

Bericht Nr. 01 / 2016
Juni 2016

**Herausforderungen an
Pflegenetzwerke im ländlichen Raum
Erhebung zur Pflegeprävalenz im Landkreis Havelland,
Gemeinde Milower Land**

Matthias Schmidt, Matthias Tomenendal,
Janine Kuhnt, Martin Kunze und Frank Vollmert

Berichte aus dem Fachbereich I
Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften
Beuth Hochschule für Technik Berlin
(zuvor: Technische Fachhochschule Berlin)

ISSN 1862-1198 (Print)

ISSN 1862-3018 (Internet)

Berichte aus dem Fachbereich I, Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften,

Beuth Hochschule für Technik Berlin

Bericht Nr. 01 / 2016

Autoren: Prof. Dr. Matthias Schmidt / Prof. Dr. Matthias Tomenendal /
Janine Kuhnt / Martin Kunze / Frank Vollmert

Diese Publikation entstand im Forschungsprojekt „Kompetenznetzwerk für die individualisierte Pflege: Entwicklung von Management- und Kooperationskompetenzen für Pflegedienstleister“ (KiP-Net), unter Leitung von Prof. Dr. Matthias Tomenendal (Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin) und Prof. Dr. Matthias Schmidt (Beuth Hochschule Berlin).

Impressum

Herausgeber:

Fachbereich I der Beuth Hochschule Berlin

Beuth Hochschule für Technik Berlin (zuvor: Technische Fachhochschule Berlin)

Luxemburger Str. 10

13353 Berlin

Redaktionsleitung:

Prof. Dr. Ing. Werner Ullmann

Tel.: +49 30 4504-5547

Fax: +49 30 4504-2001

E-Mail: fbi@beuth-hochschule.de

Internet: <http://fb1.beuth-hochschule.de/>

Verantwortlich für den Inhalt ist/sind die Autor/en der Berichte.

ISSN 1862-1198 (Print)

ISSN 1862-3018 (Internet)

Dieser Bericht ist ein Teilergebnis des Forschungsprojekts „**KiP-Net**. Kompetenznetzwerk für die individualisierte Pflege: Entwicklung von Management- und Kooperationskompetenzen für Pflegedienstleister“, gefördert durch **IFAF** (Institut für angewandte Forschung) im Zeitraum vom 01.07.2015 bis 30.06.2017

Projektleitung:

Prof. Dr. Matthias Tomenendal

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Prof. Dr. Matthias Schmidt

Beuth Hochschule für Technik Berlin

Praxispartner:

Der Paritätische – Landesverband Brandenburg e.V.

Ambulante Kranken- und Altenpflege Mediteam Efler GmbH

QgP Qualitätsgemeinschaft Pflege, Berlin Brandenburg

Inhalt

Executive Summary	1
1. Einleitung	4
2. Zur Definition von Alter, Prävalenz, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit.....	7
2.1 Die Konstruktion des Alters	7
2.2 Prävalenz	11
2.3 Gesundheit.....	11
2.4 Pflegebedürftigkeit.....	14
3. Auswertung einer Erhebung zur Pflegeprävalenz im ländlich geprägten Raum:	
Pflegebedürftigkeit im Landkreis Havelland am Beispiel der Gemeinde Milower Land.....	18
3.1 Begriffsbestimmung und Bedeutung des ländlich geprägten Raumes	19
3.2 Allgemeine Angaben zum Untersuchungsfeld	21
3.2.1 Alter der Haushaltsangehörigen.....	21
3.2.2 Arbeitsverhältnis der Haushaltsangehörigen	22
3.2.3 Wohnort der Befragten	24
3.2.4 Wohnsituation (Mietwohnung oder Eigentum)	25
3.2.5 Barrierearmut der Wohnung.....	26
3.2.6 Interesse für eine (barrierearmut) Anpassung der Wohnverhältnisse.....	27
3.3 Angaben der Haushalte zur Pflegebedürftigkeit (Prävalenz)	29
3.3.1 Haushaltsangehörige mit Unterstützungs- und Betreuungsbedarf.....	29
3.3.2 Haushaltsangehörige mit einer chronischen Erkrankung.....	30
3.3.3 Haushaltsangehörige mit einer Behinderung.....	31
3.3.4 Haushaltsangehörige mit einer Demenz	32
3.3.5 Haushaltsangehörige mit einer Pflegestufe	34
3.4 Angaben der Haushalte zur Infrastruktur.....	35
3.4.1 Nutzung von Verkehrsmitteln zu vorsorge- und versorgungsspezifischen Einrichtungen und Diensten	36
3.4.2 Passungsverhältnis des ÖPNV	37
3.4.3 Zugänge und Vorhandensein von vorsorge- und versorgungsspezifischen Einrichtungen und Diensten	38
3.5 Angaben der Haushalte zu personellen und institutionellen Ressourcen	43

3.5.1	Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Formen der Unterstützung	44
3.5.2	Einbindung von Personen im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen	50
3.5.3	Inanspruchnahme von Hilfs-, Pflege-, oder Versorgungsleistungen durch externe professionelle Anbieter	51
3.5.4	Inanspruchnahme weiterer externer professioneller Anbieter zur Versorgung medizinischer Bedarfe	53
3.6	Angaben der Haushalte zu sachlichen Ressourcen	54
3.6.1	Einschätzung der persönlichen Vorbereitung und Informiertheit im Fall der Pflegebedürftigkeit.....	55
3.6.2	Eingeschätzte Kenntnis um Informationsmöglichkeiten, sowie mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote.....	56
3.6.3	Wege der Informationsbeschaffung im Falle einer Pflegesituation	59
3.7	Angaben der Haushalte zu finanziellen Ressourcen	60
4.	Fazit und Ausblick.....	62
5.	Literaturverzeichnis.....	68
6.	Onlinequellen.....	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zum Haushalt gehörende Personen nach Altersstufen.....	21
Abbildung 2: Arbeitsverhältnisse der erfassten Haushaltsangehörigen gegliedert nach ihrer Form	23
Abbildung 3: Angaben zum Wohnort (gegliedert nach den Ortsteilen der Gemeinde)	24
Abbildung 4: Besitzverhältnisse des Wohnraums	26
Abbildung 5: Barrierearmut des Wohnraums	27
Abbildung 6: Wohnraumanpassung im Bedarfsfall	28
Abbildung 7: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf.....	30
Abbildung 8: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer chronischen Erkrankung.....	31
Abbildung 9: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Behinderung	32
Abbildung 10: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Demenz	33
Abbildung 11: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Pflegestufe	34
Abbildung 12: Vorwiegend genutztes Mittel der Mobilität, Mehrfachnennung.....	37
Abbildung 13: Entsprechen die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs (Taktung des Fahrplans) Ihren Erfordernissen und Ansprüchen?.....	38
Abbildung 14: Die An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen ist gut möglich.	40
Abbildung 14a: Passende Anbieter für medizinische Dienstleistungen sind einfach zu finden.	41
Abbildung 14b: Ein Hausarzt ist vorhanden.	41
Abbildung 14c: Notwendige Termine mit Fachärzten sind zeitnah möglich.	42
Abbildung 15: Unterstützung durch Haushaltsmitglieder	44
Abbildung 15a: Unterstützung durch Familie/Bekannte/Nachbarn im unmittelbaren Wohnumfeld.....	45
Abbildung 15b: Unterstützung durch freiwillig Engagierte (z. B. Kirchengemeinden, lokale Vereine, etc.)	46
Abbildung 15c: Unterstützung durch Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes.....	47
Abbildung 15d: Unterstützung durch Angebote für hauswirtschaftliche Dienstleistungen	48
Abbildung 15e: Unterstützung durch regelmäßige medizinische Dienstleistungen (z. B. Arztbesuche, physiotherapeutische oder andere Behandlungen).....	48
Abbildung 16: Einbindung von Familienmitgliedern und externen professionellen Anbietern im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen für Haushaltsangehörige.....	50
Abbildung 17: Inanspruchnahme hauswirtschaftlicher Versorgung	51
Abbildung 17a: Inanspruchnahme grundpflegerischer Tätigkeiten	52
Abbildung 17b: Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege	52
Abbildung 18: Hinzuziehen eines zweiten externen professionellen Anbieters im Falle von speziellen medizinischen Bedarfen, wie Wundversorgung oder Diabetes	54
Abbildung 19: Gefühl der Vorbereitung und Informiertheit für den plötzlichen Eintritt eines Pflegefalles im Haushalt	56
Abbildung 20: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen im Fall eines akuten Notfalls	57
Abbildung 20a: Informiertheit über die Leistungen der Pflegeversicherung.....	58

Abbildung 20b: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen zur Vorbereitung eines möglichen Pflegefalls	58
Abbildung 20c: Informiertheit über die Vorsorgevollmacht.....	59
Abbildung 21: Hinzuziehen von externen professionellen Anbietern, Familie/Freunden und Nachbarn im Fall einer eintretenden Pflegesituation (zur Beschaffung von Informationen).....	60

Executive Summary

Die vorliegende Auswertung widmet sich einer Bestandserhebung der Pflegebedürftigkeit und ihren lokalen Rahmenbedingungen.

Exemplarisch für die Erfassung der Pflegeprävalenz und ihren Rahmenbedingungen in ländlich geprägten Gemeinden zielt die Erhebung im Landkreis Havelland am Beispiel der Gemeinde Milower Land auf lokale Potenziale und Herausforderungen ab. Die Erhebung der Pflegeprävalenz im ländlich geprägten Raum basiert auf einer quantitativen Fragebogenerhebung, in die fast alle Haushalte in der Gemeinde Milower Land im Bundesland Brandenburg im Zeitraum von Oktober 2015 bis Januar 2016 einbezogen wurden (fast 80 %). Mit einem Rücklauf von 181 Fragebögen wurden knapp 8 % der Gesamtbevölkerung erfasst und entsprechend können auf dieser Grundlage repräsentative Aussagen getroffen werden.

Basierend auf der theoretischen Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten „Alter“, „Prävalenz“, „Gesundheit“ und „Pflegebedürftigkeit“, ermöglicht die statistische Auswertung der empirischen Daten Aussagen zur Pflegeprävalenz in der Gemeinde Milower Land sowie zu den mit einer Pflegebedürftigkeit relevanten Rahmenbedingungen. Diese umfassen die lokale Infrastruktur sowie personelle, institutionelle, sachliche und finanzielle Ressourcen. Im Fokus der statistischen Auswertung und Analyse stehen also – neben einer grundsätzlichen Bestandserhebung haushaltsbezogener Daten und der Pflegeprävalenz – die Fragen nach lokalen Zugängen und des Vorhandenseins von Möglichkeiten der Mobilität, der Gesundheitsinfrastruktur und Ressourcen, die als Schutzfaktoren vor eintretender Pflegebedürftigkeit wahrgenommen sowie im Fall der akuten Versorgung in Anspruch genommen werden.

Im Ergebnis lässt die statistische Auswertung und Analyse lokale Potenziale im Umgang mit Pflegebedürftigkeit und hinsichtlich einer (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur vor Ort erkennen; sie weist jedoch ebenso auf lokale Handlungsbedarfe hin.

Als günstige Voraussetzungen für den Umgang mit Pflegebedürftigkeit und für die Entwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur erweisen sich:

1. Personelle Ressourcen: Die Befragung hat gezeigt, dass in der Mehrheit der befragten Haushalte aktuell keine Personen mit Unterstützungsbedarf, bzw. Pflegebedürftigkeit leben. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Mehrzahl der Haushalte im Fall einer Pflegebedürftigkeit die Unterstützung externer Anbieter in Anspruch

nehmen würde. Für den Fall, dass ein Pflegebedarf eintritt, fühlen sich die befragten Haushalte nach eigener Aussage in der Regel nicht informiert und wünschen sich Informationen zu möglichen Unterstützungsleistungen.

2. Materielle Ressourcen: Die Mehrheit der befragten Haushalte verfügt über ein regelmäßiges Einkommen, besitzt eigenen Wohnraum sowie eigene PKWs. Somit kann auf eine mögliche Finanzierbarkeit von pflegebezogenen Dienstleistungen geschlossen werden, sowie der Möglichkeit einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Wohnraumanpassung sowie die Fähigkeit zur Mobilität zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen, bzw. unabhängigen Lebensführung.

3. Soziale Ressourcen: Sie stellen einen nicht zu unterschätzenden Schutzfaktor vor eintretender Pflegebedürftigkeit und einen wesentlichen Unterstützungsfaktor bei eingetretener Pflegebedürftigkeit dar. Etwas weniger als die Hälfte der befragten Haushalte kann im Pflegefall auf ein entsprechendes Netzwerk zurückgreifen.

4. Infrastrukturelle Ressourcen: Eine nahezu flächendeckende Zugänglichkeit und das Vorhandensein eines Hausarztes sowie die bereits in Anspruch genommenen externen professionellen Dienstleister zur Vorsorge und Versorgung von Pflegebedürftigkeit sind auf lokaler Ebene bedeutsam. Die überwiegende Mehrheit der Haushalte hat einen Hausarzt und Zugang zu entsprechenden Dienstleistungsorganisationen.

Lokale Handlungsbedarfe bestehen hinsichtlich der:

1. Personellen Ressourcen: Z. B. Steigerung der persönlichen Informiertheit, einschließlich der Möglichkeit des Zugangs zu Informationen, Beratung und Begleitung.

2. Materiellen Ressourcen: Hinsichtlich einer zukünftigen bedarfs- und bedürfnisgerechten Verwendung vorhandener materieller Ressourcen wie z. B. zur Anpassung des Wohnraums bei eintretender Pflegebedürftigkeit und zur Nutzung externer professioneller Dienstleistungen im Bedarfsfall.

3. Sozialen Ressourcen: Diese betreffen allen voran das unausgeschöpfte Potenzial in der Einbindung „haushaltsfremder“ Unterstützung (z. B. durch freiwillig Engagierte). Diese bedürfen als „soziale Ressource“ ferner der Organisation (z. B. durch Kommunalverwaltung, Nonprofit-Organisationen etc.), wodurch sich ein Bedarf an Konzepten und Zielstellungen zur Umsetzung dieser im Umgang mit Engagierten ableiten lässt.

4. Infrastrukturellen Ressourcen: Dazu gehört insbesondere die Optimierungsbedürftigkeit hinsichtlich einer zeitnahen Terminvereinbarung mit Fachärzten und einer bedarfs- und bedürfnisgerechten öffentlichen Verkehrsinfrastruktur.

Ein Potenzial im Hinblick auf bereits vorhandene oder zu fördernde institutionelle Ressourcen auf lokaler Ebene ist in der Selbst- und Nachbarschaftshilfe der Befragten zur Aufrechterhaltung von Mobilität zu erkennen, die es in organisierte Strukturen zu überführen gilt (z. B. „Mitfahrerbank“ im ländlichen Raum).

1. Einleitung

Eine hohe Lebenserwartung, Zugänge zu einem ausdifferenzierten System der Krankenvorsorge und -versorgung und das eigene gesundheitsförderliche Verhalten erhöhen zum einen die Möglichkeit der Menschen, ein aktives und selbstbestimmtes Leben bis ins hohe Alter zu führen. Zum anderen steigt mit der Anzahl immer älterer werdender Menschen auch die Notwendigkeit, sich mit den Bedarfen und Bedürfnissen älter werdender Menschen, sowie persönlichen aber auch örtlichen Ressourcen, Potenzialen und Herausforderungen im Kontext einer Pflegebedürftigkeit auseinanderzusetzen.

Der lokalen Ebene kommt im Hinblick auf die Ermöglichungsstrukturen eines teilhabeberechtigten Lebens für Menschen mit Einschränkungen oder konkret einem Pflegebedarf eine wesentliche Bedeutung zu. Denn alltägliches Leben und Teilhabe zur aktiven Gestaltung und Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen des eigenen Lebens findet vor Ort – in den Kommunen – statt.

Insbesondere im ländlich geprägten Raum¹ ist eine Bevölkerungsabnahme (einschließlich einer Abnahme der Zahl jüngerer Menschen) zu beobachten, die sektorale Auswirkungen und Herausforderungen nach sich zieht, wie die Tragfähigkeit technischer Infrastruktur und Bildungsinfrastruktur, die Aufrechterhaltung des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) und die Finanzlage der Kommunen (vgl. Schlömer 2015, S. 32), die wiederum Auswirkungen auf die lokalen Versorgungsstrukturen haben.

Ein als aktiv und selbstbestimmt wahrgenommenes Altern ist sowohl von individuellen, bzw. personellen, als auch von lokalen Bedingungen abhängig (vgl. Kammerer et al. 2012), die insbesondere in ländlich geprägten Gemeinden, im Zusammenhang mit fragilen Versorgungsstrukturen² einerseits und Kompensationsmechanismen³ andererseits stehen.

¹ Eine Begriffsbestimmung des „ländlich geprägten Raums“ wird im Verlauf des Textes vorgenommen.

² Als fragil sind die Versorgungsstrukturen insofern zu bezeichnen, als dass der dynamische Prozess sozioökonomischer Abkoppelung ländlich geprägter Gemeinden (verkürzt betrachtet: hervorgerufen durch Abwanderung, Arbeitslosigkeit und Alterung) zu einem Abbau von Infrastruktur (vgl. Neu 2009, S. 82) und in der Folge zu Versorgungsdefiziten von älteren Menschen in ländlich geprägten Gemeinden führt (vgl. Beetz 2009, S. 122).

³ Als Kompensationsmechanismen defizitärer Versorgungsstrukturen sind insbesondere das Vorhandensein von und Zugänge zu sozialen Netzwerken (z. B. pflegebezogene Netzwerke und das Eingebundensein in Engagementnetzwerke), personeller Ressourcen (z. B. Inanspruchnahme familiärer Unterstützung oder von Nachbarschaftshilfen), sowie materieller und Wissensressourcen zu berücksichtigen. Kammerer et al. (2012, S. 628) stellen im Rahmen ihrer

Hinsichtlich wegbrechender oder unzureichender Versorgungsstrukturen einerseits und Kompensationsmechanismen andererseits, spielen Aufbau und Erweiterung von Netzwerkstrukturen im Pflegebereich ländlich geprägter Gemeinden eine wichtige Rolle. Netzwerke, verstanden als formale Infrastruktur für Beziehungsinhalte⁴, begünstigen die Entwicklung personeller und institutioneller Ressourcen, da professionelle Akteure der lokalen Gesundheitsinfrastruktur mit von Pflegebedürftigkeit konfrontierten Personen in einen Austausch über lokale Bedarfe und Bedürfnisse gelangen. Ferner lassen sich über Netzwerkstrukturen Formen der Teilhabe, die über das alltägliche Mitwirken in eigenen – haushaltsnahen – Belangen hinausgehen und das lokale Gemeinwesen betreffen, durch informell oder formal organisierte Formen des Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure (von Einzelpersonen über Non-Profit-Organisationen bis zu kommunalen Funktionsträgern) und über den Austausch von Informationen und Ressourcen umsetzen und weiterentwickeln (siehe hierzu Boeser 2013, S. 294; Jakob 2010, S. 253).⁵

Das Funktionieren eines lokalen pflegebezogenen Netzwerkes wird durch dessen Steuerung (Netzwerk-governance) beeinflusst; unterschieden werden zum einen die Koordination und Steuerung eines Netzwerkes über eine Organisation, die zentrale Managementaufgaben übernimmt und zum anderen die Koordination und Steuerung des Netzwerkes über alle beteiligten Organisationen (vgl. Einig 2009, S. 59).

Bevor jedoch der Blick auf geplante oder bereits etablierte lokale pflegebezogene Netzwerke zur Reduzierung der örtlichen Pflegeprävalenz gerichtet wird, bedarf es zunächst einer Bestandserhebung der Pflegeprävalenz sowie der mit einer Pflegebedürftigkeit verbundenen Rahmenbedingungen. Die Rahmenbedingungen umfassen sowohl vorhandene personelle und sachliche Ressourcen, als auch die Inanspruchnahme von und der Zugang zu institutionellen Ressourcen.

qualitativen Studie die Kompensation mangelnder Mobilität und Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum von pflegebedürftigen Frauen durch die Inanspruchnahme sozialer Netzwerke und langjährig gewachsener Strukturen, die insbesondere auf freiwilligen Aktivitäten von Personen fußen, heraus.

⁴ Der Netzwerkbegriff wird im Verlauf des Textes näher beschrieben.

⁵ Kritisch anzumerken ist, dass Gemeinschaftsbildungen auf lokaler Ebene (also in Stadtteilen, Wohnquartieren oder der Nachbarschaft) Dynamiken nach sich ziehen, die einerseits Ermöglichung von Teilhabe mit dem Ziel der Herstellung oder Beeinflussung sozialer Gerechtigkeit und andererseits die Durchsetzung von Interessen sich engagierender Macht- und Elitegruppierungen umfassen (siehe hierzu Bingel 2011, S. 220). Freiräume und Teilhabechancen wahrzunehmen bedeutet zugleich, an Belangen des örtlichen Gemeinwesens selbstverantwortlich mitzuwirken und diese mitzugestalten (Lang 2010, S. 344). Überdies zeigt sich hier wiederum die Grenze der freiheitlich wahrgenommenen Selbstverantwortung durch Engagement: Die Engagementinfrastruktur (hier bezogen auf Netzwerkstrukturen im Bereich der Pflege) inkludiert die Menschen, die die lokalen Freiräume zum Mitgestalten ihres Gemeinwesens wahrnehmen (können).

Die vorliegende Arbeit widmet sich einer Bestandserhebung der Pflegeprävalenz in ländlich geprägten Gemeinden und der mit einer Pflegebedürftigkeit verbundenen Rahmenbedingungen, um grundlegende Erkenntnisse für eine weitere Auseinandersetzung mit dem Vorhandensein und der Notwendigkeit lokaler pflegebezogener Netzwerke zur Senkung der Pflegeprävalenz zu generieren.

2. Zur Definition von Alter, Prävalenz, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

Um sich dem Themenbereich „Pflegeprävalenz im ländlich geprägten Raum“ zu widmen, gilt es zunächst eine Begriffsbestimmung von Alter, Prävalenz, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit vorzunehmen, die jeweils aus der Perspektive unterschiedlicher Fachdisziplinen, wie u. a. der (Gesundheits-)Psychologie, den Gesundheitswissenschaften, den Rechtswissenschaften, der Medizin, der Gerontosoziologie oder sozialwissenschaftlich abgeleitet werden können und von diesen inhaltlich konstruiert werden. Die Begriffe unterliegen aufgrund sich wandelnder gesellschaftlicher Anforderungen und Erwartungen an und Konzepte von Alter, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit (und eines damit verbundenen Managements), Konjunkturen und inhaltlichen Neubestimmungen, was eine einheitliche und perspektivisch umfassende Definition der Begriffe erschwert. In der Folge greift diese wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Themenbereich „Pflegeprävalenz im ländlich geprägten Raum“, auf diejenigen Diskurse der benannten Fachdisziplinen zurück, die einer möglichst umfassenden Auswertung dienlich sind.

2.1 Die Konstruktion des Alters

Das Alter, die Senioren, die ältere Generation, die alternde Bevölkerung, das hohe Alter und weitere definitionswürdige Angaben über eine Zielgruppe oder im Zusammenhang mit einer Forschungsfrage einen Untersuchungsgegenstand, suggerieren, dass über einen und denselben Altersbegriff geschrieben und gesprochen wird⁶. Zugleich verdeutlichen sie die Definitionsbedürftigkeit des Begriffs „Alter“, der – von seiner Perspektive abhängig – konstruiert wird.

⁶ Siehe Bartl 2016, S. 668; Rasner 2016, S. 652; Unger et al. 2015, S. 194; Neu 2009, S. 15ff.; Vogel 2009, S. 71 und S. 75.

Altersklassifikationen werden insbesondere aus einer soziologischen Perspektive, die sich mit Fragen „demographischer Entwicklungen“ befasst, in Beziehung zur Erwerbsfähigkeit von Personen gestellt. Ein Altersbegriff, der mit der Erwerbsfähigkeit von Personen in Verbindung steht und statistisch mit dem Altersquotienten⁷ abgebildet wird, ermöglicht eine Klassifikation der 20- bis 65-Jährigen zum erwerbsfähigen Teil der Bevölkerung (vgl. Rasner 2016, S. 651; Canzler/Knie 2009, S. 99 und 101) und zählt Personen ab dem 65. Lebensjahr zur „älteren Bevölkerung“ oder zur Bevölkerung im „Rentenalter“ (Rasner 2016, S. 648), da in der Altersklasse der ab 65-Jährigen in der Regel die Erwerbstätigkeit endet und die „nachberufliche Lebensphase“ (Höpflinger 2016, S. 612; Szameitat et al. 2011, S. 156) beginnt. Diese weit gefasste Definition des „Alters“ auf die nachberufliche Lebensphase lässt außer Acht, dass unter Berücksichtigung des „individuellen Alterns“, Personen ab 65 – sei es durch Erwerbsfähig- oder Erwerbsbedürftigkeit⁸ – den Status des Erwerbstätig-Seins nicht per Altersgrenze ablegen und es einer differenzierten Betrachtung der Altersklasse der Personen ab 65 Jahren bedarf. Hierin zeigt sich ferner der Rückgriff auf die juristische Perspektive und die juristische Konstruktion von Alter: der Eintritt in das „Rentenalter“ als juristisch definierte Größe⁹, wonach Personen die Regelaltersgrenze frühestens mit Vollendung ihres 65. Lebensjahres erreichen; die juristische schrittweise Anpassung der Regelaltersgrenze¹⁰ verdeutlicht wiederum die Abhängigkeit der Konstruktion „Alter“ von gesellschaftlichen Dynamiken.

Eine weitere Konstruktion des „Alters“, die in soziologischen Perspektiven gängig und kritikwürdig ist, ist das chronologische Alter, das dem Alterskonstrukt die vollendeten Lebensjahre von Personen zugrunde legt (siehe hierzu Höpflinger 2016). Eine individuelle Perspektive auf Personen, die entsprechend der Annahme einer heterogenen Gesellschaft auch einen differenzierten Altersbegriff nach sich ziehen müsste, bleibt in Bezug auf das „chronologische Alter“ unberücksichtigt.

⁷ Der Altersquotient bildet das Verhältnis der Anzahl von über 65-Jährigen, zur Anzahl von Personen im erwerbsfähigen Alter ab (vgl. Canzler/Knie 2009, S. 99).

⁸ Z. B. aufgrund des Wunsches der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, die mit dem Erwerbstätig-Sein verbunden sind oder aus ökonomischer Notwendigkeit.

⁹ <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvi/235.html> (Stand: 15.12.2015)

¹⁰ Zur schrittweisen Anhebung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahren siehe <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvi/235.html> (Stand: 15.12.2015).

Der Versuch einer Differenzierung der „nachberuflichen Lebensphase“, in „junge Alte“¹¹, „alte Alte“ und „Hochaltrige“ (vgl. Höpflinger 2016, S. 612) ermöglicht eine Annäherung an den Anspruch, einer heterogenen Gesellschaft gerecht zu werden. Die Grenzen der Konstruktion des Alters von jung bis hochaldrig liegen jedoch in ihrer Übertragbarkeit dieses Altersbegriffs, der subjektiv gebunden ist¹².

