

Bericht Nr. 03 / 2016
November 2016

Herausforderungen an Pflegenetzwerke im städtischen Raum

**Pflegeprävalenz im Landkreis Havelland, Stadt Nauen.
Mit einem Vergleich zur 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. 03 / 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: fb1@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 städtisch geprägten Raum:	
Pflegebedürftigkeit im Landkreis Havelland am Beispiel der Stadt Nauen	18
3.1 Allgemeine Angaben zum Untersuchungsfeld	19
3.1.1 Alter der Haushaltsangehörigen	19
3.1.2 Arbeitsverhältnis der Haushaltsangehörigen	21
3.1.3 Wohnort der Befragten	22
3.1.4 Wohnsituation (Mietwohnung oder Eigentum)	23
3.1.5 Barrierearmut der Wohnung	25
3.1.6 Interesse für eine (barrierearme) Anpassung der Wohnverhältnisse	26
3.2 Angaben der Haushalte zur Pflegebedürftigkeit (Prävalenz)	27
3.2.1 Haushaltsangehörige mit Unterstützungs- und Betreuungsbedarf	27
3.2.2 Haushaltsangehörige mit einer chronischen Erkrankung	28
3.2.3 Haushaltsangehörige mit einer Behinderung	29
3.2.4 Haushaltsangehörige mit einer Demenz	31
3.2.5 Haushaltsangehörige mit einer Pflegestufe	32
3.3 Angaben der Haushalte zur Infrastruktur	33
3.3.1 Nutzung von Verkehrsmitteln zu vorsorge- und versorgungsspezifischen Einrichtungen und Diensten	34
3.3.2 Passungsverhältnis des ÖPNV	35
3.3.3 Zugänge und Vorhandensein von vorsorge- und versorgungsspezifischen Einrichtungen und Diensten	36

3.4	Angaben der Haushalte zu personellen und institutionellen Ressourcen	40
3.4.1	Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Formen der Unterstützung	41
3.4.2	Einbindung von Personen im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen	46
3.4.3	Inanspruchnahme von Hilfs-, Pflege-, oder Versorgungsleistungen durch externe professionelle Anbieter	48
3.4.4	Inanspruchnahme weiterer externer professioneller Anbieter zur Versorgung medizinischer Bedarfe	50
3.5	Angaben der Haushalte zu sachlichen Ressourcen	51
3.5.1	Einschätzung der persönlichen Vorbereitung und Informiertheit im Fall der Pflegebedürftigkeit	52
3.5.2	Eingeschätzte Kenntnis um Informationsmöglichkeiten sowie mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote	53
3.5.3	Wege der Informationsbeschaffung im Falle einer Pflegesituation.....	56
3.6	Angaben der Haushalte zu finanziellen Ressourcen	57
4.	Zusammenfassung und Ausblick	59
5.	Vergleichende Analyse zur Pflegeprävalenz in Nauen und dem Milower Land	65
5.1	Die wesentlichen Unterschiede im Vergleich	65
5.2	Die Ergebnisse in der Stadt Nauen und de der Gemeinde Milower Land im Überblick.....	73
6.	Literaturverzeichnis	79
7.	Onlinequellen	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zum Haushalt gehörende Personen nach Altersstufen	20
Abbildung 2: Arbeitsverhältnisse der erfassten Haushaltsangehörigen gegliedert nach ihrer Form	21
Abbildung 3: Angaben zum Wohnort	23
Abbildung 4: Besitzverhältnisse des Wohnraums	24
Abbildung 5: Barrierearmut des Wohnraums	25
Abbildung 6: Wohnraumanpassung im Bedarfsfall	26
Abbildung 7: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf	28
Abbildung 8: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer chronischen Erkrankung	29
Abbildung 9: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Behinderung	30
Abbildung 10: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Demenz	32
Abbildung 11: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Pflegestufe	32
Abbildung 12: Vorwiegend genutztes Mittel der Mobilität, Mehrfachnennung	35
Abbildung 13: Entsprechen die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs (Taktung des Fahrplans) Ihren Erfordernissen und Ansprüchen?	35
Abbildung 14: Die An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen ist nicht/ gut möglich	37
Abbildung 14a: Passende Anbieter für medizinische Dienstleistungen sind einfach zu finden	38
Abbildung 14b: Ein Hausarzt ist vorhanden	38
Abbildung 14c: Notwendige Termine mit Fachärzten sind zeitnah möglich	39
Abbildung 15: Unterstützung durch Haushaltsmitglieder	41
Abbildung 15a: Unterstützung durch Familie/Bekannte/Nachbarn im unmittelbaren Wohnumfeld	42
Abbildung 15b: Unterstützung durch freiwillig Engagierte	43
Abbildung 15c: Unterstützung durch Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes	44
Abbildung 15d: Unterstützung durch Angebote für hauswirtschaftliche Dienstleistungen	45
Abbildung 15e: Unterstützung durch regelmäßige medizinische Dienstleistungen	45
Abbildung 16: Einbindung von Familienmitgliedern und externen professionellen Anbietern im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen für Haushaltsangehörige	47
Abbildung 17: Inanspruchnahme hauswirtschaftlicher Versorgung im Bedarfsfall	48
Abbildung 17a: Inanspruchnahme grundpflegerischer Tätigkeiten im Bedarfsfall	49
Abbildung 17b: Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege im Bedarfsfall	49
Abbildung 18: Hinzuziehen eines zweiten externen professionellen Anbieters im Falle von speziellen medizinischen Bedarfen, wie Wundversorgung oder Diabetes	51
Abbildung 19: Gefühl der Vorbereitung und Informiertheit für den plötzlichen Eintritt eines Pflegefalles im Haushalt	53
Abbildung 20: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen im Fall eines akuten Notfalls	54
Abbildung 20a: Informiertheit über die Leistungen der Pflegeversicherung	55

Abbildung 20b: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen zur Vorbereitung eines möglichen Pflegefalls	55
Abbildung 20c: Informiertheit über die Vorsorgevollmacht.....	56
Abbildung 21: Hinzuziehen von externen professionellen Anbietern, Familie/Freunden und Nachbarn im Fall einer eintretenden Pflegesituation (zur Beschaffung von Informationen)	57
Abbildung 22: Besitzverhältnisse des Wohnraums. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land	66
Abbildung 23: Wohnraumanpassung im Bedarfsfall. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land	67
Abbildung 24: Vorwiegend genutztes Mittel der Mobilität. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, Mehrfachnennung	68
Abbildung 25: Entsprechen die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs (Taktung des Fahrplans) Ihren Erfordernissen und Ansprüchen? Vergleich Stadt Nauen und Milower Land	69
Abbildung 26: Die An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen ist nicht/ gut möglich. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land	70
Abbildung 27: Notwendige Termine mit Fachärzten sind zeitnah möglich. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land	71
Abbildung 28: Inanspruchnahme grundpflegerischer Tätigkeiten und häuslicher Krankenpflege im Bedarfsfall. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land.....	72

Executive Summary

Die vorliegende Auswertung widmet sich einer Bestandserhebung der Pflegebedürftigkeit und ihren lokalen Rahmenbedingungen in der Stadt Nauen im Landkreis Havelland. Diese Befragung baut dabei auf einer früheren (analogen) Befragung in der Gemeinde Milower Land auf, ebenfalls im Landkreis Havelland. Dadurch können direkte Vergleiche im Hinblick auf die Pflegeprävalenz in einem stark ländlich geprägten und einem eher städtisch geprägten Ort im ländlichen Raum gezogen werden.

Exemplarisch für die Erfassung der Pflegeprävalenz und ihrer Rahmenbedingungen in städtisch geprägten Gemeinden zielt die Erhebung im Landkreis Havelland am Beispiel der Stadt Nauen auf lokale Potenziale und Herausforderungen ab. Die Erhebung der Pflegeprävalenz im städtisch geprägten Raum basiert auf einer quantitativen Fragebogenerhebung der Haushalte in der Stadt Nauen im Bundesland Brandenburg im Zeitraum von März 2015 bis September 2016. Mit einem Rücklauf von 121 Fragebögen wurden knapp 1,5 % der Gesamtbevölkerung erfasst.

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 Stadt Nauen sowie zu den hierfür 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 den 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 und knapp die Hälfte verfügt über Wohneigentum. Somit kann auf eine mögliche Finanzierbarkeit von pflegebezogenen Dienstleistungen geschlossen werden, der Möglichkeit einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Wohnraumanpassung sowie die notwendige 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. Knapp 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. Weiterhin entsprechen die Leistungen des öffentlichen Nahverkehrs weitgehend den persönlichen Anforderungen.

Lokale Handlungsbedarfe bestehen im Hinblick auf:

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. Bedeutsam ist, dass nur knapp die Hälfte der befragten Haushalte über Wohneigentum verfügen und die Informationen daran angepasst werden müssen.

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 der Entwicklung von pflegebezogenen Netzwerken erkennen: 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.

Ein weiteres 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. Einleitung¹

Die vorliegende Erhebung zur Pflegeprävalenz in der Stadt Nauen stellt den zweiten Teil der Befragung von privaten Haushalten im Landkreis Havelland in Brandenburg dar. Während bei der Befragung in der Gemeinde Milower Land die Pflegeprävalenz im ländlichen Raum im Mittelpunkt stand (vgl. Schmidt et al. 2016), ist der städtische Raum die Bezugsgröße der vorliegenden Erhebung. Beide Erhebungen basieren auf dem gleichen Erhebungsinstrument (siehe Kapitel 3, S. 18ff). Am Ende dieses Berichts erfolgt eine vergleichende Analyse der Ergebnisse beider Befragungen. Die Stadt Nauen ist eine Kleinstadt im Landkreis Havelland des Landes Brandenburg mit ca. 16.900 Einwohnern (vgl. Amt für Statistik Berlin Brandenburg 2016). Im Hinblick auf die räumlichen Strukturmerkmale kann die Stadt Nauen als ein „verdichteter Kreis“ innerhalb einer ländlichen Region beschrieben werden (vgl. Schlömer/Spangenberg 2009, S. 18). Im Folgenden wird die Stadt Nauen als „städtischer Raum“ bezeichnet.

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.

Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsabnahme in den neuen Bundesländern (einschließlich einer Abnahme der Zahl jüngerer Menschen) sind für die betroffenen Kommunen weitreichende Folgen zu beobachten. Zu den Auswirkungen und Herausforderungen gehören die Tragfähigkeit technischer Infrastruktur und Bildungsinfrastruktur, die Aufrechterhaltung des Öffentlichen Personennahverkehrs

¹ Der vorliegende Text basiert weitgehend auf der im Juni von den gleichen Autoren veröffentlichten Studie zur Pflegeprävalenz im ländlichen Raum, vgl. Schmidt et al. 2016.

(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 als auch von lokalen Bedingungen abhängig (vgl. Kammerer et al. 2012), die insbesondere in ländlich geprägten Regionen, im Zusammenhang mit fragilen Versorgungsstrukturen² einerseits und Kompensationsmechanismen³ andererseits stehen.

Hinsichtlich wegbrechender oder unzureichender Versorgungsstrukturen einerseits und Kompensationsmechanismen andererseits, spielen Aufbau und Erweiterung von Netzwerkstrukturen im Pflegebereich ländlich geprägter Regionen 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 – hausnahen – 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

² Als fragil sind die Versorgungsstrukturen insofern zu bezeichnen, als dass der dynamische Prozess sozioökonomischer Abkoppelung ländlich geprägter Regionen (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 Regionen 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 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

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.

Die vorliegende Arbeit widmet sich einer Bestandserhebung der Pflegeprävalenz im städtisch geprägten Raum 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.

In einem abschließenden Kapitel erfolgt eine vergleichende Analyse der Ergebnisse der Befragung zu Pflegeprävalenz in der Stadt Nauen und in der Gemeinde Milower Land.

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).

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

Um sich dem Themenbereich „Pflegeprävalenz im städtischen 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 Gerontozologie 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 städtischen 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 hochaltrig 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

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 forschungsba-sierte Erkenntnisse insbesondere die „Weisheit“ als Potenzial, über das die „aktiv Alternenden“ 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.

Vorhandenseins von sozialen Netzwerken¹⁴ sowie Strukturen oder Rahmenbedingungen, die ein gesundes als 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.

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 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

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

Bedarf an Vorsorge und Versorgung einer Pflegedürftigkeit beeinflusst, scheint es sinnvoll, sich der Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einer Definition des Gesundheitsbegriffs aus anzunähern.

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

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 *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)

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 Rückbezugs 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 Selbstoptimierung, wird auch der Gesundheitsbegriff als Prozess der Selbstoptimierung 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.

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.

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

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

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

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.

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 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 ambulant-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 städtisch geprägten Raum: Pflegebedürftigkeit im Landkreis Havelland am Beispiel der Stadt Nauen

Vor dem Hintergrund, dass ländlich geprägte Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, 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 städtisch geprägten Raum“²⁵.

Die Untersuchung basiert auf einer quantitativen Fragebogenerhebung, die in der Stadt Nauen des Landkreises Havelland im Bundesland Brandenburg durchgeführt worden ist²⁶. Im Zeitraum von März 2015 bis September 2016²⁷ wurde Haushalten der Stadt Nauen²⁸ 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 übermittelt. Die vorliegende Auswertung basiert auf einem Datenrücklauf von 121 Fragebögen und umfasst damit ca. 1,5 % der Haushalte im Untersuchungsgebiet. Die Zielstellung einer Ermittlung der mit diesem Themenbereich verbundenen Ausgangslage der befragten Haushalte, d. h. die Analyse grundlegender Daten, ist mit diesem Rücklauf erreicht und ferner sind die Analyseergebnisse anschlussfähig

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

an mögliche vertiefende Erhebungen (insbesondere durch Hinzunahme qualitativer Forschungsmethoden). Einschränkend bei dieser Art der Erhebung wirkt, dass die Schlussfolgerungen lediglich auf Grundlage einer Selbsteinschätzung der befragten Haushalte basieren. Diese können von den faktischen Begebenheiten abweichen. Die Einschätzung, ob etwas als *ausreichend* oder *ungenügend* beschrieben wird, hängt auch stark von persönlichen Lebensumständen ab und ist subjektiv gefärbt. Insofern bilden die Ergebnisse dieses Berichts die Wahrnehmung der Befragten ab.

3.1 Allgemeine Angaben zum Untersuchungsfeld

Die vorliegende Auswertung zur „Pflegeprävalenz im städtischen geprägten Raum“ bezieht sich auf die Stadt Nauen 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.

3.1.1 Alter der Haushaltsangehörigen

Die Mehrzahl der erfassten Personen befindet sich in der Altersgruppe der 19-64-Jährigen (47,30 %), sowie mit 31,08 % in der Altersgruppe der 65-80-Jährigen. Deutlich wird, dass die Mehrheit der erfassten Einwohner der Stadt Nauen der erwerbsfähigen Lebensphase zuzuordnen sind. Kinder und Jugendliche machen mit 15,54 % der erfassten Personen einen geringen Anteil aus; ebenso die erfassten Personen in der „vierten Lebensphase“ (Personen über 80 Jahre; 6,08 %) (vgl. Abbildung 1).

