



Universität Potsdam

Moritz Schnitger

Pflegekonferenzen als geeignetes Instrument zur Optimierung des deutschen Pflegemarktes?

Steuerungspotential lokaler Politiknetzwerke im Rahmen von Wohlfahrtsmärkten

Schriftenreihe für Public und Nonprofit Management

Moritz Schnitger

**Pflegekonferenzen als geeignetes Instrument zur
Optimierung des deutschen Pflegemarktes?**

Steuerungspotential lokaler Politiknetzwerke im Rahmen
von Wohlfahrtsmärkten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.de/> abrufbar.

Universitätsverlag Potsdam 2011

<http://info.ub.uni-potsdam.de/verlag.htm>

Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam
Tel.: +49 (0)331 977 4623 / Fax: 3474
E-Mail: verlag@uni-potsdam.de

Die **Schriftenreihe für Public und Nonprofit Management** wird herausgegeben vom Lehrstuhl für Public und Nonprofit Management der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam.

ISSN (Online) 2190-4561

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert:
Namensnennung – Keine Kommerzielle Nutzung – Weitergabe zu gleichen Bedingungen
3.0 Deutschland

Um die Bedingungen der Lizenz einzusehen, folgen Sie bitte dem Hyperlink:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/de/>

Zugl.: Potsdam, Univ., Diplomarbeit, 2010

Gutachter:
Prof. Dr. Isabella Proeller
Prof. Dr. Werner Jann

Online veröffentlicht auf dem Publikationsserver der Universität Potsdam
URL <http://pub.ub.uni-potsdam.de/volltexte/2011/5256/>
URN [urn:nbn:de:kobv:517-opus-52567](http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus-52567)
<http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:517-opus-52567>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Relevanz des Themas	1
1.2 Forschungsstand.....	3
1.3 Forschungsfragen	7
1.4 Struktur der Arbeit.....	9
2 Methodik.....	11
2.1. Analyseraster	11
2.1.1. Herausforderungen der Steuerung	13
2.1.2. Steuerungs-begriff.....	14
2.1.2.1. Einzelprozessbezogener Steuerungs-begriff	16
2.1.2.2. Politikfeldbezogener Steuerungs-begriff	20
2.1.3. Verwendung des Steuerungs- statt des Governance-Begriffs....	22
2.2. Zentrale Begriffe	23
2.2.1. Altenpflege	24
2.2.2. Soziale Dienstleistungen.....	25
2.2.3. Wohlfahrtsmärkte	30
2.2.4. Politiknetzwerke	33
3 Politikfeld Altenpflege	37
3.1. Ausgestaltung des sozialstaatlichen Dreiecks	38
3.2. Steuerungs- und Koordinationssystem des Pflegemarkts	41
3.2.1. Steuerungsprozess	42
3.2.2. Produktions- und Allokationsprozesse	45
4 Steuerungsdefizite des Pflegemarktes	50
4.1 Angebotsdifferenzierung	50
4.1.1 Steuerungsherausforderungen	51
4.1.2 Steuerungsleistungen des Pflegemarktes.....	52
4.2 Integrierte Versorgung	54
4.2.1 Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Pflegesystem	55
4.2.2 Steuerungsherausforderungen	56
4.2.3 Steuerungsleistungen des Pflegemarktes.....	59

5	Einzelfallstudie: Steuerungsleistungen der Pflegekonferenz der Stadt Herne	61
5.1	Steuerung von Pflegekonferenzen durch das nordrheinwestfälische Steuerungssystem	61
5.1.1	Pflegekonferenzenspezifische Vorgaben des Landespflegegesetzes	61
5.1.2	Unterstützende Aspekte der Grundausrichtung des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems	62
5.2	Fallauswahl	64
5.3	Lokales Koordinationssystem	66
5.4	Forschungsdesign	70
5.5	Evaluation der Steuerungsleistungen	72
5.5.1	Grundcharakter der Interaktionen innerhalb der KPS	73
5.5.2	Angebotsdifferenzierung	74
5.5.3	Integrierte Versorgung	76
5.5.4	Sonstige Steuerungsleistungen	77
5.5.5	Abschließende Bewertung	78
6	Analyse	81
6.1	Erklärungsfaktoren der Steuerungsleistungen	81
6.1.1	Die KPS grundsätzlich stützende (notwendige) Faktoren	82
6.1.2	Einzelne Steuerungsleistungen erklärende (hinreichende) Faktoren.....	85
6.1.3	Zusammenfassung und Analyse der zentralen Erklärungsfaktoren	88
6.2	Erklärungsfaktoren der Steuerungsdefizite	89
6.2.1	Angebotsdifferenzierung	89
6.2.2	Integrierte Versorgung	91
6.2.2.1	Schnittstelle niedergelassene Ärzte	91
6.2.2.2	Schnittstelle Krankenhäuser	97
6.2.3	Ambulanter Sektor	99
6.2.4	Zusammenfassung und Analyse der zentralen Erklärungsfaktoren	103
7	Fazit	106
7.1	Das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen und seine Erklärungsfaktoren	106
7.2	Offene Fragen	108
7.3	Ausblick auf zukünftige Entwicklungen	109
7.4	Bewertung des Analyserasters	111
	Literaturverzeichnis	113
	Anhang	133

A Interviewleitfaden	134
B Verzeichnis der Interviewpartner.....	136
C Tabellen	137
C.1 Anteil Träger an Pflegeplätzen zum Jahresende 2007	137
C.2 Prozentuale Verteilung Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2007.....	137
C.3 Prozentuale Verteilung der Pflegestufen unter den professionell betreuten Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung Ende 2007 	137

Abkürzungsverzeichnis

AG	-	Arbeitsgemeinschaft
AOK	-	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASB	-	Arbeiter-Samariter-Bund
AZI	-	Akteurzentrierter Institutionalismus
BMFSFJ	-	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	-	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	-	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
BRD	-	Bundesrepublik Deutschland
DNEbM	-	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DNQP	-	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EU	-	Europäische Union
GKV	-	Gesetzliche Krankenversicherung
GRS	-	Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V
HzP	-	Hilfen zur Pflege
IV	-	Integrierte Versorgung
KPS	-	Konferenz für Pflegeinfrastruktur und Seniorenpolitik der Stadt Herne
LIGA	-	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
MAGS	-	Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MDK	-	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MuG	-	Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung
NRW	-	Nordrhein-Westfalen
OECD	-	Organisation for Economic Co-operation and Development
PAS	-	Politisch-Administratives System
PfG NW	-	Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen
PVG	-	Pflegeversicherungsgesetz
PWG	-	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
SÄVIP	-	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
SGB	-	Sozialgesetzbuch
SVR	-	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Einflussfaktoren Handlungsorientierung	18
Abb. 2: Einzelprozessbezogener Steuerungsbe­griff	20
Abb. 3: Politikfeldbezogener Steuerungsbe­griff	22
Abb. 4: Finanzierungsquellen bezogen auf Gesamtausgaben für stationäre und ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen für das Jahr 2001	41
Abb. 5: Anteil Kostenträger nach Versorgungsformen	41
Abb. 6: Steuerungsprozess Politikfeld Altenpflege.....	42
Abb. 7: Auswahlkriterien der Einzelfallstudie	66
Abb. 8: Organisations- und Mitgliederstruktur der Pflegekonferenz der Stadt Herne	69
Abb. 9: Steuerungsleistungen der Pflegekonferenz der Stadt Herne	79
Abb. 10: Erklärungsfaktoren Steuerungsleistungen	89
Abb. 11: Erklärungsfaktoren Steuerungsdefizite	103

1 Einleitung

1.1 Relevanz des Themas

Altenpflege als Politikfeld hat bis in die 90er Jahre hinein ein Nischendasein in Deutschland sowie der Mehrzahl der europäischen Wohlfahrtsstaaten geführt. Das gilt sowohl für die öffentliche Sozialstaatsdebatte als auch den Diskurs innerhalb der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrtsstaatsforschung (Alber 1995: 132; Anttonen/Sipilä 1996: 88; Abrahamson 1999: 409; Ascoli / Ranci 2002b: 227; Bahle 2008: 42). Pflegeleistungen wurden größtenteils im familiären Rahmen durch nahe Angehörige erbracht und organisiert, sodass die Absicherung des sozialen Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit nicht in den Aufgabenkern traditioneller Wohlfahrtsstaaten fiel. Fernab der Absicherung der klassischen vier Lebensrisiken des Erwerbslebens durch den Wohlfahrtsstaat¹ wies das Politikfeld Altenpflege dementsprechend einen vergleichsweise geringen Institutionalisierungsgrad auf. Dieser äußerte sich in einem geringen Finanzvolumen für die Übernahme staatlicher Aufgaben in diesem Bereich und demzufolge gering ausgebauten professionellen Betreuungsinfrastrukturen² sowie tendenziell kommunalen Steuerungszentren mit eher geringer Steuerungsintensität gegenüber den leistungserbringenden Organisationen und Professionen (Bahle / Pfenning 2001: 73; Le Grand 2003: 4ff, 49; Taylor-Gooby 2004: 2; Bode 2006: 554; Bahle 2007: 33f).

Erst im Verlauf der 90er Jahre stieß Altenpflege zum wohlfahrtsstaatlichen Aufgabenkern als finanziell und leistungsstrukturell abzusicherndes Lebensrisiko hinzu. Zurückzuführen ist diese europaweite Entwicklung auf die Abnahme des familiären Pflegepotentials bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils Pflegebedürftiger, wodurch die Forderung nach Ausbau und sozialstaatlicher Finanzierung professioneller Pflegedienstleistungen Eingang in die öffentliche Sozialstaatsdebatte fand. Hintergrund war der demographische Wandel in Verbindung mit der Veränderung familiärer Strukturen. Einer zunehmenden Anzahl Pflegebedürftiger standen immer weniger pflegende Lebenspartner und nahe Angehörige gegenüber. Zudem verminderte sich deren Pflegepotential zunehmend durch verschiedene familienstrukturelle Faktoren, wie z.B. die erhöhte Erwerbstätigkeit von Frauen, denen traditio-

¹ Zu den klassischen vier Lebensrisiken zählen Alter, Unfall, Krankheit und Arbeitslosigkeit, in deren Absicherung staatlicherseits durch Versicherungs- und Leistungsstrukturen eingegriffen wurde (Bahle 2007: 34).

² Eine Ausnahme bilden die skandinavischen Wohlfahrtsstaaten (Schweden, Dänemark, Finnland), in denen schon frühzeitig mit dem Ausbau sozialer Dienste begonnen wurde, sodass diese bereits 1980 1,77% ihres BIP für Alten- und Behindertenpflegedienstleistungen bzw. 1,6% für Familiendienstleistungen im Vergleich zu den 0,65 bzw. 0,55% des EU-15 Durchschnitts ausgaben (Taylor-Gooby 2004: 16 auf Basis von OECD 2001a Social Expenditure Database).

nell die Rolle der Hauptpflegeperson innerhalb der Familien zukam (Bahle / Pfenning 2001: 2; Taylor-Gooby 2004: 1ff).

Dieser Bedarf nach Ausbau professioneller Pflegedienstleistungen traf in den 90er Jahren jedoch auf zwei zentrale Problematiken. Zum einen standen die europäischen Wohlfahrtsstaaten nach dem „goldenen Zeitalter“ der 60er und 70er Jahre unter erheblichen Konsolidierungszwängen in Bezug auf ihre Sozialausgaben. Forderungen nach einem Ausbau staatlicher Pflegeleistungen trafen demzufolge auf eine allgemeine Sozialstaatsdebatte, die zunehmend durch Fragen der Haushaltskonsolidierung dominiert wurde (Barlett et al. 1998: 2; Pierson 2001: 99; Le Grand 2003: 4). Zum anderen wurden den professionellen Altenpflegesystemen bzw. der Gesamtheit der bestehenden sozialen Dienstleistungssysteme massive Effizienz- sowie Effektivitätsdefizite attestiert. Weder waren die sozialen Dienstleistungssysteme in der Lage ihre Ausgaben zu kontrollieren, noch waren die Leistungserstellungsprozesse durch eine hohe Bedarfsorientierung in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten bzw. Leistungsempfänger gekennzeichnet. Effizienzdefizite wurden der hierarchischen Organisation bzw. der geringen Steuerungsintensität gegenüber den staatlichen und wohlfahrtsverbandlichen Leistungserbringern zugeschrieben (Sehested 2002: 1514ff; Bode 2004: 17ff; Bahle 2007: 332). In Bezug auf die mangelnde Effektivität hingegen wurde die Rigidität bürokratischer Reaktionsmuster von Wohlfahrtsverbänden und Sozialbürokratien sowie die Dominanz der Sozialprofessionen in der Problemdefinition und Maßnahmenentwicklung kritisiert (Pierson 1991: 94f; LeGrand 2003: 74ff; Evers / Laville 2004: 33; Taylor-Gooby 2004: 131ff; Munday 2007: 11). Wohlfahrtsstaaten sahen sich in den 90er Jahren daher einer Situation gegenüber, in der steigende Forderungen in Bezug auf die wohlfahrtsstaatliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit sowie eine Erhöhung der „Klientenorientierung“ in der Dienstleistungserbringung auf grundlegende Konsolidierungszwänge und dementsprechende Forderungen nach Effizienzerhöhung trafen. Es stellte sich somit die Frage, wie soziale Dienste verstärkt ausgebaut werden können und dabei deren Qualität gesteigert werden kann, wenn gleichzeitig deren Kosten minimiert werden müssen (Ascoli / Ranci 2002b: 225; Bahle 2007: 17).

Als Lösung dieser Problematik wurde in der Wahl der Steuerungssysteme europaweit auf die verschiedensten Formen von Wohlfahrtsmärkten zurückgegriffen. So auch bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland 1995, welche die Etablierung eines staatlichen Versicherungssystems in Kombination mit einer Vermarktlichung der Produktions- und Allokationsprozesse pflegerischer Dienstleistungen beinhaltete. Durch die Etablierung von Wettbewerb um Pflegebedürftige zwischen den Anbietern versprach man sich, analog zu den Entwicklungen in anderen sozialen Dienstleistungsbereichen bzw. europäi-

schen Wohlfahrtsstaaten, sowohl eine Erhöhung der Effizienz als auch der Effektivität bzw. „Kundenorientierung“ in den Prozessen der Dienstleistungsproduktion und -allokation (Ascoli / Ranci 2002b: 225).

Erfolge können Wohlfahrtsmärkte wie der deutsche Pflegemarkt dabei oftmals in der Verwirklichung der meist dominierenden Effizienzziele in Form von grundlegender Kostenkontrolle vorweisen. Hinsichtlich der Effektivitätsziele dagegen weisen sie zum Teil erhebliche Steuerungsdefizite auf. Vor allem die Spezifik sozialer Dienstleistungen, insbesondere bezüglich der tendenziellen Unsouveränität von Leistungsempfängern als Kunden, hat verschiedene Defizite zur Folge. Im Fall des deutschen Pflegemarktes äußern sich diese insbesondere in Form eines wenig differenzierten Angebots und einer nur gering integrierten Versorgung an den Schnittstellen zwischen pflegerischer und medizinischer Versorgung.

Als Lösung solcher Steuerungsdefizite von Wohlfahrtsmärkten werden im Rahmen von sozialpolitischen Debatten und sozialwissenschaftlicher Forschung oftmals Politiknetzwerke auf kommunaler Ebene propagiert. Diese sollen im Umfeld lokaler Märkte für Handlungskoordination zwischen prinzipiell autonomen Akteuren sorgen, die über den Koordinationsmechanismus Wettbewerb hinausgeht. In der Diskussion um die Defizite des deutschen Pflegemarktes haben sich daher Pflegekonferenzen als vielversprechendes Koordinationsinstrument zum Zweck der Steuerung der lokalen Produktions- und Allokationsprozesse etabliert (Roth 1999: 436; Evers / Rauch 2000: 122f; BMFSFJ 2004: 194ff; Runder Tisch Pflege 2005: 21f; Schneekloth / Wahl 2005: 237; Ollenschläger 2007: 64). Wie in der anschließenden Aufbereitung des Forschungsstandes zu zeigen sein wird, ist deren tatsächliches Steuerungspotential bzw. deren Potential zur Optimierung des Pflegemarktes bisher weitgehend unklar geblieben und soll daher im Rahmen dieser Arbeit eingehend untersucht werden.

1.2 Forschungsstand

Bei der Wiedergabe des Forschungsstandes zum Thema dieser Arbeit werden neben den Ergebnissen nationaler Studien zu Pflegekonferenzen und deren Steuerungsleistungen auch der Forschungsstand der internationalen, englischsprachigen Literatur zu lokalen Politiknetzwerken im Umfeld von Pflegemärkten sowie die Erkenntnisse nationaler und internationaler Studien in Hinblick auf die Kombination von Wohlfahrtsmärkten und lokalen Politiknetzwerken im Bereich sozialer Dienstleistungen dargestellt. In der Auswertung relevanter Forschungsergebnisse werde ich mich auf die einschlägige Literatur in den Forschungs-

feldern soziale Dienstleistungen, Wohlfahrtsmärkte, Wandel von Wohlfahrtsstaaten und Drittsektorforschung konzentrieren.

Den nachfolgend zu beschreibenden nationalen Forschungsstand hinsichtlich der Steuerungsleistungen von Pflegekonferenzen und deren Erklärungsfaktoren stellen die Ergebnisse der Studien von Rosendahl (1999), Hellmer und Krüsemann (2005) sowie Och und Pfau-Effinger (2008) dar. Zwar lassen sich in der einschlägigen Literatur weitere Experten-Aussagen finden, die jedoch wenig differenziert ausfallen und zudem meist eher den Charakter normativer Forderungen besitzen, sodass sie wenig zur Spezifizierung des Erkenntnisinteresses und zur Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit beitragen konnten. Rosendahls Erkenntnisse beziehen sich auf die explizite Wirkungsanalyse eines Samples von 12 nordrheinwestfälischen Kommunen bzw. deren Pflegekonferenzen in den Jahren 1995 bis 1998, also direkt nach Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (PVG) und noch innerhalb dessen Umsetzungsphase. Die zentralen Erkenntnisse dieser Studie lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass die Steuerungsleistungen der Pflegekonferenzen zum Zeitpunkt der Studiendurchführung als gering zu bewerten seien, da „Informationsweitergabe sowie Diskussionen über Problembereiche der pflegerischen Versorgung zwar einen hohen Stellenwert einnehmen“, „Verfahrensabstimmungen und Beschlüsse bzw. Empfehlungen hingegen jedoch eher selten sind“ (Rosendahl 1999: 226; 234; 250). Dies wird allerdings mit dem frühen Zeitpunkt der Erhebungsphase während der Konsolidierungsphase des gesamten Pflegesektors erklärt, sodass für die Zukunft, laut Rosendahl, höhere Steuerungsleistungen zu erwarten seien (ebd. 255-259). Zudem kommt die Studie hinsichtlich der organisatorischen Ausgestaltung von Pflegekonferenzen zu dem Ergebnis, dass hierzu keinerlei Empfehlungen ausgesprochen werden können, da dies zu abhängig von lokalspezifischen Faktoren sei. Generell spielten der Studie zufolge jedoch die Moderatoren solcher Pflegekonferenzen bzw. deren Engagement, deren Akzeptanz unter den lokalen Akteuren sowie deren Einbettung in die Kommunalverwaltungsstrukturen eine zentrale Rolle hinsichtlich der Steuerungswirkung (ebd. 238).

Im Rahmen einer Untersuchung des Wandels der lokalen Steuerungsebene im Pflegesektor anhand vierer niedersächsischer Kommunen, kommen Hellmer und Krüsemann für den Erhebungszeitraum 2003-2004 zu der zentralen Erkenntnis, dass lokale Politiknetzwerke in Form von Pflegekonferenzen in Niedersachsen kaum Steuerungswirkung entfalten. Ausnahmen treten meist lediglich als Folge nachwirkender korporatistischer Strukturen auf. Als zentralen Erklärungsfaktor führen sie die fehlende institutionelle Stützung der lokalen Koordinationsstrukturen durch eine landesgesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung und Teilnahme von bzw. an Pflegekonferenzen an. Darauf aufbauend identifizieren und prog-

nostizieren sie eine Auflösung der noch bestehenden Netzwerkstrukturen unter dem Einfluss der geschaffenen Marktstrukturen. Begründet wird dies mit der negativen Wirkung der im Rahmen des Wettbewerbs erzeugten Konkurrenz auf die Koordinationsbereitschaft der Akteure. Abschließend empfehlen sie die Orientierung am nordrheinwestfälischen Modell, welches als einziges Bundesland solch eine landesgesetzliche Verpflichtung vorsieht (Hellmer / Krüsemann 2005: 212f)³.

Die aktuellste Studie stellt die Erprobung eines Analyserasters für den Vergleich von „Governance Structures in Local Social Policy“ am Beispiel des Pflegesektors durch Och und Pfau-Effinger (2008) dar. Im Rahmen einer komparativen Analyse eines 4-Kommunen-Samples für den Erhebungszeitraum 2006-2008 identifizieren sie im Gegensatz zu den vorangegangenen beiden Studien nicht nur reinen Informationsaustausch als Ergebnis von Pflegekonferenzen. Vielmehr wird das äußerst positive Fazit gezogen, dass Verhandlungen die dominante Form der Handlungskoordination zwischen den Akteuren darstellen (ebd. 25), welche auf Basis der steuerungstheoretischen Literatur dem Netzwerktypus zugeordnet werden. Bei näherer Betrachtung der von ihnen angeführten Steuerungsergebnisse dieser netzwerkbasierenden Verhandlungen stellt sich jedoch heraus, dass sich ein Großteil dieser nicht auf die Steuerung der Produktions- und Allokationsprozesse der professionellen Altenpflege beziehen, sondern auf die kommunal finanzierte Offene Altenhilfe⁴ (ebd. 15-25). Die einzigen Steuerungsleistungen, die im Bereich der professionellen Altenpflege in einer der untersuchten Kommunen identifiziert wurden, lassen sich zudem auf die Implementation eines Landesförderungsprogramms zum Ausbau der Pflegeinfrastruktur zurückführen, welches den Kommunen zentrale Funktionen bei der Verteilung der Gelder übertrug (ebd. 23f)⁵. Zudem verschwanden diese Steuerungsleistungen nach dem Auslaufen des Förderungsprogramms (ebd. 24), sodass insgesamt auch für diese Studie festgestellt werden kann, dass Steuerungsleistungen durch Pflegekonferenzen bzw. vergleichbare lokale Strukturen in Bezug auf die Beeinflussung der Produktions- und Allokationsprozesse in der Erbringung professioneller Pflegedienstleistungen nicht empirisch

³ Seit 2006 besitzt auch Rheinland-Pfalz solch eine landesgesetzliche Verpflichtung.

⁴ Unter dem Begriff **Offene Altenhilfe** fallen kommunale Aufgaben in Form von Einrichtungen, Maßnahmen, Angebote und Veranstaltungen in den Bereichen der allgemeinen Beratung, des Wohnens, der Freizeitgestaltung und Beschäftigung (Wollmann 2008: 147f). Diese sollen neben den professioneller Pflegeleistungen generell dazu beitragen „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (§71 SGB XII).

⁵ In den Jahren 1995 - 2004 gewährte der Bund den ostdeutschen Bundesländern Investitionshilfen zur Modernisierung der größtenteils maroden Pflegeinfrastruktur (BMG 2010: 5), in deren Rahmen auch das beschriebene Landesförderungsprogramm und die damit verbundene kommunale Steuerungsmöglichkeiten einzuordnen sind.

nachgewiesen werden konnten. Erklärungsfaktoren hierfür wurden in diesem Fall jedoch nicht angeführt.

Bei Durchsicht der internationalen, englischsprachigen Literatur ließen sich wider Erwarten keinerlei Studien mit Fokus auf lokale, pflegpolitische Politiknetzwerke im Rahmen von vergleichbaren Wohlfahrtsmärkten mit Relevanz für diese Arbeit finden. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass die internationale Literatur in diesen Forschungsbereichen tendenziell einen Makro-Fokus in der Analyse der Steuerungssysteme der Staaten aufweist. Entsprechend werden zumeist die Spezifika der nationalen Steuerungsebene bzw. des Gesamtsystems untersucht, ohne explizit auf die Besonderheiten der lokalen Steuerungsebene einzugehen. Zum anderen gibt es im internationalen Kontext nur eine begrenzte Anzahl von Pflegemärkten mit vergleichbarer Konsumentensouveränität⁶, was eine vergleichbare Akteursstruktur auf lokaler Ebene gewährleisten hätte. In vielen Staaten gestalten sich die Wohlfahrtsmärkte auf lokaler Ebene als Wettbewerb der Anbieter um Aufträge der kommunalen Sozialämter⁷, weshalb der Charakter der Beziehungen und die Steuerungsintentionen etwaiger Pflegekonferenzen zu große Unterschiede aufweisen. Darüber hinaus ergibt sich bei den wenigen Studien über lokale Politiknetzwerke in vergleichbaren Pflegemärkten die Problematik, dass ein akteurbezogener Analysefokus⁸ gewählt wurde, wodurch sich die identifizierten Erklärungsvariablen insbesondere auf Fragen des Netzwerkmanagements⁹ durch Kommunen als Moderatoren konzentrieren. Demzufolge gehen die Erkenntnisse dieser Studien nicht wesentlich über die Ergebnisse von Rosendahls Arbeit hinaus, oder können aufgrund ihrer Generalität, wie z.B. Vertrauen zwischen den Netzwerk-Akteuren als zentrale Erfolgsbedingung, wenig Erhellendes zur Fragestellung dieser Arbeit beitragen (vgl. z.B. Hout et al 2007: 14f).

Auch bei Ausweitung der Suche nach lokalen Politiknetzwerken im Rahmen von Wohlfahrtsmärkten auf alle Formen von sozialen Dienstleistungen, ergibt sich die Problematik einer zumeist sehr viel weitgehender eingeschränkten Konsumentensouveränität als im deutschen Pflegemarkt, entweder als Folge des Zustandes der Dienstleistungsempfänger oder aufgrund der Ausgestaltung der Wohlfahrtsmärkte. Hierdurch fehlt es wiederum an vergleichbaren lokalen Koordinationsstrukturen, sodass keinerlei relevante Studien in der nationalen wie internationalen Literatur identifiziert werden konnten.

⁶ Zum genauen Verständnis des Begriffs „Konsumentensouveränität“ siehe Abs. 2.2.2.

⁷ So z.B. in England und Schweden (Fotaki / Boyd 2005).

⁸ Zum genauen Verständnis des Begriffs „akteurbezogen“ siehe Abs. 2.1.

⁹ Das Konzept **Netzwerk-Management** kann sehr weit gefasst werden (vgl. Kickert et al. 1997). In dieser Arbeit sollen hierunter jedoch vor allem das institutionelle Design, insbesondere im Sinne der organisatorischen Ausgestaltung der Strukturen des Netzwerks, sowie das Process-Management, im Sinne der Beeinflussung des Agenda-Setting (Klijn / Edelenbos 2007: 201-211), durch die Netzwerkakteure selbst und besonders durch Akteure mit Moderationsfunktion, wie z.B. Kommunalverwaltungen, verstanden werden.

Der demzufolge auf den nationalen Pflegemarkt begrenzte Forschungsstand kann derart zusammengefasst werden, dass das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen auf die Produktions- und Allokationsprozesse professioneller Altenpflege bisher nicht empirisch nachgewiesen werden konnte. Zwar konnten steuerungssystemische Faktoren¹⁰ als Erklärungsvariablen identifiziert werden, deren Erklärungskraft wurde jedoch nicht systematisch untersucht. Zudem weisen Hellmer und Krüsemann auf den negativen Einfluss des Hauptkoordinationsinstruments Markt als gravierendem Hindernis für die Erzeugung von Steuerungsleistungen durch Pflegekonferenzen hin, was auch durch verschiedene Einzelaussagen in der Literatur unterstützt wird (vgl. z.B. Pabst 2002: 216f). Forschungslücken ergeben sich also in Bezug auf die potentiellen Steuerungsleistungen von Pflegekonferenzen, sowie auf die Erklärungskraft steuerungssystemischer (fehlende landesgesetzliche Verpflichtung) bzw. koordinationsystemischer (negativer Einfluss des Marktes auf Netzwerke) Erklärungsvariablen.

1.3 Forschungsfragen

Das grundlegende Erkenntnisinteresse dieser Diplomarbeit gestaltet sich als zweiteilige Forschungsfrage:

- 1) Inwieweit stellt der Einsatz von Pflegekonferenzen eine Möglichkeit zur Erhöhung der Steuerungsleistungen des Pflegemarktes dar?**
- 2) Welche Faktoren haben hierbei zentrale Erklärungskraft?**

Die grundlegende Frage nach dem Steuerungspotential von Pflegekonferenzen ergibt sich aus den beschriebenen Lücken in der Forschungsliteratur in Verbindung mit der eingangs dargestellten Propagierung des Instruments in der sozialpolitischen wie sozialwissenschaftlichen Debatte. Die Frage nach den Erklärungsfaktoren für das noch zu ermittelnde Steuerungspotential ergibt sich ebenfalls aus den identifizierten Forschungslücken und umfasst im Detail drei Teilaspekte.

Zunächst einmal sollen bei Beantwortung der zweiten Forschungsfrage steuerungs- und koordinationsystemische Faktoren unterschieden werden. Dies beinhaltet von vornherein eine Vernachlässigung von akteurzentrierten Variablen wie dem Netzwerk-Management durch die Kommunen. Begründen lässt sich dies mit den bereits beschriebenen Ergebnissen aus Rosendahls Untersuchung. Zwar weisen diese auf die grundsätzliche Relevanz von

¹⁰ Zum genaueren Verständnis der Begriffe „steuerungssystemisch“ und „koordinationsystemisch“ siehe Abs. 2.1.

Faktoren wie der organisatorischen Ausgestaltung oder der Moderationsfunktion von Kommunalverwaltungen hin. Aufgrund deren eingeschränkter Generalisierbarkeit lässt eine erneute Untersuchung jedoch wenig weitergehenden Erkenntnisgewinn erwarten. Zudem kann zu grundlegenden Fragen des optimalen Netzwerk-Managements auf die Erkenntnisse der einschlägigen netzwerktheoretischen Literatur zurückgegriffen werden¹¹.

Die Konzentration auf steuerungssystemische Erklärungsfaktoren hingegen lässt sich mit den Ergebnissen von Hellmer und Krüsemann begründen. Wie zuvor erläutert, schreiben sie diesen sowohl zentrale Erklärungskraft für die geringen Steuerungsleistungen in niedersächsischen Kommunen als auch für vermeintlich höhere in nordrheinwestfälischen Kommunen zu. Diese Vermutung wird auch durch eine randständige Aussage Rosendahls (1999: 148) gestützt, wonach „mit dem Grad der Verbindlichkeit zur Einrichtung von Kooperationsgremien gleichzeitig auch die Wirkungsweise und der Einfluss dieser Gremien prinzipiell steigen kann“.

Darüber hinaus wirft die Identifizierung des Marktes als zentralem Erklärungsfaktor für die geringen Steuerungsleistungen der niedersächsischen Pflegekonferenzen im Rahmen der Niedersachsenstudie die grundlegend theoretische Frage nach der Kombinierbarkeit von Märkten und Netzwerken auf, welche in der aktuellen Steuerungs- bzw. Governance-theoretischen Literatur unter dem Label „Metagovernance“ verhandelt wird (vgl. Jessop 2002)¹². Existieren beiden Koordinationsinstrumenten inhärente Mechanismen, die deren Kombination in bestimmten Situationen ausschließen, beispielsweise im Bereich der Koordination der Produktions- und Allokationsprozesse professioneller pflegerischer Dienstleistungen? Abgesehen von der Fokussierung auf steuerungssystemische Erklärungsvariablen sollen daher auch koordinations-systemische Faktoren untersucht werden.

Zuletzt soll in Bezug auf die steuerungssystemischen Faktoren deren Zuordnung zu den einzelnen Steuerungsebenen und Akteuren des Pflegemarktes herausgearbeitet werden. Konkret interessieren hier die Steuerungsmöglichkeiten von Ländern und Kommunen bei der Stützung von Pflegekonferenzen in ihren Funktionen. Dies ergibt sich aus dem grundsätzlichen Anspruch dieser Arbeit als Entscheidungshilfe für (Steuerungs-)Akteure auf Landes- oder kommunaler Ebene zu dienen, welche im bestehenden institutionellen Rahmen des Pflegemarktes dessen Steuerungsleistungen erhöhen wollen. Die Arbeit nimmt daher die Perspektive eines Steuerungs-subjektes ein, welches vor der Entscheidung steht,

¹¹ Vgl. z.B. Kickert et al. (1997) oder Klijn / Edelenbos (2007).

¹² Die in dieser Arbeit verwandte Metagovernance-Konzeption ist nicht zu verwechseln mit dem in Teilen der netzwerktheoretischen Literatur gebrauchten Metagovernance-Begriff zur Behandlung von Fragen des Netzwerk-Managements (vgl. z.B. Sørensen / Torfing 2007).

ob es hierzu die Einrichtung einer Pflegekonferenz fördern soll und wenn ja, welche Erfolgsfaktoren dabei zu berücksichtigen sind bzw. wie es diese beeinflussen kann.

Zusammenfassend lassen sich die drei Teilforschungsfragen der zweiten Forschungsfrage folgendermaßen formulieren:

2a) Welche Erklärungskraft hinsichtlich des Steuerungspotentials von Pflegekonferenzen haben steuerungssystemische Faktoren?

2b) Welche Erklärungskraft hinsichtlich des Steuerungspotentials von Pflegekonferenzen haben koordinationsystemische Faktoren?

2c) Welche Möglichkeiten haben Akteure auf Landes- und kommunaler Ebene um das ermittelte Steuerungspotential von Pflegekonferenzen auszuschöpfen?

1.4 Struktur der Arbeit

Den methodischen Kern der Arbeit bildet eine strukturelle Politikfeldanalyse¹³ des deutschen Pflegemarktes in Verbindung mit einer empirischen Erhebung der Steuerungsleistungen einer nordrheinwestfälischen Pflegekonferenz. Um hierbei den analytischen Fokus auf steuerungs- wie koordinationsystemische Erklärungsfaktoren zu lenken, wird zudem ein spezifisches Analyseraster als deren Basis entwickelt. Grundidee der Verbindung von Politikfeldanalyse und empirischer Erhebung ist es, auf Basis der identifizierten Steuerungsleistungen einer Pflegekonferenz die Erklärungskraft der herausgearbeiteten steuerungs- und koordinationsystemischen Strukturen zu bewerten. Zudem ermöglicht eine empirische Erhebung Experteneinschätzungen über die Erklärungskraft einzelner Faktoren einzuholen. Die Wahl einer nordrheinwestfälischen Kommune hingegen erlaubt es, das womöglich volle Steuerungspotential von Pflegekonferenzen, unter den nach Hellmer und Krüsemann optimalen Bedingungen des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems, zu ermitteln, bzw. deren Einfluss auf das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen zu evaluieren.

Die strukturelle Politikfeldanalyse unterteilt sich dabei in eine Analyse des deutschen Pflegemarktes sowie der Charakteristika des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems in Bezug auf die Stützung von Pflegekonferenzen. Die empirische Erhebung der Steuerungsleistungen hingegen wird in einer Einzelfallstudie vollzogen und auf die Steuerungsbereiche Angebotsdifferenzierung und integrierte Versorgung konzentriert, welche zentrale

¹³ Zur genauen Bedeutung des Begriffs Strukturelle Politikfeldanalyse vgl. Abs. 2.1.

Steuerungsdefizite des Pflegemarktes darstellen und als zentrale Steuerungsaufgaben von Pflegekonferenzen in Literatur und Gesetzen beschrieben werden.

Im Detail gestaltet sich die Struktur der Arbeit dementsprechend in folgender Weise:

Zunächst wird in Abschnitt 2 („Methodik“) das anzuwendende Analyseraster vorgestellt und die zentral zu nutzenden Begriffe herausgearbeitet. Auf dieser Basis schließt sich in Abschnitt 3 („Politikfeld Altenpflege“) die strukturelle Analyse des Politikfelds Altenpflege an. In Abschnitt 4 („Steuerungsdefizite des Pflegemarktes“) sollen die beiden zentralen Steuerungsdefizite des Pflegemarktes, die geringe Differenzierung des Dienstleistungsangebots und die ungenügend integrierte Versorgung der Pflegebedürftigen, als Vorbereitung für die sich anschließende empirische Erhebung der Steuerungsleistungen der Pflegekonferenz der Stadt Herne herausgearbeitet werden. Jener Abschnitt 5 („Einzelfallstudie“) beinhaltet zunächst die Analyse des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems, damit diese im folgenden Abschnitt 6 („Analyse“) gemeinsam mit den steuerungs- und koordinations-systemischen Strukturen des Pflegemarktes zur Erklärung der erhobenen Steuerungsleistungen herangezogen werden können. Im abschließenden siebten Abschnitt („Fazit“) soll auf Basis der Analyse dann endgültig das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen bewertet werden, die Erklärungsfaktoren hierfür entlang des Analyserasters zusammengefasst werden und die Steuerungsmöglichkeiten von Ländern und Kommunen aufgezeigt werden.

In ihrer Grundausrichtung gestaltet sich diese Arbeit daher als klassische verwaltungswissenschaftliche Implementationsstudie. Ausgangspunkt ist die Frage nach der Zielerreichung (Angebotsdifferenzierung / integrierte Versorgung) eines politischen Programms (Pflegeversicherung), wobei der Einfluss eines spezifischen Elements (Pflegekonferenz) des zu diesem Zweck etablierten Steuerungs- und Koordinationssystems (Pflegemarkt) evaluiert werden soll. Die sieben Abschnitte dieser Arbeit konzentrieren sich dabei auf die Steuerung der Produktions- und Allokationsprozesse professioneller Dienstleistungen unter Vernachlässigung der Veränderungen des Steuerungssystems durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG), welches im Juli 2008 in Kraft getreten ist¹⁴, da dieses bei Durchführung der empirischen Datenerhebung im Dezember 2008 noch keinen Einfluss auf die Herner Pflegekonferenz entfaltet hatte.

¹⁴ Näheres zu den Veränderungen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vgl. Abs. 7.3.

2 Methodik

Vor der Definition und Skizzierung einiger wichtiger Begriffe (Abschnitt 2.2) soll zunächst ein für diese Arbeit methodisch zentrales Analyseraster entwickelt werden, das die Aufmerksamkeit auf spezifische Aspekte des untersuchten Politikfeldes Altenpflege lenkt. Erst diese Fokussierung auf spezifische Aspekte des Politikfeldes Altenpflege erlaubt an späterer Stelle eine gezielte Herausarbeitung der zentralen Erklärungsfaktoren für die Steuerungsleistungen der untersuchten Pflegekonferenz.

2.1. Analyseraster

In der Politikfeldforschung lassen sich die verschiedensten Analyseansätze identifizieren, die zudem in der Anwendung jeweils ihrem spezifischen Untersuchungsgegenstand angepasst werden und sich dementsprechend stark voneinander unterscheiden können. Einer der prominentesten Ansätze in Studien zur Politikfeldforschung ist der von Renate Mayntz und Fritz Scharpf erstmals 1995 spezifizierte „**Akteurzentrierte Institutionalismus**“ (AZI). Zentrale Idee des AZI ist es, Politikprozesse als Interaktion von Akteuren in Politikfeldern zu interpretieren, deren Verlauf und Ergebnisse sich durch die Analyse der das Politikfeld strukturierenden Institutionen erklären lassen. Institutionen beeinflussen demnach das den Interaktionen zugrunde liegende Handeln der Akteure in der Regel soweit, dass aus forschungspragmatischen Gründen der erste Schritt von Politikfeldstudien eine institutionalistische Analyse sein sollte, da „was institutionell erklärt werden kann nicht akteurbezogen erklärt werden muss“ (Mayntz / Scharpf 1995: 66). Der AZI beinhaltet als zentrale Idee eine forschungspragmatische, „analytische Hierarchisierung“ (ebd.) von institutionellen gegenüber akteurbezogenen Erklärungsfaktoren. Weitere nicht-institutionelle (ebd. 47), akteurbezogene bzw. „idiosynkratische“ Erläuterungsvariablen¹⁵ (Scharpf 2000: 84) sollen erst dann in einem zweiten Analyseschritt untersucht werden, wenn die institutionalistische Analyse die Politikprozess-Ergebnisse nicht hinreichend erklären kann. Institutionen wird demnach keine determinierende Wirkung auf Akteurshandeln zugeschrieben (ebd. 43), wohl aber potentiell so weitreichende Erklärungskraft, dass deren Untersuchung als solitärer Analyseschritt ausreichen kann. Daher die Bezeichnung des Analyseansatzes als Institutionalismus. Das Präfix „akteurzentriert“ soll hingegen betonen, dass Institutionen primär im Hinblick auf ihre Wirkung auf Akteure untersucht werden, da sich die erklärungsbedürftigen Politikprozesse aus den Handlungen der beteiligten Akteure zusammensetzen.

¹⁵ Scharpf subsumiert unter diesen Begriff Erklärungsvariablen, die sich durch methodologisch anspruchsvollere Analyseverfahren, wie die Analyse von Advocacy-Koalition (Sabatier 1987), epistemischen Gemeinschaften (Haas 1992), Policy-Lernen (Jenkins-Smith / Sabatier 1993), etc., identifizieren lassen.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund des begrenzten Umfangs einer Diplomarbeit werde ich den theoretisch wie forschungspragmatisch überzeugenden Analyseansatz des AZI als Grundlage meiner Untersuchung nutzen. Da der AZI jedoch in erster Linie als Ansatz zu verstehen ist, werde ich diesen in der Anwendung an die spezifischen methodologischen Herausforderungen meines Untersuchungsgegenstandes anpassen müssen. Um ein passgenaues Analyseraster zu entwerfen, werde ich daher, neben den Grundideen zur Forschungspragmatik sowie zur Rolle von Institutionen, nur ausgewählte Elemente des AZI übernehmen und diese mit verschiedenen Elementen anderer Analyseansätze und Theoriestränge kombinieren. Hierbei werde ich mich zentraler Erkenntnisse der Theorie sozialer Differenzierung, des Institutionalismus-Konzepts von Scott (1995), des Steuerungs- und Governance-Diskurses, sowie der Instrumente der Politikfeldanalyse bedienen.

Nach Schneider und Janning (2006: 48) lassen sich in der Politikfeldanalyse zwei grundlegende analytische Herangehensweisen unterscheiden. Zum einen eine prozessorientierte, bei der Politikprozesse in einzelne idealtypische Phasen zerlegt werden, wie z.B. die Politikformulierungs- bzw. die Implementationsphase, um anschließend die jeweils an diesen Phasen beteiligten Akteure, deren Interaktionen und deren jeweiligen Einfluss auf den Prozess-Output zu analysieren. Dieser Ansatz wird in der Regel gewählt, um das Zustandekommen spezifischer Policies, also spezifischer politischer Entscheidungen, oft in Gesetzesform, zu analysieren. Andererseits können Strukturen bzw. Teilkomponenten von Politikfeldern mit Hilfe struktureller Ansätze analysiert werden, um grundlegendere Ausrichtungen von Politik in Politikfeldern zu erklären. Für die vorliegende Arbeit wird aufgrund der Fragestellung *als Politikfeldanalyse-Ansatz prinzipiell eine strukturelle Perspektive* gewählt, ohne dass dabei jedoch vollends auf die Nutzung von Elementen des prozessualen Ansatzes verzichtet werden kann.

Die nun folgende Darstellung meines Analyserasters wird sich dergestalt gliedern, dass ich die zentral benutzten Analysekatgorien bzw. Begriffe definiere, diese miteinander in Zusammenhang setze und dabei das ihnen zugrunde liegende Theorieverständnis aufzeige. Hierzu werde ich zunächst die Herausforderungen politischer Steuerung skizzieren, um darauf aufbauend mein Verständnis des Steuerungsbegriffs darzulegen. Abschließend werde ich noch knapp ausführen, warum ich in meiner Arbeit durchgehend den Steuerungs-begriff verwende, obwohl sich im Großteil der aktuellen Literatur die Verwendung des Governance-Begriffs durchgesetzt hat, welcher zudem in seiner Funktion als Analyseansatz als „institutionalistische Wende der Steuerungstheorie“ (vgl. Mayntz 2004) interpretiert wird.

2.1.1. Herausforderungen der Steuerung

Will man Politikprozesse und deren Ergebnisse als Folge von Akteurshandlungen analysieren, so bedarf es zunächst einer Spezifikation des Akteursbegriffs sowie des damit verbundenen Handlungsbegriffs. Die theoretische Grundlage hierzu sollen die Theorie sozialer Differenzierung und deren handlungstheoretisches Verständnis innerhalb des AZI bilden. Demnach setzen sich Politikprozesse aus Akteuren und deren **Handlungen** zusammen, wobei diese Handlungen immer auf die Verfolgung spezifischer **Ziele** ausgerichtet sind, während den Akteuren dazu verschiedenste individuelle Handlungsressourcen zur Verfügung stehen. Akteure sollen nach dieser Konzeption zunächst einmal als individuelle Akteure, also Einzelpersonen, verstanden werden, die in ihrem Handeln individuelle bzw. persönliche Ziele verfolgen. Allerdings werden die individuellen Möglichkeiten zur Verfolgung spezifischer Ziele, durch deren Wahrnehmung hinsichtlich der verfolg-, vollzieh- bzw. einsetzbaren Ziele, Handlungen bzw. Handlungsressourcen eingeschränkt¹⁶.

Handlungsressourcen können nach Scharpf (2000: 86) persönliche Merkmale, wie z.B. physische Stärke oder Intelligenz, materielle Ressourcen, wie z.B. Geld, Land, technologische Ressourcen, sowie institutionell zugewiesene Kompetenzen, wie z.B. das Recht Gesetze zu erlassen, umfassen. Akteure verfügen daher über sehr unterschiedliche Typen von Handlungsressourcen zur Verfolgung ihrer Ziele. Zudem sind diese prinzipiell begrenzt bzw. endlicher Natur. Ausgestattet mit endlichen Handlungsressourcen spezifischer Natur, können Akteure nur eine begrenzte Anzahl von Zielen verfolgen und zudem nur Ziele, deren Verfolgung Handlungen voraussetzt, zu deren Vollziehung ihnen die passenden Handlungsressourcen zur Verfügung stehen.

Für Akteure ergeben sich folglich zwei grundlegende Problematiken. Zum einen kann nur eine begrenzte Anzahl spezifischer Ziele verfolgt werden. Zum anderen können diese von vorne herein begrenzten Möglichkeiten durch die Handlungen anderer Akteure weiter eingeschränkt werden. Erstere Problematik kann dadurch gelöst werden, dass Akteure ihre Handlungen und Handlungsressourcen kombinieren, wodurch insgesamt sowohl die Art als auch die Summe der Zielmöglichkeiten für die beteiligten Akteure erhöht werden kann. Dies kann dadurch realisiert werden, dass die individuellen Akteure sich auf diejenigen Handlungen spezialisieren, welche sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsressourcen am effizientesten vollziehen können. Dies ermöglicht es dieser Akteursgruppe eine größere Anzahl an Handlungen zu vollziehen, wodurch bei geschickter Kombination nicht nur die verfolgbare Anzahl an Zielen, sondern auch deren Art erweitert werden kann.

¹⁶ Die Wahrnehmung der Akteure muss dabei jedoch nicht immer mit der faktischen Realität übereinstimmen (Mayntz / Scharpf 1995: 59f).

In der Theorie (funktioneller) gesellschaftlicher Differenzierung wird dieses Phänomen mit den Begriffen Arbeitsteilung und Spezialisierung umschrieben (vgl. Mayntz 1988: 15ff¹⁷). Als Lösung der zweiten Problematik bietet sich Akteuren die Möglichkeit, ihre Ziele bzw. Handlungen so abzustimmen, dass es zu keinen Beeinträchtigungen kommt. Wollen Akteure ihre Zielmöglichkeiten bzw. die Anzahl der verfolgbaren Ziele erweitern, sind sie prinzipiell auf die Unterstützung bzw. Nicht-Beeinträchtigung durch Handlungen anderer Akteure angewiesen. Bei vorausgesetztem Interesse von Akteuren an Ziel-Möglichkeiten- bzw. Ziel-Anzahl-Erweiterung, kommt es daher zu Abhängigkeiten zwischen Akteuren, die sowohl einseitiger als auch wechselseitiger Natur sein können (Scharpf 2000: 237f).

Die Herausforderung für Akteure bzw. Akteursgruppen besteht demnach in der im Folgenden als **Koordination** zu bezeichnenden Abstimmung der Akteursziele, der dazu zu vollziehenden Handlungen sowie der dabei einzusetzenden Handlungsressourcen. Hierbei ergeben sich jedoch wiederum zwei Problematiken. Denn weder kommt solch notwendige Koordination automatisch zustande, noch ist sie unproblematisch. Endliche Handlungsressourcen, insbesondere in Kombination mit einseitigen Abhängigkeiten, reduzieren das Interesse von Akteuren, ihre Handlungen in den Dienst der Zielerreichung anderer Akteure zu stellen, da dies die Verfolgung der eigenen Ziele beeinträchtigen kann. Zudem lässt sich die Problematik konfligierender Ziele nur durch die Priorisierung von Zielen lösen, indem Akteure ihre Ziele bzw. die dazu zu vollziehenden Handlungen aufgeben oder verändern. Letztendlich ergibt sich daraus die grundlegende Problemstellung, dass notwendige Koordinationsprozesse, aufgrund konfligierender Akteursziele und damit verbundener Handlungen, oftmals nicht zustande kommen bzw. scheitern.

Beide Problematiken verlangen nach Steuerung von Koordinationsprozessen. Kommen Koordinationsprozesse nicht automatisch zustande, so müssen sie geschaffen werden. Scheitern sie, so muss deren „Funktionieren“ ermöglicht werden. Die Herausforderungen von Steuerung liegen also in der Gewährleistung von Koordinationsprozessen, wobei die Lösung von Zielkonflikten im Zentrum steht.