In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreiben Renneberg et al. (2007, S. 223) aus einer gesundheitspsychologischen Perspektive „Alter“ als Lebensphasen, die ab dem 60. Lebensjahr beginnen und sich in die „dritte Lebensphase“, zu der Personen im Alter von 60 bis 80 Jahren gezählt werden und die „vierte Lebensphase“, zu der Personen nach dem 80. Lebensjahr gezählt werden, gliedern (ebd.). Auch die gesundheitspsychologische Perspektive definiert „Alter“ zugunsten einer Klassifikation, die ähnlich wie der Bezug auf das chronologische Alter oder die Einteilung in die Phase des Erwerbstätigenalters und der nachberuflichen Phase, eine statistische Erfassung und Analyse einer Bevölkerungsgruppe ermöglicht, das individuell empfundene Alter von Personen jedoch nicht abzubilden vermag.

Gerade im Rahmen der Diskussion um die Aktivität älterer Personen¹³ wird deutlich, dass diese abhängig ist vom persönlichen Wohlbefinden, der persönlich eingeschätzten Fähigkeit zur Mobilität und des Vorhandenseins von sozialen Netzwerken¹⁴ sowie Strukturen oder Rahmenbedingungen, die ein gesundes als

¹¹ Beetz (2009 S. 128) grenzt die Konstruktion der „jungen Alten“ auf Personen zwischen 50 und 70 Jahren ein, wobei kritisch anzumerken ist, dass die inhaltliche Bestimmung der „alten Altern“ und der „Hochaltrigen“ kaum anschlussfähig wären.

¹² Es ließe sich fragen, nach welchen Kriterien sich eine Person selbst als „junger“ Alter, „alter“ Alter oder „Hochaltriger“ definiert und wenn nicht per selbst definierter Kriterien, nach welchen vergleichbaren Kriterien bzw. nach welchem Maßstab, wenn nicht unweigerlich – im Dienste der Vergleichbarkeit und Verallgemeinerbarkeit – einem chronologischem Verständnis des Alters nach, das wiederum Individualität des „Alters“ unberücksichtigt ließe?

¹³ Kainz/Werner (2011, S. 378) betrachten unter Rückgriff auf soziologische und psychologische forschungsbasierte Erkenntnisse insbesondere die „Weisheit“ als Potenzial, über das die „aktiv Alternden“ verfügen. Generell ließe sich annehmen, dass in der Aktivität von Personen – hier bezogen auf eine Altersgruppe – ein Potenzial für die Gemeinde auf kommunaler Ebene oder die Gesellschaft allgemein liegt, sei es, weil sie ihre kognitiven oder andere Fähigkeiten einbringen. Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass auch der Begriff der „Aktivität“ definitionsbedürftig ist, da er in einem weit gefassten Verständnis eng mit Konstrukten wie Lebensqualität, Gesundheit, sozialer Partizipation und Inklusion verbunden wird (siehe Ehlers 2010, S. 606; Kruse 2011, S. 837f.). Faulstich (2011, S. 213) fasst unter dem „Aktivitätsmodell“ neue oder fortschreitende Erfahrungen im Altersprozess, die ein positives Verständnis von Altern implizieren, wonach u. a. Selbstverwirklichung in verschiedenen Lebensbereichen, wie Sport, Familie und Kultur wichtig bleibt oder wird.

¹⁴ Soziale Netzwerke werden hier verstanden als soziale Beziehungsgeflechte, die eine Beschreibung formaler Eigenschaften von Beziehungen ermöglichen, nicht jedoch Aufschluss über die Inhalte oder Qualität der Beziehungen geben (vgl. Diewald/Sattler 2010, S. 689). Hinsichtlich der Beschreibung von Beziehungsinhalten und -qualitäten verwenden Diewald und Sattler (ebd.) den Begriff der sozialen Unterstützung. Soziale Netzwerke sind demzufolge die

selbstbestimmt und aktiv empfundenes Altern begünstigen.¹⁵ Kurzum: Individuelles Altern ist von den eigenen personellen Ressourcen und den Lebensbedingungen vor Ort abhängig (vgl. Neu 2009, S. 15).

Für die vorliegende Arbeit, die auf einer quantitativen Fragebogenerhebung basiert, wird das Konstrukt „Alter“ über die Bildung von Altersklassen erfasst, die sich inhaltlich an die in diesem Kapitel diskutierten Perspektiven anlehnt. In Kenntnis der Kritik an der klassifizierenden, chronologischen und inhaltlich zu bestimmenden Konstruktion von Alter muss eine individuelle Perspektive, die das subjektiv empfundene und das biologische Alter gleichermaßen berücksichtigt, zugunsten der Vergleichbarkeit und Verallgemeinerbarkeit zurückgestellt werden.

formale Infrastruktur für Beziehungsinhalte (die sich als zwischenmenschliche Interaktionen äußern; vgl. Fischbach et al. 2010, S. 337) und Beziehungsqualität, während soziale Unterstützung das Produkt dieser Infrastruktur ist. In Bezug auf soziale Netzwerke, die ein gesundes und als selbstbestimmt empfundenes Altern begünstigen, kann also angenommen werden, dass die sozialen Netzwerke (die soziale Infrastruktur), auf die mit Pflege konfrontierte Personen zurückgreifen können bzw. in die sie eingebunden sind, einen Rahmen für förderliche Bedingungen gesunden Alterns schafft und die Bedingungen, hier verstanden als Inhalte und Qualität von Beziehungen im Pflegekontext innerhalb der sozialen Netzwerke, sich aus der sozialen Unterstützung konkret ableiten. Der Zugang zu und das Vorhandensein von Einrichtungen, Diensten und unterstützenden Personen (Familie, Nachbarn, freiwillig Engagierte etc.) beschreibt im Folgenden also die sozialen Netzwerke auf die mit Pflegebedürftigkeit konfrontierte Personen zurückgreifen, während mit der Inanspruchnahme konkreter sozialer Unterstützungsleistungen die Inhalte der Beziehungen erfasst werden.

¹⁵ Kammerer et al. (2012) haben im Rahmen des Forschungsprojekts „Neighbourhood“ die Chancen zur Selbstbestimmung älterer Menschen mit Pflegebedarf unter Berücksichtigung sozialräumlicher und individueller Voraussetzungen (wie z. B. das Vorhandensein sozialer Beziehungen sowie materieller und Wissensressourcen) untersucht und halten fest, dass die Zugänglichkeit zu Informationen und Wissen, Niedrigschwelligkeit und Kontinuität von Anlaufstellen und ihren Angeboten sowie Vernetzung und Partizipation (wobei die Autoren in diesem Kontext von Einbezug der Pflegebedürftigen als „Experten ihrer Lebenswelt“ sprechen) die Selbstbestimmungschancen von Menschen mit Pflegebedarf begünstigen.

2.2 Prävalenz

Die Prävalenz bezeichnet nach Renneberg et al. (2007, S. 41f.), die sich dem Begriff aus der Perspektive der klinischen Psychologie zuwenden, die Häufigkeit auftretender Krankheitsfälle in einer definierten Population über einen bestimmten Zeitraum. Unterschieden werden Prävalenztypen wie die Punkt-, die 12-Monats- und die Lebenszeitprävalenz, wobei die Punktprävalenz die Häufigkeit der Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt angibt, die 12-Monatsprävalenz sich auf die Fälle der zurückliegenden 12 Monaten bezieht und die Lebenszeitprävalenz die Krankheitsfälle von Menschen im Laufe ihres Lebens angibt (vgl. ebd.). Das Neuauftreten einer Erkrankung hingegen wird mit der Inzidenz ausgedrückt und bezieht sich auf die Personen, die zu einem bestimmten Zeitraum neu erkrankt sind (vgl. Renneberg et al. 2007, S. 42).

Die vorliegende Auswertung zur Pflegeprävalenz in ländlich geprägten Gemeinden basiert auf einer Selbsteinschätzung der erfassten Haushalte über die Pflegebedürftigkeit von Haushaltsangehörigen zum Zeitpunkt der Erhebung (Punktprävalenz).

2.3 Gesundheit

Da das subjektiv empfundene Gesundheitsempfinden einer Person maßgeblich zu ihrer Teilhabefähigkeit¹⁶ in der Gesellschaft beiträgt und in einem dichotomen Verhältnis den selbst wahrgenommenen Bedarf an Vorsorge und Versorgung einer Pflegedürftigkeit beeinflusst, scheint es sinnvoll, sich der Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einer Definition des Gesundheitsbegriffs aus anzunähern.

¹⁶ Höpflinger (2016, S. 599) diskutiert die Aktivität von Personen in der nachberuflichen Lebensphase im Verhältnis zur „traditionellen“ Konstruktion des Alters als passiv im Sinne einer Nachberuflichkeit, da eine passive Vorstellung des *Ruhestandes* zunehmend durch Vorstellungen des aktiven und damit verbunden leistungsorientierten Alterns abgelöst wird. Die Konstruktion des Alters als Phase einer fortwährenden Fähigkeit zur Aktivität und Leistungsbereitschaft führt zu einer Annahme einer potenziell zur aktiven Teilhabe und Gestaltung des alltäglichen Lebens

Gesundheit wird beispielsweise in den gesundheitspsychologischen, gesundheitssoziologischen, pädagogischen¹⁷ oder sozialmedizinischen Diskursen zunächst über den Gesundheitsbegriff der WHO definiert¹⁸. Gesundheit ist, nach der seit dem Jahre 1948 nicht mehr veränderten Definition der WHO, wie folgt zu verstehen:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“¹⁹

Diese positive und weit ausgelegte Definition des Gesundheitsbegriffs umfasst neben dem vollständigen physischen und psychischen Wohlbefinden von Personen auch ihre soziale Integrität und intakte soziale Strukturen. Positiv ist diese Definition aufgrund dessen, dass sie den Gesundheitsbegriff nicht aus der Perspektive der Abwesenheit von Krankheit betrachtet, sondern aus der Perspektive des Vorhandenseins von Wohlbefinden und Lebensqualität.²⁰ Ähnlich wie bereits die Annäherung an die Konstruktion von „Alter“ deutlich gemacht hat, unterliegt auch der Gesundheitsbegriff – trotz des interdisziplinären Rückbe-

befähigten Personengruppe und zum anderen wird der normativ geprägte Leitgedanke einer leistungsbedürftigen Gesellschaft deutlich. Die Frage des „Normalen“ – hier bezogen auf die Normalität, einer zur Aktivität befähigten und leistungsbereiten Person in ihrer nachberuflichen Lebensphase – kann an dieser Stelle angedeutet, jedoch durch ihre Komplexität nicht gänzlich verhandelt werden. Im Kontext des Lernens bietet der Text von Ludwig A. Pongratz (2010) ähnliche „Figuren“ an; indem die Forderung an die Menschen herangetragen wird zu wollen, was sie müssen (vgl. Pongratz 2008, S.162). Lebenslanges Lernen betrifft in der aktuellen Diskussion um eine älter werdende Gesellschaft auch die nachberufliche Lebensphase und wird mit Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe, der Überwindung sozialer Ungleichheit, Gesundheit und gesellschaftlichem Engagement des Einzelnen verknüpft (vgl. Ehlers 2010, S. 606f.). In der Konsequenz ist anzunehmen, dass das traditionelle Konstrukt, in dem Alter mit *Ruhestand* und „sich zur Ruhe setzen“ verbunden ist, abgelöst wird von einer normativen Perspektive auf eine älter werdende Gesellschaft, die zu wollen hat, was sie muss: Unruhig, im Sinne von aktiv und gesund sein, um letztlich teilhabefähig zu bleiben und inkludiert zu werden und dieses lebenslang.

¹⁷ Insbesondere im Zusammenhang mit der Frage nach Resilienz oder in der Erwachsenenbildung unter dem Gesichtspunkt der Arbeits- und Weiterbildungsfähigkeit von Personen.

¹⁸ Siehe u.a. Rinderspacher 2015, S. 73; Heise 2015, S. 359; Hoh/Barz 2011, S. 730; Mittag/Wendland 2015, S. 397; Knecht 2010, S. 131.

¹⁹ World Health Organization 1948: WHO definition of Health. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Stand: 21.12.2015)

²⁰ Alban Knecht (2010, S. 106f.) diskutiert Gesundheit, die Häufigkeit von Krankheit (Morbidität), sowie die Lebenserwartung und Mortalität als Indikatoren für die Messung und Beschreibung von Lebensqualität.

zugs auf die Definition der WHO – gesellschaftlichem Wandel (vgl. Hoh/Barz 2011, S. 729) und disziplinären Schwerpunktsetzungen. In Anlehnung an die normative Perspektive auf das „Altern“ als fortwährendes Lernen und fortlaufende Selbstopтимierung, wird auch der Gesundheitsbegriff als Prozess der Selbstopтимierung im Sinne des Angepasst-Seins des Individuums an berufliche und private Aufgaben diskutiert (vgl. Hoh/Barz 2011, S. 730). Ein insbesondere in der Gesundheitspsychologie diskutiertes Verständnis von Gesundheit basiert auf dem biopsychosozialen Modell, wonach Gesundheit als dynamischer biopsychologischer Gleichgewichtszustand zu verstehen ist, dessen Erhalt und Wiederherstellung im Fokus steht (vgl. Renneberg et al. 2007, S. 23). Gesundheit und Krankheit bewegen sich, diesem Modell folgend, auf einem Kontinuum, das psychische (Verhalten, Informationsverarbeitung, Kognition, Emotionen und Bewältigung), biologische (genetische Dispositionen, Neurotransmitter, Verletzungen und Infektionen) und soziale (sozioökonomischer Status, soziale Beziehungen, ethnische Zugehörigkeit und Umweltfaktoren) Dimensionen berücksichtigt (vgl. ebd.).

Wird Gesundheit aus der gesundheits-, bzw. medizinsoziologischen Perspektive der Salutogenese²¹ betrachtet, wonach ein starker Kohärenzsinn, also das individuelle Gefühl des Vertrauens in sich selbst und die eigenen Ressourcen sowie die Fähigkeit, Anforderungen der Umwelt bewältigen oder künftig beeinflussen zu können, ein wesentlicher Indikator zur Aufrechterhaltung der Gesundheit ist, erweist sich die Frage nach der Teilhabefähigkeit von Personen als an individuelle Ressourcen gebundenes, subjektiv empfundenes und sich wandelndes Ziel dieser.

Im Kontext dieser Arbeit ist die Frage der Verfügbarkeit individueller Ressourcen, die ein gesundheitsförderliches Verhalten und soziale Integrität ermöglichen und als Protektoren (Schutzfaktoren) vor Pflegebedürftigkeit dienen, wesentlich.

Ein familiäres Netzwerk kann als Ressource schützend auf den individuellen Gesundheitszustand und das individuelle Wohlbefinden einwirken (vgl. Steinbach/Hank 2016, S. 376). Belastungssituationen in familiären Netzwerken, wie z. B. durch die Pflege von Angehörigen hervorgerufen, können jedoch eine Verschlechterung der Gesundheit nach sich ziehen (vgl. ebd., S. 377).

²¹ Zum Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky siehe Engelbracht/Nüsken 2015, S. 162ff.; Hoh/Barz 2011, S. 730; Reichert 2010, S. 315f.

Für die vorliegende Arbeit ist von besonderem Interesse, auf welche Netzwerke die befragten Haushalte zurückgreifen (im Verlauf unter „personelle und institutionelle Ressourcen“ sowie unter „sachliche Ressourcen“ diskutiert) und zu welcher Einschätzung hinsichtlich einer Pflegebedürftigkeit der Haushaltsmitglieder sie gelangen. Neben familiären, weiteren personellen (wie z. B. die Inanspruchnahme von Nachbarschaftshilfen oder Hilfe durch Freiwillige, aber auch die selbst eingeschätzte Informiertheit) und finanziellen Ressourcen, sollen auch institutionelle und sachliche Ressourcen (wie z. B. das Vorhandensein örtlicher Pflegedienstleister und pflegebezogener Netzwerke) betrachtet werden, die in einem salutogenetischen Verständnis von Gesundheit als gesundheitsförderliche Ressourcen (oder Schutzfaktoren) wahrgenommen werden können und insofern die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit beeinflussen.

2.4 Pflegebedürftigkeit

Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ ist – obgleich die Annahme einer medizinischen Definition aufgrund einer mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen medizinischen und gesundheitspflegerischen Versorgung von Personen nahe liegt – kein medizinischer, sondern ein sozialrechtlich definierter Begriff (vgl. von Renteln-Kruse 2009b, S. 204).

Als fünfte Säule der Sozialversicherungen leistet die Pflegeversicherung die Absicherung von Personen im Pflegefall und kommt dem sozialstaatlichen Anspruch des Schutzes der Bevölkerung vor Notfällen und Lebensrisiken nach (vgl. Schmid 2010, S. 133). Wann das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit eintritt, definieren die Paragraphen § 14 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches XI (SGB XI) und § 61 des Sozialgesetzbuches XII (SGB XII) wie folgt:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen. (§ 14 Abs. 1 SGB XI)

sowie

„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu leisten.

Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.“

(§ 61 Abs. 1 SGB XII)

Diesen Absätzen der Sozialgesetzbücher sind, verkürzt dargestellt, zwei inhaltliche Dimensionen zu entnehmen: Zum einen wird die Pflegebedürftigkeit über das Vorhandensein von Krankheit oder Behinderung definiert und zum anderen wird die Hilfsbedürftigkeit als konstitutiv für die Pflegebedürftigkeit betrachtet. Kritisch anzumerken ist zum einen die defizitorientierte Definition von Pflegebedürftigkeit, in Kenntnis dessen, dass Gesundheit, als theoretisches Gegenkonstrukt zur Bedürftigkeit im Falle von Krankheit, mehr ist als die bloße Annahme der Abwesenheit von Krankheit. Kritisch ist ferner anzumerken, dass Pflegebedürftigkeit und Hilfsbedürftigkeit zwar insofern korrelativ miteinander in Beziehung zu setzen sind, als dass Pflegebedürftige im Zuge der Bewältigung von Alltagssituationen auf Hilfe angewiesen sein können, jedoch Hilfsbedürftigkeit nicht unmittelbar im Kontext der Pflegebedürftigkeit stehen muss. Die Einschätzung einer Hilfsbedürftigkeit liegt primär und unabhängig eines Pflegekontextes beim Individuum selbst (vgl. Unger et al. 2015, S. 195), während die Einschätzung einer Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen (früheren) Einstufung in eine Pflegestufe bzw. nunmehr Einschätzung des Pflegegrades professionellen Fachkräften obliegt und auf Antrag nach Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen erfolgt (vgl. von Renteln-Kruse 2009b, S. 204). Der Kritik, einer Definition von Pflegebedürftigkeit über das Vorhandensein (spezifisch andauernder) Krankheit, stellt sich die Bundesregierung

insofern, als dass das „zweite Pflegestärkungsgesetz der Bundesregierung“²² die aktuelle gesellschafts-politische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit bzw. der Neubestimmungsbedürftigkeit dieses Begriffs verdeutlicht. Wie bereits für die Konstruktion des Altersbegriffs diskutiert, ist das Ziel der Neubestimmung und inhaltlichen Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dem Anspruch einer individuellen Perspektive auf Personen, bzw. der Einschätzung ihrer individuellen Bedürftigkeit, gerecht zu werden.

Die individuelle Perspektive zur Einschätzung einer Pflegebedürftigkeit umfasst sechs Bereiche. Diese Bereiche berücksichtigen körperliche, geistige und psychische Einschränkungen und führen im Ergebnis ihrer Einschätzung zu einem Pflegegrad (vgl. ebd.). Die Einschätzung des individuellen Pflegegrades resultiert aus der Begutachtung des Grades der Selbstständigkeit in den Bereichen (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und schließlich (6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (vgl. ebd.). Wesentlich ist demnach nicht die Frage des Vorhandenseins und die Einschätzung des Schweregrades von Krankheiten und Einschränkungen²³, sondern die positive Annahme einer möglichen Selbstständigkeit von Personen, die eng verbunden ist mit der salutogenetischen Perspektive auf Gesundheit; nämlich über das Vorhandensein von individuellen Ressourcen zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und über das Kohärenzgefühl, also die subjektive Einschätzung zur Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von jetzigen und zukünftigen Lebensereignissen.

Im Sinne der Berücksichtigung einer individuellen Pflegebedürftigkeit, unter Einschätzung der Selbstständigkeit von Personen, bestehen mit Erreichen des Pflegegrades 1 u. a. Ansprüche auf Aufklärung, Beratung und individuelle Pflegeberatung, Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen, sowie auf unentgeltliche Schulungskurse zur Pflege für Angehörige, ehrenamtliche Pflegenden oder an ehrenamtlicher Pflege interessierte Personen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 42). Von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen werden somit in einem sozialen Kontext betrachtet, da auch die pflegenden Personen von Sachleistungen wie Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen und Pflege-Schulungskursen profitieren, die im

²² Siehe <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html> (Stand: 16.12.2015).

²³ Wie gesetzlich in § 14 Abs. 1 SGB XI und § 61 SGB XII verankert und wonach die Pflegebedürftigkeit über die Einschätzung einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung von Personen vorgenommen wird.

Idealfall schließlich zu einer verbesserten Umsetzung der Pflegetätigkeiten im Sinne der Förderung einer größtmöglichen Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person führen.²⁴ Ferner wird über die Grundsätze „Vorrang der Prävention und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 29) oder „Rehabilitation vor Pflege“ (von Renteln-Kruse 2009b, S. 186) der Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit und damit das Bestreben nach größtmöglicher Selbstständigkeit für den von Pflegebedürftigkeit (aktuell oder zukünftig) Betroffenen fokussiert.

²⁴ Dem Grundgedanken: „Menschen mit Pflegebedarf haben das Recht auf eine qualitätsgesicherte, an ihrem persönlichen Bedarf ausgerichtete, Fähigkeiten fördernde und menschenwürdige Pflege, Unterstützung und Zuwendung bis zum Lebensende.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 11), wird insofern entsprochen, als dass zum einen Pflegepersonen über die Teilnahme an Pflegekursen zur Steigerung einer qualitätsgesicherten Pflege beitragen und über die subsidiäre Regelung der im Sinne einer Ermöglichung von Selbstständigkeit vorrangigen ambulanten häuslichen Pflege, im Idealfall eine menschenwürdige Pflege und Zuwendung über vertraute Bezugspersonen und in einem vertrauten Wohnraum (im eigenen Haushalt) erfolgt.

3. Auswertung einer Erhebung zur Pflegeprävalenz im ländlich geprägten Raum: Pflegebedürftigkeit im Landkreis Havelland am Beispiel der Gemeinde Milower Land

Vor dem Hintergrund, dass ländlich geprägte Räume aufgrund demographischer Dynamiken und deren Folgen, wie beispielsweise Geburtenrückgang, der Wegzug junger Menschen und Hochqualifizierter, sowie die Alterung der Bevölkerung und sich in diesem Zusammenhang wandelnde Anforderungen an örtliche Lebensbedingungen, der Rückgang finanzieller Ressourcen und der Abbau von Infrastruktur (vgl. Neu 2009, S. 82) mit Herausforderungen konfrontiert werden, die ganz besonders den Bereich der Vorsorge von Pflegebedürftigkeit und Versorgung von Pflegebedürftigen betreffen, widmet sich die im Folgenden dargestellte Untersuchung dem Themenbereich der „Pflegeprävalenz im ländlich geprägten Raum“²⁵.

Die Untersuchung basiert auf einer quantitativen Fragebogenerhebung, die in den Orts- und Gemeindeteilen der Gemeinde Milower Land des Landkreises Havelland im Bundesland Brandenburg durchgeführt worden ist²⁶. Im Zeitraum von Oktober 2015 bis Januar 2016²⁷ wurde Haushalten der Gemeinde Milower Land²⁸ ein Fragebogen zur Ermittlung ihrer selbst eingeschätzten Wohnsituation und -verhältnisse, der Pflegeprävalenz, der pflegebezogenen Informiertheit, Zugänglichkeit und Inanspruchnahme von sozialen Netzwerken, Einrichtungen und Diensten sowie der Zugänglichkeit und Inanspruchnahme der örtlichen Verkehrsinfrastruktur übermittelt²⁹. Die vorliegende Auswertung basiert auf einem Datenrücklauf von 181 Fragebögen und umfasst damit ca. 8 % der Haushalte im Untersuchungsgebiet. Auf dieser Datengrundlage können repräsentative Aussagen getroffen werden. Die Zielstellung einer Ermittlung der mit

²⁵ Die quantitative Fragebogenerhebung basiert auf einer Zusammenarbeit zwischen dem Fachgebiet Unternehmensführung des Fachbereichs 1 – Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften der Beuth Hochschule für Technik Berlin und der Qualitätsgemeinschaft Pflege der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege Spitzenverbände im Land Brandenburg.

²⁶ Untersuchungsgebiet

²⁷ Erhebungszeitraum

²⁸ Grundgesamtheit

²⁹ Erhebungsverfahren: Zustellung des Fragebogens als Beilage der lokalen Wochenzeitung

diesem Themenbereich verbundenen Ausgangslage der befragten Haushalte, d. h. die Analyse grundlegender Daten, ist mit diesem Rücklauf erreicht und ferner sind die Analyseergebnisse anschlussfähig an mögliche vertiefende Erhebungen (insbesondere durch Hinzunahme qualitativer Forschungsmethoden).

Bevor auf die Ergebnisse der Untersuchung eingegangen wird, soll im Folgenden zunächst eine Begriffsbestimmung des „ländlich geprägten Raumes“ vorgenommen werden.

3.1 Begriffsbestimmung und Bedeutung des ländlich geprägten Raumes

Für die Begriffsbestimmung des „ländlich geprägten Raumes“ findet sich in der Literatur kein Konsens (vgl. Schlömer 2015, S. 26). Es wird herausgestellt, dass es den ländlichen Raum, der in Abgrenzung zum städtischen Raum verhandelt wird, nicht gibt (vgl. Schlömer/Spangenberg 2009, S. 17) und sich überdies die Konstruktion der Dichotomie Stadt - Land aufgrund ihrer Hybridität auflöst (siehe hierzu Kühne 2012, S. 167). Das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2009) hat ein Typisierungskonzept entwickelt, welches zwei räumliche Basisstrukturmerkmale – Besiedlung und Lage – betrachtet (vgl. ebd. S. 20). Demnach sind die Raumtypen nach ihrer jeweiligen siedlungsstrukturellen Prägung (gewählt wurden hier die Kategorien: ländlich, teilweise städtisch und überwiegend städtisch) sowie ihrer Lage (gewählt wurden hier die Kategorien: sehr peripher, peripher, zentral und sehr zentral) zu differenzieren (vgl. ebd. S. 22).

