

Kommissionsdrucksache

(03.12.2015)

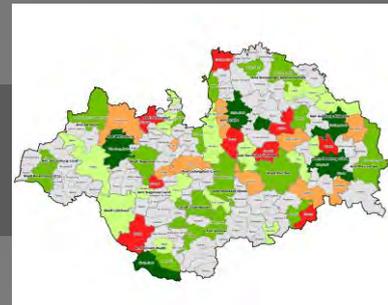
Inhalt

Grundlagenexpertise
„Infrastruktur und Daseinsvorsorge“

DSK Deutsche Stadt- und Grundstücksentwicklungsgesellschaft
sowie
Herr Professor Dr. Rainer Winkel, Wiesbaden

Landtag Mecklenburg-Vorpommern Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“

Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur



Endbericht Dezember 2015

Auftraggeber

Land Mecklenburg-Vorpommern,
vertreten durch die Präsidentin des Landtages,
diese vertreten durch den Direktor des Landtages,
dieser vertreten durch den Leiter des Sekretariats
der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“
Schloss Schwerin
19053 Schwerin

Auftragnehmer

Prof. Dr. Rainer Winkel
Deutsches Institut für Stadt und Raum
Am Rosengarten 31
65207 Wiesbaden

sowie

DSK Deutsche Stadt und Grundstücksentwicklungsgesellschaft mbH & Co. KG
Frankfurter Straße 39
65189 Wiesbaden
ausgeführt durch:
Büro Wismar
Hinter dem Chor 9
23966 Wismar

Hinweis: Im Folgenden wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

Bildnachweis Titelblatt:

DSK, WIMES, Landkreis Ludwigslust-Parchim, Institut für Community Medicine der Universität Greifswald



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Kurzfassung	7
1 Ziel und Aufgabenstellung	14
2 Identifikation des Untersuchungsgegenstandes / Begriffsbestimmungen	16
2.1 Daseinsvorsorge / Infrastruktur	16
2.2 Senioren-Altersgruppen	18
2.3 Ländliche Räume	19
2.4 Infrastrukturarten	20
2.4.1 Mehrbehandlerpraxen, Gemeinschaftspraxen und vgl. Formen	20
2.4.2 MVZ Medizinisches Versorgungszentrum	20
2.4.3 Gemeinde-Gesundheits-Zentren/ MVZ	22
2.4.4 Gesundheitshaus	23
2.4.5 Pflegestützpunkt	24
2.4.6 Aktiv- und Generations-Centren	25
2.4.7 Neue Dorfmitte	26
3 Cluster der Daseinsvorsorge	27
3.1 Wohnen	27
3.2 Wohnunterstützung	29
3.3 Wohnumfeld	31
3.4 Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen	31
3.5 Gesundheit	33
3.5.1 Ambulante Versorgung	34
3.5.2 Stationäre Versorgung	38
3.6 Pflege	40
3.7 Bürgerschaftliches Engagement	45
3.8 Kommunikation, Teilhabe - Freizeit, Kultur, Austausch, Vorlesen, Gespräche	48
3.9 Teilhabe Mobilität	49
4 Analyse der Lupenregionen	52
4.1 Landkreis Ludwigslust-Parchim	52
4.1.1 Wohnen	54
4.1.2 Wohnunterstützung	56
4.1.3 Wohnumfeld	56
4.1.4 Versorgung mit Waren des kurzfristigen Bedarfs (Nahversorgung)	57
4.1.5 Gesundheitsversorgung	61
4.1.6 Pflegesituation	64
4.1.7 Kommunikation	68
4.1.8 Bürgerschaftliches Engagement	70
4.1.9 Mobilität und Erreichbarkeit	70
4.1.10 Zusammenfassung des Landkreisprofils	73
4.2 Landkreis Vorpommern-Greifswald	74
4.2.1 Wohnen	76
4.2.2 Wohnunterstützung	77
4.2.3 Wohnumfeld	78
4.2.4 Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs (Nahversorgung)	78



4.2.5	Gesundheitsversorgung	82
4.2.6	Pflegesituation	85
4.2.7	Kommunikation	88
4.2.8	Bürgerschaftliches Engagement	90
4.2.9	Mobilität und Erreichbarkeit	90
4.2.10	Zusammenfassung des Landkreisprofils	94
5	Konzepte / Strategien	94
5.1	Konzepte / Strategien für den Handlungsbedarf in den Clustern	94
5.1.1	Wohnversorgung, Wohnumfeld	95
5.1.2	Versorgung mit Waren und Dienstleistungen	96
5.1.3	Gesundheit	97
5.1.4	Pflege	101
5.1.5	Bürgerschaftliches Engagement	105
5.1.6	Teilhabe Mobilität, Mobilitätsmanagement	107
5.2	Standards	110
5.3	Telekommunikationsinfrastruktur - Bedeutung von IK-Techniken für die Seniorenversorgung	111
5.4	Raumordnungskonzepte	113
5.4.1	Ländliche Gestaltungsräume	113
5.4.2	Zentrale-Orte-Konzepte	115
5.5	Kompetenz zur Strategieumsetzung	116
5.6	Seniorenpolitische Handlungskonzepte – Organisation und Inhalte	119
5.7	Informationen zur Umsetzungsunterstützung	125
6	Empfehlungen an Kommunen, Land und Bund	125
6.1	Städte und Gemeinden, Ämter, Kreise	126
6.2	Land Mecklenburg-Vorpommern	131
6.3	Bund und Land	134
Quellen	136



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Bevölkerung in den Senioren-Altersgruppen im Landkreis Ludwigslust-Parchim	53
Abbildung 2:	Angebot an barrierefreien Wohnungen im Landkreis Ludwigslust-Parchim	54
Abbildung 3:	Angebot an betreutem Wohnen im Landkreis Ludwigslust-Parchim	55
Abbildung 4:	Angebot an ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Landkreis Ludwigslust-Parchim	56
Abbildung 5:	Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim	58
Abbildung 6:	Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim, größere Betriebe	59
Abbildung 7:	Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim, kleine Betriebe	60
Abbildung 8:	Ärzte und Apotheken im Landkreis Ludwigslust-Parchim	61
Abbildung 9:	Räumliche Verteilung Hausärzte in der Planungsregion Westmecklenburg	62
Abbildung 10:	Hausärzte in der Planungsregion Westmecklenburg	62
Abbildung 11:	Ärzte und Apotheken im Landkreis Ludwigslust-Parchim	63
Abbildung 12:	Krankenhäuser im Landkreis Ludwigslust-Parchim	64
Abbildung 13:	Ambulante Pflegedienste im Landkreis Ludwigslust-Parchim	65
Abbildung 14:	Standorte ambulanter Pflegedienste im Landkreis Ludwigslust-Parchim	65
Abbildung 15:	Standorte von Einrichtungen der Tagespflege	66
Abbildung 16:	Standorte von Einrichtungen der stationären Pflege	66
Abbildung 17:	Standorte von Pflegelotsen im Landkreis Ludwigslust-Parchim	67
Abbildung 18:	Schematische Darstellung der Institutionen und Projekte zum Thema Pflege im Landkreis Ludwigslust-Parchim	68
Abbildung 19:	Breitbandverfügbarkeit ≥ 6 Mbit/s im Landkreis Ludwigslust-Parchim	69
Abbildung 20:	Erreichbarkeit der Zentralen Orte im Landkreis Ludwigslust-Parchim werktags	72
Abbildung 21:	Erreichbarkeit der Zentralen Orte im Landkreis Ludwigslust-Parchim am Wochenende	72
Abbildung 22:	Erreichbarkeit von Hausärzten im ÖPNV im Landkreis Ludwigslust-Parchim	73
Abbildung 23:	Entwicklung der Bevölkerung in den Senioren-Altersgruppen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	74
Abbildung 24:	Räumliche Verteilung des Anteils der Senioren an der Bevölkerung im Landkreis Vorpommern-Greifswald	75
Abbildung 25:	Räumliche Verteilung des Anteils der Hochbetagten an der Bevölkerung im Landkreis Vorpommern-Greifswald	76
Abbildung 26:	Anbieter altersgerechter Wohnungen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	76
Abbildung 27:	Betreute Wohnformen im Landkreis Vorpommern-Greifswald nach Sozialräumen	77
Abbildung 28:	Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Vorpommern-Greifswald	79
Abbildung 29:	Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Vorpommern-Greifswald, größere Betriebe	80
Abbildung 30:	Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Vorpommern-Greifswald, kleine Betriebe	81
Abbildung 31:	Standorte von Hausärzten in der Planungsregion Vorpommern	82
Abbildung 32:	Standorte von Haus- und Fachärzten im Landkreis Vorpommern-Greifswald	83
Abbildung 33:	Nichtärztliche Assistenzen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	84
Abbildung 34:	Krankenhausstandorte in der Planungsregion Vorpommern	85
Abbildung 35:	Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen im Landkreis Vorpommern-Greifswald bis 2020	86
Abbildung 36:	Ambulante Pflegedienste im Landkreis Vorpommern-Greifswald	86



Abbildung 37:	Standorte von Einrichtungen der stationären Pflege im Landkreis Vorpommern-Greifswald	87
Abbildung 38:	Breitbandverfügbarkeit im Landkreis Vorpommern-Greifswald	89
Abbildung 39:	Erreichbarkeit der Zentralen Orte im Landkreis Vorpommern-Greifswald werktags	92
Abbildung 40:	Erreichbarkeit der Zentralen Orte im Landkreis Vorpommern-Greifswald am Wochenende	92
Abbildung 41:	Erreichbarkeit von Hausärzten im ÖPNV in der Planungsregion Vorpommern	93
Abbildung 42:	Ländliche Gestaltungsräume gemäß LEP Entwurf 2015	114

Kurzfassung

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ gebildet, um angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels geeignete Maßnahmen einzugrenzen und zu empfehlen, mit denen der älter werdenden Bevölkerung zukünftig entsprochen werden kann. Dafür hat die Kommission Expertisen erstellen lassen. Die Aufgabenstellung und Zielsetzung der vorliegenden Expertise „Daseinsvorsorge/Infrastruktur“ ist die Klärung der Fragen „wie unter Berücksichtigung eines selbstbestimmten Lebens älterer Menschen“ altersrelevante Daseinsvorsorgeleistungen und Infrastrukturangebote auch in den ländlich-strukturschwachen Regionen künftig organisiert werden können. Vom methodischen Ansatz her wurden die Expertisen, die für Teilbereiche bereits vorlagen, dafür ausgewertet, wie ebenfalls eine Vielzahl von Bundesmodellvorhaben (MORO-Projekten), einschlägige Erfahrungen aus anderen Bundesländern, Ausführungen in der Fachliteratur und eigene Erfahrungen der Verfasser. Außerdem wurden als Lupenregionen die Kreise Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim betrachtet, um einen engen Bezug der Überlegungen für die Praxis in Mecklenburg-Vorpommern sicherzustellen. Die Schwerpunkte der Untersuchung orientieren sich an den Schwerpunkten bereits vorliegenden Enquete-Expertisen sowie Empfehlungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation).

In der Untersuchung geht es um Infrastruktur und Daseinsvorsorge. Die Begriffe sind eng miteinander verknüpft und beinhalten die Voraussetzungen, die gegeben sein müssen für die Lebensbedingungen der Bevölkerung und Wirtschaftsentwicklung. Daseinsvorsorge bezieht sich auf den gesellschaftspolitischen Anspruch für diese Voraussetzungen, Infrastruktur auf die materielle, personelle und institutionelle Ausstattung. Diese ehemals weitgehend öffentliche Aufgabe wird heute aufgrund der EU-Vorgaben und eines gewandelten Staatsverständnisses zunehmend privatwirtschaftlich erbracht. Eine klare Abgrenzung ist deshalb in vielen Bereichen nicht mehr möglich. Für die Versorgung von Senioren ist es letztlich der Zugang zu Versorgungsangeboten entscheidend, unabhängig wer sie erbringt. In der Untersuchung wurden dazu die wesentlichen Infrastruktureinrichtungen identifiziert und in ihren Wirkungen analysiert sowie die wesentlichen Versorgungsbereiche unter der Bezeichnung Cluster untersucht. Unter Cluster werden für die jeweiligen Bereiche sämtliche wesentliche Ausstattungen und Wirkungen, das heißt in materieller, personeller und institutioneller Hinsicht betrachtet, die für Senioren relevant sind. Senioren wurden als Personen ab dem 65. Lebensjahr definiert. Aufgrund des altersabhängigen Rückgangs der Alltagskompetenz erfolgte eine weitere Differenzierung in 65 bis unter 75 Jahre, 75 bis unter 85 Jahre und Personen über 85 Jahren.

Materielle Infrastruktureinrichtungen und deren personellen Ausstattung, denen wesentliche Bedeutung für die Seniorenversorgung zukommt, wurden identifiziert und in ihren Wirkungsweisen und -möglichkeiten analysiert: Mehrbehandlerpraxis, Gemeinschaftspraxis und vgl. Formen, MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum), Gemeinde-Gesundheits-Zentrum, Gesundheitshaus, Pflegestützpunkt, Aktiv- und Generationszentrum, Einrichtung *Neue Dorfmitte*.

Untersuchung der Cluster – Handlungsbedarf und Strategien

Wohnen / Wohnumfeld:

Es bestehen große Defizite im altersgerechten Wohnungsangebot und in der Ausbildung öffentlicher Räume. Dazu gilt es auf ein ausreichendes Angebot für Wohnungen für jede Alltagskompetenz hinzuwirken, das heißt, barrierearme / barrierefreie Wohnungen, Mehrgenerationshäuser, betreutes Wohnen in eigenständiger Wohnung, Alten-Wohngemeinschaften und Altersheimen, die möglichst im Quartier / Dorf oder in der Nähe sein sollen. Dafür sind Investoren anzusprechen, Beratungen anzubieten und die Fördermöglichkeiten auszuschöpfen. In öffentlichen Räumen gilt es auf Barrierearmut / -freiheit hinzuwirken, wofür Förderprogramme zu nutzen sind, sowie auch auf Sicherheit und Orientierung. In Anbetracht der hohen Kosten sollten öffentliche Einrichtungen, die für Senioren relevant sind, möglichst konzentriert und nahe von ÖPNV-Anbindungen liegen. Barrierearmut / -freiheit ist als Förderkriterium aufzunehmen.

Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen

In vielen kleinen Orten/Dörfern fehlt jegliches Angebot. Ansatzpunkte zur Angebotsschaffung sind das Konzept *Neue Dorfmitte*, Filialen von Einzelhandelsketten und mobile Angebote. Einzelhandelsketten sind hinsichtlich der Ausbildung von Filialstandorten anzusprechen, wenn die Einwohnerzahl deren Kennzahlen entspricht. Das gilt gleichfalls für mobile Händler, deren Erscheinen ggf. zu ordnen ist. Weiterhin ist das Internet zu nutzen. Die Voraussetzungen sind durch den Breitbandausbau und durch ehrenamtliche Hilfe für Senioren zu erhöhen. Ebenfalls sind Einzelhandelsvereinigungen der nächsten Zentren anzusprechen, um ein Lieferservice sowie Themenfahrten zu initiieren.

Gesundheit / ärztliche Versorgung

Der Versorgungsbedarf wird trotz Einwohnerrückgangs aufgrund der ansteigenden Alterung der Bevölkerung deutlich zunehmen. Die Versorgung könnte sich aber infolge der bevorstehenden Ruhestandseintritte, insbesondere von Hausärzten, angesichts der geringen Chancen für Nachbesetzungen und der oft veränderten Berufsausrichtung junger Mediziner für die ambulante Versorgung drastisch verschlechtern. Als Ansätze zum Gegensteuern ist eine breite Palette von Möglichkeiten zu nutzen, die je nach den örtlichen und regionalen Gegebenheiten umzusetzen sind: Erhöhung der Leistungseffizienz durch Delegation, wobei längerfristig auch Substitution Bedeutung zukommt, Hinwirken auf die Ausbildung von Mehrbehandlerpraxen und kleinen MVZ, Auffanglösungen für Praxisabgeber, um die kassenärztliche Zulassung der Praxis bei fehlender Nachbesetzung zu erhalten, bei sukzessivem Ausscheiden des Praxisabgebers, Erhöhung der Arbeitsattraktivität, insbesondere hinsichtlich Anstellungsmöglichkeiten und Sicherung eines gut erreichbaren Fortbildungsangebots in ländlichen Räumen, Einbindung von Allgemeinmedizinern in die stationäre Versorgung für die Behandlung multimorbider Patienten, verstärkte Kooperation zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten sowie deutliche Ausweitung von Telemedizin. Bei der Umwandlung kleiner Krankenhäuser Nutzung der Betten für Notfallversorgung sowie ggf. für ambulante Versorgung. Stärkung der Zusammenarbeit zwischen stationärer Versorgung bzw. Krankenhäusern und ambulanter Versorgung durch niedergelassene Ärzte mittels Kooperationen und Internetforen-Schaltungen für Beratungen komplizierter Erkrankungsfälle, Einholung von Zweitmeinungen sowie abgestimmte Patientenbetreuung nach der Krankenhausentlassungen. Außerdem enge Zusammenarbeit mit der Pflege, Apotheken/Medikamentenversorgung und weiteren Dienstleistern des Gesundheitswesens.

Pflege

Die großen Herausforderungen in der Pflege liegen im bevorstehenden deutlichen Anstieg der Pflegefälle, dem Rückgang familiärer Pflegeleistungen, dem steigenden Personaldefizit der professionellen Pflege bei gleichzeitiger Veränderung zu leistungsfähigeren Strukturen und den Finanzierungsproblemen. Die Pflege ist vorrangig auf den Schwerpunkt der ambulanten Versorgung auszurichten, denn das entspricht den Ansprüchen von Senioren und ist auch eher finanzierbar. Dem kommt bei den Perspektiven für die Sozialhilfe in Anbetracht der zukünftigen Rentenentwicklung wesentliche Bedeutung zu. Zur Erhaltung der Leistungen familiärer Pflege ist auf eine höhere Effizienz durch Beratungen und Schulungen hinzuwirken. Außerdem sollte zur Entlastung ein gut erreichbares Angebot an Tages-, Nacht- und Verhinderungspflege geschaffen werden. Zum Abbau der Personalprobleme der professionellen Pflege ist ein differenziertes Ausbildungsangebot zu schaffen, insbesondere für den Zugang von Hauptschülern und Migranten, aber gleichzeitig auch für höhere Qualifikationen durch Akademisierung. Deshalb ist vor allem auch die Durchlässigkeit der Zugangsvoraussetzungen und der Ausbildungsangebote zu erhöhen. Höheren Qualifikationen kommt zudem für die Substitution und der anzustrebenden engen Verzahnung von ärztlicher Versorgung und Pflege Bedeutung zu. Das gilt gleichfalls für qualitative Verbesserung durch Case-Management. Außerdem sind Ausbildungsangebote zu schaffen, in denen für Pflegefachkräfte und delegative Praxiskräfte wie VERAH und NÄPa vergleichbare Qualifikationen vermittelt werden, so dass sie flexibel sowohl medizinische als auch pflegerische Leistungen ausführen können. In der ambulanten Pflege gilt es, zur Reduzierung der Personalprobleme und Erhöhung der Effizienz auf eine kooperative, abgestimmte Zusammenarbeit zwischen professioneller Pflege und familiärer bzw. nicht qualifizierter Pflege durch bürgerschaftliches Engagement hinzuwirken. Dafür ist ebenfalls auf Selbsthilfeaktivitäten von Senioren hinzuwirken,

wofür Kommunen und Kreise anregen und geeignete Organisationsformen schaffen können, wie auch verstärkt auf Prävention hinwirken sollten. Beratungen und Organisation der Pflege, insbesondere die Koordination der Vielzahl unterschiedlicher Leistungen durch bürgerschaftliches Engagement, sind vorrangig Pflegestützpunkten zuzuordnen. Zur Sicherung der stationären Pflege sind Kooperationsverträge mit Ärzten einzugehen. Außerdem ist auch auf eine Ausrichtung auf REHA in der stationären Pflege hinzuwirken. Gleichfalls sind neue Möglichkeiten, die die IT-Technik bietet, zu nutzen und bei Bedarf dafür eine Seniorenberatung (ggf. in Pflegestützpunkten, Aktiv- und Generationszentrum) einzurichten.

Bürgerschaftliches Engagement, Haushaltshilfen, Teilhabe

Bürgerschaftliches Engagement bekommt für Senioren in vielen Bereichen eine wesentliche Bedeutung, wie insbesondere für Haushaltshilfe, Begleitdienste, Unterstützung zur gesellschaftlichen Teilhabe, Mobilitätshilfe und Pflege. Außerdem kann damit ein wesentlicher Beitrag gegen Isolierung und Vereinsamung von Senioren geleistet werden. Dazu gilt es weiterhin Akteure aus der Bürgerschaft, aber auch aus ansässigen Gewerbetrieben zu gewinnen. Das kann vor allem durch Schlüsselpersonen wie Bürgermeister oder Vereinsmitglieder erfolgen. Dafür sind Netzwerke im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft zu entwickeln. Eine wesentliche Hilfe bietet die Ehrenamts-Stiftung. Als wichtige Voraussetzung sind Kosten, die den Akteuren für diese Tätigkeit entstehen, grundsätzlich zu erstatten. Dafür sind die Nutznießer, ggf. auch gesellschaftliche Institutionen heranzuziehen. Gleichfalls ist eine Anerkennungskultur zu entwickeln, insbesondere über die diese Leistungen öffentlich werden. Bürgerschaftliches Engagement ist jedoch nicht nur als Leistungen für Senioren sondern mit Senioren zu verstehen und auszurichten. Dem entsprechend sind Senioren in Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Außerdem ist ihr Potential zu nutzen, so z. B. durch Anregungen und Umsetzung von Selbsthilfeleistungen, die sie erbringen können. Bürgerschaftliches Engagement erfordert Strukturen zur koordinierenden Organisation, die von den ehrenamtlichen Helfern kaum zu erbringen ist. Dafür sind lokal tätige Freiwilligenagenturen zu initiieren bzw. auszuweiten oder die Koordination ist von Infrastruktureinrichtungen des jeweiligen Aufgabenfeldes zu leisten, wie z. B. Haushaltshilfen durch Pflegestützpunkte oder ehrenamtliche Mobilitätsbeteiligung durch ein Mobilitätsmanagement. Zur Sicherung der Teilhabe sind die Aktivitäten möglichst generationsübergreifend auszurichten. Das gilt z. B. für kommunale Unterstützung von Vereinen, was auch durch Hinwirken auf gemeindeübergreifende Vereinstätigkeit erfolgen kann. Außerdem sollten Gemeinden auf Seniorentreffs hinwirken und diese logistisch, z. B. durch kostenlose Nutzung von Gemeinderäumen unterstützen, wie auch auf weitere Aktivitäten hinwirken. Bürgerschaftliches Engagement beinhaltet aber immer Unsicherheiten, insbesondere hinsichtlich der Dauerhaftigkeit. Das spricht nicht gegen dieses Engagement, aber es sollte durch konzeptionelle Flexibilität Berücksichtigung erfahren.

Mobilität

Die Herausforderungen in der Mobilität liegen vor allem in der schlechten oder fehlenden ÖPNV-Anbindung der Fläche ländlicher Räume und Ausstattungsdefiziten. Die Einschränkung der Senioreneignung von Fahrzeugen und Haltepunkte können mit machbaren Mitteleinsatz sukzessiv abgebaut werden. Zur Angebotsverbesserung sollten die Fahrpläne und Streckenführung nicht nur vom Schülerverkehr bestimmt werden, sondern auch die Seniorenbedürfnisse berücksichtigen. Eine angemessene Seniorenversorgung in der Fläche ist mit neuen Verkehrskonzepten und technischen Möglichkeiten machbar, aber bislang kaum zu finanzieren. Deshalb empfiehlt sich ein Kernnetz des ÖPNV, das am Bedarf des Schülerverkehrs und den Seniorenbedarf die Erreichung wichtiger Anlaufstellen dieser Altersgruppe abdeckt. In Ergänzung dazu sind alternative Angebote zu nutzen, mit denen Personen aus der Fläche zu Sammelhaltestellen des ÖPNV-Netzes gebracht werden. Dafür gibt es eine breite Palette an Möglichkeiten, wie Bürgerbusse, ehrenamtliche Mitfahrtgelegenheiten, Rufbusse, Sammeltaxen oder die derzeit diskutierten Möglichkeiten für den Personentransport auch andere Transportdienste einzubeziehen, wie Paketauslieferungsservice, Postbus usw. Diese Möglichkeiten sind je nach den örtlichen vorhandenen Potentialen zu nutzen. Wenn die Mittel verfügbar sind, kann das z. B. über Rufbusse oder Sammeltaxen geschehen. Wenn genügend ehrenamtliche Helfer da sind, könnte ein Bürgerbus eingeführt werden. Wenn das alles fehlt, bleiben ggf. nur ehrenamtliche Mitfahrtgelegenheiten. Ggf. sind auch Konzepte durch Verzahnung dieser Möglichkeiten zu schaffen. Diese Aktivitäten müssen jedoch koordiniert und abgestimmt werden. Die Aufgabe ist umso umfassender, je mehr sich daran beteiligen und je größer das

Bediengebiet ist. Kleinere Vorhaben sind evtl. noch bürgerschaftlich vom Dorfladen (wenn der noch existiert) zu organisieren, für größere bedarf es eines Mobilitätsmanagements.

IT-Techniken

Die Ausstattung mit leistungsfähiger IT-Infrastruktur ist nicht nur für die wirtschaftliche Entwicklung, sondern für fast alle Bereiche der Seniorenversorgung wesentlich. Sie ist entscheidend für die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung, der Pflege und zunehmend auch für Warenversorgung, Mobilität sowie Teilhabe und Organisation bürgerschaftlichen Engagements. Das Kernproblem liegt in den großen Versorgungslücken ländlicher Räume und den hohen Kosten, die einem zügigen Ausbau entgegenstehen. Deshalb sollte der Mittelzuteilung für den Breitbandausbau in der Landeshaushaltsplanung höchste Priorität eingeräumt und für eine unterstützende Beteiligung durch bürgerschaftliches Engagement und der ansässigen Wirtschaft geworben werden. Beim Ausbau sollten wichtige Anlaufstellen der Gesundheitsversorgung und Seniorenversorgung Priorität erhalten, wie Gemeinde-Gesundheits-Zentren, MVZ oder Pflegestützpunkte und gleichfalls Arztpraxen und stationäre Pflegeeinrichtungen Vorrang erhalten. Gleichzeitig sind jedoch auch institutionelle Hürden für die IT-Nutzung auszuräumen oder zumindest zu vermindern. Diesbezüglich ist durchzusetzen, dass Ärzte wie im Ausland längst verbreitet auch IT-gestützte Ferndiagnosen erstellen dürfen. Gleichfalls sind die Vergütungsregelungen darauf abzustellen, so dass z. B. auch das Einholen von ärztlichen Zweitmeinungen abgerechnet werden kann. Es ist zu prüfen, wie weit zur Anschubfinanzierung eine Förderung mittels Investitionskostenzuschüsse möglich ist, um diese Systeme zu implementieren.

Lupenregionen

Die Analyse der Cluster in Mecklenburg-Vorpommern wurde nicht für das gesamte Bundesland vorgenommen, sondern erfolgte anhand der beiden Lupenregionen Landkreis Ludwigslust-Parchim und Landkreis Vorpommern-Greifswald. Da die Ergebnisse für beide Lupenregionen ähnlich ausfallen, werden sie an dieser Stelle zusammenfassend dargestellt.

In Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung in den Senioren-Altersgruppen gilt für beide Landkreise, dass die Anzahl der Senioren bis zum Jahr 2030 noch deutlich zunehmen wird, und zwar im Landkreis Ludwigslust-Parchim um ca. 40 % und im Landkreis Vorpommern-Greifswald um ca. 25 %. Eine verhältnismäßig noch stärkere Zunahme wird die Altersgruppe der Hochbetagten, also der über 85-jährigen erfahren. Damit steigt der Bedarf an altersgerechter Infrastruktur im Bereich der Daseinsvorsorge auch in den nächsten Jahren weiter an.

Wohnen / Wohnumfeld

Im Bereich Wohnen und Wohnumfeld gibt es zwar bereits in beiden Landkreisen ein Angebot an barrierearmen, altersgerechten Wohnungen, das insbesondere von den kommunalen Wohnungsbaugesellschaften und –genossenschaften bereitgestellt wird. Die Standorte entsprechender Angebote befinden sich aber in der Regel in den Zentralen Orten und nicht in den Dörfern des ländlichen Raumes. Zudem entspricht das Angebot z. Zt. noch nicht dem wachsenden Bedarf. Eine barrierefreie Gestaltung des Wohnumfeldes ist bisher die Ausnahme, Maßnahmen der Dorferneuerung oder der Stadtsanierung werden erst in jüngerer Zeit auf diese Kriterien hin ausgerichtet.

Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen

In beiden Landkreisen gibt es eine Reihe von Gemeinden im ländlichen Raum, die über keine Angebote im Einzelhandel mehr verfügen. Die Nahversorgung mit Waren des täglichen Bedarfs wird in der Fläche vor allem über die Grundzentren gesichert, in den sich auch größere Nahversorger und Discounter befinden. In den Ober- und Mittelzentren ist in der Regel ein breites Angebot an Einzelhandelsangeboten der verschiedenen Bedarfsstufen vorhanden. Haushaltsorientierte Dienstleistungen für

Senioren werden vorwiegend über die freien Wohlfahrtsverbände angeboten. Im Bereich „Essen auf Rädern“ sind daneben auch andere Einrichtungen, wie Kliniken oder private Anbieter am Markt präsent. In ländlichen Bereichen müssen für diesen Dienst allerdings z. T. Zuschläge gegenüber den Wohnlagen in der Stadt entrichtet werden.

Gesundheit / ärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung ist in beiden Landkreisen bereits ausgedünnt und nicht mehr für jeden Standort im ländlichen Raum wohnortnah gewährleistet. Dazu kommt die bereits bestehende Überalterung der Hausärzte, für die nach ihrem Ausscheiden aus den Praxen dann auch die Nachfolger fehlen. Damit ergeben sich bereits heute in Teilen der Landkreise Versorgungslücken, die sich in Zukunft noch weiter zu verstärken drohen. Die Versorgung mit fachärztlichen Dienstleistungen beschränkt sich grundsätzlich vorwiegend auf die Zentralen Orte. Versorgungsmodelle wie Medizinische Versorgungszentren oder Gemeindeggesundheitszentren konnten sich außerhalb der Zentralen Orte in beiden Landkreise bisher nicht etablieren. Dafür gibt es jedoch bereits eine Reihe von nichtärztlichen Praxisassistenzen, die hausärztliche Dienstleistungen im ländlichen Raum ergänzen. Die Versorgung mit Krankenhäusern ist gesichert, wobei in beiden Landkreisen jeweils zwei Kliniken eine aus wirtschaftlicher Sicht ggf. kritische Größe von um die 100 oder weniger Betten aufweisen.

Pflege

In beiden Landkreisen sichern eine Reihe von ambulanten Pflegediensten die Pflegeleistungen auch in der Fläche ab. Angebote der Kurzzeit-, Tages- und der stationären Pflege finden sich dagegen nahezu ausschließlich in den Zentralen Orten. Über die Pflegestützpunkte werden Anlaufstellen, z. T. auch mit regelmäßigen Außensprechstunden, für Ratsuchende im Bereich der Pflegeleistungen geboten. Stabsstellen innerhalb der Kreisverwaltungen sichern jeweils die Zusammenführung von Informationen und die Planung der Pflegelandschaft auf Kreisebene ab. Mobile Beratungsangebote zu Pflegeleistungen werden im Landkreis Ludwigslust über den Pflegestützpunkt und im Landkreis Vorpommern-Greifswald über freie Wohlfahrtsverbände abgesichert. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim ist die Verzahnung von ehrenamtlichen und professionellen Pflegestrukturen konzeptionell vorbildlich gelungen, indem einerseits ehrenamtliche Pflegelotsen in den Gemeinden als Ansprechpartner für Fragen der Pflege bereit stehen. Andererseits unterstützen über den „Helferkreis“ ehrenamtliche Helfer die Pflegekräfte, indem sie ergänzende Leistungen, wie z. B. Vorlesen oder Spazierengehen übernehmen.

Bürgerschaftliches Engagement, Haushaltshilfen, Teilhabe

Im Bereich der Teilhabe am öffentlichen Leben und der generationenübergreifenden Kommunikation gibt es in beiden Landkreisen Mehrgenerationenhäuser mit vielfältigen Angeboten. Mit den Standorten in Lübz, Ludwigslust, Greifswald, Torgelow und Görmin befinden sich diese Einrichtungen, bis auf die letztgenannte, allerdings in städtischen Zentralen Orten und nicht im ländlichen Bereich. Zudem ist ihre Anzahl gemessen an der Zahl der alten Menschen eher gering. In der Regel sind in den Mehrgenerationenhäusern auch die Mitmachzentralen untergebracht, die zu mehr ehrenamtlichen Engagement animieren sollen. Beide Landkreise versuchen, über Werbung für das Ehrenamt eine Anerkennungskultur zu entwickeln, die zu einer Zunahme des bürgerschaftlichen Engagements führen soll. Daneben bieten die in den Landkreisen aktiven Wohlfahrtsverbände und die Vereine auf Ortsebene Plattformen für das ehrenamtliche Engagement.

Mobilität

In beiden Landkreisen beschränkt sich das ÖPNV-Angebot im ländlichen Raum weitgehend auf den Schülerverkehr. Damit ist die Mobilität außerhalb der Schulzeiten, z. B. an den Wochenenden und in den Ferien, für alte Menschen deutlich eingeschränkt. Das ist umso gravierender zu beurteilen, als sich die meisten Angebote im Bereich der Nah- und Gesundheitsversorgung ohnehin bereits in den Zentralen Orten konzentrieren und von den Dörfern aus damit nicht mehr fußläufig oder mit dem Fahrrad zu erreichen sind. Darüber hinaus ist das Fahrradfahren außerhalb der geschlossenen Ortschaften aufgrund der Straßenverhältnisse vielerorts gefährlich. Alternative Bedienformen im ÖPNV konnten sich bisher in

beiden Landkreisen noch nicht durchsetzen.

IT-Techniken

Die Versorgung der ländlichen Räume der beiden Landkreise mit Breitbandtechnologie ist außerhalb der Zentralen Orte unzureichend. Es gibt größere Lücken im Netz und eine nicht geringe Anzahl von Gemeinden, in denen eine Versorgung bereits mit Basisübertragungsraten von 6 Mbit/sec nicht gegeben ist. Angesichts der Bedeutung, die die Breitbandversorgung für die Sicherung der Daseinsversorgung im ländlichen Raum bereits hat und zukünftig auch noch bekommen wird, ist dieser Zustand nicht befriedigend. Es bleibt abzuwarten, ob die aktuell zur Verfügung gestellten Bundes- und Landesmittel für den Breitbandausbau an dieser Situation etwas ändern werden.

Handlungsempfehlungen

Zur Bewältigung dieser umfassenden Herausforderungen liegen für die einzelnen Clusterbereiche fundierte konzeptionelle Ansätze und Lösungen vor, die mit den dazu angeführten Strategien umzusetzen sind. Dabei kommt es auf eine umfassende Verzahnung der Konzepte in den Clustern und Verzahnung der Clustern an. Den Kommunen/Ämtern, die für die Umsetzung zuständig sind, fehlt es jedoch häufig an Leistungskraft. Die Möglichkeiten lassen sich durch interkommunale Kooperation verbessern. Dennoch werden die Kreise die wesentlichen Umsetzungsaktivitäten wahrnehmen müssen, zumal ein Teil der Konzepte ohnehin deren Zuständigkeit obliegt. Die Kreise sollten diese Aufgabe in enger Abstimmung und engem Einvernehmen mit den Kommunen/ Ämtern wahrnehmen und vor allem die fachliche Kompetenz und Beratung leisten sowie übergreifende Abstimmungen und Koordinierungen übernehmen. Dafür bedarf es eines Steuerungsorgans und einer übergreifenden Planung. Als Steuerungsorgan ist die Bildung eines *Koordinierungsausschusses zu empfehlen*, in dem unter Vorsitz des Kreises die Gemeinden/ Ämter, Bürger- und Wirtschaftsvertreter sowie Vertreter der Cluster, für die Handlungsbedarf identifiziert wurde, eingebunden sind. Der Koordinierungsausschuss identifiziert den Handlungsbedarf, bindet die zuständigen Verwaltungen ein, veranlasst die Erarbeitung einer übergreifenden Gesamtplanung und initiiert zur Konzeptentwicklung und Umsetzung Arbeitsgruppen. Als Planung ist auf Kreisebene die Erstellung eines *Seniorenpolitischen Handlungskonzept* zu empfehlen, das in Ergänzung zum demografieorientierten *Sozialen Entwicklungsplan* zu erarbeiten ist. Davon sind für die identifizierten Handlungsbedarfe die konzeptionellen Überlegungen aufeinander abgestimmt, mit den erforderlichen Umsetzungsschritten darzustellen.

Zur Sicherung der Seniorenversorgung sind weiterhin die raumordnerischen Konzepte der Landesplanung zu verfolgen. Diesbezüglich vor allem die Ausführungen zu *Ländlichen Gestaltungsräumen* und *Zentralen Orten*. Für *Zentrale Orte* ist vor allem sicher zu stellen, dass Grundzentren weitgehend durch die Konzentration von Investitionen über eine Grundausrüstung und Mittelzentren über ein differenziertes Angebot für die in den Clustern aufgeführten Versorgungsleistungen für Senioren verfügen.

Für die Aktivitäten des Landes Mecklenburg-Vorpommern ist vor allem zu empfehlen: Veränderungen im Kommunalen Finanzausgleich zur Verbesserung der Finanzausrüstung der kommunalen Ebene und Einwirken auf Krankenkassen zur Kostenübernahme von Leistungen, mit denen diese indirekt entlastet werden, Veränderung der Bauordnung und der Förderkriterien, zur Stärkung von Barrierefreiheit und Förderung einheitlicher Datenerfassungssysteme. Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung könnte die Förderung von Gemeinde-Gesundheits-Zentren, ärztlichen Fortbildungsangeboten in ländlichen Räumen, der IT-Ausrüstung und Implementierung in Arztpraxen sowie der Arbeit runder Tische beitragen. Außerdem ist auf stärkere Kooperation zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen sowie Krankenhäuser hinzuwirken, wie ebenfalls auf eine Reduzierung der Hindernisse für Telemedizin und angemessene Abrechnungsmodalitäten für Telemedizin. In der Pflege ist das Ausbildungsangebot sowohl im geringer qualifizierenden als auch im höher qualifizierenden Bereich zu erweitern und durch Schulungs- und Beratungsangebote die Effizienz der informellen (nicht professionellen) Pflege zu

stärken, wie auch auf ein kooperatives, ergänzendes Zusammenwirken zwischen professioneller und nicht professioneller Pflege hinzuwirken wäre. Gleichfalls sind Maßnahmen zur Stärkung und Implementierung subsidiärer Leistungen einzuleiten und zur Verbesserung von Flexibilität und Kooperation die Ausbildung von Pflegefachkräften und nicht ärztlichen medizinischen Fachangestellten z. T. zu vereinheitlichen. Weiterhin ist auf die Einbeziehung von REHA in die stationäre Seniorenpflege hinzuwirken. Zur Teilhabe von Senioren am gesellschaftlichen Leben sind Vereinstätigkeiten in der Fläche zu unterstützen. Weiterhin ist zu empfehlen, dass das Land einen Handlungsleitfaden in Form eines IT-gestützten, übersichtlichen und interaktiven Nachschlagewerkes herausgibt. Damit könnten sich Gemeinden, Ämter und Kreise für jeden Handlungsbedarf zur Sicherung der Versorgung ihrer Senioren mit geringem Zeitaufwand über die vielen konzeptionellen Möglichkeiten, wie sie vor allem in den Expertisen für die Enquete-Kommission dargelegt wurden, informieren, damit dieses umfassende Wissen auf der kommunalen Ebene tatsächlich zum Wohl der älteren Mitbürger zur Anwendung und Umsetzung kommt.

Gegenüber dem Bund bzw. der Bundesebene sollte das Land vor allem auf eine angemessene Berücksichtigung der demografischen Belastungen im Länderfinanzausgleich hinwirken, sowie auf eine Erhöhung der Bundesmittel für den Breitbandausbau in strukturschwachen Regionen. Außerdem gilt es die Wiederbesetzungsfristen der kassenärztlichen Vereinigung für Arztpraxen den realen Erfordernissen anzupassen und die Hemmnisse für Telemedizin in der ärztlichen Musterberufsordnung zu reduzieren und eine angemessene Abrechnung zu erreichen. Außerdem sind Modellvorhaben des Bundes anzuregen, wie für Substitution oder alternative neue Verkehrskonzepte, für deren Durchführung gerade Mecklenburg-Vorpommern wegen der niedrigen besiedlungsdichte und des Alters der Bevölkerung in manchen Dörfern besonders geeignet wäre.

1 Ziel und Aufgabenstellung

Der demografische Wandel führt zu erheblichen Veränderungen der Bevölkerung. Die junge Bevölkerung ist vom Schwund betroffen. Gleichzeitig steigt der Anteil der alten Einwohner an der Bevölkerung und deren Anzahl immer weiter an. Das führt zu neuen und zugleich großen Herausforderungen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat darauf reagiert und die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ gebildet sowie eine Reihe von Aktivitäten und Maßnahmen eingeleitet. Die Aufgabe der Enquete-Kommission ist es, auf der Grundlage bestehender Erkenntnisse über den demografischen Wandel geeignete Maßnahmen zu empfehlen, mit denen die Teilhabe und Versorgungsansprüche der älter werdenden Bevölkerung zukünftig entsprochen werden kann. Die Enquete-Kommission hat sich mit dieser Herausforderung in etlichen Sitzungen intensiv auseinandergesetzt und bereits Grundlagenexpertise zu den Inhaltsfeldern „Lebenssituation Ältere“, „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, „Alter, Gesundheit und Pflege“, „Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe“ sowie „Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“ erstellen lassen.

Die Erarbeitung der vorliegenden Grundlagenexpertise „Daseinsvorsorge/Infrastruktur“ wurde als weiterer Auftrag vergeben. In dieser Expertise insbesondere war der Frage nachzugehen, „... wie unter Berücksichtigung eines selbstbestimmten Lebens älterer Menschen“ altersrelevante Daseinsvorsorgeleistungen und Infrastrukturangebote auch in den ländlich-strukturell schwachen Regionen künftig organisiert werden können. Als maßgebliche Rahmenbedingungen waren dabei sowohl die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung und zukünftige Siedlungsdichte als auch die zurückgehenden Finanzmittel zu berücksichtigen, da sie entscheidend auf den zukünftigen Handlungsbedarf und die Handlungsmöglichkeiten rückwirken. Deshalb kommen auch strukturelle Veränderungen und bürgerschaftliches Engagement im Sinne einer „sorgenden Gemeinschaft“ große Bedeutung für die zukünftige Entwicklung zu. Dazu sollten zugleich in den Konzepten und Maßnahmen möglichst sämtliche Generationen einbezogen werden¹. So ist eher das erforderliche Zusammenwirken der Bevölkerung erreichbar und außerdem kann eher etwaigen Generationskonflikten entgegengewirkt werden.

Die Vorgaben der Aufgabenstellung auf die Voraussetzungen für ein *selbstbestimmtes Leben der Alten Bürger* unter Beachtung der Zwänge der *finanziellen Rahmenbedingungen* hinzuwirken sind die Kernzielsetzungen der Expertise, die zudem in engen Zusammenhang stehen. Das **Ziel solange als möglich ein selbstbestimmtes Leben** zu führen wird in nahezu sämtlichen Veröffentlichungen und Untersuchungen über Senioren an erster Stelle genannt. Die Umsetzung dieser Zielsetzung hat für Senioren größte Priorität. Die **Beachtung der finanziellen Zwänge und Rahmenbedingungen ist Grundvoraussetzung für die Machbarkeit** und Umsetzungschancen der Empfehlungen für die zukünftige Seniorenversorgung. Zudem wirkt sich der demografische Wandel abträglich auf die öffentlichen Einnahmen aus, was besonders für kleine Kommunen in strukturschwachen Räumen gilt². Ein möglichst langer Erhalt der Eigenständigkeit älterer Mitbürger ist zudem letztlich kostengünstiger und eher finanzierbar, als ein frühzeitiger Einzug älterer Bürger in eine stationäre Altenversorgung.

Methodischer Ansatz und Vorgehensweise

Gegenstand der vorliegenden Expertise sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge und Infrastruktur sowie die Versorgungsbereiche mit besonderer Relevanz für Senioren. In den für die Enquete-Kommission bereits erstellten Gutachten, wurde dafür in den jeweils betrachteten Einzelbereichen umfassendes Wissen und etliche konzeptionelle Ansätze erarbeitet. Dieses umfangreiche Potential war in die vorliegende Expertise einzuarbeiten. Dazu war eine Gesamtkonzeption zu entwickeln, um in der Ergänzung zu vertiefenden Betrachtungen von Daseinsvorsorge und Infrastruktur die mit diesen Studien bereits vorliegenden Erkenntnisse in einer Gesamtstrategie einzubinden. Dafür wurden die Aussagen in den Expertisen, die bereits für

¹ Berlin-Institut u. Körber-Stiftung; Stadt für alle Lebensalter, Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin Nov. 2014.

² Winkel, R.: Die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Kommunal Finanzen am Beispiel der Lommatzcher Pflege, Untersuchung im Auftrag des Sächsischen Innenministerium, Dresden 2006; Winkel, R.: Auswirkungen des Bevölkerungsrückgangs auf die kommunalen Finanzen, in: ARL Arbeitsmaterialien Bd. 303, Hannover 2003, S. 81-89.

die Enquete-Kommission erstellt wurden sowie Literaturveröffentlichungen und eigenen Erfahrungen aus langjähriger Tätigkeit in diesem Bereich, ausgewertet. Auf dieser Grundlage wurden Folgerungen für die Einrichtungen und Versorgungsbereiche gezogen, um auf dieser Grundlage Handlungsstrategien für Gemeinden und Land zu entwickeln. Die Umsetzbarkeit der entwickelten Handlungsstrategien wird dann anhand der Analyse der beiden Lupenregionen Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald als ausgewählte Fallbeispiele untersucht und überprüft. Anhand der damit vorliegenden Ergebnisse werden Empfehlungen für die Sicherung und Entwicklung einer seniorenrechtlichen Infrastruktur und Daseinsvorsorge in den ländlichen Räumen getroffen.

Um zu gewährleisten, dass die Expertise in einem ausreichenden Bezug zu den tatsächlichen Gegebenheiten in Mecklenburg-Vorpommern steht, wurden drei Workshops durchgeführt, mit denen wichtige Akteure im Land und in den Regionen eingebunden wurden. Am 04.09. wurden im Schweriner Schloss mit Vertretern der Landesressorts, der kommunalen Spitzenverbände und der Wirtschafts- und Sozialpartner die grundlegenden methodischen und inhaltlichen Punkte der Expertise diskutiert. Auf zwei weiteren Workshops in den Lupenregionen am 02.11. und am 03.11. konnten dann die Zwischenergebnisse mit den Kommunen und Akteuren vor Ort abgestimmt werden.

Aufbau und Gliederung der Studie

Der Aufbau der Expertise gliedert sich in sechs Inhaltsbereiche. Im ersten Inhaltsbereiche (Kapitel 2) werden als Arbeitsgrundlage definitorische Klärungen, insbesondere der Infrastruktur und Daseinsvorsorge vorgenommen. Dazu erfolgt eine Differenzierung der zu betrachteten Altersgruppen und es werden die Infrastruktureinrichtungen betrachtet und definiert, denen besondere Bedeutung für die Seniorenversorgung zukommt. Nach den somit erfolgten begrifflichen Klärungen werden die für Senioren maßgeblichen Versorgungsbereiche – hier als Cluster bezeichnet - betrachtet. Die Ausbildung der Cluster orientiert sich an den Leitlinien der Weltgesundheitsversorgung für altersfreundliche Siedlungen sowie den Versorgungsbereichen, die in den vorliegenden Expertisen für die Enquete-Kommission und in weiteren Studien behandelt wurden. Dazu werden jeweils die Handlungserfordernisse kurz dargestellt und die jeweiligen konzeptionellen Ansätze und Möglichkeiten für die Seniorenversorgung. In Kapitel vier werden dazu die Ausprägungen in den beiden Lupenregionen dargestellt.

Auf dieser Grundlage werden im Kapitel fünf Strategien entwickelt. Dafür wurden aus den für die Enquete-Kommission erstellten Gutachten die Aussagen und die Handlungsempfehlungen übernommen (durch jeweilige Quellenhinweise gekennzeichnet), die für die Daseinsvorsorge und Infrastruktur für die Seniorenversorgung aus der Sicht der vorliegenden Studie geeignet sind. Außerdem stützen sich die hier getroffenen Aussagen zugleich auf Erkenntnisse aus weiteren Studien, wie u. a. aus dem MORO-Projekt *Regionale-Daseinsvorsorge* und vorangegangenen eigenen Forschungs- und Beratungsprojekten. In den hier getroffenen Ausführungen wird dazu die jeweilige Versorgungslage mit der wesentlichen Infrastruktur und Daseinsvorsorge für Senioren dargestellt, um dann Problemlagen herauszufiltern, zu deren Beseitigung die entwickelten Strategien beitragen können. Die Anwendung und Umsetzung der Strategien wird als Best-Praxis-Beispiele am Beispiel der beiden Lupenregionen Greifswald und Ludwigslust-Parchim dargestellt (überwiegend ebenfalls im Kapitel vier). Auf dieser Grundlage werden im sechsten Kapitel generelle Handlungsempfehlungen sowie für die Kommunen/Ämter und Kreise und für das Land Mecklenburg-Vorpommern entwickelt und dargelegt, welche Folgerungen sich daraus für die Bundesaktivitäten ergeben könnten.

2 Identifikation des Untersuchungsgegenstandes / Begriffsbestimmungen

2.1 Daseinsvorsorge / Infrastruktur

Unter Daseinsvorsorge wird allgemein die Gewährleistung eines öffentlichen Angebots der vom Gesetzgeber als lebensnotwendig eingestuften materiellen, personellen sowie institutionellen Güter und Dienstleistungen verstanden, die zur Versorgung der Bevölkerung und Wirtschaft erforderlich sind.³ Das gilt gleichfalls von der Definition her für Infrastruktur. Für Daseinsvor gibt es jedoch keine allgemein anerkannte Begriffsdefinition, wenngleich sich die begriffliche Auslegung in der Literatur nicht im Wesentlichen sondern nur in der Detailauslegung unterscheiden. Die bis heute weitgehend anerkannte Definition für Infrastruktur hat Joachimsen in sehr allgemein gehaltener Form vor etwa 50 Jahren formuliert. Die Unterschiede in den Begriffsauslegungen liegen darin, dass die Daseinsvorsorge als wesentliche Voraussetzung und Einflussgröße für die Umsetzung der im Grundgesetz (GG) und im Raumordnungsgesetz (ROG) getroffene Vorgabe gesehen wird, dass der Staat auf gleichwertige Lebensverhältnisse in seinen Teilräumen hinzuwirken hat. Daseinsvorsorge steht somit in direktem Zusammenhang mit gesellschaftspolitischen Zielsetzungen. Der Begriff Infrastruktur bezieht sich hingegen allein auf materiellen, personellen und institutionellen Ausstattung, deren allgemeine Gewährleistung als lebensnotwendig für die Bevölkerung und Wirtschaft angesehen wird. Da die Infrastrukturausstattung gleichfalls Voraussetzung für die Zielsetzung ist, durch Daseinsvorsorge auf gleichwertige Lebensverhältnisse hinzuwirken, sind beide auf das engste verknüpft, so dass eine Differenzierung kaum möglich ist.

Für Infrastruktur galt lange Zeit das Primat, dass der Zugang durch ein öffentliches Angebot zu gewährleisten ist, was gleichfalls aus dem Gleichwertigkeitsziel abgeleitet für Daseinsvorsorge galt. Deshalb wurde Infrastruktur auch lange Zeit als Bereitstellung öffentlicher Leistungen und Güter zur Umsetzung der Daseinsvorsorge für gleichwertige Lebensverhältnisse verstanden.

Die eindeutige Zuordnung als öffentliche Leistung war jedoch in der Bundesrepublik Deutschland für Teilbereiche nie gegeben. So wurde die ambulante medizinische Versorgung weitgehend privatwirtschaftlich durch die niedergelassenen, freiberuflichen Arztpraxen erbracht. Zudem können die Gebietskörperschaften die Erbringung öffentliche Infrastrukturleistungen delegieren, wenn sie damit überfordert sind oder diese durch Delegation besser und günstiger zu erbringen sind, wie z. B. die Strom- oder Trinkwasserversorgung. Zudem sprechen EU-Recht und die allgemeinen Entwicklungstendenzen dafür, dass weitere angestammte öffentliche Aufgaben der Daseinsvorsorge privatisiert werden. Die Trennung zwischen öffentlicher und nichtöffentlicher Aufgabenwahrnehmung lässt sich somit für immer wenige Bereiche klar vollziehen. Dennoch betonte auch die Europäische Kommission, dass Solidarität und Gleichbehandlung in einer offenen, dynamischen Gesellschaft grundlegende Ziele der Europäischen Gemeinschaft sein und dabei auch die Leistungen der Daseinsvorsorge eine bedeutende Rolle spielen. Für die Europäische Kommission ist die Daseinsvorsorge durchaus auch Voraussetzung für die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit in ihrer wirtschaftlichen als auch in ihrer nichtwirtschaftlichen Leistungserbringung⁴. Im englischen Sprachgebrauch wird dafür der Terminus „Services of General Interest“ benutzt. Das entsprechende Grünbuch der Europäischen Kommission unterscheidet dazu in drei Dienstleistungen Kategorien von allgemeinem Interesse, von denen der dritten Gruppe für die hier behandelte Thematik die größte Bedeutung zukommt⁵, Dabei handelt es sich um weniger

³ Winkel, R., Spiekermann, K.: Deutschland in Europa, Ergebnisse des Programms ESPON 2013, H. 4: Demographischer Wandel und Daseinsvorsorge, Bonn 2014, S. 15, s. a.: Winkel, R., Greiving, S., Klinge, W., Pietschmann, H.: Sicherung der daseinsvorsorge und zentrale-Orte-Konzept – gesellschaftliche Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion: Kapitel: Stand der Diskussion um die Sicherung und Weiterentwicklung der öffentlichen Daseinsvorsorg, MORO-Vorhaben 2010;

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/FP/MORO/Studien/Studie/SicherungDaseinsvorsorge/06_Veroeffentlichung.html

⁴ Winkel, R., Greiving, S., Klinge, W., Pietschmann, H.: Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzept – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion, BMVBS Juni 2010.

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/FP/MORO/Studien/Studie/SicherungDaseinsvorsorge/06_Veroeffentlichung.html

⁵ Europäische Kommission: Grünbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/?uri=COM\(2003\)0270:com_2003_0270de01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/?uri=COM(2003)0270:com_2003_0270de01.pdf) (18.11.2013).

gemeinschaftlich regulierten Dienstleistungen, die weitgehend mit den sozialen Funktionen des modernen Wohlfahrtsstaates assoziiert werden können.

Der deutsche Staat zieht sich jedoch zunehmend auf eine Gewährleistungsverantwortung zurück und überlässt die Leistungserbringung privatwirtschaftlichen Anbietern⁶. Die Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) verweist in diesem Zusammenhang zugleich auf den „... Wandel des Staatsverständnisses vom fürsorgenden Wohlfahrtsstaat zum vorsorgenden und aktivierenden Gewährleistungs- und Verantwortungsstaat...“, in dem der Bürger mehr eigene Verantwortung übernimmt und eine Überprüfung der öffentlichen Leistungen in Hinblick auf Privatisierung vorzunehmen ist⁷. Die Versorgungsverantwortung verbleibt jedoch größtenteils beim Staat und den Kommunen. In der Gesundheitsversorgung hat die jüngste Entwicklung sogar zu einer Zunahme der Versorgungsverantwortung der Kommunen geführt. Da die KV (Kassenärztliche Versorgung) die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten auf sich allein gestellt nicht sichern kann (siehe a. 5.1), ist ein Gesetz im Gesetzgebungsverfahren, das den Kommunen Versorgungsverantwortung überträgt. In ärztlich absehbar gefährdeten Gebieten können Kommunen für ihre Bürger zur Sicherung der Daseinsvorsorge der ärztlichen Versorgung unter bestimmten Voraussetzungen selbst Träger von Medizinischer-Versorgungs-Zentren (MVZ) werden und diese mit angestellten Ärzten betreiben.

Die Leistungen der Daseinsvorsorge und der dafür erforderlichen Infrastruktur lassen sich daher mit den „klassischen“ Begriffsdefinitionen nicht eindeutig abgrenzen und bestimmen. Von daher orientiert sich die vorliegende Expertise an den Versorgungsbedarf der älteren und alter Bevölkerung, die im Folgenden als Senioren bezeichnet werden.⁸ Das sind im Wesentlichen die in den Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission betrachteten Bereitstellung oder bestimmte Ausprägung für:

- Wohnversorgungen,
- unterstützende Hilfen zum Wohnen,
- Wohnumfeld,
- Waren und haushaltsorientierte Dienstleistungen,
- Gesundheit,
- Pflege,
- Kommunikation, Austausch, Freizeit, Kultur,
- Bürgerschaftliches Engagement
- Teilhabe / Mobilität.

Der Versorgungsbedarf umfasst jeweils die materielle, personelle und institutionelle Ausstattung. Es geht also nicht um einzelne Sachaspekte oder Ausstattungen, sondern um ein Bündel an Ausstattung und Maßnahmen, mit dem die Versorgung und eine möglichst lange eigenständige Lebensführung von Seniorinnen/Senioren gesichert werden kann. Diese Ausstattung wird im Folgenden als Cluster (der Daseinsvorsorge/Infrastruktur für Senioren) bezeichnet. Sie umfasst die gesamte materielle, personelle und institutionelle Ausstattung, die in den aufgeführten Clustern (Bereichen) für die Sicherung der Versorgung hier als wesentlich erachtet werden. Die Cluster entsprechen den Handlungsfeldern, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Leitfaden für altersfreundliche Städte und Gemeinden vorgibt, wobei hier einige Handlungsfelder weiter differenziert werden⁹.

⁷ Positionspapier der ARL Nr. 69: Gleichwertige Lebensverhältnisse: eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe neu interpretieren, Hannover 2006, S. 3.

⁸ Mit der Bezeichnung Senioren für die ältere und alte Bevölkerung sind sowohl Seniorinnen als auch Senioren gemeint. Die Bezeichnung Senioren wurde gewählt, um den Text knapp zu halten, ohne dass damit in irgendeiner Weise eine Diskriminierung von Frauen gemeint ist.

⁹ Berlin-Institut u. Körber-Stiftung; Stadt für alle Lebensalter, Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin Nov. 2014.

2.2 Senioren-Altersgruppen

Der Versorgungsbedarf von Senioren ist altersabhängig. Entsprechend des ansteigenden Alters nehmen die Alltagskompetenz ab und zugleich der gesundheitliche Betreuungsbedarf einschließlich der Pflege zu. Deshalb ist es üblich, für den Versorgungsbedarf die Senioren in Altersgruppen zu differenzieren. Dafür gibt es jedoch keinen einheitlichen allgemeingültigen Maßstab, wie auch die Bezeichnungen für die Altersgruppen unterschiedlich sind. Zudem ist die Datenzugänglichkeit zu berücksichtigen. Daten liegen für die gesamte Bevölkerung über 65 Jahre vor, für die im günstigen Falle noch Aussagen in Fünf-Jahres-Intervallen zugänglich sind. Für eine differenziertere Betrachtung, die z. B. den Einstieg in das Rentenalter ab 67 Jahre berücksichtigt, sind i. d. Regel Sonderauswertungen erforderlich. In der vorliegenden Expertise wurde in Reflexion zu den Ausführungen in der Literatur¹⁰ und anderen Untersuchungen sowie in Hinblick auf den Datenzugang folgende Einteilung gewählt:

- *Ältere Menschen*: 55 bis unter 65 Jahre,
- *Senioren* : 65 Jahre und älter,
- *Mobile alte Menschen*: 65 bis unter 75 Jahre,
- *Alte Menschen*: 75 bis unter 85 Jahre,
- Hoch betagte alte Menschen: 85 Jahre und älter.

Ältere Menschen (55 – u. 65 J.): Diese Altersgruppe ist zum großen Teil noch berufstätig, bei steigender Tendenz im Beschäftigungsverhältnis zu bleiben. Die Altersgruppe stellt zugleich einen wesentlichen Anteil an bürgerschaftlichen Engagement und in der familiären oder nachbarschaftlichen Pflege. Die familiäre Pflege wird überwiegend von Frauen der Altersgruppe 45 bis 65 Jahre geleistet. Die Altersgruppe der *Älteren Menschen* stellt keine besonderen Anforderungen an die Wohnungsversorgung, an Hilfsdienste und das Wohnumfeld. Sie hat ebenfalls kaum Pflegebedarf und überwiegend nur einen verhältnismäßig niedrigen höheren gesundheitlichen Betreuungsbedarf. Diese Altersgruppe ist mobil und fährt häufig ein Kfz und oder zumindest ein Fahrrad. Insgesamt hat diese Altersgruppe für einen speziellen Seniorenbedarf nur ein geringes Gewicht: Sie stellt aber ein wichtiges Potential für bürgerschaftlichen Engagement zur Seniorenversorgung dar.

Senioren (65 J. u. älter): Das wesentliche Merkmal dieser Gruppe ist das Ausscheiden aus dem Berufsleben. In Hinblick auf die mit Sicherheit unvermeidliche Verlängerung der Lebensarbeitszeit sowie der steigenden Lebenserwartungen wäre hier für zukünftige Betrachtungen eine Anhebung der Altersgruppe auf 66 oder besser auf 67 Jahre sinnvoll, die aber aus den angeführten Datenproblemen derzeit kaum praktikabel ist. Die Altersgruppe Senioren muss unerlässlich differenziert werden, da sich der Versorgungsbedarf in dieser Gruppe mit ansteigendem Alter massiv verändert.

Mobile alte Menschen (65 – u. 75 J.): Diese Altersgruppe ist überwiegend fit, dynamisch und noch leistungsfähig. Der Großteil benötigt keine besonderen Wohnformen und stellt auch wenig Anforderungen an das Wohnumfeld, wenngleich für einen Teil bereits die Bedeutung des Kriteriums „barrierearm“ steigt. Diese Altersgruppe ist i. d. Regel mobil. Die Kfz-Nutzung hängt mehr von den finanziellen Möglichkeiten als von den körperlichen Fähigkeiten ab. Der gesundheitliche Betreuungsbedarf beginnt jedoch mit fortschreitendem Alter anzusteigen. Der Pflegebedarf ist noch gering. Die Gruppe stellt ein wichtiges Potential für bürgerschaftliches Engagement dar. Zugleich gewinnt für diese Gruppe altersorientierte Gesundheitsprävention, insbesondere durch körperliche Aktivitäten Bedeutung, um lange fit zu bleiben.

Alte Menschen (75 – u. 85 J.): Diese Gruppe ist vom Übergang gezeichnet, der je nach individueller Beschaffenheit früher oder später einsetzt. Ein zunehmender Teil benötigt barrierearmes oder barrefreies Wohnen sowie ein entsprechendes Wohnumfeld. Der Bedarf an Haushaltshilfe steigt, wie gleichfalls von einer deutlichen Zunahme der gesundheitlichen Versorgung,

¹⁰ In einer der Expertisen wurde zunächst in die Altersgruppen 60+ und 80+ (S.11) und im weiteren Verlauf in 55-64 J., 65 -84 J. und 85+ J (S. 17) differenziert. Enquete-Kommission Mecklenburg-Vorpommern: Kommissionsdrucksache vom 09.10.2012, Tiving, T. u. a. : Grundlagenpapier „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“ Department AGIS „Altern des Individuums und der Gesellschaft“ der Universität Rostock.

insbesondere auch mit multimorbiden Erkrankungen auszugehen ist. Gleichfalls steigt der Pflegebedarf, wobei von eher niedrigen Pflegestufen und ambulanten Betreuungsbedarf auszugehen ist. Für einen Teil dieser Altersgruppe wird betreutes Wohnen relevant. Die Mobilität geht deutlich zurück, insbesondere unter den Selbstfahrern von Kraftfahrzeugen. Der Aktionsradius schränkt sich deutlich und zunehmend ein, bei zunehmender Bedeutung des ÖPNVs oder alternativer Verkehrsangebote. Die Möglichkeiten zum bürgerschaftlichen Engagement gehen zunehmend zurück.

Hoch betagte alte Menschen (85 J. u. älter): Diese Gruppe ist zum großen Teil auf seniorenspezifische Versorgungsangebote angewiesen, d. h. eher barrierefrei als barrierearm für Wohnung und Wohnumfeld, Haushaltshilfe und Servicedienste. Der gesundheitliche Betreuungsbedarf nimmt stark zu. Der Großteil hat multimorbide Erkrankungen. Gleichfalls nimmt der Pflegeanteil bei steigenden Pflegestufen zu. Die eigenständige Haushaltsführung wirft zunehmende Probleme auf. Sie ist für viele nicht mehr möglich. Die Möglichkeiten für betreutes Wohnen reduzieren sich und müssen oft auf betreute Alten-Wohngemeinschaften oder auch auf eine Übersiedlung in ein Altersheim reduziert werden. Die Mobilität entwickelt sich zunehmend zurück und reduziert sich weitgehend auf fußläufig zu bewältigende kurze Distanzen und dem ÖPNV oder alternativen Verkehrsangeboten, bis sie sich auf den unmittelbaren Wohnbereich reduziert oder völlig beendet wird und zur Übersiedlung in die stationäre Pflege führt. Diese Gruppe benötigt einen hohen, mit dem Alter ansteigenden Versorgungsbedarf, und hat für bürgerschaftliches Engagement nahezu keine Relevanz.

Die Zuordnung zu den angeführten Altersgruppen kann stets nur eine grobe Orientierung sein, da sich die Alltagskompetenz sehr unterschiedlich für den einzelnen Menschen verändert. So gibt es Senioren/Seniorinnen die noch mit mehr als 90 Jahren eigenständig ihren Haushalt führen, wie es umgekehrt Menschen gibt, die bereits mit 70 oder 75 Jahren dazu nicht mehr in der Lage sind. Was aber nach der statistischen Wahrscheinlichkeit nachweislich gilt, der Hilfebedarf und dessen Intensität nimmt mit ansteigender Altersgruppe zu. Daraus ist zu folgern, je mehr Menschen höherer Altersgruppen in einem Kreis, in einer Gemeinde leben, umso höher ist der Bedarf nach Daseinsvorsorge, die dem Bedarf älterer Menschen entspricht. Je höher die Anzahl der hochbetagten Menschen ist, umso wichtiger wird die Daseinsvorsorge und Infrastruktur, die auf diesen Personenkreis ausgerichtet ist. Aus diesem Grunde können anhand der Daten zum Altersaufbau und der Altersentwicklung der Bevölkerung einer Gemeinde oder eines Kreises Rückschlüsse auf den Bedarf an seniorengerechter Daseinsvorsorge und Infrastruktur geschlossen werden.

2.3 Ländliche Räume

Das Thema des demografischen Wandels und der Sicherung der Daseinsvorsorge für Senioren betrifft insbesondere ländliche Räume. Unter diesem Begriff werden an dieser Stelle die im Entwurf zur 2. Stufe der Beteiligung zur Fortschreibung des Landesraumentwicklungsprogramms (LEP) Mecklenburg-Vorpommern¹¹ genannten Raumkategorien

- Ländliche Räume und
- Ländliche Gestaltungsräume

verstanden. Damit werden mehr als 90 % der Landesfläche mit 60 % der Bevölkerung erfasst. Die ländlichen Räume sollen gemäß LEP-Entwurf „einen attraktiven und eigenständigen Lebens- und Wirtschaftsraum bilden“ und „der dort lebenden Bevölkerung einen Zugang zu Angeboten der Daseinsvorsorge ermöglichen“. Damit wird als raumordnerisches Ziel definiert, was auch als Prämisse dieser Expertise zugrunde liegt.

Es gibt eine Reihe von Wechselbeziehungen zwischen den so abgegrenzten ländlichen Räumen und den sechs Stadt-Umland-Räumen, die im LEP-Entwurf ausgewiesen werden. Viele für Senioren relevante Infrastruktureinrichtungen sind in größeren Städten angesiedelt und werden auch aus dem ländlichen Raum heraus in Anspruch genommen. Dies betrifft z. B. eine Reihe

¹¹ Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern 2015, S. 25 ff.

von fachärztlichen Angeboten oder auch speziell auf Senioren ausgerichtete Einrichtungen, wie z. B. das Mehrgenerationenhaus „Bürgerhafen“ in Greifswald. Insofern bestehen gerade im Bereich der Infrastrukturen für Senioren enge Verknüpfungen zwischen den genannten Raumkategorien.

2.4 Infrastrukturarten

Zur Sicherung der Versorgung gibt es viele Infrastrukturarten, insbesondere materieller, teilweise auch personeller Art, von denen wesentliche Wirkungen für die jeweiligen Versorgungscluster ausgehen. Im Folgenden werden diese näher betrachtet. Es werden jeweils Begriffsbestimmungen vorgenommen und die Wirkungen, mögliche Trägerschaften, wahrscheinliche Kosten sowie die Finanzierung dargelegt. In den Ausführungen zu den Clustern wird im Kapitel 3 darauf Bezug genommen.

2.4.1 Mehrbehandlerpraxen, Gemeinschaftspraxen und vgl. Formen

In Mehrbehandlerpraxen sind Vertragsarztpraxen mit mindestens zwei oder mehr Ärzte/Ärztinnen tätig, die außer dem oder den Inhaber/n/innen dort auch als Angestellte arbeiten können. Die Abrechnung und Finanzierung erfolgt in gleicher Art, wie in üblichen Vertragsarztpraxen. Die Vorteile von Mehrbehandlerpraxen liegen in der effizienten, gemeinsamen Gerätenutzung, dem fachlichen Austausch unter den Ärzten, den besseren Vertretungsmöglichkeit im Falle von Urlaub oder Abwesenheit für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Außerdem bedarf es nach den Erfahrungen eines größeren Angebots für ärztliche Arbeitsplätze im Angestelltenverhältnis und einer größeren ärztlichen Leistungskraft, die eher mit neuen rationellen Strukturen erreichbar ist. Mit den neuen Strukturen können nicht rein ärztliche Tätigkeit sowie medizinische Leistungen im niederschweligen Bereich eher delegiert werden, so dass ein Zeitgewinn ermöglicht wird, der die Ärzte in die Lage versetzt mehr Patienten zu behandeln als der KV-Richtwert vorgibt.

Raumbezug: Gemeinden (die Praxis belegt, wenn nur in größeren), Grundzentren

2.4.2 MVZ Medizinisches Versorgungszentrum

Ein MVZ medizinisches Versorgungszentrum ist ein Zusammenschluss aus zugelassenen Leistungserbringern des Gesundheitswesens, die dort als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Im MVZ erhält der Träger bzw. die Gesellschaftsform des Trägers unter der Voraussetzung der sachkundigen personellen Ausstattung (ggf. durch Anstellung von Ärzten) die Zulassung. Deshalb wird diese auch als institutionalisierte Zulassung bezeichnet. Damit sind vor allem Möglichkeiten geschaffen worden, ambulante medizinische Leistungen durch angestellte Ärzte zu erbringen und die „... bisherige Trennung von ambulanter und stationärer medizinischen Versorgung sowie die enge medizinische Fachgebietsabgrenzungen ... aufzuheben.“¹² In dem Zusammenschluss können weitere Leistungserbringer des Gesundheitswesens wie Apotheken oder Physiotherapeuten integriert werden, wenn gleich das nicht zur eigentlichen Kernaufgabe eines MVZ gehört und in den meisten Bundesländern nicht zur Anwendung kommt. „Die Besonderheit der MVZ liegt in der Konsequenz darin, dass sie über ihre Ärzte, aber zugleich formal als juristische Person an der Versorgung der GKV-Versicherten teilnehmen. Dadurch entstehen häufig Strukturen, bei denen die Ebene der ärztlichen Leistungserbringung von der Ebene der Verwaltung, bzw. der Träger getrennt ist. Hingegen ist in einer Gemeinschaftspraxis eine Personalidentität zwischen Ärzten und Gesellschaftern per Definition vorgegeben.“¹³

¹² Medizinische Versorgungszentrum, Begriff: Google, 28.8.2015.

