Anlehnung an den Kinder- und Jugendförderplan NRW) oder im Zuge der Reformüberlegungen i.Z. mit dem SGB XI.

Aus dem Beratungsalltag ist hinlänglich bekannt, dass die Entscheidung für eine bestimmte Versorgungsform von unterschiedlichen Faktoren abhängt: neben den in der Kommune verfügbaren Alternativen spielt häufig die individuelle Situation zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung eine zentrale Rolle. Dabei gilt, dass je längerfristig die Planung desto größer die Optionen bei der Wahl der angemessenen Versorgung, während in Akutsituationen eher das Pflegeheim, beginnend mit einem Kurzzeitpflegeaufenthalt, als letztes Mittel der Wahl erscheint.

Unbestritten leisten die Pflegeheime einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Pflegeheime sind für bestimmte Bedarfskonstellationen (z.B. bei einer schweren Demenz oder einer Hinlauftendenz, bei herausforderndem Verhalten, einem ausgeprägten Bewegungsbedürfnis oder der Notwendigkeit eines sehr beschützten Rahmens) und für bestimmte Persönlichkeitstypen und deren Bedürfnisse die richtige Wahl. Wie viele Plätze in der Kommune für welche dieser Bedarfskonstellationen vorgehalten werden müssen, hängt sicher von den lokalen Gegebenheiten ab und wird nicht mittels landeseinheitlicher Richtwerte bestimmt werden können. Für die Stadt Bielefeld hat sich eine Platzzahl von rd. 3.000 seit Jahren als bedarfsgerecht herauskristallisiert, hiermit können die Bedarfe kurzfristig befriedigt werden ohne die Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu sehr einzuschränken.

Dass sich im ambulanten Bereich zahlreiche Versorgungsalternativen etabliert haben, war für das Gros der Pflegeheime Ansporn, sich baulich und konzeptionell auf den Weg zu machen. So haben 14 der insgesamt 32 Pflegeheime in den letzten Jahren auf Grundlage der „Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz NW (AllgFörder-PflegeVO)“ umfassend modernisiert, sieben Einrichtungen befinden sich im Abstimmungsprozess und ein Teil der Einrichtungen erfüllt die vorgegebenen Standards ohnehin. Von daher wird die Einführung der 80%-igen Einzelzimmerquote in Bielefeld zu keinen gravierenden Veränderungen auf der Angebotsseite führen, rd. 40 Plätze müssen aufgegeben werden.

Die Umsetzung der 80%-igen Einzelzimmerquote wird in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten keine einheitlichen Wirkungen entfalten, worauf landesweit abzustellen ist. Damit Träger und Kommunen gleichermaßen Planungssicherheit haben, ohne dass „die Zeit ihnen davonläuft“ bedarf es kurzfristiger verbindlicher Übergangsregelungen zu den ab 2018 geltenden Rahmenbedingungen.

In ihrer Stellungnahme zur Anhörung am 12. September 2013 hat die Stadt Bielefeld bereits deutlich gemacht, dass die stationären Pflegeeinrichtungen bei der Weiterentwicklung der wohnortnahen Versorgung einen wichtigen Beitrag leisten und in der Kommune ein wichtiger Ankerpunkt im Quartier sind. Von daher müssen sich diese Einrichtungen für das Wohnquartier öffnen und durchlässig sein können. Es sind Konzepte zu favorisieren, die sich unterhalb eines Platzangebotes von „80 plus X“ bewegen und als kleinteilige Lösungen für einzelne Wohnquartiere entwickelt werden. Der richtige Pflegemix lässt sich wohnortnah am besten dann gestalten, wenn es ein vielfältiges Angebot der ambulanten und stationären Hilfen gibt, - und nicht ambulant gegen stationär handlungsleitend ist.

Kommunale Pflegeplanung: integriert und vernetzt, steuernd, an den Menschen orientiert, datenbasiert, sozialraumorientiert und inklusiv

Die Anforderungen an die Kommunale Pflegeplanung können wie folgt auf den Punkt gebracht werden:

Die demografiebedingten Herausforderungen im Bereich der Pflege machen eine qualifizierte kommunale Pflegeplanung unabdingbar. Diese muss planen, kooperieren, koordinieren und vernetzen, beraten und vermitteln, sie muss Impulsgeber sein für neue Ideen und den öffentlichen Diskurs herstellen und befördern – und sich bei alledem am Lebensmittelpunkt der Menschen orientieren. Dabei müssen sich die Kommunen der Unterstützung des Landes - ideell aber auch finanziell - sicher sein können.

Mit Einführung der Pflegeversicherung haben die Kreise und kreisfreien Städte ihre Verantwortung für den Auf- und Ausbau einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur eingebüßt. Steuerungselemente im Bereich der Pflege wurden von Beginn an zugunsten von „mehr Markt“ aufgegeben bzw. mussten im Laufe der Jahre an die gesetzlichen Rahmenbedingungen angepasst werden. Mit Blick auf das Land NRW ist positiv hervorzuheben, dass es hier zu keiner umfänglichen Entpflichtung der kommunalen Ebene gekommen ist und mit den Instrumenten der Pflegeberatung, der Pflege(bedarfs)planung und der Pflegekonferenz Grundlagen für kommunales Engagement im Bereich der Pflege gegeben sind.

