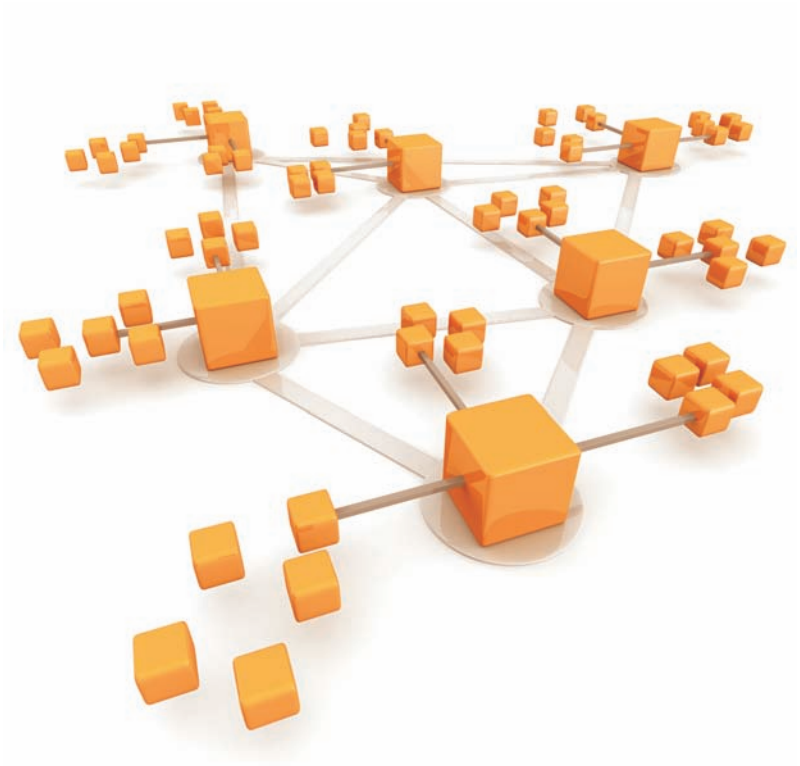


Friederike Nawroth

# Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund



**INAUGURAL-DISSERTATION**

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. oec. troph. im Fachbereich 09 Agrarwissenschaften,  
Ökotrophologie und Umweltmanagement der Justus-Liebig-Universität Gießen



*édition scientifique*  
**VVB LAUFERSWEILER VERLAG**

**Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.**

Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung des Autors oder des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch elektronische Systeme.

1. Auflage 2011

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the Author or the Publishers.

1<sup>st</sup> Edition 2011

© 2011 by VVB LAUFERSWEILER VERLAG, Giessen  
Printed in Germany



*édition scientifique*  
**VVB LAUFERSWEILER VERLAG**

STAUFENBERGRING 15, D-35396 GIESSEN  
Tel: 0641-5599888 Fax: 0641-5599890  
email: [redaktion@doktorverlag.de](mailto:redaktion@doktorverlag.de)

[www.doktorverlag.de](http://www.doktorverlag.de)

Aus dem Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung  
der Justus-Liebig-Universität Gießen  
– Professur für Management personaler Versorgungsbetriebe –

---

# Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund

## Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. oec. troph.  
im Fachbereich 09: Agrarwissenschaften,  
Ökotoxologie und Umweltmanagement  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von **Friederike Nawroth** aus Leipzig

1. Gutachter: Prof. Dr. Dietmar Bräunig
2. Gutachterin: Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe

Tag der Disputation: 27. Juli 2011

Gießen 2011



## Vorwort

Vor dem Hintergrund demografischer und gesellschaftlicher Entwicklungen besitzt die Sicherstellung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen einen zentralen Stellenwert in Politik, Praxis und Wissenschaft. Zur Realisierung einer bedarfsgerechten Versorgung, die eine produktive Mischung informeller, semiformeller und formeller Unterstützung erfordert, werden ganzheitliche Konzepte benötigt. Unter Nutzung verschiedener disziplinärer Ansätze wird ein Versorgungsverbundmodell entwickelt, welches sowohl die Differenziertheit der Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen als auch die Interessen der Leistungserbringer des Gesundheits- und Sozialwesens berücksichtigt.

Die Arbeit entstand während meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Management personaler Versorgungsbetriebe an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Für die Unterstützung und den Zuspruch einer Vielzahl von Personen möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken.

Besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Dietmar Bräunig. Seine konstruktive Kritik, seine fachlichen Ratschläge, sein Vertrauen sowie seine motivierenden Worte trugen maßgeblich zum erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit bei.

Bei Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe möchte ich mich für die Erstellung des Zweitgutachtens bedanken. Prof. Dr. Günter Leithold danke ich für die Übernahme des Vorsitzes der Prüfungskommission; Prof. Dr. Hermann Boland und Prof. Dr. Jörg Bottler für die Mitwirkung in der Prüfungskommission.

Für die zahlreichen hilfreichen Tipps bei der Bearbeitung möchte ich mich weiterhin bedanken bei Prof. Dr. Bernd Schnieder (†), der bis zu seinem Ableben mein Zweitbetreuer war. Die anregenden Diskussionen mit Prof. Dr. Jörg Bottler und Dr. Heide Preuße werde ich ebenfalls nicht vergessen.

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich bei allen Praktikerinnen und Praktikern, die sich tagtäglich für eine gute Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen einsetzen und trotzdem Zeit gefunden haben, meinen Fragebogen zu beantworten.

Ein großes Dankeschön gilt auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung. Es war stets eine schöne Zeit mit euch in Gießen. Dafür danke ich euch sehr.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meiner Familie und meinem Freundeskreis für ihre liebevolle Unterstützung und aufmunternden Worte.



**Inhalt**

|   |            |
|---|------------|
| <b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>  | <b>VII</b> |
| <b>Abbildungsverzeichnis .....</b>  | <b>IX</b>  |
| <b>Tabellenverzeichnis .....</b>  | <b>XII</b> |
| <b>1 Einführung .....</b>   | <b>1</b>   |
| 1.1 Problemstellung .....   | 1          |
| 1.2 Zielsetzung der Arbeit .....  | 6          |
| 1.3 Aufbau der Arbeit .....   | 9          |
| <b>2 Stand der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen .....</b> | <b>12</b>  |
| 2.1 Begriff der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.....     | 12         |
| 2.1.1 Versorgung als personale Dienstleistung .....                       | 12         |
| 2.1.2 Versorgungsbedarfe hilfe- und pflegebedürftiger Personen...         | 19         |
| 2.1.3 Einrichtungen und Leistungen der Versorgung.....                    | 26         |
| 2.2 Versorgung in Haushalten.....   | 33         |
| 2.2.1 Versorgung in privaten Haushalten .....                             | 33         |
| 2.2.2 Versorgung durch personale Versorgungsbetriebe.....                 | 39         |
| 2.2.3 Neue Versorgungsformen.....   | 45         |
| 2.3 Versorgungsstile hilfe- und pflegebedürftiger Personen .....          | 47         |
| 2.3.1 Begriff des Versorgungsstils .....                                  | 47         |
| 2.3.2 Determinanten des Versorgungsstils .....                            | 55         |
| 2.3.3 Idealtypische Versorgungsstile .....                                | 62         |
| 2.4 Ansätze der Versorgung im Verbund .....                               | 71         |
| 2.4.1 Begriff der Versorgung im Verbund.....                              | 71         |
| 2.4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Zusammenarbeit .....               | 77         |
| 2.4.3 Ansätze der Realisierung einer Versorgung im Verbund.....           | 84         |
| 2.4.4 Förderliche und hemmende Faktoren der Versorgung im<br>Verbund..... | 90         |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 2.5      | Herausforderungen der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen .....    | 95         |
| <b>3</b> | <b>Versorgungsverbund als Versorgungssystem.....</b>                            | <b>101</b> |
| 3.1      | Zwecke und Ziele des Versorgungsverbunds.....                                   | 101        |
| 3.2      | Disziplinäre Verbundansätze .....   | 107        |
| 3.2.1    | Verbundansätze aus haushaltswissenschaftlicher Sicht.....                       | 107        |
| 3.2.2    | Netzwerktheorie als betriebswirtschaftlicher Ansatz .....                       | 112        |
| 3.2.3    | Konzept des Wohlfahrtspluralismus als sozialwissenschaftlicher Ansatz .....     | 118        |
| 3.3      | Systemtheoretischer Ansatz .....  | 123        |
| 3.3.1    | Grundlagen der allgemeinen Systemtheorie .....                                  | 123        |
| 3.3.2    | Systemorientierte Managementlehre.....  | 126        |
| 3.4      | Systemtheoretische Betrachtung des Versorgungsverbunds .....                    | 133        |
| 3.4.1    | Definition des Versorgungsverbunds.....   | 133        |
| 3.4.2    | Eigenschaften des Versorgungsverbunds .....                                     | 136        |
| 3.4.3    | Aufbau des Versorgungsverbunds.....   | 142        |
| 3.4.4    | Umwelt des Versorgungsverbunds .....  | 147        |
| 3.4.5    | Formen der Zusammenarbeit im Versorgungsverbund.....                            | 150        |
| 3.5      | Modell des Versorgungsverbunds .....  | 155        |
| 3.5.1    | Erstellung von Versorgungsleistungen als Aufgabe des Hilfesystems.....          | 155        |
| 3.5.2    | Abstimmung von Versorgungsleistungen als Aufgabe des Koordinationssystems ..... | 158        |
| 3.5.3    | Operatives Management als Aufgabe des Planungs- und Kontrollsystems.....        | 164        |
| 3.5.4    | Strategisches Management als Aufgabe des Entwicklungssystems.....               | 168        |
| 3.5.5    | Normatives Management als Aufgabe des Wertesystems.....                         | 177        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>4</b> | <b>Anforderungen an die Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds.....</b>                    | <b>184</b> |
| 4.1      | Begriff der Anforderung.....  | 184        |
| 4.2      | Annahmen bezüglich der Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer .....          | 190        |
| 4.2.1    | Perspektive von Arztpraxen .....  | 190        |
| 4.2.2    | Perspektive von Krankenhäusern .....  | 191        |
| 4.2.3    | Perspektive von ambulanten Pflegeeinrichtungen.....   | 193        |
| 4.2.4    | Perspektive von stationären Pflegeeinrichtungen .....   | 195        |
| 4.2.5    | Perspektive von Kranken- und Pflegekassen .....   | 197        |
| 4.3      | Erfassung der Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer .....                   | 198        |
| 4.3.1    | Erkenntnisinteresse und Zielsetzung.....  | 198        |
| 4.3.2    | Methodische Vorgehensweise .....  | 201        |
| 4.3.3    | Zusammensetzung und Gewichtung der Stichprobe .....   | 204        |
| 4.4      | Anforderungen an die Koordination von Versorgungsleistungen..   | 207        |
| 4.4.1    | Gestaltung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen ..   | 207        |
| 4.4.2    | Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der Koordination von Versorgungsleistungen ..... | 214        |
| 4.4.3    | Beurteilung von Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen.....                  | 225        |
| 4.4.4    | Gestaltung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen.....           | 235        |
| 4.5      | Gestaltung des Managements im institutionellen Versorgungsverbund.....                                  | 241        |
| 4.5.1    | Gestaltung des normativen Managements.....  | 241        |
| 4.5.2    | Gestaltung des strategischen Managements .....  | 254        |
| 4.5.3    | Gestaltung des operativen Managements .....   | 266        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>5 Gestaltung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund .....</b>            | <b>271</b> |
| 5.1 Abstimmung von Versorgungsleistungen im individuellen Versorgungsverbund .....                   | 271        |
| 5.1.1 Anforderungen an die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen.....              | 271        |
| 5.1.2 Formen der einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen .....                      | 276        |
| 5.2 Erstellung von Versorgungsleistungen im individuellen Versorgungsverbund.....                    | 282        |
| 5.2.1 Anforderungen an die Versorgungsleistungen .....   | 282        |
| 5.2.2 Anforderungen an die Akteure der Leistungserstellung.....                                      | 289        |
| 5.3 Versorgungsstilorientierte Gestaltung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen ..... | 295        |
| 5.3.1 Gestaltung der traditionell-familialen Versorgung.....   | 295        |
| 5.3.2 Gestaltung der informell-familialen Versorgung.....  | 302        |
| 5.3.3 Gestaltung der formell-familialen Versorgung.....  | 308        |
| 5.3.4 Gestaltung der non familialen Versorgung.....  | 315        |
| 5.4 Auswirkungen auf die Gestaltung des Managements im institutionellen Versorgungsverbund.....      | 321        |
| <b>6 Schlussbetrachtung.....</b>   | <b>327</b> |
| 6.1 Empfehlungen .....   | 327        |
| 6.2 Zusammenfassung.....   | 331        |
| <b>Literatur .....</b>   | <b>337</b> |
| <b>Anhang</b>  |            |

**Abkürzungsverzeichnis**

|        |  |
|--------|--|
| Abs.   | Absatz   |
| ADL    | Aktivitäten des täglichen Lebens   |
| AOK    | Allgemeine Ortskrankenkasse  |
| BAGSO  | Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., Bonn   |
| BASE   | Berliner Altersstudie  |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin   |
| DEAS   | Deutscher Alterssurvey   |
| DIN    | Deutsches Institut für Normung, Berlin   |
| DRG    | Diagnosis Related Groups   |
| DZA    | Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin   |
| e.V.   | eingetragener Verein   |
| EN     | Europäische Norm   |
| EU     | Europäische Union  |
| f.     | folgende   |
| ff.    | fortfolgende   |
| GKV    | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| GmbH   | Gesellschaft mit beschränkter Haftung  |
| GMG    | Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), zuletzt geändert durch Art. 1 G vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445 f.) |
| Hrsg.  | Herausgeber  |
| IADL   | Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens  |
| ISO    | International Organization for Standardization   |
| Jg.    | Jahrgang   |
| KDA    | Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln  |

|         |  |
|---------|--|
| MDK     | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung   |
| MuG     | Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung  |
| o.O.    | ohne Ortsangabe  |
| OASIS   | Old Age and Autonomie: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity   |
| PfWG    | Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874)  |
| REFA    | Reichsausschusses für Arbeitszeitermittlung, heutige Bezeichnung: Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e.V., Darmstadt  |
| RKI     | Robert Koch-Institut, Berlin   |
| S.      | Seite  |
| SGB V   | Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622)                       |
| SGB IX  | Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch Artikel 6 Absatz 8 des Gesetzes vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114) |
| SGB XI  | Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622)                                  |
| SGB XII | Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 3b des Gesetzes vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114)   |
| u.a.    | und andere   |
| vgl.    | vergleiche   |

**Abbildungsverzeichnis**

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: Leistungen der personalen Versorgung.....  | 13  |
| Abbildung 2: Versorgung im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdversorgung.....                                 | 14  |
| Abbildung 3: Phasen der Erstellung von Versorgungsleistungen .....  | 17  |
| Abbildung 4: Maslow'sche Bedürfnispyramide .....  | 20  |
| Abbildung 5: Hilfe- und pflegebedürftige Personen in Deutschland .....  | 23  |
| Abbildung 6: Haushaltsstile als Ergebnis haushälterischen Handelns .....                                      | 37  |
| Abbildung 7: Systematisierung personaler Versorgungsbetriebe.....   | 41  |
| Abbildung 8: Tauschbeziehungen bei staatlich garantierten Solidarleistungen .....                             | 42  |
| Abbildung 9: Versorgungsstile als Ergebnis haushälterischen Handelns .....                                    | 49  |
| Abbildung 10: Versorgungsstile im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdversorgung .....                         | 62  |
| Abbildung 11: Haupthilfspersonen in privaten Haushalten nach Beziehungsstand zur zu versorgenden Person ..... | 63  |
| Abbildung 12: Versorgungsarrangements häuslich versorgter hilfe- und pflegebedürftiger Personen.....          | 73  |
| Abbildung 13: Kennzeichen idealtypischer Versorgungsstile .....   | 75  |
| Abbildung 14: Koordination durch Pflegestützpunkte.....   | 88  |
| Abbildung 15: Zusammensetzung des institutionellen und individuellen Versorgungsverbunds.....                 | 102 |
| Abbildung 16: Privathaushaltszentrierter Verbundansatz nach von Schweitzer .....                              | 109 |
| Abbildung 17: Problemzentrierter Verbundansatz nach Bottler .....   | 111 |
| Abbildung 18: Unternehmensnetzwerke zwischen Markt und Hierarchie ...   | 113 |
| Abbildung 19: Möglicher Aufbau eines Netzwerks .....  | 117 |
| Abbildung 20: An der Erstellung von Hilfeleistungen beteiligte Sektoren ...                                   | 119 |
| Abbildung 21: Aufgaben des Managements nach Bleicher .....  | 127 |