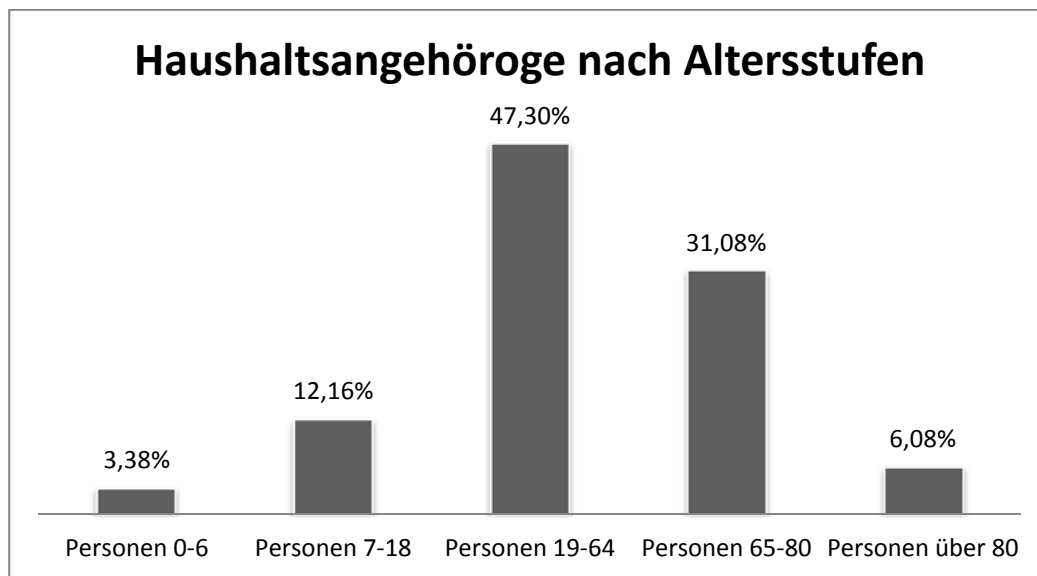


Abbildung 1: Zum Haushalt gehörende Personen nach Altersstufen, n = 148

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.²⁹ Diese Zusammenfassung zeigt, dass sich lokale Bedarfe und Anforderungen der Einwohner 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

²⁹ 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.

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.

3.1.2 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.

Die Auswertung der Angaben der erfassten Haushalte zur Form der Arbeitsverhältnisse zeigt, dass eine deutliche Mehrheit der Personen in einem Vollzeit-Arbeitsverhältnis steht (74,44 %), gefolgt von Teilzeit-Beschäftigungen (15,56 %) und einer ausgeübten Selbstständigkeit (5,56 %) (vgl. Abbildung 2).

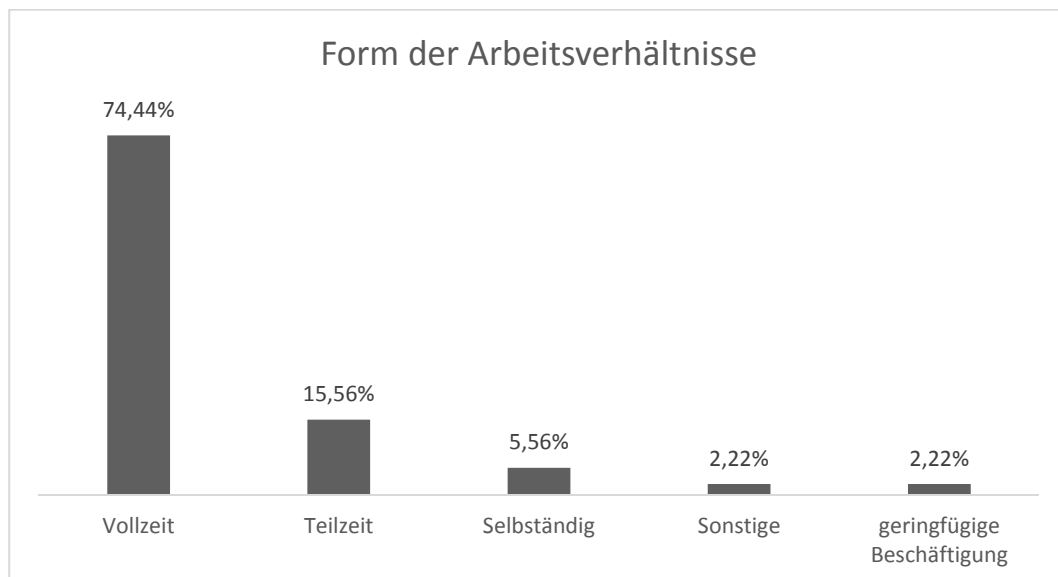


Abbildung 2: Arbeitsverhältnisse der erfassten Haushaltsangehörigen gegliedert nach ihrer Form, n = 90

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 Vollzeitarbeitsverhältnisses ein Mangel an Zeitressourcen zur Übernahme der Pflege vorherrscht (Management). Zum anderen da anzunehmen ist, dass Pflegedienstleistungen durch externe professionelle Anbieter, bei Aufrechterhaltung des Vollzeitarbeitsverhältnisses, aufgrund vorhandener finanzieller Ressourcen in Anspruch genommen werden können und müssen (Finanzierbarkeit). Gleichzeitig ist einschränkend zu nennen, dass die Antwortquote relativ gering ist.

3.1.3 Wohnort der Befragten

Die Angaben der befragten Haushalte zeigen, dass diese ihren Wohnsitz zu einem Großteil in der Kernstadt Nauen (72,41 %), gefolgt von den umliegenden Ortsteilen Groß Behnitz (8,62 %) und Berge (6,03 %) haben (vgl. Abbildung 3). Insofern ist anzunehmen, dass die Analyse der Daten zur Pflegeprävalenz in der Stadt Nauen ein realistisches Abbild der Bedarfs- und Bedürfnislage innerhalb des städtischen Raumes darstellt.

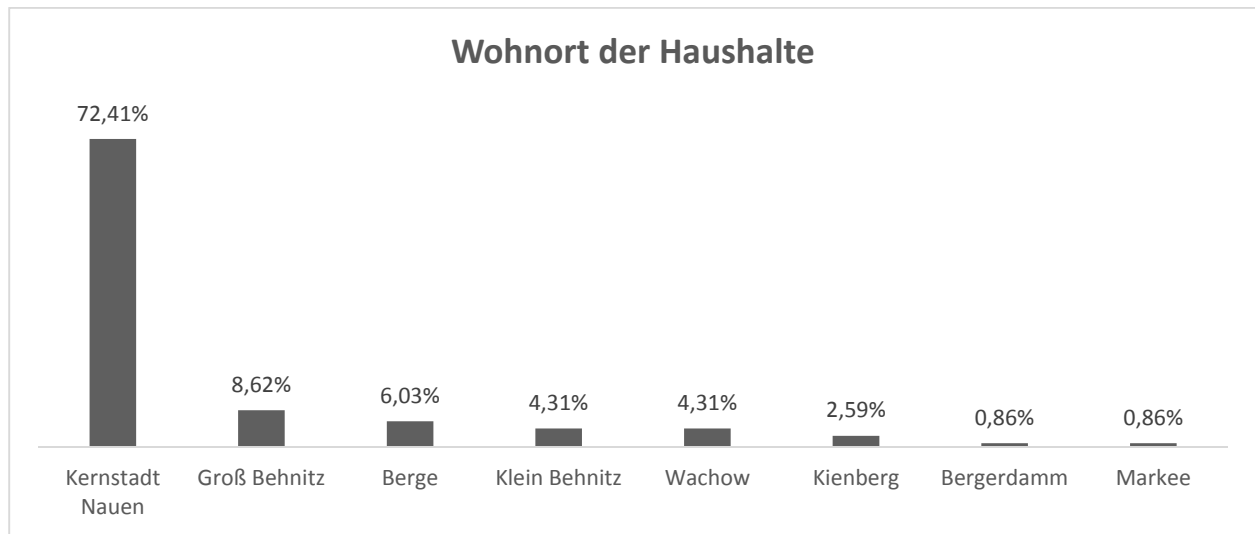


Abbildung 3: Angaben zum Wohnort (gegliedert nach den Ortsteilen der Gemeinde), n = 116

3.1.4 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. Scheilich, 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)³⁰,

³⁰ http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_40.html (Stand: 15.01.2016).

- die Notwendigkeit der Zustimmung bei Wohnraumanpassungen in einem Mietverhältnis durch den Vermieter (§ 554a BGB)³¹ 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)³² 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. Die Untersuchung hat gezeigt, dass dies für ca. 54 % der befragten Haushalte der Stadt Nauen der Fall ist (vgl. Abbildung 4).

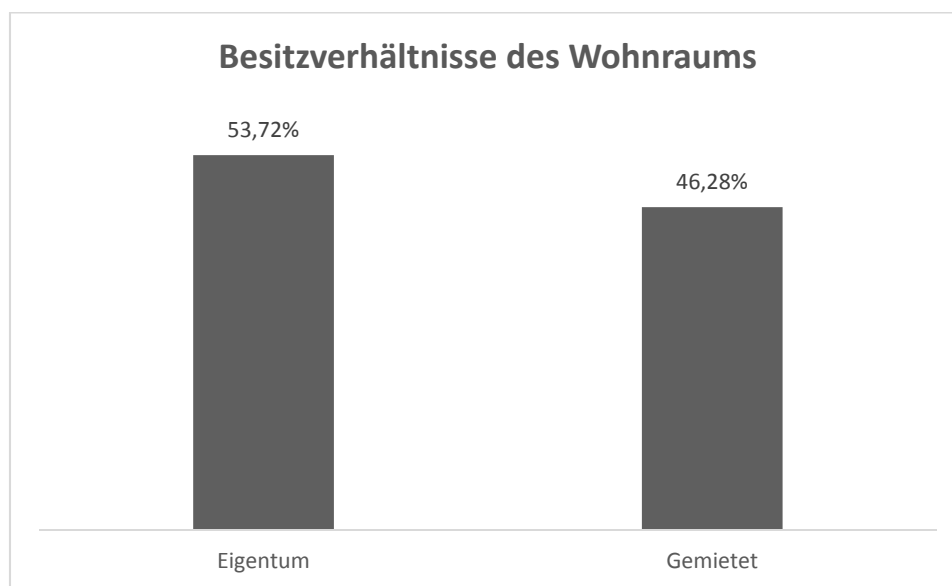


Abbildung 4: Besitzverhältnisse des Wohnraums, n = 121

³¹ <http://dejure.org/gesetze/BGB/554a.html> (Stand: 15.01.2016).

³² http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_40.html (Stand: 15.01.2016).

3.1.5 Barrierearmut der Wohnung

Die Datenauswertung zeigt deutlich, dass die meisten der erfassten Haushalte in der Stadt Nauen nicht barrierearm sind (75%) (vgl. Abbildung 5). 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 (64,89%), noch über Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine mögliche Pflegebedürftigkeit (67,02%) informiert sind.

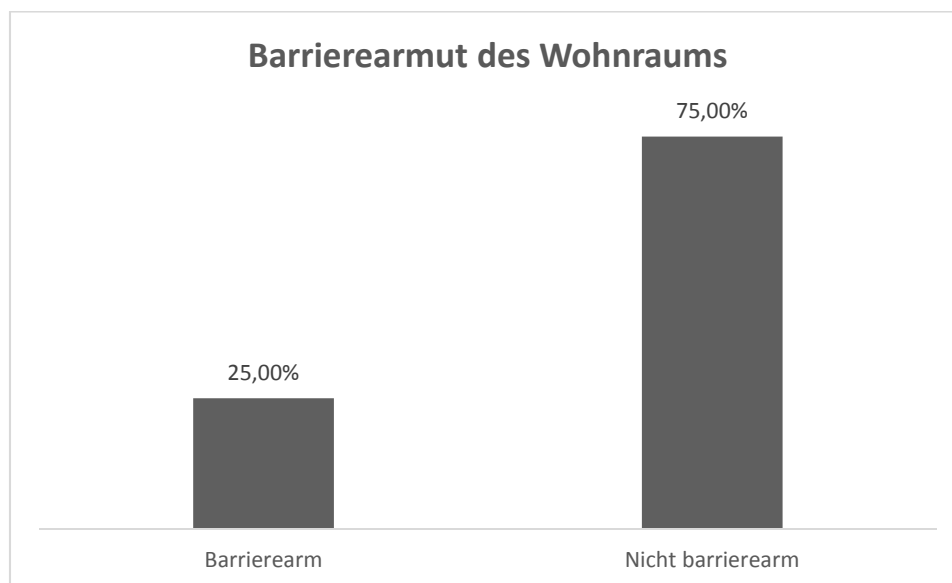


Abbildung 5: Barrierearmut des Wohnraums, n = 120

Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Zugängen und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Beratung für die erfassten Haushalte in der Stadt Nauen 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.

3.1.6 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 64,86 % der antwortenden Haushalte im Bedarfsfall Wohnraumanpassungen vornehmen würden (vgl. Abbildung 6).

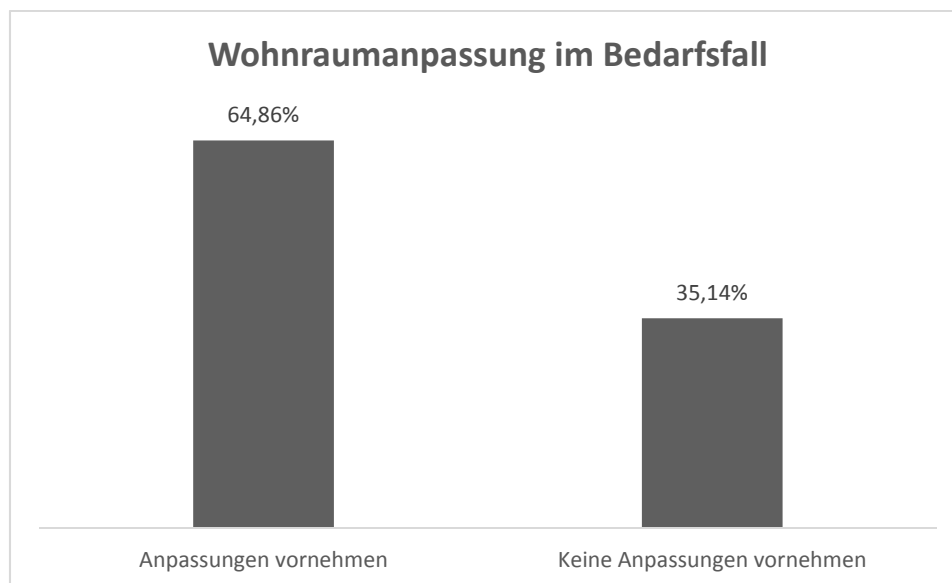


Abbildung 6: Wohnraumanpassung im Bedarfsfall, n = 111

Wird bedacht, dass 75 % der antwortenden Haushalte angeben, ihr Wohnraum sei nicht barrierearm (vgl. Abbildung 5), zeigt sich hier ein erhebliches Potenzial. Ca. zwei Drittel aller erfassten Haushalte, deren Wohnraum noch nicht barrierearm ist, würden im Bedarfsfall eine barrierearm 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, mit finanziellen Ressourcen sowie der grundsätzlichen Möglichkeit, entsprechende Maßnahmen im und am Wohnraum durchzuführen.

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.

3.2 Angaben der Haushalte zur Pflegebedürftigkeit (Prävalenz)

Die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit in der Stadt Nauen gibt Aufschluss über die Punktprävalenz der durch die Befragten selbst eingeschätzten Pflegebedürftigkeit der Haushaltsangehörigen zum Zeitpunkt der Erhebung.

3.2.1 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 (87,18 %) (vgl. Abbildung 7). Insgesamt 11,11 % der antwortenden Haushalte geben an, dass zum Zeitpunkt der Erhebung eine Person mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf im eigenen

Haushalt lebt und 1,71 % geben an, dass zwei Personen mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf im befragten Haushalt leben. 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.

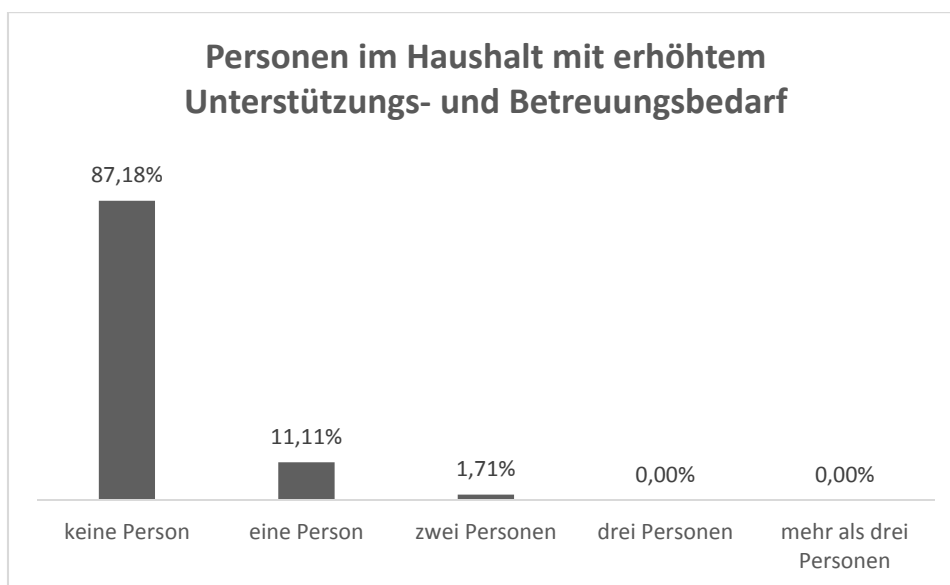


Abbildung 7: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit erhöhtem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf, n = 117

3.2.2 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 87,18 % der antwortenden Haushalte angeben, dass sie selbst oder die in ihrem Haushalt wohnenden Personen nicht pflegebedürftig seien, geben 29,75 % an, dass eine Person mit

einer chronischen Erkrankung in ihrem Haushalt leben, 15,70 %, dass zwei Personen und immerhin 0,83 %, 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.