2.1.2. Steuerungs-begriff

Will man nun den Steuerungs-begriff genauer definieren, so stößt man in der einschlägigen Literatur¹⁸ auf eine Vielzahl von Begriffen und Begriffskombinationen, die zur Klärung bzw. Konzeption von Steuerung herangezogen werden. Dabei werden in den relevanten Texten die unterschiedlichsten analytischen Begriffe mit den verschiedensten Steuerungs-

¹⁷ Auf Basis von Smelser (1968); Parsons (1971: 115-119); Durkheim (1977).

¹⁸ Unter die einschlägige Steuerungsliteratur subsummiere ich sowohl explizit als steuerungstheoretische Texte gekennzeichnete Aufsätze und Bücher, als auch die einschlägige Governance-Literatur.

Konzeptionen kombiniert, sodass von Typen, Formen, Mechanismen, Logiken, Instrumenten, Medien, Mitteln, Systemen, etc. der Steuerung, Koordination, Regulierung, Governance, Strukturierung, Interaktion, etc. gesprochen wird. Erschwerend kommt hinzu, dass unter diese Begriffskombinationen die verschiedensten Aspekte subsumiert werden, welche in irgendeiner Weise die Interaktion von Akteuren bzw. deren Beeinflussung beschreiben bzw. erklären¹⁹. Da keine der mir bekannten Konzeptionen hinreichend nutzbar für die Analyse meines Untersuchungsgegenstandes erscheint, werde ich im Folgenden eine weitere Konzeption des Steuerungsbegriffs in Kombination mit einem analytischen Begriffsgerüst vorstellen, um die „*Babylonische Begriffsverwirrung*“ der Steuerungsliteratur, zumindest in dieser Arbeit, zu überwinden.

Steuerung nach dem Verständnis dieser Arbeit, bedeutet zunächst einmal die Beeinflussung von Akteurshandeln mit dem Ziel, Koordination zu gewährleisten. Auf den individuellen Akteur bezogen zielt Steuerung also darauf ab, dessen Wahrnehmung davon zu beeinflussen, welche Ziele, Handlungen und Handlungsressourcen er verfolgen, vollziehen und einsetzen soll, darf, will bzw. kann. Letztendliches Ziel ist es jedoch, hierdurch innerhalb von Akteursgruppen Arbeitsteilung und Spezialisierung zu ermöglichen, um deren Zielmöglichkeiten hinsichtlich Art und Anzahl zu erweitern. Dabei ergeben sich aus steuerungstheoretischer Sicht nun drei zentrale Fragen:

- 1) Wie funktioniert Koordination?
- 2) Wodurch wird Koordination beeinflusst?
- 3) Welche Möglichkeiten der Steuerung stehen hierbei zur Verfügung?

Zur Beantwortung dieser Fragen werde ich im Folgenden primär mit den zwei zentralen Konzeptionen Steuerung und Koordination arbeiten, die ich zudem mit den drei analytischen Begriffen System, Instrument und Mechanismus kombiniere. Das Grundverständnis der analytischen Begriffe wird dabei sein, dass Systeme bestimmte Kombinationen von Instrumenten nutzen, die wiederum in ihrer Funktion auf jeweils spezifischen Mechanis-

¹⁹ Allein in einem „Standard-Text“ wie dem Einführungs-Text von Benz (2004) werden, die verschiedensten Begriffe, Begriffskombinationen und Konzeptionen zur Definition des Governance-Begriffs gebraucht bzw. durcheinandergeworfen, wie z.B. Steuerung, Koordination, Regelung komplexer Strukturen, Soziale Handlungskoordination, Regieren, Staat / Markt / Hierarchie / Gemeinschaft als institutionelle Regelungsmechanismen, institutionelle Regelsysteme, institutioneller Kontext, Lenkung von Verhalten, Abstimmung von Handlungen, Intervention in Interaktionen zwischen Akteuren, Staat / Markt / Netzwerke als komplementäre Steuerungsformen, Kombination unterschiedlicher Regelsysteme: Markt / Hierarchie / Mehrheitsregel / Verhandlungsregeln, Interaktionsmuster und Modi kollektiven Handelns welche sich im Rahmen von Institutionen ergeben (Netzwerke, Koalitionen, Vertragsbeziehungen, wechselseitig Anpassung im Wettbewerb). Zudem wird hinsichtlich der als zentral identifizierten Begriffe Koordination und Steuerung, die, meiner Ansicht nach nur bedingt hilfreiche, Definition bzw. Abgrenzung gegeben, dass „Beide Begriffe weitgehend deckungsgleich sind, aber unterschiedliche Aspekte betonen: Steuerung betont die Intervention in Handlungsbereiche und die Interaktion zwischen Akteuren, die steuern oder gesteuert werden. Koordination akzentuiert die Interdependenz und Wechselseitigkeit der Handlungen.“ (ebd. 20).

men beruhen. In der Steuerung der Koordination zwischen Akteuren können also unterschiedliche **Steuerungssysteme** eingesetzt werden, die verschiedenste Kombinationen von **Steuerungsinstrumenten** nutzen, die auf jeweils eigenen **Steuerungsmechanismen** beruhen. Dabei sind die Steuerungssysteme wiederum darauf gerichtet, die Koordination von Akteuren über spezifische **Koordinationsysteme** zu gewährleisten, die wiederum verschiedenste Kombinationen an **Koordinationsinstrumenten** nutzen, welche auf unterschiedlichsten **Koordinationsmechanismen** beruhen.

Anhand der Beantwortung der drei vorangestellten Grundfragen, werde ich zunächst einzelprozessbezogen in relativ abstrakt-theoretischer Weise noch einmal detailliert mein Verständnis von Steuerung und Koordination darstellen, sowie den Bezug zwischen beiden Konzepten spezifizieren. Hierzu werde ich den Koordinationsbegriff eingehender definieren, anschließend die zentralen Einflussfaktoren auf Koordinationsprozesse benennen, und, darauf aufbauend, letztendlich die Möglichkeiten der Steuerung von Koordinationsprozessen aufzeigen. In einem zweiten Schritt werde ich einen politikfeldbezogenen Steuerungs-begriff umschreiben bzw. definieren, um mich der Steuerungsrealität in komplexen Gesellschaften bzw. Politikfeldern anzunähern. Zum besseren Verständnis werde ich hierbei verstärkt auf praktische Beispiele zurückgreifen.

2.1.2.1. Einzelprozessbezogener Steuerungs-begriff

Koordination beschreibt, wie bereits dargestellt, die Abstimmung von Zielen und dazugehörigen Handlungen zwischen Akteuren. Koordinationsinstrumente lassen sich dabei in drei Idealtypen unterteilen: **Hierarchie**, **Markt** und **Netzwerk**. Koordination zwischen Akteuren kann also grundsätzlich über diese Idealtypen vollzogen werden (Powell 1990; Mayntz 1993: 43f; Rhodes 1997: 47; Jessop 2002; Kenis / Raab 2008: 133). Sie beruhen dabei auf jeweils unterschiedlichen zentralen Koordinationsmechanismen, die sich, in Anlehnung an Flemming und Rhodes (2005: 195) bzw. Torfing (2007: 11f), folgendermaßen darstellen:

Hierarchien nutzen Ge- und Verbote als zentralen Koordinationsmechanismus, wobei die Motivation der Akteure sich zu koordinieren über Sanktionen sichergestellt wird. Märkte hingegen bedienen sich des Wettbewerbsmechanismus, in dessen Rahmen Akteure über Gewinn- bzw. Verlussterwartungen zu Koordination motiviert werden. In Netzwerken dagegen bilden Verhandlungen den zentralen Koordinationsmechanismus, in denen die Akteure durch Vertrauen (Torfing 2007: 11f)²⁰ bzw. den Schatten der Zukunft (Scharpf 2000: 232)²¹

²⁰ Nach Klijn und Edelenbos (2007: 206) beschreibt der Begriff **Vertrauen** in Netzwerken „a more or less stable perception by the actors of one another's intentions“, sodass die Akteure von opportunistischem Ver-

dazu motiviert werden sich zu koordinieren. Da es sich bei den vorgestellten Koordinationsinstrumenten um Idealtypen handelt, kommen sie in der Realität naturgemäß niemals in Reinform vor, sondern stets in Mischformen. Denn die drei Idealtypen stellen jeweils unvollkommene Instrumente der Koordination dar, die, abhängig von den Koordinationsherausforderungen, mit ihren Mechanismen verschiedene Vor- und Nachteile bieten²² (Williamson 1975; Schneider / Kenis 1996: 23; Wiesenthal 2000: 62; Jessop 2002: 246; Thompson 2003: 179; Flemming / Rhodes 2005: 203; Döhler 2007: 52; Sørensen / Torfing 2007b: 171; Meulemann 2008: 66). Meist lässt sich in solchen Mischformen jedoch eine Tendenz zu einem bestimmten (Grund-) Koordinationsinstrument erkennen, auf dessen Unterstützung die anderen Koordinationsinstrumente ausgerichtet sind²³.

Wodurch wird nun aber die Entstehung bzw. das Gelingen von Koordination in solchen Koordinationssystemen beeinflusst? Grundlegend hierfür ist die **Handlungsorientierung** der Akteure, d.h. welche Ziele, Handlungen und Handlungsressourcen die Akteure verfolgen, vollziehen oder einsetzen möchten bzw. werden. Sie wird zunächst einmal durch die faktische Handlungsressourcenausstattung der Akteure, sowie deren Wahrnehmung hinsichtlich ihrer Ziele und Zielmöglichkeiten beeinflusst. Dies bedeutet, dass die Handlungsorientierung von Akteuren von deren Wahrnehmung dahingehend abhängt, welche Ziele, Handlungen und Handlungsressourcen sie verfolgen, vollziehen bzw. einsetzen können, wollen, dürfen und sollen.

Die spezifische Handlungsorientierung eines jeden Akteurs kann wiederum durch zwei Faktoren beeinflusst werden: zum einen durch die Handlungsorientierung anderer Akteure, zum anderen durch Institutionen. Beide Faktoren können Handlungsorientierungen von Akteuren beeinflussen, indem sie die wahrgenommenen Handlungs- bzw. Zielmöglichkeiten erweitern bzw. einschränken. Entsprechend der forschungspragmatischen Konzeption des AZI werden Institutionen im Folgenden als primärer Einflussfaktor auf Handlungsorientierungen interpretiert, da sie in komplexen Gesellschaften bzw. den noch näher zu erläuternden Politikfeldern sowohl die Handlungsorientierung des Akteurs als auch die Handlungsorientierung der ihn beeinflussenden anderen Akteure weitgehend beeinflussen. Was aber genau sind Institutionen und woher rührt deren Einfluss?

halten absehen, wodurch die Transaktionskosten verringert und Netzwerke grundsätzlich stabilisiert werden.

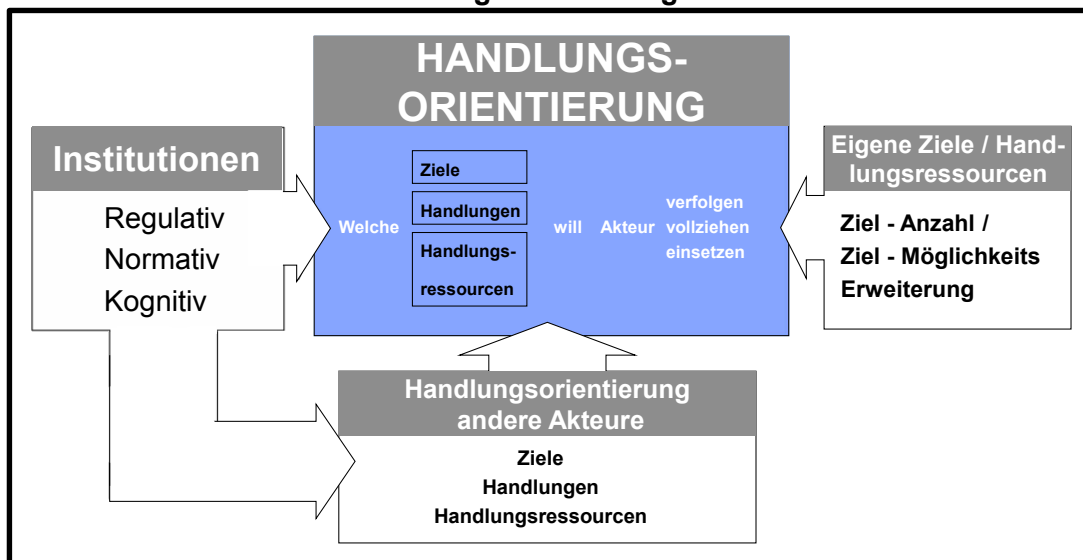
²¹ Nach (Scharpf 2000: 232) beschreibt der „**Schatten der Zukunft**“ einen zentralen Netzwerkmechanismus durch den ebenfalls die Wahrscheinlichkeit von opportunistischem Verhalten verringert und somit die Transaktionskosten niedrig gehalten werden können. Aufgrund wiederkehrender Koordinationsprozesse in Netzwerken zahlt sich opportunistisches Verhalten für Akteure nicht aus, da es sie als Partner zukünftiger Koordinationsprozesse diskreditiert.

²² Hierzu mehr in den Abschnitten 2.2.3 und 2.2.4.

²³ Beispielsweise kommen Netzwerkprozesse oftmals nur im „Schatten der Hierarchie“ (Scharpf 1997: 197ff) zustande, da beispielsweise gesellschaftliche Akteure erst unter der Gefahr von einseitigen staatlichen Handlungen bei Nichteinigung dazu motiviert werden sich netzwerkförmig zu koordinieren.

Institutionen lassen sich nach Scharpf (2000: 78) als Sammelbegriff für Einflüsse auf Akteurshandeln verstehen. In seiner Aufarbeitung der institutionen-theoretischen Literatur präzisiert Scott (2007: 50) Institutionen als „soziale Strukturen“, die Akteurshandeln gebieten und verbieten oder bestimmte Handlungen grundsätzlich ermöglichen bzw. positive wie negative Anreize setzen. Dabei unterscheidet Scott (2007: 51- 70) im Gegensatz zum engen Institutionenverständnis des AZI (Mayntz / Scharpf 1995: 43) drei verschiedene „Säulen“ bzw. „Elemente“ von Institutionen, die in dieser Arbeit als regulative, normative und kognitive Idealtypen verstanden werden sollen. In Anlehnung an Scott lassen sich regulative Institutionen als formelle oder informelle Regelsysteme beschreiben, die über dazugehörige Sanktionen Handlungsorientierungen beeinflussen. Normative Institutionen hingegen stellen soziale Überzeugungen, Werte oder Normen dar, welche Grundsätze bzw. Ziele für Akteurshandeln spezifizieren und angemessene Handlungen zu deren Verfolgung definieren. Werden sie von Akteuren „internalisiert“, so richtet sich deren Handlungsorientierung aus innerer Überzeugung an ihnen aus, ohne dass hierzu Sanktionen eingesetzt werden müssen. Darüber hinaus nehmen kognitive Institutionen Einfluss, indem sie als „shared cognitive frames“ bzw. „shared definitions of social reality“ die Wahrnehmung bzw. Interpretation der sozialen Realität durch Akteure beeinflussen (Scott 1995: 40).

Abb. 1: Einflussfaktoren Handlungsorientierung



Eigene Darstellung

Die genannten Idealtypen kommen in der Realität wiederum meist als Mischformen vor²⁴. In ihrer Gesamtheit bilden diese Mischformen den **institutionellen Kontext bzw. Rah-**

²⁴ So engen Gesetze, als Beispiel für regulative Institutionen, Akteurshandeln nicht allein über Sanktionen ein, sondern größtenteils durch die Kombination mit normativen Institutionen. Dabei schließen Akteure bestimmte, regulativ verbotene Handlungen von vornherein aus, da diese nicht mit ihren inneren Überzeugungen vereinbar sind, ohne dass hierbei das regulative Element Sanktionen zum Einsatz kommen muss. Auf der

men, unter dessen Einfluss sich die verschiedenen Koordinationsprozesse vollziehen. Dieser hat umso mehr Einfluss auf Akteurshandeln, je höher der Institutionalierungsgrad ausfällt. Dies gilt insbesondere in Sozialpolitikfeldern, da in ihnen die Verteilung von Handlungsressourcen in hohem Maße durch Institutionen beeinflusst ist, die bestimmte institutionelle Kompetenzen zuweisen oder die Verteilung materieller Ressourcen bestimmen.

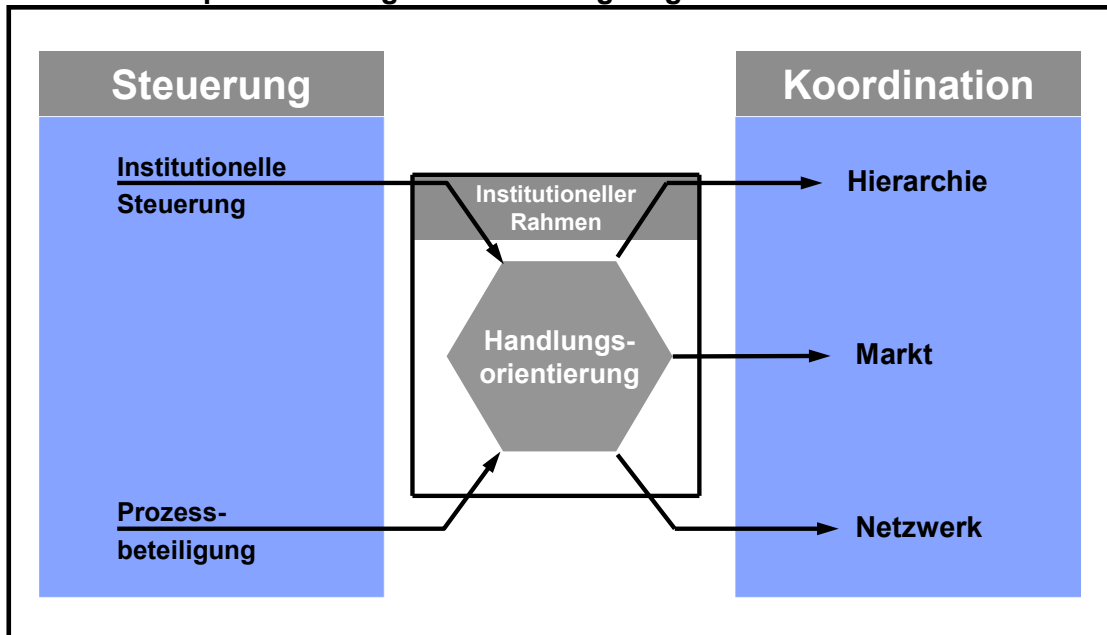
Kommen wir nun zum *Steuerungsbegriff bzw. der Frage, wie Koordination gesteuert werden kann*. In der einschlägigen Literatur sind die verschiedensten Klassifikationen bzw. Typologisierungen hinsichtlich verfügbarer Steuerungsinstrumente entwickelt worden (vgl. König / Dose 1992). Nach Howlett und Ramesh (1995: 80) werden deren Anzahl und Beschaffenheit nur durch die Vorstellungskraft der Steuerungsakteure begrenzt, sodass sie von einem Kontinuum an Möglichkeiten entlang der unterschiedlichsten Dimensionen sprechen. Ich werde daher darauf verzichten, eine weitere Typologisierung vorzulegen und dazugehörige Steuerungsmechanismen zu beschreiben. Stattdessen werde ich an die in den vorangegangenen Abschnitten herausgearbeiteten Möglichkeiten der Beeinflussung von Handlungsorientierungen anknüpfen, und auf zwei zentrale Grundansätze von Steuerungsinstrumenten hinweisen: institutionelle Steuerung und Prozessbeteiligung.

Institutionelle Steuerung beschreibt Steuerungsinstrumente, welche die Handlungsorientierung von Akteuren in Koordinationsprozessen durch die Schaffung, Veränderung und Unterstützung von Institutionen beeinflussen. Die Schaffung und Veränderung von Institutionen ist ein meist hochgradig voraussetzungsvolles Steuerungsinstrument. Zwar können regulative Institutionen sehr direkt durch Steuerungsinstrumente wie z.B. Gesetze geschaffen bzw. verändert werden. Allerdings hängt deren Wirkung auf die Handlungsorientierung von Akteuren, wie beschrieben, oftmals stark von der Kombination mit normativen Institutionen ab. Die Schaffung und Veränderung normativer Institutionen hingegen ist zumeist ungleich voraussetzungsvoller (vgl. Jann 2008: 23), sodass auf institutionelle Steuerung ausgerichtete Steuerungsinstrumente oftmals erhebliche Steuerungsdefizite aufweisen. Teilweise können diese jedoch vermieden werden, indem Institutionen in ihrer Wirkung durch Anreize verschiedenster Art, wie z.B. positive oder negative finanzielle Anreize, unterstützt werden. **Prozessbeteiligung** hingegen beschreibt eine Gruppe von Steuerungsinstrumenten, die darauf abzielen, die Handlungsorientierungen der Prozessteilnehmer durch Teilnahme als Akteur mit spezifischer eigener Handlungsorientierung zu beeinflussen. Hie-

anderen Seite beeinflussen normative Institutionen die Handlungsorientierung von Akteuren zumeist nicht nur über deren Internalisierung, sondern auch durch den auf ihrer Basis entstehenden sozialen Druck in Akteursgruppen. Oftmals orientieren sich Akteure nicht aufgrund innerer Überzeugung in ihren Handlungen an normativen Institutionen, sondern aufgrund potentieller Sanktionen durch Akteure, die sich diesen Normen verpflichtet fühlen.

runter ist auch das klassische Steuerungsinstrument der Schaffung von Akteuren mit bestimmten Zielen und Handlungsressourcen (Mayntz / Scharpf 1995: 58) zu subsumieren²⁵.

Abb. 2: Einzelprozessbezogener Steuerungs-begriff



Eigene Darstellung

2.1.2.2. Politikfeldbezogener Steuerungs-begriff

Bisher wurden der Steuerungs-begriff und der mit ihm verbundene Koordinations-begriff zum besseren Verständnis weitgehend anhand der Koordinations-problematik einer be-grenzten Gruppe individueller Akteure dargestellt. Im Folgenden sollen beide Begriffe nun jedoch stärker der (Steuerungs-)Realität angepasst werden, denn Koordination und Steue-rung zur Organisation von Arbeitsteilung vollziehen sich in komplexen Gesellschaften zu-meist politikfeldbezogen. Koordinationsprozesse innerhalb dieser Politikfelder und deren Steuerung beinhalten die Abstimmung bzw. Priorisierung von komplexen Zielen, sowie einer Vielzahl von Handlungen und Handlungsressourcen, die zu deren Verfolgung not-wendig sind. Hierzu ist ein entsprechend komplexes System an Koordinationsprozessen zwischen einer Fülle von Akteuren notwendig, deren Steuerung den Einsatz und die Kom-bination einer Vielzahl unterschiedlicher Steuerungsinstrumente verlangt. Zwecks Schä-rfung des Analyserasters sollen daher im Folgenden Politikfeld- und Akteurs-begriff spezifi-ziert, Steuerungs- und Koordinations-begriff verfeinert, sowie eine im Verlauf der Arbeit anzuwendende Typologisierung von Koordinationsprozessen vorgestellt werden.

²⁵ Beispielsweise die Etablierung von Pflegekassen durch das PVG.

Der **Politikfeld**begriff lässt sich als analytische Kategorie interpretieren, mit deren Hilfe verschiedene Koordinationsprozesse und deren Steuerung voneinander unterschieden werden können. Koordinationsprozesse sowie deren Steuerung sind demnach auf die Organisation von Arbeitsteilung in Bezug auf die Verwirklichung bestimmter, politisch definierter Ziele gerichtet, beispielsweise die Versorgung Pflegebedürftiger mit Pflegeleistungen. Durch den Politikfeldbegriff lässt sich dementsprechend eine abgrenzbare Gruppe von Akteuren identifizieren, deren Ziele, Handlungen und Handlungsressourcen koordiniert werden müssen, wobei das Interesse besteht, diese Koordinationsprozesse zu steuern (Braun / Giraud 2003: 147).

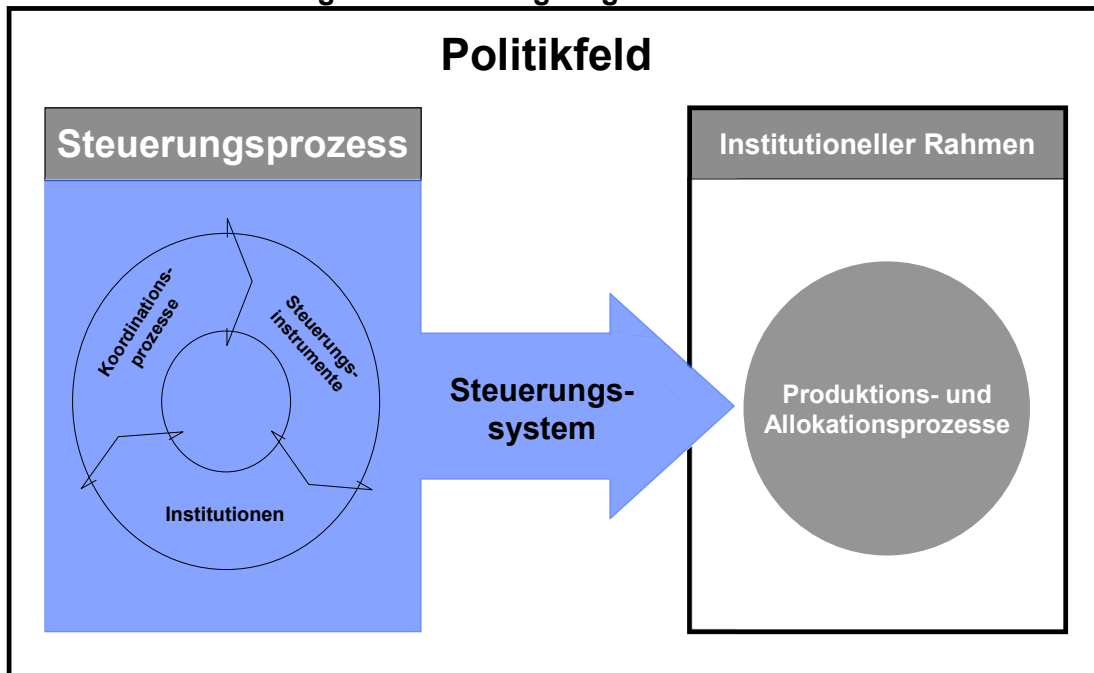
Die relevanten Akteure innerhalb dieser Politikfelder stellen sich dabei oftmals als **korporative Akteure** und damit als Organisationen dar bzw. sollen der analytischen Einfachheit halber so wahrgenommen werden (Mayntz / Scharpf 1995: 44). Diese korporativen Akteure setzen sich zwar aus individuellen Akteuren zusammen und werden auch nach außen durch einzelne, individuelle Mitglieder vertreten. Deren Handeln bzw. ihre Handlungsorientierung soll jedoch im Sinne der forschungspragmatischen Ausrichtung des AZI als Handlungsorientierung des korporativen Akteurs interpretiert werden (ebd. 50f).

Die Entstehung solcher politikfeldspezifischen Ziele, sowie die zu deren Verwirklichung notwendige Abstimmung von Handlungsorientierungen der (korporativen) Akteure des Politikfeldes, bedürfen nun einer Vielzahl miteinander verbundener Koordinationsprozesse. Solch ein Gesamtkoordinationsprozess setzt dementsprechend eine Kombination bzw. Zusammenfassung der beschriebenen Koordinationsinstrumente zu besagtem Koordinationssystem voraus. Die Schaffung solch eines abgestimmten Koordinationssystems wiederum verlangt nach Steuerung der Einzelkoordinationsprozesse. Hierzu werden dementsprechend verschiedene Steuerungsinstrumente zu einem auf ein spezifisches Koordinationssystem gerichtetes Steuerungssystem kombiniert. Dieses ist zumeist auf die Steuerung **inter-organisatorischer Koordinationsprozesse** bezogen, da sich die Koordination von zumeist korporativen Akteuren zwischen Organisationen vollzieht.

Der Zusammenhang zwischen Koordination und Steuerung innerhalb eines solchen Gesamtkoordinationsprozesses besteht nun jedoch nicht nur einseitig darin, dass Steuerung auf Koordination einwirkt, sondern ist wechselseitiger Natur. Denn die Koordination zwischen Akteuren ist meist der Ausgangspunkt für Entscheidungen darüber, welche Steuerungsinstrumente mit welchen Zielen eingesetzt werden sollen, um welche Koordinationsprozesse zu steuern. Die Organisation von Arbeitsteilung stellt sich also als komplexes System von Einzelkoordinationsprozessen dar, wobei das Ergebnis bzw. die Intention eines Großteils dieser Koordinationsprozesse nicht die Koordination von Handlungen als End-

punkt hat, sondern die Steuerung weiterer Koordinationsprozesse, mit dem Ziel, Arbeitsteilung zu organisieren. Ziel vieler Koordinationsprozesse ist es daher, durch die Abstimmung des Einsatzes bestimmter Steuerungsinstrumente beispielsweise Institutionen so zu verändern, dass spezifische Koordinationsprozesse mit spezifischen, für den Gesamtkoordinationsprozess notwendigen, Ergebnissen zustande kommen (vgl. Abb.3).

Abb. 3: Politikfeldbezogener Steuerungs-begriff



Eigene Darstellung

Koordinationsprozesse lassen sich dabei entlang ihrer Funktion analytisch unterteilen. In Anwendung auf das hier interessierende Politikfeld Altenpflege, als dessen primäres Ziel die Erstellung und Verteilung von sozialen Dienstleistungen der Altenpflege nach sozialpolitischen Kriterien identifiziert werden soll, lassen sich dementsprechend *drei (Ideal-)Typen von Koordinationsprozessen* identifizieren: **Produktionsprozesse**, **Allokationsprozesse** sowie deren **Steuerungsprozesse**. Koordinationsprozesse der Steuerung sind dabei darauf ausgerichtet, die Produktion von Pflegedienstleistungen in bestimmter Qualität und Quantität sowie deren Allokation nach bestimmten sozialpolitischen Kriterien zu gewährleisten bzw. zu steuern. Diese Typologisierung ist wiederum analytisch-idealtypischer Natur, so dass es in der Realität zu Überschneidungen kommt und die drei Typen nicht immer klar voneinander abgrenzbar sind.

2.1.3. Verwendung des Steuerungs- statt des Governance-Begriffs

Entgegen der Dominanz des Governance-Begriffs in der gegenwärtigen politik- und verwaltungswissenschaftlichen Steuerungsdiskussion wird im vorgestellten Analyseraster, wie

im weiteren Verlauf der Arbeit, allein mit dem klassischen Steuerungs begriff gearbeitet. Ohne ausführlich in die dazu gehörige Theoriediskussion über Ablösung, Ergänzung, Weiterentwicklung etc. des Steuerungs begriffs durch die Governance-Perspektive einzusteigen (vgl. hierzu z.B. Mayntz 2004), sollen im folgenden die zentralen Argumente für diese konzeptionelle Entscheidung knapp skizziert werden.

Zunächst einmal basiert die Evaluation der Steuerungspotentiale von Pflegekonferenzen im Rahmen dieser Arbeit auf dem gesetzlich formulierten Steuerungsanspruch der lokalen Angebotsdifferenzierung bzw. integrierten Versorgung²⁶. Es handelt sich insofern bei dieser Arbeit wie beschrieben um eine klassische Implementationsstudie mit entsprechender Steuerungsperspektive, wodurch die mit dem Governance-Begriff verbundene Auflösung eines klaren Steuerungs subjektes (Mayntz 2004: 3) zurückgewiesen wird. Dies geschieht darüber hinaus aus einer die Arbeit prägenden normativ-demokratiethoretischen Perspektive, welche den Gesetzgeber als klar identifizierbares Steuerungs subjekt wahrnimmt. Zwar sind an solch einem Gesetzgebungsprozess naturgemäß neben einer Vielzahl staatlicher auch eine Vielzahl nicht-staatlicher Akteure beteiligt, von denen ein Großteil oftmals auch gleichzeitig Vertreter der Steuerungsobjekte darstellt. Für eine Demokratie, wie die Bundesrepublik Deutschland (BRD), ist jedoch ein staatlicher Steuerungsanspruch auch gegenüber einer zunehmend komplexen Gesellschaft noch immer konstitutiv (Jann 2008: 24). Der Einfluss nicht-staatlicher Akteure auf staatliche Entscheidungsprozesse wird daher sowohl aus Steuerungs- als auch aus normativ-demokratiethoretischer Perspektive als staatlich gewünscht und erlaubt interpretiert. Hierdurch soll nicht die zentrale steuerungs- und governance-theoretische Erkenntnis negiert werden, dass der Staat durch die gesellschaftlichen Differenzierungsprozesse, wie Globalisierung etc., praktisch dazu gezwungen wird nicht-staatliche Akteure an dem ihm demokratisch zugewiesenen Steuerungsprimat zu beteiligen, will er bestimmte Steuerungsziele erreichen. Die politische Letztverantwortung, bzw. das „Primat der Politik“, liegt in Demokratien jedoch beim demokratisch konstituierten Staat, welcher darüber entscheidet ob, wen und inwieweit er andere Akteure an seinen Entscheidungsprozessen beteiligt.

2.2. Zentrale Begriffe

Thema dieser Arbeit sind die (Koordinations-)Prozesse der Produktion und Allokation sozialer Dienstleistungen im Bereich der Altenpflege, deren Steuerung über einen Wohlfahrtsmarkt, sowie dessen Optimierung bzw. ergänzende Steuerung auf Basis des Koordinationsinstruments Pflegekonferenz als spezifische Form von Politiknetzwerken. Im Fol-

²⁶ Zu den Details dieses Steuerungsanspruchs siehe Abs. 5.1.1.

genden sollen daher die zentralen Begriffe Altenpflege, soziale Dienstleistungen, Wohlfahrtsmärkte und Politiknetzwerke definiert, sowie deren spezifischen Merkmale herausgearbeitet werden.

2.2.1. Altenpflege

Der Begriff Altenpflege und sein internationales Pendant „long-term care“ weisen in ihrer Semantik auf drei zentrale Merkmale sozialer Dienstleistungen der Altenpflege hin, welche ihre Spezifik definieren und sie zugleich von anderen sozialen Dienstleistungen²⁷ abgrenzen. Zunächst einmal weist das Attribut des englischsprachigen Begriffs darauf hin, dass wir es mit Langzeitpflege zu tun haben, die tendenziell dauerhafter Natur ist und sich damit von der eher kurzfristig orientierten medizinischen Behandlungspflege abgrenzt. Während die medizinische Behandlungspflege auf krankheitsinduzierte Tätigkeiten der medizinischen Versorgung gerichtet ist, wie z.B. den Wechsel von Verbänden, Injektionen, Katheterversorgung etc. (Risse / Beck 2001: 4), sind pflegerische Dienstleistungen auf dauerhafte Einschränkungen von Selbstständigkeit in der alltäglichen Lebensführung gerichtet (Landtag NRW 2005: 32), die sich aus Krankheiten, Unfällen, Behinderungen, sowie Alterungsprozessen ergeben.

Der Wortstamm Pflege umschreibt als zweites Merkmal demnach die dauerhafte Unterstützung pflegebedürftiger Menschen durch soziale Dienstleistungen. Als Definition von Pflegebedürftigkeit hat dabei die auf Henderson (1960) zurückgehende Klassifizierung als Einschränkung in den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ weitgehende Verbreitung gefunden. Welche Alltagsaktivitäten im Einzelnen unter den Begriff fallen ist zwar umstritten. Relative Klarheit bzw. Einigkeit besteht jedoch hinsichtlich der zentralen Bedarfskategorien Selbstversorgung (Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung), Haushaltsführung, Mobilität, Alltagsgestaltung und soziale Teilhabe.

Diese Beeinträchtigungen in der Alltagskompetenz treten dabei in Folge von Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren oder Sinnesorgane, sowie des Zentralnervensystems, wie z.B. Antriebs-, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen auf.

Zuletzt beschreibt das Attribut des deutschsprachigen Begriffs Altenpflege die Unterstützung von Pflegebedürftigen, deren Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens im Laufe des natürlichen Alterungsprozesses bzw. in Folge von in dessen Verlauf eintretenden Unfällen oder Krankheiten, wie z.B. der Demenz, entstanden sind. Hiermit grenzt sich Altenpflege von sozialen Dienstleistungen der Langzeitpflege ab, die an Personen vollzogen werden, deren Pflegebedürftigkeit außerhalb des natürlichen Alterungspro-

²⁷ Zum Begriff der Sozialen Dienstleistungen bzw. deren steuerungsrelevanten Spezifika siehe Abs. 2.2.2.

zesses entstanden ist, wie z.B. als Folge von angeborenen körperlichen oder geistigen Behinderungen bzw. als Konsequenz von Unfällen oder Krankheiten in jüngeren Jahren. Dies trifft auch die Realität der Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegeversicherung, welche zu zwei Dritteln 75 Jahre und älter sind (Statistisches Bundesamt 2009a: 9).

Zusammenfassend soll unter dem Begriff der **Altenpflege** daher folgendes verstanden werden:

Die dauerhafte Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen durch soziale Dienstleistungen in der Bewältigung von Aktivitäten des täglichen Lebens, deren Pflegebedürftigkeit im Zuge des natürlichen Alterungsprozesses eingetreten ist.

Diese Definition weist zwar einige Schwächen, insbesondere in Abgrenzung zur medizinischen Behandlungspflege bzw. Pflegebedürftigkeit als Folge von Krankheiten oder Unfällen im „normalen“ Lebensverlauf auf, da die Übergänge in der Realität oftmals fließender Natur sind. Dieses Abgrenzungsproblem soll jedoch im weiteren Verlauf vernachlässigt werden, da es für die Beantwortung der zentralen Forschungsfragen der Arbeit von untergeordneter Relevanz ist. Die gewählte Definition soll in erster Linie einen Eindruck von der Art der sozialen Dienstleistungen vermitteln, mit deren Produktions- und Allokationssteuerung sich die Arbeit beschäftigt. Die spezifischen sozialen Dienstleistungen können dabei die verschiedensten Unterstützungsmaßnahmen umfassen, von der hauswirtschaftlichen Versorgung wie z.B. dem Wäschewaschen, über Mobilitätshilfen wie z.B. der Unterstützung beim Aufstehen, bis hin zu Maßnahmen der sozialen Betreuung, wie beispielsweise dem Vorlesen von Büchern.

2.2.2. Soziale Dienstleistungen

Aufgrund der weiten Verbreitung des Begriffs der sozialen Dienstleistungen erscheint dessen Definition auf den ersten Blick als vermeintlich leichtes Unterfangen. Befasst man sich jedoch mit der einschlägigen Literatur, so sind hinreichend spezifische, allgemein anerkannte Definitionen nur schwer zu finden (Antonnen / Sippilä 1996: 89; Bauer 2001: 9; Munday 2007: 7) und liegen zudem meist nur in Form von Aufzählungen von Merkmalen bzw. Negativ-Definitionen in Abgrenzung zu verschiedensten anderen Konzeptionen vor.

In Anlehnung an Badura und Gross (1976: 77), Bahle (2007: 34) sowie Bäcker et al. (2008: 507) definiere ich **soziale Dienstleistungen** zunächst im Sinne einer Positiv-Definition als:

Personenbezogene Handlungen bzw. Verrichtungen, die innerhalb eines sozialpolitisch gesteuerten institutionellen Rahmens vollzogen werden, mit dem Ziel, soziale Risiken und Probleme zu bewältigen, indem die soziale Handlungskompetenz der Dienstleistungsempfänger durch geeignete Maßnahmen erhalten, verbessert bzw. kompensiert wird.

Soziale Dienstleistungen beschreiben demnach Leistungen in Form von Handlungen die direkt am und dementsprechend in Interaktion mit dem Leistungsempfänger vollzogen werden. Ziel dieser Handlungen ist es, soziale Risiken bzw. Probleme zu bewältigen wie z.B. Armut, Sucht oder eben Pflegebedürftigkeit. Dies wird erreicht, indem die soziale Handlungskompetenz des Leistungsempfängers durch geeignete Handlungen erhalten, verbessert oder, im Falle einer dauerhaften Einschränkung, kompensiert wird²⁸. Alle drei vorgenannten Elemente sozialer Dienstleistungen bilden sich in einem von Land zu Land unterschiedlichen, sozialpolitisch gesteuerten, institutionellen Rahmen heraus. Denn sowohl die Ziele, als auch die hierzu vollzogenen Handlungen, werden sozialpolitisch definiert bzw. gesteuert.

Die *Produktion bzw. Allokation sozialer Dienstleistungen* weist gegenüber anderen Dienstleistungen einige spezifische Charakteristika auf, die im Rahmen der weiteren Untersuchungen von hoher Relevanz sind. Sie bestehen insbesondere in der Individualität der Produktionsprozesse sowie der eingeschränkten Kundensouveränität der Dienstleistungsempfänger.

Aufgrund der Personenbezogenheit sozialer Dienstleistungen weisen deren Produktionsprozesse einen hohen Grad an **Individualität** auf. Die Produktion derartiger Dienstleistungen verlangt zumeist ein hohes Maß an Anpassung an die spezifischen Wünsche, Fähigkeiten, Lebensumwelten, Problemlagen etc. der Leistungsempfänger, da diese auf die Bewältigung individueller Risiken bzw. Probleme gerichtet sind und in Interaktion mit den Leistungsempfängern erbracht werden (Arnold 2003: 233; Schmidt 2008: 150).

Neben dem Merkmal der Individualität des Dienstleistungserstellungsprozesses weisen sowohl der Produktions- als auch der Allokationsprozess die Problematik einer nur **eingeschränkten Kundensouveränität** der Leistungsempfänger auf.

In Folge der stark ausgeprägten Individualität und der Relevanz sozialer Interaktionen bei der Erstellung sozialer Dienstleistungen, weisen sie Erfahrungsgütereigenschaften auf.

²⁸ Unter sozialer Handlungskompetenz sollen nach Bahle (2007: 34) all diejenigen Fähigkeiten bzw. persönlichen Handlungsressourcen verstanden werden, „die eine Person im Rahmen eines bestimmten sozialen Umfeldes dazu befähigen, als vollwertiges Mitglied einer Gesellschaft gelten und handeln zu können“.

Kaufentscheidungen werden auf Leistungsempfängerseite unter erheblicher Unsicherheit getroffen, da in der Leistungserstellung immer wieder eine Anpassung an den Einzelfall nötig ist, deren Qualität nur eingeschränkt a priori eingeschätzt werden kann (Badelt 1997: 190; Schulz-Nieswandt 2002: 166; Arnold 2003: 232; Bäcker et al. 2008: 511f). Weiterhin weisen soziale Dienstleistungen die Eigenschaften von Vertrauensgütern auf. Dies bedeutet grundsätzlich, dass die Qualität und die Notwendigkeit der Produktion bzw. Konsumtion einzelner Dienstleistungen nur bei vorhandenem Fachwissen in ihrer Gesamtheit bewertet werden können. Ein solches Fachwissen ist jedoch in der Regel nicht bei den Leistungsempfängern vorhanden, weshalb sie in weiten Teilen allein auf die Qualifikation des Personals und eine dementsprechend fachgerechte Dienstleistungserbringung vertrauen müssen (Schulz-Nieswandt 2002: 166; Arnold 2003: 232; Bäcker et al. 2008: 511; Möhring-Hesse 2008: 145). Zuletzt kann die Entscheidungssouveränität der Leistungsempfänger durch die Einschränkung ihrer sozialen Handlungskompetenzen begrenzt sein, welche oftmals eng mit dem Bedarf an sozialen Dienstleistungen zusammenhängt. Denn Pflegebedürftige, die beispielsweise von schwerer Demenz gezeichnet sind, verlieren im Laufe ihrer Krankheit die nötigen kognitiven Fähigkeiten, um ihre Bedürfnisse zu artikulieren bzw. eigenständige Auswahlentscheidungen zu treffen (SVR 2005: 94).

Zusammenfassend kann daher festgestellt werden, dass die Empfänger sozialer Dienstleistungen als Nachfrager Kauf- bzw. Auswahlentscheidungen über Dienstleistungen treffen müssen, bei denen hinsichtlich Qualität und Notwendigkeit von Einzeldienstleistungen lediglich Teilaspekte durch sie bewertbar sind und die Qualität dieser Teilaspekte zudem vorab nur eingeschränkt einschätzbar ist. Darüber hinaus werden die Leistungsempfänger in ihrer ohnehin begrenzten Entscheidungssouveränität über Teilaspekte des Dienstleistungsangebots oftmals durch ihre verminderte soziale Handlungskompetenz weiter beschränkt.

Neben den eben beschriebenen zwei zentralen Merkmalen weist die Steuerung bzw. Koordination beider Prozesse einen erheblichen Abstimmungsbedarf hinsichtlich der Handlungsorientierungen einer Vielzahl von Akteuren auf. Verantwortlich hierfür ist die grundlegende Akteurskonstellation in sozialpolitischen Politikfeldern in Gestalt des sogenannten „**Sozialstaatlichen Dreiecks**“ aus Leistungsanbietern, Leistungsfinanzierern und Leistungsempfängern (Prinz 1993; Brülle et al. 1998; Olk et al. 2003: XXII). Denn im Gegensatz zu „klassischen“, zweiseitigen Konstellation aus Anbietern und Nachfragern, zerfällt die Nachfragerseite in der Sozialpolitik meist in Leistungsempfänger und staatliche Leistungsfinanzierer, da es oftmals an hinreichender Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft bei den Leistungsempfängern fehlt (Nullmeier 2002b: 100).

Die Akteure der *Anbieterseite* des Sozialstaatlichen Dreiecks lassen sich in professionelle und nicht-professionelle Dienstleistungsproduzenten unterteilen. Soziale Dienstleistungen können bzw. werden (auch historisch betrachtet) zunächst einmal durch Familien und andere soziale Netzwerke (z.B. Freunde) in nicht professioneller Form erstellt, also freiwillig und unentgeltlich. Auch werden soziale Dienstleistungen in Form von zivilgesellschaftlichem Engagement, durch z.B. Freiwillige in Wohlfahrtsverbänden erstellt. In Bezug auf professionelle Dienstleistungserbringer lassen sich dagegen Non-Profit-Organisationen wie z.B. Wohlfahrtsverbände, private, kommerzielle Anbieter und staatliche Einrichtungen unterscheiden. Zumeist werden sie allerdings im Verbund mehrerer Akteure erbracht. Beispielsweise kann die Pflege durch Angehörige mittels ambulanter Pflegedienste unterstützt werden. Zudem bedürfen komplexe sozialen Problemlagen meist der Kombination verschiedenster Arten sozialer Dienstleistungen. Diese Gesamtpakete sozialer Dienstleistungen werden daher oftmals durch verschiedene Professionen und Anbieter erbracht, sodass in der Literatur von einem „Welfare-Mix“ (vgl. Evers 1995) bzw. „Wohlfahrtspluralismus“ (vgl. Evers / Olk 1996) gesprochen wird, in dem sich deren Produktion vollzieht. Im weiteren Verlauf der Arbeit sollen unter sozialen Dienstleistungen jedoch primär professionell erbrachte Dienstleistungen verstanden werden. Nicht-professionell erbrachte Dienstleistungen hingegen sollen als zusätzlicher, externer Produktionsfaktor interpretiert werden, den es zu integrieren gilt.

Die *Finanzierungsseite* hingegen kann sich aus staatlichen Kostenträgern (Steuerfinanzierung), Versicherungsträgern (Versicherungslösung) oder Leistungsempfängern (Eigenfinanzierung), sowie wiederum den verschiedensten Mischformen zusammensetzen (wie z.B. bei der Selbstbeteiligung von Pflegebedürftigen an zu weiten Teilen staatlich finanzierten Pflegeleistungen). Und auch in Bezug auf die *Nachfragerseite* können wiederum die verschiedensten Akteure bzw. Akteurskonstellationen zum Einsatz kommen. Zunächst einmal können Leistungsempfänger selbst als Leistungsnachfrager auftreten. Oftmals treffen jedoch auch Akteure der Finanzierungsseite, wie staatliche Stellen oder Versicherer, Kaufentscheidungen für die Leistungsempfänger. Zudem spielen die Professionen auf Anbieterseite oftmals eine entscheidende Rolle bei der Auswahl von Einzeldienstleistungen. So z.B. Ärzte, die aufgrund ihrer professionellen Expertise darüber entscheiden welche Leistungen ihre Patienten in Anspruch nehmen sollen, indem sie beispielsweise Pflegebedürftigen eine Ergotherapie verordnen, ohne dass die Leistungsempfänger in die Entscheidungsprozesse signifikant involviert werden. Darüber hinaus können dritte Akteure, wie Angehörige, staatliche gestellte Betreuer oder unabhängige Case- bzw. Fallmanager, vollständig oder teilweise die Bedürfnisartikulation beziehungsweise Anbieter- oder Dienst-

leistungswahl anstelle von in ihrer Kundesouveränität eingeschränkten Leistungsempfängern übernehmen oder diese darin unterstützen. Insgesamt kann es auch hier zu Mischformen kommen, indem Teilaspekte der Leistungswahl von unterschiedlichen Akteuren entschieden werden. Beispielsweise kann die Wahl der Anbieter durch die Leistungsempfänger oder deren Angehörige bzw. Betreuer vollzogen werden, während die Entscheidungen über die zu verrichtenden Einzeldienstleistungen durch die beteiligten Professionen getroffen werden.