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 22: Grobstruktur eines Unternehmens.....  | 131 |
| Abbildung 23: Zusammensetzung der Verbundteilnehmerinnen und<br>-teilnehmer.....                                    | 134 |
| Abbildung 24: Zusammensetzung der Leistungen im individuellen Versor-<br>gungsverbund.....                          | 135 |
| Abbildung 25: Zusammensetzung des Hilfesystems.....   | 143 |
| Abbildung 26: Konzept des integrierten Managements nach Bleicher.....   | 144 |
| Abbildung 27: Lenkungsbereich des institutionellen Versorgungsverbunds  | 145 |
| Abbildung 28: Umwelt des institutionellen Versorgungsverbunds.....  | 148 |
| Abbildung 29: Formen der Zusammenarbeit im Spannungsfeld von Unab-<br>hängigkeit und Abhängigkeit.....              | 152 |
| Abbildung 30: Struktur des Hilfesystems im institutionellen Versorgungs-<br>verbund.....                            | 156 |
| Abbildung 31: Mittelbare Koordination mit einer zentralen Koordinations-<br>stelle.....                             | 161 |
| Abbildung 32: Unmittelbare Koordination ohne eine zentrale Koordina-<br>tionsstelle.....                            | 162 |
| Abbildung 33: Formen des operativen Verbundmanagements.....   | 165 |
| Abbildung 34: Einrichtungen und Schnittstellen der Versorgungskette.....  | 188 |
| Abbildung 35: Beurteilung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen..   | 211 |
| Abbildung 36: Beurteilung der Beteiligung an der einzelfallbezogenen<br>Koordination von Versorgungsleistungen..... | 217 |
| Abbildung 37: Beurteilung der Beteiligung an der wohnortnahen Koordi-<br>nation von Versorgungsleistungen.....      | 220 |
| Abbildung 38: Beurteilung der Zusammenarbeit zur Erbringung von<br>Versorgungsleistungen.....                       | 224 |
| Abbildung 39: Beurteilung von Maßnahmen zur wohnortnahen Koordi-<br>nation von Versorgungsleistungen.....           | 229 |
| Abbildung 40: Teilnahmebereitschaft an Maßnahmen zur wohnortnahen<br>Koordination von Versorgungsleistungen.....    | 232 |

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 41: Beurteilung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen..... | 238 |
| Abbildung 42: Auszug aus dem Fragebogen.....   | 246 |
| Abbildung 43: Befragungsergebnis zur Grundorientierung des normativen Managements .....                      | 248 |
| Abbildung 44: Befragungsergebnis zur Ausrichtung des strategischen Managements.....                          | 259 |
| Abbildung 45: Abstimmung von Versorgungsleistungen im Versorgungsverbund .....                               | 275 |
| Abbildung 46: Einigung auf ein gemeinsames Qualitäts- und Zielverständnis.....                               | 285 |
| Abbildung 47: Versorgungsverbund bei einer traditionell-familial geprägten Versorgung.....                   | 302 |
| Abbildung 48: Versorgungsverbund bei einer informell-familial geprägten Versorgung .....                     | 308 |
| Abbildung 49: Versorgungsverbund bei einer formell-familial geprägten Versorgung .....                       | 315 |
| Abbildung 50: Versorgungsverbund bei einer non familial geprägten Versorgung .....                           | 321 |
| Abbildung 51: Netzwerktypische Spannungsfelder.....  | 326 |

## Tabellenverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 1: Einrichtungen und Leistungen der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung nach der Form der Versorgung ..... | 28  |
| Tabelle 2: Einrichtungen und Leistungen der medizinischen Versorgung nach der Form der Versorgung.....                           | 32  |
| Tabelle 3: Vergleich privater Haushalte und personaler Versorgungsbetriebe.....  | 44  |
| Tabelle 4: Zusammensetzung und Beispiele haushaltsinterner und -externer Ressourcen .....  | 50  |
| Tabelle 5: Untergliederung des Netzwerks hilfe- und pflegebedürftiger Personen.....  | 58  |
| Tabelle 6: Kennzeichen von Personen mit einem traditionell-familialen Versorgungsstil.....                                       | 65  |
| Tabelle 7: Kennzeichen von Personen mit einem informell-familialen Versorgungsstil.....  | 67  |
| Tabelle 8: Kennzeichen von Personen mit einem formell-familialen Versorgungsstil.....  | 69  |
| Tabelle 9: Kennzeichen von Personen mit einem non familialen Versorgungsstil.....  | 70  |
| Tabelle 10: Eigenschaften des individuellen und institutionellen Versorgungsverbunds.....  | 104 |
| Tabelle 11: Strukturelle und nicht-strukturelle Koordination .....   | 116 |
| Tabelle 12: Eigenschaften des institutionellen Versorgungsverbunds und deren Ausprägungen.....                                   | 141 |
| Tabelle 13: Ausrichtung der Verbundleistungen.....   | 171 |
| Tabelle 14: Ausrichtung der Verbundstruktur .....  | 173 |
| Tabelle 15: Ausrichtung des Kommunikationssystems .....  | 175 |
| Tabelle 16: Ausrichtung der Verhaltenssteuerung im Verbund .....   | 176 |
| Tabelle 17: Grundorientierung der Verbundpolitik.....  | 179 |
| Tabelle 18: Grundorientierung der Verbundverfassung .....  | 181 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 19: Grundorientierung der Verbundkultur .....   | 182 |
| Tabelle 20: Systematisierung von Anforderungen sowie ihrer Ausprägungen.....  | 185 |
| Tabelle 21: Einrichtungstypen und befragte Personengruppen.....   | 205 |
| Tabelle 22: Stichprobenzusammensetzung.....   | 206 |
| Tabelle 23: Gewichtungsfaktoren der Stichprobe .....  | 207 |
| Tabelle 24: Anforderungen gewünschter Eigenschaften von Versorgungsleistungen an den institutionellen Versorgungsverbund.....       | 208 |
| Tabelle 25: Beurteilung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp.....                                       | 214 |
| Tabelle 26: Anforderungen der gewünschten Beteiligung und Zusammenarbeit an den institutionellen Versorgungsverbund.....            | 216 |
| Tabelle 27: Beurteilung der Beteiligung an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp..... | 219 |
| Tabelle 28: Beurteilung der Beteiligung an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp .....       | 222 |
| Tabelle 29: Anforderungen gewünschter Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination an den institutionellen Versorgungsverbund.....       | 228 |
| Tabelle 30: Beurteilung von Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp .....            | 231 |
| Tabelle 31: Teilnahmebereitschaft an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp....     | 234 |
| Tabelle 32: Konkretisierung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen.....                      | 236 |
| Tabelle 33: Beurteilung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp....      | 240 |
| Tabelle 34: Bereiche und Dimensionen des normativen Managements .....   | 242 |
| Tabelle 35: Rückschlüsse erfasster Anforderungen auf die Grundorientierung des normativen Managements .....                         | 243 |
| Tabelle 36: Ermittlung der Grundorientierung des normativen Managements anhand eines Beispiels .....                                | 247 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 37: Befragungsergebnis zur Grundorientierung des normativen Managements nach Einrichtungstyp .....              | 249 |
| Tabelle 38: Befragungsergebnis zur Grundorientierung der Verbundpolitik   | 250 |
| Tabelle 39: Befragungsergebnis zur Grundorientierung der Verbundverfassung.....   | 252 |
| Tabelle 40: Befragungsergebnis zur Grundorientierung der Verbundkultur  | 253 |
| Tabelle 41: Bereiche und Dimensionen des strategischen Managements.....   | 254 |
| Tabelle 42: Rückschlüsse erfasster Anforderungen auf die Ausrichtung des strategischen Managements .....                | 255 |
| Tabelle 43: Befragungsergebnis zur Ausrichtung des strategischen Managements nach Einrichtungstyp.....                  | 260 |
| Tabelle 44: Befragungsergebnis zur Ausrichtung der Verbundleistungen.....   | 261 |
| Tabelle 45: Befragungsergebnis zur Ausrichtung der Verbundstruktur.....   | 263 |
| Tabelle 46: Befragungsergebnis zur Ausrichtung des Kommunikationssystems .....  | 265 |
| Tabelle 47: Befragungsergebnis zur Ausrichtung der Verhaltenssteuerung im Verbund.....                                  | 266 |
| Tabelle 48: Instrumente der einzelfallbezogenen Abstimmung und deren Auswirkungen auf die zu versorgenden Personen..... | 278 |
| Tabelle 49: Koordinationsformen nach Versorgungsstil .....  | 282 |
| Tabelle 50: Anforderungen des traditionell-familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund.....  | 297 |
| Tabelle 51: Anforderungen des informell-familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund.....     | 303 |
| Tabelle 52: Anforderungen des formell-familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund.....       | 310 |
| Tabelle 53: Anforderungen des non familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund .....          | 316 |
| Tabelle 54: Zentrale Akteure und Instrumente der einzelfallbezogenen Koordination nach Versorgungsstil.....             | 325 |





# 1 Einführung

## 1.1 Problemstellung

Alle Gesellschaften unterliegen demografischen und sozialen Veränderungen, welche eine stetige Neu Anpassung in zahlreichen Lebensbereichen fordern, um die Lebensqualität der Bevölkerung zu erhalten und zu erhöhen. Einen zentralen Stellenwert für die Schaffung von Lebensqualität besitzt die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge. Diese ist unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfslagen und Versorgungsansprüche Einzelner, der Ressourcenknappheit sowie des Zusammenspiels mehrerer Akteure zu bewältigen.

Die Leistungen zur Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge werden in großem Umfang in privaten Haushalten erstellt. Mit der Modernisierung und der damit verbundenen Pluralisierung, Individualisierung und Arbeitsteilung der Gesellschaft kommt es vermehrt zu einer Auslagerung von Leistungen zur Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge aus dem privaten Haushalt heraus. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Leistungen zeitintensiv sind sowie zahlreiche Kenntnisse und Wissen in Bezug auf ihre Erbringung erfordern.<sup>1</sup>

Leistungen zur Sicherung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge werden zunehmend von formalen Organisationen erbracht, was zu einer Verlagerung von der ganzheitlich und fürsorglich geprägten Laienhilfe zur spezialisierten und professionell geprägten Expertenilfe geführt hat.<sup>2</sup> Von einer Auflösung privater Unterstützung innerhalb des Familien- und Bekanntenverbands kann dennoch nicht gesprochen werden. Vielmehr führt der Anstieg an Möglichkeiten, die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge zu sichern, zu einer Pluralisierung an Versorgungsformen. Verstärkt wird dieser Effekt durch die Etablierung „neuer“ Lebens- und Familienformen, einer steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen und einer steigenden Mobilität der Bevölkerung und der Suche nach alternativen Versorgungsformen.<sup>3</sup>

Dies trifft auf die Sicherstellung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im besonderen Maße zu. Diese ist kein partieller oder singulärer Vorgang, sondern das Ergebnis eines komplexen und vielschichtigen Vor-

---

<sup>1</sup> Claupein/Schnieder 1995, S. 4; Künemund/Hollstein 2000, S. 216; Smolka 2006, S. 6

<sup>2</sup> Mayntz/Rosewitz 1988, S. 157 ff.; Smolka 2006, S. 10

<sup>3</sup> Blinkert/Klie 2004b, S. 90

gangs, bei dem mehrere Akteure vielfältige Leistungen erbringen und zusammenwirken.<sup>4</sup> Die Gründe hierfür sind vielfältig und liegen insbesondere in der hohen Komplexität vorhandener Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Sie leiden besonders häufig an chronischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen. Zumeist sind sie auch von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen.

Neben der hohen Komplexität ihrer Bedarfslagen steigen und differenzieren sich die Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Im Gegensatz zu früher, als Personen dankbar dafür waren, dass jemand aus humanitären oder religiösen Gründen für sie sorgte, treten sie heute als anspruchsvolle Kundinnen und Kunden mit mehr Rechten auf.<sup>5</sup> Dieser Trend zeigt sich zunehmend auch bei der älteren Generation.<sup>6</sup> An vorderer Stelle stehen dabei der Wunsch nach Eigenständigkeit sowie der Erhalt eines selbstbestimmten Lebens, möglichst in der eigenen Wohnung.<sup>7</sup>

Die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen in Deutschland ist von einer historisch bedingten Differenzierung und Fragmentierung der Leistungsangebote geprägt.<sup>8</sup> In kaum einem anderen Bereich der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge ist ein solch komplexes und vielschichtiges Versorgungssystem mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, gesetzlichen Grundlagen, Finanzierungsregelungen und Philosophien der Teilsysteme entstanden wie in diesem Bereich.<sup>9</sup> Bestehende Strukturen existieren zunehmend als reine Aneinanderreihung heterogener und homogener Segmente ohne beziehungsweise mit geringen Verknüpfungen. Vor allem die Existenz mehrerer voneinander abgeschotteter Systeme wie das stationäre und das ambulante System, das gesundheitliche und das soziale System oder das professionelle und das „Laien“-Hilfesystem verstärken diesen Effekt.<sup>10</sup>

Ein solch ausdifferenziertes und fragmentiertes System erlaubt zwar eine optimale Bewältigung von Teilproblemen, wird jedoch den vielfach komplexen Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Personen selten gerecht.<sup>11</sup> Die Be-

---

<sup>4</sup> Bottler 1987, S. 22; 1997, S. 132 ff.; Bräunig 2007, S. 18

<sup>5</sup> Smolka 2006, S. 130

<sup>6</sup> Witt 2004, S. 182

<sup>7</sup> Göpfert-Divivier 1993, S. 55

<sup>8</sup> Kessler 1999, S. 29

<sup>9</sup> Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland 1978, S. 36 ff.; Albers 1992, S. 63; Blosser-Reisen 1997b, S. 13, 17; 1997c, S. 202; Dietz 1999, S. 204

<sup>10</sup> Wissert 1999, S. 125; Schmidt 2003, S. 41

<sup>11</sup> Narten 2008, S. 10

darfslagen der Betroffenen werden zerlegt in einzelne Bedarfsfelder, in dessen Folge die Gesamtsituation der Betroffenen zunehmend aus dem Blick gerät und die Gefahr einer Versorgung, die gekennzeichnet ist von Diskontinuität und Desintegration, steigt.<sup>12</sup> Die Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems – gepaart mit Intransparenz und fehlender Wissensvermittlung – erschwert den Betroffenen und ihren Angehörigen eine optimale Auswahl an Unterstützungsmöglichkeiten zu treffen.<sup>13</sup> Der Bedarf an Information, Beratung und Vermittlung nimmt zu.<sup>14</sup>

Es herrscht ein rhetorischer Konsens darüber, dass eine ganzheitliche, kontinuierliche, bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Versorgung sich nicht ohne eine stärkere berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens erreichen lässt.<sup>15</sup> Diese ist sowohl vor dem Hintergrund einer steigenden Pluralisierung der Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen als auch vor dem Hintergrund der starken Differenzierung und Fragmentierung des Leistungsangebots unvermeidbar.<sup>16</sup>

Bereits 1978 wird das Anliegen der Integration der Hilfen unter dem Begriff „Verbundsystem“ vom Diakonischen Werk der evangelischen Kirche in Deutschland für die Altenhilfe formuliert.<sup>17</sup> Politik, Verbände und Wissenschaft fordern seitdem aus unterschiedlichen Motiven mehr Kooperation und Vernetzung im Gesundheits- und Sozialwesen.<sup>18</sup> Zahlreiche Vernetzungsansätze, Konzepte und Reformen folgten. Jedoch scheitert ihre Umsetzung noch zu häufig an zementierten Rahmenbedingungen sowie formalen und hierarchischen Organisationsstrukturen, sodass Kooperation und Vernetzung bis dato nicht in dem gewünschten Maße stattfinden.<sup>19</sup>

---

<sup>12</sup> Bruder 1992, S. 27; Feuerstein 1994, S. 212; Badura 1998, Vorwort; Wissert 1999, S. 126; Schmidt 2002a, S. 178 f.; Smolka 2006, S. XV, 12 f., 32

<sup>13</sup> Nimz/Schirakowsky/Ziebarth 1992, S. 3; Blinkert/Klie 1999, S. 168; Bode 2005, S. 14 f.; Bühler 2006, S. 19

<sup>14</sup> Schneider 2006, S. 75

<sup>15</sup> Bruder 1992, S. 27; Göpfert-Divivier 1993, S. 56; Bauer-Söllner 1997, S. 152; Badura 1998, Vorwort; Kessler 1999, S. 40; Dahme 2000, S. 61; Schneider 2006, S. 51

<sup>16</sup> Göpfert-Divivier 1993, S. 54; Narten 2008, S. 10

<sup>17</sup> Diakonisches Werk der evangelischen Kirche Deutschlands 1978, S. 8

<sup>18</sup> u.a. Kessler 1999, S. 45; Dahme 2000, S. 48; Smolka 2006, S. 14, 24

<sup>19</sup> Garms-Homolová 1998, S. 12; BMFSFJ 2004, S. 23; Schneider 2006, S. 54; Smolka 2006, S. XV, 14 f., 32; Zeman 2007, S. 3

Durch die Schaffung von Wettbewerbsstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen wächst der Druck auf die Akteure und Einrichtungen, neue Versorgungsformen zu etablieren. Die Finanzierung erfolgt nicht mehr retrospektiv nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, sondern prospektiv durch die Festlegung von Budgets, Kopf- und Fallpauschalen sowie Festpreisen. Das wirtschaftliche Risiko wird von den Leistungsfinanzierern zunehmend auf die Leistungserbringer übertragen, deren Erfolg immer stärker an wirtschaftlichen Kriterien gemessen wird.<sup>20</sup> Es zeichnet sich eine zunehmende Ökonomisierung der Leistungserbringung ab, welche zu einer schleichenden Verdrängung humaner und sozialer Zielsetzungen durch Kriterien des Marktes und der ökonomischen Effizienz führt.<sup>21</sup>

Der Einsatz betriebswirtschaftlicher Instrumente und Methoden ist damit ebenso elementar wie die Ausrichtung der Akteure und Einrichtungen entlang einer berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifenden Wertschöpfungskette.<sup>22</sup> Betriebswirtschaftliche Kenntnisse gewinnen im Alltag von Versorgungseinrichtungen an Bedeutung. Der Kosten- und Wettbewerbsdruck zwingt sie zu Rationalisierungsmaßnahmen in nahezu allen Bereichen und somit zur Erprobung neuer erfolgversprechenderer Versorgungsformen, welche zunehmend die Leistungsoptimierung in den Mittelpunkt stellen.<sup>23</sup>

Neue erfolgversprechende Versorgungsformen sind einerseits gekennzeichnet von einer weiteren Konzentration auf Kernkompetenzen und andererseits einer Forcierung der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen.<sup>24</sup> Die Möglichkeit, die Leistungserbringung durch eine weitere Konzentration auf Kernkompetenzen zu optimieren, erweist sich vor dem Hintergrund der oftmals hohen Komplexität vorliegender Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Personen als wenig erfolgversprechend.<sup>25</sup> Das Hauptaugenmerk ist daher in diesem Bereich eher auf eine stärkere Kooperation und Vernetzung zu legen. Neben einzelbetrieblichen Kenntnissen sind Kenntnisse erforderlich, die sich auf die Realisierung einer berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit beziehen.<sup>26</sup>

---

<sup>20</sup> Wissert 1999, S. 128

<sup>21</sup> Dahme 2000, S. 60; Smolka 2006, S. 108, 215 ff.