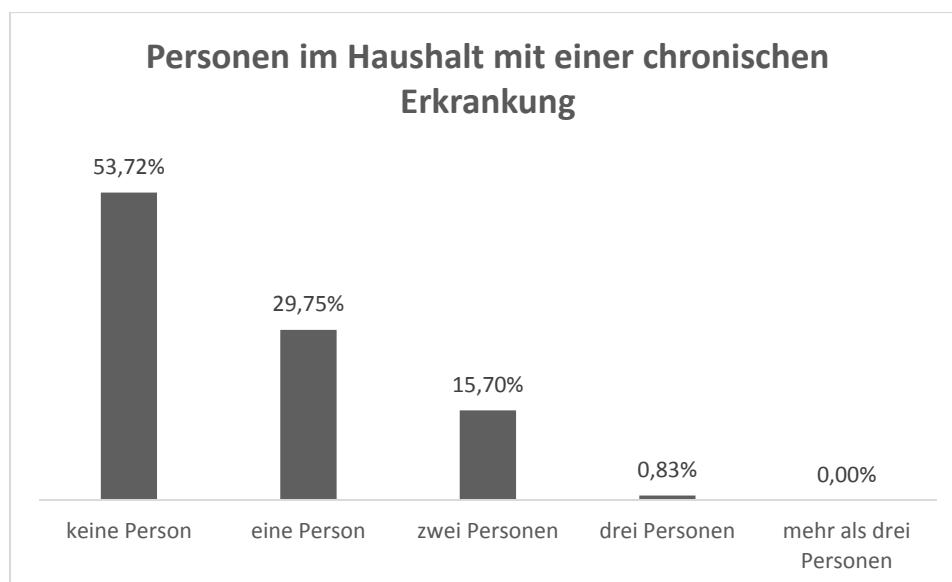


Abbildung 8: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer chronischen Erkrankung, n = 121

3.2.3 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

16,1 % der Fälle, dass ein oder mehrere Haushaltsmitglieder 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.³³

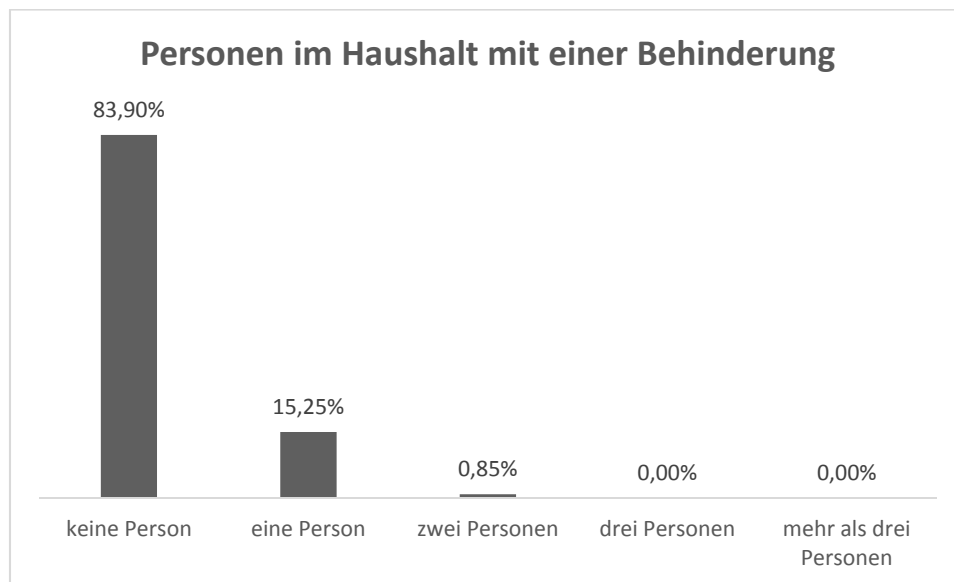


Abbildung 9: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Behinderung, n = 118

³³ Zum Vergleich: 12,82 % der Haushalte geben an, dass eine oder mehrere Personen in ihrem Haushalt einen erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarf haben (vgl. Abbildung 7). Das heißt, 3,28 % 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.

3.2.4 Haushaltsangehörige mit einer Demenz

Die Auswertung der Frage nach der Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer demenziellen Erkrankung zeigt, dass 2,56 % der befragten Haushalte angeben, dass eine Person mit Demenz in ihrem Haushalt lebt und 0,00 % angeben, dass zwei Personen mit Demenz in ihrem Haushalt leben (vgl. Abbildung 10).

Hinsichtlich der Bestimmung des Begriffes der Pflegebedürftigkeit, wie sie im Zuge des Zweiten Pflegegestärkungsgesetzes diskutiert wird, wird deutlich, dass 2,56 % der erfassten Haushalte durch den gleichwertigen Einbezug körperlicher, geistiger und psychischer Einschränkungen in die Erfassung und Einstufung pflegebedürftiger Personen in einen Pflegegrad profitieren können. Demenz umfasst in der Regel alle im Zweiten Pflegegestärkungsgesetz benannten Bereiche (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 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 Syndrom definiert wird, „(...) das die krankhafte, subakute oder chronische Verschlechterung der individuellen kognitiven Leistungen bezeichnet“ (Rösler 2009, S. 129) und in Folge der Erkrankung auch auf die anderen Bereiche einer selbstständigen Lebensführung Einfluss nimmt.

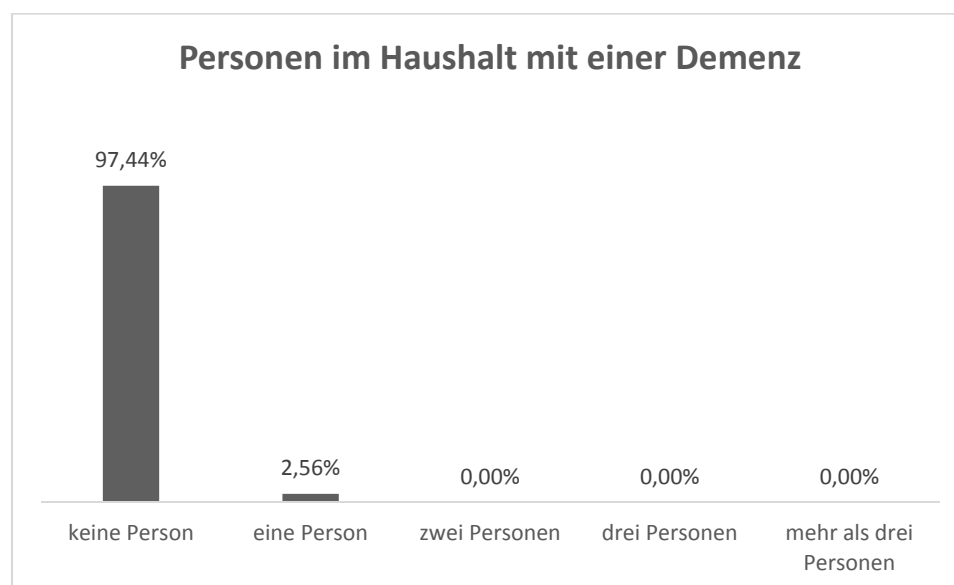


Abbildung 10: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Demenz, n = 117

3.2.5 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 (94,07 %) keine Leistungen der Pflegekassen beanspruchen, da sie oder ihre Haushaltsangehörigen sich nicht in einer Pflegestufe befinden (vgl. Abbildung 11). Insgesamt 5,93 % der erfassten Haushalte geben an, dass eine Person mit einer Pflegestufe haushaltszugehörig ist und 0,00 % der erfassten Haushalte geben an, dass zwei Personen mit einer Pflegestufe in ihrem Haushalt leben. Demnach decken sich die eigenen Einschätzungen der Haushalte der Stadt Nauen, wonach die Mehrzahl dieser (87,18 %) keinen erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarf für sich beansprucht, annähernd mit der Auswertung der von den Haushalten angegeben, durch die Pflegekassen eingestuften, Pflegebedürftigkeit der Haushaltsmitglieder (94,07 % geben an, dass sich kein Haushaltsmitglied in einer Pflegestufe befindet).

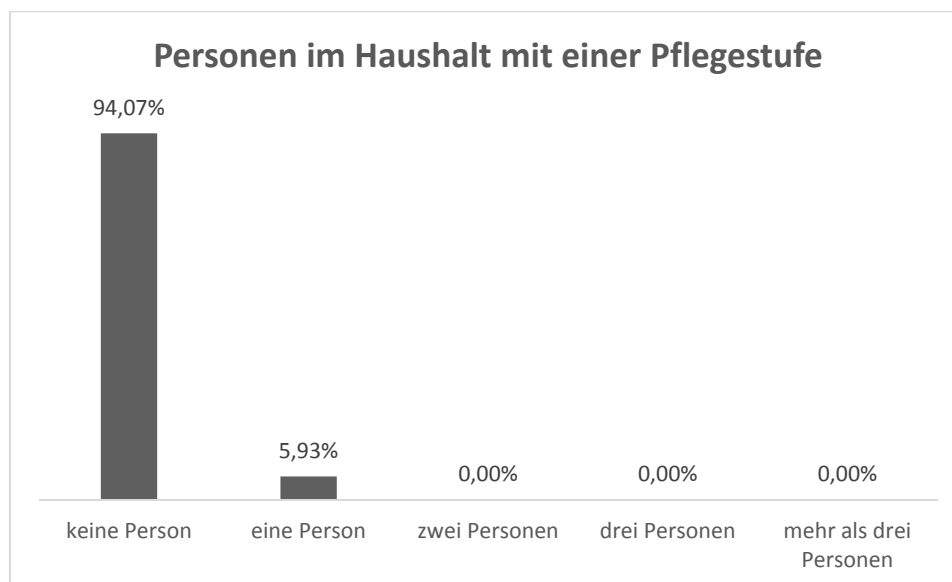


Abbildung 11: Anzahl der Haushaltsangehörigen mit einer Pflegestufe, n = 118

3.3 Angaben der Haushalte zur Infrastruktur

Indem Altern als Prozess individueller Lebensphasen betrachtet wird, richtet sich der Blick auf individuelle und heterogene Bedürfnisse und Bedarfe von Personen. 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 Perspektive³⁴ 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

³⁴ 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.

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.

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.

3.3.1 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 eigenen 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).

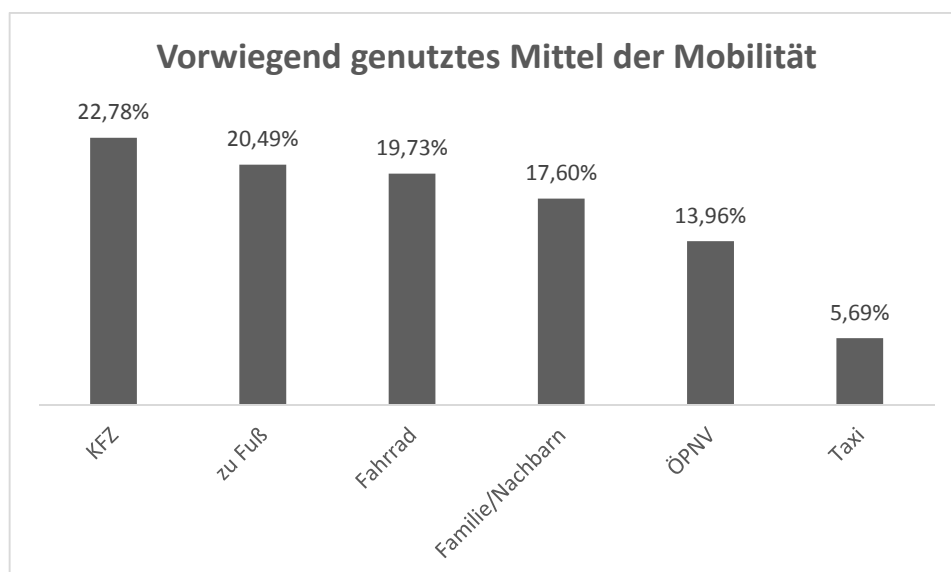


Abbildung 12: Vorwiegend genutztes Mittel der Mobilität, Mehrfachnennung, n = 395

3.3.2 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. Knapp 60% der antwortenden Haushalte geben an, dass die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs ihren Erfordernissen und Ansprüchen entsprechen (vgl. Abbildung 13). Der Befund weist auf einen Bedarf des Ausbaus und Anpassung einer den Mobilitätsansprüchen entsprechenden Verkehrsinfrastruktur, um Mobilität und damit verbunden eine selbstständige alltägliche Lebensführung und Teilhabechancen zu gewährleisten.

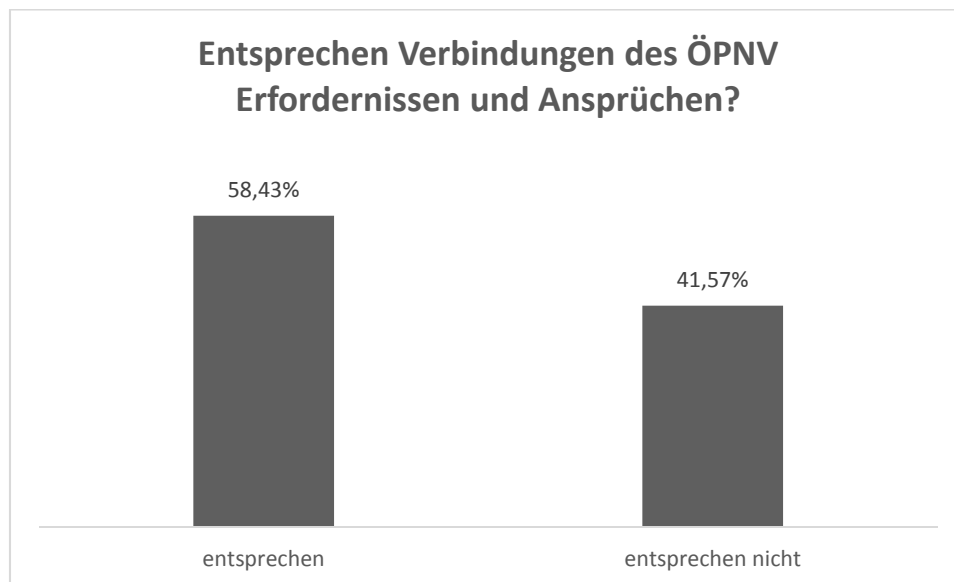


Abbildung 13: Entsprechen die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs (Taktung des Fahrplans) Ihren Erfordernissen und Ansprüchen? n = 89

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.

3.3.3 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 Politik³⁵. 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 Gemeinden in ländlichen Regionen der neuen Bundesländer vor Herausforderungen:

Abwanderung von jungen Personen und Fachkräften (vgl. ebd.) und zugleich die Notwendigkeit einer effizienten Gesundheitsversorgung im Zuge kommunaler Haushaltsengpässe. Die Gesundheitsinfrastruktur in 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 den neuen Bundesländern geben die folgenden Abbildungen einen Eindruck über die subjektiv – durch die befragten Haushalte – eingeschätzten Zugänge und das Vorhandensein medizinischer Dienste.