Für die vorliegende Arbeit bietet sich die Typisierung des ländlich geprägten Raumes in Anlehnung an Schlömer/Spangenberg (2009, S. 22) an, wonach die untersuchte Gemeinde Milower Land hinsichtlich ihrer Lage als sehr peripher und hinsichtlich ihrer siedlungsstrukturellen Prägung als ländlich umgeben zu typisieren ist. Bezogen auf die Fläche ist zu erwähnen, dass ländlich geprägte Gemeinden 60 % des Bundesgebietes umfassen, wobei in diesen – bezogen auf das Bundesgebiet – 18 % der Einwohner und 10 % der Beschäftigten leben (vgl. ebd., S. 25); insofern lassen sich mit der vorliegenden Untersuchung exemplarische Aussagen für „ländlich geprägte Gemeinden“ formulieren und zugleich können aufgrund der Viel-

falt ländlich geprägter Räume keine auf das Bundesgebiet verallgemeinerbaren Aussagen getroffen werden. Ferner ist die kommunale Daseinsvorsorge³⁰ – also auch die Pflege als Teilbereich der Gesundheitsversorgung, die zu „infrastrukturellen Daseinsvorsorgeleistungen“ (Neu 2014, S. 118) zählt – von lokalen Entwicklungen geprägt (vgl. Beetz 2009, S. 115).

Insbesondere der so genannte „ländliche Raum“ ist von den Auswirkungen einer älter werdenden Gesellschaft, Abwanderung, Defiziten im Qualifikationsniveau der Erwerbsfähigen, Arbeitslosigkeit, Herausforderungen hinsichtlich einer umfassenden Daseinsvorsorge und dem Erhalt wettbewerblicher Marktstrukturen gekennzeichnet (vgl. BBR 2009, S. 7). Für die Vorsorge von Pflegebedürftigkeit und Versorgung von Pflegebedürftigen sind in diesem Zusammenhang besondere Problemstellungen anzunehmen, insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit den Bedarfen und Bedürfnissen der Haushalte entsprechender Infrastruktur (neben barrierearmen Zugängen zu Örtlichkeiten, Einrichtungen und Diensten, ebenso das Vorhandensein und der bedarfsgerechte Auf- und Ausbau von Einrichtungen und Diensten, etc.), personeller und institutioneller Ressourcen (insbesondere qualifiziertes Personal und Netzwerkstrukturen), sachlicher Ressourcen (Räume oder „Plattformen“ für einen Austausch zwischen Personenkreisen), sowie finanzieller Ressourcen (insbesondere die Steuereinnahmen der Kommunen) zur Sicherung der kommunalen Daseinsvorsorge.

Die folgende Auswertung ermöglicht ein für „ländlich geprägte Gemeinden“ exemplarisches Abbild der benannten Herausforderungen.

³⁰ Kommunale „Daseinsvorsorge“ ist ein verwaltungsrechtlich und sozialwissenschaftlich konstruierter Begriff. Es hat sich weder in der Rechtswissenschaft, noch in der Sozialwissenschaft eine allgemeingültige Definition, bzw. ein gemeinsam geteiltes Begriffsverständnis herausgebildet (vgl. Krajewski 2011, S. 15; Henneke 2009, S.18). Die Rechtsprechung fasst die Daseinsvorsorgeleistungen weit; die Leistungen der Daseinsvorsorge lassen sich in Tätigkeitsfelder, wie Versorgungs- und Entsorgungswirtschaft, Post- und Telekommunikationsleistungen, Verkehrsdienstleistungen, Gesundheits- und Bildungsleistungen sowie soziale Dienstleistungen, Sport und Kultur systematisieren (vgl. Krajewski 2011, S. 32ff.; Henneke 2009, S. 18). Kurzum betrifft die Daseinsvorsorge „Dienstleistungen, deren Erbringung aus öffentlichem Interesse einem besonderen Regime unterworfen ist.“ (Krajewski 2011, S. 15). Rechtlich geregelt ist die kommunale Daseinsvorsorge, deren Leistungen der Sicherung eines menschenwürdigen Lebens der Bürger dienen sollen, im Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) und dem Recht auf kommunale Selbstverwaltung (Art. 28 Abs. 2 GG), wonach die Kommunen das Recht haben, Aufgaben im öffentlichen Interesse zu übernehmen, sofern sie nicht durch gesetzliche Grundlagen anderen Akteuren übertragen werden (vgl. Bauckhage-Hoffer 2009, S. 224).

3.2 Allgemeine Angaben zum Untersuchungsfeld

Die vorliegende Auswertung zur „Pflegeprävalenz im ländlich geprägten Raum“ bezieht sich auf die Gemeinde Milower Land im Landkreis Havelland des Bundeslandes Brandenburg. Grundlegende Angaben zum Untersuchungsfeld werden über die Ermittlung des Alters der Haushaltsangehörigen, der Formen ihrer Arbeitsverhältnisse sowie ihrer Wohnsituation möglich.

3.2.1 Alter der Haushaltsangehörigen

Die Mehrzahl der erfassten Personen befindet sich in der Altersgruppe der 19-64-Jährigen (46,97 %), sowie mit 34,09 % in der Altersgruppe der 65-80-Jährigen. Deutlich wird, dass die Mehrheit der erfassten Einwohner der Gemeinde Milower Land der erwerbsfähigen oder nachberuflichen bzw. dritten Lebensphase zuzuordnen sind (81,06 %). Kinder und Jugendliche machen mit 10,61 % der erfassten Personen einen geringen Anteil aus; ebenso die erfassten Personen in der „vierten Lebensphase“ (8,33 %) (vgl. Abbildung 1).

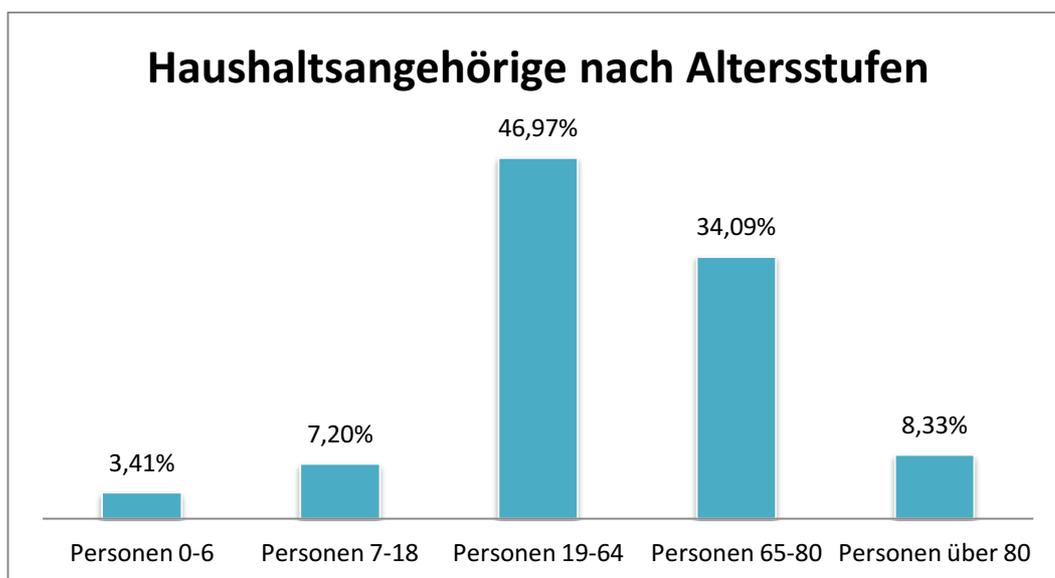


Abbildung 1: Zum Haushalt gehörende Personen nach Altersstufen, n = 264

Bei einem Blick auf diese Befunde ist anzunehmen und dies deckt sich mit allgemeinen, auf die Bundesrepublik Deutschland bezogene, Befunden, dass die Bevölkerungsentwicklung neue Nachfragen in der Daseinsvorsorge nach sich ziehen wird, da zukünftig weniger Kinder und Jugendliche in der Schul- und Ausbildungsphase, weniger Personen erwerbstätig und mehr Personen in der dritten und vierten Lebensphase sein werden (vgl. Einig 2009, S. 41). Canzler und Knie (2009, S. 101) fassen die wesentlichen Aspekte der Bevölkerungsentwicklung zusammen. Es wird eine Alterung der Gesellschaft geben, wobei die am schnellsten wachsende Altersgruppe die Personen in der „vierten Lebensphase“ betrifft, was mit einer steigenden Lebenserwartung aufgrund medizinischer Versorgung einhergeht; zugleich wird eine Binnenwanderung prognostiziert, von der insbesondere die neuen Bundesländer nach wie vor betroffen sein werden.³¹ Diese Zusammenfassung zeigt, dass sich lokale Bedarfe und Anforderungen der Einwohner ländlich geprägter Gemeinden verändern werden und sozialpolitisch entsprechend berücksichtigt werden müssen; beginnend beim Erhalt, Auf- und Ausbau der Altersdynamik angemessener Gesundheits- und Verkehrsinfrastruktur, über die Frage der Attraktivitätssteigerung von Gemeinden für zuziehende Personen unter Berücksichtigung ihrer Arbeitskraft und endend bei geeigneten Teilhabe- und Versorgungsstrukturen, die zielgruppenspezifisch geschaffen oder weiterentwickelt werden müssen, um den sich wandelnden Anforderungen zu entsprechen.

3.2.2 Arbeitsverhältnis der Haushaltsangehörigen

Die Art des Arbeitsverhältnisses gibt zum einen Hinweise auf die alltägliche Arbeitszeit und eine – in der Regel – damit verbundene Abwesenheit der Personen von ihrem Wohnraum. Zum anderen lassen sich über die Form des Arbeitsverhältnisses Annahmen über mögliche Zeitressourcen bilden, die diesen Personen für andere alltägliche Tätigkeiten zur Verfügung stehen (wie z. B. für die Pflege von Angehörigen). Schließlich lassen sich über die Art der Arbeitsverhältnisse der erfassten Haushaltsmitglieder Einschätzungen zur finanziellen Situation dieser treffen.

³¹ Entwicklungen im Hinblick auf die Zuwanderung von Personen mit Migrationshintergrund und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Schrumpfung von Gemeinden, sind in Anbetracht der aktuellen Situation neu zu untersuchen und mit neuen belastbaren Zahlen zu belegen.

Die Auswertung der Angaben der Haushalte zur Form der Arbeitsverhältnisse zeigt, dass die Mehrheit der Personen in einem Vollzeit-Arbeitsverhältnis steht (57,29 %), gefolgt von Teilzeit-Beschäftigungen (13,54 %) und einer ausgeübten Selbstständigkeit (11,98 %) (vgl. Abbildung 2).

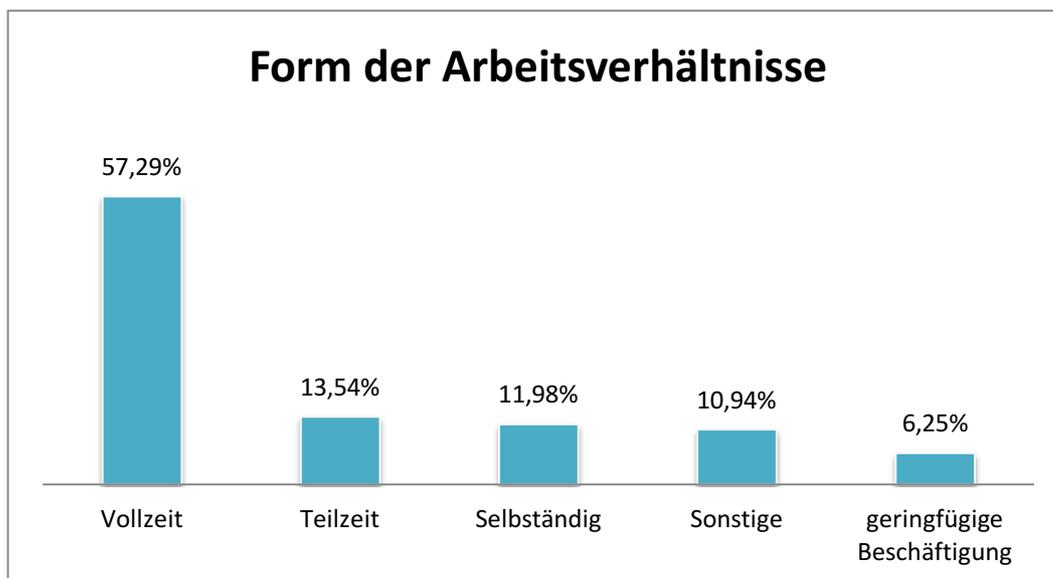


Abbildung 2: Arbeitsverhältnisse der erfassten Haushaltsangehörigen gegliedert nach ihrer Form, n = 192

Die Ergebnisse lassen annehmen, dass die Mehrheit der erfassten Personen aufgrund ihrer Vollzeitbeschäftigung über finanzielle Ressourcen verfügen und zugleich ein knappes Zeitbudget zur Erfüllung anderer Aufgaben haben. Für den Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit verdeutlichen diese Befunde, dass eine wohnortnahe, zugängliche und differenzierte Gesundheitsinfrastruktur zur Übernahme anfallender Pfl egetätigkeiten von hoher Relevanz ist. Zum einen, da anzunehmen ist, dass bei Aufrechterhaltung des Vollzeitverhältnisses ein Mangel an Zeitressourcen zur Übernahme der Pflege, vorherrscht (Management). Zum anderen da anzunehmen ist, dass Pflegedienstleistungen durch externe professionelle Anbieter, bei Aufrechterhaltung des Vollzeitverhältnisses, aufgrund vorhandener finanzieller Ressourcen in Anspruch genommen werden können und müssen (Finanzierbarkeit).

3.2.3 Wohnort der Befragten

Die Angaben der Haushalte zeigen, dass diese ihren Wohnsitz zu einem Großteil im Ortsteil Milow (29,44 %), gefolgt von den Ortsteilen Bützer (22,78 %) und Großwudicke (13,33 %) haben (vgl. Abbildung 3). Diese Daten spiegeln annähernd die Rangfolge der Einwohnerzahlen der Ortsteile, wonach der Ortsteil Milow die meisten und der Ortsteil Bahnitz die wenigsten Einwohner zählt.³² Insofern ist anzunehmen, dass die Analyse der Daten zur Pflegeprävalenz in der Gemeinde Milower Land ein realistisches Abbild der Bedarfs- und Bedürfnislage der Gemeinde darstellt.

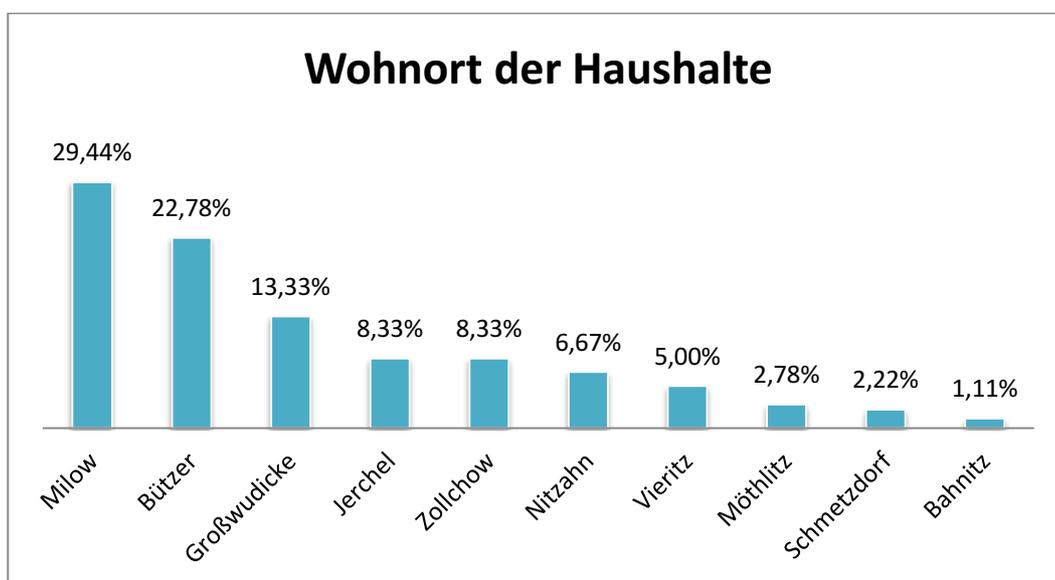


Abbildung 3: Angaben zum Wohnort (gegliedert nach den Ortsteilen der Gemeinde), n = 180

³² Vgl. <http://www.milow.de/verzeichnis/index.php?kategorie=66> (Stand: 15.01.2016).

3.2.4 Wohnsituation (Mietwohnung oder Eigentum)

Im Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit sind – im Sinne einer selbstständigen Lebensführung der Betroffenen – Wohnraumanpassungen eine Möglichkeit, die Selbstständigkeit – trotz gesundheitlicher Einschränkungen – aufrecht zu erhalten und zu fördern. Neben der Inanspruchnahme professioneller externer Pflegedienstleister, wirken Anpassungen und Änderungen des Wohnumfeldes (z. B. durch einen Umzug in eine barrierearme Wohnung) oder des Wohnraums unterstützend zur Bewältigung alltäglicher Abläufe und Aufrechterhaltung der individuellen, selbstständigen Lebensführung (vgl. Schelisch, 2016, S. 51). Im Hinblick auf die im Fall einer Pflegebedürftigkeit notwendigen und gewünschten Wohnraumanpassungen gibt es gesetzliche Grundlagen, die regeln:

- Wann eine Wohnraumanpassung vorgenommen werden kann (§ 40 SGB XI, Abs. 1; Prüfung durch die Pflegekasse unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes)³³,
- die Notwendigkeit der Zustimmung bei Wohnraumanpassungen in einem Mietverhältnis durch den Vermieter (§ 554a BGB)³⁴ erforderlich ist, sowie
- in welcher Höhe finanzieller Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (§ 40 SGB XI, Abs. 4; Entscheidung durch die Pflegekassen)³⁵ möglich sind.

Ist der Haushalt, der mit Pflegebedürftigkeit konfrontiert wird, im Besitz eines Eigentumshauses oder einer Eigentumswohnung, ist davon auszugehen, dass gewünschte Wohnraumanpassungen unkomplizierter vorgenommen werden können, da eine Absprache mit dem Vermieter oder anderen Mietparteien eines Wohnhauses wegfallen.

Sehr deutlich ist der Befund, dass 90,50 % der Haushalte angeben, über Eigentum zu verfügen, was eine Wohnraumanpassung im Bedarfsfall begünstigt (vgl. Abbildung 4).

³³ http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_40.html (Stand: 15.01.2016).

³⁴ <http://dejure.org/gesetze/BGB/554a.html> (Stand: 15.01.2016).

³⁵ http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_40.html (Stand: 15.01.2016).

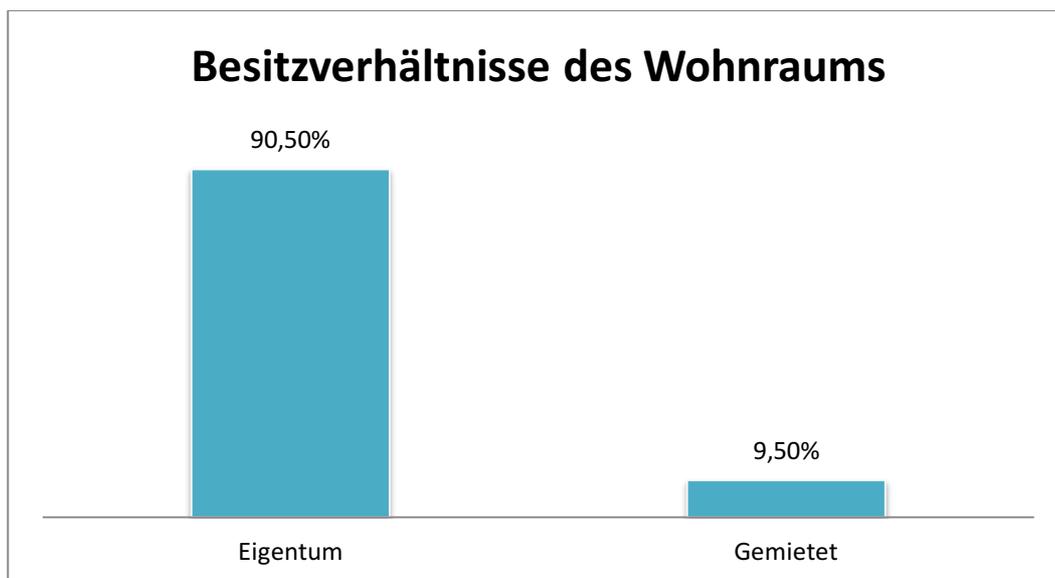


Abbildung 4: Besitzverhältnisse des Wohnraums, n = 179

3.2.5 Barrierearmut der Wohnung

Die Datenauswertung zeigt deutlich, dass die meisten der erfassten Haushalte in der Gemeinde Milower Land nicht barrierearm sind (77,97 %). Obgleich die Mehrzahl der Einwohner über Eigentum verfügt und den Wohnraum grundsätzlich den eigenen Bedarfen und Bedürfnissen anpassen kann, ist dieser in der Regel nicht für den Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit ausgestattet. Anzunehmen ist – und dieser Befund wird durch die Analyse der Daten in Abbildung 7, 20a und 20b gestärkt – dass die Haushalte, deren Wohnraum nicht barrierearm ist, zum einen noch keinen Bedarf zur Wohnraumanpassung wahrnehmen und zum anderen in der Regel weder über die Leistungen der Pflegeversicherung (62,33 %), noch über Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine mögliche Pflegebedürftigkeit (70,00 %) informiert sind (vgl. Abbildung 5).

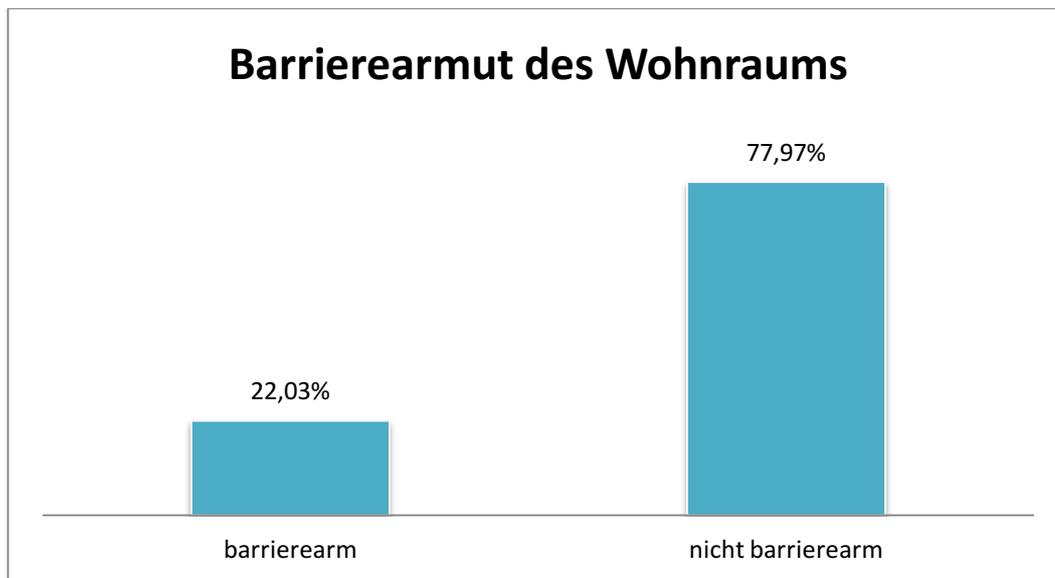


Abbildung 5: Barrierearmut des Wohnraums, n = 177

Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Zugängen und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Beratung für die erfassten Haushalte in der Gemeinde Milower Land noch unausgeschöpft ist. Folglich ergibt sich ein Potenzial für professionelle Pflegedienstleister, die Pflegekassen sowie sonstige Akteure der lokalen Gesundheitsinfrastruktur im Rahmen von pflegebezogenen Netzwerken den Grad der Informiertheit positiv zu beeinflussen, über Vorsorge- und Unterstützungsleistungen aufzuklären und damit schließlich die Pflegeprävalenz zu senken.

3.2.6 Interesse für eine (barrierearme) Anpassung der Wohnverhältnisse

Im Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit ist eine Wohnraumanpassung, das heißt das Herstellen von Barrierearmut, mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Förderung einer selbstständigen Lebensführung, sinnvoll. Die Auswertung zeigt, dass 80,35 % der antwortenden Haushalte im Bedarfsfall Wohnraumanpassungen vornehmen würden (vgl. Abbildung 6).

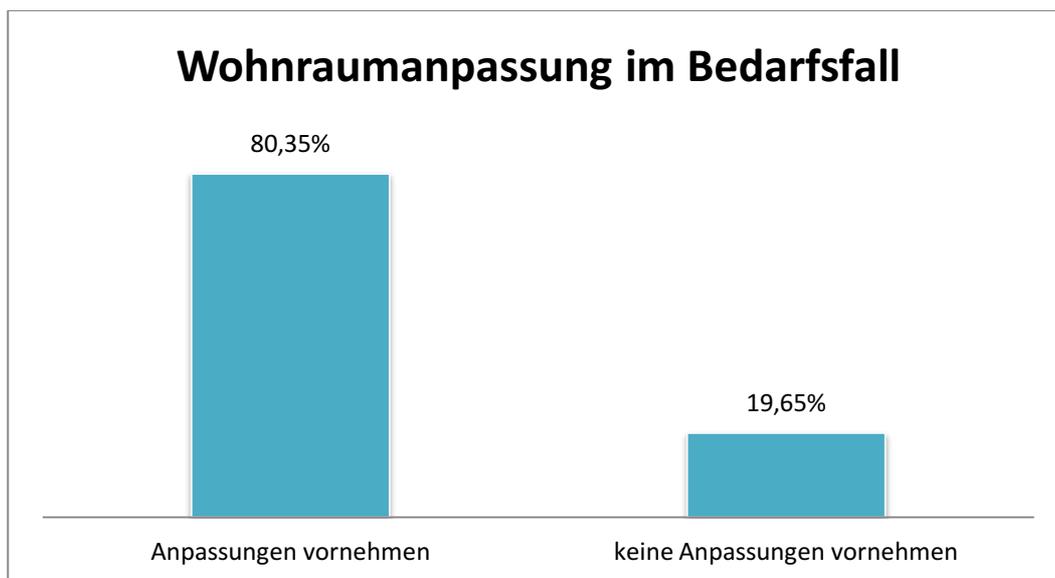


Abbildung 6: Wohnraumanpassung im Bedarfsfall, n = 173

Wird bedacht, dass knapp 78 % der antwortenden Haushalte angeben, ihr Wohnraum sei nicht barrierearm (vgl. Abbildung 5), zeigt sich hier ein erhebliches Potenzial: nahezu alle erfassten Haushalte, deren Wohnraum noch nicht barrierearm ist, würden im Bedarfsfall eine barrierearme Umgestaltung/ Anpassung ihres Wohnraumes vornehmen lassen. Die Voraussetzungen für eine Anpassung des Wohnraumes, so ist anzunehmen, sind zum einen verbunden mit dem Eintreten eines konkreten Bedarfsfalls, mit der Zugänglichkeit und der Inanspruchnahme von Informationen und Beratung zur Umsetzung entsprechender Umbaumaßnahmen und mit finanziellen Ressourcen.