<sup>22</sup> Braun 2003, S. 14; Bräunig 2007, S. 21

<sup>23</sup> Kessler 1999, S. 46

<sup>24</sup> Dahme 2000, S. 62

<sup>25</sup> Badura 1998, Vorwort

<sup>26</sup> Blosser-Reisen 1997c, S. 217; Braun 2003, S. 12 f., 24

Kooperation und Vernetzung ist in erwerbswirtschaftlichen Unternehmen anderer Branchen längst keine Seltenheit mehr.<sup>27</sup> Erfahrungen und bestehende Konzepte können jedoch nicht unverändert auf den Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen übertragen werden. Das Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl rechtlicher Reglementierungen, die es bei der Realisierung vernetzter Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen gilt. Weiterhin kommt für die Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens erschwerend hinzu, dass sich der Erfolg im Bereich der Versorgung nur schwer abbilden lässt, da die Zielgröße des Gewinns im Regelfall wegfällt und andere primär leistungsbezogene Ziele von Bedeutung sind. Die Messung des leistungsbezogenen Erfolgs setzt die Definition eines gewünschten Sollzustands voraus.

Das, was als gewünschter Sollzustand angestrebt wird, stellt sich aus verschiedenen Perspektiven unterschiedlich dar. Handlungsleitend sollten stets die Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der zu versorgenden Personen sein. Diese unterscheiden sich im Einzelfall. Unter Nutzung der zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume ergibt sich im Einzelfall ein jeweils individuelles Versorgungsarrangement, welches sich aus verschiedenen Leistungen lebensweltlicher und beruflicher Helferinnen und Helfer zusammensetzt.<sup>28</sup> Es bedarf unter Berücksichtigung individueller Bedarfslagen und Versorgungsansprüche einer stets neu auszuhandelnden produktiven Mischung formeller und informeller Unterstützung. Bei einer Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund steht damit nicht nur die einzelfallübergreifende Abstimmung und Vernetzung der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die Leistungen für unbekannte Dritte erbringen, im Fokus, sondern auch die Abstimmung und Vernetzung der im jeweiligen Einzelfall zu erbringenden Versorgungsleistungen.

---

<sup>27</sup> Hebel 2007, S. 257

<sup>28</sup> Blosser-Reisen 1997b, S. 15

## 1.2 Zielsetzung der Arbeit

Die aufgezeigte Problematik im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen zeigt, dass ein Weg zur Verbesserung der Situation in der Stärkung der berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens liegt. Im Gegensatz zu Fragen der Optimierung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen, wie sie häufig in Fachdiskussionen und politischen Debatten thematisiert werden, steht in der Arbeit die Erarbeitung von Empfehlungen für einzelne sich freiwillig zu einem institutionellen Versorgungsverbund zusammengeschlossener Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Mittelpunkt. Diese sollen einerseits der Realisierung der Zusammenarbeit dienen und andererseits eine den Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen entsprechende Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sichern. Neben der Optimierung der einzelfallübergreifenden Zusammenarbeit bedarf es der Optimierung der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit. Hierzu sind umfassende Kenntnisse bezüglich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Einzelfall notwendig.

Die sich mit dem Ziel der Optimierung der einzelfallübergreifenden Versorgung zusammengeschlossenen Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu einem institutionellen Versorgungsverbund verfolgen stets eigene Ziele. Am institutionellen Versorgungsverbund werden sie daher nur teilnehmen, wenn sie dadurch ihre eigenen Ziele besser erreichen oder zumindest ihre Verwirklichung nicht eingeschränkt wird. Innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds sind daher die unterschiedlichen Ziele der beteiligten Akteure und Einrichtungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus stellen unterschiedliche Anspruchsgruppen – insbesondere die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen – vielschichtige Anforderungen an ihre Versorgung und somit auch den institutionellen Versorgungsverbund. Die Ziele der am institutionellen Versorgungsverbund beteiligten Akteure und Einrichtungen sind in der Arbeit ebenso zu erfassen wie die Anforderungen, welche außenstehende Anspruchsgruppen an den institutionellen Versorgungsverbund stellen.

Neben den vielfältigen Anforderungen, denen sich der institutionelle Versorgungsverbund konfrontiert sieht, kommt erschwerend hinzu, dass Zusammenschlüsse im Gesundheits- und Sozialwesen stets fragile Organisationen sind, die unter Berücksichtigung zahlreicher normativer Vorgaben agieren.

Ihre Gründung und Führung erfordert daher ein behutsames Vorgehen. Zur Sicherung ihres Bestands bedarf es eines „Mindestmaßes an sozialer Organisiertheit“.<sup>29</sup> Ohne ein planvolles und aufeinander abgestimmtes Handeln lassen sich die Ziele der einzelnen am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmenden Akteure und Einrichtungen sowie die Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds insgesamt kaum erreichen und die vielschichtigen Anforderungen verschiedener Anspruchsgruppen nicht erfüllen.

Zur Stabilisierung von Zusammenschlüssen kann ein gemeinsames Netzwerkmanagement einen förderlichen Beitrag leisten.<sup>30</sup> Dabei sollte das Netzwerkmanagement in der Lage sein, einerseits innovativ auf interne Organisationsanforderungen zu reagieren und andererseits externe Anforderungen, welche beispielsweise hilfe- und pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen stellen, zu berücksichtigen. Der Fokus der Arbeit liegt vor diesem Hintergrund in der betriebswirtschaftlichen Auseinandersetzung mit freiwilligen Zusammenschlüssen im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Ergebnisse der betriebswirtschaftlichen Auseinandersetzung können helfen, bestehende und neu zu gründende Zusammenschlüsse zu unterstützen sowie zu evaluieren.<sup>31</sup>

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens von zentraler Bedeutung. So stehen beispielsweise die Pflegekassen mit der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) möglichen Etablierung von Pflegestützpunkten vor der Herausforderung, lokale Bündnisse zu schließen, um eine aufeinander abgestimmte wohnortnahe Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu realisieren. Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse des Netzwerkmanagements sind erforderlich, um solche Bündnisse zu etablieren und langfristig zu verstetigen. Weiterhin können diese Erkenntnisse zur Evaluation bestehender Zusammenschlüsse, wie sie beispielsweise im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und nach § 92b SGB XI möglich sind, genutzt werden.

Mit dem Anstieg vernetzter Versorgungsformen gewinnen betriebswirtschaftliche Kenntnisse, welche die besonderen Anforderungen von Zusammenschlüssen im Gesundheits- und Sozialwesen berücksichtigen, an Bedeutung. Diese sind in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Vergleich zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmen anderer Branchen nicht in dem ge-

---

<sup>29</sup> Braun 2003, S. 19

<sup>30</sup> Braun 2003, S. 19, 51; Sydow 2003a, S. 311; 2003b, S. 4

<sup>31</sup> Braun 2003, S. 13

wünschten Maße vorhanden, sodass hier ein hoher Nachholbedarf besteht.<sup>32</sup> Fehlende betriebswirtschaftliche Erkenntnisse führen umso mehr zu Problemen, je komplexer die Zusammenschlüsse sind.<sup>33</sup>

Bei der Erarbeitung betriebswirtschaftlicher Konzepte für Zusammenschlüsse im Gesundheits- und Sozialwesen ist stets zu beachten, dass die Abstimmung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen ein Mehrebenenproblem darstellt, welches sich aus der Ebene der Lebenswelt der Betroffenen (Mikroebene), der Ebene der verschiedenen Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (Mesoebene) und der Ebene der institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen (Makroebene) zusammensetzt.<sup>34</sup> Der institutionelle Versorgungsverbund als Zusammenschluss von Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auf der Mesoebene ist so auszurichten, dass er die einzelfallbezogene Versorgung der Betroffenen auf der Mikroebene soweit unterstützt, dass ein konstruktives Zusammenwirken aller Beteiligten gefördert wird. Es ist darauf zu achten, dass sowohl den zu versorgenden Personen als auch ihren privaten Helferinnen und Helfern ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Autonomie zugestanden wird und die Lebensqualität gesteigert – zumindest aber gehalten – werden kann. Aus der Perspektive des institutionellen Versorgungsverbunds kommt es nicht nur darauf an, die Leistungen optimal auf die Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der zu versorgenden Personen auszurichten, sondern auch darauf, die Betroffenen zu befähigen, ihre Versorgung selbst zu sichern und zu organisieren. Es bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen den Betroffenen und ihren privaten Helferinnen und Helfern sowie den Akteuren des institutionellen Versorgungsverbunds im Einzelfall.

In besonderer Weise sind die differenzierten Anforderungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen, welche sich aufgrund ihrer Bedarfslagen und Versorgungsansprüche ergeben, bei der Ausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds im Allgemeinen und der Gestaltung des individuellen Versorgungsverbunds im Speziellen zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund sich ausdifferenzierender familien-, pflege- und sozialkultureller Orientierungen ist es aus der Perspektive der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nahezu unmöglich, allen Betroffenen gleichermaßen gerecht zu werden. Ein weiteres Ziel der Arbeit liegt daher in der Systematisierung der

---

<sup>32</sup> Braun 2003, S. 24

<sup>33</sup> Sydow 2003a, S. 310

<sup>34</sup> Smolka 2006, S. 12

Bedarflagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen, um hierauf abgestimmte Empfehlungen für die Ausgestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds sowie die Erbringung und Abstimmung von Versorgungsleistungen innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds formulieren zu können.

Insgesamt ergeben sich somit zwei zentrale Zielsetzungen.

1. Erarbeitung von Empfehlungen hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds zur Optimierung der einzelfallübergreifenden Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.
2. Erarbeitung von Empfehlungen hinsichtlich der Optimierung der einzelfallbezogenen Versorgung innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds unter Berücksichtigung der Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen.

### 1.3 Aufbau der Arbeit

Nach dem einführenden *ersten Kapitel* erfolgt im *zweiten Kapitel* eine Analyse des Stands der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen in Deutschland. Im Fokus stehen die Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auf der einen Seite sowie die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen auf der anderen Seite. Anhand der Darstellung der aktuellen Situation lassen sich die Herausforderungen, welche an die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen gestellt werden, aufzeigen. Dabei stellen sich aus der Perspektive der einzelnen zu versorgenden Personen die Anforderungen und somit Herausforderungen unterschiedlich dar. Im Wesentlichen hängen ihre Anforderungen von ihrem Versorgungsstil, welcher sich aus ihren haushaltsinternen und -externen Ressourcen sowie ihrer pflegekulturellen Orientierung ergibt, ab. Aufgrund der Vielfalt bestehender Versorgungsstile hilfe- und pflegebedürftiger Personen erfolgt mit der Herausarbeitung von vier idealtypischen Versorgungsstilen eine Systematisierung dieser. Hierzu werden verschiedene Erkenntnisse der Altersforschung und Untersuchungen bezüglich der Lebenssituation älterer Personen im Allgemeinen und hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Speziellen herangezogen und ausgewertet. Als theoretischer Rahmen dient die von Schweitzer aufgestellte Theorie des häuslichen Handelns. Weiterhin werden die Möglichkeiten sowie der Stand der Versorgung im Verbund aufgezeigt.

Die im zweiten Kapitel formulierte Forderung einer Realisierung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund wird in den folgenden Kapiteln aufgenommen. Dabei findet im *dritten Kapitel* zunächst eine theoretische Auseinandersetzung mit den Themen Vernetzung, Zusammenarbeit und Versorgungsverbund statt. Nachdem die Zwecke und Ziele einer Versorgung im Verbund sowie theoretische Erkenntnisse verschiedener Wissenschaftsdisziplinen thematisiert werden, erfolgt eine interdisziplinäre Betrachtung des Versorgungsverbunds als Versorgungssystem. Zur Systematisierung bestehender Erkenntnisse und zur Herstellung von Verbindungen zwischen den Wissenschaften dient die Systemtheorie. Durch die Betrachtung des Versorgungsverbunds als Versorgungssystem ist eine systematische Darstellung und Erfassung der verschiedenen Akteure, Beziehungen und Leistungen möglich. Die Managementorientierung der Arbeit führt dazu, dass das auf der allgemeinen Systemtheorie beruhende Konzept des integrierten Managements von Bleicher einen zentralen Stellenwert einnimmt. Aufbauend auf diesem Konzept erfolgt die Erarbeitung eines Versorgungsverbundmodells.

Die Betrachtung des Versorgungsverbunds kann aus verschiedenen Perspektiven erfolgen. Im Zentrum der Arbeit steht die Perspektive der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich zu einem institutionellen Versorgungsverbund zusammengeschlossen haben, um gemeinsam Leistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen zu erbringen sowie die Perspektive der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen, als diejenigen, welche diese Leistungen als Ergänzung und Unterstützung zur Sicherstellung ihrer Versorgung in mehr oder weniger starkem Umfang nutzen. Nur wenn das Wissen bezüglich einer wünschenswerten Gestaltung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen innerhalb einer Gesellschaft besteht, kann darüber nachgedacht werden, wie ein „humanes, integriertes Versorgungssystem, welches mit den eingesetzten Mitteln verantwortlich umgeht“, aussehen sollte.<sup>35</sup>

Im *vierten Kapitel* steht zunächst die Perspektive der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Fokus. Nur wenn sie einen eigenen Nutzen an einem Zusammenschluss sehen, werden sie bereit sein, sich an einer Versorgung im Verbund und somit an der Umsetzung eines institutionellen Versorgungsverbunds zu beteiligen. Aus diesem Grund ist es wichtig zu erfahren, welche Anforderungen potenzielle Verbundteilnehmerinnen und

---

<sup>35</sup> Smolka 2006, S 228

-teilnehmer an einen institutionellen Versorgungsverbund stellen. Aufgrund der Managementorientierung dieser Arbeit stehen gemäß dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher die Anforderungen an die normative, strategische und operative Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds im Zentrum. Zur Erfassung der Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer wird eine empirische Erhebung durchgeführt. Hierzu werden zentrale Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens bezüglich ihrer Anforderungen an eine wohnortnahe Koordination von Versorgungsleistungen befragt. Anhand dieser Anforderungen lassen sich Rückschlüsse bezüglich der wünschenswerten Gestaltung des normativen, strategischen und operativen Managements im institutionellen Versorgungsverbund ziehen.

Letztendlich dient der Zusammenschluss beziehungsweise der institutionelle Versorgungsverbund im Wesentlichen der Optimierung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Einzelfall. Die im zweiten Kapitel aufgezeigte Vielfalt an Anforderungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen an ihre Versorgung führt dazu, dass sich die Anforderungen, denen der institutionelle Versorgungsverbund im Einzelfall gegenübersteht, vielschichtig und zumeist komplex darstellen. Zur Systematisierung der Anforderungen werden die im zweiten Kapitel herausgearbeiteten Versorgungsstile herangezogen.

Hierzu werden im *fünften Kapitel* nach einer allgemeinen Darstellung der Anforderungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen an ihre Versorgung die spezifischen Anforderungen verschiedener Versorgungsstile aufgezeigt. Darauf aufbauend lassen sich Rückschlüsse auf die Herausforderungen, denen der institutionelle Versorgungsverbund gegenübersteht, aufzeigen und Lösungsansätze diesen zu begegnen, geben. Hierbei ist zu beachten, dass sich die institutionelle Perspektive der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und die lebensweltliche Perspektive der hilfe- und pflegebedürftigen Personen sowie ihrer Angehörigen nicht zwangsläufig decken, sondern vielmehr ein Spannungsfeld darstellen, in dem sich die Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds durch kunden- und leistungsorientiertes Handeln einpassen müssen.

Die Arbeit endet mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse sowie der Formulierung von Empfehlungen für die Realisierung einer Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund.