¹³ Bundesverband medizinischer Versorgungszentren und Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e. V., Googleausdruck 28.8.2015. Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur Seite 20

Die MVZ bekamen in Deutschland 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz besondere Bedeutung. Laut dem Gesetz sind neben Vertragsärzten auch dazu ermächtigte Krankenhausärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In der ursprünglichen Ausrichtung waren die MVZ auf fachübergreifende Behandlungen ausgerichtet. Deshalb mussten mindestens zwei unterschiedliche ärztliche Fachrichtungen dort vertreten sein. Diese Vorgabe ist seit 2015 entfallen, so dass z. B. in einem MVZ ausschließlich Allgemeinmediziner tätig sein können. Träger eines MVZ können nur Leistungserbringer sein, die nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) zugelassen sind, d. h. Ärzte aber auch Krankenhäuser und nach der jüngsten Gesetzgebung ebenfalls Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen¹⁴ sowie Kommunen. In einem MVZ waren in Deutschland 2013 im rechnerischen Durchschnitt 5,5 Ärzte tätig¹⁵. In Mecklenburg-Vorpommern sind von 45 MVZ 23 in Krankenhausträgerschaft. Ein MVZ muss grundsätzlich einen ärztlichen Leiter haben, der Mitglied der KV ist, in deren Bezirk das MVZ liegt. Der Geschäftsführung des Trägers eines MVZ muss mindestens ein/e Arzt/Ärztin angehören. Die Ausgestaltung der Rechtsform eines MVZ ist in § 95 Ia SGB V geregelt. Die Leistungen eines MVZ können mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden, wenn die Voraussetzung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gegeben ist. Dafür gelten analog die Regelungen für niedergelassene Vertragsärzte, quasi vergleichbar mit der Abrechnung einer Gemeinschaftspraxis, wobei jedoch je nach Behandlungsfall ein so genannter „Kooperationszuschlag“ gewährt wird.

MVZ werden in unterschiedlicher Größe gebildet und unterhalten. Je nach Träger handelt es sich z. T. um größere Einrichtungen, die entsprechend wie Mehrbehandlerpraxen leistungsstärker sind, wenn sie mehr als vier Zulassungen umfassen. **Die Vorteile** von MVZ liegen wie für Mehrbehandlerpraxen in der Effizienz der Gerätenutzung, dem fachlichen Austausch der Ärzte, besseren Vertretungsmöglichkeiten und in der größeren Leistungsfähigkeit. MVZ können in absehbar unterversorgten Gebieten eingerichtet werden, so dass dort Versorgungsnotständen gezielt entgegengewirkt wird. Durch ihre Trägerschaft oder Beteiligung an MVZ können Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung tätig werden, wobei den Kommunen durch ihre Zulassung als Träger ganz neue Möglichkeiten gegeben sind. Aufgrund der Möglichkeit einer Beteiligung anderer Leistungserbringer des Gesundheitswesens sowie der Leistungsfähigkeit von MVZ werden auch die Voraussetzungen zur umfassenden Kooperation örtlicher und regionaler Gesundheitsvorsorge verbessert. Grundzentren sollten ein hausärztliches MVZ mit mehreren Zulassungen mit Teilzeit angestellten Ärzten aus dem Abgeber (siehe 3.5.1) und Nachwuchsbereich anstreben, wenn die ärztliche Versorgung nicht durch andere ärztliche selbständige Leistungsanbieter gesichert ist.

Ein grundsätzliches Problem dürfte jedoch darin liegen, dass die niedergelassenen Vertragsärzte diese Einrichtungen oft als unliebsame Konkurrenz auffassen, wenn der Träger ein Krankenhaus oder die Kommune ist¹⁶. Deshalb sollte eine Beteiligung von niedergelassenen Ärzten angestrebt werden. Die kann durch die Mitwirkung von Haus- und Fachärzten der Grundversorgung erfolgen und deren Einbeziehung bei der Erstdiagnose und Erstellung des Behandlungsplanes bei multimorbiden Patienten, oder auch durch Beteiligung an der Trägerorganisation. In absehbar unterversorgten Gebieten dürfte das mögliche Konfliktpotential jedoch schnell an Bedeutung verlieren. Dort liegen die großen Herausforderungen in der Bewältigung der vielen Patienten, die mit fortschreitendem Ruhestandseintritt von Ärzten zu bewältigen sind, und nicht in der Konkurrenz um Patienten. Als Träger kommen derzeit und zukünftig Ärzte, Wohlfahrtsverbände wie DRK, Caritas, Diakonie mit entsprechenden Krankenhäusern und Kommunen in Frage. Die geplante Umwandlung kleiner Krankenhäuser in MVZ für die ambulante Nahversorgung, ggf. mit stationärem Ergänzungsangebot ist mit Kosten verbunden. Deren Höhe kann je nach dem Veränderungsumfang und den Voraussetzungen dafür eine beträchtliche Größe erreichen. Zur Bewältigung dieser Aufwendungen kann jedoch zukünftig ein neues Förderprogramm des Bundes genutzt werden, der Innovationsfonds. Das Programm umfasst ein Gesamtvolumen von einer Milliarde Euro, von denen 50 % durch die Länder kofinanziert werden, und

¹⁴ Bundesverband medizinischer Versorgungszentren und Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e. V., Googleausdruck 28.8.2015.

¹⁵ KBV Medizinische Versorgungszentren (MVZ) unter : <http://www.kbv.de/8791.html>, vom 20.12.2013.

¹⁶ Als Beispiel sei auf die Position der KV in Baden-Württemberg in einer jüngeren Veröffentlichung verwiesen, sowie auf Erfahrungen, dass ein Krankenhausträger von niedergelassenen Vertragsärzten dadurch boykottiert wird, dass diese dort keine Patienten zur stationären Behandlung überweisen.

wird nach dem „Königsteiner Schlüssel“ auf die Bundesländer aufgeteilt, die dann für die Vergabe an Vorhaben in ihrem Gebiet zuständig sind.

Medizinische Versorgungszentren sind für die Sicherung der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung wichtig, wobei jedoch die Bedeutung mit der Wahrscheinlichkeit der Intensität des Versorgungsbedarfes zunimmt. Deshalb haben sie besonderes Gewicht für die Gesundheitsversorgung junger Mütter und für die Versorgung der Senioren/Seniorinnen. Da die Erkrankungswahrscheinlichkeit ab dem 55. Lebensjahr und ab dem 75. Lebensjahr für Multimorbide Erkrankungen deutlich ansteigt, wächst die Bedeutung der MVZ entsprechend der Zunahme dieser Altersgruppen,

Raumbezug: Grundzentren, Mittelzentren

2.4.3 Gemeinde-Gesundheits-Zentren/ MVZ

Gemeinde-Gesundheits-Zentren dienen der wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung. Der Begriff ist nicht genau definiert. Je nachdem wie umfassend das Gemeinde-Gesundheits-Zentrum auf die gesundheitliche Versorgung hinwirkt, kann es sich vorwiegend um die ärztliche/medizinische ambulante oder auch teilstationäre Versorgung bis hin zu kleinen Krankenhäusern, die auch ambulante Leistungen bieten, handeln. Es kann gleichzeitig räumlich auch weitere Leistungsträger wie die Pflege, Medikamentenversorgung/Apotheken, Therapeuten, Prävention usw. umfassen. Für Gemeinde-Gesundheits-Zentren gelten die gleichen Aussagen zum altersabhängigen Versorgungsbedarf, die oben zu den MVZ dargelegt wurden.

In Mecklenburg-Vorpommern sollten nach Aussage der entsprechenden Fachexpertise, die im Auftrag der Enquete-Kommission erarbeitet wurde¹⁷, mit der strukturellen Anpassung kleiner Krankenhäuser (120 bis unter 150 Betten), die nur über begrenzte Leistungskapazitäten und -möglichkeiten verfügen und deren Bettenanzahl nach den Landesberechnungen nicht erforderlich sind, umfassende Veränderungen eingeleitet werden. Für diese Krankenhäuser werden zwei Möglichkeiten in Betracht gezogen. Dort wo eine Überversorgung an Krankenhausbetten besteht und bei einer Auflösung der Häuser keine deutlichen Nachteile in der stationären Nahversorgung zu erwarten sind, werden im Wesentlichen die stationären Kapazitäten an andere größere Häuser abgegeben und die kleinen Krankenhäuser in ambulante Versorgungseinrichtungen umstrukturiert. In dem Fall ist zu prüfen, wie weit ggf. nicht mehr benötigte Bettenkapazitäten an die Pflege übergehen können, um damit ein Angebot für Tages-, Nacht- oder Verhinderungspflege zu schaffen.

Diese Krankenhäuser können nach ihrer Veränderung zu größeren **MVZ als Gemeinde-Gesundheits-Zentren** verändert werden, die auf eine wohnortnahe Versorgung ausgerichtet sind. Schwerpunkt wäre insbesondere auch die altersmedizinische Betreuung von multimorbiden chronisch kranker Patienten sowie Kindern und Jugendlichen mit Harz IV- und Migrationshintergrund. Mit der Veränderung zum Gemeinde-Gesundheits-Zentrum wird zugleich eine Verzahnung der stationären Versorgung für einen umfassend ambulanten Versorgungsansatz verfolgt. Das Leistungsspektrum der multiprofessionellen Aufgabenorganisation ist am regionalen Bedarf zu orientieren und mit dem vorhandenen regionalen Angebot abzustimmen. Nach der Umwandlung sollen diese Einrichtungen ebenfalls die ortsnahe Notversorgung an Sonn- und Feiertagen sicherstellen. Die Trägerschaft hängt von den regionalen/örtlichen Gegebenheiten ab, bei Vorrang ambulanter Versorgung durch gesellschaftsrechtliche Modelle einer gemeinsamen Trägerschaft durch Ärzte der Region und Krankenhäusern und Kommunen.¹⁸ Es haben sich dafür zwei Modelle herausgebildet:

¹⁷ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/35 (neu) vom 30.1.2015, HGC GesundheitsConsult GmbH: Grundlagenexpertise „Alter, Gesundheit und Pflege“ (Teil 1)

¹⁸ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/35 (neu) vom 30.1.2015, HGC GesundheitsConsult GmbH: Grundlagenexpertise „Alter, Gesundheit und Pflege“ (Teil 1), S. 49.

- Kleine Krankenhäuser sichern die Regionalversorgung als integrierte Zentren unter Einbeziehung der ambulanten Medizin durch gemischte MVZ-Trägerstrukturen. Dabei übernehmen niedergelassene Vertragsärzte im Rahmen ihrer Möglichkeiten Versorgungsaufgaben (Sprechstunde, Belegärzte...) und sind fachlich und organisatorisch eng mit dem Krankenhaus verbunden. Außenstandorte können als Sprechstunden und mobile Dienste „rollende Sprechstunde“ die Versorgung in peripheren Regionen ergänzen (vgl. Campus-Konzept der Rhön-Gruppe).
- Vertragsärzte der Region organisieren langfristige Regelversorgung im Landkreis durch Bildung einer rechtsfähigen MVZ-Struktur und Aufbau eines GGZ. Das Krankenhaus kann langfristig den Versorgungsauftrag modifizieren und die stationären Kapazitäten dann teilweise oder vollständig in ein anderes Krankenhaus (nächst höhere Ebene) überführen. Die stationäre Vorhaltung kann reduziert werden auf Geriatrie und Operationen mit geringerer Verweildauer, tagesklinische Versorgung und ambulantes Operieren ergänzen die ambulante Patientenversorgung.¹⁹ Als innovatives Beispiele für derartige langfristige Versorgungsstrukturen sind anzuführen: „Gesundes Kinzigtal“, Ärztenetz Südbrandenburg, HaffNet oder Zentrales Gesundheitshaus Woldegk²⁰

Die HGC GesundheitsConsult führt in ihrer Expertise an, dass in Mecklenburg bis zu 10 weiteren Gemeindegesundheitszentren zur Versorgung der Fläche vorstellbar sind.²¹ Aufgrund der oben angeführten Erfahrungen hinsichtlich der Akzeptanz durch die niedergelassenen Ärzte sollten für die Trägerschaft vor allem innerärztliche Lösungen angestrebt werden, in dem eine ärztliche Organisation als Managementverantwortlicher auftritt oder zumindest regionale Ärzte in die Trägerschaft eingebunden sind. Gleichfalls sollten Konzepte zur Umstrukturierung kleiner Krankenhäuser auf die Erhaltung bzw. die Übernahme des vorhandenen Personals ausgerichtet sein, um den heutigen und zukünftig voraussichtlich steigenden Personalengpässen entgegen zu wirken.²²

Zur Finanzierung wird von der HGC GesundheitsConsult GmbH ein festes Regionalbudget empfohlen, wobei Einsparmöglichkeiten auf der Basis von Selektivverträgen mit allen GVK bei Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen sind. Außerdem sind die Mittel aus dem Strukturfonds für die Umwandlung kleiner Krankenhäuser in lokale Versorgungseinrichtungen zu nutzen.

Raumbezug: Grundzentren, Mittelzentren

2.4.4 Gesundheitshaus

Gesundheitshaus ist kein allgemeingültiger Begriff. Es entspricht im Wesentlichen einem Ärztehaus mit erweiterten Funktionen, insbesondere wenn dort weitere nicht ärztliche Gesundheits-Dienstleistungen, Beratungsfunktionen oder Seniorenwohnungen einbezogen sind. In Mecklenburg-Vorpommern ist beispielhaft vor allem auf Woldegk zu verweisen. In Woldegk wurde zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung das Konzept eines Gesundheitshauses entwickelt. Nach diesem Konzept soll dort mindestens ein Hausarzt tätig sein während andere Fachärzte über Teilniederlassungen oder tageweise Mitwirkung, etwa durch Sprechstunden vertreten sind. Nach der Realisierung sind dort zwei Hausarztpraxen und eine unterschiedlich, bzw. durch mehrere Fachrichtungen genutzte Facharztpraxis mit gemeinsamer Anmeldung und Wartebereich sowie eine Physiotherapiepraxis. Außerdem ist inzwischen dort auch ein Augenarzt tätig und in den Sprechstunden ist die Urologie, Gynäkologie, HNO, Augenheilkunde, Internist und Orthopädie vertreten. Durch die kontinuierlich anwesenden Schwestern haben die Patienten trotz des zeitlich wechselnden Ärztesatzes immer gleiche Ansprechpartner. Das Projekt wurde durch die dort tätigen Akteure im Gesundheitswesen bei einer Kofinanzierung mit Fördermitteln finanziert und trägt sich durch die

¹⁹ a.a.O., S. 52.

²⁰ a.a.O., S. 50-61.

²¹ a.a.O., S. 47.

²² a.a.O., S. 51.

Kassenvergütung für Behandlungen. Die günstige Förderung, mit dem dieses Projekt realisiert werden konnte, kann jedoch nicht als Regelfall angenommen werden. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es in Mirow ein weiteres Gesundheitshaus. Die Bedeutung von Gesundheitshäusern wird hier darin gesehen, regionale Versorgungslücken auszugleichen, wenn z. B. das nächste MVZ weit entfernt ist. Die Initiative für ein Gesundheitshaus kann von den örtlichen bzw. regionalen Mediziner/Krankenhäusern, Apotheken, Pflege und Gemeinden oder Kreis kommen. Ein Gesundheitshaus ist ebenfalls für eine generationsübergreifende Versorgung sämtlicher Altersgruppen wichtig, wobei ebenfalls die Bedeutung mit dem mit zunehmendem Alter steigenden gesundheitlichen Versorgungsbedarf entsprechend zunimmt.

2.4.5 Pflegestützpunkt

Pflegestützpunkte sind Daseins-Infrastruktur-Einrichtungen, die unabhängig und trägerübergreifend beraten und die Pflege gestalten. „Die Pflegestützpunkte bieten eine wohnortnahe, neutrale und individuelle Beratung für Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen und deren Angehörige. Die Pflegeberater/-innen in den Pflegestützpunkten unterstützen Ratsuchende, damit die zu pflegenden Menschen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung leben und dort auch betreut werden können. Es werden dabei Fragen zur Hilfsmittelversorgung, zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), zu Pflegestufen genauso wie Fragen zur Sozialhilfe oder zu Selbsthilfegruppen²³ geklärt und beantwortet. Wenn ein Leben in der häuslichen Umgebung nicht mehr machbar ist, berät man die Senioren bei der Suche nach einem Pflegeheim. Das Beratungsangebot richtet sich an Ratsuchende jeden Alters.“²⁴

In den Pflegestützpunkten werden vor allem folgende Aufgaben wahrgenommen:

- „Eine umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstige Hilfsangebote.
- Die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote, einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen.
- Die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.“²⁵

Zentrale Aufgaben der Pflegestützpunkte sind:

- „allgemeine Information und Auskunft rund um das Thema Pflege
- individuelle Beratung (inklusive Hausbesuch) rund um das Thema Pflege
- Erstellung von individuellen Versorgungsplänen
- langfristige Fallbegleitung und Fallsteuerung (Case Management)
- Vernetzung von pflegerelevanten Versorgungsangeboten
- Einleitung von Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen
- Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen
- Organisation von Pflege (bedarfsentsprechend statt Betreuungspauschale)
- Unterstützung bei der Suche nach externen Hilfen, z. B. Nachbarschaftshilfe
- Anpassung der Versorgung, wenn sich die Bedarfslage geändert hat.“²⁶
- Einbindung von Selbsthilfegruppen

²³ Selbsthilfegruppen können sowohl lose Gruppierungen als auch organisierte Gruppen, etwa auf Vereinsbasis sein.

²⁴ AOK Nordost, Pflegestützpunkte, Google 31.9.2015

²⁵ Empfehlungen der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Berlin der Bundarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Münster und dem GKV-Spitzenverband, Berlin vom 3.8.2009

²⁶ AOK Nordost, Pflegestützpunkte, Google 31.9.2015

- Bildung Pflegewohngemeinschaften (Bielefelder Modell)
- Sicherung Mobilität und Einkauf
- Einbindung von Prävention u. a. Gesundheitssport (von Krankenkassen zu finanzieren), Fortbildung Trainer
- Beratung Einsatz technischer Hilfen
- Umzugsbereitschaft, Umzugsberatung, Umzugshilfen
- Beratung, Einbindung Mobilität, Care-Sharing-Systeme
- Hinwirken auf Kommunikation Älterer

Pflegestützpunkte sind altersunabhängig auf die Versorgung der Bevölkerung und die Unterstützung deren Angehöriger, insbesondere durch Beratung und Schulung ausgerichtet. Die Statistik belegt jedoch, dass die Pflegefälle in der Bevölkerung unterhalb des 60. Lebensjahres minimal - überwiegend Unfallfolgen – sind und erst bei hoch betagte Personen mit deren zunehmenden Alter sehr stark ansteigen. Deshalb haben Pflegestützpunkte vom quantitativen Bedarf her vor allem für die Versorgung der hoch betagter Menschen, bzw. Personen über 85 Jahre eine große Bedeutung.

Träger von Pflegestützpunkten: „Pflege- und Krankenkassen richten Pflegestützpunkte ein, sofern die oberste Landesbehörde dies bestimmt.²⁷“ In Mecklenburg-Vorpommern ist mit der *Allgemeinverfügung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern vom 11.8.2010* für MV die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch die Pflegekassen zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten bestimmt worden. Für Mecklenburg-Vorpommern ist die AOK Nordost der Beauftragte Träger zur Einrichtung der Pflegestützpunkte²⁸. Die Pflege- und Krankenkassen sollen auf die Beteiligung der im Bundesland tätige private Kranken- und Pflegeversicherungen und im Land zugelassene Pflegeeinrichtungen hinwirken. Träger sind die beteiligten Leistungsträger, d. h. bei Beteiligung privater Leistungsträger sind diese ebenfalls Träger des Stützpunktes. In einigen Bundesländern sind auch gemeinnützige Wohlfahrtsverbände wie die Caritas Träger von Pflegestützpunkten. Die Leistungen der beteiligten Träger sowie die Finanzierung der Aufwendungen sind unter Beachtung der Finanzierung durch Dritte, z. B. dem Land, vertraglich zu fixieren.

Um den künftigen Erfordernissen im Altenpflegebereich zu entsprechen, bedarf es neben der stetigen Entwicklung der Pflegeinfrastruktur insbesondere einer weiteren Vernetzung der vorhandenen regionalen Beratungsangebote und einer wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung aller Pflegebedürftigen entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse. Diesbezüglich sind Pflegestützpunkte mit weiteren Leistungsträgern abgestimmt zu verknüpfen, die zu günstigen Preisen die gesamte Breite des Pflege- und Betreuungsbedarfs unter Einsatz koordinierten bürgerschaftlichen Engagements abdecken. Nur so kann gewährleistet werden, dass trotz Zunahme des Anteils älterer auf Hilfe und Pflege angewiesener Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der Häuslichkeit, so lange wie gewünscht und vertretbar, möglich ist. Dazu hat die Landesregierung zielgerichtet den Aufbau einer Pflegestützpunktinfrastruktur unter Einbeziehung der Kommunen gefördert.

Raumbezug. Grundzentren, Mittelzentren

2.4.6 Aktiv- und Generations-Centren

Bei diesen Einrichtungen handelt es sich um örtliche Aktivitäten zur bedarfsgerechten Unterstützung und Verbesserung der Lebensbedingung von Senioren. Deshalb hängt die Ausbildung von den örtlichen Gegebenheiten und Akteuren ab, so dass es dafür auch keine allgemeingültige Definition gibt. Der Vorteil dieser Einrichtungen liegt in der hohen Flexibilität, mit der örtliche und regionale Lücken geschlossen und Potentiale genutzt werden können. Diese Einrichtungen sind in Landstädten gelegen.

²⁷ Empfehlungen der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Berlin der Bundarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Münster und dem GKV-Spitzenverband, Berlin vom 3.8.2009

²⁸ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/25 vom 21.10.2013, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern - Teil A: Auswirkungen der demografischen siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen“, Endbericht.S. 55

Sie sprechen sowohl Einwohner aus Umlandgemeinden an, als sie auch ihre Aktivitäten dorthin transferieren. Ein Kernziel liegt darin, durch Aktivierung der Älteren auch deren Eintritt in die Pflege hinauszuzögern. Die wesentlichen Leistungen liegen in:

- Aktivierung für Ältere durch Freizeit- und Kulturangebote sowie geselliges Zusammensein
- Förderung des Austausches und des Miteinander der Generationen
- vielfältige Dienstleistungen und Anstoß zur Aktivierung der Teilnahme alter Menschen
- Organisation und Werbung für Bürgerschaftliches Engagement
- Anregung und Organisation zur bzw. von Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement
- Mobilitätsaktivierung durch Organisation von Mitfahrt, Themenfahrten von Anbietern, Initiierung von Car-Sharing-Systemen

Als Träger dieser Einrichtungen kommen Kommunen, Landstädte oder durch gemeinsame kooperierende Trägerschaft mehrerer Gemeinden in Betracht. Die Finanzierung wurde in erfolgreichen Beispielen in Mecklenburg-Vorpommern u. a. über LEADER-Mittel ermöglicht²⁹. Diese Einrichtungen sollten möglichst auch jüngere Generationen ansprechen und einbinden. Das gilt zum einen, um auch diesen Generationen ein Angebot zu bieten und zum anderen, um im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft die sozialen Bindungen in den Gemeinden zu stärken.

Raumbezug: Grundzentren, Mittelzentren

2.4.7 Neue Dorfmitte

Bei dem Projekt Neue Dorfmitte handelt es sich sowohl um ein Modellprojekt zum Thema Versorgung mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs in vier Dörfern des Landes, als auch um einen Wettbewerb gleichen Inhalts. Beide Projektbestandteile wurden in Trägerschaft des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 2011 bis 2014 durchgeführt. Ansatzpunkt des Projekts war die Tatsache, dass durch die zurückgehenden Bevölkerungszahlen gerade auch in strukturschwachen ländlichen Räumen oftmals die Tragfähigkeitsgrenzen von Infrastruktureinrichtungen unterschritten werden und diese somit wegzufallen drohen. Mit der Neuen Dorfmitte sollten Angebote in einem Gebäude unter einem Dach gebündelt werden, um auf diese Art ein tragfähiges Angebot an Waren und Dienstleistungen auch weiterhin erhalten zu können. Dabei ging es insbesondere um die Verknüpfung des Lebensmitteleinzelhandels für den täglichen Bedarf mit weiteren Angeboten, z. B. Gesundheits-, Finanz-, Kommunikations- oder Verwaltungsdienstleistungen. Nicht zuletzt sollte die soziale Funktion eines Anlaufpunktes gerade auch für ältere Menschen im Dorf erhalten bzw. neu geschaffen werden, um für sie Sozialbeziehungen und –kontakte zu stärken, da andere Möglichkeiten wie die Dorfgaststätte usw. oft nicht mehr existieren. Dementsprechend sollte die Neue Dorfmitte im Idealfall auf den drei Säulen

- Versorgung (Güter und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs),
- Kultur / Soziales (kulturelle und soziale Dienstleistungen aller Art) und
- Kommunikation / Engagement (Treffpunkte und ehrenamtliche Aktivitäten) ruhen³⁰.

Die „Neue Dorfmitte“ ist mittlerweile in die Regelförderung überführt worden. Als Träger kommen in erster Linie private Gebäudeeigentümer, Einzelhändler, Dorfvereine oder die Kommunen in Frage. In jedem Fall bedarf es für ein erfolgreiches Projekt der ideellen und der materiellen Unterstützung der Kommunen und anderer Stellen. Zudem ist die Einbeziehung der dörflichen Bevölkerung im Hinblick auf ihre Bedarfe von entscheidender Bedeutung. Eine Förderung entsprechender Vorhaben kann aus der ILE-Richtlinie des Landes unter dem Fördergegenstand Basisdienstleistungen zur Grundversorgung erfolgen.

Raumbezug: Gemeinden

²⁹ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/25 vom 21.10.2013, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern - Teil A: Auswirkungen der demografischen siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen“, Endbericht., S. 68-69

³⁰ Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern (Hsrg.): Abschlussbericht Modellprojekt Neue Dorfmitte M-V, S.10

3 Cluster der Daseinsvorsorge

Die Ausführungen zu den Clustern der Daseinsvorsorge beziehen sich auf die oben angeführten neun Bereiche, die für die Versorgung und möglichst eigenständige Lebensführung von Seniorinnen und Senioren hier als wesentlich eingeschätzt werden.

3.1 Wohnen

Die eigene Wohnung wird vom Großteil der Bevölkerung als Grundvoraussetzung von Eigenständigkeit angesehen, wie der Auszug aus der elterlichen Wohnung in die „eigenen vier Wände“ als Beginn der Eigenständigkeit erachtet wird. Zur Sicherung der Eigenständigkeit der Senioren kommt es daher darauf an, möglichst lange den eigenständigen Wohnsitz zu erhalten. Zudem hat die eigene Wohnung für Senioren eine besonders große Bedeutung. Sie verbringen darin wesentlich mehr Tageszeit als die übrige Bevölkerung. Sie wohnen dort i. d. Regel länger und ihre Umzugsbereitschaft ist gering³¹. Da mit dem ansteigenden Alter die Alltagskompetenz von Menschen abnimmt, kann das selbständige Wohnen zunehmende Probleme aufwerfen. Dem kann durch entsprechende Ausbildung der Wohnungen entgegengewirkt werden. Je nach der Alltagskompetenz der Menschen sind dafür die nachstehend aufgeführten Wohnformen geeignet. Entsprechend der vorhandenen Alltagskompetenz sind Wohnangebote vorzusehen, die immer stärker die Veränderungen der Alltagskompetenz berücksichtigen, d. h. von der Barrierearmut und Barrierefreiheit bis hin zur zunehmenden Wohnbetreuung. Vergleichbar mit der oben angesprochenen Abhängigkeit des mit dem Altersanstieg oft verbundenen Pflegebedarfs ist davon auszugehen, dass mit dem steigenden Alter auch der Bedarf entsprechender Wohnformen zunimmt. Um eine möglichst lange Eigenständigkeit zu erhalten, sollten jedoch bereits für Menschen ab dem 65. Lebensjahr möglichst barrierearme, besser barrierefreie Wohnungen verfügbar sein. Es ist anzustreben, dass die veränderten Wohnerefordernisse von Senioren möglichst in ihrem angestammten Quartier befriedigt werden. Das kann durch Veränderung der bestehenden Wohnung, Umbauten und dgl. oder Umzüge erfolgen, die jedoch möglichst innerhalb des bisherigen Quartiers oder Dorfes erfolgen sollten oder zumindest im näheren Bereich. Deshalb gilt es Angebote für den veränderten Wohnbedarf möglichst auch in den Dörfern der Fläche und in den einzelnen Quartieren der Landstädte zu schaffen. In Anbetracht der dünnen Besiedlungsdichte ist das mit großen Anlagen nicht machbar. Deshalb bedarf es eines breiten Angebots, um annähernd eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen.

Normale Wohnung: Normale Wohnungen können ohne Probleme solange von Seniorinnen/Senioren bewohnt werden, wie keine körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen bzw. die noch vorhandene Alltagskompetenz keine Probleme aufwerfen. Für die Versorgung gelten die üblichen Bedingungen des Wohnungsmarktes. In Anbetracht der ungünstigen Rentenperspektiven infolge gebrochener Erwerbsbiografien oder Beschäftigungen im Niedriglohnsektor könnte zukünftig der Sicherung und Vorhaltung von kostengünstigen (niedrige Miete und Nebenkosten) Wohnungen für ältere Mitbürger zunehmende Bedeutung bekommen. Diesbezüglich ist auch die Entwicklung der Nebenkosten zu beachten. Die Gemeinden sind zwar aufgrund ihrer finanziellen Zwänge gehalten ihre Leistungen möglichst kostendeckend zu erbringen, aber zugleich ist auf ein ausgewogenes Verhältnis zu den Wohnnebenkosten zu achten, da die „sogenannte zweite Miete“ die finanzielle Leistungsfähigkeit von Senioren übersteigen könnte.

Wohnungen barrierearm/barrierefrei: Diese Wohnungen sind auch für Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen geeignet und werden deshalb auch als „altengerechte“ Wohnungen bezeichnet. „**Barrierefrei**“ Wohnungen sind Wohnungen, die den Vorgaben der DIN 18024 entsprechen. Die wesentlichen Aussagen der DIN: Wohnungszugang möglichst stufenfrei, maximal über 3 Stufen, in der Wohnung keine Schwellen und breite Türbreiten (die Rollstuhlbenutzung ermöglichen) sowie ausreichend bereite Bewegungsflächen in der Küche und im Sanitärbereich. Diese Wohnungen eignen sich für Menschen mit körperlichen Behinderungen. Ggf. ist der Sanitärbereich mit Stützelementen vergleichbar mit einem Behinderten-WC auszustatten. Barrierearme und barrierefreie Wohnungen bieten zudem ebenfalls für Familien mit kleinen Kindern vorteilhafte

³¹ Siehe a. Seifert, A.: Alter und Gentrifizierung, *Planerin*, 2015/H. 4, S. 54

Wohnbedingungen. „**Barrierearm**“ ist kein in einer DIN festgelegter Begriff, wenngleich er in der Praxis häufig verwandt wird. Unter barrierearm werden in der vorliegenden Expertise Wohnungen bezeichnet, die den Anforderungen an Barrierefreiheit weitgehend, aber nicht vollständig entsprechen, z. B. schwellenfreie Wohnungen, die aber nur über eine Treppe zum ersten OG erreichbar sind oder Wohnungen, die eine Schwelle zum Balkon aufweisen und ansonsten schwellenfrei sind. Barrierearme Wohnungen ermöglichen das eigenständige Wohnen mit leichter körperlicher Beeinträchtigung. Barrierefreie Wohnungen können auch für Menschen mit größerer körperlicher Beeinträchtigung, z. B. Personen, die auf Rollstuhlbenutzung angewiesen sind, eigenständiges Wohnen ermöglichen.

Der Bestand an barrierearmen, noch mehr an barrierefreien Wohnungen entspricht bei weitem nicht den realen Bedarf. Derzeit leben in Deutschland 95 % aller Menschen über 65 Jahre in Wohnungen mit erheblichen Hindernissen³². In vielen Bundesländern galt lange eine Bedarfsorientierung von 3 % des Wohnungsbestandes. In dem MORO-Vorhaben *Regionale Daseinsvorsorge* wurde der Bedarf in einem auf Altenversorgung ausgerichteten Projekt hingegen grundsätzlich mit 20 % des Bestands und für Räume mit höherem Altenanteil mit 40 % eingeschätzt. Diese Ausrichtung dürfte dem Bedarf in Anbetracht der Altenperspektive angesichts der demografischen Entwicklung weit eher entsprechen. Der Empfehlung aus der zu diesem Thema erstellten Expertise für die Enquete-Kommission bei Förderung von technischer und baulicher Wohnsanierung generell barrierearmen und altengerechten vorzuschreiben³³, sollte entsprochen werden. Zudem beinhaltet Barrierefreiheit keine Nachteile für die Wohnqualität jüngerer Jahrgänge. Ein großes Problem liegt jedoch darin, dass es kaum derartige Wohnungen in ländlichen Räumen gibt.

Eigentümer/Träger dieser Wohnungen kann der/die Bewohner, ein Vermieter, eine Eigentümergesellschaft, ein Wohnungsunternehmen, die Gemeinde oder ein gemeinnütziger Träger wie z. B. Kirchen oder ein Wohlfahrtsverband sein. Neubauten: Die evtl. Mehrkosten zur Errichtung derartiger Wohnungen können für Neubauten gefördert werden. Die Mehrheit privater Wohnungseigentümer kann sich jedoch einen barrierefreien Umbau der eigenen Wohnung nicht leisten³⁴. Umbauten können ebenfalls gefördert werden: Die KfW gewährt für Altengerechten Umbau Kredite bis zu 50.000 € / Wohnung bei 0,75 % effektiven Jahreszins. Weiterhin können zur Finanzierung von Maßnahmen zur altengerechten Wohnraumanpassung das Pflegeausrichtungsgesetz (PNG) genutzt werden.

Mehrgenerationenhäuser³⁵: Das Konzept der Mehrgenerationenhäuser basiert auf ein sich ergänzendes Zusammenwirken von Jungen und Alten. Beispielhaft ist dafür, dass die Jungen die Alten beim Einkauf, bei Behördenangelegenheiten, ggf. auch durch Mitfahrgelegenheiten helfen und die Alten bei der Kinderbetreuung und Wohnungspflege bei Urlaubsabwesenheit die Jungen unterstützen. Dieses Modell hat in den letzten 10 Jahren eine weite Verbreitung erfahren, wenngleich es keinesfalls flächendeckend besteht. Träger des Modells können private Eigentümer, d. h. sowohl die jungen als auch die alten Bewohner sein oder auch privatwirtschaftliche Investoren, die nach diesem Konzept ihre Wohnungen vermieten. Gleichfalls gibt es auch Kommunen, die Mehrgenerationenhäuser errichtet haben oder sich daran beteiligten. Das Konzept ist sinnvoll, da es dem einvernehmlichen Austausch zwischen den Generationen dient und zugleich nachhaltig ist, denn die Wohnungen verlieren auch bei langfristiger Veränderung der Bewohnerschaft nicht an Attraktivität. Die Grenzen des Konzeptes liegen darin, die Finanzierung zu bewältigen und örtlich jeweils genügend interessiert Personen zu finden, was in Siedlungen mit sehr hohem Altenanteil an der fehlenden jungen Generation scheitern könnte. Ein Problem, das für manche Dörfer an Bedeutung gewinnt.

³² Berlin-Institut & Körber-Stiftung: Stadt für alle Lebensalter, wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin 2015, S.69.

³³ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/25 vom 21.10.2013, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern - Teil A: Auswirkungen der demografischen siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen“, Endbericht.

³⁴ Berlin-Institut & Körber-Stiftung: Stadt für alle Lebensalter, wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin 2015, S. 69.

³⁵ Siehe a. Krämer, S., Kreuz, D., Weng, S.: Land und Leute, Kleine Gemeinden gestalten ihre Zukunft im demografischen Wandel, Wüstenrot Stiftung (Hrsg.), Ludwigsburg 2009.

Betreute Wohnungen, in eigenständiger Wohnung: Bei zunehmender Beeinträchtigung der körperlichen Beschaffenheit von Menschen bzw. der Alltagskompetenz kann es erforderlich werden, dass ein 24-Stunden abrufbare Betreuung für Notfälle erforderlich wird. Dafür haben sich Wohnanlagen nach dem „Bielefelder Modell“ bewährt. Diese Wohnanlagen umfassen ca. 40 kleinere Wohnungen, die in einem Gebäudekomplex oder in sehr dichter Nähe liegen. Die Wohnungseigner (Mieter oder Eigentümer) leben eigenständig, aber sie können Serviceleistungen (Pflegedienste, Essen, Säubern usw.) je nach Bedarf abrufen. Außerdem gibt es einen 24-stündig besetzten Notfalldienst, so dass gesundheitliche Hilfe verlässlich und kurzfristig verfügbar ist. Die Anlagen beinhalten ebenfalls Gemeinschaftsräume zum geselligen Zusammensein und Austausch. Eine gegenseitige Hilfe und Unterstützung der Bewohner ist anzustreben. Betreutes Wohnen hat vor allem für hoch betagte Senioren Bedeutung, da in dieser Gruppe die noch verfügbare Alltagskompetenz häufiger nicht mehr zur eigenständigen Wohnungsführung ausreicht.

Betreutes Wohnungen, in Alten-Wohngemeinschaft: In Alten-Wohngemeinschaften leben die Bewohner in einer gemeinsamen größeren Wohnung in eigenen Zimmern, aber bei gemeinsamen Aufenthaltsbereich, Küche und dgl. Sie unterstützen sich gegenseitig. Service-Dienste werden wie in dem oberen Beispiel nur nach Bedarf geordert. Derartige Altenwohngemeinschaften sollten sich ebenfalls an den Bielefelder Erfahrungen orientieren, d. h. sie sind in ausreichend großer Anzahl zu konzentrieren, damit sich eine 24-stündige Notfallbetreuung sichern lässt. Alten-Wohngemeinschaften haben ebenfalls vor allem für ältere Senioren, d. h. vor allem für Personen über 80 Jahre aufgrund deren nachlassender Alltagskompetenz Bedeutung. Für beide Formen des Betreuten Wohnens sollte die Einrichtungsgröße zur Kostendeckung an der für eine 24-stündige Betreuung erforderlichen Größe orientiert werden. Von Großanlagen, die darüber hinausgehen, ist abzuraten. Sie führen sonst zum Altengetto und lassen sich zudem schwer in den Sozialstrukturen von Siedlungen integrieren. Träger derartiger Einrichtungen können sein: Private Investoren, Eigentümergemeinschaften, Wohnungsunternehmen, Gemeinden, gemeinnützige Träger wie z. B. Kirchen oder ein gemeinnütziger Wohlfahrtsverband. Die Errichtung derartiger Einrichtungen kann unter bestimmten Voraussetzungen über die Pflegekassen in Form eines „Wohngruppenzuschlags“ bzw. einer „Anschubfinanzierung“³⁶ gefördert werden durch.

Altersheim: Altersheime sind Wohneinrichtungen für Personen, die aufgrund ihrer nachlassenden Alltagskompetenz nicht mehr in der Lage sind, ihr Leben und das Wohnen eigenständig zu bewältigen, aber keine Pflegefälle sind. Diese Einrichtungsart gibt es in Deutschland seit langem. Die Bewohner werden dort in 1- oder 2-Personenzimmern vollständig versorgt, d. h. Essen, Reinigung bis hin zur Bettwäsche und auch mit Mobiliar, wenn sie dieses nicht eigenständig stellen. Zukünftig sollte jedoch auch dort auf eine Reduzierung der Regelversorgung zugunsten des tatsächlichen individuellen Versorgungsbedarfs der Bewohner hingewirkt werden. So könnten die Bewohner bei entsprechender Alltagskompetenz in Teilbereichen, wie z. B. das Abendessen, sich selbst versorgen. Das kommt den Lebensbedürfnissen vieler alter Menschen entgegen und wirkt sich positiv auf ihre gesamte Beschaffenheit aus. Träger von Altersheimen sind private Investoren, gemeinnützige Wohlfahrtsverbände, Kirchen und vereinzelt auch Gemeinden. Die Kosten werden durch die Heimgebühren der Bewohner getragen. Wenn deren Einkommen, oft ausschließlich ihre Rente, nicht ausreicht, ist die Finanzlücke aus Mitteln der Sozialhilfe des Kreises/der Kommunen auszugleichen.

Raumbezug: Gemeinden

3.2 Wohnunterstützung

Der altersbedingte Rückgang der Alltagskompetenz von Senioren führt mit zunehmendem Alter häufig zu Unterstützungsbedarf ohne den eine eigenständige Haushaltsführung nicht möglich ist. Das gilt vor allem für die Bewältigung des Haushalts, d. h. für die Essenversorgung, Reinigung der Küche und Wohnung, der Kleidung sowie für die Erledigung wichtiger Dinge, insbesondere

³⁶ <http://www.seniorenwg-gold.de/zuschuesse/>

zur Bewältigung von Arztbesuchen und Behördenangelegenheiten. Dafür bedarf es personeller Unterstützung. Diese wird heute in erster Linie durch Familienangehörige geleistet, wenn diese ortsnah ansässig sind. Die familiären Leistungen gehen jedoch zurück, allein schon wegen der niedrigen Kinderzahl, zudem diese häufig nicht mehr ortsnah wohnen, den demografischen Veränderungen und der gestiegenen Trennungsrate älterer Menschen. Von daher muss von rückläufigen familiären Leistungen ausgegangen werden. Hier gilt es im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft verstärkt bürgerschaftliches Engagement durch nachbarschaftliche Hilfe oder organisierte Formen ehrenamtlicher Hilfe einzubringen. Die nachbarschaftlichen Hilfen werden jedoch längerfristig wegen des zunehmenden Alters der Einwohner vieler Dorfgemeinschaften ebenfalls sinken. Deshalb bedarf es auch anderer bzw. weiterer Unterstützungen. Diesbezüglich bieten sich folgende Möglichkeiten:

Essen auf Rädern: Das Essen wird in Anbieterorganisationen zubereitet und entsprechend der Bestellung bis zur Wohnung ausgeliefert. Die Träger dieser Angebote sind vor allem gemeinnützige Wohlfahrtsverbände sowie Kirchen oder auch professionelle Anbieter der Privatwirtschaft. Dabei gab es bereits frühzeitig Beispiele, in denen diese Auslieferung Gemeindegrenzen übergreifend über Distanzen bis zu 15 km und mehr erfolgte.³⁷ Die Leistung wird über den Lieferpreis beglichen, der durchaus in einem machbaren Rahmen für knappe Renten liegt.

Haushaltshilfen: Reinigung, Wäsche usw. Diese Leistungen bieten z. T. privatwirtschaftliche Leistungsträger wie die Pflegedienste an. Das Entgelt kann jedoch für Seniorenhaushalte mit niedrigem Einkommen Probleme aufwerfen. Eine weitere wichtige Möglichkeit liegt darin, dass diese Leistungen vollständig oder z. T. durch ehrenamtlich tätige Bürgern im Sinne der oben angesprochenen sorgenden Gemeinschaft erbracht werden. Dafür bedarf es jedoch einer geeigneten Organisationsform (auf die unter 3.8 eingegangen wird). Außerdem sind den Hilfskräften damit verbundene Auslagen, wie z. B. Fahrtkosten zu erstatten. Wenn machbar, sollten diese Kosten von den Senioren erstattet werden, die diese Hilfen erhalten. In der Praxis haben sich auch Bürgeragenturen bewährt, die diese Leistungen mit ehrenamtlich tätigen Bürgern zu einem sehr niedrigen Preis erbringen. In Landstädten, in denen Wohnungsgesellschaften eine ausreichende Zahl von Mietwohnungen bewirtschaften, kann ggf. für diese Gesellschaft ein derartiges Serviceangebot interessant sein. In Sachsen haben Wohnungsgesellschaften verschiedentlich derartige Angebote für ihre Wohnungen geschaffen, und damit die Vermietungschancen erhöht.

Unterstützung für wichtige Dienstgänge: Das Aufsuchen der Arztpraxis oder die Erledigung von Behördenangelegenheiten, die ggf. auch das Aufsuchen von Behörden bedingen, kann zu zunehmenden Problemen aufgrund nachlassender Alltagskompetenz führen. Dafür haben sich Begleitedienste und Fahrdienste bewährt. Begleitedienste werden in erster Linie durch ehrenamtliche Helfer geleistet, die die Seniorin bzw. den Senior von der Wohnung zum Arzt und danach auf dem Rückweg begleiten. Die Helfer unterstützen auch beratend bei Behördenangelegenheiten und leisten dort, falls erforderlich, ebenfalls Begleitedienste. Die Auslagen der Helfer sind zu erstatten. Wenn die Senioren dazu nicht in der Lage sind, bedarf es der Kostenübernahme durch die Gemeinde oder den Kreis.

Technische Hilfsmittel: Neue technische Möglichkeiten sind gezielt zu nutzen. Als Beispiel sein Roboterstaubsauger angeführt. Einmal angestellt – was zeitlich auch programmierbar ist – saugen diese eigenständig ohne äußeres Zutun die Wohnung. Eine Hilfskraft kann sich auf das von Zeit zu Zeit vorzunehmende Auswechseln der Staubbeutel beschränken. Derartige technische Möglichkeiten werden zukünftig zunehmen. Darauf ist durch die Beratungsdienste (Pflegestützpunkte, weitere Einrichtungen) hinzuweisen.

Raumbezug: Gemeinden

³⁷ Winkel, R.: Infrastruktur in der Stadt- und Regionalplanung, Frankfurt/New York 1989.

3.3 Wohnumfeld

Damit den Seniorinnen und Senioren eine Teilhabe am Leben außerhalb ihrer Wohnungen sowie auch eigenständiger Warenerwerb und Beanspruchung haushaltsorientierter Dienstleistungen ermöglicht wird, bedarf es eines Wohnumfeldes, das die besonderen Belange älterer Bürger berücksichtigt. Das sind vor allem barrierefreie oder zumindest barrierearme Straßenräume, Berücksichtigung der Sicherheitsbedürfnisse und gute Orientierungsmöglichkeiten. Damit soll erreicht werden, dass sich ältere Menschen in ihrem Wohnbereich auch bei nachlassender Alltagskompetenz unproblematisch bewegen und aufhalten können und dass sie die dort gelegenen Haltestellen des ÖPNV sicher erreichen und nutzen können.

Das erfordert neben der Barrierefreiheit Gehwege, die für Rollatoren und Rollstühle sowie für Personen mit anderen Gehhilfen keine Probleme aufwerfen. Im Winter ist Schnee von den Gehsteigen zu Räumen und ein ausreichender Streudienst sicherzustellen. Es ist auch sichere Orientierungshilfen zu geben, was insbesondere hinsichtlich des mit dem Alter ansteigenden hohen Anteils Demenzerkrankter gilt. Gleichfalls bedarf es sicherer Radwege, da das Fahrrad gerade für ältere Bürger ein wichtiges Fortbildungsmittel im näheren Bereich ist.

Diese Voraussetzungen sind jedoch häufig nicht gegeben. Viele Dorfstraßen, auch Stadtstraßen weisen Pflasterungen auf, die jeden Denkmalschützer erfreuen, aber für gehbehinderte Personen große Probleme aufwerfen. Ein Ansatz kann darin liegen, dass Straßen im Innenbereich, die zu wichtigen Anlaufstellen für die alte Bevölkerung führen, mit einem rollstuhl- und rollatorgerechten Streifen ausgestattet werden. Eine ausreichende Beleuchtung und die Räumung und Streudienste sind im Winter sicher zu stellen. Eine gute Ausleuchtung der öffentlichen Räume ist jedoch mit erhöhten Energiekosten für die Gemeinden verbunden. Bei Veranstaltungen, die einen abendlichen Aufenthalt in öffentlichen Räumen erfordern, ist die Beleuchtung entsprechend länger aufrecht zu erhalten. Zur besseren Einkaufsbewältigung sollten die Einrichtungen des Einzelhandels und haushaltsorientierter Dienstleistungen wie auch Freizeitangebote möglichst konzentriert sein, zumal sich damit die Attraktivität von Zentren auch für die anderen Altersgruppen erhöht. Gleichfalls bedarf es im Wohnumfeld für ältere Menschen „Verschnaufpunkte“, in denen Bänke regen- und sonnengeschützt aufzustellen sind. Als räumliche Orientierungshilfen können Merkzeichen erhalten oder neu geschaffen werden. Hinweistexte sind grundsätzlich derart zu gestalten, dass sie für Personen mit Sehschwäche noch lesbar sind.

Zur Verbesserung der Voraussetzungen für die Nutzung von Fahrrädern durch ältere Menschen bedarf es vermehrt der Anlage von Radwegen. Diese fehlen in vielen Dörfern und Gemeinden und sind außerhalb der Siedlungsflächen, d. h. neben den Landes- und Bundesstraßen oft nicht vorhanden. Der anzustrebende Ausbau kann aufgrund der Kosten, wenn überhaupt, nur langfristig im größeren Umfang umgesetzt werden. Der anzustrebende Ausbau der öffentlichen Räume zu altersgerechten Räumen ist mit erheblichen Kosten verbunden. Der Ausbau kann durch folgende Förderprogramme unterstützt werden: Mittel der Städtebauförderung, ELER, KfW-Programm „Barrierefreie Stadt“. Beim altersgerechten Umbau der öffentlichen Räume sollte jedoch nicht nur die erforderliche Investitionssumme betrachtet werden, sondern auch die Unterhalts- und Betriebskosten. Das gilt insbesondere auch für die Neuanlage von Radwegen. Die Unterhalts- und Instandsetzungskosten müssen von der Gemeinde dauerhaft zu schultern sein, sonst steht deren Verfall und damit eine Fehlinvestition der knappen Mittel bevor.

Raumbezug: Gemeinde, Dorf

3.4 Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen

Die Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen ist eines der Grundbedürfnisse der Versorgung der Bevölkerung. Das gilt auch für Senioren. Als haushaltsorientierte Dienstleistungen werden hier allgemeine Versorgungsleistungen für die Bevölkerung wie Frisöre, Reinigungen, Kosmetik usw. bezeichnet. Zur Erfüllung dieser Grundbedürfnisse kommt es auf ein gut erreichbares Angebot dieser Versorgungsangebote an, d. h. von Lebensmitteln, Haushaltsartikeln, Post, Geldinstituten/Geldautomaten, Frisöre usw. In vielen Dörfern gibt es aber selbst keinerlei Einkaufsstätten

für Lebensmittel. Ebenfalls weist der Großteil der Dörfer keine Post bzw. Postagentur auf und Geldinstitute sind noch seltener geworden. Das gilt wegen der hohen Sicherheitsbestimmungen auch für die Aufstellung von Geldautomaten. Als Ansatzpunkt bieten sich nachstehende Möglichkeiten an:

Neue Dorfmitte: Das Konzept (siehe oben) basiert auf der Bündelung einer Grundversorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, von kulturellen und sozialen Dienstleistungen aller Art und für Kommunikation und Engagement als Treffpunkt und für ehrenamtliche Aktivitäten. Als Träger kommen in erster Linie private Gebäudeeigentümer, Einzelhändler, Dorfvereine oder die Kommunen in Frage. In jedem Fall bedarf es für ein erfolgreiches Projekt der ideellen und der materiellen Unterstützung der Kommunen und anderer Stellen. In den alten Bundesländern wurden seit mehr als 30 Jahren nach diesem Konzept etliche Nachbarschaftsläden als Versorgungsmittelpunkt in Dörfern eingerichtet. Die Erfahrungen aus diesen Projekten belegt, dass der Erfolg entscheidend von der Annahme durch die ansässigen Bürger abhängt. In der Regel sind die dort angebotenen Waren und Dienstleistungen etwas teurer als in Großmärkten (die jedoch für manche alte Bürger kaum noch erreichbar sind) sowie bei Internetbestellungen. Die Bürger müssen deshalb die etwas erhöhten Kosten für ihre wohnortnahe Versorgung akzeptieren. Nur dann wird sich das Konzept dauerhaft tragen.

Ortsfilialen von Einzelhandelsunternehmen: Es gibt einige große Einzelhandelsunternehmen, die auch Niederlassungen in ländlichen Räumen betreiben oder dort neu errichten. Für die Niederlassungen gelten bestimmte Schwellenwerte³⁸: Die unterste Größe für Nahversorgungsläden liegt bei mindestens 700-800 Einwohnern. Wenn der Ort Magnetfunktionen hat, wie z. B. eine Schule, Ortsverwaltung oder Arztpraxis kann dieser Wert ggf. leicht unterschritten werden. Von den Handelsketten, die Niederlassungen im ländlichen Raum betreiben, sind gemäß der Auswertung von MORO-Projekten zu nennen: EDK und Tegut „Lädchen für alles“ (siehe Anhang 1).

Mobile Händler: Mobile Händler haben eine wichtige Bedeutung für die Versorgung des ländlichen Raumes, da das Einzelhandels- und Dienstleistungsangebot sich sukzessiv aus der Fläche zurückzieht. Deshalb bieten Mobile Händler heute in vielen ländlichen Gemeinden das einzige örtliche Warenversorgungsangebot vor Ort. Die Angebote sind dabei höchst unterschiedlich verteilt. Es gibt Räume mit viel zu geringem oder völlig fehlenden mobilen Angeboten und andere, in dem infolge ein zu häufiges Erscheinen dieser Händler bereits zur ruhestörenden Belästigung führt. Das mobile Angebot ist jedoch überall dort wo Einzelhandelsgeschäfte vor Ort oder in der näheren Umgebung fehlen wichtig, was gerade für unmobile Senioren gilt.

Mobile Post, Geldinstitut und Dienstleistungen. Mobile Post und Geldinstitute wurden vor längere Zeit eingesetzt. Sie konnten sich aber nicht durchsetzen und existieren heute nicht mehr. Bezüglich der Geldinstitute stehen auch die hohen Sicherheitsvorschriften einem mobilen Einsatz entgegen. Eine begrenzte mobile Angebotssicherung kann die Post jedoch leisten, wenn Briefträger mehr Funktionen übernehmen. So könnten Briefträger z. B. in kleineren Mengen (für den Haushaltsbedarf) den Briefmarkenverkauf und ähnliches übernehmen. Das wird in manchen ländlichen Räumen bereits umgesetzt. In anderen Bereichen, wie z. B. der Dienstleistung von Frisören gibt es bereits vereinzelt mobile Angebote.

Auslieferungsservice/Internet: Der Auslieferungsservice, insbesondere über Internetbestellungen, gewinnt in Deutschland nach und nach einen immer größeren Handelsanteil. Damit lassen sich vor allem Nachteile für die Fläche im ländlichen Raum ausräumen. Das gilt umso mehr, da mit fortschreitendem Zeitverlauf immer mehr alte Menschen mit dem Internet vertraut sind und es nutzen. Das größte Hindernis ländlicher Haushalte liegt bereits heute nicht in den fehlenden EDV- und Internetkenntnissen, sondern in der schlechten Internetanbindung. Deshalb ist der Ausbau der Internetanbindung auch für die Waren- und Dienstleistungsversorgung im ländlichen Raum von größter Wichtigkeit.

³⁸ Ergebnisse zur Einzelhandelsversorgung aus MORO-Projekt (Modellvorhaben der Bundesraumordnung) Regionale Daseinsvorsorge der Regionen Coburg, Salzachtal, Spessart.

Zukunft: Der Internetanbindung kommt vor allem für die zukünftige Entwicklung zur Unterstützung alter Menschen große Bedeutung zu. Technisch ist bereits heute eine weitgehende Vernetzung der Haushalte möglich, in der automatisch bevorstehende Versorgungsdefizite anhand des Lebensmittelbestandes im Kühlschrank ermittelt und falls gewünscht, ebenfalls automatisch der erforderliche Nachschub bestellt und dessen Auslieferung veranlasst wird. Die Kosten sind voraussichtlich vom jeweiligen Nutzer zu tragen.

Versorgungsfrage lösbar aber soziale Probleme: Die Versorgungsanforderungen lassen sich trotz der Ausdünnung der Handels- und Dienstleistungsniederlassungen in ländlichen Räumen lösen, was aufgrund der Telefonverbindungen und Kühlmöglichkeiten für den Lebensmittelbereich letztlich bereits heute gilt. Ein grundsätzliches Problem liegt jedoch in der Anonymität dieser Handelsbeziehungen, womit wichtige Sozialkontakte verloren gehen. Gerade alte, weniger mobile Bürger leiden häufig an Vereinsamung, insbesondere wenn keine Familienangehörigen vor Ort oder in erreichbarer Nähe wohnen. Für die sind persönliche Beziehungen beim Einkauf wichtig. Da ist letztlich eine Entwicklung, die auch für die jüngeren Generationen in Westeuropa gilt, wie die Verknüpfung von Einkaufs- und Freizeitangebot in vielen Innenstädten bezeugt. Deshalb bedarf es in ländlichen Räumen eines Ausgleichs für das Defizit an persönlichen Kontakten, was vor allem für immobile hoch betagte Bürger gilt (siehe Abschnitt 3.7 *Kommunikation, Teilhabe* eingegangen).

Raumbezug: Grundversorgung Gemeinden, stationäre weitere Angebote möglichst im Grundzentrum, höherwertige im Mittelzentrum.

3.5 Gesundheit

Mecklenburg-Vorpommern weist derzeit im Vergleich zu anderen Bundesländern eine verhältnismäßig ausgeglichene ärztliche Versorgung auf. Diese ist jedoch z. T. darauf zurückzuführen, dass hier Hausärzte erst mit 68 Jahren, d. h. deutlich später als in den meisten anderen Bundesländern in den Ruhestand gehen (z. B. in Rheinland-Pfalz liegt das durchschnittliche Ruhestandseintrittsalter bei 63 Jahren). Die Arztpraxen und die stationären Einrichtungen sind mit dem Pkw weitgehend gut erreichbar, aber nicht mit dem ÖPNV. Mit dem ÖPNV sind von mehr als die Hälfte der Siedlungen Fahrzeiten von zwei Stunden oder mehr erforderlich und etliche kleinere Siedlungen nicht angebunden.³⁹ Die großen Herausforderungen für die zukünftige ärztliche Versorgung der Senioren liegen in den Folgen der demografischen Entwicklung und in der bevorstehenden Welle von Ruhestandseintritten niedergelassener Ärzte. Die demografische Entwicklung hat zu deutlichem Anstieg der Lebenszeit geführt, der sich voraussichtlich auch zukünftig fortsetzt. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch auch der gesundheitliche Versorgungsbedarf, vor allem nehmen chronische und multimorbide Erkrankungen zu. Dem steht eine rückläufige Ärzteanzahl gegenüber, was insbesondere die Hausärzte betrifft. Trotz rückläufiger Bevölkerungsentwicklung müssen deshalb immer weniger Ärzte immer mehr und zunehmend chronisch sowie vielfach erkrankte Patienten versorgen. Die ländlichen Räume sind davon infolge ihres knappen Ärztebesatzes besonders betroffen. Außerdem sind in nächster Zukunft kleinere Krankenhäuser umzuwandeln, um das rechnerisch zu große Bettenangebot abzubauen und die stationären Kapazitäten auf größere leistungsstarke Krankenhäuser mit höherer Kosteneffizienz zu konzentrieren. Zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung bedarf es einer ausreichenden Anzahl gut erreichbarer Hausarztpraxen sowie Facharztpraxen ohne lange Wartezeiten auf Termine und bei Praxisbesuchen, eine schnell erreichbare Notfallversorgung sowie stationäre Grundversorgung in zumutbarer Nähe und ausreichenden Kapazitäten für geriatrische und spezielle Behandlungen. Die ärztlichen Leistungen ließen sich jedoch erhöhen, wenn die Potentiale zur Effizienzerhöhung auszuschöpfen werden, wie insbesondere durch Netzwerkbildung mit mehr abgestimmter Kooperation und Koordination sowie Nutzung der Möglichkeiten von IT-Technik. Die Sicherung der

³⁹ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“, S. 49-65.

gesundheitlichen Versorgung gewinnt mit zunehmendem Alter der Senioren an Bedeutung⁴⁰, da mit dem steigenden Alter die Krankheitsanfälligkeit und die Wahrscheinlichkeit multimorbider Erkrankungen zunehmen. Von daher kann gesagt werden, je mehr Einwohner in einer Gemeinde oder einem Kreises zu den höheren Altersgruppen gehören, umso größer sind der gesundheitliche Versorgungsbedarf und der Handlungsdruck damit umzugehen.

Die entsprechende Grundlagenexpertise der HGC GesundheitsConsult⁴¹ sieht für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern ein vierstufiges Konzept vor:

1. Stufe: Ambulante Versorgung (insbesondere durch Haus- und Fachärzte, ergänzt durch MVZ, GGZ)
2. Stufe: kleine Krankenhäuser die zugleich am Standort auch ambulante Versorgung anbieten
3. Stufe: Regionale Krankenhäuser
4. Stufe: Hochleistungskrankenhäuser

3.5.1 Ambulante Versorgung

Die Basis der ambulanten Versorgung wird von den Praxen niedergelassener Vertragsärzte geleistet. In der Fläche des ländlichen Raumes sind das fast ausschließlich Hausarztpraxen, da sich Facharztpraxen weitgehend in den Zentren, d. h. Grund- und Mittelzentren, ggf. vereinzelt auch in kleinen Landstädten konzentrieren. Die größten Herausforderungen liegen in der bevorstehenden „Ruhestandswelle“ der niedergelassenen Vertragsärzte, die wiederum am stärksten die Hausärzte betrifft. Jährlich gehen deutschlandweit etwa 2.400 Hausärzte in den Ruhestand, aber nur 1.200 Allgemeinmediziner schließen ihre Ausbildung ab. Von diesen werden nur etwa 900 in der ärztlichen Versorgung tätig. Ca. 64 % der Absolventen sind Frauen, die vorrangig eine angestellte Tätigkeit (oft nur halbtags) anstreben, was z. T. auch für junge Ärzte gilt. Deshalb lässt sich nicht mal für jeden zweiten Hausarzt, der in den Ruhestand geht, eine Praxisübernahme finden⁴².

Die ländlichen Räume sind von dieser Entwicklung besonders betroffen. Zum einen wegen der Orientierung der jungen Generationen an Städte und Verdichtungsräume und zum anderen wegen des geringeren ärztlichen Fort- und Weiterbildungsangebots in ländlichen Räumen. Da der medizinische Wissenstand sich etwa alle fünf Jahre verdoppelt besteht die Befürchtung der Ärzte, bei einer Übersiedlung und Tätigkeit im ländlichen Raum von der Entwicklung abgekoppelt zu werden. Im bundesdeutschen Durchschnitt kann nur für jeden vierten Ruhestandseintritt eines Hausarztes im ländlichen Raum ein Nachfolger gefunden werden. In Mecklenburg-Vorpommern könnte sich die Versorgung noch zusätzlich verschlechtern, wenn die Hausärzte nicht erst mit 68 Jahren sondern entsprechend andere Bundesländer früher in den Ruhestand eintreten. Damit würde sich zugleich das Praxisnetz ausdünnen mit entsprechenden Folgen für die Erreichbarkeit. Das würde vor allem für Patienten, die auf den ÖPNV angewiesen sind, eine massive Verschlechterung bewirken. Der Versorgungsatlas Vorpommern belegt, dass schon heute für mehr als 50 % der Siedlungen zum Aufsuchen eines Haus- oder Facharzt oder Krankenhaus eine Fahrzeit von 2 oder mehr Stunden mit dem ÖPNV erforderlich ist und für ca. 30 % keine ÖPNV-Anbindung existiert⁴³. Zudem bekommt die Allgemeinmedizin durch die Zunahme multimorbider Patienten eine zusätzliche Bedeutung. Bei der hohen Spezialisierung im Facharztbereich, die heute in Deutschland 82 Facharztqualifikationen umfasst, wird Querschnittswissen für die Erstdiagnose und Aufstellung des Behandlungsplanes für diese Patienten immer wichtiger. Deshalb besteht gerade für die Versorgung alter Menschen ein Bedarf an Allgemeinmediziner. Das gilt auch für die Mitarbeit in Krankenhäusern, wenn es um altersmedizinische Patienten geht. Zur Sicherung der Hausarztversorgung in ländlichen Räumen besteht aus den angeführten Gründen größter Handlungsbedarf. In Anbetracht der langen Dauer, Schwierigkeiten und des häufig fehlenden Erfolges für die

⁴⁰ Siehe a. erwartete Häufigkeit von Hausarztbesuchen in: Hess. Minist. f. Soziales u. Gesundheit u. KV Hessen, Regionaler Gesundheitsreport 2014.

⁴¹ Kommissionsdrucksache vom 30.1.2015, Grundlagenexpertise „Alter, Gesundheit und Pflege“, S. 44 ff.

⁴² Siehe a. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bericht an die Vertreterversammlung von A. Köhler in der Sitzung der Vertreterversammlung der KVB, Berlin 7.12.2012; Schade, H.-J.: Hausärztliche Versorgung – qualitativ, www.arztrecht.de, 2012.

⁴³ Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald (Hrsg.): Versorgungsatlas Vorpommern, Greifswald März 2015

Nachbesetzung von Hausarztpraxen auf dem Lande, hätte man eigentlich bereits gestern handeln müssen und nicht erst heute oder morgen, was deutschlandweit für ländliche Räume gilt.

Die niedergelassenen Fachärzte weisen ebenfalls ein hohes Durchschnittsalter auf. Für sie gelten gleichfalls der hohe Frauenanteil beim medizinischen Nachwuchs und die Tendenz zur bevorzugten Angestelltentätigkeit. Die Vorbehalte gegenüber dem ländlichen Raum sind jedoch etwas geringer, da sich die Praxen kaum in der Fläche sondern in den Zentren des ländlichen Raumes befinden. Es ist aber auch dort von einer Ausdünnung des Praxisnetzes auszugehen, womit sich die Wartezeiten auf Termine vergrößern dürften.

Sicherung der ambulanten Versorgung:

Delegation zur Erhöhung der Leistungseffizienz: Die Dokumentation beansprucht oft bis zu 30 % der ärztlichen Arbeitszeit, Hausbesuche können noch mehr Zeit erfordern. Hier kann eine erhebliche Entlastung durch Delegation niederschwelliger Leistungen und der Dokumentation an besonders ausgebildete nichtärztliche Kräfte (VERAH, NÄPa⁴⁴) erfolgen, die auch Routinepatientenbesuche sowie medizinische Behandlungen im niederschweligen Bereich, insbesondere bei chronisch erkrankten Patienten vornehmen und dabei möglichst per Telekommunikation mit dem Arzt ihrer Praxis verbunden sind. Das Konzept geht auf das bis 2008 in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführte Modellvorhaben AGnES zurück⁴⁵. Diese Assistenzkräfte können Ärzte bis zu 50 % entlasten, so dass wesentlich mehr Zeit für rein ärztliche Tätigkeit verbleibt. Ein derart entlasteter Hausarzt kann deutlich mehr Einwohner versorgen als der KV-Richtwert von 1.671 Einwohner/Arzt vorgibt⁴⁶. Durch Delegation, wie insbesondere der aufwendigen Dokumentation, können auch Fachärzte Zeit zur Behandlung weitere Patienten gewinnen.

Substitution ärztlicher Leistungen⁴⁷: Zur Entlastung der Ärzte hat der *Gemeinsame Bundesausschuss* - das höchste Beschlussgremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - die Möglichkeit zur Übertragung selbständiger ärztlicher Leistungen an Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege beschlossen (siehe auch Abschnitt 3.6 Pflege). Eine derartige Substitution erfolgt inzwischen in einer ganzen Anzahl von Industrienationen. In Deutschland wird Substitution bislang auf Modellvorhaben beschränkt, die nach § 63, Abs. 3c, V. Buch Bundessozialgesetzgebung seit dem 22.3.2012⁴⁸ möglich sind. Von Experten wird verschiedentlich dafür plädiert, Substitution in weiteren umfassenden Modellprojekten zu erproben, aber gleichzeitig die Delegation „...im hausärztlichen Bereich deutlich auszubauen...“⁴⁹. Zudem liegen für die substitutionären Modellprojekte noch keine anerkannten Ergebnisse vor. Deshalb gehen Experten nicht von einem baldigen deutlichen Anwachsen der Substitution aus⁵⁰. Außerdem steht die Ärzteschaft dem reserviert bis ausgesprochen ablehnend gegenüber⁵¹. Von daher lässt sich die Entwicklung dieser Möglichkeiten derzeit schwer einschätzen. In der vorliegenden Expertise wird davon ausgegangen, dass die Substitution ärztlicher Leistungen erst längerfristig und vorrangig im Bereich niederschwelliger ärztlicher Leistungen erfolgen könnte. Das spricht dafür, in nächster Zukunft wird vor allem der Delegation zur Erhöhung des ärztlichen Leistungsvermögens Bedeutung zukommt.

⁴⁴ VERAH: Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), NÄPa: (Nichtärztliche Praxisassistentin)

⁴⁵ AGnES, (Arztentlastende, Gemeinenahe, E-Healthgestützte, Systematische Intervention)

⁴⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss (der Kassenärztlichen Vereinigung) (Hrsg.): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), 1.1.2013, letzte Änderung in Kraft getreten 26.2.2014.

⁴⁷ Der Unterschied zwischen delegativer und substitutionären Leistungen liegt darin, dass die Substitution auch eigenverantwortliche medizinische Tätigkeit der entsprechend ausgebildeten Kraft zulässt.

⁴⁸ Lüder, S.: Substitution statt Delegation. Im Rahmen eines Modellversuchs sollen bestimmte ärztliche Leistungen künftig auf Alten- und Krankenpflege übertragen werden, im: Hamburger Ärzteblatt 01/2013, S. 18.

⁴⁹ Neumann, K., Gierling, P.: Dietzel, J.: Gute Praxis in der ambulanten Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGES Institut, Berlin 2014, S. 25.

⁵⁰ Neumann, K., Gierling, P.: Dietzel, J.: Gute Praxis in der ambulanten Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGES Institut, Berlin 2014, S. 24-25.

⁵¹ u. a. das von vier ärztlichen Berufsvereinigungen/Medizin. Gesellschaften getragene interdisziplinäre Symposium „Ärztliche Leistungen: Delegation gestalten, Substitution verhindern“ am 24.9.2014 in Berlin.

Mehrbehandlerpraxen und kleine MVZ: In der medizinischen Versorgung lässt sich seit einiger Zeit ein grundlegender struktureller Wandel beobachten. Junge Mediziner/innen bevorzugen Teamarbeit, sei es als Teilhaber einer Mehrbehandlerpraxis oder als angestellte Mitarbeiter/in. Diese Praxen können effizienter Geräte nutzen und damit eher als Einzelpraxen eine höherwertige Ausstattung finanzieren. Diese Praxen bieten auch weitaus eher Möglichkeiten zur angestellten ärztlichen Tätigkeit, so dass sie mehr junge Ärzte/Ärztinnen ansprechen. Der fachliche Austausch ist dort eher möglich, genauso wie Vertretungen im Urlaubsfall oder zum Besuch von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Diese Praxen unterhalten zudem teilweise Filialpraxen, womit sie einen zusätzlichen Beitrag zur ortsnahe Versorgung leisten. Da es heute keine ärztliche Residenzpflicht mehr gibt, können in den Praxen auch Ärzte/Ärztinnen aus Verdichtungsräumen und Städten als Einpendler in den ländlichen Raum tätig sein. Mehrbehandlerpraxen als Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ können einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgung in der Fläche, insbesondere durch Hausärzte leisten. Da in MVZ nicht mehr unterschiedliche Fachärzte tätig sein müssen können dort auch ausschließlich Allgemeinmediziner tätig sein.

Auffanglösungen für Praxisabgeber: Wenn Praxen bei einem Ruhestandseintritt innerhalb eines halben Jahres nicht nachbesetzt werden, verlieren sie die Kassenzulassung. Deshalb bedarf es Auffanglösungen, die die Praxis bei fehlender Nachfolge übernehmen. Diese können durch innerärztliche Lösungen geschaffen werden, in dem eine rechtsfähige Gesellschaftsform aus örtlich oder regional ansässigen Ärzten diese Praxen übernimmt und mit angestellten Medizinern weiter betreibt. Wenn diese Lösung nicht umsetzbar ist, kann ggf. auch ein Krankenhaus die Praxen als kleines MVZ übernehmen und weiter betreiben. Gleichfalls ist es inzwischen rechtlich zulässig, dass Kommunen die Praxis als MVZ mit eigenen angestellten Ärzten fortführen, wofür die Zulassung bei der KV zu beantragen ist. Für Auffanglösungen haben sich vertragliche Vereinbarungen bewährt, in dem der Praxisabgeber für eine Übergangszeit noch in seiner Praxis tätig ist. Damit wird das Wissen über die Patienten an die Nachfolger wie ein Coaching übermittelt. Das Praxispersonal erhält eine Perspektive und kann so erhalten werden. Da die Übernehmer i. d. Regel die Praxis mit neuen, zeigemäßen Strukturen versehen, werden nicht ärztliche Tätigkeiten delegiert, so dass der Abgeber seine Mitarbeit auf rein ärztliche Tätigkeit konzentrieren kann. Die Erfahrung zeigt, dass darin ein wesentlicher Anreiz für die Mitarbeit des Praxisabgebers liegt⁵². Außerdem erhält er für die Praxisübernahme ein zuvor vereinbartes Entgelt, was sonst bei fehlender Nachfolge entfällt.