Steuerungsherausforderungen ergeben sich im Bereich der sozialen Dienstleistungen dabei insbesondere aus der staatlichen (Teil-)Finanzierung. Dabei stellt sich stets die Frage, welches Angebot an sozialen Dienstleistungen in welcher Quantität und Qualität bzw. zu welchen Preisen produziert und nach welchen Kriterien die verschiedenen Leistungen an welche Nachfragergruppen verteilt werden sollen. Grundlage dieser Entscheidungen ist dabei immer auch die Finanzierungsfrage, wobei diese in wechselseitiger Abhängigkeit zu den sozialpolitischen Zielstellungen entschieden wird. Die spezifischen Herausforderungen innerhalb des Steuerungsprozesses hängen dabei zunächst einmal wesentlich davon ab, welche Akteure sich bei der Formulierung der sozialpolitischen (Steuerungs-)Ziele durchsetzen. Neben den Entscheidungen über die Zielverfolgung in (Sozial-)Politikfeldern, gestalten sich deren Umsetzung bzw. Implementation als zentrale Steuerungsherausforderung. Als grundlegende sozialpolitische Ziele innerhalb von sozialen Dienstleistungssystemen lassen sich hierbei die Ausrichtung der Allokations- und Produktionsprozesse am Equity-Kriterium²⁹ sowie an den Bedürfnissen der Leistungsempfänger identifizieren. Insbesondere letzteres stellt sich als hochvoraussetzungsvolle Steuerungsaufgabe dar, aufgrund der beschriebenen Individualität des Produktionsprozesses sowie der Unsouveränität der Leistungsempfänger. Potenziert werden diese Steuerungsherausforderungen zudem durch das „Doppelmandat“ der Anbieterseite (Olk et al. 2003: XXI) in ihrer Verpflichtung gegenüber Finanzierer- wie Nachfragerseite. Darüber hinaus ergibt sich innerhalb der Produktionsprozesse die grundlegende Problematik der Organisation bzw. Abstimmung eines Produktionsprozesses in Wohlfahrtsmischungen, also der Koordination der Akteure des „Welfare-Mixes“. Zentrale Frage ist daher immer auch, welches Steuerungssystem, mit der Ausrichtung auf die Gewährleistung welches Koordinationssystems, gewählt wird, um die sozialpolitischen Ziele zu erreichen.

²⁹ Zur Bedeutung des Equity-Begriffs vergleiche die Ausführungen im folgenden Abschnitt.

2.2.3. Wohlfahrtsmärkte

Bei Einordnung in das vorangestellte Analyseraster und in Anknüpfung an den gewählten sozialen Dienstleistungsbegriff lassen sich Wohlfahrtsmärkte als spezifische Steuerungssysteme klassifizieren. Zentrales Merkmal dieser Steuerungssysteme ist deren Ausrichtung auf die Nutzung bzw. Stützung des Instruments Markt in der Koordination der Akteure des Sozialstaatlichen Dreiecks im Rahmen der Produktion und Allokation sozialer Dienstleistungen. Aufgrund der spezifischen Merkmale der Produktions- und Allokationsprozesse sozialer Dienstleistungen wird jedoch versucht, den Markt über das Steuerungsinstrument der institutionellen Steuerung an sozialpolitischen Zielen auszurichten.

In der relevanten Literatur wird dann von Quasi-, Sozial- bzw. Wohlfahrtsmärkten gesprochen, wenn die Bereitstellung sozialer Leistungen über Marktakteure vollzogen (Bode 2009: 162) und die Koordination der beteiligten Akteure über „competition and regulation“ (Brandsen 2004: 18) gewährleistet wird. Nullmeier (2002b: 99f) definiert **Wohlfahrtsmärkte** dementsprechend als:

„alle marktförmigen wirtschaftlichen Strukturen, die auf die Produktion und Verteilung von Gütern und Diensten gerichtet sind, die traditionell unter dem Schutz des Sozialstaates als Leistungen zur Schaffung sozialer Sicherheit und sozialer Gerechtigkeit stehen oder standen, und als Märkte weiterhin einer sozialpolitischen Regulation unterliegen.“ Von Wohlfahrtsmärkten soll dabei jedoch nur dann gesprochen werden, „wenn eine sozialpolitische Gesetzgebung als Marktrahmen oder Marktregulation fortbesteht. Denn Wohlfahrtsmärkte entstehen nicht spontan aus dem Verlangen der „Kunden“ heraus. Sie müssen politisch geschaffen werden, da es an hinreichender Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft bei den Kunden fehlt.“

Nullmeiers Definition umfasst vier Kernelemente: soziale Dienstleistungen bzw. Güter / die Koordination ihrer Produktions- und Allokationsprozessen über das Koordinationsinstrument Markt / nicht hinreichende Zahlungsfähigkeit bzw. -bereitschaft der Leistungsempfänger / (unter anderem deshalb) sozialpolitische Steuerung dieser Märkte. Diese noch immer sehr breite Definition soll im Folgenden weiter eingegrenzt werden, um abschließen die Stärken und Schwächen des Koordinationssystems Wohlfahrtsmarkt herauszuarbeiten.

Wohlfahrtsmärkte können die verschiedensten Formen annehmen. Je nachdem, welche Leistungen durch sie produziert und verteilt werden, wie das Sozialstaatliche Dreieck dieser Märkte ausgestaltet ist, und wie deren Produktions- und Allokationsfunktionen sozial-

politisch gesteuert werden. Die Leistungen, die auf Wohlfahrtsmärkten produziert und verteilt werden, lassen sich in soziale Finanz(dienst)leistungen, wie z.B. Rentenversicherungen, sowie soziale Dienstleistungen unterteilen. Die Ausgestaltung des sozialstaatlichen Dreiecks hängt insbesondere von der Ausgestaltung der Anbieterseite, sowie der Kundensouveränität der Leistungsempfänger ab.

Die Produktions- und Allokationsfunktionen von Märkten können dabei hinsichtlich verschiedenster Aspekte und in unterschiedlichem Ausmaß *sozialpolitisch gesteuert* werden. Hierbei geht es nicht nur um die Gewährleistung funktionierender Märkte im Sinne der klassischen Wettbewerbspolitik, sondern um die spezifische Steuerung bzw. Ausrichtung dieser Märkte an sozialpolitischen Zielstellungen. Hinsichtlich der Allokationsprozesse können durch spezifische Steuerungssysteme die Wahlmöglichkeiten der Nachfragerseite auf die verschiedensten Leistungsaspekte beschränkt werden, wie z.B. die Wahl der Anbieter, der Versorgungsformen oder der einzelnen Dienstleistungen. Die Produktionsprozesse hingegen können grundsätzlich in Bezug auf das Angebot an Leistungen bzw. deren Quantität, Qualität und Preise gesteuert werden. Neben den spezifischen Steuerungsmöglichkeiten der Produktions- und Allokationsprozesse zielt die sozialpolitische Steuerung von Wohlfahrtsmärkten sowohl auf die Ausrichtung der Allokationsprozesse entlang des traditionellen wohlfahrtspolitischen „Equity-Kriteriums“ (Le Grand 1991: 1266; Taylor-Gooby 1999: 104; Kastberg 2008: 348), als auch auf die Gewährleistung einer möglichst starken Bedürfnisorientierung der Produktionsprozesse ab. Aufgrund der sozialstaatlichen Subventionierung der Wohlfahrtsmärkte, beinhalten sozialpolitische Steuerungsziele immer auch finanzpolitische Erwägungen.

Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit soll das *Verständnis von Wohlfahrtsmärkten* zum einen auf soziale Dienstleistungsmärkte eingegrenzt werden und zum anderen auf solche Wohlfahrtsmärkte, die in ihren Produktions- und Allokationsprozessen ein ausgebildetes Sozialstaatliches Dreieck aufweisen. Die Finanzierung dieser sozialen Dienstleistungen soll also primär - oder zumindest in signifikanter Höhe - über staatliche Finanzierungsformen gewährleistet sein, wobei die Leistungsempfänger auf Nachfragerseite prinzipiell über Entscheidungskompetenzen bei der Auswahl der Anbieter bzw. Dienstleistungen verfügen, also nicht generell durch Stellvertreter ersetzt werden. Aus dieser Definition bzw. Eingrenzung von Wohlfahrtsmärkten ergeben sich indes spezifische Stärken und Schwächen solcher Steuerungssysteme in der Abstimmung der Handlungen zwischen den Akteuren des Sozialstaatlichen Dreiecks.

Die *Stärken von Wohlfahrtsmärkten* werden zumeist in Abgrenzung zur traditionellen staatlichen, hierarchisch koordinierten sozialen Dienstleistungserstellung definiert. Aufgrund

des Koordinationsmechanismus' Wettbewerb wird ihnen eine überlegene Effizienz in der Dienstleistungsproduktion, sowie eine erhöhte Effektivität ihrer Produktions- und Allokationsprozesse zugeschrieben, die sich aus einer stärkeren („Kunden-“)Orientierung an den Bedürfnissen der Leistungsempfänger ergibt (Le Grand 1991: 1260; Barlett et al. 1998: 2; Ascoli / Ranci 2002a: 11; van den Brink et al. 2002: 202; Köppe 2008: 13). Zudem wird gegenüber klassischen Dienstleistungsmärkten deren sozialpolitische Steuerung bzw. Ausrichtung betont. Insgesamt wird in ihnen die Möglichkeit der Erreichung von „welfare ends through market means“ (Taylor-Gooby et al. 2004), in Kombination mit den Effizienz- und Effektivitätsversprechen der neoklassischen Markttheorie, gesehen.

Wie schon in Abschnitt 2.1.2.1 angedeutet, weist das Koordinationsinstrument Markt jedoch auch grundlegende *Schwächen* auf, welche auf Wohlfahrtsmärkten noch einmal durch die Eigenschaften von sozialen Dienstleistungen potenziert werden. Zunächst einmal zählen zu den grundlegenden Schwächen von Märkten die verschiedenen Fälle des Marktversagens. Hierbei stören insbesondere die asymmetrische Verteilung von Informationen zwischen Anbietern und Nachfragern sowie die Konzentration von Marktmacht in Mono- bzw. Oligopolen den idealtypischen Ausgleich von Angebots- und Nachfragesignalen auf Wohlfahrtsmärkten. Produktions- und Allokationsprozesse sozialer Dienstleistungen sind dabei im Besonderen durch eine eingeschränkte Markteffektivität hinsichtlich der Orientierung an den Bedürfnissen der Leistungsempfänger gekennzeichnet. Diese kommt aufgrund der prinzipiellen Unsouveränität der Leistungsempfänger sowie dem Doppelmandat der Leistungsanbieter zustande. Wenn beispielsweise die Finanziererseite primär auf die Erhöhung der Effizienz innerhalb der Koordination der Produktionsprozesse abzielt, führt dies zu der für Wohlfahrtsmärkte klassischen Problematik, dass Effektivitätsversprechen gegenüber den Leistungsempfängern gegen die Effizienzerwartungen der Finanziererseite ausgespielt werden. Zudem haben Wohlfahrtsmärkte oftmals mit der grundlegenden Problematik zu kämpfen, dass der primäre Rückgriff auf ökonomische Anreize zu sozialpolitischen Fehlsteuerung führen kann, wie z.B. dem „cream skimming“³⁰ (Le Grand 1991: 1266; Powell 2003: 728; Kastberg 2008: 348). Unter anderem hierdurch weisen Wohlfahrtsmärkte oftmals Defizite bei der Ausrichtung am Equity-Kriterium auf (Brandsen 2004: 19; Kastberg 2008: 348), wenn Leistungsempfänger unterschiedliche Gewinnchancen für die Anbieter bieten oder der Leistungsumfang für den Nachfrager in hohem Maße von dessen finanzieller Situation abhängig ist. Um ihre Effektivitäts- und Effizienzversprechen einzulösen sind Wohlfahrtsmärkte daher auf sozialpolitische Steuerung angewiesen. Dabei besteht die Her-

³⁰ Der Begriff „cream skimming“ beschreibt die Problematik einer Konzentration der Anbieter auf die Produktion von Dienstleistungen für Leistungsempfänger, die bei Fallpauschalen aufgrund ihrer geringeren Bedürftigkeit höhere Gewinnmargen versprechen als Leistungsempfänger die einen höheren Bedarf aufweisen.

ausforderungen darin, „die Effizienz- und Effektivitätsvorteile der marktlichen Allokation (und Produktion) mit den Vorteilen einer bedarfsorientierten sozialpolitischen Gestaltungs-politik zu verbinden (Nullmeier 2007: 104).

2.2.4. Politiknetzwerke

Politiknetzwerke stellen Koordinationsinstrumente im Rahmen von Steuerungsprozessen dar, die primär darauf ausgerichtet sind den Idealtyp Netzwerk zu nutzen. Dieser beruht, wie dargestellt, auf dem zentralen Koordinationsmechanismus Verhandlungen und motiviert dabei Akteure über Vertrauen und den Schatten der Zukunft zur Koordination. Zudem weist das Attribut „Politik“ darauf hin, dass sie in Steuerungsprozessen zum Einsatz kommen in denen politische Entscheidungen über die Steuerung von Produktions- und Allokationsprozessen getroffen werden. Im Folgenden sollen die spezifischen Charakteristika des Koordinationsinstruments „Politiknetzwerke“³¹ sowie, dessen Stärken und dessen Schwächen im Detail skizziert werden. Begonnen wird zunächst mit einer Eingrenzung der Literaturgrundlage.

Innerhalb der Literatur zu Politiknetzwerkstudien haben Sørensen und Torfing (Sørensen / Torfing 2007a: 8ff; Torfing 2005: 312f, ebd. 2007: 8-11) vier (*Theorie-*)*Stränge* identifiziert, die jeweils unterschiedliche Erklärungsfaktoren hinsichtlich der zunehmenden Verbreitung von Politiknetzwerken als Koordinationssysteme anführen und dementsprechend zu unterschiedlichen Analysefoki gelangen. Diese wiederum lassen sich in zwei Lager unterteilen, die Netzwerke entweder als funktionelle oder normative Antwort auf politische bzw. gesellschaftliche Veränderungsprozesse interpretieren. Ohne in dem begrenzten Rahmen dieser Arbeit weiter auf die spezifischen Unterschiede zwischen den vier Theorieschulen einzugehen, werde ich im Folgenden größtenteils auf die Erkenntnisse des funktionellen Literatur-Lagers zurückgreifen, da durch funktionelle Fragestellungen am ehesten Anknüpfungspunkte zum Steuerungspotential von lokalen Politiknetzwerken im Umfeld eines fragmentierten Pflege- und Gesundheitssystem zu erwarten sind. Dabei werde ich die Erkenntnisse beider funktionaler Theorie-Stränge nutzen, ohne mir den spezifischen Analysefokus der jeweiligen Schule gänzlich zu Eigen zu machen. Denn nach meinem aus der Literatur gewonnen Verständnis und entsprechend der Systematik meines Analyserasters, begreife ich Netzwerke weder als optimales Koordinationsinstrument in einer zunehmend fragmentierten Welt, wie die Vertreter der „Governability-Schule“ (z.B. Kooiman 1993;

³¹ Der Netzwerkbegriff selbst ist ein extrem schillernder Begriff, der in seinen verschiedenen Ausprägungen eine Vielzahl unterschiedlicher Phänomene beschreibt und dementsprechend eine kaum überschaubare Masse an Literatur in den verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen hervorgebracht hat. Einen guten Überblick zu den wichtigsten Ansätzen und grundlegenden Traditionen der Netzwerk-Analyse in der sozialwissenschaftlichen Literatur bieten beispielsweise Marcussen und Olsen (2007).

Marin / Mayntz 1991; Scharpf 1993, 1994, 1997). Noch als Ausdruck von New Public Management-Reformen, sodass sich deren Funktion auf die Koordination von Akteuren innerhalb des Politisch-Administrativen Systems (PAS) beschränkt, wie im Rahmen der „Interdependence-Schule“ (z.B. Kickert et al. 1997; Rhodes 1997). Stattdessen werden Politiknetzwerke im Sinne dieser Arbeit prinzipiell als inter-organisatorische Netzwerke in den Beziehungen zwischen PAS und gesellschaftlicher Umwelt begriffen, die als ebenso unvollkommene Koordinationsinstrumente vor allem die Funktion besitzen, Steuerungsprozesse zu komplettieren bzw. zu optimieren.

Beiden Theorie-Strängen gemein ist die Identifizierung eines gesellschaftlichen Differenzierungsprozesses, wie er auch als Ausgangspunkt des noch einzusetzenden Analyserasters vorgestellt wurde. Unabhängig davon, ob dieser nun bewusst durch bestimmte Reformen hervorgerufen wurde, oder genereller Bestandteil gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse ist, sind organisatorisch fragmentierte Politikfelder mit einer Vielzahl von Akteuren die Folge. Die Ausrichtung von Politikfeldern auf politische Ziele setzt dementsprechend die Lösung komplexer Koordinationsprobleme zwischen unabhängigen Akteuren voraus. *Sowohl hierarchische als auch marktliche Koordinationsinstrumente können bei der Lösung dieser Koordinationsprobleme jedoch für sich allein an Grenzen stoßen.* Dies geschieht sowohl angesichts der Komplexität der Politikfelder, als auch aufgrund ihrer eigenen Charakteristika. Bei hierarchischen Koordinationsinstrumenten kann die Problematik auftreten, dass die Handlungsorientierungen von unabhängigen Akteuren oftmals nicht, oder nur zu erheblichen Implementationskosten, durch legale Sanktionen zu koordinieren sind (Scharpf 1993: 132ff). Zudem ist die Informationsverarbeitungskapazität von hierarchischen Entscheidern wie z.B. dem Staat meist nicht ausreichend, um angemessen komplexe Problemlösungen als politischen Output zu produzieren (ebd.135ff). Die Nutzung des Marktes erhöht hingegen oft noch die Autonomie der Akteure innerhalb der Produktions- und Allokationsprozesse. Dadurch können notwendige Koordinationsprozesse erschwert werden, weil aufgrund der Unabhängigkeit der Akteure von vornherein nicht zustande kommen, sofern die Akteure keinen ökonomischen Nutzen daraus ziehen können (ebd. 139). Dies ist jedoch bei einer Vielzahl dieser komplexen Koordinationsprobleme nicht, oder nur für einen Teil der Akteure, der Fall.

Netzwerke hingegen bieten aufgrund ihrer *spezifischen Charakteristika* die Möglichkeit Akteure, trotz ihrer Unabhängigkeit, auf die Verwirklichung politischer Ziele hin zu koordinieren und dabei problemangemessen komplexe Lösungen zu produzieren. Politiknetzwerke kommen daher in allen Phasen des Politik- bzw. Steuerungsprozesses auf den verschiedensten Ebenen und in den unterschiedlichsten Ausprägungen vor (Rhodes 2006:

428). Trotz der bereits erfolgten Eingrenzung der Netzwerk-Literatur stellen sich Politiknetzwerke weiterhin als schwer fassbares Phänomen dar, welches die verschiedensten Eigenschaften aufweisen kann. Innerhalb der Literatur findet man dementsprechend eine Vielzahl unterschiedlichster Definitionen. Nach Sørensen und Torfing (2007a: 9) weisen sie jedoch Gemeinsamkeiten bei der Betonung bestimmter Merkmale auf, welche folgendermaßen zusammengefasst werden können:

“A relatively stable, horizontal articulation of interdependent, but operationally autonomous actors who interact through negotiations that take place within a relatively institutionalized community which is self-regulating within limits set by external agencies and contributes to the production of public purpose.”

Laut dieser Definition gestalten sich Politiknetzwerke als inter-organisatorische Verhandlungen von operational unabhängigen Akteuren, die jedoch hinsichtlich der Verfolgung von politischen Zielen bzw. der Steuerung von Produktions- und Allokationsprozessen von einander bzw. den Handlungsorientierungen der anderen Teilnehmer anhängig sind. Zudem vollzieht sich die Koordination der Akteure innerhalb des Politiknetzwerkes in den Grenzen eines institutionellen Rahmens, der sowohl durch die gemeinsame Selbststeuerung der Netzwerkakteure, als auch den institutionellen Rahmen des jeweiligen Politikfeldes, geschaffen wird (Torfing 2007: 5ff).

Zu den *Stärken von Netzwerken* zählt generell die Fähigkeit, die Komplexität von Koordinationsprozessen hinsichtlich der Anzahl von beteiligten Akteuren abzubilden, und durch deren Beteiligung am Koordinationsprozess in ihrer Komplexität problemangemessene Lösungen zu produzieren. Gegenüber hierarchischen Koordinationsinstrumenten werden insbesondere die erhöhte Informationsverarbeitungskapazität sowie die geringeren Implementationskosten betont. In Bezug auf Märkte werden dagegen die Möglichkeiten der Koordination von Akteuren über ökonomische Anreize bzw. marktliche Mechanismen hinaus, sowie die Integration von Akteuren, die von negativen Markt-Externalitäten betroffen sind, herausgestellt (Torfing 2005: 309f). Zudem bieten Netzwerke die Möglichkeit, mittels des Elements der Selbststeuerung, die Handlungsorientierungen autonomer Akteure zu verändern. Dies spielt insbesondere im Hinblick auf die Grundbedingung der Interdependenz eine zentrale Rolle. Netzwerke bieten hier die Möglichkeiten zur Herausbildung bzw. Veränderung normativer wie kognitiver Institutionen im Rahmen der Interaktionen zwischen den Akteuren des Netzwerkes. Hierdurch können die Handlungsorientierungen der Akteure über die Entwicklung gemeinsamen normativer Überzeugungen oder gemeinsa-

men Interpretationen der Realität auf hinsichtlich der Akteursziele abgestimmt werden, wodurch Interdependenz zwischen „strukturell“ unabhängigen Akteuren erzeugt wird.

Doch auch Netzwerke sind hoch voraussetzungsvolle Koordinationsinstrumente, „which are always „pregnant“ with the possibility of breakdown and breakup“ (Thompson 2003: 11). *Schwächen von Netzwerken* ergeben sich zunächst einmal durch die Tendenz zu sogenannten „closed shops“ (Schaap 2007: 118ff), deren Koordinationsergebnisse oftmals zu Lasten unbeteiligter Dritter gehen. Zudem ergibt sich bei Netzwerken das grundlegende Dilemma der Akteursbeteiligung bzw. das „Large Numbers Problem“ (Scharpf 1993: 140f). Je mehr betroffene Akteure beteiligt werden, desto höher die Informationsverarbeitungskapazität, und desto wahrscheinlicher, dass gefundene Problemlösungen in ihrer Komplexität angemessen sind. Je mehr Akteure beteiligt werden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit von Konsensbildung aufgrund der steigenden Zahl von konfligierenden Handlungsorientierungen, sodass oftmals die Tendenz zu Einigungen auf den kleinsten gemeinsamen Nenner besteht, was jedoch meist nicht zu aktiven Problemlösungen führt (Mayntz 1993: 47-54). Neben der Problematik eingengter Steuerungsmöglichkeiten aufgrund einer Vielzahl konfligierender Handlungsorientierungen, lässt sich als zentrale Problematik jedoch die Grundbedingung der **wechselseitigen Abhängigkeit** bzw. **Interdependenz** identifizieren. Politiknetzwerke setzen nur dann Koordinationsprozesse in Gang, wenn die Akteure aufgrund ihrer wechselseitigen Abhängigkeit ein gemeinsames Steuerungsinteresse entwickeln. Die Steuerungsrealität ist jedoch oftmals durch einseitige Abhängigkeiten geprägt, welche die Chancen von netzwerkbasierten Koordinationsprozessen auf ein Minimum reduzieren. Zwar können Netzwerke, wie beschrieben, normative und kognitive Institutionen im Rahmen der Selbststeuerung zur Entwicklung eines solchen gemeinsamen Steuerungsinteresses erzeugen bzw. verändern. Hierbei handelt es sich jedoch meist um einen hochvoraussetzungsvollen Prozess, wie im weiteren Verlauf der Arbeit noch zu zeigen sein wird.

3 Politikfeld Altenpflege

Auslöser der Einführung einer Pflegeversicherung war die zunehmende Belastung der kommunalen Haushalte durch die sogenannten „Hilfen zur Pflege“ (HzP) (Roth / Rothgang 2002: 46; Bönker / Wollmann 2000: 345; Meyer 1996: 79;)³². Diese kontinuierlich steigenden kommunalen Sozialhilfeausgaben waren Anfang der 90er Jahre im Umfeld einer generell prekären Haushaltslage im Anschluss an den Ausbau des Wohlfahrtsstaates zu tragen. Dominierend waren im Gesetzgebungsverfahren entsprechend finanzpolitische Erwägungen (Götting et al. 1994: 305; Meyer 1996: 209; Strünck 2000: 57; Pabst 2002: 92)³³. Daneben fand mit Verabschiedung des PVG Ende Mai 1994 eine knapp zwei Jahrzehnte währende sozialpolitische³⁴ Debatte um die flächendeckende Optimierung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen ihren Abschluss. Diese Debatte, welche seit Ende der 80er Jahre unter dem Schlagwort des „Pflegetnotstands“ zunehmend intensiver geführt wurde (Schulz-Nieswandt 1990; Götting et al. 1994: 291; Rothgang 1997: 64f; Skuban 2000: 4f; Dietz 2002: 23f), betraf zum einen die Entkoppelung von Pflegebedürftigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit. Zum anderen sollten die Produktions- und Allokationsprozesse stärker an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Dies umfasste sowohl einen quantitativen Ausbau der Leistungsstrukturen als Reaktion auf den demographischen und familienstrukturellen Wandel, als auch eine qualitative Optimierung der Leistungsstrukturen hinsichtlich Angebot und Qualität der Dienstleistungen. Zentraler Kritikpunkt war hierbei die Orientierung an den Zielen und Strukturen der Bürokratien von Sozialverwaltung und freigemeinnützigen Leistungsträgern, welche das korporatistische Steuerungssystem dominierten (Backhaus-Maul / Olk 1994: 128f; Götting et al. 1994: 291; Meyer 1996: 17; BMFSFJ 2001: 116)³⁵.

Hinsichtlich der zukünftigen Finanzierung von Pflegedienstleistungen wurde im Rahmen der bundesgesetzlich normierten Pflegeversicherung die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit aus dem institutionellen Rahmen der wohlfahrtsstaatlichen Sozialfürsorge herausgelöst. In Anlehnung an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (Pabst 2002: 92; Bahle 2007: 231) wurde dabei die sozialstaatliche Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit als „versicherungsrechtliche Leistung in das System der Sozialversicherung verlagert“ (Hellmer / Krüsemann 2005: 52). Dabei wurde, als Novum innerhalb des

³² Nach Haug / Rothgang (1994: 5) beliefen sich die HzP seit Mitte der 70er Jahre auf rund einem Drittel der gesamten Sozialhilfeausgaben.

³³ Pabst (2002: 92) spricht in diesem Zusammenhang vom „Primat der Finanzstabilität“ während der Ausarbeitung des Pflegeversicherungsgesetzes.

³⁴ Im Folgenden soll entgegen des umfassenden Verständnisses von sozialpolitischer Steuerung in den vorangegangenen Abschnitten, zwischen sozialpolitischen und finanzpolitischen Zielen unterschieden werden.

³⁵ Für einen detaillierten Überblick der einzelnen Politikformulierungsphasen und des Einflusses der maßgeblich beteiligten Akteure, vgl. Meyer (1996).

deutschen Sozialversicherungssystem, eine Budgetierung des staatlichen Finanzierungsanteils durchgesetzt und damit das traditionelle Bedarfsprinzip abgelöst (Bönker / Wollmann 2000: 520).

Neben der Verlagerung und Deckelung der Finanzierungsverantwortung war die Grundstruktur des Politikfelds durch einen Übergang von der korporatistischen Bedarfsplanung zu einem Wohlfahrtsmarkt in Form eines sozialpolitisch gesteuerten Anbietermarktes geprägt (Heinze / Strünck 1998: 107; Evers / Strünck 2002: 192; Bahle 2007: 235; Strünck 2008: 9). In seiner Grundkonzeption steht daher der Wettbewerbsgedanke im Zentrum des Pflegeversicherungsgesetzes (Rothgang 2000: 423; Evers / Sachße 2003: 72), weshalb es von Nullmeier (2002a: 273) auch als „Marktschaffungsgesetz“ bezeichnet wird. Darüber hinaus sollte der Wettbewerb jedoch im sozialpolitisch sensiblen Feld der Altenpflege durch verschiedene steuernde Eingriffe „zivilisiert“ (Klie 1995: 118) werden.

Die Wahl der gedeckelten Sozialversicherungslösung hinsichtlich der Finanzierung in Kombination mit einem Wohlfahrtsmarkt-Modell in der Steuerung des gesamten Politikfelds sollte entsprechend zwei verschiedenen Zielrichtungen Rechnung tragen:

- den finanzpolitischen Forderungen nach einer Verhinderung steigender Lohnnebenkosten bzw. einer möglichst effizienten Leistungserbringung sowie
- den sozialpolitischen Forderungen nach Ausweitung der Leistungsmenge bzw. einer stärkeren Orientierung der Leistungserbringung an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

Im Idealfall sollten über die Etablierung des Pflegemarktes die Auswirkungen der Reform auf die Lohnnebenkosten durch Budgetierung und Effizienzwettbewerb begrenzt werden. Gleichzeitig sollten Dienstleistungsangebot, -preise und -qualität durch erhöhte Effizienz bzw. Effektivität im Sinne einer gestärkten „Kundenorientierung“ durch die etablierten Marktmechanismen verbessert werden.

Im Folgenden sollen die Strukturen des Politikfelds hinsichtlich Steuerungs- und Koordinationssystem noch einmal eingehender beschrieben werden. Ziel ist es die Verteilung der Handlungsressourcen zwischen Akteuren bzw. Steuerungsebenen sowie die Funktion des Koordinationsinstruments Markt in der Produktion und Allokation pflegerischer Dienstleistungen als Basis der späteren Analyse herauszuarbeiten.

3.1. Ausgestaltung des sozialstaatlichen Dreiecks

Auf der *Anbieterseite* des Pflegemarktes wurden die privaten Anbieter den Wohlfahrtsverbänden in der Leistungserstellung gleichgestellt und in das Subsidiaritätsprinzip integriert. In der Praxis zogen sich zudem die Kommunen in Folge des sich durch die Lehre des New

Public Management verbreitenden Leitbild des Gewährleistungsstaats³⁶ immer stärker aus der Leistungserstellung zurück (Bönker / Wollmann 2000: 341). Durch diese Entwicklung ergibt sich heute eine Aufteilung des Pflegemarktes zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern, bei weiterhin dominanter Stellung der Wohlfahrtsverbände im stationären Bereich³⁷. Zudem wurde der ambulante Sektor im Zuge des im PVG festgeschriebenen Grundsatzes „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI) massiv ausgebaut, sodass 2007 bereits 42% der professionell versorgten Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste betreut wurden³⁸.

Auf der *Finanziererseite* wurde die Finanzierung von Pflegedienstleistungen grundsätzlich auf drei Kostenträger verteilt, wobei die Sozialhilfeträger noch immer als vierter Kostenträger eine gewichtige Rolle spielen. Grund hierfür ist der noch immer signifikante Anteil an Pflegebedürftigen, die nicht in der Lage sind, ihren Eigenanteil zu finanzieren. (vgl. Abb. 4)

Hauptkostenträger sind die *Pflegekassen*, welche die Gelder der Pflegeversicherung verwalten. Die Pflegeversicherung ist dabei als am Budgetprinzip orientierte „Teilkaskoversicherung mit Selbstbeteiligung“ (Dietz 2002: 147) konzipiert. Durch Versicherungsleistungen werden nur definierte pflegerische Leistungen abgedeckt, deren Kosten zudem nur innerhalb eines, entlang von Pflegebedarfsstufen und Versorgungsformen³⁹ strukturierten, begrenzten finanziellen Rahmens übernommen werden. Diese Gesamtleistungen gliedern sich im ambulanten Bereich in Leistungen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung auf, wohingegen im stationären Bereich Leistungen der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege finanziert werden⁴⁰. Die in diesem Rahmen gewährten Leistungen werden wiederum durch einen gesetzlich festgeschriebenen prozentualen Beitragssatz finanziert⁴¹, welcher im traditionellen Umlageverfahren erhoben wird. In der Konsequenz finanzieren die Pflegekassen gut die Hälfte der Kosten für professionelle Pflegedienstleistungen.

³⁶ Zur Definition des Begriffs Gewährleistungsstaat vgl. Schuppert (2005).

³⁷ Für den Anteil der Träger an Pflegeplätzen zum Jahresende 2007 siehe Tabelle C.1 im Anhang.

³⁸ Für die prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung zum Jahresende 2007 siehe Tabelle C.2 im Anhang.

³⁹ Je nach Schwere der Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens werden prinzipiell Budgets entlang dreier Bedarfs- bzw. **Pflegestufen** gewährt. Diese unterscheiden sich zudem noch in ihrer Höhe, abhängig von der Versorgungsform (Pflegegeld / ambulante professionelle Versorgung / stationäre professionelle Versorgung). Das Pflegegeld weist dabei die niedrigsten Sätze auf, während für die stationäre Versorgung die höchsten Sätze gezahlt werden.

⁴⁰ Die medizinische Behandlungspflege im ambulanten Bereich wird durch die Krankenkassen finanziert.

⁴¹ Beitragssatz von 1996 bis 2005 1,7%, ab 2005 Zusatzbetrag von 0,25% für Kinderlose und seit dem 1.7.2008 1,95 % bzw. 2,2% für Kinderlose (Rothgang et al. 2008: 80).

Staatliche Zuschüsse werden nur noch durch die *Länder*, im Rahmen der primär auf den stationären Sektor konzentrierten Investitionskostenförderung, gewährt⁴². Hierbei bestehen jedoch große Unterschiede bezüglich Höhe und Form der Förderung, da diese eigenständig durch die Länder bestimmt werden können (Holst 2009: 219ff)⁴³. Insgesamt tragen Investitionskostenzuschüsse ca. 5% der Gesamtkosten.

Der *Eigenanteil der Pflegebedürftigen* stellt auch nach Einführung der Pflegeversicherung weiterhin eine wichtige Finanzierungsquelle dar. Grundsätzlich tragen Pflegebedürftige die über die budgetierte Finanzierung der Pflegeversicherung hinausgehenden Pflegekosten und die nicht durch Länderzuschüsse finanzierten Investitionskosten. Im stationären Bereich müssen zudem die so genannten „Hotelkosten“ (Unterkunft und Verpflegung) komplett finanziert werden. Der Finanzierungsanteil der Pflegebedürftigen liegt dementsprechend mit ca. 45% auf dem Niveau des Anteils der Pflegeversicherung, wobei ca. ein Viertel dieses Anteils (absolut 12%) weiterhin durch die Sozialhilfeträger übernommen wird.

Die *Sozialhilfeträger* finanzieren somit noch immer einen nicht unerheblichen Teil der Pflegekosten. Zwar haben sie im Vergleich zur Situation vor Einführung der Pflegeversicherung als Kostenträger stark an Relevanz verloren⁴⁴. Noch immer sind jedoch rund ein Viertel der Pflegebedürftigen von Sozialhilfeabhängigkeit betroffen. Im stationären Bereich betrifft dies noch gut ein Drittel der Pflegebedürftigen, während im ambulanten Sektor nur noch 6% auf Sozialhilfe angewiesen sind (Statistisches Bundesamt 2009e: 35, 42). Eine zentrale Rolle als Kostenträger spielen daher primär die überörtlichen Sozialhilfeträger, da diese für die HzP in stationären Einrichtungen zuständig sind. Je nach landesgesetzlicher Ausgestaltung wird deren Funktion durch unterschiedliche Akteure wahrgenommen, meist durch Landessozialämter oder höhere Kommunalverbände, wie z.B. die Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen (NRW)⁴⁵.

In der Konsequenz ergibt sich eine Verschiebung der Relevanz der einzelnen Kostenträger in Bezug auf die Gesamtausgaben für professionelle Pflegedienstleistungen in Deutschland:

⁴² Die vormals zentrale Finanzierungsquelle staatliche Betriebskostenzuschüsse wurde faktisch abgeschafft, da diese von den Entgeltanteilen der Pflegekassen abzuziehen sind (§82 Abs. 5 SGB XI).

⁴³ Laut Holst (2009: 220) existiert in fünf der 16 Bundesländer überhaupt keine Investitionskostenförderung mehr im stationären Bereich.

⁴⁴ Absolut hat sich die Höhe ihres Finanzierungsbeitrags, wie vom Gesetzgeber intendiert, um gut zwei Drittel von 6,6 Mrd. € 1994 auf 2,5 Mrd. € 2006 verringert (Rothgang et al. 2008: 86).

⁴⁵ In zehn Bundesländern wurde ein „Landesmodell“ gewählt, während in sechs Ländern höhere Kommunalverbände zuständig sind (vgl. <http://www.lwl.org/spur-download/bag/mitglv.pdf>).

Abb. 4: Finanzierungsquellen bezogen auf Gesamtausgaben für stationäre und ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen für das Jahr 2001⁴⁶

Finanzierungsquelle	Ausgaben (in Mrd. €)	Prozentualer Anteil an Gesamtausgaben
<i>Leistungsentgelte Pflegekassen:</i>	11,0	50,2
Staatliche Pflegeversicherung ¹	10,5	48,0
Stationäre Versorgung	8,2	37,4
Ambulante Versorgung	2,3	10,5
Private Pflegeversicherung ²	0,5	2,3
<i>Eigenanteil Pflegebedürftige:²</i>	7,2	32,9
Stationäre Versorgung ²	5,1	23,3
Ambulante Versorgung ²	2,1	9,6
<i>Staatliche Finanzierung:</i>	3,7	16,9
Hilfen zur Pflege ³	2,6	11,9
Stationäre Versorgung	2,0	9,1
Ambulant Versorgung	0,6	2,7
Investitionskostenzuschüsse ²	1,1	5,0
Gesamt	21,9	100,0

Quellen: ¹ BMG (2007: 109)

² Rothgang / Igl (2007: 74) Zahlen für Investitionskostenzuschüsse / Eigenanteil sind Schätzungen

³ Rothgang et al. (2008: 86) auf Basis von: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe

Da ambulante und stationäre Versorgungsformen verschiedene Leistungen umfassen und die Eigenanteile der Pflegebedürftigen unterschiedliche Relevanz besitzen, ergeben sich dabei Unterschiede hinsichtlich der Finanzierungsanteile in den beiden Versorgungssektoren:

Abb. 5: Anteil Kostenträger nach Versorgungsformen

Versorgungsform	Kostenträger	Anteil an Gesamtentgelt (in %)
Ambulant	Pflegekassen	46,0
	Pflegebedürftige	42,0
	Sozialhilfeträger	12,0
Stationär	Pflegekassen	50,0
	Pflegebedürftige	31,1
	Sozialhilfeträger	12,2
	Länder	6,7

Quellen: Eigene Berechnungen auf Basis von Abbildung 4; ohne den Anteil der privaten Pflegekassen und mit der Investitionskostenförderung als Bestandteil stationärer Leistungen

3.2. Steuerungs- und Koordinationssystem des Pflegemarkts

Die markt-basierte Koordination der Akteure in der Produktion und Allokation von Pflegedienstleistungen wird weitgehend durch einen institutionellen Rahmen gesteuert, welcher in weiten Teilen durch den Steuerungsprozess und seine steuerungsinstrumentellen Ergebnisse geschaffen wurde. Im Folgenden soll daher zunächst der Steuerungsprozess in

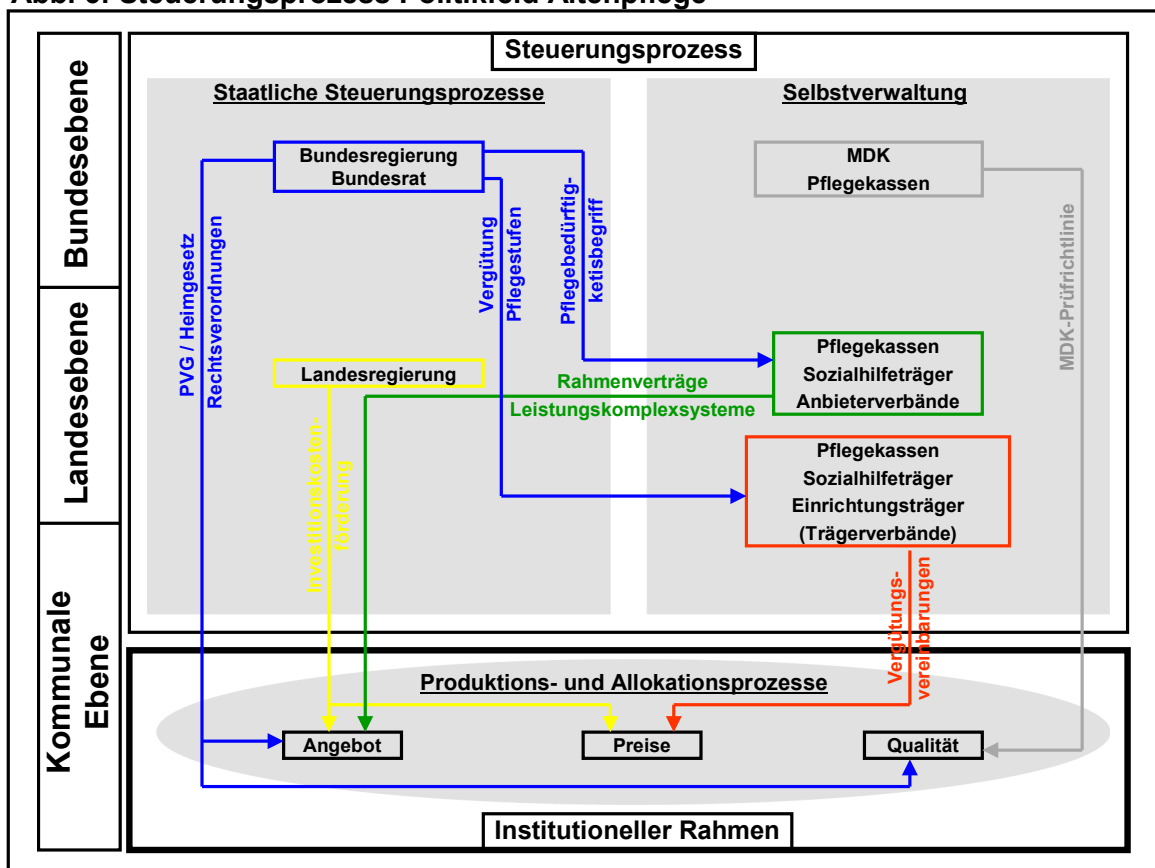
⁴⁶ Die Tabelle bezieht sich auf das Jahr 2001, da keine aktuellere Statistiken bzw. Schätzungen bezüglich des Anteils der Investitionskosten bzw. des Eigenanteils der Pflegebedürftigen vorliegen

seinen Grundstrukturen nachgezeichnet werden, um anschließend dessen Einfluss auf die marktbasieren Koordinationsprozesse der Produktion und Allokation herauszuarbeiten.

3.2.1. Steuerungsprozess

In Anlehnung an die Strukturen des bundesdeutschen Krankenversicherungssystems (Evers / Strünck 2002: 175; Bahle 2007: 231) unterliegt die Ausgestaltung des Steuerungs- und Koordinationssystems sowohl einer bundesrechtlichen Normierung als auch der Steuerung durch die Selbstverwaltung zwischen den Verbänden der Kosten- und Leistungsträger. Hierbei wird die Grundstruktur des Steuerungssystems durch die Gesetzgebung auf Bundesebene ausgestaltet. Im Detail wird diese jedoch durch die Selbstverwaltung der Kosten- und Leistungsträger, insbesondere auf Landesebene, ausgearbeitet. Der Steuerungsprozess des Pflegemarktes ist daher durch zwei zentrale Steuerungsarenen auf zwei Steuerungsebenen geprägt (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Steuerungsprozess Politikfeld Altenpflege



Eigene Darstellung

Bundesrechtliche Grundlagen des Pflegemarktes sind das durch das PVG und das Pflegequalitätssicherungsgesetz aus dem Jahre 2001 entwickelte, Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) sowie das Heimgesetz. Hinzu kommen auf Bundesebene Rechtsverordnungen⁴⁷, die im

⁴⁷ Heimpersonalverordnung und Heimindestbauverordnung.

Rahmen des Heimgesetzes verabschiedet wurden und das Angebot an stationären Dienstleistungen in relevantem Maße hinsichtlich der personellen Ausstattung sowie der baulichen Struktur prägen. Zudem wurden innerhalb des Bundessozialhilfegesetzes bzw. des heutigen Zwölften Sozialgesetzbuchs (SGB XII) die entsprechenden Regelungen zu den HzP ausgestaltet. Alle drei Gesetze wurden durch den Bundestag unter Zustimmung des Bundesrats verabschiedet.⁴⁸

Dieser bundesrechtliche Rahmen wiederum wird in Verhandlungen über vertraglich zu fixierende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Kosten- und Leistungsträger erfüllt. Diese finden zumeist unter dem Rechtsverordnungsvorbehalt der Bundesregierung unter Zustimmung des Bundesrates im „Schatten der Hierarchie“⁴⁹ statt. Die zentrale Steuerungsarena innerhalb der *Selbstverwaltung* ist dabei auf Landesebene zu finden⁵⁰. Hier verhandeln Kosten- und Leistungsträger landesindividuell über so genannte „Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung“ und Vergütungsvereinbarungen.

Rahmenverträge, die zumeist langjährige Laufzeiten aufweisen, werden, getrennt nach ambulanter und stationärer Versorgung zwischen den Landesverbänden der Kosten- und Leistungsträger in Kollektivverhandlungen für das gesamte Bundesland vereinbart. Inhalt von Rahmenverträgen sind insbesondere die Regelleistungen der Pflegekassen (Grundpflege / hauswirtschaftliche Versorgung / soziale Betreuung / medizinische Behandlungspflege im stationären Sektor), wobei die Rahmenverträge sehr detaillierte Vorgaben dahingehend machen, welche Einzelleistungen die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen, während Dienstleistungen der sozialen Betreuung nur recht vage umschrieben werden.

Die Preise für die einzelnen Leistungsbestandteile werden hingegen in den jährlich stattfindenden Verhandlungen über **Vergütungsvereinbarungen** festgelegt. Diese unterscheiden sich grundsätzlich danach, ob die Vergütung ambulanter oder stationärer Leistungen verhandelt wird. Zudem sind sie landesindividuell hinsichtlich ihrer Teilnehmer ausgestaltet.

Die Vergütung im ambulanten Bereich wird auf Basis von landeseinheitlichen „**Leistungskomplexen**“ der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung verhandelt. Hierbei

⁴⁸ Neben den genannten Gesetzen und Rechtsverordnungen existiert noch eine Reihe weiterer Gesetze und Rechtsverordnungen (z.B. Pflegebuchführungsverordnung, Altenpflegegesetz), auf die jedoch aufgrund ihrer randständigen Relevanz hinsichtlich der Steuerung der Allokations- und Produktionsprozesse professioneller Dienstleistungen nicht näher eingegangen werden soll.

⁴⁹ Zur Bedeutung des Begriffs „Schatten der Hierarchie“ siehe Fußnote 23.

⁵⁰ Zwar umfasst das Koordinationssystem innerhalb der Selbstverwaltung auch Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und Sozialhilfeträger bzw. den freigemeinnützigen und privaten Anbietern auf Bundesebene, wie z.B. zu den „Maßstäben der Qualität“. Diesen wird in der Literatur jedoch geringe Steuerungswirkung zugeschrieben (Pabst 2002: 98).

werden einzelne sachlich oder prozessorientiert aufeinander bezogene ambulante Dienstleistungen zu Paketen geschnürt, wie z.B. der „kleinen Morgentoilette“⁵¹ (Röber 2005: 40f; Gabriel 2007: 227)⁵². Verhandlungsteilnehmer auf Kostenträgerseite sind primär die Pflegekassen bzw. einzelne federführende Pflegekassen die durch die Landesarbeitsgemeinschaft der Pflegekassen mit den Vergütungsverhandlungen betraut werden. Die Sozialhilfeträger spielen im ambulanten Bereich hingegen kaum eine Rolle da deren Finanzierungsanteil wie gezeigt zu vernachlässigen ist. Von Bundesland zu Bundesland, aber auch innerhalb der Bundesländer unterscheiden sich jedoch die Verhandlungsebenen und -teilnehmer, je nachdem ob die Verhandlungen mit Arbeitsgemeinschaften der Trägerverbände, einzelnen Trägerverbänden oder den Trägern der Einrichtungen selbst geführt werden (vgl. Holl-Manoharan / Rehbein 2009: 191).

Im stationären Bereich hingegen wird grundsätzlich einrichtungsindividuell ein Heimentgelt für alle Leistungsbereiche zwischen der federführenden Pflegekasse und dem überörtlichen Sozialhilfeträger auf Kostenträgerseite sowie den Trägern und Einrichtungsleitungen auf Anbieterseite verhandelt. Dabei werden nicht nur die Preise für die durch die Pflegekassen anteilig zu finanzierenden Pflegeleistungen festgelegt, sondern auch die Gesamtentgelte. Diese Vergütungsvereinbarungen mit den Einzeleinrichtungen beinhalten daher auch die durch die Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile an den Pflegedienstleistungen, sowie die Höhe der Hotelkosten (Rothgang et al. 2004: 31f). Allein die Investitionskosten werden in gesonderten Verhandlungen zwischen den Einrichtungsträgern und der jeweils zuständigen Landesbehörde festgelegt, sofern eine Landesförderung stattfindet. Ist dies nicht der Fall, so können die Einrichtungen diese eigenständig festlegen.

Insgesamt ist der etablierte Pflegemarkt im Vergleich zum vorherigen korporatistischen System durch eine grundlegende Zentralisierung des Steuerungsprozesses bei gleichzeitiger Delegation zentraler institutioneller Handlungsressourcen bzw. Steuerungsfunktionen an die Selbstverwaltung gekennzeichnet. *Den einzelnen Landesregierungen und besonders den Kommunen kommt daher eine eher randständige Position als Akteur innerhalb des etablierten Steuerungs- und Koordinationssystems zu* (Pabst 2002: 229; Schmidt 2002: 141f; Evers / Sachße 2003: 74f; Klie et al. 2003: 69; Bahle 2007: 207; Wollmann 2008: 147ff). Zwar sind die Bundesländer über den Bundesrat an der Bundesgesetzgebung und

⁵¹ Zwar unterscheiden sich die Leistungskomplexe in ihrer Zusammensetzung von Land zu Land, der Leistungskomplex „kleine Morgentoilette“ beinhaltet jedoch prinzipiell Hilfen beim Verlassen des Bettes, dem Ankleiden, dem Teilwaschen, der Mund- und Zahnpflege, sowie dem Kämmen (Holl-Manoharan / Rehbein 2009: 188f).