## 2 Stand der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen

### 2.1 Begriff der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen

#### 2.1.1 Versorgung als personale Dienstleistung

Das Wort Versorgung stammt von dem Begriff *Sorge* ab, worunter im ursprünglichen Sinn die „tätige Bemühung um jemanden, der ihrer bedarf“ verstanden wird.<sup>36</sup> Im Zentrum steht die Versorgung von Personen. In der hauswirtschaftswissenschaftlichen Literatur wird daher der Begriff personale Versorgung verwendet, wobei personal den Personenbezug kennzeichnet. Die *personale Versorgung* dient der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge und somit der Erhaltung, Förderung und Verbesserung des physischen und psychischen Versorgungszustands von Personen.<sup>37</sup> Sie findet in allen Lebensphasen und Lebenssituationen einer Person statt.<sup>38</sup> Art und Ausmaß der personalen Versorgung ergeben sich aus den vorhandenen Bedarfslagen und Ansprüchen der zu versorgenden Personen. Die personale Versorgung wird überwiegend in privaten Haushalten erbracht. Je nach Haushaltszusammensetzung, Lebenssituation und Haushaltsstil stellt sich die personale Versorgung einer Person anders dar.<sup>39</sup>

Die Leistungsbereiche, welche die personale Versorgung umfassen, sind nicht einheitlich festgelegt. Zu den typischen Leistungsbereichen gehören nach Bottler<sup>40</sup> Unterkunfts-, Verpflegungs- und Pflegeleistungen. Später fügt er<sup>41</sup> mit dem Leistungsbereich der Betreuung einen weiteren hinzu. Im Gegensatz zu Bottler unterscheidet von Schweitzer<sup>42</sup> Versorgungs-, Pflege- und Erziehungsleistungen. Sie stellt somit Pflegeleistungen gleichberechtigt neben Versorgungsleistungen und ordnet diese nicht wie Bottler der Versorgung unter. Der Fachausschuss Großhaushalt der deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft unterscheidet 15 Leistungsbereiche, wobei der letzte Bereich „sonstige Leistungen“ umfasst und die Aufzählung somit nicht endlich ist. Demnach sind weitere Leistungsbereiche Beaufsichtigung, Beratung, Bildung, Einkau-

---

<sup>36</sup> Duden 2007, S. 777

<sup>37</sup> Bottler 1984, S. 89

<sup>38</sup> Witt 1995, S. 30; Bräunig 2007, S. 18

<sup>39</sup> Preuße/Meier/Sunnus 2003, S. 22

<sup>40</sup> Bottler 1982, S. 11

<sup>41</sup> Bottler 1984, S. 87; Bottler 1993, S. 109; Bottler 1994, S. 45

<sup>42</sup> von Schweitzer 1991, S. 137

fen, Fahrdienste, Freizeit, Gesundheit, Instandhaltung, Reinigung und Wäschepflege.<sup>43</sup> Eine Übersicht hinsichtlich der Leistungen der personalen Versorgung aufbauend auf der Begriffsbestimmung von Bottler enthält Abbildung 1.

| Unterkunftsleistungen   | Verpflegungsleistungen  | Pflegeleistungen   | Leistungen der sozialen Betreuung                           | Sonstige Leistungen   |
|---|---|--|---|---|
| Beispiele:<br>- Instandhaltung<br>- Reinigung<br>- Wäschepflege | Beispiele:<br>- Beköstigung<br>- Einkaufen<br>- Mahlzeitzubereitung | Beispiele:<br>- Behandlungspflege<br>- Gesundheitspflege<br>- Körperpflege | Beispiele:<br>- Beaufsichtigung<br>- Beratung<br>- Freizeit | Beispiele:<br>- Bildung<br>- Erziehung<br>- Fahrdienste<br>- Management |

**Abbildung 1: Leistungen der personalen Versorgung**

**Quelle: eigene Darstellung**

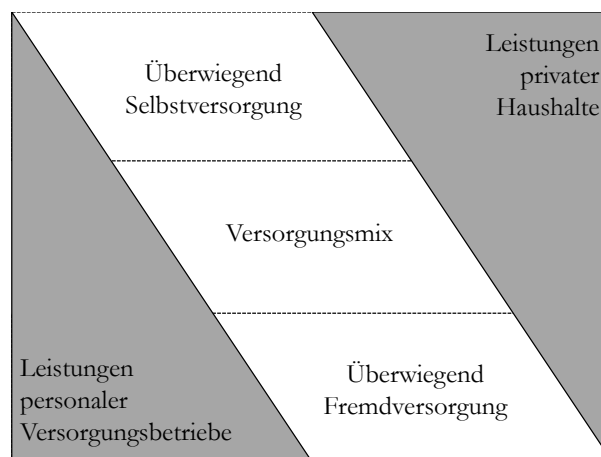
Grundsätzlich sind Leistungen der Grund- und Zusatzversorgung zu unterscheiden. Leistungen der Grundversorgung fallen in jedem Haushalt an und sind dauerhaft für die Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge von Bedeutung. Zu diesen Leistungen gehören beispielsweise Beköstigung, Einkaufen, Management sowie Wäsche- und Wohnungspflege. Im Gegensatz dazu treten Leistungen der Zusatzversorgung nur in bestimmten Lebensphasen und -situationen auf. Zu diesen Leistungen gehören beispielsweise Alten- und Krankenpflege, Gartentätigkeiten, Gästebewirtung, handwerkliche Tätigkeiten, Kinderbetreuung, Tierpflege sowie Vorratshaltung.

Personen, die Leistungen der personalen Versorgung<sup>44</sup> erstellen, werden leistungserstellende oder sorgende Personen bezeichnet. Personen, die Versorgungsleistungen empfangen, sind die leistungsempfangenden oder zu versorgenden Personen. Gewöhnlich erstellen und empfangen alle Personen Versorgungsleistungen. Die leistungserstellende und die leistungsempfangende Person ist die gleiche Person, wenn sie Leistungen für sich selbst erstellt. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen leistungserstellender und leistungsempfangender Person ist zumeist nicht möglich und auch nicht immer sinnvoll.

<sup>43</sup> Bottler 2004b, S. 32

<sup>44</sup> Im Folgenden wird von Versorgungsleistungen gesprochen.

Die Versorgung von Personen findet überwiegend in Haushalten statt. Hierzu gehören Privathaushalte als auch Großhaushalte. Letztere werden auch als personale Versorgungsbetriebe bezeichnet, um auch erwerbswirtschaftlich orientierte Betriebe, die Versorgungsleistungen erbringen, zu berücksichtigen. Aus privathaushaltswissenschaftlicher Sichtweise besteht die Aufgabe personaler Versorgungsbetriebe in der Unterstützung, Ergänzung oder Ersetzung der Leistungen privater Haushalte zur Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge.<sup>45</sup> In der Realität erfolgt die vollständige Daseinsvor- und Daseinsfürsorge der Haushaltsangehörigen durch die Kombination eigens erbrachter Leistungen und erstellter Leistungen personaler Versorgungsbetriebe – wird von einer vollständig autarken Lebensweise Einzelner abgesehen. Je nach Intensität der Nutzung eigens erbrachter Leistungen und erstellter Leistungen personaler Versorgungsbetriebe zur Sicherung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge findet die personale Versorgung von Personen immer in einem bestimmten Verhältnis von Selbst- und Fremdversorgung statt. Abbildung 2 verdeutlicht dies. Die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge erfolgt somit in einem Versorgungsverbundsystem, welches sich aus privaten Haushalten und personalen Versorgungsbetrieben zusammensetzt.<sup>46</sup> Weiterhin existieren Zwischenformen privater Haushalte und personaler Versorgungsbetriebe, wie beispielsweise Formen des betreuten Wohnens, in denen Personen ebenfalls Versorgungsleistungen erhalten. Diese Formen gehören auch zum Versorgungsverbundsystem.



**Abbildung 2: Versorgung im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdversorgung**

**Quelle: eigene Darstellung**

<sup>45</sup> Bottler 1984, S. 91; Pfau 1986, S. 27; Bauer-Söllner/Pfau 1987, S. 6; Blosser-Reisen 1997a, S. 239 f.

<sup>46</sup> Bottler 1984, S. 87

Versorgungsleistungen gehören zu den personenbezogenen Dienstleistungen. Wie alle Dienstleistungen sind sie nicht lagerfähig, nicht transportfähig, nicht sichtbar, nicht materiell und nicht in Massen produzierbar.<sup>47</sup> Sie weisen geringe Mechanisierungs- und Rationalisierungsmöglichkeiten und einen hohen Personaleinsatz auf.<sup>48</sup> Ihre Erstellung setzt eine Interaktion zwischen leistungserstellender und leistungsempfangender Person und somit ihr körperlich, räumlich und zeitlich gleichzeitiges Aufeinandertreffen voraus. Daraus folgt die Notwendigkeit, dass entweder die leistungserstellende Person die leistungsempfangende Person aufsucht, sogenannte Kommstruktur, oder umgekehrt, die leistungserstellende Person zu der leistungsempfangenden Person kommt, sogenannte Gehstruktur.<sup>49</sup> Leistungserstellung und -abgabe erfolgen simultan, was auch mit dem Begriff Uno-Actu-Prinzip verdeutlicht wird.<sup>50</sup> Die leistungsempfangende Person wird zum Prosument, auch Koproduzent genannt, und beeinflusst durch ihre Einsatzqualitäten und Ausbringungsansprüche den Prozess der Leistungserstellung und nimmt maßgeblich Einfluss auf das Versorgungsergebnis.<sup>51</sup>

Die Erstellung personenbezogener Dienstleistungen findet aufgrund ihres Personenbezugs immer auf zwei Ebenen statt. Neben einem rein sachlichen Aspekt beinhaltet die Leistungserstellung immer einen Beziehungsaspekt. Finis Siegler<sup>52</sup> spricht in diesem Zusammenhang von einer ökonomischen und einer sozialen Seite personenbezogener Dienstleistungen. Die Qualität der Versorgung als Ausmaß der Bedarfsdeckung hängt somit immer von der fachlichen und der persönlichen Kompetenz der beteiligten Personen ab.<sup>53</sup> Eine objektive Qualitätsbeurteilung der Leistungserstellung erweist sich oftmals als schwierig, wodurch sich der Wert personenbezogener Dienstleistungen selten eindeutig beurteilen lässt.<sup>54</sup> Eine optimale Interaktion der beteiligten Personen bei der Leistungserstellung ist wünschenswert. Diese lässt sich am ehesten erreichen, wenn die kulturell geprägten Orientierungen, Erwartungen und Handlungsstrategien der Beteiligten übereinstimmen.<sup>55</sup>

---

<sup>47</sup> Finis Siegler 1997, S. 24; Mager 2002, S. 103

<sup>48</sup> Finis Siegler 1997, S. 24

<sup>49</sup> Smolka 2006, S. 39

<sup>50</sup> Finis Siegler 1997, S. 25, 37; Smolka 2006, S. 39; Maleri/Frietzsche 2008, S. 53

<sup>51</sup> Kern 1976, S. 760; Bottler 1982, S. 96; Finis Siegler 1997, S. 37; Mager 2002, S. 104

<sup>52</sup> Finis Siegler 1997, S. 36 f.

<sup>53</sup> Mühlbacher 2002, S. 96; Smolka 2006, S. 119

<sup>54</sup> Finis Siegler 1997, S. 25

<sup>55</sup> Evers/Olk 1996a, S. 347

Die Erstellung personenbezogener Dienstleistungen erfolgt in mehreren Phasen. Grundsätzlich lassen sich eine Vor- und eine Endkombination unterscheiden. Die Vorkombination hat zum Ziel, die Leistungsbereitschaft herzustellen. Sie umfasst die Planung der Angebotskapazitäten, die Beschaffung und Kombination interner Produktionsfaktoren sowie die Abgabe eines Leistungsversprechens.<sup>56</sup> Im Rahmen der Endkombination erfolgt die Abgabe personenbezogener Dienstleistungen an die leistungsempfangende Person. Hierbei werden die (kombinierten) internen Produktionsfaktoren mit den externen Produktionsfaktoren, welche beispielsweise durch die leistungsempfangende Person eingebracht werden, kombiniert.<sup>57</sup>

Hilke<sup>58</sup> unterscheidet drei Phasen der Leistungserstellung. Auch bei Hilke besteht die erste Phase aus der Herstellung der Leistungsbereitschaft und die zweite Phase aus der tatsächlichen Erstellung der Dienstleistung durch die Kombination interner und externer Produktionsfaktoren. Mit dem Dienstleistungsergebnis fügt er eine dritte Phase hinzu. In Anlehnung an diese drei Phasen lassen sich nach Donabedian<sup>59</sup> mit der potenzial-, prozess- und ergebnisorientierten Sichtweise einer Dienstleistung drei Dienstleistungsdefinitionen unterscheiden. Weiterhin kann die systematische Erfassung und Darstellung der Qualität einer Dienstleistung mittels dieser Einteilung erfolgen,<sup>60</sup> wodurch Aussagen zur Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität getroffen werden können. Abbildung 3 zeigt den Prozess der Erstellung von Versorgungsleistungen auf.

---

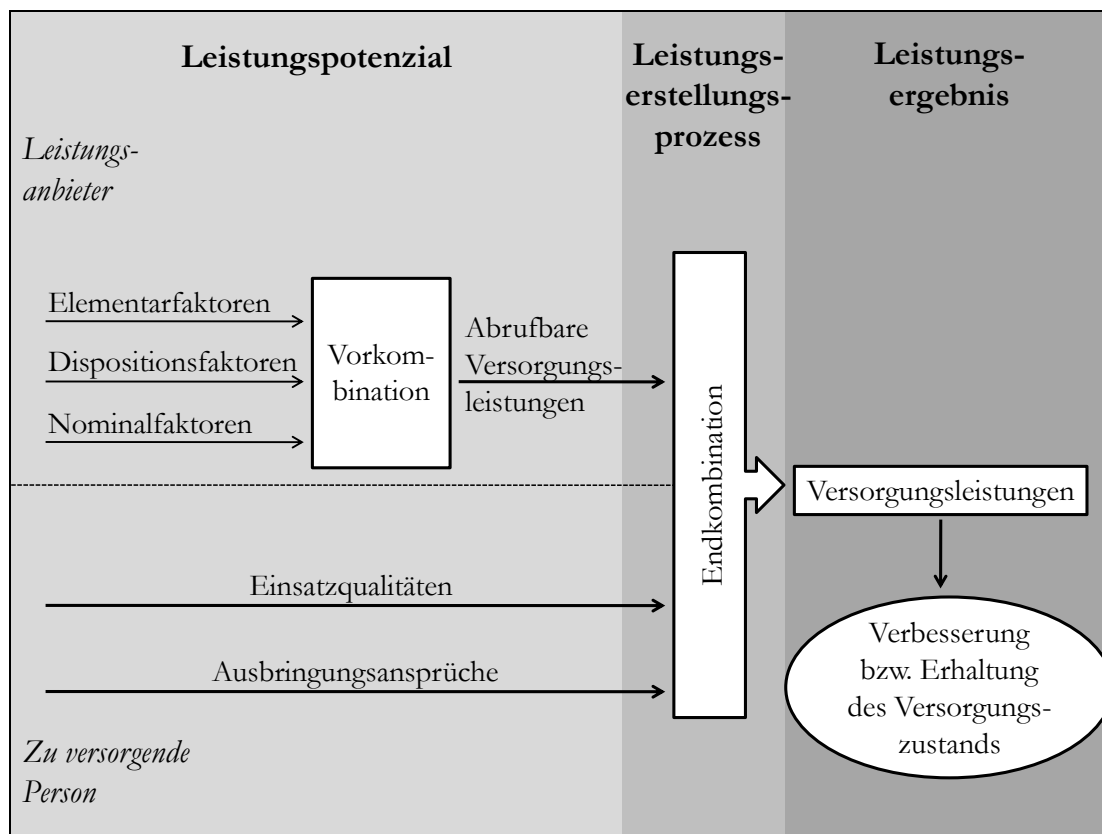
<sup>56</sup> Maleri/Frietzsche 2008, S. 85 ff.

<sup>57</sup> Bottler 1984, S. 89; Maleri/Frietzsche 2008, S. 92

<sup>58</sup> Hilke 1989

<sup>59</sup> Donabedian 1980, S. 83

<sup>60</sup> Finis Siegler 1997, S. 35



**Abbildung 3: Phasen der Erstellung von Versorgungsleistungen**

**Quelle:** eigene Darstellung

Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen als besondere Form personenbezogener Dienstleistungen weisen darüber hinaus weitere Merkmale auf. Wie kaum ein anderer Bereich personenbezogener Dienstleistungen findet die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen in mehreren sozial-ökonomischen Bereichen nahezu gleichberechtigt statt. Die Rede ist vom privat-persönlichen, markt-organisierten, staatlichen und zivilgesellschaftlichen Bereich.<sup>61</sup> Je Bereich gelten für die Erstellung von Versorgungsleistungen unterschiedliche Logiken. Der markt-organisierte Bereich unterliegt den Regularien des Marktes, wobei die Steuerung durch Angebot und Nachfrage erfolgt. Der staatliche Bereich wird maßgeblich von politischen Entscheidungen bestimmt. Der intermediäre Bereich, der den zivilgesellschaftlichen Bereich umfasst, wird von der Wert- und Zweckorientierung einer Gesellschaft insgesamt beziehungsweise einzelner Teile davon beeinflusst.<sup>62</sup>

<sup>61</sup> Evers/Olk 1996a, S. 347; Finis Siegler 1997, S. 37; Jochimsen 2003, S. 38 f.

<sup>62</sup> Evers/Olk 1996b, S. 26; Finis Siegler 1997, S. 38

Die klassischen Tauschbeziehungen zwischen Nachfragern und Anbietern auf anonymen Märkten sind bei Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen regelmäßig außer Kraft gesetzt.<sup>63</sup> Die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen ist charakterisiert durch eine eingeschränkte Autonomie der zu versorgenden Person sowie asymmetrische Ausgangspositionen der beteiligten Personen, welche oftmals wechselseitige Abhängigkeiten entstehen lassen.<sup>64</sup> Die zu versorgende Person ist aufgrund ihrer geringen oder fehlenden Handlungsfähigkeit abhängig von der sorgenden Person. Die Abhängigkeit der zu versorgenden Person kann sich bei hoher Motivation der sorgenden Person, beispielsweise aufgrund ihrer persönlicher Verbundenheit oder ihrer inneren Überzeugung, die Verantwortung für sie übernehmen zu müssen, auf diese übertragen. Aus Angst, die existenziellen Bedürfnisse der ihr nahestehenden Person nicht gedeckt zu wissen, verlässt sie die Versorgungssituation auch dann nicht, wenn sie hinreichende Gründe hätte. So nimmt sie auch körperliche und psychische Belastungen auf sich, um die Versorgung aufrechtzuerhalten.