Erhöhung der Arbeitsattraktivität: Zur Erhöhung der Attraktivität für junge Ärzte sollten familienfreundlich, flexible Anstellungsangebote geschaffen werden. Gleichfalls lässt sich die Attraktivität durch duale Tätigkeitsangebote verbessern, in dem der Arzt bzw. die Ärztin zum Teil in einem nahen Krankenhaus und zum Teil in einer Praxis beschäftigt ist. Das wirkt sich zudem zugleich vorteilhaft auf das Zusammenwirken von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung aus. Außerdem ist in Absprache (z. B. über einen runden Tisch) zwischen niedergelassenen Ärzten und nahen Krankenhäusern ein bedarfsentsprechendes Fort- und Weiterbildungsangebot zu entwickeln und anbieten. Die Kommunen können ebenfalls einen Beitrag leisten, indem sie Kinderbetreuungsmöglichkeiten schaffen, die sich an den ärztlichen Dienstzeiten ausrichten, d. h. ggf. auch zur Abendzeit und an Sonn- und Feiertagen. Der SVR (Sachverständigenrat) hat für unterversorgte Räume (10 % Unterschreitung der KV-Richtwerte) für Hausärzte einen 50 %-igen und für Fachärzte einen 75 %-igen Zuschlag vorgeschlagen, der 10 Jahre zu gewähren ist, um die Attraktivität der Arbeit in diesen Räumen zu erhöhen.

Einbindung von Allgemeinmedizinern in die stationäre Versorgung: Es bedarf einer stärkeren Einbindung und Kooperation von Allgemeinmedizinern in die stationäre Versorgung, um eine medizinisch ausgewogene Abstimmung bei der Einbindung unterschiedlicher ärztlicher Fachrichtungen zur Behandlung multimorbider Patienten zu sichern. Diese kann durch Abschlüsse entsprechender vertraglicher Vereinbarung, die dann auch die Nachsorge umfassen sollten, sowie durch duale Tätigkeit in Praxis und Krankenhaus erreicht werden. In dieser Hinsicht kommt auch der medizinischen Entlassungsbetreuung Bedeutung zu. Durch vertragliche Vereinbarungen ist sicher zu stellen, dass Patienten nach der Krankenhausentlassung eine unmittelbare Nachbetreuung erfahren, was auch für Sonn- und Feiertage gilt.

⁵² Schade, H.-J.: Hausarztmangel in der Fläche erfolgreich kompensieren, CI Comunomed Institut Gesundheit u. Soziales (Hrsg.), Wiesbaden 2015.

Optimierung und Effizienzerhöhung: Zur Optimierung empfiehlt sich ein unter den niedergelassenen Ärzten abgestimmtes Diagnoseverfahren, Patientendatenerfassung sowie einheitliches oder zumindest kompatibles EDV-Programm. Dadurch können die Daten mit geringem Aufwand, kurzfristig und verlässlich ausgetauscht werden. Dem Patienten werden vermeidbare Doppeluntersuchungen erspart und die Behandlungszeiträume verkürzt. Als erfolgreiches Beispiel sei auf das Netzwerk *Niedergelassener Ärzte Süd-Brandenburg* verwiesen, das seit Mitte des letzten Jahrzehnts damit arbeitet. Zur Effizienzerhöhung ist die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Leistungsträgern auszuweiten, insbesondere durch Netzwerkbildung und IT-Technik sowie durch sektorübergreifende Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Mit der Einbeziehung weiterer Dienstleister des Gesundheitswesens wie Pflege kann die Versorgung und Betreuung der Patienten verbessert werden, bei gleichzeitig höherer Kosteneffizienz. Das gilt gleichfalls für sektorübergreifende integrierte Versorgungskonzepte, für die die Leistungserbringer Selektivverträge mit einer oder mehreren Krankenkassen abschließen, Damit werden auch die Kosten von den Kassen übernommen. Durch IT-Nutzung kann die Betreuung und Versorgung von Patienten sicherer und kostengünstiger gestaltet werden. Außerdem kann bei Notfällen mit dringendem, kurzfristigem Behandlungsbedarf, wie bei Schlaganfällen, das dafür notwendige Spezialistenwissen für dezentrale Patientenbehandlung genutzt werden. Dem kommt wichtige Bedeutung zu, wenn z. B. ein entsprechend ausgestattetes Krankenhaus nicht kurzzeitig erreichbar ist.

Einsatz von IT-Techniken: Der Einsatz von IT-Technik bietet bereits heute große Möglichkeiten, insbesondere auch für die zukünftige gesundheitliche Versorgung. Als Beispiel für die heutigen Anwendungsmöglichkeiten sei auf Diagnoseprogramme verwiesen, nach denen eine besonders ausgebildete Hilfskraft Patienten nach ihrer Erkrankung befragt. Anhand der Patientenantworten gibt der PC neue Fragen vor, so dass das Krankheitsbild sukzessiv eingegrenzt wird. Die damit vorliegenden Ergebnisse erhält der behandelnde Arzt, der gestützt auf diesen Unterlagen seine Diagnose qualifiziert mit geringerem Zeitaufwand erstellen kann und somit für die Behandlung weiterer Patienten Zeit gewinnt. Im Ausland hat dazu vor allem auch das Zweitmeinungsverfahren Verbreitung erfahren, in dem zur Diagnose ein weiterer für das Krankheitsbild des Patienten wichtiger Facharzt hinzugezogen wird.⁵³ Anwendungsbereiche sind u. a. Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, elektronische Patientenakte- und Fallakte, Arztbrief, Rezepte, Tele-Monitoring, Tele-Consultation, Tele-Care, telemedizinische Patientenversorgung unter Einbeziehung verschiedener Leistungserbringer, Videokonferenzen mit Patienten sowie Überwachung chronisch Kranker. Die Überwachung chronisch kranker Patienten kann nach einer entsprechenden Einweisung ggf. mit weitaus weniger Personaleinsatz besser gesichert werden. Insbesondere können Notfälle z. T. bereits im Entstehungsstadium erkannt werden, um früher Behandlungen einzuleiten. Ein Notfalleinsatz kann viel zielgerichteter erfolgen, da die sonst benötigten zeitaufwendigen Erstuntersuchungen entfallen. Damit kann die gesundheitliche Versorgung gerade von Senioren deutlich verbessert werden. Letztlich ist das auch kostengünstiger, da die Gerätekosten weitaus niedriger sind, als der ansonsten erforderliche Aufwand für den Einsatz medizinischen Personals⁵⁴. Einem der fortschrittlichen ausländischen Anwendung entsprechenden Einsatzes stehen jedoch in Deutschland noch erhebliche Hindernisse entgegen, wie das Verbot von Ferndiagnosen und Abrechnungsschwierigkeiten mit den Krankenkassen⁵⁵.

Diesbezüglich kommt vor allem den Aktivitäten der Universität Greifswald Bedeutung zu, mit denen subsidiäre Versorgungsmodelle und Strategien für die Versorgung in der Fläche entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Dazu werden mit behandelnden Haus- und Fachärzten in enger Kooperation Versorgungspläne abgestimmt und mit den installierten Geräten ein Monitoring durchgeführt, das ggf. mit Hausbesuchen zu kombinieren ist. Die behandelnden Ärzte erstellen auf ihre Patienten ein individuell abgestuftes Interventionsschema, mit notwendigen Maßnahmen, die bei einer Über- oder Unterschreitung der übermittelten Werte zu erfolgen haben. Mit diesem Konzept kann vor allem die zeitnahe und wirksame

⁵³ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 31-32.

⁵⁴ Enquete- Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“..

⁵⁵ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 33

Behandlung von Herzinsuffizienz, psychiatrischer Diagnose, von Palliativpatienten, Leberzirrhose und Mangelernährung wesentlich verbessert werden. Dabei ist die Vorbereitung einer elektronischen Gesundheitskarte zur Einführung elektronischer Fallakten ein wichtiger Schritt. Mit dem Einsatz der IT-Techniken könnte zukünftig grade die gesundheitliche Versorgung der Senioren in ländlichen Räumen wesentlich verbessert und gesichert werden. Die darin gegebenen großen Möglichkeiten hängen jedoch entscheidend von der Ausstattung der Fläche mit einer leistungsfähigen IT-Infrastruktur ab. Die Ausstattung muss jedoch finanzierbar sein und sollte möglichst keine Mehrkosten gegenüber traditionellen Behandlungen bedingen, sondern Einspareffekte ermöglichen.

Mobile Patientenversorgung: Jüngste Entwicklungen zeigen ggf. neue Möglichkeiten für die ambulante Versorgung in der Fläche auf. Gemäß Verlautbarungen der Bundesbahn vom Oktober 2015 wird u. a. derzeit geprüft, wie ein zusätzlicher Bahnservice durch Medizinalbusse im Sinne einer rollenden Praxis sowie durch besondere Transportdienste zu Praxen machbar und für eine Umsetzung geeignet ist. Ein derartiger Transportservice wäre uneingeschränkt zu begrüßen. Zur Umsetzung mobiler Praxen müssten jedoch zunächst die Zulassungsvoraussetzungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundeslandes, d. h. der KV Mecklenburg-Vorpommern einvernehmlich geklärt werden.

Geriatrische Fachwissen: Zur gesundheitlichen Versorgung von Senioren sind das geriatrische Fachwissen und palliative Kenntnisse auszuweiten: Diesbezüglich empfiehlt sich ein Schulungsangebot, in dem sich insbesondere Hausärzte diese zusätzlichen Kenntnisse aneignen. In Hinblick auf den oben angesprochene Bedarf zur Attraktivitätserhöhung ländlicher Räume ist gezielt das Fort- und Weiterbildungsangebote für Mediziner bei Vermittlung dieses Fachwissens zu organisieren.

MVZ und Kleine Krankenhäuser: Wie oben unter 2.3.3 Gemeindegesundheitszentren/MVZ dargelegt wurde, ist die Umwandlung von kleinen Krankenhäusern geplant, die von ihren Bettenkapazitäten und von ihrer Leistungseffizienz⁵⁶ her nicht mehr benötigt werden. Dabei geht es jedoch nicht darum die Standorte zu schließen, sondern sie sind entsprechend der tatsächlichen regionalen gesundheitlichen Versorgungsbedarfe zu verändern. Die Umwandlung soll durch Neustrukturierung die ambulante Versorgung stärken, entweder als erweitertes MVZ oder GGZ oder als kleines Krankenhaus, dass zugleich ambulante Versorgung leistet. Damit kann eine ortsnahe ambulante Versorgung gestärkt werden, was in Hinblick auf die Nachbesetzungsprobleme für Praxen von Vertragsärzten einen wichtigen Beitrag für die ärztliche Versorgung der Senioren beinhaltet. Kleine Krankenhäuser können neue Funktionen als integrierte Versorgungsorte übernehmen, in dem sie als Gemeinde-Gesundheits-Zentrum einen umfassenden, ambulanten Versorgungsansatz verfolgen und sich bei ihrem Leistungsspektrum der multiprofessionellen Aufgabenorganisation am regionalen Bedarf sowie die vorhandenen regionalen Angeboten orientieren und abstimmen.⁵⁷ Die Finanzierung der Kosten für die angeführten Maßnahmen zur Sicherung der ambulanten Versorgung erfolgt weitgehend durch die Vergütung der Kassen für die Patientenbehandlung. Der Aufwand für strukturelle Veränderungen zur Weiterentwicklung kann damit im zeitlichen Verlauf ebenfalls ausgeglichen werden. Zudem ermöglichen Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Leistungseffizienz Zeitgewinne für die Behandlung zusätzlicher Patienten und somit zusätzliche Einnahmen. Die Kosten für Hilfskräfte im delegativen Bereich der Heim- und Hausbesuche können seit 2015 mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Für die Aufwendungen zur strukturellen Umstellung kleiner Krankenhäuser können Mittel aus dem dafür eingerichteten Strukturfonds beantragt werden.

Raumbezug: Gemeinde, Grundzentren, Mittelzentren und Mittelbereiche

3.5.2 Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung umfasst wie oben dargelegt wurde drei Stufen. Kleine Krankenhäuser für die ortsnahe Grundversorgung, Regionale Krankenhäuser zur Gesundheitssicherung bei Spezialisierung in den unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten und Hochleistungskrankenhäuser zur Behandlung komplizierter, schwieriger Erkrankungen. Für

⁵⁶ Die Kriterien werden auf Bundesebene als Mindestvorgaben (z. B. bestimmte durchgeführte Operation sowie Bettenzahl) vorgegeben.

⁵⁷ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/35 (neu) vom 30.1.2015, HGC GesundheitsConsult GmbH: Grundlagenexpertise „Alter, Gesundheit und Pflege“ (Teil 1), S. 48.

alle drei Versorgungsstufen wird eine engere Verknüpfung mit der ambulanten, dezentralen ärztlichen Versorgung angestrebt, in dem kleine Krankenhäuser möglichst auch ambulante Leistungen erbringen - soweit ärztliche Ressourcen vorhanden sind -, die bei Bedarf zur Versorgungssicherung auch durch regionale Krankenhäuser zu erbringen ist. Außerdem soll der Austausch und die unterstützende Beratung der niedergelassenen Vertragsärzte durch Konsultation und Beratung für Diagnosen und Behandlungspläne durch IT-Techniken gestärkt werden. Damit wird gerade für Senioren ein wichtiger Beitrag zur Sicherung und Verbesserung ihrer gesundheitlichen Versorgung ermöglicht.

Kleine Krankenhäuser: Die Krankenhausversorgung liegt in Mecklenburg-Vorpommern mit 64 Betten/ 10.000 Ew. über dem Bundeswert von 62 Bette/10.000 Ew. bei defizitärer Bettenauslastung⁵⁸. Fast jede zweite Klinik wies bereits 2012 große Probleme zur Substanzerhaltung auf. Deshalb hat das Land strukturelle Veränderungen und eine Konzentration zu größeren leistungsstarken Krankenhäusern eingeleitet, in dem kleine Krankenhäuser umgewandelt werden. Bei geeigneten Voraussetzungen und bei Bedarf zur Sicherung einer ortsnahen Versorgung soll jedoch ein Teil der kleinen Krankenhäuser in strukturell veränderter Form erhalten bleiben. Diese Häuser sollen als Gemeinde-Gesundheits-Zentren Haus- und Facharztpraxen einschließlich geriatrischer Komplexbehandlungen einschließen, weiteres nicht ärztliches Personal wie Apotheken, Therapeuten, Pflege und ein umfassendes Beratungsangebote sowie Schulungen leisten. Es wird empfohlen, eine vertraglich vereinbarte Kooperation zwischen dem Gemeinde-Gesundheits-Zentrum und Rehabilitationseinrichtungen einzugehen sowie eine Kooperation zwischen freigemeinnützigen und privaten Anbietern von Altenwohnangeboten⁵⁹. Zugleich sollen sie ebenfalls Dienste der ambulante Versorgung erbringen, so dass mit ihnen die ambulante Versorgung gesichert und verstärkt werden kann. Die HGC GesundheitsConsult führt in ihrer Expertise an, dass in Mecklenburg bis zu 30 kleine Krankenhäuser oder Gemeinde-Gesundheits-Zentren vorstellbar sind.⁶⁰ Außerdem ist den Empfehlungen des Sachverständigenrats zu entsprechen, dass in Ergänzung zur Notaufnahme in Krankenhäusern Notfall- und Kurzliegestationen angeschlossen werden⁶¹.

Regionale Krankenhäuser (Grundversorgung): Das Landeskonzept zur Sicherung der Gesundheitsversorgung durch regionale Krankenhäuser, bei gleichzeitiger Spezialisierung für bestimmte Erkrankungen, ist für sämtliche Altersgruppen von Bedeutung. Für Senioren ist jedoch mit zunehmendem Alter von noch größerer Bedeutung auszugehen. Das gilt zum einen wegen des mit dem Alter ansteigenden gesundheitlichen Versorgungsbedarfs und zum anderen wegen multimorbider Patienten, deren Behandlung die Einbindung unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen erfordert. Zur Sicherung der Gesundheitsversorgung für Senioren sind vor allem vier Aspekte von Bedeutung: Sicherung geriatrisches Fachwissen, fachübergreifende Beachtung von Wechselwirkungen, Kooperation mit der Fläche und qualifizierte, gut erreichbare medizinische Fort- und Weiterbildungsangebote. In diesen Krankenhäusern sollte das ärztliche Personal grundsätzlich auch Fachärzte für Geriatrie umfassen. Gleichfalls müssen verstärkt die Wechselwirkungen beachtet werden, die sich aus den Behandlungsplänen der beteiligten einzelnen Fachärzte ergeben können. Das ist durch die weitgehende Einbeziehung eines Facharztes für Geriatrie oder der Allgemeinmedizin zu sichern. Mit den Ärzten in der Fläche ist ein Netzwerk zum schnellen Austausch und Beratung aufzubauen, mit dem Spezialistenwissen dezentral kurzfristig in den ländlichen Raum transferiert werden kann. Das gilt vor allem für die Behandlung von Notfällen wie Schlaganfälle oder Herzinfarkte. Weiterhin ist in Abstimmung mit der Kammer und den in Kreisen niedergelassenen Ärzten ein attraktives praxisnahes Fort- und Weiterbildungsangebot zu entwickeln. Es ist auf deren Bedarf der Ärzte in der Fläche auszurichten und muss mit machbarem Zeitaufwand nutzbar sein. Krankenhäuser der Grundversorgung sollen zusätzlich zu ihrer Spezialisierung ebenfalls über ärztliche Notfalldienste verfügen.

Raumbezug: Mittelzentren und Mittelbereiche, ggf. Grundzentren

⁵⁸a.a.O., S. 22

⁵⁹ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/35 (neu) vom 30.1.2015, HGC GesundheitsConsult GmbH: Grundlagenexpertise „Alter, Gesundheit und Pflege“ (Teil 1), S. 48

⁶⁰a.a.O., S. 47

⁶¹a.a.O., S. 68

Hochleistungskrankenhäuser: Die Ausstattung mit Hochleistungskrankenhäusern ist für Senioren ähnlich wichtig wie die Regionalkrankenhäuser, zumal viele komplizierte Erkrankungen erst im höheren Alter auftreten. Diese Krankenhäuser können nicht ortsnah sein, da es sich um wenige Einrichtungen handelt mit entsprechenden großen Einzugsgebieten. Es sollte jedoch geprüft werden, wie weit von dort bei komplizierten Notfällen ebenfalls auch eine beratenden Unterstützung für Ärzte möglich ist, die in GGZ oder in zu MVZ umgewandelten ehemaligen kleinen Krankenhäusern tätig sind. Gleichfalls sollte auch dort die Geriatrie sowie ein Fort- und Weiterbildungsangebot für Vertragsärzte entwickelt werden, dass ggf. in Fachforen dezentral oder durch Besuch der praktizierenden Ärzte in diesen Krankenhäusern vermittelt wird.

Raumbezug: Oberzentren

3.6 Pflege

Mecklenburg-Vorpommern weist heute, trotz der hohen Pflegequote von 4,1 %, die etwa 30 % über dem Bundesdurchschnitt liegt⁶², durch familiäre und professionelle Leistungen insgesamt eine ausreichende Pflegeversorgung auf. Für die Zukunft zeichnen sich jedoch erhebliche Herausforderungen ab. Aufgrund der steigenden Lebenserwartungen leben immer mehr Alte und hoch betagte Menschen in der Bevölkerung. Da mit dem Alter die Pflegewahrscheinlichkeit zunimmt, wird der Pflegebedarf deutlich zunehmen. Für die Bundesrepublik wird ein Anstieg der heutigen 2,5 Mio. Pflegefälle bis 2050 um etwa 55 % bis 56 % erwartet. Gleichzeitig sinken die familiären bzw. informellen wie auch die professionellen Leistungen. Zudem stehen größere strukturelle Veränderungen bevor, die jedoch mit veränderten Konzepten zugleich wichtige Chancen beinhalten. Es gilt grundsätzlich die Ausrichtung **ambulant vor stationär**. Bis 2030 wird in Mecklenburg-Vorpommern ein Anstieg des Pflegebedarfs um 22 % erwartet, wofür 1.115 zusätzliche Fachkräfte benötigt werden.

Für die Leistungen der Pflege sind heute im Wesentlichen relevant:

Nicht professionelle Leistungserbringer	professionelle Leistungserbringer
<ul style="list-style-type: none"> familiäre Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> Professionelle Pflege
<ul style="list-style-type: none"> Nachbarschaftliche Pflegehilfe und bürgerschaftl. Engagem. 	
<ul style="list-style-type: none"> Pflegelotse (ggf. auch Kümmerer) 	<ul style="list-style-type: none"> Kümmerer

Familiäre Pflege: Die Familien decken heute 71 % der Pflegefälle ab. Familiäre Pflege wird ausschließlich ambulant (d. h. am Wohnsitz des Pflegefalles) erbracht. Die familiäre Pflege wird von Ehepartnern, vorrangig von Ehefrauen und von Kindern geleistet.

Nachbarschaftliche Pflege und bürgerschaftliches Engagement: Diese/s vorrangig werden vergleichbar mit der familiären Pflege am Wohnsitz des Pflegefalles erbracht. Aufgrund der hohen Belastungen und der notwendigen intimen Vertrautheit mit dem Pflegefall haben diese Leistungen bislang eher geringere Bedeutung.

⁶² Enquete- Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“, S. 59. Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur Seite 40

Pflegelotsen: Sie sind ehrenamtlich tätig und informieren sowohl über ambulante als auch stationäre Pflegemöglichkeiten, den damit verbundenen Fragen der zu pflegenden Personen und deren Familien.

Professionelle Pflege: Diese wird durch ausgebildete Fach- und Hilfskräfte erbracht. Je nach der Trägerorganisation kann es sich dabei um ambulante oder um stationäre Pflege handeln oder um Leistungen für Pflegedienste, die sowohl ambulante als auch stationäre Pflege anbieten. Für Senioren, die Dauerpflegefälle sind, werden die Leistungen bis zu einer bestimmten Höhe von den Pflegekassen finanziert. Die darüber hinausgehenden Kosten hat die Person zu begleichen, die gepflegt wird. Wenn deren Einkommen, insbesondere Renten oder sonstigen Vermögensverhältnisse nicht ausreichen, muss das Defizit von der Sozialhilfe übernommen werden.

Pflegelotsen: Pflegelotsen sind Personen die Senioren oder deren Angehörige im Bedarfsfall umfassend über Pflegemöglichkeiten sowie die damit verbundenen Kosten und Kostenerstattungsmöglichkeiten informieren. Diese Personen sind bislang i. d. Regel ehrenamtlich tätig. Sie können damit eine wichtige Funktion für Pflegestützpunkte leisten, insbesondere weil sie die betreffenden Ratsuchenden aufsuchen und somit auch für immobile Senioren eine wichtige Hilfe bieten.

Kümmerer/in: Kümmer/innen haben ein ähnliches, aber deutliche erweitertes Leistungsbild wie Pflegelotsen. Sie informieren wie Pflegelotsen über ambulante und stationäre Pflegemöglichkeiten sowie damit verbundenen Fragen der zu pflegenden Personen und deren Familien. Zugleich leiten sie jedoch bei festgestelltem Bedarf Pflege- und Hilfsmaßnahmen für Pflegefälle ein, indem sie die zuständigen Stellen und Anbieter informieren und die erforderlichen Kontakte herstellen. Aufgrund des dafür erforderlichen breiten Kenntnis- und Handlungsprofil handelt es sich um professionell arbeitende Kräfte, die zu bezahlen sind. Die Wahrnehmung dieser Tätigkeit wäre im Prinzip auch ehrenamtlich vorstellbar, was jedoch dann einen sehr hohen Einsatz erfordern würde.

Die **familiären Pflegeleistungen Leistungen**, die heute noch mehr als ein Drittel der Pflegefälle versorgen, gehen zurück. Aufgrund der niedrigen Geburtenzahlen wird das Verhältnis von Personen, die zu pflegen sind, gegenüber pflegenden Familienangehörigen immer ungünstiger. Demografisch bedingt geht auch die Zahl der 45- und 65jährigen Frauen zurück, die heute die Hauptlast familiärer Pflegeleistungen tragen. Zudem werden die familiären Leistungen infolge der hohen Trennungsrates und des berufsbedingten Wegzugs von Kindern und Familienangehörigen zusätzlich reduziert. Deshalb gehen manche Experten davon aus, dass eine zunehmende Umstellung auf professionelle Leistungen notwendig ist⁶³.

Einer Professionalisierung stehen aber der Personalengpass und die Kostenproblematik entgegen. Bereits in naher Zukunft zeichnen sich große Personaldefizite für die Pflege ab. Gleichzeitig steht das Ausscheiden älteren Pflegepersonals bevor, das auf absehbare Zeit nicht ersetzt werden kann⁶⁴. Damit könnten sich die Voraussetzungen zur Umsetzung der **Standards** reduzieren, die durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pflegerat entwickelt wurden (alle 5 Jahre aktualisiert). Zur Bewältigung dieser Herausforderungen gilt es, die Personalprobleme zu reduzieren und zugleich der steigenden Kostenbelastung, insbesondere durch Stärkung bürgerschaftlichen Engagements entgegenzuwirken, wie gleichfalls mittels neuer Konzepte und Lösungsansätze die Effizienz der Leistungen zu verbessern. Dabei kommt es vor allem auf sektorübergreifendes Zusammenwirken, insbesondere auch von medizinischen und pflegerischen Leistungen an.

Zum **Abbau der Personalprobleme** wird in den für die Enquete-Kommission erstellten Expertisen vor allem angeregt, die Ausbildungskapazitäten für den Pflegeberuf zu erhöhen und die Attraktivität durch bessere Arbeitsbedingungen, Bezahlung und Aufstiegsmöglichkeiten zu verbessern. Die Vorstellungen zur Attraktivitätserhöhung sind zugleich auf die Schaffung von

⁶³ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“, S. 17-18.

⁶⁴ a.a.O., S. 80

Möglichkeiten für höhere Qualifikationen und Substitution ärztlicher Leistungen durch besonders ausgebildete Pflegekräfte ausgerichtet (siehe oben 3.5.1). Die Überlegungen zielen auf eine Akademisierung⁶⁵ ab, in dem für Pflegekräfte ein für Kranken- und Altenpflege gemeinsames vierjähriges Studium angeboten wird⁶⁶. Das Plädoyer für eine Akademisierung dürfte sich an der erfolgreichen Entwicklung im Ausland orientieren⁶⁷. Die Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission führen an, dass dafür ein achtsemestriger Studiengang an der Universität Greifswald vorbereitet wird. In dem Gutachten „Gute Praxis in der ambulanten Versorgung...“ wird dazu angeführt: „Im Hinblick auf die Ausbildung geeigneter Fachkräfte wurden in Deutschland bereits erste Schritte vorgenommen. Inzwischen gibt es in Deutschland 93 Pflegestudiengänge (incl. Altenpflege), die mit einem Bachelor abgeschlossen werden, davon 81 an Fachhochschulen, 12 an Universitäten. Im Masterbereich gibt es 36 Studiengänge. Die Zahl der Studienanfänger stieg von 574 im Jahr 2005 auf 1.754 im Jahr 2010/2 (DIE ZEIT 2013).“⁶⁸

Der Vorteil könnte vor allem im Einsatz für chronisch Kranke liegen, sowie im Rahmen eigenverantwortlich wahrgenommener Behandlungspfade im Case Management. Die Möglichkeiten werden aber auch skeptisch gesehen, da die Modellvorhaben durch extra-budgetäre Sonderzuweisungen finanziert wurden. Es wird angezweifelt, dass einer Regelanwendung ohne diese Finanzierung für eine gute Behandlung auf Dauer möglich ist⁶⁹. Außerdem fehlt es in Deutschland weniger an Interessenten für den Pflegeberuf als vielmehr an Schulabsolventen, die die erforderlichen Voraussetzungen bieten⁷⁰. Bei einer Akademisierung würden die schulischen Anforderungen steigen und somit tendenziell noch mehr Interessenten von einer Pflegeausbildung ausschließen. Außerdem wäre für diese Kräfte eine höhere Bezahlung unerlässlich, was eine weitere Verschärfung der Finanzierungsprobleme erwarten lässt. In dem Gutachten von Neumann u. a. wird in den noch ungeklärten Finanzierungsfragen eine der wesentlichen Hürden gesehen. Außerdem kommt das Gutachten zu dem Ergebnis, dass damit die Versorgungssicherung und –qualität insbesondere in unterversorgten Gebieten für Pflegefälle verbessert werden könnte, aber keines Falls von einer Reduzierung der Kosten auszugehen ist.⁷¹

In Hinblick auf eine stärkere Verzahnung der medizinischen und der pflegerischen Leistungen ist für einen Teil der Pflegefachkräfte eine höhere Qualifikation anzustreben. Der SVR (Sachverständigenrat) erachtet eine stärkere Aufgabenübertragung, insbesondere an die Pflege und für diese eine größere Handlungsautonomie als unerlässlich, um die gesundheitliche Versorgung zu erhalten und zu verbessern. Dazu wird in einer Expertise vorgeschlagen, das Modell Advanced Nurse Practitioner zur Ausbildung zu prüfen. Die dementsprechend ausgebildeten Kräfte werden dazu befähigt, den pflegerischen Bedarf einzuschätzen, Interventionen durchzuführen, Resultate der pflegerischen Versorgung zu verantworten und Pflegebedarfsartikel sowie Medikamente zu verordnen. Damit könnten Ärzte und die Pflege von zeitaufwendiger Bürokratie entlastet werden, bei gleichzeitig höherer Arbeitsattraktivität für Pflegeberufe. Außerdem würde diese Ausbildung auch die anzustrebende engere Verzahnung zwischen Pflege und ärztlicher Versorgung begünstigen. Bei Ausbildungsgängen für eine höhere Qualifikation sollten die Vorschläge zum Tragen kommen, in denen die dafür geeigneten Fächer als gemeinsames Modul für medizinische Ausbildungsgänge und Pflegegänge ausgerichtet werden⁷². Weitere Möglichkeiten liegen in der hohen Zuwanderung von Flüchtlingen bzw. Migranten. Unter diesen befinden sich etliche Personen, die von ihrer Ausbildung und früheren beruflichen Tätigkeit her Kenntnisse in der medizinischen Versorgung und Pflege haben.

⁶⁵ a.a.O., S. 81.

⁶⁶ Lüder, S.: Substitution statt Delegation. Im Rahmen eines Modellversuchs sollen bestimmte ärztliche Leistungen künftig auf Alten- und Krankenpflege übertragen werden, im: Hamburger Ärzteblatt 01/2013, S. 21

⁶⁷ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 23.

⁶⁸ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 23.

⁶⁹ Lüder, S.: Substitution statt Delegation. Im Rahmen eines Modellversuchs sollen bestimmte ärztliche Leistungen künftig auf Alten- und Krankenpflege übertragen werden, im: Hamburger Ärzteblatt 01/2013, S. 20

⁷⁰ Realschulabschluss oder Hauptschul- oder Berufsschulabschluss mit Durchschnittsnote gut.

⁷¹ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 20-22, S. 19.

⁷² Beispiel Cluster der Universität Greifswald, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“, S. 80-81.

Ambulante Pflege

Auf die ambulante Pflege, soll wie oben dargelegt, zukünftig den Schwerpunkt der Leistungen liegen. Das entspricht bei weitem dem vorherrschenden Wunsch von Senioren, da sie auch bei Pflegebedarf möglichst weiterhin in eigenständiger Wohnweise leben möchten⁷³. Zudem ist eine familiäre wie auch eine ambulante Pflege kostengünstiger als eine stationäre Versorgung, was nicht nur an den tendenziell höheren Pflegestufen der Pflegefälle in der stationären Versorgung liegt. Bereits heute reichen häufig die Renten nicht aus, um die Kosten einer stationären Pflege abzudecken. Die Finanzierungslücke sind aus Mitteln der Sozialhilfe, also von Seiten des Kreises und seiner Kommunen zu tragen⁷⁴. Diese Problematik könnte sich aufgrund der gebrochenen Erwerbsbiografien durch Arbeitslosigkeit und Niedriglöhnen zukünftig noch verstärken und zu sehr schwer zu bewältigenden öffentlichen Belastungen führen.

Zur Bewältigung der pflegerischen Herausforderungen gilt es vor allem, ein bedarfsgerechtes Hilfe- und Pflegeangebot zu sichern. Dazu müssen neben ausreichender professioneller Kapazitäten vor allem die familiären Pflegeleistungen unterstützt und gestärkt werden, um deren demografisch bedingten Rückgang entgegenzuwirken. Wichtige Möglichkeiten dazu sind Beratung und Schulung sowie zur Entlastung ein gut erreichbares Angebot an Tages-, Nachts- und Verhinderungspflege. Außerdem sind diese Leistungen von der Pflegekasse angemessen zu entlohnen und gleichfalls die Kosten für die dafür erforderliche Sachausstattung zu erstatten. Gleichfalls ist die Selbsthilfe von Senioren zu aktivieren. Heute kommt ein Pflegefall auf 22 Personen im Erwerbsalter. Dieses Verhältnis wird im zeitlichen Verlauf immer ungünstiger. Bis 2050 sinkt das Verhältnis auf 1 : 9. Damit steuern wir auf unverhältnismäßig hohe, kaum zu erbringenden Belastungen für die jüngere Generation zu. Umgekehrt werden wir immer älter und die Alten sind größtenteils bis zum 75. Lebensjahr, oft auch bis zum 80. Lebensjahr noch fit. Das spricht dafür, dass die Selbsthilfe von Senioren wesentlich zu stärken und auszuweiten ist. Dafür gibt es viele erfolgreiche Beispiele (Abschnitt siehe 3.8).

In der Pflege sind ebenfalls die Möglichkeiten der IT-Techniken intensiv zu nutzen. So kann damit eine Fernüberwachung gesichert werden, die kostengünstig zugleich die Versorgung qualitativ verbessert. Handlungsbedarf und Notfälle können damit zeitnah und verlässlich erkannt werden, um schnell zu handeln. Der Einsatz von Telekommunikation bietet erhebliche Vorteile, zumal dort die Entwicklung immer weiter geht und neue Möglichkeiten schafft. Dieser Einsatz könnte jedoch dazu führen, dass die persönlichen Kontakte mit den Senioren zurückgehen und die Vereinsamung von Senioren verstärken. Deshalb bedarf es eines Ausgleiches, der etwa durch bürgerschaftliches Engagement zu leisten wäre. Es könnten dafür auch ehrenamtlich tätige Personen ohne spezielle Ausbildung tätig werden.

Der ambulanten professionellen Pflege kommt trotz der Leistungen im informellen Bereich heute wie auch zukünftig große Bedeutung zu. Das gilt vor allem, wenn sie das Case- und Care-Management leistet, wozu die informellen Leistungsträger kaum in der Lage sind. In Anbetracht des bevorstehenden Anstiegs der Pflegefälle und darunter der zunehmenden Anzahl morbid erkrankter Patienten, ist von steigendem Bedarf auszugehen. Es muss jedoch versucht werden, den Anstieg für die professionelle Pflege durch die angeführten informellen Leistungen möglichst niedrig zu halten. Diese Ausrichtung hat auch für die wahrscheinlichen Personalengpässe für die ambulante Pflege ebenfalls größtes Gewicht. Deshalb sind die Maßnahmen im Ausbildungsbereich, zur angemessenen Vergütung professioneller Pflege und für attraktivere Arbeitsbedingungen von größter Wichtigkeit.

⁷³ Siehe a. Berlin-Institut u. Körber-Stiftung; Stadt für alle Lebensalter, Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin Nov. 2014, S. 70.

Dorin, L., Büscher, A.: Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen. Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe, in: Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U.: Gesundheitsmonitor 2012. Kooperationsprojekt der Bertelsmann-Stiftung und der BARMER/GEK 2014.

⁷⁴ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“, S. 64. Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur Seite 43

Eine wichtige Bedeutung zur Einleitung von Pflege und deren Sicherung im ländlichen Raum wie auch weiteren Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen dürfte zukünftig den oben angeführten Kümmerinnen oder Kümmerern zukommen. Das häufig bestehende große und breite Angebot an Hilfe- und Pflegeleistungen erreicht gerade ambulant betreute Patienten schwerer, da es sich stets um Einzelfälle handelt. Hier bedarf es vor allem der Kontaktvermittlung, wofür Kümmerern/Kümmerinnen eine wichtige Funktion zukommt. Sie sucht die Senioren auf und stellt von sich auch die Kontakte her, um sich über das Befinden der Alten und deren Bedürfnisse zu informieren. Kümmerer/Kümmerinnen sollten i. d. Regel eng mit Pflegestützpunkten oder ähnlichen Einrichtungen zusammenarbeiten oder sind diesen direkt zuzuordnen. Wenn sie bei ihren Besuchen Bedarfe feststellen, leiten sie die benötigte Hilfe ein oder stellen die erforderlichen Kontakte dafür her. Kümmerer/Kümmerinnen arbeiten als angestellte Personen, z. B. angestellt vom Pflegestützpunkt, freiberuflich gegen Honorar oder ggf. auch ehrenamtlich. Die Tätigkeit ist aber vorrangig hauptberuflich wahrzunehmen, da sie wie oben dargelegt wurde erheblichen Zeitaufwand erfordert, um sich die notwendigen breiten Kenntnisse zu verschaffen. Zudem müssen diese Kenntnisse neben der eigentlichen Tätigkeit fortwährend aktualisiert werden. Die Tätigkeit kann im Prinzip auch ehrenamtlich wahrgenommen werden, so dass ggf. nur Sachkosten entstehen. Gegen die ehrenamtliche Wahrnehmung spricht jedoch der sehr hohe Zeitaufwand, denn diese Tätigkeit zusätzlich zur eigentlichen Arbeit für die Aneignung und Aktualisierung der notwendigen Kenntnisse erfordert. Hier ist das Land gefordert auf die Pflegekasse und die Krankenkassen hinzuwirken, dass die Kosten für den Einsatz dieser Kräfte übernommen werden.

Eine wesentliche Unterstützung im Zugang zur Pflege kann von den oben angeführten Pflegelotsen durch deren Beratungspotential geleistet werden. Pflegelotsen arbeiten bisher in Mecklenburg-Vorpommern ehrenamtlich. Diese Tätigkeit wäre jedoch auch in einem Anstellungsverhältnis vorstellbar. Pflegelotsen sind in erster Linie auf der Gemeindeebene tätig, wobei ein enger Bezug zum nächsten oder zuständigen Pflegestützpunkt bestehen sollte. Da ihr Beratungsspektrum sich ausschließlich auf Fragen der Pflege bezieht, ist ihr dafür erforderliches Kenntnisprofil etwas geringer als das von Kümmerern/Kümmerinnen. Deshalb kann diese Aufgabe auch eher von ehrenamtlich tätigen Kräften wahrgenommen werden, so dass in dem Fall ggf. nur deren Sachkosten anfallen.

Für die Sicherung der Versorgung der Senioren bedarf es vor allem dem Zusammenwirken der Pflege mit Psychotherapeuten, Geriatrie und Medikamentenversorgung. Ein zukünftiger Schwerpunkt der Pflege wird außerdem im nicht institutionellen Bereich der Sozialarbeit gesehen. Das ist abzusichern und erfordert ein entsprechendes Beratungsangebot. Die Koordination der verschiedenen Angebote sollte durch ambulante Pflegedienste erfolgen. Außerdem „... sind Kranken- und Pflegekassen zu verpflichten, organisierende bedingt wirksame Selbsthilfestrukturen im weiten Umfeld präventiver Maßnahmen und Möglichkeiten zu organisieren...“⁷⁵

Stationäre Pflege

Trotz der Ausrichtung „ambulant vor stationär“ ist für einen Teil der Pflegefälle eine stationäre Versorgung unerlässlich. Bei dem bevorstehenden Anstieg der Pflegefälle werden die bestehenden Kapazitäten trotz der Ausrichtung auf ambulante Pflege auch zukünftig benötigt. Die großen Herausforderungen für die stationäre Pflege im ländlichen Raum liegen in der Sicherung des Fachpersonals und der ärztlichen Betreuung. Da in der stationären Pflege kaum informelle Kräfte wie Familienmitglieder von Patienten tätig sind, ist sie auf einen ausreichenden Besatz professioneller Kräfte angewiesen. Von daher haben Maßnahmen zur Verbesserung des Ausbildungsangebotes sowie zur Steigerung der Arbeitsattraktivität für die stationäre Pflege eine sehr hohe Bedeutung. Die ärztliche Betreuung kann ein existenzielles Problem werden, wenn diese aufgrund des Ärzterückgangs nicht mehr gesichert ist. In dem Fall kann ein Pflegeheim die Zulassung verlieren und muss schließen. In Anbetracht, dass bis 2020 die Hausärzte altersbedingt etwa um 40 % oder mehr zurückgehen und in ländlichen Räumen nur für jede vierte oder fünfte Hausarztpraxis eine nach Nachbesetzung wahrscheinlich ist, besteht größter Handlungsbedarf, damit dieses Problem nicht bereits in nächster Zukunft anwächst.

⁷⁵ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/38 (neu) vom 17.3.2015: HGC GesundheitsConsult GmbH: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2) Pflege und Prävention., S. 29-30.

Um dem entgegenzuwirken, haben einige Regionen erfolgreich Kooperationsverträge zwischen niedergelassenen Ärzten, Pflege und Krankenkassen geschlossen⁷⁶. Mit dem Vertrag soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen dieser Region gesichert und verbessert werden. Der Vertrag wurde zwischen den Vertretern der Region, der KV, der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft und niedergelassenen Ärzten geschlossen. Darin werden Heimbefuche als Regelfall sowie außerhalb der üblichen Sprechstunden, Bereitschaftsdienst, anlassbezogene Arztbesuche, Quartalsgespräche, Einsatz von entlastenden Versorgungsassistent/innen (VERAS, NäPA), Identifizierung und Betreuung von Hochrisikopatienten, Einleitung prophylaktischer Maßnahmen, Maßnahmen und Arzneimitteltherapiesicherheit, indikatorengerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung, Optimierung der Kommunikationsstrukturen, Kooperation mit der Pflegeberatung der Krankenkassen und Aufbau geriatrischer Fachkompetenz geregelt. Dafür haben die Vertragsteilnehmer gemeinsam Kommunikationsleitfäden und verbindliche Prozessabläufe bei medizinischen Notfällen implementiert. Die teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen auch die Abstimmung mit beteiligten Haus- und Fachärzten und Pflegeeinrichtungen sowie die Koordination der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner. Außerdem besteht Verpflichtung der angeschlossenen Mediziner zu Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen in den für Senioren besonders relevanten Krankheitsbildern wie Demenz, Schmerztherapie u. dgl., wie ebenfalls Regelungen mit der KV und den Krankenkassen für die Vergütung der ärztlichen Leistungen vereinbart sind. Durch die vertraglichen Regelungen ist die erforderliche ärztliche Versorgung gesichert, wobei die Möglichkeit für den Beitritt weitere Vertragsärzte offen gehalten werden.

Prävention

In enger Beziehung zur Pflege steht die Prävention, um Pflegefälle möglichst hinauszuzögern. Diesbezüglich kommt es auf Beratung und ein Bewegungsangebot an. Durch Beratung kann z. B. die Ernährung derart umgestellt werden, dass bestimmte Krankheitsbilder mit entsprechenden Beeinträchtigungen unwahrscheinlich werden. Durch ein gezieltes Angebot für Gesundheitsbewegung kann die körperliche Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit und das Koordinationsvermögen ältere Menschen und somit ihre Alltagskompetenz gestärkt werden. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es 1.900 Sportvereine, die dafür ein Primärangebot haben, mit 1.400 qualitätsgeprüften Gesundheitssportangeboten, die größtenteils von den Krankenkassen nach § 20 SGB V gefördert werden⁷⁷. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald besteht ein flächendeckendes Präventionsangebot durch regionale Vernetzung der beteiligten Akteure: Sportvereine, Fitness-Studios, Krankenkassen, Volkshochschulen, soziale Dienstleister wie Volkssolidarität, Arbeiterwohlfahrt, Quartiersmanagement. Gleichfalls ist die Rehabilitation diesbezüglich von wichtiger Bedeutung, damit Patienten nach Krankenhausaufenthalten nicht zu Pflegefällen werden. Wie oben angeführt sollte auf Rehabilitation für machbare Fälle auch die Pflege darauf ausgerichtet werden.

Raumbezug: Dorf, Gemeinde, Grundzentren, Mittelzentren

3.7 Bürgerschaftliches Engagement

In der Bevölkerung engagieren sich zudem 29 % ehrenamtlich. Die Expertise, die dazu im Auftrag der Enquete-Kommission erstellt wurde, zeigt sowohl die Möglichkeiten als die große Bedeutung bürgerschaftliches Engagement für die Sicherung der Lebensqualität der Senioren auf. Diese Einschätzung wird durch etliche Aktivitäten in Mecklenburg-Vorpommern wie auch aus anderen Bundesländern bestätigt. Bürgerschaftliches Engagement sollte jedoch im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft nicht wie häufig üblich allein auf ehrenamtlich tätige Bürger bezogen werden, sondern die örtlichen Betriebe und Gewerbetreibenden mit einbeziehen. Den örtlichen Unternehmen kann dabei nicht nur im Sinne von Sponsoring Bedeutung zukommen, sondern

⁷⁶ Vertrag Region Bünde, Lippe, Marl, Münster, Unna und KV Westfalen-Lippe, 2014.

⁷⁷ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“, S. 107. Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur Seite 45

durch aktive Mitwirkung und Unterstützung gemeinsamer Vorhaben. Als Beispiel sein auf Aktivitäten in Gemeinden Mecklenburg-Vorpommers verwiesen, um durch Eigenleistungen einen leistungsfähigen Breitbandanschluss zu bekommen. Dafür waren ehrenamtlich durchgeführte Erdarbeiten notwendig, die ohne logistische Hilfe ortsansässiger Unternehmen kaum möglich waren. Das Beispiel zeigt, dass durch diese gemeinsame Aktion sowohl die Bürger der betreffenden Gemeinden als auch die beteiligten ansässigen Unternehmen Vorteile hatten. Das lässt sich auf viele Bereiche übertragen, bis hin zur Nutzung von Transportmöglichkeiten für Bürger und Senioren durch Fahrzeuge ansässiger Unternehmen. Außerdem werden damit Sozialbeziehungen gestärkt, die auch der Abwanderung Jüngere entgegenstehen können bis hin zu Perspektiven für deren berufliche Möglichkeiten vor Ort.

Bürgerschaftlichen Engagement kommt auch für viele Bereiche der Seniorenversorgung, insbesondere für personelle Leistungen große Bedeutung zu. Das gilt für die weite Palette des Bedarfs an Haushaltshilfen, zur Unterstützung eigenständigen Wohnens, im Vereinswesen, für Kommunikation, Teilhabe und Freizeit, Unterstützung der Pflege oder auch zur Erhaltung der Mobilität. Diese Bedeutung wird zukünftig noch zunehmen, zum einen wegen der Anwachsenden Anzahl alter sowie hochbetagter Bürger und wegen der rückläufigen familiären Leistungen. Diese familiären Leistungen sind durch professionelle Anbieter kaum ausgleichbar, was schon aus Kostengründen gilt. Das trifft vor allem für kleine Gemeinden und Dörfer in der Fläche des ländlichen Raumes zu, wenn deren Bevölkerung vorrangig aus Alten besteht und kaum noch jüngere Familienangehörige dort wohnen. Deshalb kommt dort sozialen Netzwerken im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft große Bedeutung zu.

Zur Anwerbung und Koordination des Einsatzes ehrenamtlich Tätiger Bürger haben sich Freiwilligenagenturen bewährt, die interessierte Helfer informieren, beraten und organisieren. Diesbezüglich ist der Helferkreis im Landkreis Ludwigslust-Parchim ein gutes Beispiel. In der Anwerbung ehrenamtlicher Helfer in ländlichen Gemeinden kann ebenfalls auf die Erfahrungen aus dem Saarland mit der langjährigen erfolgreichen Tradition der dortigen „Ehrenamtsbörsen“ verwiesen werden. Unter Ehrenamtsbörsen versteht man dort Ausschreibungen am *Schwarzen Brett* der Gemeinde, in denen benötigte Leistungen, die ehrenamtlich erbracht werden sollen, angefragt werden. Diese Leistungen sind genau beschrieben, d. h. der Einsatzort, die Zeiten, Zeitdauer und die Anforderungen an das Hilfspersonal. Personen, die Interesse haben, melden sich bei der Gemeinde, die dann den Einsatz organisiert. In einer Expertise für Mecklenburg-Vorpommern wird das persönliche Ansprechen von Bürgern am erfolgreichsten erachtet und zwar mit großem Abstand zu Werbeaktionen oder zu Werbeaktionen der Träger von Einrichtungen, die diese personelle Unterstützung benötigen.

Für die Erhaltung der Mitwirkungsbereitschaft wurde in einer Studie für die Enquete-Kommission empfohlen, eine Ehrenamts-Dankbarkeits-Kultur zu entwickeln. Demnach haben sich dafür offizielle Auszeichnungen und Belobigungen bewährt sowie Vergünstigungen, z. B. in Form der kostenlosen Nutzung kommunaler Angebote (z. B. Schwimmbad, Transportmittel und dgl.), offizielle Anerkennungen, wie auf der Homepage der Gemeinde, ggf. auch des Kreises. Außerdem wird in der Studie empfohlen, grundsätzlich jegliche Kostenbelastung für Helfer zu vermeiden, so dass Kosten für erforderliche Fahrten grundsätzlich zu erstatten sind. Das Gleiche gilt für die Ausstattung, die evtl. für diese Tätigkeit erforderlich ist.

Als weitere wichtige Voraussetzung wird in der Studie angeführt, dass ehrenamtlich tätigen Bürgern an Entscheidungen mitwirken und statt starren Vorgaben flexible Lösungen möglich sind. Die aktiven Bürger müssen demnach in den Bereichen, in denen sie engagiert sind, hinter der Maßnahme stehen, an der sie mitwirken. Es wird erwartet, dass sie das vor allem dann tun, wenn sie an der Ausrichtung einer Maßnahme mitgewirkt haben, einschließlich an dafür erforderlichen Entscheidungen. Das bedingt statt eingeleisteter Lösungen Flexibilität, denn sonst gibt es nichts zu entscheiden. So müssen sie z. B. Einfluss darauf haben, wann sie welche Leistungen erbringen und bei Alternativen, z. B. für Begleitdienste, wie sie diese wahrnehmen. Auf diese Zusammenhänge wird in dem daraus ausgerichteten Gutachten für die Enquete-Kommission nachdrücklich hingewiesen. Natürlich werden diese Entscheidungsspielräume bei bestehenden Abhängigkeiten von anderen Leistungen, z. B. Arzttermine usw. begrenzt sein. Wenn das aber den ehrenamtlich tätigen Bürger vermittelt wird, ist das etwas anderes als eine starre Vorgabe. Außerdem kann, um bei dem Beispiel zu bleiben, ggf. auf den Arzttermin Einfluss im Sinne einer Verschiebung

genommen werden.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat auf die zunehmende Bedeutung des Ehrenamtes und des bürgerschaftlichen Engagements reagiert und im Juni 2015 die „Ehrenamtsstiftung MV“ gegründet⁷⁸. Die Stiftung unterstützt ehrenamtliches Engagement auf zwei Ebenen: Zum einen werden potentielle Projektträger, engagierte Bürger oder Vereine in Bezug auf ihr Engagement über alle relevanten Rahmenbedingungen beraten, die zu beachten sind. Themen können dabei u.a. organisatorische, rechtliche, versicherungstechnische, steuerliche oder förderrechtliche Fragen sein. Zum anderen fördert die Stiftung Projekte direkt durch finanzielle Zuschüsse. Dabei verfolgt sie den Grundsatz, dass vor allem kleine Projekte unterstützt werden sollen, für die sich sonst keine Förderprogramme finden lassen. Die Ehrenamtsstiftung versteht sich als Partner und Plattform aller ehrenamtlich Engagierten im Land. In dieser Form bildet sie eine ideale Anlaufstelle für die Verknüpfung von Fragen der Daseinsvorsorge mit bürgerschaftlichem Engagement.

Bürgerschaftliches Engagement ist auch als eigenverantwortliche Selbsthilfe zu entwickeln. Dafür hat sich eine Unterstützung und Hilfe von rüstigen Senioren für hilfebedürftige Senioren nach einem Bonussystem bewährt. Die Helfenden bekommen für ihre erbrachten Leistungen Bonuspunkte, die sie später bei evtl. eigenem Hilfebedarf für kostenfreie Unterstützungsleistungen einwechseln können. Für das Konzept bedarf es jedoch eines verlässlich, solventen Trägers. Das kann nur die Gemeinde oder das Amt sein, die auch langfristig die Vergütung der Bonuspunkte sichern. Für die Organisation hat sich die Form eines eingetragenen Vereins bewährt. Dieser ist zum Start von der Gemeinde/Amt mit Interessierten Bürgern zu gründen und kann später zunehmend an die Bürger übertragen werden, so dass die Fortführung durch die Beteiligten als „Selbstläufer“ mit minimaler kommunaler Beteiligung erfolgt. Dieses Konzept ist in Deutschland inzwischen in einer Reihe von Gemeinden erfolgreich umgesetzt worden, u. a. im hessischen Bad Nauheim seit ca. 15 Jahren.

Bürgerschaftliches Engagement ist auch für die Mobilitätssicherung von Senioren von Bedeutung. Das beginnt im Nahbereich in Begleitdiensten für Einkauf, Arztbesuch oder Behördengänge. Durch Mitfahrangebote privater Pkw-Eigner kann gerade in der Fläche des ländlichen Raumes die Mobilität von Senioren erhalten werden. Schließlich ist auf Bürgerbusse zu verweisen. Das sind Kleinbusse, die von ehrenamtlich tätigen Fahrern kutschiert werden. Daran können sich Senioren auch aktiv beteiligen, da als Fahrer auch Personen bis zum Erreichen des 70. Lebensjahres zulässig sind.

Mit dem Familienpflegezeitgesetz⁷⁹ wurden die Voraussetzungen zur familiären Unterstützung und Pflege und der Vereinbarkeit mit dem Beruf wesentlich verbessert. In Anbetracht der rückläufigen Bedeutung traditioneller Familien wäre zu prüfen, wie weit durch gesetzliche Veränderungen diese Regelung auch auf außerfamiliäre Personen anwendbar ist.

Dem stehen jedoch skeptische Einschätzungen entgegen, die Teilnehmer auf den beiden Workshops zum Projekt in den beiden Lupenregionen geäußert haben. Für ehrenamtliche Aufgabenwahrnehmung bestehen demnach kaum auszuräumende Unsicherheiten, auf die in der Diskussion auf den Workshops in den Lupenregionen nachdrücklich hingewiesen wurde. Außerdem wurde in diesen Aktivitäten ein Rückzug des Staates aus seinen Verantwortungsfeldern gesehen. Die Problematik einer gewissen Unsicherheit ist kaum ausräumbar. Im zeitlichen Verlauf kann die Bereitschaft der Bürger zurückgehen, was ggf. schon durch Alterung und fehlenden Nachrücken von jüngeren Personen entstehen kann. Dieses Problem, wird u.a. auch an der Einstellung ehemals gut laufender Bürgerbusse deutlich. Diese Problematik spricht jedoch nicht gegen bürgerschaftliches Engagement, sondern dafür, dass diese Aktivitäten flexibel gesehen werden müssen, quasi als Lösungen auf Zeit. Wenn z. B. nach fünf oder mehr Jahren der Fahrdienst eines Bürgerbusses aufgegeben wird, sollte das nicht als Katastrophe gesehen

⁷⁸ Mit voller Bezeichnung: Stiftung für Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement in Mecklenburg-Vorpommern, <http://www.ehrenamtsstiftung-mv.de/>.

⁷⁹ Familienpflegezeitgesetz: (FPfZG), 2012 in Kraft getreten. Ermöglicht Arbeitnehmern über 24 Monate hinweg die pflegerische Betreuung eines Angehörigen zu übernehmen bei gleichzeitiger Reduzierung die Arbeitszeit auf 15 Wochenstunden. Darüber hinaus besteht Lohnfortzahlung, die über der tatsächlich erbrachten Wochenarbeitszeit liegt. Der so gewonnene Gehaltsvorschuss für den Arbeitnehmer wird nach Beendigung der Familienpflegezeit und dem wieder vollen Einstieg in den Arbeitsalltag durch ein reduziertes Gehalt ausgeglichen.

werden. Es ist vielmehr der Nutzen zu beachten, der immerhin fünf Jahre verfügbar war. Trotz der angeführten Kritik ist nach der hier vertretenen Auffassung bürgerschaftlichen Engagements große Bedeutung beizumessen, was auch von der WHO so gesehen wird. Die Leistungen sind jedoch zweifelsohne mit Unsicherheiten behaftete. Das spricht für flexible Lösungen, um entsprechend darauf reagieren zu können.

Raumbezug: Dorf, Gemeinde, Grundzentren, Mittelzentren

3.8 Kommunikation, Teilhabe - *Freizeit, Kultur, Austausch, Vorlesen, Gespräche*

In vielen Studien und Untersuchungen zum Bedarf der älteren Generation ist belegt, dass der Teilhabe am gesellschaftlichen Geschehen für Senioren große Bedeutung zukommt. Die Alten stellen zudem ein erhebliches Potential dar, das zum Wohl der Gemeinschaft zu nutzen ist. Gleichzeitig wird die Gefahr der Vereinsamung belegt, die mit der nachlassenden Mobilität und abnehmenden Anzahl von Sozialkontakten zunimmt. Dieses Problem wird sich infolge der geringen Kinderzahl, des häufig berufsbedingten Wegzuges jüngerer Bezugspersonen, der hohen Trennungsrate von Lebensgemeinschaften, sowie auch des altersbedingten Wegsterbens von Bezugspersonen der eigenen Generation zunehmen. Vereinsamung führt häufig zu Depressionen, Lebensverdrossenheit, höherer Krankheitsanfälligkeit bis hin zur hohen Suizidrate, von der, vor allem ältere Menschen, insbesondere ältere Männer betroffen sind. Dem ist entgegen zu wirken, zum Wohl der alten Menschen und eben auch um deren Potential zu nutzen. Dafür bedarf es der Sicherung von Kommunikation und Kontakten, sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, an Kultur, Freizeit und am Austausch. Deshalb kommt auch der eingangs angeführten Ausrichtung auf eine sorgenden Gemeinschaft in den Kommunen wichtige Bedeutung zu. Von daher sollten darauf ausgerichtete Aktivitäten vor allem generationsübergreifend sein. Das knappe, z. T. fehlende Freizeit- und kulturelle Angebot in den Siedlungen und Dörfern ländlicher Räume trifft letztlich die jüngeren Generationen genauso. Mit Veranstaltungen und Aktivitäten, die altersübergreifend sind, lassen sich auch eher Teilnehmerzahlen für tragfähige Veranstaltungen erreichen.

Dennoch bedarf es dafür auch gezielt auf Senioren ausgerichtete Angebote. Für die Verbesserung der Kommunikation gibt es vielfältige Möglichkeiten, angefangen von Seniorentreffs, die Gemeinden oder Vereine organisieren bei unentgeltlich Bereitstellung der dafür benötigten Räume, was in vielen Gemeinden längst üblich ist. Daran können jedoch nur Senioren teilnehmen, die noch über eine entsprechende Mobilität verfügen, um zu diesen Treffs zu gelangen. Diese kann durch die Organisation von Mitfahrtgelegenheiten oder Transportdienste geschaffen werden. Die Organisation ist zu unterstützen. Im Gegensatz zu unentgeltlich anzubietenden Mitfahrtgelegenheiten können spezielle Transportdienste jedoch schnell an den Kosten scheitern. Zu dieser Unterstützung von Senioren gehören auch ehrenamtlich wahrgenommene Begleitdienste etwa zum Einkauf, wenn ein alter Mensch wegen der nachlassenden Alltagskompetenz auf sich allein gestellt dazu nicht mehr in der Lage ist. Ganz neue Möglichkeiten bietet das Internet, insbesondere, wenn Telefonkontakte visuell ergänzt werden. Diese Möglichkeiten werden mit größter Wahrscheinlichkeit zukünftig zunehmend genutzt, zumal im fortschreitenden Zeitverlauf immer mehr Senioren mit den IT-techniken vertraut sind. Diese Entwicklung könnte durch spezielle Schulungsangebote für ältere Bürger in Gemeinde-Aktivzentren oder anderen vergleichbaren Einrichtungen gestärkt werden. Dennoch werden diese Kontakte den Bedarf nach persönlichen Gesprächen nicht voll ausgleichen. Deshalb sind auch dafür Maßnahmen erforderlich. Diesbezüglich haben sich ehrenamtliche Besuchsdienste bewährt, in denen engagierte Bürger ältere zum Gespräch aufsuchen oder ihnen vorlesen, z. B. wenn sie zum Lesen der Zeitung oder Briefkorrespondenz nicht mehr in der Lage sind. Hier gibt es eine sehr breite Palette an Möglichkeiten, die von den örtlichen Bedarf und den Voraussetzungen, insbesondere durch Bürgerengagement abhängt. Die Gemeinden sind gefordert, dafür Angebote zu schaffen und für Bürgerengagement zu werben. Zudem belasten diese Aktivitäten die Gemeinden nicht oder nur mit minimalen Kosten.

Für die Teilhabe von Senioren am gesellschaftlichen Leben kommen in den Kommunen viele Möglichkeiten in Betracht. Angefangen von der Mitbestimmung und Einflussnahme von Senioren auf politische Entscheidungen, bis hin zur Vereinstätigkeit und Teilnahme, ggf. auch Mitwirkung an kulturellen Veranstaltungen und Freizeitangebot. Deshalb gilt es die

Senioren bezüglich ihrer Bedürfnisse in die Verantwortung zu nehmen und dafür geeignete institutionelle Voraussetzungen zu schaffen. Schließlich können die Senioren mit am besten einschätzen, wo ihre Defizite liegen und was dagegen zu unternehmen ist. Deshalb sollte jede Gemeinde eine/n Seniorenbeauftragte/n haben, die/der im engen Kontakt und Austausch mit den älteren Bürgern steht. Für eine altenfreundliche Kommunalpolitik sind die älteren Menschen als aktive Bürger in Entscheidungsprozesse einzubeziehen⁸⁰. Es sind ihre Erfahrungen zu nutzen. Ihre Belange und Anregungen sind ernst zu nehmen, sonst werden sie sich nicht einbringen.

Kulturelle und Freizeitangebote werden in den Siedlungen in der Fläche des ländlichen Raumes fast nur noch durch die örtlichen Vereine getragen. Infolge der demografischen Entwicklung „dünnen“ dort jedoch nicht selten deren Mitglieder aus, eine Entwicklung die sich fortsetzt und die Leistungsfähigkeit, ggf. den Bestand von Vereinen gefährdet. Damit könnten sich gerade für nicht oder nur eingeschränkt mobile Senioren die ortsnahen Angebote massive verschlechtern. Deshalb sollten die Gemeinden auf eine Stärkung gemeindeübergreifender Zusammenarbeit hinwirken. Damit könnten viele Angebote erhalten werden, die bei rotierenden Treffpunkten bzw. Veranstaltungsorten allen beteiligten Orten zugutekommen.

Bei diesen Angeboten für Senioren ist grundsätzlich zu prüfen, in wie weit das auch andere Generationen betreffen kann, z. B. im Kultur- und Freizeitbereich. Wenn Angebote ebenfalls für andere Generationen relevant sind, sollten diese entsprechend dargestellt werden, denn die Alten haben häufig Vorbehalte gegen spezielle Altenangebote, denn Alt sind sie selbst. Altenangebote haben gerade bei Senioren häufig ein negatives Image. Deshalb sollten Angebote wenn machbar, generationsübergreifend sein, wobei dann die speziellen Bedürfnisse der alten Bevölkerung besonders berücksichtigt werden können. Damit bindet man die Alten besser ein und kann zum generationsübergreifenden Austausch beitragen. Klassische Beispiele sind handwerkliche Reparaturkenntnisse, die Rentner an die junge Generation vermitteln und umgekehrt Unterstützung durch Junge, wenn es um EDV-Fragen geht. Auch in diesem Bereich können Kommunen vieles initiieren ohne dass damit wesentliche Kosten verbunden sind.

3.9 Teilhabe Mobilität

Eigentlich sind sämtliche Infrastruktureinrichtungen der für Senioren bedeutsamen Daseinsvorsorge vorhanden, nur eben oft in schwer oder nicht erreichbarer Nähe. Das gilt vor allem für Senioren infolge ihrer nachlassenden Alltagskompetenz und damit auch sinkenden Mobilität. Solange Senioren noch über einen Pkw als Selbstfahrer oder Mitfahrer verfügen, können sie den Großteil der benötigten Versorgungseinrichtungen erreichen, überwiegend sogar gut. Ganz anders sieht es mit der ÖPNV-Anbindung aus. Außerdem kann der Straßenzustand die Mobilität mittels Kraftfahrzeugen einschränken. Für die Mobilität von Senioren sind vier Ebenen relevant: Fußläufige Verbindungen, Fahrrad, Kraftfahrzeug und ÖPNV⁸¹.

Individualverkehr

Im Nahbereich geht es vor allem um fußläufige Mobilität und im näheren Umfeld wird auch das Fahrrad häufig von Senioren genutzt. Dafür bedarf es Straßen und öffentlicher Räume, die dafür geeignet sind (siehe 3.3 Wohnumfeld). Hier bestehen jedoch häufig erhebliche Mängel. Viele Nahbereiche sind nicht barrierefrei und behindertengerecht (für Rollatoren und Rollstühle geeignet) und es fehlt auch häufig an Radwegen. Der dafür wünschenswerte landesweite Ausbau würde den Großteil der Gemeinden bei weitem überfordern. Das gilt umso mehr, da die meisten Kommunen keine ausreichenden Mittel für eine ordnungsgemäße Straßenunterhaltung und Instandsetzung in ihre Haushaltspläne einstellen (können). Untersuchungen in ländlichen Räumen von Hessen, Sachsen und Thüringen haben gezeigt, dass nahezu in sämtlichen betrachteten Gemeinden

⁸⁰ Berlin-Institut & Körber-Stiftung: Stadt für alle Lebensalter, wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin 2015.

⁸¹ s. a. Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/47 vom 17.6.2015, Heydorn, J.: Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zu „Mobilität im Alter“.

die für Straßeninstandhaltung eingestellten Mittel in den Haushaltsplänen bei weitem nicht ausreichen. Größtenteils reichen sie nur für provisorische Schadensbehebungen aus, was im zeitlichen Verlauf unvermeidbar zu massivem Verschleiß führt. Diese Problematik dürfte auch für viele Gemeinden in den ländlichen Räumen von Mecklenburg-Vorpommern zutreffen. Die Situation könnte sich aufgrund der steigenden Kosten für Straßenunterhaltung und Erneuerung infolge des Bevölkerungsrückgangs weiter verschärfen, da die Zuweisungen der Mittel von Bund und Land, insbesondere die des kommunalen Finanzausgleichs, einwohnerabhängig erfolgen. Aus diesem Grund könnten die Zuweisungen aus dem Kommunalen Finanzausgleich sinken. Diese Mittel sind aber für viele kleine Gemeinden die Haupteinnahme ihres Verwaltungshaushaltes. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass der demografisch bedingte Bevölkerungsrückgang dazu führt, dass immer weniger Einwohner die Straßenunterhalts- und Instandsetzungskosten aufbringen müssen.

Ein intaktes Straßennetz ist jedoch unerlässlich für den ÖPNV, Katastropheneinsätze und für die Nutzung durch private Pkws. Private Kraftfahrzeuge sind heute zudem für Senioren das wichtigste Verkehrsmittel im ländlichen Raum. Die Nutzungsmöglichkeiten gehen jedoch mit dem Alter infolge nachlassender Alltagskompetenz und wegen der finanziellen Belastungen zurück. Diese Entwicklung dürfte sich infolge der ungünstigen Rentenperspektiven verstärken. Die Probleme für die Fahrtüchtigkeit aufgrund nachlassender Alltagskompetenz könnten aber evtl. mit der absehbaren fortschreitenden Automatisierung von Autos ausgeglichen werden. Das erfordert aber eine Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Kostenproblematik ließe sich durch Car-Sharing mindern, einem Modell, das aber im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns bisher nur eine geringe Verbreitung gefunden hat. Vieles spricht dafür, dass der privat genutzte Pkw auch langfristig das häufiger genutzte Verkehrsmittel in ländlichen Räumen bleibt.

ÖPNV zur Grundversorgung

Der Versorgungsatlas Vorpommern zur medizinischen Versorgung belegt, dass es mit der ÖPNV-Anbindung von den Siedlungen zu Arztpraxen schlecht beschaffen ist. Von einem Großteil der Orte sind wie oben angeführt wurde Fahrzeiten von zwei Stunden und mehr erforderlich und etwa ein Drittel verfügt über keine ÖPNV-Anbindung⁸². Diese Probleme bestehen auch in Hinblick auf die Erreichbarkeit anderer Versorgungseinrichtungen sowie ebenfalls für alle anderen ländliche Räume Mecklenburg-Vorpommerns, wie die Untersuchung von Spiekermann und Wegener im Auftrag der Landesplanung belegt⁸³. In Anbetracht der dünnen Besiedlung und der Kosten kann der ÖPNV ohne strukturelle Veränderungen und andere Angebotsformen letztlich nur eine Grundversorgung, etwa durch ein Grundnetz zum Erreichen der Mittel- und Grundzentren sowie darüber zur Anbindung an den Regional- und Fernverkehr leisten. Zur Verbesserung für Senioren werden in den Expertisen, die für die Enquete-Kommission erstellt wurden, Fahrpläne empfohlen, die neben den Bedürfnissen des Schülerverkehrs auch die der Senioren berücksichtigen sowie Knotenpunkten mit Schnittstellen gut abgestimmter Verkehrsverbindungen, ausreichende Umsteigezeiten, Barrierefreiheit und Sitzmöglichkeiten an den Haltestellen und Fahrzeuge, die den Seniorenbedürfnissen bis hin zur Rollstuhlengung entsprechen.

Alternative Bedienformen zur Versorgung in der Fläche

In Ergänzung zu einem Grundnetz wurden zur Versorgung der Fläche ländlicher Räume weitere Konzepte entwickelt und eingeführt. Das sind vor allem Sammeltaxen, die zur Abendstunde anstatt der Busse die wenigen Fahrgäste transportieren, oder es sind kleine Rufbusse, die auf Anruf / Bestellung hin den Transport übernehmen. Das gilt z. T. auch für das Sammeltaxenkonzept. Da diese Fahrzeuge ihre Fahrgäste häufig vor deren Haustür aufnehmen und dorthin auch wieder zurückbringen, bieten sie gerade für Senioren einen erheblichen Komfortgewinn und stellen für diese ein nahezu ideales Verkehrsmittel dar. Diese Transportdienste sind jedoch i. d. Regel noch aufwendiger als die traditionellen Busverbindungen und

⁸² Van den Berg, N., Radicke, F., Stendzel, U., Hoffmann, W.: Versorgungsatlas Vorpommern, Hrsg. Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald März 2015.

⁸³ Spiekermann & Wegener Stadt- und Regionalforschung: Analyse der Erreichbarkeit der Zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern Studie für das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, Dortmund Dezember 2013

erfordern deshalb noch höhere Zuschüsse. In den Expertisen für die Enquete-Kommission werden als neue und zusätzliche Möglichkeiten die Einbindung von bestehenden Transportdiensten, wie Post, Paketdienste, Krankentransportfahrzeuge auf leeren An- oder Abfahrten angeführt, die durch entsprechende Abstimmungen und Koordination für ein zusätzliches Angebot für den Personenverkehr in ländlichen Räumen genutzt werden könnten⁸⁴. Dafür bestehen jedoch derzeit keine umfassenden Erfahrungen, die eine verlässliche Einschätzung ermöglichen. Nach den Erfahrungen des Kreisverkehrsplaners der Lupenregion Ludwigslust-Parchim sind die alternativen Angebote auf Basis bürgerschaftlichen Engagements zudem unsicher und mit zusätzlichen Kosten verbunden. Aus der Sicht des Verkehrsexperten wäre eine ÖPNV-Versorgung der Fläche am ehesten mit kleinen Rufbussen zu erreichen, die die Fläche bedienen und von dort Fahrgäste zu den Haltestellen des ÖPNV-Liniennetzes bringen, wie dies der neue Nahverkehrsplan für den Landkreis Nordwestmecklenburg bereits vorsieht. Damit würden aber zusätzliche Kosten entstehen, die je km Fahrleistung etwa die Hälfte der Höhe von Linienbussen betragen. Bei der Einrichtung ergänzender Verkehrsangebote zur Erschließung der Fläche wird in den angeführten Expertisen mit Nachdruck empfohlen, unbedingt ein einheitliches Tarifsystem im Sinne von Regionaltickets auch über Kreisgrenzen hinweg zu schaffen, was überzeugend ist.⁸⁵

Durch neue technologische Entwicklungen könnten sich zukünftig günstige Veränderungen ergeben. Die heute verfügbare IT-Technik ermöglicht bereits internetbasierte Auskunft-, Buchung- und Abrechnungssysteme und die Verkehrsmittel und Mobilitätsangebote nach individuellen Bedürfnissen zu wählen und intelligent zu verknüpfen. Die Vorbehalte der Älteren gegenüber diesen Technologien werden mit fortschreitendem zeitlichem Verlauf an Bedeutung verlieren.⁸⁶ Noch wesentlich umfassendere Perspektiven ergeben sich aus der fortschreitenden Automatisierung der Fahrzeuge, wenn automatisch gesteuerte und damit fahrerlos gesteuerte Kraftfahrzeuge jeweils an der am gerade vorhandenen Transportbedarf ausgerichteten Streckenführung eingesetzt werden. Die technischen Möglichkeiten dafür scheinen greifbar nah. Wie weit sich damit die Kosten bewältigen lassen, ist derzeit nicht absehbar: Es spricht aber vieles dafür, dass sich damit die Transportbedingungen in ländlichen Räumen verbessern lassen. Ein Grundproblem ländlicher Räume, das diesen Möglichkeiten entgegensteht, dürfte im Fehlen leistungsfähiger Kommunikationsinfrastruktur liegen. Das verdeutlicht, dass auch in Hinblick auf eine angemessene Erreichbarkeit in ländlichen Räumen dem Ausbau der Telekommunikationsinfrastruktur große Bedeutung zukommt, was nicht nur für Senioren gilt.

