

Modellprojekt

„Selbstbestimmt Wohnen im Alter – Gestaltung sozialer Infrastruktur für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen“

Evangelische Akademie Hofgeismar

Abschlussbericht

gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Laufzeit Dezember 2007 bis Dezember 2009
AZ GRR 58 330

Projektleitung: Dr. Georg Hofmeister
Bearbeiterinnen: Dipl. Gerontol. Cordula Barth
Dipl. Ing. Dagmar Fuhr
Berichtszeitraum: 1. Juli 2009 bis zum Projektende

Hofgeismar, im Februar 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Zur Bedeutung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung.....	9
2.1	Prognosen zur Bedarfsentwicklung von älteren Menschen mit Behinderung	11
2.2	Wichtige Bestandteile einer integrierten regionalen Gesamtversorgung	17
2.3	Zentrale Herausforderungen bei der Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung.....	18
3	Entwicklung eines konzeptionellen Entwurfs einer integrierten regionalen Gesamtversorgung.....	21
3.1	Planungsansätze für die in Kapitel 2 genannten Herausforderungen.....	23
3.2	Umsetzungsvorschläge für den Entwurf einer integrierten regionalen Gesamtversorgung.....	33
3.2.1	Mobilitätsinfrastruktur	34
3.2.2	Infrastruktur der Nahversorgung.....	34
3.2.3	Teilhabe- und Unterstützungsleistungen im Rahmen der Eingliederungs- und der Altenhilfe	36
3.2.4	Gesundheitswesen, Prävention, Rehabilitation und Pflege.....	36
3.2.5	Selbstbestimmtes Wohnen	37
4	Anknüpfungsmöglichkeiten für eine integrierte regionale Gesamtversorgung der Bevölkerung in der Untersuchungsregion.....	40
4.1	Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Mobilitätsverbesserung.....	41
4.2	Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Einkaufsmöglichkeiten vor Ort	42
4.3	Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die soziale Infrastruktur für die Zielgruppe	44
4.4	Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung	47
4.5	Anknüpfungspunkte im Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen	50
4.6	Anknüpfungspunkte im Hinblick auf eine gesellschaftliche Inklusion	53
4.7	Anknüpfungsmöglichkeiten, die aus Aktivitäten interkommunaler Zusammenarbeit erwachsen	56
5	Zentrale Erkenntnisse, Forderungen und Empfehlungen des Forschungsprojekts „Selbstbestimmt Wohnen im Alter – Gestaltung sozialer Infrastrukturen für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen“	59
6	Anhang.....	67
6.1	Projektverlauf im Berichtszeitraum	67
6.2	Literaturverzeichnis	70
6.3	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	84
6.4	Abkürzungen	85

1 Einleitung

Heutzutage haben Menschen mit Behinderung in Deutschland aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung, des medizinischen Fortschritts sowie passgenauer Teilhabeleistungen und Wohnmöglichkeiten so gute Voraussetzungen wie noch nie zuvor für eine selbstbestimmte Lebensführung. Zugleich muss festgestellt werden, dass die (soziale) Infrastruktur – als Vorausbedingung für eine selbstständige Lebensführung – insbesondere im ländlichen Raum auf Dauer nicht gesichert zu sein scheint. Die Alterung, Schrumpfung und Heterogenität der Lebenslagen der Bevölkerung als Kernfaktoren des demografischen Wandels wirken sich insbesondere auf die strukturelle Ebene der Versorgung im ländlichen Raum aus. So muss die Infrastruktur entsprechend den Anforderungen des demografischen Wandels und einer geringeren Nutzung angepasst werden.

„Behinderung“ wird in diesem Projekt im Sinne der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung von 2006 verstanden. Somit sollten einstellungs- und umweltbedingte Barrieren systematisch beseitigt werden, um Menschen mit Behinderung eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Darauf ist sowohl durch Öffentlichkeitsarbeit (differenzierte Bilder und Konzepte von Alter, Behinderung und Unterstützungsbedarf), als auch die Ausgestaltung individuell geeigneter Unterstützungs- und Beratungsarrangements hinzuwirken.¹

Da das Ziel eines selbstbestimmten Lebens im gewohnten Umfeld insbesondere von älteren Menschen mit Behinderung nur durch gemeinsame Anstrengungen vieler Akteure erreicht werden kann, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Forschungsprojekt „Selbstbestimmt Wohnen im Alter – Gestaltung sozialer Infrastruktur für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen“ in Auftrag gegeben, dessen Abschlussbericht nun vorliegt. Im Projekt wurden Empfehlungen erarbeitet, wie Teilhabestrukturen für den Bereich des Wohnens von alt gewordenen Menschen mit Behinderung im ländlichen Raum weiterentwickelt werden sollen. Dabei stand die Gestaltung sozialer Infrastruktur bis zum Jahr 2020 in einer Modellregion im Vordergrund; die Ergebnisse sind auf Bundesebene übertragbar. Bei der Modellregion handelt es sich um die fünf Landkreise Hersfeld-Rotenburg, Schwalm-Eder, Waldeck-Frankenberg, Werra-Meißner und den Landkreis Kassel in Nordhessen.

Zu Beginn des Projekts wurden drei Gremien mit folgenden Aufgaben gebildet:

- Das **Forschungsprojektteam**, das sich aus der Zentrumsleitung der Ev. Akademie Hofgeismar, dem Projektleiter und den beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen – einer Gerontologin und Sozialpädagogin sowie einer Regionalplanerin – interdisziplinär zusammensetzt; es ist als ausführendes und koordinierendes Organ des Projekts zu verstehen.
- Eine **Steuerungsgruppe** mit politischen VertreterInnen, VertreterInnen von Leistungsträgern und Fachleuten. Die Steuerungsgruppe hat eine richtungweisende und evaluierende Funktion während des gesamten Projektverlaufs und bei der Gestaltung von Veranstaltungen im Rahmen des Projekts.
- Ein **Gesamtprojektteam**, in dem verschiedene Akteure der Eingliederungshilfe, Vertreter von Leistungserbringern, Leistungsträgern, der Selbsthilfe und Angehörige von Menschen mit Behinderung aus der Untersuchungsregion unter der Leitung der beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen zusammenarbeiten.

¹ Vgl. Artikel 4, 8, 16 und 19 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung von 2006

Die Mitglieder des Gesamtprojektteams haben während des Projektverlaufs in fachspezifischen Arbeitsgruppen zu den Themen „Abschätzung des zukünftigen Hilfe- und Pflegebedarfs“, „Wohnen“, „Angebote zur Gestaltung des Tages“, „Verknüpfung von Strukturen bürgerschaftlichen Engagements und formellen Versorgungsstrukturen“ und „Kommunale Sozialplanung“ gearbeitet, um den beiden wissenschaftlichen Mitarbeitern Hinweise, Impulse und Einschätzungen aus der Praxis zu spezifischen Fragen zu liefern und den regionalen Bezug zu gewährleisten.

So basieren die Berichte und ausgesprochenen Empfehlungen auf den Impulsen und Erkenntnissen aus den Sitzungen der Arbeitsgruppen. Zudem wurde im Rahmen der ersten Projektphase eine ausführliche Literatur- und Regionalanalyse zu verschiedenen – den individuellen Bedarf der Zielgruppe betreffenden – Teilbereichen erstellt (vgl. Erster Meilensteinbericht). Des Weiteren wurde eine Analyse der Nahversorgung in allen Gemeinden der Untersuchungsregion durchgeführt und viele Einzelgespräche mit ExpertInnen in eigener Sache, Angehörigen und Fachleuten aus der Region geführt. All diese verschiedenen Impulse und Inputs wurden systematisch zu drei miteinander in Verbindung stehenden Forschungsberichten zusammengeführt.² Weitere Details zum Projektverlauf sind dem Kapitel 6.1 dieses Berichts zu entnehmen.

Der hier vorliegende Abschlussbericht dokumentiert die letzte Projektphase mit der Erstellung einer Konzeption der integrierten regionalen Gesamtversorgung und daraus resultierenden Empfehlungen.

Unter einer „integrierten regionalen Gesamtversorgung“ wird eine ganzheitliche und sozialraumorientierte Verknüpfung von sozialer Infrastruktur und Strukturen der Grundversorgung verstanden, die über die Ansätze einer integrierten Versorgung in den §§ 140 a bis h SGB V oder in § 92b SGB XI hinausgeht.

Die Empfehlungen und Ergebnisse des Projekts sind in Kapitel 5 dieses Berichts zusammengefasst. Jedoch sollen einige **wichtige zentrale Ergebnisse** an dieser Stelle bereits genannt werden:³

- Teilhabestrukturen für den Bereich des Wohnens – insbesondere für alt gewordene Menschen mit Behinderung – beziehen sich nicht nur auf das Zur-Verfügung-Stellen von Wohnraum, sondern stehen über den individuellen Unterstützungsbedarf mit Angeboten zur Unterstützung bei der Gestaltung des Tages in enger Verbindung.
- Die Selbstbestimmung von (älteren) Menschen mit Behinderung und eine personenzentrierte Ausgestaltung der Unterstützungsarrangements nach den Vorstellungen der Betroffenen sind die Leitlinien für Teilhabeleistungen im Allgemeinen, auch im Hinblick auf das Wohnen. Das Verbleiben im vertrauten Wohnumfeld hat sich immer wieder als zentraler Wunsch von älteren Menschen mit Behinderung herauskristallisiert. Um diesen Wunsch zu ermöglichen, ist der Auf- und Ausbau ambulanter Dienste erforderlich, was zugleich der Prioritätensetzung ambulanter vor stationären Versorgungsstrukturen in der Sozialgesetzgebung entspricht.

² Die Ergebnisse der ersten beiden Projektphasen sind dem ersten und dem zweiten Meilensteinbericht zu entnehmen vgl. Barth / Fuhr 2008, 2009. Die beiden Meilensteinberichte wurden auf der Internetseite des Projektes veröffentlicht und sind unter <http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/Projekt/Start.htm> nachzulesen.

³ Viele der in diesem Bericht formulierten Empfehlungen dienen sowohl älteren Menschen mit wie auch ohne Behinderung; der besseren Lesbarkeit wegen, wird nur die Formulierung „ältere Menschen mit Behinderung“ verwendet.

- Selbstbestimmtes Wohnen von älteren Menschen mit Behinderung ist nur in Verbindung mit einer adäquaten Nahversorgung möglich. Individuelle Bedarfe und Wünsche und somit die Anforderungen an die Versorgungsstrukturen von alt gewordenen Menschen mit Behinderung und von SeniorInnen sind im Bereich des Wohnens sehr ähnlich. Deshalb ist es sinnvoll, Infrastruktur für ältere Menschen mit oder ohne Behinderung übergreifend zu planen und umzusetzen.

Folgende Aspekte verlangen besondere Aufmerksamkeit:

- Derzeit fehlen häufig niedrigschwellige Angebote, die ältere Menschen mit Behinderung und deren Angehörige unabhängig über ihre Wahlmöglichkeiten informieren und beraten. Die auf der Basis von §§ 22 und 23 SGB IX gegründeten gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder die neu zu gründenden Pflegestützpunkte bieten hierfür eine mögliche Perspektive.⁴
- Insbesondere Menschen mit einem komplexen individuellen Hilfebedarf äußern immer wieder die Kritik, dass Leistungen nicht nach ihren Wünschen und Vorstellungen erbracht werden. Probleme treten vornehmlich dann auf, wenn für den individuellen Hilfebedarf einer Person verschiedene Leistungsträger zuständig sind (z.B. Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe).
- Die vorgenannten Punkte werden durch den Umstand verstärkt, dass momentan viele Menschen (gut zwei Drittel der älteren Menschen mit Pflegebedarf und in unserer Untersuchungsregion etwa 41% der Menschen mit Behinderung) durch familiäre Unterstützungsarrangements versorgt werden. Abgesehen davon, dass rein quantitativ mehr Menschen Unterstützungsbedarf haben werden, ist es schwierig, einzuschätzen, welchen Umfang der künftige individuelle Teilhabebedarf von älteren Menschen mit Unterstützungs-, Hilfe- oder Pflegebedarf haben wird und wo sie diesen in Anspruch nehmen wollen. Dies trifft insbesondere auf die Menschen zu, die in familiären Unterstützungsarrangements versorgt werden, wenn diese durch das Altern der Unterstützungspersonen nicht mehr tragfähig sind.⁵

Als Lösungen für die genannten Problematiken bieten sich Kooperationen und Vernetzungen auf regionaler Ebene als zentrale Strategie an. Daher konzentriert sich dieser Bericht darauf, Planungs- und Umsetzungsansätze in einem konzeptionellen Entwurf einer integrierten regionalen Gesamtversorgung der älteren Bevölkerung im ländlichen Raum zu erstellen und diese durch Beispiele guter Praxis zu verdeutlichen. Dabei soll soziale Infrastruktur für ältere Menschen und die für alt gewordene Menschen mit Behinderung integriert werden, um unnötige (d.h. nicht der Wahlfreiheit der Bevölkerung dienende) und kostenintensive Doppelstrukturen zu vermeiden.

Es wird empfohlen, die im Folgenden festgehaltenen Ansätze flexibel in bedarfsgerechten, passgenauen Konzepten umzusetzen, um zu vermeiden, dass die entwickelten Konzepte aufgrund von etablierten Planungsstrukturen und Abläufen zu einer Verschärfung der vorherrschenden Probleme führen.

⁴ Allerdings werden letztere eher auf Fragen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen spezialisiert sein und ihre Nachhaltigkeit von deren Einzugsgebiet und Anbindung abhängen. Die Erfahrung aus den gemeinsamen Servicestellen lehrt, dass für eine fundierte Beratung qualifizierte MitarbeiterInnen nötig sind, Beratungsstrukturen nur genutzt werden, wenn sie bekannt sind und Beratung effektiver ist, wenn nicht nur informiert, sondern auch bei der Beantragung von Leistungen begleitet wird.

⁵ Diese Aussagen wurden in einer eigenen Untersuchung bezogen auf Menschen, die in einer WfbM arbeiten oder Angebote von Tagesstätten wahrnehmen, ermittelt. Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 9f sowie <http://www.handelsblatt.com/archiv/pflegebeduerftige-werden-zu-hause-versorgt;636426>, Zugriff 19. November 2009

Basis für diese Konzepte sind sowohl sensible Assessmentinstrumente für individuelle Bedarfe als auch proaktive Entscheidungen. So kann die Anpassung und Weiterentwicklung der Infrastruktur mit den größtmöglichen Spielräumen für Betroffenenbeteiligung und Empowerment dynamisch geplant und umgesetzt werden.⁶

Der vorliegende Abschlussbericht ist dreigliedrig aufgebaut. In Kapitel zwei wird aufgrund einer Bedarfsprognose die Notwendigkeit der Entwicklung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung für die Sicherung des selbstbestimmten Wohnens von älteren Menschen mit Behinderung hergeleitet. Der Entwurf dieser Gesamtversorgung für ländliche Regionen, wie wir sie in Nordhessen vorfinden, ist Gegenstand des dritten Kapitels. Im vierten Kapitel werden bereits realisierte Beispiele aus der Untersuchungsregion zu den Schwerpunkten soziale Infrastruktur, gesundheitliche Versorgung, Mobilitätsverbesserung⁷, Nahversorgung und gesellschaftliche Inklusion dargestellt, um den in den vorigen Kapiteln skizzierten konzeptionellen Entwurf zu verdeutlichen und Anknüpfungspunkte für eine integrierte regionale Gesamtversorgung zu benennen. Abschließend werden die wichtigsten Empfehlungen und Hauptimpulse für die Gestaltung von Teilhabeleistungen und der sozialen Infrastruktur für alt gewordene Menschen mit Behinderung aus allen drei Berichten dieses Forschungsprojekts zusammengefasst.

⁶ Vgl. Welzer 2009, S. 3

⁷ Die Bedeutung der Mobilitätsverbesserung wurde vom Geschäftsführer der Selbstvertretungsorganisation Mensch zuerst – Netzwerk People First in einem Statement auf der Abschlussveranstaltung des Projekts am 22. Januar 2010 besonders hervorgehoben.

2 Zur Bedeutung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung

Im Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland sind im ersten und dritten Artikel die Unantastbarkeit der Würde des Menschen und der Gleichbehandlungsgrundsatz verankert sowie in Artikel 20 das Sozialstaatsprinzip. Nach diesen Leitgedanken ist es Aufgabe des Staates, den BürgerInnen durch die Minderung sozialer Ungleichheit und das Abfedern existenzieller Risiken ein menschenwürdiges Dasein zu garantieren.

Rund 40 % der deutschen Bevölkerung lebt in ländlichen und kleinstädtischen Räumen⁸ – und somit in einer mit der Untersuchungsregion vergleichbaren Wohnsituation – in denen das Vorhalten der Infrastruktur mit hohem Aufwand verbunden ist. Strukturell ist der „ländliche Raum“ heterogen, doch durch eine geringe Besiedlungsdichte und das Vorhandensein von nur wenigen zentralen Orten der Versorgung, mit denen der periphere Raum funktional verflochten ist, gekennzeichnet.⁹

Nach dem Gleichheitsgrundsatz in Artikel 3 GG muss ein Mindestmass an Infrastruktur in ganz Deutschland – egal ob in städtischem Gebiet oder für den ländlichen Raum – vorgehalten werden.¹⁰ Diese Infrastruktur gewährleistet die kommunale Daseinsvorsorge und wird im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung entsprechend der Bedarfe und Bedürfnisse vor Ort gestaltet.¹¹ Dabei soll das Konnexitätsprinzip¹² dafür sorgen, dass die gesetzlich zugewiesenen öffentlichen Aufgaben die kommunale Ebene finanziell nicht so stark belasten, dass die kommunale Selbstverwaltung unterbunden werden würde. Dabei kommt der Sicherung der Infrastruktur eine besondere Bedeutung zu:

„Unter den veränderten demografischen und strukturellen Rahmenbedingungen bleibt es eine Hauptaufgabe von Raumordnung sowie Raum- und Stadtentwicklungspolitik, die öffentliche Infrastrukturversorgung und Daseinsvorsorge zu sichern. Dies insbesondere in Regionen mit einer stark alternden Bevölkerung sowie in dünn besiedelten Räumen mit Bevölkerungsrückgang.

Ziel bleibt es, allen Bevölkerungsgruppen in zumutbarer Erreichbarkeit und unter Berücksichtigung der sich abzeichnenden Bevölkerungsentwicklung, Altersstruktur, des Konsumverhaltens und der Mobilität den gleichberechtigten und diskriminierungsfreien Zugang zu Versorgungsangeboten, zu Leistungen des Bildungs- und Gesundheitswesens sowie zu anderen sozialen und technischen Infrastrukturen zu gewährleisten.

Der voraussehbare Rückgang der Bevölkerung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen bedeutet für die meisten davon betroffenen Regionen, dass Einrichtungen und Dienste der öffentlichen Daseinsvorsorge umstrukturiert und angepasst werden müssen.“¹³

Insbesondere in dünner besiedelten ländlichen Räumen können im Rahmen einer integrierten regionalen Gesamtversorgung Versorgungslücken wie auch Doppelstrukturen vermieden werden. Zudem bietet Zusammenarbeit die Chance, durch kreative, innovative Lösungswege flexibel auf komplexe individuelle Bedarfslagen einzugehen und Schnittstellenprobleme aufzulösen. So können beispielsweise Anbieter von ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe mit denen von Pflegediensten und haushaltsnahen Dienstleistungen vernetzt werden. Durch eine solche Vernetzung kann individuellen Bedarfen umgehend und nach der Vorstellung der unterstützten Personen entsprochen werden.

⁸ Vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2009

⁹ Vgl. Schulz-Nieswand 2000 und Fachgebiet Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt 2007, S. 15 und 23ff

¹⁰ Vgl. Schmitt Glaeser 2008, S. 60 – 70 und 217 – 230 sowie auch der Allgemeine Teil des SGB I

¹¹ nach Artikel 20 und 28 GG

¹² Das Konnexitätsprinzip beinhaltet, dass mit der Delegation von Aufgaben des Bundes und der Länder an die Kommunen auch für die Finanzierung dieser übertragenen Aufgaben gesorgt werden muss.

¹³ Lütke Daldrup 2008

Mit einer solchen personenbezogenen und bedarfsgerechten Struktur wird die in SGB IX verankerte Wahlfreiheit realisiert. Aus den beschriebenen Gründen sind Strukturen zu schaffen, die selbstbestimmtes Wohnen ermöglichen. Soziale Infrastruktur für SeniorInnen sollte nicht parallel zu denen für alt gewordene Menschen mit Behinderung etabliert werden, sondern es ist eine bedarfsorientierte Versorgungsstruktur für ältere Menschen zu realisieren. Dank einer derart gestalteten Infrastruktur ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass für alle bzw. möglichst viele Bürger der Kommune Versorgungssicherheit besteht, Synergieeffekte die Kosten positiv beeinflussen und die Bürger ihre Ressourcen und Kompetenzen in das Gemeinwesen einbringen.¹⁴ Dabei müssen Netzwerke und Kooperationen vielfältig und in der Zusammensetzung an Bedarfe und Bedürfnisse angepasst sein, so dass sich die präventive und aktivierende Wirkung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung entfalten kann. Die Beförderung und Moderation der Prozesse eines gemeinschaftlichen Zusammenlebens bietet sich im Rahmen dieser Gesamtversorgung an. Das Forschungsprojekt Soziales Neu Gestalten (SONG) hat nachgewiesen, dass gemeinwesenorientierte Projekte, die personenzentrierte Unterstützungsarrangements ermöglichen und gleichzeitig Raum für im direkten Umfeld gelebte wechselseitige Solidarität eröffnen, insbesondere bei älteren Menschen zu einem signifikant geringeren individuellen Bedarf, besserem subjektiven Gesundheitszustand und höherer Lebenszufriedenheit führen.¹⁵ Dies zieht geringere Gesamtkosten sowie einen sozialen Mehrwert nach sich.¹⁶

Des Weiteren werden durch eine derartige ganzheitliche Entwicklung der Versorgungsstrukturen positive Auswirkungen auf den Wohnungsmarkt und die Infrastruktur sowie intergenerationelle Solidarität und ein aktives, engagiertes Gemeinwesen entstehen. Zudem wirkt sich dieser Ansatz auch – durch auf die Nutzer und den Bedarf ausgerichteten Dienstleistungen, Gewerbe- und Einzelhandelsansiedlungen – auf die Arbeitsmarktsituation und die kommunalen Einnahmen aus. Bereits im 5. Altenbericht der Bundesregierung wurde auf die Relevanz der „Seniorenwirtschaft“ in Deutschland hingewiesen.¹⁷ Die Beteiligung der relevanten Akteure wie auch die Einbeziehung der Wirtschaft ist daher detailliert und proaktiv zu organisieren.

Bei dem Konzept einer integrierten regionalen Gesamtversorgung handelt es sich um einen ganzheitlichen und sozialraumorientierten Ansatz. Sowohl subjektive (wie z.B. ein individuelles Heimat- und Zugehörigkeitsgefühl, die Nähe des Wohnortes von Familienmitgliedern und Freunden, eigene Vorstellungen und Wünsche etc.) wie auch objektive Faktoren (wie z.B. die Nähe zu Versorgungszentren, vorhandene Angebote, eigene Ressourcen und Kompetenzen etc.) sind von großer Relevanz. Ein wichtiger innovativer Impuls ist die Gestaltung des Sozialraums nach den persönlichen Möglichkeiten. So sollten nicht mehr vorrangig die Ausgestaltung von Versorgungszentren und die Peripherie anbindende Verkehrswege im Vordergrund stehen, sondern individuelle Bedarfe und Möglichkeiten zum Tragen kommen.

¹⁴ Bei Situationen, aus denen alle Beteiligten einen größtmöglichen Nutzen ziehen, spricht man von Win-Win-Situationen. So kommt z.B. die räumliche Barrierefreiheit in Geschäften des Dienstleistungsgewerbes nicht nur mobilitätseingeschränkten Menschen mit Behinderung zugute, sondern auch Müttern mit Kinderwagen oder aber auch älteren Menschen oder Kindern, für die Stolperfallen nun beseitigt sind. Eine derartige barrierefreie Umwelt trägt dazu bei, dass sich die Bevölkerung wohl, mit dem Gemeinwesen verbunden fühlt und persönliche Ressourcen und Kompetenzen, wie z.B. freundschaftliche oder nachbarschaftliche Unterstützung, einbringt.

¹⁵ Vgl. Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) 2009c

¹⁶ Vgl. Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) 2009c, S. 34 und S. 158 – 233 und SONG 2009b

¹⁷ Die Seniorenwirtschaft als separat aufgeführter Wirtschaftszweig bezieht sich auf auch weiterhin als kaufkräftig eingeschätzte ältere Konsumenten. Sie fokussiert Branchen, die von SeniorInnen genutzt werden sowie von Menschen, die sich auf das Alter(n) vorbereiten wollen, wie z.B. die Gesundheitsbranche, die Bereiche Freizeit, Unterhaltung und Kultur, aber auch die private Altersvorsorge. Konsequenterweise beinhaltet die Seniorenwirtschaft, dass Dienste, Produkte und Angebote der Wirtschaft an die Vorstellungen und Bedürfnisse älterer AbnehmerInnen angepasst werden. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005, S. 227 – 390 und Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009, S. 13

Personenbezogene Faktoren können im Rahmen der Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung erhoben werden. Mit der Umsetzung der Planung können Spielräume zur Ausschöpfung individueller Kompetenzen geschaffen werden, wie z.B. durch die Eröffnung eines Mehrgenerationenhauses oder Bürgerladens oder in interkommunalen Kooperationen.

Der im folgenden Kapitel dargestellte konzeptionelle Entwurf einer integrierten regionalen Gesamtversorgung bezieht sich auf die Bereiche allgemeine Infrastruktur (ÖPNV, Nahversorgung), Teilhabestrukturen der Alten- und Behindertenhilfe und des Gesundheitswesens, der Prävention, Rehabilitation und Pflege, den Wohnungsmarkt, Wohnungsberatung und -anpassung im Sinne eines selbstbestimmten Wohnens, Strukturen des bürgerschaftlichen Engagements und Informations- und Beratungsstrukturen. Mit den geforderten Strategien geht eine notwendige Änderung der Planungsgrundlage Hand in Hand: die bisherige nach Zielgruppen und Fachbereichen sektorale Versorgungsplanung, die auf die Einwohnerzahl als Planungsgrundlage bezogen war, muss als weitere Kriterien die Versorgungsfläche sowie Entfernungen¹⁸ zu und Verflechtungen mit den zentralen Orten der Versorgung einbeziehen, um Mindeststandards für die Daseinsvorsorge zu definieren. Da die Bedarfe und Gegebenheiten innerhalb des ländlichen Raums stark differieren, ist eine Stärkung der lokalen Verantwortung unerlässlich. Um den Gestaltungsspielraum der Kommunen zu erweitern, bieten sich interkommunale und interinstitutionelle Kooperationen und Netzwerke an. Zudem müssen Kooperationen der zentralen Orte der Versorgung untereinander sowie deren Verflechtungen mit dem sie umgebenden ländlichen Raum optimiert und effizienter gestaltet werden. „Vernetzung war anfänglich eine von Professionellen unter fachlichen Gesichtspunkten diskutierte Strategie zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen [...], heute sollen mittels Vernetzung vorhandene Angebotsstrukturen optimiert werden, d.h. stärker verzahnt und aufeinander abgestimmt werden, um Synergieeffekte durch das Poolen von Ressourcen zu produzieren und um Prozesse der Leistungserstellung effizienter zu machen. [...] Kooperation und Vernetzung sind eine 'strategische Aufgabe'.“¹⁹

Um die Empfehlungen und Forderungen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für alt gewordene Menschen mit Behinderung zu untermauern, wurden im Rahmen dieses Projekts Prognosen zur Bedarfsentwicklung erstellt.

Ehe nun die zentralen Bestandteile und Herausforderungen für die Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung aufgezeigt werden, sollen in diesem Kapitel zunächst kurz die wesentlichen Bedarfsprognosen von älteren Menschen mit Behinderung, die bereits im Ersten und Zweiten Meilensteinbericht dargelegt wurden²⁰, zusammengefasst werden.

2.1 Prognosen zur Bedarfsentwicklung von älteren Menschen mit Behinderung

Die Bedarfsentwicklung ist nur bedingt prognostizierbar. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich zur Zeit keine ausreichend validen Aussagen über den erforderlichen Umfang (und somit auch die Kosten) der Teilhabeleistungen sowie nur bedingt über die Gestaltung sozialer Infrastruktur gemacht werden können.

Fest steht, dass die Bevölkerung Deutschlands altert und somit auch die Zahl älterer Menschen mit Unterstützungs- oder Pflegebedürftigkeit sowie mit Behinderungen zunimmt.²¹

¹⁸ Um auch die mobilitätseingeschränkte Bevölkerung berücksichtigen zu können, sollten Entfernungen nicht in Fahrzeit mit dem Pkw, sondern dem ÖPNV angegeben werden.

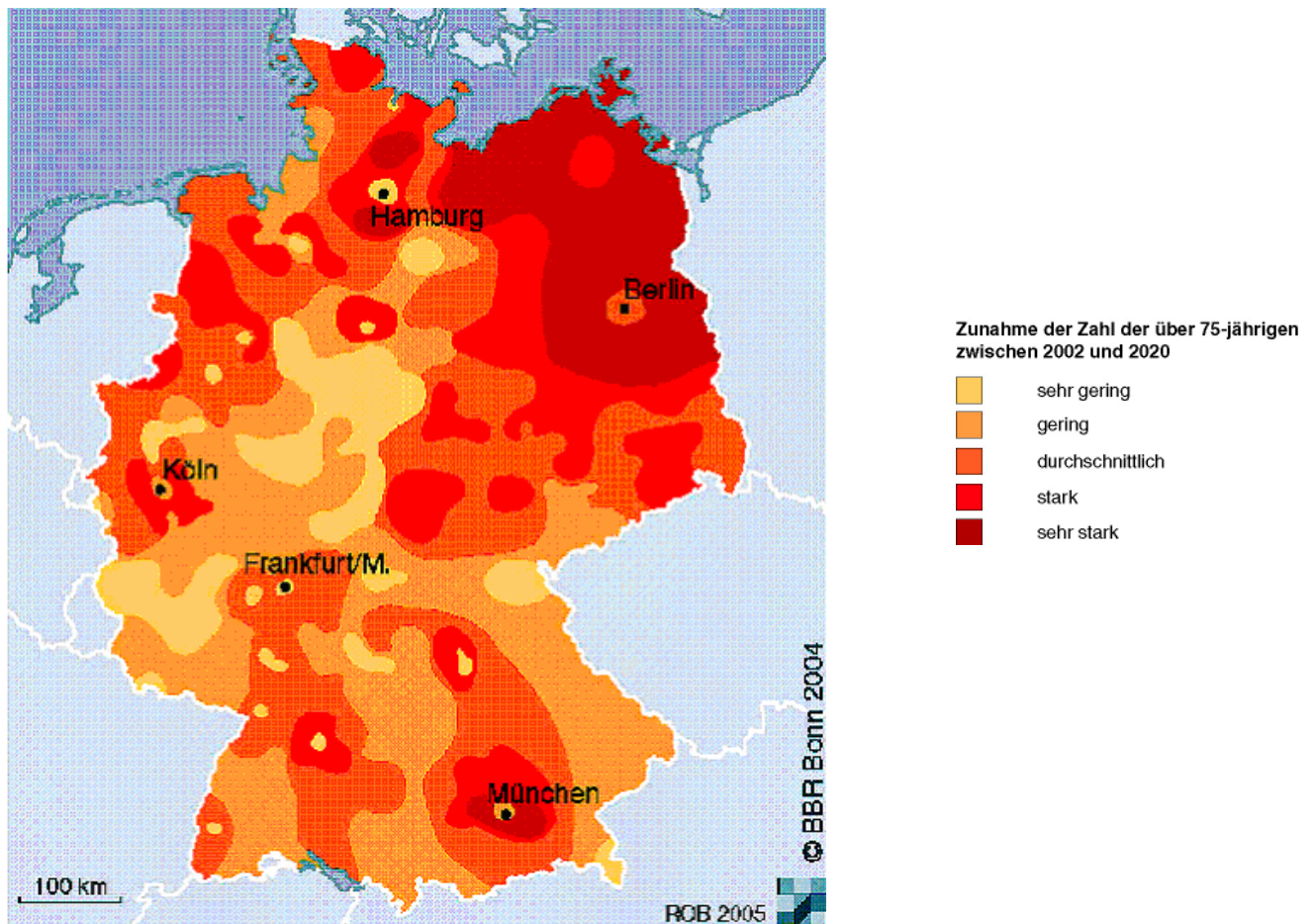
¹⁹ Dahme / Wohlfahrt 2000, S. 10

²⁰ Vgl. Barth / Fuhr 2008, 2009 Kapitel 2 ff.

²¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2006; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009, S. 15; Aktion Psychisch Kranke 2007, S. 5f; Dettbarn-Regentin et al. 2004, S. 13 ff; Deutsches Zentrum für Altersfragen 2007;

Die nachfolgende Grafik zeigt, dass sich dieser Alterungsprozess bezogen auf das gesamte Bundesgebiet keinesfalls homogen vollzieht.

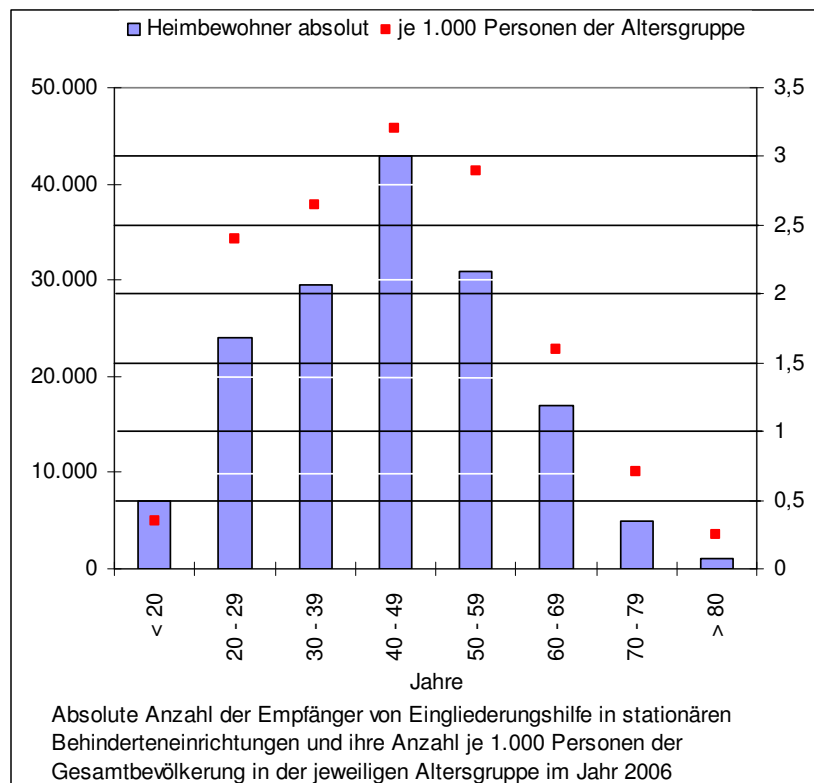
Abbildung 1: Trend der Entwicklung der Hochbetagten:



(Quelle: BBR 2005, S. 38)

Auch wenn die Datenbasis über die Lebenserwartung und Altersstruktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland wegen der zergliederten Statistiken (Schwerbehindertensstatistik, Eingliederungshilfeleistungen der überörtlichen und der örtlichen Sozialhilfeträger etc.) nicht sehr aussagekräftig ist, steht fest, dass die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist und sich ihre Lebenserwartung sowie ihre Altersstruktur tendenziell an die der Gesamtbevölkerung angleichen wird, was aus der folgenden Abbildungen ersichtlich wird.