Potenzielle beziehungsweise tatsächliche Abhängigkeiten und Asymmetrien beinhalten immer die Gefahr der Ausnutzung.<sup>65</sup> Sie können zu Unzufriedenheit und Konflikten bis hin zu Gewalt in Pflegebeziehungen führen. Grundvoraussetzung für eine gelingende Versorgung ist daher eine wohlwollende und nicht desinteressierte beziehungsweise ausschließlich eigennutzorientierte Motivation der sorgenden Person. Neben der Motivationskomponente sind für Jochimsen<sup>66</sup> eine Arbeitskomponente, welche die Bereitstellung der Sorgeleistungen durch die sorgende Person und die Schaffung einer Sorgebeziehung umfasst, sowie die Ressourcenkomponente, worunter sie die Bereitstellung aller erforderlichen materiellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen versteht, für eine effektive Sicherung der Versorgung von Bedeutung.

Trotz der Abhängigkeit der zu versorgenden Person ist ihre Selbstbestimmung und Teilhabe anzustreben. Diese wird maßgeblich beeinflusst von:<sup>67</sup>

- ihren Beziehungen zu den sorgenden Personen,
- den persönlichen Einstellungen der sorgenden Personen zum Recht auf Selbstbestimmung sowie

---

<sup>63</sup> Finis Sieglar 1997, S. 36

<sup>64</sup> Jochimsen 2003, S. 39 f.

<sup>65</sup> Jochimsen 2003, S. 40 f.

<sup>66</sup> Jochimsen 2003, S. 44 ff.

<sup>67</sup> Heusinger/Klünder 2005b, S. 224

– der Zusammensetzung der sorgenden Personen.

Große soziale Netzwerke, die zahlreiche Ressourcen für die Unterstützung beziehungsweise Hilfe<sup>68</sup> bereitstellen, erhöhen die Alternativen der zu versorgenden Person, ihre Versorgung zu sichern. Es besteht die Möglichkeit, Aufgaben der Versorgung auf mehrere Personen zu verteilen, wodurch sich die Abhängigkeit der zu versorgenden Person von einzelnen Personen verringert. Neben großen sozialen Netzwerken wirkt sich eine Beteiligung nicht familiärer Unterstützungspersonen positiv auf die Selbstbestimmung der zu versorgenden Person aus.<sup>69</sup>

### 2.1.2 Versorgungsbedarfe hilfe- und pflegebedürftiger Personen

Eine bedarfsgerechte Versorgung ist dann gegeben, wenn eine Deckung der grundlegenden Bedürfnisse der zu versorgenden Person vorliegt.<sup>70</sup> Hierbei sind nicht allein objektiv messbare Bedürfnisse, welche vom Zustand einer Person abhängen, sondern auch solche, welche sich aus ihren subjektiven Ansprüchen und Erwartungen in Bezug auf ihre Versorgung ergeben, ausschlaggebend.<sup>71</sup> Bedürfnisse entstehen immer durch das Empfinden eines Mangels. Insgesamt existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Bedürfnisse. Bedürfnisse Einzelner hängen von gesellschaftlichen Bedingungen, vom Lebensstandard, von technischen Entwicklungen, von Umweltfaktoren und von anderen Faktoren ab.<sup>72</sup> Sie lassen sich somit nicht allein aus biologischen Gegebenheiten ableiten, sondern sind immer auch kulturell und sozial determiniert.<sup>73</sup>

Nach einer Befragung zu den Bedürfnissen älterer Personen ab 65 Jahren kommen Heyl, Oswald, Zimprich u.a.<sup>74</sup> zu folgenden Ergebnissen. An oberster Stelle älterer Personen steht der Wunsch, in Gesundheit zu leben. Auf den Plätzen zwei bis zehn folgen Lebenssinn, Gebrauchtwerden, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Sicherheit, Mobilität, Anerkennung, Vertraulichkeit, Rückzug und Alleinsein sowie Prestige und Macht.

---

<sup>68</sup> Im Folgenden werden die Begriffe Unterstützung und Hilfe synonym verwendet.

<sup>69</sup> Heusinger/Klünder 2005b, S. 226

<sup>70</sup> Blosser-Reisen 1997a, S. 238

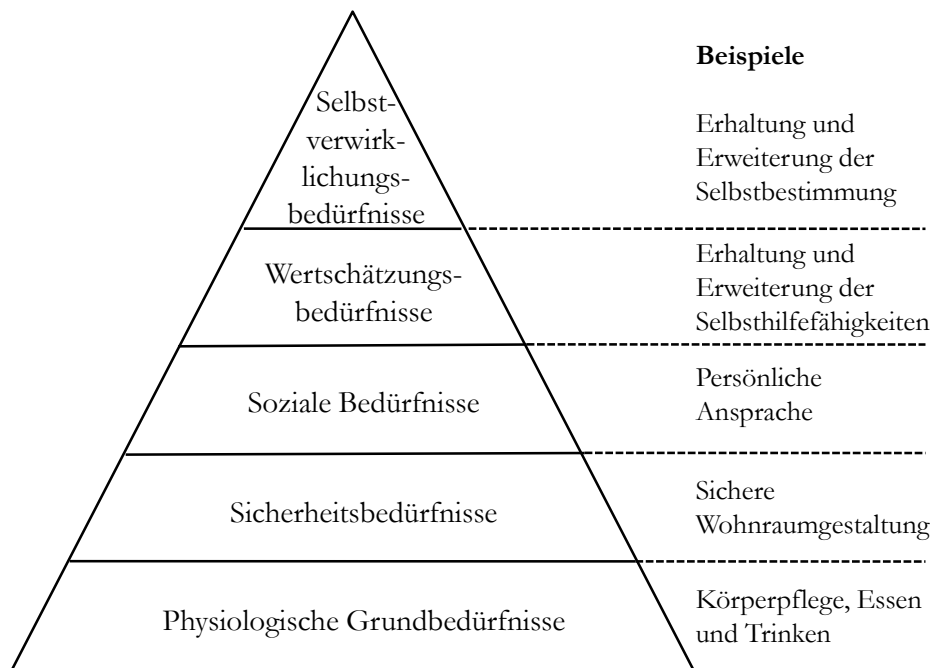
<sup>71</sup> Bottler 2004b, S. 29

<sup>72</sup> Finis Siegler 1997, S. 20

<sup>73</sup> Leonhäuser 1988, S. 62

<sup>74</sup> Heyl/Oswald/Zimprich u.a.1997, S. 39 ff.

Es gibt zahlreiche Versuche, menschliche Bedürfnisse zu kategorisieren. Eine der bekanntesten Einteilungen ist die von Maslow<sup>75</sup>. Auf der Grundlage seiner 1943 veröffentlichten „Theory of Human Motivation“ ist die Maslow'sche Bedürfnispyramide entstanden (siehe Abbildung 4). Sie besteht aus mehreren Bedürfnisebenen, die gemäß seiner Theorie aufeinander aufbauen. Das Erreichen einer nächsthöheren Bedürfnisebene ist dabei nur möglich, wenn die Bedürfnisse der unterliegenden Ebenen befriedigt sind.



**Abbildung 4: Maslow'sche Bedürfnispyramide**

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Olfert/Steinbuch 2001, S. 34

Auf der untersten Ebene stehen physiologische Grundbedürfnisse, die der Existenzsicherung dienen. Hierzu zählen beispielsweise die Erhaltung von Gesundheit, die Körperpflege und die Nahrungsaufnahme. Auf der nächsten Ebene folgen Sicherheitsbedürfnisse. Zur Deckung von Sicherheitsbedürfnissen ist eine beständige und flexible Versorgung der Personen notwendig. Es folgen soziale Bedürfnisse. Diese lassen sich durch ein persönliches und individuelles Eingehen auf die zu versorgende Person sowie ihre Würdigung erreichen. Auf den höheren Ebenen stehen Wertschätzungs- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse. Hierzu sind die Selbstbestimmungs- und Selbsthilfefähigkeiten hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu erhalten beziehungsweise

<sup>75</sup> Maslow 1943, S. 374 ff.

wieder herzustellen. Hilfe- und pflegebedürftige Personen sind von vielfältigen Einschränkungen bei der Verrichtung alltäglicher Dinge des Lebens betroffen und benötigen oftmals bereits bei der Deckung physiologischer Grundbedürfnisse Unterstützung.

Bedürfnisse lösen eine Nachfrage nach Dienstleistungen und Gütern aus. Der dadurch entstehende Bedarf einer Person beziehungsweise Personengruppen lässt sich aus folgenden Faktoren ableiten:<sup>76</sup>

- demografische und epidemiologische Eigenschaften,
- kulturelle, soziale und ökonomische Gegebenheiten sowie
- individuelle Werte, Ziele und Lebenseinstellungen.

Der objektiv gegebene Bedarf hilfe- und pflegebedürftiger Personen besteht mindestens in dem Umfang, in dem sie Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (ADL-Leistungen) wie Ernährung, Körperpflege und Mobilität sowie instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL-Leistungen), zu denen hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder bürokratische und finanzielle Angelegenheiten gehören, nicht selbst erbringen können. Nicht immer hat ein objektiv festgestellter Bedarf ein entsprechendes Inanspruchnahmeverhalten zur Folge.<sup>77</sup> Um Rückschlüsse auf das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten zu ziehen, ist neben dem Wissen über den objektiv festgestellten Bedarf die Kenntnis bezüglich des subjektiv empfundenen Bedarfs von Interesse.

Besteht kein Angebot für die Nachfrage, werden Dienstleistungen oder Güter verweigert oder bestehen Zugangsbarrieren beispielsweise in Form von Geld, Zeit oder Entfernung kommt es zu einer Nichtdeckung bestehender Bedarfe. In deren Folge wächst die Gefahr der Entstehung einer Unterversorgung.<sup>78</sup> Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Nachfrage einem objektiv festgestellten tatsächlichen Bedarf entspricht. Handelt es sich um einen nicht gedeckten subjektiven Bedarf, so entsteht für den Betroffenen ein subjektiv empfundener Versorgungsmangel.<sup>79</sup> Aus dem objektiven und subjektiven Bedarf an Dienstleistungen und Gütern ergibt sich für jede Person beziehungsweise jede Personengruppe ein spezifisches Nachfragerversorgerprofil.<sup>80</sup> An-

---

<sup>76</sup> Bauer-Söllner 1983, S. 55; von Reibnitz 2005, S. 207

<sup>77</sup> Gilberg 1997, S. 248

<sup>78</sup> Unterversorgung entsteht, wenn eine notwendige Versorgungsleistung zur Deckung eines objektiv vorhandenen Bedarfes verweigert oder in einer nicht zumutbaren Form bereitgestellt wird (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, S. 50).

<sup>79</sup> Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, S. 38 ff.

<sup>80</sup> Bottler 2004b, S. 29

gebotsstrukturen sind hierauf auszurichten,<sup>81</sup> um Unter-, Fehl-<sup>82</sup> und Überversorgung<sup>83</sup> zu vermeiden.

Rückschlüsse auf objektive Versorgungsbedarfe lassen sich durch die Analyse der mengenmäßigen Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie der Summe ihrer jeweils individuellen Einschränkungen ziehen. Im Jahr 2009 sind in Deutschland 2,34 Millionen Personen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) pflegebedürftig.<sup>84</sup> Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI liegt vor, wenn es der betreffenden Person aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheit oder Behinderung für eine Dauer von mindestens sechs Monaten nicht möglich ist, alltäglich notwendige und sie regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des alltäglichen Lebens in den Bereichen Ernährung, Körperpflege und Mobilität selbstständig auszuführen und regelmäßig Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Pflegebedürftigkeit ist häufig mit erheblichen Einschränkungen aufgrund physischer und psychischer Leiden, einem Verlust von Autonomie und Lebensqualität, einer Reduktion der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und einer geringen Reversibilität verbunden. Mager<sup>85</sup> bezeichnet Pflegebedürftigkeit daher auch als komplexes multidimensionales Phänomen.

Neben den 2,34 Millionen pflegebedürftigen Personen im Jahr 2009 weisen in Deutschland im Jahr 2002 knapp über drei Millionen Personen Einschränkungen bei vorrangig hauswirtschaftlichen alltäglichen Verrichtungen auf.<sup>86</sup> Es wird von Personen mit Pflegestufe 0 oder Hilfebedürftigen gesprochen. Der überwiegende Teil hilfe- als auch pflegebedürftiger Personen wird in privaten Haushalten versorgt. Einen Überblick hierzu gibt Abbildung 5. Aufgrund sich ändernder Lebens- und Familienformen, einer steigenden innerfamiliären Mobilität sowie einer steigenden Erwerbstätigkeit potenzieller Pflegepersonen ist mit einem Anstieg des Anteils hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu rechnen, die stationär in Pflegeeinrichtungen versorgt werden.

---

<sup>81</sup> Böltz/Rexroth/Sobotka 2004, S. 229

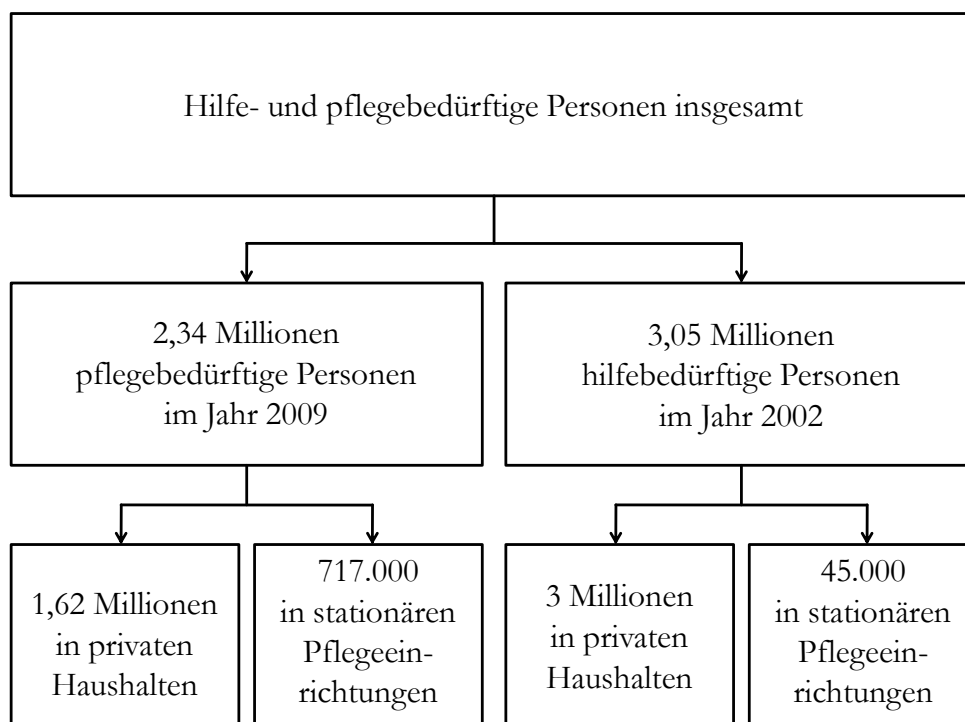
<sup>82</sup> Zu einer Fehlversorgung kommt es dann, wenn durch eine erbrachte Versorgungsleistung ein vermeidbarer Schaden entsteht beziehungsweise deren Schaden den Nutzen übersteigt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, S. 51 f.).

<sup>83</sup> Von Überversorgung wird gesprochen, wenn Versorgungsleistungen über die individuellen Bedarfe hinausgehen, ohne dass ein nachweislicher (Zusatz-)Nutzen entsteht (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, S. 50).

<sup>84</sup> Statistisches Bundesamt 2010, S. 4

<sup>85</sup> Mager 2002, S. 97 f.