⁵² Zwar ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, dass die Entgeltverhandlungen im ambulanten Sektor notwendigerweise auf Basis von Leistungskomplexen geführt werden müssen, es ist z.B. auch möglich Verhandlungen über Zeiteinheiten für Einzelleistungen zu führen. In der Praxis hat sich allerdings das Leistungskomplexsystem flächendeckend durchgesetzt (Holl-Manoharan / Rehbein 2009: 187).

die Kommunen durch ihre Spitzenverbände als örtliche Sozialhilfeträger an der Selbstverwaltung beteiligt. Hierbei kann aber der einzelne Akteur auf Landes- oder kommunaler Ebene keine individuellen Entscheidungen treffen, welche die Allokations- und Produktionsprozesse signifikant beeinflussen.

Den einzelnen Bundesländern verbleibt primär die Möglichkeit der Investitionskostenförderung, durch welche sowohl die Preise der Pflegeleistungen als auch, über damit verknüpfte Förderungsbedingungen, das Angebot an Pflegeleistungen in Teilbereichen gesteuert werden kann. Hinzu kommt die Funktion der Heimaufsicht, die jedoch je nach landesgesetzlicher Regelung auch auf kommunaler Ebene angesiedelt sein kann⁵³. Allerdings sind mit der Heimaufsicht kaum originäre Steuerungsfunktionen verbunden, die individuell genutzt werden können. Stattdessen schreibt das Heimgesetz den Heimaufsichtsbehörden Überwachungsaufgaben in Bezug auf die Qualität von Einrichtungen zu, bei denen nur geringer Ermessensspielraum besteht. Den Kommunen verbleibt als explizit zugewiesene Steuerungsfunktion im Politikfeld Pflege eigentlich nur der Bereich der Offenen Altenhilfe (Wollmann 2008: 147f), welcher jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit ist, sodass von Seiten der Literatur den Kommunen insgesamt ein Rückzug aus der pflegepolitischen Gestaltung attestiert wird (vgl. Evers / Klie 1999). Über die spärliche steuerungssystemische Zuteilung von Steuerungsmöglichkeiten an Länder und Kommunen hinaus, ist deren Einfluss als Steuerungsakteure daher stark abhängig von deren pflegepolitischen Engagement (Schmidt 2002: 143), z.B. in Form von Unterstützung bzw. Nutzung des Instruments Pflegekonferenzen.

Neben der Unterteilung in Steuerungsebenen und Steuerungsarenen lassen sich im wesentlichen *drei Steuerungsbereiche* identifizieren, auf welche das Steuerungssystem ausgerichtet ist: das Angebot an Pflegedienstleistungen, deren Preise und deren Qualität.

3.2.2. Produktions- und Allokationsprozesse

Der etablierte Pflegemarkt lässt sich hinsichtlich seines Charakters als Anbietermarkt klassifizieren (Rothgang 2000: 430; Bode 2004: 60), dessen Marktgeschehen zentral auf die Auswahl der Leistungsanbieter durch die Pflegebedürftigen gerichtet ist. Damit wird auf einen Wettbewerb zwischen den Anbietern um die Pflegebedürftigen abgezielt. Aus der „Marktlogik“ des SGB XI heraus werden Pflegeeinrichtungen daher bedarfsunabhängig zugelassen, sofern sie gewisse Mindeststandards erfüllen. Konkurrenz um die Pflegebedürftigen als „Kunden“ zwischen den Anbietern soll demnach durch ein bewusst zugelas-

⁵³ Nach Schnabel et al. (2004: 149) lassen sich zehn „Ländermodelle“ und sechs „kommunale Modelle“ identifizieren.

senes Überangebot erzeugt werden (Pabst 2002: 96). Die Pflegebedürftigen können dementsprechend frei zwischen den verschiedenen Anbietern und Versorgungsformen wählen. Auf Grundlage dieses Anbieterwettbewerbs sollen sich Angebot, Preise und Qualität der Dienstleistungen möglichst an den Präferenzen der Pflegebedürftigen ausrichten. Allerdings wird über den im Rahmen des Steuerungsprozesses geschaffenen institutionellen Rahmen intensiv steuernd in die markt-basierten Koordinationsprozesse der Produktion und Allokation eingegriffen. Im Detail ergänzen sich Marktmechanismus und steuernde Eingriffe entlang der drei Steuerungsbereiche dabei folgendermaßen:

Das *Angebot* an Pflegedienstleistungen lässt sich analytisch in die Angebotsmerkmale Versorgungsform (ambulant / stationär) und darin angebotene Einzeldienstleistungen unterteilen. Das Koordinationsinstrument Markt kommt insbesondere bei der Wahl von Anbieter und Versorgungsform zum Einsatz. Darüber hinaus wird jedoch die Ausprägung der beiden Angebotsmerkmale durch die Investitionskostenförderung der Länder, die Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung auf Länderebene sowie die Gesetzgebung auf Bundesebene vorstrukturiert.

Je nach landesgesetzlicher Regelung können insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen (Bode 2005: 13) durch den Anreiz von Investitionskostenzuschüssen in bestimmten Angebotsmerkmalen normiert werden. So z.B. in NRW, wo das Landesgesetz nur stationäre Einrichtungen bis zu einer Obergrenze von 80 Betten als förderungswürdig ausweist (BMGS 2004: 177). Tendenziell verliert die Investitionskostenförderung jedoch an Steuerungswirkung. Zum einen lässt deren Anreizwirkung aufgrund des rückläufigen Gesamtvolumens infolge der angespannten Finanzlage der Länderhaushalte nach. In einigen Bundesländern wurde die Investitionskostenförderung gar komplett eingestellt (BMGS 2004: 167-193; Klie 2005: 8; BMG 2007: 136-148; Holst 2009: 220). Zum anderen wurde durch ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 2001 der Einsatz des Steuerungsinstruments Bedarfsbestätigung, als Voraussetzung für die staatliche Investitionsförderung, verboten. Somit wurde Ländern und Kommunen die letzte Möglichkeit einer einrichtungsbezogenen, kommunal orientierten Infrastrukturplanung genommen (BMFSFJ 2006: 54).

Die Selbstverwaltung auf Landesebene hingegen beeinflusst über die Rahmenverträge das Gesamtangebot an möglichen Pflegedienstleistungen innerhalb der Einrichtungen und reduziert die Wahlmöglichkeiten im ambulanten Bereich zudem auf die verhandelten Leistungskomplexe.

Zuletzt wird durch die Gesetzgebung auf Bundesebene bereits ein institutioneller Rahmen für die Verhandlungen der Rahmenverträge geschaffen. Denn der gesetzlich definierte Pflegebedürftigkeitsbegriff beruht, im Gegensatz zur vorangegangenen Definition von Al-

tenpflege, auf einem engen körper- bzw. verrichtungsbezogenen Verständnis von Pflege, wodurch sich die zu verhandelnden Leistungen auf Hilfen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung beschränken (BMFSFJ 2001: 107f; Büscher / Wingenfeld 2009: 258ff). Zudem führt der Teilkasko-Charakter der Pflegeversicherung dazu, dass in der ambulanten Versorgung nur Leistungen der Grundpflege, sowie hauswirtschaftliche Leistungen abgerechnet werden können. Anderweitige Leistungen, wie z.B. die soziale Betreuung von Pflegebedürftigen, werden hingegen nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Darüber hinaus werden auf Bundesebene verschiedene Vorgaben hinsichtlich der grundsätzlichen Ausgestaltung der Versorgungsformen durch das SGB XI sowie Heimgesetz und zugehörige Rechtsverordnungen gemacht.

Insgesamt orientiert sich das Gesamtangebot an Pflegeleistungen in seinen Strukturen daher an den durch die Pflegekassen übernommenen Leistungen, welche durch die Gesetzgebung auf Bundesebene und die Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung auf Länderebene geprägt werden (Ostner 1998: 125; Schulin / Igl 1999: 187; Evers / Strünck 2002: 179; Zacher 2005: 16f; Arntz et al. 2006a: 12; Bahle 2007: 235). Zwar können Pflegebedürftige auch Zusatzleistungen einkaufen, welche über den Leistungskatalog der Pflegekassen hinausgehen. Ein relevanter Selbstzahler-Markt hat sich jedoch aufgrund der ohnehin hohen Kosten für die Basisversorgung bisher nicht entwickelt (Nullmeier 2001: 79; BMFSFJ 2001: 113f; Röber 2005: 37; Schneekloth 2005: 82; Schneekloth / von Törne 2007: 154; Schmidt 2009: 313). Die Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen sind somit innerhalb eines engen institutionellen Rahmens primär auf die Auswahl der Versorgungsform und des Anbieters begrenzt, während die angebotenen Einzelleistungen in hohem Maße vorgeprägt sind. Allerdings bestehen hierbei noch einmal signifikante Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Der ambulante Pflegemarkt lässt, durch seine Begrenzung auf grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen bzw. deren weitgehende Festlegung in den Rahmenverträgen und Leistungskomplexen, kaum Raum für eine markt-basierte Ausprägung des Angebotsmerkmals. Demgegenüber bietet der stationäre Sektor, aufgrund der geringen Standardisierung sozialer Betreuungsleistungen sowie der Möglichkeiten in der Ausgestaltung der Versorgungsform, größere Freiheiten in der einrichtungsindividuellen Gestaltung des Angebots, wodurch Wettbewerbsmechanismen zum Tragen kommen können.

Auch hinsichtlich des *Preises* von Pflegedienstleistungen vollzieht sich die markt-basierte Koordination der Produktions- und Allokationsprozesse in den Grenzen eines institutionellen Rahmens, welcher durch die Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung hervorgebracht wird. Die Preise für die einzelnen Dienstleistungen werden in den Vergütungsver-

einbarungen zwischen Leistungs- und Kostenträgern vertraglich fixiert. Allerdings orientieren sich die Vergütungsverhandlungen dabei auch teilweise an der Nachfrage der Pflegebedürftigen, wobei die Bedürfnisse der Nachfragerseite insbesondere dann zum Tragen kommen, wenn ein Überangebot besteht, was insbesondere im ambulanten und weniger im stationären Markt der Fall ist (Augurzky et al. 2008: 36). Insgesamt wird die Ausprägung des Preismerkmals jedoch primär durch die Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung auf Länderebene bestimmt.

In Bezug auf die Sicherung der *Qualität* ist der entsprechende Steuerungsprozess im wesentlichen auf Bundesebene angesiedelt. Dessen Ergebnisse in Form von gesetzlichen Vorgaben und Qualitätsstandards wiederum werden primär durch Einrichtungsprüfungen des Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsichtsbehörden implementiert^{54,55}.

Die Qualitätsstandards und -vorgaben werden durch gesetzliche Vorgaben von SGB XI und Heimgesetz, die Prüfrichtlinie des MDK sowie die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) gesteuert. Die gesetzlichen Vorgaben zielen primär auf die Beeinflussung von Aspekten der Struktur- und Prozessqualität ab, so z.B. durch die Verpflichtung der Einrichtungen zu einem internen Qualitätsmanagement oder die in der Heimpersonalverordnung festgeschriebene Fachkraftquote. Die Prüfrichtlinie des MDK sowie die Expertenstandards des DNQP hingegen beziehen sich eher auf die Prozess- und teilweise die Ergebnisqualität von Pflegedienstleistungen⁵⁶. Während die Prüfrichtlinie des MDK durch die Spitzenverbände der Pflegekassen unter Zustimmung des Gesundheitsministeriums abgestimmt wird, werden die Expertenstandards vom DNQP in entsprechenden Expertengremien entwickelt.

Im Rahmen der Marktkoordination hingegen wird auf den grundlegenden Selektionsmechanismus des Marktes entlang von Kundenpräferenzen, sowie dessen Unterstützung durch die Zertifizierung des Qualitätsmanagements durch externe Prüfer gesetzt. Allerdings ist die Wirksamkeit des Anbieterwettbewerbs in Bezug auf Qualitätsaspekte stark abhängig von der Kundensouveränität der Pflegebedürftigen. Diese ist jedoch in weiten Teilen erheblich eingeschränkt. Darüber hinaus hat der deutsche Pflegemarkt bzw. dessen Steuerung bisher nur wenig Instrumente hervorgebracht, welche die Transparenz für die Kunden hin-

⁵⁴ Die Expertenstandards des DNQP sind zwar erst seit Inkrafttreten des PWG im Juli 2008 verpflichtend für die Pflegeeinrichtungen. In der Praxis haben sich die MDK-Prüfungen jedoch schon in den letzten Jahren an diesen orientiert (DNEbM 2006: 34; Wiener et al. 2007: C-7).

⁵⁵ In der Praxis hat sich tendenziell eine Arbeitsteilung im Sinn der Sicherung der Strukturqualität durch die Heimaufsicht und der Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität durch den MDK durchgesetzt (MDK 2008: 12).

⁵⁶ Zur Unterscheidung von Struktur- / Prozess- / und Ergebnisqualität vgl. Donabedian (1966).

sichtlich Qualitätsaspekten erhöhen, nicht zuletzt aufgrund der fehlenden einrichtungsindividuellen Veröffentlichung der Prüfberichte von MDK und Heimaufsicht⁵⁷. Zudem wird dem entstandenen Zertifizierungssystem bisher wenig Einfluss auf die Qualität der Pflegedienstleistungen, bzw. Wirksamkeit in der Erhöhung der Qualitätstransparenz bei der Anbieterwahl zugeschrieben (Wiener et al. 2007: C-7).

Insgesamt wird daher im deutschen Pflegemarkt primär über die Instrumente gesetzliche Vorgaben und Einrichtungsprüfungen versucht, die Qualität der Dienstleistungsproduktion zu steuern, wobei deren Ausgestaltung in verschiedenen Steuerungsarenen auf Bundesebene vollzogen wird. Die Koordination der am Pflegeprozess beteiligten Akteure über den Markt spielt hingegen eine eher untergeordnete Rolle in Realität und Steuerungssystem des Pflegemarktes (Augurzky et al. 2007: 92).

Will man nun noch einmal *zusammenfassend Marktmechanismus von steuernden Eingriffen durch Kollektivverhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung, MDK bzw. Heimaufsicht und Investitionskostenförderung der Länder abgrenzen*, so ergibt sich das Bild einer hochgradigen Standardisierung der Pflegedienstleistungen hinsichtlich des Angebots und den Preisen, sowie einer Qualitätssicherung, die primär über das Instrument der Einrichtungsprüfungen durch MDK und Heimaufsicht gewährleistet wird. Der Marktmechanismus kommt insofern zwar bei der Wahl der Versorgungsform, der Wahl des Anbieters, sowie im ambulanten Bereich bei der Wahl von Dienstleistungspaketen zum Tragen. Die Wahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen als „Kunden“ bleiben aber hinsichtlich der Angebotswahl auf einen definierten Leistungskatalog, hinsichtlich des Preiskriteriums auf die Auswahl entlang festgelegter Preise sowie hinsichtlich des Qualitätskriteriums auf eine durch MDK und Heimaufsicht gesicherte Mindestqualität beschränkt. Dem Ausgleich von Angebots- und Nachfragesignalen auf dem Pflegemarkt bleibt also nur ein durch die sozialpolitische Steuerung, bzw. den sich hieraus ergebenden institutionellen Rahmen, sehr weitgehend eingegrenzter Raum.

⁵⁷ Der MDK ist erst seit Verabschiedung des PWG zur Veröffentlichung der Ergebnisse seiner Einrichtungsprüfungen verpflichtet.

4 Steuerungsdefizite des Pflegemarktes

Trotz der politischen Ziele und der theoretischen Versprechen die mit der Etablierung eines Wohlfahrtsmarktes im Pflegesektor verbunden waren, haben sich wiederum verschiedenste - und meist keineswegs neue - Steuerungsprobleme ergeben. Während die Steuerungsziele hinsichtlich des bedarfsgerechten, quantitativen Ausbaus des Dienstleistungsangebots erreicht wurden (BMFSFJ 2006: 49; Schneekloth 2005: 81), lassen sich erhebliche Steuerungsdefizite hinsichtlich einer integrierten Versorgung an der Schnittstelle zur medizinischen Versorgung sowie in Bezug auf die qualitative Entwicklung des Dienstleistungsangebotes identifizieren.

Natürlich existieren eine Reihe weiterer Steuerungsdefizite, welche in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion erörtert werden, wie z.B. die langfristige Finanzierungssicherung (Rothgang / Dräther 2009: 47ff), die grundsätzliche Unterfinanzierungsproblematik, der drohende Fachkräftemangel (Blinkert / Klie 2004: 323ff), die hohe Arbeitsbelastung des Personals, oder die Sicherung der Ergebnisqualität in der Dienstleistungserbringung (Ollenschläger 2007: 62ff). Allerdings stellen sich die Weiterentwicklung des Angebots sowie die Förderung der integrierten Versorgung als die zentralen Aufgabenkomplexe dar, welche mit der Etablierung von Pflegekonferenzen verbunden sind (vgl. Abs. 5.1.2). Zudem stellen sich die mit der grundlegenden Finanzierungsfrage verknüpften Problematiken weniger als Steuerungsdefizite, denn als politische Frage darüber wie viel in diesem Bereich investiert werden soll, dar.

4.1 Angebotsdifferenzierung

Im Vergleich zum vorherigen korporatistischen Steuerungssystem, wird dem Pflegemarkt allgemein zugeschrieben eine höhere Kundenorientierung bewirkt zu haben, schon allein aufgrund der Leistungsausweitung, insbesondere im ambulanten Bereich (Schneekloth / Wahl 2007b: 29f). Aber auch die mit der Einführung der Pflegeversicherung einhergehende Professionalisierung der Leistungserbringungsstrukturen, die Wahlmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Versorgungsformen und die grundsätzliche Anbietersauswahl, haben zu einer im Vergleich zum vorherigen System prinzipiell positiven Bewertung der Reformen geführt, auch durch die Leistungsbezieher selbst (Behrens / Olk 2000: 961; Schneekloth / Müller 2000: 121ff, 191ff).

Hinsichtlich des zentralen Versprechens einer erhöhten Bedarfsorientierung durch die Vermarktlichung der Beziehungen zwischen Leistungsbeziehern und Leistungsanbietern, fallen die Urteile über die Steuerungserfolge des Pflegemarktes jedoch, nach wie vor, bestenfalls gemischt aus. Zwar wird die Wahlfreiheit für die Pflegebedürftigen hinsichtlich des

Leistungsanbieters grundsätzlich als wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer primären Ausrichtung der Produktions- und Allokationsprozesse an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen bewertet. Insgesamt wird dem Leistungsangebot jedoch ein hoher Standardisierungsgrad, bzw. eine dementsprechend nur eingeschränkte Bedarfsorientierung attestiert. Neben der grundlegenden Kritik an dem geringen Differenzierungsgrad des Dienstleistungsangebots und der Versorgungsformen, wird insbesondere eine Ambulantisierung des Sektors angemahnt, sowie der schleppende Ausbau demenzspezifischer Angebote kritisiert.

4.1.1 Steuerungsherausforderungen

Wie bereits in Abs. 2.2.2 dargelegt, besteht bei der Erstellung sozialer Dienstleistungen, wie der Versorgung Pflegebedürftiger, die besondere Herausforderung, diese Leistungen bestmöglichst an die individuellen Bedarfslagen der Dienstleistungsempfänger anzupassen. Das Angebot an Pflegeleistungen sollte daher möglichst weitgehend differenziert und hinreichend flexibel hinsichtlich seiner Versorgungsformen und der in deren Rahmen angebotenen Dienstleistungen sein. Als grundlegende Herausforderungen stellen sich dabei eine möglichst stark ambulantisierete Versorgung der Pflegebedürftigen, sowie die Vorhaltung spezifischer Leistungsangebote für die hohe, bzw. steigende Zahl an demenzkranken Pflegebedürftigen dar.

Die *Ambulantisierung* der Versorgungslandschaft wird nicht nur durch den gesetzlich festgeschriebenen Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ (§ 3 SGB XI) als zentrales Ziel des Pflegemarktes festgelegt. Auch die Pflegebedürftigen selbst, und deren Angehörige, präferieren grundsätzlich eine häuslich geprägte Versorgung (Schneekloth 2005: 84; Pfau-Effinger et al. 2008: 90; Schmidt 2009: 304). Der Umzug ins Heim wird in den allermeisten Fällen so lange wie möglich hinausgezögert (Roth / Reichert 2003: 16; Schneekloth / Törne 2007: 99f; Rothgang et al. 2008: 98, 123ff, 303ff), wodurch die sie darin unterstützenden, ambulanten Dienstleistungsangebote eine entscheidende Rolle für Pflegebedürftigen und deren pflegende Angehörige spielen. Der Begriff Ambulantisierung beschreibt dabei zum einen die Forderung nach der Differenzierung der ambulanten Dienstleistungspalette, mit dem Ziel die häusliche Versorgung so lange wie möglich aufrecht erhalten zu können. Zum anderen umfasst er die Auflockerung der Dichotomisierung der Versorgungsformen in ambulant und stationär, indem die Etablierung von Mischformen, wie z.B. betreutem Wohnen, betreute Wohngruppen bzw. „Alten-WG’s“⁵⁸ etc. ermöglicht wird, mit

⁵⁸ **Betreutes Wohnen** lässt sich nach Kremer-Preiß und Stolarz (2003: 93) als Angebot eines altersgerechten Wohnangebotes beschrieben, das ältere Menschen als Mieter oder Eigentümer selbstständig bewohnen, wobei die Verfügbarkeit von Betreuungsangeboten sowie Pflege- und Serviceleistungen bei Bedarf im Gesamtpaket enthalten ist.

dem Ziel Alternativen zur Heimversorgung anzubieten (Klie et al. 2005: 123; Schmidt 2009: 304, 308f).

Neben der Forderung nach einer Ambulantisierung der Versorgungslandschaft, wird in der Diskussion um die Differenzierung des Angebots zunehmend auf die Herausforderungen der *Demenzversorgung* hingewiesen, welche nach Klie et al. (2005: 122f) „eine der größten fachlichen und versorgungspolitischen Herausforderungen der aktuellen und zukünftigen Pflegepolitik“ darstellt. Die Prävalenz von Demenzerkrankungen unter den Pflegebedürftigen beträgt, je nach Alter der Pflegebedürftigen, im Ambulanten Bereich 17-40% und im stationären Bereich 50-70% (Rothgang et al. 2008: 169). Im Vergleich zum Dienstleistungsprofil bei eher körperbezogenen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, bedarf die Versorgung dementer Menschen eines sehr spezifischen Dienstleistungsprofils, wie z.B. tagesstrukturierenden Maßnahmen der sozialen Betreuung. Die zunehmende Zahl dementer Pflegebedürftiger verlangt daher den Aufbau entsprechender Leistungsangebote, die sich von den „Standardleistungen“ der Pflegeversicherung erheblich unterscheiden. Dies betrifft insbesondere den stationären Bereich, da fortgeschrittene Stadien der Demenzerkrankung das ambulante Pflegepotential durch professionelle Pflegedienste und Angehörige meist übersteigen, sodass sich die bedarfsangemessene Versorgung von Demenzzkranken als Schlüsselfrage für den stationären Sektor identifizieren lässt (Schneekloth / von Törne 2007: 166).

Als Best-Practice-Modell in der primär stationär geprägten Demenzenversorgung gilt dabei das so genannte „Hamburger Modell“ einer (teil-)segregativen⁵⁹ stationären Betreuung in abgetrennten Wohn- oder Tagesgruppen, innerhalb derer die Pflegebedürftigen durch entsprechend qualifiziertes Personal betreut werden (Dettbarn-Reggentin 2005: 99; Weyerer et al. 2005: 92f; Schneekloth / Wahl 2007b: 45ff; Schäufele et al. 2007: 169f).

4.1.2 Steuerungsleistungen des Pflegemarktes

Dem deutschen Pflegemarkt wird von Expertenseite insgesamt ein geringer Differenzierungsgrad attestiert. Aufgrund der nur gering ausgeprägten Zuzahlungsbereitschaft der Pflegebedürftigen (vgl. Abs. 3.2), orientiert sich das Leistungsangebot an den durch die Pflegeversicherung übernommenen Leistungen, welche innerhalb der Rahmenverträge

Bei **betreuten Wohngruppen** bzw. **Alten-WG's**. hingegen handelt es sich um Wohnformen, „bei denen Hilfe- und Pflegebedürftige in kleinen Gruppen in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben und von Betreuungskräften unterstützt werden“ (Kremer-Preiß / Narten 2004: 6).

⁵⁹ Nach Schneekloth und Wahl (2007: 45) sind hinsichtlich der stationären Betreuung von demenztenden Pflegebedürftigen „insbesondere **integrative** (es erfolgt keine räumlich-organisatorische Trennung zwischen kognitiv beeinträchtigten und kognitiv nicht beeinträchtigten Bewohnern), **teilintegrative oder teilsegregative** (vor allem spezielle Tagesgruppen für Demenzzranke) und **segregative** Versorgungsformen (spezielle Wohnbereiche nur für demenzzranke Bewohner)“ zu unterscheiden.

festgelegt werden (Ostner 1998: 125; Schulin / Igl 1999: 187; BMFSFJ 2001: 107f; Dietz 2002: 154; Evers / Strünck 2002: 179; Schmidt 2002: 137f; Evers / Sachße 2003: 56; Röber 2005: 35; Zacher 2005: 16f; Arntz et al. 2006b: 38; Bahle 2007: 235; Augurzký et al. 2008: 85). Dementsprechend prominent wird in Deutschland auch eine Debatte um einen Systemwechsel hin zu so genannten Pflegebudgets geführt (vgl. Arntz et al. 2006b; Klie 2006; Putz 2006; Meyer 2007). Um zu einem wirklichen Ausgleich zwischen Angebots- und Nachfragesignalen zu kommen, sollen hierbei die Pflegebedürftigen im finanziellen Rahmen solcher Budgets frei entscheiden können welche Leistungen sie einkaufen möchten.

Neben diesen grundsätzlichen Experteneinschätzungen zur generellen Angebotsdifferenzierung liegen nur vereinzelt empirische Erkenntnisse zur genauen Entwicklung des Pflegemarktes hinsichtlich der Angebotspalette bzw. der Ambulantisierung und dem Ausbau spezieller Angebote in der Demenzversorgung vor (Schmidt 2009: 308; Schäufele et al 2007: 218).

Hinsichtlich der Ambulantisierung des Pflegesektors scheinen Angebote des betreuten Wohnens eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Allerdings liegen hierzu nur Ergebnisse aus dem Jahre 2002 vor, welche auf Basis einer quantitativen Repräsentativerhebung im Rahmen der durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung (MuG)-Studien - unter Leitung von Schneekloth und Wahl (2005) - erhoben wurden. Sofern sich seitdem keine massiven Veränderungen vollzogen haben, werden nur 3% der Pflegebedürftigen innerhalb dieser Versorgungsform betreut (Schneekloth 2005: 69). Hinsichtlich der Verbreitung von betreuten Wohngruppen lässt sich an empirischen Erkenntnissen nur eine Pilotstudie aus dem Jahre 2003 ermitteln, welche bundesweit 143 Angebote recherchieren konnte in denen um die 1000 Pflegebedürftige versorgt werden. Zudem ist die regionale Verteilung deutlich unausgewogen, da Berlin mit 36 Prozent und NRW mit 27 Prozent der Angebote dominieren, während in anderen Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Thüringen und Sachsen-Anhalt) diese Versorgungsformen kaum bekannt und eingeführt sind (Kremer-Preiß / Narten 2004: 14ff). Aktuellere empirische Daten zum Verbreitungsgrad von alternativen Versorgungsformen stehen bisher nicht zur Verfügung (Schmidt 2009: 308).

Schmidt kommt daher nach eingehender Literaturrecherche hinsichtlich alternativer Wohnformen und Dienstleistungsangebote zu dem Schluss, dass entsprechende Initiativen, legt man die Repräsentanz innerhalb der einschlägigen Literatur zu Grunde, eine untergeordnete Rolle im deutschen Pflegemarkt spielen (ebd. 309). Allein Angebote des betreuten Woh-

nens stellen sich als „eingeführtes und bundesweit verbreitetes Produkt dar, während alle anderen Formen in ihrer Verbreitung, entgegen aller massenmedialer Präsenz, eher marginal geblieben sind“ (ebd. 315).

In Bezug auf den Ausbau demenzspezifischer Leistungsangebote liefert wiederum die MuG-Studie aus dem Jahre 2007 (Schneekloth / Wahl 2007a) Hinweise auf deren Verbreitung für das Jahr 2005. Hierbei soll die Verbreitung segregierter und teilsegregierter Versorgungskonzepte unter den stationären Einrichtungen als Indikator für den Ausbau demenzspezifischer Versorgungskonzepte genutzt werden, da mit diesen speziellen Versorgungskonzepten in der Regel spezifischere Dienstleistungen und Qualifikationen der Mitarbeiter verbunden sind⁶⁰. Dabei weisen 43% der vollstationären Pflegeeinrichtungen segregative oder teil-segregative Versorgungsarrangements auf, wohingegen eine Mehrheit von 53% noch immer durch ausschließlich integrative Versorgungskonzepte geprägt ist (Schneekloth / von Törne 2007: 76f).

Innerhalb der Literatur wird daher auch die Versorgung dementer Pflegebedürftiger als zentrale Herausforderung des Pflegemarktes beschrieben, da die Standardleistungen den entsprechenden Bedarf nicht abdecken. Insgesamt wird der deutschen Versorgungslandschaft zwar eine positive Entwicklung in den letzten Jahren attestiert, von einer flächendeckenden und angemessenen Versorgung dementer Pflegebedürftiger kann jedoch nach Einschätzung der meisten Experten nicht annähernd gesprochen werden (Schneekloth / von Törne 2007. 166).

4.2 Integrierte Versorgung

Altenpflege als soziale Dienstleistung ist im engeren Sinne auf die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen bei der Verrichtung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ ausgerichtet. In ihrer ganzheitlichen Konzeption, welche sowohl die Orientierung an der gesamten Lebenslage⁶¹ des Pflegebedürftigen und den damit verbundenen Bedürfnissen an pflegerischer, medizinischer und sozialer Betreuung, als auch die gesamte Phase der Pflegebedürftigkeit, mit unterschiedlichen Versorgungsformen zu verschiedenen Zeitpunkten umfasst, stellt sich Altenpflege jedoch als system- und organisationsübergreifender Prozess dar. Systemübergreifend in dem Sinne, dass Pflege multiprofessionell erbracht wird. Sowohl Al-

⁶⁰ Schneekloth und von Törne (2007: 78ff) kommen bei Auswertung der MuG-VI Daten zu der Erkenntnis, dass, beim Vergleich der unterschiedlichen Konzepte in der Betreuung von Demenzkranken sich bezüglich der damit verbundenen strukturellen Versorgungsmerkmale zeigt, „dass die Einrichtungen mit besonderen segregativen oder teilsegregativen Versorgungsangeboten in der Regel über spezifischere Leistungsangebote verfügen“, wobei sich vergleichbares „auch hinsichtlich der Qualifikation der Fachkräfte sowie bezüglich der medizinischen Betreuung“ ergibt. Dies wird auch durch Schäufele et al. (2007: 223) bestätigt.

⁶¹ Definition siehe Schulz-Nieswandt und Kurscheid (2003: 9ff).

tenpfleger als auch z.B. Ärzte und Sozialarbeiter kommen zum Einsatz, deren Arbeitsgrundlagen institutionell unterschiedlich ausgestaltete gesellschaftliche Teilsektoren bzw. Politikfelder bilden. Organisationsübergreifend wird Pflege erbracht, da z.B. Wechsel von ambulanter zu stationärer Versorgung im Verlauf der Pflegebedürftigkeit stattfinden oder die Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser kennzeichnend sind. Aufgrund dieses system- und organisationsübergreifenden Charakters einer ganzheitlich verstandenen Altenpflege, ergeben sich eine Vielzahl von Schnittstellen, an denen der Übergang zwischen Organisationen bzw. Systemen gesteuert werden muss, da es ohne Koordination zu einer suboptimalen Versorgung der Pflegebedürftigen kommt.

4.2.1 Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Pflegesystem

Als zentrale Schnittstelle wird in der deutschen wie auch der internationalen Literatur die Koordination zwischen Akteuren des Gesundheits- und Pflegesektors beschrieben. Neben der grundlegenden Problematik von organisations- und systemübergreifender Koordination, wird diese durch die eingangs beschriebene zunehmende Differenzierung bzw. Fragmentierung gesellschaftlicher Teilsektoren verschärft. Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Pflegesystem ergeben sich hierbei insbesondere an den Übergängen zwischen der medizinischen Versorgung durch Krankenhäuser bzw. niedergelassene Ärzte und der pflegerischen Versorgung durch ambulante bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen (BMFSFJ 2001: 115; Roth / Reichert 2003: 20; Leichsering et al. 2004: 14; Kümpers 2007: 10; Munday 2007: 9; Mur-Veeman et al. 2008: 181).

Krankenhäuser stellen oftmals den Ausgangspunkt von Pflegebedürftigkeit dar und auch im Verlauf von Pflegebedürftigkeit kommt es in den meisten Fällen zu Krankenhauseinweisungen aufgrund der Gebrechlichkeit bzw. Multimorbidität der Pflegebedürftigen. Nach Leichsering et al. (2004:25) stellt der Übergang zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen „the classical case for a bottleneck between health and social care systems“ dar. Dabei kommt es zwischen den verschiedenen gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen zu den klassischen Schnittstellenproblemen Informationsverlust und fehlende Abstimmung von Handlungen. Als zentrale Steuerungsherausforderungen lassen sich dabei die Organisation von Krankenhausesentlassungen sowie die grundsätzliche Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte identifizieren.

Die Entlassung von Pflegebedürftigen im Anschluss an die Akutversorgung im Krankenhaus ist durch zwei Problematiken gekennzeichnet. Nicht nur kommt es bei suboptimaler Koordinierung generell zu Informationsverlusten bzw. fehlender Abstimmung. Auch werden Koordinationsdefizite zunehmend problematischer, da bei immer kürzeren Aufent-

haltsdauern aufgrund der Einführung von Fallpauschalen im deutschen Gesundheitssystem, ein Großteil der anschließenden Rehabilitation und medizinischen Nachsorge bzw. deren Organisation bei Pflegebedürftigen verstärkt in den Aufgabenbereich der Pflegeeinrichtungen verschoben wird. Defizitäre Koordinierung im Anschluss an die Akutversorgung kann daher zur Verschärfung der Pflegebedürftigkeit führen und im schlimmsten Fall zu einer erneuten, unnötigen Krankenhauseinlieferung, welche bei schwer und schwerst pflegebedürftigen Patienten mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden ist (Schulz-Nieswandt 2002: 166; Leichsering 2004: 7; Coxon et al. 2005: 120f; Leichsering et al. 2004: 14, 25). Hierbei spielt insbesondere die noch immer weit verbreitete Praxis unvorbeiteter Wochenendentlassungen eine zentrale Rolle, durch die es zu „brüchigen Versorgungsketten“ (Schulz-Nieswandt 2002: 170) kommt.

Grund für unnötige Krankenhausaufenthalte kann jedoch nicht nur die fehlende Koordination zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, sondern auch die fehlende Koordination mit den *niedergelassenen Ärzten* sein. Diese werden ohne besondere Koordinationsanstrengungen genauso wenig hinsichtlich der notwendigen ambulanten Nachsorge eingebunden und spielen auch generell eine Schlüsselrolle bei der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Eine angemessene ärztliche Versorgung und die dazugehörige Koordination mit dem Pflegepersonal kann grundsätzlich die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten reduzieren, indem gesundheitliche Probleme ambulant behoben werden. Nötig ist hierfür zum einen die Sicherstellung einer angemessenen Kontakthäufigkeit mit Haus- und Fachärzten, sprich regelmäßige Hausbesuche, da insbesondere stationär betreute Pflegebedürftige oftmals eine stark eingeschränkte Mobilität aufweisen. Zum anderen bedarf es grundsätzlich entsprechender Koordination, sollen Informationsverluste und mangelhafte Abstimmung zwischen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen vermieden werden. Allerdings ergeben sich dabei erhebliche Koordinationsherausforderungen. Denn die Pflegeeinrichtungen bzw. deren Personal müssen ihre Dienstleistungen mit einer Vielzahl von niedergelassenen Ärzten abstimmen, da die Pflegebedürftigen größtenteils durch den jeweiligen Hausarzt bzw. die Fachärzte ihres Vertrauens medizinisch versorgt werden (Leichsering 2004: 9; Leichsering et al. 2004: 14, 25).

4.2.2 Steuerungsherausforderungen

Eine mangelhafte Koordination an den beschriebenen Schnittstellen hat zum einen für die Pflegebedürftigen die Konsequenz, dass sich bei daraus folgender, erhöhter Pflegebedürftigkeit deren Lebensqualität verschlechtert. Zum anderen führen insbesondere unnötige Krankenhausaufenthalte zu erhöhten Kosten, sowohl für das Gesundheitssystem, durch die

sehr viel kostenintensivere stationäre Versorgung, als auch für das Pflegesystem, durch die im Anschluss oftmals erhöhte Pflegebedürftigkeit. Als Lösung dieser Koordinationsdefizite stehen verschiedene Steuerungsinstrumente zur Verfügung, die unter dem Begriff Integrierte Versorgung zusammengefasst werden. Nach Pieper (2005: 32) beschreibt die Integrierte Versorgung von Pflegebedürftigen:

“a well-balanced arrangement of negotiations, regulations, and incentives which will orient the partners in care provision towards co-ordination, co-operation, and consensus in a well-organised system of care which the client experiences as continuous, comprehensive, flexible, and responsive to their changing needs”

Integrierte Versorgung als Konzept umfasst dabei ein Kontinuum an Koordinations- und Kooperationsformen, an dessen komplettesten Ende die organisatorische Integration von verschiedensten Diensten in Kombination mit einer gemeinsamen Dienstleistungsplanung und -erstellung steht (Munday 2007: 8). Ein Großteil der Literatur zur integrierten Versorgung umfasst dabei die intra-organisatorische Koordination von einzelnen Organisationseinheiten bzw. die Problematik von multiprofessionellen Arbeitsteams (vgl. z.B. Nesti et al. 2005: 147ff). Als zentraler Problembereich wird von den beteiligten Professionen jedoch die Koordination zwischen unabhängigen Organisationen, insbesondere an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Pflegesystemen, identifiziert (Vaarama / Pieper 2005: 15). Im Folgenden werde ich mich daher auf die inter-organisatorische Koordination über Systemgrenzen hinweg konzentrieren.

Integrierte Versorgung im Rahmen von inter-organisatorischer Koordination verfolgt dabei die sich ergänzenden Ziele einer verbesserten Versorgung der Pflegebedürftigen, welche zudem hilft, Ressourcen in den finanziell angespannten Gesundheits- und Pflegeversicherungssystemen einzusparen. Je nach Schnittstelle haben sich dabei verschiedene Instrumente als Best-Practice-Modelle herausgestellt.

An der *Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen* gilt der Einsatz von **Überleitungsbögen** als grundlegendster Ansatz, welcher für sich allein schon erheblich Verbesserungen erzielen kann (Leichsering et al. 2004: 26f). Überleitungsbögen sollen alle relevanten Informationen bei Einlieferung wie Entlassung der Pflegebedürftigen enthalten, um sowohl eine akut-medizinische Versorgung als auch medizinische Nachsorge bzw. Rehabilitation in den Pflegeeinrichtungen auf möglichst optimaler Wissensbasis zu gewährleisten (Roth / Reichert 2003: 20). Darüber hinaus gilt die Einrichtung von speziellen **Pflegeüberleitungen** in den Krankenhäusern mit entsprechend qualifiziertem Personal

als probates Mittel zur Verbesserung des Entlassungsmanagements für Pflegebedürftige. Pflegeüberleitungen sollten dabei als eigenständige Abteilungen in Krankenhäusern eingerichtet werden, welche in Kooperation mit den Sozialdiensten⁶² die Entlassung von pflegebedürftigen Patienten organisieren (Coxon et al. 2005: 120; Wingefeld et al. 2007: 5ff)⁶³.

An der *Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen* kann die Verbesserung der Koordination vor allem durch **Kooperationsvereinbarungen** zwischen Ärzten bzw. Ärztenverbänden (z.B. ärztliche Versorgungszentren) und Pflegeeinrichtungen sowie die organisatorische Integration medizinischer Versorgung durch die Institution des **Heimarztes** gewährleistet werden. Beide Instrumente setzen darauf, die medizinische Versorgung der betreuten Pflegebedürftigen in den Händen eines einzelnen Arztes bzw. Ärztenverbundes zu konzentrieren und über Verträge die Koordination mit dem beteiligten Pflegeeinrichtungen zu institutionalisieren. Dabei soll die geringere Zahl an Ärzten und die regelmäßigen Patientenkontakte zum einen die Qualität der medizinischen Versorgung erhöhen und zum anderen die Koordination zwischen Pflegepersonal und Ärzten erleichtern. (Beckmann 1992: 76ff; Müller / Richter-Reichhelm 2004; Kotek 2005; Fasching 2007: 319; Rothgang et al. 2008: 258f; Sauerbrey 2008: 29)

Als Alternative oder Ergänzung zu den schnittstellenspezifischen Instrumenten bietet sich die Einrichtung eines externen **Case-Managements** als Querschnittsinstrument an. Neben der Beschreibung der generellen Relevanz eines optimalen Managements der einzelnen Fälle von Pflegebedürftigkeit, bezieht sich Case-Management als Instrument und Organisationsform auf die Einrichtung externer Fallmanager, welche für eine Gruppe von Pflegebedürftigen jeweils individuell die verschiedenen Dienste koordinieren. Diese sorgen für den nötigen Informationsfluss zwischen den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und „managen“ die Abstimmung zwischen den verschiedenen Dienstleistungen (Naegele et al. 2000: 10f; Leichsering 2004: 6f; Coxon et al. 2005: 122, 125; Munday 2007: 28).

⁶² Zwar wird die Entlassung von Patienten mit anschließendem Hilfebedarf in Krankenhäusern prinzipiell durch die Sozialen Dienste organisiert. In der Literatur zum Entlassungsmanagement wird jedoch kritisiert, „dass die in den Krankenhäusern vorherrschende Arbeitsteilung zwischen Pflege und Sozialdiensten, die konzeptionellen Grundlagen und die mit anderen Einrichtungen unzureichend verschränkten Verfahrensweisen bei der Entlassungsvorbereitung zu wenig den pflegerischen Problemlagen beim Wechsel in ein anderes Versorgungssetting gerecht werden“ (Wingefeld et al. 2007: 5). Insbesondere wird in der einschlägigen Literatur nach Wingefeld et al. (2007: 5) dahingehend argumentiert, „dass das traditionelle Entlassungsmanagement nicht ausreichend sei, da die pflegespezifischen Anforderungen vom Qualifikationsprofil der Mitarbeiter des Sozialdienstes nicht abgedeckt werden“. Diese rekrutieren sich hinsichtlich ihrer Qualifikation hauptsächlich aus dem Sozialarbeiterbereich (Domscheidt / Wingefeld 1996: 19).

⁶³ Darüber hinaus können auch multiprofessionelle Entlassungs-Konferenzen /-Teams gebildet werden, welche alle im Krankenhaus und an der zukünftigen pflegerischen Versorgung Beteiligten umfassen. Diese Form des Entlassungsmanagements ist jedoch größtenteils auf schwer- und schwerstkranke Patienten in spezialisierten Versorgungsbereichen konzentriert, in denen Patienten mit technisch aufwendiger Betreuung oder komplexen Problemlagen behandelt werden (Wingefeld et al. 2007: 8).

4.2.3 Steuerungsleistungen des Pflegemarktes

Inwiefern die Etablierung des Pflegemarktes zu einer integrierten Versorgung von Pflegebedürftigen beiträgt bzw. inwieweit sich fehlende Koordinierung überhaupt als Problematik darstellt, ist kaum empirisch erforscht. Laut Rothgang et al. (2008: 159) bilden nur einige Fallbeispiele und wenige repräsentative *quantitative Studien*, welche zudem erhebliche methodische Schwächen aufweisen, die empirische Grundlage der Debatte um die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen. Dennoch liefern die durch das BMFSFJ seit Einführung der PVG geförderten MuG-Studien unter der Leitung von Schneekloth (2005; 2007), die Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (SÄVIP-Studie) von Hallauer et al. (2005) und eine Studie von Rothgang et al. (2008) Anhaltspunkte zur Realität der medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland.

Schneekloth (2005: 85f) zieht für die medizinische Betreuung von ambulant versorgten Pflegebedürftigen (inklusive Pflegegeldbezieher), rein quantitativ betrachtet, ein positives Fazit, und sieht, auf Basis einer repräsentativen Querschnittsbefragung (Erhebungszeitraum: Ende 2002) in Bezug auf die Zahl der Arztkontakte je Pflegebedürftigem, eine „durchaus angemessene und bedarfsgerecht entwickelte“ (ebd. 2005: 85) Versorgung. Im Bereich der Hausbesuche verzeichnet er jedoch einen bedenklichen Rückgang gegenüber der ersten Erhebung 1991 (vgl. Schneekloth et al. 1993: 112), welcher nicht durch eine erhöhte Mobilität der Pflegebedürftigen erklärt werden kann. Rothgang et al. (2008: 210-213) kommen auf Basis einer Auswertung der Routinedaten einer Krankenkasse zu dem Erkenntnis, dass in einem Vergleich zwischen stationären und ambulanten Kontrollgruppen keine signifikanten Unterschiede festzustellen sind und der Hausarztkontakt generell als knapp ausreichend bewertet werden kann, wohingegen in der fachärztlichen Versorgung eine Unterversorgung zu vermuten ist. Auch Hallauer et al. (2005: 36f) stellen im Abschlussbericht der SÄVIP-Studie (Erhebungszeitraum: Ende 2004), analog zu den Erkenntnissen von Schneekloth bzw. Rothgang et al., fest, dass sich eine Unterversorgung durch Allgemeinmediziner zwar nicht zwingend aus den erhobenen Daten ergibt, dass die Ergebnisse jedoch „eine gravierende Unterversorgung durch Fachärzte“ aufzeigen.

Neben der Untersuchung der Häufigkeit der ärztlichen Kontakte kommen Schneekloth und von Törne (2007: 69) hinsichtlich von Bemühungen um eine integrierte Versorgung durch die Instrumente Kooperationsvereinbarungen und Heimärzte zu dem Ergebnis, dass nur 18% der Pflegeheime feste Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen getroffen haben und organisatorische Integration durch die Institution des Hausarztes bzw. im Heim ansässige Arztpraxen gar nur in 1 bzw. 3% der Pflegeheime existent ist. Zudem kommen

Wingefeld et al. (2007: 6) hinsichtlich des Verbreitungsgrads von Pflegeüberleitungen in Krankenhäusern auf eine Quote von 20% im Bundesland NRW.

Allein die Ergebnisse dieser quantitativen Studien weisen bereits auf eine generelle Unterversorgung insbesondere durch Fachärzte sowie eine geringe Verbreitung spezifischer Steuerungsinstrumente an den beiden zentralen Schnittstellen hin. Darüber hinaus lässt sich in der Literatur eine Vielzahl von *qualitativen Experteneinschätzungen* hinsichtlich der Güte der medizinischen Versorgung bzw. der Verbreitung von Instrumenten und Modellen der Integrierten Versorgung finden.

Ganz allgemein stellen Roth und Reichert (2003: 1) nach Auswertung der relevanten deutschsprachigen Literatur zum Thema Integrierte Versorgung fest, dass Pflege- und Gesundheitssystem durch erhebliche Fragmentierung gekennzeichnet sind, und in der Literatur generell „Transparenz, Koordination, Effektivität und Effizienz“ der medizinischen Versorgung in einer schon lange währenden Diskussion kritisiert werden. Zudem stellen die Autoren des „Dritten Altenbericht der Bundesregierung“ (BMFSFJ 2001: 115) für den ambulanten Sektor fest, dass, „obwohl die Forderung nach kooperativen multiprofessionellen Versorgungskonzepten und nach Versorgungsintegration seit Jahren auf der Tagesordnung steht, der Versorgungsalltag von der Realisierung dessen jedoch noch weit entfernt ist“.

In Bezug auf die Güte der medizinischen Versorgung bestätigen Hartwig et al. (2005: 277) die Ergebnisse der quantitativen Studien hinsichtlich der Grundproblematik der zu geringen Facharztkontakthäufigkeiten. Hinsichtlich der Verbreitung von Konzepten der Integrierten Versorgung tätigen zudem eine Vielzahl von Autoren die Aussage, dass zwar eine Reihe von Modellprojekten im deutschen Pflege- und Gesundheitssystem existieren, die zum Großteil auch erfolgreich arbeiten, dass aber in keinster Weise von einer flächendeckend integrierten Versorgung gesprochen werden kann (Becker et al. 1999: 37; BMFSFJ 2001: 115; Schmidt 2002: 152f; Roth / Reichert 2003: 2; BMGS 2004: 80; Wingefeld et al. 2007: 2ff). Zudem weisen Wingefeld et al. (2007: 9) darauf hin, dass insbesondere Case-Management als schnittstellenübergreifende Variante der Integrierten Versorgung bisher nur wenig Verbreitung in Deutschland gefunden hat.

5 Einzelfallstudie: Steuerungsleistungen der Pflegekonferenz der Stadt Herne

5.1 Steuerung von Pflegekonferenzen durch das nordrheinwestfälische Steuerungssystem

Die Etablierung von Pflegekonferenzen sowie die sich innerhalb dieser vollziehenden Koordinationsprozesse werden durch das nordrheinwestfälische Steuerungssystem in zweierlei Form gesteuert. Zum einen werden innerhalb des Landespflegegesetzes explizite Vorgaben, bezogen auf die Etablierung von Pflegekonferenzen sowie deren Ziele, Akteure und Handlungsressourcen, gemacht. Zum anderen kommt ihnen innerhalb der Systematik des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems eine zentrale Rolle zu, weshalb das nordrheinwestfälische Steuerungssystem grundlegend daran ausgerichtet ist, Pflegekonferenzen in der Wahrnehmung ihrer Funktionen zu stützen.