Abbildung 2: Altersstruktur von Menschen mit Behinderung im stationären Wohnen bundesweit



(Quelle: Berlin-Institut 2009, S. 28)

In der Altersverteilung der EmpfängerInnen von Leistungen der Eingliederungshilfe im stationären Wohnen ist eine signifikante Spitze in der Altersgruppe von Menschen mit Behinderung im Alter von 40 bis 49 Jahren auszumachen. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Altersstruktur fortschreibt und somit im Jahr 2020 mit einer deutlich erhöhten Anzahl von älteren und alten Menschen mit Behinderung zu rechnen ist. Das bundesweite Durchschnittsalter von TeilhabeleistungsempfängerInnen im stationären Wohnen lag 2006 bei 41,9 Jahren und stieg seit 2000 mit einem Zuwachs von etwa 0,5 Altersjahren pro Jahr stetig an. Bei stationären Einrichtungen ist sehr häufig festzustellen, dass eine Altersgruppe dominiert und die Bewohnerschaft quasi mit ihrer Einrichtung altert.²²

Von 2001 bis 2006 gab es bundesweit eine jährliche Zunahme von annähernd 1,8 % der LeistungsempfängerInnen im stationären Bereich sowie ein jährlicher Zuwachs von etwa 11,4 % im Betreuten Wohnen.²³

Für die Bedarfsplanung ist daher von einem weiteren Zuwachs des Bedarfs in ambulanten und stationären Leistungen des Wohnens auszugehen, wobei der Schwerpunkt auf den ambulanten Wohnformen liegen könnte.²⁴ Im Allgemeinen ist dabei davon auszugehen, dass das Prinzip der Gemeindenähe greift und Umzüge über weitere Entfernungen mit der Sogwirkung größerer und renommierter Einrichtungen zusammenhängen.²⁵

²² Vgl. Rapp et al. 1992 und Gespräch mit der Baunataler Diakonie Kassel vom 02. April 2008

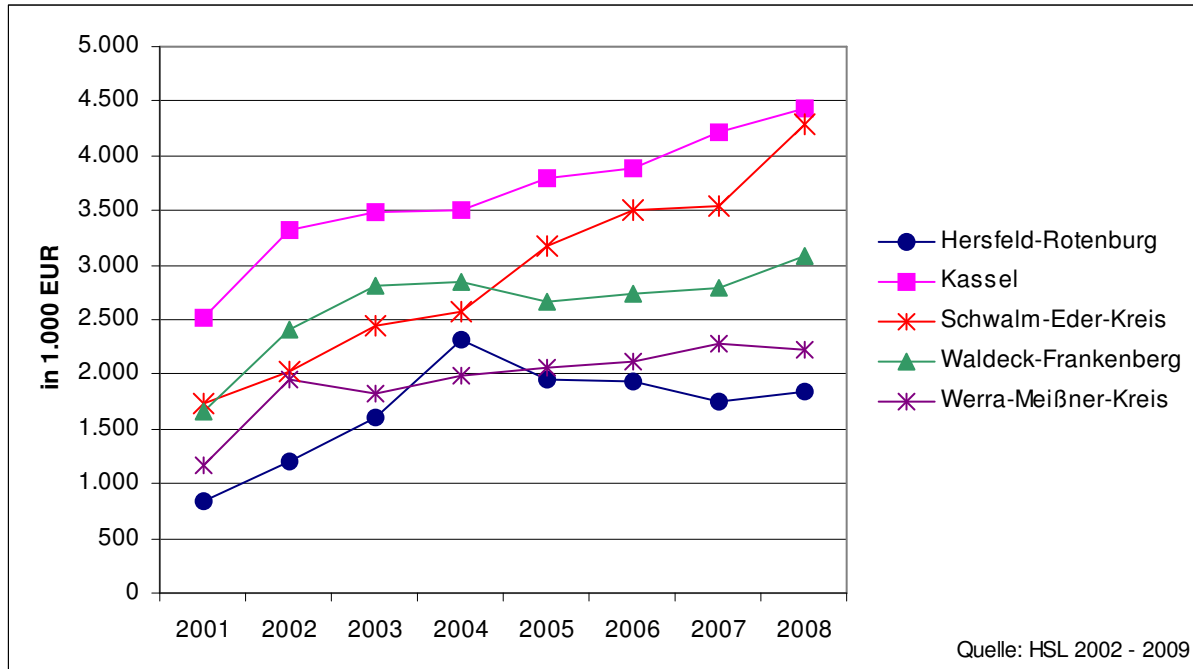
²³ Vgl. Con_sens 2007, S. 45: 2001 gab es 124.715 Leistungsberechtigte im Stationären Wohnen gegenüber 139.164 im Jahr 2006 und im Jahr 2001 32.215 Personen im Betreuten Wohnen gegenüber 56.547 Personen im Jahr 2006

²⁴ Wenn man die Anzahl der Menschen in stationären Einrichtungen denen in ambulanten Wohnformen gegenüberstellt, kann man einen eindeutigen, wenn auch nicht linearen Trend zugunsten ambulanter Wohnformen feststellen. Vgl. Metzler 2000, S. 28f; Con_sens 2007, S. 11, 45 und 75 und Kruse et al. 2006

²⁵ Vgl. Metzler 2000, S. 28f

Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie sich die Kosten der Eingliederungshilfe für die örtlichen Sozialhilfeträger im Untersuchungsgebiet im Zeitraum von 2001 bis 2008 entwickelt haben.

Abbildung 3: Ausgabensteigerung in der Eingliederungshilfe der Landkreise in Nordhessen für den Zeitraum 2001 bis 2008



Die Analyse der Daten zeigt eine Ausgabensteigerung in der Eingliederungshilfe von 100 % in diesem Zeitraum, was eine erhebliche Mehrbelastung für die Landkreise darstellt.²⁶ Für das Land Hessen ist in diesem Zeitraum eine Steigerung von 25 % zu verzeichnen.²⁷

Bedarfsprognosen für Teilhabeleistungen im Bereich des Wohnens sind schwer zu treffen, da nicht nur die Anzahl der Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden muss, die ambulant oder stationär erbrachte Leistungen benötigen, sondern auch die Gruppe von älter werdenden Menschen mit Behinderung, die momentan (noch) bei ihren Angehörigen wohnt. Unterstützungsarrangements durch hochaltrige Eltern oder familiär und beruflich eingebundene Geschwister können durch Überforderung, eigene Unterstützungs- oder Pflegebedürftigkeit oder Tod (der Unterstützungspersonen) ungeplante Teilhabebedarfe für den Bereich des Wohnens mit dringendem Handlungsbedarf ergeben.²⁸ Welchen Umfang der künftige Teilhabebedarf dieser Menschen haben wird und wo sie diesen in Anspruch nehmen wollen, ist kaum einzuschätzen.

Der aktuelle Wohnort von älteren Menschen mit Behinderung wird aus datenschutzrechtlichen Gründen nur bezogen auf die Städte und Gemeinden und nicht die Stadt- und Ortsteile genau angegeben. Der Zahl von Menschen mit Behinderung, die bei ihren Angehörigen leben und dort unterstützt werden, kann über Erhebungen in Werk- und Tagesstätten für Menschen mit Behinderung geschätzt werden. Für die Untersuchungsregion wurde im April 2009

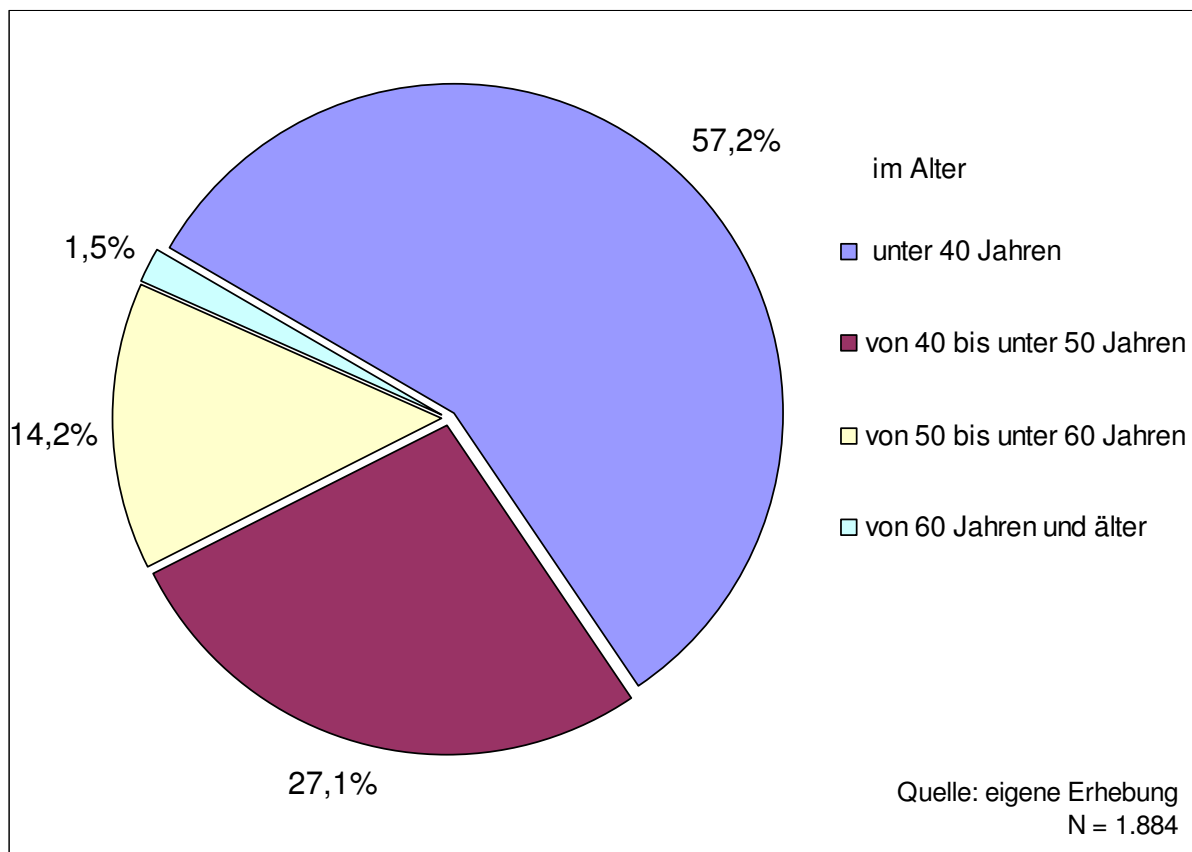
²⁶ Diese enorme Steigerung ist primär durch eine Kostenexplosion für Unterhaltszahlungen sowie der Kosten für Schulbegleitung zu erläutern.

²⁷ HSL 2002 – 2009

²⁸ Vgl. Institut für Entwicklungsplanung 2007 sowie die Dokumentation der im Rahmen dieses Projekts durchgeführten Fachtagung „Selbstbestimmtes Wohnen von älteren Menschen mit Behinderung – Perspektiven für Unterstützungsstrukturen im ländlichen Raum“ im Februar 2009

eine solche Erhebung durchgeführt. Diese ergab, dass von den in der WfbM beschäftigten bzw. Tagesstätten aufsuchenden Menschen 41% bei Angehörigen leben. Mehr als 40% dieser Personengruppe sind 40 Jahre oder älter (vgl. Abbildung 4).²⁹ Aussagen über die Übertragbarkeit dieser Untersuchung auf die Bundesebene können nicht getroffen werden. Daher wird empfohlen, eine ähnliche Untersuchung über die Daten von BAGüS oder die BAGWfbM für das Bundesgebiet durchzuführen.

Abbildung 4: Altersstruktur der Beschäftigten in WfbMs bzw. Besuchern von Tagesstätten in Nordhessen, die von ihren Angehörigen unterstützt werden:



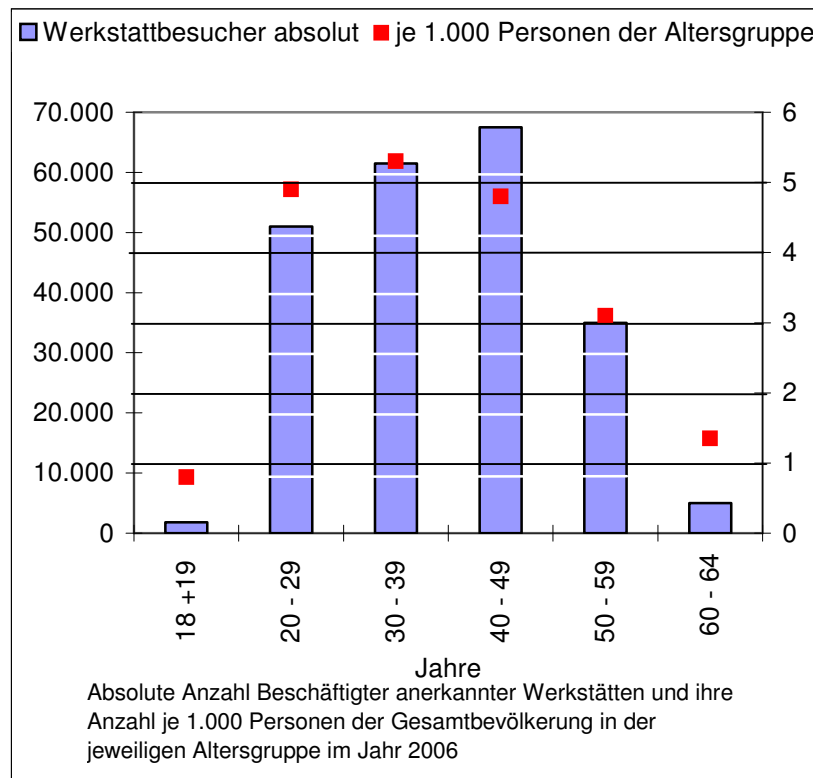
Wenn man sich die Altersstruktur von Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen, vor Augen führt (vgl. Abbildung 5), wird die Notwendigkeit für eine proaktive Planung und das Vorhalten tagesgestaltender Angebote für Menschen im Ruhestand deutlich. Daher hat dieser Teilhabebedarf – der nach personenzentrierten Prinzipien organisiert und dessen Finanzierung nachhaltig gesichert werden muss – eine große Bedeutung für die Bedarfsplanung bis 2020.

Nun führt ein höheres Alter nicht automatisch zu einem erhöhten individuellen Unterstützungsbedarf, aber zu einem für individuelle Schwankungen anfälligeren persönlichen Bedarf.³⁰

²⁹ Bei den elf Trägern von WfbMs und Tagesstätten in der Untersuchungsregion arbeiteten zum Stichtag insgesamt 2.173 Menschen mit Behinderung, die älter als 40 Jahre sind. Von diesen leben und wohnen 807 Menschen in familiären Unterstützungsarrangements. In vier der Landkreise leben jeweils 40 – 50% der Menschen mit Behinderung in familiären Unterstützungsstrukturen. Nur im Schwalm-Eder-Kreis führt die Magnetwirkung des Hessischen Diakoniezentrum Hephata e.V. dazu, dass nur 20% der Menschen mit Behinderung von Angehörigen unterstützt werden.

³⁰ Vgl. Ding-Greiner 2004 und Füsgen 2004

Abbildung 5: Altersstruktur von Menschen mit Behinderung in den WfBM bundesweit



(Quelle: Berlin-Institut 2009, S. 29)

Der individuelle Bedarf ist das Ergebnis eines dynamischen Prozesses, der von Variationen im allgemeinen Gesundheitszustand, dem psycho-sozialen Befinden eines Menschen, Veränderungen der räumlichen Umwelt und weiteren aus der Versorgungsforschung bekannten Faktoren (wie z.B. zur Verfügung stehenden Unterstützungsnetzwerken, der Wohnumwelt, kognitiven und psychosozialen Ressourcen etc.) abhängt.³¹

Da sich Bedarfe nicht kontinuierlich oder linear erhöhen, sind prognostische Einschätzungen des individuellen Unterstützungsbedarfs schwierig. In der Praxis bezieht sich der planerische Zeithorizont für eine Person, die Teilhabeleistungen erhält, etwa auf ein Jahr und wird ggf. einem sich ändernden individuellen Unterstützungsbedarf angepasst. Auch aus der Unsicherheit der Bedarfsprognosen für Teilhabeleistungen ergibt sich die Notwendigkeit, dass ein flexibles, personenzentriertes Hilfesystem Teilhabeleistungen auf der Basis des individuellen Bedarfs gewährleistet. Dies sollte für ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen in einem Gesamtversorgungskonzept gesichert werden.

Teilhabeleistungen für alt gewordene Menschen mit Behinderung stehen in enger Verbindung mit wohnortnahen Versorgungsstrukturen. Strukturen der Daseinsvorsorge sind nicht auf sozialstaatliche Leistungen der Eingliederungs- oder Altenhilfe zu reduzieren. So wirkt sich die soziale Infrastruktur für ältere Menschen auch auf den Arbeitsmarkt und die Nahversorgung aus. Die Bündelung sozialen Kapitals eröffnet Möglichkeiten für (generationenübergreifende) tagesgestaltende Bildungs- und Freizeitangebote und gibt wichtige Impulse für die Versorgungsregion. Daher liegt eine Integration der Planung und Umsetzung der sozialen Infrastruktur für alt gewordene Menschen mit Behinderung und SeniorInnen in eine integrierte regionale Gesamtversorgung nahe.

³¹ Vgl. hier auch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation von 2005

2.2 Wichtige Bestandteile einer integrierten regionalen Gesamtversorgung

Um das vorhandene Potenzial optimal zu nutzen, bietet es sich an, die Gesamtversorgung auf Landkreisebene zu planen und sie auf der Ebene der Gemeinden umzusetzen. Dabei kommt den Gemeinden und Landkreisen im Rahmen der Selbstverwaltung eine verantwortungsvolle, gestaltende Rolle zu.³² Dies ist sowohl organisatorisch begründet, da es einer koordinierenden Stelle bedarf, als auch durch die Verortung der Daseinsvorsorge in der Kommune. Die Landkreisverwaltungen übernehmen dabei die Rolle des „Kümmerers“, die über Planungsgremien mit den beteiligten Akteuren die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie die Aufteilung der in der Kommune anfallenden Aufgaben koordinieren. Hierbei ist zu empfehlen, die aus den in Hessen praktizierten Teilhabe- oder Hilfeplankonferenzen bekannten Strukturelemente zu übernehmen und eine Person zu bestimmen, die für die Koordination der einzelnen Leistungen des individuellen Hilfebedarfs zuständig ist. So können neben einer effizienten Bedarfsdeckung durch die Koordination der Leistungen und dem Aufheben von sich überlappenden Leistungen auch Potenziale der Kosteneinsparung entstehen. Da das Aufbauen und Funktionieren dieses Netzwerks einer integrierten regionalen Versorgung viele Ressourcen bindet, ist es ratsam, zugleich sicherzustellen, dass das bereits vorhandene fachbereichsspezifische Casemanagement erhalten und in die integrierte regionale Versorgung eingebunden wird.

Es ist notwendig, BürgerInnen- bzw. Betroffene barrierefrei zu beteiligen. Dabei müssen die Strukturen dieses bottom-up-Ansatzes³³ nahtlos in die des top-down-Ansatzes³⁴ ineinander greifen. Neben einer in kommunale Strukturen eingebundenen Betroffenenbeteiligung (auch von Selbsthilfegruppen) ist auch eine punktuelle Partizipation wünschenswert, wie dies z.B. durch Open-Space-Veranstaltungen oder Zukunftswerkstätten ermöglicht wird.³⁵

Kontinuierlich tagende Gremien bilden themen- oder bereichsspezifische Arbeitskreise, die Wissensbereiche zusammenbringen (wie das z.B. für die Bereiche Senioren und dementielle Erkrankungen in Wolfhagen geschehen ist) und beziehen themenspezifisch ExpertInnen vor Ort mit ein. Zusätzliche Gremien sind im Bedarfsfall mit Vorsicht und Sorgfalt zu etablieren, da bei den meisten der für diese Gremien oder Arbeitsgruppen vorgesehenen Mitglieder kaum Ressourcen für Regiezeiten³⁶ mehr zur Verfügung stehen. Beratungsdienste, die entweder aufsuchend arbeiten oder über barrierefreie Zugänge verfügen, sind insbesondere in ländlichen Flächenkreisen ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsstrukturen. So können differenzierte, passgenaue und effektive Angebote im Gesamtkontext geplant werden, wobei die einzelnen Akteure und Fachbereiche im Sozialraum voneinander profitieren und die vorhandenen Ressourcen durch eine fundierte Koordination effizienter genutzt werden können.

³² Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2009, S. 71ff

³³ Ein methodischer Planungsansatz, bei dem die Planung auf den untersten Planungsebenen beginnt und an die höhere Ebene weitergeleitet wird, dort koordiniert und überarbeitet und wiederum an die nächst höhere Ebene weitergereicht wird, bis die oberste Planungsebene erreicht ist – in diesem Fall der Landkreis.

³⁴ Ein der bottom-up Methode entgegengesetzter Planungsansatz, bei der ein zentraler Rahmenplan von oberster Ebene vorgegeben und an die darunter stehenden Hierarchieebenen weitergeleitet und dort in Teilplanungen ausdifferenziert wird.

³⁵ Im Landkreis Hersfeld-Rotenburg gab es eine Zukunftskonferenz mit Fachleuten und Betroffenen zum Thema Regionalentwicklung. Im Anschluss daran wurden Projekte entwickelt und die Zukunftskonferenz gab viele Impulse für Vernetzungsarbeit. So gibt es momentan ein Zukunftsforum / eine Zukunftsakademie für die Weiterentwicklung des Landkreises. Die TeilnehmerInnen widmen sich der Bedarfsermittlung und Weiterentwicklung der Infrastruktur der Daseinsvorsorge; die Weiterentwicklung befindet sich momentan allerdings noch in der Anfangsphase. Weitere Informationen sind erhältlich unter <http://www.zukunft-hef-rof.de>.

³⁶ Das sind Zeiten für Besprechungen und Veranstaltungen und deren Vorbereitung, das Verbreiten von Informationen, Erklärungen, die Organisation von Kooperationen etc.

Die Konzeptionen für kommunale Planung einer integrierten Gesamtversorgung müssen prozessbegleitend evaluiert werden.³⁷

Generell geht es bei der Versorgung der Bevölkerung sowohl darum, eigene Ressourcen und Selbsthilfekompetenzen zu aktivieren als auch darum, Menschen – unabhängig davon, wie hoch der individuelle Unterstützungsbedarf ist – Zugang zu passgenauen und bedarfsgerechten Leistungen zu gewähren. Hinweise über subjektive Barrieren von Vertrauenspersonen Betroffener, wie Familienmitgliedern, Ärzten, Pfarrern etc., sind hier besonders hilfreich. Trotzdem ersetzen sie nicht eine regelmäßige Bedarfsanalyse, so dass eine permanente, prozesshafte, ergebnisoffene und am individuellen Bedarf orientierte Gestaltung und Optimierung des Sozialraums erfolgt.

2.3 Zentrale Herausforderungen bei der Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung

Im Folgenden werden wesentliche Herausforderungen für die Entwicklung eines Konzeptes einer integrierten regionalen Gesamtversorgung beschrieben, die von den verschiedensten Akteuren der Behinderten- und Altenhilfe in der Arbeitsgruppe dieses Forschungsprojekts zum Thema „Kommunale Sozialplanung“ immer wieder als in ihrer Praxis bedeutend dargestellt wurden.³⁸ Für diese sollen im Rahmen des konzeptionellen Entwurfs in Kapitel 3 lösungsorientierte Umsetzungsansätze gefunden werden.

- a) **Zuständigkeits- oder Schnittstellenproblematiken** treten grundsätzlich dann auf, wenn unterschiedliche Leistungsbereiche zusammentreffen und es um die Verteilung von Mitteln oder die Erstattung von Kosten durch unterschiedliche Leistungsträger geht. Des Weiteren können sie auftreten, wenn die Verantwortung für das Erledigen bestimmter Aufgaben der einzelnen Akteure im Sozialraum untereinander nicht geklärt ist und so Aufgaben nur zeitverzögert nachgekommen wird oder diese letztendlich unerledigt bleiben. Dies hat insbesondere für die KlientInnen der Alten- und Behindertenhilfe zur Folge, dass sich z.B. Unterstützungsbedarfe erhöhen können sowie Alltagsroutinen oder der Wohnort gegen den Wunsch der Betroffenen geändert werden (müssen).
- b) Da weder etablierte Strukturen gemeinsamer Planung noch Erfahrungswissen über funktionierende Zusammenarbeit oder Lösungswege bestehen, treten immer wieder Probleme in der Gestaltung der **Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit** treten auf. Ein weiteres Problem bei der gemeinsamen Planung ist die Konkurrenz der Kommunen untereinander sowie das Ziel einer jeden Kommune, eine umfassende Infrastruktur in ihrer Gemeinde zu halten. Eine Steuerung auf einer höheren Ebene (wie z.B. der Landkreise) funktioniert nur bedingt. Dies liegt auch daran, dass Regiezeiten nicht in erforderlichem Maße realisiert werden. Welche Verbindlichkeit und Relevanz diesen Besprechungen eingeräumt wird, differiert in den einzelnen Kommunen sehr stark. Es gibt noch keine gesetzlichen Regelungen für eine umfassende integrierte Versorgungsplanung (nur im Jugendbereich durch SGB VIII und Ansatzpunkte durch die integrierte Versorgung nach SGB V und SGB XI sowie den Gesamtplan nach SGB XII § 58). Ohne ein einheitliches Planungsverständnis und die Motivation für integrierte Planung ist die Weiterentwicklung der Daseinsvorsorge geprägt von parallel laufenden Fachplanungen (sofern vorhanden) in den verschiedenen Bereichen. Nicht selten wird

³⁷ Vgl. Beetz 2007; Institut für Stadtentwicklung und Projektberatung PlanWerkStadt e.V. 2008; Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005, S. 41ff und Kessl et al. 2005

³⁸ Vgl. die Aussagen in den beiden Meilensteinberichten, Barth / Fuhr 2008 und 2009

eine integrierte Versorgungsplanung auf die Bedarfserhebung reduziert und bleibt so im Berichtsstatus stehen, bis die Bedarfserhebung überholt scheint und wiederholt wird; die (entscheidende) prozesshafte Planung ist noch ausbaufähig.

- c) **Hindernisse bei der Organisation und im Prozess des Informationsflusses**, da bestehende Angebote der Daseinsvorsorge – auch unter Experten – oft nicht bekannt sind. Notwendige, an effizientem Ressourceneinsatz orientierte Kommunikation findet zu selten statt, da die eigene Zuständigkeit, der eigene Vorteil oder Konkurrenzen einen offenen Austausch, der zu Vernetzung und Zusammenarbeit führt, erschweren. Ein Grundproblem ist – insbesondere in der Altenhilfe (aber ansatzweise auch schon in der Behindertenhilfe) – dass sich Leistungserbringer nicht immer an die Planung des Landkreises oder der Kommunen halten. Stattdessen treffen sie individuelle Absprachen, die Planungen auf kommunaler Ebene (Landkreis oder Gemeinde) unberücksichtigt lassen.³⁹
- d) **Probleme bei der Bürger- und Betroffenenbeteiligung** tauchen dann auf, wenn die Möglichkeiten der Bürger- und Betroffenenbeteiligung nicht umfassend barrierefrei⁴⁰ sind. Zudem haben nicht wenige BürgerInnen und Betroffene weder Lust noch freie Ressourcen, sich bei Planungsprozessen zu beteiligen oder fürchten, nicht auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden. So sind die Ansichten derer, die planen, nicht immer identisch mit den Bedürfnissen und Wünschen derer, für die geplant wird. Des Weiteren treten Probleme auf, wenn die Beteiligungsverfahren kompliziert, langwierig und mit vielen verschiedenen Ansprechpartnern verbunden sind, insbesondere wenn letztere nicht klar erkenntlich sind oder kein gesondertes Interesse an den geäußerten Bedarfen zeigen.
- e) **Die Bedarfserhebung und die integrierte Versorgungsplanung** kollidieren gerade im ländlichen Raum mit sozialer Kontrolle und persönlichem Schamgefühl (z.B. Bedarfe offenzulegen), was zu einer ungenauen Bedarfserhebung führt. Die für die Bedarfserhebung Verantwortlichen konzentrieren sich meist zu sehr auf bereits bekannte Daten oder erheben Bedarfe durch die „Brille“ bekannter Angebotsstrukturen. Dadurch wird eine Überprüfung, notwendige Modifikation oder Ausdifferenzierung der Angebots- oder Leistungspalette zu selten in Angriff genommen. Systembedingte Versorgungslücken werden nicht ausreichend angegangen. Zudem stößt eine integrierte Versorgungsplanung oftmals aufgrund infrastruktureller Gegebenheiten vor Ort, die die Nahversorgung oder medizinische Versorgung und nicht die öffentliche Daseinsvorsorge betreffen, an ihre Grenzen.⁴¹
- f) Im Sozialraum kann es immer wieder zu **Interessenskollisionen der verschiedenen Akteure und Zielgruppen** kommen, die Planung und Umsetzung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung nachhaltig beeinträchtigen. Dabei werden sowohl die Akteure als auch die Zielgruppen der Alten- und Behindertenhilfe von den Entscheidungsträgern oft nicht als prioritär für das Gesamtkonzept wahrgenommen.

³⁹ Die Planung orientiert sich an der Bedarfslage in der Versorgungsregion und kann mit betriebswirtschaftlichen Interessen von Leistungserbringern, die ihre Geschäftsbereiche erweitern und so ihre Existenz sichern oder schlecht ausgelastete Einrichtungen als Steuerabschreibungsobjekte nutzen wollen, kollidieren.

⁴⁰ Eine umfassende Barrierefreiheit zielt nicht nur auf die räumlichen Zugänge zum Veranstaltungsort ab, sondern auch auf eine leicht verständliche Sprache, gute Belichtung und Akustik und entsprechende Kommunikationshilfen, wie Informationen in Brailleschrift etc. und somit auf die Kompensation von Einschränkungen jeglicher Art.

⁴¹ Vgl. Winkel 1990, S. 178ff und Elkeles 2007, S. 50

Meist hängt die Wahrnehmung konträrer Interessensgruppen von der dahinter stehenden Lobby (oder auch der eigenen Betroffenheit der Entscheidungsträger) ab.

- g) Nicht zuletzt ist die Frage der **Finanzierung der Planung** und Umsetzung der integrierten regionalen Gesamtversorgung essentiell. Nicht selten werden Erwägungen finanzieller Einsparungen und nicht inhaltliche Argumentationen als Leitlinien für die Gestaltung der Versorgung der Bevölkerung gesehen, was meist zur Folge hat, dass sich soziale Problematiken zuspitzen. Die Bundesgesetzgebung beinhaltet zunehmend das Delegieren von gestaltender und präventiver Gesellschafts- und Sozialpolitik an die kommunale Ebene ohne die dafür zur Verfügung gestellten Transferleistungen zu erhöhen.⁴² In der Praxis führt dies nicht selten zu einem starken Fokus auf individuelle Unterstützungsleistungen.

⁴² Vgl. Dahme / Schütter / Wohlfahrt 2008, S. 28 und 176

3 Entwicklung eines konzeptionellen Entwurfs einer integrierten regionalen Gesamtversorgung

Der Entwurf eines integrierten Netzwerks zur Gesamtversorgung fokussiert im Rahmen des Projekts die soziale Infrastruktur für ältere Menschen mit Behinderung. Auch wenn dieses Projekt auf alt gewordene Menschen mit Behinderung abzielt, ist es im Hinblick auf eine effiziente integrierte regionale Gesamtversorgung zu vermeiden, eine eigene soziale Infrastruktur für alt gewordene Menschen mit Behinderung neben der für ältere Menschen zu schaffen. Der Konzeptentwurf bezieht sich daher auf die Bereiche

- allgemeine Infrastruktur (ÖPNV, Nahversorgung),
- Teilhabestrukturen der Alten- und Behindertenhilfe, des Gesundheitswesens, der Prävention, Rehabilitation und der Pflege,
- Wohnungsmarkt, Wohnberatung und Wohnungsanpassung im Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen,
- Strukturen des bürgerschaftlichen Engagements, wie z.B. Vereine, Parteien und Kirchengemeinden und
- Informations- und Beratungsstrukturen.

Ein aus diesem konzeptionellen Entwurf resultierendes Konzept einer integrierten Versorgung sollte alle Generationen im Blick haben. Es beinhaltet einen auf die Bedarfe und örtlichen Gegebenheiten in der Versorgungsregion abgestimmten Mix von Angeboten und Diensten, der die verschiedenen – für die Infrastruktur in der Versorgungsregion relevanten Bereiche – verzahnt. Üblicherweise werden die Schwerpunkte und Ziele der Versorgung in einem Regionalen Entwicklungskonzept (REK) festgehalten. Dieses REK ermöglicht eine Entwicklungsperspektive für die als zentral definierten Handlungsfelder und schreibt die erforderlichen infrastrukturellen Anpassungsmaßnahmen fest. Ein REK erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und wird proaktiv und flexibel fortgeschrieben. Eine bürgerorientierte Umsetzung sowie eine Evaluation bietet sich an, so dass eine Adaption der Planungen an die Bedarfe in der Region, inhaltliche Erkenntnisse und Förderpraktiken möglich sind. Dabei empfiehlt dieses Projekt als zentrale Strategie, Kooperationen und Vernetzungen zu bilden, wie schon in Kapitel 1 erwähnt. Diese können sowohl als interinstitutionelle wie auch als interkommunale oder regionale (unter Einbeziehung des Umlands der ländlichen Zentren) Formen der Zusammenarbeit gestaltet werden. So können neben einem möglichst effektiven Ressourceneinsatz zentrale Lösungsansätze im Hinblick auf infrastrukturelle Anpassungsmaßnahmen aufgrund des demografischen Wandels entstehen.⁴³

Die Adaptionmöglichkeiten der Infrastruktur sollten nach proaktiven und präventiven Aspekten der Nachhaltigkeit umgesetzt werden, wie z.B. durch niedrigschwellige aufsuchende Dienste. Dadurch wird verhindert, dass sich soziale Probleme zuspitzen oder Bedarfe besonderen Handlungsdruck entfalten.

Die Kosten für die Daseinsvorsorge werden in Fixkosten für das Vorhalten von Infrastruktur und variable Kosten für fallspezifische Unterstützung im Rahmen der Daseinsvorsorge unterteilt.⁴⁴ Die Schnittstelle zwischen Fixkosten und variablen Kosten ist so zu gestalten, dass eine lückenlose und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden kann. Dies ist angesichts der Komplexität knapper kommunaler Finanzen und der meist zielgruppenspezifischen Fördermittel eine große Herausforderung.

⁴³ Hierbei ist herauszuheben, dass fast alle Kommunen (98%) in Nordhessen eine Kooperation angeben und diese positiv bewerten, vgl. Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung 2006, S. 25ff

⁴⁴ Fixkosten sind z.B. Kosten für den ÖPNV und fallspezifische Unterstützung sind z.B. Leistungen der Sozialhilfe.

Zudem wirken sich die mit dem demografischen Wandel einhergehende Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung sowie regionale Disparitäten auf die soziale Infrastruktur der Daseinsvorsorge aus. Die Fixkosten nehmen so – pro Kopf gerechnet – zu, und es müssen Anpassungsstrategien entwickelt werden, um einer menschenunwürdigen Ausdünnung wohnortnaher Strukturen entgegenzuwirken. Dabei werden **zwei Ziele** verfolgt, nämlich ein **Mindestmaß an öffentlicher Daseinsvorsorge** zu gewährleisten und gleichzeitig deren **Kosten in einem sinnvollen Rahmen** zu halten.⁴⁵ Diese Strategien müssen demografie-sensibel und generationenübergreifend sowie langfristig tragfähig entwickelt und umgesetzt werden.

Die Anpassung der Infrastruktur ist unter folgenden Maßnahmen zu subsumieren:⁴⁶

- **Erhöhung der Erreichbarkeit der Versorgungsstrukturen** – beispielsweise über stärkere Nutzerorientierung (z.B. bei Öffnungszeiten), ambulante Strukturen, über Dienste, die insbesondere mobilitätseingeschränkte Menschen zu den Versorgungsstrukturen bringen oder über eine Optimierung des ÖPNV.
- **Dezentralisierung der Versorgungsstrukturen** im Sinne einer Aufteilung der vorhandenen Angebotsstruktur in kleinere Einheiten (entsprechend der Nachfrage), die bedarfsgerecht über die Fläche der Versorgungsregion verteilt sind.
- **Zusammenlegen von Versorgungsstrukturen** als komplementäre Maßnahme zur obigen, wenn eine sinkende oder mangelnde Nachfrage ein Zusammenlegen kleinerer Einheiten in zentraler, mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbarer Lage nahe legt.
- **Temporär-mobile Ansätze** beinhalten bei sinkender Nachfrage oder geringerem Bedarf eine geringere Präsenz von Institutionen oder Angeboten (z.B. durch geänderte Öffnungszeiten bei Institutionen, Ämtern oder Ärzten sowie weiter auseinander liegenden Terminen von Angeboten) oder mobile Anbieter, die die unterschiedlichsten Dienste und Angebote nach einem bekannten Termin- und Fahrplan an verschiedenen Standorten anbieten (wie z.B. mobile Bäcker, Bücherbusse etc.).
- **Neustrukturierung oder Substitution** als Anpassung an sich verändernde Bedarfe oder Strukturen wie Bestellservices im Internet, Bringdienste oder verzahnte Angebote zwischen verschiedenen Einrichtungen und der Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements.⁴⁷

Über die Zusammenstellung dieser Anpassungsmaßnahmen muss je nach Bedarf und den Herausforderungen in der jeweiligen ländlichen Versorgungsregion vom jeweils befugten Gremium bei größtmöglicher Betroffenenbeteiligung entschieden werden.

⁴⁵ Diese Rahmenbedingungen und die Situation der Gemeinden sind bereits in Kapitel 2.3 des Zweiten Meilensteinberichts dieses Forschungsprojekts erläutert worden, vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 15ff.

⁴⁶ Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005, S. 13f und Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung et al. 2007, S. 12, 15 und 43

⁴⁷ Die Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements bezieht sich auf die Neustrukturierung, nicht die Substitution. Die Gründe dafür sind im Kapitel 4.2.1.4 des Zweiten Meilensteinberichts dieses Projekts erläutert. Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 60f

Dabei sollte der Aspekt der Lebensqualität für die gesamte Bevölkerung im Auge behalten und Lebens- und Lebenswertes⁴⁸ in den Gemeinden der Versorgungsregion gestärkt werden, um so die Infrastruktur an die örtlichen Gegebenheiten anzupassen.

3.1 Planungsansätze für die in Kapitel 2 genannten Herausforderungen

Planungsansätze beinhalten einzelne Faktoren möglicher Lösungswege, die beim Prozess der Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung berücksichtigt werden. Die Planung dieser Gesamtversorgung wird als fortwährender Aushandlungsprozess verstanden, um Aspekten der Effizienz und Anpassung an sich ändernde Bedingungen vor Ort gerecht zu werden.

a) Planungsansätze bei Zuständigkeits- oder Schnittstellenproblematiken

Die Planung soll eine passgenaue und finanziell langfristig gesicherte soziale Infrastruktur aufbauen. Da dabei die sozialgesetzliche Priorität ambulanter vor stationären Versorgungsstrukturen umgesetzt werden soll, liegt es auf der Hand, ambulante Versorgungsstrukturen vernetzt und flächendeckend auszubauen und deren Zugänge niedrigschwellig zu gestalten. Es ist ratsam, dass diese Prioritätensetzung von den Leistungsträgern und Leistungserbringern gemeinsam bedarfsgerecht geplant und durchgeführt wird. Dabei ist darauf zu achten, dass Übergänge zwischen den Versorgungsformen nahtlos ineinander greifen, so dass die Unterstützung personenzentriert und passgenau erbracht wird.⁴⁹

Um sich den mit der demografischen Entwicklung einhergehenden Herausforderungen zu stellen, ist eine fachübergreifende Verzahnung der verschiedenen für die Gesamtversorgung relevanten Bereiche sinnvoll. So kann aus verschiedenen Fachrichtungen dieselbe Situation beleuchtet und auf Versorgungslücken sowie auf nicht der Wahlfreiheit der Bevölkerung dienende Doppelstrukturen hin untersucht werden. Es bietet sich an, die Verzahnung in Form von kontinuierlich tagenden Gremien (zusammengesetzt aus VertreterInnen der Fachbereiche, Leistungsträgern, Leistungserbringern, ExpertInnen zu bestimmten Themen und interessierten BürgerInnen) zu organisieren, die sich in beständig oder punktuell tagenden Arbeitsgruppen bestimmten Themen widmen. Zu diesen Themen gehören:

- das Ineinandergreifen ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen und Strukturen bürgerschaftlichen Engagements,
- Beratungsstrukturen,
- die Stärkung von informell und familiär erbrachten Unterstützungsstrukturen, hausnahen Dienstleistungen und Angeboten zur Gestaltung des Tages,
- Strukturen zur Qualifizierung von haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen und
- der Wohnungsmarkt, insbesondere für senioren- und behindertengerechten Wohnraum.⁵⁰

⁴⁸ So gibt es beispielsweise in vielen Kommunen des ländlichen Raums in das Gemeinwesen integrierende Feste von aktiven Vereinen, Kirchengemeinden etc. und diverse gemeinsame Aktivitäten, wie z.B. Wanderungen. Das Wohnumfeld wird meist als angenehm erlebt (Leben „im Grünen“ mit erträglicher Geräuschkulisse etc.). Zudem gibt es häufig aufgrund der Überschaubarkeit der Kommunen ein lebendiges, solidarisches Gemeinwesen mit intergenerationellen Begegnungsstätten aufgrund gemeinsamer Interessen. Des Weiteren ist im ländlichen Raum eher möglich, preiswertes Wohneigentum zu erwerben.