<sup>86</sup> Statistisches Bundesamt 2010, S. 4; Infratest Sozialforschung 2003, S. 8; Schneekloth 2006b, S. 10



**Abbildung 5: Hilfe- und pflegebedürftige Personen in Deutschland**

**Quelle:** eigene Darstellung nach Infratest Sozialforschung 2003, S. 8; Schneekloth 2006b, S. 10; Statistisches Bundesamt 2010, S. 4

Vor allem ältere Personen sind von Pflegebedürftigkeit betroffen. Insgesamt 83 Prozent der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter. Die Mehrheit (67 Prozent) von ihnen sind Frauen.<sup>87</sup> Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist für zahlreiche Betroffene keine kurze Episode. Die durchschnittliche Unterstützungsdauer beträgt acht Jahre.<sup>88</sup> Sonstige Hilfebedürftige weisen eine durchschnittliche Unterstützungsdauer von knapp zehn Jahren auf.<sup>89</sup> Im Zuge der demografischen Entwicklung und der Zunahme älterer Personen in Deutschland wird die Anzahl Pflegebedürftiger in den nächsten Jahren steigen. Vorberechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder<sup>90</sup> zufolge werden im Jahr 2030 circa 3,36 Millionen Personen von Pflegebedürftigkeit betroffen sein. Aktuelle Erkenntnisse geben Mut zur Annahme, dass das Auftreten von gesundheitlich bedingten Einschränkungen mit steigender Lebenserwartung zeitlich später erfolgt und Pflegebedürftigkeit vor allem in den letz-

<sup>87</sup> Statistisches Bundesamt 2010, S. 6

<sup>88</sup> Blinkert/Klie 2004b, S. 17

<sup>89</sup> Infratest Sozialforschung 2003, S. 17

<sup>90</sup> Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, S. 24

ten Jahren vor dem Tod ein hohes Risiko darstellt.<sup>91</sup> Der Gewinn zusätzlicher gesunder Lebensjahre ist in der Gesellschaft jedoch ungleich verteilt und vor allem Personen höherer sozialer Schichten erreichen immer öfter ein hohes Alter ohne markante gesundheitliche Einschränkungen.<sup>92</sup>

Verschiedene Beeinträchtigungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen führen dazu, dass Unterstützungsbedarf bei einer Vielzahl alltäglicher Verrichtungen besteht. Hilfe- und pflegebedürftige Personen leiden oftmals unter körperlichen Beeinträchtigungen, wodurch körperbezogene Verrichtungen wie die tägliche Hygiene, die Mobilität sowie die selbstständige Nahrungsaufnahme Schwierigkeiten bereiten. Zur Aufrechterhaltung körperlicher Fähigkeiten sind Leistungen der medizinischen Versorgung notwendig. Außerdem bestehen Einschränkungen bei der Ausführung hauswirtschaftlicher Verrichtungen, sodass sie größtenteils auch in diesem Bereich auf Unterstützung angewiesen sind.<sup>93</sup> Hinzu kommen vielmals kognitive Beeinträchtigungen, welche oftmals zu Problemen bei der selbständigen Bewältigung des Alltags führen.

Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen und knapp ein Viertel der Hilfebedürftigen in privaten Haushalten weisen nach den Daten der Infratest Repräsentativerhebungen, einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Studie, kognitive Beeinträchtigungen auf.<sup>94</sup> Hauptursache kognitiver Beeinträchtigungen im Alter liegt häufig in einer dementiellen Erkrankung. Insgesamt leiden in Deutschland etwa eine Million Personen an einer mittelschweren bis schweren Demenz, wobei es sich zu meist um Altersdemenzen mit einem progredienten und irreversiblen Verlauf handelt. Die Betroffenheit dementieller Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu und beträgt nach den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes bei den 90-Jährigen und Älteren circa 30 Prozent.<sup>95</sup>

Hilfe- und pflegebedürftige Personen mit fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen in privaten Haushalten können nach den Auswertungen der Infratest Repräsentativerhebungen aufgrund fehlender Orientierung unmöglich (32 Prozent) beziehungsweise nur mit Schwierigkeiten (31 Prozent) über mehrere Stunden allein gelassen werden.<sup>96</sup> Neben den Hilfen bei alltäglichen Aktivitäten besteht bei ihnen zusätzlich ein ausgeprägter Betreuungs- und

---

<sup>91</sup> von Winter 2003, S. 8

<sup>92</sup> Otto 2003, S. 80

<sup>93</sup> Blinkert/Klie 1999, S. 78

<sup>94</sup> Schneekloth 2005, S. 73

<sup>95</sup> RKI/Statisches Bundesamt 2006, S. 33

<sup>96</sup> Schäufele/Köhler/Teufel u.a. 2005, S. 113

Aufsichtsbedarf. Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen in privaten Haushalten steigt nach den Auswertungen der Infratest Repräsentativerhebungen für die Haupthilfsperson von 3,6 Stunden am Tag bei nicht Demenzerkrankten auf fünf Stunden am Tag bei Demenzerkrankten.<sup>97</sup>

Die Versorgung Demenzerkrankter ist gekennzeichnet von einer langen Pflegezeit und der Konfrontation mit schwierigen Verhaltensweisen, welche sich in ängstlichem Anklammern, Stimmungsschwankungen, Unruhe, Verdächtigungen sowie Zornesausbrüchen der zu versorgenden Person zeigen können.<sup>98</sup> Im Durchschnitt benötigt nach der Studie von Blinkert und Klie<sup>99</sup> „Die Zeiten der Pflege“, in welcher die Pflege- und Betreuungszeiten von 230 Pflegebedürftigen erfasst wurden, eine hilfe- und pflegebedürftige Person im Durchschnitt 52 Stunden Unterstützung in der Woche. Hiervon erbringen Angehörige circa 34 Stunden, Freundinnen und Freunde, Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn sowie ehrenamtlich Tätige sechs Stunden und professionelle sowie weitere berufliche und kommerzielle Anbieter zwölf Stunden.

Der Versorgungsbedarf ist von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen nach den Ergebnissen des „Ersten Berichts über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend<sup>100</sup> tendenziell höher als bei häuslich versorgten hilfe- und pflegebedürftigen Personen. Über die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner leidet nach Einschätzungen des Heimpersonals unter Einschränkungen des Bewegungsapparats. Nahezu die Hälfte von ihnen weist Herz-Kreislauf-Erkrankungen, über ein Drittel ist von Inkontinenz betroffen, jeder Vierte besitzt eine eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit und jeder Dritte zeigt Sprachstörungen. Knapp zwei Drittel der Heimbewohnerinnen und -bewohner weisen eine psychische Erkrankung wie Demenz, Depression, Gewalttätigkeit, motorische Unruhe, Schizophrenie oder Suchterkrankung auf.<sup>101</sup> Trotz vielfältiger Einschränkungen verfügen hilfe- und pflegebedürftiger Personen durchaus über nicht unerhebliche Alltagskompetenzen, die es zu mobilisieren und auszubauen gilt.<sup>102</sup>

---

<sup>97</sup> Schäufele/Köhler/Teufel u.a. 2005, S. 122

<sup>98</sup> Leipold/Schacke/Zank 2005, S. 34

<sup>99</sup> Blinkert/Klie 2006, S. 203

<sup>100</sup> BMFSFJ 2006, S. 8

<sup>101</sup> BMFSFJ 2006, S. 113 f.

<sup>102</sup> Schneekloth 2006b, S. 18 f.

Aufgrund der aufgezeigten Beeinträchtigungen benötigen hilfe- und pflegebedürftige insbesondere in folgenden Bereichen Unterstützung:

- pflegerische Versorgung,
- hauswirtschaftliche Versorgung,
- medizinische Versorgung und
- soziale Betreuung.

### **2.1.3 Einrichtungen und Leistungen der Versorgung**

Mit der stufenweisen Einführung der Pflegeversicherung in den Jahren 1995 und 1996 existiert erstmals eine soziale Absicherung der Grundversorgung für alle pflegebedürftigen Personen in Deutschland. Jede Person, die nach Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) pflegebedürftig ist, ist berechtigt, Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Die Leistungen sind abhängig von der vom MDK bewilligten Pflegestufe. Zur Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Personen schließen nach §§ 69, 72 Abs. 2 SGB XI die Pflegekassen beziehungsweise ihre jeweiligen Landesverbände im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe Versorgungsverträge mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen beziehungsweise vertretungsberechtigten Vereinigungen gleicher Träger und sonstigen Leistungserbringern ab. In den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen nach § 84 Abs. 4 SGB XI festzulegen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung setzte eine Umwandlung vom Pflegesektor zum Pflegemarkt ein, auf dem Anbieter von Versorgungsleistungen zunehmend im Wettbewerb miteinander stehen. Damit ist ein neues Beziehungsgeflecht zwischen Markt und Staat entstanden, bei dem personale Versorgungsbetriebe unter Berücksichtigung einer Vielzahl gesetzlicher Regelungen eigenverantwortlich agieren. Zur Wahrung der Bedarfsgerechtigkeit sind die Pflegekassen nach § 8 Abs. 2 SGB XI verpflichtet „eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“. Sie tragen nach § 12 Abs. 2 SGB XI dafür Sorge, dass ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, medizinische Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Hierzu sind sie angehalten, eng mit den Ländern, Kommunen und Leistungserbringern unter Beteiligung des MDKs zusammenzuarbeiten. Weiterhin gehört es

nach § 8 Abs. 2 SGB XI zu den Aufgaben der Pflegekassen, die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung seitens professioneller, ehrenamtlicher und informeller Kräfte zu unterstützen und zu fördern.

Zu den zentralen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung gehören im ambulanten Bereich Sozialstationen und Pflegedienste, im teilstationären Bereich Altentagesstätten und im stationären Bereich Pflegeheime und Altenpflegeheime.

Ambulante Pflegeeinrichtungen bieten insbesondere Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, die im privaten Haushalt der hilfe- und pflegebedürftigen Person erstellt werden und somit eine Gehstruktur aufweisen. Weiterhin besitzen sie oftmals Angebote der offenen Altenhilfe, die zumeist von einer Kommstruktur gekennzeichnet sind.<sup>103</sup> Darüber hinaus erbringen sie auch Leistungen der Behandlungspflege.<sup>104</sup> Leistungen der ambulanten Behandlungspflege unterliegen den rechtlichen Regelungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und werden in Abhängigkeit des Bedarfs der zu versorgenden Person erbracht.<sup>105</sup>

Teilstationäre Angebote umfassen verschiedene Formen der Tages- und Nacht- sowie Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Tagespflege kann einmal oder mehrmals pro Woche in Anspruch genommen werden. Neben der pflegerischen Versorgung dient sie vor allem der sozialen Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Bei der Kurzzeitpflege erhalten Pflegebedürftige nach § 39, 42 SGB XI eine jeweils bis zu vier Wochen im Jahr umfassende vollstationäre Pflege, deren Kosten zum Teil von der Pflegekasse übernommen werden. Die Kurzzeitpflege ermöglicht pflegenden Angehörigen, eine Pflegeauszeit zu nehmen. Hauptanliegen teilstationärer Angebote ist es, die Versorgung der zu versorgenden Person in der eigenen Häuslichkeit auch bei fortgeschrittenem Hilfe- und Pflegebedarf aufrechtzuerhalten und somit eine vollstationäre Unterbringung zu vermeiden beziehungsweise hinauszuzögern.<sup>106</sup>

Mit zunehmenden Beeinträchtigungen steigt die Wahrscheinlichkeit, stationär versorgt werden zu müssen.<sup>107</sup> In stationären Pflegeeinrichtungen werden nach § 71 Abs. 2 SGB XI hilfe- und pflegebedürftige Personen vollstationär

---

<sup>103</sup> Smolka 2006, S. 112

<sup>104</sup> Simon 2008, S. 341

<sup>105</sup> Smolka 2006, S. 7 f.

<sup>106</sup> Klie 1999, S. 23

<sup>107</sup> Linden/Gilberg/Horgas u.a. 1996, S. 481 ff.

oder teilstationär untergebracht sowie verpflegt und gepflegt. Eine Übersicht über die Einrichtungen und Leistungen der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung befindet sich in Tabelle 1.

**Tabelle 1: Einrichtungen und Leistungen der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung nach der Form der Versorgung**

|               | <b>Ambulant</b>                                | <b>Teilstationär</b>  | <b>Stationär</b>  |
|---------------|--|---|---|
| Einrichtungen | - Ambulante Pflegedienste<br>- Sozialstationen | - Altentagesstätten<br>- Kurzzeitpflegereinrichtungen           | - (Alten-)Pflegeheime   |
| Leistungen    | - Grundpflege<br>- Hauswirtschaftliche Dienste | - Kurzzeit- und Verhinderungspflege<br>- Tages- und Nachtpflege | - Behandlungspflege<br>- Grundpflege<br>- Unterkunft<br>- Verpflegung |

**Quelle:** eigene Darstellung

Der weitaus größte Teil der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung wird von Angehörigen und anderen privaten Helferinnen und Helfern der zu versorgenden Person erbracht. Hierzu können ferne Verwandte, Freundinnen und Freunde, Bekannte sowie Nachbarinnen und Nachbarn gehören. Pflegekassen unterstützen private Hilfen mit Geldleistungen. Bei einer Inanspruchnahme von Geldleistungen sind Pflegebedürftige nach § 37 Abs. 3 SGB XI verpflichtet, regelmäßig Pflegeberatung durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder eine von der Pflegekasse beauftragte Person abzurufen. Die Pflegeberatung dient der pflegfachlichen Beratung sowie der Qualitätskontrolle und -sicherung häuslicher Versorgungsarrangements. Zur Erweiterung der pflegfachlichen Kenntnisse ist es privat pflegenden Personen nach § 45 SGB XI weiterhin möglich, unentgeltlich Pflegekurse zu besuchen.

Bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen stehen den hilfe- und pflegebedürftigen Personen die Geldleistungen nicht beziehungsweise nur in einem bestimmten Umfang zur Verfügung, der sich aus der nicht vollständigen Nutzung der zustehenden Sachleistungen ergibt. Sachleistungen reichen von einzelnen Pflegeeinsätzen in der häuslichen Umgebung bis hin zur dauerhaften Versorgung in stationären Einrichtungen.<sup>108</sup> Neben Geld- und Sachleistungen gewährt die Pflegeversicherung nach § 40 Abs. 1, 4 SGB XI Leistungen zur Beschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie Zuschüssen zur Verbesserung des

<sup>108</sup> Simon 2008, S. 325

individuellen Wohnumfelds. Ziel der Leistungen der Pflegeversicherung ist nach §§ 2 und 3 SGB XI die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie der Erhalt der Versorgung in der häuslichen Umgebung.

Auch bei nicht vorliegender Pflegebedürftigkeit benötigen zahlreiche ältere Menschen Unterstützung insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung umfassen sämtliche Hilfestellungen, die mit der Organisation des täglichen Lebens im Zusammenhang stehen.<sup>109</sup> Kaufmann<sup>110</sup> bezeichnet diese als „die elementarsten und gewöhnlichsten Handgriffe des häuslichen Lebens“. Für die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung besitzen Infrastruktureinrichtungen wie Apotheken, Banken, Lebensmittelgeschäfte, Postfilialen und Stadtbüros eine hohe Bedeutung. Die Verfügbarkeit von Infrastruktureinrichtungen im näheren Umfeld zeigt teilweise Defizite auf, vor allem dann, wenn berücksichtigt wird, dass der Aktivitätsraum hilfe- und pflegebedürftiger Personen aufgrund eingeschränkter Mobilität begrenzt ist.

Hinsichtlich der Erstellung von Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung kommen unterschiedliche Personen in Betracht. So sind hilfe- und pflegebedürftige Personen in unterschiedlichem Ausmaß noch selbst in der Lage, hauswirtschaftliche Tätigkeiten zu erbringen. Zudem ist die Anzahl privater Helferinnen und Helfer im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung größer als in anderen Versorgungsbereichen und weiterhin stehen auch hier Leistungen personaler Versorgungsbetriebe zur Verfügung, deren Kosten bei vorliegender Pflegebedürftigkeit häuslich Versorgter nach § 36 Abs. 1 SGB XI anteilig von den Pflegekassen übernommen werden. Neben den Pflegekassen gewähren auch die Krankenkassen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V sowie die örtlichen Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfen zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 Abs. 1 SGB XII Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung. Je mehr Personen an der hauswirtschaftlichen Versorgung einer Person beteiligt sind, desto mehr Absprachen sind zwischen ihnen erforderlich. Das regelmäßige Anfallen verschiedener hauswirtschaftlicher Versorgungsleistungen hat jedoch den Vorteil, dass diese planbar und voneinander abgrenzbar sind, was die Organisation und Aufteilung unter den Helferinnen und Helfern erleichtert.

---

<sup>109</sup> Thiessen 2004, S. 87

<sup>110</sup> Kaufmann 1999, S. 68

Im Bereich der hauswirtschaftlichen aber auch der pflegerischen Versorgung sind Dienstleistungsangebote des Grau- und Schwarzmarktes nicht zu vernachlässigen. Besonders in privaten Haushalten arbeiten sozialversicherungsfrei Beschäftigte. Im Jahre 1992 sind dies vermutlich circa 760.000 Personen. Hinzu kommen etwa eine Million geringfügig beschäftigte Haushaltshilfen in Deutschland.<sup>111</sup> Eine EU-weite Euro-Barometer Umfrage im Frühjahr 2007 verdeutlicht die Problematik der illegalen Beschäftigung in Deutschland. Fünf bis sechs Prozent der befragten Deutschen geben demnach die Nutzung undeklariertes zu und weitere drei Prozent der Deutschen geben an, selbst als Anbieter in undeklarierte Arbeitsverhältnisse involviert zu sein. Ein Fünftel der undeklarierten Arbeitsverhältnisse befindet sich nach Auskunft der Befragten im Bereich der haushaltsnahen Dienste sowie des Bausektors.<sup>112</sup>

Physische und psychische Beeinträchtigung treten häufig infolge von Krankheiten auf, wodurch ein Großteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen Leistungen der medizinischen Versorgung benötigt. Eine alleinige Konzentration auf die rein ärztliche Behandlung reicht hierbei oftmals nicht aus. Therapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Massagen oder Rehabilitation sowie Leistungen der Prävention können körperliche Einschränkungen vermeiden, hinauszögern oder verringern<sup>113</sup> und besitzen bei der Versorgung eine zentrale Stellung. Leistungen der Prävention und Rehabilitation besitzen nach § 5 Abs. 1 SGB XI Vorrang gegenüber pflegerischen Versorgungsleistungen und sind wie die auf die rein ärztliche Behandlung ausgelegten Leistungen bei Bedarf im vollen Umfang von den Krankenkassen zu gewähren. Leider wird eine mangelnde Umsetzung von Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen immer wieder beklagt.