5.1.1 Pflegekonferenzenspezifische Vorgaben des Landespflegegesetzes

Die Vorgaben des Landespflegegesetzes ergeben sich aus §5. Dieser weist den Pflegekonferenzen als grundlegende Aufgaben die Umsetzung der Ziele des Landespflegegesetzes sowie der Paragraphen 8 und 9 des SGB XI zu. Dies umfasst im speziellen nach §5 Abs. 2 zum einen die „Mitwirkung bei der Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur“, was insbesondere die „Mitwirkung an der kommunalen Pflegeplanung“ beinhaltet. Zum anderen sollen Pflegekonferenzen „auf eine koordinierte Aufgabenwahrnehmung im Aufgabenfeld der an der Pflege beteiligten Akteure“ hinwirken. Ziele von Pflegekonferenzen nach Maßgabe des Landespflegegesetzes sind daher sowohl die Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur, also dessen bedarfsorientierte Differenzierung, als auch die Hinwirkung auf eine koordinierte Aufgabenwahrnehmung der am Pflegeprozess beteiligten Akteure, also die Förderung einer integrierten Versorgung. Darüber hinaus lassen sich in den Zielen des Landespflegegesetzes (§1) und der Beschreibung der Aufgaben der Pflegeplanung (§6) ähnliche Formulierung zur Angebotsdifferenzierung und zur integrierten Versorgung finden. Dabei wird noch einmal expliziert, dass die Pflegeinfrastruktur „in kleinen, überschaubaren und stadtteilbezogenen Formen“ weiterentwickelt und „ortsnah aufeinander abgestimmt“ werden soll, wobei „neue Wohn- und Pflegeformen einbezogen werden“ sollen (§1 Abs. 1). Zudem lassen sich in den Paragraphen 8 und 9 des SGB XI vergleichbare Formulierungen finden, weshalb zusammenfassend eine Ausrichtung der Pflegekonferenzen in ihren Zielen auf die

im vierten Abschnitt identifizierten Problemlagen des Pflegemarktes konstatiert werden kann⁶⁴.

Zur Aufgabenerfüllung werden den Pflegekonferenzen verschiedene Kompetenzen bzw. institutionelle Handlungsressourcen zugewiesen. Diese umfassen zum einen die Beteiligung an der örtlichen Pflegeplanung. Diese ist als Aufgabe den Kreisen und kreisfreien Städten zugewiesen, wobei für Pflegekonferenzen in deren Rahmen eine Beteiligung an der Aufstellung der örtlichen Pflegepläne vorgesehen ist (§6 Abs. 2). Zum anderen müssen bei Neubaumaßnahmen von Pflegeeinrichtungen im Rahmen der öffentlichen Investitionskostenförderung die vorgesehene Konzeption der Einrichtungen in der Pflegekonferenz vorgestellt werden (§9 Abs. 2). Die den Pflegekonferenzen zugewiesenen Kompetenzen gestalten sich daher in erster Linie als Beteiligungsrechte, ohne dass ihnen eigene Entscheidungskompetenzen hinsichtlich ihrer Aufgabenbereiche übertragen werden.

Hinsichtlich ihrer Akteurszusammensetzung werden Vertreter der Kommune, der ansässigen Pflegeeinrichtungen (einschließlich deren Heimbeiräte oder Heimfürsprecher), der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes, der kommunalen Seniorenvertretung, sowie eine nicht spezifizierte „angemessene Zahl von Beteiligten der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Selbsthilfegruppen Pflegebedürftiger, Behinderter und chronisch Kranker, ihrer Angehörigen und gesetzlichen Betreuer“ (§5 Abs. 3) als Mitglieder definiert. Außerdem können weitere Vertreter von an der pflegerischen Versorgung beteiligten Organisationen ergänzend hinzugezogen werden. Vertreter von Ärzten und Krankenhäusern als zentrale Akteure für eine integrierte Versorgung werden nicht explizit aufgeführt.

In der organisatorischen Gestaltung der Pflegekonferenzen ergibt sich aus dem Landespflegegesetz (§5 Abs.1) zudem die Vorgabe, dass die Kreise und kreisfreien Städte diese einrichten und auch deren Vorsitz übernehmen. Örtliche Pflegekonferenzen sind somit kommunale Pflichtaufgaben (MAGS 2007: 57).

5.1.2 Unterstützende Aspekte der Grundausrichtung des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems

Die Grundausrichtung des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems gestaltet sich als konsequente Kommunalisierung, der den Ländern aus §9 und §8 des SGB XI zugewiesenen Aufgaben und Kompetenzen. Grundlagen sind das Landespflegegesetz, insbesondere dessen Neufassung aus dem Jahre 2003, sowie das Zweite Verwaltungsmodernisierungsge-

⁶⁴ Darüber hinaus werden noch weitere Teilziele formuliert, wie z.B. die Förderung Bürgerschaftlichen Engagements (§1 Abs. 1 PfG NW), welche jedoch aufgrund der Fokussierung dieser Arbeit auf die Problematiken der Angebotsdifferenzierung und der Integrierten Versorgung, sowie der Konzentration auf professionell erbrachte Pflegedienstleistungen nicht näher dargestellt werden.

setz (2001), welches finanzielle Förderungszuständigkeiten von den Landschaftsverbänden auf die Kommunen verlagert (MAGS 2007: 15f). Das Landespflegegesetz sieht zur Umsetzung der in §1 formulierten Ziele vier Instrumente vor: Die Einrichtung von Pflegekonferenzen, eine Pflegeplanung, den Aufbau einer Beratungsinfrastruktur für Pflegebedürftige, sowie die finanzielle Förderung von Pflegeeinrichtungen und komplementären ambulanten Diensten⁶⁵. Die ersten drei Instrumente fallen hierbei komplett in den Aufgabenbereich der Kommunen. Aber auch in der finanziellen Förderung kommt den Kommunen eine zentrale Rolle zu, insbesondere seit der Abschichtung von Zuständigkeiten von den Landschaftsverbänden durch das zweite Verwaltungsmodernisierungsgesetz. Darüber hinaus wird den Kommunen durch den §2 des Landespflegegesetzes hinsichtlich der „Sicherstellung der pflegerischen Angebotsstruktur“ noch einmal die volle Verantwortung übertragen die Umsetzung der in §1 formulierten Ziele sicherzustellen, sodass die kommunale Ebene als zentrale Steuerungsebene neben den Verhandlungen im Rahmen der Selbstverwaltung etabliert wurde.

Besonders das Instrument der kommunalen Pflegeplanung und die festgeschriebene Beteiligung der Pflegekonferenzen sind hierbei als stützende Elemente hervorzuheben. Denn die Pflegeplanung fungiert als Basis für etwaige Steuerungsintentionen hinsichtlich des Angebots an pflegerischen Dienstleistungen. In Ihrer Funktion wird sie dabei gestützt durch Informationspflichten von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern, Einrichtungsträgern, privaten Versicherungsunternehmen und Medizinischem Dienst gegenüber den Kommunen (§7 PFG NW). Bis zur Neufassung des Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PFG NW) war die Pflegeplanung zudem an eine durch die Kommunen durchzuführende Bedarfsprüfung im Rahmen der Investitionskostenförderung des Landes gekoppelt. Die Kommunen konnten, unter Beteiligung der Pflegekonferenzen und auf Grundlage der Pflegeplanung, darüber entscheiden, welche zu errichtenden Einrichtungen förderungswürdig sind. Dies verschaffte ihnen, aufgrund des mit einer Investitionskostenförderung verbundenen Wettbewerbsvorteils für Pflegeeinrichtungen, ein starkes Steuerungsinstrument in der Aufbauphase der Pflegekonferenzen. Doch auch nach dem Wegfall der Bedarfsbestätigung (vgl. Abs. 3.1),

⁶⁵ Unter komplementären ambulanten Diensten sind „vor allem die durch das SGB XI nur unzureichend abgesicherten und finanzierten Bereiche der hauswirtschaftlichen Hilfen, der Unterstützung von Kommunikation und Integration, der psychosozialen Beratung und Betreuung, der zeitintensiven Betreuung von Demenzkranken, der Familienpflege und der Kinderkrankenpflege“ (Klie et al. 2003: 84) zu verstehen.

⁶⁶ Zu den finanziellen Förderungsaufgaben nach dem Landespflegegesetz zählen die Förderung:

- der Investitionskosten der Ambulanten Dienste (§ 9)
- der Weiterentwicklung der komplementären ambulanten Dienste (§ 10, Abs. 3)
- der Tages- und Nachtpflege (§ 11)
- der Kurzzeitpflege (§ 12)
- der vollstationären Pflege (§ 13)
- und eines bewohnerorientierten Aufwendungszuschusses für die Investitionskosten vollstationärer Pflegeeinrichtungen (Pflegewohngeld) (§ 14).

stellt die gesetzliche Verpflichtung zur Pflegeplanung und deren Unterstützung durch Auskunftsverpflichtungen noch immer eine nicht zu unterschätzende Stützung von Pflegekonferenzen dar.

Neben der rechtlichen Verankerung einer kommunalen Steuerungsebene, wurde zudem versucht Pflegekonferenzen über verschiedene, weichere Steuerungsinstrumente in ihren Funktionen zu stützen. Hierzu zählen z.B. finanzielle Zuschüsse zur Einrichtung von Pflegekonferenzen⁶⁷, die wissenschaftliche Begleitung von Modellprojekten⁶⁸, sowie die vom Land geförderte wissenschaftliche Begleitung der Pflegeplanung und darauf basierende Empfehlungen zu Planungsmodellen⁶⁹.

Insgesamt lässt sich neben der landesgesetzlichen Verpflichtung zu Pflegekonferenzen ein ganzes Bündel an Steuerungsinstrumenten innerhalb des nordrheinwestfälischen Steuerungssystems identifizieren, welches, vor dem Hintergrund der rechtlichen Verankerung einer kommunalen Steuerungsebene, darauf abzielt, Pflegekonferenzen in deren Einrichtung und ihren Funktionen zu stützen.

5.2 Fallauswahl

Bei der Wahl einer Einzelfallstudie als Untersuchungsmethode stellt sich immer die Frage nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse (Behnke et al 2006: 73). Die Auswahl des Untersuchungsgegenstandes dieser Studie erfolgt daher in den Schritten einer kriteriengeleitete Auswahl einer validen wie repräsentativen Stichprobe bzw. deren darauf folgender Verkleinerung (ebd. 193). Die jeweiligen Kriterien sollen anhand zweier zentraler Gesichtspunkte ausgewählt werden. Zum einen sollte Vergleichbarkeit bzw. Anschlussfähigkeit gegenüber den Erkenntnissen der Niedersachsen-Studie sichergestellt werden. Zum anderen soll die ausgewählte Kommune eine gewisse Repräsentativität für Kommunen in NRW aufweisen, um die Ergebnisse der Analyse in ihrer Gültigkeit auch auf andere Fälle ausweiten zu können. Grundüberlegung ist dabei, dass die zu untersuchende Pflegekonferenz bzw. Kommune hinsichtlich ihres lokalen Koordinationssystems vergleichbare Strukturen gegenüber den Kommunen der niedersächsischen Studie bzw. der Grundgesamtheit der Kommunen in NRW aufweist, damit die Steuerungsleistungen der Pflegekonferenz in Verbindung mit dem landesspezifischen Steuerungssystem gesetzt werden kann. Zu diesem Zweck sollen daher auch potentiell intervenierende Drittvariablen kontrolliert

⁶⁷ Nach dem alten § 17 des PfG NW vor der Überarbeitung von 2003, förderten die Landschaftsverbände pauschal die kommunalen Aufgaben (Beratung, Pflegebedarfsplanung, Durchführung der Pflegekonferenzen), in Form einer Umlage pro Einwohner über 65 Jahre.

⁶⁸ Vgl. Rosendahl (1999).

⁶⁹ MAGS (2007).

werden, welche die Aussagekraft der Ergebnisse bezüglich steuerungs- bzw. koordinations-systemischer Erklärungsvariablen mindern könnten.

Hinsichtlich der Anschlussfähigkeit gegenüber den Ergebnissen der Niedersachsen-Studie soll daher das lokale Koordinationssystem in seiner Grundstruktur vergleichbare Merkmale aufweisen, insbesondere in Bezug auf die Konstellation der zentralen Steuerungsakteure. Als Indikatoren für eine grundsätzliche Vergleichbarkeit gegenüber den Ergebnissen der Niedersachsen-Studie werden daher in der Fallauswahl zwei Kriterien herangezogen: Kreisfreie Städte sowie eine Einwohnerzahl von unter 200.000 Einwohnern. Das Kriterium der Kreisfreien Stadt soll sicherstellen, dass sich aus der Ansiedelung von Pflegekonferenzen in Landkreisen aufgrund des Steuerungsanspruchs gegenüber einer Vielzahl von lokalen Märkten der kreisangehörigen Kommunen nicht eine veränderte Akteursstruktur bzw. Struktur des Koordinationssystems ergibt. Der Vergleich mit weit größeren Städten als denen der Niedersachsenstudie (vgl. Abs. 1.2) könnte wiederum veränderte Handlungsressourcen der Akteure nach sich ziehen. So z.B. aufgrund der Beteiligung von Regionalstellen der Krankenkassen, Dachverbänden von Wohlfahrtsverbänden, Konzernzentralen von privaten Anbietern, etc.

Im Hinblick auf die Repräsentativität für nordrheinwestfälische Kommunen dagegen soll insbesondere die Trägerstruktur der Leistungsanbieter als Kriterium herangezogen werden. Denn aufgrund der Zentralität der Leistungsanbieter in potentiellen Steuerungsprozessen lässt eine dem nordrheinwestfälischen Durchschnitt entsprechende Marktstruktur am ehesten NRW-bezogene Verallgemeinerungen in der Analyse der Steuerungsleistungen zu. Kennzeichnendes Merkmal der durchschnittlichen Anbieterstruktur nordrheinwestfälischer Kommunen ist ein hoher Marktanteil wohlfahrtsverbandlicher Träger im stationären Sektor von um die 70% (vgl. Abb. 7). Dieser soll daher als drittes Auswahlkriterium herangezogen werden. Zudem sollte der Anteil kommunaler Einrichtungen an der Versorgung Pflegebedürftiger möglichst niedrig sein, da ein hoher Anteil kommunaler Einrichtungen die Handlungsorientierung von Städten potentiell verändern kann. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Überlagerung ihrer Moderationsfunktion innerhalb der Pflegekonferenzen durch betriebswirtschaftliche Eigeninteressen. Ein niedriger kommunaler Anteil entspricht darüber hinaus auch dem durchschnittlichen nordrheinwestfälischen Welfare-Mix.

Zuletzt soll noch der Blick auf die Haushaltssituation der Kommunen verhindern, dass dem zentralen Akteur Stadtverwaltung signifikant geringere finanzielle Handlungsressourcen zur Verfügung stehen. Als fünftes Kriterium wird daher eine dem nordrhein-westfälischen Durchschnitt vergleichbare Verschuldung der kommunalen Haushalte Pro-Einwohner von um die 3.400 € herangezogen.

Die Auswahl der zu untersuchenden Kommune soll daher anhand der folgenden Ausprägungen der oben beschriebenen Merkmale vollzogen werden:

1. Kreisfreie Städte in NRW
2. Einwohnerzahl unter 200.000
3. Anteil wohlfahrtsverbandliche Träger an stationären Pflegeplatzkapazitäten von ca. 70%,
4. kein signifikant hoher Anteil stationärer Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft
5. Verschuldung des kommunalen Haushalts je Einwohner von ca. 3.400€.

Bei Anwendung der ersten beiden Kriterien ergibt sich eine Stichprobe von acht kreisfreien Städten (siehe Abb. 7). Nach Anwendung des dritten und vierten Kriteriums verkleinert sich diese auf vier. Bei Anwendung des fünften auf drei kreisfreie Städte, welche die Gesamtheit der Kriterien erfüllen. Unter diesen dreien wird nun mit der kreisfreien Stadt Herne die kleinste ausgewählt, da sie entsprechend ihrer Einwohnerzahl am nächsten an den Zahlen der niedersächsischen Kommunen liegt.

Abb. 7: Auswahlkriterien der Einzelfallstudie

	Einwohner (31.12.2007) ³	Schulden je Einwohner (31.12.2005) ²	Anteil Pflege- bedürftige (2007) ¹	Anteil Versorgungsformen an Pflegebedürftigen in % (2007) ¹			Anteil Versorgungs- formen an professionell Versorgten in % (2007) ¹		Anteil Träger an stationären Pflegeplätzen in % (15.8.2008) ⁴		
				Pflegegeld	Ambulant	Vollstationäre Dauerpflege	Ambulant	Stationär	Private	Freigemein- nützige	Kommune n
Remscheid	113.935	6.599	3,2	41,1	32,6	24,5	57,1	42,9	31,9	68,1	0,0
Boitrop	118.597	2.013	3,5	51,8	20,8	26,0	44,4	55,6	9,4	90,6	0,0
Leverkusen	161.345	4.069	2,9	55,5	15,5	27,7	35,8	64,2	0,0	100,0	0,0
Solingen	162.575	4.894	2,9	41,9	23,1	33,1	41,1	58,9	19,6	57,4	23,0
Mülheim an der Ruhr	168.925	5.410	2,9	40,4	26,3	32,1	45,1	54,9	16,2	56,5	27,3
Herne	168.454	3.163	3,4	50,5	20,8	26,7	43,8	55,4	29,4	70,6	0,0
Hamm	183.065	3.066	2,6	40,8	25,7	32,6	44,1	52,3	26,9	73,1	0,0
Hagen	193.748	4.753	3,0	48,2	20,1	29,5	40,5	59,6	15,9	76,3	7,8
NRW		3.373	2,5	46,3	22,0	29,9	42,4	58,9	23,2	71,8	5,0
BRD			2,7	46,0	22,4	29,9	42,9	57,1	34,4	58,8	6,8

Quellen: ¹ Statistisches Bundesamt (2009d: 16ff, 28ff) bzw. eigene Berechnungen auf dessen Basis

² Bertelsmann Stiftung (2007: 93)

³ Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2008)

⁴ Eigene Berechnungen auf Basis von PAULA (2008); außer: Zahlen für BRD und NRW: Statistisches Bundesamt (2009c: 9) für das Jahr 2007

5.3 Lokales Koordinationssystem

In Herne mit seinen 168.454 Einwohnern müssen 5550 Pflegebedürftige bzw. 3,4% der Gesamtbevölkerung pflegerisch versorgt werden (vgl. Abb. 7). Die Akteure der lokalen Produktions- und Allokationsprozesse gliedern sich dabei wie folgt entlang der drei Seiten des sozialstaatlichen Dreiecks:

Die Leistungsempfängerseite lässt sich in 50,5% der Pflegebedürftigen unterteilen, welche im Rahmen des Pflegegeldes durch Angehörige in ausschließlich nicht-professioneller Form betreut werden und 49,5%, welche ganz oder teilweise durch professionelle Dienste im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung versorgt werden. Innerhalb der professionell versorgten Pflegebedürftigen beziehen 44% ambulante Pflegedienstleistungen, während 55% stationär gepflegt werden. Die Anbieterseite hinsichtlich der professionell versorgten Pflegebedürftigen gliedert sich dementsprechend in verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft. Im ambulanten Bereich erbringen 19 Pflegedienste pflegerische Dienstleistungen, wovon neun durch freigemeinnützige bzw. wohlfahrtsverbandliche und zehn seitens privater Träger betrieben werden⁷⁰. Im stationären Sektor mit insgesamt 18 Pflegeheimen betreuen 14 freigemeinnützige Einrichtungen 71% der Pflegebedürftigen, während die vier privaten Einrichtungen die restlichen 29% versorgen. Auf Kostenträgerseite lassen sich als zentrale Akteure neben den Pflegebedürftigen, zum einen vier dominante Pflegekassen hinsichtlich ihres Anteils an den Pflegebedürftigen identifizieren. Zum anderen nimmt die Stadtverwaltung in Gestalt des Fachbereich Soziales die Aufgaben des örtlichen Sozialhilfeträgers wahr, welche durch Landesrecht zugewiesenen wurden (vgl. Abs. 3.2.1).

Neben den Akteuren des pflegemarktbezogenen sozialstaatlichen Dreiecks wird das lokale Koordinationssystem auch durch Akteure aus Produktions- und Allokationsprozessen hinsichtlich ergänzender Dienstleistungen geprägt. Hierzu zählen sowohl Akteure der Gesundheitsversorgung als auch Produzenten von ergänzenden Dienstleistungen zur professionellen Altenpflege. Die Akteure der Gesundheitsversorgung stellen sich auf Anbieterseite insbesondere als eine Vielzahl niedergelassener Ärzte sowie als drei Krankenhäuser in wohlfahrtsverbandlicher Trägerschaft dar. Die Koordinationsprozesse innerhalb der Produktion und Allokation ergänzender Dienstleistungen, wie z.B. der Offenen Altenhilfe oder von komplementären Diensten gestalten sich hinsichtlich ihrer Akteursstruktur auf Anbieter- wie Finanzierenseite hingegen als sehr vielschichtig. Zur Anbieterseite sind verschiedenste Einrichtungen zu zählen, wie z.B. städtische und wohlfahrtsverbandliche Pflegeberatungsstellen, verschiedene Selbsthilfegruppen, zivilgesellschaftliche Initiativen wie z.B. Seniorenbegegnungsstätten oder Stadteilprojekte, Wohnungsgenossenschaften, welche altengerechtes Wohnen bzw. betreutes Wohnen fördern, Hospize, Sportvereine mit altersspezifischen Angeboten oder Stadtbibliotheken. Die Finanzierenseite gestaltet sich dabei ähnlich heterogen, wobei die Stadt hinsichtlich der Förderung von Pflegeberatungsstellen,

⁷⁰ Im Gegensatz zum stationären Bereich, liegen innerhalb der Pflegedatenbank des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (PAULA) für den ambulanten Bereich keine einrichtungsindividuellen Daten zur Anzahl der Pflegeplätze vor.

Angeboten der Offenen Altenhilfe sowie komplementären Diensten eine herausgehobene Position einnimmt.

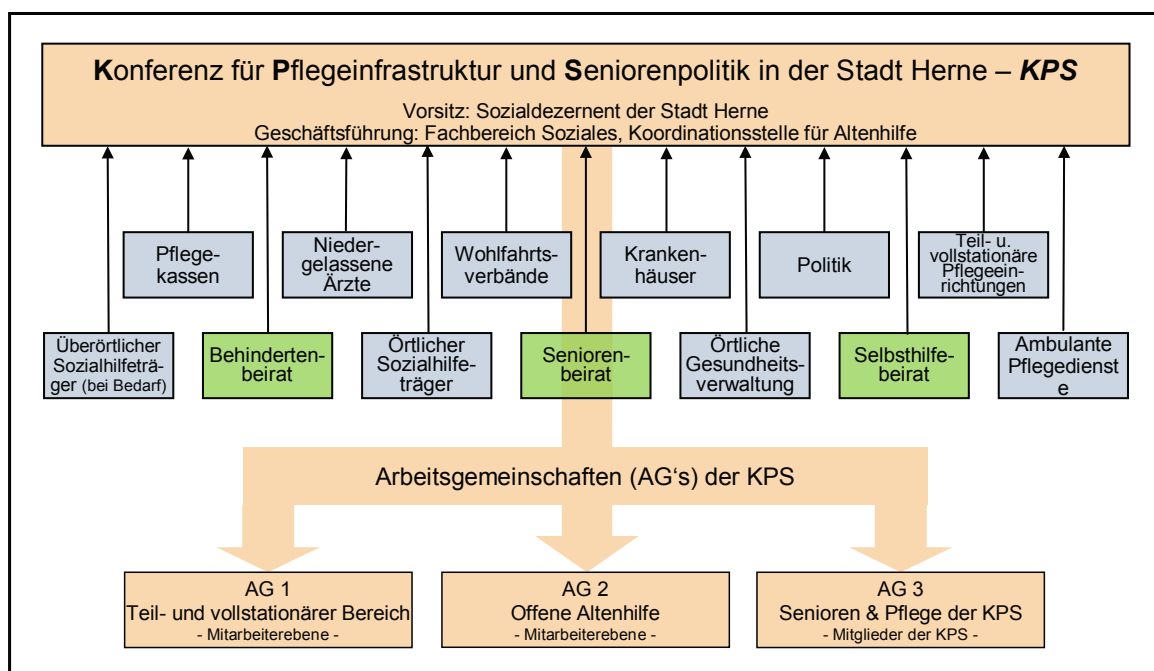
Die lokalen Steuerungsprozesse lassen sich prinzipiell in die Steuerungsarenen Pflegekonferenz und städtischer Sozialausschuss unterteilen. Diese setzen sich aus einer Vielzahl von Akteuren der verschiedenen Allokations- und Produktionsprozesse zusammen und werden um weitere Steuerungsakteure aus Politik, Stadtverwaltung und Zivilgesellschaft ergänzt.

Die „Konferenz für Pflegeinfrastruktur und Seniorenpolitik der Stadt Herne“ (KPS) wurde im September 1995 als Reaktion auf das PfG NW konstituiert. Zu den Aufgaben bzw. Zielen der KPS zählen daher nicht nur die Steuerung der Allokations- und Produktionsprozesse von professionellen Pflegedienstleistungen, sondern darüber hinausgehend alle Aspekte im Zusammenhang mit der Betreuung Pflegebedürftiger und damit einhergehende generelle Fragen der Seniorenpolitik. In der konkreten Zieldefinition lehnt sich die KPS jedoch an die Vorgaben des PfG NW sowie des PVG an, indem als zentrales Ziel der Pflegekonferenz „die Kooperation und Mitwirkung aller in der Stadt Herne im Pflegebereich tätigen Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und sonstigen Kostenträger, Medizinischen Dienste und der Betroffenen zu gewährleisten und zu fördern, um eine leistungsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und stationäre pflegerische Versorgung der Herner Bevölkerung sicherzustellen und weiterzuentwickeln“ benannt wird (Koordinationsstelle Altenhilfe 2003: 9). Somit decken sich die genannten Ziele mit den für diese Arbeit relevanten Steuerungszielen der Differenzierung des Angebots bzw. der Förderung einer integrierten Versorgung. Hinsichtlich ihrer Kompetenzen ist die Pflegekonferenz, neben der Mitwirkung an der Pflegeplanung, als empfehlendes, auf Konsensfindung ausgerichtetes Koordinationsgremium ausgestaltet, dessen Entscheidungen über Empfehlungen an den Sozialausschuss bzw. die lokalen Pflegeakteure mit einfacher Mehrheit getroffen werden (ebd.).

In der organisatorischen Ausgestaltung der KPS ergibt sich die Struktur eines Plenums, die eigentliche Pflegekonferenz, welches durch drei Arbeitskreise in seiner Arbeit unterstützt wird (vgl. Abb. 8). Das Plenum tagt halbjährlich während die Arbeitskreise drei bis vier Mal im Jahr zusammenkommen. Zwei der drei Arbeitskreise beschäftigen sich auf Mitarbeiterbene mit Fragen der „Voll- und Teilstationären Pflegerischen Versorgung“ (AG1) bzw. der „Offenen Altenhilfe“ (AG2), während der dritte Arbeitskreis (AG3 – Senioren und Pflege der KPS) die konkreten Themen für das Plenum vorbereitend bearbeitet. Den Vorsitz der KPS hat der Sozialdezernent der Stadt inne. Die Geschäftsführung wird durch die Koordinationsstelle für Altenhilfe übernommen, welche als Teil des Fachbereichs Soziales organisatorisch in die Stadtverwaltung eingebettet ist.

Den Kern der Mitglieder der KPS bilden die an den Produktions- und Allokationsprozessen der professionellen Pflegedienstleistungen beteiligten Leistungsanbieter und Kostenträger, sowie verschiedene weitere Steuerungsakteure. Hierzu zählen Vertreter der Stadtverwaltung (Koordinationsstelle, Heimaufsicht, Gesundheitsverwaltung), des städtischen Sozialausschusses, des MDK, der Leistungsanbieter des Gesundheitswesens (Krankenhäuser und Ärztevertreter), der Leistungsempfänger (Beiräte der Senioren, Behinderten, Selbsthilfe) sowie bei Bedarf des überörtlichen Sozialhilfeträgers (Landschaftsverband). Darüber hinaus sind verschiedene Akteure mit Bezug zur Offenen Altenhilfe bzw. der komplementären Dienste beteiligt. Plenum (53 Mitglieder) und AG3 (34 Mitglieder) setzen sich aus der Gesamtheit der in der KPS vertretenen Akteure zusammen, wobei sich eine Dominanz der an den Produktions- und Allokationsprozessen professioneller Pflegedienstleistungen und deren Steuerung beteiligten Akteure feststellen lässt. Die AG1 mit ihren 28 Mitgliedern dagegen setzt sich aufgrund ihrer thematischen Ausrichtung primär aus voll- und teilstatio-

Abb. 8: Organisations- und Mitgliederstruktur der Pflegekonferenz der Stadt Herne



Quelle: Koordinationsstelle für Altenhilfe (2003: 17)

nären Pflegeeinrichtungen, sowie Akteuren der Stadtverwaltung (Koordinationsstelle, Heimaufsicht, Gesundheitsverwaltung, örtlicher Sozialhilfeträger) zusammen. Und auch die AG2 mit ihren 32 Mitglieder ist, aufgrund der heterogenen Anbieterstruktur von Offener Altenhilfe und komplementären Diensten, mit diversen städtischen, wohlfahrtsverbandlichen und zivilgesellschaftlichen Vertretern besetzt. Als Arbeitsgremien sind diese beiden eher mit thematisch zuständigen Mitarbeitern der verschiedenen Organisationen besetzt. An Plenum und AG3 hingegen nehmen tendenziell eher Vertretern der „Entscheidungsbe-

ne“ teil, wie z.B. Geschäftsführer von Wohlfahrtsverbänden oder Abteilungsleiter der Fachbereiche der Stadtverwaltung.

5.4 Forschungsdesign

Ziel der Datenerhebung war es notwendige Daten für die Evaluation der Steuerungsleistungen der Herner Pflegekonferenz zu sammeln. Zudem sollten ergänzend zur vorangegangenen institutionellen Analyse des Politikfelds, Hinweise bzw. lokale Experteneinschätzungen zu den diese erklärenden Faktoren gewonnen werden. Hierzu wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, als dessen zentrales Erhebungsinstrument leitfadengestützte Interviews mit ausgewählten Akteuren der Herner Pflegekonferenz zum Einsatz kamen. Als Unterform des teilstandardisierten Interviews ermöglichen leitfadengestützte Interviews aufgrund der Offenheit ihrer Fragen und der Möglichkeit von Nachfragen im Vergleich zu standardisierten Erhebungsinstrumenten die Datenerhebung auf Aspekte zu lenken, welche sich erst im Verlauf der Datenerhebung als entscheidende Informationen hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen erweisen. Sie sind insbesondere dann einzusetzen, wenn über den zu untersuchenden Fall vorab relativ wenige Informationen vorliegen, was eine Konzentration auf nur ausgewählte, sehr spezifische Aspekte des Falles verhindert (Blatter et al. 2007: 60-63). Aufgrund der Fallzentriertheit der empirischen Erhebung in Kombination mit nur geringen fallspezifischen Vorabinformationen, stellten Leitfadengestützte Interviews die optimale Erhebungsmethode dar, insbesondere, um notwendige Informationen bezüglich fallspezifischer Hintergrundinformation und potentieller Erklärungsvariablen zu erheben. Darüber hinaus wurden die aus den Interviews gewonnenen Daten um Informationen aus der Analyse einiger Dokumente ergänzt, welche von der Stadt Herne herausgegeben wurden. Hierbei handelte es sich insbesondere um Dokumente zur kommunalen Pflegeplanung.

Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde der Fokus auf den stationären Sektor gelegt. Gründe hierfür sind zum einen die kleinteilige Akteursstruktur des ambulanten Sektors, welche eine Vielzahl weiterer Interviews erfordert hätte, um ein umfassendes Bild zu gewinnen. Zum anderen stehen Leistungen die im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht werden im Fokus dieser Arbeit, weshalb die Akteure der AG2 aus dem Sample möglicher Interviewpartner heraus fielen. Innerhalb dieser bereits erheblich reduzierten Zahl möglicher Interviewpartner wurde zudem ein Schwerpunkt auf die Anbieterseite gelegt, um einen möglichst umfassenden Eindruck davon zu gewinnen, wie weit potentielle Steuerungsversuche der KPS auch in der Realität der Produktions- und Allokationsprozesse Wirkkraft entfalten. Des Weiteren wurde versucht, nach Rücksprache mit der Koordinati-

onsstelle und auf Basis von Informationen aus den ersten Interviews, möglichst zentrale Steuerungsakteure auszuwählen. Ziel hierbei war es insbesondere, an Informationen über informelle Steuerungsprozesse zu gelangen. Denn diese gehen, wie die politik- und verwaltungswissenschaftliche Forschung gezeigt hat, formellen Entscheidungsprozessen meist vorweg und prägen diese entscheidend vor, besonders in solch mitgliederstarken Gremien wie der KPS mit ihren 53 Teilnehmern. Zugleich sollten jedoch hinsichtlich der verschiedenen Akteursgruppen ein möglichst breites Meinungsbild eingeholt werden, um potentiell unterschiedliche Sichtweisen, je nach Position bzw. Funktion innerhalb des lokalen Steuerungsprozesses, zu gewinnen. Von den zehn Interviews wurden daher sechs mit Vertretern der Anbieterseite geführt, wovon fünf wohlfahrtsverbandliche Träger repräsentierten und einer einen privaten (vgl. Anhang B). Zwei der interviewten Anbietervertreter wiederum bekleideten die Position des Verbandsgeschäftsführers während vier die des Heimleiters inne hatten. Hiermit sollten sowohl die Perspektiven der Entscheider- und Mitarbeitererebenen abgedeckt, als auch die Koordinationsprozesse innerhalb der Gremien in denen diese sitzen transparent gemacht werden. Auf Kostenträgerseite hingegen wurde eine Vertreterin einer ortsansässigen Pflegekasse interviewt sowie der Vertreter des den Pflegekassen angeschlossenen MDK's. Zudem wurden auf städtischer Seite Vertreter der Koordinationsstelle sowie der Heimaufsicht ausgewählt⁷¹. Von diesen zehn Interviews konnten acht persönlich vor Ort im Zeitraum Dezember 2008 durchgeführt werden, während die restlichen zwei in Form von Telefoninterviews im Januar 2009 stattfanden.

Als Basis der Interviews wurde ein aus zwei Teilen bestehender Leitfaden verwandt (vgl. Anhang A), der sich in einen akteursunspezifischen Hauptteil sowie einige akteurspezifische Fragen, je nach Funktion innerhalb des lokalen Koordinationssystems, gliedert⁷². Der Hauptteil gliederte sich dabei in Fragen zu den folgenden Themenkomplexen:

- Wettbewerbsintensität im stationären wie ambulanten Sektor
- grundlegende Handlungsorientierung der beteiligten Akteure in Bezug auf gemeinsame Handlungskordinierung
- grundsätzliche Funktion der Pflegekonferenz in den lokalen Produktions- Allokations- und Steuerungsprozessen
- Steuerungsleistungen in den Bereichen Angebotsdifferenzierung und Integrierter Versorgung

⁷¹ Liste der Interviewpartner im Anhang B.

⁷² Interviewleitfäden im Anhang A.

- Rolle einzelner Akteure bzw. Akteursgruppen innerhalb der Koordinationsprozesse im Rahmen der KPS.

Fragen zu Steuerungsleistungen zielten insbesondere darauf ab gemeinsame Projekte, Kooperationen, Beschlussfassungen, Absprachen, etc., und die Rolle der KPS dabei zu ergründen. Zusätzlich wurden Angaben zu den Hintergründen des Interviewpartners in Bezug auf seine Funktion innerhalb der Organisation die er repräsentiert, seiner Zugehörigkeit zur KPS bzw. seiner Motivation zur Teilnahme erhoben, um die Aussagekraft verschiedener Aspekte der Antworten besser einordnen zu können.

Die Interviews wurden per Tonband aufgezeichnet und anschließend stichpunktformig transkribiert. Den Interviewpartnern wurde Anonymität bezüglich ihrer Aussagen zugesichert, weshalb diese, in der hieran anschließenden Darstellung der Steuerungsleistung bzw. deren abschließender Analyse ohne Personenbezug verwendet werden.

5.5 Evaluation der Steuerungsleistungen

Bevor nun die Steuerungsleistungen der Herner Pflegekonferenz dargestellt werden, muss zunächst noch einmal definiert werden, was genau unter Steuerungsleistungen verstanden wird und wie diese im Rahmen der Untersuchung identifiziert wurden.

In Rückgriff auf das vorangestellte Analyseraster sowie die Definition von Politiknetzwerken stellen Steuerungsleistungen Veränderungen der Handlungsorientierungen der lokalen Akteure auf Basis von Verhandlungen im Rahmen der Pflegekonferenz dar. In Verbindung mit den dargestellten zentralen Defiziten des Pflegemarktes konzentriert sich die Auswertung auf Veränderungen der Handlungsorientierung durch KPS-basierte Verhandlungen mit dem Ziel, Differenzierungen des Angebots bzw. die Integration des medizinischen und pflegerischen Sektors zu fördern. Zu identifizieren sind also Koordinationsprozesse innerhalb der KPS, die in der Verpflichtung der Akteure auf Angebotsdifferenzierung und integrierte Versorgung fördernde Handlungsorientierungen münden. Besonderes Augenmerk soll hierbei auf Projekte, Kooperationen, Absprachen, etc. gelegt werden, welche aus der KPS durch gemeinsame Beschlüsse hervorgehen.

Neben diesen direkten Steuerungsleistungen sollen jedoch auch (eher) indirekte Steuerungsleistungen berücksichtigt werden, wie z.B. das Handeln auf Basis von Informationsaustauschprozessen innerhalb der KPS oder Vernetzungseffekte, wie z.B. Projekte, Kooperationen, Absprachen, die zwar außerhalb der KPS entstehen, aber erst durch die intensiven Kontakte innerhalb dieser zwischen den Akteuren zustande kommen. Des Weiteren sollen über Angebotsdifferenzierung und integrierte Versorgung hinausgehende Steuerungsleis-

tungen direkter oder indirekter Art berücksichtigt werden, falls die KPS in gänzlich anderen Bereichen eine zentrale Steuerungsfunktion einnimmt.

Bei der Ermittlung der Steuerungsleistungen der Pflegekonferenz handelt es sich daher primär um eine Kombination aus Output- und Impact-Messung, während über den eigentlichen Outcome der Steuerungsleistungen nur subjektive Einschätzungen der Akteure eingeholt werden. Somit können nur bedingt Aussagen darüber getroffen werden, in wie weit sich durch das Koordinationsinstrument Pflegekonferenzen reale Verbesserungen der Produktions- und Allokationsprozesse hinsichtlich einer bedarfsgerechten Differenzierung des Angebots bzw. einer integrierten pflegerischen und medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger ergeben. Dies reicht zwar nur eingeschränkt an die Ansprüche und professionellen Standards einer modernen Evaluationsforschung heran (vgl. Wollmann 2003). Jedoch sollte das gewählte Evaluationsinstrumentarium hinreichend valide bzw. aussagekräftig sein, um begründete Einschätzungen in Bezug auf die Möglichkeiten des Koordinationsinstruments Pflegekonferenzen hinsichtlich der Veränderung von Handlungsorientierungen der an Produktions- und Allokationsprozess beteiligten Akteure des Pflegemarktes zu tätigen.

5.5.1 Grundcharakter der Interaktionen innerhalb der KPS

Die Interaktionen im Rahmen der Herner Pflegekonferenz lassen sich größtenteils den folgenden fünf zentralen Funktionen zuschreiben, welche die KPS für die Akteure des lokalen Pflegemarktes übernimmt:

- 1. Transparenzfunktion**
- 2. Vernetzungsfunktion**
- 3. Implementationsfunktion**
- 4. Unsicherheitsreduktionsfunktion**
- 5. Steuerungsfunktion**

Basis der KPS ist deren Transparenzfunktion, innerhalb derer die KPS als Plattform für den gegenseitigen Informationsaustausch über die verschiedenen Angebote in Herne sowie deren Entwicklung, Problembereiche des lokalen Pflegemarktes, rechtliche Entwicklungen und deren Konsequenzen für die kommunalen Akteure, generelle Fragen der Entwicklung des Pflegemarktes, Finanzierungsmöglichkeiten für bestimmte Angebote, erstattungsfähige Leistungen und deren Modalitäten, etc. dient. Darauf aufbauend nimmt die KPS eine Vernetzungsfunktion über die Informationsstreuung und das Knüpfen von Kontakten wahr, insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen Angebote. Prinzipiell wird Herne daher im

Zusammenhang mit diesen beiden Grundfunktionen von den interviewten Akteuren ein hoher Vernetzungsgrad attestiert, was durch einige prägnante Aussagen unterstrichen wird, wie z.B. „als Kölner würde ich sagen Herne hat eine sehr gute Klügelstruktur“ (Interview 3), oder „das Geschickte an der Pflegekonferenz ist, dass alle Arbeitsebenen und Akteure sich mit Themen in den verschiedenen Arbeitsgremien beschäftigen und dies dann in der KPS zusammengeführt wird“ (Interview 9).

Des Weiteren ermöglicht die KPS auf Basis dieser Grundfunktionen den Austausch von Informationen über die Veränderungen des institutionellen Rahmens durch Gesetze, Rechtsverordnungen etc., sowie deren Auslegung durch Heimaufsicht, Pflegekassen und Sozialhilfeträger. Dabei werden insbesondere die Erwartungen der genannten Akteure an Qualitätsstandards (Heimaufsicht) oder Informationen über die erstattungsfähigen Leistungen und deren Modalitäten (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) breit zwischen den Akteuren gestreut. Für die staatlichen und halbstaatlichen Akteure kommt der Pflegekonferenz hierbei eine Form von Implementationsfunktion zu, wohingegen für die Anbieter hierdurch in erheblicher Weise Unsicherheiten reduziert werden. Letzteres wurde auch in den Interviews immer wieder im Vergleich zu anderen Kommunen als positive Besonderheit hervorgehoben. Eine zentrale Funktion von Pflegekonferenzen für die Anbieterseite besteht daher in der Reduktion von Unsicherheit. Neben den Informationen von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und Heimaufsicht bietet die Pflegekonferenz den Anbietern hierzu weitere Möglichkeiten, wie z.B. durch die Ermittlung des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen im Rahmen der Pflegeplanung, woran Anbieter ihre Investitionen in zusätzliche Kapazitäten orientieren können. Zuletzt nimmt die KPS die für diese Arbeit zentrale Steuerungsfunktion wahr, deren konkrete Ausgestaltung im Folgenden näher beschrieben werden soll.

5.5.2 Angebotsdifferenzierung

Steuerungsleistungen der KPS im Bereich der Angebotsdifferenzierung lassen sich insbesondere im Rahmen der Pflegeplanung beobachten. Zwar werden keine Beschlüsse darüber getroffen, welcher Anbieter welche Leistungen anbietet. Jedoch findet eine gewisse Abstimmung zwischen den Anbietern bezüglich der Spezialisierungen der Angebote statt. Hierbei wird darauf geachtet, Spezialisierungen, wie z.B. spezifische Angebote für Pflegebedürftige mit Suchterkrankungen oder Wachkomapatienten, in Bereichen vorzunehmen, in denen ein noch nicht befriedigter Bedarf besteht. Grundlage dieser Steuerungsleistung ist ein Konsens sowohl zwischen den Anbietern als auch mit der Stadt darüber, unnötige Angebotsdoppellungen bzw. Überangebote zu vermeiden. Dies bezieht sich jedoch allein auf den stationären Sektor, wohingegen im ambulanten Bereich keinerlei derartige Steue-

rungsleistungen zu verzeichnen sind. Streng genommen handelt es sich jedoch nicht um idealtypische Netzwerksteuerung in Form von Verhandlungen, sondern um einseitiges Handeln der Akteure auf Basis eines wechselseitigen Informationsaustausches sowie eines herausgebildeten normativen Konsenses über die Vermeidung eines zu starken Wettbewerbes bzw. die Schaffung eines möglichst bedarfsgerechten Angebots. Anbieter treiben dabei ihre eigenen Planungen so weit voran, bis sie kurz vor der Realisierung, wie z.B. dem Baubeginn, stehen. Erst dann werden sie innerhalb der KPS angezeigt und die entsprechenden Planungen im Einzelnen vorgestellt, sodass die grundlegenden Entscheidungen über die Erweiterung des Angebots bereits unabhängig von der KPS getroffen wurden.

Darüber hinaus lassen sich weitere indirekte Steuerungsleistungen identifizieren, welche auf Basis von Vernetzungseffekten zu einer Weiterentwicklung des Angebots beitragen. Zum einen ergeben sich über die Kontakte innerhalb der KPS Kooperationen im Angebot, wie z.B. zwischen Wohnungsbauunternehmen und Anbietern ambulanter Dienste, welche beim Ausbau des Angebots an Betreutem Wohnen zusammenarbeiten. Zum anderen wurde der Aufbau demenzspezifischer Wohngruppenangebote durch die Stadt und den Landschaftsverband unterstützt. Hierbei wurde unter anderem durch die Koordinierung mit der Landespflegekasse den Anbietern ermöglicht von der 80-Plätze-Regel bei den Investitionskostenzuschüssen abzuweichen. Für den Fall einer fehlenden betriebswirtschaftlichen Rentabilität bestand somit der Ausweg, ohne größere Hindernisse die Wohngruppen in die stationäre Regelversorgung zu integrieren. Diese Option wurde später auch durch einen der Träger wahrgenommen. Zudem entschieden andere Anbieter mit ähnlichen Spezialisierungsplänen diese zunächst einmal zurückzustellen und den betriebswirtschaftlichen Erfolg der beiden Piloteinrichtungen abzuwarten. Dies hatte eine Vermeidung von übergroßer Konkurrenz in der betriebswirtschaftlich ohnehin schwierigen Anlaufphase zur Folge, so dass insgesamt durch die Reduktion von Unsicherheiten hinsichtlich der Investitionssicherheit der Ausbau des demenzspezifischen Angebots erleichtert werden konnte. Des Weiteren besteht für die Stadt aufgrund einer der, nach Einschätzung eines Anbieters, qualitativ hochwertigsten Pflegeplanungen in NRW, grundsätzlich die Möglichkeit Investoren in ihren Entscheidungen zu beeinflussen, um so die Entwicklung des Angebots zu steuern. Dies geschah beispielsweise im Fall des Verzichts eines Investors auf die hochpreisige Ausrichtung eines neuen Pflegeheims, nach dem Hinweis der Stadt auf die schwache Sozialstruktur und den damit verbundenen fehlenden Bedarf. Die Vertreter der Stadt sprechen sich zwar keine größeren direkten Steuerungsmöglichkeiten zu. Über eine qualitativ hochwertige Investorenberatung, auf Basis der Informationen, die innerhalb der KPS im Rahmen der Pflegeplanung zusammengetragen werden und im Verbund mit dem Aufzeigen potentieller

Förderungs- bzw. Finanzierungsmöglichkeiten, kann jedoch die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots in gewissen Grenzen beeinflusst werden, wie es als Ziel der Pflegeplanung durch das Landesministerium formuliert wurde (MAGS 2007: 29). Steuerungsleistungen sind hier jedoch nur insoweit möglich, als sich Investoren darauf einlassen und der regulative institutionelle Rahmen des Pflegemarktes den Aufbau bedarfsnotwendiger Angebote ermöglicht. Zumindest ersteres ist gegenüber den ortsansässigen Anbietern durchaus möglich, aufgrund der bereits beschriebenen Herausbildung eines normativen Konsenses über die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots. Strukturell-institutionelle Hindernisse, insbesondere in der Finanzierung, können hierdurch jedoch nicht behoben werden. Beispielhaft kann hier der Bereich Kurzzeitpflege genannt werden, dessen Ausbau zwar als eines der Ziele im Rahmen der Pflegeplanung identifiziert wird (Koordinationstelle für Altenhilfe 2008: 26), aufgrund der ungenügenden Finanzierung jedoch nicht realisiert werden kann.

Insgesamt weist die Pflegekonferenz der Stadt Herne eher indirekte Steuerungsleistungen im Hinblick auf die Differenzierung des Angebots auf, die sich zudem auf den stationären Bereich konzentrieren. Allerdings müssen diese bei Einordnung in den Kontext des Marktgeschehens teilweise noch relativiert werden. Im Bereich der Angebotsspezialisierungen beispielsweise besteht die primäre Wettbewerbsstrategie der Anbieter in Herne in der Konzentration auf Angebotsnischen. Das Interesse von Anbietern an Spezialisierungen und deren Abstimmung ist also zunächst einmal auf den Pflegemarkt selbst zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund kommt der KPS in diesem Steuerungsbereich weniger ein auslösendes Moment als eine stützende Funktion zu. Auch wird der direkte Einfluss der KPS auf die Entscheidungen zur Spezialisierungen durch die meisten Interviewpartner verneint. Nur in Einzelfällen wird davon gesprochen, dass man derartige Weiterentwicklungen durchaus auch über die KPS entwickeln könnte, ohne diese Aussagen jedoch auf die eigenen Entscheidungen zu beziehen. Inwiefern hier jedoch der grundsätzliche Informationsaustausch in Verbindung mit der Reduktion von Unsicherheiten diese Entscheidungen indirekt prägt, konnte im Rahmen der Untersuchung nicht überprüft werden. Darüber hinaus können auch die Kooperationen zwischen Wohnungsbaugesellschaften und ambulanten Anbietern nicht allein auf die Steuerungswirkung der Pflegekonferenz zurückgeführt werden. Denn ähnliche Angebote in anderen Kommunen haben sich auch ohne die Hilfe von Pflegekonferenzen entwickelt (Kremer-Preiß / Stolarz 2003: 94ff), sodass man auch hier eher von einer stützenden denn einer initiierenden Rolle der KPS sprechen sollte.