⁴⁹ Vgl. 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009; Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009, S.13ff; Barth / Fuhr 2009, S. 28

⁵⁰ Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 47ff; Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009, S. 28ff und S. 55ff; Kremer-Preiß / Stolarz 2003 und Kremer-Preiß / Stolarz 2004

Für die Vernetzung der Fachbereiche, Verwaltungen und anderer sozialpolitisch relevanter Akteure in der Versorgungsregion sind Regiezeiten und eine offene, zielorientierte Kommunikation erforderlich.⁵¹ Des Weiteren muss die Verbindlichkeit der getroffenen Absprachen und Vereinbarungen festgelegt werden – hilfreich wäre hier eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen für eine integrierte regionale Versorgung, die momentan nur in Ansätzen z.B. in den SGB V, VIII und XI besteht. Wichtig ist insbesondere im Hinblick auf komplexere individuelle Unterstützungsbedarfe, die Leistungsträger in eine integrierte regionale Versorgung und Kooperationen einzubinden.⁵² Für ein reibungsloses Funktionieren der Kooperationen wäre es sinnvoll, die in § 14 SGB IX festgehaltene Zuständigkeitsklärung zum Vorbild zu nehmen; nämlich, dass der zuerst angesprochene Leistungsträger für die Weiterleitung an den zuständigen Leistungsträger verpflichtet ist oder dieser Leistungsträger für die jeweilige Leistung in Vorlage tritt, falls die Ermittlung des korrekten Leistungsträgers länger als zwei Wochen in Anspruch nimmt. Bei der Ermittlung der zuständigen Leistungsträger gilt das Subsidiaritätsprinzip. Von den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation ist zu lernen, wie wichtig es ist, die potenzielle Zielgruppe über neue, kooperative Angebote umfassend zu informieren und wie sinnvoll es ist, Unterstützungsbedürftige und deren Angehörige nicht nur zu beraten und ihnen Ansprechpartner zu nennen, sondern auch Prozessverantwortung für das Erbringen der nötigen Unterstützung zu übernehmen.

Ansatzpunkte für die Planung sind der Bedarf vor Ort, die Effizienz der Angebote und deren Ausrichtung auf die Inklusion der BürgerInnen in einen barrierefreien Sozialraum sowie ein für alle Beteiligten verbindlicher Finanzierungsplan. Für die Koordinierung der einzelnen Fachplanungen und deren Integration in ein Gesamtkonzept bietet sich eine Stabsstelle auf höherer Ebene in den Landkreisen in der Funktion einer zentralen Anlaufstelle und gleichzeitig des Regionalmanagements an. Teil dieser Koordinationsarbeit sind transparente Absprachen im Hinblick auf die Aufgaben, Leistungen und auch Finanzierungsmodalitäten sowie kurze Dienstwege (auf der Ebene der Leistungsträger wie auch der Leistungserbringer).

Für das Aufbauen eines funktionierenden Netzwerks sind direkte Kontakte und Begegnungen von VertreterInnen der einzelnen Leistungsbereiche, Leistungserbringer und BürgerInnen erforderlich. Dabei empfiehlt es sich, die Versorgungssicherheit der Bevölkerung als gemeinsames Leitziel herauszuarbeiten, das nur durch eine transparente, ressourcen- und effizienzorientierte Koordination der Dienste und Angebote in der Region erreicht werden kann. Die Erfahrungen in der Untersuchungsregion lassen sich nach Einschätzung des Forschungsprojektteams verallgemeinern: meist hängt der Aufbau (und die Pflege) von Netzwerken von einigen wenigen engagierten und kompetenten Personen ab, die sich für die Planung (und Umsetzung) einer Gesamtversorgung in der Region engagieren. Bezüglich der Organisation der Planung und Umsetzung der integrierten regionalen Gesamtversorgung ist daher eine (Teil-) Freistellung einer / eines Planungsbeauftragten mit einer eigenständigen Verankerung in der Verwaltung, einem klar bestimmten Zuständigkeitsbereich und sicheren Zugängen zu anderen Verwaltungseinheiten und parlamentarischen Gremien zu empfehlen. Ebenfalls ist es erforderlich, personelle Ressourcen für Netzwerkarbeit und Sozialraumorientierung bei den beteiligten Akteuren freizusetzen. Sowohl die Planungsbeauftragten als auch die AnsprechpartnerInnen bei den beteiligten Akteuren müssen für die Bevölkerung in der Versorgungsregion publik gemacht werden und immer wieder Raum für das Äußern der Bedarfe und Wünsche der BürgerInnen schaffen.

⁵¹ Dies bedeutet für die beteiligten Akteure, dass ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen für Netzwerkarbeit und Sozialraumorientierung erforderlich sind.

⁵² Vgl. Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009, S. 75

Diese werden daraufhin in der Weiterentwicklung der Planung der integrierten regionalen Gesamtversorgung berücksichtigt. In den Gemeinden in der Versorgungsregion ist es daher ratsam, einen klaren Ansprechpartner zu benennen, der Wünsche und Bedarfe der BürgerInnen, KommunalpolitikerInnen, Leistungsträger und Leistungserbringer sammelt und an den Planungsbeauftragten in der Landkreisverwaltung weiterleitet. Die Konzeption für eine Gesamtversorgung muss neben einer Beschreibung der Strukturen und Prozesse der Planung und Umsetzung auch die Qualitätssicherung und Evaluation beinhalten.

b) Planungsansätze für die Gestaltung der Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit

Es empfiehlt sich, bei der Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung für die Region herauszuarbeiten, welche Versorgungsstrukturen schon gut funktionieren und welche aufgrund des Bedarfs vor Ort notwendig sind. Generell müssen verbindliche raumordnerische Mindeststandards für die Weiterentwicklung bzw. Anpassung der Infrastruktur festgehalten werden. Die konkrete Versorgungsplanung muss jeweils über ein Gesamtkonzept vor Ort geregelt werden. Der Handlungsraum dafür muss geschaffen werden, indem die gesetzlichen Raumordnungsregelungen von Bund und Ländern entsprechend weiterentwickelt werden.⁵³ Die Passung von Angebot und Nachfrage muss über die Verbindung personenbezogener, individueller Unterstützungsleistungen des Casemanagements mit der Planung der sozialen Infrastruktur einer an Inklusion orientierten Gesamtversorgung in der Untersuchungsregion geschaffen werden.⁵⁴ Hierfür bieten sich die aus der Eingliederungshilfe in Hessen bekannten Gremien der Regionalkonferenzen⁵⁵ auf fachübergreifender Basis an. Das Wissen von sozialraumorientierten Beratungsstellen, wie z.B. kommunalen Beratungsstellen oder den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB), und von kommunalen Politikern ist ebenfalls einzubeziehen. So kann die Gestaltung der Daseinsvorsorge über Prioritätensetzungen entsprechend der Bedarfe und Auswirkungen des demografischen Wandels vor Ort gestaltet werden. Bei der Planung der integrierten regionalen Gesamtversorgung empfiehlt sich, in dem Planungsgremium ein gemeinsames Gesamtleitziel, wie z.B. eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung, zu formulieren, das in viele verschiedene Handlungs- oder Entwicklungsziele, wie z.B. den unter 3.1 a) aufgelisteten Themenkatalog, differenziert wird.

Wegen der guten Erfahrungen mit der Quartiersarbeit in vielen deutschen Städten⁵⁶ liegt es nahe, sozialraumorientierte Quartierskonzepte auf den ländlichen Raum zu übertragen, wobei die Planungseinheiten etwa 5.000 – 15.000 Einwohner in einem klar definierten Versorgungsgebiet umfassen sollten.⁵⁷

⁵³ Vgl. Growe 2008, Beetz 2007 und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2007a

⁵⁴ Vgl. SONG 2009b, S. 16 und 32

⁵⁵ Diese Gremien sind Planungsinstrumente zur Beteiligung der verschiedenen Akteure und zur Bildung regionaler Netzwerke. Sie weisen beiratsähnliche Strukturen auf und setzen sich aus BürgerInnen und VertreterInnen von örtlichen und überörtlichen Kostenträgern, sowie örtlich ansässigen Einrichtungen, Institutionen und Vereinen, aber auch VertreterInnen von bürgerschaftlich Engagierten zusammen. Durch den Austausch von Ideen und gemeinsamen Lern- und Planungsprozessen tragen sie Sorge für eine nahtlos ineinander greifende Verknüpfung von Einzelfallhilfe und der Planung sozialer Infrastruktur. So werden in den Sitzungen Forderungen, Lösungsansätze und Problematiken besprochen, woraufhin die Umsetzung der Lösungsansätze für die jeweiligen Herausforderungen folgt. Auch bei diesen Konferenzen ist darauf hinzuweisen, dass sie sich momentan im Hinblick auf ihre Kompetenzen, die Relevanz der getroffenen Entscheidungen und ihrer Prozedere noch stark unterscheiden. Es empfiehlt sich daher, zeitnah ein einheitliches Prozedere dieser Gremien sowie die Handlungsrelevanz der dort getroffenen Entscheidungen und Absprachen festzuhalten.

⁵⁶ Vgl. Eberhardt 2007, der ein solches Quartierskonzept für die Stadt Kassel beschreibt.

⁵⁷ Vgl. Kremer-Preiß 2009

Die Planungseinheiten sollen die Besonderheiten des ländlichen Raums berücksichtigen; daher sollte der ländliche Raum differenziert werden in:

- Stadtrandgemeinden mit städtischeren Strukturen
- kleinere Zentren und
- dörfliche, periphere Gemeinden.

Bei Stadtrandgemeinden handelt es sich oft um neuere Siedlungen mit annähernd altershomogener Einwohnerschaft, deren Fokus und Nahversorgung meist auf die dazugehörigen Städte ausgerichtet ist. Für die Untersuchungsregion wurde festgestellt, dass es vor allem für dörflich strukturierte Kommunen, deren Kerngemeinde weniger als 1.000 EinwohnerInnen zählt sowie für Gemeinden, die aus zehn oder mehr Ortsteilen bestehen und über keine große Kerngemeinde (kleiner 3.000 Einwohner) mit hinreichender Versorgung verfügen, einen herausfordernden Kraftakt bedeutet, die vorhandene Infrastruktur anzupassen, zu erhalten und dezentrale wohnortnahe Versorgungsstrukturen (neu) zu organisieren. In kleineren Gemeinden und Zentren gilt ein Versorgungsgebiet als tragfähig, wenn eine Fahrzeit von 30 Minuten zum nächsten Mittelzentrum⁵⁸ oder 60 Minuten zum nächsten Oberzentrum⁵⁹ nicht überschritten werden. Die Fahrzeiten beziehen sich auf Fahrten mit dem PKW. Im Hinblick auf ältere, häufig mobilitätseingeschränkte Menschen und die Ausgestaltung ihres Sozialraumes wird die Definition der Tragfähigkeit eines Versorgungsgebiets fragwürdig. Sie sind meist auf den oft suboptimalen ÖPNV oder andere Fahrdienste angewiesen, um in die eben genannten Zentren zu kommen.

Ein Sozialraum ist ein Gebiet mit homogenem Zugehörigkeitsgefühl und wird also auch über subjektive Faktoren, wie z.B. subjektiv bedeutsame Angebote, den Wohnort von Familienmitgliedern und anderen wichtigen sozialen Kontakten etc., gebildet. Dabei spielt die Mobilität bis ins höhere Lebensalter eine zentrale Rolle. Aufgrund von behinderungs- und altersbedingten Einschränkungen können sich persönliche Ressourcen und der individuelle Sozialraum verändern. Daher wird angeregt, eine Versorgungsregion nicht nur im Hinblick auf ihre Verkehrswege und Versorgungszentren zu betrachten, sondern vielmehr auch Möglichkeiten für die BürgerInnen zu schaffen, ihre Sozialräume nach ihren persönlichen Möglichkeiten zu gestalten. Somit wäre es Aufgabe einer integrierten Versorgungsplanung, zu gewährleisten, dass die unterschiedlichen Anpassungsmaßnahmen bereichsübergreifend im regionalen Kontext abgestimmt werden. Für die unterschiedlichen Einrichtungen der Daseinsvorsorge gilt es zu prüfen, ob Mindeststandards der Grundversorgung nicht unterschritten werden und die Bevölkerung ein qualitativ hochwertiges Angebot zu erträglichen Erreichbarkeitsverhältnissen erhält.⁶⁰ Kriterien für die Mindeststandards der Daseinsvorsorge sollten daher auf das Gemeinwohl ausgerichtet sein und vor allem folgende Aspekte umfassen:

- einen gleichberechtigten, diskriminierungsfreien und kostengünstigen Zugang zu Dienstleistungen und Gütern,
- ein flächendeckendes, an qualitativen Standards orientiertes, in ausreichendem Umfang dargebrachtes, dauerhaftes und verlässliches Angebot an Dienstleistungen und Gütern,
- Gewährleistung einer öffentlichen Kontrolle und Transparenz für die NutzerInnen.

⁵⁸ Ein Mittelzentrum bezeichnet in der Raumordnung einen Ort und seinen direkten Umkreis mit mindestens 35.000 Einwohnern, der nach seiner Infrastruktur eine mittlere Bedeutung für die nähere Umgebung hat. Neben der Grundversorgung umfasst das Infrastrukturangebot weiterführende Schulen, Fachärzte etc.

⁵⁹ Oberzentren bezeichnen in der Raumordnung Orte auf der höchsten Zentralitätsstufe – mit überregionalen Verwaltungs- und Wirtschaftsfunktionen und spezialisierten Institutionen und Einrichtungen, wie Universitäten, Spezialkrankenhäusern und Großkliniken, Theater, Museen etc. Das Oberzentrum Kassel ist nicht Gegenstand der Untersuchung, liegt jedoch zentral in der Untersuchungsregion. Weitere Anbindungen gibt es an die Oberzentren Göttingen, Marburg und Eisenach.

⁶⁰ Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2007a, S. 3

Die Sicherung der kommunalen Infrastruktur hängt wesentlich von deren finanziellen Spielräumen und Ausschöpfung der Möglichkeiten im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung⁶¹ ab. Daher empfiehlt es sich, dass sich mehrere kleine Gemeinden zum Zwecke der Versorgungssicherheit zusammenschließen, wie z.B. die Gemeinden Wahlsburg und Oberweser im Weserbergland. Das Gelingen interkommunaler Kooperationen und Zusammenschlüsse hängt davon ab, Rivalitäten innerhalb der Kommunen und der Kommunen untereinander zu berücksichtigen und die angestrebte Zusammenarbeit nicht gegen den Willen der Beteiligten durchzusetzen sowie die Modalitäten der Kooperationen, die Finanzierung der Leistungen und Infrastruktur, wie auch die Aufgaben und Kompetenzen der beteiligten Leistungsträger und -erbringer detailliert festzuhalten.

Die Planungsstrukturen im Hinblick auf interdisziplinäre Gremien und Ansätze für die Planung sind unter a) bereits genannt worden. Bei den Planungsprozessen geht es um eine differenzierte Erfassung der vorherrschenden Bedarfs- und Problemkonstellationen, ein für die Bürger in der Kommune transparentes und gemeinsames Definieren von Zielen und Lösungswegen, ein nachhaltiges und engagiertes Umsetzen der erarbeiteten Lösungen sowie ein wiederholtes Überprüfen der Bedarfslagen und Lösungswege. Gerade im Hinblick auf ältere Menschen mit Behinderung oder überforderte Angehörige, denen das Äußern von Bedarfen schwer fällt oder deren zeitliche Ressourcen knapp sind und die daher Gefahr laufen, wegen telefonischer Warteschleifen oder langwieriger Verfahren des Ermitteln von Ansprechpartnern, ihre Bedarfe nicht kundzutun, wird immer wieder eine zentrale Telefonnummer für Fragen an kommunale Ämter vorgeschlagen.

Eine flächendeckende Versorgung kann realisiert werden, wenn an bereits vorhandene Versorgungsstrukturen im Wohnumfeld oder in der Versorgungsregion angeknüpft wird, die mit Strukturen bürgerschaftlichen Engagements (Nachbarschaftshilfe, Kirchengemeinden, Vereine etc.) verknüpft werden. Oft gibt es in der Versorgungsregion bereits gewachsene Strukturen, Absprachen zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und Akteuren, die bei der Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen und Aufteilung der in der Region anfallenden Aufgaben berücksichtigt werden müssen. Wegen der im Hinblick auf Ressourcen, Bedarfe und vorhandene Infrastruktur heterogenen Gemeinden ist eine bis ins Detail ausgearbeitete Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung für die Region oder einen Landkreis nicht möglich. Hier bietet es sich an, die Gemeinden untereinander zu vernetzen und mit Mindeststandards für die Versorgung und über Modelle guter Praxis zu arbeiten. Es ist sinnvoll, sich beim Planen oder Optimieren der Gesamtversorgung in der Region nicht ausschließlich an den bestehenden Systemen, sondern vor allem am Bedarf zu orientieren. Des Weiteren können durch das Einbeziehen von Betroffenen, Leistungserbringern und Leistungsträgern gemeinsam innovative Lösungswege entwickelt werden, die von allen getragen werden.

Um die Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung in der Region sicherzustellen, ist es ratsam, ambulante, offene und niedrigschwellige Hilfen vor Ort zu stärken und auszubauen. Es bedarf passgenauer Angebote (z.B. Einkaufsdienste etc.), die mit professionellen Diensten (z.B. Hausärzten, Pflegediensten etc.) vernetzt sind. Beratungsstellen in der Versorgungsregion sind zwar keine Universallösung, um Versorgungssicherheit zu erzeugen, sie sind aber ein wichtiger Baustein einer integrierten regionalen Gesamtversorgung.

⁶¹ Immer mehr Aufgaben werden auf die kommunale Ebene delegiert, deren Haushalte aber nicht im gleichen Maße steigen, was oft zu angespannten Haushaltslagen führt. Aufgrund dieser Ausgangssituation wird das selbstverantwortliche Regeln örtlicher Angelegenheiten nicht selten leider nur auf das gesetzliche Mindestmaß beschränkt.

Dabei ist es – insbesondere aus den Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation – hilfreich und ratsam, dass die Beratungsstellen auch Prozessverantwortung beim Lösen der in der Beratung angesprochenen Problematiken übernehmen. Ein niedrigschwelliger oder aufsuchender Zugang der Beratung und Hilfen sowie eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit sollten dazu beitragen, dass die Bedarfe der Bevölkerung ohne Scham und in vollem Umfang geäußert und die Unterstützung umgehend und passgenau erbracht werden kann.

c) Planungsansätze zur Optimierung der Organisation und des Informationsflusses

Bei interinstitutionellen Kooperationen sind die jeweiligen Zuständigkeiten und Aufgaben der Kooperationspartner, die Prozesse der Zusammenarbeit und die Modalitäten der Finanzierung gemeinsam zu erarbeiten und schriftlich festzuhalten. Um Synergieeffekte durch gemeinsame Raumnutzungen, Personalstellen, unkomplizierte Regiezeiten und „kleine Dienstwege“ zu erzielen, empfiehlt es sich bei interinstitutionellen Kooperationen häufig, sich auch räumlich zusammenzuschließen und so an gut erreichbaren zentralen Orten in der Versorgungsregion ein Dienstleistungs- und Beratungszentrum mit einem flexibel kombinierbaren, differenzierten und für die Region bedarfsgerechten Leistungsspektrum zu etablieren. Dabei sollten die Strukturen des „Bielefelder Modells“⁶² auf die Landkreise (und ggf. Altkreise) im ländlichen Raum übertragen werden.⁶³ Dabei ist es wichtig, dass die Akteure Struktur- wie auch Prozessverantwortung übernehmen sowie die o.g. Modalitäten detailliert in den Kooperationsvereinbarungen festhalten. Beispiele für ein solches Netzwerk von Beratungsstellen und Leistungsanbietern mit Knotenpunkten der Vernetzungen, um möglichst selbstbestimmte und selbst organisierte Lösungen im ländlichen Raum zu befördern, sind die in Kapitel 3.3 des Zweiten Meilensteinberichts beschriebene Senioren-Beratung Waldhessen oder die Seniorenberatungsstelle in Wolfhagen.⁶⁴ Innovative Kooperationen sind mit ihren Verträgen als Modelle guter Praxis und Musterverträge für andere an Vernetzung und Kooperationen interessierte Akteure in der Versorgungsregion bekannt zu machen. Um die Versorgungsbereiche optimal aufeinander abzustimmen, ist es ratsam, konkurrierende Leistungserbringer, Leistungsträger und Kommunen zu vernetzen und zu koordinieren. Sowohl Netzwerke als auch Verbünde müssen jederzeit für neue Akteure offen sein und sollten dem Offerieren einer möglichst breiten Palette von Wahlmöglichkeiten bei Angeboten und Diensten dienen.

Bedingungen für das Gelingen von Kooperationen, Netzwerken und Verbänden sind, dass die Teilnehmenden intern als „offizielle Abgeordnete“ der einzelnen Akteure anerkannt und mit entsprechenden Entscheidungsbefugnissen ausgestattet sind und dass personelle oder institutionelle Differenzen im Vorfeld bereinigt werden. Des Weiteren ist es wichtig, zwischen den Mitgliedern der Gremien eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen, so dass transparente Absprachen möglich werden.

Für die Gremien wird folgendes Vorgehen empfohlen: zuerst sollte eine Potenzialanalyse (ein gemeinsames Abgleichen der Bedarfserhebungen der an den Gremien teilnehmenden Akteure) stattfinden, das in einem paritätischen und transparenten Aushandeln der Prioritäten für die integrierte Gesamtversorgung und deren Planung mündet. Ein weiterer wichtiger Bestandteil dieser Gremien ist es, sich gegenseitig über vorhandene Angebots- und Versorgungsstrukturen und deren Modifikationen zu informieren.

⁶² In allen Stadtteilen Bielefelds bildet der Verbund einer kommunalen Expertengruppe von Akteuren der Versorgung ein Zentrum der sozialraumorientierten Gemeinwesenarbeit, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

⁶³ Vgl. Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009, S. 55 – 62; Kremer-Preiß 2009 und http://www.bgw-bielefeld.de/bielefeld_modell.html, Zugriff 10. Oktober 2009

⁶⁴ Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 35ff

Des Weiteren sollen die Gremien dem Zweck dienen, Ansprechpartner für die verschiedensten Belange und Angebote bekannt zu machen, ggf. über die Internetpräsentation oder Publikationen der Landkreise. Gegenseitige Hospitationen und Einladungen zu Festivitäten oder Tagen der offenen Tür etc. bieten sich an, das Wissen über ähnliche oder fachfremde Bereiche und Institutionen der Versorgungsstrukturen zu vertiefen.

d) Planungsansätze für eine tragfähige Bürger- und Betroffenenbeteiligung

Bei der Ausgestaltung der Planungsstrukturen ist der Aspekt der Betroffenen- und Bürgerbeteiligung auf Augenhöhe besonders bedeutsam. Dafür sind Open-Space-Veranstaltungen oder Zukunftswerkstätten geeignet. In die kommunale Gremienarbeit sollten die von der jeweiligen Planung Betroffenen selbst, Selbsthilfegruppen, Senioren-, Behinderten- oder Bürgerbeauftragte eingebunden werden.⁶⁵ Die Aussagen von BürgerInnen und Betroffenen sollten den gleichen Stellenwert haben wie die von ExpertInnen. Eine paritätische Bürger- und Betroffenenbeteiligung beinhaltet, dass sie nicht nur beratend hinzugezogen werden, sondern mit den gleichen Rechten der Mitwirkung und Gestaltung wie die übrigen Akteure. Grundlage für die Einbeziehung in die kommunale Gremienarbeit ist die größtmögliche Realisierung einer umfassenden Barrierefreiheit⁶⁶ und eine Anpassung der Sitzungsgestaltung an die Ressourcen der BürgerInnen und Betroffenen. Des Weiteren liegt es nahe, die Bürger- und Betroffenenbeteiligung durch auf gut vorbereiteten Stichproben basierenden schriftlichen und mündlichen Direktbefragungen zu ergänzen.

Für eine prozesshafte Planung einer integrierten Gesamtversorgung in der Region ist es ratsam, dass die Möglichkeit für die BürgerInnen und Betroffenen besteht, die Prozess- und Ergebnisqualität der erbrachten Versorgungsstrukturen, Unterstützung und Hilfe zu überprüfen und die Ergebnisse dieser Überprüfung an die jeweiligen kommunalen Planungsgremien weiterzugeben. So kann die Gesamtversorgung zunehmend auf die Bedarfe und Vorstellungen der Bevölkerung in der Region abgestimmt werden. Durch die Bürger- und Betroffenenbeteiligung können Stigmatisierungen, undifferenzierte Bilder und verzerrte Bedarfswahrnehmungen abgebaut werden. Zudem regt die Beteiligungsorientierung zur engagierten Übernahme sozialer Verantwortung im Sinne des Empowerments an. Daher erfordert eine beteiligungsorientierte Planung einen großen persönlichen Einsatz der verantwortlich Planenden und Koordinierenden, die in dieser Aufgabe weiterzubilden sind.

e) Planungsansätze für eine umfassende, den Datenschutz wahrende Bedarfserhebung

Der Bedarf soll in den Landkreisen nachfrageorientiert aufgenommen und regelmäßig überprüft werden.⁶⁷

Für die Gestaltung der Angebote bieten sich neben der o.g. NutzerInnenbefragung repräsentative Stichprobenerhebungen an sowie Befragungen von MultiplikatorInnen, wie Bürgerbeauftragten, Ärzten, Pfarrern etc. oder vor Ort ansässigen Leistungsträgern und Leistungser-

⁶⁵ Erfahrungen mit der Betroffenenbeteiligung in kontinuierlichen Gremien gibt es aus der Quartiersarbeit oder Projekten der „sozialen Stadt“, aus denen die Strukturelemente auf den ländlichen Raum übertragen werden müssen. Da Betroffenenbeteiligung in der Praxis meist über die Delegation Einzelner organisiert wird, bedarf es klarer Strukturen und regional organisierter (wünschenswerterweise überregional vernetzter) Ansprechpartner.

⁶⁶ Eine umfassende Barrierefreiheit zielt nicht nur auf die Beseitigung von Barrieren bei der Mobilität ab, sondern auch auf eine leicht verständliche Sprache, gute Belichtung und Akustik und entsprechende Kommunikationshilfen, wie Informationen in Brailleschrift etc. und somit auf die Kompensation von Einschränkungen und Behinderungsbilder jeglicher Art.

⁶⁷ Auf Erhebungen von Bundesämtern und wissenschaftliche Studien ist nur bedingt zurückzugreifen, da sie kaum zusammenzuführen sind und mit der regionalen Zuordnung der Versorgungsregion im ländlichen Raum oft nicht übereinstimmen.

bringern sowie ExpertInnen, wie z.B. SchuldnerberaterInnen, Sozialverwaltungsangestellten etc., die Hinweise auf Bedarfe in die Planung einfließen lassen. Weitere Ansatzpunkte für die Bedarfserhebung sind die Statistiken der einzelnen Fachabteilungen der Landkreise sowie Maßnahmen und Instrumente der Bürgerbeteiligung, wie z.B. gut zugängliche und in der Versorgungsregion bekannte Briefkästen für das Sammeln von Bedarfen und Informationen, bürgerfreundliche Sprech- und Telefonzeiten der PlanungsorganisatorInnen etc. All dies sind Voraussetzungen für eine möglichst effektive Überprüfung und Anpassung der kommunalen Angebotsstrukturen, um systembedingte Versorgungslücken Schritt für Schritt zu beseitigen.

Unter dem Leitziel, den Datenschutz zu wahren und den „gläsernen Bürger“ zu vermeiden, können und sollen bei der Sozialraumanalyse folgende Grunddaten erhoben werden:

- Strukturdaten der Bevölkerung und des demografischen Wandels
- Ökonomische Situation, Wohnsituation und familiäre Situation der Bevölkerung
- Lebenslagen der verschiedenen Zielgruppen (wie z.B. Kinder, Jugendliche, ältere und behinderte Menschen, Frauen etc.)
- Infrastruktur und Gesundheitswesen inklusive der Dichte der Versorgungsstrukturen und eventuellen Konzentration von bestimmten Bedarfen.

Die Daten sollten wiederholt erhoben werden, so dass in einer differenzierten Analyse die Feinstruktur des Sozialraums ersichtlich wird sowie ob und wie sich die ausschlaggebenden Indikatoren verändern oder stabil bleiben. Auf der Basis einer tragfähigen Kooperation mit allen Akteuren im Sozialraum und selbsttragenden Finanzierungskonzepten wird eine systematische Beobachtung der Bedarfe in der Kommune möglich, wie auch eine prozesshafte, ergebnisoffene und am individuellen Bedarf orientierte Gestaltung und Optimierung des Sozialraums. Somit verbindet die Qualitätsentwicklung des Sozialraums konkrete Schritte zur Gestaltung des Versorgungssystems insgesamt mit Qualitätsmaßstäben für ambulant und stationär erbrachte Leistungen sowie der Evaluation des Wirkungsgrades einzelner Angebote und Dienste. Dies kann zu einem systematischen Aufbau sich selbst tragender und nachhaltig wirksamer Strukturen führen, die sich in einer permanenten Weiterentwicklung befinden sollten.⁶⁸

f) Planungsansätze bei der Interessenskollision von Akteuren und Zielgruppen

Interessenskonflikte sind aufgrund der Heterogenität der Bevölkerung vorprogrammiert und müssen moderiert werden. Hier liegt es in der Verantwortung der entscheidenden Gremien, diese mittels größtmöglicher Bürger- bzw. Betroffenenbeteiligung mit dem Ziel einer größtmöglichen Versorgungssicherheit und sozialen Gerechtigkeit (und nicht zugunsten derer, die ihre Bedarfe am nachdrücklichsten äußern oder unter dem Aspekt einer Maximierung des finanziellen Spielraums der Kommune) aufzulösen. Dabei sollte in der Versorgungsregion ein generationenübergreifender solidarischer Zusammenhalt durch ein tragfähiges Netzwerk mit ausstrahlenden und inspirierenden Zentren der Begegnung, Gestaltung des Tages und der Unterstützung (wie z.B. Mehrgenerationen- oder Bürgerhäuser) aufgebaut werden. Im Zuge dessen soll Infrastruktur angepasst werden – erste Impulse dafür gibt es z.B. durch die völlige oder teilweise Umfunktionierung öffentlicher Gebäude, wie z.B. von Kindertagesstätten in Begegnungszentren. Diese Umnutzung sollte unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit intergenerationell vollzogen werden und zur Verbreitung von Begegnungsstätten oder Mehrgenerationenhäusern beitragen. Versorgungssicherheit kann durch eine proaktive Planung und eine Vermittlung der Bedürfnisse der BürgerInnen (Bedarfsbefriedigung und Versorgungssicherheit) und der Bedürfnisse der Kommune (geringe Ausgaben und Versorgungssicherheit)

⁶⁸ Vgl. Institut für soziale Arbeit 2001, S. 20ff und 52ff; Winter 2001b; Alisch et al. 2008 und Schmid-Urban et al. 1992

erreicht werden. Hierbei macht es Sinn, die verschiedenen parallelen Fachplanungen, wie z.B. die Altenhilfe-, Jugendhilfe- und Eingliederungshilfe, nach den Bedarfen vor Ort zu einer Regionalplanung zu integrieren. Dabei geht es darum, Konflikte und Probleme zu entschärfen, bevor sie sich zuspitzen, wie dies beispielsweise durch Schulsozialarbeiter oder Streetworker bei „herumlungernden Jugendlichen“ möglich wäre. Zudem soll auch die Wirtschaftsförderung an der Zukunftsfähigkeit orientiert sein. Die Wirtschaftsförderung ist wichtig, um eine mögliche arbeitsbedingte Abwanderung der Bevölkerung zu verhindern und die Sozialräume zu beleben. Eine langfristige Wirtschaftsförderung kann beispielsweise im Aktivieren von für die Region typischer Handwerkskunst, ökologischem Tourismus, der Verlegung einer DSL-Verkabelung etc. bestehen.⁶⁹

g) Planungsansätze für effiziente und kreative Möglichkeiten der Finanzierung

Generell müssen bedarfsorientierte Angebote und die dazugehörige Infrastruktur nachhaltig finanziell gesichert sein.⁷⁰ Dieser Aussage wird niemand widersprechen können, jedoch wirkt eine längerfristige Sicherung von bedarfsorientierten Angeboten insbesondere im Hinblick auf ältere Menschen erhebliche Schwierigkeiten auf. Das liegt daran, dass der individuelle Bedarf eines Menschen mit zunehmendem Alter Schwankungen unterliegt oder sich plötzlich erhöhen kann. Zudem werden auch umweltbedingte Faktoren (wie z.B. soziale Kontakte oder familiäre Unterstützungsarrangements), die positiv auf das Altern von Menschen mit Behinderung einwirken, immer instabiler. Der individuelle Bedarf der älteren Bevölkerung in der Versorgungsregion ist längerfristig schlecht zu prognostizieren⁷¹, die darauf ausgerichteten Dienste, Angebote und soziale Infrastruktur soll aber gesichert sein. Daher sollte der momentan starke Fokus auf die individuelle Teilhabepaltung um die Perspektive einer umfassenderen Sozialplanung in der Kommune oder einer integrierten Gesamtversorgungsplanung für eine Versorgungsregion erweitert werden. Schließlich hängt die Realisierung individueller Unterstützungsarrangements von den Versorgungsoptionen vor Ort ab.

Die Versorgungsoptionen wiederum sollten im Rahmen einer proaktiv und präventiv ausgerichteten Sozialplanung zusammengestellt werden. Die Kommune als Ort der Daseinsvorsorge bietet sich dafür auch an und sollte mit den entsprechenden Mitteln ausgestattet werden. Weitere Kosten fallen für die Prozesse der Anpassungsmaßnahmen und der neu aufzubauenden regionalen interinstitutionellen und interkommunalen Kooperationen an. Die Kosten sind von den kooperierenden Gemeinden (ggf. mit Zuschüssen des Landes) gemeinsam zu tragen, wobei die Finanzierungsmodalitäten verbindlich festgelegt werden müssen. Gegebenenfalls empfehlen sich sogar Zusammenschlüsse von Gemeinden oder Akteuren in der Versorgungsregion, wie z.B. der Zusammenschluss zum Zweckverband „Interkommunale Zusammenarbeit Schwalm-Eder-West“.⁷²

Die Finanzierung kann neben der im Rahmen kommunaler Haushalte – wobei hier Zuweisungen im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs gerade an die durch den demografischen Wandel veränderte Situation im ländlichen Raum angepasst werden müssen - auch über Patenschaften von Privatpersonen oder Firmen, Stiftungen und projekt- oder zielgruppenbezogene Förderprogramme, wie z.B. LEADER für den ländlichen Raum oder arbeitsmarktpolitische Förderungen erfolgen.⁷³

⁶⁹ Vgl. Deutsch 2007

⁷⁰ Vgl. Knoth 2004

⁷¹ Vgl. Barth / Fuhr 2008, S. 20 – 23 und 31ff; Ding-Greiner / Lang 2004 und Füsgen 2004

⁷² Vgl. Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung 2006, S.31

⁷³ Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005, S. 125

Seit den 1990er Jahren werden in der Bundesrepublik Öffentlich Private Partnerschaften (ÖPP) oder auch Public Private Partnership (PPP) vermehrt für die Umsetzung von öffentlichen Projekten genutzt. Bund, Länder, Städte und Gemeinden suchen sich zur Realisierung ihrer Infrastrukturmaßnahmen Partner aus der Privatwirtschaft. Mittlerweile wurden nach dem Ergebnis der deutschlandweiten Bürgermeisterbefragung in mehr als 18% der Städte und Gemeinden in Deutschland bereits ÖPP-Projekte realisiert. Diese Möglichkeiten und deren Konsequenzen sind sorgfältig zu prüfen, um zu vermeiden, dass dadurch zwar ein kurzfristig höheres Haushaltsvolumen ermöglicht wird, aber mittel- und langfristig höhere Belastungen auf die Gemeinde zukommen. Daher ist es empfehlenswert, dass Gebäude und Infrastruktur im Besitz der öffentlichen Hand bleiben, während der Privatsektor das Management, die technologische Entwicklung, die Realisation und u. U. auch die Finanzierung des Projekts übernimmt.⁷⁴

Im Hinblick auf die Entwicklung eines integrierten Regionalen Entwicklungskonzepts (REK) ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die sich in der Versorgungsregion befindenden Gemeinden trotz ihrer Planungshoheit i.d.R. nur planen, wenn auch Mittel für die Umsetzung der Planungen vorhanden sind. Daher sind kreative Wege der Finanzierung zu erproben und bei Erfolg als Modelle guter Praxis bekannt zu machen. Im Hinblick auf die im REK integrierten Teilhabeleistungen für ältere Menschen – unabhängig von deren individuellem Bedarf – sind die Leistungsträger der Pflege- und Krankenkassen sowie der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe angehalten, Möglichkeiten für persönliche Budgets nach § 17 SGB XI und § 8 SGB XI zu entwickeln. Die Leistungsträger sind direkt in die Entwicklung und Umsetzung des REK mit einzubeziehen. Die Bedingungen, unter denen Kooperationen der Leistungsträger funktionieren, sind aus den Aussagen in Kapitel 3.1 c) abzuleiten.