³⁵ Wie bereits im Kontext der kommunalen Selbstverwaltung und der Daseinsvorsorge diskutiert.

Im Hinblick auf die Frage der den eigenen Erfordernissen entsprechenden An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen zeigt sich, dass über 70 % der Haushalte die Möglichkeiten zur An- und Abreise für gut möglich empfindet (72,22 %), während knapp 30 % dieses verneint (27,78 %) (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.

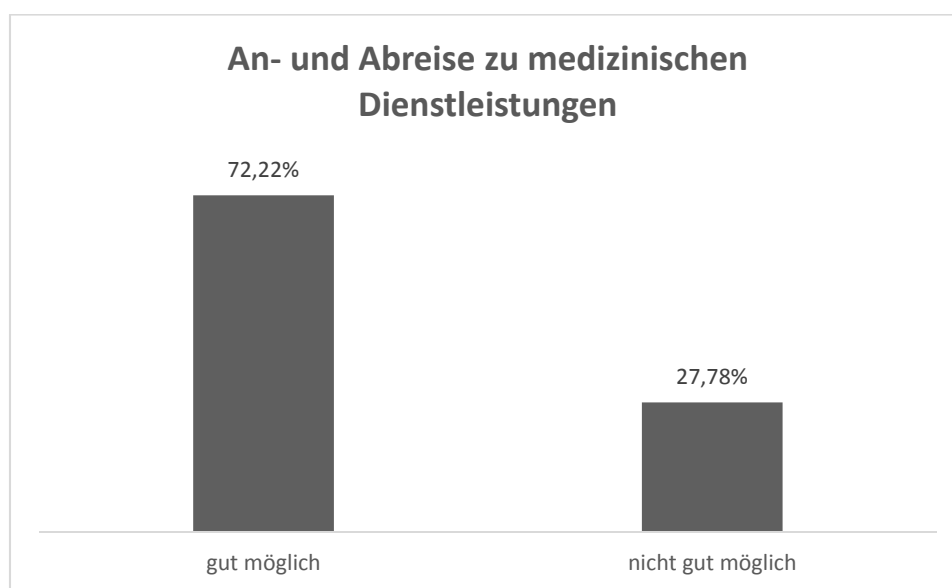


Abbildung 14: Die An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen ist nicht/ gut möglich, n = 90

Positiv gestaltet sich für die Haushalte in der Regel das Finden passender Anbieter medizinischer Dienstleistungen. Insgesamt 62,07 % 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; 52,94 % 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; 97,35 % der Haushalte geben an, einen Hausarzt zu haben (vgl. Abbildung 14b).

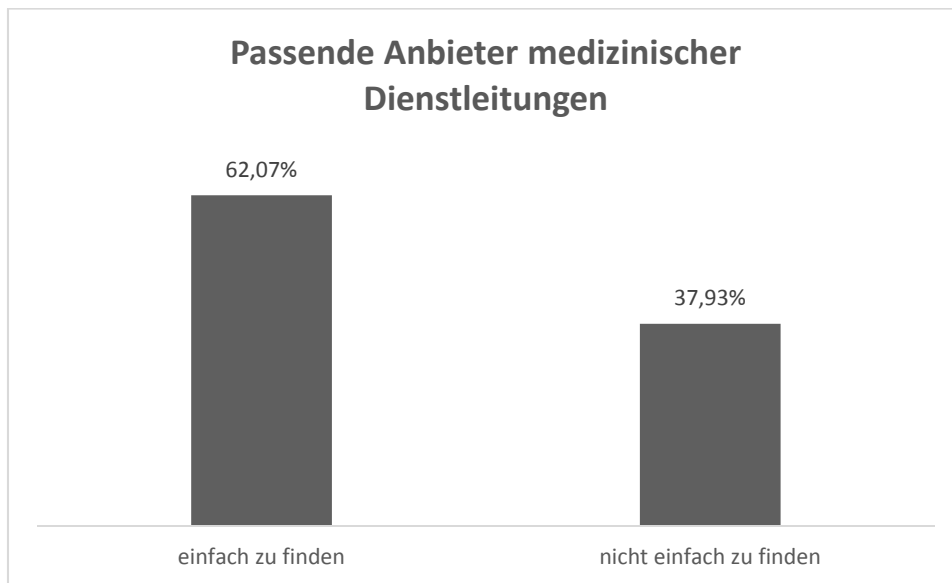


Abbildung 14a: Passende Anbieter für medizinische Dienstleistungen sind einfach zu finden, n = 87

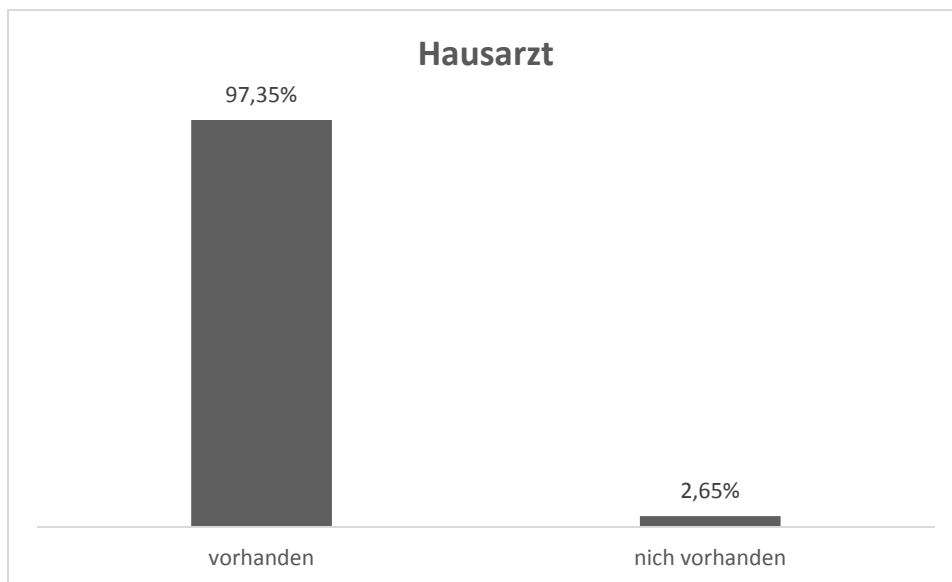


Abbildung 14b: Ein Hausarzt ist vorhanden, n = 113

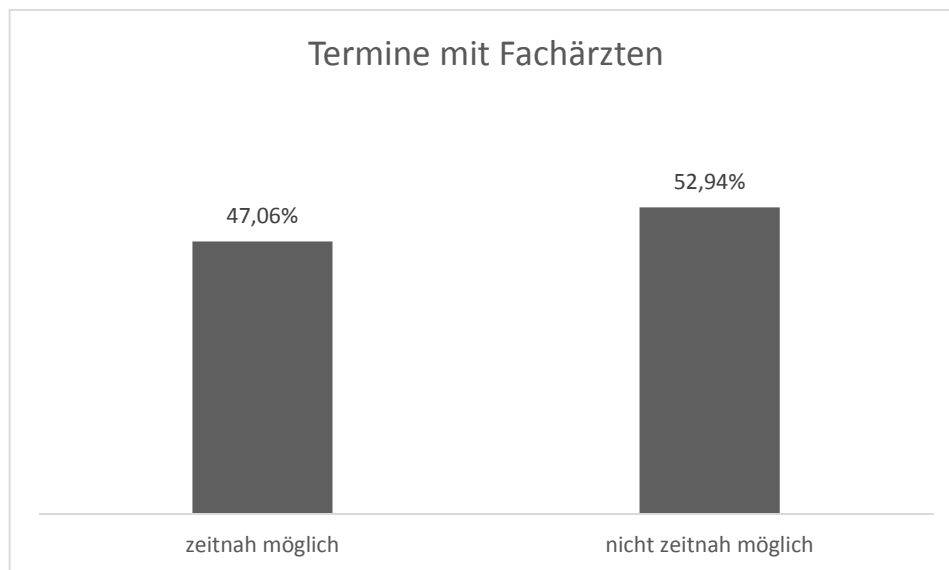


Abbildung 14c: Notwendige Termine mit Fachärzten sind zeitnah möglich, n = 102

Zusammenfassend ist hinsichtlich der Zugänge und des Vorhandenseins vorsorge- und versorgungsspezifischer Einrichtungen und Dienste festzustellen, dass die Zugänge für die Haushalte der Stadt Nauen insgesamt positiv wahrgenommen werden; das Finden passender medizinischer Dienstleister gestaltet sich in der Regel einfach, die Ab- und Anreise zu medizinischen Dienstleistungsanbietern den gewünschten Anforderungen mehrheitlich entspricht. Die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen zeigt, dass die Gemeinde mehrheitlich hausärztlich versorgt werden kann und die zeitnahe Versorgung durch Fachärzte in etwas mehr als der Hälfte möglich ist.

3.4 Angaben der Haushalte zu personellen und institutionellen Ressourcen

Soziale Dienste werden auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips³⁶ 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.³⁷ 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).

³⁶ 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).

³⁷ 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 Pflegetätigkeiten, 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).

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

3.4.1 Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Formen der Unterstützung

Die Datenauswertung verdeutlicht, dass 37,68 % der Haushalte auf Haushaltsmitglieder sowie freundschaftliche oder nachbarschaftliche Netzwerke (56,41 %) 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.

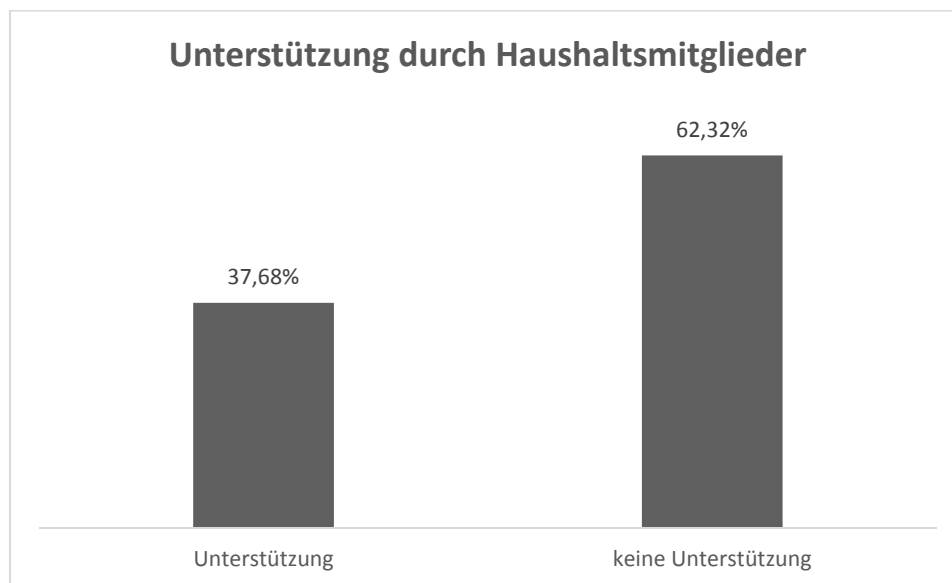


Abbildung 15: Unterstützung durch Haushaltsmitglieder, n = 69

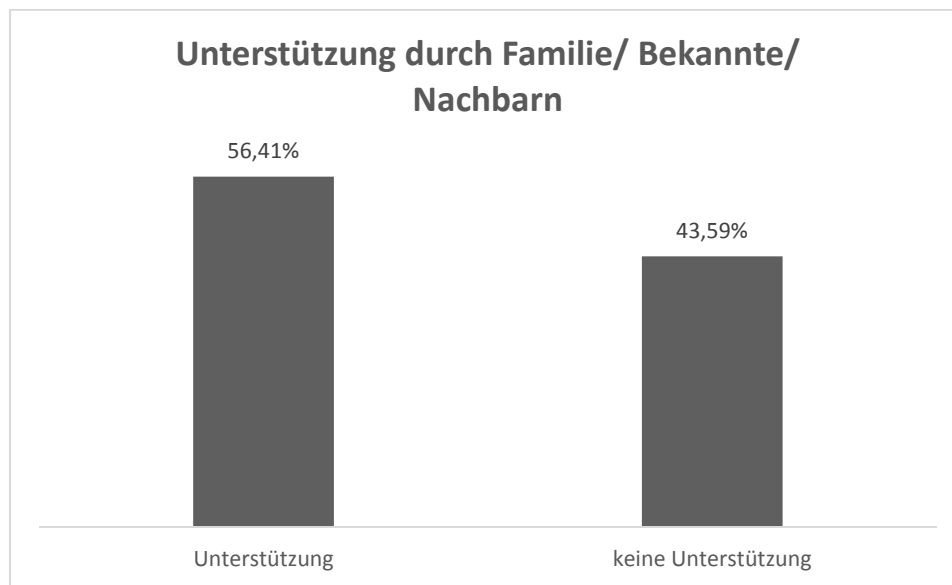


Abbildung 15a: Unterstützung durch Familie/Bekannte/Nachbarn im unmittelbaren Wohnumfeld, n = 78

Ein Befund mit erhöhtem Potenzial liegt in der Angabe der Haushalte zur Frage der Einbindung von freiwillig Engagierten in haushaltsnahe Unterstützungsleistungen. 96,61 % der erfassten Haushalte geben an, nicht durch freiwillig Engagierte unterstützt zu werden (vgl. Abbildung 15b).³⁸ 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,

³⁸ 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?).

dass die Befragten zwar 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.

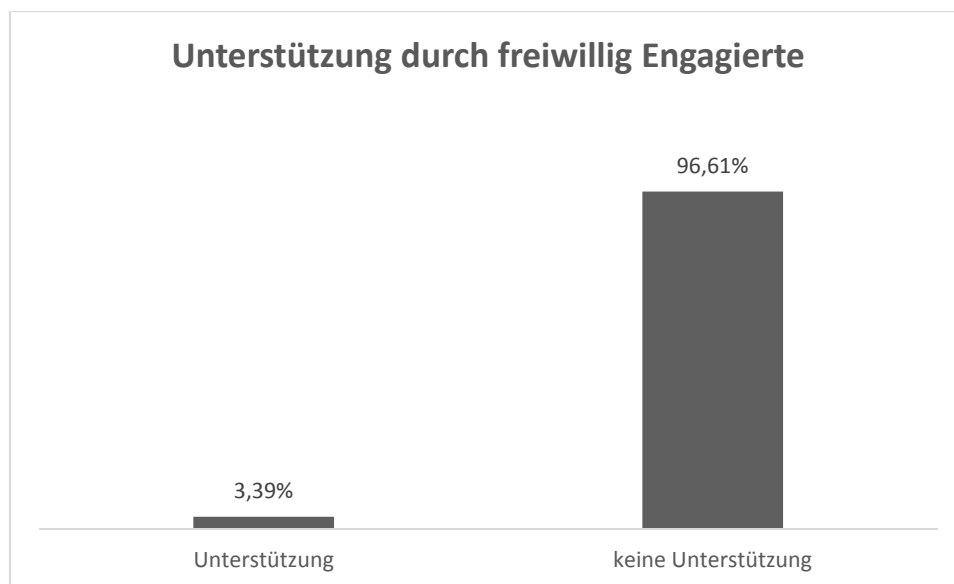


Abbildung 15b: Unterstützung durch freiwillig Engagierte (z. B. Kirchengemeinden, lokale Vereine), n = 59

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 hausnaher und pflegerischer Tätigkeiten in Anspruch nimmt; so geben 12,90 % der Haushalte an, Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen (vgl. Abbildung 15c) und 11,48 % der Haushalte geben an, auf hauswirtschaftliche Angebote zurückzugreifen (vgl. Abbildung 15d).

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 46,28 % der Haushalte eine oder mehrere Person/en mit chronischer Krankheit leben (vgl. Abbildung 8), demzufolge ein Bedarf an regelmäßiger medizinischer Versorgung besteht. So geben 46,67 % der Haushalte an, regelmäßige medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Abbildung 15e). Wird bedacht, dass eine zeitnahe Terminvereinbarung mit Fachärzten für fast die Hälfte 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.