5.5.3 Integrierte Versorgung

Zur Förderung der integrierten Versorgung an den Schnittstellen zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung von Pflegebedürftigen lässt sich als Steuerungsleistung der KPS die klassische Maßnahme einer gemeinsamen Erarbeitung einheitlicher Überleitungsbögen identifizieren. Diese sollen den Übergang an der Schnittstelle zwischen Akutkrankenhäusern und Pflegeeinrichtungen verbessern. Unklar blieb im Rahmen der Erhebung jedoch, inwieweit dieses Steuerungsinstrument heute noch die alltägliche Koordination zwischen Gesundheits- und Pflegesektor beeinflusst. Während einzelne Vertreter der Anbieterseite die Nutzung der einheitlichen Überleitungsbögen im Alltagsbetrieb bestätigen, tendiert die Gesamtheit der Aussagen eher dazu einen massiven Rückgang in deren Nutzung zu identifizieren, da die Bögen nicht in regelmäßigen Abständen aktualisiert wurden. Es lässt sich also ein klarer Steuerungseffekt identifizieren, dessen Impact über die Jahre signifikant nachgelassen hat.

An der Schnittstelle zur ambulanten ärztlichen Versorgung wird auf Anbieterseite, analog zu den Ergebnissen der einschlägigen Forschung, auch für Herne die Versorgung mit Haus- bzw. Fachärzten als eine zentrale Problematik identifiziert. Die Lösung dieser zentralen Problematik wird jedoch nicht über die KPS angegangen, sondern jeweils einrichtungsindividuell, indem sich bemüht wird Kooperationsvereinbarungen mit Ärzten zu schließen. Allerdings kommen solche Vereinbarungen, nach übereinstimmendem Urteil der Anbietervertreter, aufgrund der zentralen Finanzierungsproblematik nur sehr begrenzt zustande. Vielversprechender stellt sich in dieser Hinsicht ein Projekt der Knappschaft für Versicherte über 75 dar, welches im Verbund mit Ärzten und Krankenhäusern, durch verbesserte finanzielle Anreize für Ärzte, sowie die Einrichtung eines Case-Managements für die Versicherten, unter anderem sowohl die Kontakthäufigkeit zu den Pflegebedürftigen als auch den Informationsfluss zwischen Krankenhäusern, Ärzten und Pflegeeinrichtungen verbessern möchte. Hierdurch sollen letztendlich unnötige Krankenhausweinweisungen vermieden werden. Dieses Projekt ist jedoch unabhängig von der KPS entstanden und setzt sich primär aus Akteuren des Gesundheitswesens zusammen. Eine niedrigschwellige unterstützende Funktion kam der KPS nur insofern zu, als dass durch die Präsentation des Projekts innerhalb der KPS deren Vernetzungsfunktion zum tragen kam. Deren genauer Effekt war jedoch nicht näher zu identifizieren.

5.5.4 Sonstige Steuerungsleistungen

Sonstige direkte Steuerungsleistungen ließen sich zwar nicht identifizieren. Als wichtige indirekte Steuerungsleistung wird der KPS jedoch die Beeinflussung der quantitativen Entwicklung des stationären Angebots zugeschrieben. Die Anbieter wurden hierbei über

die im Zuge des Planungsverfahrens erhobenen Daten, in Zusammenwirken mit einem herausgebildeten Konsens über die Reduzierung vormals weit verbreiteter Wartelisten, in ihrer Handlungsorientierung beeinflusst. Als Erfolg dieser Bemühungen wurde das stationäre Pflegeplatzangebot soweit ausgebaut, dass mittlerweile jeder Pflegebedürftige innerhalb einer Woche einen Pflegeplatz erhält. Allerdings muss auch hier relativierend eingeworfen werden, dass beim Blick auf die Entwicklung des gesamten Pflegemarktes festzustellen ist, dass sich die Versorgung mit stationären Pflegeplätzen in allen Kommunen erheblich verbessert hat, unabhängig von der Existenz von Pflegekonferenzen (Schneekloth / von Thörne 2007: 156ff). Der KPS kommt hier also abermals eher eine unterstützende Funktion zu.

Darüber hinaus werden der KPS in ihrer Wirkung verschiedene Vernetzungseffekte zugeschrieben. So wird z.B. die Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft der Pflegedienstleitungen auf Initiative einer Fachkraft der Heimaufsicht, auch der Akzeptanz unter den Einrichtungsleitern innerhalb der KPS zugeschrieben, da diese ihren Mitarbeitern ermöglichen an den Sitzungen teilzunehmen. Generell kommt der KPS eine zentrale Vernetzungsfunktion zwischen den verschiedenen Angeboten zu, wodurch sie indirekt Einfluss auf die Entwicklung des Angebots nimmt. So kann beispielsweise die Palliativstation eines Krankenhauses, in einem Bereich in dem großer Bedarf attestiert wird, Informationen über ihr Angebot unter den Einrichtungen streuen. Auch ermöglicht der Kontakt zwischen den Einrichtungen und der gegenseitige Informationsfluss über die unterschiedlichen Angebote alltägliche Kooperationen, wie z.B. die Weitervermittlung von stark körperbehinderten Pflegebedürftigen an Einrichtungen die das dafür notwendige spezifische Angebot bereithalten.

5.5.5 Abschließende Bewertung

Insgesamt haben sich die ersten vier Funktionen als primäre Funktionen der KPS in den Interviews herauskristallisiert. Während die Steuerungsfunktion größtenteils als eher schwach ausgeprägt beschrieben wird, wird der Großteil der Interaktionen Transparenz-, Vernetzungs-, Implementations- bzw. Unsicherheitsreduktionsfunktion zugeschrieben. Dies wird auch durch die Aussagen zu den zentralen Motiven für die Teilnahme an der KPS unterstrichen, welche sich durchweg auf das Knüpfen von Kontakten, den Informationsaustausch und hier insbesondere die Informationen der Heimleitung beziehen. Die Steuerungsfunktion wurde zwar meistens als zentrale Aufgabe der KPS benannt, allerdings auch grundsätzlich verknüpft mit der Relativierung, dass diese nur sehr eingeschränkt wahrgenommen wird und in keinem Fall die Interaktionen des Gremiums dominiert. Diese Einschätzung wird zudem durch die vorangegangene Analyse der Steuerungsleistungen bestä-

tigt, da sich in den Bereichen Angebotsdifferenzierung und Integrierte Versorgung nur die gemeinsamen Erarbeitung eines Überleitungsbogens als direkte Steuerungsleistung, die auf idealtypische Netzwerksteuerung im Sinne der vorangestellten Netzwerkdefinition zurückzuführen ist, erfassen ließ. Auch für andere Steuerungsbereiche konnten keine direkten Steuerungsleistungen ermittelt werden. Allerdings ermöglicht die KPS teilweise indirekte Steuerungsleistungen, insbesondere in der Weiterentwicklung des Angebots in quantitativer wie qualitativer Hinsicht auf Basis einer umfassenden Pflegeplanung. Jedoch bewegen sich diese Steuerungsleistungen, wie oben ausgeführt, innerhalb enger Grenzen und können daher nur eingeschränkt strukturgestaltende Wirkung entfalten. Zudem beschränken sich selbst diese primär indirekten Steuerungsleistungen größtenteils auf den stationären Sektor. Im ambulanten Sektor entfaltet die Pflegekonferenz hingegen kaum Steuerungswirkung. Des Weiteren liegt der Schwerpunkt der wenigen Steuerungsleistungen, abgesehen vom gemeinsam erarbeiteten Überleitungsbogen, im Bereich der Weiterentwicklung des Angebots. Weder lassen sich an der Ärzteschnittstelle Steuerungsleistungen erkennen, noch sind an der Schnittstelle zu den Krankenhäusern über die Überleitungsbögen hinausgehende

Abb. 9: Steuerungsleistungen der Pflegekonferenz der Stadt Herne

		Angebotsdifferenzierung	Integrierte Versorgung		Sonstige Steuerungsleistungen
			Ärzte-Schnittstelle	Krankenhaus-Schnittstelle	
Steuerungsleistungen	direkt			Überleitungsbögen	
	indirekt	Spezialisierungen			Quantitative Angebotssteuerung
		Dementenwohngruppen			
		Investorenberatung			

Eigene Darstellung

Steuerungsleistungen zu identifizieren, wie z.B. die Etablierung von Pflegeüberleitungen oder eine Neuauflage der Überleitungsbögen.

Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass Herne von den Beteiligten zwar prinzipiell ein hoher Vernetzungsgrad zwischen den Akteuren und eine kooperative Handlungsorientierung zugeschrieben wird. Trotz institutioneller Stützung durch das nordrheinwestfälische Steuerungssystem geht von der KPS dennoch kaum idealtypische Netzwerksteuerung in Form von gemeinsamen Projekten oder Absprachen zwecks Differenzierung des Angebots bzw. Integration von medizinischem und pflegerischem Sektor, aus. Beschlüsse die zu direkten Steuerungsleistungen führen, werden nur in Ausnahmefällen gefällt und auch Verhandlungen als zentraler Koordinationsmechanismus von Netzwerken kommen dementsprechend selten vor. Die Interviewpartner empfinden die KPS daher auch weniger als Steuerungs- denn als Informationsaustausch- und Kontaktknüpfungsgremium. Eher am

Rande werden der KPS auch Steuerungsfunktionen zugeschrieben, die jedoch größtenteils indirekter Natur sind, dementsprechend spezifischen Grenzen in ihrer Wirkung unterliegen und auf den stationären Sektor bzw. die Differenzierung des Angebots konzentriert sind. Auch der Vergleich mit den detailliert beschriebenen Steuerungsleistungen der im Rahmen der Niedersachsen-Studie untersuchten Kommunen (vgl. Hellmer / Krüsemann 2005: 58 - 213) lässt keinerlei signifikant höhere Steuerungsleistungen der nordrhein-westfälischen Kommune erkennen.

6 Analyse

Aus den Ergebnissen der empirischen Fallstudie ergeben sich nun verschiedene zentrale analytische „Puzzle“ in Bezug auf die abschließende Frage nach dem Steuerungspotential von Pflegekonferenzen. Zunächst einmal stellt sich grundsätzlich die Frage nach Gründen für die doch sehr geringen Steuerungsleistungen der Herner Pflegekonferenz. In Bezug auf den Problembereich der integrierten Versorgung ist dabei insbesondere zu analysieren, warum die KPS trotz vorhandener Steuerungsmöglichkeiten, wie sie das „Berliner Modell“ (vgl. Abs. 4.2.2) bzw. das Knappschaftsprojekt aufzeigen, keinerlei Steuerungsleistungen hervorbringt. Im Bereich der Angebotsdifferenzierung hingegen ist zu untersuchen, welche Steuerungs- bzw. koordinations-systemischen Variablen die begrenzten, indirekten Steuerungsleistungen erklären. Darüber hinaus stellt sich für den ambulanten Sektor grundlegend die Frage nach den Gründen für dessen randständige Position innerhalb der KPS im Vergleich zum stationären Sektor. Um abschließend Aussagen über das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen im Pflegemarkt und dessen Bedingungsfaktoren treffen zu können, werden zunächst die zentralen Erklärungsvariablen für den Erfolg der wenigen Steuerungsleistungen erörtert.

Analytisch soll dabei zwischen Faktoren unterschieden werden, welche das Interesse der Akteure bzw. die gemeinsamen Möglichkeiten zur Steuerung der Produktions- und Allokationsprozesse beeinflussen. Hierbei kommen wir auf die eingangs beschriebene Akteurzentrierung zurück, indem wir den Analysefokus auf die Handlungsorientierung der Akteure legen, wobei noch einmal zwischen deren Zielen bzw. deren gemeinsamen Handlungsressourcen unterschieden werden soll. Denn entscheidend für das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen sind deren Einflussmöglichkeiten auf das **Steuerungsinteresse** der Akteure bzw. deren gemeinsame **Steuerungsmöglichkeiten**.

6.1 Erklärungsfaktoren der Steuerungsleistungen

Als Erklärung für die vorhandenen Steuerungsleistungen lässt sich ein ganzes Bündel von Faktoren anführen, welche im Laufe der Interviews sowie durch die Analyse des landesspezifischen Steuerungssystems gewonnen werden konnten. Um diese Faktoren analytisch zu ordnen und bezüglich ihrer Erklärungskraft zu bewerten, sollen diese im Folgenden, neben der Unterteilung in Steuerungsinteressen bzw. -möglichkeiten, noch einmal in „die KPS als ganzes stützende, notwendige Faktoren“ bzw. „die individuellen Steuerungsleistungen erklärende, hinreichende Faktoren“ unterteilt werden. Hierdurch sollen insbesondere die Erklärungsvariablen identifiziert werden, welche - neben den anschließend zu erklärenden Faktoren für die Inaktivität der KPS - darüber entscheiden in welchen Steuerungs-

bereichen Steuerungsinitiativen ergriffen werden und zu entsprechenden Steuerungsleistungen führen.

6.1.1 Die KPS grundsätzlich stützende (notwendige) Faktoren

Als notwendige Faktoren sollen jene Variablen identifiziert werden, welche grundsätzlich die Teilnahme der Akteure und eine kooperative Handlungsorientierung zwischen ihnen sichern, sowie die Problemdefinition bzw. das Agenda Setting⁷³ bezüglich der verschiedenen Steuerungsbereiche befördern.

Basis eines solchen Gremiums ist zunächst die *Motivation der Akteure zur grundsätzlichen Teilnahme bzw. Beteiligung an den Koordinationsprozessen der KPS*. Als Hauptmotivation der Akteure haben sich in den Interviews der Informationsaustausch und das Knüpfen von Kontakten zwischen den Akteuren herauskristallisiert. Hervorzuheben sind hierbei insbesondere die damit verbundenen Möglichkeiten zur Reduzierung von Unsicherheit auf Anbieterseite bzw. zur Erleichterung der Implementation auf Seiten der Stadtverwaltung und der Pflegekassen. Zentral sind also Transparenz-, Vernetzungs-, Implementations- sowie Unsicherheitsreduktionsfunktion. Darüber hinaus wurden teilweise auch die mit der KPS verbundenen Steuerungsmöglichkeiten und eine gewisse normative Verpflichtung der Akteure genannt („Als ich angefangen habe, wurde mir ganz deutlich gesagt: Da gehst du hin!“ (Interview 10)), welche sich über die Zeit innerhalb der KPS herausgebildet hat. Neben diesen für alle Akteure ähnlichen Faktoren spielt jedoch insbesondere das Interesse der Stadt an dem Gremium KPS eine konstituierende Rolle, da dort die Geschäftsstelle, mit der entsprechenden personellen und finanziellen Unterfütterung, angesiedelt ist.

Als Ausgangspunkt für die Einrichtung der KPS muss sicherlich die landesgesetzliche Verpflichtung zur Einrichtungen von Pflegekonferenzen genannt werden und die damit verbundene Anschubfinanzierung. Maßgeblich für die Rolle der Stadt als einem, wenn nicht dem zentralen, Promotor des Gremiums sind jedoch eher lokalspezifische Faktoren. Zunächst einmal kann die Stadt Herne auf eine über das Landespflegegesetz hinausreichende Tradition der Nutzung des Koordinationsinstruments Netzwerk zur Steuerung des lokalen Pflege-Politikfelds zurückblicken. Dieses mag in Teilen auch durch die in NRW vergleichsweise weit verbreitete Tradition der lokalen Pflegepläne und deren kontinuierliche Förderung durch die verschiedenen Landesregierungen geprägt sein (Blaumeister / Klie 2002: 16f). Wesentlicher erscheint jedoch das originäre Interesse der kommunalen und insbesondere auch der städtischen Akteure. Bereits Anfang der 90er Jahre wurde die „For-

⁷³ Im weiteren Verlauf der Arbeit sollen die Phasen der Problemdefinition bzw. des Agenda-Settings in Anlehnung an Jann und Wegrich (2003: 82ff) nicht mehr weiter analytisch unterschieden werden. Beide Phasen werden daher im Folgenden unter dem Begriff des Agenda-Settings subsumiert.

schungsgesellschaft Gesundheit und Soziales“ damit beauftragt, „eine umfassende Analyse der Altenhilfe der Stadt Herne zu erstellen und den bereits bestehenden Altenhilfeplan aus dem Jahre 1982 zu aktualisieren“ (Koordinationsstelle Altenhilfe 2003: 5). Auf der Grundlage dieses Gutachtens wurden Anfang 1992 umfangreiche Maßnahmen zu dessen Umsetzung im Stadtrat beschlossen. Diese beinhalteten unter anderem den Auftrag an den Fachbereich Soziales, „die Initiative zur Gründung eines stadtweiten gemeinsamen Arbeitskreises zu ergreifen, in dem alle im Bereich der Altenarbeit tätigen Verbände, Organisationen und Gruppierungen sowie Angehörige und Betroffene eingebunden werden sollten, um alterspezifische Themen aufzugreifen, zu diskutieren und aufzubereiten“ (Koordinationsstelle Altenhilfe 2003: 5). Mit dem aus dieser Initiative hervorgegangenen Arbeitskreis „Älter werden in Herne“ bestand somit schon einige Jahre vor Etablierung der Pflegekonferenz Ende 1995 ein in personeller Zusammensetzung, Aufgabenbereichen, und organisatorischer Struktur ähnliches Gremium bzw. lokales Politiknetzwerk im Bereich der Altenpflege. Zudem wurde in diesem Zusammenhang die Koordinationsstelle Altenhilfe bereits Anfang 1993 „trotz angespannter städtischer Finanzlage und ohne finanzielle Förderung durch das Land NRW“ (Koordinationsstelle Altenhilfe 2008: 5) in der Stadtverwaltung angesiedelt, welche auch für den Arbeitskreis als Geschäftsstelle fungierte. Herne besaß also schon lange vor Etablierung der Pflegekonferenz die nötigen Promotoren und organisatorischen Voraussetzungen. Ursächlich für das Engagement der kommunalen Akteure, und insbesondere der Stadt, dürfte die spezifische demographische Entwicklung Hernes sein, welche auch als Auslöser für den Gutachterauftrag an die Forschungsgesellschaft beschrieben wird (ebd.). Herne kann, aufgrund eines vergleichsweise hohen Anteils Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung von mittlerweile 3,4% im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 2,7% (vgl. Abb. 7), als „demographisch 5 Jahre älter“ (Pientka 2009: 54) bezeichnet werden. Der Problemdruck bzw. die Priorität auf der politischen Agenda kann daher für das Politikfeld Altenpflege als dementsprechend hoch eingeschätzt werden. Zuletzt spielt auch die Kommunalisierung der Finanzierungsverantwortung im Pflegebereich in NRW eine Rolle für das Interesse der Stadt, insbesondere an der Pflegeplanung bzw. einer qualitativ hochwertigen Investorenberatung. Von Seiten der Stadtverwaltung besteht nämlich kein Interesse daran, den zum Großteil mit Hilfe der Investitionskostenförderung durch die Stadt errichteten und renovierten Pflegeheime mehr Konkurrenten als bedarfsnotwendig zuzumuten: „Wir würden uns da ja ins eigene Fleisch schneiden, indem wir jetzt mehr Anbieter als nötig auf Markt holen und Häuser kaputt machen, die durch lange Planung aufgebaut wurden“ (Interview 7).

Neben diesen grundlegenden, die Beteiligung der Akteure sichernden Faktoren, fördern die folgenden Faktoren die KPS in ihren fünf Grundfunktionen. Dabei *beeinflussen diese Faktoren insbesondere die Problemdefinition bzw. das Agenda Setting* bezüglich der verschiedenen Steuerungsbereiche. Hierzu zählen:

- die organisatorische Struktur der KPS
- das Netzwerk-Management der Stadtverwaltung
- die Qualität der Pflegeplanung
- die Herausbildung von normativen Institutionen im Rahmen der KPS.

Die spezifische *organisatorische Struktur der KPS* fördert den Informationsaustausch zwischen allen Akteuren und Arbeitsebenen, wobei die Einrichtung der Arbeitsgruppe der stationären Einrichtungen den thematischen Fokus der Pflegekonferenz auf diesen Bereich lenkt. In diesem Zusammenhang ist auch die Integration der Entscheidungsebenen der beteiligten Organisationen hervorzuheben. So wirken z.B. die Geschäftsführer der Wohlfahrtsverbände, die Abteilungsleiter der Stadtverwaltungen und der Sozialdezernent im Rahmen der KPS zusammen. Hierdurch werden die Entscheidungskompetenzen über die lokalen Handlungsressourcen innerhalb der KPS konzentriert, was die Basis sowohl für primär davon abhängige Steuerungsinitiativen als auch für die Platzierung der jeweiligen Steuerungsbereiche auf der politischen Agenda der KPS darstellt („Natürlich sitzen aber auch Geschäftsführer in der Pflegekonferenz, die, wenn sie etwas gemeinsam beschließen, auch einiges bewirken können.“ (Interview 7))

Des Weiteren lassen sich das *Netzwerk-Management der Stadtverwaltung* sowie die Pflegeplanung als stützende Faktoren anführen. Zum einen wurde, neben den administrativen Aufgaben der Stadtverwaltung als Geschäftsstelle, der Input von Koordinationsstelle und Heimaufsicht in der Mehrzahl der Interviews als zentral für die Agendasetzung beschrieben (z.B. „Es sind schon ganz klar die städtischen Akteure, die das Wort haben.“ (Interview 2) „Oft kommt ja nichts von den Einrichtungen, und von daher ist es schon gut, dass die Stadt die Themen steuert.“ (Interview 6)). Zum anderen spielt die *Pflegeplanung in ihrer Qualität* eine zentrale Rolle hinsichtlich der Strukturierung des Informationsaustauschs und dementsprechend der Agendasetzung. Je nachdem, welche Bedarfe hierbei identifiziert werden und in welcher Intensität sich im Prozess der Pflegeplanung mit diesen beschäftigt wird, kann dies auch die Grundlage für etwaige Steuerungsinitiativen bereiten. In seiner Funktion gestützt wurde das Instrument Pflegeplanung zudem bis 2003 durch die landesgesetzlich festgeschriebene kommunale Bedarfsbestätigung der einrichtungsbezogenen Investitionskostenförderung, wobei dies auch generell die Motivation der Anbietervertreter

zur Teilnahme in den Anfangsjahren erhöht hat und zum Interesses der Stadtverwaltung an der Pflegeplanung und Pflegekonferenz beigetragen hat.

Zuletzt beeinflusst auch die *Herausbildung von normativen Institutionen* das Geschehen innerhalb der KPS. So hat sich unter den beteiligten Akteuren sowohl ein Konsens über die Vermeidung eines zu starken Wettbewerbs im stationären Bereich, als auch – soweit dies die institutionellen Rahmenbedingungen zulassen - ein grundlegender Konsens über die Schaffung eines bedarfsgerechten Angebots herausgebildet. Erst diese Übereinkünfte ermöglichen die Koordinierung der Handlungsressourcen in Bezug auf bestimmte Steuerungsbereiche.

6.1.2 Einzelne Steuerungsleistungen erklärende (hinreichende) Faktoren

Als hinreichende Faktoren sollen hingegen jene Variablen eingeordnet werden, welche die Aktivität der KPS in den in Abschnitt 5.5 identifizierten Steuerungsbereichen erklären können. Welche Faktoren können erklären, weshalb bei bestimmten Themen die Steuerungs- bzw. Politikprozesse innerhalb der KPS über das Agenda-Setting hinausgehen und in Policyformulierung und Implementation⁷⁴ münden? Warum konzentrieren sich die Steuerungsleistungen der KPS gerade auf den stationären Bereich und die Angebotsdifferenzierung, und warum ist die Entwicklung von Überleitungsbögen im Bereich der integrierten Versorgung als Steuerungsleistung zu verzeichnen?

Zu den zentralen Erklärungsvariablen gehören:

- die Verfügbarkeit der notwendigen Handlungsressourcen,
- die Unsicherheitsreduktionsfunktion der KPS,
- der geringe Wettbewerb im stationären Sektor.

Die ebenenübergreifende Vernetzung, die Qualität der Investorenberatung, sowie lokal vorhandene Handlungsressourcen aufgrund der Beschaffenheit des Steuerungsinstruments können darüber hinaus einzelne Steuerungsleistungen erklären.

Grundlage jeglicher Steuerungsleistung ist die *Verfügbarkeit der notwendigen Handlungsressourcen*. Sind diese nicht auf lokaler Ebene bzw. innerhalb der KPS vorhanden, so sind Pflegekonferenzen, wie noch in der Analyse der fehlenden Steuerungsleistungen zu zeigen sein wird, meist nur unter erheblichen ebenen- und systemübergreifenden Koordinationsanstrengungen in der Lage, entsprechende Steuerungsinitiativen zu realisieren. Deren Handlungsressourcenbedarf übersteigt dabei jedoch in vielen Fällen die Möglichkeiten der

⁷⁴ Auch zwischen den Phasen der Policyformulierung und der Implementation soll im Folgenden nicht weiter analytisch unterschieden werden, da dies bis auf Ausnahmen Hand in Hand geht, da die Akteure bereits die Chancen der Implementation miteinbeziehen bei der Entscheidung zur Policy-Formulierung.

Akteure. Die lokale Verfügbarkeit von entscheidenden Handlungsressourcen kann dabei insbesondere die gemeinsame Entwicklung von Überleitungsbögen erklären.

Als auslösendes Moment, insbesondere für die Steuerungsleistungen im stationären Sektor (bei der Abstimmung der Angebotsspezialisierungen sowie bei der quantitativen Angebotssteuerung und der Investorenberatung), spielt jedoch die *Reduzierung von Unsicherheit* für die Dienstleistungsanbieter eine zentrale Rolle. Hierdurch wird das Interesse auf Anbieterseite an einer entsprechenden Koordination bzw. Steuerung geweckt. Dabei erzeugt dieses gemeinsame Steuerungsinteresse die für die Netzwerksteuerung konstitutive wechselseitige Abhängigkeit zwischen den Akteuren (vgl. Abs. 2.2.4). Denn erst der für die Akteure erwartbare individuelle Nutzen ermöglicht eine netzwerkförmige Koordination.

Grundlage dieser individuellen Nutzenerwartung ist jedoch der generell *schwach ausgeprägte Wettbewerb im stationären Sektor*. Dieser ermöglicht die entsprechend kooperative Handlungsorientierung zwischen den Akteuren und eröffnet Steuerungsmöglichkeiten, wie auch die noch folgende Analyse der fehlenden Steuerungsleistungen im ambulanten Sektor zeigen wird. Doch wodurch lässt sich die entspannte Wettbewerbssituation auf dem lokalen stationären Pflegemarkt erklären?

Primär lässt sich der geringe Wettbewerb mit den spezifischen Marktstrukturen erklären. Der stationäre Pflegemarkt in Deutschland ist bisher größtenteils noch durch eine eher geringe Konkurrenz zwischen den Anbietern gekennzeichnet (Augurzky et al. 2007: 93; Poniewaz 2009: 252ff). Auch in Herne wird das stationäre Marktgeschehen von den Interviewpartnern als entspannt eingestuft. Dies liegt zunächst einmal an den vergleichsweise hohen Markteintrittsbarrieren. Aufgrund der hohen Investitionskosten, insbesondere für die notwendige Infrastruktur, werden Entscheidungen über die Beteiligung am Markt bzw. die Erweiterung des eigenen Angebots eher vorsichtig getroffen, zumal Einrichtungen nur nahe der Vollauslastung profitabel betrieben werden können. Bei bereits gesättigten regionalen Märkten besteht daher ein erhebliches finanzielles Risiko für Investoren, weshalb die Reduzierung von Unsicherheiten ein zentrales Interesse stationärer Anbieter darstellt. Dies wird zudem dadurch verstärkt, dass die Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen vergleichsweise stark eingeschränkt und die Wechselbereitschaft eher niedrig ausgeprägt ist (Schulz-Nieswandt 2002: 166; Bäcker 2008: 511f). Denn Heimbewohner sind stärker von Multimorbidität und insbesondere Demenzen betroffen, sodass deren Mobilität stark eingeschränkt ist⁷⁵. Die Sicherung der Vollauslastung ist, zumindest in den Anfangsjahren,

⁷⁵ Der Eintritt in Pflegeheime hängt meist mit einer Überforderung des familiären Pflegepotentials durch die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Angehörigen zusammen. Der Eintritt ins Pflegeheim wird dabei soweit wie möglich hinausgezögert, und daher oft erst vollzogen, wenn die Angehörigen schon schwer pflegebedürftig sind (Rothgang et al. 2008: 98, 123ff, 303ff; Roth / Reichert 2003: 16; Schneekloth / Törne 2007:

entsprechend schwieriger über einen aggressiven Verdrängungswettbewerb, etwa durch das Abwerben von Kunden zu gestalten. Investoren neigen daher dazu, die demographische Entwicklung und die daraus folgende Ausweitung des Bedarfs abzuwarten.

Neben den grundsätzlichen Marktstrukturen beeinflussen auch lokale und landesindividuelle Faktoren das stationäre Marktgeschehen in ähnlicher Richtung. Zu den landesindividuellen Faktoren zählen die in NRW im Bundesvergleich recht hohen Heimentgelte, sowie der noch immer sehr hohe Anteil an wohlfahrtsverbandlichen Einrichtungen. Zum einen ist daher die betriebswirtschaftliche Situation der nordrheinwestfälischen Einrichtungen im Schnitt als befriedigend einzuschätzen (Augurzky et al. 2007: 78), was auch für Herne seitens der Interviewpartner bestätigt wurde. Zum anderen sorgt die Dominanz wohlfahrtsverbandlicher Einrichtungen im stationären Sektor (vgl. Abb. 7), in Verbindung mit der korporatistischen Tradition des Pflegesektors sowie der noch immer engen Zusammenarbeit in anderen Sozialpolitikfeldern (Bogumil / Holtkamp 2007: 549ff), für grundsätzlich kooperative Handlungsorientierungen zwischen den Wohlfahrtsverbänden (Interview 9). Eine entscheidende Rolle für die Entspannung des nordrheinwestfälischen Marktgeschehens mag hier auch die bereits beschriebene Bedarfsbestätigung durch die Kommunen selbst gespielt haben. Unterstützt wird dieses generell entspannte stationäre Marktgeschehen durch die lokalspezifische Herausbildung normativer Institutionen hinsichtlich eines bedarfsgerechten Angebots bzw. einer Vollausslastung der bestehenden Einrichtungen. Allerdings stellt in diesem Zusammenhang sicherlich das Interesse an Unsicherheitsreduktion den wesentlicheren Faktor dar.

Als *hinreichende Einzelfaktoren* hingegen lassen sich die ebenenübergreifende Vernetzung, die Qualität der Investorenberatung sowie spezifisch verfügbare Handlungsressourcen identifizieren.

In Bezug auf die Steuerungsleistungen hinsichtlich des Aufbaus von Demenzwohngruppen, war insbesondere die Unterstützung durch den Landschaftsverband entscheidend. Diese *ebenenübergreifende Vernetzung* ermöglichte die notwendige ebenenübergreifende Koordination. Die Integration eines Vertreters des Landschaftsverbandes, welche schon im Rahmen des Arbeitskreis „Älter werden in Herne“ existierte, kann daher als eine der zentralen Voraussetzungen für die Eröffnung einer Steuerungsperspektive in diesem Bereich interpretiert werden. Für die Wirksamkeit der Investorenberatung in der quantitativen wie qualitativen Angebotssteuerung ist hingegen insbesondere die *hohe Qualität der Investo-*

99f). Ein Blick in die Statistik zeigt, dass stationär versorgte Pflegebedürftige grundsätzlich stärker pflegebedürftig sind (vgl. Anhang C), was auch die drastisch erhöhte Prävalenz der Demenzerkrankungen unterstreicht, welche je nach Alter der Heimbewohner zwischen 50 - 70%, im Vergleich zu 17 - 40% im ambulanten Bereich liegt (Rothgang et al. 2008: 169).

renberatung konstitutiv, welche wiederum auf die schon beschriebenen Faktoren der Pflegeplanung und des grundsätzlichen Steuerungsinteresses der Stadt bzw. Stadtverwaltung zurückzuführen ist. Zuletzt lässt sich die einzig idealtypische und zudem einzig im Bereich der Integrierten Versorgung identifizierbare Steuerungsleistung (Überleitungsbögen) primär auf die *lokale Verfügbarkeit der notwendigen Handlungsressourcen aufgrund der Beschaffenheit des Steuerungsinstruments* zurückführen. Die Etablierung von Überleitungsbögen ist in nur geringem Maße von finanziellen Handlungsressourcen abhängig, welche, wie im Fall von Steuerungsinitiativen zur Erhöhung der Kontakthäufigkeit zu niedergelassenen Ärzten, zumeist auf Landesebene konzentriert sind. Dies wird zudem durch die nachfolgende Analyse der Inaktivität der KPS im Steuerungsbereich integrierte Versorgung.

6.1.3 Zusammenfassung und Analyse der zentralen Erklärungsfaktoren

Zwecks analytischer Schärfung sollen nun die zentralen Erklärungsfaktoren zusammengefasst und in das Analyseraster eingeordnet werden (vgl. Abb. 10). Im Folgenden soll sich dabei auf die hinreichenden Faktoren beschränkt werden, welche das Steuerungsinteresse der Akteure sowie die Steuerungsmöglichkeiten der KPS im Hinblick auf die identifizierten Steuerungsleistungen zentral erklären, insbesondere auch im Gegensatz zu den im Anschluss noch zu analysierenden Erklärungsvariablen für die insgesamt eher unterentwickelte Steuerungsfunktion der KPS. Vernachlässigt werden sollen daher die notwendigen Faktoren hinsichtlich der Motivation der Akteure zur Beteiligung und der Stützung der KPS in ihren fünf Grundfunktionen, auch wenn diese für die Etablierung der KPS sowie die generelle Funktionsfähigkeit zentrale Erklärungskraft besitzen und dabei in Wechselwirkung zu den hinreichenden Faktoren stehen.

Das Steuerungsinteresse der Akteure im Bereich der qualitativen und quantitativen Angebotssteuerung wird primär durch das markt-basierte Interesse der Akteure an der Reduktion von Unsicherheiten hervorgerufen. Hinsichtlich der Überleitungsbögen im Steuerungsbereich integrierte Versorgung, stellen hingegen insbesondere die lokal vorhandenen Handlungsressourcen den zentralen Motivationsfaktor dar.

In Bezug auf die Steuerungsmöglichkeiten stellt die Verfügbarkeit der steuerungsnotwendigen Handlungsressourcen die Grundbedingung für entsprechende Steuerungsinitiativen dar. Als auslösendes Moment für die Steuerungsleistungen in der quantitativen und qualitativen Angebotssteuerung ist jedoch der geringe Wettbewerb im stationären Sektor zu identifizieren.

Die Steuerungsleistungen der KPS lassen sich daher primär durch koordinations-systemische Faktoren erklären. Zum einen erzeugt der Markt bei den Akteuren ein Interesse an der Reduktion von marktbedingten Unsicherheiten und eröffnet, aufgrund der geringen Ausprägung des Wettbewerbs, Steuerungsmöglichkeiten im stationären Sektor. Zum anderen bietet das Koordinationsinstrument Pflegekonferenz eben solche Möglichkeiten zur Unsicherheitsreduktion, stellt über seine Transparenz- und Vernetzungsfunktion die notwendigen Handlungsressourcen zur Verfügung und stützt entsprechende Koordinationsprozesse durch die Herausbildung von normativen Institutionen.

Abb. 10: Erklärungsfaktoren Steuerungsleistungen

Steuerungsbereiche	Erklärende Faktoren	Einordnung hinsichtlich der Wirkung		Einordnung in das Analyseraster		
		Steuerungs-interesse	Steuerungs-möglichkeiten	Steuerungs-systemisch	Koordinations-systemisch	Akteur-zentriert
Angebotsdifferenzierung	Lokale Verfügbarkeit steuerungsnotwendiger Handlungsressourcen		X	X		
	Unsicherheitsreduktion	X			X	
	Herausbildung normativer Institutionen	X			X	
Abstimmung der Spezialisierungen	<i>(keine steuerungs-leistungsindividuellen Faktoren)</i>	-	-	-	-	-
Unterstützung des Aufbaus demenzspezifischer Wohngruppen	Ebenenübergreifende Vernetzung		X			X
Qualitativ hochwertige Investorenberatung	Pflegeplanung sowie Transparenz- und Vernetzungsfunktion der KPS		X		X	
Integrierte Versorgung: Überleitungsbögen	Lokale Verfügbarkeit steuerungsnotwendiger Handlungsressourcen		X	X		
Sonstige Steuerungsleistungen:	Lokale Verfügbarkeit steuerungsnotwendiger Handlungsressourcen		X	X		
	Quantitative Angebotssteuerung	X			X	
	Herausbildung normativer Institutionen	X			X	

Eigene Darstellung

6.2 Erklärungsfaktoren der Steuerungsdefizite

6.2.1 Angebotsdifferenzierung

Als Erklärung für die Schwierigkeiten in der Differenzierung des Angebots lassen sich teilweise sehr unterschiedliche Faktoren anführen, je nachdem welches spezifische Angebot entwickelt werden soll. Tendenziell hängen die Möglichkeiten in der Weiterentwicklung des Angebots jedoch von den Freiräumen ab, die der institutionelle Rahmen des Pflege-marktes in Bezug auf die Dienstleistungen die durch die Pflegeversicherung gedeckt werden und deren Finanzierung lässt.

Für Steuerungsinitiativen aus der KPS heraus ergibt sich dabei zunächst einmal die Problematik fehlender lokaler Handlungsressourcen, da die entsprechenden Entscheidungskompetenzen, wie beschrieben (vgl. Abs. 3.2.1), auf Landes- und Bundesebene konzentriert sind. Denn die beschriebene Standardisierung des Angebots wird zuvorderst durch die Verhandlungen über den erstattungsfähigen Leistungskatalog zwischen Kostenträger- und Anbieterverbänden auf Landesebene hervorgerufen. Eine kommunenindividuelle Differenzierung des Leistungskatalogs ist in diesem System nicht vorgesehen. Zudem begrenzen der enge Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung das Spektrum des auf Landesebene zu verhandelnden Leistungskatalogs von vornherein (vgl. Abs. 3.2.). Neben den Standardisierungseffekten des Steuerungssystems, ist davon auszugehen, dass auch die generelle Unterfinanzierungsproblematik (Schneekloth / Müller 2000: 118) die Entwicklung umfassenderer Angebote behindert. So wird ein Grundstock an Pflegeleistungen von jedem Pflegebedürftigen in jedem Angebot nachgefragt, wie z.B. die Hilfen bei Körperpflege, Nahrungszubereitung und -aufnahme, Mobilisation, sodass durch diese „Standardleistungen der Grundversorgung“ bereits ein Großteil des Budgets aufgebraucht ist. Demzufolge können nur noch in sehr begrenztem Rahmen über die Grundversorgung hinausgehende Dienstleistungen über die Pflegeversicherung finanziert werden. Aufgrund der Inkompatibilität einer kommunenindividuellen Differenzierung des Leistungskatalogs mit dem derzeitigen Steuerungssystem bieten sich zudem, im Gegensatz zum Steuerungsbereich der integrierten Versorgung, auch kaum Ansätze für eine bottom-up-Koordinierung mit den Akteuren der höheren Steuerungsebenen. Lediglich bei kaum strukturverändernden Initiativen, wie der Koordinierung mit der Landespflegekasse im Rahmen der Unterstützung des Ausbaus von Demenz-Wohngruppen, zeigt sich ein sehr eingeschränktes Steuerungspotential.

Doch auch bei der gegenwärtigen Weiterentwicklung des Angebots in den engen Grenzen des Leistungskatalogs stehen potentielle Steuerungsinitiativen seitens der KPS einer entscheidenden Hürde gegenüber: der Konkurrenz zwischen den Marktteilnehmern. Alle Anbieter betonten in den Interviews, dass die Herausbildung von Alleinstellungsmerkmalen über die Spezialisierung ihres Angebots die zentrale Wettbewerbsstrategie ihrer Einrichtungen darstellt. Als dementsprechend gering erweist sich daher deren Interesse an einer gemeinsamen Angebotssteuerung, welche über die Vermeidung von wettbewerbsverschärfenden, unnötigen Doppelstrukturen hinausgeht („Bei der Entwicklung neuer Angebote kommt es immer darauf an was der Träger bereit ist, zu investieren. Dies wird aber nicht im Gremium besprochen. Wenn ich da eine Idee hätte, bezüglich der Spezialisierung meiner Einrichtung, würde ich das niemals in KPS ansprechen, da ist das Konkurrenzdenken

zu groß. Es findet da auch kein Austausch, wie z.B. „DRK [Deutsches Rotes Kreuz], ASB [Arbeiter-Samariter-Bund], wie macht ihr denn das gerade mit euren Demenzwohngruppen?“, statt.“ (Interview 4). Die durch die Etablierung eines Wohlfahrtsmarktes entstandene und dessen Wirkung konstituierende Marktkonkurrenz zwischen den Anbietern, verhindert hier, selbst im eher als moderat einzuschätzenden Wettbewerbsgeschehen des stationären Pflegemarktes, die Koordination zwischen den Akteuren.

Auch gesetzt den unwahrscheinlichen Fall, dass die notwendigen Handlungsressourcen auf die kommunale Ebene abgeschichtet würden, würde die im Pflegemarkt angelegte Konkurrenz zwischen den Anbietern gemeinsame, einrichtungsbezogene Steuerungsinitiativen zur Entwicklung des lokalen Angebots erschweren bis verhindern. Pflegekonferenzen bliebe nur die Möglichkeit der indirekten Steuerung des lokalen Pflegemarktes über die Veränderung der Rahmenbedingungen. Der Pflegemarkt selbst stellt daher den primären Erklärungsfaktor für die geringen Steuerungsleistungen der KPS in diesem Bereich dar.

6.2.2 Integrierte Versorgung

Die gemeinsame Entwicklung eines Überleitungsbogens zeigt auf, dass das Koordinationsinstrument Pflegekonferenz im Bereich der Integrierten Versorgung durchaus das Potential besitzt, den Pflegemarkt optimierende Steuerungsleistungen zu ermöglichen. An diese grundlegend positive Erkenntnis schließen sich jedoch einige analytische Fragen hinsichtlich der fehlenden Ausschöpfung weitergehender Steuerungsmöglichkeiten an. Dabei ist zunächst einmal zu hinterfragen, warum sich die Steuerungsleistungen der KPS auf die Krankenhaus-Schnittstelle beschränken, während die KPS an der Schnittstelle zur Versorgung mit niedergelassenen Ärzten keinerlei Steuerungsleistungen hervorbringt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen auch in den Interviews mit den Anbietervertretern als zentrale Problematik des lokalen Pflegemarktes identifiziert wurde, während Versorgungsmodelle wie das „Berliner Modell“ oder das Knappschaftsprojekt hier Steuerungsmöglichkeiten aufzeigen. Zudem wird im Folgenden zu untersuchen sein, warum an der Krankenhaus-Schnittstelle keinerlei weitergehende Steuerungsinitiativen von der KPS ausgehen, wie z.B. die Etablierung von Pflegeüberleitungen oder die Neuauflage der Überleitungsbögen.

6.2.2.1 Schnittstelle niedergelassene Ärzte

Die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte wird nicht nur innerhalb der in Abschnitt 4.2.3 aufbereiteten Forschungsergebnisse, sondern auch von den verschiedenen Interviewpartnern auf Anbieterseite als ein zentrales Defizit in der umfassenden Versor-

gung Pflegebedürftiger identifiziert. Die KPS hat hier zwar keine Steuerungsleistungen aufzuzeigen, jedoch gab es im Rahmen der KPS eine Initiative eines Herner Ärztevertreters zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärzten. Letztlich endete diese jedoch ohne zählbares Ergebnis. Neben generellen Problemen organisations- und systemübergreifender Koordination, wie dem gegenseitigen Informationsaustausch und der Abstimmung der jeweiligen Handlungen, stellt die Honorierung der Ärzte die Schlüsselproblematik dieser Schnittstelle dar (Garms-Homolová 1996: 41; Roth / Reichert 2003: 30; Coxon et al. 2005: 139; Mur-Veeman et al. 2008: 181). Zum einen werden Hausbesuche nicht ausreichend honoriert. Zum anderen führt die Budgetierung von ärztlichen Verordnungen dazu, dass eine Konzentration auf multimorbide pflegebedürftige Patienten negative finanzielle Konsequenzen für den behandelnden Arzt zur Folge hat.

Wollen Pflegekonferenzen hier steuernd eingreifen, ergibt sich jedoch die zentrale *Steuerungsproblematik fehlender institutioneller Handlungsressourcen* in Form begrenzter Entscheidungskompetenzen, welche auch als Haupterklärung für das Scheitern der Initiative des Ärztevertreters ausgemacht wurden. Über die Honorierung von niedergelassenen Ärzten wird grundsätzlich sowohl auf Bundesebene in der Gesundheitsgesetzgebung, als auch auf Landesebene in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen entschieden. Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 können Krankenkassen jedoch selektive Verträge zur integrierten Versorgung (IV) ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Akteuren des Gesundheitswesens schließen⁷⁶. In deren Rahmen kann unter anderem von der geltenden Honorarordnung abgewichen werden⁷⁷. Zudem bot sich in den Jahren 2004 bis 2008 ergänzend die Möglichkeit einer Anschubfinanzierung für derartige Modelle⁷⁸. Doch erst auf Basis des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes konnten ab April 2007 auch Akteure des Pflegebereichs, wie Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, in solche Verträge mit einbezogen werden. Die institutionellen Voraussetzungen für eine integrierte Versorgung sind also für den größten Teil der Existenz der KPS als hemmend im Hinblick auf die Behebung der zentralen Schnittstellenproblematik, sowie die teils noch wesentlichere Problematik der Finanzierung solcher Modelle einzuschätzen (Roth / Reichert 2003: 8; Coxon et al. 2005: 139; Cassel et al. 2006: 63). Bis 2007 war die integrierte

⁷⁶ Auf Basis von §140a-c des SGB V.

⁷⁷ Die Möglichkeiten zum Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung bestanden bereits seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahre 2000. Allerdings mussten die Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt werden, sodass „die Integrierte Versorgung zunächst kaum eine praktische Rolle im Versorgungsgeschehen spielte“ (Greß / Stegmüller 2009: 93)

⁷⁸ Vgl. §140d SGB V.

Versorgungslandschaft in Deutschland daher durch Modellversuche außerhalb der IV-Verträge bzw. auf den Gesundheitssektor beschränkte IV-Verträge geprägt (Schmidt, 2002: 294; Roth / Reichert 2003: 19ff).

Doch auch in den gut anderthalb Jahren bis zum Erhebungszeitpunkt dieser Arbeit stellten diesbezügliche Steuerungsinitiativen erhebliche Anforderungen an Pflegekonferenzen. Zum einen sind solche Initiativen von erfolgreicher system- sowie ebenenübergreifender Koordination mit Vertretern von Krankenkassen auf Landesebene abhängig, wobei die Problematik der politikfeldübergreifenden „bottom-up“-Initiierung noch einmal potenziert wird, will man Insellösungen wie das Knappschaftsprojekt vermeiden und ist dementsprechend darauf angewiesen, eine Vielzahl von Krankenkassen dazu zu motivieren, solche Verträge zu initiieren oder sich an bestehenden Modellen zu beteiligen. Zum anderen verlangen erfolgreiche Modelle den Einsatz und die *Koordination erheblicher Handlungsressourcen einer Vielzahl von Akteuren*, da sie sich nicht allein auf die Anpassung der Ärztehonorare beschränken. Die Lösung der zentralen Honorierungsproblematik stellt sicherlich die Basis für derlei Modelle. Die Best-Practice-Modelle, welche im Rahmen der einschlägigen Literatur beschrieben werden (vgl. Enders / Schmidt 2008: 18 - 23), und auch das Knappschaftsprojekt (Müller 2006), stellen jedoch noch sehr viel komplexere Koordinationsanforderungen. Denn in ihrem Rahmen wird der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren über entsprechende informationstechnische Systeme gewährleistet. Es werden Ärzte und Pflegepersonal fortgebildet, Case-Management-Strukturen etabliert, multiprofessionelle Fallbesprechungen organisiert und oftmals zusätzlich Krankenhäuser mit einbezogen. Neben der Herausforderung, die verschiedenen notwendigen Akteure zur Beteiligung an solch komplexen Initiativen zu motivieren, sind zudem auch erhebliche finanzielle Ressourcen einzusetzen. Diese sind jedoch weder auf Anbieterseite noch bei den städtischen Akteuren vorhanden, welche diesbezüglich über keinerlei Budget verfügen, da im ohnehin klammen Haushalt der Stadt kein entsprechender Etat für das Politikfeld Pflege vorgesehen ist. Auch die lokalen bzw. regionalen Geschäftsstellen der Pflegekassen verfügen generell weder über derartige Mittel noch besitzen sie die nötigen Entscheidungskompetenzen. Notwendig wäre somit auch hier eine entsprechende ebenen- und wahrscheinlich auch sektorübergreifende Koordination mit Pflege- wie Krankenkassen auf Landesebene, verbunden mit den bereits geschilderten erheblichen Koordinations-Herausforderungen.

Vor dem Hintergrund der Komplexität solcher Modelle und der dafür notwendigen Steuerungsinitiativen ist darüber hinaus auch das Zeitfenster von anderthalb Jahren als Herausforderung bzw. institutionelle Hürde zu bewerten. Aufgrund des Auslaufens der Anschub-

finanzierung Ende 2008, stand diese, bei entsprechendem planerischen Vorlauf, nur für sehr begrenzte Zeit zur Verfügung, sodass nach Greß und Stegmüller (2009: 99) grundsätzlich immer „die Gefahr besteht, dass solche Projekte wegen mangelnder Investitionssicherheit nicht umgesetzt werden“. Darauf weist auch ein Gutachten zu den rein gesundheitssektor-bezogenen IV-Verträgen hin, welches empfiehlt, die Anschubfinanzierung bis ins Jahr 2011 zu verlängern, damit die nötige Investitionssicherheit für umfangreichere Projekte gesichert ist (Cassel et al. 2006: 75f).