Um die Ressourcen in den Sozialräumen der Versorgungsregion optimal zu nutzen, sind sinnvolle Verteilungen über ein Sozialraumbudget ratsam.⁷⁵ Hierbei empfiehlt es sich, einen Sozialbeirat zu gründen, der darüber entscheidet, wo und wie diese Mittel eingesetzt werden. Dies wird z.B. im Landkreis Kassel praktiziert. So können z.B. Anbietern von tagesgestaltenden Angeboten Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden oder die Ansiedlung von Anbietern von haushaltsnahen Dienstleistungen in der Versorgungsregion unterstützt werden, um ein gelingendes Altern in der Versorgungsregion zu ermöglichen.

Zudem ist den Leistungserbringern und Akteuren in der Versorgungsregion eine bedarfsorientierte Erweiterung Ihrer Angebotspalette – auch und vor allem über Kooperationen – zu empfehlen, da eine Organisation bzw. ein Kooperationsverband von Organisationen mit mehreren Standbeinen unabhängiger, betriebsinterne Infrastruktur gemeinsam genutzt und Overhead-Kosten umgelegt werden können. Beispiele hierfür sind das zur Verfügung stellen von Räumlichkeiten, die Erweiterung des Angebotsspektrums um ein Café, das Verkaufen von Fachliteratur, Netzwerke mit geteilten Personalstellen für Not-Rufbereitschaften etc. Dabei muss die Diversifizierung der Angebotsstruktur die Möglichkeit beinhalten, dass die BürgerInnen bzw. KlientInnen in der Versorgungsregion die einzelnen Angebote flexibel miteinander kombinieren können. Bei einer Angebotserweiterung ist mittelfristig ein Rückfluss von Gewinnen zu erwarten, die nicht von vorneherein zweckgebunden sind, zudem kann die Eigenmittelerwirtschaftung den Zugang zu externem Kapital erleichtern. Ferner kann die mit der Erweiterung der Angebotspalette gekoppelte Zielgruppenerweiterung den Bekanntheits-

⁷⁴ Vgl. Arbeitskreis Dienstleistungen 2009, S. 20

⁷⁵ Ein Sozialraumbudget beinhaltet, dass für einen festgesetzten Zeitraum den im Sozialraum tätigen Akteuren Mittel zur Erledigung eines spezifischen Auftrags zur Verfügung gestellt werden. Meist geht es dabei um Aufgaben, die über die Grundversorgung hinausgehen und die zu einer Optimierung der Versorgung beitragen. Die Aufgaben werden als Zielvereinbarung definiert, aber es wird nicht definiert, auf welche Art sie erfüllt werden.

grad der Institution / Organisation oder des Vereins erhöhen. Für die Realisierung des Vorhabens einer Leistungs- bzw. Angebotsoptimierung ist es daher wichtig, auch die vorhandenen Ressourcen, wie z.B. Personal oder Know-how zu erweitern. Bei dieser Diversifikation der Angebote und Dienste ist es hilfreich, auch auf Eigenkapital, Kredite, Finanzierung über Bürgergemeinschaften, Leih- und Schenkgemeinschaften, Privatdarlehen oder Liquiditätsgemeinschaften zurückzugreifen.⁷⁶

3.2 Umsetzungsvorschläge für den Entwurf einer integrierten regionalen Gesamtversorgung

Umsetzungsvorschläge bauen auf den im vorhergehenden Kapitel genannten Planungsansätzen auf und beziehen sich auf die konkrete Umsetzung der Planung einer integrierten regionalen Gesamtversorgung. Das Ziel der Planung einer integrierten Gesamtversorgung ist schließlich nicht das alleinige Erstellen eines Plans, sondern deren Umsetzung und Anpassung an sich ändernde Bedingungen und Bedarfe vor Ort.⁷⁷

Eine integrierte regionale Gesamtversorgung muss daher sensibel in die vorhandenen Versorgungsstrukturen eingebunden werden. Dabei sollen im Folgenden neben allgemeinen Umsetzungshinweisen themenspezifische Umsetzungsvorschläge aufgelistet werden:

Die Umsetzung der gemeinsam erarbeiteten Planung einer integrierten Versorgung ist durch eineN PlanungsbeauftragteN mit einer eigenständigen Verankerung in der kommunalen Verwaltung, einem klar bestimmten Zuständigkeitsbereich und sicheren Zugängen zu anderen Verwaltungseinheiten und parlamentarischen Gremien zu organisieren. Es wird empfohlen, Budgets für fallunspezifische Arbeit und deren Anschubfinanzierung im Rahmen einer Gesamtversorgung in den Haushaltsplänen der Landkreise und Gemeinden vorzusehen. Durch diese Sozialraumbudgets können Unterstützungsleistungen und die dazugehörige Infrastruktur passgenauer weiterentwickelt werden, ohne an die Grenzen fachbereichsspezifischen Zuständigkeitsdenkens zu stoßen. So kann auch alt gewordenen Menschen mit Behinderung eine aktive gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht sowie ein größtmöglicher Handlungsspielraum für deren Selbstbestimmung, Selbständigkeit und Selbstverantwortung sichergestellt werden.⁷⁸

Der Erstkontakt zu Beratungsstellen und Dienstleistern stellt nicht selten eine hohe Hemmschwelle dar. Daher sind niedrighschwellige, barrierefreie Zugänge zu den Beratungsdiensten sowie ein hoher Bekanntheitsgrad dieser Dienste essentiell. Öffentlichkeitsarbeit, der Einbezug von Multiplikatoren (z.B. Ärzte, Pfarrer etc.), Informationsmöglichkeiten wie eine kommunale Internetplattform mit Links zu sozialen Hilfen oder Gemeindeblättchen und Mund-zu-Mund-Propaganda sollen für einen guten Informationsfluss über Beratungsstrukturen und Hilfeleistungen sorgen.

Neben diesen allgemeinen Umsetzungshinweisen sollen weitere Handlungsfelder nun themenspezifisch aufgelistet werden.

⁷⁶ Vgl. Knoth 2004, S. 15 – 23 und 133 – 137

⁷⁷ Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2009, S. 81ff

⁷⁸ Vgl. Hinte et al. 2003; Kluschatzka et al. 2009; Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009 und Verein für Sozialplanung e.V. et al. 1994, S. 11ff und 82f

3.2.1 Mobilitätsinfrastruktur

Eine kreative und umfassende Mobilitätsinfrastruktur ermöglicht älteren, mobilitätseingeschränkten Menschen mit Behinderung, selbstbestimmt über ein Verbleiben in der vertrauten Wohnumgebung zu entscheiden, sich eigenständig zu versorgen und wichtige soziale Kontakte weiter zu pflegen. Des Weiteren können ältere Menschen ihre Ressourcen, wie z.B. Kraftfahrzeuge, die eigene Bereitschaft, andere Menschen zu fahren oder auch finanzielle Ressourcen, ins Gemeinwesen einbringen.

Momentan besteht für innovative Angebote das Problem, dass jeglicher öffentliche Verkehr nach dem Personenbeförderungsgesetz (PBfG) und mit einem verbindlichen Fahrplan genehmigt werden muss. Des Weiteren sind die Instrumente der (finanziellen) Förderung des öffentlichen Verkehrs äußerst unübersichtlich und daher sollten Verfahren der Förderbeantragung vereinfacht und vereinheitlicht werden sowie den Kommunen mehr Eigenverantwortlichkeit zugestanden werden.⁷⁹

Es ist empfehlenswert, flexiblere und den ganzen Versorgungsraum abdeckende Formen des ÖPNV zu entwickeln, wobei es sich anbietet, durch BürgerInnenbeteiligung den Bedarf und die Wünsche der NutzerInnen in die Gestaltung des ÖPNV aufzunehmen.

So wurde im Rahmen des „Stadtumbaus Nordwaldeck“ (Landkreis Waldeck-Frankenberg) 2007 eine Befragung der 35 Ortsvorsteher u.a. zu vorhandenen und gewünschten Einrichtungen der Mobilität, sozialer Infrastruktur, verschiedener Wohnformen und der Barrierefreiheit vor Ort durchgeführt. Die Ergebnisse gingen in eine aktivierende Planung für die Region ein. Folgende Punkte sind Kern des konzeptionellen Entwurfs für den Bereich der öffentlichen Nahverkehrsinfrastruktur:

- Anrufsammeltaxen und Rufbusse,
- Mitfahrmöglichkeiten – Gemeinschaftsverkehr,
- Car-sharing - Möglichkeiten,
- Nutzung von Schulbussen oder Dienstfahrzeugen, die außerhalb der „Dienstzeiten“ zur Verfügung gestellt werden,
- Bürgerbusse mit haupt- oder ehrenamtlichen FahrerInnen,
- eine weitere Vernetzung und Verbünde mehrerer ÖPNV – Träger und
- Verbünde, die der Sicherung der Mobilität der Bevölkerung und einer effektiveren Ressourcennutzung dienen.⁸⁰

Aber nicht nur auf individueller, sondern auch auf struktureller Ebene können Ressourcen gepoolt und optimal genutzt werden, wenn z.B. Einrichtungen und Vereine der Alten- und Eingliederungshilfe Fahrzeuge dem Gemeinwesen außerhalb der Dienstzeiten zur Verfügung stellen oder sich an den o.g. mobilen Versorgungsverbänden beteiligen.

3.2.2 Infrastruktur der Nahversorgung

Der Anspruch an die Nahversorgung ist, auch im ländlichen Raum die Versorgung mit Lebensmitteln und sonstigen Gütern des täglichen Bedarfs zu sichern. Fehlende Grundversor-

⁷⁹ Vgl. Beetz 2007, S. 25 -37

⁸⁰ Diese Verbünde können nach dem Vorbild eines Funktionsmixes wie in Skandinavien aufgebaut werden (verkehrliche und außerverkehrliche Aktivitäten an multifunktionalen Busbahnhöfen, Bahnhöfen oder Postagenturen) oder wie ein erfolgreiches Projekt im ländlichen Niedersachsen und NRW: das „Mobilcafé“ – ein Bus, der die Ortschaften im ländlichen Raum bereist und in dem ein Arzt, eine Beratungsstelle und ein Café untergebracht sind. Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005 und www.aufdemlandmobil.de, Zugriff 29. September 2009

gung führt insbesondere bei mobilitätseingeschränkten Menschen in kleineren Orten oder Ortsteilen im ländlichen Raum zu Problemen. Die Standortanforderungen des filialisierten Lebensmitteleinzelhandels geben vor, dass bei einer Einwohnerzahl von unter 5.000 Einwohnern im Einzugsgebiet keine Filiale eröffnet wird bzw. die jeweilige Filiale schließt. Daher ist die Nahversorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs in vielen ländlichen Gemeinden oder Ortsteilen nur gesichert, wenn die Bevölkerung (auto)mobil ist. Alternative Angebotsformen sind kleinere Läden mit einer begrenzten Angebotspalette und höheren Preisen sowie mobiler Handel.

Daher ist es zu empfehlen, diese Ortsteile und Gemeinden eng mit den zentralen Orten der Versorgung zu verflechten und Infrastruktur im Bereich der „Menschenbringdienste“⁸¹ zu organisieren. Gegebenenfalls sind in den Kommunen auch Maßnahmen zu erwägen, die die Attraktivität für Handels- und Dienstleistungsanbieter steigern, sich in kleineren Gemeinden niederzulassen (hier ist an günstig überlassene Räumlichkeiten, Verträge mit öffentlichen Einrichtungen, wie z.B. Kindergärten oder Kantinen etc. zu denken).

Des Weiteren sollten Kooperationen zwischen regionalen Erzeugern, Händlern und der Gastronomie gefördert werden.⁸²

Ferner können folgende Bausteine in einen konzeptionellen Entwurf integriert werden:

- Nachbarschafts- und Hofläden,
- CAP – Märkte mit Lieferservice,
- Mobile Supermärkte oder Bäcker,
- Versandhäuser / Internetbestellungen für Güter des täglichen Bedarfs mit Lieferservice und
- Kooperationen, um die Grundversorgung mit Lebensmitteln sicherstellen, z.B. mittels eines gemeinsamen Fahrzeugs eines mobilen Bäckers und Metzgers.
- MarktTreffs als lebendiger auf die Bedürfnisse und Bedarfe vor Ort zugeschnittener lebendiger „Marktplatz“, der auf folgenden Säulen baut: den Verkauf von Lebensmitteln und Waren des täglichen Bedarfs, einem vielfältigen Dienstleistungsangebot und einem Treffpunkt oder Begegnungszentrum.⁸³

Die Zielgruppe „alt gewordene Menschen mit Behinderung“ profitiert von einer gesicherten Nahversorgung. Zudem tragen sie bzw. die Akteure der Eingliederungshilfe auch zur Kohäsion des ländlichen Raums bei, wenn Win-Win-Situationen durch die Vernetzung von Strukturen der Nahversorgung mit Strukturen der Behindertenhilfe erzielt werden. So kann zum Beispiel ein Dorfladen über Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung gehalten oder reaktiviert werden. Es soll hier auch auf die seit 1999 existierenden CAP-Märkte mit ihrem integrativen Konzept noch einmal separat hingewiesen werden. Es gibt momentan 69 CAP – Märkte in der Bundesrepublik (Stand Oktober 2009), in denen mehr als die Hälfte der MitarbeiterInnen behindert ist und die eine wohnortnahe Grundversorgung mit Lebensmitteln und Gütern des täglichen Bedarfs anbieten, oft auch Dienstleistungen, wie z.B. Postdienstleistungen, einen Lotto-Toto-Service, Kopierservice etc. So wird sowohl Inklusion realisiert als auch die Versorgung der Wohnbevölkerung sichergestellt.⁸⁴

⁸¹ Damit sind Transportmöglichkeiten gemeint, die insbesondere ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen zu Angeboten und Diensten bringen.

⁸² Vgl. Institut für Stadtentwicklung und Projektberatung PlanWerkStadt e.V. 2008, S. 61 und Hessischer Landtag 2007, S.75f

⁸³ Vgl. <http://www.markttreff-sh.de>, Zugriff 07. Dezember 2009

⁸⁴ Vgl. Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009, S. 106 und <http://www.cap-markt.de/index.php?id=22>, Zugriff 29. September 2009

3.2.3 Teilhabe- und Unterstützungsleistungen im Rahmen der Eingliederungs- und der Altenhilfe

Die Anzahl von alt gewordenen Menschen wird in den nächsten Jahren deutlich zunehmen, was dringenden Handlungsdruck für eine Anpassung der Versorgungsstrukturen nach sich zieht. Daher bietet es sich an, Teilhabeleistungen unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit fachübergreifend im Sozialraum zu organisieren und zu sichern. In den Landkreisen Hersfeld-Rotenburg und Kassel gibt es bereits eine fachübergreifende Vernetzung der Alten- und der Eingliederungshilfe. Die Leistungen müssen auch Gestaltungsspielräume für die Bedarfe von Menschen mit einem höheren Unterstützungsbedarf oder komplizierten Lebensverhältnissen eröffnen. Hier sind die Leistungserbringer der Behindertenhilfe gefragt, entsprechende Strukturen und Kooperationen, z.B. mit ambulanten Pflegediensten zu entwickeln, um personenzentrierte Unterstützung sicherzustellen. Die Leistungsträger sind aufgefordert, ihren Teil dazu beizutragen, Spielräume für kreative, personenzentrierte Lösungswege zu eröffnen.⁸⁵ Am effektivsten wird dieses Ziel dadurch erreicht, dass das Management der individuellen Teilhabeplanung mit der Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur für die Region koordiniert wird. In diesem Falle werden in einem transparent und beteiligungsorientiert operierenden Planungsgremium, einer sog. Regionalkonferenz, Bestands- und Bedarfsanalysen durchgeführt, um zum Zwecke einer längerfristigen Versorgungssicherung Prioritätensetzungen bei der Planung und Umsetzung der integrierten Gesamtversorgung gemeinsam zu erarbeiten. Daraufhin wird ein verbindlicher Angebots- und Maßnahmenkatalog inklusive Zuständigkeiten, zeitlicher Vorgaben, Finanzierung und Evaluation festgeschrieben. Eine derartig ausgerichtete Versorgung erfordert eine entsprechende interdisziplinäre Qualifizierung mit einem ausdifferenzierten Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildung.⁸⁶

Die vorhandenen differenzierten Entlastungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der Teilhabeleistungen sind, z.B. über Internetpräsentationen oder Informationsbroschüren in der Gemeinde oder über MultiplikatorInnen, wie z.B. Ärzte, Pfarrer etc., bekannt zu machen sowie daraufhin zu optimieren, dass sie möglichst frühzeitig einsetzen und präventiv ausgerichtet sind.

Des Weiteren sind interkommunale und interinstitutionelle kleinräumige und beteiligungsorientierte Kooperationen und Netzwerke, die auch Strukturen bürgerschaftlichen Engagements mit einbeziehen, wichtige Bestandteile der Sicherung der Versorgung der Zielgruppe. Letztere sollten eine regionale, mobile oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbare, interessenunabhängige und trägerübergreifende Beratung zu Fragen der Unterstützung und Versorgung der Bürger beinhalten. Ein anderer wichtiger Aspekt ist, die fragmentierte Sozialgesetzgebung zusammenzuführen und besser aufeinander abzustimmen.⁸⁷

3.2.4 Gesundheitswesen, Prävention, Rehabilitation und Pflege

Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung ziehen Differenzen im Gesundheitszustand der Bevölkerung nach sich. Ein derartiges Missverhältnis wäre grundgesetzwidrig, daher muss auch im ländlichen Raum medizinische Versorgungssicherheit gewährleistet werden. Aus Art. 72 Abs. 2 GG lässt sich der Grundsatz herleiten, gleichwertige Lebensverhältnisse herzustellen. Daher gibt es seit 1977 eine kassenärztliche Bedarfsplanung. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 haben sich die gesetzlichen Vorgaben für diese

⁸⁵ Vgl. Winter 2001a, S. 278

⁸⁶ Vgl. Winter 2001a, S. 276 und Kruse 2001, S. 220ff

⁸⁷ Weitere Ausführungen über die Gestaltung von Teilhabeleistungen sind dem Kapitel 4 des Zweiten Meilensteinberichts dieses Projekts zu entnehmen.

weiter differenziert und seit der Gesundheitsreform von 2004 gibt es die medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Folgende Aspekte sind Teil der Umsetzungsempfehlungen für den Bereich des Gesundheitswesens:

- Versorgungszentren in strukturschwachen Räumen mit Synergieeffekten,
- Gesundheits- oder Ärztehäuser und Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften,
- Lieferdienste von Apotheken,
- Finanzielles Honorieren ärztlicher Hausbesuche in Form einer realen, nicht einer pauschalisierten Abrechnung, so dass insbesondere Hausärzte ihrer Verpflichtung⁸⁸ auch nachkommen,
- Anpassung der Notfalldienste,
- Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und Ärzten untereinander, um nahtlose Übergänge in der Versorgung für die PatientInnen sicherzustellen,
- Anreize für Ärzte, sich im ländlichen Raum niederzulassen (günstige Darlehen zum Einrichten von Praxen, Praxisräume etc.),
- eine gesundheitliche Grundversorgung auch durch nicht-ärztliche Dienste, wie z.B. Familiengesundheitspfleger, zu gewährleisten,⁸⁹
- Ambulante Arztpraxen in Bussen und Lkws, in denen nach einem allgemein bekannten Fahrplan in den einzelnen Ortschaften Sprechstunden angeboten werden und
- zudem sollten – was den präventiven Bereich betrifft – die Voraussetzungen für Telemedizin geschaffen werden.⁹⁰

Letztendlich sollte aber auch über eine Reorganisation zugunsten zentraler Orte, an denen sich Allgemein-, Fachärzte⁹¹ und eine Apotheke niederlassen, nachgedacht werden, bzw. haben sich diese im Untersuchungsgebiet in den (Alt-)Kreisstädten bereits herauskristallisiert.

3.2.5 Selbstbestimmtes Wohnen

Bei konzeptionellen Überlegungen zur Wohnsituation der Bevölkerung soll eine möglichst eigenständige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit durch Beispiele guter Praxis im Blick sein. Daher ist es empfehlenswert, auf den Wohnungsmarkt für barrierefreien und kostengünstigen Wohnraum gesonderten Wert zu legen. Gerade im ländlichen Raum ist es für Menschen mit Behinderungen – alleinstehend wie auch als Paar – extrem schwierig, adäquaten und bezahlbaren Wohnraum zu finden.⁹²

⁸⁸ Nach § 17 Abs. 6 der Bundesmantelverträge – Ärzte sind Hausärzte zu Hausbesuchen bei ihren Patienten verpflichtet. Bundesmantelverträge regeln die (vertrags-)ärztliche Versorgung und beziehen sich auf den Geltungsbereich des SGB. Vgl. Broglie 2001

⁸⁹ Erfahrungen aus Finnland sind sehr positiv, vgl. Seitz et al. 2008

⁹⁰ Vgl. Beetz 2007, S. 49ff

⁹¹ Laut einer Meldung der Kassenärztlichen Vereinigung vom Januar 2010 fehlen derzeit bundesweit 3.600 Praxisärzte. Insbesondere im ländlichen Raum sei die medizinische Grundversorgung nicht mehr gesichert. vgl. http://www.fr-online.de/in_und_ausland/politik/aktuell/2121957_aerztemangel-auf-dem-Land-Kassenaerzte-fuer-rigorese-Zulassungsregeln.html, Zugriff 05. Januar 2010

⁹² Auch eine repräsentative Befragung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) vom September 2009 weist auf Versorgungslücken bei altersgerechten Wohnangeboten hin, vgl. <http://www.kda.de/news-detail/items/kda-studie-weist-auf-erhebliche-versorgungsluecken-beialtersgerechten-wohnangeboten-hin.html>, Zugriff 03. Oktober 2009

Vom Vorhandensein von ausreichend behindertengerechtem oder angepasstem Wohnraum können auch ältere Menschen ohne Familien oder Familien mit kleinen Kindern profitieren (z.B. von schwellenfreien Bädern mit Haltegriffen etc.). Weder der Bestand noch der Bedarf an barrierefreiem Wohnraum ist für die Untersuchungsregion zu ermitteln. Dies liegt daran, dass sich die Regelungen für barrierefreien Wohnraum auf Neubauten beziehen und der Umfang des barrierefreien Wohnungsbaus im Bestand nicht bekannt ist. Zudem ist auch nicht bekannt, wie sich das Angebot an barrierefreiem Wohnraum – insbesondere in ländlichen Flächenkreisen – verteilt. Es ist aber anzunehmen, dass es sich auf die Städte konzentriert.⁹³ Das Bereitstellen eines differenzierten Wohnungsangebots in der Kommune kann durch Kooperationen zwischen Wohnungsbaugesellschaften, Kommunen, Landkreisen und Einrichtungen der Alten- und der Eingliederungshilfe optimiert werden. Das Bereitstellen von genügend barrierefreiem Wohnraum in der Versorgungsregion ist ein wichtiger Faktor, um der Magnetwirkung von Heimen sowie einem weiteren Ausbau stationärer Versorgungsstrukturen entgegenzuwirken. Es ist sinnvoll, im Rahmen der integrierten regionalen Gesamtversorgung einen Überblick oder eine Art Melderegister für barrierefreien Wohnraum anzulegen sowie den Wohnberatungsstellen zugänglich zu machen.

Im Hinblick auf senioren- und behindertengerechten Wohnraum spielen auch ältere Menschen, die von ihren Angehörigen, Freunden oder ihrem Wohnumfeld unterstützt werden, eine Rolle.⁹⁴

Wenn Selbstbestimmung und Wohnwünsche dieser „Zielgruppe“ ernst genommen werden und gleichzeitig im Sinne des Normalitätsprinzips eigenständiges Wohnen anzustreben ist, sind entsprechende Beratungs- und Unterstützungsarrangements im ländlichen Raum zu organisieren. Dies würde beinhalten, dass neben Beratungsstrukturen ambulante Unterstützungsarrangements (wie z.B. Familienentlastende Dienste, Kurzzeitpflegemöglichkeiten, Dienste, die haushaltsnahe Dienstleistungen anbieten etc.) in den Kommunen der Versorgungsregion ggf. aus- oder aufzubauen sind. Des Weiteren ist diese Herausforderung durch einen Ausbau von Kurzeitaufenthaltsmöglichkeiten und dem Ermöglichen von Erprobungsphasen in Einrichtungen oder im Betreuten Wohnen sowie durch einen Ausbau des begleiteten Wohnens in Familien⁹⁵ – evtl. auch als Alternative für ältere Menschen, nicht nur Menschen mit Behinderung – anzugehen.

Im Rahmen des konzeptionellen Entwurfs sollten auch Fragen der Gebäudenutzung und des Leerstandes angegangen werden. Hier sollte über Umnutzung von Wohnraum in den Ortskernen (insbesondere zugunsten Kontakt- und Begegnungsorten) nachgedacht werden. Im Hinblick auf die Bedarfe vor Ort oder das Stiften generationenübergreifender Solidarität sollten besonders effektive Beispiele dieser Umnutzungen publik gemacht werden. Gemeinschaftlichen intergenerationellen Wohnprojekten wird dabei zunehmend eine bedeutendere Rolle zugeteilt. Neue Wohnformen, in denen das Erfahrungswissen und die Kompetenzen

⁹³ Ein dringender Bedarf in der Untersuchungsregion ist zu vermuten, da den beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen in Gesprächen mit älteren Menschen mit Behinderungen, deren Angehörigen, gesetzlichen BetreuerInnen, aber auch Akteuren der Behindertenhilfe immer wieder von der Schwierigkeit berichtet wurde, eine adäquate, barrierefreie Wohnung zu finden.

⁹⁴ In Hessen wurden 2007 gut 50% der Pflegebedürftigen von Angehörigen unterstützt. Nach einer eigenen Untersuchung werden 2009 in der Untersuchungsregion etwa 41 % der WfbM- und Tagesstätten – BesucherInnen ebenfalls von ihren Angehörigen unterstützt. Mehr als 40% dieser Personengruppe sind 40 Jahre oder älter. Vgl. Kapitel 2.1 dieses Berichts oder Barth / Fuhr 2009, S. 8ff und <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/gesundheitswesen-soziales/landesdaten/gesundheitswesen/pflege/grafik-eckdaten-pflegestatistik/index.html>, Zugriff 04. November 2009

⁹⁵ Dieses ambulante Unterstützungsangebot dient der Beförderung von gesellschaftlicher Teilhabe und der Verselbständigung entsprechend der individuellen Möglichkeiten des Einzelnen und bedarf klarer Rahmenbedingungen, die in Hessen momentan noch entwickelt werden. Zudem ist es nur auf freiwilliger Basis möglich. Vgl. auch Landeswohlfahrtsverband 2007

aller Generationen genutzt werden und die in einer intergenerationellen Solidarität münden, sollten erprobt und bei Erfolg bekannt machen werden. Es geht hierbei um die Weiterentwicklung und das Publikmachen von Konzepten für die o.g. generationenübergreifenden Wohnprojekte, Wohn-Pflege-Gemeinschaften⁹⁶ sowie selbstorganisierte oder an Institutionen angesiedelte Nachbarschafts-, Haus- oder Wohngemeinschaften, ggf. in Kombination mit Betreuungs-, Unterstützungs- und Pflegearrangements.⁹⁷

Gerade im ländlichen Raum sind regelmäßige Veranstaltungen, z.B. von Bildungsträgern, aber auch Kirchengemeinden, die über gemeinschaftliche Wohnprojekte informieren und Initiativen bei deren Gründung unterstützen, zu empfehlen.⁹⁸ Neben diesen Beratungs- und Informationsveranstaltungen sind im Wohnumfeld bereits vorhandene informelle, unterstützende Strukturen zu stärken und zu befördern. Dafür bietet sich z.B. eine Dienstleistungstauschbörse an (als Schwarzes Brett in Supermärkten oder an zentralen Orten in der Gemeinde als auch als Tombola auf Gemeindefesten etc.). Für das Aufbauen eines funktionierenden Netzwerks sind direkte Kontakte und Begegnungen sowie ein gemeinsames Medium bzw. gemeinsame Interessen wichtig.⁹⁹

⁹⁶ Wohn-Pflege-Gemeinschaften sind innovative und oft selbst organisierte Wohnformen, in denen sieben bis zehn pflegebedürftige ältere Menschen in quasi-familiärer Atmosphäre leben. Es gibt sowohl Individual- als auch Gemeinschaftsbereiche und die BewohnerInnen werden entsprechend ihrer Fähigkeiten und Wünsche in gemeinsame Aktivitäten einbezogen (wie z.B. gemeinsames einkaufen und kochen etc.), aber auch ein Rückzug in die Privatsphäre ist jederzeit möglich. Ein Team von Alltagsmanagern und Pflegekräften unterstützt die BewohnerInnen je nach ihrem individuellen Bedarf. Auch die Angehörigen sind als Vertrauenspersonen, Interessensvertreter und bei der Organisation der Wohngemeinschaft eingebunden. Vgl. <http://www.kiwa-sh.de/index.php?id=143>, Zugriff 05. Januar 2010

⁹⁷ Vgl. Schneekloth 2002; Leicht-Eckardt 2007; Aktion Psychisch Kranke e.V. 2009, S. 101 und <http://www.kiwa-sh.de/index.php?id=143>, Zugriff 15. Juni 2009

⁹⁸ Vgl. Hieber et al. 2005

⁹⁹ Wie z.B. der Garten des generationenübergreifenden Seniorenprojekts in Tiedoli (Italien), in dem über ein umfassendes Wohn-Pflegekonzept sowohl ein Dorf revitalisiert und Abwanderungsprozessen entgegengewirkt als auch ein selbstbestimmtes Leben außerhalb von stationären Versorgungsstrukturen ermöglicht wird. Genaueres ist nachzulesen bei Deutsch 2007, S. 7 - 79

4 Anknüpfungsmöglichkeiten für eine integrierte regionale Gesamtversorgung der Bevölkerung in der Untersuchungsregion

Zentral für die integrierte regionale Gesamtversorgung ist, dass für ältere Menschen mit Behinderung keine zusätzlichen Sonderwelten geschaffen werden sollen. Zudem wird im ländlichen Raum ein selbstbestimmtes Leben im Alter am ehesten durch Versorgungsstrukturen ermöglicht und längerfristig aufrecht erhalten, die Strukturen der Nahversorgung mit sozialer Infrastruktur verbinden. In den vorhergehenden Kapiteln wurden Planungsgrundsätze zusammengetragen und zu einem konzeptionellen Entwurf einer integrierten regionalen Gesamtversorgung verdichtet. Daraufhin sollen in diesem Kapitel bereits in der Region vorhandene Anknüpfungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Dafür wurden im Rahmen des Forschungsprojekts in der Untersuchungsregion Kooperationen, lokale Initiativen und Netzwerke ausfindig gemacht, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen. Die Zusammenstellung der vorgestellten möglichen Anknüpfungspunkte mit einer integrierten Versorgung basiert auf einer Nahversorgungsanalyse¹⁰⁰, Impulsen aus den Sitzungen der Gesamt-AG „kommunale Sozialplanung“ und Gesprächen mit ExpertInnen aus der Untersuchungsregion, die die beiden wissenschaftlichen MitarbeiterInnen seit Beginn des Projekts führen. Kooperationen, Initiativen oder Netzwerke wurden aufgrund folgender Kriterien ausgewählt:

- durch sie werden flexible Unterstützungsarrangements ermöglicht, die ein Leben in Selbstbestimmung wie auch Versorgungssicherheit bewirken,
- durch sie wird die Bevölkerung unabhängig und neutral informiert und beraten,
- sie befördern die gesellschaftliche Inklusion und wirken auf ein Klima generationenübergreifender Solidarität hin,
- durch sie können die BürgerInnen ihre persönlichen Ressourcen und Kompetenzen einbringen, um den Sozialraum angesichts des demografischen Wandels zu gestalten und
- sie wirken auf eine Optimierung der Allokation knapper Ressourcen¹⁰¹ in einer Versorgungsregion hin.

Im Verlauf des Projektes wurde immer wieder deutlich, dass viele Netzwerke und Initiativen selbst ExpertInnen und AkteurInnen, die in den Versorgungsstrukturen tätig sind, nicht oder nicht umfassend bekannt sind. Die Zusammenstellung an lokalen Initiativen, Netzwerken und Kooperationen hat das Ziel, diesem Informationsmangel durch die angeführten Beispiele zu begegnen. Zudem soll dies für Entscheidungsträger in der Untersuchungsregion als Inspiration dienen, einen kleinräumigen Überblick über die in den Städten und Gemeinden der Untersuchungsregion vorhandenen Versorgungsstrukturen zusammenzustellen. Darüber hinaus sollen Strukturen aufgezeigt werden, auf die eine vernetzte integrierte Versorgung nach dem in den vorhergehenden Kapiteln vorgestellten Entwurf aufgebaut werden könnte. Der Entwurf soll durch exemplarisch angeführte Anknüpfungspunkte belebt und konkretisiert werden. Eine integrierte regionale Gesamtversorgung beinhaltet viele Versorgungsaspekte in komplexen Zusammenhängen. Zur besseren Übersicht sind die Anknüpfungspunkte thematisch gegliedert.

¹⁰⁰ Nach einer initiierten telefonischen Befragung einiger Gemeinden im Sommer 2008 wurden Anfang 2009 alle Gemeinden im Untersuchungsgebiet angeschrieben und um Auskunft zur Nahversorgung auf der Ebene der Ortsteile gebeten. Erbeten waren Auskünfte zu Einkauf, Bank/Post, medizinischer Versorgung, ÖPNV und Angeboten durch Vereine oder Kirchen vor Ort. Der Rücklauf war mit 66% sehr hoch.

¹⁰¹ Die Aufteilung von Ressourcen, insbesondere von finanziellen Mitteln, in ungleiche Teile und Zuweisung zu bestimmten Bereichen aufgrund fachlicher Gesichtspunkte und drängender Bedarfe.

In der Untersuchungsregion gibt es zahlreiche ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, die wichtige Unterstützungsleistungen anbieten und so zu einem selbstbestimmten Leben älterer Menschen in Würde beitragen. Wegen des Fokus auf „Kooperationen, Initiativen und Netzwerke“ für ältere Menschen mit oder ohne Behinderung werden im Folgenden nur einige ausgewählt.¹⁰²

4.1 Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Mobilitätsverbesserung

Wie bereits erläutert, liegt ein Teil des Problems der Nahversorgung darin, dass aufgrund der demografischen Entwicklung Versorgungsangebote in kleineren Orten nicht mehr vorgehalten werden (können). Hier bietet es sich – auch wegen der angestrebten Wahlmöglichkeit – an, die NutzerInnen zu den entsprechenden Dienstleistungsangeboten (Einkauf, Verwaltung und medizinischer Versorgung) zu bringen. Neben der „Wiederbelebung“ stillgelegter Buslinien im Rahmen des Nordhessischen Verkehrsverbundes (NVV) gibt es diverse Initiativen in verschiedenen Gemeinden im Untersuchungsgebiet, die der Mobilitätsverbesserung dienen und die insbesondere älteren und mobilitätseingeschränkten Menschen zugute kommen:

Der Stadtbus in Zierenberg

Der Stadtbus in Zierenberg im Landkreis Kassel wird in erster Linie zum Zweck der Unterstützung von SeniorInnen eingesetzt, wird aber auch örtlichen Vereinen und Organisationen zur Verfügung gestellt. So wird beispielsweise gehbehinderten Senioren ein Transportservice zum Seniorenclub angeboten. Durch den Kleinbus wird es älteren Menschen ermöglicht, weiterhin selbständig ihre Einkäufe und Erledigungen zu tätigen; darüber hinaus ist der Bus auch ein sozialer Treffpunkt. Ehrenamtliche FahrerInnen, darunter auch der Bürgermeister, bringen an zwei Tagen in der Woche vormittags Menschen von den Ortsteilen Burghausen und Oelshausen in die Stadt Zierenberg und wieder zurück.¹⁰³

NiestetalExpress

Der Niestetaler Ortsbus im Landkreis Kassel pendelt seit Dezember 2007 während der Ladenöffnungszeiten stündlich zwischen den beiden Ortsteilen Heiligenrode und Sandershausen. Dieser Service wird von der Gemeinde getragen und kostenlos angeboten.¹⁰⁴

Bürgerbus in Kirchheim

Unter dem Motto „Bürger fahren für Bürger“ fährt ein Kleinbus für acht Personen im Landkreis Hersfeld-Rotenburg. Dort verbessert er die Verkehrsverbindung der zwölf Ortsteile Kirchheims, einiger Ortsteile der Nachbargemeinden Oberaula und Breitenbach untereinander sowie die Anbindung an die Kreisstadt Bad Hersfeld deutlich. Der Bürgerbus fährt seit 1985 regelmäßig von Montag bis Freitag je eine Vor- und eine Nachmittagstour. Die Organisation und der Betrieb des Bürgerbusses werden über den Förderverein Bürgerbus Kirchheim e.V. ehrenamtlich durchgeführt. Die insgesamt 21 BusfahrerInnen, die sich mit ihren Diensten abwechseln, sind ebenfalls ehrenamtlich tätig. Zudem besteht eine Kooperation mit dem NVV.¹⁰⁵

¹⁰² Die folgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Zudem lässt die Anzahl der Beispiele nicht auf eine größere Relevanz des behandelten Schwerpunkts schließen.