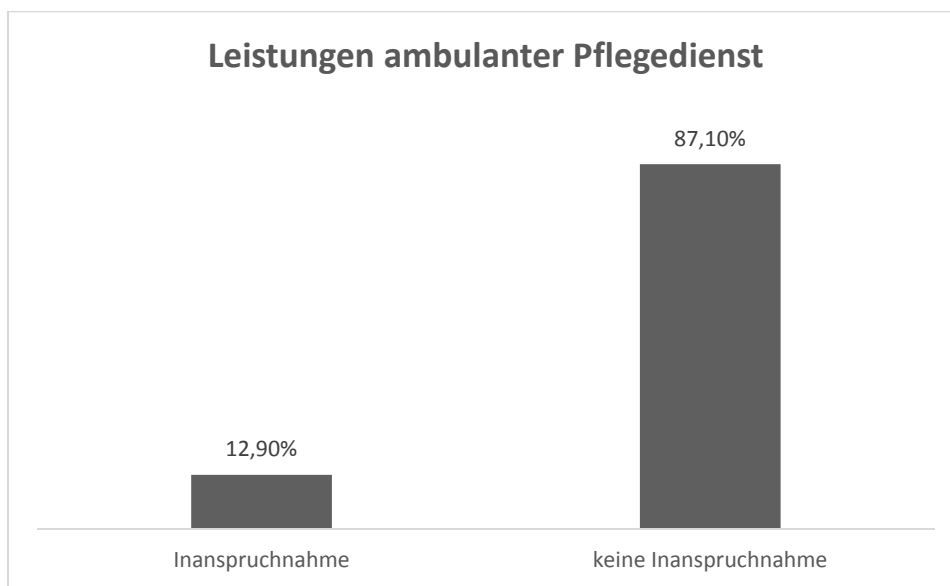


Abbildung 15c: Unterstützung durch Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes, n = 62

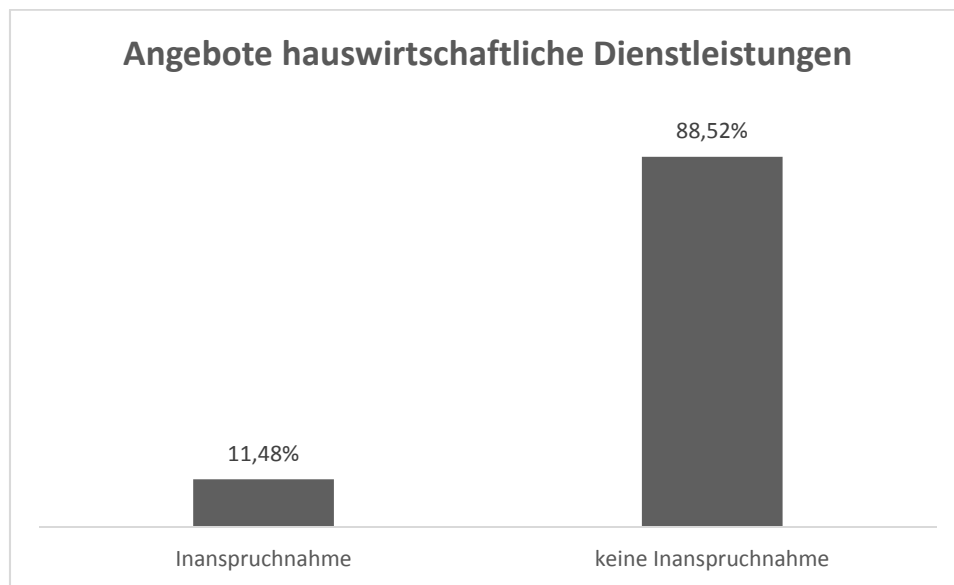


Abbildung 15d: Unterstützung durch Angebote für hauswirtschaftliche Dienstleistungen, n = 61

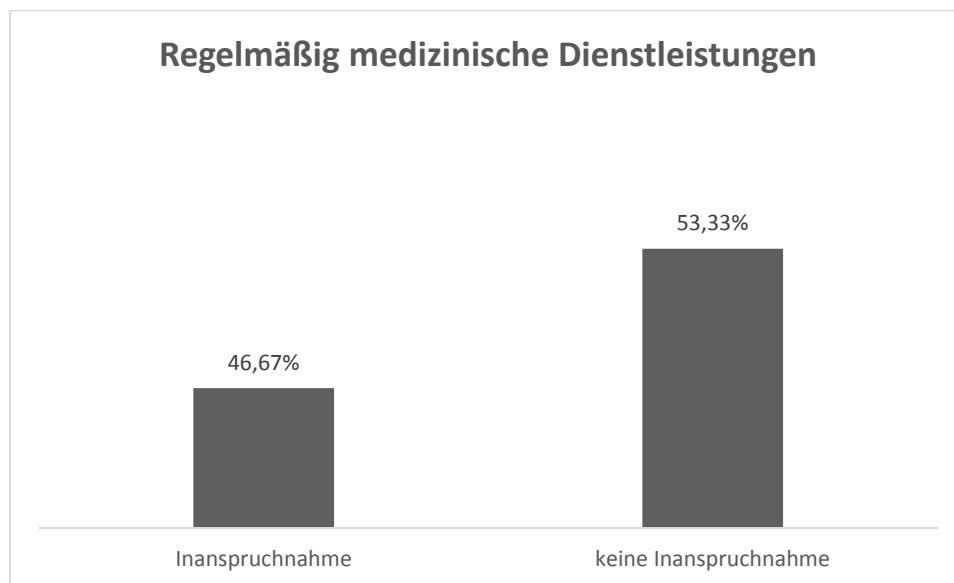


Abbildung 15e: Unterstützung durch regelmäßige medizinische Dienstleistungen (z. B. Arztbesuche, physiotherapeutische oder andere Behandlungen), n = 75

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) kaum 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 Stadt Nauen für die befragten Haushalte unwesentlich zu sein. Ein Blick auf die kommunale Infrastruktur zur Engagementförderung³⁹ 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).

3.4.2 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

³⁹ 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.

gleichbedeutend wahrgenommen werden. Sowohl Familienmitglieder, als auch externe professionelle Anbieter würden im Bedarfsfall von der Mehrheit der befragten Haushalte eingebunden werden (49,01 % und 50,99 %) (vgl. Abbildung 16).

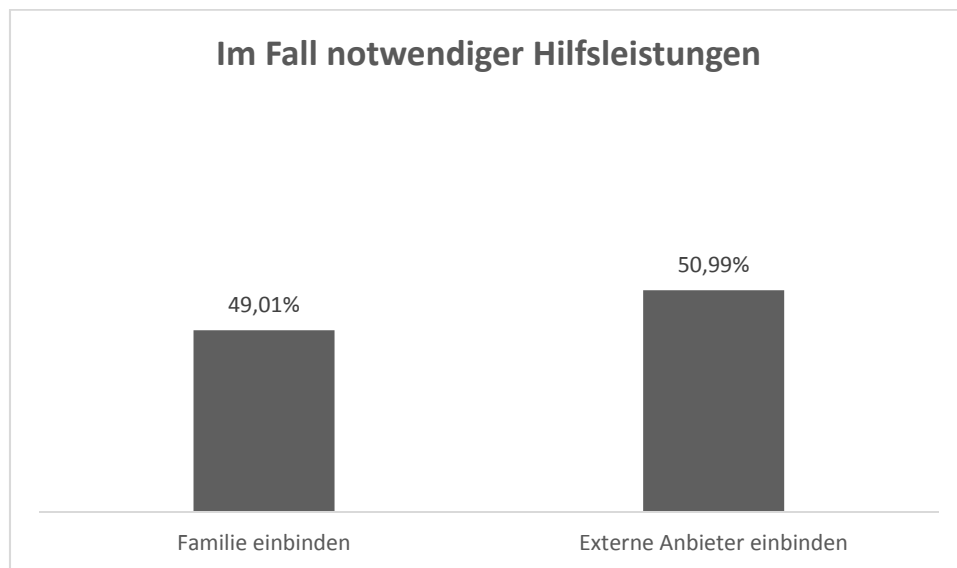


Abbildung 16: Einbindung von Familienmitgliedern und externen professionellen Anbietern im Fall notwendiger Hilfs-, Pflege- oder Versorgungsleistungen für Haushaltsangehörige, n = 176

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 Nachfrage 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.

3.4.3 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 Blickes auf die Formen der Unterstützungsleistungen die Bereitschaft zur Einbindung externer professioneller Dienstleistungen sich nicht auf die pflegerischen Tätigkeiten allein bezieht. Sowohl hauswirtschaftliche (71,43 % der Haushalte würden hauswirtschaftliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen) (vgl. Abbildung 17), als auch grundpflegerische (77,42 % der Haushalte) (vgl. Abbildung 17a) sowie krankenpflegerische (87,23 % der Haushalte) (vgl. Abbildung 17b) Formen der Unterstützung und Versorgung würden im Bedarfsfall in der Regel durch externer professionelle Anbieter in Anspruch genommen werden.

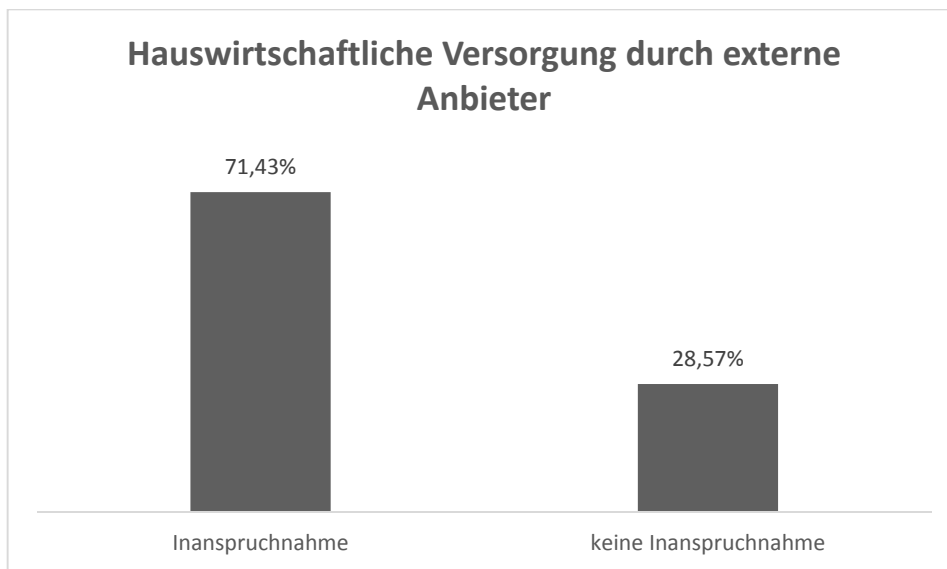


Abbildung 17: Inanspruchnahme hauswirtschaftlicher Versorgung im Bedarfsfall, n = 98

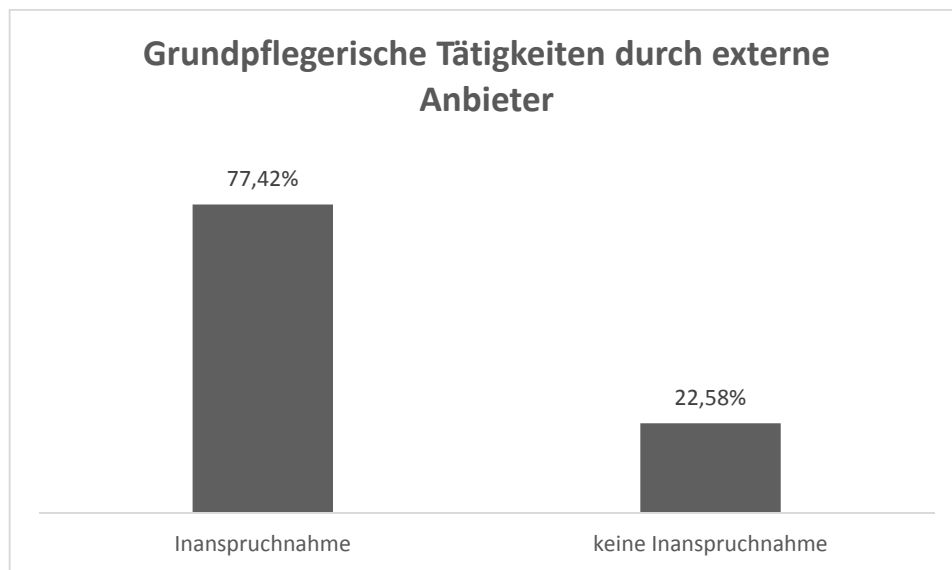


Abbildung 17a: Inanspruchnahme grundpflegerischer Tätigkeiten im Bedarfsfall, n = 93

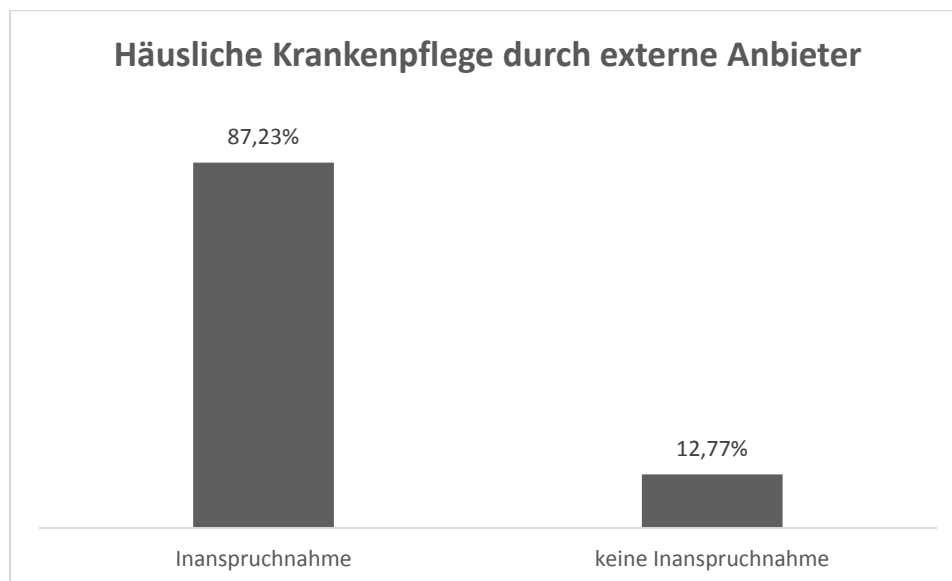


Abbildung 17b: Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege im Bedarfsfall, n = 94

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.

3.4.4 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 73,79 % der Haushalte geben an, im Falle von speziellen medizinischen Bedarfen, wie Wundversorgung oder Diabetes, auch einen zweiten externen professionellen Anbieter hinzuziehen (vgl. Abbildung 18).

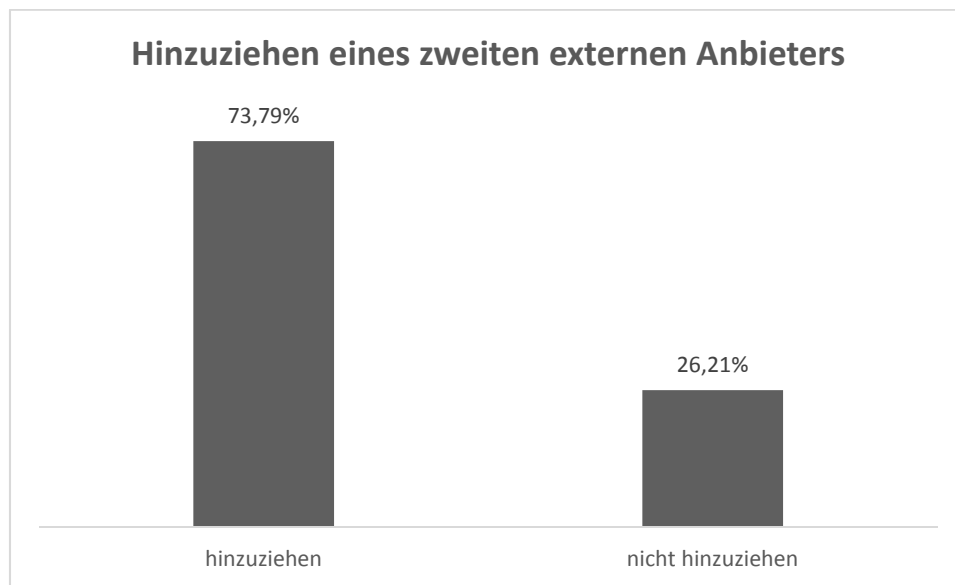


Abbildung 18: Hinzuziehen eines zweiten externen professionellen Anbieters im Falle von speziellen medizinischen Bedarfen, wie Wundversorgung oder Diabetes, n = 103

3.5 Angaben der Haushalte zu sachlichen Ressourcen

Ländliche Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, 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.⁴⁰

3.5.1 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 60 % 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.