Versorgung in der Fläche durch bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches Engagement für den Personentransport in der Fläche hat vor allem durch Mitfahrtangebote und durch Bürgerbusse bereits Bedeutung erlangt. In vielen kleinen ländlichen Siedlungen haben sich längst Mitfahrtgelegenheiten eingebürgert, womit zudem die Sozialbeziehungen in der Bevölkerung gestärkt werden. Gleichfalls haben sich Bürgerbusse bewährt. Das sind Kleinbusse, die mit dem normalen Führerschein für Pkws von ehrenamtlich tätigen Fahrern gesteuert werden. Es wird jedoch zur Umsetzung eine Mindestanzahl ehrenamtlich tätiger Fahrer benötigt, die mindestens bei 12 bis 15 Fahrern liegen sollte, oder je nach der Größe des Operationsgebietes darüber. Je nachdem welche Konzeption verfolgt wird, könnten die Busse ein festgelegtes Liniennetz bedienen oder vergleichbar mit Rufbussen die Fahrgäste vor deren Haustür abholen. Die Erfahrungen aus Bürgerbusvorhaben in Brandenburg und Sachsen belegen, dass die Erfolgchancen am größten sind, wenn sie in Kooperation mit einem erfahrenen Träger, also einem regionalen für den Kreis tätigen Busunternehmen als abgestimmte Ergänzung zum bestehenden Liniennetz betrieben werden. So können Bürgerbusse Fahrgäste bzw. Senioren aus der Fläche zu Sammelhaltestellen bringen, an denen sie dann zeitnah in einen Bus des Linienverkehrs umsteigen, bei entsprechendem Rücktransport. Der Verkehrsträger verfügt zudem über die erforderliche Fahrgasttransportkonzession, die dann nur zu erweitern ist, sowie über die logistischen Voraussetzungen wie Fahrzeugpflege und Reparaturdienst sowie die

⁸⁴ Siehe a.: Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/47 vom 17.6.2015, Heydorn, J.: Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zu „Mobilität im Alter“, S. 6.

⁸⁵ Siehe a.: a.a.O., S. 5.

⁸⁶ Siehe a.: Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/47 vom 17.6.2015, Heydorn, J.: Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zu „Mobilität im Alter“, S.8

notwendigen Erfahrungen in der Erstellung und Abstimmung der Liniennetze und Fahrpläne. Für die Leistungen von bürgerschaftlichen Engagement für den Personentransport treffen jedoch die oben dargelegten Bedenken von Experten zu. Die Unsicherheiten für bürgerschaftliches Engagement, insbesondere hinsichtlich der Dauerhaftigkeit sind letztlich nahezu unvermeidlich und kaum ausräumbar.

Raumbezug: Gemeinde, Grundzentren, Mittelzentren und Mittelbereich

4 Analyse der Lupenregionen

Im vorherigen Kapitel wurden die Cluster der Daseinsvorsorge grundsätzlich vorgestellt und erläutert. In einem nächsten Schritt wird die Situation in Bezug auf diese Infrastruktureinrichtungen im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern konkret bewertet. Da für eine auf das gesamte Bundesland bezogene diesbezügliche Analyse die Ressourcen fehlen, wurden zwei sogenannte Lupenregionen, die Landkreise Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald, modellhaft untersucht. Es wurden gerade diese beiden Landkreise gewählt, weil sie bestimmte Strukturmerkmale Mecklenburg-Vorpommerns abbilden: Einerseits der im Westen des Landes gelegene, zu weiten Teilen auf die Metropole Hamburg ausgerichtete und wirtschaftlich verhältnismäßig starke Landkreis Ludwigslust-Parchim. Andererseits der im Osten des Landes, peripher zu den deutschen Metropolen an der polnischen Grenze gelegene und eher strukturschwache Landkreis Vorpommern-Greifswald. Sollte es einen Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Stärke, peripherer Lage und Ausstattung mit Infrastruktur der Daseinsvorsorge geben, dann müsste er sich in den Analyseergebnissen niederschlagen.

Die Betrachtung der beiden Landkreise erfolgte entlang der Cluster der Daseinsvorsorge, wobei aus Gründen der Datenverfügbarkeit und der Praktikabilität jeweils nicht alle Teilbereiche der Cluster untersucht werden konnten. Primärerhebungen fanden nur für sehr wenige Merkmale statt, in der Regel stützt sich die Analyse auf die Auswertung von bereits vorliegenden Studien, Erhebungen, Planungen und Angaben im Internet. Aus der Quellenlage ergibt sich für einige Cluster, wie z. B. die Pflegesituation, eine sehr gute Datenlage, für andere, wie z. B. wohnunterstützende Dienstleistungen, müssen sich die Aussagen auf einzelne wenige Punkte beschränken. In der Gesamtheit ergibt sich trotz dieser Einschränkung ein klares Bild der Versorgungssituation in Bezug auf die Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge in den beiden Lupenregionen.

4.1 Landkreis Ludwigslust-Parchim

Der Landkreis Ludwigslust-Parchim liegt im Südwesten des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern innerhalb der Planungsregion Westmecklenburg⁸⁷. An ihn grenzen

- im Norden der Landkreis Nordwestmecklenburg sowie die Landeshauptstadt Schwerin,
- im Nordosten der Landkreis Rostock,
- im Osten der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte,
- im Südosten der brandenburgische Landkreis Ostprignitz-Ruppin,
- im Süden der brandenburgische Landkreis Prignitz,
- im Südwesten die niedersächsischen Landkreise Lüchow-Dannenberg und Lüneburg sowie
- im Westen der schleswig-holsteinische Kreis Herzogtum Lauenburg an.

Der Landkreis Ludwigslust-Parchim weist eine Fläche von 4.752 km² bei einer Einwohnerzahl von 211.965 (Stand: 31.12.2013) aus. Der Landkreis ist damit flächen- und einwohnermäßig der größte Landkreis der Planungsregion Westmecklenburg und

⁸⁷ Alle Angaben aus: DSK und WIMES, ILEK für den Landkreis Ludwigslust-Parchim

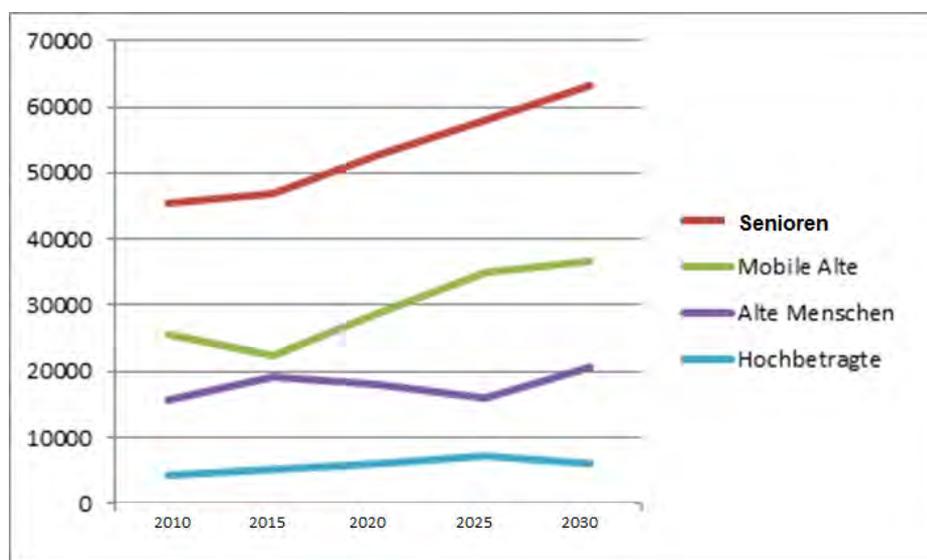
flächenmäßig der zweitgrößte Landkreis des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern, wie auch der Bundesrepublik Deutschland. Seine Maximalausdehnung beträgt in West-Ost-Ausrichtung 118 km und in Nord-Süd-Ausrichtung 75 km. Mit durchschnittlich 45 Einwohnern je km² ist er zugleich eines der am dünnsten besiedelten Gebiete Deutschlands (vgl. dazu Land M-V: 69 EW / km², Deutschland: 225 EW / km²).

Derzeit besteht der Landkreis aus 149 Gemeinden, darunter 16 mit Stadtrecht, die in 15 Ämtern sowie 5 amtsfreien Städten organisiert sind. 37,7 % der Bevölkerung leben in Gemeinden von 5.000 bis über 10.000 Einwohnern, 34,1 % in Gemeinden von 1.000 bis 5.000 Einwohnern, die verbleibenden 28,2 % verteilen sich auf Gemeinden von unter 200 bis 1.000 Einwohnern. Dementsprechend leben in den 4 Städten des Landkreises mit über 10.000 Einwohnern (Parchim, Ludwigslust, Hagenow und Boizenburg/Elbe) 23,9 % der Gesamtbevölkerung. In der Fläche herrschen kleinteilige Dorfstrukturen vor.

Von wirtschaftsgeographischer Bedeutung ist die unmittelbare Nachbarschaft zum Oberzentrum Landeshauptstadt Schwerin. Weiterhin ausschlaggebend ist die Nähe zu den Metropolen Hamburg und Berlin. Das Gebiet des Altkreises Ludwigslust ist seit dem 1. Mai 2012 zudem Mitglied der Metropolregion Hamburg. Mittelzentren sind die Städte Ludwigslust, Parchim und Hagenow, die 13 Grundzentren die Städte Boizenburg, Brüel, Crivitz, Dömitz, Goldberg, Grabow, Lübtheen, Lübz, Neustadt-Glewe, Plau am See, Sternberg, Wittenburg und Zarrentin. Kreis- und Verwaltungshauptsitz befinden sich in der Stadt Parchim, die Kreisverwaltung sitzt ebenfalls in Ludwigslust.

Im Zusammenhang mit der Infrastruktur der Daseinsvorsorge für die ältere Bevölkerung ist besonders relevant, die Entwicklung der Bevölkerungsanteile in den Senioren-Altersgruppen zu betrachten (vgl. Kapitel 2.2).

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung in den Senioren-Altersgruppen im Landkreis Ludwigslust-Parchim



Quellen: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Einwohnermeldeämter der Städte und Amtsverwaltungen, Gertz Gutsche Rümenapp 2015 (Prognosewerte)

Die Abbildung zeigt, dass bis zum Jahr 2030 die Anzahl an Menschen über 65 Jahren deutlich zunehmen wird, und zwar von 45.440 im Jahr 2010 auf 63.322 im Jahr 2030. Das bedeutet eine Zunahme um 39,3 %. Besonders stark wird die Gruppe der mobilen Alten zunehmen, die noch weitgehend ohne Hilfe Dritter auskommen. Aber auch die Gruppen der alten Menschen und eingeschränkt der Hochbetagten werden wachsen, so dass sich hieraus ein im Vergleich zu heute deutlich höherer Bedarf an Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge für ältere Menschen ableiten lässt.

4.1.1 Wohnen

Angaben zum Angebot an altersgerechten Wohnformen finden sich im Pflegesozialplan des Landkreises Ludwigslust-Parchim⁸⁸. Das bearbeitende Institut ISG hat eigene Recherchen zu barrierefreien Wohnungen durchgeführt, wobei angemerkt wurde, dass private Wohnungsbestände dabei nur eingeschränkt erfasst werden konnten.

Abbildung 2: Angebot an barrierefreien Wohnungen im Landkreis Ludwigslust-Parchim

Barrierefreie Wohnungen				
Landkreis Ludwigslust-Parchim, Stand: 31.12.2014				
Stadt/ Amt	Häuser	Wohnungen	je 100 ab 75 J.	Diff. JE 2013
Boizenburg/Elbe, Stadt	0	0	0,0	0
Hagenow, Stadt	5	72	6,1	-111
Lübtheen, Stadt	5	23	4,2	23
Ludwigslust, Stadt	2	70	4,6	-6
Parchim, Stadt	3	12	0,6	12
Boizenburg-Land	0	0	0,0	0
Crivitz	0	0	0,0	0
Dömitz-Malliß	0	0	0,0	0
Eldenburg Lüz	1	22	1,4	22
Goldberg-Mildenitz	0	0	0,0	0
Grabow	1	12	0,9	12
Hagenow-Land	0	0	0,0	0
Ludwigslust-Land	0	0	0,0	0
Neustadt-Glewe	0	0	0,0	0
Parchimer Umland	0	0	0,0	0
Plau am See	0	0	0,0	0
Sternberger Seenlandschaft	1	30	2,0	30
Stralendorf	0	0	0,0	0
Wittenburg	3	4	0,5	0
Zarrentin	0	0	0,0	0
LKR Ludwigslust-Parchim	21	245	1,1	-18

Quelle: ISG/ Kreisverwaltung Ludwigslust-Parchim: Bestandserhebung pflegerischer Angebote 2014

⁸⁸ ISG 2015, S. 8 ff.

Insgesamt wurden 245 Wohnungen in 21 Häusern im Landkreis als barrierefrei erfasst, zu denen noch einmal 448 Wohnungen hinzukommen, die als barrierearm anzusehen sind. Auffällig ist bei allen Angeboten die Konzentration in den Grund- und Mittelzentren. In den Städten Hagenow, Lübtheen oder Parchim finden sich mehrere Angebote, gerade in ländlichen Ämtern, wie Hagenow-Land oder Parchimer Umland, fehlen diese gänzlich.

Im Pflegesozialplan wurde auch die Situation in Bezug auf betreutes Wohnen untersucht und es wurden 1.218 Wohnungen in 47 Häusern identifiziert. Rechnerisch ergibt dies laut Planung in einer Stadt und vier Ämtern ein Defizit bzw. einen Zusatzbedarf. Auch hier ist wieder festzustellen, dass die Angebote sich in den Mittel- und Grundzentren konzentrieren.

Abbildung 3: Angebot an betreutem Wohnen im Landkreis Ludwigslust-Parchim

Betreutes Wohnen				
Landkreis Ludwigslust-Parchim, Stand: 31.12.2014				
Stadt/ Amt	Häuser	Wohnungen	je 100 ab 75 J.	Diff. JE 2013
Boizenburg/Elbe, Stadt	2	211	16,4	-5
Hagenow, Stadt	10	198	16,7	135
Lübtheen, Stadt	5	61	11,2	0
Ludwigslust, Stadt	2	86	5,7	1
Parchim, Stadt	2	64	2,9	0
Boizenburg-Land	0	0	0,0	0
Crivitz	3	88	4,0	0
Dömitz-Malliß	2	30	3,2	15
Eldenburg Lüz	1	66	4,3	0
Goldberg-Mildenitz	1	24	3,0	0
Grabow	2	77	5,5	-1
Hagenow-Land	0	0	0,0	0
Ludwigslust-Land	3	14	1,7	0
Neustadt-Glewe	1	19	2,5	0
Parchimer Umland	0	0	0,0	0
Plau am See	4	44	4,3	0
Sternberger Seenlandschaft	3	76	5,0	0
Stralendorf	2	59	7,5	0
Wittenburg	3	56	7,3	8
Zarrentin	1	45	5,1	0
LKR Ludwigslust-Parchim	47	1.218	5,5	153

Quelle: ISG/ Kreisverwaltung Ludwigslust-Parchim: Bestandserhebung pflegerischer Angebote 2014

Abbildung 4: Angebot an ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Landkreis Ludwigslust-Parchim

Ambulant betreute Wohngemeinschaften				
Landkreis Ludwigslust-Parchim, Stand: 31.12.2014				
Stadt/ Amt	WG	Plätze	je 100 ab 75 J.	Diff. JE 2013
Boizenburg/Elbe, Stadt	0	0	0,0	0
Hagenow, Stadt	0	0	0,0	0
Lübtheen, Stadt	0	0	0,0	0
Ludwigslust, Stadt	2	24	1,6	0
Parchim, Stadt	2	18	0,8	0
Boizenburg-Land	1	10	1,9	10
Crivitz	1	10	0,5	0
Dömitz-Malliß	0	0	0,0	0
Eldenburg Lütz	2	16	1,0	0
Goldberg-Mildenitz	0	0	0,0	0
Grabow	0	0	0,0	0
Hagenow-Land	0	0	0,0	0
Ludwigslust-Land	1	12	1,4	0
Neustadt-Glewe	1	12	1,6	0
Parchimer Umland	0	0	0,0	0
Plau am See	0	0	0,0	0
Sternberger Seenlandschaft	0	0	0,0	0
Stralendorf	0	0	0,0	-10
Wittenburg	1	11	1,4	11
Zarrentin	0	0	0,0	0
LKR Ludwigslust-Parchim	11	113	0,5	11

Quelle: ISG/ Kreisverwaltung Ludwigslust-Parchim: Bestandserhebung pflegerischer Angebote 2014

Das Angebot an ambulant betreuten Wohngemeinschaften beträgt im Landkreis Ludwigslust-Parchim elf Einrichtungen mit insgesamt 113 Plätzen. Das Angebot beschränkt sich auf acht Standorte, von denen sechs Mittel- oder Grundzentren sind.

4.1.2 Wohnunterstützung

Zum Angebot an wohnunterstützenden Dienstleistungen standen keine Daten aus anderen Erhebungen zur Verfügung. Eine Recherche im Internet ergab folgendes Bild:

- Wohnunterstützende Angebote werden insbesondere über die freien Wohlfahrtsverbände bereitgestellt, im Landkreis Ludwigslust-Parchim z. B. Volkssolidarität, Diakonie, Caritas und das DRK.
- Weitere Angebote finden sich in den Mehrgenerationenhäusern in Ludwigslust und Lütz.
- Essen auf Rädern wird insbesondere angeboten von der Volkssolidarität, der Caritas, dem ASB und z.B. über Schwerin-Menü sowie auch über die Kliniken Ludwigslust und Hagenow. Die Belieferung erfolgt z.T. nur innerhalb der Stadtgebiete bzw. in direktem Umland der Städte, an denen die Küchen ihren Sitz haben. Für die Belieferung im Umland wird z.T. ein leicht höherer Preis von z. B. 20 Cent pro Mahlzeit erhoben.

4.1.3 Wohnumfeld

Für die barrierefreie oder barrierearme Gestaltung des Wohnumfelds liegen keine Daten im Landkreis Ludwigslust-Parchim vor. Erfahrungsgemäß ist davon auszugehen, dass eine dementsprechende Ausführung von z. B. Maßnahmen der Dorferneuerung oder der Stadtsanierung in der Vergangenheit nicht systematisch als Ziel in der Gestaltung des öffentlichen Raumes erkannt wurde und z. B. Anforderungen der Denkmalpflege oftmals höhere Priorität genossen.

Mittlerweile hat sich der Fokus hier jedoch geändert. Im aktuellen ILEK für den Landkreis Ludwigslust-Parchim, das die Fördergrundlage für Maßnahmen der Gestaltung des Wohnumfeldes im ländlichen Raum bildet, wird eine barrierearme Ausführung von Baumaßnahmen an mehreren Stellen als Entwicklungsziel formuliert⁸⁹. Ferner bildet die Barrierefreiheit bzw. -armut ein Querschnittsziel, das bei allen zukünftigen Maßnahmen im ländlichen Raum des Landkreises zu beachten ist und bei dem insbesondere die barrierearme Ausführung von Baumaßnahmen im öffentlichen Raum explizit genannt wird⁹⁰. Auch bei den konkreten Kriterien zur Auswahl der Förderprojekte wird u. a. der „Beitrag zur Sicherung einer barrierefreien Wohnraumversorgung“ genannt⁹¹, wobei diese Formulierung auch das Wohnumfeld mit umfasst.

4.1.4 Versorgung mit Waren des kurzfristigen Bedarfs (Nahversorgung)⁹²

Das Cluster „Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen“ wird für den Landkreis Ludwigslust-Parchim in erster Linie abgebildet über die Darstellung der Situation in der Nahversorgung mit Waren des kurzfristigen bzw. täglichen Bedarfs, da Daten zu haushaltsorientierten Dienstleistungen nicht vorlagen.

Nahversorgungsangebote sollten sich in räumlicher Nähe zu den Wohnlagen befinden, um sie auch für ältere Menschen erreichbar zu machen. Zu den nahversorgungsrelevanten Sortimenten zählen:

- Waren des Grundbedarfs, d. h. Back- und Fleischwaren, Nahrungs- und Genussmittel (inkl. Getränke),
- Drogeriewaren (Wasch- und Putzmittel, Kosmetikartikel),
- Blumen,
- Zeitschriften/Tabak.

Im Landkreis Ludwigslust-Parchim gibt es insgesamt 480 Unternehmen im Bereich nahversorgungsrelevanter Sortimente mit einer Verkaufsfläche von 117.618 m². Gemessen an der Einwohnerzahl liegt der Versorgungsgrad bei 553 m² je 1.000 Einwohner. Bei 164 der insgesamt 480 Einzelhandelsunternehmen im Bereich nahversorgungsrelevanter Sortimente im Landkreis Ludwigslust-Parchim handelt es sich um Bäcker / Fleischer, das sind rund 34 % aller Unternehmen. Diese weisen zusammen jedoch nur ein Flächenaufkommen von 5.288 m² auf, aufgrund ihrer Kleinteiligkeit (durchschnittliche Fläche je Unternehmen von 32 m²) sind dies nur rund 5 % der gesamten Einzelhandelsfläche. Die meiste Verkaufsfläche nehmen die Discounter mit 43.890 m² und einem Anteil von 37,3 % ein, dabei gibt es 59 Unternehmen in diesem Bereich, 12,3 % der Unternehmen).

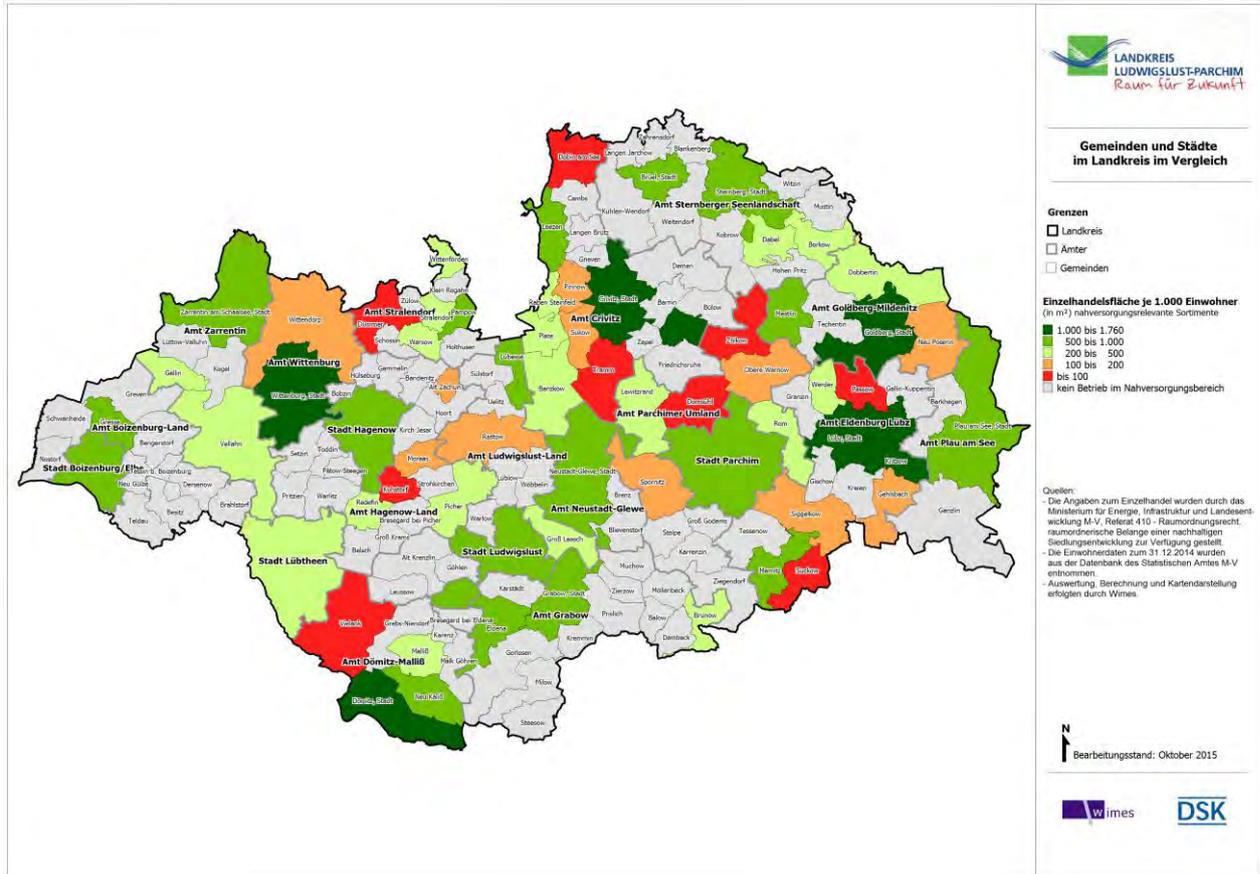
⁸⁹ DSK und WIMES 2015, S. 56, 57

⁹⁰ DSK und WIMES 2015, S. 63/64

⁹¹ DSK und WIMES 2015, S. 73 ff.

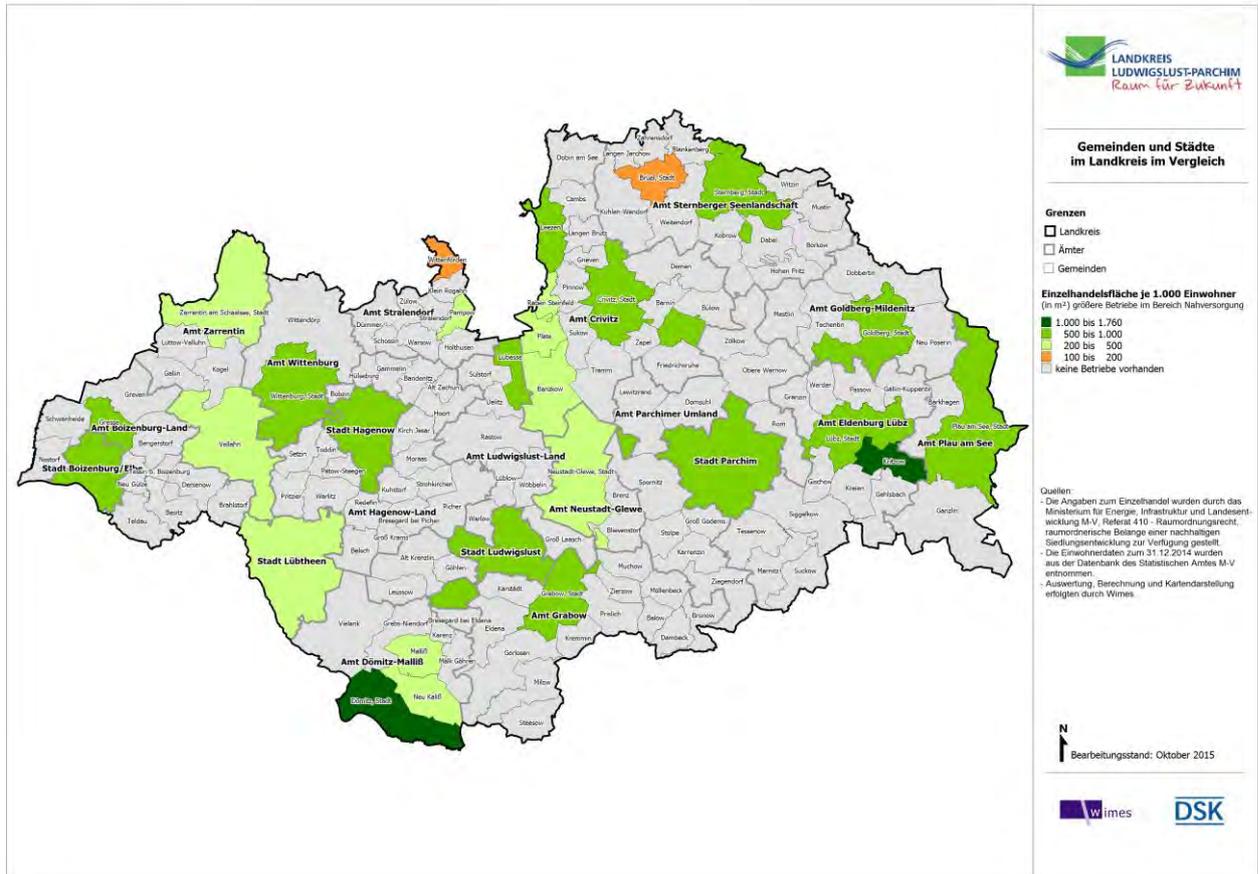
⁹² Die folgende Darstellung basiert auf Daten aus der Abteilung Landesentwicklung des Ministeriums für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, die der DSK von der zuständigen Referentin für diese Expertise überlassen worden sind. Es handelt sich dabei um Daten aus verschiedenen Quellen, von Handelsunternehmen, aus Konzepten und Gutachten sowie aus eigenen Erhebungen des Ministeriums. Die Daten wurden von der Firma WIMES im Auftrag der DSK analysiert und als Karten visualisiert.

Abbildung 5: Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim



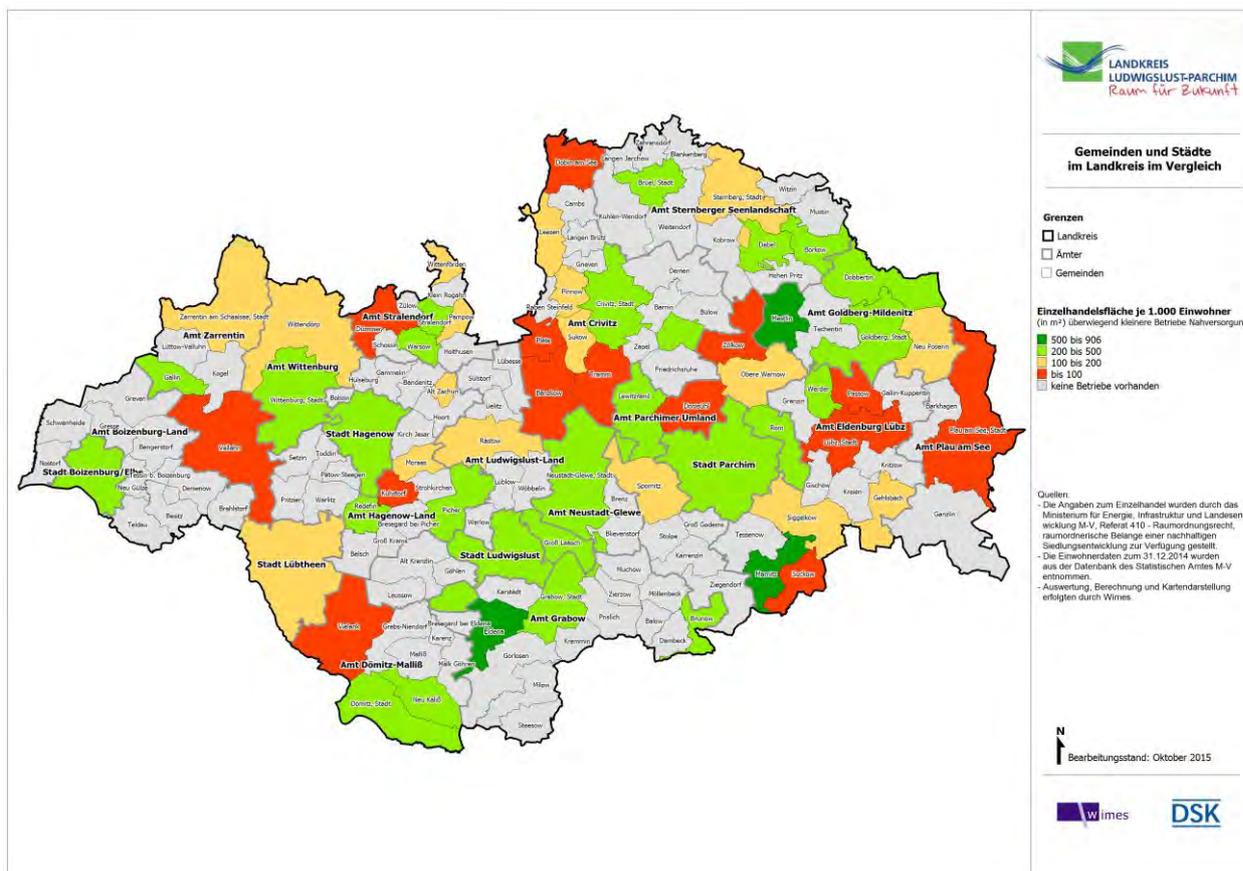
Zur weiteren Bewertung der Nahversorgungssituation wurde der Versorgungsgrad bezogen auf die Betriebsformen ermittelt. Zum einen wurden hierbei die größeren Lebensmittelbetriebe mit einer Verkaufsfläche von über 400 m² berücksichtigt, d. h. Supermärkte, Discounter, kleine sowie große Verbrauchermärkte. Der Versorgungsgrad im Landkreis liegt hier insgesamt bei 379 m² je Einwohner. Die Höchstwerte ergeben sich für die amtsfreien Städte mit knapp 700 m² in Ludwigslust und Parchim. Es ist typisch, dass sich größere Einzelhandelsunternehmen bei ihrer Ansiedlung gerade auf die Städte konzentrieren.

Abbildung 6: Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim, größere Betriebe



Bei der zweiten Gruppe wurden vor allem kleinere Unternehmen berücksichtigt: Bäcker / Fleischer, Kioske, Drogerien / Drogeriediscounter, Blumenfachgeschäft, Getränkemarkte, Lebensmittelgeschäfte/Lebensmittelfachgeschäft und Lebensmittel-SB-Märkte. Gerade in den kleineren Orten und ländlichen Regionen sichern diese die Grundversorgung der Bevölkerung. Der Versorgungsgrad im Landkreis liegt hier insgesamt bei 174 m² je Einwohner.

Abbildung 7: Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Ludwigslust-Parchim, kleine Betriebe



Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es in vielen Gemeinden kein Nahversorgungsangebot mehr gibt und dass die Angebotsdichte, auch bei kleineren Nahversorgern, in vielen weiteren Gemeinden sehr gering ist. Damit sind die Bewohner weiter Teile des ländlich strukturierten Kreisgebiets entweder auf den ÖPNV, auf Mitfahrgelegenheiten und Lieferdienste oder auf ambulante Angebote angewiesen, um ihren täglichen Bedarf an Lebensmitteln und anderen nahversorgungsrelevanten Sortimenten zu decken.

Um auch im ländlichen Raum, der keine Nahversorgungsstrukturen mehr aufweist, Angebote zu schaffen, hat das Land Mecklenburg-Vorpommern über das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung das Projekt „Neue Dorfmitte“ ins Leben gerufen (s. Kapitel 2.3.7). In Brunow, einer kleinen Gemeinde im Landkreis Ludwigslust-Parchim mit 350 Einwohnern an der Grenze zum Land Brandenburg, wurde eines von ursprünglich vier Modellprojekten in Mecklenburg-Vorpommern für eine „Neue Dorfmitte“ umgesetzt. Ein bestehender Bauernmarkt wurde mit einem zweiten Verkaufsraum zu einem Nahversorgungszentrum erweitert und um weitere Dienstleistungsangebote, wie eine Poststelle und ein Café ergänzt. Die „Neue Dorfmitte“ Brunow hat sich mittlerweile als Nahversorgungseinrichtung, aber auch als Treffpunkt im Dorf und als Kommunikations- und Begegnungszentrum etabliert. Für die Senioren findet dort mehrmals wöchentlich ein Rentnertreffen statt, darüber hinaus wurden Angebote für einen Mittagsimbiss geschaffen. Das Modell Brunow könnte von daher Vorbild auch für andere Dörfer sein, um die Nahversorgungsstrukturen im ländlichen Raum des Landkreises Ludwigslust-Parchim zu verbessern.

4.1.5 Gesundheitsversorgung

Die ärztliche Versorgung ist als Angebot der Daseinsvorsorge für ältere Menschen von zentraler Bedeutung. Im Landkreis Ludwigslust Parchim wurden zum Ende des Jahres 2014 181 niedergelassene Allgemeinmediziner und Fachärzte für Innere Medizin registriert. Daneben befanden sich 48 Apotheken im Kreisgebiet.

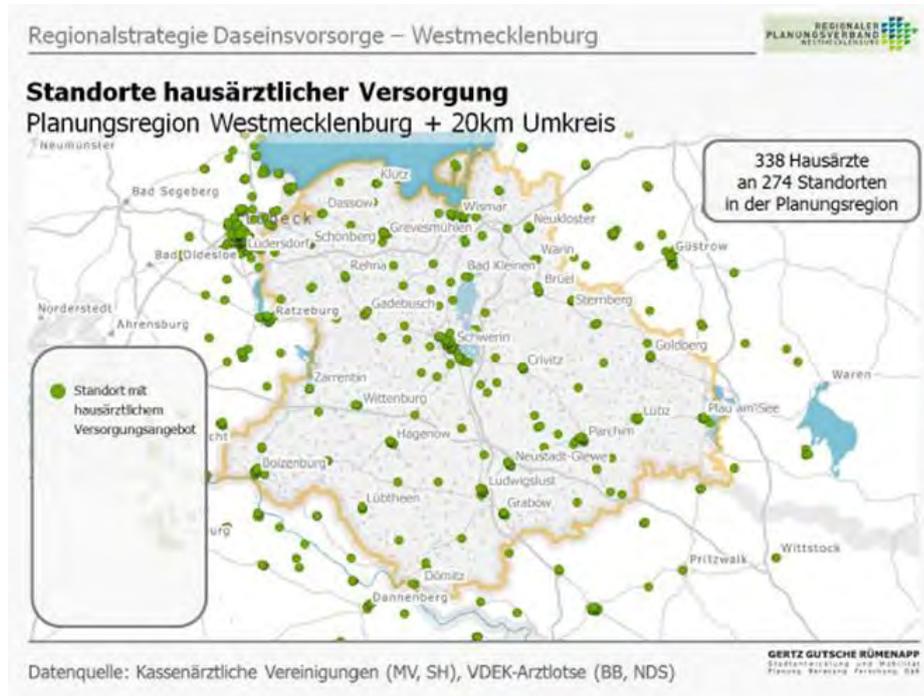
Abbildung 8: Ärzte und Apotheken im Landkreis Ludwigslust-Parchim

Gesundheitsversorgung: Ärzte und Apotheken				
Landkreis Ludwigslust-Parchim, Stand: 31.12.2014				
Stadt/ Amt	Ärzte je 100 ab 75 J.		Apotheken je 100 ab 75 J.	
Boizenburg/Elbe, Stadt	18	1,4	3	0,2
Hagenow, Stadt	12	1,0	5	0,4
Lübtheen, Stadt	4	0,7	0	0,0
Ludwigslust, Stadt	15	1,0	6	0,4
Parchim, Stadt	15	0,7	6	0,3
Boizenburg-Land	3	0,6	1	0,2
Crivitz	19	0,9	4	0,2
Dömitz-Malliß	5	0,5	2	0,2
Eldenburg Lübz	9	0,6	3	0,2
Goldberg-Mildenitz	8	1,0	2	0,3
Grabow	9	0,6	4	0,3
Hagenow-Land	4	0,6	0	0,0
Ludwigslust-Land	2	0,2	0	0,0
Neustadt-Glewe	6	0,8	2	0,3
Parchimer Umland	6	0,7	0	0,0
Plau am See	6	0,6	2	0,2
Sternberger Seenlandschaft	22	1,5	4	0,3
Stralendorf	4	0,5	0	0,0
Wittenburg	7	0,9	2	0,3
Zarrentin	7	0,8	2	0,2
LKR Ludwigslust-Parchim	181	0,8	48	0,2

Quelle: ISG/ Kreisverwaltung Ludwigslust-Parchim: Bestandserhebung pflegerischer Angebote 2014

Die räumliche Verteilung beider Arten von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge weist wiederum deutlich auf die Konzentration in den Mittel- und Grundzentren des Landkreises hin. Für die Hausärzte kann die folgende Abbildung diesen Sachverhalt noch einmal verdeutlichen. Es zeigt sich, dass es außerhalb der Mittel- und Grundzentren große Teile des Kreisgebietes gibt, in denen kein Hausarzt ansässig ist. Für die immobile ältere Bevölkerung im ländlichen Raum bedeutet dies, dass bereits das Erreichen des Hausarztes ein Problem darstellen kann.

Abbildung 9: Räumliche Verteilung Hausärzte in der Planungsregion Westmecklenburg



Quelle: Gertz Gutsche Rügenapp 2015

In der Perspektive wird sich diese Situation absehbar noch dadurch verschlechtern, dass viele Ärzte bereits ein fortgeschrittenes Alter erreicht haben und vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben stehen. Praxismachfolger stehen in diesen Fällen oftmals nicht zur Verfügung, weil eine Tätigkeit als Hausarzt im ländlichen Raum wirtschaftlich und beruflich als nicht attraktiv gilt. Bereits im Jahr 2012 konnten aufgrund dieser Entwicklung zwischen 22 % und 25 % der Hausarztpraxen im Landkreis Ludwigslust-Parchim nicht mehr besetzt werden, wie die nachfolgende Abbildung zeigt.

Abbildung 10: Hausärzte in der Planungsregion Westmecklenburg



Quelle: Gertz Gutsche Rügenapp 2015

Bei zurückgehendem Versorgungsangebot mit ärztlichen Dienstleistungen können nichtärztliche Kräfte dabei helfen, über Hausbesuche auch in ländlichen Bereichen das Angebot in der Fläche aufrecht zu erhalten. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim werden immerhin bereits 30 solcher NÄPas bzw. VERAHs eingesetzt.

Abbildung 11: Ärzte und Apotheken im Landkreis Ludwigslust-Parchim⁹³



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Ein weiteres Angebot, das zumindest theoretisch geeignet wäre, die ambulante ärztliche Versorgung in der Fläche zu erhalten, stellen Medizinische Versorgungszentren dar (MVZ), von denen es folgende im Kreisgebiet gibt⁹⁴:

- MVZ MediClin GmbH, Plau am See,
- MVZ Facharztzentrum Westmecklenburg gGmbH, Ludwigslust,
- MVZ Ludwigslust GmbH,
- MVZ Hagenow GmbH,
- MVZ Parchim GmbH,
- MVZ Brühl GmbH.

Demnach befinden sich medizinische Versorgungszentren in den drei Mittelzentren des Landkreises sowie in den Grundzentren Plau und Brühl. Damit sind sie z. Zt. nur bedingt geeignet, die medizinische Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum zu gewährleisten, es handelt sich eher um Einrichtungen, die die Angebote der Krankenhäuser an deren Standorten ergänzen.

⁹³ Bei VERAH-Care handelt es sich gemäß Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung um Assistenzen mit einer Zusatzqualifikation in den Bereichen Fall- und Schnittstellenmanagement, Versorgung in der Häuslichkeit, Stärkung und Unterstützung der Eigenkompetenz des Versicherten sowie Wundversorgung.

⁹⁴ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung MV 2015

Abbildung 12: Krankenhäuser im Landkreis Ludwigslust-Parchim

Gesundheitsversorgung: Kliniken				
Landkreis Ludwigslust-Parchim, Stand: 31.12.2014				
Stadt/ Amt	Kliniken	Betten	je 100 ab 75 J.	Tagesklinik
Boizenburg/Elbe, Stadt	1	52	4,1	0
Hagenow, Stadt	1	160	13,5	0
Lübtheen, Stadt	0	0	0,0	0
Ludwigslust, Stadt	1	170	11,2	2
Parchim, Stadt	1	125	5,7	1
Boizenburg-Land	0	0	0,0	0
Crivitz	1	79	3,6	0
Dömitz-Malliß	0	0	0,0	0
Eldenburg Lüz	0	0	0,0	0
Goldberg-Mildenitz	0	0	0,0	0
Grabow	0	0	0,0	0
Hagenow-Land	0	0	0,0	0
Ludwigslust-Land	0	0	0,0	0
Neustadt-Glewe	0	0	0,0	0
Parchimer Umland	0	0	0,0	0
Plau am See	1	192	18,6	0
Sternberger Seenlandschaft	0	0	0,0	1
Stralendorf	0	0	0,0	0
Wittenburg	0	0	0,0	0
Zarrentin	0	0	0,0	0
LKR Ludwigslust-Parchim	6	778	3,5	4

Quelle: ISG/ Kreisverwaltung Ludwigslust-Parchim: Bestandserhebung pflegerischer Angebote 2014

Im Kreisgebiet gibt es sechs Krankenhäuser, von denen die beiden in Boizenburg und Crivitz allerdings deutlich unter 100 Betten aufweisen.

4.1.6 Pflegesituation

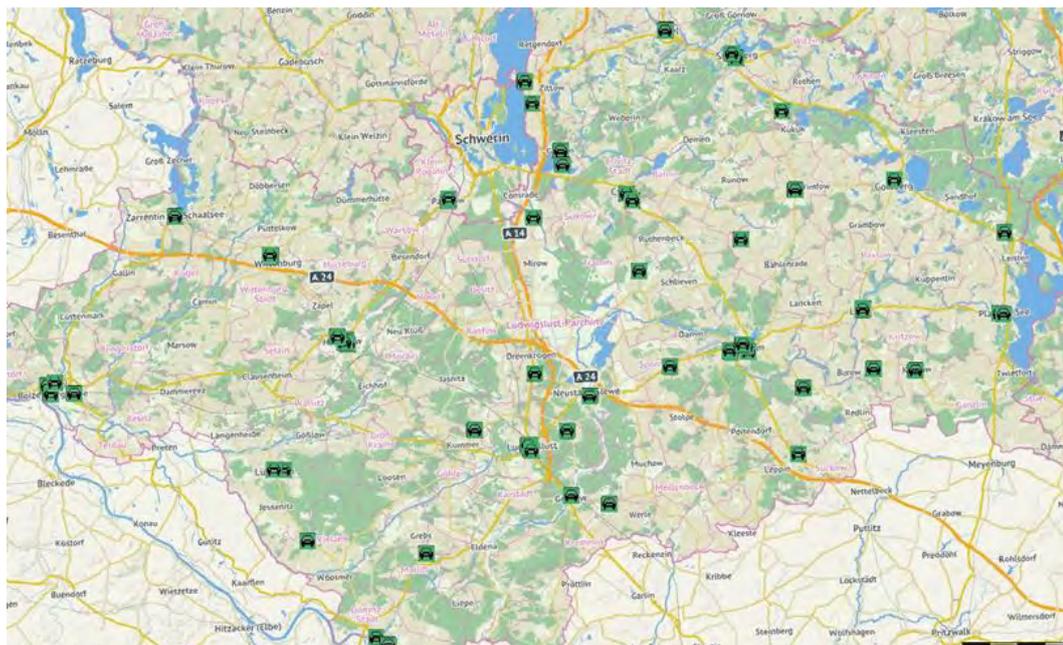
In der für die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Wohnung besonders wichtigen ambulanten Pflege gibt es z. Zt. im Landkreis Ludwigslust-Parchim 61 Pflegedienste mit 996 Pflegekräften. Da die Pflegedienste mobil sind, erreichen sie auch Patienten in ländlichen Bereichen des Landkreises außerhalb der Zentralen Orte. Dies gleicht einige Lücken im Standortnetz der Dienste, wie z.B. im Raum um Hagenow oder Boizenburg aus. Diese Bereiche werden von den Diensten aus den genannten Städten mit versorgt, wie die nachfolgenden Abbildungen zeigen.

Abbildung 13: Ambulante Pflegedienste im Landkreis Ludwigslust-Parchim

Ambulante Dienste Landkreis Ludwigslust-Parchim, Stand: 31.12.2014			
Stadt/ Amt	Anzahl	Personal	je 100 ab 75 J.
Boizenburg/Elbe, Stadt	3	64	5,0
Hagenow, Stadt	4	63	5,3
Lübtheen, Stadt	1	17	3,1
Ludwigslust, Stadt	4	72	4,8
Parchim, Stadt	6	114	5,2
Boizenburg-Land	0	0	0,0
Crivitz	7	38	1,7
Dömitz-Malliß	4	66	7,0
Eldenburg Lüz	7	121	7,9
Goldberg-Mildenitz	2	38	4,8
Grabow	2	38	2,7
Hagenow-Land	0	0	0,0
Ludwigslust-Land	3	57	6,9
Neustadt-Glewe	1	12	1,6
Parchimer Umland	3	27	3,1
Plau am See	3	61	5,9
Sternberger Seenlandschaft	5	95	6,3
Stralendorf	2	30	3,8
Wittenburg	3	63	8,2
Zarrentin	1	19	2,2
LKR Ludwigslust-Parchim	61	996	4,5

Quelle: ISG/ Kreisverwaltung Ludwigslust-Parchim: Bestandserhebung pflegerischer Angebote 2014

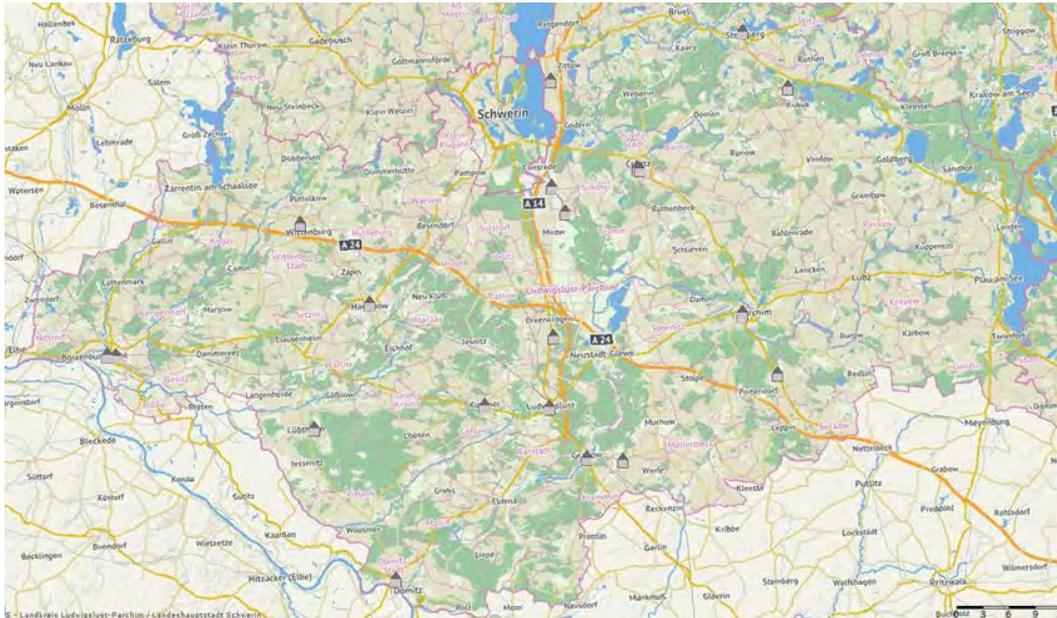
Abbildung 14: Standorte ambulanter Pflegedienste im Landkreis Ludwigslust-Parchim



Quelle: Landkreis Ludwigslust-Parchim

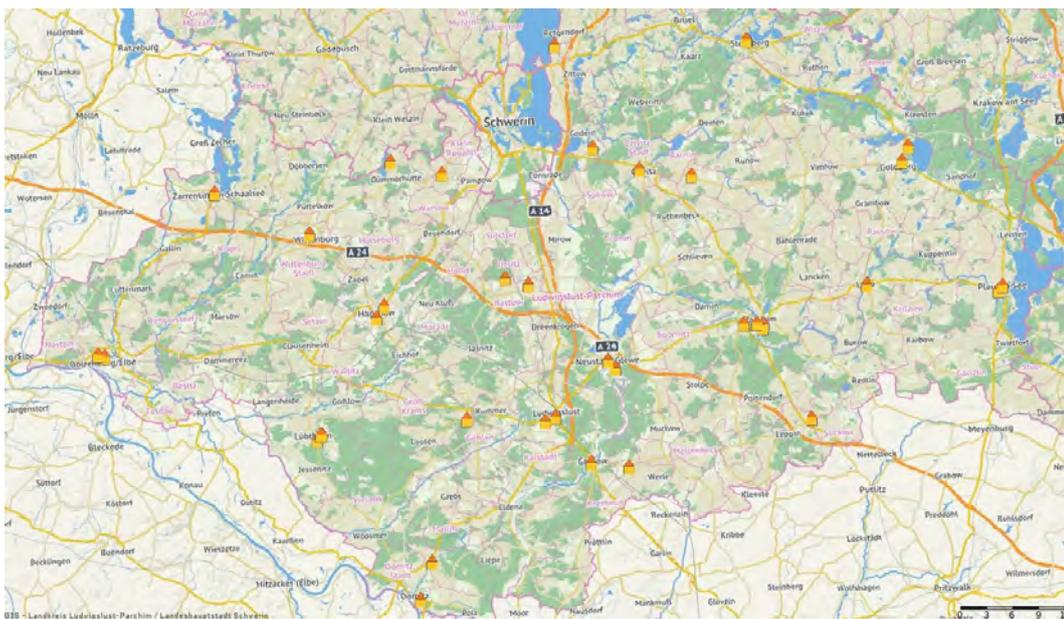
Einrichtungen der Tages- und der stationären Pflege finden sich nahezu ausschließlich in den Mittel- und Grundzentren des Landkreises.

Abbildung 15: Standorte von Einrichtungen der Tagespflege



Quelle: Landkreis Ludwigslust-Parchim

Abbildung 16: Standorte von Einrichtungen der stationären Pflege

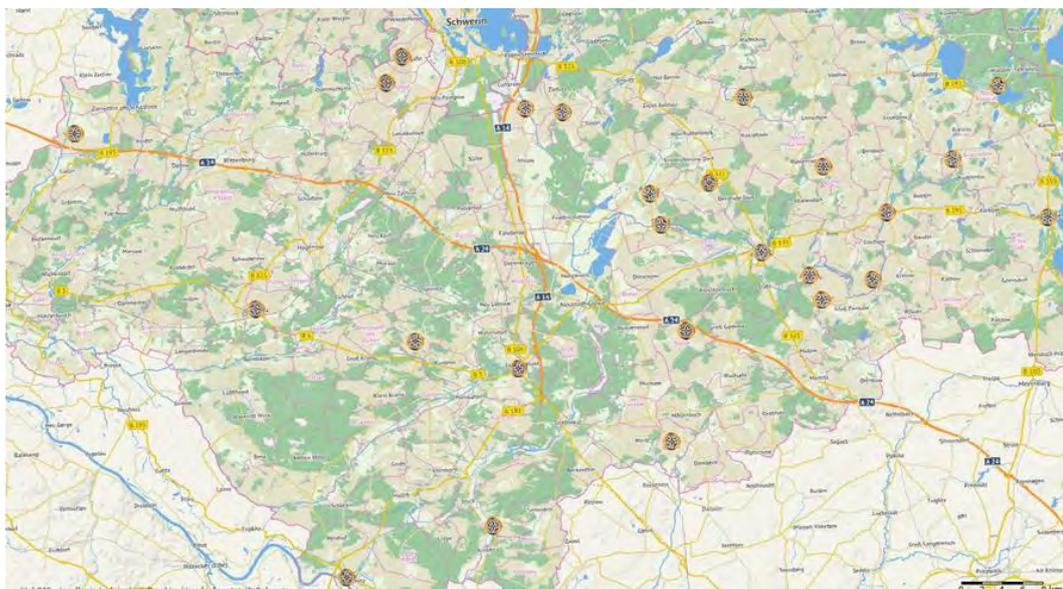


Quelle: Landkreis Ludwigslust-Parchim

Über dieses Angebot hinaus gibt es im Landkreis Ludwigslust-Parchim neben den Wohlfahrtsverbänden folgende Einrichtungen, die Beratungs- und sonstige Leistungen zum Thema Pflege anbieten bzw. sich mit der Koordination von Pflegeleistungen befassen:

- Die Stabsstelle Jugendhilfe und Sozialplanung in der Kreisverwaltung, die als zentraler Ansprechpartner in Pflegefragen im Landkreis zur Verfügung steht, die Institutionen der Pflegeberatung koordiniert und in deren Auftrag die Pflegesozialplanung erstellt wird, die einen kompletten und aktuellen Überblick zur Pflegesituation im Landkreis gibt.
- Die Pflegestützpunkte in Ludwigslust und Parchim, die, jeweils ausgestattet mit zwei Personalstellen, Pflegeberatungsleistungen für Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige anbieten. Die Beratung erfolgt entweder in den Büros der Pflegestützpunkte, an festen monatlichen Außensprechtagen in Räumen in Boizenburg und Sternberg sowie an anderen Standorten in einem der beiden Beratungsbusse. Die Busse fahren mit einem wechselnden Tourenplan, der im Internet veröffentlicht wird, auch in kleinere Gemeinden, vorwiegend zu Markttagen, um von der dann vorhandenen Besucherfrequenz zu profitieren. Nach Aussage der Stabsstelle Jugendhilfe und Sozialplanung wird das mobile Beratungsangebot der Pflegestützpunkte allerdings z. Zt. noch nicht überall angenommen.
- Der Helferkreis Ludwigslust-Parchim, der im Rahmen des Bundesprogramms „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz“ den Einsatz ehrenamtlicher Helfer bei der in der Pflege koordiniert. Im Rahmen des Projekts werden ehrenamtliche Kräfte geschult und dann als Betreuer für Pflegebedürftige eingesetzt. Die Helfer ersetzen dabei nicht professionelle Pflegekräfte und erbringen auch keine Pflegeleistungen an sich. Sie ergänzen diese vielmehr und sorgen für Entlastung der Pflegenden und der Angehörigen, indem sie z. B. Gespräche mit den Pflegebedürftigen führen, ihnen vorlesen, mit ihnen spazieren gehen oder andere gemeinsame Aktivitäten mit ihnen unternehmen.
- 33 ehrenamtliche Pflegelotsen, die vor Ort im ländlichen Raum, in den Gemeinden des Landkreises, die ersten Ansprechpartner für alle Fragen der Pflege sein sollen. Die Pflegelotsen helfen Angehörigen bei der Organisation von Aufgaben, wenn ein Pflegefall in der Familie eintritt und vermitteln Ansprechpartner bei Pflegediensten oder beim Helferkreis. Träger des Projekts ist der Landkreis in Zusammenarbeit mit den Trägern der Mehrgenerationenhäuser in Ludwigslust und Lütz.

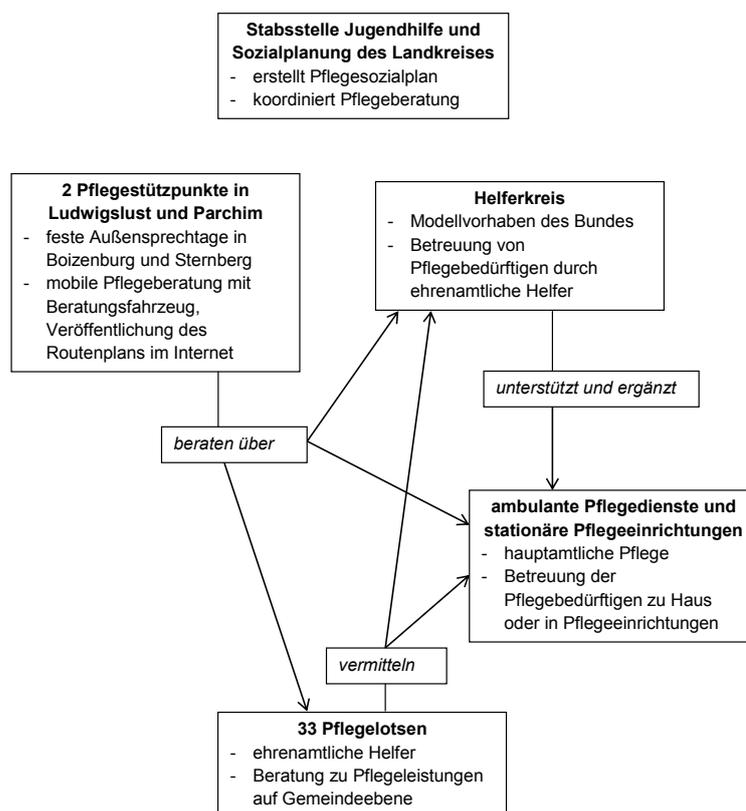
Abbildung 17: Standorte von Pflegelotsen im Landkreis Ludwigslust-Parchim



Quelle: Landkreis Ludwigslust-Parchim

Die nachfolgende Darstellung gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Institutionen, die im Landkreis Ludwigslust-Parchim mit dem Thema Pflege befasst sind.

Abbildung 18: Schematische Darstellung der Institutionen und Projekte zum Thema Pflege im Landkreis Ludwigslust-Parchim



4.1.7 Kommunikation

Einrichtungen, die den älteren Menschen die Möglichkeit geben, auch weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, sich mit anderen auszutauschen und auch über Generationen hinweg zu kommunizieren und gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln, sind im Landkreis Ludwigslust-Parchim in erster Linie die beiden Mehrgenerationenhäuser in Ludwigslust und Lütz. Beide Häuser sind entstanden im Rahmen des Aktionsprogramms für Mehrgenerationenhäuser des Bundes⁹⁵. Ziel des Programms ist es, Begegnungsorte zu schaffen, an denen das Miteinander der Generationen aktiv gelebt wird.

Das Mehrgenerationenhaus in Lütz wird getragen vom Jugendförderverein Parchim / Lütz e.V. Das Haus bietet eine umfangreiche Palette von Leistungen an, die altersgruppenübergreifend organisiert werden, wie z. B.⁹⁶:

- Kinderbetreuung und Wunschgroßeltern-Vermittlung,
- Assessmentcenter für KMU der Region und Elterntreff / -schule,
- Computerkurs für Anfänger, Frühförderung, Gedächtnistraining für Jung und Alt, Hausaufgabenbetreuung, Jung hilft Alt beim Umgang mit moderner Technik, Lesezirkel, Podium für Bildungs-, Arbeits- und Sprachangebote in der Region, Sinnsalabim- Sinnesspielplatz für Alt und Jung und Spielzeugwerkstatt,

⁹⁵ <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhauser>

⁹⁶ <http://www.betreuungsportal-swm.de/familiendienstleistungen/49-mehrgenerationenhaus-luebz>

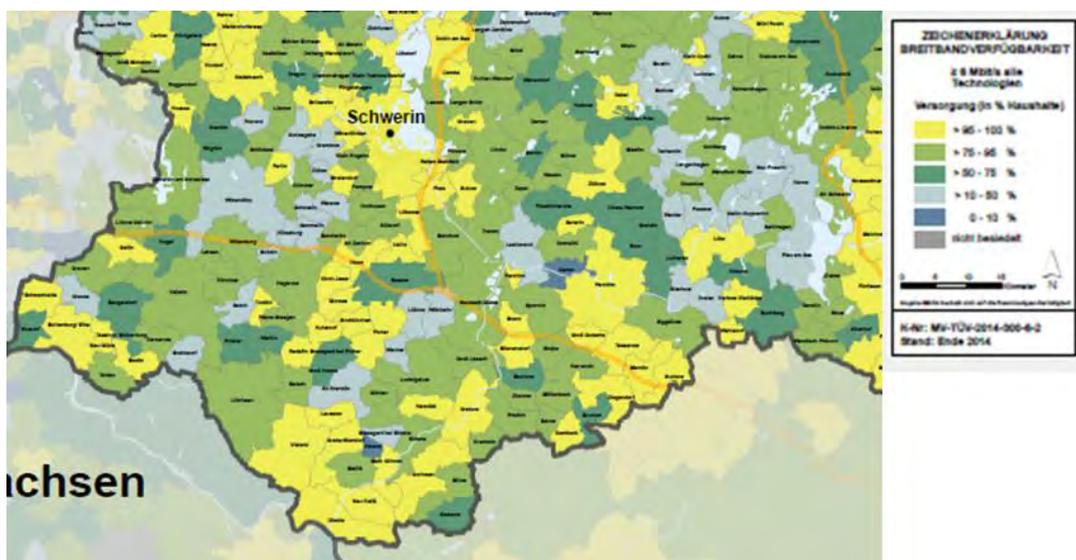
- Holzwerkstatt und Nähzirkel,
- Tauschbörse,
- Mobilitätshilfe,
- Kulturoase und Musikalische Jahreszeiten,
- Generationenfitness.

Das Mehrgenerationenhaus in Ludwigslust befindet sich in der Trägerschaft des Zebef e.V., Zentrum für Bildung, Erholung und Freizeit. Bei einem ähnlichen Ansatz, wie im Mehrgenerationenhaus Lübz, werden u.a. folgende Leistungen angeboten, in die Senioren als Ehrenamtliche eingebunden sind⁹⁷:

- Vermittlung von zertifizierten Babysittern,
- Vermittlung von Dienstleistungen im Haushalt und im Alltag,
- ganzjährige Ferienbetreuung und Kinderbetreuung in Randzeiten,
- Regelmäßige Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche,
- Hausaufgabenbetreuung und Nachhilfe.

Neben den Mehrgenerationenhäusern gibt es kulturelle Angebote für Senioren in Form von Seniorenclubs oder –zentren, die sich in Alten- und Pflegeheimen sowie Einrichtungen für betreutes Wohnen im Landkreis befinden. Über diese Angebote liegen allerdings keine systematischen Daten vor. Eine weitere Plattform für kulturelles Leben in den Dörfern bilden die Vereine, einschließlich der Sportvereine. Ein Modellprojekt für ein Kommunikationszentrum stellt die Neue Dorfmitte in Brunow dar, die bereits unter Punkt 4.1.4 vorgestellt wurde. Wie beschrieben konnte dort erreicht werden, dass nicht nur ein erweitertes Zentrum für die Nahversorgung in der Gemeinde etabliert werden konnte, sondern dass damit auch ein Treffpunkt und Mittelpunkt für Kommunikation gerade auch für alte Menschen im Dorf geschaffen wurde.

Abbildung 19: Breitbandverfügbarkeit ≥ 6 Mbit/s im Landkreis Ludwigslust-Parchim



Quelle: BMVI⁹⁸

Angebote der Kommunikation beziehen sich nicht nur auf persönliche Kontakte, sondern schließen auch die Kommunikation über Netze mit ein. Dabei spielt die Internetanbindung eine wichtige Rolle. Zum einen bietet sie die Voraussetzung dafür, dass ältere Menschen über das Netz an Kommunikationsprozessen teilnehmen und sich austauschen können. Zum anderen werden

⁹⁷ <http://www.betreuungsportal-swm.de/familiendienstleistungen/zebef-ev>

⁹⁸ <http://www.zukunft-breitband.de/SiteGlobals/Forms/Archiv/Karten/Breitband-kartendownload.html?>

aber auch viele Dienste über das Netz abgewickelt, Einkäufe erledigt, Bankgeschäfte getätigt u.v.m. Zudem stellt eine gute Netzanbindung eine wichtige Voraussetzung für die Nutzung von netzgebundenen Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge da, wie E-Health, E-Learning usw. Zur Veranschaulichung des Anschlussgrades des Landkreises Ludwigslust-Parchim wurde an dieser Stelle mit einer Übertragungsrate von ≥ 6 Mbit/s bewusst ein Wert gewählt, der für die meisten heutzutage gängigen Nutzungen bereits zu gering ist. Bei Betrachtung des Anschlussgrades wird erkennbar, dass bereits diese niedrige Rate in vielen ländlichen Gemeinden des Landkreises nur in weniger als 50 % der Haushalte zur Verfügung steht. Die Anschlusssituation an das Breitbandnetz ist gerade für den ländlichen Raum damit als nicht befriedigend anzusehen.

4.1.8 Bürgerschaftliches Engagement

Eine vollständige Erfassung von Möglichkeiten, sich im Landkreis Ludwigslust-Parchim im Bereich der Daseinsvorsorge für alte Menschen ehrenamtlich engagieren zu können, ist an dieser Stelle nicht möglich. Einige der wichtigsten Anlaufstellen in diesem Bereich sind:

- Die im Landkreis tätigen Wohlfahrtsverbände, die aktiv um ehrenamtliche Helfer werden.
- Mehrgenerationenhäuser in Ludwigslust und Lübz, die mit ihren vielfältigen Angeboten eine Plattformen für generationenübergreifendes bürgerschaftliches Engagement schaffen, in das sich auch alte Menschen einbringen können.
- In beiden Einrichtungen ist darüber hinaus jeweils eine MitMachZentrale ansässig. Dabei handelt es sich um vom Land geförderte Anlaufstellen, die Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement fördern, vernetzen und weiterentwickeln sollen. Die MitMachZentralen bieten Informationen und Hilfen zu Möglichkeiten des Ehrenamts in allen Bereichen, Weiterbildungen für ehrenamtlich Tätige und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema und zu rechtlichen Belangen an⁹⁹.
- Der bereits im Kapitel zur Pflege im Landkreis Ludwigslust-Parchim beschriebenen Helferkreis bietet Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der pflegeunterstützenden Leistungen an.
- Ehrenamtlich Engagierte können sich zu Pflegelotsen für die Gemeinden des Landkreises weiterbilden lassen.
- Der Landkreis Ludwigslust-Parchim selbst ist aktiv im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements, er wirbt z. B. auf seiner Internetseite für das Ehrenamt, gibt fachliche Hinweise und benennt eine Ansprechpartnerin im Büro für Chancengleichheit.
- Auf Landesebene ist die Ehrenamtsstiftung Mecklenburg-Vorpommern eine wichtige Anlaufstelle, die auch von den Bewohnern des Landkreises Ludwigslust-Parchim genutzt werden kann.

4.1.9 Mobilität und Erreichbarkeit

Die grundlegenden Feststellungen zum Thema Mobilität und Erreichbarkeit für den Landkreis Ludwigslust-Parchim als Lupenregion wurden bereits in einer früheren Expertise getroffen, die für die Enquete-Kommission erarbeitet worden ist¹⁰⁰. Die folgenden Ausführungen geben die zentralen Textpassagen aus dieser Expertise wieder.

„Prinzipiell ist festzuhalten, dass der Zugang zum überörtlichen Straßennetz durch das Netz der Verbindungsstraßen auch aus Perspektive älterer Menschen in der Lupenregion Ludwigslust-Parchim als gut einzustufen ist, sofern sie auf einen Pkw zurückgreifen können. Aufgrund des dichten Netzes von Erschließungsstraßen und der stetigen Verknüpfung zwischen Bundesstraßen und Autobahnen, ist der nächste Autobahnanschluss selten weiter als 25 Kilometer entfernt, wodurch auch die Oberzentren schnell erreichbar sind.“

⁹⁹ <http://mmz-mse.de/mitmachzentralen-in-mecklenburg-vorpommern/>

¹⁰⁰ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/36 vom 13.1.2015, difu & planmobil: Abschlussbericht Grundlagenexpertise „Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“. S. 77 ff.