Landes- wie bundesweit wird zunehmend eingefordert, die Rolle der Kommune in der Pflege zu stärken und diese in die Strukturen der Pflege verantwortlich einzubinden. Dass dies zwingend notwendig ist, ergibt sich allein schon daraus, dass die fiskalisch positiven Aspekte der Pflegeversicherung inzwischen aufgezehrt sind und der Kostenanstieg im Bereich der Hilfe zur Pflege wieder erheblich an Dynamik gewonnen hat. Des Weiteren ist die Kommune der Ort, in dem der demografische Wandel konk-

ret erfahrbar und erlebbar wird, hier werden die Menschen alt und müssen sich auf eine gute Pflege verlassen können. Es bleibt zu hoffen, dass die für September 2014 einberufene „Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege“ zu Regelungen kommt und der kommunale Handlungsspielraum im Bereich der Pflege zeitnah verbessert wird.

„integriert und vernetzt“

Kennzeichnend für eine nachhaltige kommunale Pflegeplanung muss sein, dass sie den Blick nicht einseitig auf das Handlungsfeld der Pflege wirft, sondern als integrierte Pflegeplanung umfassend die Selbstbestimmung und die Teilhabemöglichkeiten der Menschen mit Pflegebedarf zum Thema macht. Dabei reicht es nicht aus, das Thema allein aus der Perspektive des Sozialen zu betrachten, vielmehr bedarf es der regelhaften Einbettung in gesamtstädtische Planungsprozesse. Die Formulierung gesetzlicher Regelungen ist geeignet, die Position und die Rolle der Pflegeplanung deutlich zu stärken und aus der Gefahr der Beliebigkeit zu nehmen.

„steuernd“

Die Entwicklung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur in den Kommunen setzt voraus, dass Einflusspotenziale der Pflegeplanung gefördert werden, zum Beispiel in dem die sachliche Kompetenz der Pflegeplanung mit ordnungspolitischen Maßnahmen der Bauleitplanung verknüpft wird. Ohne weitergehende Steuerungsmöglichkeiten werden die anspruchsvollen Ziele des GEPA NRW kaum zu realisieren sein.

„an den Menschen orientiert“

Kennzeichnend für die Pflegeplanung der Kommune muss die Orientierung an den unmittelbaren Lebensräumen der Menschen sein. In enger Zusammenarbeit mit den lokalen Trägern und Diensten gilt es, ein tragfähiges Netz zu entwickeln, das den Bewohnerinnen und Bewohnern Versorgungssicherheit garantiert und den Verbleib im Quartier ermöglicht. Dabei darf nicht die Absicherung von Angeboten planungsleitend sein. Vielmehr muss Ausgangspunkt der Planung die Frage sein, was das jeweilige Quartier braucht, um den Menschen auch im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit eine Perspektive zu bieten. Besondere Bedeutung kommt dabei den Bürgerinnen und Bürger zu, die in die Planungsphase und Entscheidungsfindung einzubinden sind, - sei es als unmittelbare Nutzerin oder unmittelbarer Nutzer der Betreuungs- und Pflegestrukturen oder im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements. Beteiligungsorientierte Planung im so verstandenen Sinn ist zeit- und kostenintensiv und wird allein aus kommunalen Mitteln nicht zu realisieren sein.

„datenbasiert“

Kommunales Handeln, das die Lebensräume der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt rückt und diese bedarfsgerecht weiter entwickeln will, ist auf eine kleinräumige Datenerfassung und -analyse angewiesen. Entsprechende Daten liefert in Bielefeld der seit 2006 jährlich erscheinende Bericht „Lebenslagen und soziale Leistungen“, in dem für alle 92 statistischen Bezirke die relevanten Sozialstruktur-, Infrastruktur- und Leistungsdaten zusammengestellt werden. Der Bielefelder Sozialleistungsbericht versteht sich als lernendes Instrument der Sozialplanung. Seit der ersten Ausgabe sind die Kennzahlen kontinuierlich weiterentwickelt und ver-

feinert worden, insbesondere was den kleinräumigen Blick auf Lebenslagen in der Stadt angeht.

Daneben ist ein profunder Überblick über vorpflegerische, pflegerische und pflegeergänzende Hilfen und Dienste ein unabdingbares Muss, um die lokale Situation bewerten zu können. Bezogen auf die Lebenssituation der pflegebedürftigen Menschen sind die zz. vorliegenden Erhebungen sozialräumlich noch nicht ausreichend differenziert. Eine grundsätzliche Verbesserung böte eine Pflegestatistik, die auf kleinräumiger Datenerfassung beruht.

„sozialraumorientiert“ und „inklusiv“

Alter(n)sgerechte Quartiere, Sozialraumorientierung, Gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit, soziale Stadt – zurzeit gibt es viele Begriffe und Programme die das Quartier in den Mittelpunkt rücken. Der soziale Nahraum der Bürgerinnen und Bürger ist en vogue, sowohl in der Pflege als auch in der Behindertenhilfe.

Mit der Verabschiedung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Jahr 2006 werden gleiche Teilhabechancen für alle und das Ende von Sonderbehandlungen in den Sonderwelten festgeschrieben. Nunmehr heißt es „Mittendrin statt nur am Rand!“. Auch diese Entwicklung verstärkt die oben formulierte Anforderung nach einer Verschränkung und einem Zusammenspiel der bislang getrennten Sozialplanungen.