⁴⁰ 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/glossar-begriffe/t-u/telemedizin.html>, Stand: 26.01.2016).

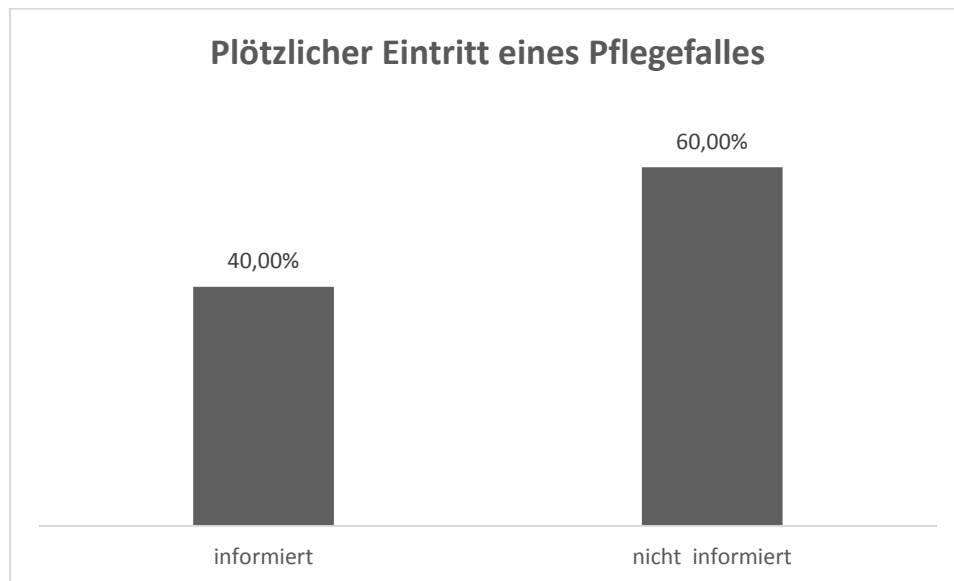


Abbildung 19: Gefühl der Vorbereitung und Informiertheit für den plötzlichen Eintritt eines Pflegefalles im Haushalt, n = 105

3.5.2 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 Stadt Nauen

verdeutlicht, dass 68,04 % Hilfs- und Unterstützungsangebote im Fall eines akuten Notfalls kennen (vgl. Abbildung 20), 35,11 % über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert sind (vgl. Abbildung 20a), 32,98 % mögliche Leistungen zur Vorbereitung eines möglichen Pflegefalls kennen (vgl. Abbildung 20b) und 74,53 % 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.

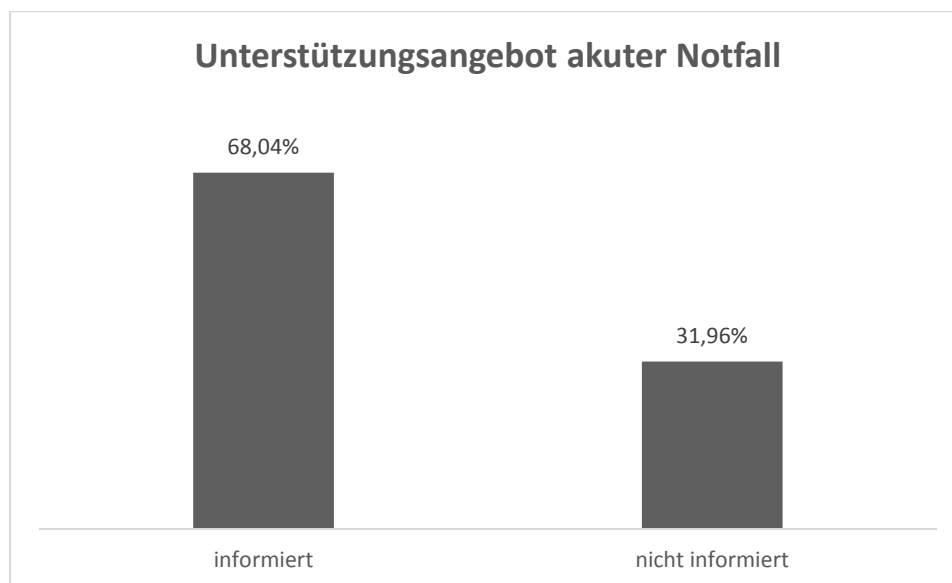


Abbildung 20: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen im Fall eines akuten Notfalls, n = 97

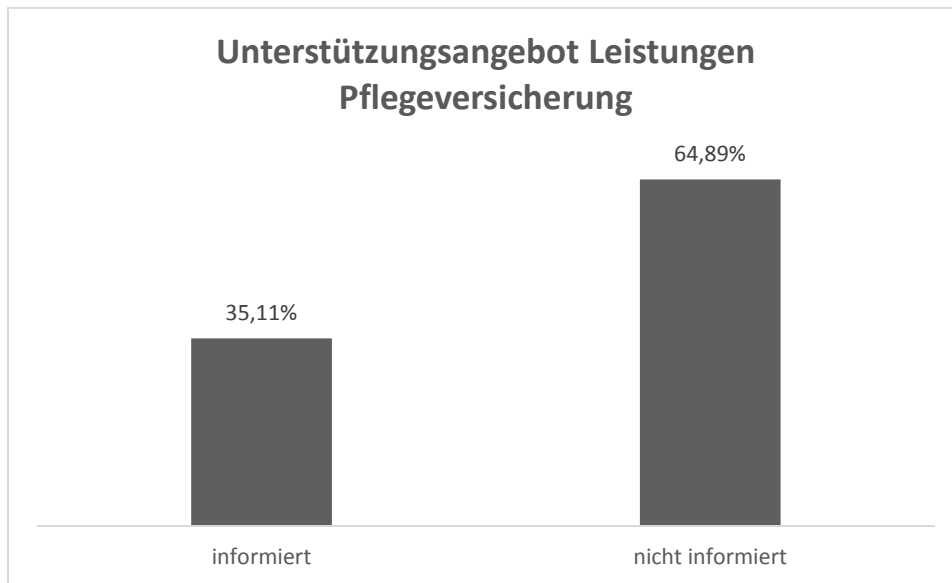


Abbildung 20a: Informiertheit über die Leistungen der Pflegeversicherung, n = 94

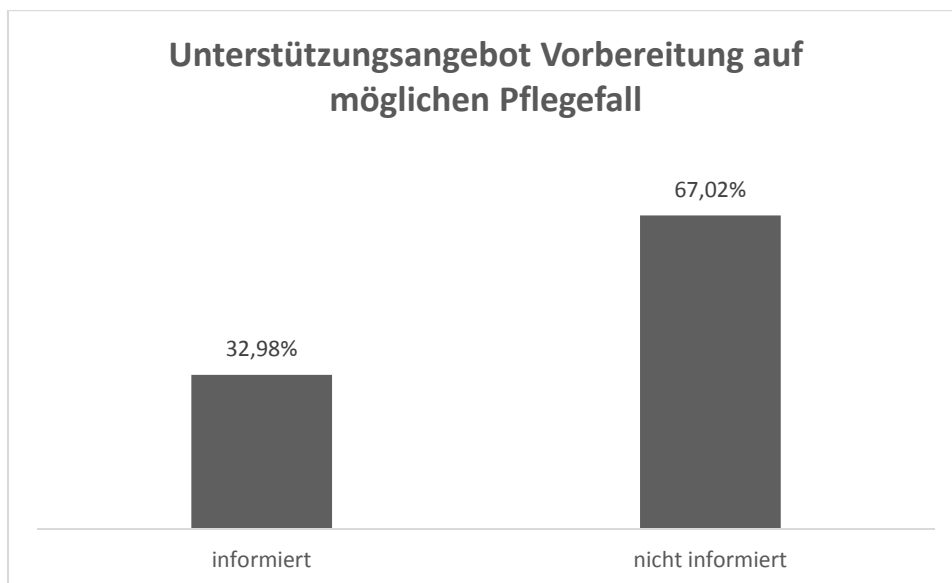


Abbildung 20b: Informiertheit über mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Leistungen zur Vorbereitung eines möglichen Pflegefalls, n = 94

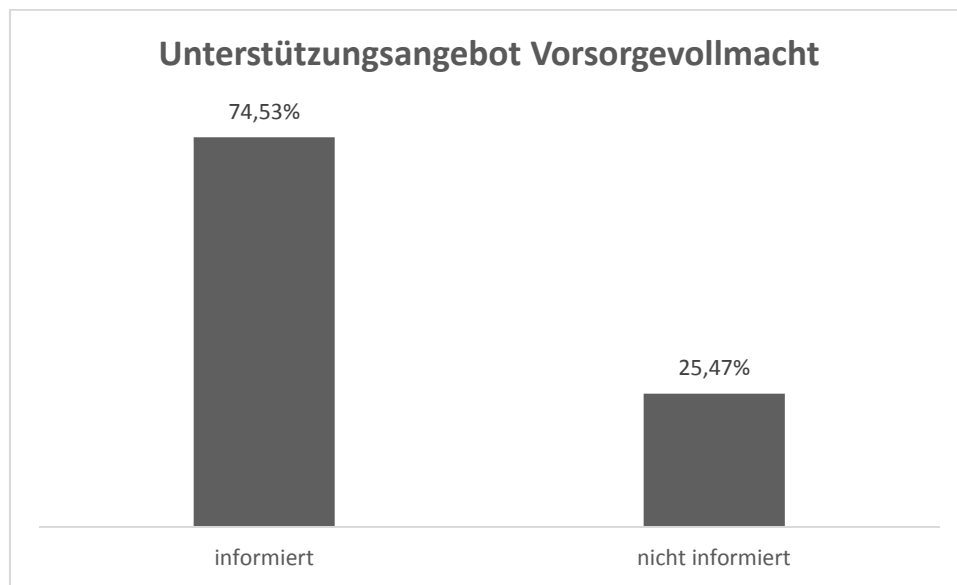


Abbildung 20c: Informiertheit über die Vorsorgevollmacht, n = 106

3.5.3 Wege der Informationsbeschaffung im Falle einer Pflegesituation

Ein besonders wichtiger Akteur eines möglichen kommunalen pflegebezogenen Netzwerkes sind externe professionelle Anbieter, an die sich 43,46 % der Haushalte in der Stadt Nauen 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. 43,80 % der erfassten Haushalte würden sich im Bedarfsfall an die Familie und Freunde wenden und 12,74 % 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 wird⁴¹ und über ein organisiertes Zusammenwirken dem Bedarf an Informationsbeschaffung zugute kommen kann.

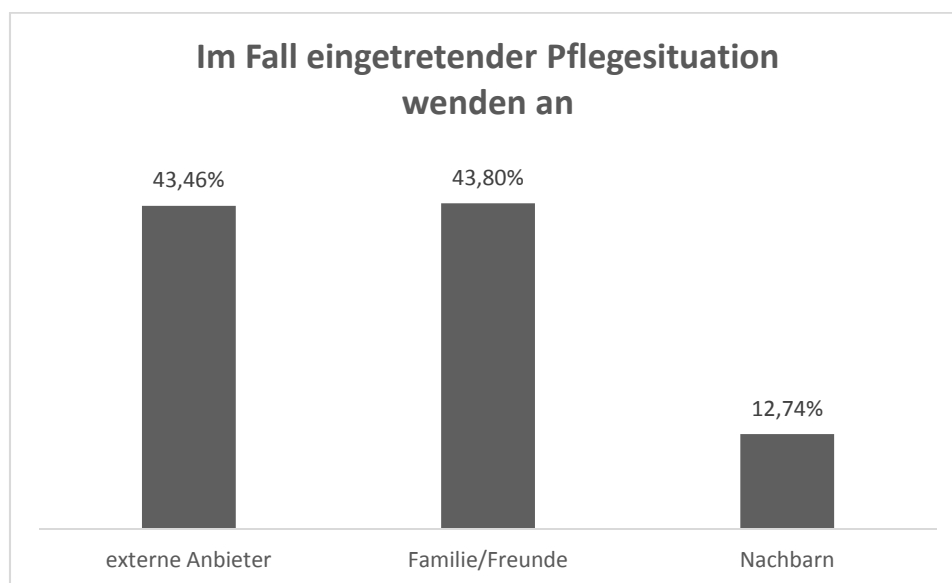


Abbildung 21: Hinzuziehen von externen professionellen Anbietern, Familie/Freunden und Nachbarn im Fall einer eintretenden Pflegesituation (zur Beschaffung von Informationen), n = 248

3.6 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 53,72 % der erfassten Haushalte über Eigentum verfügen, lässt Rückschlüsse auf die finanzielle

⁴¹ Siehe Kapitel: Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Formen der Unterstützung (3.5.1).

Situation zu. Ferner 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. Zusammenfassung 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 ländlich geprägten 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 städtisch geprägte Gemeinden exemplarische Erhebung zur Pflegeprävalenz und ihren Rahmenbedingungen in der Stadt Nauen zeigt sowohl positive Voraussetzungen für die Entwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur als auch kommunale Handlungsbedarfe auf.

Günstige Voraussetzungen

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 bereit Unterstützungsmaßnahmen wie medizinische und pflegerische Dienstleistungen von externen professionellen Anbietern in Anspruch zu nehmen.

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, zu etwas mehr als der Hälfte im Besitz von Wohneigentum sind und als Mittel der Mobilität 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 hausnahen sozialen Unterstützungsleistungen, die Mobilität und die Erhöhung des Grades an Informiertheit dar.

4. Die **infrastrukturellen Ressourcen** der befragten Haushalte deuten auf eine günstige Ausgangslage zur Senkung der Pflegeprävalenz hin, beispielsweise im Hinblick auf den öffentlichen Nahverkehr sowie der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit notwendiger medizinischer Dienstleistungen.

Herausforderungen

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. Bedeutsam ist, dass nur knapp die Hälfte der befragten Haushalte über Wohneigentum verfügen und die Informationen daran angepasst werden müssen.

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 der Entwicklung von pflegebezogenen Netzwerken erkennen: 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 in der Stadt Nauen externen professionellen Pflegedienstleistern mehrheitlich positiv zugewandt sind. Darüber hinaus wird mit einem Blick auf die Ressourcen der erfassten Haushalte deutlich, dass diese in der Regel 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: Für die Mehrheit der erfassten Haushalte erweist das unmittelbare soziale Netzwerk als unterstützend und wichtiger Erbringer von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Dienstleistungen. Weiterhin ver-

fügen knapp die Hälfte der erfassten Haushalte über ein regelmäßiges Einkommen sowie über Wohneigentum, 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. Im Hinblick auf die infrastrukturellen Ressourcen zeigt sich, dass medizinische Dienstleistungen sowohl vorhanden sind, als auch die An- und Abreise für die Mehrzahl der Befragten gut möglich ist.

Ogleich die Voraussetzungen für die (Weiter-)Entwicklung der lokalen Gesundheitsinfrastruktur günstig sind, weist die Analyse auf die folgenden Herausforderungen hin: So zeigt die Verteilung der Altersgruppen der erfassten Haushalte, 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.⁴² 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.⁴³ 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 Selbststor-

⁴² 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.

⁴³ 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).

ganisation ernst genommen, Zugänge zu Beteiligungsverfahren ermöglicht und erarbeitete Lösungsansätze kooperativ umgesetzt, in pflegebezogenen Netzwerken nachhaltig diskutiert und weiterentwickelt, können kommunale Politik und 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 berücksichtigt werden. 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 Personen 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.⁴⁴ 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 (vgl. Schmidt/Tomenendal 2016).