Der Zugang zum überörtlichen Straßennetz in der Lupenregion Ludwigslust-Parchim ist auch für die ältere Bevölkerung als gut einzustufen, sofern sie auf einen eigenen Pkw zurückgreifen können. Aufgrund des dichten Netzes von Erschließungsstraßen und der stetigen Verknüpfung zwischen Bundesstraßen und Autobahnen, ist der nächstgelegene Autobahnanschluss selten weiter als 25 Kilometer entfernt.“

Für „die Situation des Radverkehrs in Ludwigslust-Parchim ... kann zusammenfassend festgehalten werden:

- Das Radfahren spielt für die Nahmobilität älterer Menschen eine bedeutende Rolle und wird bis ins hohe Alter praktiziert, so es der Gesundheitszustand zulässt.
- Innerhalb der Kommunen sind teilweise separate Radverkehrsinfrastrukturen an den Hauptstraßen vorhanden, deren Zustand befriedigend oder besser ist. Im untergeordneten Netz wird auf der Straße Rad gefahren. An den Ortsausgängen findet dann oftmals ein infrastruktureller Bruch statt, da die Verbindungsstraßen keinerlei Abmarkierungen oder separate Infrastrukturen für Rad- und Fußverkehr aufweisen.
- Im Sinne einer Nachbarortsmobilität ist das Radfahren auf den orts- bzw. ortsteilverbindenden Straßen mit deutlichen Einschränkungen behaftet. Die Distanz, der Zustand der Infrastruktur und begrenzte Straßenbreite stellen die zentralen, einschränkenden Aspekte dar. Dort wo ein forst- oder landwirtschaftliches Wegenetz vorhanden ist, wird dieses als Ausweichmöglichkeit für den Radverkehr genutzt und stellt damit auch eine zufriedenstellende Alternative dar.“

Kritisch wird insbesondere die Situation des ÖPNV im Landkreis beleuchtet:

„Bedeutender als die Ausstattung und die Zugänglichkeit der Haltestellen ist letztendlich das begrenzte Angebot im ÖPNV, wie es in der Betrachtung der Erreichbarkeit dargestellt ist. Die zentralen Aspekte zum Angebot im straßengebundenen ÖPNV lassen sich wie folgt zusammenfassen:

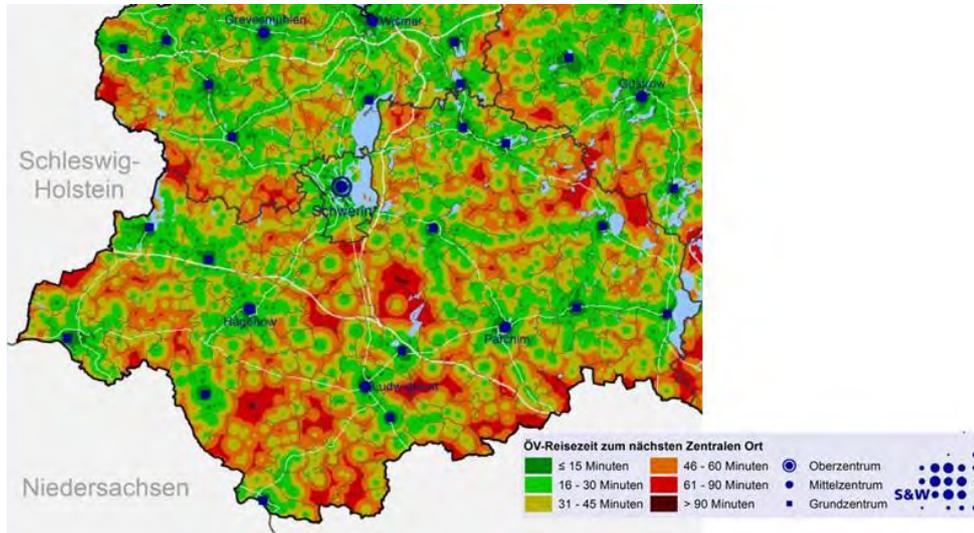
Das Angebot wird durch die Fahrten im Schülerverkehr bestimmt.

- Das Angebot wird durch frühe Abfahrtszeiten bestimmt und Rückfahrten, die sich nach den jeweiligen Schulschlusszeiten richten.
- Mögliche Ausstiegshaltstellen werden maßgeblich durch die auf die Schule ausgerichtete Linienführung bestimmt. Entsprechendes gilt für die Einstiegshaltstelle auf der Rückfahrt.
- In den Abendstunden, am Wochenende und der Ferienzeit liegt in aller Regel kein Fahrtenangebot vor.
- Es werden nicht alle möglichen Relationen bedient, wodurch fast immer ein Umstieg am Hauptort notwendig wird, falls dies überhaupt möglich ist.
- Teilweise liegt ein sehr unübersichtliches Angebot bei Linien, Teillinien und Linienverzweigungen vor, wobei nicht immer die gleichen Haltestellen bedient werden. Die vorhandenen Rufbusangebote sind nicht bei allen Kunden bekannt bzw. es gibt keine Kenntnis zu deren Nutzung oder zum Abrufgrad.“

Diese Aussagen der Verkehrsexpertise werden gestützt durch eine Untersuchung, die das Energieministerium Mecklenburg-Vorpommern zur Analyse der Erreichbarkeit von Zentralen Orten in Mecklenburg-Vorpommern in Auftrag gegeben hat¹⁰¹. Das Grundproblem des ÖPNV besteht darin, dass er in der Fläche zu einem weit überwiegenden Anteil aus dem Schülerverkehr besteht, wie die beiden folgenden Karten noch einmal anschaulich zeigen.

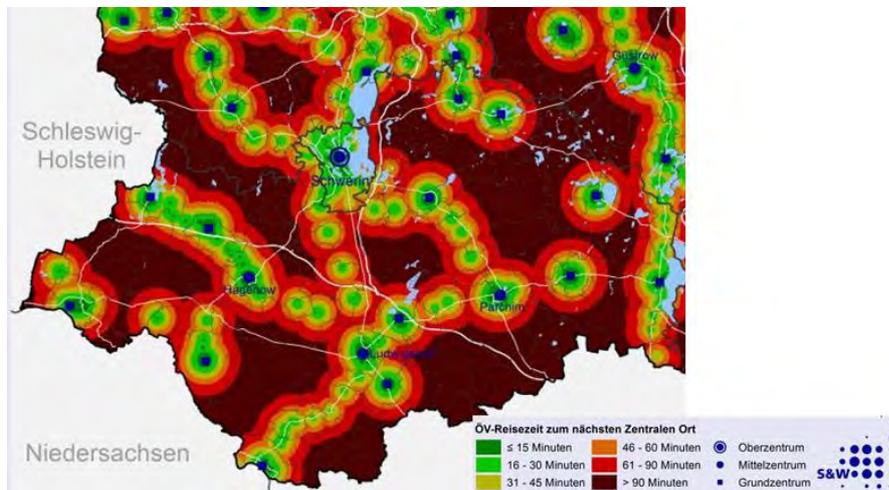
¹⁰¹ Spiekermann & Wegener 2013 für das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern
Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur Seite 71

Abbildung 20: Erreichbarkeit der Zentralen Orte mit ÖPNV im Landkreis Ludwigslust-Parchim werktags



Quelle: Spiekermann & Wegener

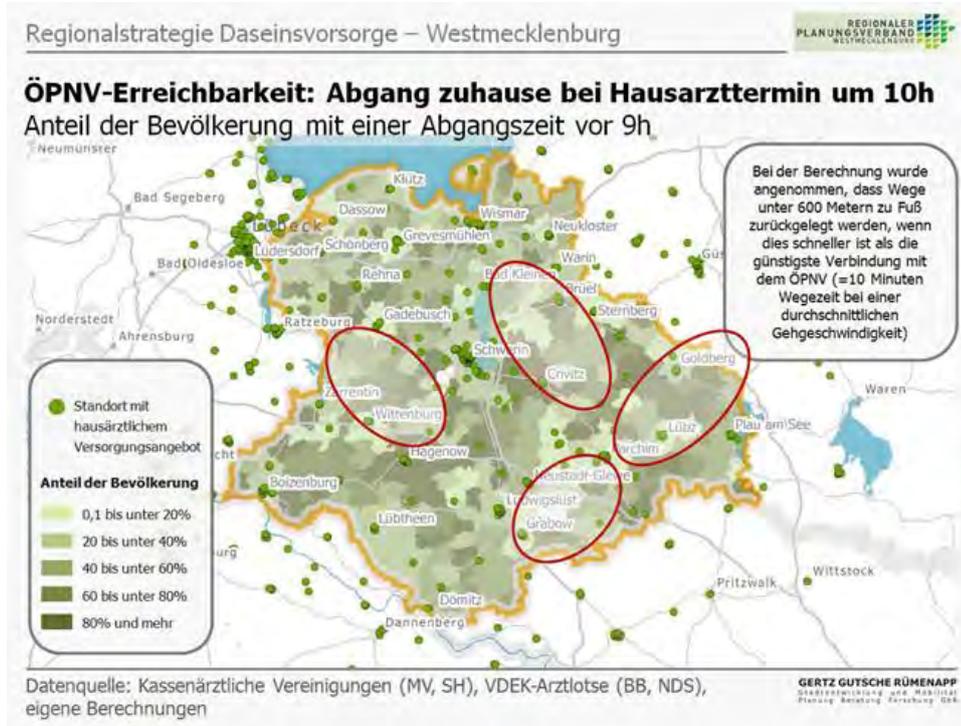
Abbildung 21: Erreichbarkeit der Zentralen Orte mit ÖPNV im Landkreis Ludwigslust-Parchim am Wochenende



Quelle: Spiekermann & Wegener

Für alte, mobilitätseingeschränkte Menschen bedeutet diese Situation, dass Infrastruktureinrichtungen mit sehr hoher Bedeutung für ihr tägliches Leben nur schwer erreichen können, sofern sie nicht in den Zentralen Orten Landkreises, sondern im ländlichen Raum wohnen. Die folgende Abbildung verdeutlicht diese Situation noch einmal sehr genau.

Abbildung 22: Erreichbarkeit von Hausärzten im ÖPNV im Landkreis Ludwigslust-Parchim



4.1.10 Zusammenfassung des Landkreisprofils

In Bezug auf Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge für alte Menschen zeigt sich im Landkreis Ludwigslust-Parchim ein differenziertes Bild:

- Der Bedarf an Infrastruktureinrichtungen und Leistungen der Daseinsvorsorge für alte Menschen wird zukünftig weiter ansteigen, die ältere Bevölkerung nimmt um rund 40% bis 2030 (Basis 2010) zu, die relative Zunahme der Hochbetagten ist noch stärker.
- Dementsprechend steigt der Bedarf für altengerechte, barrierearme Wohnungen und wohnunterstützende Leistungen und kann immer schwieriger gedeckt werden.
- Der Pflegebereich ist im Landkreis gut organisiert, insbesondere die Verzahnung von professioneller Pflege mit ehrenamtlich erbrachten, die Pflege ergänzenden Leistungen ist gewährleistet. In der Pflege zeichnet sich allerdings ein Fachkräftemangel immer stärker ab¹⁰².
- Die hausärztliche Versorgung ist für die ländliche Bevölkerung nicht mehr wohnortnah gesichert. Aufgrund der Überalterung der Hausärzte und des mangelnden Nachwuchses wird sich die Situation noch weiter verschlechtern.
- Nahversorgungs-, Gesundheits-, Pflege- und Beratungsangebote konzentrieren sich in den Zentralen Orten des Landkreises. Es muss versucht werden, diese zumindest in den Grundzentren zu erhalten.
- Lücken in der Breitbandversorgung limitieren den Einsatz von modernen, netzgestützten technischen Lösungen in der Daseinsvorsorge, z. B. im Bereich der medizinischen Versorgung.

¹⁰² Ergebnis von Expertengesprächen mit Mitarbeitern der Stabsstelle Jugendhilfe und Sozialplanung des Landkreises Ludwigslust-Parchim sowie des Workshops am 03.11. in Parchim.

- Die Situation für die Mobilität außerhalb des MIV ist lückenhaft, außerorts und auf den Verbindungsstraßen herrschen unbefriedigende Verhältnisse für Fuß- und Radverkehr, der ÖPNV besteht nahezu ausschließlich aus Schülerverkehr, außerhalb der Schulzeiten ist die Bedienqualität schlecht.
- Der Landkreis gewinnt als Handlungs- und Koordinationsebene an Bedeutung, die Kommunalverwaltungen sind bereits sowohl von der Anzahl, als auch von der Qualifikation ihrer Mitarbeiter her an den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeiten und mit diesen Aufgaben vielfach überfordert.

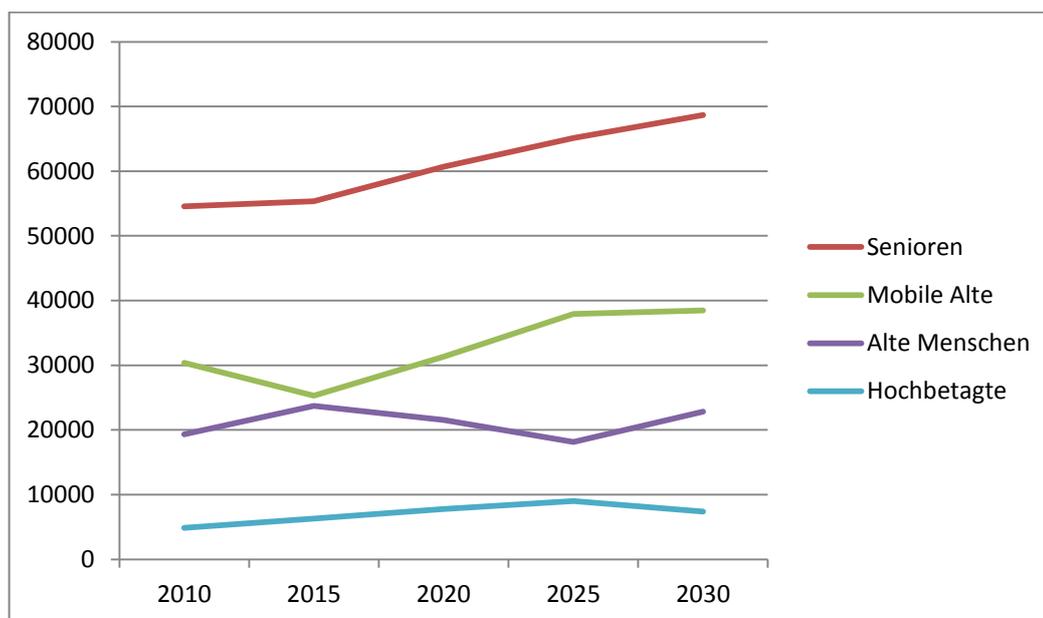
4.2 Landkreis Vorpommern-Greifswald

Im Integrierten ländlichen Entwicklungskonzept für den Landkreis Vorpommern-Greifswald wird der Kreis wie folgt charakterisiert¹⁰³: „Der Landkreis Vorpommern-Greifswald des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern liegt an der nordöstlichen Grenze der Bundesrepublik Deutschland. Das Kreisgebiet grenzt im Westen an die Landkreise Vorpommern-Rügen und Mecklenburgische Seenplatte, im Süden an den brandenburgischen Landkreis Uckermark sowie im Osten an die polnische Wojewodschaft Zachodniopomorskie. Im Nordosten des Landkreises befindet sich die Insel Usedom als wichtige Tourismusregion. Kreisstadt ist die Universitäts- und Hansestadt Greifswald. ... [Der Landkreis] umfasst seit dem 25.05.2014 sechs amtsfreie Gemeinden sowie 13 Ämter mit insgesamt 134 Gemeinden [und] eine Fläche von ca. 3.930 km², auf der ca. 239.291 Einwohner leben (Stand 31.12.2012).“ Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von rund 61 Einw / km².

Die Kreisstadt Greifswald bildet gemeinsam mit dem benachbarten Stralsund das Oberzentrum für die Region. Mittelzentren sind die vier Städte Wolgast, Anklam, Pasewalk und Ueckermünde. Die zehn Grundzentren sind Ducherow, Eggesin, Ferdinandshof, Gützkow, Heringsdorf, Löcknitz, Lubmin, Strasburg (Uckermark), Torgelow, Zinnowitz.

Die Entwicklung Bevölkerung in den für die Infrastruktur der Daseinsvorsorge relevanten Senioren-Altersgruppen zeigt die folgende Abbildung.

Abbildung 23: Entwicklung der Bevölkerung in den Senioren-Altersgruppen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

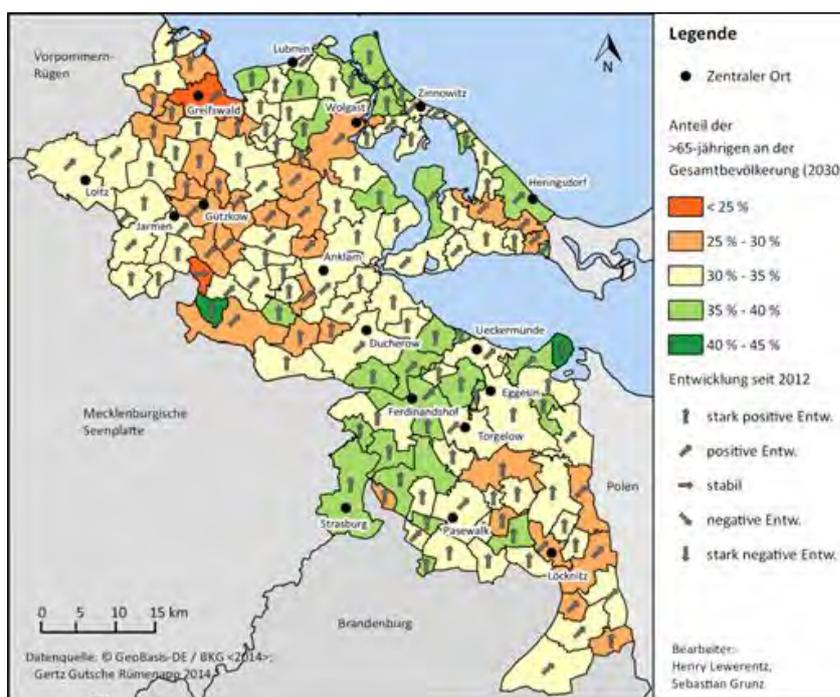


Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

¹⁰³ BTE Tourismus- und Regionalberatung und UmweltPlan 2015, S. 9 ff.

Es wird deutlich, dass ähnlich wie im Landkreis Ludwigslust-Parchim bis zum Jahr 2030 die Anzahl an Menschen über 65 Jahren deutlich zunehmen wird, und zwar von 54.573 im Jahr 2010 auf 68.690 im Jahr 2030. Das bedeutet eine Zunahme um 25,9 %. Besonders hoch und auch noch wachsend sind die Anteile der Senioren an der Gesamtbevölkerung in den Küstengemeinden Usedom und in einem Streifen zwischen Ueckermünde und Strasburg. Die städtische Agglomeration um Greifswald ist weniger betroffen.

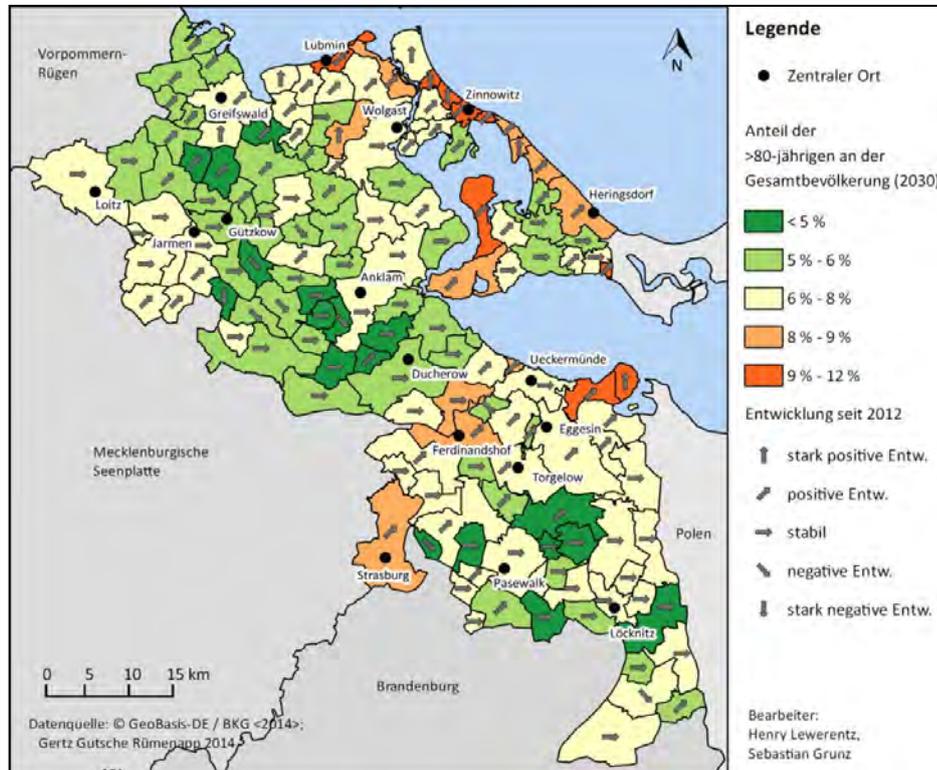
Abbildung 24: Räumliche Verteilung des Anteils der Senioren an der Bevölkerung im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Quelle: Landkreis Vorpommern-Greifswald

Besonders stark wird zukünftig die Gruppe der mobilen Alten ansteigen und auch die Gruppen der alten Menschen und eingeschränkt der Hochbetagten werden wachsen, so dass sich hieraus auch für den Landkreis Vorpommern-Greifswald ein im Vergleich zu heute deutlich höherer Bedarf an Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge für ältere Menschen ableiten lässt. Der Anteil der Hochbetagten ist insbesondere in den bereits beschriebenen Teilräumen sehr hoch.

Abbildung 25: Räumliche Verteilung des Anteils der Hochbetagten an der Bevölkerung im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Quelle: Landkreis Vorpommern-Greifswald

4.2.1 Wohnen

Angaben zum Angebot an altersgerechten Wohnformen sind über die Stabsstelle Integrierte Sozialplanung der Kreisverwaltung zu erhalten¹⁰⁴. Demnach bieten folgende Unternehmen im Landkreis altersgerechte Wohnungen an:

Abbildung 26: Anbieter altersgerechter Wohnungen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

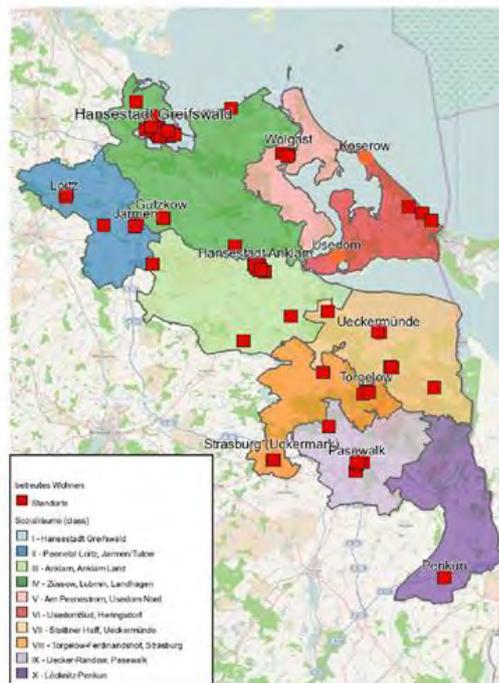
Wohnungsanbieter	PLZ	Ort
Wohnungsgenossenschaft Anklam eG	17389	Anklam
Grundstücks- und Wohnungswirtschafts GmbH Anklam	17389	Anklam
Wohnungsbaugenossenschaft Greifswald eG (WGG)	17491	Greifswald
Wohnungsbau- und Verwaltungsgesellschaft Greifswald mbH (WVG)	17491	Greifswald
Mietergenossenschaft "An der Peenemündung" eG	17449	Karlshagen
Löcknitzer Wohnungsverwaltungs GmbH	17321	Löcknitz
Wohnungsbaugenossenschaft Löcknitz e.G.	17321	Löcknitz
Lexow-Grundstücks- u. Wohnungsbau GmbH Loitz	17121	Loitz
Wohnungsbaugesellschaft Pasewalk GmbH	17309	Pasewalk
Gemeinnützige Wohnungsbaugesellschaft mbH Strasburg	17335	Strasburg
Strasburger Wohnungsgenossenschaft e.G.	17335	Strasburg
Torgelower gemeinnützige Wohnungsgenossenschaft eG	17358	Torgelow
Wohnungsbaugesellschaft Torgelow mbH	17358	Torgelow
Ueckermünder Wohnungsbaugesellschaft mbH	17373	Ueckermünde
Wohnungsgenossenschaft Wolgast eG	17438	Wolgast
Wolgaster Wohnungswirtschafts GmbH	17438	Wolgast

Quelle: Landkreis Vorpommern-Greifswald

¹⁰⁴ Landkreis Vorpommern-Greifswald, Sozialdezernat, Stabsstelle Integrierte Sozialplanung 2014

Ähnlich verhält es sich mit dem Angebot an Einrichtungen betreuten Wohnens, die sich ebenfalls hauptsächlich in den Zentralen Orten des Landkreises befinden. Insgesamt gibt es 1.641 Wohneinheiten für betreutes Wohnen im Landkreis, alleine 604 davon in der Kreisstadt Greifswald.

Abbildung 27: Betreute Wohnformen im Landkreis Vorpommern-Greifswald nach Sozialräumen



Quelle: Landkreis Vorpommern-Greifswald

4.2.2 Wohnunterstützung

Analog zum Landkreis Ludwigslust-Parchim standen keine Daten aus anderen Erhebungen zum Angebot an wohnunterstützenden Dienstleistungen für den Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Verfügung. Eine Recherche im Internet ergab folgendes Bild:

- Wohnunterstützende Angebote werden insbesondere über die freien Wohlfahrtsverbände bereitgestellt, im Landkreis Vorpommern-Greifswald z. B. Volkssolidarität, Diakonie, Caritas, AWO, DRK.
- Weitere Angebote finden sich in den Mehrgenerationenhäusern in Torgelow und Görmin sowie dem Bürgerhafen in Greifswald.
- Essen auf Rädern wird insbesondere angeboten von der Volkssolidarität, dem DRK und der AWO.

4.2.3 Wohnumfeld

Für die barrierefreie oder barrierearme Gestaltung des Wohnumfelds liegen auch für den Landkreis Vorpommern-Greifswald keine Daten vor. Auch hier ist davon auszugehen, dass eine dementsprechende Ausführung von z. B. Maßnahmen der Dorferneuerung oder der Stadtsanierung in der Vergangenheit nicht systematisch als Ziel in der Gestaltung des öffentlichen Raumes erkannt wurde und z. B. Anforderungen der Denkmalpflege oftmals höhere Priorität genossen.

Mittlerweile hat sich der Fokus auch hier geändert. Im aktuellen ILEK für den Landkreis Vorpommern-Greifswald, das die Fördergrundlage für Maßnahmen der Gestaltung des Wohnumfeldes im ländlichen Raum bildet, wird eine barrierearme Ausführung von Baumaßnahmen als Entwicklungsziel und Indikator formuliert¹⁰⁵. Damit soll sichergestellt werden, dass gerade auch bei Maßnahmen zur Gestaltung des öffentlichen Raumes im Rahmen der Förderung über das Entwicklungsprogramm für den ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommern zukünftig die Barrierefreiheit und damit die Anpassung an die Bedürfnisse insbesondere der Senioren eine Voraussetzung für die Umsetzung der Maßnahmen sein wird.

Hervorzuheben ist an dieser Stelle ein MORO-Projekt zur regionalen Daseinsvorsorge im Amt Peenetal-Loitz. In einem Teilprojekt soll in der Stadt Loitz ein sogenanntes „generationengerechtes Quartier“ entwickelt werden, in dem auch die barrierefreie Gestaltung der Freiflächen und des Wohnumfelds von großer Bedeutung ist¹⁰⁶. Es wurde bisher ein Architektenwettbewerb durchgeführt, an den sich die Realisierung der Maßnahme anschließen soll. Die Stadt führt hierzu Gespräche mit potenziellen Investoren.

4.2.4 Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs (Nahversorgung)

Das Cluster „Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen“ wird für den Landkreis Vorpommern-Greifswald vorwiegend abgebildet über die Darstellung der Situation in der Nahversorgung mit Waren des kurzfristigen bzw. täglichen Bedarfs, da Daten zu haushaltsorientierten Dienstleistungen auch hier nicht vorlagen.

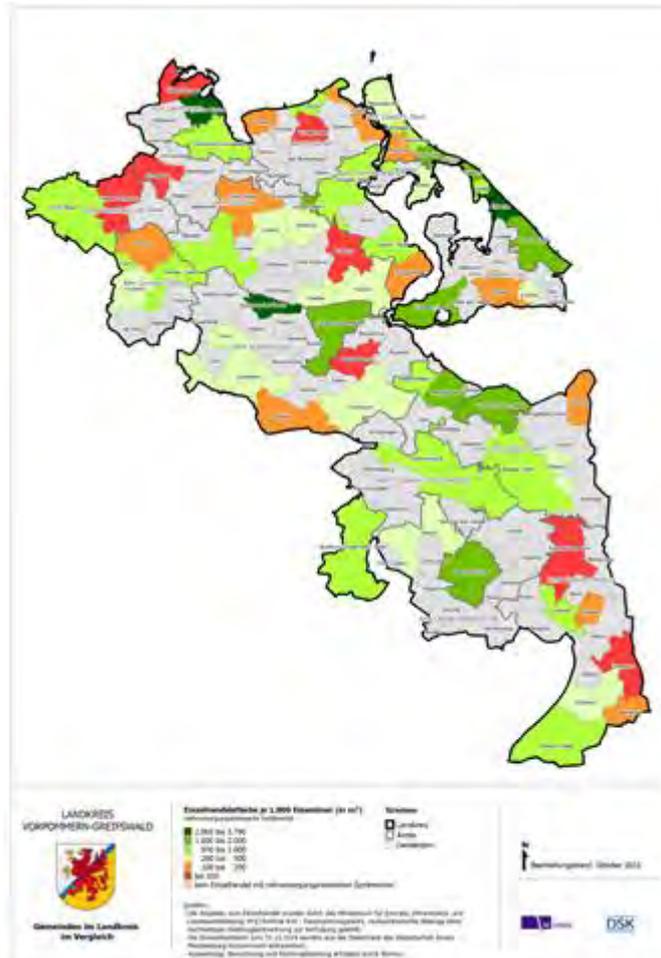
Im Landkreis Vorpommern-Greifswald gibt es insgesamt 622 Unternehmen¹⁰⁷ im Bereich nahversorgungsrelevanter Sortimente mit einer Verkaufsfläche von 158.115 m². Gemessen an der Einwohnerzahl liegt der Versorgungsgrad bei 665 m² je 1.000 Einwohner und damit über dem Wert des Landkreises Ludwigslust-Parchim. Bei 203 der insgesamt 622 Einzelhandelsunternehmen im Bereich nahversorgungsrelevanter Sortimente im Landkreis Vorpommern-Greifswald handelt es sich um Bäcker / Fleischer, d. h. etwa ein Drittel aller Unternehmen. Diese verweisen zusammen auf ein Flächenaufkommen von 6.053 m², aufgrund ihrer Kleinteiligkeit (durchschnittliche Fläche je Unternehmen von 30 m²) sind dies nur rund 4 % der gesamten Einzelhandelsfläche. Die meiste Verkaufsfläche nehmen die Discounter mit 55.708 m² und einem Anteil von 35,2 % ein, dabei gibt es 76 Unternehmen in diesem Bereich 12,2 % der Unternehmen).

¹⁰⁵ BTE und UmweltPlan 2015, S. 151,152

¹⁰⁶ <http://www.loitz.de/site.php?c=165/zum-wettbewerb.html&nav=48>

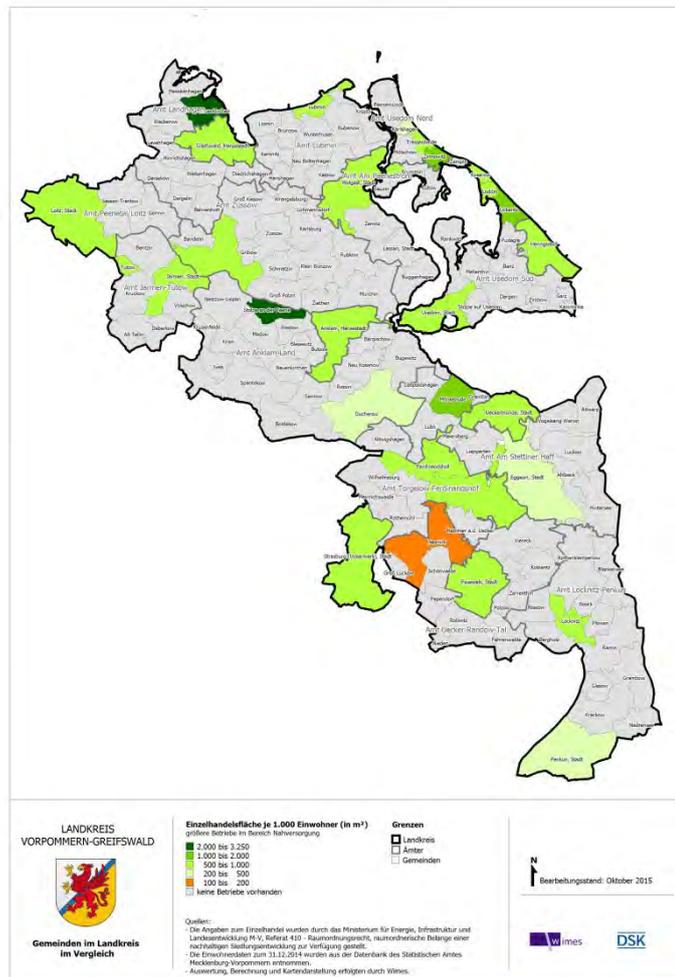
¹⁰⁷ Datengrundlage: EM MV, s. Fußnote zu 4.1.4

Abbildung 28: Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Vorpommern-Greifswald



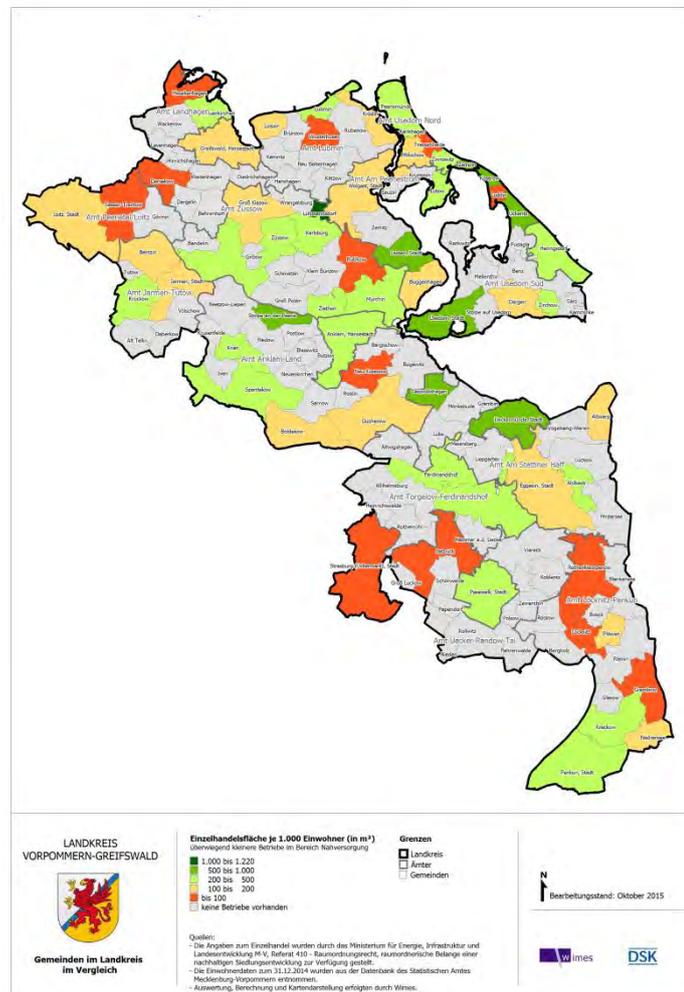
Zur weiteren Bewertung der Nahversorgungssituation wurde der Versorgungsgrad bezogen auf die Betriebsformen ermittelt. Zum einen wurden hierbei die größeren Lebensmittelbetriebe mit einer Verkaufsfläche von über 400 m² berücksichtigt, d.h. Supermärkte, Discounter, kleine sowie große Verbrauchermärkte, SB-Warenhäuser. Der Versorgungsgrad im Landkreis liegt hier insgesamt bei 485 m² je Einwohner. Deutlich über dem Durchschnitt des Landkreises liegen vor allem die amtsfreien Städte. Es ist typisch, dass sich größere Einzelhandelsunternehmen bei ihrer Ansiedlung gerade auf die Städte konzentrieren. Überdurchschnittliche Werte weisen zudem die Seebäder auf der Insel Usedom auf.

Abbildung 29: Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Vorpommern-Greifswald, größere Betriebe



Bei der zweiten Gruppe der vor allem kleineren Unternehmen wurden berücksichtigt: Bäcker / Fleischer, Kioske, Drogerien / Drogeriediscounter, Blumenfachgeschäft, Getränkemarkte, Lebensmittelgeschäfte / Lebensmittelgeschäft und Lebensmittel-SB-Märkte. Gerade in den kleineren Orten und ländlichen Regionen sichern diese die Grundversorgung der Bevölkerung. Der Versorgungsgrad im Landkreis liegt hier insgesamt bei 181 m² je Einwohner.

Abbildung 30: Ausstattung der Gemeinden mit nahversorgungsrelevanter Einzelhandelsfläche im Landkreis Vorpommern-Greifswald, kleine Betriebe



Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es ähnlich wie im Landkreis Ludwigslust-Parchim, in vielen Gemeinden des Landkreises Vorpommern-Greifswald kein Nahversorgungsangebot mehr gibt und dass die Angebotsdichte, auch bei kleineren Nahversorgern, in vielen weiteren Gemeinden sehr gering ist. Damit sind die Bewohner weiter Teile des ländlich strukturierten Kreisgebiets entweder auf den ÖPNV, auf Mitfahrgelegenheiten und Lieferdienste oder auf ambulante Angebote angewiesen, um ihren täglichen Bedarf an Lebensmitteln und anderen nahversorgungsrelevanten Sortimenten zu decken.

Auch im Landkreis sollte ursprünglich ein Modellvorhaben im Rahmen des Landesprojekts zur „Neuen Dorfmitte“ umgesetzt werden, um die Nahversorgungssituation im ländlichen Raum zu verbessern. Vorgesehen dafür war der Ortsteil Schlatkow in der Gemeinde Schmatzin im Peenetal. Das Projekt ist allerdings aufgrund von Problemen mit der Standsicherheit der für das Projekt vorgesehenen Gebäude, der Absage eines Lieferanten sowie Lücken in der Finanzierung nicht realisiert worden.

Einen weiteren Ansatz für die Verbesserung der Versorgungssituation im ländlichen Raum des Landkreises liefert möglicherweise die Realisierung sogenannter „Multimodaler Häuser“, wie sie als Leitprojekt im ILEK vorgesehen ist¹⁰⁸. In diesen sollen, ähnlich wie bei der Neuen Dorfmitte, verschiedene Versorgungseinrichtungen, wie Geschäfte, Poststelle,

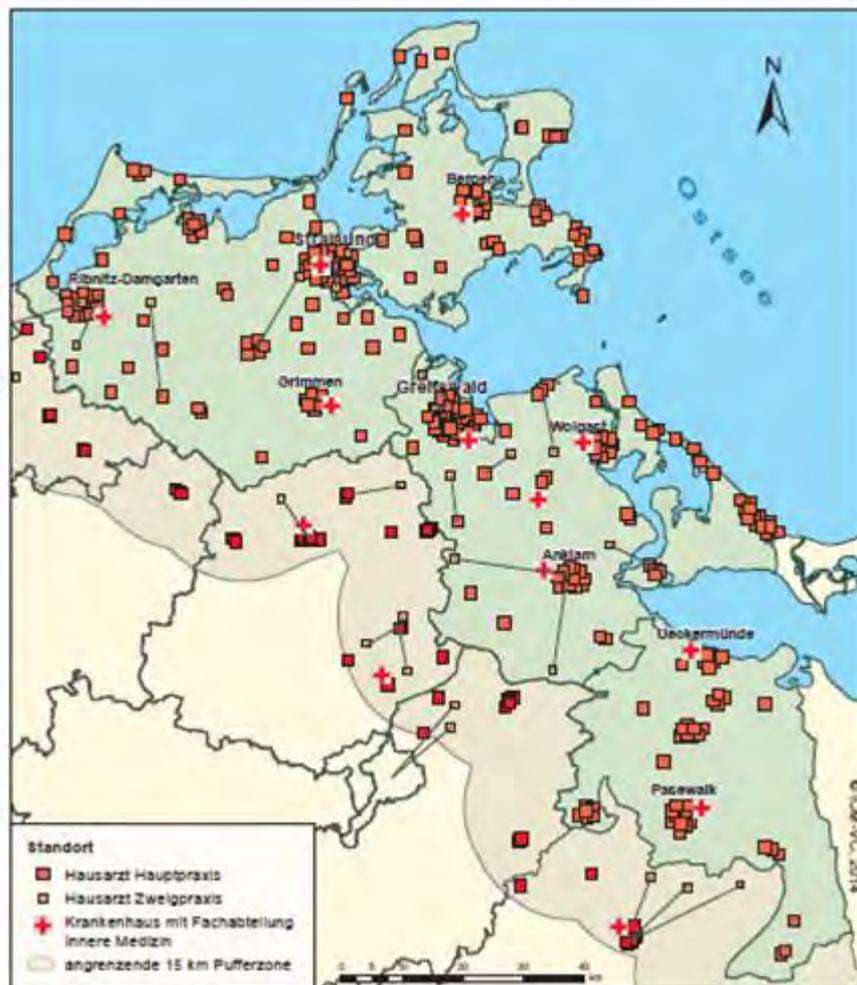
¹⁰⁸ BTE und UmweltPlan 2015, S. 177 f.

Geldinstitut oder Gaststätte, in Dörfern des ländlichen Raumes kombiniert und so die Nahversorgungssituation vor Ort verbessert werden.

4.2.5 Gesundheitsversorgung

Bei der Betrachtung der Standorte der Hausärzte im Landkreis Vorpommern-Greifswald fällt die deutliche Konzentration in den Städten Greifswald, Wolgast, Anklam, Torgelow, Eggesin, Ueckermünde, Strasburg und Pasewalk sowie in den Bäderorten auf Usedom auf. Im ländlichen Raum außerhalb dieser Städte gibt es in der Regel nur vereinzelte Hausarztpraxen, die z. T. auch lediglich als Zweigpraxen geführt werden.

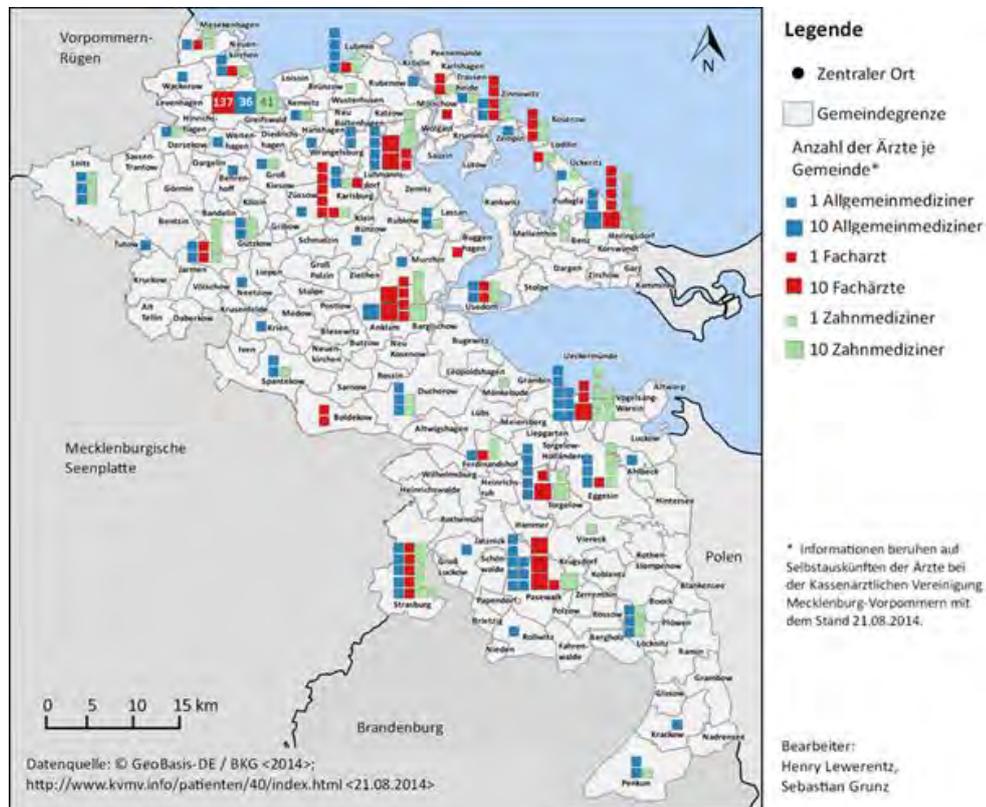
Abbildung 31: Standorte von Hausärzten in der Planungsregion Vorpommern



Quelle: Van den Berg et al. 2015

Die Einbeziehung der Zahnärzte und Fachärzte in diese Betrachtung bestätigt dieses Bild. Die ärztliche Versorgung des ländlichen Raumes des Landkreises erfolgt in erster Linie über die Zentralen Orte bzw. städtischen Zentren. Für die immobile ältere Bevölkerung im ländlichen Raum bedeutet dies, dass bereits das Erreichen des Hausarztes ein Problem darstellen kann.

Abbildung 32: Standorte von Haus- und Fachärzten im Landkreis Vorpommern-Greifswald



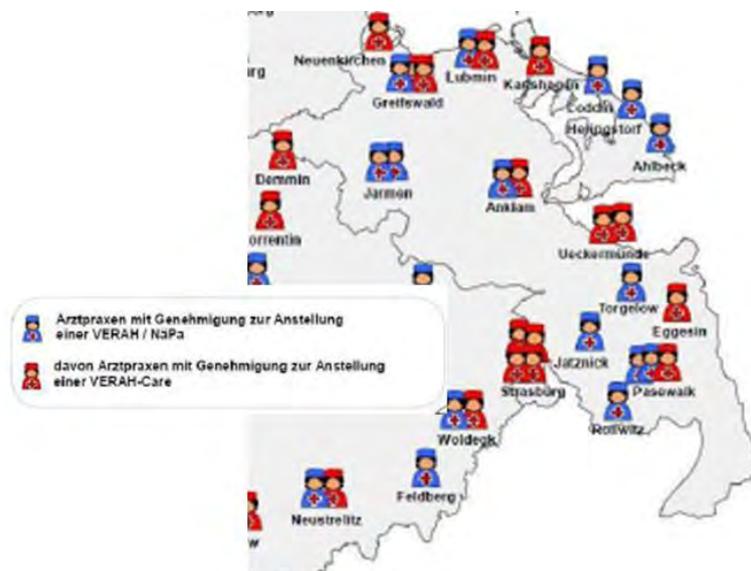
Quelle: Landkreis Vorpommern-Greifswald

Diese Situation wird sich für den ländlichen Raum in Zukunft noch weiter verschärfen. Nach einer Untersuchung der Universität Greifswald¹⁰⁹ erreichen bis zum Jahr 2020 rund ein Viertel der Hausärzte in der Planungsregion Vorpommern das Rentenalter (bezogen auf das Basisjahr 2011). Die Nachbesetzung dieser Praxen wird im ländlichen Raum zunehmend schwierig, da die jungen Mediziner Standorte in den Ballungsräumen und städtischen Zentren bevorzugen. Damit ist die Versorgung mit dieser wichtigen Basisinfrastruktur für Senioren im ländlichen Raum des Landkreises Vorpommern-Greifswald absehbar gefährdet.

Bei zurückgehendem Versorgungsangebot mit ärztlichen Dienstleistungen können nichtärztliche Kräfte dabei helfen, über Hausbesuche in ländlichen Bereichen das Angebot in der Fläche aufrecht zu erhalten. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald werden bereits 31 solcher NÄPas bzw. VERAHS eingesetzt, die in der Regel von Praxen in den Städten des Landkreises aus agieren.

¹⁰⁹ Hoffmann, Wolfgang und Neeltje van den Berg 2011, S. 51

Abbildung 33: Nichtärztliche Assistenzen im Landkreis Vorpommern-Greifswald¹¹⁰



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Ein weiteres Angebot, das geeignet wäre, die ärztliche Versorgung in der Fläche zu erhalten, stellen Medizinische Versorgungszentren dar (MVZ), von denen es folgende im Kreisgebiet gibt¹¹¹:

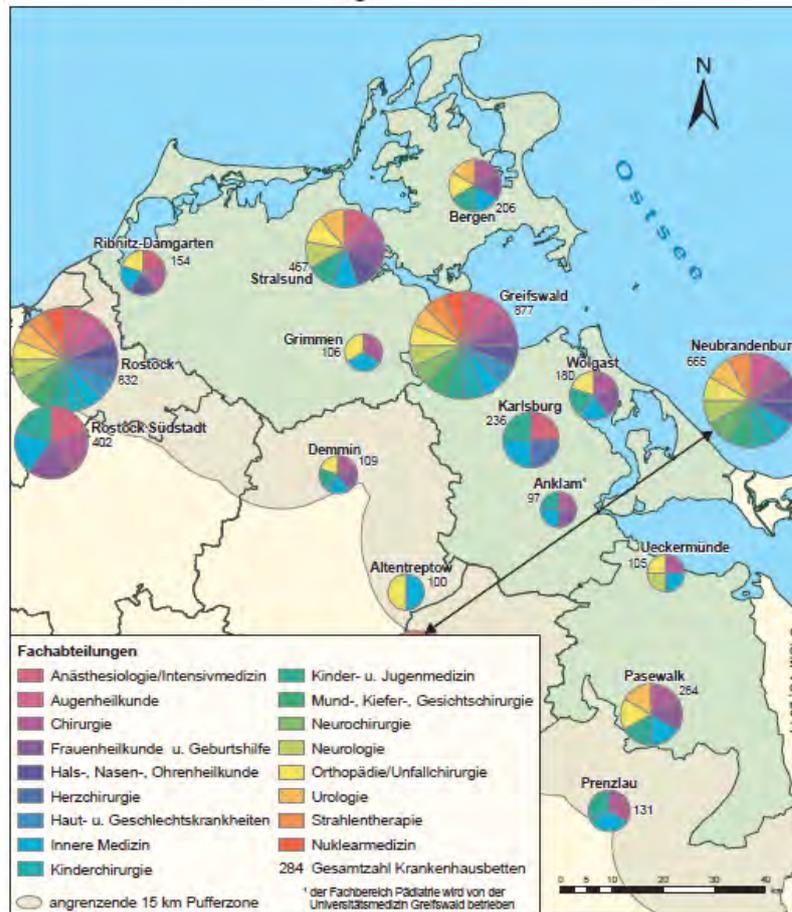
- MVZ Labor Greifswald GmbH, Greifswald,
- MVZ Campus Sauerbruchstraße, Greifswald,
- MVZ Stadtmitte, Greifswald,
- MVZ Ambulantes Zentrum, Greifswald,
- MVZ der Odebrecht-Stiftung GmbH, Greifswald,
- MVZ Vorpommern GmbH, Pasowalk,
- MVZ Usedom GmbH, Koserow,
- AMEOS Poliklinikum Ueckermünde.

Demnach befinden sich alleine fünf der acht MVZs im Landkreis Vorpommern-Greifswald im (Teil)Oberzentrum und der Kreisstadt Greifswald, zwei weitere in den Mittelzentren Pasowalk und Ueckermünde. Lediglich das MVZ in Koserow liegt nicht in einem Zentralen Ort, hat dafür aber in einem touristisch geprägten Bäderort seinen Sitz. MVZs sind damit z. Zt. auch im Landkreis Vorpommern-Greifswald nur bedingt geeignet, die medizinische Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum zu gewährleisten. Gemeindegesundheitszentren (GGZ), die von den Gemeinden getragen werden, gibt es im Landkreis nicht.

¹¹⁰ Bei VERAH-Care handelt es sich gemäß Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung um Assistenzen mit einer Zusatzqualifikation in den Bereichen Fall- und Schnittstellenmanagement, Versorgung in der Häuslichkeit, Stärkung und Unterstützung der Eigenkompetenz des Versicherten sowie Wundversorgung.

¹¹¹ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung MV 2015

Abbildung 34: Krankenhausstandorte in der Planungsregion Vorpommern



Quelle: Van den Berg et al 2015

Im Landkreis gibt es sechs Krankenhäuser, wobei die Universitätsmedizin Greifswald mit mehr als 850 Betten klar dominiert. Die Kliniken in Karlsburg, Wolgast und Pasewalk weisen zwischen 180 und 300 Betten auf, die beiden Krankenhäuser in Anklam und Ueckermünde haben jeweils um die 100 Betten.

4.2.6 Pflegesituation

Für die Zukunft wird auch Landkreis Vorpommern-Greifswald eine weitere altersbedingte Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen prognostiziert. Insbesondere die Zahl der pflegebedürftiger Hochbetagter wird demnach noch einmal deutlich zunehmen.

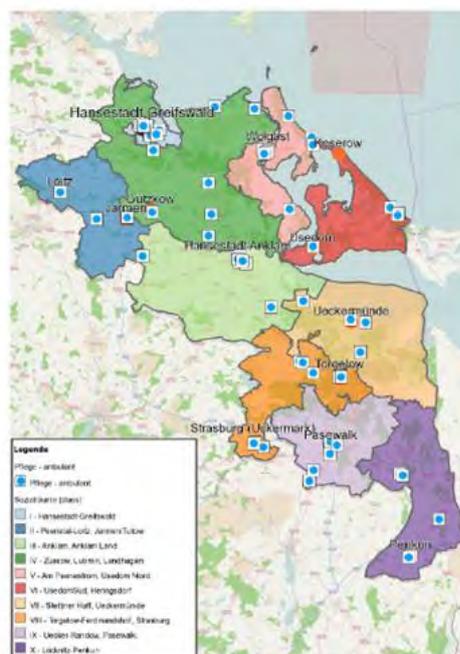
Abbildung 35: Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen im Landkreis Vorpommern-Greifswald bis 2020

	Prognose für Pflegebedürftige im Jahr 2015 in den Alterskohorten	Prognose für Pflegebedürftige im Jahre 2020 in den Alterskohorten
unter 15	135	125
15 - 60	1299	1171
60 - 64	419	440
65 - 69	559	843
70 - 74	764	764
75 - 79	1726	1294
80 - 84	2451	3003
85 - 89	2388	3079
90 und mehr	1276	1847
Insgesamt	11015	12567

Quelle: Statistisches Amt MV ,Berechnung durch Stabstelle Integrierte Sozialplanung

In der für die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Wohnung besonders wichtigen ambulanten Pflege gibt es z. Zt. im Landkreis Vorpommern-Greifswald 81 Pflegedienste. Da die Pflegedienste mobil sind, erreichen sie auch Patienten in ländlichen Bereichen des Landkreises außerhalb der Zentralen Orte. Dies gleicht einige Lücken im Standortnetz der Dienste, wie z.B. im Raum um Anklam oder entlang der deutsch-polnischen Grenze, aus. Diese Bereiche können zumindest von den Diensten aus den benachbarten Städten und Gemeinden mit versorgt werden, wie die nachfolgende Abbildung zeigt.

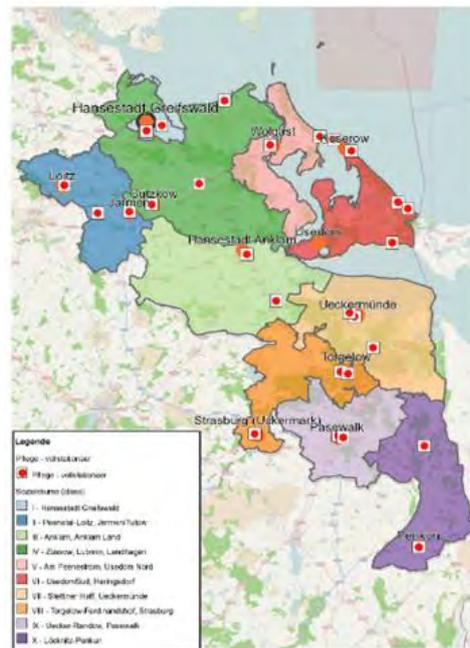
Abbildung 36: Ambulante Pflegedienste im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Quelle: Landkreis Vorpommern-Greifswald 2012

Einrichtungen der stationären Pflege finden sich nahezu ausschließlich in der Kreisstadt sowie in den Mittel- und Grundzentren des Landkreises.

Abbildung 37: Standorte von Einrichtungen der stationären Pflege im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Quelle: Landkreis Vorpommern-Greifswald 2012

Über dieses Angebot hinaus gibt es im Landkreis Vorpommern-Greifswald neben den Wohlfahrtsverbänden folgende Einrichtungen, die Beratungs- und sonstige Leistungen zum Thema Pflege anbieten bzw. sich mit der Koordination von Pflegeleistungen befassen:

- Die Stabsstelle Integrierte Sozialplanung in der Kreisverwaltung, die als zentraler Ansprechpartner in Pflegefragen im Landkreis zur Verfügung steht, die Institutionen der Pflegeberatung koordiniert sowie die Pflegeplanung für den Landkreis und den Pflege- und Seniorenwegweiser erstellt und damit einen aktuellen Überblick zur Pflegesituation im Landkreis gibt.
- Die Pflegestützpunkte in Greifswald, Pasewalk und Anklam, die Pflegeberatungsleistungen für Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige anbieten. Die Beratung erfolgt in den Büros der Pflegestützpunkte sowie in Wolgast vom Büro in Anklam aus an einem festen Außensprechtag in der Woche.
- Mobile Beratungsangebote für die Bewohner des ländlichen Raums bieten im Raum Pasewalk die beiden Wohlfahrtsverbände Caritas und Volkssolidarität mit ihren Bussen „Carimobil“ und „Geromobil“ an. Die Tourenpläne des Carimobils können im Internet, in den Amtsblättern oder in Aushängen bei den Ämtern und Gemeinden eingesehen werden. Der Tourenplan des Geromobils wird ebenfalls in den Amtsblättern veröffentlicht. Darüber hinaus kann man das Geromobil auch für Hausbesuche direkt anfordern.

4.2.7 Kommunikation

Einrichtungen der Kommunikation sind auch im Landkreis Vorpommern-Greifswald in erster Linie die Mehrgenerationenhäuser, die im Rahmen des Aktionsprogramms für Mehrgenerationenhäuser des Bundes¹¹² entstanden sind. Im Landkreis gibt es drei Mehrgenerationenhäuser, in Greifswald, Torgelow und Görmin.

Das Mehrgenerationenhaus „Bürgerhafen“ in Greifswald wird getragen vom Pommerschen Diakonieverein. Das Haus bietet eine umfangreiche Palette von Leistungen an, die altersgruppenübergreifend organisiert werden, wie z. B.¹¹³:

- Verschiedene Arbeitsgruppen, u.a. zur Lebensqualität im ländlichen Raum,
- Computerkurse,
- Familienuniversität,
- Geschichten erzählen für Menschen mit Demenz,
- Kreativangebot für Jugendliche mit Handicap,
- Literaturfreunde,
- Patenschaften für Hilfsbedürftige,
- Projekt Wunschgroßeltern,
- Treff für Alleinstehende,
- Treffpunkt Kirche.

Für das Mehrgenerationenhaus in Görmin führt die Homepage u. a. folgende Angebote auf¹¹⁴:

- Frauensportgruppe,
- Schachtreff,
- PC-Hilfe,
- Kaffeeklatsch und Gesundheitscheck,
- Internationale Kreistänze,
- Line Dance.

Für das Mehrgenerationenhaus in Torgelow werden folgende Angebote verzeichnet¹¹⁵:

- der Offene Treff,
- Tagespflege für pflegebedürftige Personen,
- ambulante Hilfen zur Erziehung,
- Großküche,
- Begegnungsstätte für Seniorinnen und Senioren,
- Kita,
- seniorTrainer und seniorTrainerinnen mit Projekten für Jung und Alt,
- Generationen spielen gemeinsam,
- Erzähl-Salon für Jung und Alt,
- Hilfe beim Umgang mit dem PC, auch in der Häuslichkeit,
- Kurse für pflegende Angehörige,
- Hilfe bei Schreibarbeiten.

Besonders bemerkenswert ist hier die direkte Kombination aus Einrichtungen für Senioren mit einer Kita, die einen intensiven generationsübergreifenden Austausch sicherstellt.

¹¹² <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhauser>

¹¹³ <http://www.buergerhafen.de/unsere-angebote/sortierung/a-z-alle-anzeigen.html>

¹¹⁴ <http://www.doerphus.blogspot.de/>

¹¹⁵ <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/web/guest/-haus-der-generationen->

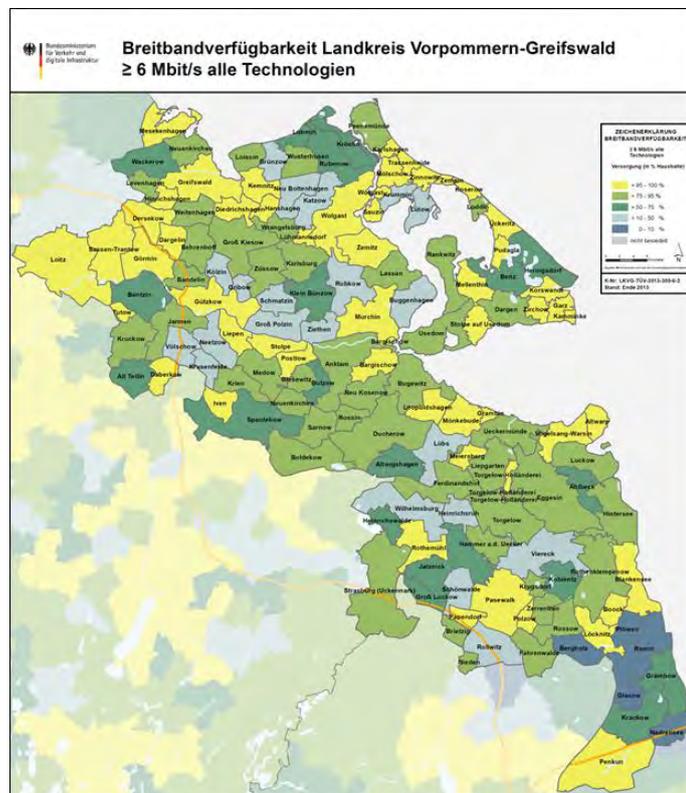
Neben den offiziell als Mehrgenerationenhäusern geführten Einrichtungen gibt es auch noch Häuser mit einem ähnlichen Angebot, die aber nicht unter diesem Begriff geführt werden. Dazu gehört auch das „Aktivzentrum Boddenhus“ in Greifswald, in dem ebenfalls ein breites Spektrum an Leistungen für Senioren und auch junge Menschen angeboten wird. Neben einem Cafe und Restaurant sind dies¹¹⁶:

- Lesungen,
- Vorträge,
- plattdeutsche Nachmittage,
- Café-Tanz und,
- Kaffeehausmusik sowie
- Schach,
- Skat oder
- Tablet-Kurse.

Kulturelle Angebote für Senioren finden sich ebenfalls in Seniorenclubs oder -zentren in Anklam, Ueckermünde, Karlshagen, Wolgast, Jatznick, Leopoldshagen, Gützkow, Peenemünde, Zinnowitz, Lubmin, Pasewalk, Strasburg und Riems.

Ein Modellprojekt für ein Kommunikationszentrum sollte die „Neue Dorfmitte“ in Schlatkow darstellen, die aber leider nicht realisiert werden konnte (s. 4.2.4). Eine weitere Plattform für kulturelles Leben in den Dörfern bilden die Vereine, einschließlich der Sportvereine.

Abbildung 38: Breitbandverfügbarkeit im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Quelle: BMVI¹¹⁷

¹¹⁶ <http://www.boddenhus.de/start/>

¹¹⁷ <http://www.zukunft-breitband.de/SiteGlobals/Forms/Archiv/Karten/Breitband-kartendownload.html?>

Angebote der Kommunikation beziehen sich nicht nur auf persönliche Kontakte, sondern schließen auch die Kommunikation über Netze mit ein. Dabei spielt die Internetanbindung eine wichtige Rolle. Zur Veranschaulichung des Anschlussgrades wurde auch für den Landkreis Vorpommern-Greifswald an dieser Stelle mit einer Übertragungsrate von ≥ 6 Mbit/s bewusst ein Wert gewählt, der für die meisten heutzutage gängigen Nutzungen bereits zu gering ist. Bei der Betrachtung des Anschlussgrades im Landkreis Vorpommern-Greifswald wird erkennbar, dass in einigen ländlichen Gemeinden des Landkreises insbesondere im südlichen Kreisgebiet diese Übertragungsrate nur in weniger als 50 % der Haushalte zur Verfügung steht. Die Anschlusssituation an das Breitbandnetz ist damit zwar etwas besser zu bewerten, als im Landkreis Ludwigslust-Parchim, insgesamt aber gerade für den ländlichen Raum als nicht befriedigend anzusehen.

4.2.8 Bürgerschaftliches Engagement

Eine vollständige Erfassung von Möglichkeiten, sich im Landkreis Vorpommern-Greifswald im Bereich der Daseinsvorsorge für alte Menschen ehrenamtlich engagieren zu können, ist auch an dieser Stelle nicht möglich. Einige der wichtigsten Anlaufstellen in diesem Bereich sind analog zum Landkreis Ludwigslust-Parchim:

- Die im Landkreis tätigen Wohlfahrtsverbände.
- Die Mehrgenerationenhäuser in Greifswald, Görmin und Torgelow.
- Die Mehrgenerationenhäuser in Greifswald und Torgelow stehen darüber hinaus in ihrer Funktion als vom Land geförderte MitMachZentralen als Anlaufstellen für Fragen zu Vermittlung, Beratung, Weiterbildung und Vernetzung von Ehrenamtlichen zur Verfügung¹¹⁸.
- Der Landkreis Ludwigslust-Parchim selbst wirbt auf seiner Internetseite für das Ehrenamt¹¹⁹ und gibt fachliche Hinweise und Beispiele für Ehrenämter.
- Auf Landesebene ist die Ehrenamtsstiftung Mecklenburg-Vorpommern eine wichtige Anlaufstelle, die auch von den Bewohnern des Landkreises Vorpommern-Greifswald genutzt werden kann.

4.2.9 Mobilität und Erreichbarkeit

Die grundlegenden Feststellungen zum Thema Mobilität und Erreichbarkeit für den Landkreis Vorpommern-Greifswald als Lupenregion wurden ebenfalls bereits in einer früheren Expertise getroffen, die für die Enquete-Kommission erarbeitet worden ist¹²⁰. Die folgenden Ausführungen geben, analog zu den Ausführungen zum Landkreis Ludwigslust-Parchim, die zentralen Textpassagen aus dieser Expertise wieder.

„Die vorhandenen Straßen weisen im Wesentlichen deckungsgleiche Zustände mit der Lupenregion Ludwigslust-Parchim auf, was wie folgt zusammengefasst werden kann:

- Moderner Straßenzustand bei den Landes- und Bundesstraßen.
- Befriedigender bis guter Zustand bei den kommunalen Straßen.
- Vielerorts mangelbehafteter Zustand bei Kreis- oder Verbindungsstraßen zwischen den Orten und Ortsteilen.
- Zentrale Durchgangsstraßen meist mit separatem Gehweg, z.T. mit Radwegen ausgestattet.
- Außerorts und auf den Verbindungsstraßen unbefriedigende Verhältnisse für Fuß- und Radverkehr. Radfahren auf der Kfz-Fahrspur von Bundes- und Landesstraßen stellt ein großes Sicherheitsrisiko dar.

¹¹⁸ <http://www.buergerhafen.de/mitmachzentrale.html>

¹¹⁹ <http://www.kreis-vg.de/Landkreis/Ehrenamt>

¹²⁰ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/36 vom 13.1.2015, difu & planmobil: Abschlussbericht Grundlagenexpertise „Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“, S. 85 ff.

Die Landesregierung strebt ein flächendeckendes, bedarfsgerechtes und sicheres Radverkehrsnetz an und gibt eine einheitliche Wegweisungs-Beschilderung vor. Dazu ist ein Ausbau des vorhandenen Netzes vor allem im Umland notwendig. Einige Streckenabschnitte der Radverkehrswege, mit Verbindung von bzw. nach Greifswald, weisen die höchste raumordnerische Funktion in der Planungsregion Vorpommern auf. Diese Streckenabschnitte wurden aus Sicht der Verkehrssicherheit vom Amt für Raumordnung und Landesplanung Vorpommern mit sehr hohem bzw. allerhöchstem Handlungsbedarf ausgewiesen. Entlang der Hauptverkehrsstraßen der Stadt-Umland-Region Greifswald fehlen derzeit 32 km Radweg, die durch große Lücken im gesamten Netz deutlich werden. Der Ostseeküsten-Radweg ist als europäischer Radfernweg von besonderer touristischer Bedeutung in der Region.

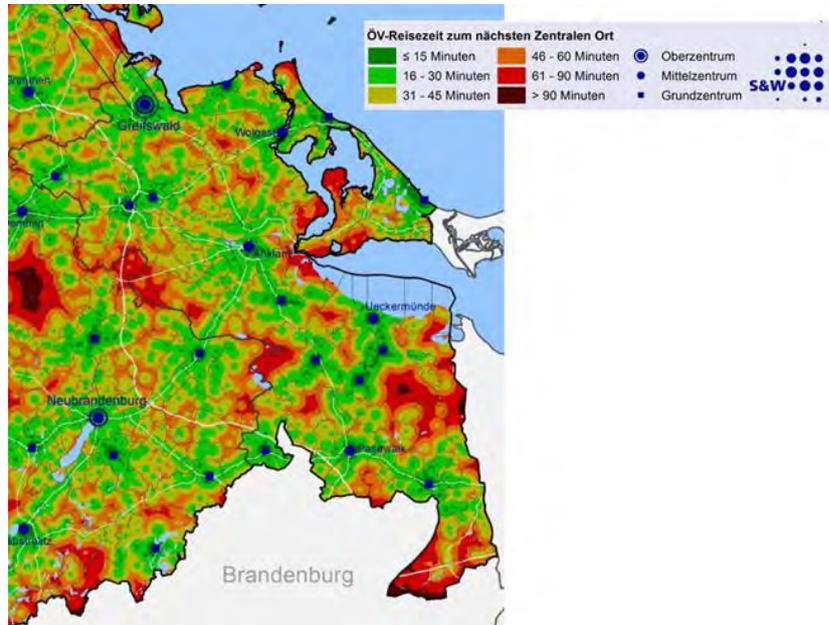
Der Zugang zum Schienenpersonennahverkehr stellt sich innerhalb der Lupenregion Vorpommern-Greifswald sehr differenziert dar. Die Ergebnisse sind deckungsgleich mit denen aus der Lupenregion Ludwigslust-Parchim und lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Ältere Personen aus Ortschaften nahe der Mittelzentren verfügen teils über umstiegsfreien Zugang zum SPNV. So können ältere Personen aus Ortschaften nahe der Mittelzentren Anklam, Pasewalk, Ueckermünde und Wolgast sowie dem Oberzentrum Greifswald teilweise ohne Umstieg den nächstgelegenen Bahnhof erreichen, was positiv zu bewerten ist.
- Ältere Personen aus dem ländlichen Raum haben selten Zugangsmöglichkeiten zum SPNV, dies gilt insbesondere am Wochenende.
- Eine Pkw-Fahrt ist fast immer notwendig, um aus der Fläche heraus auf den SPNV zugreifen zu können. In vielen Fällen ist dies jedoch aufgrund starker Einschränkungen, welche aus fehlendem Führerschein- und Pkw-Besitz, mangelnder Pkw-Verfügbarkeit, altersbegründetem Gesundheitszustand sowie mangelnder Unterstützung durch Verwandte/ Bekannte etc. resultieren, nicht möglich.
- Der SPNV spielt insgesamt lediglich eine untergeordnete Rolle für die alltägliche Mobilität älterer Menschen im Gesamttraum Vorpommern-Greifswald.