Neben der Zugänglichkeit zu Informationsquellen und Beratung (z. B. in pflegebezogenen Netzwerken lokaler Akteure, die über die Leistungen der Pflegeversicherungen informieren) ist auch das Vorhandensein örtlich vorzufindenden „Knowhows“ relevant: angefangen bei beratenden, sozialen Dienstleistern, bis hin zu den Handwerksbetrieben, Raumausstattern und weiteren Dienstleistern, die Wohnraumplanungen anfertigen, Mobiliar anpassen oder einbauen und weitere Umbaumaßnahmen oder Beratungsleistungen vornehmen.

3.3 Angaben der Haushalte zur Pflegebedürftigkeit (Prävalenz)

Die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit in der Gemeinde Milower Land gibt Aufschluss über die Punktprävalenz der durch die Befragten selbst eingeschätzten Pflegebedürftigkeit der Haushaltsangehörigen zum Zeitpunkt der Erhebung.

3.3.1 Haushaltsangehörige mit Unterstützungs- und Betreuungsbedarf

Die Auswertung der selbst eingeschätzten Pflegebedürftigkeit der Haushaltsmitglieder zeigt, dass die Mehrzahl der antwortenden Haushalte angibt, aktuell nicht von Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein, bzw. dass kein von Pflegebedürftigkeit betroffenes Haushaltsmitglied im eigenen Haushalt wohnhaft sei (83,33 %). Insgesamt 13,33 % der antwortenden Haushalte geben an, dass zum Zeitpunkt der Erhebung eine Person mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf im eigenen Haushalt lebt und 3,33 % geben an, dass zwei Personen mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf im befragten Haushalt leben (vgl. Abbildung 7). Dieser Befund lässt Rückschlüsse darauf zu, dass die erfassten Haushalte in der Regel aufgrund einer – selbst eingeschätzten – (in der Regel noch nicht eingetretenen) Pflegebedürftigkeit keinen akuten Bedarf zu einer entsprechenden Wohnraumanpassung wahrnehmen.

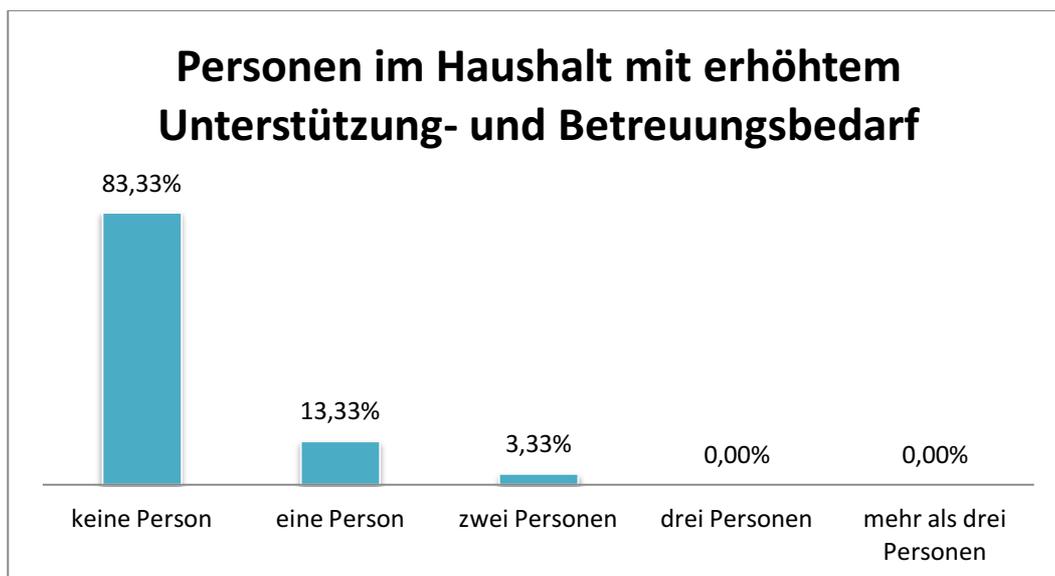


Abbildung 7: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf, n = 180

3.3.2 Haushaltsangehörige mit einer chronischen Erkrankung

Interessant ist die Auswertung der Angaben zur Frage, wie viele Personen mit einer chronischen Erkrankung im jeweiligen befragten Haushalt leben. Die Daten verdeutlichen, dass Pflegebedürftigkeit im hohen Maße von einer selbst eingeschätzten Bedürftigkeit und Angewiesenheit auf Unterstützung abhängig ist. Obgleich 83,33 % der antwortenden Haushalte angeben, dass sie selbst oder die in ihrem Haushalt wohnenden Personen nicht pflegebedürftig seien, geben 36,52 % an, dass eine Personen mit einer chronischen Erkrankung in ihrem Haushalt lebe, 10,11 %, dass zwei Personen und immerhin 0,56 %, dass drei Personen mit einer chronischen Krankheit im befragten Haushalt leben (vgl. Abbildung 8).

Deutlich wird, dass die antwortenden Haushaltsmitglieder den Begriff der Pflegebedürftigkeit eng fassen, da eine chronische Krankheit nicht mit einem Empfinden der Angewiesenheit und des Bedarfes an professionellen Unterstützungsleistungen wie etwa Pflegedienstleistungen einhergeht; obgleich eine chronische Krankheit die Definitionskriterien einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI hinsichtlich der Krankheitsdauer erfüllt, wird die wahrgenommene Angewiesenheit auf Hilfe zur Verrichtung der

gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Alltagsabläufe nicht mit einer Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt.

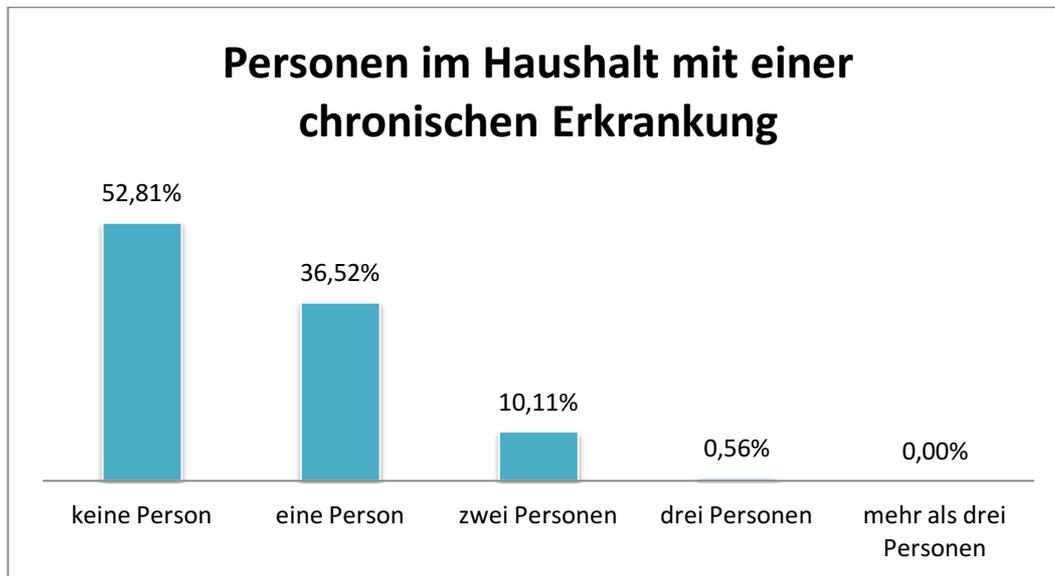


Abbildung 8: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer chronischen Erkrankung, n = 178

3.3.3 Haushaltsangehörige mit einer Behinderung

Ähnlich wie bereits im Zuge der Datenauswertung für die Frage der Anzahl der Haushaltsmitglieder, die von einer chronischen Krankheit betroffen sind, antworten die befragten Haushaltsmitglieder in 22,78 % der Fälle, dass ein oder mehrere Haushaltsmitglied/er eine Behinderung haben (vgl. Abbildung 9).

Auch diese Auswertung verdeutlicht wiederum die enge Begriffsdefinition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit. Obgleich eine Behinderung in der Regel die Definitionskriterien einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB XI erfüllt, wird die wahrgenommene Angewiesenheit auf Hilfe zur Verrichtung der

gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Alltagsabläufe nicht mit einer Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt.³⁶

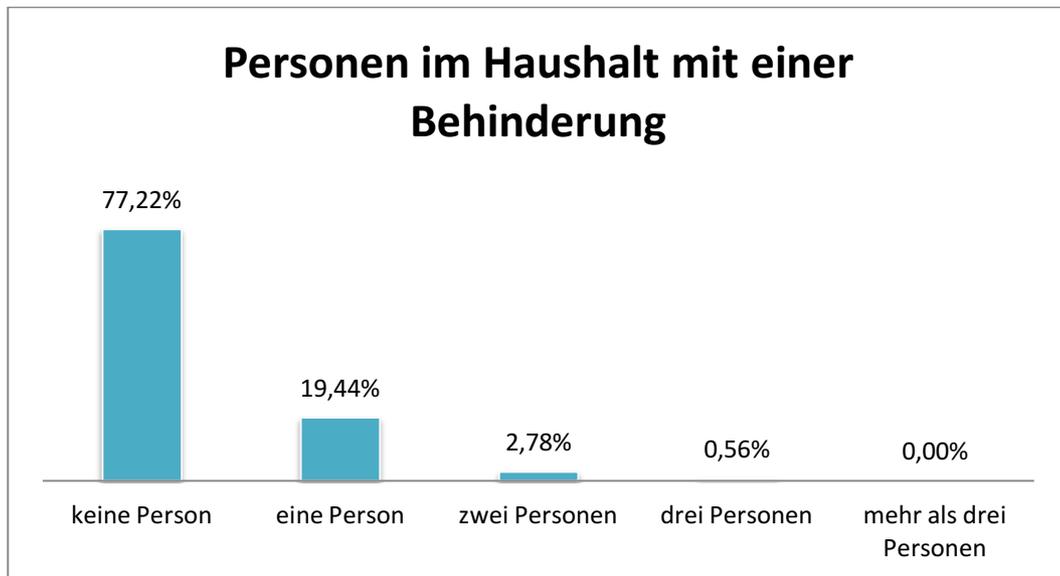


Abbildung 9: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Behinderung, n = 180

3.3.4 Haushaltsangehörige mit einer Demenz

Die Auswertung der Frage nach der Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer demenziellen Erkrankung zeigt, dass 4,24 % der befragten Haushalte angeben, dass eine Person mit Demenz in ihrem Haushalt lebt und 0,61 % angeben, dass zwei Personen mit Demenz in ihrem Haushalt leben (vgl. Abbildung 10).

³⁶ Zum Vergleich: 16,66 % der Haushalte geben an, dass eine oder mehrere Personen in ihrem Haushalt einen erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarf haben. Das heißt, 6,12 % der Personen mit einer Behinderung schätzen sich selbst nicht als pflegebedürftig und auf Hilfe angewiesen ein, gleichwohl eine Behinderung die Definitionskriterien der Pflegebedürftigkeit in der Regel erfüllt.

Hinsichtlich der Bestimmung des Begriffes der Pflegebedürftigkeit, wie sie im Zuge des Zweiten Pflege-
stärkungsgesetzes diskutiert wird, wird deutlich, dass knapp 5 % der erfassten Haushalte durch den gleich-
wertigen Einbezug körperlicher, geistiger und psychischer Einschränkungen in die Erfassung und Einstu-
fung pflegebedürftiger Personen in einen Pflegegrad profitieren können. Demenz umfasst in der Regel
alle im Zweiten Pflege-
stärkungsgesetz benannten Bereiche (Mobilität, kognitive und kommunikative Fä-
higkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und
selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte; vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016), wobei
Demenz insbesondere eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten nach sich zieht und als ein Syn-
drom definiert wird, „(...) das die krankhafte, subakute oder chronische Verschlechterung der individuel-
len kognitiven Leistungen bezeichnet“ (Rösler 2009, S. 129) und in Folge der Erkrankung auch auf die an-
deren Bereiche einer selbstständigen Lebensführung Einfluss nimmt.

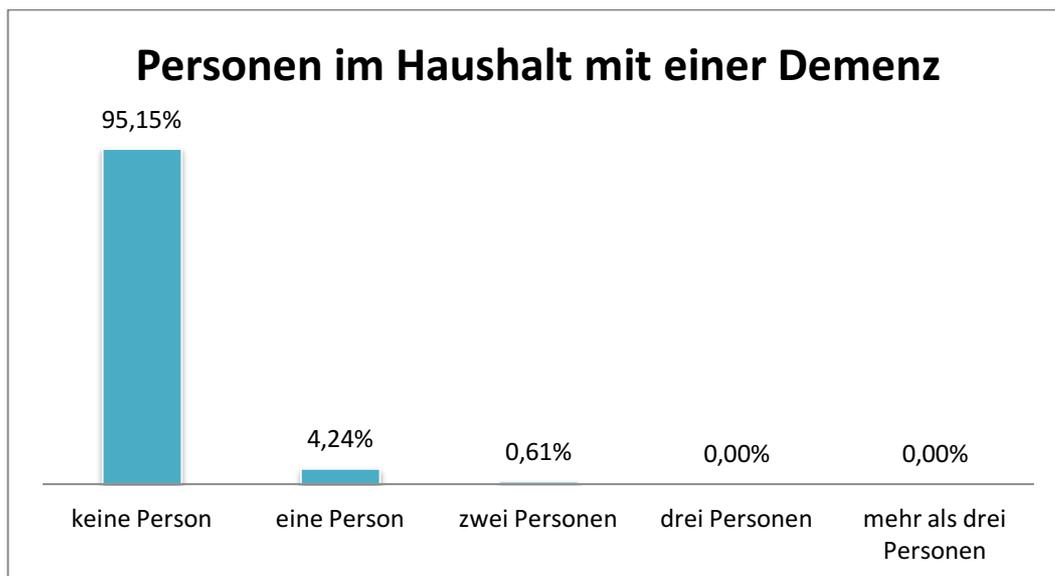


Abbildung 10: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Demenz, n = 165

3.3.5 Haushaltsangehörige mit einer Pflegestufe

Im Hinblick auf die Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Pflegestufe zeigt die Auswertung der Erhebung, dass die Mehrheit der befragten Haushalte (89,16 %) keine Leistungen der Pflegekassen beanspruchen, da sie oder ihre Haushaltsangehörigen sich nicht in einer Pflegestufe befinden. Insgesamt 10,24 % der erfassten Haushalte geben an, dass eine Person mit einer Pflegestufe haushaltszugehörig ist und 0,60 % der erfassten Haushalte geben an, dass zwei Personen mit einer Pflegestufe in ihrem Haushalt leben (vgl. Abbildung 11). Demnach decken sich die eigenen Einschätzungen der Haushalte der Gemeinde Milower Land, wonach die Mehrzahl dieser (83,33 %) keinen erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarf für sich beansprucht, annähernd mit der Auswertung der von den Haushalten angegeben, durch die Pflegekassen eingestuft, Pflegebedürftigkeit der Haushaltsmitglieder (89,16 % geben an, dass sich kein Haushaltsmitglied in einer Pflegestufe befindet).

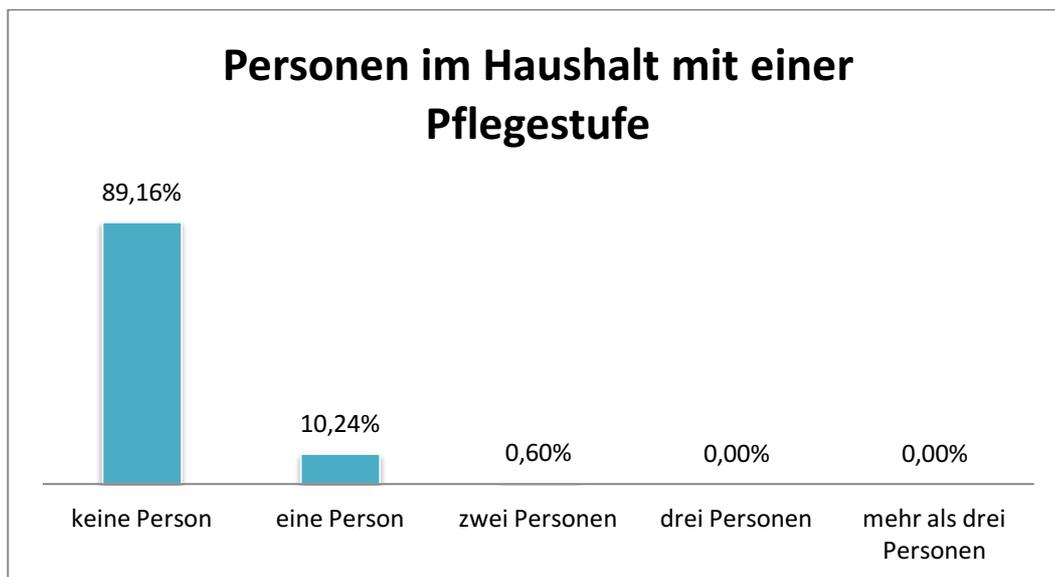


Abbildung 11: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Pflegestufe, n = 166

3.4 Angaben der Haushalte zur Infrastruktur

Indem Altern als Prozess individueller Lebensphasen betrachtet wird, wird der Blick auf individuelle und heterogene Bedürfnisse und Bedarfe von Personen gerichtet. Einerseits ermöglicht eine aktive Teilhabe im Alltag und eine damit verbundene Mitgestaltung von pflegebezogenen Abläufen sowie darüber hinaus die Mitwirkung an lokalen pflegebezogenen Themenstellungen (z. B. durch freiwilliges Engagement in Organisationen und Gremien), die Beeinflussung und Begünstigung der Pflegevorsorge sowie der Pflegeversorgung, andererseits reagieren Organisationen, die Pflegeleistungen anbieten, aus organisationssoziologischer Perspektive³⁷ nur langsam auf sich wandelnde gesellschaftliche Bedarfe.

Für nachfolgende Generationen ist mit der Teilhabemöglichkeit pflegebedürftiger Personen oder mit Pflegebedürftigkeit konfrontierter Personen und der Partizipation dieser an Entscheidungen, die die Rahmenbedingungen der Pflegeleistungen betreffen, ein Potenzial verbunden:

Unter Berücksichtigung der sich langsam wandelnden Organisationen begünstigen jetzige, mit der Pflegeversorgung verbundene Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsverfahren die Beeinflussung von pflegebezogenen Rahmenbedingungen in der Zukunft. Insofern ist die Frage der lokalen Zugänge und des Vorhandenseins von Einrichtungen und Diensten von zweierlei Bedeutung: Zum einen für die aktuell mit Pflegebedürftigkeit konfrontierten Personen, auf deren Bedürfnisse und Bedarfe akut reagiert werden muss und zum anderen für nachfolgende Generationen, die erschwerte Zugänge und einen Mangel an Dienstleistern und Dienstleistungen beeinflussen können.

³⁷ Organisationen, die den akzeptierten Normen und Vorstellungen der Gesellschaft entsprechen, entweder, weil sie diesen tatsächlich entsprechen oder weil sie so tun als ob sie ihnen entsprächen, erhalten Legitimität (vgl. Walgenbach/Meyer 2008, S.59). Sie befolgen diese akzeptierten Normen und Werte, weil dieses von ihnen erwartet wird (vgl. ebd.) und erhalten im Gegenzug Legitimität als Grundlage ihres organisationalen Handelns. Institutionen als zu erwartende Formen der Kooperation (vereinfacht ausgedrückt: als „Spielregeln“ der Akteure) sind dabei nicht an einzelne Individuen geknüpft, sondern als Typisierungen zu verstehen, denen Akteure folgen. Auf diese Weise sind Institutionen in Organisationen beständig im Sinne von langlebig (sie offenbaren sich in der Routine; vgl. ebd., S. 56ff. und 102ff.). Organisationen sind also zum einen aufgrund der Beständigkeit von Institutionen und ferner aufgrund unterschiedlicher Ziele der Interessensgruppen, unvollkommener Informationen und ihrer Trägheit in der Bemühung von Anpassungen an die Umwelt, begrenzt wandlungsfähig (vgl. ebd., S. 158). Wandel wird, so verstanden, mit dem Ziel der Erhöhung gesellschaftlicher Legitimität vollzogen, wobei dieser aus der Wechselbeziehung gesellschaftlicher Erwartungen an Organisationen und organisationalen Praktiken hervorgeht, die ihrerseits als Institutionen von Beständigkeit geprägt sind.

Der Rückbau von Infrastruktur und eine damit einhergehende Abkoppelung ländlich geprägter Gemeinden von wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Dynamiken führt jedoch dazu, dass Teilhabechancen der Bewohner ländlich geprägter Gemeinden und letztlich die Einflussnahme auf die lokalen Dynamiken verringert werden (vgl. Reichert-Schick 2015, S. 78).

Um eine größtmögliche, selbstständige Bewältigung alltäglicher Abläufe und darüber hinaus gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, bedarf es demzufolge der Zugänge zu lokalen vorsorge- und versorgungsspezifischen Einrichtungen und Diensten, einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Verkehrsinfrastruktur bzw. Möglichkeiten der Mobilität und einer wohnortnahen Gesundheitsinfrastruktur.

3.4.1 Nutzung von Verkehrsmitteln zu vorsorge- und versorgungsspezifischen Einrichtungen und Diensten

Die Auswertung zur vorwiegenden Nutzung von Verkehrsmitteln zur Verrichtung von Wegen, die insbesondere im Kontext der Vorsorge und Versorgung von Pflegebedürftigkeit relevant sind, verdeutlicht drei Aspekte: Zum einen die Bedeutung des eignen PKW's, mit dem ein Höchstmaß an Flexibilität und Unabhängigkeit zur Bewältigung alltäglicher Wege gewährleistet ist; zum anderen die Bedeutung unmittelbarer, d. h. ohne großen Aufwand nutzbare Formen der Mobilität und schließlich die Relevanz anderer Personen zur Aufrechterhaltung von Mobilität (vgl. Abbildung 12).

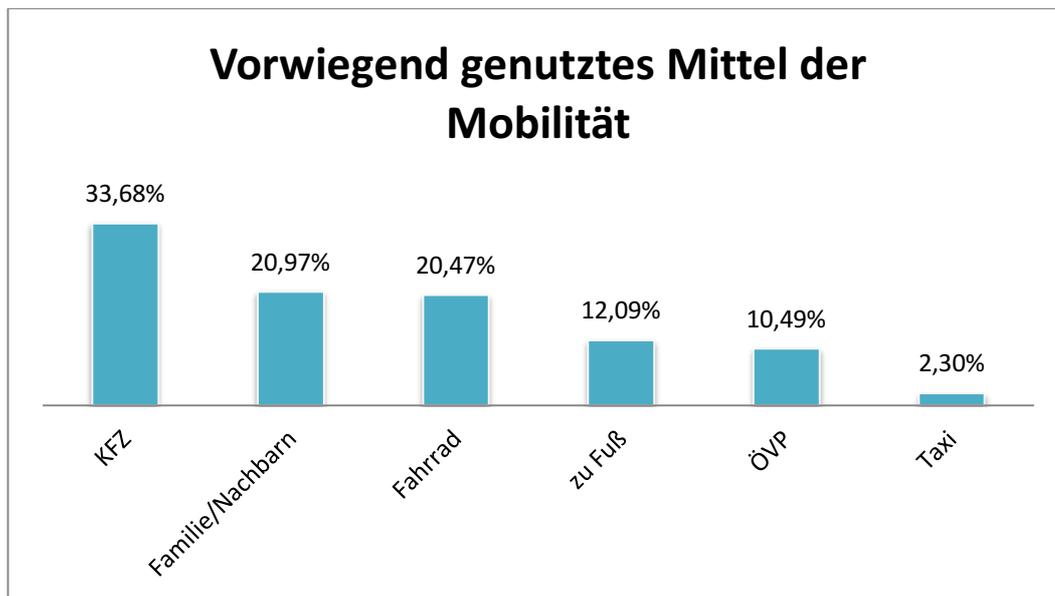


Abbildung 12: Vorwiegend genutztes Mittel der Mobilität, Mehrfachnennung, n = 605

3.4.2 Passungsverhältnis des ÖPNV

Die Zurückhaltung in der vorwiegenden Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs im Rahmen alltäglicher Anforderungen an Mobilität hat ihre Ursachen – so verdeutlicht die folgende Auswertung – im, durch die Haushalte eingeschätzten, mangelnden Passungsverhältnis zwischen den Mobilitätsanforderungen und den tatsächlichen lokalen Verkehrsverbindungen des ÖPNV's. Lediglich 20,31 % der antwortenden Haushalte geben an, dass die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs ihren Erfordernissen und Ansprüchen entsprechen (vgl. Abbildung 13). Der Befund weist einerseits auf einen erhöhten Bedarf des Ausbaus und Anpassung einer den Mobilitätsansprüchen entsprechenden Verkehrsinfrastruktur, um Mobilität und damit verbunden eine selbstständige alltägliche Lebensführung und Teilhabechancen zu gewährleisten. Zudem spiegelt er die bereits angeführten Herausforderungen ländlich geprägter Gemeinden, dem Abbau technischer Infrastruktur, bei gleichzeitigem Rückgang finanzieller Ressourcen entgegenzuwirken oder neue Formen der Kompensation zu erarbeiten. Ein hohes Potenzial zur Kompensation mangelnder oder passungsgenauer Verkehrsinfrastruktur besitzen hier die familiären und nachbarschaftlichen Strukturen, auf die, so verdeutlicht es die Auswertung der vorwiegend genutzten Verkehrsmittel, in der ländlich geprägten Gemeinde zurückgegriffen wird.

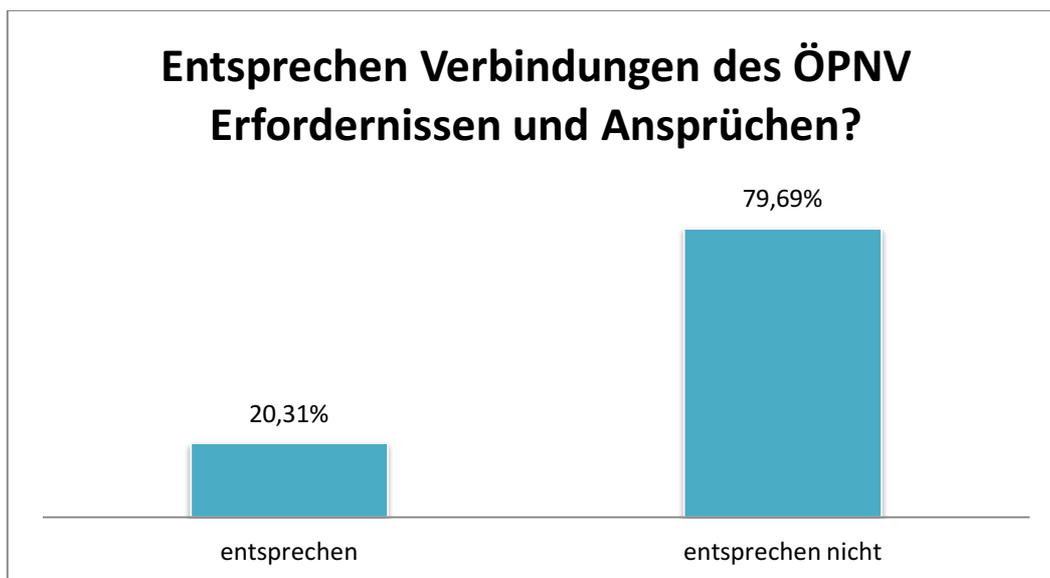


Abbildung 13: Entsprechen die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs (Taktung des Fahrplans) Ihren Erfordernissen und Ansprüchen? n = 128

Deutlich wird hier Folgendes: auf der einen Seite helfen soziale Netzwerke, ein Maß an Mobilität aufrecht zu erhalten und zugleich verdeutlicht dieser Befund eine Form der Selbst- oder Nachbarschaftshilfe zur Kompensation wegfallender oder unzureichender Dienstleistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge.