Warum aber existieren Modelle in anderen Kommunen bzw. das Knappschaftsprojekt? Beschäftigt man sich näher mit den Ursprüngen des Berliner Modells oder des Knappschaftsprojekts, fällt auf, dass diese Modelle generell auf Landesebene initiiert wurden. Für Berlin als Stadtstaat entfällt entsprechend die Problematik der ebenübergreifenden Koordination und auch das Knappschaftsprojekt wurde nicht aus der Herner Geschäftsstelle heraus initiiert, sondern Herne wurde als Standort eines knappschaftsinternen Modellprojekts ausgewählt. Dies geschah primär aufgrund der Altersstruktur der Herner Bevölkerung, welche die demographische Entwicklung und deren Konsequenzen für deutsche Kommunen um ca. 5 Jahre vorwegnimmt (Pientka 2009: 54). Zudem ist das Projekt in seiner Akteurskonstellation auf den Gesundheitssektor beschränkt (Müller 2006), sodass auch hier nicht von einer sektorübergreifenden Integration gesprochen werden kann.

Neben den Herausforderungen, die mit einer bottom-up-Initiierung verbunden sind, kommt in Herne erschwerend hinzu, dass *lokal nicht die kritische Masse an Promotoren erreicht wird, um solch ein umfassendes Projekt auf die Agenda zu setzen und entsprechend umzusetzen*. Hierfür sind sowohl lokalspezifische Gründe als auch strukturelle, im Steuerungssystem begründete Faktoren, verantwortlich.

Zunächst einmal fallen die Vertreter der Pflegekassen, als potentiell größte lokale Promotoren hinsichtlich Steuerungsinteresse und Handlungsressourcen, systembedingt aus. Nicht nur wird den Pflegekassen durch das SGB XI als zentrale Aufgabe das partnerschaftliche Zusammenwirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung zugeschrieben, um sicherzustellen, dass „im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen“ (§12 (2) SGB XI). Auch aufgrund ihrer organisatorischen Zugehörigkeit zu den Krankenkassen müssten die Pflegekassen eigentlich das größte Interesse daran entwickeln, Modelle der integrierten Versorgung zu etablieren. Denn den Krankenkassen entstehen hierdurch geringere Kosten aufgrund reduzierter Krankenhauseinweisungen, während sich ihnen selbst Einsparpotentiale in Folge eines besseren gesundheitlichen Zustandes der Pflegebedürfti-

gen und der Vermeidung erhöhter Pflegebedürftigkeit im Anschluss an Krankenhausaufenthalte eröffnen. Jedoch ist bei den lokalen Vertretern der Pflegekassen kein direktes Eigeninteresse an der Förderung der integrierten Versorgung mit ihrer Position verknüpft („Die Koordination von Ärzten mit stationären Einrichtungen? Das sind Dinge, die mich jetzt auch gar nicht betreffen“ Interview 10), da sie der Arbeits- statt Entscheidungsebene zugeordnet sind und im leistungsrechtlichen Bereich angesiedelt. Zusätzlich sind ihre lokalen bzw. regionalen Dienststellen nicht mit den nötigen Handlungsressourcen ausgestattet, was in den Interviews als „starkes Hemmnis“ bzw. „grundsätzliche Problematik“ ausgemacht wurde. Während „die KPS örtlich organisiert ist, sind die entscheidend befugten Akteure überregional organisiert“, wodurch „die Vertreter der Pflegekassen sehr abhängig davon sind, sich mit der Landeszentrale abzustimmen“ (Interview 7). Verantwortlich hierfür ist die steuerungssystembedingte Konzentration von Handlungsressourcen in Form von Entscheidungskompetenzen und finanziellen Ressourcen in den Landeszentralen. In beiden Politikfeldern konzentrieren sich die zentralen Steuerungsarenen auf Landes- bzw. Bundesebene (vgl. Abs. 3.2.1 bzw. Gerlinger 2002: 8f, 23ff). Zudem wird die institutionelle Trennung von Pflege- und Gesundheitssystem generell dafür verantwortlich gemacht, dass Pflege- und Krankenkassen jeweils nur geringes Interesse daran entwickeln, Initiativen zu ergreifen, deren positive Auswirkungen jeweils primär dem anderen Zweig der Organisation zu gute kommen (Roth / Reichert 2003: 12f; Widmaier 2005: 30).

Darüber hinaus erschwert die Inaktivität der KPS auf dem Gebiet der integrierten Versorgung generell die Herausbildung des nötigen Handlungsdrucks bzw. einer kritischen Masse von Promotoren, denn laut Interviewaussagen werden Themen der integrierten Versorgung kaum im Rahmen der KPS behandelt. Hierzu trägt zunächst einmal wahrscheinlich die Abwesenheit der Vertreter des ambulanten und stationären Gesundheitswesens entscheidend bei. Sowohl Ärzte- als auch Krankenhausvertreter nehmen unregelmäßig, bis überhaupt nicht, an den Sitzungen der KPS teil, was sicherlich nicht die Beschäftigung mit den in hohem Maße ihren Arbeitsbereich betreffenden Themen fördert. Zudem fördert auch die organisatorische Struktur der KPS nicht die Beschäftigung mit der Thematik bzw. die Integration der entscheidenden Akteure. Im Gegensatz zur Arbeitsgruppe der stationären Einrichtungen, findet sich unterhalb des Plenums keine spezifische Arbeitsgruppe, die sich dieser Themen annimmt. Beide Schwachstellen der KPS können sicherlich wiederum durch die jahrelang als gering einzuschätzenden Steuerungsmöglichkeiten aufgrund fehlender institutioneller Grundlagen, wie lokal begrenzter Handlungsressourcen, erklärt werden. Weder hat dies die Beschäftigung mit diesen Themen noch deren organisatorische Verankerung innerhalb der KPS gefördert und dementsprechend die Motivation der Vertre-

ter der Anbieter medizinischer Dienstleistungen zur Teilnahme an den Sitzungen reduziert. Die Erfahrung einer gescheiterten Steuerungsinitiative dürfte diesen Eindruck bei den Beteiligten zusätzlich verstärkt haben. Hinzu kommt die Problematik, dass eine schwach integrierte Versorgung zwischen lokalem Pflege- und Gesundheitssektor keinerlei direkte negative Konsequenzen für die steuerungsrelevanten Akteure zur Folge hat. Anders als bei dem intensiv innerhalb der KPS behandelten Thema der Auslastung der Pflegeeinrichtungen entstehen keiner der hier relevanten Organisationen strukturelle Probleme, welche deren Existenz bedrohen würden. Nur bei normativem Interesse der Akteure an einer verbesserten integrierten Versorgung besteht die Chance, den nötigen Handlungsdruck zu erzeugen und entsprechend Promotoren hervorzubringen. In diesem Zusammenhang bleibt daher, trotz aller beschriebenen Hindernisse, nach der Rolle des Netzwerk-Managements durch den zentralen Agenda-Setter Stadtverwaltung, sowie nach der in den Interviews vielgepriesenen Transparenzfunktion der KPS in Bezug auf rechtliche Veränderungen und drängende Probleme des Pflegemarktes zu fragen. Die Veränderung der institutionellen Grundlagen wurde innerhalb der Herne Pflegekonferenz nicht als Chance begriffen, in diesem Steuerungsbereich wieder aktiver zu werden. So hätte beispielsweise eine entsprechende Steuerungsinitiative vorbereitet werden können. Alternativ hätte auch die Möglichkeit bestanden, die Ausweitung des in der KPS vorgestellten und bereits in Herne vorhandenen Knappschaftsprojekts auf den Pflegesektor bzw. eine Integration anderer Krankenkassen, wie z.B. der in diesem Bereich sehr aktiven Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) - Nordrhein-Westfalen, genauer auszuloten. Das durchaus vorhandene Problembewusstsein der Anbietervertreter hat jedoch im Ergebnis nicht dazu geführt, den Themenkomplex „integrierte Versorgung“ unter veränderten institutionellen Grundbedingungen erneut auf die Tagesordnung zu setzen.

Insgesamt deutet jedoch die Statistik zu den abgeschlossenen IV-Verträgen darauf hin, dass die Erklärung für die Inaktivität der KPS zu erheblichen Teilen in dem nur kurzen institutionellen Zeitfenster ab April 2007 begründet ist. Der insgesamt erfreulichen Dynamik mit 6407 abgeschlossenen Verträgen in den Jahren 2004 bis 2008 stehen nur 35 mit Beteiligung von Akteuren des Pflegesektors gegenüber, die auch nur 2% der seit April 2007 abgeschlossenen Verträge ausmachen (GRS 2009: 15, 39f). Die fehlende Nutzung der institutionellen Möglichkeiten seit den Neuerungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ist offensichtlich nicht auf Herne beschränkt, sondern als deutschlandweites Phänomen einzuordnen. Pflegekonferenzen sind hier in erheblichem Maße von längerfristig stabilen institutionellen Grundlagen abhängig, da die Entwicklung entsprechender Steuerungsinitiativen mit den beschriebenen erheblichen Herausforderungen verknüpft ist.

6.2.2.2 Schnittstelle Krankenhäuser

Auch an der Schnittstelle zur akutkrankenhäuslichen Versorgung lässt sich das Phänomen der Randständigkeit des Themas integrierte Versorgung innerhalb der KPS beobachten. Verantwortlich hierfür sind in diesem Fall jedoch weniger die fehlenden institutionellen Grundlagen, als der lokal als gering empfundene Problemdruck sowie instrumentenbezogene Hindernisse.

Zunächst einmal wird von den Akteuren die Schnittstellenproblematik am Übergang zu den Krankenhäusern, anders als bei den niedergelassenen Ärzten, als gering eingestuft. Zur Erklärung wird dabei auf die engen Kontakte zu den Sozialdiensten der Krankenhäuser sowie die Nutzung der Überleitungsbögen der Krankenhäuser bzw. der eigenen Organisation verwiesen. In diesem Zusammenhang wird wiederum die Transparenzfunktion der KPS hervorgehoben und darauf verwiesen, dass „dies bestimmt Thema innerhalb der KPS wäre, wenn es da wirklich Probleme gäbe“ (Interview 6).

Darüber hinaus wurden im Hinblick auf die nicht erfolgte Neuauflage der Überleitungsbögen alternative Erklärungsfaktoren angeführt. Zum einen wurde von mehreren Interviewpartnern das Vorhandensein individueller Qualitätsmanagementsysteme in den Pflegeeinrichtungen als Begründung herangezogen, um das Desinteresse der Anbieterseite an einer erneuten Erarbeitung eines einheitlichen Überleitungsbogens zu erklären. Auf der anderen Seite wurde die fehlende Unterstützung seitens der Krankenhausleitungen als Grund für das Desinteresse der zweiten zentralen Akteursgruppe angeführt. Als Erklärungshintergrund wurde hierbei die prinzipielle Selbst-Referentialität von Krankenhäusern angeführt („Die Krankenhäuser köcheln immer so ihr eigenes Süppchen. Sehen sich etwas elitär: „Wir haben ja nicht so direkt mit der Pflege zu tun.““ (Interview 7)), welche auch innerhalb der Literatur beschrieben wird (Leichsering et al. 2004: 25). Die Beteiligung der Krankenhäuser an sektorübergreifenden Koordinationsinitiativen bzw. -gremien ist demzufolge grundsätzlich problematisch bzw. hoch voraussetzungsvoll. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die generelle Herausforderung der Koordination einer Vielzahl von Akteuren verwiesen, welche durch den als gering empfundenen Problemdruck potenziert werde.

Aufgrund des Forschungsdesigns dieser Arbeit und der eingangs der Fallstudie beschriebenen Vernachlässigung der Outcome-Dimension (vgl. Abs. 5.5), fällt es schwer, diese Aussagen analytisch zu bewerten, da die reale Problematik in Herne nicht erhoben wurde. Es ergibt sich daher eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Einschätzungen der Interviewpartner und der beschriebenen Forschungsliteratur (vgl. Abs. 4.2.3). Der fehlende Hand-

lungsdruck könnte tatsächlich damit zusammenhängen, dass der enge Kontakt zwischen den Akteuren in Kombination mit der Nutzung von einrichtungsindividuellen, den Informationsfluss grundsätzlich gewährleistenden Überleitungsbögen, insgesamt dazu führt, dass ein ausreichender Standard an Integration der Versorgungsbereiche gewahrt wird, selbst wenn dieser nicht vollständig an das Idealmodell Pflegeüberleitung heranreicht. Doch schon der Verweis auf die alternativen Erklärungsfaktoren deutet an, dass hier Zweifel angebracht sind. Auch ein intensiverer Blick in die aktuelle Literatur, stellt die Argumentation vom fehlenden realen Problemdruck bzw. fundamentalen instrumentenspezifischen Hindernissen (Qualitätsmanagementsysteme) in Frage.

Sowohl eine aktuellen Erhebung der Situation in NRW durch das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA 2008: 3), als auch der Literaturüberblick von Pieper et al. (2008: 8f) zeigen auf, dass in diesem Bereich noch immer grundsätzlicher Handlungsbedarf besteht. Auch in Kommunen in denen einrichtungsindividuelle Überleitungsbögen genutzt wurden, haben sich entsprechende Steuerungsimpulse etabliert, um die noch immer in erheblichem Maße vorhandenen Schnittstellen-Probleme zu reduzieren (LIGA 2008: 7f)⁷⁹.

Allerdings zeigt die Erhebung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit (LIGA) auch auf, dass sich rund die Hälfte der Kommunen nicht mit dem Thema Pflegeüberleitung auseinandersetzt. Entscheidend für die kommunale Beschäftigung mit dem Thema ist daher nicht so sehr die Existenz einer Pflegekonferenz, sondern eine entsprechende Anzahl von Promotoren, die das Thema auf die Agenda setzen. Beschäftigen sich Kommunen jedoch mit dem Thema und ergreifen Maßnahmen, kommt den Pflegekonferenzen eine zentrale Funktion als Ausgangspunkt solcher Initiativen und als Vernetzungsinstrument zu. In diesem Zusammenhang muss jedoch auch auf die Rolle der regionalen Gesundheitskonferenzen verwiesen werden, die eine ähnliche Rolle übernehmen, wenn die Initiative aus dem Gesundheitsbereich hervorgegangen ist, wobei insbesondere das Modell einer engeren Kooperation zwischen beiden Gremien erfolgsversprechend zu sein scheint (LIGA 2008: 4).

Neben der Relativierung der Aussagen bezüglich des fehlenden Problemdrucks, bestätigen Pieper et al. (2008: 15f) in ihrer Evaluierung des Essener Best-Practice-Modells durchaus die Problematik der einrichtungsindividuellen Überleitungssysteme im Bereich der Pflegeheime und -dienste. Vor dem Hintergrund der Beteiligung der dortigen Pflegekonferenz an der entsprechenden Steuerungsimpulse sowie der weitreichenden Etablierung des Instru-

⁷⁹ Zudem wird selbst in Herne, in den Beratungen über die „Perspektiven der Krankenhausversorgung in Herne“ im Rahmen des „Runden Tisch Gesundheitswesen“, darauf hingewiesen, dass an dieser Schnittstelle durchaus Verbesserungsbedarf besteht (Fachbereich Gesundheit 2002: 14).

ments im Alltag der Pflegeeinrichtungen, kann diesen allerdings keine prinzipiell verhin-
dernde Qualität zugeschrieben werden (ebd. 27).

Die Gründe für die Inaktivität der KPS sind daher vorrangig in den lokalspezifischen Be-
gebenheiten zu suchen. Neben den bereits oben beschriebenen Gründen für die generelle
Randständigkeit des Themas integrierte Versorgung innerhalb der KPS (fehlende organisa-
torische Verankerung sowie geringer direkter Handlungsdruck für die Akteure), trägt ver-
mutlich insbesondere die fehlende Integration des zentralen Akteurs Krankenhaus dazu bei,
dass diese Schnittstelle vernachlässigt wird und die Probleme auf Seiten des Gesundheits-
sektors nicht in die KPS-internen Abwägungen des Problemdrucks einfließen.

In diesem Zusammenhang ist auch die schwache Verzahnung mit der lokalen Gesundheits-
konferenz in Herne als mögliche Schwachstelle der KPS zu benennen. Zwar ist diese prin-
zipiell durch die Beteiligung der Gesundheitsverwaltung an den Sitzungen des Plenums
gegeben, allerdings könnte man die bereits angemahnte organisatorische Verankerung des
Themas durch eine gremienübergreifende Arbeitsgruppe stärken⁸⁰.

6.2.3 Ambulanter Sektor

Neben den bereits beschriebenen Hindernissen für die KPS in den Bereichen Angebotsdif-
ferenzierung und integrierte Versorgung, stellt sich die Frage, weshalb für den gesamten
ambulanten Bereich kaum Steuerungsleistungen verzeichnet werden können. Zunächst
einmal spielen weder der ambulante Bereich als generelles Thema bzw. potentieller Steue-
rungsbereich, noch dessen Akteure eine signifikante Rolle in den Interaktionen innerhalb
der KPS. Eine Ausnahme bildet das Thema „Betreutes Wohnen“, welches „ständig in der
KPS diskutiert wird“ (Interview 9). Abgesehen von der Vernetzung von Akteuren (Koope-
ration von Wohnungsbauunternehmen mit Pflegediensten) und dem Informationsaustausch
zu Finanzierungsmöglichkeiten, entfaltet jedoch auch dieses Thema, aus den bereits im
Zusammenhang mit der Angebotsdifferenzierung beschriebenen Gründen, keinerlei Wir-
kung.

Offensichtlich können oder wollen die Akteure, insbesondere die Anbietervertreter des
ambulanten Bereichs, die Steuerung des ambulanten Sektors nicht auf die Agenda setzen.
Verantwortlich hierfür ist zum einen die Problematik, dass die privaten Anbieter als oft-
mals solitäre Einrichtungen kaum eine Rolle innerhalb der KPS spielen, sodass deren Ein-
fluss auf die Agendasetzung von den Interviewpartnern als minimal beschrieben wird. Da-

⁸⁰ Allerdings ergibt sich hierbei die Herne-spezifische Problematik, dass die Gesundheitskonferenz nicht als
regelmäßig tagendes Gremium verankert ist, sondern in Konferenzform zu wechselnden Themen organisiert
wird. Dies könnte jedoch auch einen Ansatzpunkt darstellen, einmal alle relevanten Akteure der integrierten
Versorgung an einen Tisch zu vereinigen, um die nötige kritische Masse an Promotoren zu generieren und
darauf aufbauend weitergehende Steuerungsinitiativen zu entwickeln.

rüber hinaus nutzen auch die Wohlfahrtsverbände, als Träger der größten ambulanten Einrichtungen und zentrale Akteure der KPS, ihre Agendasetzungsmacht nicht, um Fragen der Steuerung des ambulanten Sektors stärker in den Mittelpunkt des Geschehens zu rücken. Doch woran liegt dies?

Als Haupterklärungsfaktor wird in den Interviews der im Vergleich zum stationären Sektor sehr viel stärkere Wettbewerb zwischen den Akteuren angeführt. Dieser wird als Verdrängungswettbewerb charakterisiert und dementsprechend, unter anderem, als „Haifischbecken“ (Interview 5) beschrieben. Als Konsequenz ergibt sich eine gering ausgeprägte kooperative Handlungsorientierung der Anbieter, welche das Steuerungspotential erheblich einschränkt. Zwar kann die Handlungsorientierung zwischen den wohlfahrtsverbandlichen Einrichtungen, aufgrund der Nachwirkungen des Korporatismus bzw. der grundsätzlichen Vernetzung auch in anderen kommunalen Politikfeldern, durchaus als kooperativ bezeichnet werden. So gibt es sowohl eine intensive Kooperation beim gemeinsamen Betrieb eines Hausnotrufs als auch einen normativen Konsens darüber, sich nicht gegenseitig Klienten abzuwerben („In der Wohlfahrt gab und gibt es ein ungeschriebenes Gesetz, dass man dem anderen keine Patienten abwirbt“ (Interview 8). Allerdings werden sowohl die Beziehungen zu den privaten Trägern („Vor der Einführung der Pflegeversicherung waren wir die einzigen am Markt, und plötzlich schossen überall wildfremde Leute aus dem Boden, die wir nicht kannten und die natürlich auch nicht auf uns zukamen und gefragt haben „Holla, wie können wir denn zusammenarbeiten“, sondern die wollten den Markt erobern!“ (Interview 8)), als auch die zwischen den Privaten selbst als wenig kooperativ beschrieben („Das ist eine ganz extreme Situation. Habe schon mal vor Jahren mit Privaten gesprochen, dass sie sich zusammenschließen sollen, damit sie eine bessere Position gegenüber den Wohlfahrtsverbänden haben. Das wird aber nicht zustande kommen, weil der Wettbewerb viel stärker ist und es sehr einfach ist, neu in den Markt einzusteigen. Und da hat dann jeder Angst um jeden zu betreuenden Pflegebedürftigen“ (Interview 7)). Selbst in der sektorübergreifenden Initiative zur Entwicklung von Überleitungsbögen, wurde die Zusammenarbeit zwischen freigemeinnützigen und privaten Anbietern als schwierig empfunden. Zudem zeugen der wohlfahrtsverbandliche „Ehrenkodex“ und der gemeinsam betriebene Hausnotruf zwar von einer prinzipiell kooperativen Handlungsorientierung zwischen den freigemeinnützigen Einrichtungen und Einrichtungsträgern. Diese Kooperationsbeispiele erzeugen jedoch keinerlei Steuerungsleistungen im Hinblick auf die sozialpolitischen Ziele der Angebotsdifferenzierung bzw. der Förderung der integrierten Versorgung, sondern sind auf die Reduzierung von Unsicherheit bzw. die Nutzung von Synergieeffekten im Rahmen des normalen Marktgeschehens ausgerichtet.

Warum aber ist der Wettbewerb im ambulanten Bereich so viel stärker als im stationären Sektor? Zunächst einmal sind die Markteintrittsbarrieren sehr viel niedriger (Strünck 2000: 184). Entgegengesetzt der bereits beschriebenen Gründe für das entspannte Marktgeschehen im stationären Sektor (vgl. Abs. 6.1.2) ist der ambulante Sektor durch vergleichsweise niedrige Investitionskosten und einen dementsprechend geringeren Planungsaufwand gekennzeichnet. Auch kann hierdurch, in Verbindung mit den grundsätzlich geringeren Fixkosten, auf Auslastungsschwankungen in ambulanten Einrichtungen vergleichsweise flexibler reagiert werden. Da eine quantitative Ausweitung des Angebots vergleichsweise einfacher zu realisieren ist, wird hierdurch letztendlich die Tendenz zum Verdrängungswettbewerb gefördert. Darüber hinaus wirkt die räumliche Enge des Ruhrgebiets verschärfend, da auch Pflegedienste aus anderen Städten ohne größeren Aufwand sich am lokalen Herner Pflegemarkt beteiligen können.

Doch auch das Konsumentenverhalten, beziehungsweise die höhere Souveränität der ambulant betreuten Pflegebedürftigen, verstärken den Wettbewerb. Im Schnitt sind ambulant betreute Pflegebedürftige weniger stark pflegebedürftig (vgl. Anhang C), sodass die Hürden für den Wechsel eines Anbieters geringer sind. Auch ist der Wechsel eines ambulanten Anbieters nicht mit vergleichbaren Konsequenzen, wie dem Wechsel des kompletten Lebensumfelds, verbunden. Wechselmöglichkeiten und -bereitschaft auf dem ambulanten Anbietermarkt sind dementsprechend wesentlich größer und verschärfen die Intensität des Wettbewerbs weiter.

Zudem wirkt sich der höhere Standardisierungsgrad der Leistungen verschärfend auf das ambulante Wettbewerbsgeschehen aus, da dieser eine Entspannung des Wettbewerbs durch die Möglichkeit der Konzentration auf Marktnischen wie im stationären Bereich verhindert. Durch die Beschränkung der Leistungen auf reine Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche Dienstleistungen unterscheidet sich das Leistungsangebot der Pflegedienste kaum untereinander (Evers / Strünck 2002: 179; BMFSFJ 2001: 111ff; Röber 2005: 36ff). Stationäre Anbieter hingegen besitzen bereits durch die Gestaltung des Wohnumfeldes größere Profilierungsmöglichkeiten, aber auch durch die Möglichkeiten, soziale Betreuungsdienstleistungen abrechnen zu können.

Neben den negativen Auswirkungen des Wettbewerbs auf die Handlungsorientierung der zentralen Steuerungsakteure, lassen sich weitere Faktoren für die Randständigkeit des Sektors innerhalb der KPS identifizieren. Zum einen spielt die organisatorische Größe der privaten Träger eine Rolle. Zwar empfinden auch Wohlfahrtsverbände einander zum Teil als erhebliche Konkurrenten. Aufgrund ihrer organisatorischen Größe und ihres dementsprechend diversifizierten Angebots an sozialen Dienstleistungen begegnen sich die Geschäfts-

führer in den verschiedensten kommunalen Steuerungsarenen im Sozialbereich, was allein durch den regelmäßigen Kontakt, aber auch wegen der wechselseitigen Abhängigkeit in anderen Politikfeldern, ein kooperatives Binnenverhältnis erzeugt („Dieses hat halt auch sehr stark mit Größe und Kleinheit von Trägern zu tun. Zum Beispiel besteht eine gute Kooperation mit dem Geschäftsführer des ASB, weil ich ihn den in vielen Gremien treffe.“ (Interview 8)). Die zum Teil sehr geringe organisatorische Größe der privaten Anbieter hingegen kann auch deren Handlungsressourcen in Bezug auf die Beteiligung an Steuerungsinitiativen einschränken. Diesen stehen nämlich weder vergleichbare personelle noch finanzielle Ressourcen zur Verfügung, um sich entsprechend in umfangreichere Steuerungsinitiativen einzubringen. Hierdurch können sie ihre eigenen Ziele innerhalb des Steuerungsprozesses schlechter durchsetzen. Bei darauf zurückzuführender Nichtbeteiligung einer Vielzahl der privaten Anbieter sind etwaige Steuerungsinitiativen daher in ihren Steuerungsmöglichkeiten begrenzt bzw. werden von deshalb vornherein nicht auf die Agenda gesetzt. Zudem ergibt sich aufgrund der Zersplitterung der Akteurslandschaft im ambulanten Sektor das eingangs beschriebene „Problem der großen Zahl“ (vgl. Abs. 2.2.4). Ein grundsätzlich erhöhter Koordinationsaufwand wird durch ein mit der Zahl der Akteure steigendes Konfliktpotential potenziert. Nur ein Zusammenschluss der kleineren, privaten Anbieter könnte dem entgegenwirken, wird aber, wie schon beschrieben, durch die starke Konkurrenz in Herne verhindert.

Zum anderen ergibt sich beim Vergleich mit den eher indirekten Steuerungsleistungen im stationären Sektor die Problematik der fehlenden Stützung der Steuerungsfunktion durch die Unsicherheitsreduktionsfunktion. Während die qualitative Steuerung des Leistungsangebots über die Abstimmung der Spezialisierungen durch den hohen Standardisierungsgrad der Leistungskomplexe verhindert wird, ergibt sich in der quantitativen Leistungssteuerung kein Steuerungsbedarf, da die Investitionskosten gering sind und die Steuerungsfunktion des Pflegemarktes aufgrund der vergleichsweise flexiblen Reaktionsmöglichkeiten auf Nachfrageschwankungen ausreicht.

Darüber hinaus könnte weiterhin die fehlende organisatorische Verankerung des Steuerungsbereichs innerhalb der KPS angeführt werden. Allerdings ist fraglich, ob, vor dem Hintergrund der eben beschriebenen Steuerungshindernisse, eine organisatorische Verankerung realistisch ist. Auch entfallen die für die stationären Einrichtungen zentralen Motivationsfaktoren (Unsicherheitsreduktion durch die Pflegeplanung, Abstimmung der Spezialisierungen und Kommunikation der Erwartungen der Heimaufsicht) im ambulanten Bereich.

6.2.4 Zusammenfassung und Analyse der zentralen Erklärungsfaktoren

Auch hinsichtlich der zentralen Erklärungsfaktoren für die fehlenden Steuerungsleistungen, ergibt sich bei Zusammenfassung bzw. Einordnung in das Analyseraster die Problematik, dass viele der Faktoren in Wechselwirkung zueinander stehen und einzelne Faktoren wiederum durch ein Bündel anderer Faktoren erklärt werden können. Allerdings lassen sich bei Kategorisierung in die Grundproblematiken des fehlenden Steuerungsinteresses der Akteure, bzw. der fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der KPS, folgende zentrale Faktoren zusammenfassen:

Im Bereich der *Angebotsdifferenzierung* schränkt zwar zunächst einmal die Konzentration der Handlungsressourcen auf Bundes- und Landesebene die Steuerungsmöglichkeiten der KPS ein. Den wesentlicheren Erklärungsfaktor für die fehlenden Steuerungsleistungen stellt jedoch die Wettbewerbsorientierung der Anbieter dar, welche ein weitergehendes Steuerungsinteresse der Akteure grundlegend verhindert.

Abb. 11: Erklärungsfaktoren Steuerungsdefizite

Steuerungsbereiche	Erklärende Faktoren	Einordnung hinsichtlich der Wirkung		Einordnung in das Analyseraster		
		Steuerungs-interesse	Steuerungs-möglichkeiten	Steuerungs-systemisch	Koordinations-systemisch	Akteur-zentriert
Angebotsdifferenzierung	Konzentration der Handlungsressourcen auf Bundes- und Länderebene		X	X		
	Wettbewerb	X			X	
Integrierte Versorgung	Fehlende strukturelle Interdependenz zwischen medizinischen und pflegerischen Akteuren	X		X		
Ärztesschnittstelle	Fehlende institutionelle Voraussetzungen bis 2007		X	X		
	Prekärer institutioneller Rahmen seit 2007		X	X		
Krankenhausschnittstelle	Selbstreferentialität der Krankenhäuser	X		X		
	Defizitäres Netzwerk-Management	X				X
Ambulanter Sektor	Hohe Wettbewerbsintensität	X			X	

Eigene Darstellung

Bezüglich der Entwicklung einer *integrierten Versorgung* an den Schnittstellen zum Gesundheitssektor hingegen ergibt sich zunächst die Grundproblematik, dass der Großteil der lokalen Akteure nicht strukturell abhängig von der Qualität der integrierten Versorgung ist. Dies trifft insbesondere auf die lokalen Akteure des Gesundheitswesens zu, bei denen ein Großteil der relevanten Handlungsressourcen konzentriert ist. Einzig die Pflegekassen weisen eine gewisse strukturelle Abhängigkeit auf. Aufgrund der Konzentration der Handlungsressourcen auf Landesebene und im Krankenkassenzweig ihrer Organisation, werden diese jedoch in ihrer potentiellen Promotorenrolle verhindert. Die Grundbedingung der wechselseitigen Abhängigkeit ist daher nicht erfüllt, weshalb das Steuerungsinteresse der

Akteure von vornherein als eher unterentwickelt einzustufen ist. Ein entsprechendes Steuerungsinteresse könnte sich nur auf Basis eines normativen Interesses der Akteure an der Förderung der integrierten Versorgung entwickeln. In diesem Zusammenhang ist für beide Schnittstellen die Qualität des Netzwerk-Managements in Bezug auf die organisatorische Verankerung bzw. das grundsätzliche Agenda-Setting zu hinterfragen. Eben in diesen Bereichen weist das Netzwerk-Management innerhalb der KPS jedoch Defizite auf, sodass die Möglichkeiten zur Entwicklung eines normativen Steuerungsinteresses innerhalb der KPS nicht ausgeschöpft werden. Für die Krankenhausschnittstelle lässt sich dies als zentrale Erklärung anführen, da hier die notwendigen Handlungsressourcen für entsprechende Steuerungsinitiativen lokal durchaus vorhanden sind. An der Schnittstelle zur medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte hingegen bieten eher die eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten zentrale Erklärungskraft. Diese waren lange Zeit aufgrund des institutionellen Rahmens schlichtweg nicht vorhandenen, welcher, trotz positiver Veränderungen in den letzten Jahren, noch immer als prekär einzuschätzen ist. Denn die entscheidenden Handlungsressourcen sind auf Landesebene und sektorübergreifend konzentriert, mit den entsprechend hohen, wenn nicht zu hohen, Voraussetzungen an etwaige Steuerungsinitiativen kommunaler Pflegekonferenzen.

Die geringen Steuerungsleistungen im *ambulanten Sektor* lassen sich schlussendlich durch die Einschränkung von Steuerungsinteresse wie -möglichkeiten durch die Stärke des Wettbewerbs in diesem Sektor erklären. Die Stärke des Wettbewerbs wiederum basiert primär auf den grundlegenden Marktstrukturen, aber auch auf dem Einfluss des Leistungskomplexsystems.

Bei Einordnung in das Analyseraster zeigt sich wiederum, dass die Konzentration der Handlungsressourcen auf Bundes- und Landesebene sowie im Politikfeld der Gesundheitsversorgung die zentrale steuerungssystemische Problematik darstellt. Insbesondere an der Ärzte-Schnittstelle werden durch den daraus hervorgehenden institutionellen Rahmen sowie die geringen, koordinationsintensiven Möglichkeiten zu dessen Veränderung, die Steuerungsmöglichkeiten massiv eingeschränkt. Doch auch das Steuerungsinteresse der lokalen Pflegekassenvertreter als potentiell potentesten Steuerungsakteuren wird hierdurch weitestgehend verhindert. Als koordinationsystemischer Faktor hingegen hat der etablierte Wettbewerb zwischen den Anbietern in seiner generellen Ausprägung in der Angebotsdifferenzierung bzw. in der Stärke seiner Ausprägung im ambulanten Sektor zentrale Erklärungskraft für das geringe Steuerungsinteresse der Akteure. Im Bereich des ambulanten Sektors werden hierdurch zudem die generellen Steuerungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt. Zuletzt lässt sich im Steuerungsbereich integrierte Versorgung das defizitäre

Netzwerk-Management als wichtige akteurzentrierte Erklärungsvariable identifizieren. Diese hat zentrale Erklärungskraft für das fehlende Steuerungsinteresse an der Krankenhaus-Schnittstelle, trotz der grundsätzlich günstigen Steuerungsmöglichkeiten.

7 Fazit

7.1 Das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen und seine Erklärungsfaktoren

Grundsätzlich bereiten das entsprechende lokale Netzwerk-Management, die institutionelle Stützung durch das Land sowie die zentralen Funktionen des Koordinationsinstruments Pflegekonferenz die Basis für die Etablierung von Pflegekonferenzen und die Wahrnehmung der Steuerungsfunktion. Darüber hinaus kämpfen lokale Politiknetzwerke im Umfeld des Pflegemarktes jedoch mit erheblichen Herausforderungen hinsichtlich ihrer Steuerungsfunktion. Zum einen ist die Grundbedingung der Interdependenz selten gegeben und kann auch nur sehr eingeschränkt innerhalb von Pflegekonferenzen entwickelt werden, sodass ein gemeinsames Steuerungsinteresse nur in wenigen Bereichen vorhanden ist. Zum anderen sind die steuerungsrelevanten Handlungsressourcen oftmals lokal nicht verfügbar, wodurch erschwerend die Steuerungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Je nach Steuerungsbereich sind diese Faktoren jedoch unterschiedlich ausgeprägt, weshalb im Folgenden noch einmal das Steuerungspotential für die einzelnen Bereiche abschließend bewertet werden soll.

Hinsichtlich der *Differenzierung des Angebots* bieten Pflegekonferenzen, aufgrund ihrer (koordinations-)instrumentenspezifischen Eigenschaften Möglichkeiten der indirekten Steuerung. Allerdings beschränkt sich dieses Steuerungspotential auf Bereiche, in denen Pflegekonferenzen auf Basis eines geringen Wettbewerbs (Steuerungs-)Möglichkeiten zur Unsicherheitsreduktion bieten, wodurch das Steuerungsinteresse der Anbieter geweckt wird. Diese indirekten Steuerungspotentiale sind daher auf den stationären Bereich konzentriert, da hier der Wettbewerb zwischen den Anbietern weniger stark ausgeprägt ist als im ambulanten Sektor. Darüber hinausgehende Steuerungspotentiale waren weder im Rahmen der empirischen Erhebung identifizierbar, noch erscheinen sie aufgrund der vorangegangenen Analyse wahrscheinlich. Verantwortlich hierfür ist zunächst einmal die steuerungssystembedingte Konzentration der Handlungsressourcen auf Landes- und Bundesebene, wodurch die Steuerungsmöglichkeiten in hohem Maße begrenzt werden. Hierbei wird insbesondere durch den engen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Verhandlungen von Rahmenverträgen, Leistungskomplexen sowie Vergütungsvereinbarungen vorab ein wenig flexibler Leistungskatalog definiert, welcher nur ein eingeschränktes Dienstleistungsangebot zulässt und die Entwicklung neuer Angebote weitgehend begrenzt. Als wesentlicherer Erklärungsfaktor hat sich in der Analyse jedoch das Koordinationsinstrument Markt herausgestellt, welches das Steuerungsinteresse der Anbieter durch seinen zentralen Koordina-

tionsmechanismus Wettbewerb von vornherein einschränkt. Dies erklärt zum einen die Begrenzung auf Steuerungspotentiale, die mit der Reduktion von Unsicherheit verbunden sind und zum anderen die Konzentration auf den stationären Sektor. Zwischen beiden Koordinationsinstrumenten besteht somit ein „trade-off“, welcher im institutionellen Rahmen des pflegepolitischen Wohlfahrtsmarktes primär zugunsten des Marktes aufgelöst wird.

In Bezug auf den Steuerungsbereich *integrierte Versorgung* ergeben sich differierende Steuerungspotentiale entlang der beiden Schnittstellen.

An der Schnittstelle zur ambulanten ärztlichen Versorgung ist das Steuerungspotential als äußerst gering einzuschätzen. Verantwortlich hierfür ist die steuerungssystembedingte Einschränkung der Steuerungsmöglichkeiten durch die Regelungen des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) sowie die system- wie ebenenübergreifende Konzentration der Handlungsressourcen bei den Pflege- und Krankenkassen auf Landesebene. Die Regelungen in Bezug auf Verträge zur integrierten Versorgung haben lange Zeit keinerlei Steuerungsinitiativen erlaubt und ab 2007 auch nur für einen sehr kurzen Zeitraum. Innerhalb dieses ohnehin prekären institutionellen Rahmens waren zudem die Herausforderungen an eine bottom-up Koordination mit der Landesebene der Pflege- und Krankenkassen derart hoch, dass die geringen Steuerungsmöglichkeiten als zentraler Erklärungsfaktor identifiziert werden konnten, selbst vor dem Hintergrund eines durchaus vorhandenen Steuerungsinteresses auf Anbieterseite.

An der Schnittstelle zur medizinischen Versorgung durch Akutkrankenhäuser hingegen eröffnen Pflegekonferenzen ein erhebliches Steuerungspotential, da die entsprechenden Handlungsressourcen lokal verfügbar sind und auch der Wettbewerb keinen negativen Einfluss auf die Handlungsorientierungen der Akteure ausübt. Allerdings stehen diesen grundsätzlichen Steuerungsmöglichkeiten erhebliche Herausforderungen in Bezug auf das Steuerungsinteresse der lokalen Akteure gegenüber. Steuerungssystembedingt ergibt sich die klassische Schnittstellenproblematik der fehlenden strukturellen Interdependenz zwischen den (lokalen) Akteuren, da sowohl negative als auch positive Effekte primär auf Landesebene bei den Krankenkassen konzentriert sind. Allerdings bieten Pflegekonferenzen bzw. ein entsprechendes Netzwerk-Management durchaus die Möglichkeit ein solches Steuerungsinteresse normativ zu entwickeln, wie die Erarbeitung von Überleitungsbögen als einzige idealtypische Steuerungsleistung der KPS gezeigt hat.

Über die beiden für diese Arbeit zentralen Steuerungsbereiche hinaus hat sich innerhalb der empirischen Erhebung zudem noch die *quantitative Angebotssteuerung* als potentieller Steuerungsbereich herauskristallisiert. Analog zum Steuerungsbereich Angebotsdifferen-

zierung ergibt sich hier jedoch Problematik, dass sich Steuerungspotentiale nur unter der Bedingung des entspannten Marktgeschehens und in Kombination mit der Reduzierung von Unsicherheit auf tun.

In Bezug auf die *individuellen Möglichkeiten von Ländern und Kommunen die Ausschöpfung des beschriebenen Steuerungspotentials zu fördern*, hat das Fallbeispiel einer nordrhein-westfälischen Kommune gezeigt, dass der Einfluss von Kommunen und Ländern sich größtenteils auf die Etablierung von Pflegekonferenzen sowie deren generelle Funktionsfähigkeit beschränkt. Hierbei spielen insbesondere die Länder eine zentrale Rolle, da sie durch eine entsprechende Ausgestaltung des Steuerungssystems die Motivation zur Einrichtung, die Beteiligung der Akteure, sowie die grundsätzliche Stützung von Pflegekonferenzen in ihren fünf Grundfunktionen positiv beeinflussen können. Aber auch den Kommunen kommt eine zentrale Rolle im Rahmen des lokalen Netzwerk-Managements zu, wobei insbesondere die organisatorische Ausgestaltung und der Einfluss auf das Agenda-Setting Steuerungsmöglichkeiten bieten. Hinsichtlich der Steuerungsfunktion bleiben die Möglichkeiten jedoch limitiert. Weder können Länder und Kommunen auf die Steuerungssystembedingte Konzentration der Handlungsressourcen auf Länderebene signifikant Einfluss nehmen, noch bieten sich ihnen grundlegende Möglichkeiten das koordinationsystembedingt niedrige Steuerungsinteresse der Akteure zu erhöhen.

7.2 Offene Fragen

Betrachtet man die ermittelten Steuerungspotentiale in den Steuerungsbereichen Angebotsdifferenzierung und quantitative Angebotssteuerung, so stellt sich zunächst die Frage nach dem bereits angesprochenen „Trade-Off“, da sich die identifizierten Steuerungspotentiale nur unter der Bedingung eines eingeschränkten Wettbewerbs auf tun. Hierzu müssten insbesondere die mit beiden Koordinationsinstrumenten verbundenen Steuerungsleistungen abgewogen werden. Inwiefern fördert ein starker Wettbewerb die Bedarfsorientierung der Produktions- und Allokationsprozesse bzw. inwiefern wird diese durch ein entspanntes Marktgeschehen vermindert? Würden die mit Pflegekonferenzen verbundenen Steuerungspotentiale einen Verlust an marktbedingter Bedarfsorientierung aufwiegen?

Des Weiteren bleibt zu untersuchen, welche Steuerungspotentiale im Bereich der Offenen Altenhilfe mit Pflegekonferenzen verbunden sind. Och und Pfau-Effinger (2008) sehen hier, wie beschrieben (vgl. Abs. 1.2), erhebliche Steuerungspotentiale, insbesondere auch auf Basis idealtypischer Netzwerksteuerung. Im Rahmen der Einzelfallstudie wurde diesem Steuerungsbereich allerdings nur wenig Relevanz von den Interviewpartnern zugesprochen, obgleich die zentrale organisatorische Verankerung durch die AG2 durchaus Ge-

genteiliges vermuten lässt. Grundsätzlich ist zu vermuten, dass das Steuerungspotential in diesem Bereich insbesondere auch vom Engagement der Stadtverwaltung in Form von finanziellen Ressourcen abhängt. Ebenso bleibt in diesem Zusammenhang offen, inwieweit Pflegekonferenzen auch Steuerungspotentiale im Bereich der Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements bieten, welches in der einschlägigen Literatur als zentrales Element einer zukunftsfähigen Pflegeversicherung benannt wird.

Zuletzt ist aufgrund des gewählten Forschungsdesigns der genaue Einfluss der Pflegekonferenz auf die Handlungsorientierungen der Akteure im Bereich der Angebotsdifferenzierung im Unklaren geblieben. Zwar wurde der Einfluss der Pflegekonferenz auf die Handlungsorientierung der Anbieter durch selbige in den Interviews als gering eingeschätzt. Es bleibt jedoch zu fragen, ob nicht ein andersgeartetes Forschungsdesign hier weitergehenden Aufschluss über den Einfluss von im Rahmen der KPS herausgebildeten normativen Institutionen auf Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Angebots geben kann.

7.3 Ausblick auf zukünftige Entwicklungen

Wie eingangs der Arbeit beschrieben, sind verschiedene gesetzliche Veränderungen im weiteren Verlauf vernachlässigt worden, da sich deren Auswirkungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht eingestellt hatten bzw. abschätzen ließen. Für die Zukunft ist jedoch zu erwarten, dass diese das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen verändern werden, weshalb sie im Folgenden knapp skizziert werden sollen.

Zunächst einmal haben sich durch das PWG verschiedene Veränderungen des institutionellen Rahmens ergeben. Im Steuerungsbereich Angebotsdifferenzierung sind hierbei die generelle Dynamisierung der Leistungen, die Erhöhung der Leistungen im Fall von erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarfs (§45a SGB XI), die Möglichkeit zum Poolen von Leistungen (§89 SGB XI) und die zukünftige Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. Wingenfeld et al. 2008) zu nennen. Insgesamt setzt das PWG im Bereich der Angebotsdifferenzierung auf eine Flexibilisierung des Leistungskatalogs bzw. eine verbesserte Finanzierung, insbesondere im Bereich der Dementenversorgung (Schmidt 2008). Hierdurch werden grundsätzlich die Möglichkeiten zur Differenzierung des Angebots erhöht, da hiermit eine Ausweitung der institutionellen Möglichkeiten wie finanziellen Handlungsressourcen verbunden ist. Abzuwarten bleibt zunächst, inwieweit die marktbasiertere Koordination hier bereits eine bedarfsgerechte Differenzierung des Angebots ermöglichen wird, sodass eine „Nachsteuerung“ über Pflegekonferenzen, unter grundsätzlich verbesserten Steuerungsmöglichkeiten, überflüssig wird. Ohnehin bleiben die aufgezeigten, grund-

legenden koordinationsystemischen Problematiken in Bezug auf das marktbedingt niedrige Steuerungsinteresse der Akteure bestehen.

Insgesamt wird daher zwar nicht das herausgearbeitete Steuerungspotential der Pflegekonferenzen grundlegend verändert. Allerdings erhöhen sich bei vorhandenem Steuerungsinteresse die Möglichkeiten zur Differenzierung des Angebots. Sollte jedoch die vielfach prophezeite Verstärkung des Wettbewerbs im stationären Sektor eintreten (vgl. z.B. Augurzky 2007: 56, 63), wird sich das Steuerungspotential durch Pflegekonferenzen eher weiter verringern.

Im Bereich der Integrierten Versorgung sieht das PWG die Einrichtung von sogenannten „Pflegestützpunkten“ mit entsprechenden Case-Management-Strukturen (§92c SGB XI) und die Erleichterung der Etablierung von Heimärzten (§119 SGB V) vor. Hierbei bleibt ebenfalls zunächst abzuwarten, inwiefern sich durch diese einzelfall- bzw. einrichtungsbezogenen Maßnahmen eine stärker integrierte Versorgung einstellen wird und sich dadurch die Steuerungsnotwendigkeit für Pflegekonferenzen verringern. In jedem Fall verbleibt für Pflegekonferenzen weiterhin die Aufgabe des lokalen Schnittstellen-Management hinsichtlich der strukturellen Hindernisse für die interorganisatorische Koordination. Das Case-Management der Pflegestützpunkte kann hierbei zur Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der zentralen lokalen Schnittstellen-Problematiken beitragen. Grundsätzlich dürfte eine Verbindung von Pflegekonferenzen und Pflegestützpunkten das Steuerungspotential von Pflegekonferenzen in diesem Steuerungsbereich erhöhen. Insbesondere die Beteiligung der Krankenkassen als Träger der Pflegestützpunkte lässt hoffen, dass hierdurch die Steuerungsherausforderungen in Bezug auf eine ebenen- und systemübergreifende Koordination reduziert werden.

Allerdings reduziert das Auslaufen der Anschubfinanzierung für IV-Verträge im Jahre 2008 die ohnehin geringen Steuerungsmöglichkeiten an der Ärzte-Schnittstelle. Inwieweit dies durch den Ausbau von Heimarzt-Strukturen ausgeglichen werden kann, bleibt abzuwarten. Zuletzt verändert auch die im Zuge der Föderalismusreform beschlossene Abschtichtung der Zuständigkeiten für das Heimgesetz auf die Landesebene die institutionellen Grundlagen von Pflegekonferenzen. Hierdurch können sich weitere Möglichkeiten zur landesindividuellen institutionellen Stützung von Pflegekonferenzen ergeben, indem beispielsweise kommunale Freiräume in der Ausgestaltung der Anforderungen an den Heimbetrieb eingeräumt werden. Allerdings lässt die bereits starke Kritik an landesindividuellen Heimgesetzen vermuten, dass mit den zukünftigen Heimgesetzen keine erweiterten kommunalen Entscheidungskompetenzen verbunden sein werden. Zumindest die grundsätzlichen Steue-

rungsmöglichkeiten im Bereich der Angebotsdifferenzierung können aber bei entsprechender Ausgestaltung erweitert werden.

Insgesamt scheinen mit den skizzierten Veränderungen keine fundamentalen Verbesserungen des Steuerungspotentials von Pflegekonferenzen verbunden zu sein. Stattdessen zielen die Veränderung von Steuerungssystem und institutionellem Rahmen primär auf eine Stärkung der Wettbewerbselemente und somit des Koordinationsinstruments Markt ab, sodass die Frage auftaucht, inwieweit Pflegekonferenzen noch wichtige Steuerungsfunktionen zukommen. Wie gezeigt, besteht allerdings weiterhin lokaler Steuerungsbedarf und auch die weiteren vier Grundfunktionen von Pflegekonferenzen werden in Zukunft nicht an Relevanz verlieren.

7.4 Bewertung des Analyserasters

In Bezug auf diese Arbeit hat die Verwendung des gewählten Analyserasters die Strukturierung des Politikfelds sowie die analytische Unterscheidung der einzelnen Erklärungsfaktoren und der sich daraus ergebenden Konsequenzen erleichtert. Grundsätzlich bestand der Nutzen des ausgearbeiteten Begriffsverständnisses insbesondere in der Überwindung der Unklarheiten, die sich aus der Lektüre der einschlägigen Literatur ergeben hatten.