Im gesamten Verkehrsraum Vorpommern-Greifswald spiegeln sich in der heutigen Struktur von Liniennetz und Angebot des Regionalbusverkehrs die Entwicklungen der vergangenen Jahre wider. Den strukturellen Entwicklungen folgend, wurden vielfach Anpassungen von Liniennetz und Angebot vorgenommen. Dennoch zeigen sich in der Region folgende Problematiken in unterschiedlich starker Ausprägung:

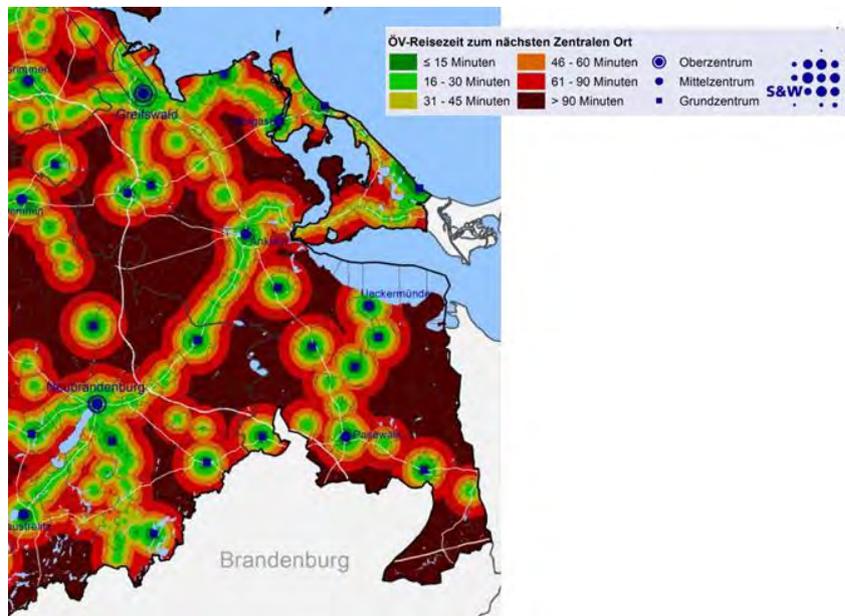
- Trotz raumordnerischer und raumstruktureller Veränderungen sind in den vergangenen Jahren relativ autarke Bedienungsräume erkennbar, welche sich an den in der Region agierenden Verkehrsunternehmen, früheren kommunalen Grenzziehungen sowie historisch gewachsenen Nachfragebeziehungen orientieren. Dennoch sind die derzeitigen Pendlerverflechtungen im Wesentlichen durch die gegenwärtige Angebotsstruktur abgedeckt.
- Die relativ große Anzahl von Linien mit teilweise geringer Angebotsdichte ist den in den vergangenen Jahren durch Nachfragerückgänge und Finanzierungsengpässe notwendigen Rationalisierungsmaßnahmen geschuldet. Dies führt zu einem teilweise wenig überschaubaren Gesamtangebot.
- Viele Linien weisen keine klare Linienstruktur auf, sondern besitzen aufgrund der siedlungsstrukturellen Rahmenbedingungen oft mehrere Teillinien und zahlreiche Linienverzweigungen. Linienüberlagerungen ergänzen sich oft nur bedingt zu einem zusammenhängenden Angebot.
- Die Angebotsstruktur vieler Linien wird maßgeblich durch die Belange des Schülerverkehrs geprägt. Von daher sind Taktstrukturen kaum erkennbar. Vielmehr sind mit fast jedem Wochentag wechselnde Fahrplanangebote anzutreffen.
- Eine klare Netz- und Angebotshierarchisierung ist für den Kunden schwer zu erkennen.
- Das von den kommunalen und privaten Verkehrsunternehmen dargestellte ÖPNV-Angebot im Landkreis kann durch die Fahrgäste als unmittelbare Nutzer des ÖPNV nur anteilig finanziert werden.“

Abbildung 39: Erreichbarkeit der Zentralen Orte mit ÖPNV im Landkreis Vorpommern-Greifswald werktags



Quelle: Spiekermann & Wegener

Abbildung 40: Erreichbarkeit der Zentralen Orte mit ÖPNV im Landkreis Vorpommern-Greifswald am Wochenende



Quelle: Spiekermann & Wegener

Wie auch bereits für den Landkreis Ludwigslust-Parchim so werden diese Aussagen der Verkehrsexpertise werden gestützt durch eine Untersuchung, die das Energieministerium Mecklenburg-Vorpommern zur Analyse der Erreichbarkeit von Zentralen Orten in Mecklenburg-Vorpommern in Auftrag gegeben hat¹²¹. Das Grundproblem des ÖPNV besteht darin, dass er in der

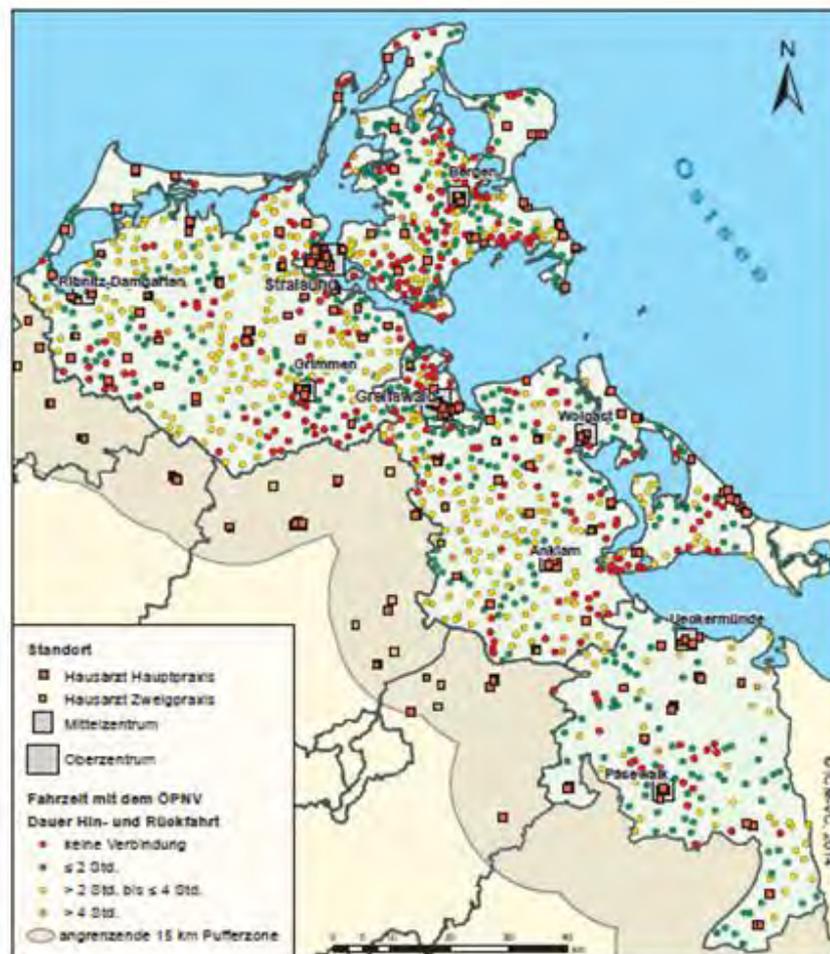
¹²¹ Spiekermann & Wegener 2013 für das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur Seite 92

Fläche zu einem weit überwiegenderen Anteil aus dem Schülerverkehr besteht, wie die beiden folgenden Karten noch einmal anschaulich zeigen.

Stellt sich die Erreichbarkeitssituation in der Woche noch relativ gut dar, so sind weite Teile des ländlichen Raums außerhalb der Hauptkorridore des ÖPNV am Wochenende von Verbindungen zu den Zentralen Orten nahezu abgeschnitten. Für Senioren, die nicht mehr mit dem eigenen PKW mobil sind, bedeutet dies, dass sie wichtige Versorgungseinrichtungen und Angebote von z. B. Gesundheitsdienstleistungen dann nicht mehr erreichen können.

Die nachfolgende Abbildung zeigt allerdings auch deutlich, dass die Erreichbarkeitsprobleme sich nicht nur auf das Wochenende beschränken. So existieren in weiten Teilen des ländlichen Raumes des Landkreises überhaupt keine Verbindungen mit dem ÖPNV zum Hausarzt bzw. dauert die Hin- und Rückfahrt zwischen zwei und vier Stunden, und zwar auch in der Woche.

Abbildung 41: Erreichbarkeit von Hausärzten im ÖPNV in der Planungsregion Vorpommern



Quelle: Van den Berg et al. 2015

Damit ist die Erreichbarkeit von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge für ältere, mobilitätseingeschränkte Personen ein großes Problem im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Im Amt Peenetal-Loitz ist vor diesem Hintergrund im Rahmen eines MORO-Projekts ein Projekt in Planung, mit dem ein neues Mobilitätsmodell für ländliche Räume entwickelt werden.

4.2.10 Zusammenfassung des Landkreisprofils

Die Ergebnisse der Analyse der Lupenregion Vorpommern-Greifswald gleichen zu großen Teilen den Ergebnissen für den Landkreis Ludwigslust-Parchim, obwohl beide Landkreise von der Lage und den strukturellen Merkmalen her Unterschiede aufweisen. Insofern gelten die Aussagen für den Landkreis Ludwigslust-Parchim analog auch für den Landkreis Vorpommern-Greifswald:

- Der Bedarf an Infrastruktureinrichtungen und Leistungen der Daseinsvorsorge für alte Menschen wird zukünftig weiter ansteigen, die ältere Bevölkerung nimmt um rund 25 % bis 2030 (Basis 2010) zu, die relative Zunahme der Hochbetagten ist noch deutlich stärker.
- Dementsprechend steigt der Bedarf für altengerechte, barrierearme Wohnungen und wohnunterstützende Leistungen und kann immer schwieriger gedeckt werden.
- Der Pflegebereich ist im Landkreis gut organisiert, es zeichnet sich allerdings ein Fachkräftemangel ab¹²².
- Die hausärztliche Versorgung ist für die ländliche Bevölkerung nicht mehr wohnortnah gesichert. Aufgrund der Überalterung der Hausärzte und des mangelnden Nachwuchses wird sich die Situation noch weiter verschlechtern.
- Nahversorgungs-, Gesundheits-, Pflege- und Beratungsangebote konzentrieren sich in den Zentralen Orten des Landkreises. Es muss versucht werden, diese zumindest in den Grundzentren zu erhalten.
- Lücken in der Breitbandversorgung limitieren den Einsatz von modernen, netzgestützten technischen Lösungen in der Daseinsvorsorge, z. B. im Bereich der medizinischen Versorgung.
- Die Situation für die Mobilität außerhalb des MIV ist lückenhaft, außerorts und auf den Verbindungsstraßen herrschen unbefriedigende Verhältnisse für Fuß- und Radverkehr, der ÖPNV besteht nahezu ausschließlich aus Schülerverkehr, außerhalb der Schulzeiten ist die Bedienqualität schlecht.
- Der Landkreis gewinnt als Handlungs- und Koordinationsebene an Bedeutung, die Kommunalverwaltungen sind sowohl von der Anzahl, als auch von der Qualifikation ihrer Mitarbeiter her bereits an den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeiten und mit diesen Aufgaben vielfach überfordert.

5 Konzepte / Strategien

Die Strategie zur Sicherung und Entwicklung der Daseinsvorsorge ist als Ergänzung der Pflegesozialpläne auf Landkreisebene Mecklenburg-Vorpommerns zu verstehen. In diesen Plänen geht es vor allem auch um die Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels. Die Sicherung der Daseinsvorsorge für Senioren und der dafür benötigten Infrastruktur kommt in dieser Hinsicht wichtige Bedeutung zu. Von daher stehen die hier entwickelten Strategien im engen Zusammenhang mit den Pflegesozialplänen. Sie dienen quasi zur Verfeinerung, Erweiterung und Präzisierung der Pflegesozialpläne zur Sicherung und Entwicklung der Daseinsvorsorge und der dafür erforderlichen Infrastruktur für die Senioren im ländlichen Raum. Dabei sind viele Handlungsinhalte auch für andere Altersgruppen relevant, wie z. B. Barrierefreiheit für Gehbehinderte gleichfalls auch für Eltern mit Kinderwagen von Bedeutung ist, oder wie das wichtigste ÖPNV-Angebot für Senioren vorrangig durch den Schülerverkehr geprägt wird. Durch die Gesamtbezüge lassen sich auch eher Mehrheiten im politischen Entscheidungsprozess für Maßnahmen finden und Maßnahmen auf größere Flexibilität ausrichten, eine der Kernforderungen zum Umgang mit dem demografischen Wandel.

5.1 Konzepte / Strategien für den Handlungsbedarf in den Clustern

Die im Folgenden aufgeführte Strategie zur Sicherung und Entwicklung der Daseinsvorsorge und Infrastruktur für Senioren ist wie eingangs dargelegt in erster Linie aus den Ergebnissen der Expertisen entwickelt worden, die im Auftrag der Enquete-

¹²² Ergebnis des Workshops am 02.11. in Greifswald.

Kommission erstellt wurden. Aus der Vielzahl der dort entwickelten konzeptionellen Überlegungen und Ansätze wurden in Hinblick auf den Bedarf von Senioren die dafür geeigneten Ansätze eingegrenzt, die es gilt zur Anwendung und Umsetzung zu bringen. Zugleich wurde an die Landeskonzepte der Raumordnung angeknüpft, an Erkenntnisse und Ergebnisse aus MORO-Projekten sowie aus weiteren Studien, eigenen Forschungsarbeiten und Praxisberatungen zu dieser Thematik.

Die Betrachtung der Cluster hat u. a. die große Anzahl von Wechselbeziehungen und Abhängigkeiten sowohl innerhalb der Teilbereiche der Cluster als auch unter den Clustern gezeigt. Diese Wechselbeziehungen erfordern eine koordinierende Abstimmung. Es ist eine gewisse Bündelung anzustreben, um nicht effiziente parallele Leistungsangebote, die ggf. noch untereinander konkurrieren, entgegen zu wirken. Für die Bündelung und abgestimmte Koordination können für die meisten Cluster günstige Voraussetzungen erreicht werden, wenn diese an die wesentlichen Infrastruktureinrichtungen der medizinischen Versorgung, insbesondere an GGZ (Gemeinde-Gesundheits-Zentren), den Pflegestützpunkten, dem Mobilitätsmanagement und Ehrenamtsagenturen sowie zuständigen Verwaltungsbereichen angebunden sind. Gleichzeitig ist Flexibilität zu sichern, um bestehenden Potentiale zu nutzen und nicht durch regulierende Vorgaben abzuwürgen. Zur Umsetzung der konzeptionellen Überlegungen in den Clustern könnten die nachstehend angeführten Strategien geeignet sein, wobei grundsätzlich die Querbeziehungen und Wechselwirkungen angemessen zu berücksichtigen sind.

Die Strategie sollte jedoch in dem oben angeführtem Sinn nicht als separate Aufgabe der Seniorenversorgung verstanden und verfolgt werden, sondern aus einer integrierten Gesamtstrategie gemeinsam mit der Pflegesozialplanung entwickelt werden, die allein schon zur Bewältigung der Herausforderungen durch den demografischen Wandel letztlich unverzichtbar ist.¹²³ Die Konzepte und Strategien zur Seniorenversorgung sind darin quasi als Unterbereich zu verstehen, der eben vorrangig dieser Aufgabe dient.

5.1.1 Wohnversorgung, Wohnumfeld

Beim Neubau von Wohnungen sowie umfassenden Sanierungen ist soweit als möglich vorzugeben, dass diese barrierefrei oder zumindest barrierearm sind. Dazu sind Beratungen anzubieten.¹²⁴ Dafür besteht seit 2009 als Teilbereich der Pflegeberatung ein rechtlicher Anspruch, wobei diese Leistungen in Pflegestützpunkten angesiedelt sein könnten. Außerdem gilt es, diese Anforderungen als Kriterium für die Bewilligung von Fördergeldern durchzusetzen, was entsprechende Landes-, ggf. auch Bundesaktivitäten erfordert. Von Landesseite wäre zu prüfen, inwieweit ggf. die Übernahme der Anforderungen aus der barrierefreien Musterbauordnung in die Landesbauordnung zu übernehmen ist, wie in einer Expertise für die Enquete-Kommission vorgeschlagen wurde¹²⁵, um auf Barrierefreiheit hinzuwirken. Zugleich sollten Bauträger und Wohnungsgesellschaft vom Kreis oder von kommunaler Seite darauf angesprochen werden. Diesen ist die Bedeutung einer derartigen Ausrichtung zur Werterhaltung und für langfristige Sicherung ihrer Immobiliennutzung zu vermitteln. Soweit möglich, sollte altengerechter Wohnungsumbau vor Neubau stehen, um zukünftige Wohnungsüberhänge und Leerstand zu vermeiden. In Anbetracht der niedrigen Renten und der eher ungünstigen Rentenperspektiven gilt es grade in Hinblick auf die Versorgung der Senioren ein ausreichendes Angebot an preiswerten Wohnungen zu sichern. Deshalb ist der regionale Wohnungsmarkt zu beobachten. Ggf. ist von den Kommunen, Ämtern oder dem Kreis auf Wohnungsunternehmen Einfluss zu nehmen, um dafür ein entsprechendes Wohnangebot zu sichern.

¹²³ Berlin-Institut u. Körber-Stiftung; Stadt für alle Lebensalter, Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin Nov. 2014, S. 64, 67.

¹²⁴ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/25 vom 21.10.2013, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern - Teil A: Auswirkungen der demografischen siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen“, Endbericht.

¹²⁵ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/24 (neu) vom 2.12.2013, Kuratorium Deutsche Altershilfe: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern - Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen“, überarbeiteter Endbericht., S. 30.

Bei altengerechten bauliche Aktivitäten, wie die Beseitigung von Barrieren im Wohnumfeld, Anlage von Fußwegen und Radwegen sind im Sinne von Nachhaltigkeit die dafür zukünftig anfallenden Unterhaltungs- und Instandsetzungskosten einzubeziehen. Wenn diese die Kommune überfordern, gilt es einfachere Lösungen mit geringeren laufenden Kosten, ggf. auch Provisorien vorzunehmen. Außerdem sollten derartige Maßnahmen allein schon zur Kostenbegrenzung auf die Bereiche konzentriert werden, die für Senioren besonders wichtig sind, wie z. B. das Ortszentrum mit Einkaufsmöglichkeiten, der Straßenbereich vom Pflegestützpunkt, Gemeinde-Gesundheits-Zentrum oder Arztpraxen zur nächsten Haltestelle. Zur Gewährleistung der Sicherheit sind die Gemeinden gefordert, die Einhaltung der Räum- und Streupflicht auf den Fußwegen von Hauseigentümern zu überwachen und durchzusetzen. Zur Verbesserung der Barrierefreiheit ist zu empfehlen, dass in der Landesbauordnung festgelegt wird, dass für Einkaufsstätten und haushaltsorientierte Dienstleistungsunternehmen bei Neubauten oder umfassenden Umbauten, die eine Baugenehmigung erfordern, ein barrierefreier Zugang zu sichern bzw. zu schaffen ist. Gleichfalls sollten bei der Aufstellung von Bebauungsplänen soweit als möglich barrierefreie oder zumindest -arme Zugänge zu Einkaufsstätten und haushaltsorientierten Dienstleistungen vorgegeben werden. Bei Sanierungsvorhaben sollte die Berücksichtigung der Bedarfe alter Menschen grundsätzlich als Voraussetzung für die Bewilligung von Fördermitteln gelten (siehe Abschnitt 3.3). Zur Finanzierung eines Straßenmobiliars mit „Verschnaufbänken“ für Senioren sind regionale Unternehmen anzusprechen. Es sind die Werbewirkung anzuführen, die derartige Bänke versehen mit Tafeln, die die Spender angeben, ausüben können. Außerdem ist darauf hinzuwirken, dass Hinweistafeln und Texte auch für ältere Menschen mit geringerem Sehvermögen gut lesbar sind.

Aufgrund ihrer Bedeutung für die Versorgung des ländlichen Raums sollten Mittel der seniorengerechten Wohnungsbauförderung auf die Zentralen Orte, also insbesondere die Grundzentren im ländlichen Raum konzentriert werden.

Zu beachtende Wechselbeziehungen: Haushaltshilfen, Serviceangebote und Pflege.

5.1.2 Versorgung mit Waren und Dienstleistungen

Um überhaupt ein Grundangebot im ländlichen Raum zu sichern sollten sowohl der Einzelhandel als auch die haushaltsorientierten Dienstleistungen in den Grundzentren konzentriert werden. Damit werden auf die dort befindlichen Angebote mehr Kunden konzentriert, so dass sich Geschäfte und Dienstleister eher halten können und die Grundzentren für jüngere Generationen attraktiv bleiben. Zugleich könnten durch die Konzentration auch das Wohnumfeld und die Nutzung der ÖPNV-Anbindung eher erhöht und dadurch auch eher gesichert werden. Außerdem sind möglichst weitere für Senioren wichtige Angebote für kulturelle und Freizeitbelange dort anzusiedeln. Diese Strategie entspricht weitgehend den bereits in den Lupenregionen vorzufindenden Strukturen.

Zur Versorgung in der Fläche sind innovative neue Konzepte wie *Neue Dorfmitte* oder Multiple Häuser nach Möglichkeit umzusetzen. Dabei gilt es dort möglichst viele weitere Aktivitäten und Angebote anzubieten und zu bündeln. Damit kann die Attraktivität und so die Nutzungsfrequenz erhöht werden, womit weit eher eine dauerhafte Tragfähigkeit als bei einer reinen Warenverkaufsstelle erreichbar ist. Wenn der Einwohnerbesatz den Orientierungswerten von Handelsunternehmen entspricht (siehe Anhang), die Niederlassungen in der Fläche ländlicher Räume unterhalten, wie Tegut oder EDEKA, sind diese bei Vorlage der Einwohnerdaten anzusprechen (von den Ämtern der Gemeinden oder von der Wirtschaftsförderung des Landkreises bzw. von der Einzelhandelsreferentin der Landesplanung im Energieministerium), um sie für die Einrichtung einer Filiale zu gewinnen. Für den Großteil kleiner Landgemeinden wird sich jedoch keine örtliche Versorgung halten lassen. Deshalb sind Aktivitäten auf die Stärkung und Entwicklung mobiler Angebote auszurichten. Diese Leistungen sind auszuweiten, zumal sie für die Warenversorgung im vorvorletzten Jahrhundert für Dörfer durchaus üblich waren und heute über Bestellungen per Internet weitaus effizienter möglich sind. Dazu sind mobile Händler oder Unternehmen mit mobilem Händlereinsatz anzusprechen, um deren Angebote auf bislang nicht versorgte Ortsteile und Dörfer auszuweiten. Zugleich ist auf eine gewisse Konzentration der mobile Händler hinzuwirken, damit ihr Erscheinen nicht über den gesamten Tag die Dorfruhe beeinträchtigt.

Die Angebote könnten mit der Durchführung von Markttagen an Attraktivität gewinnen. Für die Durchführung von Markttagen ist ein Rotationsverfahren bei Beteiligung mehrerer Dörfern zu empfehlen. Bei der Einführung von Markttagen sind die Anlaufprobleme zu berücksichtigen. Deshalb sollten Markttag zunächst in deutlichen Zeitabständen erfolgen, die erst bei Erfolg zu kürzen wären. Die Kosten tragen die mobilen Händler. Zur Verbesserung der Möglichkeiten für Internet-Bestellungen sind ggf. in ländlichen Räume an Punkten, die für Senioren gut zugänglich sind, Internetterminals zu schaffen, von denen sie aus die notwendigen Verbindungen bekommen können. Die Kosten dieses Service sind als Entgelt von Nutzern zu tragen. Eine weitere Verbesserung ließe sich erreichen, wenn dort zu bestimmten Zeiten Senioren bei ihrer Internetbestellung bei Bedarf von ehrenamtlich tätigen Bürgern, die in diesem Metier kundig sind, unterstützt werden.

Eine weitere Möglichkeit liegt darin, Einzelhandelsvereinigungen (soweit es diese dort gibt) in Landstädten anzusprechen, um sie für einen Lieferservice in die Umlanddörfer zu gewinnen. Damit können Einzelhändler in den Landstädten der Konkurrenz des Internetzes entgegenwirken und sich so neue Kundenpotentiale, zugleich zum Nutzen der Fläche erschließen¹²⁶. Gleichfalls sind Einzelhandelsvereinigungen oder größere Handelsniederlassungen anzusprechen, um sie für ein Angebot an Senioren-Einkaufsfahrten zu gewinnen (z. B. Weihnachtseinkaufsfahrt, Ostermarkt usw.). Außerdem ist von einer zunehmenden Bedeutung des Internets und Bestell- und Auslieferungsservice auszugehen, eine Entwicklung, die sich ohne Zutun von außen einstellen wird. Aufgrund der technologischen Entwicklung könnten alsbald Programme von sich aus die Bestellung von Bedarfsgütern vornehmen, etwa wenn die Vorräte im Kühlschrank schwinden. Diese Entwicklung könnte durch ein Beratungs- ggf. auch Schulungsangebot für Senioren und deren Angehörige (ggf. vom Pflegestützpunkt) gestärkt werden, wengleich die schwindenden persönlichen Kontakte beim persönlichen Einkaufen für alte Menschen eine große Einbuße beinhalten.

Zu beachtende Wechselbeziehungen: Barrierefreie öffentliche Räume, Mobilität, leistungsfähige Kommunikationsinfrastruktur

5.1.3 Gesundheit

Die Sicherung der Gesundheitsversorgung ist für sämtliche Bürger von großer Bedeutung, aber wegen der mit dem Alter ansteigenden Krankheitsfälle für Senioren einer der wichtigsten Daseinsbereiche, der zugleich von vielschichtigen Handlungserfordernissen betroffen ist. Der schwindenden Zahl niedergelassener Ärzte ist zu begegnen, wie auch den Erfordernissen aus strukturellen Veränderungen und den geriatrischen Anforderungen. Die niedergelassenen Ärzte wie auch die KV (Kassenärztliche Vereinigung) können auf sich allein gestellt diese Herausforderungen und damit die Sicherung des Versorgungsauftrages kaum bewältigen. Ein Großteil der Landärzte ist durch die mit jeder Praxisschließung zunehmende Patientenzahl sehr stark ausgelastet und hat kaum Zeit, sich mit strukturellen Veränderungen und neuen Konzepten zu befassen. Außerdem besteht dafür bei dem hohen Patientenandrang für sie auch keine wirtschaftliche Notwendigkeit. Die Möglichkeiten der KV sind wiederum durch die unterschiedlichen Interessen und damit auch Interessenkonflikte ihrer Mitglieder begrenzt, so vor allem die unterschiedlichen Interessen zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen nicht voll ausgelasteten Hausarztpraxen in den Zentren und niedergelassenen Ärzten in der Fläche ländlicher Räume oder Krankenhäusern, wenn diese ambulante Leistungen anbieten. Außerdem gelten in den Zentren, aufgrund der dort teilweise noch existenten hohen Hausarztversorgung andere Interessen als für die von Praxisaufgaben und der damit verbundenen Versorgungsreduzierung betroffenen Fläche ländlicher Räume. Deshalb sind Vorgehensweisen zu entwickeln, die Konflikte vermeiden und die unterschiedlichen Interessenlagen einbinden. Aus diesem Grund sollte die Entwicklung neuer leistungsstarker Versorgungsstrukturen ohne Gefährdung des Fortbestands traditionell arbeitender Praxen und gleichfalls der Austausch untereinander vorangebracht werden.

¹²⁶ Ein derartiges Konzept fand Interesse bei den Einzelhändler der bayrischen Landstadt Kronach; Winkel, R.: Perspektiven der Nahversorgung, in: Nahversorgung Main Kinzig, Dokumentation Vorträge Hinweise, Hrsg. Main-Kinzig-Forum Gelnhausen, S. 21-40, Gelnhausen 2009.

Dazu gilt es zunächst aufzuklären und anhand der Daten den Ärzten zu verdeutlichen, welche großen zukünftigen Anforderungen infolge der bevorstehenden Ruhestandseintritte und des wachsenden medizinischen Betreuungsbedarfs einer stark alternden Bevölkerung auf sie zukommen. In der Fläche des ländlichen Raumes wird damit die Konkurrenz um Patienten bedeutungslos, aber die Bewältigung der Versorgung eine große Herausforderung. Das muss den Ärzten überzeugend vermittelt werden. Zugleich ist darzulegen, dass diese Aufgabe ohne Delegation (VERAH, NäPa) niederschwelliger ärztlicher Leistungen und zur Bewältigung der bürokratischen Arbeit, insbesondere der Dokumentation, angesichts des Rückgangs von Hausärzten auf dem Land dort nicht zu leisten. Deshalb ist für Delegation zu werben und auch der Bevölkerung diese Veränderung in der medizinischen Betreuung zu vermitteln.

Zur Erhöhung der Attraktivität ärztlicher Tätigkeit gilt es, die Voraussetzungen für Mitarbeit im Angestelltenverhältnis zu erhöhen und den Zugang zum medizinischen Fort- und Weiterbildungsangebot in ländlichen Räumen zu verbessern. Zur Attraktivitätsverbesserung und zur Nachwuchsgewinnung ist zu prüfen, wie weit folgende Ansätze von Rheinland-Pfalz für Mecklenburg-Vorpommern Relevanz haben könnten. In Rheinland-Pfalz werden zur Bewältigung der bevorstehenden hohen Defizite in der Allgemeinmedizin für Ärzte Weiterbildungen auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin angeboten und monatlich mit einem Gehaltszuschuss von 3.500 € gefördert. Außerdem erhalten Interessenten, die später im ländlichen Raum tätig werden wollen, einen vom Numerus Clausus unabhängigen Studienzugang¹²⁷. Gleichfalls sind auch die großen Möglichkeiten durch die Entwicklung der „Telemedizin“ gezielt zu nutzen. Außerdem sind Auffanglösungen für Praxen ohne Nachfolger zu schaffen, damit es nicht zum Verlust der Zulassung kommt, wenn innerhalb eines halben Jahres keine Nachbesetzung der Praxis gelingt. Ansonsten würden sich die Patienten den Ärzten in den Mittelzentren und deren Infrastruktur zuwenden, bei entsprechenden Nachteilen für die Patientenversorgung in der Fläche des ländlichen Raumes. Das würde vor allem nicht mobile ältere Senioren treffen. Außerdem „...muss es den Kommunen haushaltsrechtlich ermöglicht werden, die Ansiedlung von Ärzten, insbesondere von Allgemeinmedizinern, zu unterstützen“¹²⁸. Weiterhin sollten zur weiteren Klärung und Präzisierung der Möglichkeiten von Substitution weitere Modellprojekte durchgeführt werden. Diesbezüglich empfiehlt sich jedoch wegen der großen Vorbehalte von Medizinern gegenüber Substitution eine sensible Vorgehensweise. Es könnte sonst schwierig werden, Vertragsärzte für neue innovative Versorgungskonzepte zu gewinnen, wenn gleichzeitig derartige substitutionäre Modellprojekte in einem Landkreis durchgeführt werden.

Diese Voraussetzungen für Anstellungsverhältnisse und medizinischen Austausch sind am günstigsten in Mehrbehandlerpraxen, MVZ (Medizinische Versorgungszentren), kleinen Krankenhäusern, die in MVZ zur ambulanten Versorgung umgewandelt werden oder in GGZ (Gemeinde-Gesundheits-Zentren) realisierbar. Um der Problematik von Ressourcenverlusten und fehlender Effizienz infolge der Vorbehalte bei niedergelassenen Ärzten gegenüber diesen Einrichtungen zu begegnen, sollten innerärztliche Lösungen angestrebt werden. Diese Ausrichtung ist wichtig, wie die Praxis zeigt. In einem Fall haben die niedergelassenen Ärzte an das Krankenhaus, das als Träger auftrat, keine Patienten mehr überwiesen. In Bayern hat ein vom Land gefördertes Pilotvorhaben für ambulante Leistungen durch stationäre Einrichtungen zu einem Protest von über 70 niedergelassenen Ärzten an den Ministerpräsidenten geführt¹²⁹. Deshalb sind eben innerärztliche Lösungen anzustreben, etwa in der Form, in der sich Vertragsärzte an diesen Einrichtungen beteiligen oder eine Rechtsform bilden, mit der diese Einrichtungen gemeinsam geführt werden können. Nur wenn das nicht gelingt, ist mit gutem Grund eine andere Trägerform, wie z. B. ein Krankenhausträger, ein Wohlfahrtsverband oder auch Kreis zu forcieren. Die Kommunen, die heute als Träger eines MVZ ebenfalls zugelassen sind, könnten in Hinblick auf ihren Versorgungsauftrag zur Sicherung der Daseinsvorsorge gefordert sein. Dieser Aspekt dürfte jedoch das Leistungsvermögen des Großteils der Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern selbst von Ämtern bei weitem überfordern und ist deshalb nur für größere Gemeinden bzw. Ämter zu erwägen. Für einer kommunalen Trägerschaft empfiehlt es sich zudem, aufgrund der fehlenden Erfahrungen einen qualifizierten, erfahrenen Träger, wie ein Krankenhaus oder einen Wohlfahrtsverband einzubinden oder sich einer professionellen Geschäftsführung / Managementgesellschaft zu bedienen, die mehrere MVZ einer Region verwalten kann.

¹²⁷ Gemeinsamer Aufsatz der KV RLP und des GStB RLP, in: Gemeinde und Stadt 2015/12

¹²⁸ Gemeinsamer Aufsatz der KV RLP und des GStB RLP, in: Gemeinde und Stadt 2015/12

¹²⁹ Ärzte Zeitung, 26.02.2014, www.arztrecht.de

Gleichzeitig gilt es, die geriatrische Fachkompetenz durch entsprechende Schulungsangebote zu erhöhen und in Hinblick auf die zunehmende Zahl multimorbider Patienten die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Allgemeinmedizinern und anderen medizinischen Fachrichtungen in der Pflege, den Krankenhäusern und der REHA zu verbessern. Das gilt auch besonders, um die erforderliche Fachkompetenz bei der Behandlung schwieriger Notfälle per Telekommunikation in die Fläche ländlicher Räume zu holen. Außerdem ist auf die Krankenhäuser einzuwirken, ein regional gut erreichbares Fort- und Weiterbildungsangebot zu schaffen. Weiterhin sollte eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus interessierten Vertragsärzten und Krankenhäusern gebildet werden, um ein Angebot für duale Tätigkeit im Krankenhaus und in niedergelassenen Praxen zu schaffen. Damit könnte vor allem die Attraktivität des Hausarztberufes und die Einbindung der Querschnittswissens von Allgemeinmedizinern zur Diagnose und Behandlung von multimorbiden Patienten einschließlich dessen Tätigkeit - ggf. dual - besser ermöglicht werden. Den MVZ oder GGZ könnte zukünftig zudem eine wichtige Bedeutung zur Behandlung von Notfällen zukommen, vorausgesetzt, dass sie an leistungsfähiger Kommunikationsinfrastruktur angeschlossen sind und entsprechende Verträge mit Regionalen Krankenhäusern sowie möglichst auch mit Hochleistungs-Krankenhäusern geschlossen wurden. Dann könnten z. B. Schlaganfallpatienten dort hingebacht und per Telekommunikation unterstützt behandelt werden. Deshalb ist darauf hinzuwirken, dass ein MVZ oder GGZ, da wo es neu eingerichtet werden soll, von allen Orten möglichst in einer kurzen Fahrzeit (15 Minuten 20) gut erreichbar ist. Zur Vorbeugung von Notfallbehandlungen sind auch die oben angeführten subsidiären Versorgungspläne umzusetzen (siehe 3.5.1), da damit sowohl Notfälle früher erkannt als auch ohne Zeitverluste zielgerichteter behandelt werden können.

Zur Umsetzung der Überlegungen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung ist wie oben angesprochen wurde die Einschaltung von Experten zu empfehlen, die beraten, über neue innovative Möglichkeiten informieren und ggf. bei einer Konzeptentwicklung ausgleichend auf unterschiedliche Interessenlagen einwirken und moderieren¹³⁰. Das gilt umso mehr, da Ärzte oft nur Gesprächspartner auf Augenhöhe akzeptieren, d. h. ohne hohe Fachkompetenz lässt sich wenig bewegen. Die Experten sollten in vorbereitenden Gesprächen mit den niedergelassenen Ärzten und leitenden Ärzten und Geschäftsführungen kleiner und regionaler Krankenhäuser oder mittels Vorträgen auf gemeinsamen Workshops die zukünftigen Herausforderungen verdeutlichen und geeignete Konzepte aufzeigen, wie Ärzte damit umgehen könnten¹³¹. Um die Teilnahme der Ärzteschaft an derartigen Workshops zu erreichen, sollten dort Vorträge zu Themen der Sicherung der Gesundheitsversorgung erfolgen, für die ein großes Interesse der Ärzteschaft wahrscheinlich ist, so z. B. über die Chancen durch Telemedizin oder Delegation. Nach diesem „Einstieg“ sind dann gemeinsam konzeptionelle Lösungen einzugrenzen und zu diskutieren, die für die Probleme des jeweiligen Raumes Relevanz haben könnten. Auf dieser Basis können erfahrungsgemäß Ärzte für die Mitarbeit in Arbeitsgruppen – quasi runden Tischen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung – gewonnen werden¹³², mit denen dann gemeinsam geeignete Konzepte zu entwickeln und auszuarbeiten sind. Z. T. sind solche runden Tische auch bereits in ihrer Grundstruktur vorhanden, wie im Landkreis Ludwigslust-Parchim und müssen nur noch neu belebt und mit Inhalten und Aufgaben versorgt werden. Mit dieser Vorgehensweise wird zugleich sichergestellt, dass die konzeptionellen Überlegungen den Umsetzungsbedürfnissen wie auch dem vorhandenen Potential und der Bereitschaft zur Beteiligung entsprechen. Soweit dafür eine einvernehmliche kooperative Lösung mit den Ärzten erreicht werden kann, könnte dann die Ausarbeitung und weitere Umsetzung der Konzeption in einem MVZ oder GGZ, unter Beteiligung der Vertragsärzte erfolgen. Wenn in einem Landkreis mehrere MVZ oder auch mehrere MVZ gemeinsam mit mehreren GGZ bestehen oder geschaffen werden sollen, ist zu klären, wo welche Leistungen angeboten werden sollen. Dabei sind die vorhandenen Potentiale zu berücksichtigen und zu nutzen, aber Doppel- bzw. Parallelangebote zu vermeiden.

¹³⁰ So z. B. aus MORO-Projekten der Regionale Daseinsvorsorge oder bei der Entwicklung ärztlicher Versorgungskonzepte für den Landkreis Vulkaneifel sowie für den Raum der Gemeinde Katzenellbogen.

¹³¹ Mit dieser Vorgehensweise konnten sämtliche regional wichtigen Medizinischen Akteure oder Interessenvertreter in die Erarbeitung eines entsprechenden Versorgungskonzeptes für den Landkreis Vulkaneifel erfolgreich eingebunden werden.

¹³² Schade, H.-J.: Hausarztmangel in der Fläche erfolgreich kompensieren, CI Comunomed Institut Gesundheit u. Soziales (Hrsg.), Wiesbaden 2015.

Für die Versorgung der Senioren kommt es zugleich auf eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und der Pflege, der Medikamentenversorgung und den Angeboten zur Prävention und Rehabilitation an. Dazu sollten auch neue Wege wie gemeinsame Ausbildungsmodulare für Studenten, gemeinsame Wahrnehmung niederschwelliger ärztlicher Leistungen und Pflege durch Delegationshilfskräfte beschränkt werden. Außerdem sind auch durch neue Kooperationsverträge diese Leistungen stärker zu verknüpfen. Hierzu sind Initiativen von Seiten des Landes, der Kreise als kommunale Vertretungen, der KV und der Krankenkassen als auch der Vertreter der Pflege und Ausbildungsstätten gefordert. So könnte z. B. von Landesseite eine Prämierung für besonders umfassende, erfolgreiche Kooperationen ausgeschrieben werden. Damit ließe sich die Motivation für Aktivitäten erhöhen und zugleich bei der Vorstellung der Preisträger deren Erfahrungspotential landesweit vermitteln. Bei erfolgreichen Ergebnissen des unter 3.5.1 angeführten Modellvorhabens der Universität Greifswald zur subsidiären Versorgung durch kooperativ abgestimmte Versorgungspläne der behandelnden Haus- und Fachärzte sollten diese dann zügig für eine weitreichende Umsetzung auch in anderen Landesteilen zur Anwendung kommen.

Zur verstärkten Nutzung der Möglichkeiten von Telemedizin ist zu prüfen, inwieweit dazu das Land eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der Ärzteschaft, KV, der Krankenhäuser und EDV-Experten initiieren kann, die die darin liegenden Möglichkeiten und die erforderlichen Umsetzungs- und Anwendungsschritte aufbereitet, um diese Erkenntnisse den Ärzten näher zu bringen. Dazu erscheint eine Vermittlung über Workshops am ehesten geeignet, auf denen zunächst in Vorträgen die Sachaspekte zu vermitteln sind, um dann in einem offenen Prozess Fragen zu beantworten und gemeinsam die Möglichkeiten und Vorgehensweise zur Umsetzung zu diskutieren. Vergütungsanreize und Datensicherheit sind vorher abzuklären.

Zur Sicherung und Entwicklung der medizinischen Versorgung sind in den angeführten Aktivitäten sukzessiv tangierende Leistungsträger wie Pflege, Medikamentenversorgung durch Apotheken, Krankengymnastik, Physiotherapeut, Rehabilitation und dgl. bis hin zum Mobilitätsmanagement einzubeziehen. Es bedarf einer engen Kooperation und Verzahnung mit der ärztlichen Versorgung. Dafür könnte, wie oben angeführt wurde, vor allem die Anbindung der Aktivitäten an GGZ (Gemeinde-Gesundheits-Zentren) hilfreich sein, da diese nicht nur auf die ärztliche Versorgung sondern auf die gesamte Breite der Gesundheitsversorgung ausgerichtet sind. GGZ müssen von ihrer Aufgabenstellung her eben auch die anderen Leistungsträger des Gesundheitswesens einbeziehen und diese wie die ärztlichen Leistungen abgestimmt koordinieren. Das bedingt einen umfassenden Überblick über die gesamte örtliche und regionale Gesundheitssituation mit dem bestehenden Bedarf und den Potentialen. Deshalb ist zu empfehlen, dass sie auf die Umsetzung der angeführten Konzepte hinwirken, d. h. von den GGZ aus Werbung betreiben für Delegation, innerärztlichen Lösungen oder Kooperation und Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und dgl. Dort könnten auch die Workshops und Arbeitsrunden mit Medizinern stattfinden. Durch das Aufgabenfeld dieser Zentren wären auch die notwendigen Kontakte zur Einbindung der anderen Leistungsträger des Gesundheitswesens gegeben. Wenn bestehende Infrastruktureinrichtungen, wie z. B. das Gesundheitshaus in Woldegk in Teilbereichen vergleichbare Leistungen erbringen, sind Abstimmungen vorzunehmen, um nicht effiziente Parallelversorgungen zu verhindern. Dazu sind ggf. einvernehmlich Korrekturen vorzunehmen. Ggf. kann das zur Aufteilung von Leistungen führen oder zu Verlagerungen und strukturellen Angebotsveränderungen. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass durch Gesundheitszentren, die Krankenhäuser ablösen, es nicht zur Schwächung der ambulanten Versorgung in der Peripherie kommt.

Zur Verbesserung des Patientenzugangs sollte ein Mobilitätsmanagement mit Arztpraxen abgestimmt werden, etwa in der Form, dass zu den wenigen Taktzeiten der ÖPNV-Anbindung Termine bevorzugt an Senioren vergeben werden, die auf eine Busanbindung angewiesen sind. Ein generelles Problem kann aber darin liegen, dass dafür die erforderliche Kooperationsbereitschaft von Arztpraxen fehlt, da diese zeitlich stark beansprucht sind und von dem Patientenzugang her für sie keine wirtschaftliche Notwendigkeit besteht. Diese Problematik kann auch für die Umsetzung von anderen hier angeführten Konzepten bestehen. Die Kooperationsbereitschaft könnte sich jedoch erhöhen lassen, wenn dem Arzt im Gegenzug dafür Leistungen angeboten werden, die ihn interessieren. Diese könnten z. B. darin liegen, dass der Kreis sich dafür einsetzt, IT-Konferenzschaltungen zwischen dem Kreiskrankenhaus und den Praxen niedergelassener Vertragsärzte zu vermitteln. Damit könnten die Praxen eher komplizierte Fälle behandeln und würden zugleich indirekt eine Fortbildung erhalten. Weitere Möglichkeiten liegen in der Erhöhung der Anzahl von Belegbetten und in abgestimmten Weiterbildungsangeboten durch diese

Krankenhäuser oder in dualen Beschäftigungsangeboten (Krankenhaus und Praxis). Damit könnte zudem die Verflechtung und Kooperation in der ärztlichen Versorgung des Kreises zum Wohl der Patienten verbessert werden.

Für die Zukunft könnte ggf. auch mobilen Versorgungsformen Bedeutung zukommen. Wie unter 3.5.1 dargestellt wurde, gibt es seitens der Deutschen Bahn Überlegungen, zur Ausweitung ihrer Marktaktivitäten mobile Gesundheitsbusse zu initiieren. Ob diese Überlegungen und wenn in welcher Form je umgesetzt werden ist heute noch sehr fraglich. Dennoch wird an diesen Überlegungen deutlich, dass neue innovative Ideen und Konzepte ganz neue Möglichkeiten für die Sicherung der ärztlichen Versorgung und damit auch der Seniorenversorgung im ländlichen Raum ermöglichen können. Diese Entwicklung ist nicht vorhersehbar, aber in ihren Möglichkeiten zu beachten, um ggf. darauf zu reagieren und sie zu nutzen.

Die Kosten zur Umsetzung des Konzepts liegen in den Investitionskosten für die Umwandlung kleiner Krankenhäuser, Schaffung von MVZ oder GGZ sowie in der Durchführung von Workshops und den Kosten für die Einschaltung externer Experten. Der Betrieb dieser Einrichtungen wird durch die Vergütung der Krankenkassen für die erbrachten medizinischen Leistungen finanziert. Die Kosten für das Fort- und Weiterbildungsangebot sind von den Teilnehmern der Veranstaltungen zu tragen. Der Einsatz von speziell ausgebildeten nichtärztlichen Delegationskräften wie NÄPa oder VERAH kann schon jetzt zu Teilen mit den Krankenkassen abgerechnet werden, ausgenommen der angeführten Investitions- und Ausbildungsaufwendungen für diese Hilfskräfte. Die Kosten werden also weitgehend von den Krankenkassen durch die Vergütung für die medizinischen Leistungen an Patienten getragen. Die Ärzte können durch die konzeptionellen und strukturellen Veränderungen effizienter arbeiten und mehr Patienten behandeln. Damit lässt sich letztlich auch der Umsatz und die Wirtschaftlichkeit ihrer Praxen verbessern. Die Kosten für die Mitwirkung externen Experten zur Beratung, Eingrenzung und zum Anschub der strukturellen Veränderungen und neuen Konzepte sind jedoch aus der Region, ggf. vom Kreis zu tragen, da es dafür bislang keine Fördertöpfe gibt. Für die Gemeinde-Gesundheits-Zentren fallen die Investitionskosten an, die ggf. langfristig durch einen Gewinn aus der Vergütung von den Krankenkassen für die Leistungen an die dort behandelten Patienten refinanziert werden können. Die koordinierende Einbindung anderer Leistungsträger kann zu zusätzlichen Kosten führen. Da durch den Heileffekt dieser Leistungen jedoch Krankenkassen und letztlich auch die Pflegekasse entlastet wird, ist auf diese hinsichtlich einer Kostenübernahme oder zumindest einer Beteiligung hinzuwirken. Das dürfte aber die Möglichkeiten auf Landkreisebene überfordern, was für Landesaktivitäten spricht.

Zu beachtende Wechselbeziehungen: GGZ, kleine Krankenhäuser, MVZ, Auffanglösungen, Mehrbehandlerpraxen, unterschiedliche Facharzttrichtungen, Ärzte und Krankenhäuser, Pflege, Apotheke/Medikamentenversorgung, weitere Dienstleister im Gesundheitswesen, Kommunen, leistungsfähige Kommunikationsinfrastruktur

5.1.4 Pflege

Die Pflege ist neben den der Sicherung der medizinischen Versorgung mit am wichtigsten für die Sicherung der Daseinsvorsorge für Senioren, insbesondere die ambulante Pflege, um möglichst lange die Eigenständigkeit zu erhalten. Die großen Herausforderungen liegen, wie oben dargelegt im demografisch bedingten zukünftigen hohen Anstieg der Pflegefälle bei gleichzeitig sinkenden familiären Leistungen, in der bevorstehenden hohen Zunahme des Defizits fehlender Pflegefachkräfte, sowie den strukturellen Veränderungen, insbesondere im Sinne von anzustrebendem Case-Management. Dadurch werden weitere und zusätzliche Anforderungen, u. a. auch in sozialer Hinsicht, an die Pflege gestellt. Dazu sind die Leistungen der ambulanten Pflege deutlich auszuweiten, aber gleichzeitig die absehbaren finanziellen Restriktionen zu bewältigen. Die Strategien zur Bewältigung dieser Herausforderungen müssen mehrschichtig sein. Es gilt dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und zugleich die Folgen von fehlenden Fachkräften und sinkenden familiären Leistungen auszugleichen. Gleichzeitig sind strukturelle Veränderungen einzuleiten, wie insbesondere bezüglich eines Case-Managements, das eine weitreichende Koordination und Verzahnung mit den unterschiedlichen Leistungsträgern erfordert. Dazu bedarf es einer engeren Verbindung zur medizinischen Versorgung, Medikamentenversorgung, Prävention, Rehabilitation und zu weiteren

altersrelevanten Leistungsanbietern und Dienstleistern und das zu machbaren Kosten. Außerdem sind die Chancen durch Telematik zu nutzen, die zukünftig ganz neue und umfassende Möglichkeiten bieten könnte.

Zur Sicherung der Fachkräfte ist ein mehrgleisiges Konzept anzuraten. Das oben (s. Abschnitt 3.6) angeführte Konzept für höhere Qualifikation von Pflegeberufen ist umzusetzen. Durch einer Akademisierung mit einem entsprechenden Studiengang sind zum einen die Attraktivität für den Pflegeberuf zu erhöhen und zum anderen die Voraussetzungen für subsidiäre niederschwellige ärztliche Leistungen durch Pflegefachkräfte sowie zum Zusammenwirken der medizinischen Versorgung und der Pflege zu verbessern. In Anbetracht das etliche Interessenten für den Pflegeberuf an den Qualifikationsanforderungen (Realschulabschluss oder Hauptschulabschluss mit Durchschnittsnote gut) scheitern, sollte ein spezielles Angebot für Hauptschüler zur Fachkraftausbildung in der Pflege geschaffen werden. Das könnte in Form von Schulungen erreicht werden sowie damit, dass für den Notendurchschnitt nur die Fächer gewertet werden, die für die Pflege von Bedeutung sind (z. B. keine Wertungseinbeziehung von Physik). Damit könnten gerade in ländlichen Räumen mehr junge Menschen für eine Pflegeausbildung gewonnen und damit zusätzliche Arbeitsplätze für die ansässige Bevölkerung geschaffen sowie die personellen Probleme vermindert werden.

Weitere Möglichkeiten liegen in der hohen Zuwanderung von Flüchtlingen bzw. Migranten. Unter diesen befinden sich etliche Personen, die von ihrer Ausbildung und früheren beruflichen Tätigkeit her Kenntnisse in der medizinischen Versorgung und Pflege haben. Für diese Migranten sollten spezielle Schulungskurse entwickelt und angeboten werden, in denen neben der Vermittlung der deutschen Sprache je nach den Vorkenntnissen Schulungen und Fortbildungen für eine Tätigkeit als Pflegehilfskraft, Pflegefachkraft oder auch höher qualifizierte Pflegefachkraft angeboten werden. Diesbezüglich ist ein Projekt in Stuttgart anzuführen. In dem Projekt werden 70 Migranten mit geringen Deutschkenntnissen zu Altenpflegehelfern ausgebildet. Die Ausbildung dauert mit zwei Jahren doppelt so lange wie für deutsche Kräfte, da gleichfalls die erforderlichen Sprachkenntnisse zu vermitteln sind. Der Kultusminister von Baden-Württemberg will mit diesem Modell verstärkt Fachkräfte für die Pflege gewinnen¹³³. Es ist vorstellbar, dass mittelfristig Migranten auch zu Pflegefachkräften ausgebildet werden, so dass dem steigenden Fachkräftemangel in der Pflege entgegengewirkt werden kann. Wenn diese Ausbildungsangebote an ländliche Räume gekoppelt werden, lässt sich damit gleichzeitig auf eine Zuwanderung in ländlichen Räumen zur Stabilisierung der Bevölkerung hinwirken. Bezüglich evtl. Vorbehalte gegenüber diesem Konzept ist darauf zu verweisen, dass in Krankenhäusern in hoher Anzahl ausländische Ärzte tätig sind. Ohne diese wäre die ärztliche stationäre Versorgung kaum aufrecht zu erhalten, was heute deutschlandweit gilt.

Gleichzeitig sollten Kreise und Ämter / Kommunen, z. B. über Workshops oder Vorträge, in den Pflegediensten für familienfreundliche Arbeitsbedingungen werben. Die Erfahrungen der Praxis belegen¹³⁴, dass Pflegedienste, die flexible Arbeitszeiten, Teilzeittätigkeit und günstige Bedingungen für den beruflichen Wiedereinstieg junger Mütter oder auch für älteres Personal sowie ggf. auch Unterstützung in der Kinderbetreuung anbieten, weniger von Personalproblemen betroffen sind. Dazu gehört ebenfalls eine gute Arbeitsatmosphäre. Außerdem sind wie oben angeführt für Ausländer mit entsprechenden Vorkenntnisse Fortbildungs- und Schulungsangebote zu schaffen, mit denen sie die Qualifikation für eine Tätigkeit in der Pflege in Deutschland erwerben können. Diese Angebote sind ggf. als Landesausbildungsgänge anzubieten, die an einer Verpflichtung für eine anschließende Berufstätigkeit für einen bestimmten Zeitraum in einem ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern gebunden ist.

Weitere Potentiale liegen in der Entwicklung der Telekommunikation. Damit wären manche Pflegeleistungen mit geringerem Personalaufwand machbar. So könnte der Pflegebedarf über automatisierte Datenerhebung beim Patienten gezielter bestimmt werden, was gleichfalls auch für die Steuerung der Medikamenteneinnahme gilt. Hier zeichnen sich neue Entwicklungen ab, die evtl. verbesserte Möglichkeiten für die Pflege bei geringeren Kosten ermöglichen. Bei einer Reduzierung des Personaleinsatzes

¹³³ aerzteblatt.de: 70 Migranten werden in der Altenpflege ausgebildet, 23.10.2015

¹³⁴ Ergebnisse einer Befragung der Pflegedienste des Landkreises Vulkaneifel

(zur Kostenminderung) bedarf es jedoch eines Ausgleiches der persönlichen Kontakte, der durch den Einsatz ehrenamtlich tätiger Bürger anzustreben wäre.

Ein großes Problem liegt nämlich in der Vereinsamung vieler ältere Menschen, was sich auch in der hohen Selbstmordrate in Deutschland widerspiegelt¹³⁵. Hier könnte das Pflegepersonal den zuständigen Pflegestützpunkt oder eine andere geeignete Institution informieren, um auf psychotherapeutische Behandlung hinzuwirken. Der Großteil der Pflegefälle sind zugleich Patienten, die geriatrische Behandlungen erfordern. Deshalb sind hier ebenfalls ein enger Kontakt und ein Zusammenwirken zwischen Pflege und dem behandelnden Allgemeinarzt mit Schwerpunkt Geriatrie anzustreben. Das Gleiche gilt für die Medikamentenversorgung, insbesondere weil es sich bei vielen Pflegefällen um multimorbid erkrankte Personen handelt. Dafür ist ein Medikamentenmanagement anzustreben, in das die Pflege unbedingt einzubeziehen ist. Sie könnte dann auch die Medikamenteneinnahme überwachen. Das Pflegepersonal kann Kontakte zu wichtiger Infrastruktur für Senioren herstellen wie zu Pflegestützpunkten, Gemeinde-Gesundheits-Zentren oder anderen Modellen wie dem Aktions- und Integrationszentrum für ältere Menschen Greifswald, um die von dort angebotenen Beratungs- und Hilfeleistungen zu aktivieren. Für die ambulante Pflege ist zugleich eine enge Kooperation mit den Wohlfahrtsverbänden anzustreben. Da die Wohlfahrtsverbände jedoch auch Pflegeleistungen anbieten und daher in Konkurrenz zu den privaten Pflegediensten stehen, bedarf es einer neutralen Ebene, wie die der Pflegestützpunkte, um die erforderliche Koordinierung konfliktfrei zu leisten.

Zum Ausgleich der personellen Engpässe, insbesondere auch durch den bevorstehenden Rückgang familiärer Pflegeleistungen kommt es darauf an, die Effizienz der Tätigkeiten zu stärken, zusätzliche Kräfte durch bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe von Senioren im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft zu erhöhen. Außerdem ist auf ein engeres Zusammenwirken von nicht professionellen Kräften mit professionellen Kräften hinzuwirken. Evtl. Konkurrenz- und Sachvorbehalten der professionellen Pflege ist entgegenzuwirken, wobei gleichzeitig die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit aufgrund des wachsenden Pflegebedarfes zu vermitteln ist. Deshalb ist im Sinne einer wechselseitigen kooperativen Stärkung darauf hinzuwirken, was vor allem von Pflegestützpunkten geleistet werden könnte. In Anbetracht der bevorstehenden Zunahme der Pflegefälle und der personellen Perspektiven der professionellen Pflege, kann gerade darin eine wichtige Möglichkeit zur Sicherung der Versorgung liegen. Zur Erhöhung der Effizienz der nicht professionellen Pflegeleistungen ist das Beratungs- und Schulungsangebot für Pflegefälle möglichst flächendeckend in akzeptabler Nähe der Ortschaften sicherzustellen. Das wäre über ein gut erreichbares Netz von Pflegestützpunkten machbar. Zum verstärkten Einsatz bürgerschaftlichen Engagements sind auf der Gemeindeebene durch persönliche Ansprache evtl. interessierte oder bereite Personen zu werben, was über Vereine, bereits in diesem Bereich tätige Bürger oder auch durch den Bürgermeister und Schlüsselpersonen in kleinen Gemeinden erfolgen könnte (s. u., Abschnitt Bürgerschaftliches Engagement, Kommunikation Teilhabe). Dazu sind vor allem Pflegestützpunkte und die politischen Akteure der Ämter / Kommunen gefordert. Außerdem sollte regional gut erreichbar ein entlastendes Netz mit Plätzen der Tages-, Kurzzeit und Notfallpflege geschaffen werden, was möglichst in Verbindung oder in der Nähe von Pflegestützpunkten anzuraten ist.

Im Sinne von Case-Management ist auf eine enge Kooperation zwischen Pflege, medizinischer Versorgung, Medikamentenversorgung, weiteren Gesundheitsdienstleistern und letztlich auch zur Sicherung von Sozialkontakten bis hin zur Hilfe in der eigenständigen Haushaltsführung hinzuwirken. Diesbezüglich kommt den Pflegestützpunkten wiederum maßgebliche Bedeutung zu, da sie von ihrem Aufgabenspektrum her die meisten Aspekte abdecken. Die Pflege kann wegen ihres engen Kontaktes zum Patienten diese Aufgabe leisten. Dazu müsste jedoch der Rahmen ihrer Tätigkeit mit einem entsprechend erhöhten Zeitbudget und die Bezahlung ausgeweitet werden. Außerdem wäre eine zusätzliche Schulung der Pflegekräfte erforderlich, damit sie die vielfältigen Belange, die u. a. unter 2.3.5 Pflegestützpunkte aufgeführt sind, abdecken kann. Weitere Möglichkeiten liegen im Einsatz von Pflegelotsen, die Senioren und deren Angehörige zu Fragen der Pflege informieren und beraten, wie dies bereits in der Lupenregion Ludwigslust-Parchim erfolgt. Eine andere Möglichkeit liegt im Einsatz von Kümmerrinnen / Kümmerern, die es nach Einschätzung aus den Lupenregionen möglichst flächendeckend geben sollte. Dafür wird ein hoher Bedarf gesehen.

¹³⁵ Ca. 10.000 Suizidfälle je Jahr, d. h. etwa das Zweieinhalbfache der jährlich zu beklagenden Opfer im Straßenverkehr.

Weitere Möglichkeiten liegen in den oben angeführten Aktivitäten des Helferkreises, der im Landkreis Ludwigslust-Parchim in enger Zusammenarbeit mit der Pflege tätig ist und sich ebenfalls um die Versorgungsleistungen kümmert, die nicht direkt zur Pflege, ärztlichen Versorgung und Medikamentenversorgung gehören. Für die Pflege sollte unbedingt eine enge Zusammenarbeit mit der ärztlichen Versorgung und Medikamentenversorgung gesichert werden. Dafür ist ein gut abgestimmtes Medikamentenmanagement mit klaren Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu vereinbaren. Zudem könnten Pflegekräfte mit Zusatzschulung oder medizinische Delegationskräfte wie NÄPa oder VERAH mit Zusatzschulungen für den Pflegebereich sowohl pflegerische als auch niederschwellige ärztliche Leistungen bei Pflegefällen abdecken. Dazu ist auf die Krankenkassen und Pflegekassen seitens des Landes und von den Kreisen einzuwirken, insbesondere auch hinsichtlich der Kostenabrechnung. Es sind dafür vergleichbare Regelungen wie für den Einsatz von NÄPa / VERAH im ärztlichen Bereich anzustreben. Weiterhin sollten die Möglichkeiten von vertragsmäßig zwischen Ärzten und Pflege vereinbarten subsidiären Konzepten zur angepassten gesundheitlichen Versorgung und vorbeugenden Notfallversorgung angewandt werden (siehe 3.6).

Weiterhin gilt es, die Selbsthilfe von Senioren zu stärken. Bei den gestiegenen Lebenszeiten und der häufig guten Verfassung der jüngeren Alten bzw. der Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren und der immer stärker anwachsenden Seniorenzahl gegenüber der schrumpfenden Zahl jüngerer Bürger, ist eine stärkere Eigenverantwortung der Senioren letztlich unerlässlich. Dazu sind die Bürger für diese Problematik zu sensibilisieren, jedoch auf keinen Fall in Richtung Generationskonflikt, sondern im Sinne einer Beteiligung an der Ausrichtung auf eine sorgende Gemeinschaft. Den Alten müssen die Herausforderungen und die Möglichkeiten zum eigenen Handeln dazu vermittelt und möglichst Anreize dazu aufgezeigt werden, um eigene Leistungen einzubringen, schon um die jüngeren Generationen zu entlasten. Diesbezüglich könne eine Öffentlichkeitskampagne durch das Land insbesondere über die Pflegestützpunkte erfolgen. Dazu sollte eine geeignete Konzeption erarbeitet werden, mit dem diese Herausforderungen sowie die Bedeutung und Möglichkeiten von Selbsthilfe verdeutlicht und veranschaulicht werden, die dann vor allem über die Pflegestützpunkte an die Bevölkerung zu vermitteln ist.

Die Kapazitäten der **stationären Versorgung** sind trotz des Schwerpunktes ambulante Versorgung zu erhalten, da langfristig ein Teil der ambulant versorgten Fälle eine Aufnahme in die stationäre Versorgung erfordert. Da das stationäre Angebot von der Fläche ländlicher Räume nicht immer gut erreichbar ist, was zumindest für den ÖPNV gilt, sollten weitere Kapazitäten, wenn sie erforderlich sind, vorrangig dort geschaffen werden, wo damit die Erreichbarkeit verbessert werden kann. Zugleich ist auf die stationären Einrichtungen hinsichtlich der Rehabilitation einzuwirken. Wenn dafür Chancen bestehen, ist eine entsprechende Behandlung dieser Pflegefälle vorzunehmen. Dafür bedarf es jedoch der Einflussnahme von außen, da die Pflegeheime von der Sicherung ihrer Auslastung her daran kaum Interesse haben dürften. Ggf. sollten für erfolgreiche Rehabilitation in der Pflege den Pflegeheimen ein Bonus durch die Pflegekassen und der für den Patienten zuständigen Krankenkassen vergütet werden, da diese auch einen Vorteil durch die verbesserte Patientengesundheit erfahren. Außerdem ist anzuregen, dass stationäre Pflegeheime im Sinne der Theorie der weichen Übergänge zugleich auch in der ambulanten Pflege tätig sind. Das reduziert im späteren Bedarfsfall die Vorbehalte und Ängste alter Menschen, wenn eine Aufnahme im Heim unumgänglich ist. Das ist am ehesten zu erreichen, wenn das Pflegepersonal sowohl zum Teil ambulant als auch stationär tätig ist, z. B. jeweils an bestimmten Tagen. Dann wäre das Personal für die alten Menschen bei einer Heimaufnahme wenigstens zum Teil bereits bekannt und vertraut. Zur Sicherung der ärztlichen Betreuung von Pflegeheimen sind umfassende integrative vertragliche Regelungen anzustreben (siehe 3.6), wenn sich regional eine ärztliche Unterversorgung abzeichnet, die die Pflege gefährden könnte.

Eine evtl. Ausweitung der stationären Pflegekapazitäten ist nach Möglichkeit nur auf den absehbaren Bedarf der Bevölkerung des jeweiligen Kreises zu beschränken. Kapazitäten, die darüber hinausgehend geschaffen werden, können zwar zusätzliche Arbeitsplätze bieten, aber zugleich auch hohe Sozialaufwendungen nach sich ziehen. Die Renten decken heute bereits häufig nicht die Kosten stationärer Pflege ab, so dass die Sozialhilfe die Lücke füllen muss. Eine Entwicklung, die angesichts der Rentenperspektiven zunehmen dürfte. Deshalb sollten die Kapazitäten eben nur auf den eigenen Bedarf ausgerichtet werden.

Die Aufgaben der Pflege, insbesondere strukturelle Veränderungen und die Koordination zum Zusammenwirken der vielen unterschiedlichen Akteure, werden kaum von den beteiligten Akteuren eigenständig zu leisten sein. Dafür bedarf es einer übergreifenden Einflussnahme. Die wäre auf der Ebene der Ämter oder auf Kreisebene zu leisten. Dafür ist vor allem eine Anbindung an die Pflegestützpunkte des Kreises geeignet. Die Pflegestützpunkte beziehen von ihrer Aufgabenstellung her, insbesondere hinsichtlich des Case-Managements die ambulante Pflege, bei enger Kontaktnahme zur stationären Pflege und zur medizinischen Versorgung sowie die gesamte Breite weitere Gesundheitsdienstleister wie Physiotherapeuten ein (siehe 2.3.4). Außerdem obliegt ihnen eine enge Verbindung und Zusammenarbeit mit familiären Hilfs- und Pflegeleistungen, der Einbindung von Selbsthilfegruppen sowie Hilfen und Beratungen bezüglich des Altenwohnens, der Mobilitätssicherung oder für den Einsatz technischer Hilfsmittel. Zudem sind an einigen Pflegestützpunkten zugleich altengerechte bzw. barrierefreie Wohnungen angebunden. Die Pflegestützpunkte stellen deshalb mit den Einrichtungen der medizinischen Versorgung und dem altengerechten Wohnungsangebot die wichtigste Infrastruktur für Senioren dar. Da sie zudem am umfassendsten die für Senioren relevanten Leistungsträger einbinden, haben sie die günstigsten Voraussetzungen für die Abstimmung, Organisation und Koordination der unterschiedlichen Akteure. Allerdings müssen sie sich aufgrund ihres bisher eher kurzfristigen Bestehens noch weiter konsolidieren. Z. T. bringen auch die Stabsstellen in den Kreisverwaltungen hervorragende Voraussetzungen für Koordinationsaufgaben im Bereich der Pflege mit, wie die Analyse der Lupenregionen gezeigt hat. In jedem Fall bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit den Trägern weiterer seniorenrelevanter Infrastruktur, der medizinischen Versorgung, vor allem mit größeren ärztlichen delegationsorientierten Berufsausübungsgemeinschaften, GGZ und MVZ, wo es diese bereits heute gibt, und den Apotheken (Medikamentenmanagement). Außerdem ist eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Freiwilligenagenturen für bürgerschaftliches Engagement und dem Mobilitätsmanagement zu leisten. Dafür sollten die Freiwilligenagenturen möglichst im oder nahe des Pflegestützpunkts anzusiedeln sein. Außerdem ist ein enger Kontakt zu den Ämtern / Kommunen zu halten, die i. d. Regel auch über die weitreichendsten Kenntnisse und Informationen zu den hier relevanten Sachverhalten verfügen.

Die Kosten für die Leistungen in der Pflege werden nur z. T. durch die Krankenkassen und Pflegekasse getragen. Da die Renten für die professionellen Versorgungsleistungen, insbesondere im stationären Bereich oft nicht ausreichen und das bei zunehmender Tendenz, könnten hohe Sozialbelastungen auf die Kreise zukommen. Die Kosten für die Pflegestützpunkte sind vom Kreis zu tragen. Weil die Krankenkassen und die Pflegekasse durch die Pflegestützpunkte und weitere hier dargestellte Möglichkeiten entlastet werden, wäre eine Kostenübernahme oder zumindest Kostenbeteiligung angemessen. Dafür bedarf es Verhandlungen zwischen dem Land und den Kassen, um eine höhere Kostenübernahme zu erreichen. Da sich diese Leistungen letztlich auch günstig auf die Soziallasten der Kreise auswirken, sind auch die Kreise an den Kosten zu beteiligen. Dennoch besteht das grundsätzliche Problem, dass diese Leistungen von den Krankenkassen und der Pflegekasse sowie den Renten der Pflegefälle nicht voll gedeckt werden und gerade in Räumen mit hohem Altenanteil zu unverhältnismäßig hohen Belastungen, insbesondere durch Sozialkosten führen. Deshalb wäre zu prüfen, wie weit diese Belastungen in der Bemessung der Mittelzuteilung im Kommunalen Finanzausgleich stärker zu berücksichtigen sind.

5.1.5 Bürgerschaftliches Engagement

Viele Anforderungen und Möglichkeiten zur Sicherung der Daseinsvorsorge und Infrastruktur für Senioren lassen sich nur durch bürgerschaftliches Engagement, Kommunikation und Teilhabe der Senioren erreichen. Sowohl die erforderliche Unterstützung in der eigenen Haushaltsführung als auch die Pflege, die Versorgung oder Kommunikation und Teilhabe lässt sich ohne dieses Engagement nicht leisten, da die Mittel bei weitem nicht für eine durchgehende Professionalisierung ausreichen. Zur Sicherung und Stärkung von bürgerschaftlichen Engagement gilt es vor allem, dafür aktive Bürger zu gewinnen, Angebote zu initiieren und die erforderliche organisatorische Koordination und Abstimmung sicherzustellen.

Bürgerschaftliches Engagement kann am ehesten auf der Ebene von Ortsteilen und Dörfern sowie über Vereine erreicht werden. Deshalb gilt es dort soziale Netzwerke im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft zu entwickeln und zu unterstützen.

Durch die politischen Akteure dieser Ebenen, aber auch durch Vereine, Schlüsselpersonen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände ist bei den Bürgern der Bedarf für bürgerschaftliches Engagement zu vermitteln, die Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen und dafür zu werben. Dazu wurden in einer Expertise für die Enquete-Kommission viele Möglichkeiten aufgezeigt, die zu nutzen sind. Eine einfache, aber erfolgreiche Strategie sind die Ehrenamtsbörsen saarländischer Gemeinden (siehe 3.7 u. 3.8), auf denen Bedarfsfälle mit den jeweiligen Anforderungen ausgeschrieben werden. Daraus ist zu folgern, dass Gemeinden dafür sowohl ihr *Schwarzes-Brett* nutzen sollten, als auch gezielte Ansprachen von Bürgern tätigen. Das ist scheinbar am erfolgreichsten und es verursacht kaum Kosten. Die Arbeit der Freiwilligenagenturen kann ebenfalls durch ehrenamtliche Helfer erfolgen, ggf. ist dafür die Organisationsform eines Vereins durch die Gemeinde zu initiieren. Ähnliche Vorgehensweisen könnten gleichfalls in Pflegestützpunkten erfolgen (in dem Fall sind Doppellungen durchaus erwünscht, weil sie die Erfolgchancen erhöhen können). Zur Sicherung dieses Engagements dürfen damit keine Kosten verbunden sein. Viele Bürger sind zwar durchaus zu ehrenamtlicher Tätigkeit ohne Honorierung bereit, aber nicht dafür auch eigene finanzielle Mittel aufzuwenden, wie vor allem für Fahrtkosten oder Ausstattung, die sie für diese Tätigkeit benötigen. Diese Kosten müssen den helfenden Bürgern unbedingt erstattet werden. Als Kostenträger kommen vor allem die Personen oder Institutionen in Betracht, die einen Nutzen von der Bürgertätigkeit haben. Das können die Senioren sein, denen geholfen wird, z. B. durch Haushaltshilfe. Sie sollten dann die Aufwendungen für ihre Hilfe auch tragen. Das gilt ebenfalls für Institutionen, die durch die ehrenamtlich erbrachten Leistungen entlastet werden. Wenn z. B. durch derartige Unterstützung die Einweisung eines Bürgers in die stationäre Pflege vermieden werden kann, für die seine Renten nicht ausreicht, ist das auch eine Kostenersparnis für den Kreis. Gleiches gilt auch für Krankenkassen und Pflegekasse, so dass es ebenfalls angemessen wäre, wenn sie die Kosten übernehmen oder sich zumindest daran beteiligen. Hier wäre eine Landesinitiative angeraten, um auf die notwendige Klärung mit entsprechenden Vereinbarungen hinzuwirken. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, wie weit eine Insassenversicherung, für Personen die ehrenamtlich unentgeltlich in privaten Fahrzeugen mitgenommen werden, von der Gemeinde oder eine anderen öffentliche Institution übernommen bzw. erstattet werden.

Die Gemeinden und Ämter sind gefordert, anstehende Aufgaben für bürgerschaftliches Engagement einzugrenzen, Beteiligungsmöglichkeiten für bürgerschaftliches Engagement aufzuzeigen und darzustellen, dafür zu werben und dieses zu initiieren. Zudem belasten diese Aktivitäten die Gemeinden nicht oder nur mit minimalen Kosten. Als Beispiel sei auf die oben angeführte Hilfeleistungen mit der Vergabe von Bonuspunkten verwiesen. Diese Leistungen und das Bonus-System sind von daran interessierten Gemeinden darzustellen und eine entsprechende Organisation zu bilden. Das könnte ein Verein von Bürgern und Gemeinde sein, der zunächst von der Gemeinde geführt wird. In einem seit Jahren erfolgreiches Beispiel in Hessen haben die Bürger in dem Verein längst die Steuerung übernommen, so dass die Gemeinde eher nur noch formell beteiligt ist.

Eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiches bürgerschaftliches Engagement ist die Organisation und Koordination dieser Aktivitäten. Diese ist von den Bürgern meistens nicht zu leisten, was insbesondere für die Startphase derartiger Konzepte gilt. Hier bedarf es der Schaffung von entsprechenden Organisationsstellen im Sinne einer „Freiwilligenagentur“. Das ist am ehesten je nach Aufgabe und deren räumlichem Wirkungskreis von den Ämtern / Kommunen sowie für übergeordnete großräumigere Abstimmungen vom Kreis zu leisten. Zugleich ist jedoch darauf zu achten, dass den ehrenamtlich aktiven Bürgern Freiraum zur Mitgestaltung und eigene Entscheidungsspielräume verbleiben. In den Expertisen für die Enquete-Kommission wird darin ein wesentlicher Einfluss für die Motivation und den Motivationserhalt für bürgerschaftliches Engagement gesehen. Diese Organisation und Koordination könnte aber auch außerhalb der eigentlichen Verwaltung angesiedelt werden, etwa durch einen gemeinsamen Verein seitens der Kommune und interessierter Bürger oder in einem Pflegestützpunkt. In der Gründungs- und Startphase sollte die Federführung beim Amt oder Kommunen oder auch beim Pflegestützpunkt liegen. Wenn sich entsprechende Akteure finden, können ehrenamtlich tätige Bürger auch die Organisation übernehmen und sich die kommunale Seite nach und nach auf eine „stille Teilhabe“ reduzieren, etwa wie in dem oben angeführten Beispiel für ein Bonus-System. Wichtig ist auch, wie oben dargelegt wurde, die Entwicklung einer Anerkennungskultur, auf die die Ämter / Kommunen, je nach Aufgabe auch der Kreis unter Einbezug der Lokalpresse hinwirken sollte. Diesbezüglich sind Überlegungen und konzeptionelle

Ansätze zu nutzen, aus den darauf ausgerichteten Expertisen, die im Auftrag der Enquete-Kommission erstellt wurden.

Eine Zuordnung zu den Pflegestützpunkten wäre vor allem für die Pflege tangierende Leistungen, wie familiäre Hilfen und bürgerschaftliches Engagement in der Pflege, oder die Pflege ergänzende Leistungen, wie Krankengymnastik, anzuraten. Diese Zuordnung wird jedoch aufgrund der Distanzen zwischen den Einsatzorten bürgerschaftlichen Engagements und den Pflegestützpunkten nicht flächendeckend möglich sein. Deshalb werden diese Aufgaben auch von Ämtern/Gemeinden oder Vereinen, Kirchen und anderen Initiatoren wahrzunehmen sein. Diese sollten aber wiederum im Kontakt zu den Pflegestützpunkten stehen, da sie von dort Beratungen, Schulungen und weitere Unterstützungen erhalten können. Außerdem bedarf es auch der Koordination und gezielten Werbung, um ehrenamtliche Kräfte zu gewinnen. Diesbezüglich sind ebenfalls der Austausch und das Zusammenwirken mit den örtlichen Gewerbetreibenden von Bedeutung. Als Beispiel sei auf den Bedarf an einvernehmlichen Lösungen für die zeitliche Beanspruchung von Bürgern durch Pflegeleistungen verwiesen. Die gesetzlichen Regelungen beschränken sich auf Familienangehörige. Zukünftig wächst aber wegen des absehbaren Rückgangs familiärer Leistungen in der Altenhilfe und Altenpflege gerade die Bedeutung für ehrenamtliche Leistungen, die nicht von Familienmitgliedern erbracht werden. Deshalb ist diesbezüglich auf die Gewerbebetriebe zu kooperativen Organisationsformen für diese Hilfen einzuwirken.

Die Aufgabenwahrnehmung durch bürgerschaftliches Engagement sollte aber aus den oben angeführten Gründen nicht als dauerhaft gesichert erachtet werden. Sie sind vielmehr als Lösungen auf Zeit in einem flexiblen Prozess zu verstehen. Deshalb bedarf es zum einen fortgesetzter Aktivitäten und Anstrengungen, um die bürgerschaftlichen Akteure zur Mitwirkung zu animieren und zum anderen Flexibilität, um ggf. auf Veränderungen mit neuen Lösungen zu reagieren.

5.1.6 Teilhabe Mobilität, Mobilitätsmanagement

Für Senioren bestehen, wie oben angeführt wurde (s. 3.7), in weiten Teilen der ländlichen Räume Mobilitätsprobleme, sobald sie auf den ÖPNV angewiesen sind. Das ÖPNV-Angebot ließe sich zudem deutlich seniorengerechter gestalten. Dem entsprechend müsste bei der hochgradig am Schülerverkehr ausgerichteten Linienführung und den Taktzeiten der Bedarf von Senioren durch entsprechende Abstimmung stärker mit berücksichtigt werden. Zur Verbesserung der Mobilität mit dem ÖPNV ist auf die Verkehrsträger einzuwirken, dass die Fahrpläne neben den Belangen des Schülerverkehrs auch Seniorenbelange berücksichtigen, wie insbesondere die Anfahrt zu Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen wie MVZ oder Pflegestützpunkte, bei Berücksichtigung von deren Öffnungszeiten. Soweit machbar und finanzierbar gilt es Verkehrseinrichtungen seniorengerecht auszurichten, d. h. barrierefrei oder zumindest barrierearm, geeignete Sitzgelegenheiten, hinreichende Beleuchtung der Haltestellen, gut lesbare Fahrpläne sowie einfach zu bedienende Fahrscheinautomaten durchzusetzen. Bei der Neubeschaffung von Fahrzeugen ist darauf zu achten, dass diese von den Sitz- und Haltemöglichkeiten den Bedürfnissen von Senioren entsprechen. Außerdem sollte das Ein- und Aussteigen wie auch das Erreichen von Bahnsteigen der Bahn für Behinderte und Rollstuhlfahrer möglich sein. An den Haltestellen, insbesondere an den Verkehrsknotenpunkten des ÖPNV sind ausreichende Sitzmöglichkeiten und diese überdacht zu schaffen, eine Ausstattung an der es vielen Bahnhöfen selbst in Großstädten mangelt. Zur Verbesserung der Nutzung von Fahrrädern ist zu prüfen, wie weit ein Fahrradtransport in Fahrzeugen des ÖPNV machbar ist, oder die Einführung von Mietfahrrädern in Mittelzentren, ggf. auch in Grundzentren. Außerdem könnte durch weitere Maßnahmen der ÖPNV seniorengerecht verbessert werden, z. T. ohne oder nur mit verhältnismäßigen niedrigen Kosten. So sind vor allem die Schnittstellen bzw. Verkehrsknotenpunkte des ÖPNV und damit die Fahrpläne, ggf. auch die Streckenführung zu verändern. Verkehrsknotenpunkte sind barrierefrei zu gestalten, was auch jungen Müttern mit Kinderwagen zu Gute käme. Die Verzahnung der Linien zum Umsteigen ist derart zu verändern, dass zum einen keine langen Wartezeiten auf andere Linien erforderlich sind und zum anderen die Zeiträume zum Umsteigen für Senioren wie auch für Personen mit Gehbehinderung, zu bewältigen sind. Um diese konzeptionellen Überlegungen umzusetzen, sollten die Kreise entsprechenden Einfluss auf ihre Verkehrsträger nehmen. Gleichfalls bedarf es einer Abstimmung und Einflussnahme auf die Anlaufpunkte von Senioren, wie z. B. Arztpraxen, um eine geeignete Verzahnung zwischen Praxisterminen und den ÖPNV-Takten zu erreichen.

Dafür ließe sich die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Abstimmung mit den unter 5.1 Gesundheit dargelegten Möglichkeiten für Kreisaktivitäten positiv beeinflussen. Damit könnte die Grundstruktur des ÖPNV-Angebots für den Bedarf von Senioren verbessert werden.

Eine umfassende Verbesserung erfordert aber eine deutlich bessere Anbindung der Ortsteile in der Fläche. Die ist mit dem üblichen ÖPNV aus Kostengründen kaum finanzierbar. Neuere konzeptionelle Lösungen wie Rufbusse und Ruf-Sammeltaxen könnten zwar den Seniorenbedürfnissen gerecht werden, scheitern aber häufig an den Kosten. Deshalb empfiehlt sich eine Strategie, die auf ein Grundnetz aus Linienverkehr und einem darauf abgestimmten alternativen Ergänzungsangebot ausgerichtet ist. Für das Grundnetz gilt es, in dem oben angeführten Sinn die Fahrstrecken anzupassen, die Taktanzahl zu erhöhen, ggf. auch bei veränderten Taktzeiten. Letzteres wäre eher möglich, wenn damit zugleich eine gewisse Reduzierung des Streckennetzes einhergeht, so dass Mittel eingespart und für mehr Fahrtakte eingesetzt werden können. Dafür sollte der Kreis auf die Verkehrsträger Einfluss nehmen. Ein Ergänzungsnetz zur Anbindung der Ortschaften in der Fläche ließe sich am besten durch kleine Rufbusse sichern, die vom Träger des ÖPNV unterhalten werden. Das Ergänzungsnetz beinhaltet den Transport aus der Fläche zu Sammelhaltestellen des ÖPNV-Netzes. Entsprechend der Bedarfsmeldungen richten sie ihre Fahrstrecke aus und holen die Fahrgäste vor deren Haustür ab wo sie später bei der Rückfahrt auch wieder abgesetzt werden. Für diese Lösungen werden jedoch die Mittel in den meisten Kreisen selbst für räumliche Teilbereiche nicht reichen. Deshalb sind andere Lösungen gefordert, vor allem durch ehrenamtliche Akteure sowie durch alternative neue Angebotsformen. Diese Angebote sind nach den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten auszurichten.

Für das Fahrtenangebot von ehrenamtlichen Akteuren ist auf die Einführung eines Bürgerbusses hinzuwirken, wenn sich genügend geeignete ehrenamtliche Fahrer finden sowie auf die Bereitschaft von privaten Pkw-Besitzern auf ihren Fahrten Senioren mitzunehmen. Die Möglichkeiten durch private Mitfahrtgelegenheiten lassen sich verbessern, wenn diese gemeinsam für Siedlungen, ggf. unter Einschluss von Nachbarsiedlungen koordiniert werden, insbesondere, wenn zur Abstimmung die Möglichkeiten genutzt werden, die die IT-Technik bietet. Noch weitere Möglichkeiten eröffnen sich, wenn der Personentransport bzw. die Mitnahme auch in Fahrzeugen anderer Dienste, z. B. Post, Paketdienste, Krankentransportfahrzeuge auf leerer An- oder Rückfahrt angeboten wird¹³⁶. Weitere Möglichkeiten liegen in Themenfahrten, die von unterschiedlichen Anbietern erfolgen können. So können Einkaufsmärkte oder durch gemeinsame Kooperation der Geschäftsleute innerstädtischer Zentren Themenfahrten organisieren, in dem die Bewohner der Siedlungen aus dem Umland von Städten zum Einkauf abgeholt und danach wieder zurückgebracht werden. Das Gleiche ist auch für Kultur- und Freizeitveranstaltungen vorstellbar. Dafür gibt es seit längerem Überlegungen, die jedoch bislang kaum umgesetzt wurden. Das kann jedoch ganz anders werden, wenn die derzeit angekündigten Initiativen der Bahn zur Gewinnung neuer Kunden umgesetzt werden. Außerdem kann zusätzlicher Handlungsdruck für Händler in den Städten durch die wachsende Internetkonkurrenz entstehen. Hier bieten sich also Perspektiven an, wenngleich derzeit dazu keine verlässlichen Vorhersagen möglich sind. Welche dieser Möglichkeiten zu nutzen ist, kann nicht generell beantwortet werden, da die Voraussetzungen und Gegebenheiten örtlich sehr unterschiedlich sein können und zudem Veränderungen unterliegen. Für diese alternativen Angebote sollte gelten: Entscheidend ist, was machbar ist und was idealerweise möglichst sicher und von längerer Dauer zuverlässig erscheint.

Voraussetzungen für eine derartige Strategie zum Einsatz alternativer Angebote ist ein Mobilitätsmanagement, an dem sämtliche Angebote und Fahrtenwünsche zusammenfließen. Soweit es sich um ein kleines Umfeld, quasi ein Dorf oder wenige Siedlungseinheiten handelt, kann diese Leistung auch mit einfachen Mitteln über den Dorfladen, oder ggf. auch ehrenamtlich erbracht werden. Die Möglichkeiten steigen mit der zunehmenden Vernetzung und der Anzahl einbezogener Personen. Eine Möglichkeit kann auch darin liegen, dass ein Verein diese Aufgabe übernimmt, wie z. B. der Verein „Bürger helfen Bürger“ einen derartigen Dienst für Senioren (Arztbesuche, Einkauf, Veranstaltungen usw.) in der Gemeinde Daun in Rheinland-Pfalz gegründet hat und erfolgreich ehrenamtlich betreibt. Noch weitere Möglichkeiten bestehen, wenn wie oben angeführt weitere Transportdienste am Personentransport beteiligt sind. Eine höhere Anzahl beteiligter Anbieter wie auch Nutzer erfordert jedoch

¹³⁶ Siehe a.: Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/47 vom 17.6.2015, Heydorn, J.: Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zu „Mobilität im Alter“, S. 6.

umso mehr ein Mobilitätsmanagement. Mit Hilfe der heute bereits verfügbaren EDV-Technik wären die Anforderungen zu bewältigen, aber erfordern dafür geschultes Personal. Deshalb sollte die Strategie für die Umsetzung eines derartigen Konzeptes zum einen auf die Anwerbung und Beteiligung der Anbieter derartiger Fahrdienste und die Werbung an Senioren zur Nutzung dieser Dienste (z. B. über Pflegestützpunkte, Kümmerer usw.) und soweit erforderlich auf entsprechende Vertragsabschlüsse (z. B. mit einem Paketauslieferungsdienst) ausgerichtet werden. Zum anderen sollte ein erfahrener Verkehrsträger eingebunden werden, der die Organisation und Koordination übernimmt. Derartige Leistungen können durchaus für Verkehrsträger des ÖPNV interessant sein, wenn das zusätzliche Angebot nicht konkurrierend ist, sondern als abgestimmtes Ergänzungsangebot die Fahrten aus der Fläche zu den Haltestellen im ÖPNV-Grundnetz leistet. Außerdem ist die Einführung eines einheitlichen Tarifsystems in einem Kreisgrenzen übergreifenden Tarifverbund zu empfehlen, d. h. für Tickets, die für die gesamte Breite der Angebote gelten. Das Mobilitätsmanagement sollte auf jeden Fall in enger Zusammenarbeit mit den wesentlichsten Infrastruktureinrichtungen der Gesundheits- und Seniorenversorgung, insbesondere den Pflegestützpunkten, Gemeinde-Gesundheits-Zentren, kleinen Krankenhäusern und MVZ wie auch mit den Vertretern der Senioren (Seniorenbeiräte und dgl.) arbeiten, da diese über weitreichende Kenntnisse zum Transportbedarf der ältere Mitbürger verfügen. Bei den alternativen Angeboten, insbesondere durch ehrenamtliches bürgerschaftliches Engagement bestehen aber häufig die oben angeführten Unsicherheiten bezüglich der Dauerhaftigkeit. Deshalb sind dafür letztlich dauerhaft Aktivitäten zum Leistungserhalt erforderlich sowie auch die Einstellung auf Flexibilität, um ggf. durch Veränderungen und neue Konzepte einen möglichen Leistungsausfall bzw. auftretende Bedienungslücken auszugleichen.

Eine sehr wichtige Voraussetzung ist jedoch, dass der betreffende Raum über die dafür nötige Grundausstattung einer leistungsfähigen Kommunikationsinfrastruktur verfügt. Außerdem entstehen Kosten für die Netzentwicklung und Fortschreibung bzw. Aktualisierung sowie für die personelle Ausstattung des Mobilitätsmanagements (möglichst auch abends, am Wochenende und feiertags, besetzt). Dafür wird das Fahrgeld, das die Mitfahrer entrichten, kaum ausreichen. Vielmehr ist mit einem Bedarf an Zuschüssen zur Kostendeckung zu rechnen, wie er letztlich ohnehin für den ÖPNV besteht. Die Höhe des Zuschussbedarfs lässt sich schwer einschätzen, da sie von den örtlichen und regionalen Gegebenheiten und der Auslastung abhängt und weil für die Einbindung weitere alternativer oder ergänzender Transportmöglichkeiten bislang viel zu wenig Erfahrungen vorliegen. Deshalb empfiehlt es sich, diese Möglichkeiten in Modellvorhaben zu untersuchen, Modellvorhaben die möglichst vom Land mit Bundesunterstützung getragen werden.

Ein Problem kann sich jedoch infolge zu geringer Instandhaltungs- und Unterhaltungsrückstellungen in den Haushaltsplanungen der Kommunen ergeben, dass zum Verfall des Straßennetzes führen kann. Deshalb sollte im Sinne von nachhaltigen Investitionsverhalten bei jedem Ausbau auch die langfristige erforderlichen Instandhaltungskosten beachtet und gesichert werden. Das spricht für eine räumliche Bündelung der Maßnahmen und Beschränkung auf das unbedingt erforderliche. Anstelle einer schleichenden Netzstilllegung durch Straßenverfall sind die Chancen einer systematischen Netzverkleinerung anzugehen¹³⁷. Dafür wurde z. B. im Rahmen eines Bundesmodellvorhabens in Sachen geprüft, inwieweit Straßenanbindungen von Dörfern entbehrlich sind. Natürlich muss jedes Dorf, jede Siedlung oder jeder Ortsteil straßenmäßig angebunden sein, aber zwei Anbindungen reichen i. d. Regel aus. Das spricht dafür, dass sich bei finanziellen Engpässen die Gemeinden auf diese knappe Anbindung beschränken, um ausreichende Mittel für die Instandhaltung ihrer Straßen und für unverzichtbare Neu- und Ergänzungsbauten, so auch für Barrierefreiheit und dgl. zu sichern. Darüber hinaus bestehende andere Straßenanbindungen könnten in landwirtschaftliche Wege umgewidmet werden, bei Duldung einer eigenverantwortlichen privaten Kfz-Nutzung. Diese Vorgehensweise erfordert jedoch zur Erhaltung eines funktionsfähigen Straßennetzes unerlässlich die Abstimmung mit den Nachbargemeinden¹³⁸. Deshalb sollte sich der Kreis in diese Aufgabe einbringen und dessen Straßenbauamt dafür die Federführung und Planung übernehmen.

¹³⁷ Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/47 vom 17.6.2015, Heydorn, J.: Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zu „Mobilität im Alter“, S. 22

¹³⁸ MORO-Projekt: Effiziente und integrierte Infrastrukturversorgung im ländlichen Raum am Beispiel der Lommatzcher Pflege, Projektbericht, Dresden 2006, S.33.

Für die Zukunft könnte die neue Entwicklung im Kraftfahrzeugwesen, insbesondere die Automatisierung von selbstfahrenden auf Abruf nutzbaren Fahrzeugen, die bis vor die Haustür kommen, ganz neue Möglichkeiten eröffnen, ggf. auch für „Selbstfahrer“ ohne Führerschein. Diese Entwicklung lässt sich bislang nicht abschätzen, vor allem nicht, welche Kosten dann für die Nutzer oder für Kreise und Gemeinden, die diese Technik für ihre Bürger einsetzen wollen, entstehen. Außerdem werden diese Entwicklung und die Umsetzung noch einige Zeit erfordern und kaum wesentliche Möglichkeiten für die reale Praxis vor Mitte des nächsten Jahrzehnts beinhalten zumal sie auch von einer leistungsfähigen IT-Infrastruktur abhängig sind. Deshalb sind die Strategien vor allem auf das heute und in naher Zukunft machbare auszurichten. Dennoch sollte die Entwicklung aufmerksam verfolgt werden, um evtl. Chancen, die sich daraus ergeben, zügig zu nutzen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern sollte dazu beim Bundesverkehrsministerium und dem Bundessozialministerium auf Modellprojekte hinwirken, mit denen die neuen Möglichkeiten geprüft werden. Mecklenburg-Vorpommern hätte dafür aufgrund der niedrigen Besiedlungsdichte ausgesprochen geeignete Räume.

5.2 Standards

Die Ausstattung zur Versorgung der Bevölkerung wird in vielen Bereichen durch Standards vorgegeben, wie z. B. einzuhaltende Notfallfristen, Personalausstattungschlüssel oder Mindestzimmergrößen in Altersheimen. Mit der Vorgabe von Standards soll eine Mindestqualität gesichert werden, die einzuhalten ist. Dieses Anliegen ist richtig und anzuerkennen. Standards beinhalten aber oft auch höhere Anforderungen, die dem eigentlichen Versorgungsziel entgegenstehen können. So darf z. B. eine Pflegehilfskraft trotz einjähriger Ausbildung keine Wundversorgung, wie neue Verbandsanlegung vornehmen, im Gegensatz zu Familienangehörigen, die über keine pflegerische Ausbildung verfügen. Das spricht dafür Standards zu hinterfragen.

Standards basieren i. d. Regel auf drei Einflussfaktoren: Die Fachanforderungen, die häufig hoch und damit aufwendig sind. Die Finanzierbarkeit, die umgekehrt einen möglichst niedrigen Aufwand erfordert. Den politischen Kompromiss aus hohen Fachanforderungen und niedriger Finanzierbarkeit, der dann als Standardsetzung Vorgabe zur Ausführung wird. Standards sind also keines Falls wertfreie, objektive Vorgaben. In der Industrie nehmen z. B. Industrievertreter als Mitglieder des deutschen Normenausschusses durchaus massiven Einfluss auf die Ausbildung der DIN (Deutsche Industrie Normen). Das gilt letztlich auch für die Vorgaben in der Daseinsvorsorge¹³⁹, was durch die Unterschiede zwischen den Bundesländern belegt wird. Die Bundesländer handhaben die Vorgaben für Standards höchst unterschiedlich. Das gilt sowohl für die Dinge, in denen sie Standards vorgeben wie auch die Ausbildung der Standards. So unterscheiden sich z. B. die Hilfsfristen für Feuerwehreinätze zwischen den Bundesländern bis über 300%, oder die Mindestanzahl der Schüler eine Grundschulklasse bis zu 100%!¹⁴⁰ Standards resultieren zudem fast immer aus der Erfahrung der Vergangenheit. Damit werden auch häufig bestehende konzeptionelle Lösungen indirekt festgeschrieben und neue innovative Lösungen erschwert oder verhindert¹⁴¹. Ein Beispiel war die bislang ausgeschlossene Substitution ärztlicher Leistungen durch Pflegekräfte.

Aus den angeführten Gründen sollten Standards nicht unumstößlich und starr gehandhabt werden. Damit wird hier keinesfalls für eine Aufweichung qualitätssichernder Standardvorgaben plädiert, aber für eine zielorientierte Hinterfragung. Die Zielsetzung und die Erreichbarkeit sollten im Mittelpunkt stehen. So führt z. B. eine Unterschreitung der Mindestgröße für ein Belegzimmer in einem Altersheim, um weniger als einen halben Quadratmeter zur Nutzungsuntersagung, egal welche Konsequenzen das für die Versorgung des möglichen Bewohners hat. Eine derart starre Auslegung erscheint fragwürdig. Deshalb sollte die Zielsetzung und die Zielerfüllung das entscheidende Kriterium sein, um dazu eine angemessene Toleranzzone zulassen. Damit

¹³⁹ Winkel, R.: Standards der Daseinsvorsorge, Flexibilisierung und Veränderung der Ländervorgaben, in: *Planerin 2012*, H. 2, S. 55-56.

¹⁴⁰ Winkel, R., Greiving, S., Pietschmann, H.: Standardvorgaben der infrastrukturellen Daseinsvorsorge, Gutachten im Auftrag der Bundesanstalt für Bauwesen und Raumordnung und des Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; Winkel, R., Greiving, S., Pietschmann, H., Fischer, A., Pfohl, M.; Kennzahlen in der Daseinsvorsorge, Hrsg.: BMVI, BMVI-Online-Publikation 01/2015, Berlin, März 2015.

¹⁴¹ Winkel, R.: Standards der Daseinsvorsorge, Zielerfüllung/Output, in: *RaumPlanung 2012*, H. 5, S. 50-53.

wird hier jedoch keinesfalls für eine Absenkung der Versorgungsqualität plädiert, aber für größere Flexibilität, soweit diese dem Interessen betroffener Senioren entspricht und nicht aus Profitstreben des Trägers der Einrichtung resultiert. Deshalb ist auch dem *Gemeinsamen Bundesausschuss* rechtzugeben, der in Hinblick auf die ärztlichen Versorgungsprobleme Richtlinien zur Substitution ärztlicher Leistungen durch besonders ausgebildete Pflegekräfte vorgegeben hat. Genau vor diesem Hintergrund hat das Land Mecklenburg-Vorpommern die Raumkategorie „Ländlicher GestaltungsRaum“ im neuen Landesraumentwicklungsprogramm eingeführt. In diesen Räumen soll u. a. die Möglichkeit eröffnet werden, Standards in der Daseinsvorsorge zu hinterfragen und Flexibler anzuwenden (s. 5.4.1).

5.3 Telekommunikationsinfrastruktur - Bedeutung von IT-Techniken für die Seniorenversorgung

Die Ausstattung mit leistungsfähiger Telekommunikationsinfrastruktur ist für die wirtschaftliche Entwicklung heute unverzichtbar. Diese Ausstattung hat zugleich Querschnittbedeutung für viele der hier angeführten konzeptionellen Möglichkeiten und Strategien, der ein noch größerer Einfluss als die Anbindung des ÖPNVs zukommt. Ein leistungsfähiger Breitbandanschluss hat für alle betrachteten Infrastruktureinrichtungen wie ebenfalls für die Cluster große Bedeutung, die zudem zukünftig noch deutlich ansteigen wird. In der ärztlichen Versorgung bedarf es bereits heute dieser Ausstattung. Die neuen Konzepte zur Sicherung des ärztlichen Leistungsvermögens durch nichtärztliche Unterstützungskräfte wie NÄPa oder VERAH erfordern den leistungsfähigen Kommunikationszugang. Der anzustrebende innerärztliche Austausch, durch Forenschaltungen zur Einbindung weiterer Fachärzte und ärztlicher Spezialisten aus Krankenhäusern bei Diagnosen und zur Erstellung von Behandlungsplänen sowie zur Nutzung einer zwischen den regionalen Ärzten abgestimmten Patientendatenerfassung wie ebenfalls der Einführung einer elektronischen Patientenakte benötigen diese Ausstattung. Zudem werden IT-Techniken im Ausland zur medizinischen Versorgung längst wesentlich stärker und mit großem Erfolg genutzt¹⁴². Die Ausstattung muss jedoch finanzierbar sein und sollte möglichst keine Mehrkosten gegenüber traditionellen Behandlungen bedingen, sondern Einspareffekte ermöglichen. Der Bedarf gilt im noch stärkeren Maße für die Notfallversorgung. Die Ausstattung muss jedoch finanzierbar sein und sollte möglichst keine Mehrkosten gegenüber traditionellen Behandlungen bedingen, sondern Einspareffekte ermöglichen. Es ist zu prüfen, wie weit zur Anschubfinanzierung eine Förderung durch Investitionskostenzuschüsse ermöglicht werden kann, um diese Systeme zu implementieren. Die Datenschutzbehörde ist bei der Planung bereits einzubeziehen, um die Voraussetzungen für eine sichere Umsetzung zu verbessern.¹⁴³ Neue Möglichkeiten der dezentralen Patientengesundheitsüberwachung zur Vorsorge und Vermeidung von Notfällen sind nur bei entsprechender Anbindung an leistungsfähige Kommunikationsinfrastruktur möglich. Ein leistungsfähiger Breitbandanschluss ist deshalb für die Planung von Gemeinde-Gesundheits-Zentren, MVZ oder auch einem Gemeindegesundheitshaus unverzichtbar.

Die weiten, im Ausland längst praktizierten Einsatzmöglichkeiten dieser Techniken für die ärztliche Versorgung stehen in Deutschland jedoch noch Hemmnisse entgegen. So muss für eine stärkere Nutzung dieser Techniken für Delegations- und Substitutionsverfahren noch die Finanzierung geklärt werden. „Bei einer Substitution in der Regelversorgung würde die Gesamtvergütung für Ärzte entsprechend der substituierten Leistungsmenge verringert, was die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte beeinträchtigt.“¹⁴⁴ Die Einsatzmöglichkeiten von Telemedizin werden in Deutschland für daran interessierte Ärzte zudem durch das „...sehr einschränkende Verbot einer Fernbehandlung gemäß der ärztlichen Musterberufsordnung“ stark eingeschränkt, die letztlich einem Verbot von Ferndiagnostik durch die Berufsordnung der Ärzte entspricht¹⁴⁵. Für die

¹⁴² Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 27-30.

¹⁴³ Enquete- Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“.

¹⁴⁴ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 24.

¹⁴⁵ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 33, 37.

„...ärztliche Einholung von Zweitmeinungen von Kollegen gibt es zunächst keine rechtlichen Hürden, zum einen aber Abrechnungsschwierigkeiten...“¹⁴⁶ Letztlich mangelt es auch an bundeseinheitlichen Telemedizinengesetzen¹⁴⁷. Deshalb bedarf es zur Stärkung der Anwendung von Telemedizin Landesinitiativen, um die angeführten Hemmnisse auszuräumen

Für die Pflege kommt ebenfalls dieser Infrastruktur wesentliche Bedeutung zu. Das gilt vor allem bezüglich der zukünftigen Ausrichtung auf ein Case-Management, das den zügigen Austausch mit den anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen erfordert, so vor allem auch den Austausch zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten, Apotheken und Pflege für ein leistungsgerechtes Medikamentenmanagement. Der zügige Datenaustausch wird auch zur Abstimmung und Koordination mit familiären Pflegeleistungen sowie Hilfen durch bürgerschaftliches Engagement benötigt. Die Nutzung der Chancen durch neue EDV-gesteuerte Leistungen, zur Entlastung familiärer und ehrenamtlicher Helfer sowie professioneller Kräfte in der Pflege können ohne leistungsfähige IT-Infrastruktur nicht genutzt werden. Die Nutzung dieser Möglichkeiten ist aber in Hinblick auf den zu erwartenden hohen Anstieg der Pflegefälle bei gleichzeitig absehbarem Rückgang der familiären Leistungen und der professionellen Pflegekräfte unverzichtbar (siehe 3.6). Gleichfalls wird diese Infrastruktur zur Koordination und Organisation der Kräfte in der ambulanten Pflege benötigt. Deshalb müssen unerlässlich Pflegestützpunkte und ergänzende Einrichtungen wie Aktiv- und Generationszentren über diesen Anschluss verfügen.

Die Sicherung der Warenversorgung und mit haushaltsorientierten Dienstleistungen benötigt diese Infrastruktur. Das gilt besonders für die Fläche ländlicher Räume, in der die traditionellen Angebote weggebrochen sind. Bei einem Breitbandanschluss kann der Großteil von Dienstleistungen abgerufen werden, bei umfassendem Zugang zur Warenversorgung über Internetbestellungen und Auslieferungsservice. Die neuen Möglichkeiten, in denen per EDV-Programm Versorgungsdefizite bereits am veränderten Inhalt von Kühlschränken erkannt werden, um automatisch entsprechende Lieferungen zu ordern, wären gerade für hochbetagte Senioren, so vor allem für Demenzerkrankte eine wichtige Hilfe, die keinen aufwendigen Personaleinsatz erfordert. Sie ist aber eben nur bei einer entsprechenden Infrastrukturanbindung möglich.

Die leistungsfähige Kommunikationsinfrastruktur ist ebenfalls eine wesentliche Voraussetzung für die Mobilität. Sie ist schon heute erforderlich, um Rufbus-Systeme oder nachbarschaftliche Fahrangebote zu nutzen. Um die Möglichkeiten umfassender zu nutzen, etwa durch einen Bürgerbus in Einsatz nach dem Rufbussystem oder einen ehrenamtlichen Mitfahrtmanagement ist sie ebenfalls unerlässlich. Das gleiche gilt für Car-Sharing. Der Einsatz der heute diskutierten Mobilitätsmöglichkeiten, durch selbstfahrende fahrerlose Fahrzeuge, die die Senioren vor der Haustür zur gewünschten Zeit abholen und später wieder zurückbringen, ist ohne Breitbandinfrastruktur nicht möglich.

Ansatzmöglichkeiten zur IT-Infrastruktur

Der umfassende Ausbaubedarf steht vor dem Hindernis der gewaltigen Kosten, die damit verbunden sind und einem zügigen Ausbau entgegenstehen. Deshalb ist eine mehrschichtige Strategie erforderlich. Grundsätzlich gilt, dass das Land soweit als möglich dafür Mittel zur Verfügung stellen und gleichfalls auf den Bund einwirken sollte. In dieser Hinsicht sei auf Bayern, das auf den Einwohner bezogene wirtschaftsstärkste Bundesland verwiesen, dass gerade im flächendeckenden Ausbau der Breitbandinfrastruktur die wesentliche Maßnahme für seine Zukunftsfähigkeit sieht¹⁴⁸. In Hinblick auf die im Grundgesetz vorgegebene Ausrichtung der Bundesregierung auf gleichwertige Lebensverhältnisse in den Teilräumen hinzuwirken, kommt gerade der Unterstützung strukturschwacher und dünn besiedelter Räume besondere Bedeutung zu. Damit sollten zumindest die heute vorgesehenen Mittel erhöht werden, um den Ausbau zu beschleunigen.

¹⁴⁶ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 33.

¹⁴⁷ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 34.

¹⁴⁸ Interview: Bayern ist das Land der unbegrenzten Möglichkeiten. Wir müssen zum digitalen Denken kommen, in: Unternehmer vbw magazin 05/2014, S. 12-17.

Dennoch wird es noch Jahre dauern, um mit dieser Infrastruktur halbwegs flächendeckend ländliche Räume auszustatten. Von daher gilt es Prioritäten zu setzen. Als Priorität für den Ausbau sind unerlässlich die wesentlichen Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge für Senioren daran anzuschließen, das sind Gemeinde-Gesundheits-Zentren und MVZ (wo bereits vorhanden), Gesundheitshäuser, Pflegestützpunkte, Aktiv und Generationszentren, Agenturen zur Koordination bürgerschaftlichen Managements und Mobilitätsmanagement. Außerdem muss erreicht werden, dass Arztpraxen ebenfalls daran angebunden sind, sowie weitgehend auch die Standorte der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen.

Zugleich muss versucht werden, die Kostenproblematik durch kommunales Engagement zu reduzieren. Diesbezüglich sind die Beispiele von Gemeinden Mecklenburg-Vorpommers vorbildlich, in denen Bürger und ansässige Firmen die Erdarbeiten zur Vorbereitung der Verlegung des Breitbandkabelnetzes geleistet haben. Damit wurden die Voraussetzungen verbessert und in den betreffenden Gemeinden konnte die Ausstattung mit Breitbandanschluss erreicht werden. Für die Breitbandausstattung und die Bereitschaft sich durch Eigenleistungen zu beteiligen sollten Ämter und Gemeinden bei ansässigen Firmen und Gewerbetreibenden (Freiberufler, Handwerksbetriebe usw.) wie auch bei den Bürgern werben, sich an derartigen Leistungen durch Zuschüsse oder Arbeitsleistungen zu beteiligen. Schließlich würden durch den Breitbandanschluss Gewerbetreibende und Bürger einen wichtigen Standortvorteil erlangen. Außerdem bedingen etliche Maßnahmen und Konzepte zur Versorgung und Sicherung der Daseinsvorsorge unerlässlich diese Ausstattung.

Aktuell wurde durch die Bundesregierung ein Förderprogramm beschlossen, in dessen Rahmen insgesamt 2,1 Mrd. € zusätzlich für den Breitbandausbau mit einer Rate von mindestens 50 Mbit/sec in Deutschland zur Verfügung gestellt werden¹⁴⁹. Der Fördersatz liegt bei 50 %, wobei Kommunen mit geringer Realsteuerkraft einen höheren Fördersatz erhalten können. Die Auswahl geförderter Gebiete erfolgt so, dass im Bundesvergleich besonders strukturschwache Regionen eine höhere Auswahlwahrscheinlichkeit haben. Dies betrifft weite Teile des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern unterstützt die Kommunen bei der Antragstellung über das Breitbandkompetenzzentrum des Landes¹⁵⁰. Finanziell unterstützt das Land die Kommunen bei der Kofinanzierung, indem sie die Förderquote bis auf 90 % aufstockt, so dass die Kommunen selbst nur noch 10 % als Eigenanteil tragen müssen. Auch wenn mit diesen Mitteln noch kein flächendeckender Ausbau erreicht werden kann, so ist diese Förderung von Bund und Land dennoch ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation.

5.4 Raumordnungskonzepte

Die Landesplanung von Mecklenburg-Vorpommern hat mit den Ausführungen zur Ausweisung *Ländlicher Gestaltungsräume* sowie mit dem Zentralen-Orte-Konzept wichtige Vorgaben zur Sicherung der Daseinsvorsorge und dafür benötigten Infrastruktur getroffen, die z. T. in unmittelbarem Wirkungszusammenhang mit der Sicherung der Versorgung der Senioren stehen.

5.4.1 Ländliche GestaltungsRäume

Mit der Fortschreibung des Landesraumentwicklungsprogramms (LEP) in den Jahren 2014 und 2015 hat die Raumordnung in Mecklenburg-Vorpommern erstmals die Gebietskategorie der Ländlichen GestaltungsRäume eingeführt¹⁵¹. Damit werden

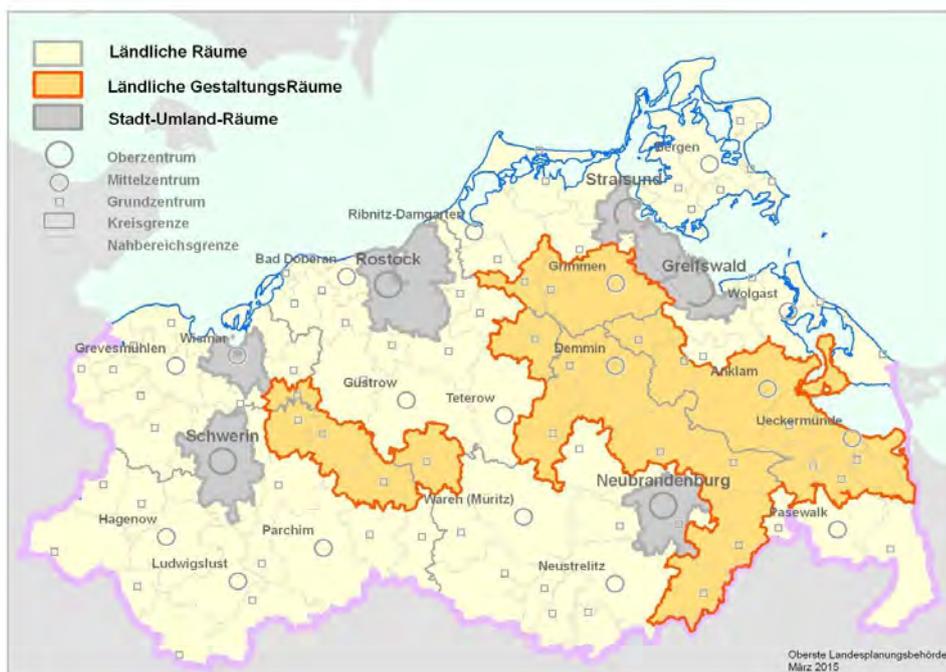
¹⁴⁹ <http://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Artikel/DG/bmvi-foerderprogramm-breitbandausbau.html>

¹⁵⁰ Vortrag von Energieminister Pegel auf einer Informationsveranstaltung zum Thema Breitbandausbau in Rostock am 13.11.2015, <http://www.regierung-mv.de/Landesregierung/em/Infrastruktur/Breitband/Informationsveranstaltung-am-13.-November-2015-in-Rostock>

¹⁵¹ Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern 2015, S. 26 ff.

Räume bezeichnet, die „hinsichtlich ihrer demografischen, ihrer Wohlstands- und Wirtschaftsentwicklung deutlich unterhalb der Entwicklung im Landesdurchschnitt liegen“. Es handelt sich also um Räume, die im Landesvergleich noch einmal deutlich stärkere Strukturschwächen aufweisen, als die zur „normalen“ Kategorie „Ländliche Räume“ gehörenden Gebiete. Die Ländlichen GestaltungsRäume umfassen im LEP-Entwurf zur 2. Stufe der Beteiligung rund 26 % der Landesfläche mit 13 % der Einwohner des Landes.

Abbildung 42: Ländliche GestaltungsRäume gemäß LEP Entwurf 2015



Quelle: Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern 2015

Ziel der Ausweisung der Ländlichen GestaltungsRäume ist es, die Landkreise, Städte und Gemeinden, aber auch die Landesressorts und private Akteure dazu zu bewegen, in diesen Räumen besondere Lösungsmodelle für die Herausforderungen des demografischen Wandels und der Sicherung der Daseinsvorsorge zu entwickeln. Dies betrifft besonders auch Infrastruktureinrichtungen, die für die Senioren im ländlichen Raum relevant sind. Unter dem Stichwort „Innovation“ soll versucht werden, durch die Flexibilisierung von Standards Infrastrukturen in diesen Räumen zu erhalten oder auch neu anzusiedeln, die aufgrund der Unterschreitung von Kennziffern sonst dort nicht zu halten wären. Als Beispiel wird im LEP das Thema des Einsatzes von „Schwester AGnES“ im Bereich der hausärztlichen Versorgung genannt, auf die in dieser Expertise bereits an anderer Stelle eingegangen wurde.

Ein weiteres Aktionsfeld innerhalb der Ländlichen GestaltungsRäume stellt die interkommunale Kooperation dar. Es wird gefordert, dass innerhalb dieser Räume Kommunen verstärkt zusammenarbeiten, um Infrastrukturen zu erhalten, die durch einzelne Gemeinden nicht mehr getragen werden können. Zudem soll auch die vertikale Kooperation ausgebaut werden, also die Ebenen übergreifende Zusammenarbeit zwischen Bundes-, Landesregierung, Landkreisen und Städten und Gemeinden, wie dies im Fall der hier ebenfalls bereits beschriebenen Ehrenamtsstiftung Mecklenburg-Vorpommern oder verschiedener MOROs erfolgt ist.

Die Einführung der Gebietskategorie Ländliche GestaltungsRäume ist im Land nicht unumstritten. Auf der einen Seite gibt es Befürchtungen aus den betroffenen Räumen, dass es zu einer „Stigmatisierung“ käme und damit Städte und Gemeinden, die in diesen Räumen liegen, von z. B. privaten Investitionen ausgeschlossen werden. Auf der anderen Seite stehen die Bedenken derjenigen Kommunen, die „nur“ der Gebietskategorie „Ländliche Räume“ zugeordnet werden, dass ggf. die Ländlichen GestaltungsRäume bei z. B. der Vergabe von Fördermitteln bevorzugt werden. Von daher hat die Landesregierung den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, sich unter bestimmten Bedingungen aus der Gebietskategorie Ländlicher GestaltungsRaum herauszuwählen.

Da es sich bei dieser Gebietskategorie um ein neues landesplanerisches Instrument handelt, das noch nicht eingesetzt wurde, gibt es bisher keine Erfahrungen mit seiner Wirksamkeit. Es ist allerdings positiv hervorzuheben, dass die Landesregierung damit neue Wege beschreitet, um die Sicherung von Infrastrukturen und Daseinsvorsorge im ländlichen Raum zu erreichen.

5.4.2 Zentrale-Orte-Konzepte

Das Zentrale-Orte-Konzept ist das wesentliche Instrument, mit dem die Raumordnung auf die Sicherung einer erreichbaren Daseinsvorsorge hinwirkt, um den Vorgaben im Grundgesetz und im Raumordnungsgesetz auf gleichwertige Lebensverhältnisse hinzuwirken und zu entsprechen. Damit soll eine ausreichende Versorgung mit Daseinsvorsorge und der dafür erforderlichen Infrastruktur bei zumutbarem Erreichbarkeitsaufwand für die Bevölkerung sichergestellt werden. Das Zentrale-Orte-Konzept beinhaltet ein dreistufiges System, das in Mecklenburg-Vorpommern auch in dieser Form ohne Zwischenstufen durch die Raumordnung eingesetzt wird. Für die Versorgung ländlicher Räume kommt den Grundzentren und den Mittelzentren die wesentliche Bedeutung zu. Die Grundzentren sollen für die Versorgung in der Fläche eine Mindestversorgung sichern.¹⁵²

Grundzentren haben somit als Standorte zur Sicherung der Daseinsvorsorge auch die Funktion einer angemessenen Versorgung mit Infrastruktureinrichtungen und Infrastrukturleistungen für die Senioren in ihrem Siedlungsbereich sowie im Umland ihres Einzugsbereiches. Dafür sollten ihre Ausstattung wesentliche Bereiche, der behandelten Cluster abdecken. Dazu bedarf es zur Sicherung der Wohnversorgung ein ausreichendes Angebot an barrierearmen und barrierefreien Wohnungen, sowie bei bestehender oder absehbarer Nachfrage ausreichende Angebote in den unterschiedlichen Formen betreuten Wohnens. Dazu ist in den Grundzentren die notwendige Unterstützung von Senioren, durch organisiertes bürgerschaftliches Engagement zu sichern.

Grundzentren kommt wesentliche Bedeutung für die Versorgung mit Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen zu. Diese Aufgabe können sie für Senioren am ehesten erfüllen, wenn die Angebote räumlich möglichst konzentriert sind. Zugleich sollten dort die öffentlichen Räume, insbesondere im Zentrumsbereich und dort wo sich Einrichtungen für Senioren befinden möglichst barrierefrei oder zumindest barrierearm sein. Sie sollten seniorenfreundliche Gehsteige, die rollator- und rollstuhlgerecht sind, aufweisen und unproblematischen Zugang für Fahrradnutzer erlauben. Außerdem gilt es, auf Barrierefreiheit für die Zugänge zu den Geschäften und haushaltsorientierten Dienstleistungen hinzuwirken.

Wesentliche Aufgaben der Grundzentren liegen in der Gesundheitsversorgung und Pflege. Grundzentren sollten in der Perspektive ein hausärztliches MVZ mit mehreren Zulassungen mit Teilzeit angestellten Ärzten aus dem Abgeber- (siehe 3.5.1) und Nachwuchsbereich anstreben, wenn die ärztliche Versorgung nicht durch andere ärztliche selbständige Leistungsanbieter

¹⁵² Winkel, R., Greiving, S., Klinge, W., Pfohl, M., Pietschmann, H.: Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzept – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion, Gutachten im Auftrag der Bundesanstalt für Bauwesen und Raumordnung und des Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2007-2008.; 2014-2015 Greiving, Flex, Teerfrüchte, Winkel: Fortentwicklung des Zentrale-Orte-Konzeptes Rheinland-Pfalz, im Auftrag Landesplanung von Rheinland-Pfalz; 2014-2015 Greiving, Flex, Teerfrüchte, Winkel: Fortentwicklung des Zentrale-Orte-Konzeptes im Freistaat Bayern, im Auftrag Bayrische Landesplanung.

gesichert ist. Außerdem sollen sie Mehrbehandlerpraxen mit möglichst fortschrittlichen Strukturen bei Einbeziehung delegativer niederschwelliger ärztlicher Leistungen umfassen. Der Ärztebesatz sollte sowohl für die ansässige Bevölkerung als auch für die Versorgung des nahen Umlandes ausreichen und durch den Einsatz delegativer nichtärztlicher Kräfte auch niederschwellige ärztliche Leistungen in das Umland transferieren. Zur Sicherung der Facharztversorgung ist dort auf einen Besatz mit Facharztpraxen in den für Seniorenerkrankungen besonders relevanten Krankheitsfeldern hinzuwirken oder auf die Schaffung eines MVZ, in dem Fachärzte zumindest temporär tätig sind, um den Facharztzugang aus der Fläche des Umlandes zu sichern. Die Einrichtung eines MVZ ist vor allem in Grundzentren wichtig, wenn das nächste MVZ schwer erreichbar ist. Das Grundzentrum ist unbedingt in einem Konzept zur Auffanglösung für auslaufende Arztpraxen ohne Nachbesetzung einzubeziehen, um diese Praxen zu erhalten. Grundzentren sollten zugleich mindestens eine Apotheke aufweisen, um die Medikamentenversorgung zu sichern und ebenfalls Standort der Pflege sein. Durch die Lage in der gleichen Stadt werden auch die Voraussetzungen für ein Medikamentenmanagement verbessert. Grundzentren sollten Standort eines oder mehrere ambulanter Pflegedienste sein, die zugleich das Umland versorgen. Es ist anzustreben, dass dort auch Angebote der stationären Pflege bestehen. Damit ist auch für die Bevölkerung des Umlandes ein gut erreichbares Angebot zu sichern. Außerdem ist zu prüfen, wie weit der Bedarf zur Pflege durch den nächsten Pflegestützpunkt erreichbar abgedeckt ist. Ggf. ist auf die Einrichtung einer Filiale des Pflegestützpunktes im Grundzentrum hinzuwirken.

Grundzentren kommen zugleich eine wichtige Bedeutung für das Freizeit- und Kulturangebot für Senioren zu, da dieses in vielen Dörfern des Umlandes kaum noch vorhanden ist. Dabei ist der Zugang zum Grundzentren aus der Fläche zu sichern und nach Möglichkeit auch ein Transfer dieser Leistungen in das Umland, z. B. mittels der Durchführung von Veranstaltungen in Umlandgemeinden. Genauso kommt diesen Zentren wichtige eine Bedeutung für die Organisation bürgerschaftlichen Engagement zu. Dazu sollte in den Grundzentren eine Agentur bestehen, zur Organisation dieser Aktivitäten innerhalb des Standortes und seines Umlandes und zur übergreifenden Abstimmung im Kreis.

Für Grundzentren ist die Zugänglichkeit mit dem ÖPNV oder alternativen Transportangeboten zu sichern. Dafür muss grundsätzlich eine möglichst gute ÖPNV-Anbindung aus dem Umland zum Grundzentrum und vom Grundzentrum zu anderen Grundzentren und Mittelzentren gesichert sein. Dazu sind dort die Knotenpunkte als Schnittstellen des ÖPNV entsprechend der oben angeführten konzeptionellen Überlegungen und Strategien auszubilden. Zugleich sollte die Verkehrskonzeption im Sinne eines Mobilitätsmanagements alternative Möglichkeiten zur Sicherung des Zugangs aus der Fläche umfassen.

Mittelzentren sollten das gesamte Spektrum, das für Grundzentrum dargelegt wird, im erweiterten Maß aufweisen. Dazu gehört ein differenziertes Angebot an Einzelhandel und für haushaltsorientierte Dienstleistungen. Die medizinische Versorgung sollte unbedingt die wesentlichen Facharztpraxen sowie möglichst auch weitere Spezialisierungen aufweisen. Sofern sie nicht Krankenhausstandort sind, sollten Mittelzentren über ein GGG (Gemeinde-Gesundheits-Zentrum) verfügen oder über ähnliche Einrichtungen, wie MVZ, Gemeindegesundheitshaus, umgewandelte kleine Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung. Mittelzentren sollten gleichfalls über einen Pflegestützpunkt verfügen sowie bei Bedarf über Einrichtungen der stationären Tages-, Kurzzeit- und Notfallpflege. Gleichfalls sollten sie Standort einer Agentur zur Organisation von bürgerschaftlichen Engagement sein und ein Freizeit- und Kulturangebot bieten, dass auch dem Bedarf und den Interessen von Senioren entspricht. Die Verkehrsanbindung ist ähnlich zu gestalten wie für Grundzentren, nur dass Mittelzentren unerlässlich als Drehkreuz des regionalen und überregionalen Verkehrs, die diesbezüglichen Bedarfe von Senioren (Barrierefreiheit, Umsteigezeiten, gut lesbare Fahrpläne usw.) zu berücksichtigen haben.

5.5 Kompetenz zur Strategieumsetzung

Zur Bewältigung dieser umfassenden Herausforderungen liegen für die einzelnen Clusterbereiche fundierte konzeptionelle Ansätze und Lösungen vor, die mit den dazu angeführten Strategien umzusetzen sind. Die vorangestellten Ausführungen belegen die zwingende Notwendigkeit einer umfassenden Verzahnung, die zum Zusammenwirken der Einzelbereiche und zur

Erzielung von Synergieeffekten unerlässlich ist. Diese ist, wie oben dargelegt wurde, von den Akteuren teilweise selbst nicht in Einzelbereichen zu erwarten und überhaupt nicht als Vorgehensweise einer Gesamtstrategie, die alle Cluster einbindet.

Handlungsebene Kommunen/Ämter

Die **Kommunen** sind die Hauptakteure für die Schaffung, Sicherung und Unterhaltung der Daseinsvorsorge und der dafür benötigten Infrastruktur.¹⁵³ Damit fällt diese Aufgabe im Prinzip in ihre Zuständigkeit, denn die Aufgaben vom Land und Bund sind eher darauf begrenzt, den dafür erforderlichen Rahmen zu schaffen und zu sichern. Die kleinen Kommunen in der Fläche der ländlichen Räume können jedoch diese großen Herausforderungen größtenteils nicht leisten. Das gilt sowohl in finanzieller Hinsicht als auch bezüglich ihrer Personalausstattung. Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat die **Ämter** geschaffen, in die die kleineren Kommunen weitgehend eingebunden sind. Die Ämter nehmen den Großteil der Verwaltungsaufgaben und etliche Leistungen der Daseinsvorsorge wahr. Die Sicherung einer seniorengerechten Daseinsvorsorge und Infrastruktur übersteigt jedoch in vielen Bereichen auch die Leistungskraft von Ämtern. Das gilt vor allem wegen der großen Komplexität dieser Aufgabe und dem dafür erforderlichen Fachwissen. Die Umsetzungsstrategie muss zur Konzeptentwicklung sämtliche Bereiche einbinden, abstimmen und koordinieren und das sowohl innerhalb der Cluster als auch hinsichtlich der Wechselwirkungen zwischen den Clustern. Außerdem bedarf es dafür z. T. hoch spezialisiertem Fachwissen wie, z. B. zur Umsetzung der konzeptionellen Ansätze, die im Cluster medizinische Versorgung aufgezeigt wurden. Außerdem überschreiten viele Wirkungsbeziehungen die Gemeindegrenzen. Die Ämter können diese große, umfassende Aufgabe nur in Teilbereichen leisten. Zudem wurde ihr Personal zur Haushaltskonsolidierung oft auf den Bestand vermindert, der zur Bewältigung der üblichen Tagesaufgaben erforderlich ist. Zusätzliche, gar umfassende Aufgaben dürften in den meisten Ämtern schon vom Personal her kaum zu bewältigen sein.

Interkommunale Kooperation

Die Leistungsfähigkeit der Kommunen und Ämter kann durch interkommunale Kooperation deutlich verbessert werden. Wenn z. B. für das bürgerschaftliche Engagement zur Unterstützung und Hilfe der Senioren ein Verein gegründet werden soll, werden sich in sehr kleinen Kommunen kaum genügend Mitglieder finden. Das wird anders, wenn das Ziel gemeinsam mit den Bürgern der Nachbargemeinde oder mit weiteren Gemeinden angegangen wird. Das Gleiche gilt für Aufgaben auf der Ebene der Ämter. Durch Zusammenarbeit mehrerer Ämter kann oft wesentlich mehr erreicht und können größere Aufgaben wahrgenommen werden. Gemeindeübergreifende Zusammenarbeit hat sich in anderen Bereichen längst durchgesetzt, so z. B. wenn die eigene Jugend nicht mehr ausreicht, um eine Fußballmannschaft dauerhaft aufzustellen. In Sachsen leisten sich vier kleine Landstädte, die gemeinsam die Funktionen des Grundzentrums Sachsenkreuz wahrnehmen, jeweils einen Spezialisten, wie z. B. für EU-Förderanträge oder Umweltschutz, der jeweils die Belange der anderen Partnerstädte mit bearbeitet. Damit können vier Spezialbereiche qualifiziert abgedeckt werden, was eine dieser Kleinstädte auf sich allein gestellt hätte nie leisten könnte. Diese Beispiele lassen sich auch auf die Erhöhung der Leistungskraft zur Wahrnehmung der Aufgaben zur Sicherung der Daseinsvorsorge und Infrastruktur für Senioren übertragen. Zudem binden privatwirtschaftliche Akteure wie auch gemeinnützige Akteure ihre Leistungen größtenteils nicht an Grenzen von Kommunen oder Ämter-Territorien. Außerdem hat sich interkommunale Kooperation als wichtige Möglichkeit für kleinere und mittlere Kommunen herausgestellt, um die Folgen des demografischen Wandels zu bewältigen.

Handlungsebene Kreis

Die Leistungsgrenzen von Kommunen und Ämtern sprechen dafür, die Strategie zur Umsetzung der Kreisebene zuzuordnen. Die Kreise sind von ihren Aufgaben her ohnehin diejenige kommunale Ebene, der die Aufgaben zufallen, die die Ämter / Gemeinden nicht eigenständig bewältigen können. Viele Aufgaben erfordern gemeindeübergreifende Ansätze und damit

¹⁵³ Berlin-Institut u. Körber-Stiftung; Stadt für alle Lebensalter, Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin Nov. 2014, S. 66

Umsetzungsstrategien, die den Bereich einzelner Ämter und deren Gemeinden überschreiten. Zur Hausarztversorgung wurde 2014 vorgegeben, dass die Bedarfsermittlung auf der Ebene von Mittelbereichen zu erfolgen hat. Die Pflegestützpunkte wie auch größere MVZ und Gemeinde-Gesundheits-Zentren, die auch ihr Umland versorgen, sind bzw. wären gemeindeübergreifend tätig. Von daher erfordert diese umfassende Aufgabe letztlich eine Ebene, die über den Ämtern / Gemeinden liegt. Die Kreise sind auf sämtliche Ämter / Gemeinden ihres Territoriums ausgerichtet und deshalb ohnehin Gemeindegrenzen übergreifend orientiert und jeder Gemeinde verpflichtet. Außerdem verfügen die Kreise noch am ehesten über das erforderliche höher qualifizierte Personal. Zudem sind wesentliche Versorgungsbereiche ohnehin den Landkreisen zugeordnet, wie etwa Sozialhilfe, die Sicherung des öffentlichen Personenverkehrs (außer dem Schienenverkehr) und die Anbindung an den Regionalverkehr oder eben die an Mittelbereichen orientierte Hausarztversorgung.

Deshalb sollte die Verantwortlichkeit und Zuordnung der Strategie zur Umsetzung der Konzepte zur Sicherung und Entwicklung der Daseinsvorsorge und Infrastruktur für Senioren bei den Kreisen liegen, wobei die Ämter / Gemeinden eng einzubinden sind. Dabei wird hier jedoch keinesfalls für die Einführung einer neuen Kompetenzebene oberhalb der Ämter / Gemeinden beim Landkreis plädiert, sondern für die Wahrnehmung dieser übergreifenden Aufgabe als Hilfe durch den Kreis, die bei enger Einbeziehung der Ämter / Gemeinden vorzunehmen ist. Es sollte der Grundsatz gelten, soweit Ämter / Gemeinden dazu in der Lage sind, obliegt es ihnen über die Maßnahmen zur Konzeptumsetzung auf ihren Territorien zu entscheiden und möglichst auch die Umsetzung durchführen. Es ist jedoch dafür die notwendige Abstimmung mit anderen Leistungsträgern und Gemeinden sicherzustellen. Dem Landkreis kommt vor allem die Funktion beratender Unterstützung und der koordinierenden Abstimmung zu. Das Konzept ist also grundsätzlich auf ein einvernehmliches Zusammenwirken zwischen Kreis und den Ämtern / Gemeinden auszurichten. Die Bedenken, die aus den Lupenregionen wegen der teilweise weiten Entfernung von Randgemeinden des Kreises zur Kreisstadt geäußert wurden,¹⁵⁴ können ggf. je nach der wahrzunehmenden Aufgabe für territoriale Zwischenlösungen sprechen. Ggf. sind Aufgaben mit dem Raumbezug früherer Sozialräume umzusetzen. Damit wird hier jedoch nicht für eine Rückkehr zur früheren sozialräumlichen Gliederung oder sogar zu alten Kreisstrukturen plädiert, sondern für Bezugsräume, die zur jeweils wahrzunehmenden Aufgabe und dem Leistungsvermögen der beteiligten Gebietskörperschaften passen. Für die Bewältigung der Herausforderungen und die Umsetzung etlicher der aufgezeigten konzeptionellen Lösungsmöglichkeiten ist eine abgestimmte Gesamtplanung ohnehin unerlässlich. Deshalb ist zur Umsetzung der Konzepte eine entsprechende abgestimmte Planung unbedingt erforderlich. Der Kreis sollte die Rolle des Initiators, Moderators sowie vor allem des Koordinators für die Erstellung einer Gesamtstrategie, der darauf basierenden Planung, der Konzeptentwicklung und Umsetzungsmaßnahmen übernehmen, insbesondere, wenn die kommunalen Handlungsmöglichkeiten dafür nicht ausreichen. Außerdem hat sich die Zuordnung derartiger Konzepte auf die Landkreisebene in ersten Handlungskonzepten der Praxis bewährt, wie u. a. im MORO-Projekt Hersfeld-Rotenburg zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung oder für ein entsprechendes Konzept für den Landkreis Vulkaneifel.

Das Bundesland Bayern hat seine „...Landkreise und kreisfreien Städte nach Art. 69 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) verpflichtet, integrative regionale *Seniorenpolitische Handlungskonzepte* zu entwickeln, die diese mit Themen abbilden...“¹⁵⁵ Das Konzept basiert auf Prognosen der zukünftigen Herausforderungen und konzeptionellen Ansätzen, wie diesen zu begegnen ist. Diese Vorgehensweise, die inzwischen in weiten Teilen Bayerns umgesetzt ist oder sich in der Umsetzung befindet, könnte sich auch für Mecklenburg-Vorpommern eignen, wobei ggf. statt als Pflicht dieses als Empfehlung an die Kommunen zu richten ist. Ein wesentlicher Aspekt der bayrischen Vorgehensweise liegt eben auch in der Orientierung an den Landkreisen, weil damit die für die Umsetzung erforderliche Leistungsstärke gegeben ist. Für Mecklenburg-Vorpommern wird hier empfohlen, dass die Ämter / Gemeinden weiterhin ihre bestehenden Entscheidungskompetenzen behalten, aber die übergreifende Abstimmung und Koordinierung, die sie nicht leisten können, vom Kreis erbracht wird. Außerdem obliegt es dem Kreis, das benötigte hoch qualifizierte Fachwissen und erforderliche Beratungen einzubringen. Dafür sind ggf. externe Experten / Expertinnen einzubinden. Die Erfahrungen aus den oben angeführten Projekten sowie auch aus Bayern belegen nämlich, dass die Kreise dafür ebenfalls häufig eine Unterstützung durch Experten benötigen. Ideale Voraussetzungen sind

¹⁵⁴ Die Gemeinden am Südrand des Landkreises Vorpommern-Greifswald liegen in etwa 100 km Entfernung zur Kreisstadt Greifswald.

¹⁵⁵ Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Frauen und Integration, Starterseite Kommunale Seniorenpolitik, Google 22.9.2015. Grundlagenexpertise Daseinsvorsorge / Infrastruktur Seite 118

dann gegeben, wenn die Unterstützung durch qualifizierte, im Kreis ansässige Institutionen erfolgt. Das ist z. B. im Landkreis Vorpommern-Greifswald der Fall, der in seinen Planungen durch die Universität Greifswald unterstützt wird. Wenn jedoch diese vorteilhaften Bedingungen nicht gegeben sind, ist die Einbeziehung externer Experten anzuraten. Dabei sollte sich das *Seniorenpolitische Handlungskonzept* aber wie oben dargelegt wurde nicht nur auf Senioren beziehen, sondern im Sinne eines integrativen Konzepts auch alle anderen wesentlichen Handlungsbereiche einschließen oder zumindest die Verbindungen dazu berücksichtigen und darstellen.

Die Erstellung dieser Konzepte ist mit zusätzlichen Belastungen verbunden. Infolge der zusätzlichen Arbeitszeiten, die bei der Erstellung für Mitarbeiter anfallen und voraussichtlich auch durch die Einschaltung externer Experten entstehen Aufwendungen. Bei den einzubeziehenden Experten sollte es sich um hoch qualifizierte Personen handeln, allein schon um durch fundierte Sachkenntnisse im medizinischen Bereich die nötige Akzeptanz für die Konzeptentwicklung bei den ansässigen Ärzten sicherzustellen. Eine hohe Sachkompetenz ist letztlich auch für die anderen Wirkungsbereiche bzw. Cluster anzustreben, um fundierte Konzepte zu entwickeln, sowie auch um dort die erforderliche Akzeptanz bei den örtlichen und regionalen Fachleuten zu sichern. Dabei sollten externe Hilfen mehr auf Beratungen und Anleitung der Mitarbeiter von Kreis, Ämtern oder Kommunen ausgerichtet werden, damit diese später die für jede Entwicklungsplanung unerlässliche kontinuierlich Fortschreibung bewältigen können, die zur Sicherung der notwendige Aktualität der Planung unerlässlich ist.

5.6 Seniorenpolitische Handlungskonzepte – Organisation und Inhalte

Zur Entwicklung der Strategie, eines Gesamtkonzeptes und der Konzepte für die Cluster und der Umsetzung bedarf es zum einen eines geeigneten dafür kompetenten Steuerungsorgans und eines Handlungskonzepts, das als integrative Planung auszuarbeiten ist.

Koordinierungsausschuss

Als Steuerungsorgan ist die Bildung eines **Koordinierungsausschuss** zu empfehlen, in dem sämtliche Ämter / Gemeinden und die Akteure der wesentlichen Handlungsbereiche unter Federführung des Kreises eingebunden sind. Dafür sind auch andere Formen und Bezeichnungen denkbar wie z. B. „runder Tisch“, soweit sie die gleiche Ausrichtung verfolgen. Außerdem sollten derartige Aktivitäten grundsätzlich an bereits bestehende Strukturen anknüpfen, darauf aufbauen oder diese einbinden. Wie weit es sich um einen Ausschuss in der hier beschriebenen umfassenden Form handelt, hängt von der Aufgabenstellung ab, die sich die Akteure geben. Es gilt gleichfalls der Grundsatz, wenn ein derartiger Ausschuss nicht machbar ist, dann lieber nur ein kleines Koordinierungsorgan wie einen „runden Tisch“, als überhaupt kein Koordinierungsorgan. Dem *Koordinierungsausschuss* obliegt es, die Handlungsfelder zu identifizieren, in denen Handlungsbedarf gesehen wird, sowie die Prioritäten und über die dafür geeigneten Konzepte und Umsetzungsmaßnahmen einzugrenzen, zu beraten und zu beschließen. Damit dieser Ausschuss handlungsfähig ist, sollte die Anzahl der Mitglieder begrenzt sein. Als ständige Mitglieder sind neben dem Kreis jeweils ein Vertreter eines Amtes oder aus dessen Kommunen, der medizinischen Versorgung, der Pflege und ein Senioren-Vertreter wie auch der Bürgerschaft und Wirtschaft zu empfehlen. Je nach dem identifizierten Handlungsbedarf sind dann aus den Bereich der betreffenden Cluster und der dort eingegrenzten Handlungserfordernisse weitere Vertreter wie z. B. Mobilitätsmanagement oder Zuständige für die Schaffung barrierefreier öffentlicher Räume usw. einzubeziehen. Zur Präzisierung, Vorbereitung der konzeptionellen Umsetzung sowie zur Eingrenzung der dafür erforderlichen Maßnahmen empfiehlt es sich, **Arbeitsgruppen** aus den jeweils betroffenen Akteuren zu bilden. Der *Koordinierungsausschuss* ist auch für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig und hat auf eine breite Einbindung der Bürger hinzuwirken. Da der *Koordinierungsausschuss* gegenüber den Arbeitsgruppen, deren Mitglieder nicht aus der Verwaltung stammen, wie z. B. niedergelassene Ärzte, keine Weisungsbefugnis hat, empfiehlt es sich auf **Zielvereinbarungen** hinzuwirken. Damit lässt sich zumindest eine moralische Verpflichtung schaffen, die durchaus Wirkungen zeigen kann. Diese Vorgehensweise wurde u. a. in dem oben angeführten Vulkaneifelkreis gewählt, um damit auf Mediziner, Krankenhäuser, Pflegeorganisationen und weitere Dienstleister zur

Umsetzung der erarbeiteten Konzeption hinzuwirken.

Die Arbeit des *Koordinierungsausschusses* ist durch die Verwaltungen vom Kreis und von den Ämter / Gemeinden zu unterstützen, denen entsprechende Weisungen zugehen müssen. Dabei hat es sich bewährt, je nach anfallenden Aufgaben klare Zielsetzungen und verbindliche Zuständigkeiten vorzugeben. Die Erfahrungen aus dem MORO-Projekt Regionale Daseinsvorsorge belegen jedoch, dass dabei die Leistungsfähigkeit beachtet werden muss, da die Tagesaufgaben häufig wenige Spielräume für weitere Tätigkeiten lassen. Das ist zu beachten, da sonst die Konkretisierung der verteilten Aufgaben kaum vorangehen könnte. Ggf. sind deshalb externe Mitarbeiter einzubeziehen, wofür jedoch deren Finanzierung zu bewältigen ist.

Zur Unterstützung bei der Erstellung *Seniorenpolitischer Handlungskonzepte* könnte eine Landesförderung eine erhebliche Hilfe darstellen. Dazu sollten jedoch klare Vorgaben vom Land getroffen werden, welche Inhalte ein *Seniorenpolitisches Handlungskonzept* abdecken muss und wie dieses aufzubauen und zu strukturieren ist. Zugleich sollte eine derartige Förderung zweistufig mit regelmäßigen Konsultationen und einer Evaluierung konzipiert werden. In der ersten Stufe wäre das Konzept zu entwickeln, in der zweiten anschließenden Stufe die Umsetzung einzuleiten und in ersten Schritten voranzubringen. Mit der Evaluierung soll die Einleitung tatsächlicher Umsetzungsschritte überprüft und letztlich sichergestellt werden. Kreise, die die Evaluierung nach den mit der Förderung bekanntgegebenen Kriterien nicht bestehen, sollten zur Rückzahlung der Fördermittel oder eines Teiles davon verpflichtet sein. Außerdem sollte die Anforderung auch die darauf bezogene Förderung die Fortschreibung des Konzeptes einbeziehen. Jegliche Entwicklungsplanung kann nur zur vollen Wirkungen kommen, wenn sie aktuell ist. Deshalb ist eine kontinuierliche Fortschreibung zur Aktualisierung unerlässlich. Aus diesem Grund sollte zu den Anforderungen an ein *Seniorenpolitisches Handlungskonzept* grundsätzlich auch die Darlegung gehören, wie das Konzept fortgeschrieben wird.

Die Tätigkeit und Mitwirkung in den Arbeitsgruppen wirft nach den eigenen Erfahrungen aus Beratungsprojekten im Wesentlichen nur indirekte Kosten auf, nämlich durch den zeitlichen Einsatz der Arbeitsgruppenmitglieder. Für den Kreis könnten als zusätzliche Kosten die Begleitung dieser Gruppen durch Aufwendungen für Organisation, Moderation und Protokollführung usw. anfallen, wenn diese nicht durch die Gruppe selbst organisiert und geleistet wird. Außerdem kann ein Bedarf für externe Beratungen entstehen, womit i. d. Regel Honoraraufwendungen anfallen.

Seniorenpolitisches Handlungskonzept

Das *Seniorenpolitische Handlungskonzept* sollte nach den eigenen Erfahrungen aus integrativen kommunalen Entwicklungskonzepten zum Umgang mit dem demografischen Wandel, den Ergebnisberichten aus dem MORO-Projekt regionale Daseinsvorsorge¹⁵⁶ und den vorliegenden bayrischen *Seniorenpolitischen Handlungskonzepten*¹⁵⁷ nachstehende Inhalte umfassen:

- Präambel Grundausrichtung und Zielsetzungen,
- Rahmenbedingungen/Bevölkerungsentwicklung,
- Identifikation Handlungsfelder,
- Kooperation / Zusammenarbeit,
- Konzeption / Umsetzungsschritte,
- Finanzierung,
- Aktualisierung / Fortschreibung.

¹⁵⁶ Für die Aussagen in dem MORO-Projekt wurde auf die Auswertung sämtlicher dieser Modellvorhaben zurückgegriffen, die für das BBSR-Projekt Kennzahlen 2013-2014 durchgeführt wurde.

¹⁵⁷ Es wurden folgende Seniorenpolitischen Konzepte ausgewertet: LK Ansbach, LK Fürstentfeldbruck, LK Roth, LK Schweinfurt, LKTirschenreuth, LK Weißenburg-Gunzenhausen, Stadt Kaufbeuren, Winkel, R.: Materialien zum Umgang mit dem demographischen Wandel in sächsischen Kommunen, Hrsg. Sächsisches Staatsministerium des Innern, Dresden 2008.