3.4.3 Zugänge und Vorhandensein von vorsorge- und versorgungsspezifischen Einrichtungen und Diensten

Vorsorge- und versorgungsspezifische Einrichtungen und Dienste (hier bezogen auf die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung) sind ein bedeutender Bestandteil regionaler bzw. kommunaler Politik³⁸. Die Gesundheitswirtschaft stellt einen wachsenden Arbeitsmarkt dar, da der Bedarf an Dienstleistungen in diesem Sektor mit einer älter werdenden Gesellschaft steigt (vgl. Oberender 2014, S. 18). Zugleich stellt dieser steigende Bedarf insbesondere ländliche Regionen vor Herausforderungen:

³⁸ Wie bereits im Kontext der kommunalen Selbstverwaltung und der Daseinsvorsorge diskutiert.

Abwanderung von jungen Personen und Fachkräften (vgl. ebd.) und zugleich die Notwendigkeit einer effizienten Gesundheitsversorgung im Zuge kommunaler Haushaltsengpässe. Die Gesundheitsinfrastruktur in ländlich geprägten Gemeinden wird zum einen mit den Bedarfen und Bedürfnissen älter werdender Menschen und damit verbundenen Managementfragen im Kontext einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit konfrontiert, was sich z. B. in einem erhöhten Bedarf an haus- und notärztlicher Versorgung äußert und zugleich wird festgestellt, dass ärztliche Versorgungsangebote nicht in zumutbarer Entfernung zu erreichen sind und mehr noch das Versorgungsdefizit durch unattraktive Arbeitsbedingungen niedergelassener Ärzte verstetigt wird (vgl. Reichert-Schick 2015, S. 80; Dünkel et al. 2014; S. 300; Beetz 2009, S. 126).

In Kenntnis der Diskussion um die Herausforderungen in ländlich geprägten Gemeinden geben die folgenden Abbildungen einen Eindruck über die subjektiv – durch die befragten Haushalte – eingeschätzten Zugänge und das Vorhandensein medizinischer Dienste.

Im Hinblick auf die Frage der den eigenen Erfordernissen entsprechenden An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen zeigt sich, dass die Hälfte der Haushalte die Möglichkeiten zur An- und Abreise für gut möglich empfindet (49,65 %), während die andere Hälfte dieses verneint (50,35 %) (vgl. Abbildung 14). Es ist anzunehmen, dass mit steigenden Erwartungen und Ansprüchen an die Zugänge zu medizinischen Dienstleistungen, die mit einer Pflegebedürftigkeit verbunden sind (z. B. eigene eingeschränkte Mobilität, Notwendigkeit der Barrierearmut medizinischer Dienstleistungsanbieter), der Bedarf eines Passungsverhältnisses steigen wird.

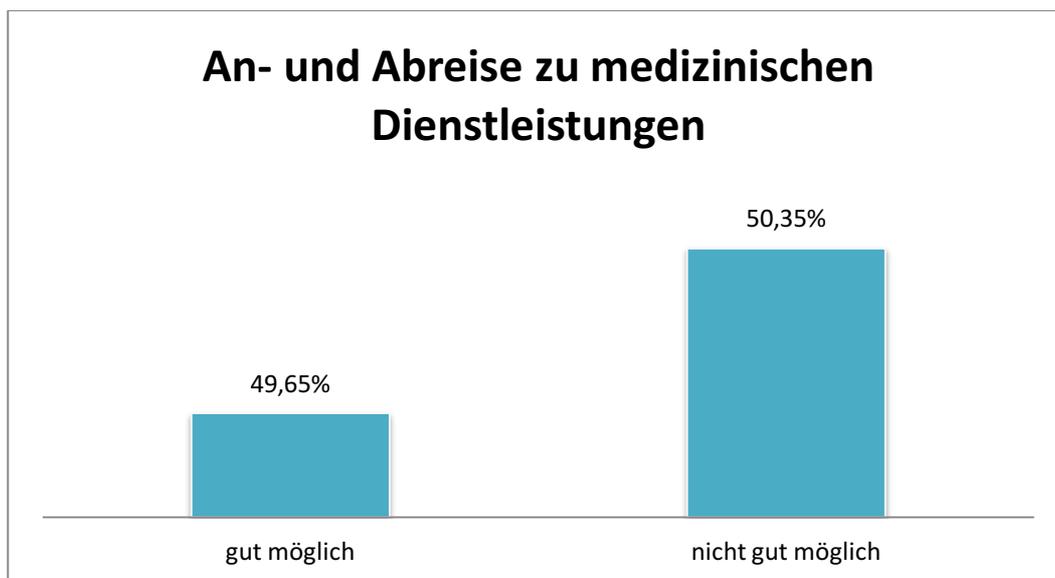


Abbildung 14: Die An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen ist gut möglich, n = 141

Positiv gestaltet sich für die Haushalte in der Regel das Finden passender Anbieter medizinischer Dienstleistungen. Insgesamt 68,15 % der Haushalte geben an, dass medizinische Dienstleistungsanbieter einfach zu finden seien (vgl. Abbildung 14a). Zwar sind die gewünschten Fachärzte einfach zu finden, jedoch gestaltet sich die zeitnahe Terminfindung bzw. Terminvergabe mehrheitlich nicht entsprechend den Anforderungen der befragten Haushalte; 71,71 % der Haushalte geben an, dass eine zeitnahe Terminvereinbarung mit Fachärzten nicht möglich sei (vgl. Abbildung 14c). Eine nahezu flächendeckende Versorgung durch einen Hausarzt verdeutlicht die Auswertung der Angaben zur Frage, ob ein Hausarzt vorhanden sei; 95,06 % der Haushalte geben an, einen Hausarzt zu haben (vgl. Abbildung 14b).

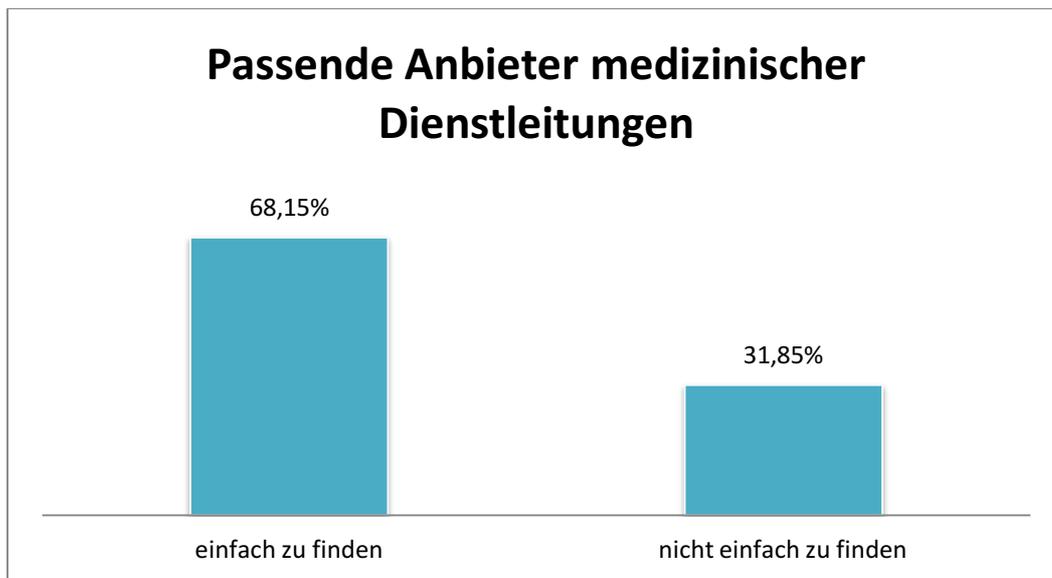


Abbildung 14a: Passende Anbieter für medizinische Dienstleistungen sind einfach zu finden, n = 135

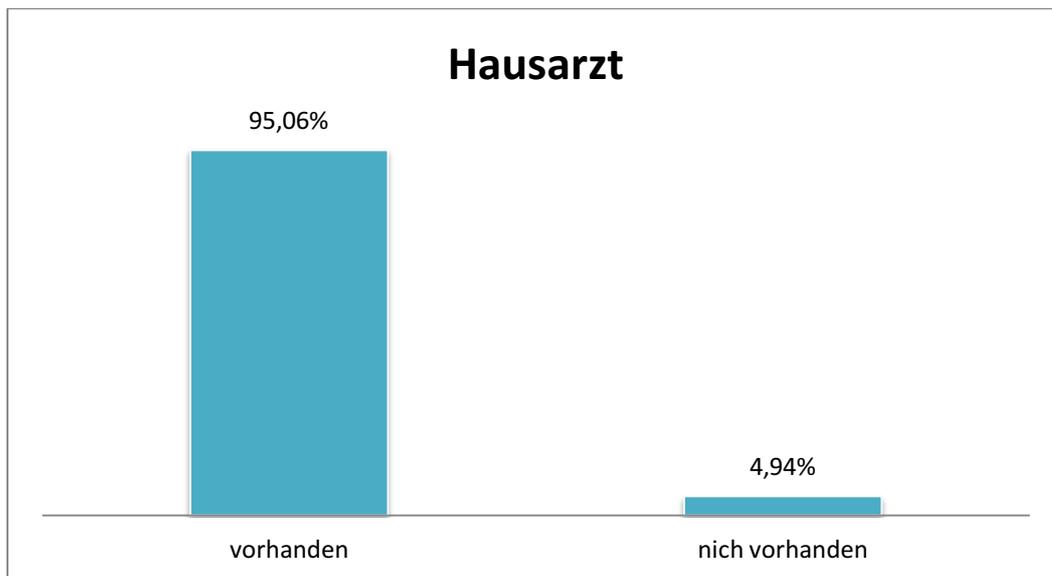


Abbildung 14b: Ein Hausarzt ist vorhanden, n = 162

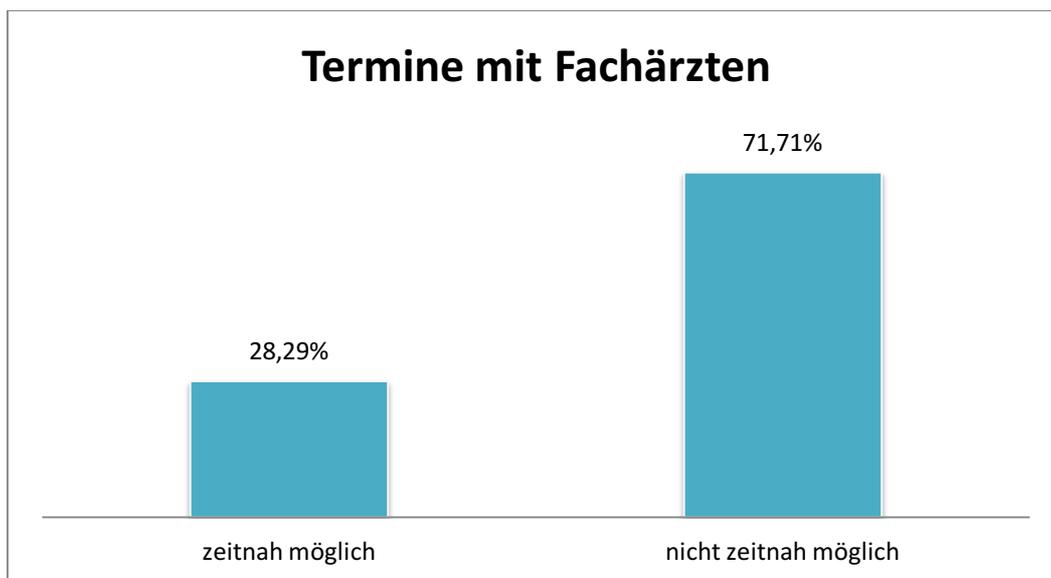


Abbildung 14c: Notwendige Termine mit Fachärzten sind zeitnah möglich, n = 152

Zusammenfassend ist hinsichtlich der Zugänge und des Vorhandenseins vorsorge- und versorgungsspezifischer Einrichtungen und Dienste festzustellen, dass die Zugänge für die Haushalte der Gemeinde Milower Land unterschiedlich wahrgenommen werden; das Finden passender medizinischer Dienstleister gestaltet sich in der Regel einfach, während die Ab- und Anreise zu medizinischen Dienstleistungsanbieter oftmals nicht den gewünschten Anforderungen entspricht. Die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen zeigt, dass die Gemeinde mehrheitlich hausärztlich versorgt werden kann, während die zeitnahe Versorgung durch Fachärzte in der Regel als unzulänglich wahrgenommen wird.

3.5 Angaben der Haushalte zu personellen und institutionellen Ressourcen

Soziale Dienste werden auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips³⁹ vorrangig durch die in Deutschland etablierten Wohlfahrtsverbände bzw. ihren Mitgliedsorganisationen organisiert und erbracht. Das Subsidiaritätsprinzip ist insbesondere in den Bereichen der frühkindlichen Bildung und Pflege wirksam, die, wenn nicht durch die Familie als kleinste Instanz, vor allem über soziale Dienste in kommunaler Trägerschaft oder durch die Wohlfahrtsverbände organisiert werden (vgl. Schmid 2010, S. 46; Maucher 2009, S. 242). Schmid (2010, S. 409) weist darauf hin, dass die durch das sozialstaatliche Prinzip der Subsidiarität prioritär durch Familienangehörige übernommene Pflege von Angehörigen jedoch Grenzen hat.⁴⁰ Insbesondere für den Pflegebereich zeichnet sich durch den steigenden Bedarf an Versorgungsinfrastruktur und des an Marktprinzipien orientierten Bildes des zu Pflegenden als „Kunden mit Wahloption“ ab, dass neben kommunalen und frei-gemeinnützigen Trägern, zunehmend privatgewerbliche Anbieter den Pflegemarkt bedienen. Die Trägerverbände der Freien Wohlfahrtspflege stehen im Pflegebereich – marktwirtschaftlich betrachtet – daher nicht nur in einem Konkurrenzverhältnis zueinander, sondern konkurrieren darüber hinaus insbesondere mit privatgewerblichen Anbietern (vgl. Maucher 2009, S. 242).

Im Folgenden werden die Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Formen der Unterstützung sowie die Einbindung von haushaltsnahen Personen und externen professionellen Dienstleistungsanbieter im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen dargestellt und analysiert.

³⁹ Das ordnungspolitische Prinzip der Subsidiarität umfasst die Vorrangigkeit gemeinnütziger Organisationen und selbstorganisierter Bürger vor staatlichem Handeln, insbesondere in der Erfüllung ausgewählter öffentlicher Aufgaben (vgl. Backhaus-Maul et al. 2015, S. 43). Zugleich wird dieses Ordnungsprinzip und die damit einhergehende besondere politische und rechtliche Stellung der Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege aufgrund ihrer Annäherung an ökonomische Prinzipien, und einer damit einhergehenden Orientierung an Effizienz- und Effektivitätskriterien, zunehmend in Frage gestellt (vgl. ebd. S. 35).

⁴⁰ Angeführt werden können u. a. insbesondere die eigene Rückstellung der Erwerbsarbeit (in der Regel durch pflegende Ehefrauen oder Töchter) und damit verbundenen aktuellen und künftigen Einkommens- und Absicherungseinbußen, wie auch gesundheitliche Folgen und in der Regel unzureichendes professionelles Wissen über Pflegeaktivitäten, sowie umgekehrt die Notwendigkeit Pflegeleistungen durch externe professionelle Fachkräfte aufgrund arbeitsmarktpolitisch gewollter Mobilität und Multilokalität von Familienangehörigen als Arbeitnehmer (vgl. Schmid 2010, S. 409, Beetz 2009, S. 126).

3.5.1 Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Formen der Unterstützung

Die Datenauswertung verdeutlicht, dass knapp die Hälfte der Haushalte auf Haushaltsmitglieder sowie freundschaftliche oder nachbarschaftliche Netzwerke zurückgreifen, um den aktuellen Bedarf an Unterstützungsleistungen zu decken (vgl. Abbildung 15 und Abbildung 15a). Hierin spiegelt sich zum einen die Relevanz sozialer Netzwerke zur Erbringung von Unterstützungsleistungen und zum anderen eine gewisse Vorrangigkeit familialer oder nachbarschaftlicher Unterstützungsleistungen, die, so ist anzunehmen, auf Vertrauen und Solidarität basieren.

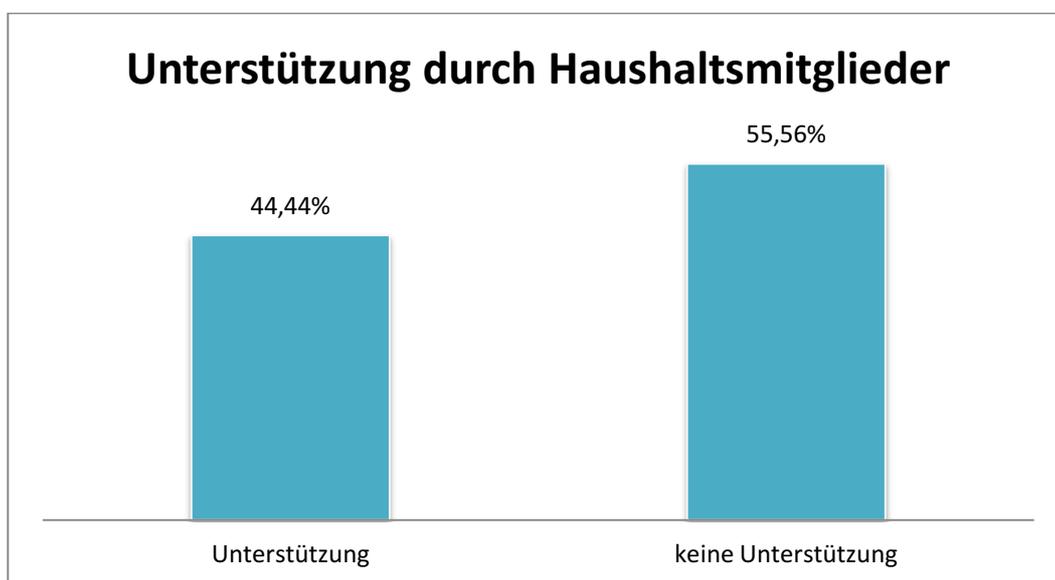


Abbildung 15: Unterstützung durch Haushaltsmitglieder, n = 108

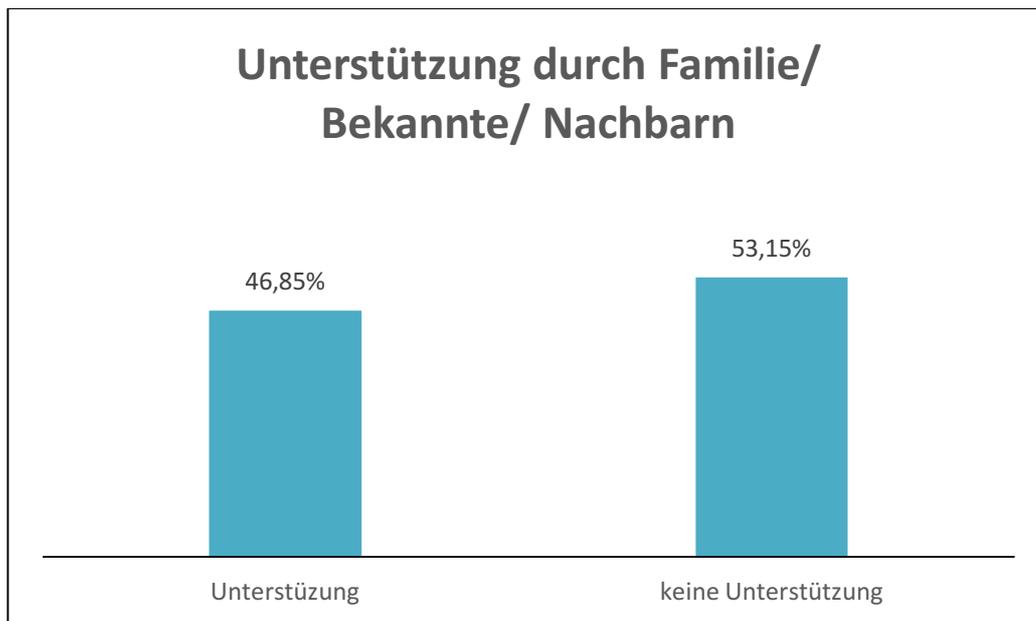


Abbildung 15a: Unterstützung durch Familie/Bekannte/Nachbarn im unmittelbaren Wohnumfeld, n = 111

Ein Befund mit erhöhtem Potenzial liegt in der Angabe der Haushalte zur Frage der Einbindung von freiwillig Engagierten in haushaltsnahe Unterstützungsleistungen. 100 % der erfassten Haushalte geben an, nicht durch freiwillig Engagierte unterstützt zu werden (vgl. Abbildung 15b).⁴¹ Zwar stellen Gensicke et al. (2009, S. 64) eine Zurückhaltung der Engagierten in den ostdeutschen Bundesländern hinsichtlich karitativer Hilfeleistungen fest, doch zugleich steigt in den ostdeutschen Bundesländern die allgemeine Engagementbereitschaft (ebd. S. 40ff.). Eine Begründung für die Zurückhaltung in der Einbindung freiwillig Engagierter zur Unterstützung alltäglicher Handlungsabläufe kann darin liegen, dass die Befragten zwar

⁴¹ Die Feststellung eines unausgeschöpften Potenzials ist überdies darin begründet, dass Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege Engagement als eine Legitimations- und Ressourcengrundlage für ihre förderpolitische Privilegierung betrachten (vgl. Backhaus-Maul et al. 2015, S. 14) und sich als multifunktionale intermediäre Organisationen verstehen, die zwischen Staat, Markt und Privathaushalten die Funktionen der Vergemeinschaftung, politischen Interessenvertretung und des Erbringens von Dienstleistungen erfüllen (vgl. ebd. S. 32). Für den Bereich der Pflege stellt Engagement insofern eine Ressource dar, als dass Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege ihre Legitimation über das Erfüllen der benannten Funktionen erhalten, d. h. konkret u. a. durch die Förderung pflegebezogener Gemeinschaftsstrukturen (z. B. Selbsthilfegruppen), das Verhandeln pflegespezifischer Themen in politischen Gremien sowie als Arbeitgeber, der über die Einbindung von Engagement einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Mitbewerbern in der Sozialwirtschaft erwirkt (siehe hierzu Backhaus-Maul et al. 2015). Es stellt sich hinsichtlich dieses Befundes die Frage, wie die lokalen Verbände bzw. ihre Mitgliedsorganisationen in die kommunale Gesundheitsinfrastruktur als Bereich der Daseinsvorsorge eingebunden werden und auf welche organisationalen Strukturen sie dabei zurückgreifen (Welche Aufgaben werden von hauptamtlichen Mitarbeitern und welche von Freiwilligen übernommen?).

informell vernetzt sind und Freundschafts- und Nachbarschaftshilfe in Anspruch nehmen, Unterstützungsangebote lokaler Vereine jedoch als professionelle Dienstleistungen und nicht als Unterstützungsleistung freiwillig Engagierter wahrnehmen, obgleich lokale Vereine insbesondere auf das Mitwirken freiwillig Engagierter – als gesellschaftspolitische oder wirtschaftliche Ressource – zurückgreifen (siehe hierzu Backhaus-Maul et al. 2015, S. 457). Weitere mögliche Begründungen dafür, dass alle befragten Haushalte Zurückhaltung hinsichtlich der Einbindung freiwillig Engagierter zeigen, sind in der Höhe des Bedarfes an Unterstützungsleistungen und der mehrheitlich positiven Haltung der Haushalte zur Einbindung von externen professionellen Anbietern (vgl. Abb. 16a) zu vermuten.

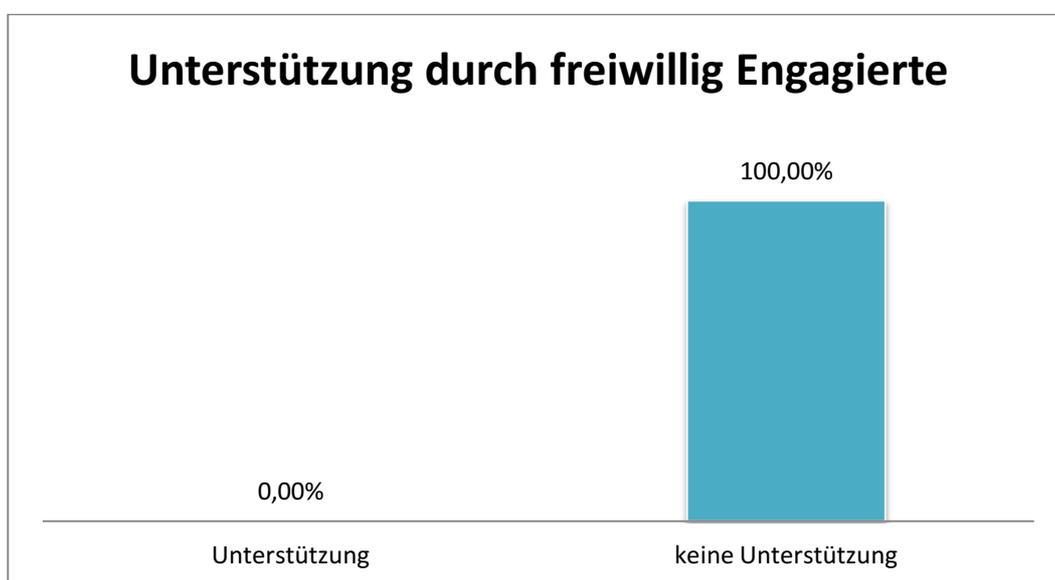


Abbildung 15b: Unterstützung durch freiwillig Engagierte (z. B. Kirchengemeinden, lokale Vereine), n = 89

Sowohl im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes, als auch hauswirtschaftlicher Dienstleistungen wird deutlich, dass ein verhältnismäßig geringer Teil der antwortenden Haushalte Angebote externer Dienstleister zur Unterstützung alltäglicher haushaltsnaher und pflegerischer Tätigkeiten in Anspruch nimmt; so geben 18,75 % der Haushalte an, Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen und 8,70 % der Haushalte geben an, auf hauswirtschaftliche Angebote zurückzugreifen (vgl. Abbildung 15c).