Die weitere Anschlussfähigkeit des Konzepts über diese Arbeit hinaus sowie die damit verbundenen methodischen Konsequenzen und theoretischen Implikationen wurde noch nicht (eingehender) geprüft. Möglicherweise bietet das gewählte Begriffsverständnis jedoch auch für vergleichbare Untersuchungen einen Ansatz, für mehr Klarheit im Hinblick auf die gegenwärtige Governance- und Steuerungstheoretische Diskussion und die praktische Nutzung von deren zentralen Erkenntnissen zu sorgen.

Im Verlauf der Arbeit haben sich allerdings auch einige Schwächen des gewählten Analyserasters gezeigt. Grundsätzlich stellt die Unterscheidung von Steuerung und Koordination eine analytische Differenzierung dar, welche schon theoretisch nicht ganz einfach ist, und bei Anwendung auf die Realität oftmals vor dem Problem steht, dass die Unterschiede nicht immer so klar zu erkennen bzw. vorhanden sind. Dies erschwert es zum einen, reale Phänomene in das Analyseraster einzuordnen. Insbesondere zeigt sich dies bei der Unterscheidung zwischen Steuerungssystem und institutionellem Rahmen, wenn der institutionelle Rahmen primär aus regulativen Elementen als Folge von Gesetzen zusammengesetzt ist. Zum anderen wird durch die analytische Unterscheidung von steuerungssystemischen und koordinationsystemischen Faktoren die Wechselwirkung dieser Faktoren vernachlässigt. Koordinationsystemische Erklärungsfaktoren für Steuerungsdefizite sind immer auch die Folge von steuerungsinstrumentellen Entscheidungen, bestimmte Koordinationsinstru-

mente einzusetzen, genauso wie beispielsweise die steuerungssystembedingte Konzentration von Handlungsressourcen auf Landes- und Bundesebene im Politikfeld Altenpflege eng mit dem gewählten Koordinationsinstrument Markt zusammenhängt. Teilweise besteht auch die Gefahr, koordinationsystemische Erklärungsfaktoren stärker zu gewichten und ihnen einen fundamentaleren Charakter zuzuschreiben.

Insgesamt hat sich im Verlauf dieser Arbeit jedoch gezeigt, dass die Unterscheidung von Steuerung und Koordination, deren spezifische Verbindung mit dem Institutionenbegriff sowie die analytische Unterscheidung von Steuerungs- Allokations- und Produktionsprozessen einen Nutzensgewinn für eine differenzierte und nachvollziehbare Politikfeldanalyse darstellen kann.

Literaturverzeichnis

- Abrahamson, Peter (1999) The Welfare Modelling Business, in: *Social Policy & Administration*, 33 (4), 394 - 415.
- Alber, Jens (1995) A Framework for the Comparative Study of Social Services, in: *Journal of European Social Policy*, 5 (2), 131 – 149.
- Anttonen, Anneli / Jorma Sipilä (1996) European social care services: is it possible to identify models?, in: *Journal of European Social Policy*, 6(2), 87 - 100.
- Arnold, Ulli (2003) Besonderheiten der Dienstleistungsproduktion, in: Arnold, Ulli / Bernd Maelicke (Hrsg.) *Lehrbuch der Sozialwirtschaft*, Nomos: Baden-Baden, 215-235.
- Arntz, Melanie / Sacchetto, Ralf / Spermann, Alexander / Steffes, Susanne / Widmaier, Sarah (2006a) The German Social Long-Term Care Insurance - Structure and Reform Options, ZEW Discussion Paper No. 06-074, <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp06074.pdf>, Zugriff am 12.05.2008.
- Arntz, Melanie / Michaelis, Jochen / Spermann, Alexander (2006b) Reforming Long-term care in Germany. Preliminary Findings from a Social Experiment with Matching Transfers, in: *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, Special Issue 2006 – First European Conference on Long-term Care, 37 - 42.
- Ascoli, Ugo / Ranci, Constanzo (2002a) The Context of New Social Policies in Europe, in: Ascoli, Udo / Ranci, R. (Hrsg.) *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 225 - 243.
- Ascoli, Ugo / Ranci, Constanzo (2002b) Changes in the Welfare Mix: The European Path, in: Ascoli, Udo / Ranci, R. (Hrsg.) *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 225 - 243.
- Augurzky, Boris / Krolop, Sebastian / Mennicken, Roman / Schmidt, Hartmut / Schmitz, Hendrik / Terkatz, Stefan (2007) *Pflegeheim Rating Report 2007. Wachstum und Restrukturierung*, Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, Boris / Borchert, Lars / Deppisch, Rebecca / Krolop, Sebastian / Mennicken, Roman / Preuss, Maike / Rothgang, Heinz / Stocker-Müller, Melanie / Wasem, Jürgen (2008) *Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen – Ein Bundesländervergleich*, Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.

- Backhaus-Maul, Holger / Olk, Thomas (1994) Von Subsidiarität zu "outcontracting". Zum Wandel der Beziehungen von Staat und Wohlfahrtsverbänden in der Sozialpolitik, in: Streeck, Wolfgang (Hrsg.) Staat und Verbände, in: Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 25, 100 - 135.
- Badelt, Christoph (1997) Soziale Dienstleistungen und der Umbau des Sozialstaates. In: Hauser, Richard (Hrsg.). Reform des Sozialstaats I: Arbeitsmarkt, soziale Sicherung und soziale Dienstleistungen, in: Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Neue Folge 251 (1), 181 - 220.
- Badura, Bernhard / Gross, Peter (1976) Sozialpolitische Perspektiven: Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München: Piper.
- Bahle, Thomas (2007) Wege zum Dienstleistungsstaat. Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bahle, Thomas (2008) The state and social services in Britain, France and Germany since the 1980s. Reform and growth in a period of welfare state crisis, in: European Societies 10(1), 25 - 47.
- Bahle, Thomas / Pfenning, Astrid (2001) Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste im europäischen Vergleich, Working Paper No. 34, Mannheim: Mannheim Centre for European Social Research.
- Barlett, Will / Roberts, Jennifer / Le Grand, Julian (1998) Introduction: The development of quasi-markets in the 1990's, in: Barlett, Will / Roberts, Jennifer / Le Grand, Julian (Hrsg.) *A Revolution in Social Policy: Quasi-Market Reforms in the 1990s*, Bristol : The Policy Press, 1 - 16.
- Bauer, Rudolph (2001) Gegenstandsdefinition, Arbeitspapier Nr. 1, Observatorium für die Entwicklung sozialer Dienste in Europa, http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage16855/Arbeitspapier_Nr._1.pdf, Zugriff am 24.01.2009 .
- Becker, C. / Walter-Jung, B. / Kapfer, E. / Scheppach, B. / Nikolaus, T. (1999) Medizin im Pflegeheim - Problemanalyse und Zielsetzung: Was bei der hausärztlichen Betreuung unabdingbar ist, in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 141 (26), 36 - 40.
- Beckmann, Renate (1992) Untersuchungen zur ärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger: Modellpraxis in einem Alten- und Pflegeheim, Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Behnke, Joachim / Baur, Nina / Behnke, Nathalie (2006) Empirische Methoden der Politikwissenschaft, Paderborn: Schöningh.

- Behrens, Johann / Olk, Thomas (2000) Einleitung, in: Behrens, J. / Olk, Thomas (Hrsg.) Die Gesetzliche Pflegeversicherung und der Sozialstaat (Zeitschrift für Sozialreform, Reihe Sozialpolitik in Europa, Band 6), Wiesbaden: Chmielorz, 6-29.
- Benz, Arthur (2004) Einleitung. Governance. Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept?, in: Benz, Arthur (Hrsg.) Governance. Regieren in komplexen Regelsystemen, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 11-28.
- Bertelsmann Stiftung (2007) Kommunalen Schuldenreport Nordrhein-Westfalen, Gütersloh.
- Blatter, Joachim / Janning, Frank / Wagemann, Claudius (2007) Qualitative Politikanalyse. Eine Einführung in Forschungsansätze und Methoden, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Blaumeister, Heinz / Klie, Thomas (2002) Handbuch kommunale Altenplanung: Grundlagen - Prinzipien – Methoden, Frankfurt a. M.: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.
- Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (2004) Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, in: Sozialer Fortschritt, 53 (11-12), 319 - 325.
- BMFSFJ Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission und Stellungnahme der Bundesregierung,
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=3174.html>, Zugriff am 16.05.2008.
- BMFSFJ - Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Altenhilfestrukturen der Zukunft - Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm, Verlag Hans Jacobs: Lage.
- BMFSFJ - Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner,
<http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de ,rwb=true.pdf>, Zugriff am 16.05.2008.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2007) Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, <http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegeversicherung/Berichte-Zur-Entwicklung-der->

- Pflegeversicherung__4._20Bericht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf /Berichte-Zur-Entwicklung-der-Pflegeversicherung_4.pdf, Zugriff am 16.05.2008.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010) Aufbau einer modernen Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern – Investitionsprogramm nach Art. 52 Pflegeversicherungsgesetz, http://www.bmg.bund.de/nn_1168300/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/BMG-P-07057-Pflegeinfrastruktur-neue-Bundeslaender,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/BMG-P-07057-Pflegeinfrastruktur-neue-Bundeslaender.pdf, Zugriff am 25.09.2010.
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, http://www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/3-bericht-entwicklung-pflegeversicherung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/3-bericht-entwicklung-pflegeversicherung.pdf, Zugriff am 16.05.2008.
- Bode, Ingo (2004) Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bode, Ingo (2005) Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten - Die Disorganisation der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheit, DZA Diskussionspapier Nr. 44, http://www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/Diskussionspapiere/Diskussionspapier__Nr__44,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Diskussionspapier_Nr_44.pdf, Zugriff am 02.09.2008.
- Bode, Ingo (2006) Co-Governance Within Networks and the Non-Profit – For-Profit Divide. A cross-cultural perspective on the evolution of domiciliary elderly care, in: Public Management Review, 8 (4), 551 - 566.
- Bode, Ingo (2009) On the Road to Welfare Markets: Institutional, Organizational, and Cultural Dynamics of a New European Welfare State Settlement, in: Powell, Jason / Hendricks, Jon (Hrsg.) The Welfare State in Post-Industrial Society. A Global Perspective, Heidelberg: Springer, 161 - 177.
- Bogumil, Jörg / Holtkamp, Lars (2007) Verbände auf kommunaler Ebene, in: von Winter, Thomas / Willems, Ulrich (Hrsg.) Interessenverbände in Deutschland, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 539 - 561.
- Branden, Taco (2004) Quasi-market Governance. An Anatomy of Innovation. Utrecht: Lemma Publishers.

- Braun, Dietmar / Giraud, Olivier (2003) Steuerungsinstrumente, in: Schubert, Klaus / Bandelow, Nils (Hrsg.) Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München: Oldenbourg, 147 - 173.
- Brülle, H. / Reis, C. / Reiss, H.-C. et al. (1998) Neue Steuerungsmodelle in der sozialen Arbeit. Ansätze einer adressaten- und mitarbeiterorientierten Reform der öffentlichen Sozialverwaltung? In: Reis, C. / Schulze-Böing, M. (Hrsg.) Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderungen „neuer Steuerungsmodelle“, Berlin, 55 - 79.
- Bäcker, Gerhard / Naegele, Gerhard / Bispinck, Reinhard / Hofemann, Klaus / Neubauer, Jennifer (2008) Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bönker, Frank / Wollmann, Helmut (2000) The Rise and Fall of a Social Service Regime: Marketisation of German Social Services in Historical Perspective, in: Wollmann, Helmut / Schroeter, Eckhardt (Hrsg.) Comparing Public Sector Reform in Britain and Germany, Aldershot: Ashgate, 327 - 350.
- Büscher, Andreas / Wingenfeld, Klaus (2009) Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hrsg.) Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 257 - 300.
- Cassel, Dieter / Ebsen, Ingwer / Greß, Stefan / Jacobs, Klaus / Schulze, Sabine / Wasem, Jürgen (2006) Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_2_1006.pdf, Zugriff am 12.04.2009.
- Coxon, Kristie / Clausen, Thomas / Argoud, Dominique (2005) Inter-professional OWrking and Integrated Care Organisations, in: Billings, Jenny / Leichsenring, Kai (Hrsg.) Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Aldershot: Ashgate, 109 - 142.
- Dettbarn-Reggentin (2005) Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen; in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (2), 95 – 100.
- Dietz, Bernd (2002) Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeit und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- DNEbM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2006) Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege: Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen, in: *Pflegezeitschrift* 59 (1), 34 - 38.
- Domscheidt, Stefan / Wingenfeld, Klaus (1996) *Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen*, Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P96-100.
- Döhler, Marian (2007) Hierarchie, in: Benz, Arthur (Hrsg.) *Handbuch Governance*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 46 - 53.
- Enders, Antje / Schmidt, Roland (2008) Ärztliche Versorgung in der stationären Pflege: Defizite und Impulse zur Problemlösung, in: Dieffenbach, Susanne / Harms, Käte / Heßling-Hohl, Monika (Hrsg.): *Management Handbuch Pflege*, Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm.
- Evers, Adalbert (1995) Part of the Welfare Mix: The Third Sector as an Intermediate Area, in: *Voluntas*, 6 (2), 159 -182.
- Evers, Adalbert / Klie, Thomas (1999) Zur Neuausrichtung kommunaler Alterssozialpolitik oder: Nach dem Pflegeversicherungsgesetz – freiwilliges kommunales Engagement? in: Schmidt, Roland / Entzian, Hildegard / Giercke, Klaus-Ingo / Klie, Thomas (Hrsg.) *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune*, Frankfurt/M.: Mabuse, 39 - 48.
- Evers, Adalbert / Laville, Jean-Louis (2004) Defining the third sector in Europe, in: Evers, Adalbert / Laville, Jean-Louis (Hrsg.) *The Third Sector in Europe*, Cheltenham: Elgar, 11 - 44.
- Evers, Adalbert / Olk, Thomas (1996) Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffes, in: Evers, Adalbert / Olk, Thomas (Hrsg.) *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 9 - 62.
- Evers, Adalbert / Rauch, Ulrich (2000) Private Pflegearrangements und die Rolle der Kommunen - Erfahrungen aus dem Vogelsbergkreis, in: Entzian, H./ Giercke, K. I./ Klie, Th./ Schmidt, R. (Hrsg.) *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit*. Mabuse-Verlag: Frankfurt/M., 126 - 137.
- Evers, Adalbert / Sachße, Christoph (2003) Social care services for children and older people in Germany: distinct and separate histories, in: Anttonen, Anneli / Baldock, John /

- Jorma Sipilä (Hrsg.) *The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations*, Cheltenham: Edward Elgar, 55 - 81.
- Evers, Adalbert / Strünck, Christoph (2002) *Answers without questions? The changing contract culture in Germany and the future of a mixed welfare system*, in: Ascoli, Ugo / Ranci, Costanzo (Hrsg.) *Dilemmas of the welfare mix. The new structure of welfare in an era of privatization*, New York: Kluwer Academic, 165 - 195.
- Fachbereich Gesundheit (2002) *Perspektiven der Krankenhausversorgung in Herne*, http://www.gesundheit-in-herne.de/pdf/43-5_perspektiven_der_krankenhausversorgung_in_herne.pdf, Zugriff am 17.12.2009.
- Fotaki, Marianna / Boyd, Alan (2005) *From Plan to Market: A Comparison of Health and Old Age Care Policies in the UK and Sweden*, in: *Public Money & Management*, 25 (4), 237 - 243.
- Garms-Homolová, Vjenka (1996) *Kooperation zwischen Ärztinnen / Ärzten und Pflege in der ambulanten Versorgung - Erfahrungen und Probleme*, in: Döhner, Hanneli / Schick, Birgit (Hrsg.) *Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung*, Hamburg: Lit, 39 - 48.
- Gabriel, Karl (2007) *Ambulante Pflege zwischen Staat, Markt und Familie*, in: Aufderheide, Detlef / Dabrowski, Martin (Hrsg.) *Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft – Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegektor*, Berlin: Duncker & Humblot, 215 - 232.
- Gerlinger, Thomas (2002) *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P02-204, Berlin: WZB.
- Götting, Ulrike / Haug, Karin / Hinrichs, Karl (1994) *The Long Road to Long-Term Care Insurance in Germany*, in: *Journal of Public Policy* 14(3), 285 - 309.
- Greß, Stefan / Stegmüller, Klaus (2009) *Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte - Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung*, in: Amelung, Volker / Sydow, Jörg / Windeler, Arnold (Hrsg.) *Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation*, Kohlhammer: Stuttgart, 91 - 102.
- GRS - Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V (2009) *Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008 – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung*, <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf>, Zugriff am 21.11.2009.

- Hallauer, Johannes / Bienstein, Christel / Lehr, Ursula / Rönsch, Hannelore (2005) SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hannover: Vincentz Network Marketing Service.
- Hartwig, Jörg / Heese, K. / Waller, H. / Machleidt, W. (2005) Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen, in: *Das Gesundheitswesen*, 67, 274 - 279.
- Haug, Karin / Heinz Rothgang (1994) Das Ringen um die Pflegeversicherung – Ein vorläufiger sozialpolitischer Rückblick, in: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen*, 24, 1 – 31.
- Henderson, Virginia (1960) *Basic Principles of Nursing Care*, London: International Council of Nurses.
- Heinze, Rolf / Strünck, Christoph (1998) Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfe und private Anbieter - neue Rollenverteilung auf lokaler Ebene? in: Grunow, Dieter / Wollmann, Hellmut (Hrsg.) *Lokale Verwaltungsreform in Aktion: Fortschritte und Fallstricke*. Basel: Birkhäuser, 103 - 119.
- Hellmer, Fritz / Krüsemann, Markus (2005) *Kommunale Pflegelandschaft im Wandel: Akteurstrukturen zwischen Kooperation und Wettbewerb*, Göttingen: Institut für Regionalforschung.
- Holl-Manoharan, Nauka / Rehbein, Isabel (2009) Das Vergütungsgeschehen in der ambulanten Pflege nach SGB XI, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hrsg.) *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 175 - 200.
- Holst, Maike (2009) Zur Preisbildung in der stationären Pflege, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hrsg.) *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 201 - 236.
- Howlett, Michael / Ramesh, M (1995) *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*, Oxford: Oxford University Press.
- Jann, Werner (2008) Regieren als Governance Problem: Bedeutung und Möglichkeiten institutioneller Steuerung, in: Jann, Werner / König, Klaus (Hrsg.) *Regieren zu Beginn des 21. Jahrhunderts*, Tübingen: Mohr Siebeck, 1 - 28.
- Jessop, Bob (2002) *The Future of the Capitalist State*, Cambridge: Polity.
- Kastberg, Gustaf (2008) The Blind Spots of Quasi-market Regulators, in: *Public Organization Review*, 8(4), 347 - 368.
- Kenis, Patrick / Raab, Jörg (2008) Politiknetzwerke als Governanceform: Versuch einer Bestandsaufnahme und Neuausrichtung der Diskussion, in: Schuppert, Gunnar Folke

- / Zürn, Michael (Hrsg.) Governance in einer sich wandelnden Welt (PVS Sonderheft 41), 132 - 148.
- Kickert, Walter / Klijn, Erik-Hans / Koppenjan, Joop (1997) Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector, London: Sage.
- Klie, Thomas (1995) Zivilisierung des Pflegemarktes. Grundsätze und Maßstäbe zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI, in: Häusliche Pflege, 2 (4), 81 - 84.
- Klie, Thomas (2005) Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Streit, in: BAGFW (Hrsg.) Dokumentation Symposium „Passt die Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen in die wettbewerbliche Ausrichtung des SGB XI?“, 6 - 12, http://paritaet-alsopfleg.de/downloads/Pfleg/Versch/Aspekte_Wirtschaftlichkeit_in_Pflegeheimen.pdf, Zugriff am 16.09.2010.
- Klie, Thomas (2006) Wegweiser Pflegebudget. Die flächendeckende Einführung des Pflegebudgets ist so gewünscht wie gefürchtet – und sie lässt noch auf sich warten, in: Forum Sozialstationen, 143, 34 - 37.
- Klie, Thomas / Guerra, Virginia / Pfundstein, Thomas (2003) Expertise zu den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege. Im Auftrag der Enquêtekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtages NRW, http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Finanzielle_und_rechtliche_Rahmenbedingungen.pdf, Zugriff am 30.04.2009.
- Klie, Thomas / Pfundstein, Thomas / Eitenbichler, L. / Szymczak, M. / Strauch, M. (2005) Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (2), 122 - 127.
- Klijn, Erik-Hans / Edelenbos, Jurian (2007) Meta-governance as Network Management, in: in: Sørensen, Eva / Torfing, Jacob (Hrsg.) Theories of Democratic Network Governance, Basingstok: Palgrave Macmillan, 199 - 214.
- Koordinationsstelle für Altenhilfe (2003) Konzept zur Vernetzung des Arbeitskreises „Älter werden in Herne“ und der Pflegekonferenz der Stadt Herne, internes Dokument.
- Koordinationsstelle für Altenhilfe (2008) Pflegeplan 2008 / 2009. Pflegeplanung für den Prognosezeitraum 2008 – 2015, Herne, internes Dokument.
- Kotek, Henry (2005) Acht Jahre “Berliner Projekt” in der stationären Pflege. Hohe Qualität, weniger Kosten, in: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.) Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin, 51 - 57.

- Kremer-Preiß, Ursula / Narten, Renate (2004) *Betreute Wohngruppen. Struktur des Angebots und Aspekte der Leistungsqualität – Pilotstudie im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“* der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kremer-Preiß, Ursula / Stolarz, Holger (2003) *Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Zwischenbericht im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“* der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- König, Klaus / Dose, Nicolai (1992) *Klassifikationsansätze zum staatlichen Handeln*, in: König, Klaus / Dose, Nicolai (Hrsg.) *Instrumente und Formen staatlichen Handelns*, Köln: Heymanns, 3 - 150.
- Köppe, Stephan (2008) *Pioniere und Nachzügler der Sozialpolitik. Die komplementäre Entstehung von Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsmarkt*, in: *ZeS-Report* 13(1), 13 – 16.
- Kümpers, Susanne (2007) *Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz*, Berlin: WZB.
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2008) , <https://www.landesdatenbank.nrw.de/>, Zugriff am 20.10.2008.
- Landtag NRW (2005) *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen*,
- Le Grand, Julian (1991) *Quasi-Markets and Social Policy*, in: *The Economic Journal*, 101 (408), 1256 – 1267.
- Le Grand, Julian (2003) *Motivation, Agency, and Public Policy: of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford: Oxford University Press.
- LIGA - Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2008) *Patienten-Überleitungsvereinbarungen als Gegenstand kommunaler Diskussion in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen*, http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_02_pat-ueberleitung.pdf, Zugriff am 11.09.2009.
- MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2007) *Kommunale Pflegeplanung. Empfehlungen zur praktischen Umsetzung*, Düsseldorf: Eigenverlag.
- Marcussen, Martin / Olsen, Hans Peter (2007) *Transcending Analytical Cliquishness with Second-generation Governance Network Analysis*. In: Marcussen, Martin / Torfing,

- Jacob (Hrsg.): *Democratic Network Governance in Europe*. London: Palgrave Macmillan.
- Mayntz, Renate (1988) Funktionelle Teilsystem in der Theorie sozialer Differenzierung, in: Mayntz, Renate / Rosewitz, Bernd / Schimank, Uwe (Hrsg.) *Differenzierung und Verselbstständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*, Frankfurt a.M.: Campus, 11 – 44.
- Mayntz, Renate (1993) Policy-Netzwerke und die Politik von Verhandlungssystemen, in: Héritier, Adrienne (Hrsg.) *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung (PVS Sonderheft)*, 39 - 56.
- Mayntz, Renate (2004) *Governance Theory als fortentwickelte Steuerungstheorie?* MPIfG Working Paper 04/1.
- Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz (1995) Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz (Hrsg.) *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt: Campus, 139 – 167.
- Meulemann, Louis (2008) *Public Management and the Metagovernance of Hierarchies, Networks and Markets. The Feasibility of Designing and Managing Governance Style Combinations*, Heidelberg: Physica.
- Meyer, Jörg Alexander (1996) *Der Weg zur Pflegeversicherung: Positionen - Akteure – Politikprozesse*, Frankfurt am Main: Mabuse.
- Möhring-Hesse, Matthias (2008) *Verbetriebswirtschaftlichung und Verstaatlichung. Die Entwicklung der Sozialen Dienste und der Freien Wohlfahrtspflege*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 54 (2), 141 - 160.
- Munday, Brian (2007) *Report on user involvement in personal social services*, Council of Europe, <http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/source/ID4758-Userinvolvementinpersonalsocialservices.pdf>, Zugriff am 02.06.2009.
- Müller, Rolf / Richter-Reichhelm, Manfred (2004) *Berliner Modellprojekt: Der Arzt am Pflegebett*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 1482 - 1484.
- Müller, Wolfgang (2006) *Von der Studie zur Versorgungswirklichkeit – praxisrelevante Umsetzung von ergänzenden Versorgungsangeboten für Hochbetagte in der Region Herne*, <http://www.versorgungsforschung.nrw.de/versorgungsforschung/content/e67/e1191/e1242/e1243/referenzbox1247/object1250/VortragMiller-Versorgungsangebote.pdf>, Zugriff am 16.08.2009.
- Naegele, Gerhard / Frerichs, Frerichs / Reichert, Monika (2000) *Öffentliche Soziale Dienste in Deutschland – Qualität der Arbeitsbedingungen und Qualität der Dienste. Bericht für die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedin-*

- gungen, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2000/101/de/1/ef00101de.pdf>, Zugriff am 16.08.2008.
- Nesti, Giorgia / Alba, Natalia / Bengtsson, Stehen (2005) Key Innovations in Integrated Health and Social Care Models – Instruments and Methods, in: Billings, Jenny / Leichsenring, Kai (Hrsg.) Integrating Health and Social Care Services for Older Persons, Aldershot: Ashgate, 143 - 164.
- Nullmeier, Frank (2001) Sozialpolitik als marktregulative Politik, in: Olk / Evers / Heinze (Hrsg.) Baustelle Sozialstaat. Umbauten und veränderte Grundrisse, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 77 - 100.
- Nullmeier, Frank (2002a) Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten? , in: Süß, Werner (Hrsg.) Deutschland in den neunziger Jahren: Politik und Gesellschaft zwischen Wiedervereinigung und Globalisierung, Opladen: Leske + Budrich, 267 - 281.
- Nullmeier, Frank (2002b) Demokratische Wohlfahrtsstaat und das neue Marktwissen, in: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) Gut zu Wissen. Links zur Wissensgesellschaft, Münster: Westfälisches Dampfboot, 97-111.
- Nullmeier (2007) Vermarktlichung des Sozialstaats? in: Aufderheide, Detlef / Dabrowski, Martin (Hrsg.) Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft. Wirtschaftsethische und makroökonomische Perspektiven für den Pflegesektor, Berlin: Dunccker&Humblot, 97 - 108.
- Och, Ralf / Pfau-Effinger, Birgit (2008) Governance Structures in Local Social Policy. Analytical framework and comparative analysis of two German cities on the example of elderly care policy, Conference paper for ESPAnet conference “CROSS-BORDER INFLUENCES IN SOCIAL POLICY” in Helsinki, <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=61331&Item=63318>, Zugriff am 1.2.2009.
- Olk, Thomas / Otto, Hans-Uwe / Backhaus-Maul, Holger (2003) Soziale Arbeit als Dienstleistung - Zur analytischen und empirischen Leistungsfähigkeit eines theoretischen Konzepts, in: Olk, Thomas / Otto, Hans-Uwe (Hrsg.), Soziale Arbeit als Dienstleistung. Grundlegungen, Entwürfe und Modelle, München/Unterschleißheim: Luchterhand/Wolters Kluwer, IX - LXXII.
- Ollenschläger, Günter (2007) Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege, Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS), http://www.buko-qs.de/cms/upload/pdf/GAGO_BUKOQS_0704final.pdf, Zugriff am 12.11.2009.

- Ostner, Ilona (1998) The politics of care policies in Germany, in: Lewis, Janet (Hrsg.) Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe, Aldershot: Ashgate, 111 - 137.
- Pabst, Stefan (2002) Implementation sozialpolitischer Programme im Föderalismus. Pflegepolitischer Wandel in Ländern und Kommunen mit Einführung der Pflegeversicherung, Berlin: Logos.
- PAULA – BKK Pflegedatenbank (2008) <http://www.bkk-pflege.de/Paula/>, Zugriff am 15.08.2008.
- Pfau-Effinger, Birgit / Och, Ralf / Eichler, Melanie (2008) Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen, in: Evers, Adalbert / Heinze, Rolf (Hrsg.) Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 83 - 98.
- Pientka, Ludger (2009) Herausforderungen und Chancen durch den demografischen Wandel. Interdisziplinäre Perspektiven der Patientenversorgung. 14. Nationale Konferenz für Gesundheitsförderung im Krankenhaus, http://www.dngfk-konferenz.de/fileadmin/user_upload/website/dngfk/Konferenz2009/Herausforderungen_und_Chancen_durch_den_Demografischen_Wandel.pdf, Zugriff am 09.11.2009.
- Pieper, Claudia / Kolankowska, Izabela / Weiland, Dorothea / Daul, Thomas (2008) Evaluation des Modells „Patientenüberleitung in Essen“ – Abschlussbericht, http://www.essen.de/Deutsch/Rathaus/Aemter/Ordner_53/Gesundheitskonferenz/EvaluationsberichtPatienten%C3%BCberleitung.pdf, Zugriff am 11.09.2009.
- Pieper, Richard (2005) Integrated care: Concepts and theoretical approaches, in: Vaarama, Marja / Pieper, Richard (Hrsg.) Managing Integrated Care for Older Persons. European Perspectives and Good Practices, Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 26 - 53.
- Pierson, Christopher (1991) Beyond the Welfare State? The new political economy of welfare, Cambridge: Polity Press.
- Pierson, Paul (2001) Post-industrial Pressures on the Mature Welfare States, in: Pierson, Paul (Hrsg.) The New Politics of the Welfare States, Oxford: Oxford University Press, 80 - 105.
- Poniewaz, Edward (2009) Der Pflegemarkt aus der Anbieterperspektive – Die wirtschaftliche Situation stationärer Pflegeeinrichtungen, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hrsg.) Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 237 - 254.

- Powell, Walter (1990) Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization, in: *Research in Organizational Behavior*, 12, 295 - 336.
- Powell, Martin (2003) Quasi-markets in British Health Policy: A Longue Durée Perspective, in: *Social Policy & Administration*, 37 (7), 725 - 741.
- Prinz, Aloys (1993) Bereitstellung und Finanzierung sozialer Dienstleistungen, in: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen*, 21, 20 - 30.
- Putz, Friedrich (2006) Das Pflegebudget im Test. Die Bedeutung der Modellversuche als politische Entscheidungsgrundlage, in: *Pflegen Ambulant*, 17 (5), 26 – 30.
- Risse, Ludger / Beck, Magnus (2001) Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenpflegehilfe. „Serviceleistungen“ zum Null - Tarif ? http://pflegen-online.de/download/risse_beck.pdf, Zugriff am 13.02.2010.
- Rhodes, R.A.W. (1996) The New Governance: Governing without Government, in: *Political Studies*, 44, 652 - 667.
- Rhodes, R.A.W. (1997) *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Buckingham: Open University Press.
- Rhodes, R.A.W. (2006) Policy Network Analysis, in: Moran, M. / Rein, M. / Goodin R.E. (Hrsg.) *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford: Oxford University Press, 425 - 446.
- Rosendahl, Bernhard (1999) *Kommunalisierung und kooperative Vernetzung in der Implementation der Pflegeversicherung: Wirkungsanalyse regionaler Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen*, Münster: LIT.
- Roth, Günter (1999) Auflösung oder Konsolidierung korporatistischer Strukturen durch die Pflegeversicherung? in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 99 (5), 418 - 446.
- Roth, Günter / Reichert, Monika (2003) Providing integrated health and social care for older persons in Germany, PROCARE National Report Germany, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/procare-providingaustria-01.pdf>, Zugriff am 15.04.2009.
- Roth, Günter / Rothgang, Heinz (2002) Pflegeversicherung und Sozialhilfe: Eine Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Pflegeversicherung hinsichtlich des Sozialhilfebezugs, in: Klie, Thomas / Buhl, Anke / Entzian, Hildegard / Schmidt, Roland (Hrsg.) *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf*. Frankfurt: Mabuse, 45-76.
- Rothgang, Heinz (1997) *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse*, Frankfurt: Campus.

- Rothgang, Heinz (2000) Wettbewerb in der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform 5, 423 - 448.
- Rothgang, Heinz / Borchert, Lars / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2008) GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen, <http://www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200901/GEK-Pflegereport-2008.pdf>, Zugriff am 20.03.2009.
- Rothgang, Heinz / Dräther, Henrik (2009) Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierungsreform der Sozialen Pflegeversicherung; in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hrsg.) Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 41 - 70.
- Rothgang, Heinz / Igl, Gerhard (2007) Long-term Care in Germany, in: The Japanese Journal of Social Security Policy, 6 (1), 54 - 83.
- Röber, Michaela (2005) Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements - Dissertation, <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2841/pdf/RoeberMichaela-2006-05-18.pdf>, Zugriff am 31.10.2008.
- Runder Tisch Pflege (2005) Arbeitsgruppe 1: Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und der Versorgungsstrukturen in der häuslichen Betreuung und Pflege, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/ergebnisse-ag1-verbesserung-der-qualitaet-und-versorgungsstrukturen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff am 12.06.2008.
- Sauerbrey, Günther (2008) Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Herausforderungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht. Bayreuther Gesundheitswissenschaften, Vorträge, Band 9, Bayreuth: PCO-Verlag
- Schaap, Linze (2007) Closure and Governance, in: in: Sørensen, Eva / Torfing, Jacob (Hrsg.) Theories of Democratic Network Governance, Basingstok: Palgrave Macmillan, 111 - 132.
- Scharpf, Fritz (1993) Coordination in Hierarchies and Networks, in: Scharpf, Fritz (Hrsg.) Games in Hierarchies and Networks. Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions. Frankfurt/M.: Campus, 125 - 166.
- Scharpf, Fritz (1997) Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research, Boulder, CO: Westview.
- Scharpf, Fritz (2000) Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikfeldforschung, Opladen: Leske + Budrich.
- Schäufele, Martina / Köhler, Leonore / Lode, Sandra / Weyerer, Siegfried (2007) Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssi-

- tuation, in: Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht, München: Infratest, 227 - 240.
- Schmidt, Roland (2002) Die neue Pflegelandschaft: Erste Konturen und Steuerungsprobleme, in: Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.) Gerontologie und Sozialpolitik, Stuttgart: Kohlhammer, 137-162.
- Schmidt, Roland (2008) Demographischer Wandel und soziale Dienstleistungen, in: Büttow, Birgit / Chassé, Karl August / Hirt, Rainer (Hrsg.) Soziale Arbeit nach dem sozialpädagogischen Jahrhundert: Positionsbestimmungen Sozialer Arbeit im Post-Wohlfahrtsstaat, Opladen: Leske u. Budrich, 143 - 158.
- Schmidt, Roland (2009) Veränderungen von Pflegearrangements: Neue Pflege- und spezielle Wohnformen, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hrsg.) Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), 301 - 330.
- Schnabel, Eckardt / Getta, Martina / Schmitz, Klaus (2004) Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/handbuch-heimaufsicht-zusammenfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff am 13.05.2008.
- Schneekloth, Ulrich (2005) Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, in: Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht, München: Infratest, 55 - 98.
- Schneekloth, Ulrich / Leven, Ingo (2003) Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG 3), München: Infratest.
- Schneekloth, Ulrich / Müller, Udo (2000) Wirkung der Pflegeversicherung, Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, Ulrich / von Törne, Ingolf (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, in: Schneekloth, Ulrich /

- Wahl, Hans Werner (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice", München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53-168.
- Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (2005) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III, in: Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht, München: Infratest, 227 - 240.
- Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (2007a) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". Integrierter Abschlussbericht, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, Ulrich / Wahl, Hans Werner (2007b) Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen, in: Schneekloth / Wahl (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". Integrierter Abschlussbericht, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 23-52.
- Schneider, Volker / Kenis, Patrick (1996) Verteilte Kontrolle: Institutionelle Steuerung in modernen Gesellschaften, in: Schneider, Volker / Kenis, Patrick (Hrsg.) Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt a. M.: Campus Verlag, 9 - 43.
- Schulin, Bertram / Igl, Gerhard (1999) Sozialrecht. Ein Studienbuch. Düsseldorf.
- Schulz-Nieswandt, Frank (1990) Stationäre Altenpflege und 'Pflegenotstand' in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt/M: Lang.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2002) Wettbewerb in der Altenpflege? in: Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.) Gerontologie und Sozialpolitik, Stuttgart: Kohlhammer, 163-174.
- Schulz-Nieswandt, Frank / Kurscheid, Clarissa (2003) Grundzüge der Alterssozialpolitik und der integrierten Versorgung.
- Scott, Richard (1995) Institutions and Organizations. First Edition, London: Thousand Oaks.

- Scott, Richard (2007) *Institutions and Organizations*. Second Edition, London: Sage.
- Sehested, Karina (2002) How New Public Management Reforms challenge the roles of Professionals, in: *International Journal of Public Administration*, 25 (12), 1513–1537.
- Skuban, Ralph (2000) *Die Pflegeversicherung – Eine kritische Betrachtung*. Wiesbaden: DUV.
- Statistisches Bundesamt (2009a) *Pflegestatistik 2007 - Ländervergleich – Pflegebedürftige*, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateId=renderPrint.psml>, Zugriff am 12.04.2009.
- Statistisches Bundesamt (2009b) *Pflegestatistik 2007 - Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste*, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateId=renderPrint.psml>, Zugriff am 12.04.2009.
- Statistisches Bundesamt (2009c) *Pflegestatistik 2007 - Ländervergleich – Pflegeheime*, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateId=renderPrint.psml>, Zugriff am 12.04.2009.
- Statistisches Bundesamt (2009d) *Pflegestatistik 2007 - Kreisvergleich*, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateId=renderPrint.psml>, Zugriff am 12.04.2009.
- Statistisches Bundesamt (2009e) *Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2007*, <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023802>, Zugriff am 12.06.2009
- Strünck, Christoph (2000) *Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse*. Opladen: Leske + Budrich.
- Strünck, Christoph (2008) *Beyond the conservative welfare state? Emerging markets for social services in Germany and the changing role of third sector organisations*, http://cinefogo.cuni.cz/getfile.php?&id_file=601SVR, Zugriff am 27.08.2010.
- Sørensen, Eva / Torfing, Jacob (2007a) *Introduction: Governance Network Research: Towards a Second Generation*, in: Sørensen, Eva / Torfing, Jacob (Hrsg.) *Theories of Democratic Network Governance*, Basingstok: Palgrave Macmillan, 1 - 23.

- Sørensen / Torfing (2007b) Theoretical Approaches to Metagovernance, in: Sørensen, Eva / Torfing, Jacob (Hrsg.) Theories of Democratic Network Governance, Basingstok: Palgrave Macmillan, 1 - 23.
- Taylor-Gooby, Peter (1999) Markets and Motives. Trust and Egoism in Welfare Markets, in: Journal of Social Policy 28 (1), 97-114.
- Taylor-Gooby, Peter (2004) New Risks and Social Change, in: Taylor-Gooby, Peter (Hrsg.) New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State, Oxford: University Press, 1 - 28.
- Taylor-Gooby, Peter / Larsen, Trine / Kananen, Johannes (2004): Market Means and Welfare Ends: The UK Welfare State Experiment, in: Journal of Social Policy, 33 (4), 573 - 592.
- Thompson, Grahame F. (2003) Between Hierarchies and Markets: The Logic and Limits of Network Forms of Organization, Oxford: Oxford University Press.
- Torfing, Jacob (2005) Governance Network Theory: Towards a Second Generation, in: European Political Science 4, 305 - 315.
- Torfing, Jacob (2007) Introduction: Democratic Network Governance, in: Marcussen, Martin / Torfing, Jacob (Hrsg.) Theories of Democratic Network Governance, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 1 - 24.
- Van den Brink, Jasper / Brandsen, Taco / Putters, Kim (2002) The Smothering Embrace: Competition in the Implementation of Social Policy, in: Social Policy & Administration, 36 (2), 200 – 215.
- Vaarama, Marja / Pieper, Richard (2005) Introduction: Integrated care and the CARMEN Network, in: Vaarama, Marja / Pieper, Richard (Hrsg.) Managing Integrated Care for Older Persons. European Perspectives and Good Practices, Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 7 - 25.
- Weyerer, Siegfried / Schäufele, Martina / Hendlmeier, Ingrid (2005) Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38 (2), 85 - 94.
- Wiener, Joshua / Tilly, Jane / Howe, Anna / Doyle, Colleen / Cuellar, Alison / Campbell, John / Ikegami, Naoki (2007) Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan, Washington, DC: AARP.
- Wiesenthal, Helmut (2000) Markt, Organisation und Gemeinschaft als „zweitbeste“ Verfahren sozialer Koordination, in: Raymund Werle / Uwe Schimank (Hrsg.) Gesellschaftliche Komplexität und kollektive Handlungsfähigkeit, Frankfurt a.M.: Campus, 44-73.

- Widmaier, Sarah (2005) Die soziale Pflegeversicherung in der Krise – Reformvorschläge im Überblick, ZEW Dossier Nr. 9, Mannheim: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung.
- Williamson, Oliver E. (1975) Markets and Hierarchies. Analysis and Antitrust Implications. New York: The Free Press.
- Wingefeld, Klaus / Joosten, Marly / Müller, Claudia / Ollendiek, Ingrid (2007) Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07 - 137.
- Wingefeld, Klaus / Büscher, A. / Gansweid, B. (2008) Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen.
- Wollmann, Hellmut (2003) Kontrolle in Politik und Verwaltung: Evaluation, Controlling und Wissensnutzung, in: Schubert, Klaus / Bandelow, Nils (Hrsg.) Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München: Oldenbourg, 335 – 360.
- Wollmann, Hellmut (2008) Reformen in Kommunalpolitik und -verwaltung. England, Schweden, Frankreich und Deutschland im Vergleich, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zacher, Johannes (2005) Eignung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Pflege aus ökonomischer, in: BAGFW (Hrsg.) Dokumentation Symposium „Passt die Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen in die wettbewerbliche Ausrichtung des SGB XI?“, 13 – 21, http://archiv.paritaet-alsopfleg.de/modules.php?name=Downloads&d_op=getit&lid=52, Zugriff am 21.04.2010.

Anhang

A Interviewleitfaden

Akteursspezifischer Teil

Thema	Fragen
Allgemeines zum Interviewpartner	<i>Position + Aufgabenbereich</i> innerhalb der Organisation
	<i>Mitgliedschaft</i> in Gremien der KPS (KPS / Arbeitsgruppen)
Motivation des Interviewpartners	<i>Gründe / Motivation</i> für die Teilnahme am Interview
	<i>Mehrwert</i> für die eigene Organisation

Akteursunspezifischer Teil

Thema	Fragen
Wettbewerbsintensität im stationären wie ambulanten Sektor	Einschätzung der Intensität des Wettbewerbs im <i>stationären Sektor</i>
	Einschätzung der Intensität des Wettbewerbs im <i>ambulanten Sektor</i>
Grundlegende Handlungsorientierung der beteiligten Akteure in Bezug auf die gemeinsame Handlungskoordination	Ist die Handlungsorientierung der Akteure eher <i>kooperativ oder kompetitiv</i> ?
	Unterscheiden sich hierbei die einzelnen Akteursgruppen?
	Gibt es Akteursgruppen die eher geringe Kooperationsorientierung aufweisen?
Funktion der Pflegekonferenz in den lokalen Produktions-, Allokations- und Steuerungsprozessen	Was sind die <i>zentralen Themen</i> der KPS? <ul style="list-style-type: none"> - neue rechtliche Regelungen, - Kooperation + Projekte, - Angebotssteuerung, - Förderung integrierte Versorgung, - ...
	Was ist die <i>zentrale Rolle</i> der KPS? <ul style="list-style-type: none"> - Plattform zum Informationsaustausch oder Steuerungsgremium
	Welche <i>Formen der Interaktion</i> prägen die KPS? <ul style="list-style-type: none"> - Informationsaustausch, - Vernetzung, - Koordinierung,

	<ul style="list-style-type: none"> - Verhandlungen, - Beschlüsse.
	Wie verbindlich sind die <i>Beschlüsse</i> ?
	<p>Welche Abstimmungen / Initiativen / Kooperationen / Projekte sind bisher aus der KPS hervorgegangen?</p> <p>Welche Einfluss haben diese auf die eigenen Organisation bzw. das Geschehen am Pflegemarkt?</p>
	<p>Einschätzung der <i>Aufgaben und Relevanz</i> der Gremien der KPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Gremien entwickeln eine Steuerungswirkung? - Welche sind zentral für den Informationsaustausch? - ...?
Rolle einzelner Akteure bzw. Akteursgruppen innerhalb der Koordinationsprozesse im Rahmen der KPS	Wer sind die <i>zentralen Akteure</i> innerhalb der zentralen Gremien?
	<i>Eigene Rolle</i> in der KPS
	<p>Rolle der <i>Stadtverwaltung</i></p> <p>(Moderationsfunktion, Agenda-Setter, ...)</p>
	<p>Rolle der <i>Politik</i></p> <p>(Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie / Stadtverordnete in KPS)</p>
Steuerungsleistungen in den Bereichen Angebotsdifferenzierung und integrierter Versorgung	Einschätzung des <i>Handlungsbedarf</i>
	Welches sind die <i>zentralen Gremien</i> ?
	<p>Welches sind die <i>zentralen Akteure</i>?</p> <p>(insbesondere Rolle der Krankenhäuser / der Ärztevertreter im Bereich integrierte Versorgung)</p>
	<p>Welches sind die <i>zentralen Themen</i>?</p> <p>(z.B. alternative Wohnformen, Angebote für Demenente / Überleitungsbögen, Koordination mit niedergelassenen Ärzten)</p>
	<p>Was ist das <i>Output</i> der KPS?</p> <p>(Abstimmung / Koordination der Akteure, Kooperationen / Projekte zwischen Akteuren, ...)</p>
	Einschätzung der <i>Steuerungswirkung</i> der KPS
	Wie <i>verbindlich</i> sind die Ziele aus der Pflegeplanung?

B Verzeichnis der Interviewpartner

Name	Organisation	Funktion	Mitgliedschaft in Gremien der KPS
<u>Einrichtungen</u>			
Freitag, Friedrich	Marseille-Kliniken AG	Heimleiter	Plenum / AG1 / AG2 / AG3
Heinemann, Brigitte	Stiftung Katholisches Krankenhaus Marienhospital Herne	Heimleiterin	Plenum / AG1 / AG3
Kondritz, Sabine	ASB - Regionalverband Herne / Gelsenkirchen e.V.	Heimleiterin	AG 1
Springkämper, Margret	Evangelische Johanneswerk e.V. Bielefeld	Heimleiterin	Plenum / AG1 / AG3
<u>Wohlfahrtsverbände</u>			
Okoniewski, Albert	ASB - Regionalverband Herne / Gelsenkirchen e.V.	Geschäftsführer	Plenum / AG3
Sonnenschein,	DRK - Kreisverband Wanne-Eickel	Geschäftsführerin	Plenum / AG3
<u>Stadtverwaltung</u>			
Bittokleit, Ralf	Koordinationsstelle für Altenhilfe		Plenum / AG1 / AG2 / AG3
Marquardt, Dieter	Heimaufsicht		Plenum / AG1 / AG3
<u>Pflegekassen</u>			
Freitag, Sabine	Bundesknappschaft - Geschäftsstelle Herne	Teamleiterin Pflegeversicherung	Plenum / AG3
Ruppio, Andreas	MDK Westfalen-Lippe	Begutachtungs- und Beratungsstelle	Plenum / AG3

C Tabellen

C.1 Anteil Träger an Pflegeplätzen zum Jahresende 2007

Träger	Ambulant	Stationär
Freigemeinnützige	52,6 %	58,8 %
Private	45,4 %	34,4 %
Öffentliche	2,0 %	6,8 %

Quellen: Statistisches Bundesamt (2009b: 8) / (2009c: 9)

C.2 Prozentuale Verteilung Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2007

Versorgungsform	Anteil an betreuten Pflegebedürftigen
Stationär	31,6 %
Ambulant	22,4 %
Angehörige	46,0 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009a: 13)

C.3 Prozentuale Verteilung der Pflegestufen unter den professionell betreuten Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung Ende 2007

	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Ambulant	52,5	35,4	12,1
Stationär	35,7	42,3	20,5

Quellen: eigene Berechnungen auf Basis von Statistisches Bundesamt (2009a: 13)

Schriftenreihe für Public und Nonprofit Management

Herausgegeben vom Lehrstuhl für Public und Nonprofit Management
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam

In dieser Reihe erschienen:

- Band 1** Polzer, Tobias: Verwendung von Performance-Informationen in der öffentlichen Verwaltung : eine Untersuchung der Berliner Sozialhilfeverwaltung / Tobias Polzer. - 83 S.
2010 | URN urn:nbn:de:kobv:517-opus-42357
- Band 2** Radke, Marlen: Die Balanced Scorecard zur Unterstützung der politischen Planung und Steuerung der Vorhaben einer Landesregierung / Marlen Radke. - 85 S.
2010 | URN urn:nbn:de:kobv:517-opus-42395
- Band 3** Krischok, Arndt: Die Rolle von Policy-Netzwerken in Public Private Partnerships / Arndt Krischok. – 98 S.
2010 | URN urn:nbn:de:kobv:517-opus-43046
- Band 4** Vogel, Dominik: Dem Gemeinwohl verpflichtet? - Was motiviert die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes? / Dominik Vogel. – 75 S.
2011 | URN urn:nbn:de:kobv:517-opus-51554
- Band 5** Rackow, Maja: Personalmarketing in der öffentlichen Verwaltung : Analyse und Implikationen eines Best Practice-Ansatzes / Maja Rackow. – VI, 68 S.
2011 | URN urn:nbn:de:kobv:517-opus-51652
- Band 6** Schnitger, Moritz: Pflegekonferenzen als geeignetes Instrument zur Optimierung des deutschen Pflegemarktes? : Steuerungspotential lokaler Politiknetzwerke im Rahmen von Wohlfahrtsmärkten / Moritz Schnitger. – VI, 137 S.
2011 | URN urn:nbn:de:kobv:517-opus-52567