⁴⁴ 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 Holtkamp (2007, S. 366-377).

5. Vergleichende Analyse zur Pflegeprävalenz in Nauen und dem Milower Land

In diesem Kapitel werden ausgewählte Ergebnisse der Befragungen zur Pflegeprävalenz in der Stadt Nauen mit denen in der Gemeinde Milower Land vergleichend analysiert. Eine Übersicht aller Ergebnisse beider Untersuchungsregionen findet sich in Abschnitt 5.2.

5.1 Die wesentlichen Unterschiede im Vergleich

Wesentliche Unterschiede im Hinblick auf die unterschiedlichen Ressourcen in beiden Untersuchungsregionen ergeben sich in diesen drei Punkten:

- Materielle Ressourcen (Wohnsituation und Wohnraumanpassung im Bedarfsfall),
- den infrastrukturellen Ressourcen (Nutzung verschiedener Verkehrsmittel und Zugang zu medizinischen Dienstleistungen), sowie
- den personellen Ressourcen (Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen).

Der Vergleich beider Befragungen verdeutlicht, dass in den Untersuchungsregionen unterschiedliche Herausforderungen bestehen um die Pflegeprävalenz zu senken. Während im eher städtisch geprägten Raum der Stadt Nauen die infrastrukturellen Bedingungen im Gegensatz zum ländlich geprägten Milower Land als günstig einzuschätzen sind, weisen die personellen und materiellen Ressourcen in der Gemeinde Milower Land auf eine gute Grundlage zur Senkung der Pflegeprävalenz hin.

- Unterschiede im Hinblick auf die materiellen Ressourcen

Ein markanter Unterschied zeigt sich bei der Wohneigentumsquote. Während knapp 90 % der befragten Haushalte in der Gemeinde Milower Land über privates Wohneigentum verfügt, trifft dies nur auf knapp die Hälfte der befragten Haushalte in der Stadt Nauen zu (vgl. Abbildung 22).

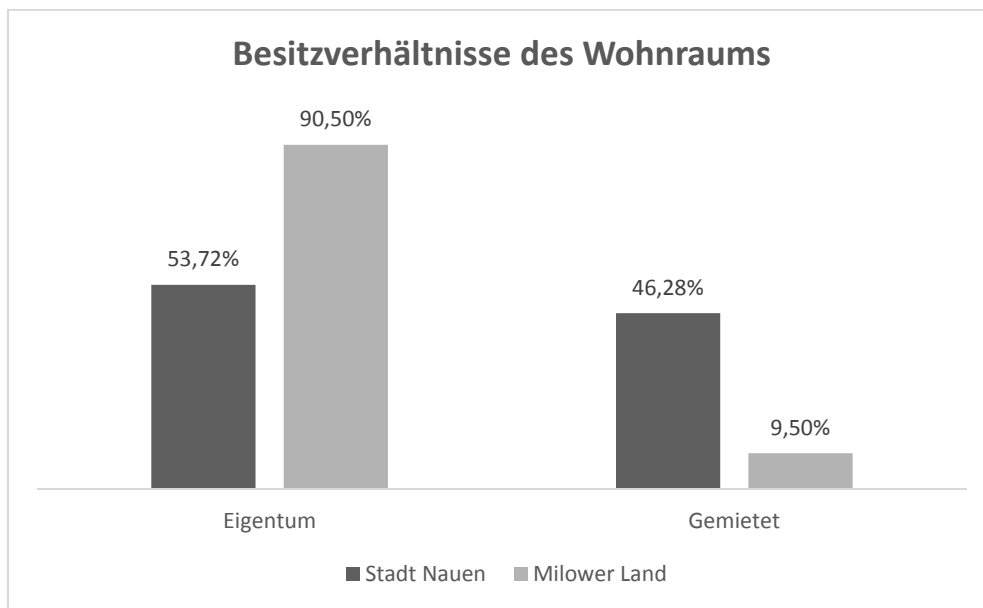


Abbildung 22: Besitzverhältnisse des Wohnraums. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, n = 300

Diese Ergebnisse spiegeln die klassischen Stadt-Land-Unterschiede der Wohneigentumsquote wider, d.h. der Besitz des Wohnraumes ist in ländlichen Regionen häufiger als in der Stadt (vgl. Statista 2011). Für die Untersuchung zeigt sich in Verbindung mit der nächsten Grafik die Relevanz dieses Aspekts. Demnach ist die Bereitschaft bzw. die Möglichkeit der befragten Haushalte, den Wohnraum im Bedarfsfall anzupassen, in der Gemeinde Milower Land deutlich höher (ca. 80%), als in der Stadt Nauen (ca. 65%) (vgl. Abbildung 23). Die Wohneigentumsquote kann dafür ein relevanter Faktor sein.

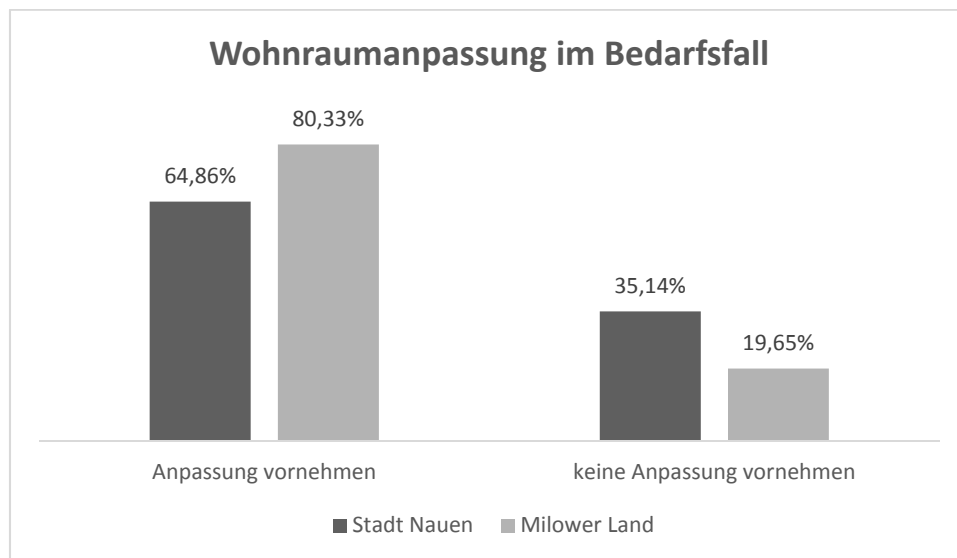


Abbildung 23: Wohnraumanpassung im Bedarfsfall. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, n = 284

Mit der Senkung der Pflegeprävalenz ist das Ziel verbunden, dass Personen im Falle einer Pflegebedürftigkeit so lang wie möglich im privaten Umfeld wohnen können. Die Ergebnisse der Befragung deuten darauf hin, dass dafür die Bedingungen in der Gemeinde Milower Land günstiger sind als in der Stadt Nauen. Dies gewinnt zusätzlich an Bedeutung, da in beiden Untersuchungsregionen ca. ein Drittel der befragten Haushalte angeben, dass die Wohnung nicht barrierearm ist (vgl. Abbildung 5 exemplarisch für die Stadt Nauen). Im Falle einer eintretenden Pflegebedürftigkeit ist anzunehmen, dass eine erforderliche Wohnraumanpassung bei Privatbesitz unkomplizierter möglich ist, da keine Absprachen mit dem Vermieter oder anderen Mietparteien erforderlich sind. Insgesamt deuten diese Ergebnisse demnach darauf hin, dass im Hinblick auf die Wohnsituation in der Gemeinde Milower Land ein höheres Potenzial zur Senkung der Pflegeprävalenz zu erwarten ist.

- Unterschiede im Hinblick auf die infrastrukturellen Ressourcen

Ein anderes Bild ergibt sich bei den infrastrukturellen Ressourcen. Die Befragungen in der Stadt Nauen und dem Milower Land haben deutliche Unterschiede in beiden Untersuchungsgebieten ergeben. Diese zeigen sich zunächst in der Nutzung unterschiedlicher Mobilitätsmittel. Die befragten Haushalte der Stadt Nauen greifen demnach deutlich weniger auf den eigenen PKW zurück, gehen häufiger zu Fuß, bzw. nutzen häufiger den öffentlichen Personennahverkehr (vgl. Abbildung 24). Insgesamt zeigen

damit die befragten Haushalte in der Stadt Nauen ein diversifizierteres Nutzungsverhalten unterschiedlicher Mobilitätsmittel.

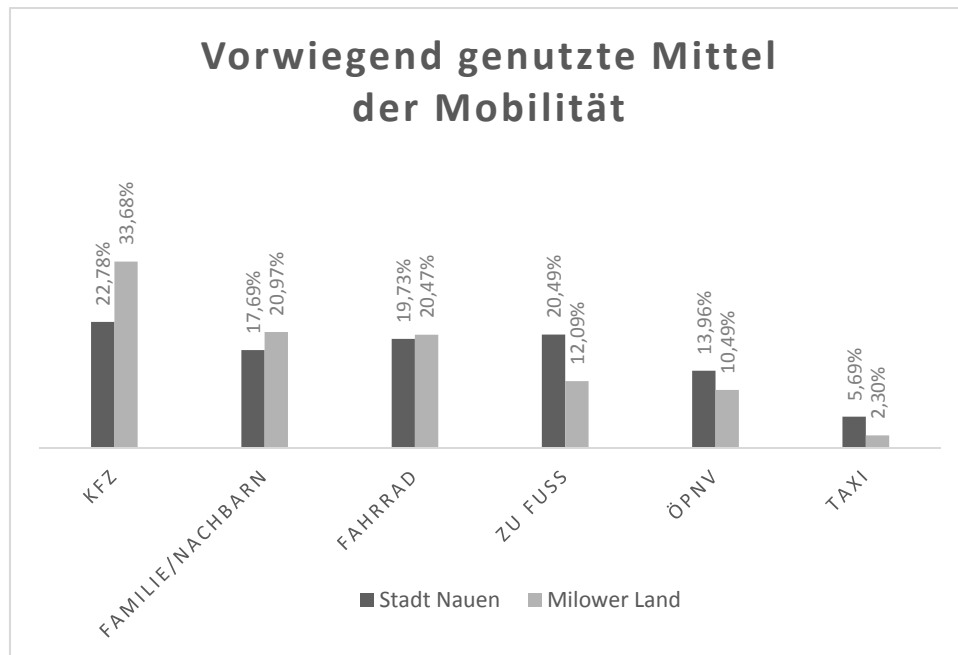


Abbildung 24: Vorwiegend genutztes Mittel der Mobilität.

Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, Mehrfachnennung, n = 1000

Die erfassten Unterschiede zwischen beiden Untersuchungsregionen deuten auf zwei wesentliche Merkmale im Stadt-Land Vergleich hin: Erstens verfügen städtische Regionen in der Regel über ein dichteres Netz des öffentlichen Nahverkehrs, auf das daher leichter zurückgegriffen werden kann (vgl. auch den nächsten Aspekt, Abbildung 25); zweitens sind die Entfernungen in verdichteten Räumen kürzer, weshalb die Strecken häufiger zu Fuß zurückgelegt werden können und auch ein Taxi als Transportmittel aufgrund der kürzeren Wege günstiger ist.

Entsprechend geben knapp 60% der befragten Haushalte in der Stadt Nauen an, dass der öffentliche Nahverkehr den eigenen Erfordernissen entspricht, gegenüber ca. 20% in der Gemeinde Milower Land (vgl. Abbildung 25). Dies deutet auf ein dichteres Netz der öffentlichen Verkehrsmittel hin.

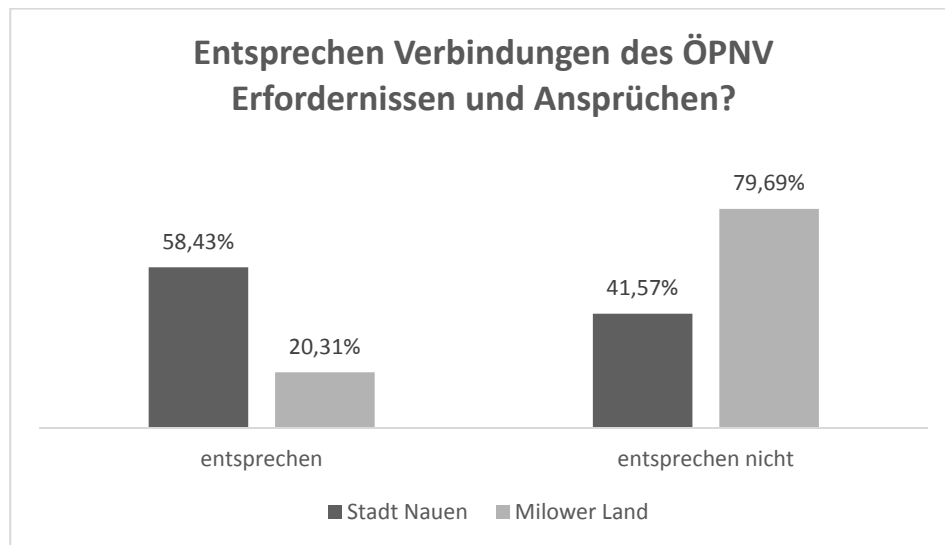


Abbildung 25: Entsprechen die Verbindungen des öffentlichen Personennahverkehrs (Taktung des Fahrplans) Ihren Erfordernissen und Ansprüchen? Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, n = 217

Die Befragung in beiden Untersuchungsgebieten zeigt, dass die An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen insgesamt unterschiedlich gut realisierbar ist. So ist diese für knapp drei Viertel der befragten Bevölkerung in Nauen gut möglich, während das lediglich für knapp die Hälfte der befragten Haushalte in der Gemeinde Milower Land zutrifft (vgl. Abbildung 26). Dieser Unterschied belegt noch einmal die Erkenntnis, dass den Haushalten in der Stadt Nauen verschiedene Möglichkeiten der Mobilität eher zugänglich sind, und diese auch genutzt werden.

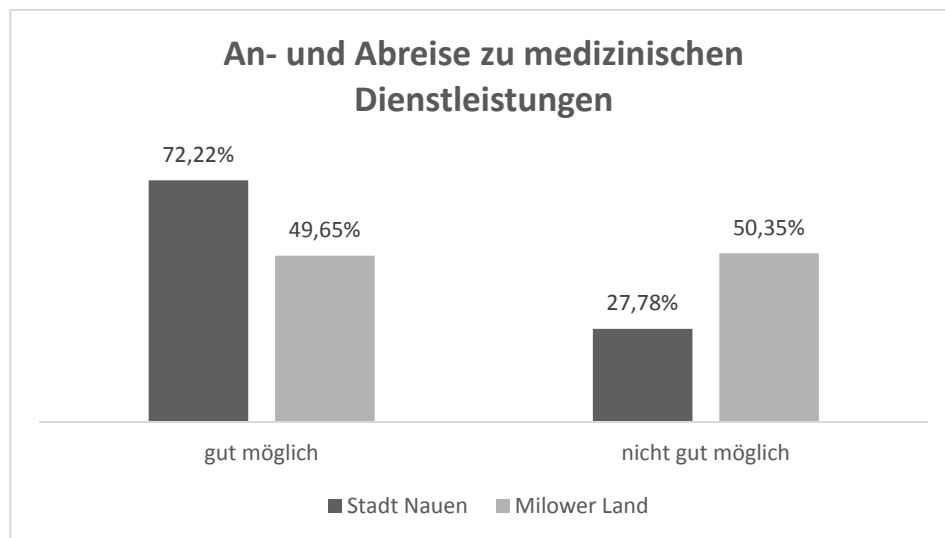


Abbildung 26: Die An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen ist nicht/ gut möglich.
Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, n = 231

Auch im Hinblick auf die Möglichkeit, notwendige Termine mit Fachärzten zeitnah zu erhalten, zeigen sich deutliche Unterschiede. Für ca. 47 % der befragten Haushalte in der Stadt Nauen sind diese zeitnah möglich, während das nur für etwa 28 % der Haushalte in der Gemeinde Milower Land zutrifft (vgl. Abbildung 27).