Während sich eine Zurückhaltung in der Inanspruchnahme externer Dienstleister zur Unterstützung alltäglicher haushaltsbezogener und pflegerischer Dienstleistungen zeigt, spiegelt die Inanspruchnahme regelmäßiger medizinischer Dienstleistungen den Befund, dass in 47,19 % der Haushalte eine oder mehrere Person/en mit chronischer Krankheit leben (vgl. Abbildung 8), demzufolge ein Bedarf an regelmäßiger medizinischer Versorgung besteht. So geben 52,25 % der Haushalte an, regelmäßige medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Abbildung 15e). Wird bedacht, dass eine zeitnahe Terminvereinbarung mit Fachärzten für die Mehrheit der Haushalte als schwierig eingeschätzt wird, erweist sich hier das Vorhandensein einer den alltäglichen, regelmäßigen Erfordernissen entsprechenden Gesundheitsinfrastruktur als sehr bedeutsam: Bedarf die fachärztliche zeitnahe Versorgung eines den Bedürfnissen entsprechenden Passungsverhältnisses, scheint hingegen die regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen für die Hälfte der antwortenden Haushalte zugänglich zu sein.

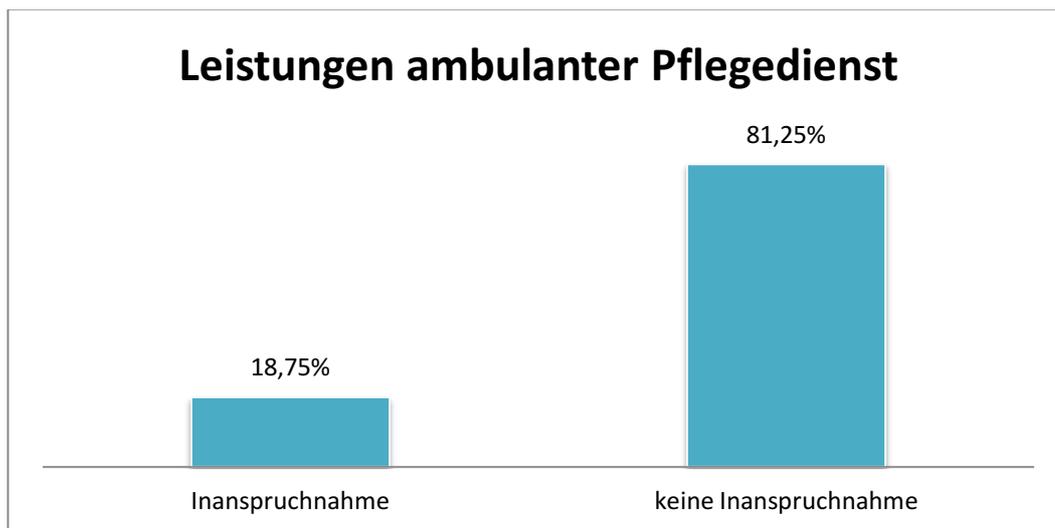


Abbildung 15c: Unterstützung durch Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes, n = 96

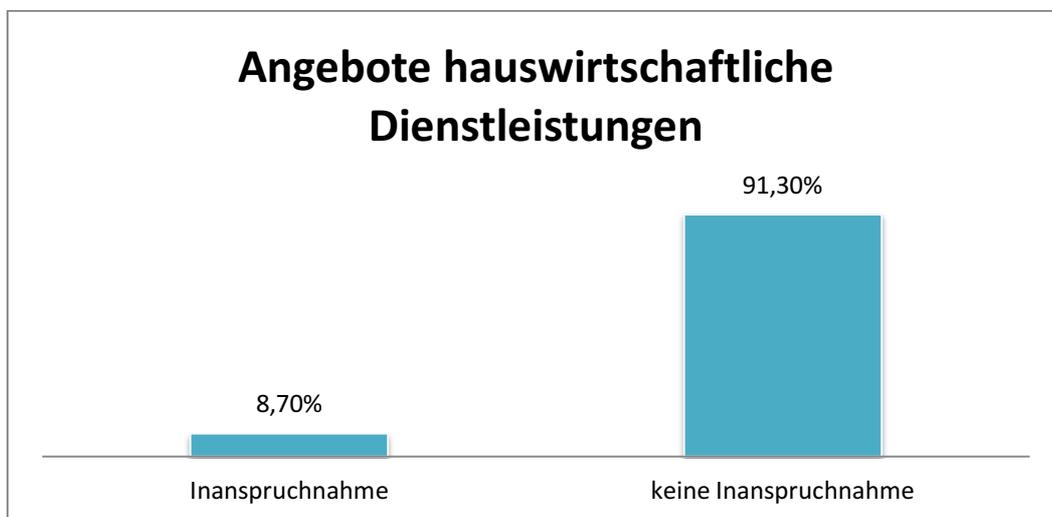


Abbildung 15d: Unterstützung durch Angebote für hauswirtschaftliche Dienstleistungen, n = 92

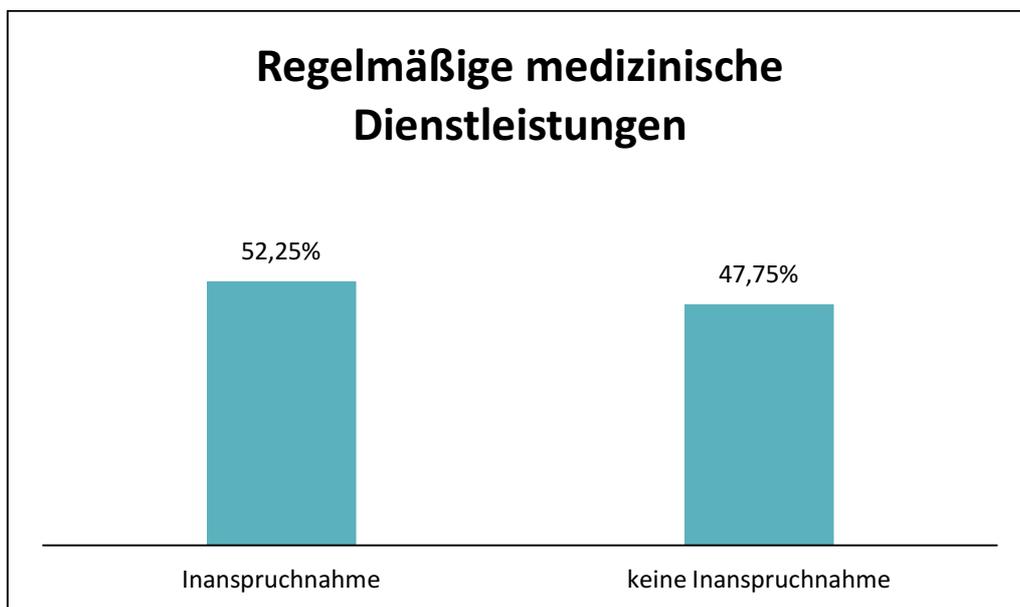


Abbildung 15e: Unterstützung durch regelmäßige medizinische Dienstleistungen (z. B. Arztbesuche, physiotherapeutische oder andere Behandlungen), n = 111

Zusammenfassend ist festzustellen, dass neben den externen professionellen Dienstleistungsanbietern das unmittelbare soziale Netzwerk (sowohl haushaltsintern, als auch nachbarschaftlich) zur Erbringung

von unterstützenden Dienstleistungen von Bedeutung sind. Interessant ist der Befund, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch freiwillig Engagierte (traditionell: Ehrenamt) nicht wahrgenommen wird. Obgleich festzustellen ist, dass freiwilliges Engagement als ergänzende Leistung zur öffentlichen Daseinsvorsorge insbesondere in sozialen Handlungsfeldern zum Tragen kommt (vgl. Gensicke et al. 2009, S. 104), scheint dieses in der ländlich geprägten Gemeinde Milower Land für die befragten Haushalte unwesentlich zu sein. Ein Blick auf die kommunale Infrastruktur zur Engagementförderung⁴² verdeutlicht, dass obgleich es eine Vielzahl an Vereinen in den klassischen Bereichen Sport, Kultur und Rettungswesen/freiwillige Feuerwehr gibt, ausdrücklich pflegebezogene formale Organisationen oder Netzwerkstrukturen in der Minderheit sind.

Es ist anzunehmen, dass Selbst- und Nachbarschaftshilfe in der Gemeinde informell organisiert wird, was wiederum ein Potenzial für die weitere Entwicklung lokaler pflegebezogener Netzwerke darstellt: die Bürger, die sich informell organisieren, verfügen bereits über ein Netzwerk, welches sie zur Erbringung unterstützender Dienstleistungen nutzen: die unmittelbare Nachbarschaft, die sich als leicht zugänglich, im günstigen Fall kooperativ in professionelle pflegebezogene Netzwerke einbeziehen ließe. Zurückhaltend zeigen sich die Haushalte in der aktuellen Inanspruchnahme hauswirtschaftlicher oder ambulant-pflegerischer Dienstleistungen, wodurch zugleich die Relevanz des Einbezuges von Haushaltsmitgliedern und unmittelbarer sozialer Netzwerke zur Erbringung unterstützender alltäglicher hauswirtschaftlicher und pflegerischer Tätigkeiten hervorgehoben wird (bereits als Kompensation diskutiert).

⁴² Vgl. <http://www.milow.de/verzeichnis/index.php?mandatstyp=2> (Stand: 25.01.2016). Hinsichtlich der Entwicklung eines lokalen pflegebezogenen Netzwerkes wird mit einem Blick auf die Selbstpräsentation der Gemeinde Milower Land auf ihrer Internetpräsenz deutlich, dass insbesondere die im Rathaus des Ortsteils Rathenow ansässige „Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit Demenz und deren Angehörige“ als eine mögliche Anlaufstelle aufgelistet wird, sowie die Volkssolidarität, die in den Ortsteilen der Gemeinde Milower Land (ausgenommen sind die Ortsteile Bahnitz und Zollchow) vertreten ist und personenbezogene soziale, insbesondere pflegerische Dienstleistungen anbietet.

3.5.2 Einbindung von Personen im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen

Die Selbsteinschätzung der Haushalte zur Einbindung von Familienmitgliedern oder externen professionellen Anbietern im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen zeigt, dass diese gleichbedeutend wahrgenommen werden. Sowohl Familienmitglieder, als auch externe professionelle Anbieter würden im Bedarfsfall von der Mehrheit der befragten Haushalte eingebunden werden (48,21 % und 51,79 %) (vgl. Abbildung 16).

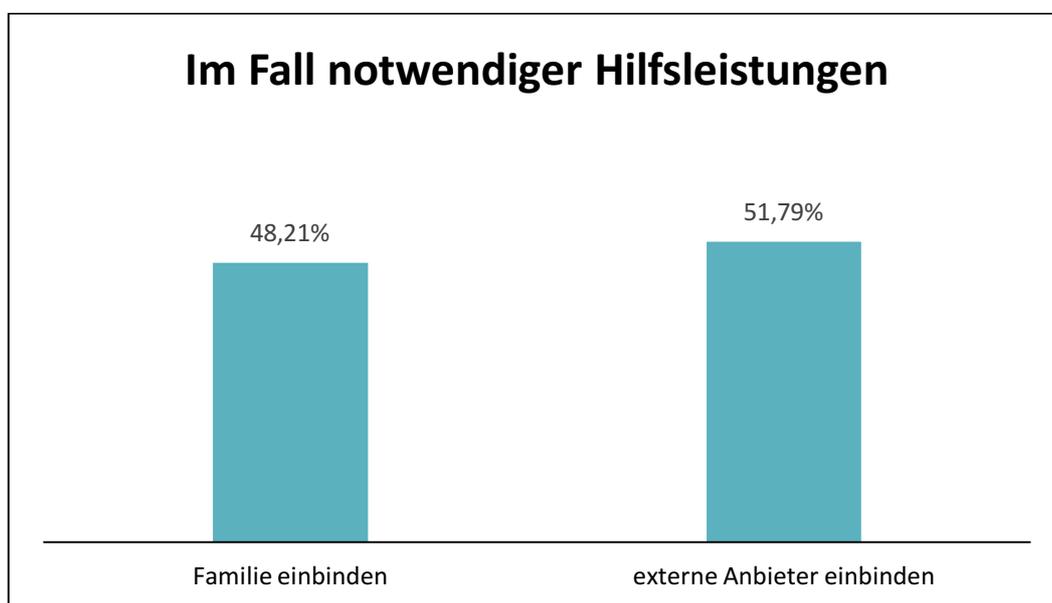


Abbildung 16: Einbindung von Familienmitgliedern und externen professionellen Anbietern im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen für Haushaltsangehörige, n = 269

Zum einen wird hier das Vertrauen in das unmittelbare soziale Netz sichtbar, auf welches im Bedarfsfall mehrheitlich zurückgegriffen wird und welchem die zur Unterstützung notwendigen Fähigkeiten zugeschrieben werden. Zum anderen ist erkennbar, dass externen professionellen Anbietern – mit Blick auf die Zahlen – gleichbedeutend Vertrauen in die Fähigkeit zur Umsetzung notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen geschenkt wird. Hinsichtlich einer bedarfsgerechten Instandhaltung und Weiterentwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur verdeutlicht dieser Befund zum einen, dass die Nach-

frage externer professioneller Anbieter im Bedarfsfall günstig ist und zugleich ein entsprechendes Angebot zur Deckung des zukünftigen Bedarfs vorgehalten werden muss; insbesondere dann, wenn Kompensationsmechanismen wie die Einbindung von Familienangehörigen an ihre Grenzen stoßen.

3.5.3 Inanspruchnahme von Hilfs-, Pflege-, oder Versorgungsleistungen durch externe professionelle Anbieter

Neben der grundsätzlichen Bereitschaft, externe professionelle Dienstleister im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- und Versorgungsleistungen einzubinden, wird deutlich, dass auch im Zuge eines differenzierten Blick auf die Formen der Unterstützungsleistungen die Bereitschaft zur Einbindung externer professioneller Dienstleistungen sich nicht auf die pflegerischen Tätigkeiten allein bezieht. Sowohl hauswirtschaftliche (65,83 % der Haushalte würden hauswirtschaftliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen) (vgl. Abbildung 17), als auch grundpflegerische (88,97 % der Haushalte) (vgl. Abbildung 17a) sowie krankenpflegerische (92,70 % der Haushalte) (vgl. Abbildung 17b) Formen der Unterstützung und Versorgung würden im Bedarfsfall in der Regel durch externer professionelle Anbieter in Anspruch genommen werden.

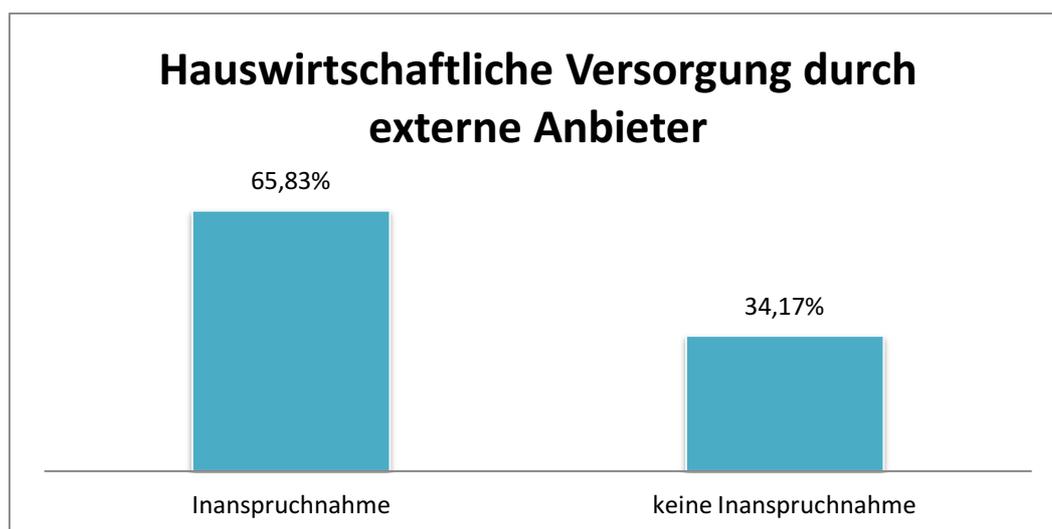


Abbildung 17: Inanspruchnahme hauswirtschaftlicher Versorgung, n = 120

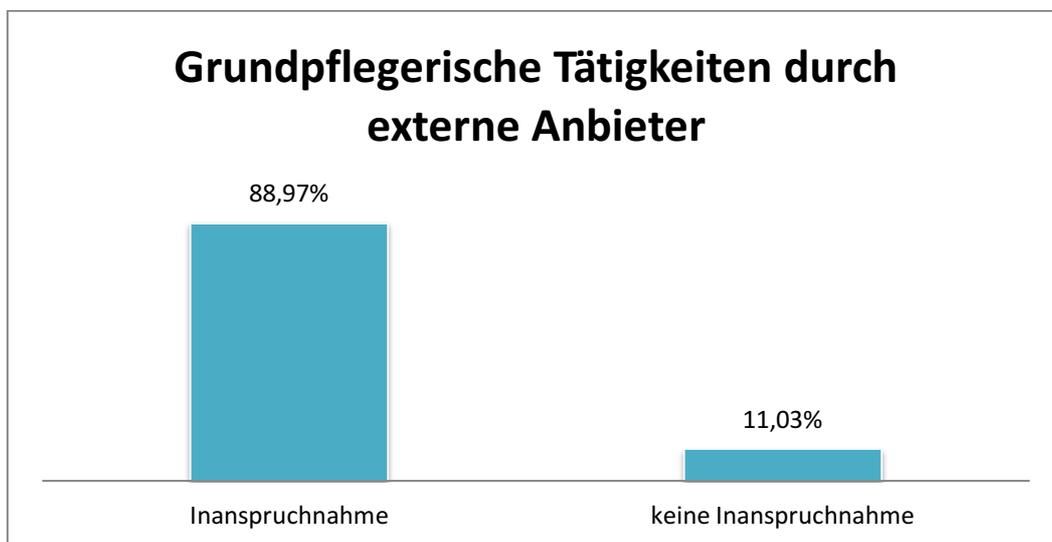


Abbildung 17a: Inanspruchnahme grundpflegerischer Tätigkeiten, n = 136

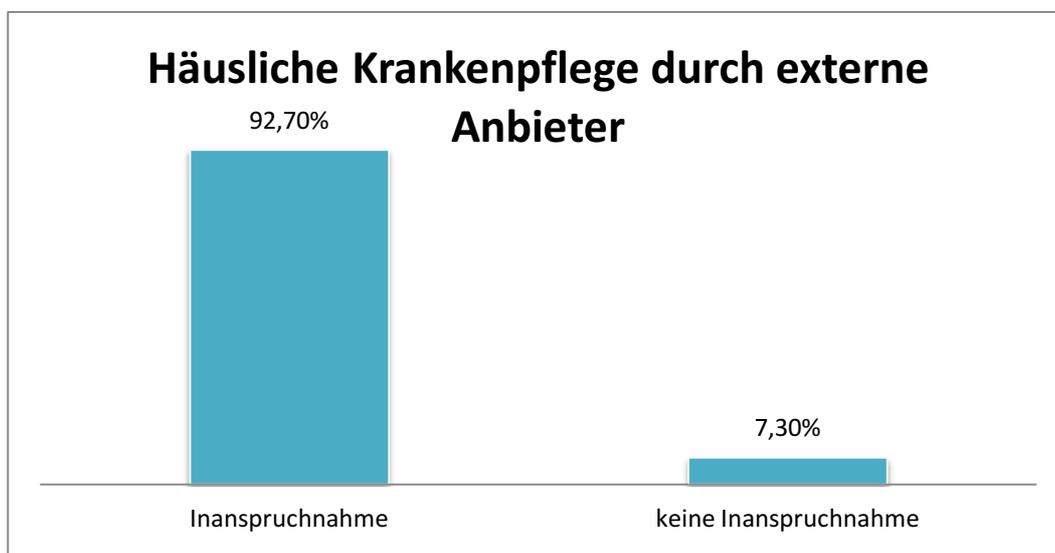


Abbildung 17b: Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege, n = 137

Im Hinblick auf die Einbindung externer professioneller Anbieter zur Erbringung häuslicher Krankenpflege ist anzunehmen, dass diese mit der Notwendigkeit professionellen Wissens und Handelns einhergeht und

qualitätsgesicherte Pflegeleistungen den professionellen Fachkräften zugeschrieben werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass je unzureichender professionelle Pflegeleistungen empfunden werden, desto mehr Pflegeleistungen in den Privathaushalten selbst getragen werden (vgl. Beetz 2009, S. 126). Schließlich hängt die Inanspruchnahme externer professioneller Dienstleistungen auch mit dem zur Verfügung stehenden Haushaltsbudget zusammen (vgl. ebd.), was bezogen auf die vorliegenden Daten die Inanspruchnahme externer professioneller Dienstleister begünstigt, da die Mehrheit der erfassten Personen einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht.

3.5.4 Inanspruchnahme weiterer externer professioneller Anbieter zur Versorgung medizinischer Bedarfe

Günstige Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur werden, neben der bereits beschriebenen grundsätzlichen und in ihrer Form umfassenden Bereitschaft zur Inanspruchnahme externer professioneller Dienstleister, durch die mehrheitlich positive Haltung zur Einbindung eines weiteren externen professionellen Dienstleisters im Bedarfsfall deutlich. Insgesamt 67,79 % der Haushalte geben an, im Falle von speziellen medizinischen Bedarfen, wie Wundversorgung oder Diabetes, auch einen zweiten externen professionellen Anbieter hinzuziehen (vgl. Abbildung 18).

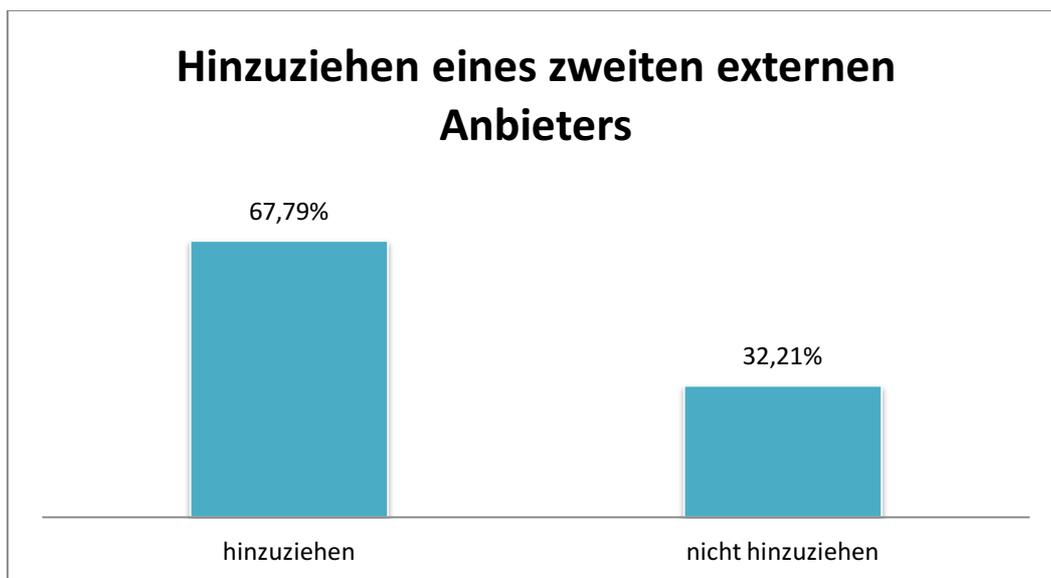


Abbildung 18: Hinzuziehen eines zweiten externen professionellen Anbieters im Falle von speziellen medizinischen Bedarfen, wie Wundversorgung oder Diabetes, n = 149

3.6 Angaben der Haushalte zu sachlichen Ressourcen

Ländlich geprägte Gemeinden werden bei gleichzeitiger Alterung ihrer Einwohner und damit verbundener Anforderungen zur selbstständigen Bewältigung des Alltags sowie einem Abbau der lokalen Infrastruktur mit der Herausforderung konfrontiert, die Ermöglichung aktiver Mitgestaltung des eigenen Alltags oder des lokalen Gemeinwesens bedarfsgerecht zu erhalten oder neu zu schaffen (siehe hierzu Einig 2009; zur Koordination bereichsübergreifender Anpassungsprozesse im Zuge von Netzwerkgovernance).

Die Ermöglichung aktiver Mitgestaltung bedarf des Erhalts oder der Neuschaffung geeigneter Räume und Plattformen des gemeinsamen Austausches (Netzwerkstrukturen) oder anderer Informationsmedien oder -gelegenheiten.⁴³

3.6.1 Einschätzung der persönlichen Vorbereitung und Informiertheit im Fall der Pflegebedürftigkeit

Die subjektive Wahrnehmung der persönlichen Informiertheit und Vorbereitung für den Fall eines plötzlich eintretenden Pflegefalls wirkt, wie auch die lokalen Zugänge und das Vorhandensein unterstützender, medizinischer und pflegerischer Leistungen, als protektive Ressource im Fall eines eintretenden Pflegefalls. Sind die Zugänge zur lokalen Gesundheitsinfrastruktur – einschließlich möglicher Beratungsleistungen – barrierearm, begünstigt dieses die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen, die wiederum die Pflegeprävalenz beeinflussen. Auf den Zusammenhang zwischen gesundheitsförderlichem Verhalten und persönlicher (Wissens-)Ressourcen wurde bereits hingewiesen. Die Reduktion von Risikofaktoren (z. B. chronische Krankheiten und Multimorbidität; vgl. von Renteln-Kruse 2009a, S. 19) ist ebenso relevant wie die Förderung von Schutzfaktoren (zu diesen zählen insbesondere personale und soziale Ressourcen, wie die persönliche Informiertheit und die Einbettung in ein unterstützendes soziales Netz; vgl. Renneberg et al. 2007, S. 268ff.) zur Prävention von Pflegebedürftigkeit.

Die Auswertung der Frage des persönlichen Gefühls der Informiertheit für den plötzlichen Eintritt eines Pflegefalles im eigenen Haushalt verdeutlicht, dass 63,70 % der Haushalte sich nicht ausreichend informiert für den plötzlichen Eintritt eines Pflegefalls fühlen (vgl. Abbildung 19). Hieraus lässt sich ein Handlungsbedarf für die kommunale Politik ableiten, die Maßnahmen zur (Weiter-)Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik im Zuge der kommunalen Daseinsvorsorge vorhalten sollte.

⁴³ Neben Gelegenheiten des Austausches in lokalen pflegebezogenen Netzwerken, stellt die Telemedizin eine Möglichkeit der Beratung dar, mit dem Ziel der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung, von der insbesondere ländlich geprägte Gemeinden profitieren könnten, da wie bereits diskutiert, unattraktive Arbeitsbedingungen für Mediziner zu einem Abbau der lokalen Gesundheitsinfrastruktur führen und neue, ergänzende Lösungen initiiert werden müssen, um die Deckung des Bedarfs an lokaler Gesundheitsvorsorge- und -versorgung zu gewährleisten (siehe hierzu: <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/t-u/telemedizin.html>, Stand: 26.01.2016).