¹⁰³ Vgl. http://www.zierenberg.org/content/rathaus_satzungen/stadtbus.pdf, Zugriff 20. Oktober 2009 und <http://www.statistik-portal.de/FFKom/Praxisbeispiele/detail.asp?000000.3.xml>, Zugriff 20. Oktober 2009

¹⁰⁴ Vgl. <http://www.niestetal.de/NiestetalExpress-u.164.0.html>, Zugriff 20. Oktober 2009

¹⁰⁵ Vgl. <http://www.kirchheim.de/index.php?id=308>, Zugriff 20. Oktober 2009

Bürgerbus in der Gemeinde Espenau

Seit etwa 30 Jahren betreibt die Gemeinde Espenau im Landkreis Kassel einen kostenlosen Innerortsverkehr – den „City-Bus“ – und ist somit einer der Vorreiter der sog. „Bürgerbusse“. Ein Kleinbus fährt an drei Tagen in der Woche und verbindet die Ortsteile Hohenkirchen, Mönchehof und Schäferberg. Der Bus wird insbesondere von älteren, wenig mobilen MitbürgerInnen gerne in Anspruch genommen, um ihre Wege zu Ärzten oder der Verwaltung zu erledigen sowie einzukaufen.¹⁰⁶

Bürgerbus in Körle

Die Ortsteile von Körle im Schwalm-Eder-Kreis verfügten bis zum Jahr 2000 über eine ungenügende Anbindung an das Ortszentrum. Ein Ortsverkehr mit Linienbussen oder ein Anrufsammeltaxi kam aus finanziellen Gründen für die Gemeinde nicht in Frage. Auf der Basis einer Bürgerbefragung zur Erhebung des Bedarfs hat sich daraufhin ein Pool von ehrenamtlichen Fahrern gefunden. Daraufhin wurde ein Kleinbus für neun Personen geleast; die Finanzierung der Leasingraten erfolgte über Werbebeschriftung für ansässige Firmen auf dem Bürgerbus. Seit dem Jahr 2000 verbindet der Bürgerbus nun an drei Tagen in der Woche vormittags die Ortsteile mit dem Ortskern, holt die Fahrgäste an der Haustür ab, bringt sie an ihr Ziel und wieder zurück, jeweils gegen ein geringes Entgelt (0,50 € pro Fahrt). Zudem können Körler Vereine das Fahrzeug mieten.¹⁰⁷

StadtBus Hofgeismar

Seit Ende 2000 verkehrt der StadtBus auf drei Linien in der Stadt Hofgeismar im Landkreis Kassel. Die Kosten für den Stadtbus werden von der Stadt Hofgeismar getragen und vom Landkreis Kassel bezuschusst. Der StadtBus ist in den NVV und somit den Regionalverkehr eingebunden. Durch die Linien des StadtBus sind entfernter gelegene Hofgeismarer Stadtteile angebunden. Zudem werden auch Wohngebiete an die Innenstadt und zentrale Anlaufpunkte wie das Behördenzentrum, das Krankenhaus oder der Bahnhof angeschlossen. Somit kommt der Stadtbus insbesondere mobilitätseingeschränkten und älteren Menschen zugute.¹⁰⁸

4.2 Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Einkaufsmöglichkeiten vor Ort

Selbstbestimmtes Wohnen der Zielgruppe ist nur möglich, wenn der tägliche Bedarf gedeckt werden kann. Daher steht der Bereich des Wohnens in einer engen Verbindung mit den Einkaufsmöglichkeiten vor Ort, die insbesondere im ländlichen Raum zunehmend ausgedünnt werden. Unter diesem Punkt werden innovative Versorgungsmöglichkeiten aufgeführt.

¹⁰⁶ Vgl. http://www.espenau.de/w3a/cms/Einrichtungen_der_Gemeinde/Innerortsverkehr/index.10949.html;_jsessionid=F15DB45942E87C2B584C0A717BD864EE, Zugriff 20. Oktober 2009

¹⁰⁷ Vgl. http://www.gemeinde-koerle.de/Infrastruktur/Buergerbus_der_Gemeinde_Koerle.html, Zugriff 20. Oktober 2009

¹⁰⁸ Vgl. <http://www.oepnv-nordhessen.de/oepnvnordhessen/ksstadtbus/ksstadtbushofg/index.html>, Zugriff 17. Dezember 2009; http://www.hofgeismar.de/w3a/cms/Standard/Leben+in+Hofgeismar/Stadtbus/_/-_w3a2_-%7C%7Cw3a%7C%7C_publication.jsp%3FPubType%3D100030&mp%3D4&mpnl%3D1%252C4&mpnl%3D33&d%3D1&l%3D1&nf%3D1&mpp%3Daced00057400085374616474627573.html;_jsessionid=033016B948A89A89D21CE3E14E768614, Zugriff 17. Dezember 2009 und http://www.hofgeismar.de/w3a/cms/Standard/Rathaus+%2B+Politik/_Pressemitteilungen/Stadt_befoerdert_Behinderte_aus_Brunnenviertel_ab_sofort_kostenlos.htm_-_w3a2_-pubDetails.jsp%3FID%3D2530%26d%3D1%26f%3D1%26mpp%3D3%26mp%3D2%26mpnl%3D2%252C12.html, Zugriff 17. Dezember

Dorfladen in Alheim-Oberellenbach

Im Rahmen des Dorferneuerungsprogramms wurde 1998 in Alheim-Oberellenbach im Landkreis Hersfeld-Rotenburg ein Dorfladen eröffnet, um die Nahversorgung vor Ort sicherzustellen. Während die Gemeinde Alheim durch Umbau einer ehemaligen Scheune die räumlichen Voraussetzungen für den Dorfladen geschaffen hat, erfolgt der Betrieb über eine von den BürgerInnen gegründete GbR sowie teils ehrenamtliches und teils auf 400-EUR-Basis angestelltes Personal. Es gibt dort ein Grundsortiment an Lebensmitteln, Getränken, Backwaren und Dingen des täglichen Bedarfs, wie z.B. Reinigungsmittel sowie Dienstleistungen, wie Reinigungs- und Fotoannahme etc. Neben den Einkaufsmöglichkeiten werden auch die Kommunikationsmöglichkeiten durch ein Café und die Dorfladenveranstaltungen gut und insbesondere von der Zielgruppe des Projekts angenommen.¹⁰⁹

„Unser Laden“ in Wolfhagen-Altenhasungen

Im Zuge der Dorfentwicklung wurde in Wolfhagen im Landkreis Kassel 1989 ein Nachbarschafts- oder Bürgerladen im Ortsteil Altenhasungen eröffnet. 132 BürgerInnen betreiben als GesellschafterInnen den Bürgerladen „Unser Laden“ als GbR. Durch diesen wird nicht nur die Versorgung der Bevölkerung mit Gütern des täglichen Bedarfs gewährleistet, sondern auch ein Kommunikationsknotenpunkt der dörflichen Gemeinschaft gebildet. Dies wiederum kommt insbesondere der älteren Bevölkerung zugute.¹¹⁰

Wiedereröffnung eines Lebensmittelgeschäfts in Körle

In Körle im Schwalm-Eder-Kreis wurde 2002 in zentraler Lage ein Lebensmittelmarkt wieder eröffnet. Investitionen in den Warenbestand und die Einrichtung wurden den Betreibern des Geschäfts durch ein Existenzgründer-Darlehen durch die Gemeinde Körle möglich gemacht.¹¹¹

Ringgauer Landkäserei in Grandenborn

Die Ringgauer Landkäserei in Grandenborn im Werra-Meißner Kreis bietet sechs Außenarbeitsplätze der Werraland-Werkstätten für Menschen mit Behinderung und trägt durch den dazugehörigen Laden dazu bei, die Nahversorgung im Ort sicherzustellen. Zudem kann den KäserInnen in der Ringgauer Landkäserei bei ihrem Handwerk zugesehen werden und es gibt Führungen mit anschließender Verkostung. In Kooperation mit einer Landmetzgerei wurde ein Verkaufswagen erworben und so werden die Produkte auch auf Wochenmärkten in der Umgebung angeboten.¹¹²

Der Internetversand „Werratal Culinarium“

Der online-Shop „Werratal Culinarium“ ist ein Gemeinschaftsprojekt der Werratal Tourismus GmbH, des Werra-Meißner-Kreises und der Gemeinnützigen Werkstätten Eschwege des Aufwind e.V., über den Geschenke, wie Bücher, Kalender, Seife, aber auch Lebensmittel, wie Käse, Wurst, Honig, Liköre, Pralinen etc., bestellt werden können. Dank der Versandmöglichkeit reichen Nahversorgungsstrukturen bis vor die Haustür.¹¹³

¹⁰⁹ Vgl. Hessische Landesregierung 2007, S. 42ff und <http://www.alheim.de/texte/seite.php?id=17076>, Zugriff 17. Dezember 2009

¹¹⁰ Vgl. <http://www.dorfplanerin.de/nachbarschaftsladen.htm>, 12. Dezember 2009 und <http://www.wolfhagen.de/de/stadtleben/stadtteile/altenhasungen.php?navanchor=1110015>, Zugriff 12. Dezember 2009

¹¹¹ Vgl. <http://wagenfurth.de/gemeinde/b020208.htm>, 09. November 2009

¹¹² Vgl. <http://www.ringgauer-landkaeserei.de>, 09. November 2009

¹¹³ Vgl. http://www.urlaub-werratal.de/de/d7e13250-36a1-6b64-0e46-d9b82d904d3f_p12.html, Zugriff 09. November 2009

4.3 Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die soziale Infrastruktur für die Zielgruppe

Die heterogenen individuellen Bedarfe der Zielgruppe (ältere Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder individuellem Unterstützungsbedarf) werden durch Leistungen nach SGB XII oder – nach Anerkennung einer Pflegestufe – nach SGB XI gedeckt. Um die Würde und Selbstbestimmung der Betroffenen sowie Versorgungssicherheit zu gewährleisten, werden sowohl Spielräume für das Einbringen individueller Ressourcen und Kompetenzen geschaffen als auch Strukturen der Beratung und Information vorgehalten. So können ältere Menschen, ihre Angehörigen und mit dieser Aufgabe Betrauten eine ihren Vorstellungen und Bedürfnissen entsprechende Versorgung zusammenstellen. Die Gestaltung sozialer Infrastruktur für die Zielgruppe muss aus Gründen der Effizienz und um flexible Hilfearrangements zu gewährleisten unter der Prioritätensetzung „ambulant vor stationär“ erfolgen. Anknüpfungspunkte in der Untersuchungsregion sind hierfür:

Fusion der Eingliederungshilfebereiche des Emstaler Vereins und des Vereins Partner für Psychisch Kranke im Landkreis Kassel e.V.

Die Vereine „Partner für psychisch Kranke im Landkreis Kassel e.V.“ wie auch der "Emstaler Verein e.V." bieten seit Mitte der 80er Jahre Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischer Behinderung – auch im gerontopsychiatrischen Bereich – im Landkreis Kassel an. Da beide Vereine Angebote der Tagesgestaltung und des Betreuten Wohnens vorhalten und es von Anfang an Absprachen und eine enge Zusammenarbeit gab, haben sich die Vereine darauf geeinigt, den Eingliederungshilfebereich des Vereins Partner für Psychisch Kranke im Landkreis Kassel e.V. ab Oktober 2009 in den Emstaler Verein zu integrieren. Dadurch sollten Synergieeffekte, vor allem in der Verwaltung, erzeugt werden. Dabei wurden die Beschäftigten übernommen, um Beziehungskonstanz zu wahren. Um eine reibungslose Fusion und weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit zu gewährleisten, wurde ein gemeinsamer Beirat gebildet.¹¹⁴

Der Zweckverband Sozialstation Kaufungen – Lohfelden – Nieste

Die drei Gemeinden Kaufungen, Lohfelden und Nieste im Landkreis Kassel kooperieren im Bereich der Altenpflege und -betreuung. Hierfür wurde ein Zweckverband gegründet, der die Aufgaben der vormals zwei gemeindeeigenen Sozialstationen sowie einer Gemeindegewerbestation übernommen hat. Eine wohnortnahe Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen kann durch den Zweckverband sichergestellt werden, so dass die Menschen in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Der Zweckverband übernimmt neben den Aufgaben der häuslichen Pflege und Betreuung auch Aufgaben der Weiterbildung und Schulung von pflegenden Angehörigen und fördert den Erfahrungsaustausch Betroffener. Die interkommunale Zusammenarbeit im Rahmen des gemeinsamen Zweckverbands ist auf Dauer angelegt. Momentan wird geprüft, ob sich der Zweckverband auf Nachbarkommunen, die Interesse an einem Beitritt haben, ausdehnen kann.¹¹⁵

Die Aktivitäten der Sozialstation sind so organisiert, dass die Mittel der Kranken- bzw. Pflegeversicherung in der Regel für die Finanzierung des Zweckverbandes ausreichen. Die Sozialstation eröffnet den beteiligten Kommunen trotz der vorhandenen Sparzwänge eine Perspektive zur Sicherstellung von Versorgungsstrukturen für die Zielgruppe der Gesamtversor-

¹¹⁴ Vgl. http://www.hna.de/cgi-bin/netcontent/suche?func=anzeigen&id=111163035&filename=HNA000005032974.xml&sql_suche=Kooperation%20soll%20Arbeit%20effektiver&linknummer=523&code=&fastsearch=&searchout=on&archivsearch=&forumsearch=&votesearch=&preview=&control=&weitere=&filelock=&personalsearch=&range=&.html, Zugriff 12. Dezember 2009

¹¹⁵ Vgl. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2006, S. 31

gung sowie eine tarifliche Bezahlung der Pflegekräfte. Im Bereich der Betreuung von Demenzkranken und ihren Angehörigen kooperiert die Sozialstation zudem mit dem Unterstützungsprojekt BARKE des Landkreises Kassel (s.u.). Insbesondere für kleinere Gemeinden bieten sich derartige Zusammenschlüsse an, um eine effiziente und bedarfsgerechte Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen bei hohen Qualitätsstandards sicherzustellen.

Das Unterstützungsprojekt BARKE für Demenzkranke und ihre Angehörigen

Durch das Projekt BARKE (Unterstützende Betreuung und andere Angebote für Demenzkranke und Angehörige) wurde seit 2004 dementiell erkrankten Menschen in einem Teilbereich des Landkreises Kassel ehrenamtlich Unterstützung geleistet.¹¹⁶ Durch das Angebot soll erreicht werden, dass dementiell erkrankte Menschen in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können und pflegende Angehörige informiert, beraten und entlastet werden. Die Ehrenamtlichen werden in einer für sie kostenlosen Qualifizierungsmaßnahme geschult und verpflichten sich danach zu einer Mitarbeit bei BARKE für ein Jahr. Während ihrer Tätigkeit werden die Ehrenamtlichen fachlich begleitet. Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von fünf Euro pro Stunde und engagieren sich somit „halbehrenamtlich“.¹¹⁷ Das Projekt BARKE gliedert sich in drei Bereiche:

- eine niedrighschwellige und auf individuelle Bedürfnisse abgestimmte Betreuung dementiell erkrankter Menschen im häuslichen Bereich für ein bis drei Stunden pro Woche, die das Versorgungssystem ambulanter Dienste ergänzt.
- eine Betreuungsgruppe für dementiell erkrankte Menschen, in der soziale Kontakte befördert und unterstützt sowie personenzentrierte Beschäftigungsangebote offeriert werden,
- ein Angehörigencafé.

In der Erprobungsphase wurde das Projekt BARKE in das Altenhilfeangebot des Landkreises Kassel eingebunden und über Mittel der Pflegekassen, über das Land Hessen vergebene Mittel aus dem Europäischen Sozialfonds und den Landkreis Kassel finanziert. Mittlerweile gehört es zur Regelversorgung des Landkreises Kassel und wird durch Mittel der Pflegekasse nach §§ 45a und b SGB XI und des Landkreises getragen. Zudem leisten die Altenpflegekoordinatorin des Landkreises Kassel, Kommunen, Beratungsstellen für Ältere und kooperierende ambulante und stationäre Einrichtungen ihren Beitrag in Form von Sachleistungen und Personaleinsatz.

Offene Hilfen

In allen Landkreisen der Untersuchungsregion gibt es Angebote der offenen Hilfen, wie z.B. in Hofgeismar, Korbach, Eschwege, Schwalmstadt-Treysa und Bad Hersfeld. Bei offenen Hilfen handelt es sich um die Gesamtheit aller ambulanten, personenbezogenen sozialen Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige. Sie unterstützen ein Leben außerhalb stationärer Versorgungsstrukturen und ermöglichen so Menschen mit Behinderung ein Verbleiben in der gewohnten Umgebung. Die offenen Hilfen gehören zur ambulanten Versorgungsstruktur und umfassen im Kern die Familienentlastenden Dienste (FED), die individuelle Schwerbehindertenbetreuung und die persönliche Assistenz.

¹¹⁶ Bis zum 31. August 2007 hatte das Vorhaben Projektcharakter im Sinne einer Erprobung, seit 1. September 2007 gehört es zur Regelversorgung des Landkreises Kassel und deckt mittlerweile alle Gemeinden des Landkreises ab. Das Angebot besteht in den einzelnen Gemeinden unter unterschiedlichen Namen, hat jedoch in allen Gemeinden die gleichen Inhalte.

¹¹⁷ Werden diese Mittel nicht abgerufen, fließen sie wieder zurück an die Pflegekasse.

Die vielfältige Angebotspalette reicht von individueller Betreuung, Begleitung und Assistenz im Alltag und beim Schulbesuch, über Hilfen zur Erziehung, Freizeit- und Bildungsangeboten in Gruppen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfen bis hin zur Beratung sowie Information und Fortbildung von unterstützenden Angehörigen. Durch die Angebote werden Menschen entlastet, die Angehörige pflegen oder Menschen mit Behinderung in familiären Unterstützungsarrangements versorgen, sie schließen Lücken in der individuellen Unterstützung, wenn Angehörige noch anderweitig eingebunden sind und Betroffenen und Angehörigen wird in Krisensituationen beigegeben. So tragen die Angebote der offenen Hilfen signifikant zur Stärkung und Stützung familiärer Unterstützungs- und Pflegearrangements wie auch der gesellschaftlichen Teilhabe bei. Fundierte Beratungsangebote tragen zur Selbstbestimmung und einem vorausschauenden Umgang mit Unterstützungskonstellationen wie auch dem individuellen Bedarf Betroffener bei. Im Rahmen der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen werden seit 2005 Mittel für die Finanzierung von Regie- und Overheadkosten der Fachdienste offener Hilfen vom Land Hessen und dem LWV zur Verfügung gestellt.¹¹⁸

Angebote zur Tagesgestaltung für alt gewordene Menschen mit Behinderung

Einige Leistungserbringer in der Untersuchungsregion haben Angebote zur Tagesgestaltung für alt gewordene Menschen mit Behinderung gegründet, wie z.B. das Hessische Diakoniezentrum Hephata e.V. mit der Altentages- und Begegnungsstätte (ATB) oder die Baunataler Diakonie Kassel an mehreren Standorten. Das Angebot setzt sich zusammen aus einer breiten – an die Wünsche der Zielgruppe angepassten – Palette. So stehen diverse Kurse im künstlerisch-kreativen, kulturellen, Bildungs- und sportlichen Bereich sowie offene Angebote, wie z.B. ein Cafe, zur Auswahl. Die Angebote werden sowohl objektiven Anforderungen (wie z.B. der Förderung von gesundheitsfördernder Bewegung, gesunde Ernährung etc.) als auch individuellen Bedürfnissen und Wünschen (wie z.B. individuellem Ruhebedürfnis, Wünschen im Hinblick auf die Betätigungsmöglichkeiten etc.) gerecht. In einem für die TeilnehmerInnen bekannten Programm werden sowohl die Tagesgestaltung wie auch eine Wochenplanung bekannt gemacht. Die über die Woche verteilten Aktivitäten sowie ein vertrauter Tagesablauf tragen zur Erhöhung der Lebensqualität bei. Die Angebote wurden geschaffen, um alt gewordenen Menschen mit Behinderung oder Menschen mit sehr hohem individuellen Unterstützungsbedarf in den Wohnheimen der jeweiligen Einrichtungen eine Tagesgestaltung zu ermöglichen, stehen aber BewohnerInnen des Betreuten Wohnens sowie auch alt gewordenen Menschen mit Behinderung, die in familiären Unterstützungsarrangements leben, offen. Bei letzteren sind die privat und über die Einrichtungen organisierten Bringdienste von besonderer Bedeutung. Zudem werden – im Sinne von gesellschaftlicher Inklusion – Menschen mit Behinderung bei dem Wahrnehmen von Angeboten in der Gemeinde begleitet.¹¹⁹

Arbeitsgemeinschaft (AG) Kommunale Psychiatrie im Landkreis Kassel

Seit 1990 existiert die AG kommunale Psychiatrie im Landkreis Kassel als Steuerungsgremium mit beiratsähnlicher Funktion für alle relevanten Planungen und Projekte im psychosozialen Bereich. In der AG sind alle relevanten Leistungsträger, Leistungserbringer und Fachleute aus der Region vertreten. Die AG wird durch einen politischen und einen fachlichen Sprecher geleitet. Zum einen werden alle neuen Projekte, Innovationen und Veränderungen von den jeweiligen ExpertInnen vorgestellt, diskutiert und begutachtet, zum anderen erhält die

¹¹⁸ Vgl. Hessisches Sozialministerium 2004 sowie www.fed-hofgeismar-wolfhagen.de, Zugriff 10. Februar 2010; http://www.hephata.de/content/behindertenhilfe/downloads/hephata_flyer_betr_wohnen.pdf, Zugriff 10. Februar 2010 und <http://www.werraland-wfb.de/fed.html>, Zugriff 10. Februar 2010

¹¹⁹ Vgl. Kapitel 3.1 im Zweiten Meilensteinbericht, Barth / Fuhr 2009 und Gespräche in der Baunataler Diakonie am 02. April 2008 und 21. April 2009

AG Kommunale Psychiatrie Arbeitsaufträge durch den Kreistag oder Kreisausschuss, wie z.B. die Erstellung und Fortschreibung des Psychiatrieentwicklungsplans für den Landkreis Kassel.

Die AG kommunale Psychiatrie hat mehrere themenspezifische Unterarbeitsgruppen eingerichtet, die entweder unter der Federführung des psychosozialen Koordinators im Landkreis Kassel permanent tagen oder gegründet werden, um sich bestimmten Aufgaben zu stellen, wie z.B. der Erstellung eines Psychiatrieentwicklungsplans. Dieses Gremium dient neben dem Schaffen von Versorgungssicherheit durch eine aufeinander abgestimmte Weiterentwicklung der Versorgungsregion dem fachlichen Austausch der ExpertInnen untereinander sowie der Information der verantwortlichen SozialpolitikerInnen im Landkreis.¹²⁰

Das Programm „Älter werden in der Region Kassel“ im Rahmen des Zweckverbands Raum Kassel (ZRK)

Seit Anfang der 70er Jahre besteht der ZRK als Planungsverband mit den Mitgliedern Stadt und Landkreis Kassel, Baunatal, Vellmar, Ahnatal, Fuldabrück, Fulda, Kaufungen, Lohfelden, Niestetal und Schauenburg. Um eine aufeinander abgestimmte Entwicklung in der Region zu erwirken, werden die Kommunen im Rahmen des Zweckverbands beraten und bei der Umsetzung der Planungen begleitet. Zudem werden Fachveranstaltungen durchgeführt und Handlungsimpulse gegeben. Die Verflechtung der Stadt Kassel mit ihrem Umland dient in erster Linie einer zukunftsorientierten Wirtschaft und optimierten Flächennutzungsplanung, aber auch der Sicherung einer menschenwürdigen Umwelt und der Lebensgrundlagen der Bevölkerung. Daher wurde das Programm „Älter werden in der Region“ aufgelegt, das – abhängig von den Bedarfen vor Ort – in den einzelnen Kommunen unterschiedliche Schwerpunkte setzt, wie z.B. Pflege, Wohnen, Lebens- und Freizeitgestaltung etc. Mit dem Programm wird die Versorgung älterer Menschen in der Region Kassel gemeinsam geplant, aufeinander abgestimmt und umgesetzt. Zudem können sich die Bevölkerung, Angehörige von Betroffenen und ExpertInnen dank kompetenter Ansprechpartner vor Ort und einer übersichtlichen Publikation über die Angebote in der Region informieren.¹²¹

4.4 Anknüpfungsmöglichkeiten im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung

Die Zielgruppe ist – insbesondere bei Mobilitätseinschränkungen – von einer möglichst lückenlosen und qualitativ gesicherten gesundheitlichen Versorgung abhängig. Anknüpfungspunkte in der Untersuchungsregion sind hierfür:

Vitos Kurhessen gGmbH

Der Vitos-Verbund mit Sitz in Bad Emstal im Landkreis Kassel ist aus der stationären Psychiatrie in Bad Emstal - Merxhausen erwachsen und auf Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung spezialisiert. Die Vitos Kurhessen ist eine Tochtergesellschaft des LWV Hessen und besteht seit Januar 2008. Der Verbund wird aus etwa 40 Kliniken, Wohn- und Pflegeheimen, Fördereinrichtungen und Bildungsträgern in Nordhessen gebildet, die an verschiedenen Standorten in der Stadt Kassel und dem Landkreis Kassel, dem Werra-Meißner-Kreis, dem Schwalm-Eder-Kreis und dem Landkreis Waldeck-Frankenberg angesiedelt sind. Die Vitos Kurhessen gGmbH arbeitet mit ambulanten Diensten in der Region, Trägern der freien Wohlfahrtspflege und der Agentur für Arbeit eng zusammen.

¹²⁰ Vgl. Landkreis Kassel 2005, S. 3f

¹²¹ Vgl. <http://www.zrk-kassel.de/zrkhome.htm>, Zugriff 19. November 2009 und http://www.zrk-kassel.de/pdf/Aelter_werden_in_RegionKassel.pdf, Zugriff 03. November 2009

So entsteht ein integriertes Konzept von medizinischen, pflegerischen und pädagogischen Angeboten für Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten für Mitarbeiter, durch das bedarfsgerechte individuelle Unterstützung gewährleistet wird.

Die Angebote sind durch die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderung und eine rege Öffentlichkeitsarbeit auf eine gesellschaftliche Inklusion psychisch kranker und behinderter Menschen, sowie ein selbstbestimmtes und möglichst eigenständiges Leben der Betroffenen ausgerichtet.¹²²

Psychiatrische Stationen im kommunalen Krankenhaus Hofgeismar

Bereits im Psychiatrieplan für den Landkreis Kassel von 1993 wurde festgehalten, dass eine psychiatrische Tagesklinik mit Institutsambulanz für den nördlichen Landkreis fehlt. Daraufhin wurden Kooperationsgespräche zwischen dem Psychiatrischen Krankenhaus (PKH) Merxhausen und dem Kreiskrankenhaus Hofgeismar geführt, um eine kleine psychiatrische Station als Außenstelle des PKH Merxhausen (heute Vitos Kurhessen gGmbH) aufzubauen. Im März 1996 wurde die psychiatrische Station eingeweiht, die eine wohnortnahe, gemeinde- und bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft im nördlichen Landkreis Kassel darstellt. Mittlerweile gibt es dort eine gerontopsychiatrische und eine alltagspsychiatrische Station, eine Institutsambulanz sowie das Angebot einer ambulanten gerontopsychiatrischen Fachpflege. So können neben der akuten stationären Behandlung Alltagskompetenzen erhalten, pflegende Angehörige beraten und unterstützt sowie letztendlich ein eigenständiges Leben stabilisiert werden. Durch die Erweiterung des Hofgeismarer Klinikums wurde Versorgungssicherheit für 40.000 bis 50.000 Menschen geschaffen.¹²³

Gesundheit Nordhessen Holding AG (GNH AG)

Die Gesundheit Nordhessen Holding AG ist ein regionaler Gesundheitskonzern mit Sitz in Kassel, der die ambulante und stationäre medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung in der Stadt Kassel und dem Landkreis Kassel sowie in den Landkreisen Waldeck-Frankenberg und Werra-Meißner sicherstellt. Zu der im Februar 2002 gegründeten GNH AG gehören Kliniken, Rehabilitationszentren, Seniorenwohnanlagen und ambulante Dienste, die in 14 Zentralbereichen, wie Unternehmens- und Personalentwicklung, Bildung, Einkauf, Patientenservice etc., miteinander vernetzt und aufeinander abgestimmt sind. Durch die GNH AG wird den PatientInnen und KlientInnen eine umfassende und qualitativ gesicherte Versorgung quasi aus einer Hand gestellt. Ein Klinikverbund in kommunaler Hand gibt insofern Versorgungssicherheit, da dadurch auch im ländlichen Raum ambulante und stationäre Angebote der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung auch an sehr kleinen Standorten aufrechterhalten werden.¹²⁴

Der Trägerverbund ambulanter Dienste

Der Trägerverbund ambulanter Dienste in der Stadt Kassel e.V. ist ein Kooperationsverbund von Pflege- und Assistenzdiensten, der darauf abzielt, ein transparentes, qualitativ hochwertiges, umfangreiches und sicheres Pflege- und Assistenzangebot in der Stadt und im Landkreis Kassel zu offerieren. Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf und deren Angehörige können sich dank dieses Angebots informieren und passgenaue Leistungen umgehend und selbstbestimmt organisieren. Über den Trägerverbund werden die Dienst-

¹²² Vgl. <http://www.zsp-kurhessen.de>, Zugriff 22. November 2009

¹²³ Vgl. Arbeitsgemeinschaft Kommunale Psychiatrie 1993, S. 41

¹²⁴ Vgl. <http://www.klinikum-kassel.de>, Zugriff 22. November 2009

leistungen der angeschlossenen Organisationen vernetzt, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen organisiert und eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf pflegerrelevante Themen betrieben. Des Weiteren wird durch eine Kooperation mit den Krankenhäusern eine nahtlose Versorgung nach der Entlassung gewährleistet. Mittlerweile kooperieren in dem 1994 initiierten Verbund 14 ambulante Dienste auf der Grundlage verbindlicher, gemeinsam erarbeiteter Standards miteinander.¹²⁵

Gesundheitsnetz Nordhessen e.V. (GNN)

Das GNN wurde 1999 als Netzwerk mit Sitz in Kassel gegründet, um die Qualität der medizinischen Versorgung in Nordhessen sicherzustellen. Die Mitglieder sind niedergelassene Ärzte und Therapeuten aller Fachrichtungen aus dem Raum Kassel und den angrenzenden Landkreisen. Durch eine intensive Kooperation der beteiligten Hausärzte und Spezialisten soll eine nahtlos ineinander greifende und patientenorientierte medizinische Versorgung gewährleistet werden. Neue Erkenntnisse sowie Fortbildungsmöglichkeiten sollen über eine virtuelle Vernetzung publik gemacht werden, in die auch Klinikärzte einbezogen werden, um die Kooperationen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zum Wohle der Patienten zu intensivieren. Um Bedarfe und Bedürfnisse der im Mittelpunkt der Bemühungen stehenden PatientInnen dezidiert zu erfassen, sind Patientenbefragungen mit statistischer Auswertung geplant.¹²⁶

Genossenschaft der Ärzte und Psychotherapeuten in Nordhessen (DOXS eG)

Rund 600 niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen und Psychotherapeuten aus ganz Nordhessen haben sich 2007 zur DOXS eG zusammengeschlossen. Die Genossenschaft arbeitet darauf hin, in Nordhessen eine wohnortnahe ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung auch im ländlichen Raum langfristig sicherzustellen. Dies soll durch ein übergreifendes Qualitätsmanagement, eine intensive Vernetzung und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen ermöglicht werden. Es werden gemeinsam Qualitätsstandards und Behandlungspfade entwickelt. Des Weiteren wird Forschung betrieben und es werden neue, bedarfsgerechte medizinische Dienstleistungen, die durch Verträge mit Krankenkassen und Kliniken festgeschrieben werden, entwickelt sowie Fortbildungen organisiert. In mehreren fachspezifischen Arbeitsgruppen werden innovative Konzepte entwickelt, z.B. zu den Themen Qualitätsmanagement, Behandlungspfade etc.¹²⁷

¹²⁵ Bei diesen Diensten handelt es sich um den aha e.V., den Ortsverband Kassel des ASB - Arbeiter Samariter-Bunds, die Arbeiterwohlfahrt Nordhessen gGmbH, SWA – aktiv, die Caritas - Sozialstationen in Kassel und Naumburg, communitas curae, den Kreisverband Kassel-Wolfhagen des Deutschen Roten Kreuzes, die Diakoniestationen der Evangelischen Kirche in Kassel, den fab e.V., das Kasseler Krankenpflege-Team, die ambulanten Dienste des Lichtenau e. V., die RP Haus-und Familienpflege GmbH & Co. KG, die RUNDUM gGmbH und den Ambulanten Pflegedienst Schommer. Vgl. <http://www.traegerverbund-kassel.de/index.html>, Zugriff 20. Oktober 2009

¹²⁶ Vgl. <http://web2.cylex.de/firma-homepage/http%3A//www.g-n-n.de-5956262.html>, Zugriff 20. Oktober 2009

¹²⁷ Vgl. <http://doxs.de>, Zugriff 16. Oktober 2009

4.5 Anknüpfungspunkte im Hinblick auf selbstbestimmtes Wohnen

Selbstbestimmtes Wohnen älterer Menschen steht meist in enger Verbindung mit dem Wunsch, in der vertrauten Umgebung verbleiben zu können. Somit rückt auch das Wohnumfeld in den Fokus sowie Möglichkeiten des Erhaltens und der Förderung der Alltagskompetenz und das Nutzen der sozialen Ressourcen der betroffenen Personen. Zu den daraus resultierenden personenzentrierten und flexiblen Unterstützungsarrangements gehören auch Möglichkeiten der Information und Beratung.¹²⁸ Schließlich hängt die Selbstbestimmung in hohem Maße vom Wissen über die vorhandenen Wahlmöglichkeiten ab. Selbstverständlich hängen sie auch von den Wahlmöglichkeiten selbst ab – daher sollten Möglichkeiten des Übergangs- und Trainingswohnen ausgebaut und regelhaft finanziert werden.

Deutlich wird neben dem Bedarf an Beratung auch der Bedarf an Angeboten zur subjektiv sinnhaften Gestaltung des Tages, da das bloße Zur-Verfügung-Stellen von Wohnraum nicht ausreicht, um den individuellen Bedarf der Zielgruppe im Hinblick auf das selbstbestimmte Wohnen zu decken. Anknüpfungspunkte in der Untersuchungsregion sind hierfür:

Wohnverbände

Wohnverbände bestehen aus einem Netzwerk ambulanter und stationärer Wohnangebote für Menschen mit Behinderung und existieren in verschiedenen Varianten und Größen. In der Untersuchungsregion gibt es einen solchen Wohnverbund in jedem Landkreis, z.B. in Hofgeismar, in Korbach, in Eschwege, in Bebra und in Schwalmstadt.¹²⁹ Wohnverbundmodelle ermöglichen ihren BewohnerInnen fließendere Übergänge zwischen ambulanten und stationären Wohnformen als in einem segmentierten System von Wohnformen und tragen dazu bei, dass Wohnwünsche und -bedürfnisse personenzentriert realisiert werden können. Zudem können Potenziale des eigenständigen Wohnens dank Wohntrainingsmöglichkeiten und der Gewissheit, bei Bedarf im Wohnverbund Unterstützung zu erhalten oder ggf. auch wieder in Wohnformen mit höherer Betreuungsdichte wechseln zu können, besser ausgeschöpft werden. Zentral ist dabei, die BewohnerInnen dabei zu unterstützen, sich einen Überblick über die verschiedenen Wohnangebote zu verschaffen. Da die Realisierung des Wunsch- und Wahlrechts sowie eigene Vorstellungen einer idealen Wohnsituation vom Wissen über die Alternativen und möglichen Unterstützungsarrangements abhängen, ist eine dementsprechende Beratung und Begleitung notwendig. Ein funktionierendes Wohnverbundsystem basiert darauf, den einzelnen Personen flexible Wechsel sowie auch „Probewohnen im Ambulant Betreuten Wohnen“ zu ermöglichen. Die Finanzierung dieser Teilhabeleistungen ist zurzeit nicht regelfinanziert. Dieses Problem wird künftig im Zuge der Umsetzung personenzentrierter Unterstützung und der Entkopplung von Unterstützungsleistungen vom Erbringungsort aber nicht mehr als problematisch eingeschätzt.¹³⁰

Dezentralisierung und Regionalisierung im Geschäftsbereich Behindertenhilfe des Hessischen Diakoniezentriums Hephata e.V.

Der Geschäftsbereich Behindertenhilfe des Hessischen Diakoniezentriums Hephata e.V. war bisher hauptsächlich in Schwalmstadt-Treysa konzentriert. Um Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderung unabhängig vom Umfang des individuellen Bedarfs zu realisieren, wurden **Dezentralisierung und Regionalisierung** als Weg gewählt. Seit einigen Jahren wird die Umwandlung der Komplexeinrichtung in kleine, vernetzte Verbände, die hochwertig-

¹²⁸ Der Bedarf an Informations- und Beratungsstrukturen wird immer wieder deutlich, so bei der Analyse der Modellprojekte, Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 25ff

¹²⁹ Vgl. hierzu auch Kapitel 3.1 im Zweiten Meilensteinbericht, Barth / Fuhr 2009

¹³⁰ Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 20 - 31

gen Wohnraum zur Verfügung stellen, stringent verfolgt. Bei der Dezentralisierung wird Menschen mit Behinderung „normaler“ Wohnraum in Gemeinden und Städten mit guter infrastruktureller Anbindung angeboten. Für Menschen, die seit längerem in der Komplexeinrichtung leben, ist dies in erster Linie Wohnraum, der sich in vertrauter Umgebung in der Stadt Treysa und umliegenden Gemeinden (also auch im Schwalm-Eder-Kreis) befindet. Bei der Regionalisierung wird gezielt überprüft, ob für Anfragende aus anderen Landkreisen ein Angebot vor Ort etabliert werden kann. Des Weiteren wird der Wunsch von bereits in der Komplexeinrichtung wohnenden Menschen, in ihre Herkunftsregion zurückzuziehen, unterstützt, insofern dort ein Angebot vorhanden oder geplant ist.