Präambel zur Grundausrichtung und den Zielsetzungen

Die Grundausrichtung und die Zielsetzungen sollten in dem Konzept als vorausgestellte Präambel dargelegt werden, wie z. B. ambulante Pflege vor stationärer Pflege, möglichst lange Erhaltung eigenständigen Wohnens für Senioren oder Aktivierung von Selbsthilfe sowie zum grenzübergreifendem Zusammenwirken und Kooperation der Gemeinden, wie auch zur Kooperation der unterschiedlichen Akteure zur Umsetzung. Dafür sollten klare Zielsetzungen genannt werden, jedoch ohne sich in Details zu verlieren, die später erforderlicher Flexibilität entgegenstehen. Die Präambel wäre zwar nur eine informelle Vorgabe, aber sie sollte durch Beschlüsse der Politischen Gremien (Stadtrat, Gemeinderat,...) für das Handeln der Verwaltung Verbindlichkeit erhalten.

Rahmenbedingungen / Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung stellt eine wesentliche Rahmenbedingung für die zukünftigen Handlungserfordernisse und Möglichkeiten der Seniorenentwicklung dar. Daran lassen sich Versorgungsbedarfe abschätzen wie auch die Voraussetzungen für mögliche Hilfeleistungen durch Familien und bürgerschaftliches Engagement bis hin zu den Folgen für die Haushaltslage der Kommune. Dafür bedarf es der Daten zur Einwohner- und Seniorenentwicklung sowie Daten zu den einzelnen Clustern.

Zur Einschätzung der Bevölkerungsentwicklung sind als Grunddaten zur Entwicklung die Daten der Gesamteinwohnerzahl, die Daten der Altersgruppen 50 bis unter 65 Jahre, 65 bis unter 75 Jahre, 75 bis unter 85 Jahre und Personen über 85 Jahre (s. 2.2 Senioren Altersgruppen) für den Kreis und für die Gemeinden der Ämter bereitzustellen. Wenn möglich, sind die Daten der Bevölkerung ab 65 Jahre noch differenzierter, nämlich in Fünf-Jahresintervallen darzustellen, sowie in gesonderten Angaben für Frauen und für Männer. Die Differenzierung in den Fünf-Jahresintervallen ist zudem erforderlich, um den Faktor zu berechnen, mit dem die ärztlichen Versorgungskennzahlen (Einwohner, die ein Arzt versorgen kann) zu reduzieren sind, um den höheren Versorgungsaufwand für ältere Bürger zu berücksichtigen¹⁵⁸. Für Frauen sollte außerdem die Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren aufgeführt werden, weil diese die größten Leistungen in der Pflege und Hilfe für Familienangehörige erbringt. Weitere wichtige Daten sind die Anzahl der Haushalte und diese möglichst differenziert nach Haushaltsgröße. Daraus können Rückschlüsse auf die Lebensbedingungen von Senioren geschlossen werden. Gleichfalls wären Daten zu den Pflegefällen und diese möglichst differenziert nach Pflegewahrscheinlichkeit der Altersjahrgänge im Kreis hilfreich. Anhand dieser Daten und vorliegender Bevölkerungsprognosen (Bevölkerungsvorausberechnungen) könnte in etwa die zukünftige Entwicklung der Pflegefälle und der dafür erforderlichen Unterstützungsinfrastruktur ermittelt werden. Diese Daten sollten vom Kreis und den Ämtern vom *Statistischen Amt Mecklenburg-Vorpommern* abgerufen werden und für die Ämter / Gemeinden und weiteren beteiligten Akteuren zugänglich sein. Außerdem sollte zur Einschätzung der bevorstehenden Entwicklung die jeweils aktuelle Fortschreibung der Bevölkerungsvorausberechnung aufgezeigt werden. Nach den Erfahrungen aus anderen Bundesländern stellen die Statistischen Landesämter diese Daten ohne Kostenberechnung zur Verfügung¹⁵⁹. Kosten dürften nur dann anfallen, wenn eine differenzierte Auswertung der Bevölkerungsvorausberechnung erforderlich ist, um altersdifferenzierte Aussagen zu erhalten. Da dafür lediglich eine andere Aggregation vorhandener Daten erforderlich ist, sind die Kosten niedrig.

Die erforderlichen Daten für die Cluster richten sich nach dem jeweils identifizierten Handlungsbedarf, d. h. je nach dem in welchem Cluster und dort in welchem Bereich dieser gesehen wird. Das können z. B. bezüglich der Sicherung der Hausarztversorgung die bevorstehenden Ruhestandseintritte, zur Sicherung der eigenständigen Haushaltsführung die verfügbaren barrierefreien Wohnungen oder Leistungen an Haushaltshilfe und dgl. sein. Diese Informationen sind z. T. von anderen Institutionen wie die KV (Kassenärztliche Vereinigung) oder Verkehrsträger zu bekommen, aber in weiten Bereichen nicht in der z. T. benötigten Kleinräumlichkeit. Deshalb sind dafür zum einen die relevanten Institutionen wie die KV

¹⁵⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss (der Kassenärztlichen Vereinigung) (Hrsg.): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), 1.1.2013, letzte Änderung in Kraft getreten 26.2.2014.

¹⁵⁹ Als Beispiele sein dafür die Statistischen Landesämter von Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen angeführt.

anzusprechen (vom Kreis oder dem Koordinierungsausschuss) und zum anderen die Informationsmöglichkeiten auf Gemeindeebenen auszuschöpfen. Gerade in kleineren Gemeinden verfügen die Bürgermeister oft über umfassende Informationen, die schon aus den Gründen des Datenschutzes allgemein nicht zugänglich sind. So sind die Bürgermeister i. d. Regel über Probleme in der Wohnversorgung, für Hilfsdienste, zum Pflegebedarf und den Möglichkeiten zur Warenversorgung oder auch über bevorstehende Ruhestandseintritte ansässiger Mediziner informiert. Deshalb sind diese Quellen für die Umsetzung der Maßnahmen der identifizierten Handlungskonzepte zu nutzen, zumal damit kaum zusätzliche Kosten entstehen. Eine Grundvoraussetzung ist jedoch die Abstimmung eines einheitlichen, gemeindeübergreifenden EDV-Programms mit einheitlicher Erfassungssystematik, um diese Daten zu nutzen. Diese Abstimmung und die Initiierung des Programms sind vom *Koordinierungsausschuss* zu veranlassen. Zur Umsetzung können Kosten entstehen, wenn diese Aufgabe nicht vom Kreispersonal sondern durch externe Kräfte erbracht wird. In Anbetracht der dafür relevanten Datenmenge reicht dafür der Aufwand eines, maximal von zwei Programmier Tagen aus. Hilfreich wäre eine Landesförderung für die Erstellung und Umsetzung einer einheitlichen Datenerfassungssystematik auf Ebene von Kreisen und Kommunen. Damit es jedoch nicht bei der Erstellung bleibt, der keine Umsetzungsaktivitäten folgen, sollte die Förderung ebenfalls an eine Evaluierung gebunden sein, die bei negativem Ergebnis eine Rückerstattung der Förderung nach sich zieht.

Identifikation / Handlungsfelder (Ist-Analyse)

Der voraussichtliche Handlungsbedarf wird im Wesentlichen bereits durch die Aussagen der Expertisen, die im Auftrag der Enquete-Kommission erstellt wurden, aufgezeigt. Dazu ist zu analysieren, wie weit die in den Expertisen angeführten Gegebenheiten in den einzelnen Kommunen zutreffen und dort für einen Handlungsbedarf sprechen sowie welche Cluster davon betroffen sind. Die Identifikation des Handlungsbedarfs steht in enger Verknüpfung mit der Dateninformation. Z. T. wird anhand der Daten erst Handlungsbedarf sichtbar. So können z. B. die Informationen über den bevorstehenden Ruhestandseintritt vieler Hausärzte den absehbaren Handlungsbedarf aufzeigen. Umgekehrt könnte sich aus dem eingegrenzten Handlungsbedarf zusätzlicher Datenbedarf ergeben, dem nachzugehen ist, wie z. B. Daten über die Sicherung der Mobilität von Senioren. Dieser erste Schritt ist von den Ämtern/Kommunen für ihr jeweiliges Territorium durchzuführen, wobei der Kreis anregend und beratend unterstützen sollte. Dieser Schritt kann überschlägig durch die politischen Akteure, besser durch Einbindung der Verwaltung (wenn diese zeit- und kapazitätsmäßig dazu in der Lage ist) erfolgen. Soweit erkennbar, sollten dabei bereits Kontakte und Abstimmungen zu tangierenden Bereichen aufgenommen werden.

Kooperation / Zusammenarbeit

Die identifizierten Umsetzungsmaßnahmen sind in den *Koordinierungsausschuss* einzubringen, um Wechselbeziehungen und dafür notwendige oder sinnvolle Verknüpfungen mit anderen Versorgungsclustern einzugrenzen und die erforderliche Abstimmung und Koordinierung einzuleiten. Dazu ist abzuklären, wer in welcher Hinsicht für den identifizierten Handlungsbedarf einwirken könnte. Die Wechselbeziehungen und Abhängigkeiten sind sowohl innerhalb der einzelnen Cluster als auch clusterübergreifend zu bestimmen. Gleichzeitig ist zu ermitteln, welche Verwaltungen in welcher Form davon betroffen sind. Dafür sind klare Verantwortlichkeiten zu bestimmen, so dass auch die Einbindung der Verwaltung eindeutig geregelt ist. Da es Bereiche gibt, die zwischen den Clustern liegen, z. B. für den Einsatz bürgerschaftlichen Engagements, sollte in dem Fall bestimmt werden, wo die Federführung liegt und wer der jeweilige Ansprechpartner für den Koordinierungsausschuss ist. Um die notwendige Flexibilität zu sichern, sind diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu evaluieren bzw. zu prüfen und ggf. neu auszurichten. Es ist hilfreich, wenn die damit vereinbarten Kooperationsbeziehungen in einem Diagramm übersichtlich dargestellt und textlich fixiert werden. Die Klärung und vorausschauende Organisation der Kooperation ist ein wesentlicher Inhaltsteil des *Seniorenpolitischen Handlungskonzepts*, dem für den Erfolg maßgebliche Bedeutung zukommt, wenngleich dieser Aspekt in den bereits vorliegenden *Seniorenpolitischen Handlungskonzepten* nach der hier vertretenen Auffassung ein zu geringen Stellenwert einnimmt.

Konzeption / Umsetzungsschritte

Als Handlungsfelder sollten, je nach dem örtlichen und regionalen Bedarf, die oben angeführten Cluster und dafür jeweils besonders bedeutsame Infrastruktur für Senioren behandelt werden. Das Konzept ist jedoch ausschließlich auf Cluster auszurichten, für die tatsächlicher Handlungsbedarf besteht. Gleichzeitig ist eine möglichst klare Zuordnung zu den davon betroffenen Ämtern/Kommunen vorzunehmen, da die Betroffenheit i. d. Regel unterschiedlich ist. Zur Präzisierung des Handlungsbedarfs und der dafür relevanten Konzepte und Maßnahmen sind für die jeweils eingegrenzten Cluster nachstehende Schritte auszuführen:

- Analyse Situation- und Bedarfsbestimmung
- Versorgungsangebot und räumliche Verteilung
- gesetzliche und weitere Grundlagen
- Ziel
- Konzepte/Maßnahmen
- Umsetzungsschritte

Analyse zur Situation- und Bedarfsbestimmung: Die Analyse zur Situation- und Bedarfsbestimmung ist gemeinsam vom Kreis und den Ämtern/Gemeinden unter Einbeziehung der relevanten Akteure vorzunehmen. Sie sollte sich auf den gegenwärtigen Zeitpunkt, die mittelfristige Zukunft (nächsten 5 Jahre) und die längerfristige Zukunft (etwa bis 2030) beziehen. Darin gilt es bestehende oder sich aufgrund der Seniorenentwicklung bevorstehende Defizite und Handlungsbedarf zu bestimmen. Es sind entsprechend der im vorangestellten Arbeitsschritt Kooperation/Zusammenarbeit ermittelten Akteure Kontakte aufzubauen und die erforderliche Zusammenarbeit einzuleiten. Je nach dem Cluster wird die Analyse und der Abstimmungs- und Koordinationsbedarf unterschiedlich sein. So kann z. B. der Bedarf zur Schaffung von Barrierefreiheit am treffendsten von Ämtern/Gemeinden für ihr Territorium ermittelt werden. Bei der medizinischen Versorgung sind eher spezielle Kenntnisse und gebietsübergreifende Betrachtungen erforderlich, so dass die Mitwirkung des Kreises geraten ist. Grundsätzlich sind Seniorenvertreter einzubeziehen, was sowohl für die der einzelnen Gemeinden als auch deren Vertretung in den Ämtern und beim Kreis gilt. Gleichfalls sind weitere relevante Akteure, wie auch deren Planungen einzubeziehen, wie z. B. Altenpflegepläne, der Atlas der Kassenärztlichen Vereinigung oder für die Mobilitätsanalyse die Aussagen und Planungen der Verkehrsträger. Als wesentliche Informationsquelle sind die der Mitarbeiter von übergreifenden Infrastrukturen zu nutzen, wie das Informationspotential in Gemeindepflegestützpunkten, Gemeinde-Gesundheits-Zentren und dgl.

Versorgungsangebot, räumliche Verteilung: Für die Bereiche, in denen die Analyse bestehende oder zu erwartende Defizite ergibt, ist das Versorgungsangebot zu ermitteln, um die im ersten Schritt ermittelten Bedarfe zu präzisieren. Dafür ist auch die räumliche Verteilung des Angebots und dessen Erreichbarkeit für Senioren zu ermitteln, was sowohl für Fußläufigkeit, Fahrrad, Pkw und ÖPNV gilt.

Gesetzliche und weitere Grundlagen: Für die Cluster mit Handlungsbedarf sind die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen, darzulegen, von denen auf evtl. Optionen und Maßnahmen wesentliche Einflüsse ausgehen könnte. So z. B. die Regelungen des Sozialgesetzbuches, Vorgaben für den Personentransport, den Fachkräftebesatz in der Pflege oder für ärztliche Zulassungen und Bedarfsberechnungen durch die KV.

Ziel: Für die identifizierten Handlungsfelder sind durch den Koordinierungsausschuss gemeinsam mit dem Kreis und den Ämtern/Kommunen Zielsetzungen festzulegen, wobei weitere relevante Akteure zu beteiligen sind. Die Umsetzung von Zielsetzungen zu einer verbesserten ärztlichen Versorgung oder zum Case-Management in der Pflege oder verstärktem bürgerschaftlichen Engagement wird kaum erfolgreich sein, wenn nicht die jeweiligen Akteure eingebunden wurden und möglichst auch hinter den Zielsetzungen stehen. Deshalb sind auch die Seniorenvertreter darin unerlässlich einzubinden. Das Gleiche gilt auch für bürgerschaftliches Engagement, wobei sowohl Vertreter der Bürger als auch daran beteiligter Gewerbetreibender und Betriebe einzubeziehen sind. Zudem stehen manche Maßnahmen im engen wirtschaftlichen

Zusammenhang und können sowohl auf den Absatz örtlicher betrieblicher Leistungen von Einfluss sein, wie auch für das Arbeitsplatzangebot. Zielsetzungen zur Daseinsvorsorge, die allein von den politischen Entscheidungsträgern und der Verwaltung entwickelt und vorgegeben werden sind, lassen sich oftmals kaum umsetzbar, wenn die Akteure der späteren Umsetzung daran nicht beteiligt sind. Das gilt insbesondere, wenn für die Akteure keine Weisungsbefugnis besteht.

Konzepte/Maßnahmen: Für die betrachteten Cluster sind für die jeweils identifizierten Handlungsfelder die Konzepte einzusetzen und die dafür geeigneten Maßnahmen auszuarbeiten, mit denen die gewünschte Entwicklung erreichbar erscheint. Dazu sind in vorangestellten Bereich für die betrachteten Cluster die wesentlichen Möglichkeiten und Maßnahmen aufgeführt, die durch weitere Ausführungen der Expertisen, die im Auftrag der Enquete-Kommission erstellt wurden, zu ergänzen sind. Wenngleich diese Ausführungen den jeweiligen Clustern zuzuordnen sind, um handhabbar zu bleiben und klare Verantwortlichkeiten in den Verwaltungen abzugrenzen, gilt es gleichzeitig, die Wechselbeziehungen zu beachten und koordinierend einzubeziehen. Das gilt vor allem für die Verbindung der ärztlichen Versorgung und Pflege und der Medikamentenversorgung sowie auch für die Einbeziehung weiterer Dienstleister. Ebenfalls ist die Sicherung der Mobilität als Querschnittsthema in die Konzeption sämtlicher Cluster einzubeziehen, was für weite Bereiche auch für bürgerschaftliches Engagement gilt.

Arbeitsschritte zur Umsetzung. Für die Umsetzung sollten die dafür erforderlichen Schritte dargelegt werden. Darin ist eine eindeutige Verantwortlichkeit darzulegen, genauso wie auch klar aufzuführen ist, welche Abstimmungen und Kooperationen erforderlich sind. Gleichfalls sollte auch ein zeitlicher Rahmen vorgegeben werden. Das *Seniorenpolitische Handlungskonzept* sollte zudem nach der Fertigstellung zur Umsetzung im Kreistag und in den Ämtern/Gemeinden per Beschlussfassung verabschiedet werden, um die nötige Verbindlichkeit zu erreichen.

Finanzierungsmöglichkeiten

Für die Maßnahmen, die zur Umsetzung eingegrenzt wurden, ist die Finanzierung zu klären. Dabei gilt es sowohl den Bedarf an Investitionsaufwendungen und an Mitteln für den laufenden Betrieb, so vor allem auch für personelle Infrastruktur zu klären und Möglichkeiten zur Kostenübernahme auszuloten. Für Investitionen zur Herstellung altengerechter Wohnungen und eines barrierefreien Umlandes sind die Förderprogramme auszuschöpfen. Die Finanzierung der laufenden Leistungen, wie eben Pflege oder ärztliche Betreuung wird jedoch nur z. T. von den Krankenkassen und der Pflegekasse geleistet, so dass von einer Kostenbeteiligung des Kreises und seiner Kommunen auszugehen ist. Wegen der Finanzknappheit der öffentlichen Kassen ist in die Konzepte und Maßnahmen möglichst im hohen Maße bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe der Senioren einzubinden. Im *Seniorenpolitisches Handlungskonzept* sollte für jede zur Umsetzung vorgesehene Maßnahme klare Aussagen zur Finanzierung aufgezeigt werden.

Fortschreibung

Jede Entwicklungsplanung sollte aktuell sein. Ohne Aktualisierung und Fortschreibung verliert sie zunehmend ihre Wirkungsmöglichkeiten. Das gilt auch für das *Seniorenpolitische Handlungskonzept*. Deshalb sollte darin sowohl die Evaluierung der Konzepte und Maßnahmen als auch die Fortschreibung geregelt werden. Es sind Empfehlungen zu den Fortschreibungsintervallen zutreffen, zu der Verantwortlichkeit für die Fortschreibung in den einzelnen Clustern und die dafür benötigten weiteren Informationen und Daten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für die Mitwirkung von Akteuren außerhalb der Bediensteten des Kreises und der Ämter/Kommunen keine Verpflichtung durchsetzbar ist. Deshalb ist die Fortschreibung in erster Linie beim *Koordinierungsausschuss* anzubinden, der sich dafür auf den Kreis und die Ämtern/Kommunen stützt. Gleichfalls ist auf die Mitwirkung der anderen Akteure hinzuwirken, was machbar erscheint, wenn diese in den Handlungsrahmen und die Konzept umfassend eingebunden sind.

5.7 Informationen zur Umsetzungsunterstützung

Die Umsetzung vieler fortschrittlicher, innovativer Konzeptionen scheidet schlichtweg an der fehlenden Information. Das gilt selbst für niedergelassene Ärzte, die bei ihrer hohen beruflichen Beanspruchung kaum die Zeit haben, sich damit ausführlich und detailliert zu beschäftigen. Dem ist wie oben angeführt durch Informationsveranstaltungen entgegen zu wirken, in dem qualifizierte Referenten die Möglichkeiten darstellen und danach Rückfragen, z. B. zu den Umsetzungsschritten, Kosten, rechtlichen Rahmenbedingungen usw. fundiert beantworten. Dieser Bedarf dürfte auch für andere Bereiche der Seniorenversorgung gelten. Deshalb wäre hier eine Unterstützung der Informationsverbreitung durch das Land zu überlegen, die in Form von Informationsveranstaltungen, Workshops und dgl. erfolgen könnte. Außerdem wäre zur Unterstützung der Kommunen ein Handlungsleitfaden hilfreich. In den Gutachten, die im Auftrag der Enquete-Kommission erstellt wurden, stehen eine Fülle von konzeptionellen Möglichkeiten und Ansätzen, mit denen die zukünftigen Herausforderungen zu bewältigen oder zumindest zu reduzieren sind. Diese Informationen dürften aber dem Großteil der kommunalen Entscheidungsträger selbst auf Kreisebene kaum bekannt sein. Die Expertisen sind zwar alle im Internet zugänglich, aber welcher Bürgermeister nimmt sich die Zeit, diese Quellen systematisch durchzusehen? Aus diesem Grund wird hier die Vorgehensweise empfohlen, die das Innenministerium im Freistaat Sachsen gewählt hat.

Das Sächsische Innenministerium hat einen Leitfaden zum Umgang mit dem demografischen Wandel für seine Kommunen erstellen lassen. Darin wird für die einzelnen Handlungsbereiche wie ärztliche Versorgung, Pflege, Schulwesen usw. jeweils aufgezeigt, wie sich der demografische Wandel auswirkt und welche Herausforderungen und Probleme damit verbunden sein können. Dazu sind jeweils die konzeptionellen Möglichkeiten in einer Übersicht dargestellt, die dann im Folgenden ausführlich erläutert werden. Gleichzeitig werden Praxisbeispiele benannt, die ggf. für Rückfragen anzusprechen sind. Dieser Leitfaden ist im Sinne eines Nachschlagewerkes gedacht. Kommunale Entscheidungsträger auf der Ebene von Kommunen oder Kreisen können bei Problemen darin nachschlagen, wie sich diese voraussichtlich auswirken und welche Ansätze existieren, um damit umzugehen, um die Probleme zu bewältigen bzw. auszuräumen. Der Leitfaden wurde vom Sächsischen Innenministerium in einer Auflage von 3.000 Exemplaren publiziert. Das ist weit mehr als die Anzahl sächsischer Gemeinden, aber er wird inzwischen auch in anderen Bundesländern genutzt.

Ein auf die Seniorenversorgung ausgerichteter Leitfaden könnte sich auch für die Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen zur Sicherung der Daseinsvorsorge und Infrastruktur für Senioren in Mecklenburg-Vorpommern eignen. Die Möglichkeiten ließen sich noch verbessern, wenn der Leitfaden anstelle einer Broschüre als Internetplattform gestaltet wird. Dann könnten später Ergänzungen erfolgen, um somit die Aktualität zum Nutzen der Kommunen auch längerfristig zu sichern.

6 Empfehlungen an Kommunen, Land und Bund

Aus den dargelegten Überlegungen der Strategien zur Umsetzung der konzeptionellen Möglichkeiten lassen sich übergreifend die nachstehenden Empfehlungen für Kreis / Kommunen / Ämter, das Land Mecklenburg-Vorpommern sowie für Initiativen des Landes, die gemeinsam mit dem Bund voranzubringen sind, ableiten. Die hier zusammengefassten Empfehlungen umfassen nicht sämtliche aufgeführten Maßnahmen der Umsetzungsstrategien, sondern beinhalten eine Zusammenstellung der besonders vordringlichen Maßnahmen. Die oben angeführten weiteren Strategiemeasures sind jedoch nicht als unwesentlich einzustufen und sollten bei einer möglichen Umsetzung ebenfalls Beachtung erfahren.

6.1 Städte und Gemeinden, Ämter, Kreise

Gemeinsame Handlungsinstitution Koordinierungsausschuss

Zur Eingrenzung des Handlungsbedarfes, darauf ausgerichteter Konzepte und Maßnahmen und zur notwendigen Abstimmung und Koordination ist eine gemeinsame Handlungsinstitution zu bilden, die hier als *Koordinierungsausschuss* bezeichnet wird. Dafür sind bereits bestehende Strukturen, wie existente runde Tische und dgl. aufzugreifen und einzubinden. In den *Koordinierungsausschuss* sind unter Federführung des Kreises die Gemeinden / Ämter sowie für die Clusterr mit Handlungsbedarf die dafür relevanten Akteure einzubinden. Als Koordinierungsorgan sind auch andere Formen, ggf. ein runder Tisch vorstellbar, wenn dieser die Koordination hinreichend leisten kann. In Anbetracht der Größe und des Umfangs der Aufgabe, die Daseinsvorsorge und Infrastruktur für die älteren Bürger zu sichern, ist jedoch die Ausbildung eines Koordinierungsorgans mit großem Leistungsvermögen angeraten. Deshalb wird hier die Bildung eines *Koordinierungsausschusses* empfohlen.

Politische Legitimation

Zielsetzungen und wichtige Maßnahmen des *Koordinierungsausschusses* sollten zur politischen Legitimation durch die kommunalen Parlamente (Gemeindevertretung, Stadtvertretung, Kreistag) beschlossen werden, um Verbindlichkeit zu erhalten.

Konzeption zur Steuerung

Für die Steuerung und notwendige Abstimmung der relevanten Maßnahmen ist als Planung ein *Seniorenpolitisches Handlungskonzept* zu erstellen. Diese Aufgabe sollte vom *Koordinierungsausschuss* in enger Abstimmung mit den Kommunen / Ämtern einvernehmlich wahrgenommen werden und in der personellen Ausführung beim Kreis liegen. Das *Seniorenpolitische Handlungskonzept* ist jedoch nicht separat, sondern gemeinsam mit dem Pflegesozialplan und anderen sozialen Planungen eines Kreises zu entwickeln, um damit weitere Belange des Umgangs mit dem demografischen Wandel und mit den Bedürfnissen der jüngeren Generationen zu verknüpfen.

Beachtung von Wirkungszusammenhängen

Bei der Identifizierung von Handlungsbedarf, Konzepten und Maßnahmen sind sektorale Begrenzungen grundsätzlich zu vermeiden. Stattdessen sind grundsätzlich die Wechselwirkungen zu anderen Bereichen innerhalb eines Clusters oder zu anderen Clustern zu ergründen und zu beachten.

Einbindung der Verwaltung

Für die identifizierten Handlungsfelder ist die Zuständigkeit in den Verwaltungen (Kreis, Ämter, Gemeinden) zu klären, bei klarer Zuordnung von Verantwortlichkeiten.

Datenbeschaffung und Organisation

Dem Kreis obliegt die Beschaffung der erforderlichen Daten, soweit diese im Statistischen Amt Mecklenburg-Vorpommern verfügbar sind. Über den *Koordinierungsausschuss* wird gemeinsam geklärt und festgelegt, welche Daten auf der Ebene der Ämter / Gemeinden zusätzlich zu erhalten und damit zu beschaffen sind. Gleichfalls wird gemeinsam auf ein System für eine einheitliche Datenerfassung hingearbeitet, dass umzusetzen ist.

Unterstützende Beratung

Der Kreis unterstützt über den *Koordinierungsausschuss* beratend Ämter / Gemeinden. Dafür setzt er seine Verwaltung ein und zieht bei wichtigem Bedarf externe Experten hinzu.

Interkommunale Kooperation

Für Handlungsbedarf und Konzepte, die die Leistungsfähigkeit von Gemeinden oder Ämtern überschreiten, aber nur Teile des Kreises betreffen oder die in gemeindeübergreifender Form besser wahrgenommen werden könnten, sind die Möglichkeiten interkommunaler Kooperation der betroffenen Gemeinden und Ämter zu prüfen und ggf. diese umzusetzen.

Übergreifende Unterstützung

Für Handlungsfelder, die sämtliche Gemeinden betreffen, ist eine gemeinsame Unterstützung zu empfehlen, wie z. B. einen Experten für Barrierefreiheit, der beratend für die Kommunen im gesamten Kreis oder für Teilgebiete zuständig ist. Diese Aufgabe kann ggf. ehrenamtlich (z. B. von einem Baufachmann im Ruhestand) wahrgenommen werden.

Arbeitsgruppen

Es werden je nach Handlungsbedarf in den Clustern Arbeitsgruppen gebildet, was durch den *Koordinierungsausschuss* anzuregen ist. Darin sind die wesentlichen Akteure einzubinden, wie z. B. Vertreter der Pflegestützpunkte, der Ärzteschaft oder des Mobilitätsmanagements. Der Kreis und die Ämter bestimmen in ihren Verwaltungen die jeweilige Zuständigkeit für die ermittelten Handlungsfelder. Die Arbeitsgruppen erarbeiten Lösungsansätze für ihr Handlungsfeld, entwickeln dafür Konzepte, einschließlich der Umsetzungsschritte und klären die Finanzierung.

Cluster Wohnen

Es ist in den Gemeinden auf barrierefreie oder zumindest barrierearme Wohnungen hinzuwirken, sowie vor Ort oder in möglichst gut erreichbarer Nähe auf Angebote, die die gesamte Breite betreuten Wohnens, d. h. für jede Stufe der Alltagskompetenz umfassen. Dafür ist auf Investoren und Wohnungsgesellschaften einzuwirken. Immobilieneigentümer sind entsprechend zu beraten, einschließlich über Fördermöglichkeiten. Weiterhin ist auf ein ausreichendes Wohnungsangebot zu niedrigen Mietpreisen und niedrigen Nebenkosten hinzuwirken. Mittel für Investitionen in seniorenfreundlichen Neubau oder Sanierung sollten in den Zentralen Orten, insbesondere den Grundzentren im ländlichen Raum konzentriert werden.

Cluster Wohnumfeld

Für Senioren wichtigen Einrichtungen sind möglichst räumlich zu konzentrieren und in diesen öffentlichen Räumen bei Maßnahmen der Dorferneuerung oder der Stadtsanierung auf Barrierefreiheit oder zumindest Barrierearmut hinzuwirken, wofür die Förderprogramme zu nutzen sind.

Es ist auf Straßenmöblierung entsprechend des Seniorenbedarfs hinzuwirken. Zur Finanzierung ist zum Sponsoring die lokale Wirtschaft anzusprechen, wenn eine Finanzierung über Mittel der Dorferneuerung oder der Städtebauförderung nicht erreicht werden kann.

Sponsoring

Ämter / Gemeinden sprechen Geldinstitute sowie ansässige Firmen an, um sie als Sponsoren zu gewinnen. Das wäre bereits mit begrenzter Größenordnung interessant, wie z. B. die Spende von Sitzgelegenheiten für Verschnaufpausen von Senioren in öffentlichen Räumen.

Cluster Warenversorgung

In Ortschaften mit entsprechenden Defiziten ist das Projekt *Neue Dorfmitte* zu initiieren. Die Gemeinden / Ämter sprechen bei ausreichender Einwohnergröße Handelsketten an, die Filialen in Dörfern unterhalten, um sie für Niederlassungen zu gewinnen. Kleine Gemeinden ohne Versorgungseinrichtungen oder deren Ämter werben bei mobilen Händlern, dass sie die Gemeinden anfahren. Gemeinden mit mobiler Versorgung führen Absprachen mit mobilen Händlern, um deren Erscheinen zeitlich zu ordnen, damit unnötige Störungen vermieden werden. Es sind ggf. Einzelhandelsverbände der nächsten Zentren anzusprechen, um diese für einen Auslieferungsservice oder für die Organisation von Themenfahrten (Ostereinkauf usw.) zu gewinnen, für die sie die Kosten oder zumindest einen Teil davon übernehmen.

Cluster Gesundheit / Pflege

Diesbezüglich bieten sich etliche und umfassende Handlungsansätze an:

- Der Kreis wirkt auf die Entwicklung von gut erreichbaren medizinischen Fortbildungsangeboten durch die Krankenhäuser in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten / Ärztinnen hin.
- Der Kreis wirkt auf IT-gestützten Informationsaustausch und Kooperation zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen niedergelassener Vertragsärzte hin.
- Auf Kreisebene geben nicht mehr rentable Krankenhäuser im Rahmen der strukturellen Anpassung Kapazitäten an größere Krankenhäuser ab und werden zu ambulanten Versorgungseinrichtungen umstrukturiert, die zugleich die ortsnahe Notversorgung an Sonn- und Feiertagen sicherstellen. Zur Finanzierung der Umwandlung sind Mittel aus dem *Strukturfonds für die Umwandlung kleiner Krankenhäuser in lokale Versorgungseinrichtungen* zu nutzen. Zur Finanzierung wird entsprechend der Empfehlungen der HGC GesundheitsConsult GmbH ein festes Regionalbudget geschaffen, wobei Einsparmöglichkeiten auf der Basis von Selektivverträgen mit allen GKV bei Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen sind. Nicht mehr benötigte Bettenkapazitäten gehen an die Pflege über. Bei Bedarf werden sie zur Einrichtung eines Angebots für Tages-, Nacht- oder Verhinderungspflege umgewandelt.
- Die Aufgaben seniorenanreicher Infrastruktur, wie insbesondere der Pflegestützpunkte, Gemeinde-Gesundheits-Zentren oder MVZ sind abgestimmt zu klären, um nicht effiziente Parallelangebote zu vermeiden und Synergieeffekte zur Effizienzerhöhung zu erzielen.
- Mit Unterstützung des Kreises sollte auf die Gründung von Gemeinde-Gesundheits-Zentren und ähnlichen Einrichtungen hingewirkt werden. Wenn diese existieren sollte auf eine Forenschaltung mit Fachkräften von Regionalkrankenhäusern und Hochleistungsrankenhäusern hingearbeitet werden, um die Versorgung in der Fläche, insbesondere bei komplizierten Notfällen wie Schlaganfällen u. dgl. zu verbessern. Es sollte ein regelmäßiger Austausch zwischen Vertretungen dieser Infrastruktur erfolgen, einschließlich eines kreisgrenzenübergreifenden Erfahrungsaustausches.
- Zur Sicherung der Hausarztversorgung sind Informationsveranstaltungen unter Einschaltung von Experten (externe, wenn diese im Kreis nicht verfügbar sind) durchzuführen, um auf die Bildung von ärztlichen Arbeitsgruppen hinzuwirken, die Konzepte zur Lösung des Handlungsbedarfs entwickeln. Darin sind Krankenhäuser einzubeziehen und bei erweiterter Aufgabenstellungen auch Pflege, Apotheken und weitere Dienstleister des Gesundheitswesens. Die Arbeitsgruppen könnten zu einem späteren Zeitpunkt räumlich und organisatorisch an Gemeinde-Gesundheits-Zentren angebunden werden, wenn diese in der Fläche gegründet worden sind.
- Zur Sicherung der Hausarztversorgung ist auf die Ausbildung von Mehrbehandlerpraxen oder kleinen (ggf. auch größeren)

MVZ hinzuwirken, die fortschrittliche Strukturen aufweisen, einschließlich der Delegation niederschwelliger ärztlicher Leistungen.

- Für Praxisabgeber ohne Nachbesetzung sind Auffanglösungen zu schaffen, wofür in erster Linie innerärztliche Lösungen durch die regionalen niedergelassenen Vertragsärzte anzustreben sind. Nur wenn das nicht möglich ist, sollte versucht werden, dafür andere Träger wie Krankenhäuser oder Wohlfahrtsverbände zu gewinnen. Außerdem ist auf einen gleitenden Ausstieg des Abgebers hinzuwirken, in dem dieser seine Mitarbeit in der Praxis nur sukzessiv reduziert.
- Um bei Ärzten die Mitwirkungsbereitschaft an neuen Konzepten, deren Umsetzung sowie erforderlichen Kooperationen zu erreichen, könnte der Kreis im Gegenzug auf Krankenhäuser einwirken, damit diese mit den Praxen IT-Konferenzschaltungen einrichten oder Belegbetten anbieten bzw. deren Anzahl erhöhen oder auf Kooperationen für duale Beschäftigung im Krankenhaus und der Arztpraxis hinwirken.
- In die Konzepte für strukturelle Veränderungen der medizinischen Versorgung sind die verbliebenen traditionell tätigen Arztpraxen einzubinden, so dass deren Existenz nicht gefährdet wird und der Wandel einvernehmlich erfolgt.
- Die Möglichkeiten für substitutionäre Ansätze sind wegen der großen Vorbehalte von Medizinern äußerst sensibel zu verfolgen. Es könnte schwierig werden, Vertragsärzte für neue innovative Versorgungskonzepte zu gewinnen, wenn gleichzeitig substitutionäre Modellprojekte in einem Landkreis durchgeführt werden.
- Zur Verbesserung der Seniorenversorgung ist auf ein enges Zusammenwirken zwischen ärztlicher Versorgung, Pflege und Apotheken zur Einrichtung eines Medikamentenmanagements hinzuwirken.
- Zur Sicherung der ärztlichen Betreuung stationärer Pflegeeinrichtungen werden Kooperationsverträge zwischen Ärzten, Pflege und Krankenkassen geschlossen.
- In der Pflege ist auf kooperatives Zusammenwirken zwischen professionellen Kräften und nicht professioneller Pflege hinzuwirken, u. a. in dem für die unprofessionelle Pflege Einsatzmöglichkeiten geklärt werden, die eine sinnvolle und hilfreiche Ergänzung zur professionellen Pflege ermöglichen.
- Gemeinden / Ämter schaffen Kinderbetreuungsmöglichkeiten, die sich an den Arbeitszeiten von Medizinern und Pflege ausrichten (Betreuung auch am Abend und an Sonn- und Feiertagen).
- Die ggf. vielen unterschiedlichen Akteure (private, familiäre, professionelle...) in der Pflege sind übergreifend gemeinsam durch die Pflegestützpunkte abzustimmen und zu koordinieren. Bei zu großen Entfernungen sind ggf. Filialen von Pflegestützpunkten einzurichten.
- In der Pflege ist für machbare Fälle auf eine stärkere Ausrichtung auf REHA hinzuwirken.

Ehrenämter / bürgerschaftliches Engagement, haushaltsorientierte Dienstleistungen

Dafür ist in den Gemeinden zu werben, in dem die unterschiedlichen, hier dargestellten Möglichkeiten weitgehend zur Anwendung kommen. Dazu ist im Sinne einer sorgenden Gemeinschaft auf die Bildung von Netzwerken hinzuwirken, wie Besuchsbegleitdienste, Gesprächsrunden, Haushaltshilfen und dgl. Die Aufgaben sollten klar umrissen werden, aber zugleich auch Flexibilität und eigene Gestaltungsmöglichkeiten für die Helfer beinhalten, um deren Motivation zu erhalten.

Des weiteren ist eine Anerkennungskultur mit möglichst breiter Öffentlichkeitswirkung zu entwickeln. Die mit dieser Tätigkeit verbundenen Auslagen müssen durch die Nutznießer erstattet werden (die Senioren oder Kommunen / Kreis, wenn diese dadurch finanzielle Entlastungen erfahren). Bürgerschaftlichem Engagement kann größere Bedeutung zukommen, wenn darüber ein Bürgerbus oder gezielt Mitfahrtgelegenheiten realisiert werden, oder durch Altenhilfe nach einem Bonussystem, dessen Bonuspunkte später im Bedarfsfall zur eigenen Versorgung von den Hilfskräften genutzt werden können.

Zur Organisation empfiehlt es sich, dass Gemeinden / Ämter für diese Leistungen eine organisatorische Basis (sinnvoll auf Vereinsebene) bilden, die später ggf. vollständig an die Bürger übergeht. Ein grundsätzliches Problem liegt jedoch in der unsicheren Dauerhaftigkeit bürgerschaftlichen Engagements. Deshalb sollte diese als Lösung auf Zeit verstanden werden. Das spricht nicht gegen bürgerschaftlichen Aktivitäten, ist aber konzeptionell durch entsprechende Flexibilität zu berücksichtigen.

Cluster Freizeit und Teilhabe

In jeder Gemeinde, jedem Amt und im Kreis gibt es eine Seniorenvertretung, die in Entscheidungsprozesse, insbesondere wenn es um Seniorenbelange geht, einbezogen wird. Die Gemeinden initiieren Seniorentreffs und Freizeitaktivitäten, wozu die Vereine hilfreich sein können. Kleine Gemeinden wirken auf gemeindeübergreifendes Zusammenwirken hin, um eine Mindestleistungs- und Handlungsfähigkeit zu erhalten. Ämter und Kreis wirken auf die Schaffung weiterer Gemeinde-Aktiv-Zentren hin. Bei Projekten der *Neuen Dorfmitte* wirkt die Gemeinde auf erweiterte Aktivitäten in Richtung Freizeit und Kultur hin.

Cluster Mobilität

Der ÖPNV ist neben dem Bedarf des Schülerverkehrs zugleich auch am Bedarf von Senioren auszurichten. Dem entsprechend sind die Linienführung, Taktzeiten und Umsteigezeiten abzustimmen. Außerdem sind die Knotenpunkte bzw. Schnittstellen barrierefrei zu gestalten, mit gut lesbaren Fahrplänen und überdachten Sitzmöglichkeiten auszugestalten. Gleichfalls sollen die Fahrzeuge auch den Bedürfnissen von Senioren entsprechen.

In Gebieten mit deutlich fehlender ÖPNV-Anbindung ist ein Grundnetz durch den ÖPNV zu sichern, an das die Fläche durch ein Ergänzungsnetz aus kleinen Rufbussen oder alternativen Angeboten angebunden ist. Die Fahrzeuge des Ergänzungsnetzes bringen die Fahrgäste aus der Fläche zu den Sammelhaltestellen des ÖPNV. Soweit sich dafür bürgerschaftliches Engagement mobilisieren lässt, sind alternative Fahrangebote, wie nachbarschaftliche Mitnahme oder Bürgerbusse einzubinden und zu nutzen. Je höher die Anzahl der Beteiligten ist und umso größer die bediente Fläche, bedarf es professioneller Abstimmung und Steuerung. Dafür ist ein Mobilitätsmanagement einzurichten, am sinnvollsten durch den professionellen Verkehrsträger. Für die unterschiedlichen Angebote ist ein einheitliches Ticket zu schaffen. Für einfache, kleinräumige Lösungen durch nachbarschaftliche Mitnahme kann ggf. auch die Abstimmung und Organisation über den Dorfladen oder eine Bürgerorganisation ausreichen. Zur Einschätzung und evtl. Umsetzung der Überlegungen für den Einbezug weiterer alternativer Mitfahrtgelegenheiten und neuer Transportmöglichkeiten sind darauf ausgerichtete erste Projekt und Modellvorhaben zu beachten, um bei deren Erfolg ggf. diese Möglichkeiten ebenfalls zu nutzen.

Die Kreisgrenzen übergreifende Einbindung des ÖPNV-Angebots in größere Tarifverbünde mit einheitlichen, abgestimmten Fahrplanangeboten und Preisen ist unbedingt anzustreben.

Zur Sicherung des Straßennetzes sind ausreichende Instand- und Unterhaltungsmittel in die Haushaltspläne einzustellen. Wenn das nicht machbar ist, sollte das Straßennetz auf ein Primärnetz, das jeden Ortsteil anbindet, reduziert werden, um so ausreichend Mittel für einen ordnungsgemäßen Straßenerhalt bereit zu stellen. Zur unerlässlichen, übergreifenden Abstimmung einer derartigen Straßennetzveränderung sollte diese dem Kreis bei gemeinsamer Abstimmung mit den Kommunen übertragen werden.

IT-Infrastruktur

Die Kommunen sollten die aktuellen Fördermöglichkeiten für den Breitbandausbau (Dobrindt-Milliarden und Kofinanzierung Land) prüfen und nach Möglichkeit nutzen. Über den Kreis ist auf die zuständigen Stellen auf einen beschleunigten Breitbandausbau hinzuwirken. Zugleich sollten vom Kreis und den Ämtern die Möglichkeiten für eine unterstützende Beteiligung durch Selbsthilfe von Bürgern und / oder finanzielle Beteiligung, insbesondere der ansässigen Wirtschaft geklärt werden, um damit ggf. Anreize für den Ausbau dieser Infrastruktur zu schaffen.

6.2 Land Mecklenburg-Vorpommern

Kommunale Finanzausstattung, Finanzierung Daseinsvorsorge

Zur Berücksichtigung der besonders hohen Belastungen und gleichzeitig ungünstigen Einnahmesituation (Senioren leisten i. d. Regel unterdurchschnittliche Einkommenssteuern und Umsatzsteuern) von Gemeinden mit deutlich überdurchschnittlichem Seniorenanteil (hoher Bedarf für seniorengerechte Daseinsvorsorge u. Infrastruktur) wird der Seniorenanteil als Kriterium in den kommunalen Finanzausgleich aufgenommen.

Das Land tritt mit den Krankenkassen und der Pflegekasse in Verhandlung, um auf die Übernahme weitere Leistungen bzw. deren Finanzierung hinzuwirken, so für den Einsatz von Kümmerern / Kümmerinnen, Case-Management oder ergänzenden Leistungen von Pflegestützpunkten und später ggf. Gemeinde-Gesundheits-Zentren. Mit diesen Leistungen wird eine Versorgungsverbesserung erreicht, die zugleich die Krankenkassen und die Pflegekasse entlastet. Deshalb wäre eine Kostenübernahme oder zumindest Beteiligung angemessen.

Diesbezüglich sollten auch Überlegung einbezogen werden, dass Pflegeheimen, die erfolgreich die Rehabilitation ihrer Patienten erreichen, von den Pflegekassen ein daran geknüpfter Bonus in der Mittelzuteilung gewährt wird.

Einbindung der Kreditwirtschaft

Das Land sollte bei den Geldinstituten im Land auf eine finanzielle Unterstützung für die Sicherung und Erhaltung der seniorengerechten Infrastruktur hinwirken. Den Geldinstituten sind die Wirkungszusammenhänge von Immobilien und Infrastruktur zu verdeutlichen und dass ein Wertverfall von Immobilien für sie nachteilig wäre. Von daher liegt eine Unterstützung zur Sicherung der Infrastruktur letztlich auch in deren Interesse. Die Infrastruktur ist zudem möglichst für generationsübergreifende Bedürfnisse auszubilden, was ebenfalls auch einen Beitrag zum Werterhalt von Immobilien beinhaltet.

Informationsverbesserung

Durchführung von Informationsveranstaltung zur Darstellung neuer innovativer konzeptioneller Möglichkeiten in der ärztlichen Versorgung sowie in weiteren Clusterbereichen.

Erstellung eines Leitfadens in Form eines Nachschlagewerks, in dem für die betrachteten Cluster die möglichen Probleme und die Ansätze, damit umzugehen, dargestellt werden. Darin sind die Empfehlungen aus den Gutachten, die im Auftrag der Enquete-Kommission erstellt wurden, systematisiert, übersichtlich aufzunehmen. Der Leitfaden sollte als Internetplattform ausgebildet werden, so dass eine Aktualisierung und Ergänzung selbst einzelner Punkte unproblematisch ist.

Systematische einheitliche Datenerfassung auf Kreisebene

Zur Unterstützung der Erstellung und Implementierung einer systematischen einheitlichen Datenerfassung für die Bereiche der behandelten Cluster durch die Kommunen und Ämter eines Kreises stellt das Land Fördermittel zur Verfügung. Die Umsetzung wird nach einer vorab festgelegten Zeit evaluiert. Bei negativem Ergebnis der Evaluation sind die Fördermittel dem Land zurückzuerstatten.

Beachtung von Nachhaltigkeit

Bei der Vergabe von Fördermitteln ist die Nachhaltigkeit zu beachten, d. h. als Voraussetzung für die Mittelzuteilung sollte auch der Nachweis für die spätere Bewältigung der Unterhalts- und Betriebskosten der geförderten Maßnahme gefordert werden.

Für Ortsteile, die leerlaufen und kaum Zukunftsperspektiven haben, ist bei Umsiedlungsbereitschaft der letzten Bewohner diese durch eine Landesförderung zu unterstützen.

Wohnen / Wohnumfeld / Siedlungsentwicklung

Überprüfung und ggf. Änderung der Landesbauordnung um Regelungen der Musterbauordnung für Barrierefreiheit zu übernehmen sowie weitere Verordnungen und Regelungen um Barrierefreiheit oder zumindest Barrierearmut in Wohnungen und öffentlichen Räumen einschließlich des Zugangs zu Einzelhändlern und haushaltsorientierten Dienstleistungen sowie an ÖPNV-Haltestellen durchzusetzen. Es ist zu prüfen, wie weit dafür baurechtliche Regelungen in Bebauungsplänen greifen können.

Barrierefreiheit sollte als Kriterium für die Zuteilung von Fördermitteln im Wohnungsbereich sowie für Maßnahmen öffentlicher Räume durchgesetzt werden, so insbesondere bezüglich der Vergabe von Mittel der *Städtebauförderung* oder der Dorferneuerung. Für bereits sanierte öffentliche Räume, die nicht barrierearm ausgeführt wurden, sollte die Zweckbindungsfrist aufgehoben werden, so dass Barrierefreiheit bzw. –armut über erneute Baumaßnahmen und auch unter erneuter Inanspruchnahme von Fördermitteln ermöglicht wird.

Ärztliche Versorgung

Das Land stellt Fördermittel für den Aufbau von Gemeinde-Gesundheits-Zentren oder Gesundheitshäusern nach dem Model Woldegk bereit, und zwar in Form eines Programms mit einem Ansprechpartner auf Landesebene.

Es ist auf ein Schulungs-/ Fortbildungsangebot für geriatrisches Fachwissen hinzuwirken, dass auch von Ärzten im ländlichen Raum gut erreichbar ist. Gleichfalls ist auf weitere von ländlichen Räumen aus gut erreichbare Fortbildungsangebote für Ärzte hinzuwirken. Mit der KV MV zu ist zu prüfen, wie weit analog zu Rheinland-Pfalz Weiterbildungen von Ärzten für Allgemeinmedizin zu fördern sind.

Für junge Menschen, die Interesse am Medizinstudium haben, ist bei einer Verpflichtung zur späteren Tätigkeit im ländlichen Raum der Numerus Clausus auszusetzen oder die Zugangsnoten sind herabzustufen.

Es ist haushaltsrechtlich sicher zu stellen, dass Kommunen die Ansiedlung von Ärzten, insbesondere von Allgemeinmedizinerinnen, unterstützen können.

Das Land wirkt auf Krankenhäuser zum IT-gestützten Informationsaustausch und Konsultationen zur Kooperationen mit niedergelassenen Vertragsärzten, insbesondere mit Ärzten in der Fläche ländlicher Räume hin.

Das Land wirkt auf die Krankenhäuser und die KV ein, um duale Ausbildungs- und Tätigkeitsangebote für Ärzte in ländlichen Räumen zu schaffen.

Das Land stellt Fördermittel bereit, mit denen die Arbeit von runden Tischen zur Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum gefördert wird (u. a. auch zur Finanzierung der Beratung, Moderation und Konzeptausarbeitung durch externe Experten).

Zur stärkeren Nutzung der Möglichkeiten von Telemedizin ist zu prüfen, inwieweit das Land dafür eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der Ärzteschaft, KV, der Krankenhäuser und EDV-Experten initiieren kann, um die darin liegenden Möglichkeiten und die erforderlichen Umsetzungs- und Anwendungsschritte aufzubereiten und diese Erkenntnisse den Ärzten näher zu bringen. Dazu erscheint eine Vermittlung über Workshops am ehesten geeignet, auf denen zunächst in Vorträgen die Sachaspekte zu vermitteln sind, um dann in einem offenen Diskussionsprozess Fragen zu beantworten und gemeinsam die Möglichkeiten und

Vorgehensweise zur Umsetzung zu diskutieren. Gleichfalls sind Vergütungsanreize sowie die Datensicherheit zu klären.

Ärztliche Versorgung, Pflege und Substitution

Für die Versorgung der Senioren ist auf eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und der Pflege hinzuwirken. Dafür sind in einer Studienrichtung gemeinsame Ausbildungsmodulare für Studenten der Pflege und Medizin zu entwickeln und die gemeinsame Wahrnehmung niederschwelliger ärztlicher Leistungen und Leistungen der Pflege durch Delegationshilfskräfte in Abstimmung mit der KV, Krankenkassen sowie Vertretern der Pflege und Ausbildungsstätten voranzubringen.

Von Landesseite sollten besonders umfassende, erfolgreiche Kooperationen zwischen medizinischer Versorgung und Pflege sowie Medikamentenversorgung prämiert werden, um die Motivation für derartige Aktivitäten zu erhöhen. Außerdem wäre bei der Vorstellung der Preisträger deren Erfahrungspotential landesweit zu vermitteln. Bei erfolgreichen Ergebnissen des unter 3.5.1 angeführten Modellvorhabens der Universität Greifswald zur subsidiären Versorgung durch kooperativ abgestimmte Versorgungspläne der behandelnden Haus- und Fachärzte sollte das Land auf eine zügige, weitreichende Umsetzung in anderen Landesteilen hinwirken.

Pflege

Hinwirken auf eine durchlässige zweigleisige Pflegeausbildung, die zum einen für mehr Hauptschüler eine Qualifikation zur Pflegefachkraft ermöglicht und zum anderen eine höhere Qualifikation von Pflegekräften zur medizinischen Ausbildung beinhaltet.

Schaffung von Schulungsangeboten, mit denen Migranten je nach Vorkenntnissen / Qualifikation Schulungen bzw. Zusatzausbildungen zur Pflegehilfs-, Pflegefachkraft oder höher qualifizierten Pflegefachkraft erwerben können. Ggf. ist die Teilnahme an der Schulung an eine Verpflichtung zu koppeln, dass die Teilnehmer danach für einen vereinbarten Zeitraum im ländlichen Raum tätig sind.

Einwirken des Landes auf die Pflegekassen, dass Pflegeheime, die durch Rehabilitation ihrer Patienten deren Rückkehr in die Eigenständigkeit erreichen, einen Bonus erhalten.

Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimen ist auf Kooperationsverträge zur umfassenden, abgestimmten integrativen Einbindung von Haus- und Fachärzten (siehe 3.6) hinzuwirken.

Es sind Zusatzschulungen für Pflegekräfte und medizinische Delegationskräfte wie NÄPa oder VERAH zu schaffen, mit denen Pflegekräfte befähigt werden im niederschweligen Bereich ärztliche Leistungen auszuführen und umgekehrt medizinische Delegationskräfte zu Pflegeleistungen befähigt werden, um auf eine größere Angebotsflexibilität und damit bessere Versorgungsmöglichkeiten hinzuwirken. Dazu ist auch auf die Krankenkassen und die Pflegekasse seitens des Landes für eine angemessene Kostenabrechnung einzuwirken. Es sind dafür vergleichbare Regelungen wie für den Einsatz von NÄPa / VERAH im ärztlichen Bereich anzustreben.

Das Land wirkt außerdem auf die Durchführung von substitutionären Modellprojekten hin.

Bürgerschaftliches Engagement

Öffentlichkeitskampagne des Landes „sich einbringen“ zur Mobilisierung ehrenamtlicher Leistungen durch fitte Senioren für die Gemeinschaft und damit auch für hilfebedürftige Senioren.

Einwirken des Landes auf Institutionen, die durch bürgerschaftliches Engagement wie Bürgerhilfe in der Pflege Entlastungen

erfahren, damit sie sich an den dafür anfallenden Kosten, z. B. Fahrkosten, notwendige Sachausstattungen usw. beteiligen oder besser diese erstatten.

Durch eine gezielte Öffentlichkeitskampagne, die über die Pflegestützpunkte erfolgen könnte, sind Bedeutung und Möglichkeiten der Selbsthilfe von Senioren für Senioren aufzuzeigen und dafür zu werben. Dafür ist vorab eine geeignete Werbe-Konzeption zu entwickeln.

Teilhabe

Finanzielle Förderung von Fahrdiensten, die die Senioren aus dem ländlichen Umland in die Mehrgenerationenhäuser in den Zentralen Orten der Landkreise bringen und wieder abholen, damit die Angebote dort auch aus der Fläche heraus wahrgenommen werden können.

Weiterer Ausbau des Angebots der Ehrenamtsstiftung, z. B. für die Unterstützung der Vereine in ländlichen Räumen, da diese in den Dörfern oft die einzigen sind, die Freizeit- und / oder Kulturangebote für die ansässige Bevölkerung bieten und zudem einen wichtige Beitrag zur Erhaltung sozialer Strukturen leisten.

Bürgerschaftliches Management / Mobilität

Zur Förderung der Bereitschaft, in privaten Pkw Senioren Mitfahrtgelegenheiten anzubieten, sollte das Land mit den Versicherungsgesellschaften in Verhandlung treten, um dafür landesweit günstige Tarifbedingungen auszuhandeln. Zugleich sollten Regelungen zur Übernahme dieser Kosten getroffen werden, die ggf. vom Land und den Kreisen vorzustrecken und später durch die Senioren bzw. Nutzer zu refinanzieren sind.

IT-Techniken

Zum Ausbau der Telekommunikation ist den dafür einzusetzenden Mitteln in der Landeshaushaltsplanung ein sehr hoher Stellenwert beizumessen. Die aktuelle Kofinanzierung der Bundesförderung über das Infrastrukturministerium sollte fortgesetzt und nach Möglichkeit bis auf einen Fördersatz von 100 % für die Kommunen angehoben werden.

Das Land sollte gemeinsam mit der KV auf die Krankenkassen einwirken, für die Substitution angemessene Vergütungsregelungen zu erreichen, was gleichfalls für die Abrechnung bei der Einholung ärztlicher Zweitmeinungen gilt. Außerdem sollte das Land mit der KV auf eine Anschubfinanzierung zur innovativen EDV-Ausstattung von Arztpraxen hinwirken.

6.3 Bund und Land

Finanzausstattung

Bundesländer, die vom demografischen Wandel besonders betroffen sind (Einwohnerückgang und Einwohneralterung), erfahren wegen der Kostenremanenz kaum Entlastungen, aber wegen der Alterung oft hohe Zusatzkosten. Deshalb sollte das Land diese besondere Benachteiligung in den Verhandlungen über die zukünftige Ausgestaltung des Länderfinanzausgleichs einbringen, damit dieses in Ergänzung zur Bevölkerungszahl ebenfalls Zuteilungskriterium wird. Diesbezüglich gilt es vor allem, auf eine Änderung der Verteilung der Regionalisierungsmittel hinzuwirken. Es bedarf einer Veränderung des Kieler Schlüssels. Dabei geht es nach der hier vertretenen Position nicht nur um die Sicherung einer Mindestzuweisung an die ostdeutschen Länder, sondern darum, dass die hier angeführten hohen Belastungen der vom demografischen Wandel besonders betroffenen

Länder darin Berücksichtigung erfahren.

IT Infrastruktur

Hinwirken auf eine dauerhafte Erhöhung der Bundesmittel für den Breitbandausbau in strukturschwachen ländlichen Regionen, wie sie aktuell bereits als Bundesprogramm bis 2018 beschlossen wurde..

Ärztliche Versorgung / Pflege

Die Wiederbesetzungsfrist von einem halben Jahr für die kassenärztliche Zulassung von Arztpraxen sollte deutlich verlängert werden, da dieser Zeitraum viel zu kurz ist.

Bei Zulassungssperren sollte die absehbare Entwicklung der nächsten Jahre einbezogen werden, da diese sich z. B. für Hausärzte infolge der bevorstehenden hohen Ruhestandseintritte bereits in ein bis zwei Jahren häufig wesentlich verschlechtern wird.

Hinwirken auf Veränderungen der ärztlichen Musterberufsordnung, in dem das Verbot für Ferndiagnosen, d. h. auch IT-gestützte Ferndiagnosen, aufgehoben oder zumindest gelockert wird, um die Möglichkeiten von Telemedizin entsprechend der Entwicklung in anderen Industrienationen deutlich zu verbessern.

Hinwirken auf ein bundesweites Telemedizinengesetz¹⁶⁰.

Hinwirken auf Vereinbarungen zum stärkeren Leistungsverbund von medizinischen Fachangestellten (MFA wie NÄPa/ VERAH) und von Pflegefachkräften.

Hinwirken auf bundeseinheitliche angemessene Vergütungsregelungen für den Einsatz von Telemedizin, so auch für die Einholung von Zweitmeinungen und ärztlicher Telekonsultation.

Bundes-Modellvorhaben

Landesverhandlungen mit dem Bund, um verstärkt Bundesförderung für Modellprojekte zur zukünftigen Sicherung der Seniorenversorgung in der Daseinsvorsorge und der dafür erforderlichen Infrastruktur für Mecklenburg-Vorpommern zu erhalten. Diesbezüglich ist auf Modellvorhaben hinzuwirken:

- Test von Möglichkeiten alternativer oder neuer Transportdienste, wie z. B. Personenverker mittels Paketdienste, Post und dgl., zur Verbesserung der Verkehrsangebote in der Fläche ländlicher Räume.
- Möglichkeiten der Substitution ärztlicher Leistungen durch die Pflege.
- Möglichkeiten der Flexiblen Wahrnehmung von besonders ausgebildeten Pflegefachkräften und ärztlichen Delegationskräften für niederschwellige ärztliche Leistungen und Pflegeleistungen

¹⁶⁰ Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014, S. 34.



Quellen

Ärzte Zeitung, 26.02.2014, www.arztrecht.de

aerzteblatt.de: 70 Migranten werden in der Altenpflege ausgebildet, 23.10.2015

AOK Nordost, Pflegestützpunkte, Google 31.9.2015

Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV, HGC GesundheitsConsult GmbH, 2015

ARL Positionspapier Nr. 69: Gleichwertige Lebensverhältnisse: eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe neu interpretieren, Hannover 2006, S. 3.

Bayrische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Frauen und Integration, Starterseite Kommunale Seniorenpolitik, Google 22.9.2015.

Berlin-Institut u. Körber-Stiftung; Stadt für alle Lebensalter, Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundliche werden müssen, Berlin Nov. 2014.

BTE Tourismus- und Regionalberatung und UmweltPlan: Integriertes ländliches Entwicklungskonzept für den Landkreis Vorpommern-Greifswald im Auftrag des Landkreises Vorpommern-Greifswald, Berlin / Stralsund, Juni 2015

Bundesverband medizinischer Versorgungszentren und Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e. V., Google 28.8.2015

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Berlin der Bundarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Münster und dem GKV-Spitzenverband, Empfehlungen, Berlin vom 3.8.2009

DIE ZEIT. Der bachelor kommt ans Bett, Ausgabe vom 14.11.2013, S. H 7.

DSK und WIMES: Integriertes ländliches Entwicklungskonzept (ILEK) für den Landkreis Ludwigslust-Parchim, Wismar 2015

DISR, MORO-Projekt *Regionale Daseinsvorsorge*, wissenschaftliche Begleitung zur Erarbeitung der Konzeption für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg, Bereich Pflege, Bad Hersfeld 2013.

Dorin, L., Büscher, A.: Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen. Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe, in: Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U.: Gesundheitsmonitor, Stuttgart 2012. Kooperationsprojekt der Bertelsmann-Stiftung und der BARMER/GEK 2014.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/47 vom 17.6.2015, Heydorn, J.: Handlungsempfehlungen der Enquete-Kommission zu „Mobilität im Alter“.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/36 vom 13.1.2015, difu & planmobil: Abschlussbericht Grundlagenexpertise „Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern“.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/24 (neu) vom 2.12.2013, Kuratorium Deutsche Altershilfe: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern - Teil B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen“, überarbeiteter Endbericht.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/35 (neu) vom 30.1.2015, HGC GesundheitsConsult GmbH: Grundlagenexpertise „Alter, Gesundheit und Pflege“ (Teil 1)

Enquete- Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/33-1 vom 7.10.2014, Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege“.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/25 vom 21.10.2013, Hochschule Neubrandenburg: Grundlagenexpertise „Wohnen im Alter in Mecklenburg-Vorpommern - Teil A: Auswirkungen der demografischen siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungen“, Endbericht.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/38 (neu) vom 17.3.2015: HGC GesundheitsConsult GmbH: Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2) Pflege und Prävention.

Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/7 (neu) vom 11.12.2012, Tiving, T. u. a., Department AGIS „Altern des Individuums und der Gesellschaft“ der Universität Rostock: Überarbeitetes Grundlagenpapier „Lebenssituation Älterer in Mecklenburg-Vorpommern heute“.

Europäische Kommission: Grünbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/?uri=CELEX:2003_0270de01.pdf (18.11.2013)

Hoffmann, Wolfgang und Neeltje van den Berg: Expertise zur aktuellen Situation der medizinischen Versorgung in der Planungsregion Vorpommern im Auftrag des Regionalen Planungsverbandes Vorpommern, Greifswald Mai 2011

2014-2015 Greiving, Flex, Teerfrüchte, Winkel: Fortentwicklung des Zentrale-Orte-Konzeptes Rheinland-Pfalz, im Auftrag Landesplanung von Rheinland-Pfalz.

2014-2015 Greiving, Flex, Teerfrüchte, Winkel: Fortentwicklung des Zentrale-Orte-Konzeptes im Freistaat Bayern, im Auftrag Bayrische Landesplanung.

Gertz Gutsche Rümenapp Stadtentwicklung und Mobilität: Regionalstrategie Daseinsvorsorge Westmecklenburg im Rahmen des MORO-Projekts des BBSR „Aktionsprogramm Regionale Daseinsvorsorge“, Auftraggeber: Regionaler Planungsverband Westmecklenburg, Hamburg 2013

Hess. Minist. f. Soziales u. Gesundheit u. Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Regionaler Gesundheitsreport 2014.

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik: Pflegesozialplanung im Landkreis Ludwigslust-Parchim, Fortschreibung 2014, Köln April 2015

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern: Daten zu Medizinischen Versorgungszentren und Praxisassistenzen in den Lupenregionen, Schwerin 2015

Krämer, S., Kreuz, D., Weng, S.: Land und Leute, Kleine Gemeinden gestalten ihre Zukunft im demografischen Wandel, Wüstenrot Stiftung (Hrsg.), Ludwigsbund 2009.

Landkreis Vorpommern-Greifswald, Stabsstelle Integrierte Sozialplanung: Pflegeplanung für den Landkreis Vorpommern-Greifswald, Greifswald November 2012

Landkreis Vorpommern-Greifswald, Stabsstelle Integrierte Sozialplanung: Pflege- und Seniorenwegweise für den Landkreis Vorpommern-Greifswald, Greifswald November 2014

Lüder, S.: Substitution statt Delegation. Im Rahmen eines Modellversuchs sollen bestimmte ärztliche Leistungen künftig auf Alten- und Krankenpflege übertragen werden, im: Hamburger Ärzteblatt 01/2013, S. 18.

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.): Fortschreibung Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern, Entwurf zur zweiten Stufe des Beteiligungsverfahrens, Schwerin 2015

Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.): Abschlussbericht Modellprojekt Neue Dorfmitte M-V, November 2014

MORO-Projekt (Modellvorhaben der Bundesraumordnung) Regionale Daseinsvorsorge, Hersfeld-Rotenburg, 2013/2014.

MORO-Projekt (Modellvorhaben der Bundesraumordnung) Regionale Daseinsvorsorge, Regionen Coburg, Salzachtal, Spessart, 2013/2014

MORO-Projekt: Effiziente und integrierte Infrastrukturversorgung im ländlichen Raum am Beispiel der Lommatzscher Pflege, Projektbericht, Dresden 2006.

Neumann, K., Gierling, P., Dietzel, J.: Gute Praxis in ambulanter Versorgung, Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele, Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbandes, IGNES Institut, Berlin 2014.

Schade, H.-J.: Hausarztmangel in der Fläche erfolgreich kompensieren, CI Comunomed Institut Gesundheit u. Soziales (Hrsg.), Wiesbaden 2015.

Schade, H.-J.: Hausärztliche Versorgung – qualitativ, www.arztrecht.de, 2012.

Schade & Winkel: Konzept Vulkaneifel zur gesundheitlichen Versorgung und Pflegeversorgung, im Auftrag des Landkreises Vulkaneifel.

Seifert, A.: Seifert, A.: Alter und Gentrifizierung, *Planerin*, 2015/H. 4, S. 54-55.

Spiekermann & Wegener Stadt- und Regionalforschung: Analyse der Erreichbarkeit der Zentralen Orte in Mecklenburg-Vorpommern Studie für das Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, Dortmund Dezember 2013

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Statistisches Informationssystem SIS-Online, <http://sisonline.statistik.m-v.de/>

Stiftung für Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement in Mecklenburg-Vorpommern, <http://www.ehrenamtsstiftung-mv.de/>.

Van den Berg, N., Radicke, F., Stendtz, U., Hoffmann, W.: Versorgungsatlas Vorpommern, Hrsg. Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald März 2015.

Vertrag Region Bünde, Lippe, Marl, Münster, Unna und KV Westfalen-Lippe: Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern in der Region Bünde, Lippe, Marl, Münster und Unna zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund, Vision 1.0, Stand 20.06.2014.

Winkel, R., Greiving, S., Pietschmann, H., Fischer, A., Pfohl, M.; Kennzahlen in der Daseinsvorsorge, Hrsg.: BMVI, BMVI-Online-Publikation 01/2015, Berlin, März 2015.

Winkel, R., Spiekermann, K.: Deutschland in Europa, Ergebnisse des Programms ESPON 2013, H. 4: Demographischer Wandel und Daseinsvorsorge, Bonn 2014

Winkel, R.: Standards der Daseinsvorsorge, Zielerfüllung/Output, in: RaumPlanung 2012, H. 5, S. 50-53.

Winkel, R.: Standards der Daseinsvorsorge, Flexibilisierung und Veränderung der Ländervorgaben, in: *Planerin* 2012, H. 2, S. 55-56.

Winkel, R., Greiving, S., Pietschmann, H.: Standardvorgaben der infrastrukturellen Daseinsvorsorge, Gutachten im Auftrag der Bundesanstalt für Bauwesen und Raumordnung und des Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2008-2010.

Winkel, R., Greiving, S., Klinge, W., Pietschmann, H.: Sicherung der daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzept – gesellschaftliche Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion: Kapitel: Stand der Diskussion um die Sicherung und Weiterentwicklung der öffentlichen Daseinsvorsorge, MORO-Vorhaben 2010;
http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/FP/MORO/Studien/Studie/SicherungDaseinsvorsorge/06_Veroeffentlichung.html

Winkel, R.: Perspektiven der Nahversorgung, in: Nahversorgung Main Kinzig, Dokumentation Vorträge Hinweise, Hrsg. Main-Kinzig-Forum Gelnhausen, S. 21-40, Gelnhausen 2009.

Winkel, R., Greiving, S., Klinge, W., Pfohl, M., Pietschmann, H.: Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzept – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion, Gutachten im Auftrag der Bundesanstalt für Bauwesen und Raumordnung und des Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, 2007-2008.

Winkel, R. : Die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Kommunalfinzen am Beispiel der Lommatzcher Pflege, Untersuchung im Auftrag des Sächsischen Innenministerium, Dresden 2006

Winkel, R.: Auswirkungen des Bevölkerungsrückgangs auf die kommunalen Finanzen, in: ARL Arbeitsmaterialien Bd. 303, Hannover 2003, S. 81-89.

Winkel, R.: Infrastruktur in der Stadt- und Regionalplanung, Frankfurt/New York 1989

Anhang

AH 1

Kennzahlen für Mindestgrößen von Einzelhandelsniederlassungen im ländlichen Raum

- Mind. 700 Einwohner für Nahversorgungsstandort (MORO-SPESSART)
- 5.000 – 10.000 Einwohner (MORO-Salzachtal)
- Nahversorgung EDK unter 400 qm rückläufig (Expertenaussage MORO-Coburg)
- Für kleinflächige Versorgungskonzepte mind. 400 qm (MORO-Coburg)
- >10.000 Einwohner großflächiger Discounter (MORO-Salzachtal)
- 4.000-10.000 Einwohner kleinflächiger Discounter (MORO-Salzachtal)
- 1.000-2.000 Einwohner Lebensmittelgeschäft (MORO-Salzachtal)
- 1.200 Einwohner kleiner Dorfladen, 100-300 qm (Tegut „Lädchen für alles“)(MORO-Coburg), 2.350 €/Einwohner
- 6.000 Einwohner Nahversorgungsladen EDK (MORO-Coburg)
- 3.000 Einwohner Integrationsmarkt (MORO-Salzachtal)
- 2.500-3.000 Einwohner kleinflächiger Supermarkt (MORO-Salzachtal)
- 10.000 Einwohner Getränkemarkt (MORO-Salzachtal)
- 2.000 Einwohner kleiner Drogeriemarkt (MORO-Salzachtal)
- 8.000-20.000 Einwohner großer Drogeriemarkt (MORO-Salzachtal)
- 100-300 qm kleiner Dorfladen (Tegut „Lädchen für alles“)(MORO-Coburg)
- 2.350 €/Einwohner kleiner Dorfladen Flächenproduktivität (*Tegut „Lädchen für alles“*) (MORO-Coburg)
- qm Nahversorgungsladen ca. 6.000 Einwohner EDK (MORO-Coburg)
- 5 Min. Pkw-Fahrzeit für täglichen Bedarf (MORO LK Coburg)
- Erreichbarkeit: 5-20 Min MIV für Nahversorgung akzeptiert, ÖPNV keine Bedeutung (MORO SPESSART)

Sinnvolle Erreichbarkeitskennzahl Nahversorgung 10 Min. für MIV und fußläufig, ÖPNV bedeutungslos (MORO SPESSART)

Quelle: Winkel, R., Greiving, S., Pietschmann, H., Fischer, A., Pfohl, M.; Kennzahlen in der Daseinsvorsorge, Hrsg.: BMVI, BMVI-Online-Publikation 01/2015, Berlin, März 2015.