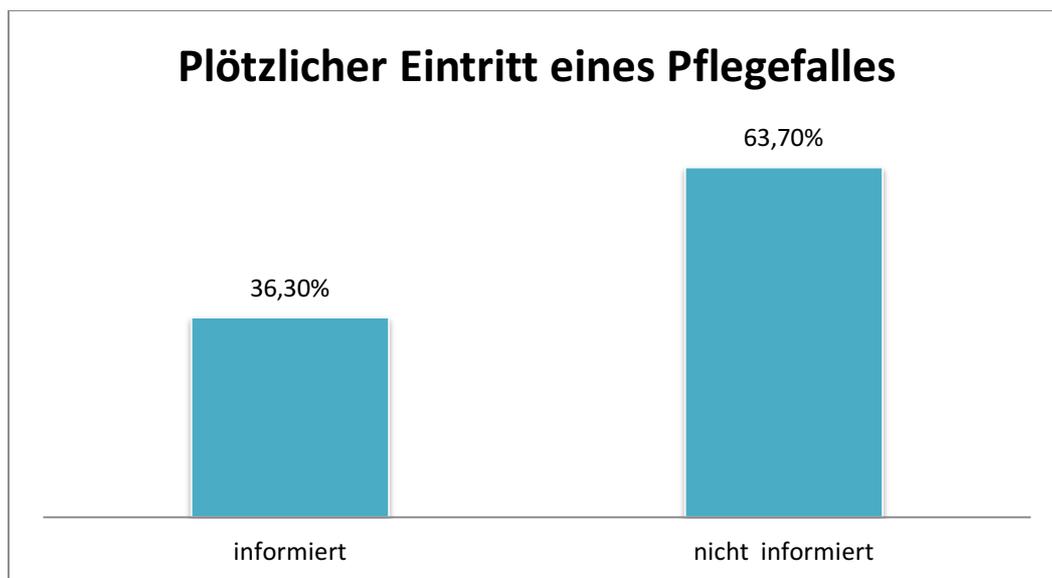


Abbildung 19: Gefühl der Vorbereitung und Informiertheit für den plötzlichen Eintritt eines Pflegefalles im Haushalt, n = 146

3.6.2 Eingeschätzte Kenntnis um Informationsmöglichkeiten sowie mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote

Die Kenntnis um Informationsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote stellt einen Schutzfaktor im Rahmen der Pflegevorsorge und zugleich eine Ressource bei eintretender Pflegebedürftigkeit dar. Kruse (2011, S. 832) stellt heraus, dass Bildung und gesundheitsförderliches Verhalten zusammenhängen, dass also der Bildungsstand die eigene Wahrnehmung von Gesundheit oder Krankheit als Konsequenz des eigenen Verhaltens und einen damit verbundenen gesundheitsförderlichen Lebensstil beeinflusst. Insofern kann – verkürzt dargestellt – angenommen werden, dass Bildung der Prävention von Pflegebedürftigkeit dient. Bildung hier eng verstanden als Zugang zu Informationen und die persönliche Informiertheit über Möglichkeiten der Inanspruchnahme weiterer Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote, hat insofern einen Einfluss auf die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit. Ein Blick auf die Auswertung zur Kenntnis um Hilfs- und Unterstützungsangebote der Haushalte in der Gemeinde Milower Land verdeutlicht, dass 63,70 % Hilfs- und Unterstützungsangebote im Fall eines akuten Notfalls kennen (vgl. Abbildung 20), 37,67

% über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert sind (vgl. Abbildung 20a), 30 % mögliche Leistungen zur Vorbereitung eines möglichen Pflegefalls kennen (vgl. Abbildung 20b) und 64,74 % die Vorsorgevollmacht kennen (vgl. Abbildung 20c).

Zur Steigerung der persönlichen Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote lassen sich insbesondere in den Bereichen „Leistungen der Pflegeversicherung“ und „Vorbereitungen im Fall eines eintretenden Pflegefalls“ Handlungsbedarfe erkennen. Dem Bedarf an Informationssteigerung hinsichtlich möglicher auf einen Pflegefall vorbereitender Maßnahmen und der Leistungen der Pflegeversicherung, ließe sich über ein lokales pflegebezogenes Netzwerk nachkommen, in dem alle relevanten Akteure (z. B. Mediziner, Pflegekassen, Pflegedienstleister, kommunale Funktionsträger aus Politik und Verwaltung, privatwirtschaftliche Unternehmen, interessierte Öffentlichkeit) die persönliche Informiertheit positiv beeinflussen.

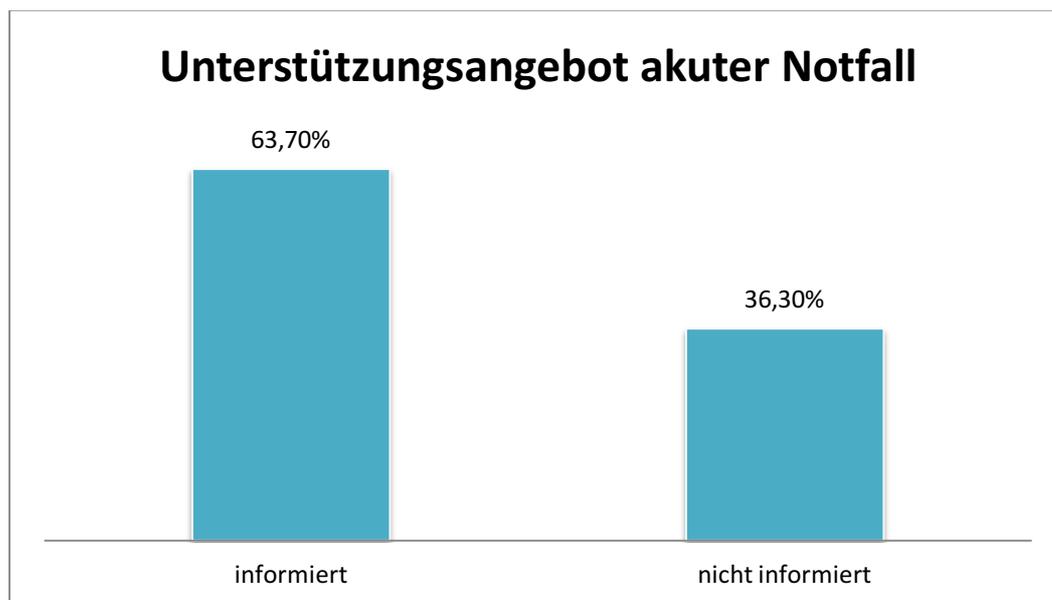


Abbildung 20: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen im Fall eines akuten Notfalls, n = 146

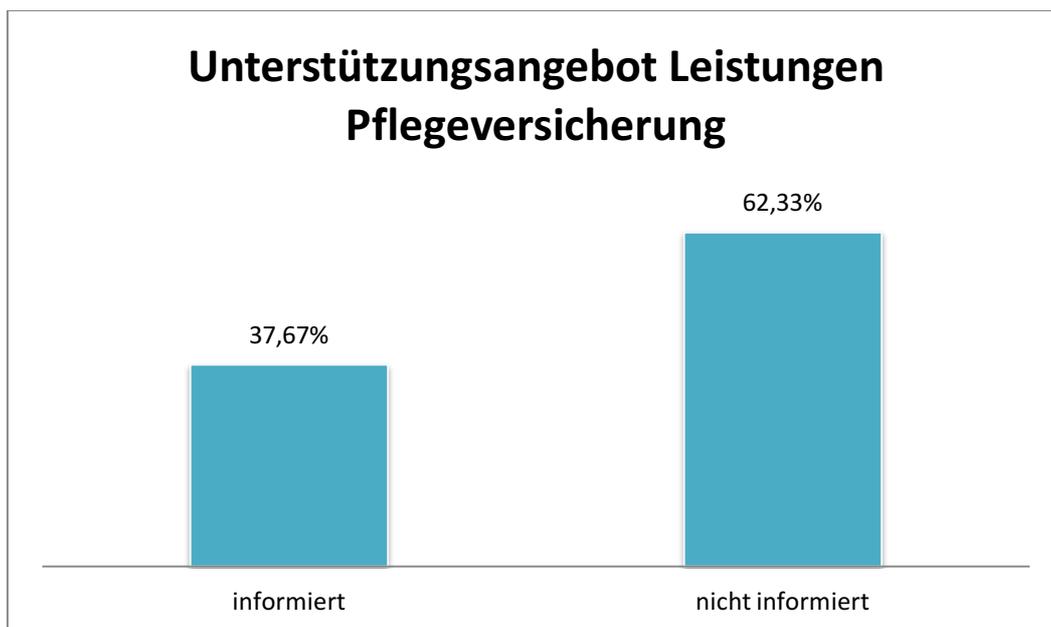


Abbildung 20a: Informiertheit über die Leistungen der Pflegeversicherung, n = 146

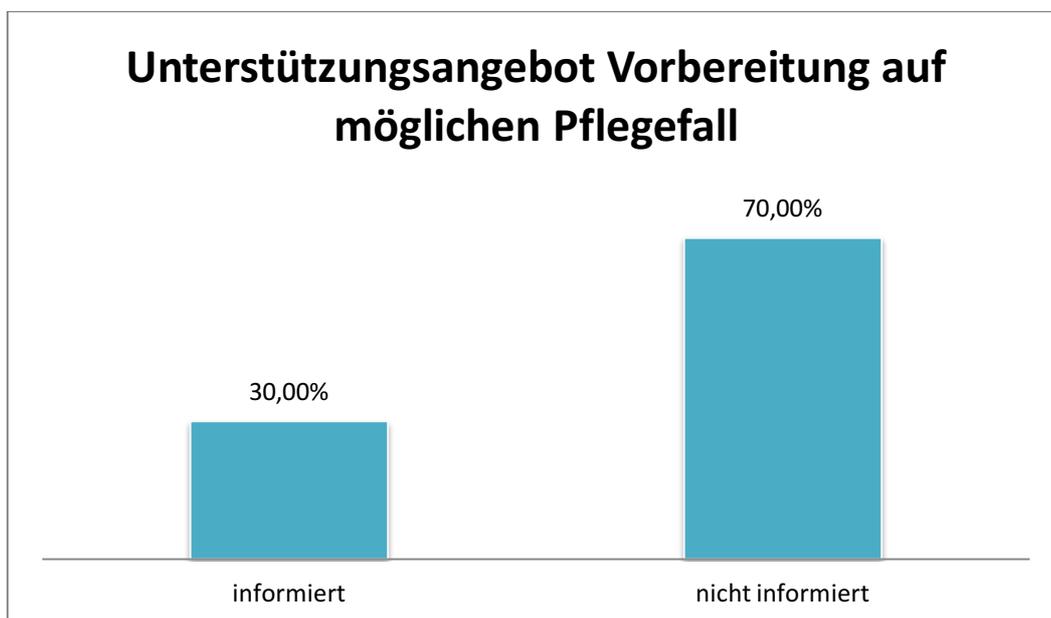


Abbildung 20b: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen zur Vorbereitung eines möglichen Pflegefalls, n = 140

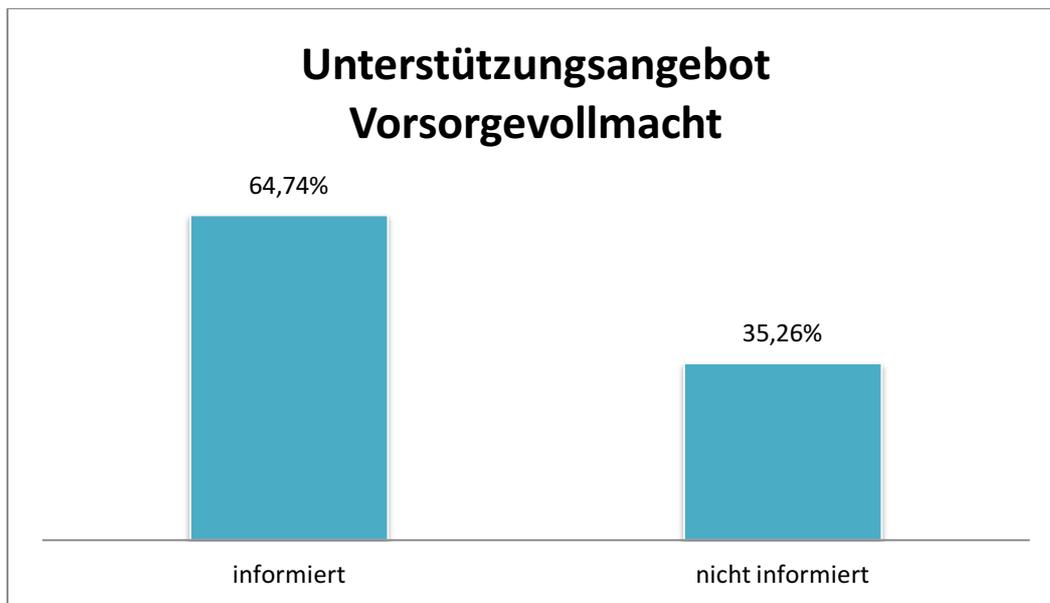


Abbildung 20c: Informiertheit über die Vorsorgevollmacht, n = 156

3.6.3 Wege der Informationsbeschaffung im Falle einer Pflegesituation

Ein besonders wichtiger Akteur eines möglichen kommunalen pflegebezogenen Netzwerkes sind externe professionelle Anbieter, an die sich 47,38 % der Haushalte in der Gemeinde Milower Land im Fall einer eintretenden Pflegesituation wenden würden (vgl. Abbildung 21). Wie bereits für die Inanspruchnahme hauswirtschaftlicher und pflegerischer Tätigkeiten analysiert, ist anzunehmen, dass den professionellen Pflegedienstleistern ein Maß an professionellem Wissen zugeschrieben wird, das im Bedarfsfall zur Steigerung der persönlichen Informiertheit im Fall einer Pflegesituation genutzt werden kann. Neben den externen professionellen Anbietern ist das soziale Netz, das als Schutzfaktor für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit ebenso wie als Ressource im Versorgungsfall dient, eine relevante Informationsquelle für die Haushalte. 40,04 % der erfassten Haushalte würden sich im Bedarfsfall an die Familie und Freunde wenden und 12,58 % an ihre Nachbarn.

In Bezug auf die Entwicklung eines lokalen pflegebezogenen Netzwerkes scheint es unter Berücksichtigung dieses Befundes bedarfsgerecht, wenn professionelle Pflegedienstleister und die interessierte Öffentlichkeit Wege der Zusammenarbeit und des Austausches erproben. Eine Möglichkeit liegt hier in der

Einbindung freiwillig Engagierter, die in Form informeller Nachbarschaftshilfe oder „Freundschaftsdienste“ bereits praktiziert und in Anspruch genommen wird⁴⁴ und über ein organisiertes Zusammenwirken dem Bedarf an Informationsbeschaffung zugute kommen kann.

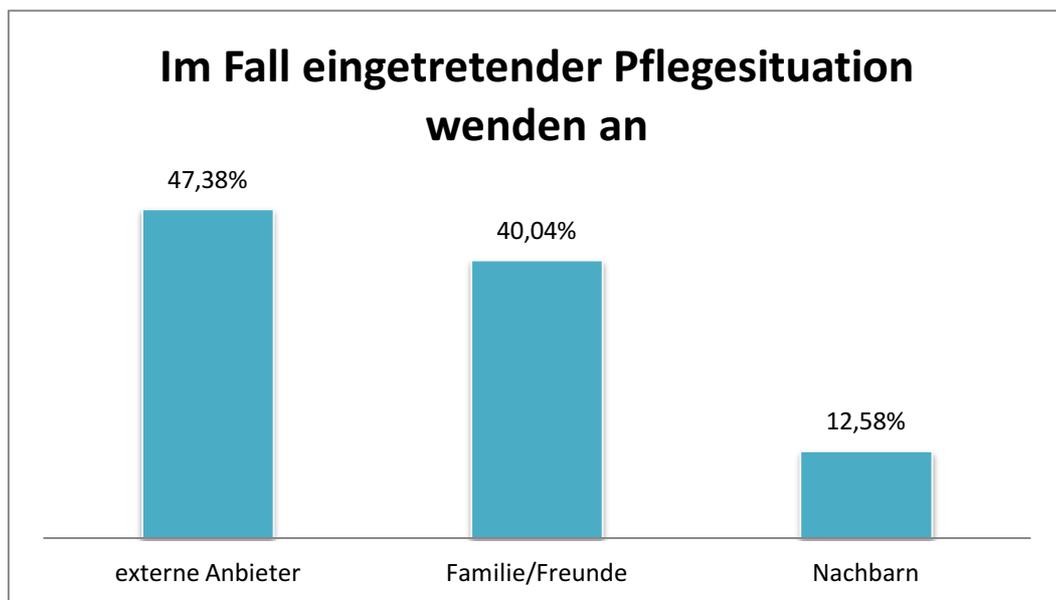


Abbildung 21: Hinzuziehen von externen professionellen Anbietern, Familie/Freunden und Nachbarn im Fall einer eintretenden Pflegesituation (zur Beschaffung von Informationen), n = 370

3.7 Angaben der Haushalte zu finanziellen Ressourcen

Im Zuge der Auswertung der Arbeitsverhältnisse der erfassten Personen wird deutlich, dass die Haushalte in der Regel über ein dauerhaftes Haushaltseinkommen aus einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung sowie aus selbstständiger Tätigkeit verfügen. Auch die Auswertung der Wohnverhältnisse, wonach 90,50 % der erfassten Haushalte über Eigentum verfügen, lässt Rückschlüsse auf die finanzielle Situation zu. Ferner

⁴⁴ Siehe Kapitel: Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Formen der Unterstützung (3.5.1).

verdeutlicht die positive Haltung zur Inanspruchnahme eines weiteren externen professionellen Anbieters im Bedarfsfall, dass die erfassten Haushalte in der Regel über finanzielle Ressourcen verfügen, die dieses erlauben. Für die Kommune ergibt sich hieraus ein Potenzial: Zum einen ist anzunehmen, dass die Mehrheit der Haushalte über finanzielle Ressourcen verfügen, die das Aufrechterhalten und die Weiterentwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur begünstigen, da die Bereitschaft und finanzielle Grundlagen zur Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen in der Regel vorhanden ist.

4. Fazit und Ausblick

„Die altersgerechte Entwicklung der kommunalen Daseinsvorsorge bildet die Voraussetzung für die Lebens- und Wohnqualität von Gemeinden. Infrastruktur besitzt eine herausragende Rolle für die Erhaltung und Verbesserung der Aktivität und Teilhabe älterer Menschen.“ (Beetz 2009, S. 123)

Das Vorhandensein und die bedarfsgerechte Nutzung von Infrastruktur stellt eine wesentliche Ressource der Versorgung pflegebedürftiger Menschen im ländlichen Raum dar, da sie sowohl die Zugänglichkeit zur Inanspruchnahme von Pflegevorsorgemaßnahmen und Versorgung beeinflusst als auch die Notwendigkeit des Rückgriffs auf weitere vorhandene Ressourcen.

Die für ländlich geprägte Gemeinden exemplarische Erhebung zur Pflegeprävalenz und ihren Rahmenbedingungen zeigt sowohl positive Voraussetzungen für die Entwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur als auch kommunale Handlungsbedarfe auf.

Günstige Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur, als wesentliche Rahmenbedingung für die Vorsorge und Versorgung einer Pflegebedürftigkeit, lassen sich durch die folgenden Aspekte ableiten:

1. Die **persönlichen Ressourcen** (u. a. Gesundheitszustand, Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Unterstützung und Informiertheit) der befragten Haushalte sind im Hinblick auf das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit ein bedeutender Schutzfaktor. Die Auswertung zeigt, dass ein Großteil der befragten Haushalte sich noch in der Altersgruppe der 19-64-Jährigen befinden und aktuell in der Regel weder mit einer Pflegebedürftigkeit konfrontiert sind, noch einen erhöhten Unterstützungsbedarf angeben. Im Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit ist die Mehrheit der befragten Haushalte sowohl bereit Unterstützungsmaßnahmen wie Wohnraumanpassungen in Anspruch zu nehmen, als auch medizinische und pflegerische Dienstleistungen von externen professionellen Anbietern.

2. Die **materiellen Ressourcen** (u. a. Einkommen, Besitzverhältnisse, Verfügbarkeit eines PKW's) lassen erkennen, dass die Mehrheit der befragten Haushalte über ein Einkommen aus einer Vollzeitbeschäftigung verfügen, mit deutlicher Mehrheit im Besitz von Eigentum sind und als Mittel der Mobilität vorrangig auf einen PKW zurückgreifen können.

3. Die **sozialen Ressourcen** sind ein nicht zu unterschätzender Schutzfaktor vor einer eintretenden Pflegebedürftigkeit und ein – hinsichtlich der Selbsteinschätzung der befragten Haushalte – wesentlicher Unterstützungsfaktor bei eingetretener Pflegebedürftigkeit. Die Familie, Freunde und Nachbarn stellen für viele der befragten Haushalte einen Bezugspunkt im Hinblick auf die Erbringung von haushaltsnahen sozialen Unterstützungsleistungen, die Mobilität und die Erhöhung des Grades an Informiertheit dar.

4. Die **infrastrukturellen Ressourcen** der befragten Gemeinde im ländlich geprägten Raum lassen hinsichtlich des Vorhandenseins und der Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten erkennen, dass vor allem der vorhandene Hausarzt, aber auch bereits in Anspruch genommene externe professionelle Dienstleister für die Vorsorge und Versorgung von Pflegebedürftigkeit bedeutsam sind.

Neben den dargestellten günstigen Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur, als wesentliche Rahmenbedingung für die Vorsorge und Versorgung einer Pflegebedürftigkeit, lassen sich ferner die folgenden Herausforderungen ableiten:

1. Zwar weisen die **persönlichen Ressourcen** hinsichtlich des Gesundheitszustandes als Schutzfaktor auf günstige Voraussetzungen für das Eintreten eines Pflegefalls hin, doch mit Blick auf die Informiertheit wird deutlich, dass hier ein Handlungsbedarf besteht. Der Grad an Informiertheit der befragten Haushalte weist insbesondere bezogen auf die Leistungen der Pflegeversicherung und Unterstützungsangebote zur Vorbereitung auf den Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit Steigerungspotenzial auf. In diesem Kontext erhalten pflegebezogene Netzwerke einen Stellenwert, da unterschiedliche pflegebezogene Akteure den Grad an Informiertheit steigern und auf diese Weise diesen Schutzfaktor positiv beeinflussen können.

2. Die in der Mehrheit der befragten Haushalte vorhandenen **materiellen Ressourcen** weisen insbesondere hinsichtlich ihrer zukünftigen bedarfs- und bedürfnisgerechten Verwendung ein Potenzial auf: nämlich im Einsatz materieller Ressourcen zur Anpassung des Wohnraums bei eintretender Pflegebedürftigkeit. Obgleich bereits von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen in den befragten Haushalten versorgt werden, weist die aktuell eingeschätzte Barrierearmut der Haushalte auf ein Handlungspotenzial hin (die

Haushalte sind mehrheitlich noch nicht barrierearm). Dieser Befund steht – inhaltslogisch – mit dem Bedarf an Informiertheit über die Leistungen der Pflegeversicherung im Zusammenhang.

3. Die **sozialen Ressourcen** lassen in Bezug auf die Einbindung von haushaltsnahen Vertrauens- und Bezugspersonen (Familie, Freunde, Nachbarn) günstige Voraussetzungen für die Vorsorge von und Versorgung bei Pflegebedürftigkeit erkennen. Hinsichtlich der Einbindung von haushaltsfremden sozialen Kontakten, wie z. B. durch freiwillig Engagierte, ist ein unausgeschöpftes Potenzial zu erkennen. Die Akzentuierung bestehender, bzw. der Ausbau neuer Kooperationen zwischen professionellen Pflegedienstleistungsorganisationen und (ehrenamtlichen) zivilgesellschaftlichen Organisationen (z.B. Seniorengruppen, Freiwilligenagenturen, Bürgerstiftungen) kann eine wichtige Ressource sein, insbesondere für Wohlfahrtsverbände.

4. Optimierungsbedürftigkeit lässt sich auf der Grundlage der Selbsteinschätzung der befragten Haushalte hinsichtlich einer zeitnahen Terminvereinbarung mit Fachärzten und einer bedarfs- und bedürfnisgerechten öffentlichen Verkehrsinfrastruktur erkennen. Neben diesen optimierungsbedürftigen **infrastrukturellen Ressourcen** ist insbesondere die Entwicklung von pflegebezogenen Netzwerken (werden infrastrukturelle Ressourcen weit definiert und Kommunikationsorte einbezogen) wesentlich: pflegebezogene Netzwerke beeinflussen u. a. den Grad an Informiertheit auf allen Ebenen (Politik und Verwaltung, lokale Organisationen und Unternehmen sowie die interessierte Öffentlichkeit) und die (Weiter-)Entwicklung lokaler sozialer Ressourcen als Schutzfaktoren einer Pflegebedürftigkeit.

Generell ist also festzustellen, dass die Voraussetzungen für die (Weiter-)Entwicklung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten lokalen Gesundheitsinfrastruktur günstig sind. Die Analyse zeigt, dass die erfassten Haushalte der ländlich geprägten Gemeinde Milower Land externen professionellen Pflegedienstleistern mehrheitlich positiv zugewandt sind. Dieser Befund fußt auf der bereits vorhandenen Inanspruchnahme externer professioneller Dienstleister sowie einer zukünftigen – für die meisten erfassten Haushalte vorstellbaren – Inanspruchnahme im Bedarfsfall. Darüber hinaus wird mit einem Blick auf die Ressourcen der erfassten Haushalte deutlich, dass diese in der Regel, neben der Inanspruchnahme institutioneller Ressourcen, sowohl über finanzielle, als auch über soziale Ressourcen verfügen, die einerseits protektiv hinsichtlich einer eintretenden Pflegebedürftigkeit wirken und darüber hinaus den Zugang und die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Pflegedienstleistungen begünstigen. Die vorhanden Ressourcen wirken in zweierlei Hinsicht protektiv: Zum einen erweist sich für die Mehrheit der erfassten Haushalte das unmittelbare soziale Netzwerk als unterstützend und wichtiger Erbringer von hauswirtschaftlichen

und pflegerischen Dienstleistungen und zum anderen verfügen die meisten der erfassten Haushalte über ein regelmäßiges Einkommen sowie über Eigentum, welche im Bedarfsfall die Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen und eine Anpassung des Wohnraums an die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehenden Bedarfe und Bedürfnisse grundsätzlich ermöglichen. Auf der personalen Ebene wird in diesem Kontext erneut eine positive Haltung der Haushalte zur Wohnraumanpassung im Bedarfsfall deutlich.