Leistungen der medizinischen Versorgung dienen der Aufrechterhaltung beziehungsweise Wiederherstellung der bestmöglichen Gesundheit, indem Krankheiten vorgebeugt, erkannt und behandelt werden. Gesetzlich geregelt ist die medizinische Versorgung vor allem durch das SGB V. Die Organisation und Sicherstellung der medizinischen Versorgung übernehmen die Krankenkassen, wobei diese die Organisation und Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung auf die kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen zum Großteil übertragen haben. Die Leistungen des SGB V stehen allen Krankenkassenversicherten bei Bedarf zur Verfügung.<sup>114</sup> Nichtversicherte Personen

---

<sup>111</sup> Hank 1998, S. 31

<sup>112</sup> Vanderseypen 2009, S. 21

<sup>113</sup> DZA 2005, S. 4

<sup>114</sup> Smolka 2006, S. 7 f.

tragen die Kosten ihrer medizinischen Versorgung selbst. Ist ihnen eine Kostenübernahme nicht möglich, kommen die örtlichen Sozialhilfeträger in einem festgelegten Umfang für die Kosten auf.

Erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit gesundheitlichen Problemen sind in der Regel die Hausärztinnen und -ärzte. Diese sind zumeist in einer Einzelpraxis tätig, teilweise auch in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften. Die Hausärztinnen und -ärzte sind für eine lückenlose und bedarfsgerechte Versorgung im Einzelfall verantwortlich und entscheiden als Lotsen wesentlich über den Verlauf der Behandlung. Sie nehmen hierbei nicht nur Einfluss auf den Bereich der medizinischen Versorgung, sondern auch auf den Bereich der pflegerischen Versorgung sowie medizinisch stationären Versorgung und entscheiden somit maßgeblich über die Allokation von Versorgungsleistungen.<sup>115</sup>

Seit einigen Jahren existiert mit den medizinischen Versorgungszentren eine neue Form der ambulanten Versorgung im Gesundheitswesen. Medizinische Versorgungszentren sind nach § 95 Abs. 1 SGB V „fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte [...] als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“. Aufgrund der beabsichtigten Bündelung und Konzentration fächerübergreifender Kompetenzen stellen sich die Voraussetzung für Koordination und Kooperation im medizinischen Versorgungszentren und die Verwirklichung einer „Versorgung aus einer Hand“ günstig dar,<sup>116</sup> zumindest was die medizinische Versorgung betrifft. Besonders bei der Behandlung von Personen mit chronischen Erkrankungen sowie Mehrfacherkrankungen sind Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachdisziplinen beteiligt. Zu dieser Gruppe gehören vor allem auch hilfe- und pflegebedürftige Personen, sodass gerade für sie das zergliederte Gesundheitswesen negative Auswirkungen zeigt und mit der Errichtung von medizinischen Versorgungszentren die Hoffnung nach Verbesserungen besteht.

Ist die medizinische Versorgung ambulant nicht zu gewährleisten, erfolgt eine stationäre Versorgung, zumeist in Krankenhäusern. Die Kosten der Krankenhausbehandlung werden nach § 108 SGB V von den Krankenkassen übernommen, wenn das Krankenhaus als Hochschulklinik anerkannt ist, in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist oder einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hat. In der Mehrzahl der Krankenhauspläne wer-

---

<sup>115</sup> Smolka 2006, S. 125, 133

<sup>116</sup> Amelung/Meyer-Lutterloh/Schmid u.a. 2006, S. 20; Simon 2008, S. 177 f.

den die Krankenhäuser eines Bundeslandes verschiedenen Versorgungs- beziehungsweise Leistungsstufen zugeordnet. Demnach erfolgt häufig eine Unterscheidung von Krankenhäusern in Krankenhäuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung.<sup>117</sup>

Teilweise verlassen ältere Patientinnen und Patienten das Krankenhaus mit schweren, mitunter dauerhaften Einbußen in ihrer Selbstständigkeit. In diesem Fall sind mit der Entlassung weitreichende Entscheidungen für die künftige Lebens- und Versorgungssituation zu treffen.<sup>118</sup> Zur Aufrechterhaltung bis hin zur Wiederherstellung ihrer Fähigkeiten besitzen Rehabilitationseinrichtungen einen zentralen Stellenwert in der medizinischen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Zur weiteren Behandlung können auch Tageskliniken, in denen eine teilstationäre medizinische Versorgung erfolgt, von Bedeutung sein. Einen Überblick hinsichtlich der Einrichtungen und Leistungen der medizinischen Versorgung befindet sich in Tabelle 2.

**Tabelle 2: Einrichtungen und Leistungen der medizinischen Versorgung nach der Form der Versorgung**

|               | <b>Ambulant</b>  | <b>Teilstationär</b>   | <b>Stationär</b>   |
|---------------|--|--|--|
| Einrichtungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausarzt-, Facharzt- und Zahnarztpraxen</li> <li>- Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie Praxisgemeinschaften</li> <li>- Medizinische Versorgungszentren</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>- Tageskliniken</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhäuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung</li> <li>- Rehabilitationseinrichtungen</li> </ul> |
| Leistungen    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurative und präventive Maßnahmen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurative und präventive Maßnahmen</li> <li>- Verpflegung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurative und präventive Maßnahmen</li> <li>- Verpflegung</li> <li>- Unterkunft</li> </ul>                               |

**Quelle:** eigene Darstellung

Im Mittelpunkt der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen steht oftmals die pflegerische und medizinische Versorgung. Partiiell wird die Wichtigkeit der hauswirtschaftlichen Versorgung erkannt. Die Bedeutung der sozialen Betreuung als ein Teil der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen wird häufig unterschätzt. Dabei treten vor allem im Alter soziale Hilfebe-

<sup>117</sup> Tiemann/Schreyögg/Wörz u.a. 2010, S. 48

<sup>118</sup> Kofahl/Dahl/Döhner 2004, S. 60

darfe durch dementielle Erkrankungen, Apathie, Depression, Immobilität und soziale Isolation sowie mangelnde Fähigkeiten, Kontakte herzustellen sowie den Alltag zu organisieren, häufiger auf. Leistungen der sozialen Betreuung sind vielfältig. Nach der Bundesempfehlung zum Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI gehören alle Leistungen zur sozialen Betreuung, deren Ziel die Gestaltung des Lebensraums zur Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ist. Sie sollen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern sowie die zu versorgenden Personen bei der persönlichen Lebensführung und Gestaltung des Alltags unterstützen. Die Ausgestaltung der sozialen Betreuung sollte individuell erfolgen, wobei die Biografie, Bedürfnisse und Wünsche der zu versorgenden Personen zu berücksichtigen sind.<sup>119</sup>

Stellt der MDK einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung fest, erhalten hilfe- und pflegebedürftige Personen nach § 45a SGB XI Leistungen der sozialen Betreuung von der Pflegeversicherung. Hierzu gehören nach § 45b, c SGB XI Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, Leistungen der sozialen Betreuung, die gesondert zugelassene Pflegeeinrichtungen erbringen, sowie nach Landesrecht anerkannte niederschwellige Betreuungsangebote. Weiterhin gewährt das Zwölfte Sozialgesetzbuch (SGB XII) älteren Personen im Rahmen der „Hilfe in anderen Lebenslagen“ verschiedene Leistungen der sozialen Betreuung.

## **2.2 Versorgung in Haushalten**

### **2.2.1 Versorgung in privaten Haushalten**

Die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen durch Angehörige und andere nahestehende Personen besitzt einen zentralen Stellenwert. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die zu versorgende Person zu Hause in der eigenen Häuslichkeit lebt. Nach Ergebnissen der Infratest Repräsentativerhebungen erhalten mit 92 Prozent nahezu alle pflegebedürftigen Personen, die in privaten Haushalten leben, regelmäßig Unterstützung von Angehörigen. 64 Prozent von ihnen können dabei sogar auf eine private Hilfsperson zurückgreifen, die rund um die Uhr zur Verfügung steht.<sup>120</sup> Von den 2,34 Millionen pflegebedürftigen Personen im Jahr 2009 werden mehr als zwei Drittel in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Mehr als zwei Drittel von ihnen werden

---

<sup>119</sup> Wahl/Reichert 1994, S. 41

<sup>120</sup> Schneekloth 2005, S. 76, 79

allein von Angehörigen unterstützt.<sup>121</sup> Bei der Versorgung hilfebedürftiger Personen zeigt sich die Bedeutung der häuslichen Unterstützung durch Angehörige noch deutlicher.<sup>122</sup>

Die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ist eingebettet in die Umwelt des Haushalts. Unter Zuhilfenahme vorgefertigter Dienste und Güter sowie der Nutzung von Infrastruktureinrichtungen erfolgt die Erstellung von Leistungen innerhalb des Haushalts. Diese Leistungen dienen der unmittelbaren Bedarfsdeckung der Haushaltsangehörigen. Hierzu gehören alle Personen, die regelmäßig im Haushalt leben und Leistungen des Haushalts in Anspruch nehmen.<sup>123</sup>

In der unmittelbaren Bedarfsdeckung der Haushaltsangehörigen liegt auch die spezifische und unverwechselbare Funktion von Haushalten.<sup>124</sup> Egner<sup>125</sup> versteht unter einem Haushalt eine „Einheit der auf Sicherung der gemeinsamen Bedarfsdeckung einer Menschengruppe im Rahmen eines sozialen Gebildes gerichteten Verfügungen“. Haushalte werden daher auch als reproduktive und zielgerichtete Systeme bezeichnet.<sup>126</sup> Ist eine Bedarfsdeckung der Haushaltsangehörigen nicht mehr gesichert oder nicht mehr erforderlich, erfolgt dessen Auflösung. Private Haushalte sind somit stets an die Personen gebunden, welche ihn gründen.<sup>127</sup>

Zur Erfüllung der unmittelbaren Bedarfsdeckung der Haushaltsangehörigen bedarf es stets haushälterischen Handelns. Zur Systematisierung und Erklärung haushälterischen Handelns bietet sich eine systemtheoretische Betrachtung an. Von Schweitzer<sup>128</sup> untergliedert hierzu private Haushalte in ein Familien- und ein Haushaltssystem. Das Familiensystem betrachtet das familiäre Zusammenleben, welches geprägt ist von Dominanzen und Sympathien zwischen den Haushaltsangehörigen. Es stellt primär die Interaktionen der Haushaltsangehörigen in den Fokus. Die Analyse des Haushaltssystems bezieht sich verstärkt auf das Zusammenwirtschaften und somit die Organisation innerhalb des Haushalts. Beide Systeme sind eng miteinander verflochten. So prägen die Haushaltsangehörigen das Zusammenwirtschaften einerseits dadurch, dass sie daran unmittelbar beteiligt sind und andererseits dadurch, dass

---

<sup>121</sup> Statistisches Bundesamt 2010, S. 4

<sup>122</sup> Infratest Sozialforschung 2003, S. 8; Schneekloth 2006b, S. 10

<sup>123</sup> Meier/Preuße/Sunnus 2003, S. 111

<sup>124</sup> Dubberke 1958, S. 59; Egner 1976, S. 30; Tschammer-Osten 1979, S. 31

<sup>125</sup> Egner 1976, S. 34

<sup>126</sup> Raffée 1966, S. 183; Tschammer-Osten 1979, S. 29 f.

<sup>127</sup> Egner 1976, S. 30; von Schweitzer 1991, S. 144

<sup>128</sup> von Schweitzer 1991, S. 142

sie in Abhängigkeit ihrer eigenen Bedarfslagen und Ansprüche spezifische Anforderungen an die Leistungen des privaten Haushalts stellen.<sup>129</sup>

Mit dem Personal-, Markt- und Hauswirtschaftssystem untergliedert sie das Haushaltssystem in drei Subsysteme.<sup>130</sup> Das Personalsystem setzt sich aus den Haushaltsangehörigen zusammen, welche über die anzustrebenden Versorgungszustände entscheiden sowie die Art und Weise festlegen, wie diese zu erreichen sind.<sup>131</sup> Über das Marktsystem beziehen private Haushalte notwendige Güter und Dienste aus der Umwelt, die im Hauswirtschaftssystem zu bedarfsgerechten, auf den eigenen Konsum ausgerichteten Leistungen transformiert werden. Hinsichtlich der Bereitstellung der Leistungen stellt sich jedem Haushalt die Frage der optimalen Mischung von Selbsterstellung und Fremdbezug. In der Zeit der Industrialisierung und der damit verbundenen fortschreitenden Arbeitsteilung kommt es zu einer zunehmenden Auslagerung von Tätigkeiten aus dem privaten Haushalt.<sup>132</sup> Von Schweitzer macht dies mit dem Übergang vom Selbstversorgerhaushalt über den Dienstleistungshaushalt zum Vergabehaushalt deutlich.<sup>133</sup> Je persönlicher und individueller die zu deckenden Bedarfe sind, desto schwieriger gestaltet sich jedoch die Auslagerung der zur Bedarfsdeckung benötigten Leistungen.<sup>134</sup> Dies trifft auf Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen in besonderem Maße zu.

Zumeist kommt es hierbei erst zu einer Auslagerung, wenn aufgrund mangelnder finanzieller, personeller und sachlicher Kapazitäten, Haushalte sich gezwungen sehen, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Aber auch das Streben nach Abwechslung, Entspannung und zusätzlicher Lebensqualität, kann zu einer Vergabe von Versorgungsleistungen führen. Für viele Personen stellt die Abgabe von Versorgungsleistungen eine Entlastung dar. Teilweise fehlen Haushaltsangehörigen fachliche Kenntnisse, die für die Erbringung von Versorgungsleistungen essentiell sind.

Zur Bedarfsdeckung benötigte Leistungen sind in der Regel begrenzt verfügbar, wodurch die Notwendigkeit ihres optimalen Einsatzes besteht. Dabei folgt der Mensch dem Wirtschaftlichkeitsprinzip als Rationalprinzip, indem er entweder versucht, angestrebte Ziele mit einem möglichst geringen Mitteleinsatz zu erreichen oder mit einem gegebenen Mitteleinsatz einen möglichst ho-

---

<sup>129</sup> von Schweitzer 1991, S. 141 ff.

<sup>130</sup> von Schweitzer 1991, S. 142

<sup>131</sup> Bottler 1984, S. 90 f.

<sup>132</sup> Witt 1995, S. 30

<sup>133</sup> von Schweitzer 1983, S. 64 ff.

<sup>134</sup> Heinrich 1954, S. 316; Dubberke 1958, S. 52

hen Zielerreichungsgrad zu bewirken.<sup>135</sup> Eine optimale Ressourcenallokation setzt die Verfügbarkeit von Informationen sowie ein planvolles Management der Haushaltsangehörigen voraus.<sup>136</sup> Aufgrund der Tatsache, dass Informationen unvollständig vorliegen, kann haushälterisches Handeln daher nie der optimalen Rationalität entsprechen.<sup>137</sup>

Zur Deckung lebensnotwendiger Bedarfe ist haushälterisches Handeln für jede Person essentiell und tagtäglich zu erbringen. Es hat zur Aufgabe, die Lebensnot der Personen oder einer Gruppe von Haushaltsangehörigen zu verhindern oder zu mildern und somit Leben zu erhalten.<sup>138</sup> Ist ein Einzelner nicht mehr in der Lage, lebensnotwendige Handlungen vorzunehmen, sei es, weil er diese (noch) nicht gelernt hat oder sei es aufgrund physischer oder psychischer Einschränkungen, müssen andere Personen für seine Lebenserhaltung sorgen.<sup>139</sup>

Haushälterisches Handeln ist das Ergebnis individueller Gegebenheiten des Haushalts und wird nach der personalen Theorie von Rosemarie von Schweitzer<sup>140</sup> bestimmt von seinen Ressourcen und Handlungsspielräumen sowie den Werten und Zielen seiner Angehörigen.<sup>141</sup> Das Ergebnis haushälterischen Handelns drückt sich im Haushaltsstil als typisches Muster der Alltagsorganisation aus. Mittels des in Abbildung 6 dargestellten haushälterischen Dreiecks lässt sich haushälterisches Handeln erklären.

---

<sup>135</sup> Tschammer-Osten 1979, S. 30

<sup>136</sup> von Schweitzer 1991, S. 24

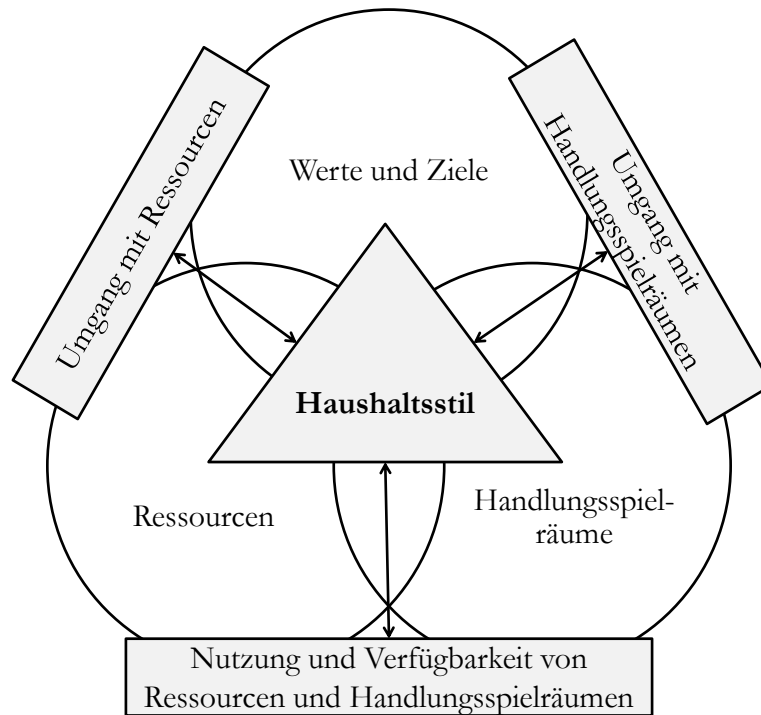
<sup>137</sup> Raffée 1966, S. 182

<sup>138</sup> von Schweitzer 1993a, S. 5

<sup>139</sup> von Schweitzer 1993a, S. 5 ff.