Dieser Prozess wurde im März 2009 durch eine Zielvereinbarung mit der Aktion Mensch intensiviert und in einer Projektstruktur organisiert umgesetzt. Die Vereinbarung beinhaltet, dass in einem Zehnjahresplan über 300 Plätze umstrukturiert und am Standort Schwalmstadt-Treysa abgebaut werden. Seit Anfang 2008 wurde in Verbindung mit der Dezentralisierung und Regionalisierung eine unabhängige Wohnberatungsstelle für Menschen mit Behinderung, die in der Kerneinrichtung leben, etabliert. Diese wurde bereits von mehr als 50 Personen in Anspruch genommen. Wegen der Ansiedelung der vernetzten Verbünde steht Hephata bereits mit Kommunen im Schwalm-Eder-Kreis und darüber hinaus in Kontakt. Aufgrund der örtlichen Gegebenheiten sind jedoch nicht alle Standorte für eine Ansiedlung geeignet. Zentrale Kriterien für die Auswahl der Gemeinden sind, dass Menschen mit Behinderung dort willkommen sind und die infrastrukturelle Anbindung der kleinen Wohneinheiten – im Hinblick auf den ÖPNV, Einkaufsmöglichkeiten, die gesundheitliche Versorgung und Angebote zur Gestaltung des Tages wie Vereine, Restaurants etc. – sichergestellt ist. Ferner sollte die Gemeinde oder Stadt barrierearm sein und über das für die kleinen Wohneinheiten passende Objekt in guter Lage verfügen. Das Hessische Diakoniezentrum Hephata e.V. hat bereits oder wird mit ambulanten Diensten vor Ort in den Gemeinden Kooperationen aufbauen oder in Verbindung mit den Wohnangeboten ambulante Angebote, Beratungsstellen und Treffpunkte etablieren. Dies ist notwendig, da erfahrungsgemäß Sonderwelten nur aufgelöst werden können, wenn Schritte der Inklusion intensiv begleitet und zugleich Sicherheit schaffende Anlaufstellen geboten werden. Der Umstrukturierungsprozess wird durch das Förderprogramm „Umwandlung von Groß- und Komplexeinrichtungen“ der Aktion Mensch finanziell unterstützt.¹³¹

Die folgenden Beratungsstrukturen, Dienste und Netzwerke unterstützen das selbstbestimmte Wohnen:

Das Projekt „Wohnen wie ich will“

„Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V.“ ist ein 2001 gegründeter Verein von und für Menschen mit Lernschwierigkeiten mit Sitz in Kassel. In einem bundesweiten Netzwerk wird Menschen mit sog. geistiger Behinderung die Möglichkeit eröffnet, sich selbst zu vertreten, durch Schulungen und Vorträge für ihre Belange zu sensibilisieren und sich für die Verbreitung von leichter Sprache¹³² zu engagieren. Von 2008 bis 2011 arbeiten die MitarbeiterInnen von „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.“ in dem Peer-Beratungsprojekt „Wohnen wie wir wollen“, das vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziell unterstützt wird. Ziel des Projektes ist es, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Mehrfachbehinderungen durch das Bewusstwerden ihrer persönlichen Wünsche und Ziele und dem daraus folgenden gemeinsam erarbeiteten Realisie-

¹³¹ Gespräch im Hessischen Diakoniezentrum Hephata am 30. November 2009

¹³² Leichte Sprache besteht in kurzen, verständlichen Sätzen mit einfachem Vokabular, der Verdeutlichung der Satzaussagen durch Bilder und der Verwendung einer großen und klaren Schrift. Sie dient der besseren Verständlichkeit und somit einer optimierten Kommunikation, insbesondere im Hinblick auf Menschen mit sog. geistiger Behinderung.

rungsweg zu einem selbstbestimmteren Leben finden. Das Projekt „Wohnen wie wir wollen“ beinhaltet eine Umfrage im Internet zur Wohnsituation und Wohnwünschen inklusive der Möglichkeit, sich über die persönlichen Lebensgeschichten und -umstände auszutauschen. Des Weiteren werden Heimbeiratsschulungen und Schulungen für Betroffene und Akteure der Behindertenhilfe, die mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung ermöglichen wollen, sowie Podiumsdiskussionen durchgeführt. Zudem sensibilisieren die MitarbeiterInnen des Projekts die Menschen, die bei Leistungserbringern Verantwortung für die Weiterentwicklung der Einrichtung tragen, immer wieder in Hinblick auf das Thema „Selbstbestimmung“. So eröffnet das Projekt sowohl Perspektiven für selbstbestimmtes Wohnen als es auch auf einen barriere- und diskriminierungsfreien Raum abzielt und somit der gesellschaftlichen Inklusion dient.¹³³

Die Seniorenberatung in Waldhessen (SBWH)

Die SBWH wurde im Jahr 2001 ins Leben gerufen, um sich der Bedarfe und Belange von SeniorInnen und deren Angehörigen im Landkreis Hersfeld-Rotenburg anzunehmen, sowie die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung von älteren Menschen und deren gesellschaftliche Inklusion so lange wie möglich zu erhalten und zu fördern. Die vier Mitarbeiterinnen beraten aufsuchend und flächendeckend die Zielgruppe zu alltäglichen Fragen sowohl präventiv als auch bei Problemen, die in der Lebenswelt Älterer auftauchen. Sie informieren über Möglichkeiten und Angebote der Unterstützung und begleiten bei der Umsetzung der gewählten Maßnahmen. Des Weiteren werden pflegenden Angehörigen Entlastungsangebote unterbreitet, auch durch den Aufbau von Netzwerken bürgerschaftlich Engagierter. Zudem wird die kommunale Beratung und Unterstützung durch regelmäßige Sprechstunden der SBWH in vielen Gemeinden des Landkreises sowie durch Vorträge und diverse Fortbildungen für Angehörige, Ehrenamtliche und Hauptamtliche gestärkt. Positiv hervorzuheben ist, dass dank der SBWH in einem ländlich geprägten Flächenlandkreis die Verknüpfung von Case- und Care-Management realisiert wird. Die SBWH fungiert als Basis für den neu einzurichtenden Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI.¹³⁴

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (PSKBs)

Die 48 PSKBs in Hessen werden kommunal oder über Träger der freien Wohlfahrtspflege betrieben und sind elementarer Bestandteil einer gemeindenahen und ganzheitlichen Psychiatrie.¹³⁵ Sie dienen sowohl als niedrigschwellige Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Problemen oder psychischer Erkrankung und deren Angehörigen wie auch als präventives und kuratives Angebot. Die PSKBs beraten und begleiten die eben genannten Zielgruppen, vermitteln weiterführende Hilfen, wie z.B. Tagesstätten, Betreutes Wohnen etc., und bieten ein Dach für Selbsthilfegruppen Betroffener und deren Angehörigen. Durch PSKBs werden persönliche Kompetenzen gefördert und gestärkt und individuelle Ressourcen mobilisiert. Die Mitarbeiter der PSKBs begleiten bei der Überwindung persönlicher Krisen, bieten Beratung wie auch Angebote der Tagesgestaltung und eröffnen Perspektiven für soziale Kontakte, da die PSKBs auch als Begegnungsstätten fungieren. Des Weiteren trägt die durch die PSKBs betriebene Öffentlichkeitsarbeit zu einem offenen gesellschaftlichen Umgang mit psychischer Devianz sowie einer effizienteren Unterstützung Betroffener und deren Angehörigen bei. Im Hinblick auf die anvisierte Zielgruppe leisten PSKBs niedrigschwellige Informations-, Beratungs- und Vermittlungsarbeit für ältere Menschen und

¹³³ Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 38ff und <http://www.people1.de>, Zugriff 17. Dezember 2009

¹³⁴ Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 35ff und http://www.hef-rof.de/landratsamt_und_kreisverwaltung/presseinformationen/03_maerz_2006/5049.asp, Zugriff 17. Dezember 2009

¹³⁵ Daher werden sie durch den LWV Hessen finanziell unterstützt.

deren Angehörige; weiter stellen sie auch Angebote der Tagesgestaltung und zur Entlastung und Unterstützung für familiäre Unterstützungsstrukturen.¹³⁶

Wohnberatungsstellen für ältere Menschen

In der Untersuchungsregion gibt es diverse Wohnberatungsstellen mit unterschiedlicher Ansiedelung und Ausrichtung. Im Werra-Meißner-Kreis ist die Wohnberatung z.B. in die Angebotspalette des Seniorenbüros des Landkreises eingebunden und im Landkreis Hersfeld-Rotenburg in die Senioren-Beratung Waldhessen. Wohnberatungsstellen beraten sowohl bei notwendigen baulichen Wohnanpassungsmaßnahmen als auch bei organisatorischen und finanziellen Fragen. Darüber hinaus wird auch über notwendige Unterstützungsangebote (wie z.B. Hausnotrufe, hauswirtschaftliche oder pflegerische Versorgung) beraten sowie über verschiedene Wohnformen informiert. Sie sind ein wichtiger Bestandteil von Versorgungsstrukturen, um Barrieren für selbstbestimmtes Wohnen zu beseitigen. Daher wurde die Hessische Fachstelle für Wohnberatung (HFW) in Kassel etabliert, die die Aufgabe hat, ein flächendeckendes Netz von qualifizierten Wohnberatungsstellen landesweit auf- und auszubauen.

137

4.6 Anknüpfungspunkte im Hinblick auf eine gesellschaftliche Inklusion

Die unantastbare Würde des Menschen als sozialem Wesen ist eng mit seiner Einbindung in die Gesellschaft verbunden. Daher zielen jegliche Unterstützungsleistungen über die Deckung des individuellen Bedarfs auf eine gesellschaftliche Teilhabe. Allerdings basiert gesellschaftliche Inklusion nicht nur auf individuellen Unterstützungsleistungen, sondern auch auf barrierefreien Zugängen zum öffentlichen Raum und den dort vorgehaltenen Versorgungsstrukturen. 2008 hat auch die BRD das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung ratifiziert und sich so zu einer umfassenden Barrierefreiheit und der Umsetzung gesellschaftlicher Inklusion verpflichtet. In der Untersuchungsregion gibt es zahlreiche Anknüpfungspunkte für Inklusion, von denen hier einige exemplarisch aufgelistet sind:

Barrierefreie Volkshochschule der Region Kassel

Die Volkshochschule (Vhs) Region Kassel hat ihr Angebot um Kurse zum Themenschwerpunkt „Leben mit Behinderungen“ erweitert, die Menschen mit und ohne Behinderung offen stehen. Zudem wurde Menschen mit Behinderung der Zugang zu den Kursen durch Unterstützungsarrangements, wie z.B. Gebärdensprachdolmetscher, eröffnet. Ziel des Modellprojekts ist es, die Teilnahme von Menschen mit Handicap am Bildungsangebot der Volkshochschule zu erleichtern, Barrieren abzubauen und mit einem zusätzlichen Kursangebot speziell auf die Interessen von Menschen mit Behinderung einzugehen und Verständnis für deren Bedürfnisse, Probleme und Wünsche zu fördern. Das Projekt basiert auf einer Kooperation zwischen der Vhs, der Universität Kassel und der Trube Stiftung, die es in Höhe von 12.000 EUR zunächst für ein Jahr fördert.¹³⁸

Als begleitendes und unterstützendes Netzwerk wurde ein Arbeitskreis aus VertreterInnen von Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Region Kassel, der Vhs, der Trube Stiftung und der Universität Kassel gebildet.

¹³⁶ Vgl. Landkreis Kassel 2005 und http://www.kobinet-nachrichten.org/cipp/kobinet/custom/pub/content.lang,1/oid,16255/ticket.g_a_s_t, Zugriff 17. Dezember 2009

¹³⁷ Vgl. <http://www.barrierefrei-fuer-alle.de/ca/e/qi>, Zugriff 10. Februar 2010; <http://projekte.sozialnetz.de/go/id/beav>, Zugriff 10. Februar 2010 und http://www.mags.nrw.de/04_Soziales/1_Pflege/wohnen-im-alter, Zugriff 10. Februar 2010

¹³⁸ Vgl. <http://www.fab-kassel.de/selbstbestimmtleben.html>, Zugriff 23. November 2009 und <http://www.landkreiskassel.de/aktuell/presse/archiv/09/09-1502.htm>, Zugriff 23. November 2009

Kunst- und Kulturprojekte

Kunst- und Kulturprojekte mit verschiedenen Ausrichtungen und Schwerpunktsetzungen gibt es viele, die für die Zielgruppe des Projekts relevant sind. Die Angebote reichen von der seit 1998 bestehenden Musikgruppe „Saitenwind“ der Baunataler Diakonie Kassel über offene Begegnungsstätten, wie das Psychosoziale Zentrum (PSZ) Hofgeismar oder die Begegnungsstätte von AMOS in Kassel, über Möglichkeiten der künstlerischen Verwirklichung, wie in der Altentages- und Begegnungsstätte Hephata oder in den Tagesstätten für Ältere der Baunataler Diakonie Kassel bis hin zu Theaterprojekten.

Durch die Projekte werden Spielräume für eine subjektiv sinnvolle Gestaltung des Tages eröffnet und Möglichkeiten für das Entdecken und Entfalten von individuellen Begabungen und Fähigkeiten sowie für intensive generationenübergreifende Begegnungen geboten. Wichtig und sinnstiftend ist dabei die reziproke Ausrichtung der Projekte, da Menschen mit Behinderung nicht nur Objekte von Hilfe und Unterstützung sind, sondern handelnde Subjekte, die etwas zu geben haben und zum Gelingen der Projekte beitragen. Bei den Theaterprojekten handelt es sich u.a. um:

- Amateurbühne Espenau 82 e.V. im Landkreis Kassel,
- Klosterspiele Merxhausen e.V. im Landkreis Kassel und
- Freilichtbühne Twiste e.V. im Landkreis Waldeck-Frankenberg

Im Verein Klosterspiele Merxhausen e.V. werden Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung aus dem dort ansässigen Krankenhaus bzw. der heilpädagogischen Einrichtung mit einbezogen.¹³⁹

Lokale Bündnisse für Familie

Lokale Bündnisse für Familie basieren auf einer Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 2004 und existieren mittlerweile im gesamten Bundesgebiet an 580 Standorten mit mehr als 13.000 Akteuren. Sie dienen der Gestaltung einer nachhaltigen Familienpolitik angesichts des demografischen Wandels und bestehen in freiwilligen Zusammenschlüssen von Kommunen, Wirtschaftsunternehmen, sozialen Dienstleistern und Akteuren, Kirchen, Gewerkschaften, Verbänden, Stiftungen, alternativen Wohnformen etc. Lokale Bündnisse für Familie werden dank einer Anschubfinanzierung aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Europäischen Sozialfonds in die Wege geleitet. Diese Bündnisse haben das Ziel, intergenerationelle Solidarität, eine familienfreundliche Lebenswelt, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, eine bedarfsgerechte Kinderbetreuung, gestärkte Erziehungskompetenzen von Eltern und bürgerschaftliches Engagement durch konkrete und kooperative Maßnahmen vor Ort sicherzustellen. So wurden rund 5.200 Projekte entwickelt, um die lokale Infrastruktur familienfreundlicher zu gestalten und Versorgungslücken zu schließen. In der Untersuchungsregion gibt es lokale Bündnisse für Familie in den Orten Allendorf (Eder), Bad Hersfeld, Eschwege, Felsberg, Hessisch Lichtenau, Immenhausen, Kaufungen, Melsungen, Neuenbrunslar, Rosenthal, Staufenberg, Waldkappel, Wanfried und Witzenhausen sowie in den Landkreisen Waldeck-Frankenberg und Werra-Meißner mit den verschiedensten, auf den Bedarf vor Ort zugeschnittenen Angeboten.¹⁴⁰ Durch lokale Bündnisse für Familie werden auch personenzentrierte Angebote für ältere Menschen mit oder ohne Behinderung geschaffen.

¹³⁹ Vgl. <http://www.theaterstuecke.info/theaternetz/amateurbuehne-espenau>, Zugriff 23. November 2009; <http://www.freilichtbuehne-twiste.de/main/geschichte.html>, Zugriff 23. November 2009 und <http://www.klosterspiele-merxhausen.de/frame.htm>, Zugriff 23. November 2009

¹⁴⁰ Vgl. <http://www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de>, Zugriff 20. Oktober 2009

Mehrgenerationenhäuser

Bundesweit gibt es rund 500 Mehrgenerationenhäuser, die seit 2006 durch ein Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt werden. Mehrgenerationenhäuser sind Orte für generationenübergreifende Begegnung und Aktivitäten, die für die Bevölkerung vor Ort – unabhängig von Alter, Bildungsstand oder finanziellen Ressourcen – offen sind und für die bedarfsorientierte Angebote vorgehalten werden. Die Angebote dienen dazu, Familien, Alleinerziehende, pflegende Angehörige oder alte und behinderte Menschen in ihrer Alltagsbewältigung zu beraten und zu unterstützen. Mehrgenerationenhäuser verankern bürgerschaftliches Engagement, kooperieren mit der lokalen Wirtschaft, vor Ort vorhandenen Bildungs- und Beratungsangeboten sowie Vereinen und sind intensiv in die soziale Infrastruktur und deren Weiterentwicklung eingebunden. So fördern Mehrgenerationenhäuser ein solidarisches Miteinander und eröffnen Spielräume für ein reziprokes Ausschöpfen von persönlichen Ressourcen und Kompetenzen der Bevölkerung in gemeinsamen Lern- und Gestaltungsprozessen vor Ort. Fünf Mehrgenerationenhäuser befinden sich in der Untersuchungsregion:

- Mehrgenerationenhaus in Bad Wildungen im Landkreis Waldeck-Frankenberg mit den Schwerpunkten auf gemeinsamem Lernen, Kindern und Senioren,
- Mehrgenerationenhaus in Eschwege im Werra-Meißner-Kreis mit den Schwerpunkten auf Familien, Erziehung, freiwilliges Engagement, Kinder und Senioren,
- Mehrgenerationenhaus in Felsberg im Schwalm-Eder-Kreis mit den Schwerpunkten auf Beratung, Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur vor Ort, Kindern, Jugendlichen und Senioren,
- Mehrgenerationenhaus in Haunetal-Wehrda im Landkreis Hersfeld-Rotenburg mit den Schwerpunkten auf Kultur, Sport, Ernährung, Kindern, Jugendlichen und Senioren und das
- Mehrgenerationenhaus in Lohfelden im Landkreis Kassel mit den Schwerpunkten auf Förderung der Nachbarschaftshilfe, Inklusion von BürgerInnen mit Migrationshintergrund, Bildung und Familien.¹⁴¹

Dienstleistungstauschbörsen

Dienstleistungstauschbörsen, z.B. in Form von schwarzen Brettern in Supermärkten, aber auch virtuell im Internet, wie z.B. in Baunatal im Landkreis Kassel, tragen zu einem solidarischem und wechselseitigem Miteinander und der Deckung von Bedarfen bei. In Zierenberg im Landkreis Kassel gibt es eine „Seniorentauschbörse“, über die freiwillige HelferInnen an SeniorInnen, die Unterstützung benötigen, sowie SeniorInnen, die sich engagieren wollen, in die entsprechenden Engagementfelder vermittelt werden. Die generationenübergreifende Unterstützung besteht z.B. im Erledigen von Besorgungen oder der Begleitung bei Arztbesuchen etc. Das Engagement von Senioren bezieht sich auf Hausaufgabenbetreuung für Schulkinder, die Betreuung der Schulbücherei etc.¹⁴²

Nachbarschaftshilfevereine

Nachbarschaftshilfevereine unterschiedlicher Ausrichtung gibt es in vielen Gemeinden und Ortsteilen der Untersuchungsregion. Ihre Angebote reichen von gegenseitigen nachbarschaftlichen Unterstützungsangeboten – seien dies Angebote zur Kinderbetreuung oder zur Unterstützung älterer Menschen – über Fahrdienste, Kultur- und Informationsveranstaltungen bis hin zu Ausflugsfahrten in die Region und wenden sich in der Regel an alle Be-

¹⁴¹ Vgl. <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>, Zugriff 19. Oktober 2009

¹⁴² Vgl. <http://www.statistik-portal.de/FFKom/Praxisbeispiele/detail.asp?000000.3.xml>, Zugriff 19. Oktober 2009 und <http://www.dienstleistungen-kostenlos.de/index.php?md=152>, Zugriff 19. Oktober 2009

wohnerInnen einer Gemeinde. Ziel ist ein solidaritätsstiftendes und generationenübergreifendes Miteinander, in das sich alle Mitglieder einer Gemeinde einbringen können.

4.7 Anknüpfungsmöglichkeiten, die aus Aktivitäten interkommunaler Zusammenarbeit erwachsen

Interkommunale Zusammenarbeit im Raum Schwalm-Eder

Hintergrund der interkommunalen Zusammenarbeit ist die Erkenntnis, dass wirtschaftliche Entwicklung im ländlichen Raum nur in Kooperation erfolgreich sein kann. Oberstes Ziel dieser interkommunalen Zusammenarbeit ist die Weiterführung des im Rahmen des Forschungsprojektes „Vision 2030 Schwalm-Eder-West“ begonnenen gemeinsamen Entwicklungsprozesses und der Kooperationen der Gemeinden untereinander. Ein Kernpunkt der interkommunalen Zusammenarbeit ist das Virtuelle Gründerzentrum in der Schwalm, das mittlerweile dem Zweckverband Schwalm-Eder-West zugeordnet ist. Neben der Beratung zur Existenzgründung bietet es auch Serviceleistungen (Buchführung, Schreibservice etc.) an. Mit Unterstützung des Gründerzentrums wurden viele Betriebe gegründet, darunter auch solche, die durch ihre Angebote die Versorgungsstrukturen für ältere Menschen in der Region ergänzen:

- Beratungsbüro Pflege und Gesundheit in Willingshausen-Merzhausen: eine trägerunabhängige Beratungsstelle, die nach der Methode des Case-Managements arbeitet. Sie leistet die Unterstützung bei der Stellung von Anträgen an Kranken- und Pflegekassen und das Sozial- und Versorgungsamt und ist bei der Suche nach einem Kurzzeitpflege- und Heimplatz oder bei der Organisation der häuslichen Pflege behilflich.
- Seniorenservice Schütz in Gilserberg: ein seniorenorientiertes Angebot, das mit haushaltsnahen Dienstleistungen die Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit von SeniorInnen in ihrem gewohnten Lebensumfeld unterstützt.
- „momo“ – Mobile Praxis für Psychomotorik in Willingshausen-Loshausen: eine freie heilpädagogische Praxis mit einem Angebot an Kursen oder Behandlungen im Wohnumfeld der NutzerInnen.
- Naturheilpraxis Engelbrecht in Schwalmstadt: eine niedergelassene Praxis für verschiedene Naturheilverfahren.¹⁴³

Interkommunale Kooperation ist in den Bereichen der Verwaltungszusammenarbeit, des Stadtumbaus und der Stadtentwicklung, des Stadtmarketings, des Tourismus, Gewerbegebieten und Vermarktung, der Bildung sowie den Ressorts Kultur und Soziales inklusive Freizeiteinrichtungen sinnvoll. Nicht jede Kommune kann zukünftig alle Infrastrukturbereiche vorhalten, weshalb gemeinsame Entwicklungsperspektiven angeraten sind. Derzeit werden insgesamt 90 Städte und Gemeinden (13 Einzelstandorte und 17 interkommunale Kooperationen) aus dem Bund-Länder-Förderprogramm Stadtumbau in Hessen unterstützt (vgl. Abbildung 6). Einen Handlungsschwerpunkt legt das Land beim Stadtumbau in Hessen auf die interkommunale Kooperation vor allem kleinerer und mittlerer Kommunen in Nord- und Mittelhessen. Diese sind in besonderem Maß vom Bevölkerungsrückgang und dem wirtschaftlichen Strukturwandel betroffen.¹⁴⁴

Folgende „Interkommunale Kooperationen“ liegen in der Untersuchungsregion:

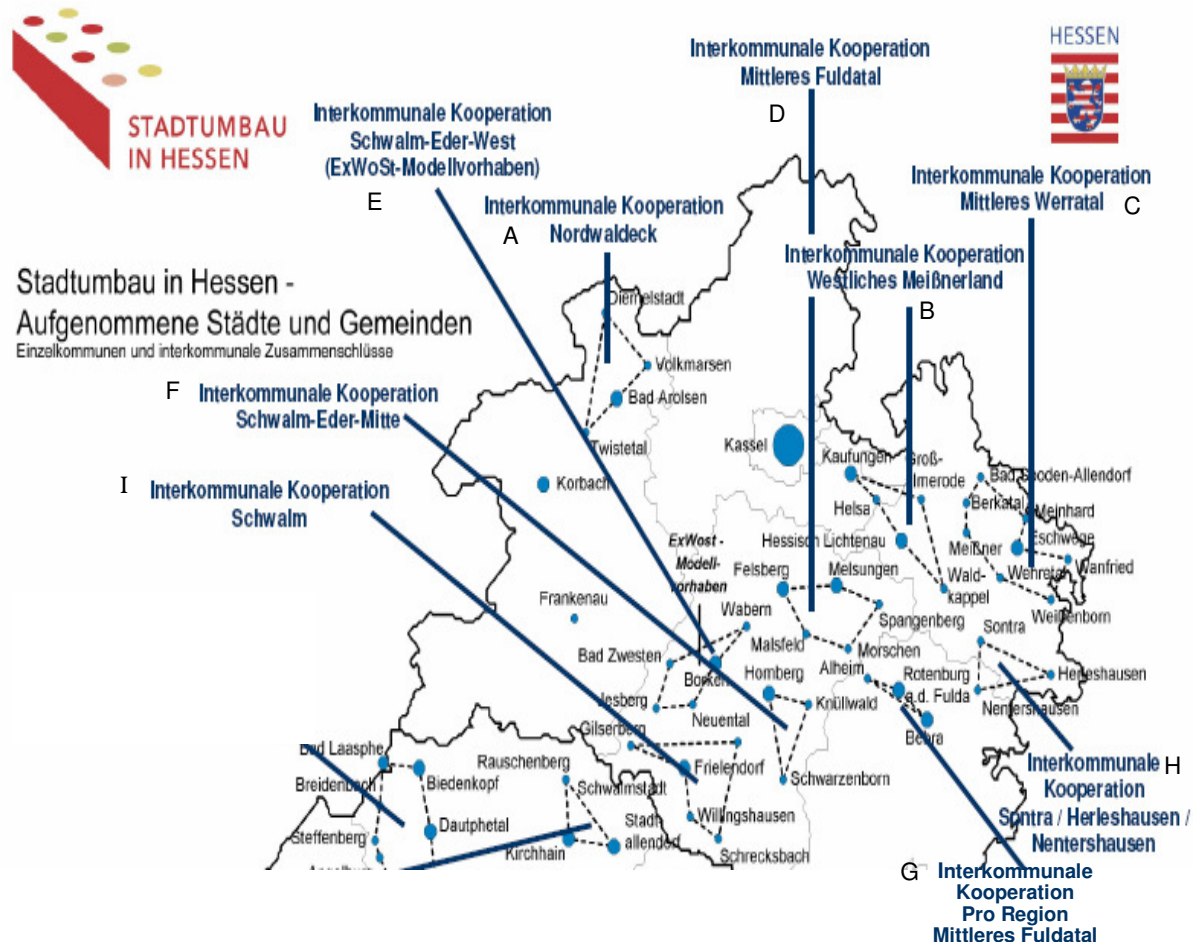
¹⁴³ Vgl. <http://www.vgz-schwalm.de>, Zugriff 20. Oktober 2009 und Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung 2006, S.31

¹⁴⁴ Im Rahmen des Programms „Stadtumbau in Hessen 2009“ erhielten die Kommunen im Jahr 2009 – jeweils zu 50% vom Land Hessen und zu 50% vom Bund – die in Tabelle 1 genannten Fördermittel. Nach einer Pressemitteilung des Hessischen Ministeriums für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung vom 30. November 2009 wurden in Hessen im Jahr 2009 rund 16,7 Mio. EUR für Fördermaßnahmen in 90 Kommunen ausgegeben; weitere 8,4 Mio. Euro steuerten die Kommunen zusätzlich zu. http://www.stadtumbau-hessen.de/?page=nav_main_4_2, Zugriff 27. Dezember 2009

Tabelle 1: Interkommunale Kooperationen im Rahmen des Stadtumbaus im Land Hessen

Gebiet	Gemeinden	Förderung 2009
Nordwaldeck (A)	Diemelstadt, Arolsen, Twistetal, Volkmarsen	788.000 €
Westliches Meißnerland (B)	Großalmerode, Waldkappel, Hessisch Lichtenau, Helsa, Kaufungen	1.146.000 €
Mittleres Werratal (C)	Berkatal, Eschwege, Meinhard, Meißner, Wanfried, Wehretal, Weißenborn, Bad Sooden-Allendorf	1.218.000 €
Mittleres Fuldata (D)	Felsberg, Malsfeld, Melsungen, Morschen, Spangenberg	1.055.000 €
Schwalm-Eder-West (E)	Bad Zwesten, Borken (Hessen), Jesberg, Neuental, Wabern	194.000 €
Schwalm-Eder-Mitte (F)	Homberg/Efze, Knüllwald, Schwarzenborn	480.000 €
Pro Region Mittleres Fuldata (G)	Alheim, Bebra, Rotenburg a. d. Fulda	537.000 €
Sontra/Herleshausen (H)	Herleshausen, Nentershausen, Sontra	358.000 €
Schwalm (I)	Frielendorf, Gilserberg, Schrecksbach, Schwalmstadt, Willingshausen	1.003.000 €

Abbildung 6: Karte zu den nordhessischen interkommunalen Kooperationen



Darüber hinaus erhielten die folgenden Gemeinden in der Untersuchungsregion als Einzelstandorte Mittel im Rahmen des Stadumbaues (im Jahr 2009):
Frankenau 430.000 € und Korbach: 355.000 €.

Fördergebiete des Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) sind von 2007 bis 2013 das Kasseler Bergland (mit den Gemeinden Schauenburg, Bad Emstal, Niedenstein, Baunatal, Edermünde, Gudensberg, Fuldabrück, Lohfelden, Söhrewald, Niestetal, Nieste, Kaufungen und Helsa) und das mittlere Fuldataal (mit den Gemeinden Felsberg, Melsungen, Spangenberg, Malsfeld und Morschen). Ein Schwerpunkt hier ist die Förderung von Regionalkultur und ländlicher Infrastruktur. Mit der Schaffung von Einrichtungen zur Verbesserung der regionalen Versorgung, zur Förderung der Regionalkultur und zur Verbesserung der Information und Kommunikation werden Beiträge zur Förderung des Gemeinwohls unterstützt.¹⁴⁵ Im Rahmen einer solchen Förderung könnte auch ein Informations- und Beratungssystem für alt gewordene Menschen mit Behinderung aufgebaut werden.

¹⁴⁵ http://www.region-kassel-land.de/cms/upload/downloads/Faltblatt_Frderung_im_Indlichen_Raum.pdf, Zugriff 27. November 2009

5 Zentrale Erkenntnisse, Forderungen und Empfehlungen des Forschungsprojekts „Selbstbestimmt Wohnen im Alter – Gestaltung sozialer Infrastrukturen für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen“

Ältere Menschen mit Behinderung – und dasselbe gilt für pflegebedürftige Menschen, wenn sich auch deren biografisch entwickelte Lebenswelten und individuellen Bedarfe unterscheiden – äußern grundsätzlich den Wunsch, ein selbstbestimmtes, selbständiges und subjektiv sinnhaftes Leben zu führen. Daraus ergeben sich vergleichbare Erwartungen an einen inkludierenden Sozialraum, individuelle, bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen sowie die Notwendigkeit der Assistenz beim Planen und Realisieren von tagesgestaltenden Aktivitäten.¹⁴⁶

Teilhabeleistungen für alt gewordene Menschen mit Behinderung fokussieren sowohl die Wohnsituation als auch Angebote zur Gestaltung des Tages sowie ein inkludierendes Gemeinwesen und sollen personenzentriert und passgenau angeboten und erbracht werden.

Die folgenden Empfehlungen¹⁴⁷ sollen politischen Entscheidungsträgern behilflich sein, sich der Aufgabe zu stellen, soziale Infrastruktur so inklusiv zu gestalten, dass sie der Heterogenität der Lebenslagen der Bevölkerung (inklusive alt gewordener Menschen mit Behinderung) gerecht wird.¹⁴⁸

Folgende Empfehlungen werden für die Bundesebene ausgesprochen:

1. **Für alt gewordene Menschen mit Behinderung soll nach wie vor die Eingliederungshilfe zuständig bleiben**, auch wenn nach der Feststellung des Pflegebedarfs ergänzend Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden sollten.
2. **Eine eindeutige Abgrenzung und eine aufeinander abgestimmte Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme der Pflegeversicherung nach SGB XI und der Eingliederungshilfe nach SGB XII ist insbesondere angesichts der Umsetzung der Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit erforderlich.**¹⁴⁹ Dabei muss gezielt **das Zusammenwirken der sozialen Sicherungssysteme optimiert** werden, um Schnittstellenproblematiken zu beseitigen.¹⁵⁰

¹⁴⁶ Vgl. Barth / Fuhr 2008 und 2009 sowie Mair / Hollander 2006, S. 62; van Laake 2006 und <http://www.isl-ev.de/category/schwerpunkte/personliche-assistenz>, Zugriff 17. Oktober 2009

¹⁴⁷ Handlungsempfehlungen und Forderungen, die nach den verschiedenen Adressaten (Leistungsträgern und Leistungserbringern) untergliedert sind, sind Kapitel 4 des Zweiten Meilensteinberichts zu entnehmen.

¹⁴⁸ Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 47ff sowie Aichele 2008, S. 12 und Vereinte Nationen 2006

¹⁴⁹ Auch wenn Pflege- sowie Eingliederungshilfeleistungen auf individuelle, bedarfsgerechte Unterstützung, Selbstbestimmung, den Erhalt und die Förderung von Selbständigkeit abzielen, haben sie einen unterschiedlichen Rechtscharakter: die Pflegeversicherung ist eine durch Beitragszahlungen erworbene Sozialversicherung für pauschalierte Leistungen der Pflege im Bedarfsfall. Die Eingliederungshilfe ist im Fürsorgerecht verankert und vergibt Leistungen je nach individuellem Bedarf subsidiär (also nachrangig) in vollem Umfang. Seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 ist eine Abgrenzung der Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflege erforderlich. Diese Unterteilung ist momentan relativ unproblematisch, da die Abgrenzung in Orientierung an den Leistungsort erfolgt. In Einrichtungen der Behindertenhilfe werden Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe erbracht und je nach individuellem Bedarf eine Pauschale in Höhe von max. 256 EUR monatlich für pflegebedingte Aufwendungen durch die Pflegeversicherung, vgl. §§ 43 und 43a SGB XI. Leistungen der Pflegeversicherung werden für einen genau definierten Teil des Pflegebedarfes pflegebedürftiger Menschen bewilligt. „Der übrige von der Pflegeversicherung nicht umfasste Pflegebedarf fällt in die Eigenverantwortung der betroffenen Pflegebedürftigen, im Falle von Bedürftigkeit nach den Bestimmungen des SGB XII besteht ein Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2009a, S. 61)

¹⁵⁰ Dank der Reform des Begriffs der Pflegebedürftigkeit sollen die Hilfe- und Unterstützungsbedarfe inklusive Aktivierung, Beaufsichtigung, Betreuung sowie Unterstützung bei der Kommunikation und gesellschaftlichen Teilhabe verschiedener Sozialleistungsbereiche nun übergreifend erfasst werden. So ist das Neue Begutach-

3. Insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs legt nahe, ein **Gesamtkonzept für die Unterstützung und Versorgung von pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung** zu entwickeln.¹⁵¹ Das Gesamtkonzept basiert auf der Verknüpfung einer adäquaten, personenzentrierten und an den individuellen Bedarf angepassten Einzelfallhilfe und der Ausgestaltung und Optimierung der vor Ort vorhandenen sozialen, insbesondere der pflegerischen, Infrastruktur. Für die Abstimmung vor Ort bieten sich Strukturelemente sowohl aus den Hilfeplan- oder Teilhabekonferenzen¹⁵² für die personenzentrierte Einzelfallhilfe als auch Elemente aus den Regionalkonferenzen in Hessen¹⁵³ für die Weiterentwicklung sozialer Infrastruktur an. An den Regionalkonferenzen sind alle relevanten Akteure zu beteiligen; sie sind auf Landkreisebene einzuführen. Für die im Gesamtkonzept erforderlichen Abstimmungsprozesse ist eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Es empfiehlt sich, diese in ein Reformgesetz zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu integrieren. Ebenso ist das Case- und Caremanagement rechtlich abzusichern.
4. Eine Weiterentwicklung und Umsetzung des **Persönlichen Budgets (PB)** nach § 17 SGB IX ist ein wichtiger Schritt für die Selbstbestimmung der Zielgruppe. Für die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets ist eine trägerübergreifende und aufsuchende Beratung notwendig. Betroffene äußern immer wieder den Wunsch nach unabhängiger Beratung, die es momentan noch nicht in ausreichendem Maße gibt. Problematisch ist aus Betroffensicht, dass die Höhe des PB das vorherige Kostenvolumen nicht überschreiten soll, aber auch die Kosten für notwendige Beratung und Begleitung bei der Budgetnutzung abdecken muss.¹⁵⁴ Des Weiteren sollten auch die überwiegend positiven Erfahrungen mit den personenbezogenen Pflegebudgets nach §§ 8 und 35a SGB XI zu einer weitergehenden Umsetzung von Pflegebudgets führen.¹⁵⁵
5. Die Voraussetzung für umfassende, am gesamten individuellen Bedarf orientierte Unterstützungssysteme sind einheitliche, klare **Zuständigkeiten** für Unterstützungs-

tungsassessment der Pflegeversicherung (NBA) in der Lage, alle körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen und Funktionsstörungen in Verbindung mit den individuellen Bedarfen und Lebenslagen zu erheben und nutzt dabei den Grad der Abhängigkeit als Bemessungsgröße. Die Reform des Begriffs der Pflegebedürftigkeit wie auch das daraus entstandene Instrument zur umfassenden Abbildung des individuellen Hilfebedarfs älterer Menschen mit oder ohne Behinderung ist zu begrüßen. Dies ist ein wichtiger Schritt, Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe zusammenzuführen und Versorgungslücken zu schließen. Es ist es dringend zu empfehlen, das NBA umgehend bundesweit einzuführen und ein Gesamtkonzept der integrierten Versorgung von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf sozialgesetzlich zu verankern. Vgl. auch Bundesministerium für Gesundheit 2009a und b; Wingenfeld et al. 2007 und 2008; Röber 2004 und 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009, S. 18

¹⁵¹ Vgl. vorhergehende Kapitel dieses Berichts sowie 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009, S. 19f und Bundesministerium für Gesundheit 2009a, S. 61

¹⁵² In diesem Gremium werden der individuelle Bedarf und die Erbringung und Finanzierung personenzentrierter Leistungen unter der Leitung einer koordinierenden Bezugsperson erörtert. Ein Teilhabeplan dokumentiert den systematischen Prozess der Planung, wobei – ausgehend von der aktuellen Lebenslage – eine gemeinsame Zielformulierung und Prioritätensetzung festgehalten wird sowie Verfahren und der Zeitrahmen gemeinsam formuliert werden. Aus den Erfahrungen der Teilhabekonferenzen in Hessen ist zu lernen, dass diese in ihrem Prozedere, ihrer Verortung und der Verbindlichkeit ihrer Vereinbarungen festzulegen sind.