Ogleich die Voraussetzungen für die (Weiter-)Entwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur günstig sind, weist die Analyse auf die folgenden Herausforderungen hin: Zum einen zeigt die Verteilung der Altersgruppen der erfassten Einwohner der Gemeinde, dass mit einem Übergang der Personen, die sich jetzt im erwerbstätigen Alter befinden, in die „nachberufliche“, „dritte“ oder „vierte“ Lebensphase, die lokale Gesundheitsinfrastruktur vor der Herausforderung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Vorsorge und Versorgung der Einwohner stehen wird.⁴⁵ Die kommunale Verwaltung, die Träger der Freien Wohlfahrtspflege und privatwirtschaftliche Dienstleister werden damit konfrontiert sein, eine bedarfsgerechte und im Bedarfsfall mehrheitlich zur Inanspruchnahme von den erfassten Haushalten favorisierte – und an professionellen Ansprüchen orientierte – Gesundheitsinfrastruktur vorzuhalten und sich innovativen lokalen Lösungen zuzuwenden, verstehen sich doch gerade die Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege als innovativ.⁴⁶ Pflegebezogenen Netzwerken kommt hier eine entscheidende Rolle zu: Die Teilhabe der Bürger an aktuellen und zukünftigen kommunalpolitisch hoch bedeutsamen Themenstellungen, wie die Vorsorge und Versorgung von Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung demographischer Dynamiken und ihren Folgen, ist eine mögliche Aufgabenstellung und ein möglicher Lösungsansatz. Werden zugleich die Bürger mit ihren Ressourcen zur Selbstbefähigung und Selbstorganisation ernst genommen, Zugänge zu Beteiligungsverfahren ermöglicht und erarbeitete Lösungsansätze kooperativ umgesetzt, in pflegebezogenen Netzwerken nachhaltig diskutiert und weiterentwickelt, können kommunale Politik und

⁴⁵ Zur Erinnerung: Kinder und Jugendliche machen mit 10,61% der erfassten Personen einen vergleichsweise geringen Anteil der Bewohner der Gemeinde Milower Land aus. Demzufolge werden bei gleichbleibender Altersstruktur deutlich weniger Einwohner in die Phase der Erwerbstätigkeit nachrücken, als Personen in die nachberufliche Phase übergehen.

⁴⁶ Die soziale Innovationsfähigkeit von Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege zeigt sich, ihrem Selbstverständnis zufolge, insbesondere in der Einbindung freiwillig Engagierter in die Erbringung personenbezogener Dienstleistungen, wobei die Innovationsfähigkeit vor allem für Organisationen mit einer differenzierten Vorstellung von Engagement zutrifft (vgl. Backhaus-Maul et al. 2015, S. 14 und 589).

etablierte Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege sowohl den Ansprüchen an individuellen personenbezogenen Dienstleistungen als auch der Forderung nach Autonomie und Selbstorganisation der Bürger gerecht werden.

Einen Blick in die Zukunft wagen...

Die Grundsätze „Vorrang der Prävention und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 29) oder „Rehabilitation vor Pflege“ (von Renteln-Kruse 2009b, S. 186) entsprechen der salutogenetischen Perspektive auf die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, wenn das Vorhandensein von individuellen Ressourcen und die subjektive Einschätzung zur Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von jetzigen und zukünftigen Lebensereignissen (Kohärenzgefühl) im Rahmen der Begutachtung und Einschätzung von Rehabilitations- oder Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung finden. Wesentlich scheinen in diesem Zusammenhang die Stärkung personeller und institutioneller Ressourcen zu sein. Diese umfassen u. a. verbesserte Zugänge zur und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Informations- und Beratungsmöglichkeiten, professionellen pflegerischen und medizinischen Diensten, wohnortnaher Gesundheitsvorsorge und schließlich den Auf- und Ausbau von lokalen Pflegenetzwerken, die Formen gesellschaftlicher Teilhabe von Pflegebedürftigkeit betroffener Personen begünstigen.

Wird bedacht, dass in der Hälfte der erfassten Haushalte eine oder mehrere Person/en mit einer chronischen Krankheit leben, zeigt sich hier in besonderer Weise die Notwendigkeit von personalen, sozialen und institutionellen Schutzfaktoren, da chronische Krankheiten (neben weiteren) als ein Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit gelten. Lokale pflegebezogene Netzwerke können die Schutzfaktoren stärken, indem sie die persönliche Informiertheit und den Austausch stärken, bei eintretenden Pflegesituationen beratende und unterstützende Funktion haben und durch die Einbindung professionellen pflegebezogenen Wissens ein Maß an Qualität sichern. Nicht zuletzt erhöhen lokale pflegebezogene Netzwerke, unter der Voraussetzung, dass auch sie barrierearm gestaltet werden, die Teilhabechancen aller Beteiligten an lokalen Lösungsansätzen für den pflegebezogenen Handlungsbedarf. Wesentlich ist, dass lokale pflegebezogene Netzwerke der Organisation bedürfen, d. h. konkret einer sozialen Handlungskoordination, die

sich auf das „Wie“ gesellschaftlicher Koordination bezieht.⁴⁷ Für pflegebezogene Netzwerke ist festzuhalten, dass diese als kollektives Handeln von Akteuren mit unterschiedlichen Ressourcen (Sozialkapital; siehe hierzu Wald/Jansen 2007, S. 189) der Vermittlung bedürfen (vgl. Fürst 2007, S. 359), um Vorteile wie Selbstorganisationsfähigkeit, Informationen und sozialen Einfluss zu produzieren (vgl. Wald/Jansen 2007, S. 189). In Bezug auf die Frage, wie sich diese Vermittlung lokal gestaltet, kann schließlich der Bogen zur Einleitung dieses Textes geschlagen werden, in der darauf hingewiesen wurde, dass es unterschiedliche Formen der Netzwerk-governance gibt, die den lokalen Bedarfen (Zweck des Netzwerkes) und Potenzialen (Ressourcen der Netzwerkakteure) entsprechend anzupassen sind.

⁴⁷ Zum Begriff der Governance als Sektoren übergreifende (Staat, Ökonomie, Zivilgesellschaft) Formen der sozialen Koordination und insbesondere zur Definition von local Governance, in deren Fokus gesellschaftliche, ökonomische und politische Selbststeuerung steht, die einhergeht mit interorganisatorischer Kooperation und Koordination, empfiehlt sich ein Blick in Holzkamp (2007, S. 366-377).

5. Literaturverzeichnis

- Peter-Georg Albrecht 2009: „Wenn jemand fragt, wir würden das machen...“ – Engagementpotenziale junger Senioren in ländlichen Räumen Ostdeutschlands, in: Claudia Neu (Hrsg.): Daseinsvorsorge Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 206-219.
- Holger Backhaus-Maul/Karsten Speck/Miriam Hörnlein/Maud Krohn 2015: Engagement in der Freien Wohlfahrtspflege. Empirische Befunde aus der Terra incognita eines Spitzenverbandes, Wiesbaden.
- Walter Bartl 2016: Folgen des demographischen Wandels für das Bildungssystem, in: Yasemin Niephaus/Michaela Kreyenfeld/Reinhold Sackmann (Hrsg.): Handbuch Bevölkerungssoziologie, Wiesbaden, S. 665-695.
- Florian Bauckhage-Hoffer 2009: Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleistungen, in: Andreas Krautscheid (Hrsg.) unter Mitarbeit von Eberhard Waiz und Dr. Claudia Münch: Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl. Eine sektorspezifische Betrachtung, Wiesbaden, S. 222-240.
- Stephan Beetz 2009: Regionale Dimensionen des Alterns und der Umbau der kommunalen Daseinsvorsorge – Entwicklungen am Beispiel ländlicher Räume, in: Claudia Neu (Hrsg.): Daseinsvorsorge Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 114-132.
- Gabriele Bingel 2011: Sozialraumorientierung revisited: Geschichte, Funktion und Theorie sozialraumbezogener Sozialer Arbeit, Wiesbaden.
- Christian Boeser 2013: Partizipation als Erfolgsbaustein für Vernetzungsprozesse, in: Susanne Maria Weber/Michael Göhlich/Andreas Schröer/Claudia Fahrenwald/Hildegard Macha (Hrsg.): Organisation und Partizipation, Beiträge der Kommission Organisationspädagogik, Wiesbaden, S. 293-301.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2013: Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin.
- Weert Canzler/Andreas Knie 2009: Auf dem Weg zum Gewährleistungsstaat: Netzvermarktung und Infrastrukturpolitik für die schrumpfende Gesellschaft, in: Claudia Neu (Hrsg.): Daseinsvorsorge Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 97-111.
- Martin Diewald/Sebastian Sattler 2010: Soziale Unterstützungsnetzwerke in: Christian Stegbauer/Roger Häußling (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung, Wiesbaden, S. 689-699.
- Frieder Dünkel/Michael Herbst/Thomas Schlegel 2014: Ertrag und Folgerungen aus der Greifswalder Tagung „Think rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge“, in: dies.: Think Rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge, Wiesbaden, S. 297-308.

- Anja Ehlers 2010: Bildung im Alter – (k)ein politisches Thema? in: Gerhard Naegele (Hrsg.) unter Mitarbeit von Britta Bertermann: Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden, S. 602-618.
- Klaus Einig 2009: Koordination der Anpassung der Daseinsvorsorge an den Demografischen Wandel durch Meta-Regulierung und Netzwerk-governance, in: Claudia Neu (Hrsg.): Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 39-66.
- Daniela Engelbracht/Dirk Nüsken 2015: Körper und Erziehungshilfen – Konzepte, Methoden, Praxiseinblicke, in: Michael Wendler/Ernst-Ulrich Huster (Hrsg.): Der Körper als Ressource in der Sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung, Wiesbaden, S. 157-187.
- Peter Faulstich 2011: „Generationenproblematik“ und „Entfaltungsressourcen“, in: Thomas Eckert/Aiga von Hippel/Manuela Pietraß/Bernhard Schmidt-Hertha (Hrsg.): Bildung der Generationen, Wiesbaden, S. 207-217.
- Kai Fischbach/Peter A. Gloor/Johannes Putzke/Daniel Oster 2010: Analyse der Dynamik sozialer Netzwerke mit Social Badges, in: Christian Stegbauer (Hrsg.) Netzwerkanalyse und Netzwerktheorie. Ein neues Paradigma in den Sozialwissenschaften, 2. Auflage, Wiesbaden, S. 335-345.
- Dietrich Fürst 2007: Regional Governance, in: Arthur Benz/Susanne Lütz/Uwe Schimank/Georg Simonis (Hrsg.): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfehler, Wiesbaden, 353-365.
- Thomas Gensicke/Thomas Olk/Daphne Reim/Jenny Schmithals/Hans-Liudger Diemel 2009: Entwicklung der Zivilgesellschaft in Ostdeutschland. Quantitative und qualitative Befunde, Wiesbaden.
- Hans-Günter Henneke 2009: Die Daseinsvorsorge in Deutschland – Begriff, historische Entwicklung, rechtliche Grundlagen und Organisation, in: Andreas Krautscheid (Hrsg.) unter Mitarbeit von Eberhard Waiz und Dr. Claudia Münch: Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl. Eine sektorspezifische Betrachtung, Wiesbaden, S. 17-37.
- Birte Henrich 2015: Impuls Deutschland gGmbH: Lernort Familie – Chancen des gemeinsamen Lernens, in: Hartmut Kopf/Susan Müller/Dominik Rüede/Kathrin Lurtz /Peter Russo (Hrsg.): Soziale Innovationen in Deutschland. Von der Idee zur gesellschaftlichen Wirkung, Wiesbaden, S. 29-44.
- Ruth Hoh/Heiner Barz 2011: Weiterbildung und Gesundheit, in: Rudolf Tippelt/Aiga von Hippel (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung, 5. Auflage, Wiesbaden, S. 729-746.
- Lars Holtkamp 2007: Local Governance, in: Arthur Benz/Susanne Lütz/Uwe Schimank, Georg Simonis (Hrsg.): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfehler, Wiesbaden, S. 366-377.
- François Höpflinger 2016: Altern und Generationen bei hoher Lebenserwartung, in: Yasemin Niephaus/Michaela Kreyenfeld/Reinhold Sackmann (Hrsg.): Handbuch Bevölkerungssoziologie, Wiesbaden, S. 595-616.

- Gisela Jakob 2010: Infrastrukturen und Anlaufstellen zur Engagementförderung in den Kommunen, in: Thomas Olk/Ansgar Klein/Birger Hartnuß (Hrsg.): Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe, Wiesbaden, S. 233-259.
- Dorothea Jansen/Andreas Wald 2007: Netzwerktheorien, in: Arthur Benz/Susanne Lütz/Uwe Schimank/Georg Simonis (Hrsg.): Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfehler, Wiesbaden, S. 188-199.
- Florian Kainz/Christian Werner 2011: Berufliche Kompetenzen und Kompetenzentwicklung älterer und jüngerer Generationen, in: Thomas Eckert/Aiga von Hippel/Manuela Pietraß/Bernhard Schmidt-Hertha (Hrsg.): Bildung der Generationen, Wiesbaden, S. 373-399.
- Kerstin Kammerer/Katrin Falk/Josephine Heusinger/Susanne Kümpers (2012): Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Drei Fallbeispiele zu individuellen und sozialräumlichen Ressourcen älterer Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 45, Heft 7, Wiesbaden, S. 624-629.
- Alban Knecht 2010: Lebensqualität produzieren. Ressourcentheorie und Machtanalyse des Wohlfahrtsstaats, Wiesbaden.
- Markus Krajewski 2011: Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen, Berlin, Heidelberg.
- Andreas Kruse 2011: Bildung im Alter, in: Rudolf Tippelt/Aiga von Hippel (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung, 5. Auflage, Wiesbaden, S. 827
- Olaf Kühne 2012: Stadt – Landschaft – Hybridität. Ästhetische Bezüge im postmodernen Los Angeles mit seinen modernen Persistenzen, Wiesbaden.
- Susanne Lang 2010: Und sie bewegt sich doch ... Eine Dekade der Engagementpolitik auf Bundesebene, in: Thomas Olk/Ansgar Klein/Birger Hartnuß (Hrsg.): Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe, Wiesbaden, S. 329-351.
- Mathias Maucher 2009: Sozialdienstleistungen, in: Andreas Krautscheid (Hrsg.) unter Mitarbeit von Eberhard Waiz und Dr. Claudia Münch: Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl. Eine sektorspezifische Betrachtung, Wiesbaden, S. 241-274.
- Claudia Neu 2009: Daseinsvorsorge und territoriale Ungleichheit, in: dies. (Hrsg.): Daseinsvorsorge Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 80-96.
- Claudia Neu 2014: Ländliche Räume und Daseinsvorsorge – Bürgerschaftliches Engagement und Selbstaktivierung, in: Frieder Dünkel/Michael Herbst/Thomas Schlegel (Hrsg.): Think Rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge, Wiesbaden, S. 117-124.

- Ekkehard Nuissl 2011: Einschluss oder Ausschluss – Personengruppen in der Weiterbildung, in: Thomas Eckert/Aiga von Hippel/Manuela Pietraß/Bernhard Schmidt-Hertha (Hrsg.): Bildung der Generationen, Wiesbaden, S. 401-411.
- Peter Oberender 2014: Wachstumsmarkt ländlicher Raum – die Diversifikation ländlicher Räume als Chance der Gesundheitspolitik, in: Frieder Dünkel/Michael Herbst/Thomas Schlegel (Hrsg.): Think Rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge, Wiesbaden, S. 17-20.
- Ludwig A. Pongratz 2010: Lernen lebenslanglich: Eine Absage. In: ders.: Kritische Erwachsenenbildung. Analysen und Anstöße, Wiesbaden, S.153-166.
- Anika Rasner 2016: Altern und Alterssicherung in Deutschland, in: Yasemin Niephaus/Michaela Kreyenfeld/Reinhold Sackmann (Hrsg.): Handbuch Bevölkerungssoziologie, Wiesbaden, S. 647-664.
- Monika Reichert 2010: Pflege – ein lebensbegleitendes Thema? in: Gerhard Naegele (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik, Wiesbaden, S. 309-329.
- Anja Reichert-Schick 2015: Infrastruktur im ländlichen Raum, in: Jakob Lempp/ Gregor van der Beek/Thorsten Korn (Hrsg.): Aktuelle Herausforderungen in der Wirtschaftsförderung, Konzepte für eine positive regionale Entwicklung, Wiesbaden, S. 75-86.
- Babette Renneberg/Thomas Heidenreich/Alexander Noyon 2009: Einführung Klinische Psychologie, München.
- A. Rösler 2009: Demenzen, in: Wolfgang von Renteln-Kruse (Hrsg.): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage, Darmstadt, S. 129-139.
- Lynn Schelisch 2016: Technisch unterstütztes Wohnen im Stadtquartier. Potentiale, Akzeptanz und Nutzung eines Assistenzsystems für ältere Menschen, Wiesbaden.
- Claus Schlömer/Martin Spangenberg 2009: Städtisch und ländlich geprägte Räume: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: BMVBS/BBSR: Ländliche Räume im demografischen Wandel. BBSR-Online-Publikation Nr. 34/2009, S. 17- 32.
- Claus Schlömer 2015: Demographische Ausgangslage: Status quo und Entwicklungstendenzen ländlicher Räume in Deutschland, in: Uwe Fachinger/Harald Künemund (Hrsg.): Gerontologie und ländlicher Raum. Lebensbedingungen Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten, Wiesbaden, S. 25-43.
- Josef Schmid 2010: Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden.

- Anja Steinbach/Karsten Hank 2016: Familiäre Generationenbeziehungen aus bevölkerungssoziologischer Perspektive, in: Yasemin Niephaus/Michaela Kreyenfeld/Reinhold Sackmann (Hrsg.): Handbuch Bevölkerungssoziologie, Wiesbaden, S. 367-391.
- Andrea Szameitat/Claudia Strobel/Sandra Fuchs 2011: Lernende Regionen und Generationen, in: Thomas Eckert/Aiga von Hippel/Manuela Pietraß/Bernhard Schmidt-Hertha (Hrsg.): Bildung der Generationen, Wiesbaden, S. 147-160.
- Rainer Unger/Klaus Giersiepen/Michael Windzio 2015: Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2015/67, S.193-215.
- Berthold Vogel 2009: Wohlfahrtstaatliche Daseinsvorsorge und soziale Ungleichheit, in: Claudia Neu (Hrsg.): Daseinsvorsorge Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 67-79.
- Wolfgang von Renteln-Kruse (Hrsg.) 2009a: Die alternde Bevölkerung, in: dies.: Medizin des Alterns und des alten Menschen. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage, Darmstadt, S. 12-24.
- Wolfgang von Renteln-Kruse (Hrsg.) 2009b: Geriatrische Rehabilitation, in: dies.: Medizin des Alterns und des alten Menschen. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage, Darmstadt, S. 185-196.
- Peter Walgenbach/Renate Meyer (2008): Neoinstitutionalistische Organisationstheorie, Stuttgart.

6. Onlinequellen

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2009: Ländliche Räume im demografischen Wandel. BBSR-Online-Publikation, Nr. 34/2009. URL: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumtypen2010_vbg/Raumtypen2010_alt.html (Stand: 01.12.2015).

Bundesministerium für Gesundheit (bmg) 2016: Das Zweite Pflegestärkungsgesetz. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsverfahren. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html> (Stand: 16.12.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (bmg) 2015: Telemedizin. URL: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/t-u/telemedizin.html> (Stand: 26.01.2016)

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Zweites Buch - § 554a Barrierefreiheit. URL: <http://dejure.org/gesetze/BGB/554a.html> (Stand: 15.01.2016).

Ortsteile der Gemeinde Milower Land: URL: <http://www.milow.de/verzeichnis/index.php?kategorie=66> (Stand: 15.01.2016).

Sozialgesetzbuch (SGB VI) Sechstes Buch, Gesetzliche Rentenversicherung. URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvi/235.html> (Stand: 15.12.2015).

Sozialgesetzbuch (SGB XI) - Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit: URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__14.html (Stand: 22.12.2015).

Sozialgesetzbuch (SGB XI) - Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen: URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__40.html (Stand: 15.01.2016).

Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022) § 61 Leistungsberechtigte und Leistungen. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/__61.html (Stand: 22.12.2015).

World Health Organization 1948: WHO definition of Health. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Stand: 21.12.2015).

Bisher veröffentlichte Berichte in dieser Reihe:

Jahrgang 2006

- Bericht 1 / 2006 Ullmann, W.; Jordans, I.: Untersuchungen zur Standortfrage von Logistik-Standorten unter dem Einfluss der EU-Osterweiterung. Teil 1: Daten & Fakten.
- Bericht 2 / 2006 Ullmann, W.; Jordans, I.: Untersuchungen zur Standortfrage von Logistik-Standorten unter dem Einfluss der EU-Osterweiterung. Teil 2: Umfrage-Ergebnisse.
- Bericht 3 / 2006 Kleinert, H.: Studierende an Technischen Fachhochschulen: Lebensentwürfe, Zukunftsbilder, Erwartungen.
- Bericht 4 / 2006 Brockmann, H.; Greaney, P.K.: Gründungen aus Hochschulen: Ergebnisse und Implikationen einer Befragung von Drittsemestern der TFH Berlin.
- Bericht 5 / 2006 Rohbock, U.: Entwicklung eines Konzeptrahmens für den kommunikativen Auftritt des Fachbereichs I der Technischen Fachhochschule Berlin.

Jahrgang 2007

- Bericht 1 / 2007 Walter, H.-C.: Systementwicklung - Planung, Realisierung und Einführung von EDV-Anwendungssystemen. Teil I: Systemkonzeption.
- Bericht 2 / 2007 Doese, A.; Stallmann, M.: Worklife-Balance-Erwartungen von Ingenieurstudentinnen: ein Forschungsprojekt.
- Bericht 3 / 2007 Kleinert, H.: Produktentwicklung in technologie-orientierten Gründungsunternehmen: ein Erfahrungsbericht.
- Bericht 4 / 2007 Ullmann, W.; Axmann, R.; Doberstein, D.: Einsatz von RFID in der Baulogistik: Ergebnisse einer Unternehmensbefragung.

Jahrgang 2008

- Bericht 1 / 2008 Brockmann, H.; Greaney, P.K.: Gründungen aus Hochschulen: Ergebnisse und Implikationen einer Befragung von Drittsemestern der TFH Berlin (Spätphase)
- Bericht 2 / 2008 Pattloch, A.; Scholtz, G.: Der Einsatz von Blogs in der internen Unternehmenskommunikation.

Jahrgang 2009

- Bericht 1 / 2009 Doese, A.: Der Einfluss neuerer Gesetzgebung auf Einstellungs- und Karrierechancen qualifizierter Frauen, unter besonderer Berücksichtigung der Ingenieurinnen

-
- Bericht 2 / 2009 König, A.: Anerkennung beruflicher Vorerfahrungen am Beispiel von Studierenden der Druck- und Medientechnik - Dokumentation einer Analyse.
- Bericht 3 / 2009 Block, J.H.; Brockmann, H.; Klandt, H.; Kohn, K.: Gründungshemmnisse in Marktmechanismen und -umfeld – Facetten empirischer Evidenz.
- Jahrgang 2010**
- Bericht 1 / 2010 Schlink, H.: The determination of function costs to achieve success-oriented design of engineering products – theory and application.
- Bericht 2 / 2010 Buchem, I.; Schmitz, H.: Didaktische Konzeption von Web 2.0-basierten Lehr-/Lernszenarien: Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Mediencommunity 2.0“
- Bericht 3 / 2010 Pattloch, A.: Service Design im Dienstleistungsmarketing. Teil I: Theorie. Einordnung von Service Design in das Dienstleistungsmarketing.
- Bericht 4 / 2010 Pattloch, A.: Service Design im Dienstleistungsmarketing. Teil II: Praxis. Empirische Exploration zu Service Design an der Hochschule.
- Bericht 5 / 2010 Huber, A.; Yildirim, E.: Die operative Aufklärungs- und Abwehrarbeit des ehemaligen Staatssicherheitsdienstes der DDR. Eine Analyse verfügbarer JHS-Lehrhefte und relevanter HVA-Dokumentationen.
- Bericht 6 / 2010 Schraps, U.; König, A.: Mediencommunity 2.0 – Geschäfts- und Betreibermodelle für Internet-Portale.
- Bericht 7 / 2010 Gloede, D.: Betriebliche Gesundheitsförderung und wirtschaftliche Effizienz. Entwicklungsstand und Perspektiven der Wirtschaftlichkeitsevaluation in der Präventionsforschung.
- Bericht 8 / 2010 Gloede, D.: Wirtschaftlichkeitsevaluation eines Stress- und Ressourcen-Trainings für un- und angelernte Beschäftigte.
- Jahrgang 2011**
- Bericht 1 / 2011 Ullmann, W.; Hotait, A.: e-Procurement für C-Teile in KMU – Übersicht und empirische Studie.
- Bericht 2 / 2011 Barthel, K.; Mensah, H.: Der Einsatz von Social Media Instrumenten in der internen Unternehmenskommunikation am Beispiel der DB System

Studiere Zukunft. Mitten in Berlin

Beuth Hochschule für Technik Berlin – Praxisorientierte Lehre und Forschung

Zukunft braucht eine Basis. Die Beuth Hochschule für Technik Berlin blickt mit ihren Vorgängereinrichtungen auf eine Geschichte zurück, die weit in das 19. Jahrhundert zurückgreift. Dieser Tradition, zu der Veränderung und Vielfalt gehören, fühlen wir uns verpflichtet. Die Nähe zur Praxis und die ständige Weiterentwicklung der Studieninhalte sind charakteristisch für die Beuth Hochschule.

70 Studiengänge (Bachelor und Master) an 8 Fachbereichen:

FB I	Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften
FB II	Mathematik, Physik, Chemie
FB III	Bauingenieur- und Geoinformationswesen
FB IV	Architektur und Gebäudetechnik
FB V	Life Sciences and Technology
FB VI	Informatik und Medien
FB VII	Elektrotechnik und Feinwerktechnik
FB VIII	Maschinenbau, Verfahrens- und Umwelttechnik

Studium am FB I – Verbindung von Wirtschaft und Technik

Bachelor- und Master-Studiengänge:

- Bachelor Betriebswirtschaftslehre (dualer Studiengang)
- Bachelor Betriebswirtschaftslehre - Digitale Wirtschaft
- Bachelor Wirtschaftsingenieurwesen/Bau
- Bachelor Wirtschaftsingenieurwesen/Maschinenbau
- Bachelor Wirtschaftsingenieurwesen (Online)
- Bachelor Wirtschaftsinformatik (Online)

Master Management und Beratung

Master Wirtschaftsingenieurwesen/Bautechnik und -management

Master Wirtschaftsingenieurwesen/Maschinenbau

Master Wirtschaftsingenieurwesen/Projektmanagement

Allgemeinwissenschaftliche Module für alle Studiengänge der Beuth Hochschule:

Fremdsprachen + Managementwissen + Rhetorik und Präsentationstechnik + Betriebspsychologie + Wirtschaftsrecht + Technikbewertung + politische Kompetenz + Arbeitsmethodik + Technik und Neue Medien + Existenzgründung + Ökologie und Wirtschaft + u. a. m.