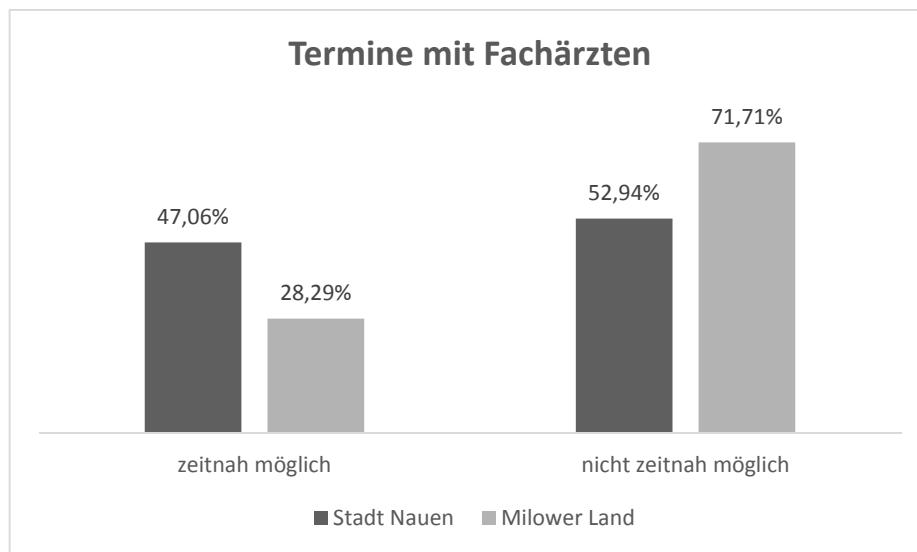


Abbildung 27: Notwendige Termine mit Fachärzten sind zeitnah möglich.
Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, n = 254

Auch dieser Unterschied deckt sich mit der generellen Erkenntnis, wonach bei der ärztlichen Versorgung in Deutschland ein deutliches Stadt-Land-Gefälle existiert und dadurch Termine in städtischen Regionen zeitnah eher möglich sind (vgl. Bertelsmann Stiftung 2015; Gerlinger 2013).

Die zur Verfügung stehenden Verkehrsmittel bzw. Anfahrtswege zu wichtigen und notwendigen Dienstleistungen erweisen sich demnach als ein wesentlicher Unterschied in beiden Untersuchungsregionen. Im Hinblick auf das Potenzial zur Senkung der Pflegeprävalenz ist diese Erkenntnis von zentraler Bedeutung, da sowohl die räumliche Erreichbarkeit von Ärzten und Dienstleistungen als auch die Verfügbarkeit zeitnaher Termine wesentliche Unterstützungsfaktoren für Personen im Fall einer Pflegebedürftigkeit darstellen. Diese Ergebnisse weisen auf einen deutlichen Unterschied im Hinblick auf die infrastrukturellen Ressourcen in beiden Untersuchungsgebieten hin.

- Unterschiede im Hinblick auf den personellen Ressourcen

Unterschiede zeigen sich auch bei der Bereitschaft, im Bedarfsfall die Dienstleistungen externer Anbieter in Anspruch zu nehmen (vgl. Abbildung 28). Diese ist in der Gemeinde Milower Land bei grundpflegerischen Tätigkeiten um ca. 10 % höher als in der Stadt Nauen und bei der häuslichen Krankenpflege um etwa 5 %.

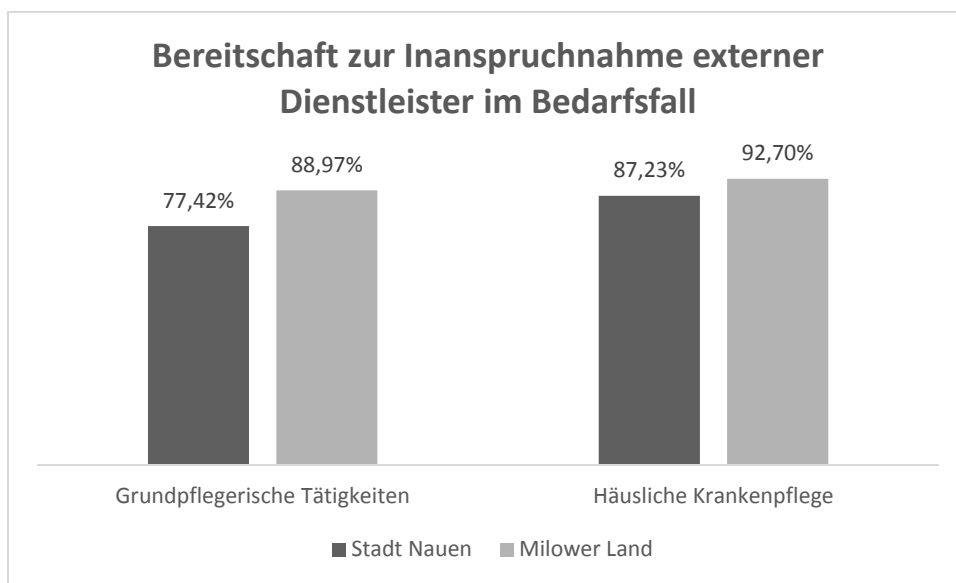


Abbildung 28: Inanspruchnahme grundpflegerischer Tätigkeiten und häuslicher Krankenpflege im Bedarfsfall. Vergleich Stadt Nauen und Milower Land, n = 460

Da in der Gemeinde Milower Land auch die Bereitschaft größer ist, den eigenen Wohnraum im Bedarfsfall anzupassen, kann vermutet werden, dass sich auch hierbei der Wunsch widerspiegelt, im Pflegefall so lang wie möglich im gewohnten Wohnumfeld bleiben zu können. Die Inanspruchnahme externer Unterstützungsleistungen kann dafür ein wichtiges Instrument sein. Eine weitere Erklärung für diese Unterschiede in beiden Untersuchungsregionen können auch in den infrastrukturellen Merkmalen beider Regionen liegen. Da die An- und Abreise in der Gemeinde Milower Land von den Haushalten als schwieriger eingeschätzt wurde, sind diese Haushalte auch eher auf Dienstleistungen angewiesen, die durch externe Anbieter im eigenen Wohnumfeld stattfinden.

5.2 Die Ergebnisse in der Stadt Nauen und der Gemeinde Milower Land im Überblick

Im Folgenden werden alle Ergebnisse der Befragung in beiden Untersuchungsregionen tabellarisch gegenübergestellt. Die Bewertung der Unterschiede ergibt sich aus dem Grad der Übereinstimmung:

- Kein Unterschied (0,00% bis 3,00 %)
- Kaum Unterschied (3,01% bis 5,00%)
- Sichtbarer Unterschied (5,01% bis 10,00%)
- Deutlicher Unterschied (10,01% bis 15,00%)
- Sehr deutlicher Unterschied (mehr als 15,00%)

Tabelle 1: Die Ergebnisse beider Befragungen (Stadt Nauen und Milower Land) im Überblick

<i>Kategorie</i>	<i>Nauen</i>	<i>Milower Land</i>	<i>Unterschiede</i>
Haushaltsangehörige nach Altersstufen (Abbildung 1)			
Unter 6 Jahre	3,38%	3,41%	0,03%
7-18 Jahre	12,16%	7,20%	4,96%
19-64 Jahre	47,30%	46,97%	0,33%
65-80 Jahre	31,08%	34,09%	3,01%
Über 80 Jahre	6,08%	8,33%	2,25%
Form der Arbeitsverhältnisse (Abbildung 2)			
Vollzeit	74,44%	57,29%	17,15%
Teilzeit	15,56%	13,54%	2,02%
Selbstständig	5,56%	11,98%	6,42%
Sonstige	2,22%	10,94%	8,72%
Geringfügig Beschäftigt	2,22%	6,25%	4,03%
Wohnort der Haushalte (Abbildung 3)			
Nicht vergleichbar			

Kategorie	Nauen	Milower Land	Unterschiede
Besitzverhältnisse des Wohnraums (Abbildungen 4)			
Eigentum	53,72%	90,5%	36,78%
Gemietet	46,28%	9,5%	
Barrierearmut des Wohnraums (Abbildung 5)			
Barrierearm	25%	22,03%	2,97%
Nicht barrierearm	75%	77,97%	
Wohnraumanpassung im Bedarfsfall (Abbildung 6)			
Anpassung vornehmen	64,86%	80,35%	15,49%
Anpassung nicht vornehmen	35,14%	19,65%	
Personen mit erhöhtem Unterstützung- u. Betreuungsbedarf (Abbildung 7)			
Keine	87,18% keine	83,33% keine	3,85%
Eine	11,11%	13,33% eine	
Zwei	1,71% zwei	3,33% zwei	
Personen im Haushalt mit einer chronischen Erkrankung (Abbildung 8)			
Keine	53,72%	52,81%	0,91%
Eine	29,75%	36,52%	4,19%
Zwei	15,7%	10,11%	5,59%
Drei	0,83%	0,56%	0,27%
Personen im Haushalt mit einer Behinderung (Abbildung 9)			
Keine	83,90%	77,22%	6,68%
Eine	15,25%	19,44%	4,19%
Zwei	0,85%	2,78%	1,93%
Drei	0,00%	0,56%	0,56%

<i>Kategorie</i>	<i>Nauen</i>	<i>Milower Land</i>	<i>Unterschiede</i>
------------------	--------------	---------------------	---------------------

Personen im Haushalt mit einer Demenz (Abbildung 10)			
Keine	97,44%	95,15%	2,29%
Eine	2,56%	4,24%	1,68%
Zwei	0,00%	0,61%	0,61%

Personen im Haushalt mit einer Pflegestufe (Abbildung 11)			
Keine	94,07%	89,16%	4,91%
Eine	5,93%	10,24%	4,31%
Zwei	0,00%	0,60%	0,60%

Vorwiegend genutzte Mittel der Mobilität (Abbildung 12)			
KFZ	22,78%	33,68%	10,90%
Fuß	20,49%	12,09%	8,40%
Fahrrad	19,73%	20,47%	0,74%
Familie	17,60%	20,97%	3,37%
ÖPNV	13,96%	10,49%	3,47%
Taxi	5,69%	2,30%	3,39%

Entsprechen ÖPNV Erfordernissen u. Ansprüchen (Abbildung 13)			
Entsprechen	58,43%	20,31%	38,12%
Entsprechen nicht	41,57%	79,69%	

An- und Abreise zu medizinischen Dienstleistungen (Abbildung 14)			
Gut möglich	72,22%	49,65%	22,57%
Nicht möglich	27,78%	50,35%	

Passende Anbieter medizinischer Dienstleistungen (Abbildung 14a)			
Einfach zu finden	62,07%	68,15%	6,08%
Nicht einfach zu finden	37,93%	31,85%	

Kategorie	Nauen	Milower Land	Unterschiede
Hausarzt (Abbildung 14b)			
Vorhanden	97,35%	95,06%	2,29%
Nicht vorhanden	2,65%	4,94%	
Termine mit Fachärzten (Abbildung 14c)			
Zeitnah möglich	47,06%	28,29%	18,77%
Zeitnah nicht möglich	52,94%	71,71%	
Unterstützung mit Haushaltsmitgliedern (Abbildung 15)			
Ja	37,68%	44,44%	6,76%
Nein	62,32%	55,56%	
Unterstützung durch Familie/Bekannte/ Nachbarn (Abbildung 15a)			
Ja	56,41%	46,85%	9,56%
Nein	43,59%	53,15%	
Unterstützung durch freiwillig Engagierte (Abbildung 15b)			
Ja	3,39%	0,00%	3,39%
Nein	96,61%	100%	
Leistungen ambulanter Pflegedienst (Abbildung 15c)			
Ja	12,90%	18,75%	5,85%
Nein	87,10%	81,25%	
Angebote hauswirtschaftlicher Dienstleistungen (Abbildung 15d)			
Ja	11,48%	8,70%	2,78%
Nein	88,52%	91,30%	
Regelmäßige medizinische Dienstleistungen (Abbildung 15e)			
Ja	46,67%	52,25%	5,58%
Nein	53,33%	47,75%	

Kategorie	Nauen	Milower Land	Unterschiede
Im Fall notwendiger Hilfsleistungen (Abbildung 16)			
Familie	49,01%	48,21%	0,8%
Externe Anbieter	50,99%	51,79%	
Hauswirtschaftliche Versorgung durch externe Anbieter (Abbildung 17)			
Ja	71,43%	65,83%	5,60%
nein	28,57%	34,17%	
Grundpflegerische Tätigkeiten durch externe Anbieter (Abbildung 17a)			
Ja	77,42%	88,97%	11,55%
Nein	28,58%	11,03%	
Häusliche Krankenpflege durch externe Anbieter (Abbildung 17b)			
Ja	87,23%	92,70%	5,47%
Nein	12,77%	7,30%	
Hinzuziehen eines zweiten externen Anbieters (Abbildung 18)			
Ja	73,79%	67,79%	6%
Nein	26,21%	32,21%	
Plötzlicher Eintritt eines Pflegefalls (Abbildung 19)			
Informiert	40%	36,30%	3,7%
Nicht informiert	60%	63,70%	
Unterstützungsangebot akuter Notfall (Abbildung 20)			
Informiert	68,04%	63,70%	4,34%
Nicht informiert	31,96%	36,30%	
Unterstützungsangebot Leistungen Pflegeversicherung (Abbildung 20a)			
Informiert	35,11%	37,67%	2,56%
Nicht informiert	64,89%	62,33%	

<i>Kategorie</i>	<i>Nauen</i>	<i>Milower Land</i>	<i>Unterschiede</i>
Unterstützungsangebot Vorbereitung auf möglichen Pflegefall (Abbildung 20b)			
Informiert	32,98%	30%	2,98%
Nicht informiert	67,02%	70%	
Unterstützungsangebot Vorsorgevollmacht (Abbildung 20c)			
Informiert	74,53%	64,74%	9,79%
Nicht informiert	25,47%	35,26%	
Im Fall eingetretener Pflegesituation wenden an (Abbildung 21)			
Externe Anbieter	43,46%	47,38%	3,92%
Familie	43,80%	40,04%	3,76%
Nachbarn	12,74%	12,58%	0,16%

6. 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.
- Bertelsmann Stiftung (2015): Ärztedichte. Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. Spotlight Gesundheit 03/2015, Gütersloh.
- 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, Praxis-einblicke, 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.
- Thomas Gerlinger (2013): Regionale Ungleichheiten bei der Vorhaltung ambulanter medizinischer Versorgungseinrichtungen. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Dossier Gesundheitspolitik, Bonn.
- 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.
- Matthias Schmidt/ Matthias Tomenendal (Hrsg.) (2016): Netzwerkperspektiven – Made in Berlin!, Mering, Rainer Hampp Verlag.
- Matthias Schmidt/ Matthias Tomenendal, Janine Kuhnt, Martin Kunze/ Frank Vollmert 2016: Herausforderungen an Pflegenetzwerke im ländlichen Raum. Erhebung zur Pflegeprävalenz im Landkreis Havelland, Gemeinde Milower Land. Beuth Hochschule Berlin, Berichte aus dem Fachbereich I, 01/2016.
- 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.

7. 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/Raumb Beobachtung/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.
- Jahrgang 2012**
- Bericht 1 / 2012 Gloede, D.: Die Gestaltung von Bachelor- und Masterarbeiten.
- Bericht 2 / 2011 Barthel, K.; Mensah, H.: Der Einsatz von Social Media Instrumenten in der internen Unternehmenskommunikation am Beispiel der DB Systel.
- Jahrgang 2016**
- Bericht 1 / 2016 Schmidt, M./ Tomenendal, M./ Kuhnt, J./ Kunze, M./ Vollmert, F.: Herausforderungen an Pflegenetzwerke im ländlichen Raum. Erhebung zur Pflegeprävalenz im Landkreis Havelland, Gemeinde Milower Land.
- Bericht 2 / 2016 Butz, C./ Ergün, B.: Industrie 4.0 in der Bauwirtschaft – Potenziale und Herausforderungen von Building Information Modeling (BIM) für kleine und mittlere Unternehmen (KMU).

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 Consulting

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.