¹⁵³ In Regionalkonferenzen werden Bedarfe aus den Teilhabekonferenzen, die nicht gedeckt werden können sowie suboptimale Versorgungsstrukturen jeweils auf Landkreisebene bekannt und damit transparent gemacht. Daraufhin werden Lösungswege diskutiert, Impulse für eine Regionalplanung gegeben sowie Zielvorgaben und Aufgabenverteilungen festgehalten. Auch für diese Gremien ist zu empfehlen, Prozedere, Verortung und Verbindlichkeit ihrer Vereinbarungen festzulegen.

¹⁵⁴ Auch wenn eine solche Überschreitung nach § 17 SGB IX in begründeten Einzelfällen zugelassen werden kann, gibt es diesbezüglich noch kein Grundsatzurteil und die Kommentare zum SGB IX stärken die Kostenneutralität der Teilhabeleistungen. Vgl. Barth / Fuhr 2009, S.65f

¹⁵⁵ Bislang besteht allerdings für keines der modellhaft erprobten Pflegebudgets eine befriedigende Anschlussfinanzierung, hier sollte umgehend Abhilfe geschaffen werden.

leistungen. Es wäre wünschenswert, die §§ 10 bis 14 SGB IX über **Koordinierung** und Zusammenwirken der Leistungen sowie die **Zusammenarbeit** und Zuständigkeit der Rehabilitationsträger (evtl. nach dem Vorbild der §§ 19 bis 21 SGB IX) zu konkretisieren. Hierfür wäre es hilfreich, eine koordinierende Ansprechperson sowie Vorgaben für ein Qualitätsmanagement und dessen Einhaltung verbindlich festzulegen. Ansätze für die Koordinierung gibt es durch die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation nach §§ 22 bis 25 SGB IX.

6. Die Kosten der Eingliederungshilfe sind in den vergangenen Jahren stark angestiegen.¹⁵⁶ Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend auch künftig fortsetzt.¹⁵⁷ Länder und Kommunen halten deshalb eine **angemessene Beteiligung des Bundes an diesen Kosten** für notwendig. Wie die im Beschluss der 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz geforderte Kostenneutralität bei steigenden Fallzahlen erreicht werden soll, ist noch offen.
Die Frage der Sicherung der Finanzierungsgrundlagen ist zentral, kann im Rahmen dieses Projekts aber nicht umfassend bearbeitet werden.

Folgende Empfehlungen werden für die Ebene der Länder ausgesprochen:

7. Es ist notwendig, durchlässige und flexible Hilfesysteme zu entwickeln, um **fachbereichsübergreifende personenzentrierte Ansätze**, die der gesellschaftlichen Teilhabe dienen, zu ermöglichen. Diese Ansätze sind durch eine umfassende Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und die Beachtung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der Menschen, aber auch von präventiven Aspekten gekennzeichnet.¹⁵⁸ Dabei ist darauf Wert zu legen, die Trägervielfalt und Wahlmöglichkeiten zu erhalten, sowie die Verbrauchersouveränität zu stärken. Die Basis für personenzentrierte Teilhabeleistungen ist ein – möglichst einheitliches – **Assessmentinstrument** zur Erhebung des individuellen Unterstützungs- und Teilhabebedarfs sowie eine personenzentrierte Leistungsfinanzierung.¹⁵⁹

Es wird empfohlen, sich zu einem möglichst einheitlichen Instrument der **personenzentrierten** und vom Erbringungsort unabhängigen **Leistungsfinanzierung** zu verständigen.¹⁶⁰ Es werden Impulse durch die personenzentrierte Bedarfsermittlung und bedarfsgerechte Leistungsfinanzierung durch das Modellprojekt „Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen“ (PerSEH) erwartet. Es wird empfohlen, nach einer kritischen Würdigung die positiven Aspekte dieses Projekts in eine landesweite Umsetzung zu übernehmen sowie die finanziellen Auswirkungen auf Landkreisebene zu prüfen.

¹⁵⁶ In den letzten Jahren sind durch Dezentralisierungsmaßnahmen die Aufgabenpaletten und Anforderungen an die Kommunen schneller gewachsen als die dafür zur Verfügung gestellten Budgets. Insbesondere in den Bereichen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege erwachsen den Kommunen erhebliche Mehrbelastungen.

¹⁵⁷ Vgl. Kapitel 2.1 des vorliegenden Berichts; sowie 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009 und http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/Eingliederungshilfekosten_weiter_auf.php?list_Link=1&WSESSIONID=312dbde25cbba456827d6d52029748de, Zugriff 9. Februar 2010

¹⁵⁸ Vgl. auch 85. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2008, S. 4 – 6. Diesbezüglich empfiehlt es sich, einen aktualisierten und überarbeiteten Entwurf des Präventionsgesetzes von 2007 baldmöglichst in Bundestag und Bundesrat einzubringen, vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 47 - 83

¹⁵⁹ Indem die Leistungen an die Person gebunden sind und nicht mehr an die vorhandenen Einrichtungen und Finanzierungsformen der jeweiligen Leistungen, wird die institutionengebundene Aufteilung in „ambulant“ und „stationär“ zu Gunsten des individuellen Bedarfs und der Selbstbestimmung von Menschen mit Unterstützungsbedarf zunehmend überwunden. Zu den Anforderungen an ein solches Verfahren gibt folgende Publikation Aufschluss: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Projektgruppe 21 2009

¹⁶⁰ Vgl. auch 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009

8. Der **Umsetzung der weiterentwickelten Persönlichen Budgets** sollten auf Landesebene Spielräume eröffnet werden. Es ist zu prüfen, inwieweit diese Art der Finanzierung durch Anreize befördert werden kann und soll.
9. Die **gesetzlichen und organisatorischen Grundlagen zur Etablierung von fachgruppenübergreifenden Regionalkonferenzen** auf Ebene der Landkreise müssen geschaffen werden. Aus den Erfahrungen in Hessen lernend ist zu empfehlen, die Gremien in ihrem Prozedere, ihrer Verortung und der Verbindlichkeit ihrer Vereinbarungen festzulegen.
10. Es empfiehlt sich, die **Vernetzung von Leistungsträgern untereinander, Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie Leistungserbringern miteinander auf Landesebene** anzuregen. Es hat sich in der regionalplanerischen Praxis als hilfreich erwiesen, Anreize für trägerübergreifende Kooperationen sowie Instrumente und Verfahren der Beteiligung zu schaffen. Eine derartige Anpassung der sozialen Infrastruktur muss langfristig und strukturell verbindlich gestaltet werden. Mit besonderer Sorgfalt sollen Standards über die Zumutbarkeit der Einschränkung der Wahlalternativen der Betroffenen – im Rahmen von Kooperationen und Anpassungsmaßnahmen der Infrastruktur – entwickelt werden. Bei dieser Vernetzungsarbeit wie auch für die Etablierung von Qualifizierungsprogrammen könnte auf Mittel des Europäischen Sozialfonds zurückgegriffen werden.

Folgende Empfehlungen werden für die Ebene der Landkreise und Gemeinden ausgesprochen:

11. Um den Wunsch älterer Menschen, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können, zu realisieren, müssen **ambulante Strukturen weiter ausgebaut und vernetzt** werden.¹⁶¹ Dazu müssen vor allem die Rahmenbedingungen für altersgerechtes Wohnen und die erforderliche Infrastruktur gesichert werden. Das gesetzlich verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ kann nur realisiert werden, wenn eine ambulante Versorgung sichergestellt ist und den Betroffenen die Beantragung und Strukturen ambulant erbrachter Leistungen transparent sind. Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung wie auch die Qualitätssicherung ambulanter Versorgung gelingt eher, wenn insbesondere ambulante Strukturen mit zivilgesellschaftlichen bzw. Strukturen bürgerschaftlichen Engagements verknüpft werden. Hier kommt Nachbarschaftsvereinen, familienentlastenden Diensten, Kirchengemeinden etc. eine besondere Rolle zu, da sie familiäre Unterstützungsarrangements sowie die Unterstützungsbereitschaft in der Gesellschaft erhalten und stärken.¹⁶² Dem Grundsatz Prävention und Rehabilitation vor Pflege kommt besondere Bedeutung zu. Allerdings entspricht in Einzelfällen, besonders bei chronisch und multimorbid erkrankten Menschen mit Pflegebedarf eine stationäre Versorgung den individuellen Bedürfnissen und Wünschen besser. Ambulante und stationäre Leistungsformen müssen durchlässig vernetzt miteinander arbeiten.¹⁶³

¹⁶¹ Dass immer wieder latente Bedarfe erst durch entsprechende Angebote offenkundig werden, bestätigt die Notwendigkeit des Ausbaus ambulanter Strukturen. Zudem kann mit einem adäquaten, bedarfsgerechten Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen dem sog. „Heimsog“ entgegengewirkt werden.

¹⁶² Vgl. Barth / Fuhr 2009, S. 47 - 83, Eberhardt 2007

¹⁶³ Vgl. Barth / Fuhr 2009, SONG 2009 a, b und c sowie das Programm "Neues Altern in der Stadt" (NAIS) Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2009

12. Die zentrale Strategie einer integrierten regionalen Versorgung ist die **Zusammenarbeit der Leistungsträger¹⁶⁴ miteinander, der Leistungsträger mit Leistungserbringern¹⁶⁵ wie auch der Leistungserbringer untereinander¹⁶⁶**. Den Kommunen kommt eine besondere Rolle zu. Um eine konstruktive und verbindliche Zusammenarbeit sicherzustellen ist eine beteiligungsorientierte Planung erforderlich. Bei der im Projekt anvisierten integrierten regionalen Gesamtversorgung geht es um die strukturelle Vernetzung zur Sicherung der sozialen und infrastrukturellen Grundversorgung. Es ist nötig, gemeinsame Leitziele zu formulieren und daraufhin verbindliche Prozesse in der Leistungserbringung und die Überwindung von Konkurrenzsituationen herbeizuführen. Potenziale und Widerstände sowie auch die vorhandenen Strukturen sind dabei zu analysieren. Die Schnittstellen der Versorgung wie auch die Konkurrenzen sind durch attraktive Anreize für Kooperationen sowie bereichs- und trägerübergreifende Kooperationen und Planungsgremien¹⁶⁷ zu überwinden. Diese Gremien sind teilweise über gemeinsame Arbeitskreise, wie z.B. den AK kommunale Psychiatrie im Landkreis Kassel etc., bereits vorhanden und müssen langfristig tragfähig auf- und ausgebaut werden.

Zielvorstellungen und verbindliche Absprachen werden in fachbereichsübergreifenden Prozessen und Aufgabenaufteilungen auf der Grundlage von regionalen Bedarfsuntersuchungen sowie der laufenden Evaluation bestehender Leistungsangebote entwickelt. Durch eine – wie bereits unter Punkt 3 angesprochene – kleinräumige Verbindung des Case- und Care- Managements in Regionalkonferenzen können inadäquate oder suboptimale Versorgungssituationen und -strukturen verbessert oder gar beseitigt werden. Eine kommunale Altenhilfeplanung wird empfohlen und sollte in eine integrierte regionale Versorgung eingebunden werden.

13. Ausgangspunkt für die Planung ist die **Inklusion der Bürger in einen barrierefreien kommunalen Sozialraum**, in dem auch Menschen mit Behinderungen leben und altern.¹⁶⁸ Daher wird den Kommunen geraten, auf einen barrierefreien Zugang zum Sozial- und öffentlichen Raum für alle Bürger sowie den Auf- und Ausbau von Begegnungs- und Kontaktorten hinzuwirken.
14. Die **Qualitätsentwicklung des Sozialraums** ist die Evaluation des Wirkungsgrades einzelner Angebote und Dienste notwendig. Voraussetzung der Weiterentwicklung der Sozialraumorientierung sind qualifizierte MitarbeiterInnen mit interdisziplinären Kompetenzen (in den Bereichen Eingliederungshilfe, Reha, Pflege, Pädagogik etc.) und deren Fähigkeit zum vernetzten Denken sowie das Etablieren neuer Berufsbilder, wie z.B. Alltagsmanager¹⁶⁹.

¹⁶⁴ wie z.B. der Pflegekassen und überörtlichen Sozialhilfeträger

¹⁶⁵ wie z.B. Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit dem örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger, um personenzentrierte Unterstützung zu ermöglichen.

¹⁶⁶ wie z.B. Anbieter ambulanter Dienstleistungen der Behindertenhilfe, haushaltsnaher Dienstleistungen, Senioreneinrichtungen und dem gerontopsychiatrischen Bereich (insbesondere Demenz).

¹⁶⁷ Diese Gremien sind Planungsinstrumente zur Beteiligung der verschiedenen Akteure und zur Bildung regionaler Netzwerke. Sie weisen beiratsähnliche Strukturen auf und setzen sich aus BürgerInnen und VertreterInnen von örtlichen und überörtlichen Kostenträgern sowie örtlich ansässigen Einrichtungen, Institutionen und Vereinen, aber auch VertreterInnen von bürgerschaftlich Engagierten zusammen.

¹⁶⁸ Vgl. die vorhergehenden Kapitel dieses Berichts; Barth / Fuhr 2009 sowie BAGüS 2007, S. 7; Vereinte Nationen 2006 und Evangelische Stiftung Alsterdorf et al. 2009, S. 7f

¹⁶⁹ Fachkräfte, die ältere oder Menschen mit Behinderung dabei assistieren, ihren Alltag zu bewältigen, z.B. durch psychosoziale Begleitung, Unterstützung im Haushalt oder bei der Koordination von alltäglichen Erfordernissen etc.

Neben interdisziplinären, innovativen Ausbildungen und Studiengängen wird empfohlen, regionale Fortbildungsverbünde oder Qualitätszirkel zu bilden, die Anstöße dazu geben, in eine kontinuierliche, fachlich fundierte Auseinandersetzung zu Fragen, Problemen und Perspektiven von alt gewordenen Menschen mit Behinderung einzutreten. Eine sozialraumbezogene Gesamtversorgung zielt sowohl auf Versorgungssicherheit wie auch auf die Aktivierung der Ressourcen im Gemeinwesen ab und bezieht daher auch informell oder familiär erbrachte Unterstützung und Strukturen bürgerschaftlichen Engagements in die konzeptionellen Überlegungen mit ein.¹⁷⁰ Diese Strukturen sind im Sinne eines Verbraucherschutzes in die Überprüfung der Versorgungsqualität einzubinden.¹⁷¹

15. Versorgungsstrukturen können nicht ohne **flächendeckende, bei Bedarf auch aufsuchende niedrighschwellige und unabhängige Beratungsstrukturen** weiterentwickelt werden. Dabei umfassen diese Strukturen die Beratung und Unterstützung bei der Koordination verschiedener Unterstützungsleistungen, psychosoziale Beratung, Wohnberatung, informelle Austauschmöglichkeiten Betroffener und deren Angehöriger etc. Die Transparenz der Leistungsangebote kommt der Zielgruppe im Hinblick auf ein zufriedenstellenderes Ausschöpfen der Wahlmöglichkeiten zu Gute. Bei der Ausgestaltung der Beratungsstrukturen ist es sinnvoll, auf die vorhandenen Strukturen wie kommunale Beratungsstellen, die gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22 – 25 SGB IX, Pflegestützpunkte (PSP) nach § 92c SGB XI etc. aufzubauen und diese zu optimieren.

Folgende Empfehlungen werden an die Leistungserbringer ausgesprochen:

16. Es wird empfohlen, dass die Leistungserbringer der Behinderten- und der Altenhilfe Priorität ein vernetztes Angebot von ambulanten, teilstationären und wenn nötig stationären Hilfen konzipieren und dabei den Wunsch nach einem Leben im Alter in der eigenen Häuslichkeit berücksichtigen. Dabei ist es hilfreich, **Konzepte und Modelle für das Gelingen und die Finanzierung von trägerübergreifenden¹⁷² Kooperationen** zu erstellen und als **Modelle guter Praxis bekannt** zu machen. Leistungserbringer sollten sich in einer konstruktiven und produktiven Zusammenarbeit an der Planung und Umsetzung von Konzepten einer regionalen integrierten Gesamtversorgung beteiligen. Besonders wünschenswert ist hier die Etablierung von Dienstleistungszentren, die unterschiedliche Angebote der Unterstützung, aber auch der sinnhaften Betätigung und Freizeitgestaltung anbieten. Diese Angebote dürfen auch im ländlichen Raum nicht fehlen.
17. Die **Beteiligung von BürgerInnen und Betroffenen** an der Planung ist sicherzustellen, sowohl punktuell, wie z.B. in Zukunftswerkstätten, als auch kontinuierlich in kommunalen Strukturen. Die Bürger- und Betroffenenbeteiligung sind als tief greifendes Empowerment zu verstehen und nur durch eine umfassende Barrierefreiheit zu realisieren.¹⁷³
18. Leistungserbringer und Kommunen sind gehalten, sich intensiv um die **Stärkung unterstützender Strukturen und die Entlastung von Angehörigen** zu kümmern. Dies

¹⁷⁰ Für alt gewordene Menschen mit Behinderung spielen hier z.B. auch Unterstützernetze in Form von Freundeskreisen mit gemeinsamen Interessen eine Rolle.

¹⁷¹ Die Stadt Arnsberg (in Westfalen) sei hier als nachahmenswertes Beispiel einer altengerechten und behindertenfreundlicher Kommunen benannt. Vgl. <http://www.arnsberg.de/demografischer-wandel/index.php>

¹⁷² Leistungsanbieter und / oder Leistungsträger - übergreifend

¹⁷³ Vgl. Barth / Fuhr 2008, S. 19 sowie Mensch 2002; Aichele 2008, S. 12 und Aktion Psychisch Kranke 2009

beinhaltet neben ambulanten Diensten, offenen Hilfen und tagesgestaltenden Angeboten auch Angebote der Beratung und Reflektion, um eine vorausschauende Planung für familiäre Unterstützungs- und Pflegearrangements zu ermöglichen. So kann auf Änderungen dieser Arrangements wie auch des individuellen Bedarfs von älterer Menschen mit Behinderung und / oder Pflegebedarf umgehend und angemessen reagiert werden.

19. **Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung sind so zu konzipieren, dass sie gesellschaftliche Teilhabe und infrastrukturelle Anbindung begünstigen.** Sie sollten daher eher in zentraler Lage und nicht in Randlagen der Gemeinden angesiedelt sein. Wenn aufgrund des Wunsches, in der vertrauten Umgebung verbleiben zu wollen, die Ambulantisierung und Beförderung von eigenständigem Wohnen vorangetrieben werden soll, ist eine Voraussetzung, dass ausreichend barrierefreier und im Preis angemessener Wohnraum mit guter infrastruktureller Anbindung und Nahversorgung angeboten wird.¹⁷⁴

Trotz der Priorität eigenständigen Wohnens ist die Selbstbestimmung des Menschen und sein Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX ausschlaggebendes Leitziel für Teilhabeleistungen von Menschen mit Behinderung. Daher ist es ratsam, Wohnangebote bedarfsgerecht und personenzentriert weiterzuentwickeln, wobei die Wechselmöglichkeiten zwischen den Versorgungsformen ausgebaut und Wohntrainingsmöglichkeiten etabliert werden. Des Weiteren hat sich aus der Untersuchung unserer Modellprojekte ergeben, dass die Wahlalternativen unter den Menschen mit Unterstützungsbedarf besser bekannt gemacht werden sollten. Aus dem Leitgedanken der Selbstbestimmung folgt, dass alle Wohnformen allen Menschen mit Behinderung – unabhängig von deren Unterstützungsbedarf und Alter – offen stehen sollen. Ein gesteigerter Pflegebedarf oder der Wegfall bisheriger Unterstützungspersonen sollte nicht dazu führen, dass Menschen die aus ihrem individuellen Bedarf resultierende Unterstützung nur unter Einschränkung der Wahlfreiheit gewährt bekommen. Generell ist der Leitgedanke für Teilhabeleistungen des Wohnens für alt gewordene Menschen mit Behinderung, dass selbstbestimmtes Wohnen in der gewohnten und selbst gewählten Umgebung möglich gemacht werden muss. Entsprechende ambulante Unterstützungsarrangements, Beratungsstrukturen oder ambulante Dienste oder Wohnformen, deren Leistungen es ermöglichen, dass Menschen mit Behinderung weiterhin mit ihren bis dahin unterstützenden Angehörigen zusammen wohnen können, sind modellhaft zu erproben und bei Erfolg regelhaft zu finanzieren. Neuen Wohnkonzepten, die an den Lebenslagen und Vorstellungen von älteren Menschen mit Behinderung orientiert sind, sind Handlungsspielräume zu eröffnen und sie sind auch im ländlichen Raum zu etablieren. Hierbei ist auch noch einmal auf die Möglichkeiten hinzuweisen, (leer stehende) Wohnhäuser oder ehemals öffentlich genutzte Gebäude in Ortskernen auch im Rahmen der Dorfentwicklung umzunutzen.¹⁷⁵

20. Da für alt gewordene Menschen mit Behinderung die Tagesgestaltung durch Arbeit und auch die damit verbundenen sozialen Kontakte ab dem Übergang in den Ruhestand entfallen, ist es wichtig, tagesgestaltende Angebote mit zu planen und aufzubauen. Insbesondere für Menschen in ambulanten Wohnformen haben **Angebote zur Gestaltung des Tages** daher einen ganz besonderen Stellenwert.

¹⁷⁴ Das Bereitstellen eines differenzierten Wohnungsangebots in der Gemeinde kann durch Kooperationen zwischen Wohnungsbaugesellschaften, Gemeinden, Landkreisen und Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe optimiert werden.

¹⁷⁵ Vgl. Kapitel 3.2.5 dieses Berichts, sowie Winter 2001a, S. 280

Oberste Prämisse ist, dass die Angebote zur Tagesgestaltung flexibel und passgenau sein müssen, um auf die individuellen Bedarfe der NutzerInnen einzugehen. Ergänzend muss – insbesondere mit Blick auf den ländlichen Raum – angemerkt werden, dass Angebote der Tagesgestaltung nur dann in Anspruch genommen werden können, wenn sie für die Betroffenen auch gut erreichbar sind. Im Sinne der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung und auch im Hinblick auf eine optimale Versorgung von älteren Menschen sollten Kooperationen zwischen den einzelnen Leistungserbringern der Behinderten- und Altenhilfe angestrebt werden.¹⁷⁶ Hierbei sollte auch die im Umfeld der Zielgruppe selbstorganisierte Tagesgestaltung mit einbezogen werden. Eine inklusive Ausrichtung und Differenzierung der Angebote beinhaltet, verstärkt integrative Elemente einzubauen und Angebote für andere Zielgruppen zu öffnen, wie z.B. sportliche Angebote, Festivitäten, Treffpunkte und Cafés. Das Gelingen einer kontinuierlichen Teilnahme älterer und alt gewordener behinderter Menschen an allgemeinen Angeboten der Altenhilfe hängt von der individuellen Unterstützung und Begleitung der Betroffenen durch vertraute Personen ab (diese müssen nicht zwangsläufig professionelle Unterstützer sein). Professionell organisierte und durchgeführte Angebote oder Projekte der Tagesgestaltung sollten durch die Einbeziehung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ergänzt und erweitert werden. Hierbei bieten sich Ansätze an, die auf die Entwicklung und Förderung sozialer Netzwerke in der Arbeit mit behinderten Menschen setzen, wie z.B. Konzepte der Sozialraum- bzw. Gemeinwesenorientierung der sozialen Arbeit oder Unterstützernetze.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Allerdings darf dies nicht dazu führen, ausschließlich integrative Angebote zu offerieren, wie ein Blick in die skandinavische Nachbarschaft lehrt. Vgl. Thorsen 2006, S. 9ff und Sozialverwaltung des Landkreis Kassel 2007

¹⁷⁷ Vgl. Barth / Fuhr 2009, Kapitel 4 sowie Lindmeier 2005; Aselmeier 2008 und Loeken / Windisch 2007

6 Anhang

6.1 Projektverlauf im Berichtszeitraum

Der Berichtszeitraum von Juli 2009 bis zum Ende dieses Forschungsprojekts ist geprägt von einer intensiven Überarbeitung des Zweiten Meilensteinberichts und der Erarbeitung des Abschlussberichts. Dabei hat sich die Veröffentlichung des Berichts insbesondere durch die Überarbeitung des unter Punkt 3.2 angeführten kritisch gewürdigten Modellprojekts in die Länge gezogen.

Der vorliegende Abschlussbericht ist dreigliedrig aufgebaut:

- Es werden Planungs- und Umsetzungsansätze zu einem konzeptionellen Entwurf für eine integrierte regionale Gesamtversorgung zusammengestellt.
- Um diesen anvisierten Entwurf zu verdeutlichen und Anknüpfungspunkte für die anvisierte Gesamtversorgung zu nennen, werden Beispiele zu den Schwerpunkten soziale Infrastruktur, gesundheitliche Versorgung, Mobilitätsverbesserung, Nahversorgung und gesellschaftliche Inklusion aus der Untersuchungsregion gegeben.
- Abschließend werden die wichtigsten Empfehlungen und Hauptimpulse aus allen drei Forschungsberichten zusammengefasst.

Der Abschlussbericht basiert auf einer ausführlichen Literaturanalyse, der im Rahmen des Projekts durchgeführten Analyse der Nahversorgung in allen Gemeinden der Untersuchungsregion, den Impulsen aus den Steuerungsgruppensitzungen sowie den Impulsen und Erkenntnissen aus den Sitzungen der Gesamt-AG „kommunale Sozialplanung“.¹⁷⁸

Insbesondere den Mitgliedern des Gesamtprojektteams und auch allen an diesem Projekt Beteiligten sei an dieser Stelle ganz herzlich für ihre engagierte, konstruktive Mitarbeit und ihren wertvollen Input herzlich gedankt. Die von den Interessenlagen und der Ansiedelung sehr heterogenen Mitglieder der Arbeitsgruppen haben dank des gemeinsamen Leitziels, Teilhabestrukturen für alt gewordene Menschen mit Behinderung gestalten zu wollen, in einer sich gegenseitig befruchtenden, ergebnisorientierten Art und Weise zusammengearbeitet.

Im Rahmen des Gesamtprojektteams fanden folgende Sitzungen statt:

Datum	Veranstaltung
20. Juli 2009	Vierte Sitzung der AG „Kommunale Sozialplanung“
14. September 2009	Fünfte Sitzung der AG „Kommunale Sozialplanung“
27. Oktober 2009	Sechste Sitzung der AG „Kommunale Sozialplanung“
10. November 2009	Siebte Sitzung der AG „Kommunale Sozialplanung“
09. Dezember 2009	Achte Sitzung der AG „Kommunale Sozialplanung“

¹⁷⁸ Dieser Bericht ist in konstruktiver und angenehmer Zusammenarbeit mit dem Gesamtprojektteam entstanden, wofür wir uns sehr bedanken möchten. Die Verantwortung für den Bericht liegt beim Forschungsprojektteam.

Es fanden folgende Sitzungen der Steuerungsgruppe statt:

27. November 2009	Fünfte Sitzung der Steuerungsgruppe
13. Januar 2010	Sechste Sitzung der Steuerungsgruppe
08. Februar 2010	Siebte Sitzung der Steuerungsgruppe

Des Weiteren wurden im Rahmen des Projekts eine Abschluss- und Dankesveranstaltung durchgeführt:

Datum	Name der Veranstaltung
22. Januar 2010	Abschluss- und Dankesveranstaltung des Projekts

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung wurden nach der Vorstellung der Ergebnisse des Projekts vier Stellungnahmen von VertreterInnen von Betroffenen, Leistungserbringern und Leistungsträgern vorgetragen.

Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen führten im Laufe des Berichtszeitraums Einzelgespräche mit verschiedenen Akteuren der Behindertenhilfe (sowohl Leistungserbringern als auch Leistungsträgern) zu den verschiedensten Themenschwerpunkten, wie z.B. komplexem individuellen Hilfebedarf, der Vereinbarung von Leistungen der Pflegekassen und Eingliederungshilfe etc.:

Datum	Institution, ggf. Kontaktperson
16. Juli 2009	Herr Kron, Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit
25. August 2009	Herr Göthling, Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.
25. August 2008	Herr Winciars, Sozialplanung des Landkreises Kassel
02. September 2009	Herr Winciars, Sozialplanung des Landkreises Kassel
03. September 2009	Herr Röse, Baunataler Diakonie Kassel
08. September 2009	Frau Kähler, Baunataler Diakonie Kassel
10. September 2009	Frau Kreie, Partner für Psychisch Kranke im Landkreis Kassel e.V.
30. Oktober 2009	Herr Allerchen, Verband der Pflegekassen und AOK-Pflegekasse Hessen
02. November 2009	Herr Pfeiffer, Demografiebeauftragter und fact3 Werbeagentur
03. November 2009	Herr Dr. Baur, BAGüS
13. November 2009	Herr Hamacher-Heinemann, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Datum	Institution, ggf. Kontaktperson
30. November 2009	Frau Wippermann / Herr Betz / Frau Bohnert, Hessisches Diakoniezentrum Hephata e.V.
07. Dezember 2009	Frau Wilke, Prof. Hahne, Herr Schäfer, Herr Nissen, Herr Primus, Frau Rufifni, Frau Valtink in zwei Expertenhearings zum Thema „Regionalplanung“
10. Dezember 2009	Herr Dr. Baur, BAGÜS
11. Dezember 2009	Frau Müller-Erichsen, Lebenshilfe Giessen, Giessen
15. Dezember 2009	Herr Winciers, Sozialplanung des Landkreises Kassel
27. Dezember 2009	Herr Dr. Baur, BAGÜS
06. Januar 2010	Herr Allerchen, AOK Pflegekasse

Um weitere Impulse für Themenbereiche des Projekts zu erhalten und sich mit Akteuren der Behindertenhilfe und ExpertInnen in eigener Sache auszutauschen sowie die Ergebnisse des Projekts bekannt zu machen, haben die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen an folgenden Tagungen teilgenommen:

Datum	Name der Veranstaltung	Organisierende Institution
30. September 2009	Sitzung der AG Kommunale Psychiatrie im Landkreis Kassel	AG Kommunale Psychiatrie
30. November 2009	Sitzung des Familienentlastenden Diensts Hofgeismar-Wolfhagen (FED Hofgeismar)	FED Hofgeismar

6.2 Literaturverzeichnis

85. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2008): Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK. Hamburg
86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2009): Beschlussprotokoll der 86. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 25. / 26. November 2009 in Berchtesgaden
- Aichele, Valentin (2008): Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll. Ein Beitrag zur Ratifikationsdebatte. Policy Paper No. 9. Berlin (Institut für Menschenrechte)
- Aktion Psychisch Kranke e.V. (2007): Eckpunkte zur Realisierung personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen. Bonn
- Aktion Psychisch Kranke e.V. (2009): Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD) 2004 - 2006. Bonn
- Alisch, Monika; May, Michael (Hrsg.) (2008): Kompetenzen im Sozialraum. Sozialraumentwicklung und -organisation als transdisziplinäres Projekt. Beiträge zur Sozialraumforschung Band I. Opladen (Verlag Barbara Budrich)
- Arbeitskreis Dienstleistungen (2009): Öffentliche Dienstleistungen: unverzichtbarer Baustein der Daseinsvorsorge! Zwei Jahrzehnte Privatisierung: Bilanz und Ausblick. Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen. Zusammengestellt von Wolfgang Gerstlberger und Michael Siegl. Bonn (Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik)
- Arbeitsgemeinschaft Kommunale Psychiatrie (1993): Psychiatrieplan für den Landkreis Kassel. Kassel
- Aselmeier, Laurenz (2008): Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung. Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland. Dissertation Universität Siegen. Wiesbaden
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (Hrsg.) (1998): Altern und Gesellschaft. Opladen (Verlag Leske + Budrich)
- Barth, Cordula; Fuhr, Dagmar (2008): „Selbstbestimmt Wohnen im Alter - Gestaltung sozialer Infrastruktur für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen“. Erster Meilensteinbericht. Kassel
- Barth, Cordula; Fuhr, Dagmar (2009): „Selbstbestimmt Wohnen im Alter - Gestaltung sozialer Infrastruktur für Menschen mit Behinderung angesichts demografischer Herausforderungen“. Zweiter Meilensteinbericht. Kassel
- Becher, Berthold (2000): Vernetzung und strategisches Verbandsmanagement. Entwicklungstendenzen bei Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege. in: Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin (edition sigma), S. 267 - 287
- Beetz, Stephan (Hrsg.) (2007): Die Zukunft der Infrastruktur in ländlichen Räumen. Materialien der Interdisziplinären Arbeitsgruppe „Zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume – LandInnovation. Peripherisierung – eine neue Form sozialer Ungleichheit?“. Materialien Nr. 14. Berlin

- Behncke, Rolf (2007): Erste Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget im Berufsbildungsbe-
reich in: impulse Nr. 43, S. 29f
- Behrend, Christoph; Frerichs, Frerich (2004): Arbeit und Alter. in: Kruse, Andreas; Martin,
Mike. Enzyklopedie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht.
Bern (Verlag Hans Huber), S. 97 – 109
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009 b): Land mit Aussicht. Was sich von
dem wirtschaftlichen und demografischen Erfolg des Oldenburger Münsterlandes ler-
nen lässt. Berlin
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009a): Alt und behindert. Wie sich der de-
mografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin
- Bremauer, Ralf (2008): Projekt "Leistungsfinanzierung". in: Kunze, Heinrich et al. (Hrsg.): Der
Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in
Hessen. Bonn (Psychiatrie - Verlag), S. 60 – 124
- Bremauer, Ralf (2009): Personenzentrierte Leistungsgewährung. Vortrag auf der Tagung
"Wie betreut man Wohnen" am 3. März 2009 in Siegen
- Bertelsmann Stiftung (2008): Wegweiser Kommune. <http://www.wegweiser-kommune.de/>
Zugriff 30. Juni 2009
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2009): Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale
Seniorenpolitik. Gütersloh (Verlag Bertelsmann Stiftung)
- Brogli, Maximilian (2001): Hausbesuch und Rechtsfragen. in: Der Internist. Vol. 42. No 11,
S. 1488 – 1494
- Bull, Hans Peter (2008): Daseinsvorsorge im Wandel der Staatsformen. in: Der Staat. Vol.
47. No. 1, S. 1 – 19
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2005): Anpassungsstrategien für ländliche /
periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern.
Werkstatt: Praxis Heft 38. Bonn
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2007a): MORO-Informationen „Ge-
währleistung öffentlicher Daseinsvorsorge“. Nr. 2/1-04/2007
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2007b): Regionalplanerische Hand-
lungsansätze zur Gewährleistung der öffentlichen Daseinsvorsorge. MORO – Infor-
mationen 2/2. Bonn
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2007): Grund-
sätzliche und strategische Überlegungen für Tagesstrukturierende Angebote für älte-
re Menschen mit Behinderungen. Münster. [http://www.lwl.org/spur-
download/bag/i32_07an.pdf](http://www.lwl.org/spur-download/bag/i32_07an.pdf), Zugriff 15. Januar 2009
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2007): Zweiter Bericht über die Ge-
meinsamen Servicestellen. Frankfurt
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBR) (Hrsg.) (2009): Indikatorenblatt
Bevölkerungsentwicklung Länder. [http://www.bbsr.bund.de/cln_016/nn_23688/BBSR/DE/
Raubeobachtung/Komponenten/VergleichendeStadtbeobachtung/Stadregionen/
Bev_Laender/BevLand_Stadtregion_2009.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Be
vLand_Stadtregion_2009.pdf](http://www.bbsr.bund.de/cln_016/nn_23688/BBSR/DE/Raubeobachtung/Komponenten/VergleichendeStadtbeobachtung/Stadregionen/Bev_Laender/BevLand_Stadtregion_2009.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/BevLand_Stadtregion_2009.pdf), Zugriff 15. Dezember 2009
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): Fünfter Bericht
zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des
Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammen-
halt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin

- Bundesministerium für Gesundheit (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtordnung (2007): Regionalplanerische Handlungsansätze zur Gewährleistung der öffentlichen Daseinsvorsorge. Modellvorhaben zur Gewährleistung öffentlicher Daseinsvorsorge durch die Regionalplanung. in: MORO-Informationen. Heft 2/1. April 2007
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtordnung (2009): Modellvorhaben "Demografischer Wandel - Zukunftsgestaltung der Daseinsvorsorge in ländlichen Regionen". Projekte Werra-Meißner-Kreis: Masterplan Daseinsvorsorge. Infrastrukturen demografisch anpassen. http://www.region-schafft-zukunft.de/nr_490384/DE/ProjekteWerraMeissnerKreis/MasterplanDaseinsvorsorge/masterplan_daseinsvorsorge_node.html?nn=true, Zugriff 10. Oktober 2009
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtordnung; Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2008): Kooperationen zentraler Orte in schrumpfenden Regionen. Praxiserfahrungsstudie. Werkstatt: Praxis Heft 53. Bonn
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtordnung; Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2007): Strategien der Landes- und Regionalplanung zur Bewältigung des demografischen Wandels. Werkstatt: Praxis Heft 49. Bonn
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtordnung; Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2006): kommKOOP – erfolgreiche Beispiele interkommunaler Kooperationen. Dokumentation des MORO-Wettbewerbs 2005/2006. Bonn
- Con_sens (2007): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2005 und 2006. Münster / Hamburg
- Con_sens (2008): Benchmarking 2006 der 16 großen Großstädte Deutschland. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Hamburg
- Dahme, Heinz-Jürgen; Schütter, Silke; Wohlfahrt, Norbert (2008): Lehrbuch Kommunale Sozialverwaltung und Soziale Dienste. Grundlagen, aktuelle Praxis und Entwicklungsperspektiven. Weinheim / München (Juventa Verlag)
- Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (2009): „Enabling Communities“. Die Rettung der kommunalen Daseinsvorsorge durch bürgerschaftliche Sozialpolitik in: Sozialmagazin. 34. Jahrgang. Heft 5, S. 40 – 47
- Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.) (2000): Einleitung: Zur politischen Inszenierung von Wettbewerb und Vernetzung im Sozial- und Gesundheitssektor – auf dem Weg zu einem neuen Ordnungsmix? in: Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin (edition sigma), S. 9 – 27
- Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.) (2000): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin (edition sigma)
- Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (o.J.): Soziale Gerechtigkeit im aktivierenden Sozialstaat. Zur Entwicklung einer dezentralisierten und sozialraumorientierten Sozialpolitik. Manuskript. <http://www.efh-bochum.de/homepages/wohlfahrt/pdf/Dahme-Wohlfahrt-Gerechtigkeit-NDV.pdf>, Zugriff 15. Dezember 2009
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen; Reggentin, Heike (2004): Freiwilliges Engagement in der Pflege und Solidarpotenziale innerhalb der Familie. Berlin (Expertise)

- Deutsch, Dorette (2007): *Schöne Aussichten fürs Alter. Wie ein italienisches Dorf unser Leben verändern kann.* München (Piper Verlag)
- Deutscher Caritasverband (Hrsg.) (2008): *SGB XI – Soziale Pflegeversicherung. Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen durch die Pflegereform 2008.* Freiburg im Breisgau (Lambertus-Verlag)
- Deutscher Verein (2007): *Empfehlende Hinweise des Deutschen Vereins zur Umsetzung des Persönlichen Budgets nach SGB IX.* Berlin
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2007): *GeroStat Report Altersdaten 03 / 2007.* Berlin
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Projektgruppe 21 (2009): *Anforderungen an ein Verfahren zur Feststellung der Behinderung und zur Ermittlung eines komplexen personenzentrierten Hilfebedarfes von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe.* Berlin
- Diakonisches Werk in Kurhessen-Waldeck (2008): *Armut hat viele Gesichter. Herausforderungen für Kirche und Gesellschaft.* Kassel
- Ding-Greiner, Christina; Lang, Erich (2004): *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen.* in: Kruse / Martin: *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht.* Bern. (Verlag Hans Huber), S. 182 – 206
- Eberhardt, Hans Georg (2007): *Vom Heim zum Altenhilfezentrum im Quartier.* in: Aktion Psychisch Kranke; Schmidt-Zadel, Regina; Kunze, Heinrich (Hrsg.): *Unsere Zukunft gestalten Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz.* Bonn (Psychiatrie-Verlag), S. 237 – 242
- Ebinger, Falk; Bogumil, Jörg (2008): *Grenzen der Subsidiarität. Verwaltungsreform und Kommunalisierung in den Ländern.* in: Heinelt, Hubert; Vetter, Angelika (Hrsg.): *Lokale Politikforschung heute.* Wiesbaden. (VS Verlag für Sozialwissenschaften), S. 165 – 195
- Elkeles, Thomas (2007): *Infrastrukturpolitik bei gesundheitlicher Versorgung im ländlichen Raum.* in: Beetz, Stephan (Hrsg.) (2007): *Die Zukunft der Infrastruktur in ländlichen Räumen. Materialien der Interdisziplinären Arbeitsgruppe „Zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume – LandInnovation“.* Materialien Nr. 14. Berlin
- Evangelische Stiftung Alsterdorf und Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (2009): *Enabling Community Gemeinwesen zur Inklusion befähigen!* Berlin / Hamburg
- Fachgebiet Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt (2007): *Studie zur Stadtentwicklung der Thüringer Städtereihe. Möglichkeiten zur Funktionsstabilisierung und Kooperation Zentraler Orte entlang der Via Regia vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen. Abschlussbericht.* Erfurt
- Forst, Rainer (2009): *Das Gerechte und das Übel.* in: : *DIE TAGESZEITUNG* vom 7. Oktober 2009, S. 4
- Frommelt, Mona; Klie, Thomas; Löcherbach, Peter; Mennemann, Hugo; Monzer, Michael; Wendt, Wolf-Rainer (2008): *Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management.* Freiburg (Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre)
- Füsgen, Ingo (2004): *Geriatric. Band 1. Grundlagen und Symptome.* Stuttgart (Kohlhammer – Verlag)
- Gromann, Petra (2009): *Integrierter Teilhabeplan. Anforderungen und Lösungen für Hilfeplanverfahren.* Fulda

- Growe, Anna (2008): Der „demographische Wandel“ in den neuen Leitbildern für die Raumentwicklung in Deutschland. in: Küppner, Patrick, Küttner, Leander; Luther, Jochen; Straß, Christian (Hrsg.): Erkennen – Steuern – Handeln: Antworten auf den demographischen Wandel: Räumliche Konsequenzen des demographischen Wandels, Teil 11. Arbeitsmaterial der ARL Nr. 341. Hannover, S. 21 – 31
- Grymer, Herbert; Köster, Dietmar; Krauss, Melanie; Ranga, Myrto-Maria; Zimmermann, Jan Christoph (2005): Altengerechte Stadt. Das Handbuch. Partizipation älterer Menschen als Chance für die Städte. Wuppertal
- Gusset-Bährer, Sinikka (2002): „Dass man das weiterträgt, was älteren Menschen mit geistiger Behinderung wichtig ist“. Ältere Menschen mit geistiger Behinderung im Übergang in den Ruhestand. Heidelberg (Dissertation)
- Haak, Karl H. (2004): Drei Jahre SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit - Weiterentwicklungsbedarf. Berlin
- Haveman, Meindert; Stöppler, Reinhilde (2004): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Stuttgart (Kohlhammer Verlag)
- Hessische Landesregierung (2007): Standortfaktor Bürgerengagement. Keine Angst vor dem demographischen Wandel. Wiesbaden
- Hessischer Landtag (2007): Abschlussbericht der Enquetekommission „Demografischer Wandel – Herausforderung an die Landespolitik“. Drucksache 16/7500. Wiesbaden
- Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung (2006): Gemeinschaftsinitiative Stadtumbau in Hessen. Interkommunale Kooperation. Wiesbaden
- Hessisches Sozialministerium (2003): Rahmenkonzept zur Verbesserung der Betreuung jüngerer Menschen mit Behinderung sowie chronischer Kranker in Altenpflegeheimen. Wiesbaden
- Hessisches Sozialministerium (2004): Rahmenvereinbarung über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen. Wiesbaden
- Hessisches Sozialministerium (2007): Abschlussbericht zur Umsetzung des Modellprojektes „Trägerübergreifendes Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung“ in Hessen. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2008): Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden 2006. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2002): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 - mit K VI 1 - j/01 Teil 1. Die Sozialhilfe in Hessen sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2001. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2003): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 - mit K VI 1 - j/02 Teil 1. Die Sozialhilfe in Hessen sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2002. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2004): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 - mit K VI 1 - j/03 Teil 1. Die Sozialhilfe in Hessen sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2003. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2005): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 - mit K VI 1 - j/04 Teil 1. Die Sozialhilfe in Hessen sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2004. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden

- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2006): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 - mit K VI 1 - j/05 Teil 1. Die Sozialhilfe in Hessen sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2005. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2007): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 - mit K VI 1 - j/06 Teil 1. Die Sozialhilfe in Hessen sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2006. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2008): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 - mit K VI 1 - j/07 Teil 1. Die Sozialhilfe in Hessen sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2007. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden
- Hessisches Statistisches Landesamt (HSL) (2009): Statistische Berichte. Kennziffer: K I 1 mit K VI 1 - j/08 Teil I Die Sozialhilfe in Hessen im Jahr 2008 sowie Ergebnisse der Asylbewerberleistungsstatistik 2008. Teil I: Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden
- Hieber, Annette; Mollenkopf, Heidrun; Wahl, Hans-Werner u.a. (2005): Gemeinschaftliches Wohnen im Alter: Von der Idee bis zum Einzug. Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Abteilung für Soziale und Ökologische Gerontologie Empirisch gestützte Expertise im Auftrag der Georg Kraus Stiftung. Heidelberg (Forschungsberichte aus dem DZFA - Nr. 20)
- Hinte, Wolfgang (2000): Kontraktmanagement und Sozialraumbezug. Zur Finanzierung von vernetzten Diensten in: Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin (edition sigma), S. 151 – 167
- Hinte, Wolfgang (2009): Arrangements gestalten statt erziehen. Methoden und Arbeitsfelder der Sozialraumorientierung. in: Kluschatzka, Ralf Eric; Wieland, Sigrid (Hrsg.): Sozialraumorientierung im ländlichen Kontext. 1. Auflage. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften)
- Hinte, Wolfgang; Litges Gerhard; Groppe Johannes (2003): Sozialräumliche Finanzierungsmodelle. Qualifizierte Jugendhilfe auch in Zeiten knapper Kassen. Berlin (edition sigma)
- Institut für soziale Arbeit e.V. (2001): Expertise Sozialraumorientierte Planung. Begründungen, Konzepte, Beispiele. (Stiftung Sozialpädagogisches Institut Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Münster
- Institut für Stadtentwicklung und Projektberatung PlanWerkStadt e.V. (2008): Regionales Entwicklungskonzept. Zukunftsinitiative ländlicher Raum Darmstadt-Dieburg. Wiesbaden
- Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian; Maurer Susanne; Frey, Oliver (Hrsg.) (2005): Handbuch Sozialraum. 1. Auflage. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften)
- Klie Thomas; Ziller, Hannes (2009): Zur Organisationsstruktur von Pflegestützpunkten. in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV). 5 / 2009, S. 173 – 178
- Kluschatzka, Ralf Eric; Wieland, Sigrid (Hrsg.) (2009): Sozialraumorientierung im ländlichen Kontext. 1. Auflage. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften)
- Knoth, Andreas (2004): Eigenmittel erwirtschaften. Eine Navigationshilfe für gemeinnützige Träger. Bonn (Verlag Stiftung Mitarbeit)
- Kocks, Martina (2006): Lokale und regionale Infrastrukturplanung. in: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Wegweiser Demographischer Wandel 2020. Gütersloh (Verlag Bertelsmann Stiftung), S. 97 – 105

- Kohli, Martin (1992): Altern in soziologischer Perspektive. in: Baltes, Paul B; Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin (Verlag de Gruyter)
- Kremer-Preiß, Ursula (2009): Eckpunkte einer quartiersbezogenen kommunalen Altenhilfeplanung: „Es geht um einen Paradigmenwechsel“. in: Pro Alter. 41. Jahrgang. Heft 2, S. 8 – 17
- Kremer-Preiß, Ursula; Stolarz, Holger (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Zwischenbericht im Rahmen des Projekts „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Köln
- Kremer-Preiß, Ursula; Stolarz, Holger (2004): Anforderungen an die Gestaltung quartiersbezogener Wohnkonzepte. Expertenworkshop am 18. Juni 2003 in Heidelberg. Gütersloh / Köln (Kuratorium Deutsche Altershilfe)
- Kruse, Andreas (2001): Aus-, Fort- und Weiterbildung: Neue Anforderungen an Mitarbeiter(innen) in der Behindertenhilfe. in: Hessisches Sozialministerium et al.: Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessische Erfahrungen. Marburg (Lebenshilfe-Verlag), S. 205 – 228
- Kruse, Andreas (2005): Biografische Aspekte des Alterns – Lebensgeschichte und Diachronizität. In: Staudinger, Ursula; Philipp, Sigrun – Heide (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie – Entwicklungspsychologie. Göttingen (Hogrefe-Verlag), S. 1 – 38
- Kruse, Andreas und eine Verbände – übergreifende Arbeitsgruppe (2006): Alternde und alte Menschen mit Behinderungen eine Herausforderung für die Behindertenhilfe. Positionspapier. Frankfurt
- Kunze, Heinrich; Kronenberger, Gerhard; Krüger, Ulrich; Schönhut-Keil, Evelin (Hrsg.) (2008): Der Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen. Bonn (Psychiatrie-Verlag)
- Küppner, Patrick, Küttner, Leander; Luther, Jochen; Straß, Christian (Hrsg.) (2008): Erkennen – Steuern – Handeln: Antworten auf den demographischen Wandel: Räumliche Konsequenzen des demographischen Wandels, Teil 11. Arbeitsmaterial der ARL Nr. 341. Hannover
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009): Erste Kundenbefragungen und Auswertungen zeigen: Pflegestützpunkte werden gebraucht. in: Pro Alter. 41. Jahrgang. Heft 1, S. 29 – 33
- Laake, Maria van (2006): Personenzentrierte Planung für Erwachsene mit lebenslangen Behinderungen. Berlin
- Landkreis Kassel (2005): Psychiatrieentwicklungsplan. Kassel
- Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und kommunale Spitzenverbände (2009): Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen – Endfassung (Stand: 15. April 2009). Wiesbaden
- Landeswohlfahrtsverband Kassel (2007): Richtlinien für das Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien. Beschluss der Verbandsversammlung des LWV Hessen vom 21. März 2007. Kassel, http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/c-329/nr-122/i.html, Zugriff 09. Februar 2010
- Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) (2008): Der Mensch rückt in den Mittelpunkt. LWV-Verbandsversammlung beschließt Aufbau Personenzentrierter Hilfen. Pressemitteilung vom 17.12. 2008; http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article_start.php/c-486/nr-158/p-1/i.html, Zugriff 15. Januar 2009

- Lehr, Ursula (2004): Leben in einer alternden Welt: Dem Leben Jahre geben – das gilt auch für Behinderte. Vortrag auf der Tagung „Alle werden älter – Behindertenhilfe in einer sich wandelnden Gesellschaft vom 15. bis 17. November in Freiburg
- Leicht-Eckardt, Elisabeth (2007): Neue Wohnkonzepte für den ländlichen Raum. Forum: Altern in Deutschland – Herausforderungen an die Kommunalentwicklung auf dem Wohnungspolitischen Kongress am 29. November 2007 in Hannover
- Lindmeier, Christian (2005): „Supported living“ – ein Konzept zur Realisierung des privaten Wohnens von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Vortrag bei der Podiumsdiskussion des WÜSL e.V. am 04. Mai 2005 in Würzburg
- Loeken, Hiltrud; Windisch, Matthias (2007): Unterstützernetze (circles of support) als Netzwerkstrategie im ambulant unterstützten Wohnen für Menschen mit Behinderung zur Förderung ihrer Teilhabe (unveröffentlichtes Manuskript)
- Lütke Daldrup, Engelbert (2008): Herausforderungen des demografischen Wandels für die Stadt- und Raumentwicklungspolitik des Bundes. Fachvortrag anlässlich des 1. Regionalen Demografiekonvents zum Modellvorhaben "Demografischer Wandel" am 12. Februar 2008 in Sondershausen
- Mair, Gabriele (2000): Zwischen Arbeit und Ruhestand. in: Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart (Kohlhammer – Verlag), S. 407 – 411
- Mair, Helmut; Hollander, Jutta (2006): Den Ruhestand gestalten. Bericht über das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von älteren Menschen mit Behinderungen“. in: Heilpädagogik online. Vol. 1, S. 58 – 79
- Mensch, Kirsten (2002): Diskussionsbericht zur Expertenrunde der Schader-Stiftung „Die Zukunft sozialer Dienste“ im Juni 2002 in Darmstadt
- Metzler, Heidrun (2000): Hilfebedarf und Selbstbestimmung. Eckpunkte des Lebens behinderter Menschen im Heim. in: Franke, Horst; Westecke Mathias (Hrsg.): Behindert Wohnen. Perspektiven und europäische Modelle für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf (Verlag selbstbestimmtes leben)
- Mollenkopf, Heidrun; Oswald, Frank; Schilling, Oliver; Wahl, Hans-Werner (2001): Aspekte der außerhäuslichen Mobilität älterer Menschen in der Stadt und auf dem Land. Objektive Bedingungen und subjektive Bewertung. in: Sozialer Fortschritt. Vol. 50. No. 9-10, S. 214 – 220
- Mutschler, Roland (2000): Kooperation in Netzwerken. Kompetenzanforderungen an die Soziale Arbeit und die Bedeutung von Koordinationsstellen am Beispiel der Altenarbeit. in: Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin (edition sigma), S. 235 – 246
- Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (2009a): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Band 1: Eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte“. Gütersloh (Verlag Bertelsmann Stiftung)
- Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (2009b): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Band 2: Eine neue Architektur des Sozialen – sechs Fallstudien zum Welfare Mix. Gütersloh (Verlag Bertelsmann Stiftung)
- Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG) (2009c): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Band 3: Soziale Wirkung und „Social Return“. Gütersloh (Verlag Bertelsmann Stiftung)

- Nölting, Benjamin (2006): Die Politik der Europäischen Union für den ländlichen Raum. Berlin (Zentrum Technik und Gesellschaft der Technischen Universität Berlin)
- Nolte, Paul (2009): Weniger Staat, mehr Demokratie. in: DIE TAGESZEITUNG vom 26. und 27. September 2009, S. 3
- o.A. (2002): Zusatzvereinbarung "Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen" zum Rahmenvertrag nach § 93 d Abs. 2 BSHG / § 79 Abs. 1 SGB XII für ambulante Einrichtungen vom 1. Juli 2002; s. http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/c-395/nr-5/i.html, Zugriff 25. September 2008
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2007): OECD-Prüfbericht zur Politik für ländliche Räume Deutschland. Paris
- Oswald, Frank; Hieber, Annette; Mollenkopf, Heidrun; Wahl, Hans-Werner (2003): „Heidelberg 2002“. Wohnwünsche und Wohnwirklichkeiten – Belastungen, Chancen und Perspektiven selbstständigen Lebens im Alter – Abschlussbericht. Heidelberg
- Peukert, Reinhard (2006): Abmeldungen aus dem Betreuten Wohnen Hessen (BeWo) wegen der Ankündigung von Heranziehung von Einkommen und Vermögen. Wirkungen und Nebenwirkungen bei Nutzern und Anbietern. Wiesbaden
- Pfaff, Heiko et al. (2007): Schwerbehinderte Menschen 2005: in: Wirtschaft und Statistik. Vol. 7, S. 712 – 719
- Pohl, Stephanie (1995): Erhebung zum individuellen Hilfebedarf von Personen mit Behinderung (EHB). Freiburg im Breisgau (Lambertus – Verlag)
- Prognos AG (2008): Präsentation Engagement-Atlas 09. Was nützt bürgerschaftliches Engagement? Köln. [http://zukunftsfonds.generali-deutschland.de/internet/csr/csr_inter.nsf/ContentByKey/MPLZ-7L3EHX-DE-/\\$FILE/Praesentation_koeln_19_11_2008.pdf](http://zukunftsfonds.generali-deutschland.de/internet/csr/csr_inter.nsf/ContentByKey/MPLZ-7L3EHX-DE-/$FILE/Praesentation_koeln_19_11_2008.pdf), Zugriff 09. Januar 2009
- Rabe, Jörg E. (2007): Das persönliche Budget in der Eingliederungshilfe. Vortrag zum Tag der Behindertenhilfe der AG der Caritaseinrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen am 21. Juni 2007 in Hildesheim
- Rapp, Norbert; Strubel, Werner (Hrsg.) (1992): Behinderte Menschen im Alter. Freiburg im Breisgau (Lambertus – Verlag)
- Röber, Michaela (2004): Der Gastbeitrag: Anspruch und Wirklichkeit des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG). in: Deutsches Zentrum für Altersfragen: Informationsdienst Altersfragen. 31. Jahrgang. Heft 3, S. 4 – 7
- Rosenblatt, Bernhard von (2001): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativerhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement (im Auftrag des BMFSFJ). Stuttgart (Kohlhammer Verlag)
- Schedler, Kuno (2000): Gewährleistungsstaat – eine Konzeption für den Staat im New Public Management. in: Berliner Debatte INITIAL. 11. Jahrgang. No. 3, S. 5 – 18
- Schmähl, Winfried (1999): Sozialpolitische Rahmenbedingungen für Alter(n) auf dem Lande: Ressourcen, Politikfelder und Entwicklungstendenzen. ZeS-Arbeitspapier 10/1999. Bremen
- Schmid, Tom (2009): Daseinsvorsorge. Möglichkeiten und Grenzen einer lokalen Agenda. in: Kluschatzka, Ralf Eric; Wieland Siegrid: Sozialraumorientierung im ländlichen Kontext. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften), S. 73 – 94

- Schmidt, Roland (2008): Demographischer Wandel und soziale Dienstleistungen. in: Bütow, Birgit; Chassé, Karl-August; Hirt, Rainer (Hrsg.): Soziale Arbeit nach dem sozialpädagogischen Jahrhundert. Positionsbestimmungen sozialer Arbeit im Post-Wohlfahrtsstaat. Opladen / Farmington Hill (Verlag Leske & Budrich), S. 143 – 158
- Schmid-Urban, Petra; Dilcher, Rainer; Feldmann, Ursula; Hanesch, Walter, Spiegelberg, Rüdiger (1992): Kommunale Sozialberichterstattung. Arbeitshilfen. Heft 41. Frankfurt am Main (Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge)
- Schmitt Glaeser, Walter (2008): Der freiheitliche Staat des Grundgesetzes. Tübingen (Verlag Mohr Siebeck)
- Schneekloth, Ulrich (2002): Differenzierte Bedarfslagen erfordern differenzierte Strukturen – Perspektiven zur Weiterentwicklung der Strukturen der Altenhilfe. Vortrag auf dem Landespflegegtag „Pflege – Quo Vadis?“ am 27. November 2002 in Stuttgart
- Schulz-Nieswandt, Frank (2000): Altern im ländlichen Raum – eine Situationsanalyse. in: Walter, Ulla; Altgeld, Thomas (2000): Altern im ländlichen Raum. Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main (Campus – Verlag), S. 21 – 39
- Schwinn, Thomas (2001): Staatliche Ordnung und moderne Sozialintegration. in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 53. Heft 2, S. 211 – 232
- Seeberger, Bernd; Braun, Angelika (Hrsg.) (2003): Wie die Andern altern. Frankfurt (Mabuse-Verlag)
- Seitz, Franziska; Terschüren, Claudia; Fendrich, Konstanze; van den Berg, Neeltje; Hoffmann, Wolfgang; Elkeles, Thomas (2008): Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa. Eine Literaturstudie zur Implementierung. in: Pflege und Gesellschaft. 13. Jahrgang. Heft 3, S. 260 – 278
- Sozialverwaltung des Landkreises Kassel (2007): Tagesstrukturierende Angebote für psychisch kranke Menschen über 65 Jahre im Landkreis Kassel. Kassel
- Statistisches Bundesamt (2006): 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden
- Thorsen, Kirsten (2006): Wohnen und Freizeit für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – Erfahrungsbericht aus Skandinavien. Vortrag im Rahmen des internationalen Workshops „Altern und geistige Behinderung in Europa“ am 4. / 5. Mai 2006 in Berlin
- Verein für Sozialplanung e.V. / Stadt Bielefeld (Hrsg.) (1994): Organisation der kommunalen Sozialplanung: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bielefeld (KT - Verlag)
- Vereinte Nationen (2006): UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen. Genf
- Walter, Ulla; Altgeld, Thomas (2000): Altern im ländlichen Raum. Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main (Campus – Verlag)
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Genf
- Welti, Felix; Rummel, Kerstin (2007): Gutachten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 6 SGB IX. Neubrandenburg
- Welzer, Harald (2009): Die Kultur der Achtsamkeit. in: DIE TAGESZEITUNG vom 5. und 6. September 2009, S. 3

- Wessels, Wolfgang (2003): Unterstützter Ruhestand für behinderte Menschen im Übergang vom Erwerbsleben und der Werkstatt für behinderte Menschen in den Altersruhestand. Erkner
- Wingenfeld Klaus, Büscher Andreas, Schaeffer, Doris (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrument. Bielefeld
- Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Schaeffer, Doris et al. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Bielefeld (Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI)
- Winkel, Rainer (1990): Infrastruktur in der Stadt- und Regionalplanung. Eine Untersuchung der Einflussfaktoren und der Rahmenbedingungen. Frankfurt am Main (Campus Verlag)
- Winter, Bettina (2001a): Die Integration älter werdender behinderter Menschen in die Angebotsstruktur der Eingliederungshilfe – Eine Herausforderung für Leistungs- und Kostenträger. in: Hessisches Sozialministerium et al.: Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessische Erfahrungen. Marburg (Lebenshilfe-Verlag), S. 273 – 284
- Winter, Bettina (2001b): Die Schaffung von Lebensräumen für ältere Menschen mit Behinderung – Zur Rolle der Politik bei diesem Prozess. in: Hessisches Sozialministerium et al.: Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Marburg (Lebenshilfe-Verlag), S. 291 – 298
- Zeman, Peter (2007): Strukturelle Vernetzung in Altenhilfe und Pflege – Zur Aktualität eines viel diskutierten Konzepts. in: Deutsches Zentrum für Altersfragen: Informationsdienst Altersfragen. 34. Jahrgang. Heft 6, S. 2ff

Internetquellen:

- <http://www.caritas.de/2047.html>, Zugriff 30. Mai 2008
- <http://homepages.compuserve.de/KlaussTheo/Selbstbestimmung.htm>, Zugriff 30. Mai 2008
- <http://www.destatis.de>, Zugriff 20. Oktober 2008
- <http://www.bag-gpv.de>, Zugriff 10. November 2008
- <http://www.kiwa-sh.de/index.php?id=143>, Zugriff 15. Juni 2009
- <http://www.wegweiser-kommune.de> Zugriff 30. Juni 2009
- <http://www.zukunft-hef-rof.de>, Zugriff 29. September 2009
- www.aufdemlandmobil.de, Zugriff 29. September 2009
- http://www.schader-stiftung.de/wohn_wandel/824.php, Zugriff 29. September 2009
- <http://www.cap-markt.de/index.php?id=22>, Zugriff 29. September 2009
- <http://www.kda.de/news-detail/items/kda-studie-weist-auf-erhebliche-versorgungsluecken-beialtersgerechten-wohnangeboten-hin.html>, Zugriff 03. Oktober 2009
- http://www.bgw-bielefeld.de/bielefeld_modell.htmlhttp://www.bgw-bielefeld.de/bielefeld_modell.html, Zugriff 10. Oktober 2009
- <http://doxs.de>, Zugriff 16. Oktober 2009
- <http://www.isl-ev.de/category/schwerpunkte/persoenliche-assistenz>, Zugriff 17. Oktober 2009
- <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen>, Zugriff 18. Oktober 2009
- <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>, Zugriff 19. Oktober 2009
- <http://www.statistik-portal.de/FFKom/Praxisbeispiele/detail.asp?000000.3.xml>, Zugriff 19. Oktober 2009
- <http://www.dienstleistungen-kostenlos.de/index.php?md=152>, Zugriff 19. Oktober 2009
- <http://www.vgz-schwalm.de>, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.werraland-wfb.de/ibw.html>, Zugriff 20. Oktober 2009
- http://www.werraland-wfb.de/werk_ibw.html, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de>, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.traegerverbund-kassel.de/index.html>, Zugriff 20. Oktober 2009
- http://www.zierenberg.org/content/rathaus_satzungen/stadtbus.pdf, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.niestetal.de/NiestetalExpress-u.164.0.html>, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.statistik-portal.de/FFKom/Praxisbeispiele/detail.asp?000000.3.xml>, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.landkreiskassel.de/aktuell/presse/archiv/08/08-1144.htm>, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.landkreiskassel.de/aktuell/presse/archiv/07/07-855.htm>, Zugriff 20. Oktober 2009
- <http://www.dw-kassel.de/hilfenimalter/zeda/index.html>, Zugriff 20. Oktober 2009

<http://web2.cylex.de/firma-homepage/http%3A//www.g-n-n.de-5956262.html>, Zugriff 20. Oktober 2009

<http://www.kirchheim.de/index.php?id=308>, Zugriff 20. Oktober 2009

http://www.gemeinde-koerle.de/Infrastruktur/Buergerbus_der_Gemeinde_Koerle.html, Zugriff 20. Oktober 2009

<http://www.koerle.net/berichte/b020226.htm>, Zugriff 20. Oktober 2009

http://www.espenau.de/w3a/cms/Einrichtungen_der_Gemeinde/Innerortsverkehr/index.10949.html;jsessionid=F15DB45942E87C2B584C0A717BD864EE, Zugriff 20. Oktober 2009

http://www.zrk-kassel.de/pdf/Aelter_werden_in_RegionKassel.pdf, Zugriff 03. November 2009

<http://www.lagwohnen.de>, Zugriff 03. November 2009

http://www.lagwohnen.de/~upload/documents/575_lagwohnen_satzung_29042009.pdf, Zugriff 03. November 2009

<http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/gesundheitswesen-soziales/landesdaten/gesundheitswesen/pflege/grafik-eckdaten-pflegestatistik/index.html>, Zugriff 04. November 2009

<http://wagenfurth.de/gemeinde/b020208.htm>, 09. November 2009

<http://www.ringgauer-landkaeserei.de>, 09. November 2009

http://www.urlaub-werratal.de/de/d7e13250-36a1-6b64-0e46-d9b82d904d3f_p12.html, Zugriff 09. November 2009

<http://www.handelsblatt.com/archiv/pflegebeduerftige-werden-zu-hause-versorgt;636426>, Zugriff 19. November 2009

<http://www.zrk-kassel.de/zrkhome.htm>, Zugriff 19. November 2009

<http://www.klinikum-kassel.de>, Zugriff 22. November 2009

<http://www.zsp-kurhessen.de>, Zugriff 22. November 2009

<http://www.openpr.de/news/295555.html>, Zugriff 23. November 2009

<http://www.baunataler-diakonie-kassel.de>, Zugriff 23. November 2009

<http://www.landkreiskassel.de/aktuell/presse/archiv/09/09-1502.htm>, Zugriff 23. November 2009

<http://www.fab-kassel.de/selbstbestimmtleben.html>, Zugriff 23. November 2009

<http://www.theaterstuecke.info/theaternetz/amateurbuehne-espenau>, Zugriff 23. November 2009

<http://www.freilichtbuehne-twiste.de/main/geschichte.html>, Zugriff 23. November 2009

<http://www.klosterspiele-merxhausen.de/frame.htm>, Zugriff 23. November 2009

http://www.region-kassel-land.de/cms/upload/downloads/Faltblatt_Frderung_im_Indlichen_Raum.pdf, Zugriff 27. November 2009

<http://www.markttreff-sh.de>, Zugriff 07. Dezember 2009

http://www1.bpb.de/wissen/MGM6LL,0,Vorraussichtliche_Pflegebed%FCrftige_bis_2020.htm, Zugriff 20. Dezember 2009

<http://www.dorfplanerin.de/nachbarschaftsladen.htm>, 12. Dezember 2009

<http://www.wolfhagen.de/de/stadtleben/stadtteile/altenhasungen.php?navanchor=1110015>,
Zugriff 12. Dezember 2009

<http://www.hna.de/cgi-bin/netcontent/suche?func=anzeigen&id=111163035&filename=HNA0000005032974.xml&sqlsuche=Kooperati-on%20soll%20Arbeit%20effektiver&linknummer=523&code=&fastsearch=&searchout=on&archivsearch=&forumsearch=&votesearch=&preview=&control=&weitere=&filelock=&personalsearch=&range=&html>, Zugriff 12. Dezember 2009

http://www.werraland-wfb.de/werk_webeg.html, Zugriff 15. Dezember 2009

<http://www.alheim.de/texte/seite.php?id=17076>, Zugriff 17. Dezember 2009

<http://www.oepnv-nordhessen.de/oepnv-nordhessen/ksstadtbus/ksstadtbushofg/index.html>,
Zugriff 17. Dezember 2009

http://www.hofgeismar.de/w3a/cms/Standard/Leben+in+Hofgeismar/Stadtbus/_/-_w3a2_-_%7C%7Cw3a%7C%7Cpublication.jsp%3FPubType%3D100030&mp%3D4&mofl%3D1%252C4&mpnl%3D33&d%3D1&l%3D1&nf%3D1&mpp%3Daced00057400085374616474627573.html;jsessionid=033016B948A89A89D21CE3E14E768614, Zugriff 17. Dezember 2009

http://www.hofgeismar.de/w3a/cms/Standard/Rathaus+%2B+Politik/Pressemitteilungen/Stadt_befoerdert_Behinderte_aus_Brunnenviertel_ab_sofort_kostenlos.htm_-_w3a2_-pubDetails.jsp%3FID%3D2530%26d%3D1%26l%3D1%26nf%3D1%26mp%3Dt3%26mp%3D2%26mpnl%3D2%252C12.html,
Zugriff 17. Dezember

<http://www.lagfad-hessen.de>, Zugriff 17. Dezember 2009

<http://www.lag-fed-hessen.de/index.htm>, Zugriff 17. Dezember 2009

<http://www.liga-hessen.de>, Zugriff 17. Dezember 2009

http://www.hef-rof.de/landratsamt_und_kreisverwaltung/presseinformationen/03_maerz_2006/5049.asp,
Zugriff 17. Dezember 2009

<http://www.people1.de>, Zugriff 17. Dezember 2009

http://www.kobinet-nachrichten.org/cipp/kobinet/custom/pub/content,lang,1/oid,16255/ticket,g_a_s_t, Zugriff 17.
Dezember 2009

http://www1.bpb.de/wissen/MGM6LL,0,Vorraussichtliche_Pflegebed%FCrftige_bis_2020.html, Zugriff 20. Dezember 2009

http://www.asb-az-hessen.de/e_home.html, Zugriff 27. Dezember 2009

http://www.stadtumbau-hessen.de/?page=nav_main_4_2, Zugriff 27. Dezember 2009

<http://www.kiwa-sh.de/index.php?id=143>, Zugriff 05. Januar 2010

http://www.fr-online.de/in_und_ausland/politik/aktuell/2121957_aerztemangel-auf-dem-Land-Kassenaerzte-fuer-rigoroese-Zulassungsregeln.html, Zugriff 05. Januar 2010

http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/c-549/nr-21/i.html, Zugriff 18. Januar
2010

<http://www.fed-hofgeismar-wolfhagen.de>, Zugriff 10. Februar 2010

http://www.hephata.de/content/behindertenhilfe/downloads/hephata_flyer_betr_wohnen.pdf,
Zugriff 10. Februar 2010

<http://www.werraland-wfb.de/fed.html>, Zugriff 10. Februar 2010

<http://www.barrierefrei-fuer-alle.de/ca/e/qj>, Zugriff 10. Februar 2010;

<http://projekte.sozialnetz.de/go/id/beav>, Zugriff 10. Februar 2010

http://www.mags.nrw.de/04_Soziales/1_Pflege/wohnen-im-alter, Zugriff 10. Februar 2010

6.3 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Trend der Entwicklung der Hochbetagten:.....	12
Abbildung 2: Altersstruktur von Menschen mit Behinderung im stationären Wohnen bundesweit.....	13
Abbildung 3: Ausgabensteigerung in der Eingliederungshilfe der Landkreise in Nordhessen für den Zeitraum 2001 bis 2008	14
Abbildung 4: Altersstruktur der Beschäftigten in WfbMs bzw. Besuchern von Tagesstätten in Nordhessen, die von ihren Angehörigen unterstützt werden:	15
Abbildung 5: Altersstruktur von Menschen mit Behinderung in den WfBM bundesweit	16
Abbildung 6: Karte zu den nordhessischen interkommunalen Kooperationen	57
Tabelle 1: Interkommunale Kooperationen im Rahmen des Stadtumbaus im Land Hessen	57

6.4 Abkürzungen

AG	Aktiengesellschaft
AMOS	Begegnungsstätte AMOS (Atelier für Menschen mit und ohne Behinderung als Ort der Begegnungen im Stadtraum)
ASB	Arbeiter- Samariterbund
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BAGWfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BARKE	Projekt im Landkreis Kassel „Unterstützende Betreuung und andere Angebote für Demenzkranke und Angehörige“
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BIB	Baunataler Integrationsbetriebe gGmbH
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CAP - Markt	Integrative Märkte des Einzelhandels mit mehr als 50% behinderten MitarbeiterInnen
City-Bus	Bürgerbus in der Gemeinde Espenau
DOXS eG	Genossenschaft der Ärzte und Psychotherapeuten in Nordhessen
ELER	Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums
FED	Familienentlastender Dienst
FED Hofgeismar	Familienentlastender Dienst Hofgeismar-Wolfhagen
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GG	Grundgesetz
GNH AG	Gesundheit Nordhessen Holding AG
GNN	Gesundheitsnetz Nordhessen e.V.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IGZ Borken	Interkommunales Gründerzentrum Borken
ITP	Integrierter Teilhabeplan
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe

LEADER	Liaison entre actions de développement de l'économie rurale (Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft), ein Förderprogramm der Europäischen Union für den ländlichen Raum
LWV Hessen	Landeswohlfahrtsverband Hessen
momo	Mobile Praxis für Psychomotorik in Willingshausen-Loshausen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NBA	Neues Begutachtungsinstrument der gesetzlichen Pflegeversicherung
NVV	Nordhessischer Verkehrsverbund
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ÖPP	Öffentlich Private Partnerschaften
PB	Persönliches Budget
PBfG	Personenbeförderungsgesetz
PerSEH	Modellprojekt „Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen“
PKH	Psychiatrisches Krankenhaus
PPP	Public Private Partnership
PSKB	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle
PSP	Pflegestützpunkt
PSZ	Psychosoziales Zentrum
REK	Regionales Entwicklungskonzept
SBWH	Seniorenberatung Waldhessen
SGB	Sozialgesetzbuch
SONG	Forschungsprojekt „Netzwerk Soziales neu gestalten“
Vhs	Volkshochschule
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
WeBeG	Werraland Beschäftigungsgesellschaft
WfbM	Werkstatt für Menschen mit Behinderung
ZRK	Zweckverband Raum Kassel