<sup>140</sup> von Schweitzer 1991, S. 127 ff.

<sup>141</sup> Preuße/Meier/Sunnus 2003, S. 19 f.



**Abbildung 6: Haushaltsstile als Ergebnis haushälterischen Handelns**

**Quelle: Meier/Preuß/Sunnus 2003, S. 53**

Die Ressourcen eines Haushalts setzen sich aus seinem Human-, Konsumtiv- und Produktivvermögen zusammen.<sup>142</sup> Jeder Haushalt verfügt über eine spezifische Ressourcenzusammensetzung, welche in ihrer Art, ihrem Ausmaß und ihrer Qualität variiert. Es lassen sich haushaltsinterne und -externe Ressourcen unterscheiden. Zu den haushaltsinternen Ressourcen gehören haushalts- und personenbezogene Ressourcen. Ressourcen, welche dem Haushalt aufgrund bestehender informeller Helfernetze sowie formeller Akteure und Einrichtungen im Umfeld zur Verfügung stehen, bilden die haushaltsexternen Ressourcen.<sup>143</sup> Im Gegensatz zu haushaltsinternen Ressourcen besteht bei den haushaltsexternen Ressourcen lediglich die Wahl zwischen Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme. Der Einfluss auf die Ausgestaltung haushaltsexterner Ressourcen ist dem Haushalt nur begrenzt und nicht unabhängig von anderen Personen möglich.

Handlungsspielräume sind abhängig von dem Haushaltsstandort und den gesellschaftlichen Bedingungen der jeweiligen Kultur und Zeit.<sup>144</sup> Sie ergeben sich auf drei Ebenen des privaten Haushalts, der Mikro-, Meso- und Makro-

<sup>142</sup> von Schweitzer 1991, S. 156

<sup>143</sup> Preuß/Meier/Sunnus 2003, S. 27

<sup>144</sup> von Schweitzer 1991, S. 136

ebene. Die Mikroebene umfasst alle verfügbaren Ressourcen, welche der Wohnungs- und Schwellenbereich des privaten Haushalts bereitstellt. Handlungsspielräume der Mesoebene setzen sich aus den Infrastruktureinrichtungen des Nahbereichs zusammen. Wirtschafts- und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen stellen dem privaten Haushalt weitere Handlungsspielräume zur Verfügung, welche auf der Makroebene berücksichtigt werden.<sup>145</sup>

Der Zugang zu und die Verfügbarkeit von Ressourcen und Handlungsspielräumen privater Haushalte nehmen Einfluss auf die objektiven Lebensbedingungen der Haushaltsangehörigen.<sup>146</sup> Inwieweit sich jedoch objektiv günstige Lebensbedingungen auf die subjektive Lebensqualität der Haushaltsangehörigen auswirken, hängt im Wesentlichen von den eigenen Vorstellungen hinsichtlich eines zufriedenstellenden Lebens ab.<sup>147</sup> So entscheiden die Haushaltsangehörigen in Abhängigkeit ihrer Wert- und Zielvorstellung über die Nutzung und die Inanspruchnahme zur Verfügung stehender Ressourcen und Handlungsspielräume.<sup>148</sup> Die Wert- und Zielvorstellungen der Haushaltsangehörigen verleihen jedem Haushalt eine qualitative und individuelle Komponente.<sup>149</sup>

Der individuelle „Zustand“ einer Person, der sich aus dem Vorhandensein von Ressourcen und deren Nutzung ergibt, wird als Lebenslage bezeichnet.<sup>150</sup> Die Lebenslage umschreibt nicht nur die Ausgangsbedingungen für haushälterisches Handeln, sondern insbesondere dessen Ergebnis.<sup>151</sup> Beeinflusst wird die Lebenslage von verschiedenen Lebensbereichen. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche Bildung, Einkommen, Erwerbstätigkeit, Gesundheit und Wohnen.<sup>152</sup> Mit fortschreitendem Alter verändert sich die Bedeutsamkeit einzelner Lebensbereiche. So gewinnen Einkommenssituation und Gesundheitszustand als wesentliche Bestimmungsgrößen für gesellschaftliche Teilhabe und selbstständige Lebensführung im Alter an Wichtigkeit. Neben der finanziellen und materiellen Versorgung steigt für Hochaltrige die Bedeutung immaterieller Ressourcen wie die Verfügbarkeit familiärer und verwandtschaftlicher Beziehungen.<sup>153</sup>

---

<sup>145</sup> von Schweitzer 1991, S. 142

<sup>146</sup> Weidekamp-Meicher 2005, S. 332

<sup>147</sup> Weidekamp-Meicher 2005, S. 332

<sup>148</sup> von Schweitzer 1991, S. 159

<sup>149</sup> Blosser-Reisen 1997a, S. 241

<sup>150</sup> Amrhein 2004, S. 61

<sup>151</sup> Clemens/Naegele 2004, S. 388

<sup>152</sup> Blosser-Reisen 1997a, S. 241

<sup>153</sup> Clemens/Naegele 2004, S. 388

### 2.2.2 Versorgung durch personale Versorgungsbetriebe

Das Eintreten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist mit Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung der betroffenen Person verbunden. Sie führt stets zu einer Verringerung der Haushalts- und Marktproduktion des gesamten Haushalts.<sup>154</sup> Zusätzlich steigen die Anforderungen, welche Haushalte mit hilfe- und pflegebedürftigen Haushaltsangehörigen zu bewältigen haben. Nicht selten stößt insbesondere die Erbringung von Versorgungsleistungen, die ein hohes fachliches Wissen und eine hochspezialisierte technische Ausstattung erfordert, an ihre Grenzen.<sup>155</sup> Zur Unterstützung, Ergänzung bis hin zur Ersetzung der Sicherstellung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Haushaltsangehöriger kommt es vermehrt zur Nutzung von Leistungen personaler Versorgungsbetriebe. Personale Versorgungsbetriebe stellen selbst bei Nichtnutzung beziehungsweise geringfügiger Nutzung ein wichtiges „Auffangnetz“, eine wichtige „Kooperationsressource“ und einen wichtigen „Stresspuffer“ für private Haushalte dar.<sup>156</sup>

Zu den personalen Versorgungsbetrieben gehören alle Betriebe, die personale Versorgungsleistungen erstellen. Typische personale Versorgungsbetriebe sind Gemeinschaftsverpflegungsbetriebe, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Für die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen besitzen personale Versorgungsbetriebe, welche Leistungen der pflegerischen, hauswirtschaftlichen und medizinischen Versorgung sowie der sozialen Betreuung erbringen, einen zentralen Stellenwert. Im Gegensatz zu Großhaushalten, die wie private Haushalte ausschließlich bedarfswirtschaftlich orientiert sind, können personale Versorgungsbetriebe eine erwerbswirtschaftliche Orientierung aufweisen. Teilweise werden personale Versorgungsbetriebe auch als hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe bezeichnet. Die Gefahr der Verwendung des Begriffs des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs besteht in der mitunter irreführenden Hervorhebung der hauswirtschaftlichen Tätigkeit, da sich die Leistungen personaler Versorgungsbetriebe selten allein auf die Erbringung dieser beziehen.

Der Zweck personaler Versorgungsbetriebe besteht in der Hervorbringung personaler Versorgungsleistungen, welche der Förderung und Gewährleistung des Alltagslebens von Personen dienen. Diese sind in der erforderlichen Art,

---

<sup>154</sup> Mager 2002, S. 98

<sup>155</sup> Bauer-Söllner 1983, S. 11; Claupein/Schnieder 1995, S. 4; Künemund/Hollstein 2000, S. 216; Smolka 2006, S. 6

<sup>156</sup> Zeman 1999, S. 376

Güte und Menge, am richtigen Ort und zum richtigen Zeitpunkt bereitzustellen.<sup>157</sup> Personale Versorgungsbetriebe sind stets zielorientiert und auf einen längerfristigen Bestand ausgerichtet. Bei der Erbringung ihrer Leistungen sind seitens personaler Versorgungsbetriebe gesellschaftliche Wertvorstellungen, lokale Versorgungsbedarfe, sozialstaatliche Vorgaben, wissenschaftliche Erkenntnisse sowie Wertvorstellungen der Einrichtungsträger und Nutzerinnen und Nutzer zu berücksichtigen.<sup>158</sup>

Personale Versorgungsbetriebe lassen sich nach ihrer grundsätzlichen Zielausrichtung differenzieren, was zu ihrer Unterscheidung in bedarfswirtschaftlich orientierte und erwerbswirtschaftlich orientierte Betriebe führt. Bedarfswirtschaftlich orientierte personale Versorgungsbetriebe bezeichnet Bottler als Großhaushalte. Piorkowsky<sup>159</sup> spricht auch von Anstaltshaushalten. Bei der Bedarfsorientierung steht die Deckung bestehender Bedürfnisse von Personen mit dem Ziel der Verbesserung ihres Versorgungszustands im Mittelpunkt.<sup>160</sup> Sie befinden sich in öffentlicher oder privat-nicht kommerzieller Trägerschaft. Personale Versorgungsbetriebe mit einer öffentlichen oder einer privat-nicht kommerziellen Trägerschaft sind stark an normative Vorgaben ihrer Träger gebunden. Erwerbswirtschaftlich orientierte personale Versorgungsbetriebe werden in privat-kommerzieller Trägerschaft geführt. Hohe Priorität erwerbswirtschaftlich orientierter personaler Versorgungsbetriebe besitzen Formalziele wie beispielsweise Gewinnerzielung. Neben dem jeweiligen primären Ziel, welches sich aus der grundsätzlichen Orientierung personaler Versorgungsbetriebe ergibt, verfolgen sie weitere Ziele. Hierzu gehören beispielsweise humanitäre, ökologische und soziale Ziele. Ein Überblick hinsichtlich der Begrifflichkeiten ist in Abbildung 7 dargestellt.

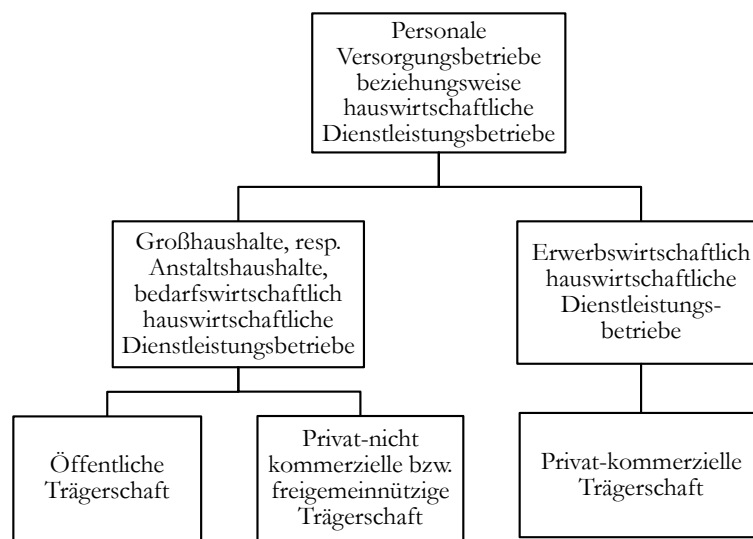
---

<sup>157</sup> Böltz/Rexroth/Sobotka 2004, S. 227; Bottler 2004a, S. 40

<sup>158</sup> Smolka 2006, S. 118

<sup>159</sup> Piorkowsky 1986, S. 113

<sup>160</sup> Bottler 1986, S. 17



**Abbildung 7: Systematisierung personaler Versorgungsbetriebe**

**Quelle:** eigene Darstellung

Leistungen personaler Versorgungsbetriebe reichen von marktgängigen Dienstleistungen bis hin zu staatlich garantierten Solidarleistungen.<sup>161</sup> Staatlich garantierte Solidarleistungen werden nach dem Subsidiaritätsprinzip erbracht. Nach dem Grundsatz der Subsidiarität soll staatliche Hilfe erst dann zum Einsatz kommen, wenn der Einzelne beziehungsweise ihm unterhaltspflichtige Personen oder freie gesellschaftliche Kräfte nicht in der Lage sind, notwendige Versorgungsleistungen bedarfsgerecht selbst zu erbringen.<sup>162</sup> Die Sicherstellung der personalen Versorgung zeichnet sich in Deutschland seit jeher durch eine Mischung privater, ehrenamtlicher sowie marktbezogener und öffentlicher Akteure aus.

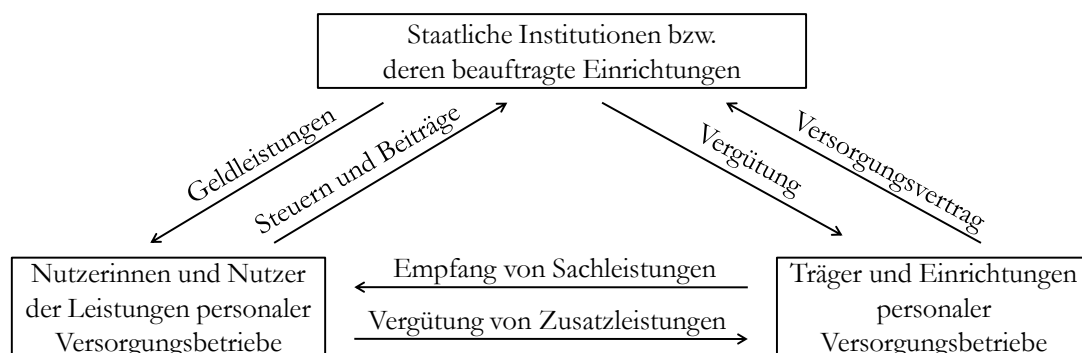
Zur Übernahme staatlich garantierter Solidarleistungen schließen staatliche Institutionen beziehungsweise deren beauftragte Einrichtungen Versorgungsverträge mit personalen Versorgungsbetrieben ab. In den Versorgungsverträgen werden Fragen zur Finanzierung, zur Leistungsqualität sowie zum Leistungsumfang festgelegt. Mit der Übernahme staatlich garantierter Solidarleistungen beeinflussen politische und rechtliche Bestimmungen das Handeln personaler Versorgungsbetriebe. Gekennzeichnet sind die Versorgungsverträge von einer zunehmenden Monetarisierung, bei der zunehmend die Effizienz der Leistungserbringung im Vordergrund steht. So folgt die Vergabe staatlich garantierter Solidarleistungen immer weniger einer nach korporativem Muster

<sup>161</sup> Blinkert/Klie 2002, S. 100

<sup>162</sup> Pfau 1986, S. 28; Sobotka 1992, S. 33; Ortmann 2005, S. 407

funktionierenden Bedarfsermittlung, sondern basiert zunehmend auf marktwirtschaftlichen oder zumindest marktnahen Entscheidungen. In deren Folge kommt es zu einer Fülle individuell getroffener Einzelentscheidungen seitens personaler Versorgungsbetriebe,<sup>163</sup> um den Anforderungen des Marktes gerecht zu werden. Die daraus entstehende Versorgungsstruktur stellt aus der Sicht des einzelnen personalen Versorgungsbetriebs durchaus eine optimale Lösung dar. Jedoch scheint die Gesamtsituation der Betroffenen zunehmend aus dem Blickfeld zu geraten, wodurch die Gefahr des Entstehens von Versorgungsmängeln steigt.

Insbesondere bei staatlich garantierten Solidarleistungen entstehen vielseitige Verflechtungen zwischen staatlichen Institutionen beziehungsweise den vom Staat beauftragten Einrichtungen, personalen Versorgungsbetrieben sowie ihren Nutzerinnen und Nutzern. Klassische Marktbeziehungen, bei denen die leistungserstellende Person direkte Tauschbeziehungen mit der leistungsempfangenden Person eingeht und die Bezahlung der Leistung direkt erfolgt, liegen hier nicht vor. Staatliche Institutionen beziehungsweise deren beauftragte Einrichtungen übernehmen die Finanzierung staatlich garantierter Solidarleistungen. Einen Überblick der Tauschbeziehungen zeigt Abbildung 8.



**Abbildung 8: Tauschbeziehungen bei staatlich garantierten Solidarleistungen**

**Quelle:** eigene Darstellung

Die Erstellung von Versorgungsleistungen zeigt bei personalen Versorgungsbetrieben und privaten Haushalten Unterschiede auf. Haushaltsangehörige zeigen eine größere Nähe zum Versorgungsgeschehen, wodurch sie eher auf plötzliche, unvorhersehbare beziehungsweise nicht planbare Bedarfe reagieren können. Versorgungsleistungen privater Haushalte sind auf die spezifischen

<sup>163</sup> Dahme/Kühnlein/Wohlfahrt 2005, S. 245

Bedarfe der Haushaltsangehörigen ausgerichtet und daher von einer hohen Individualität gekennzeichnet. Bedarfe werden im privaten Haushalt ganzheitlich gesehen. Versorgungsleistungen privater Haushalte werden daher auch als multikomplex bezeichnet.<sup>164</sup>

Personale Versorgungsbetriebe konzentrieren ihr Leistungsangebot auf ausgewählte Bedarfslagen.<sup>165</sup> Im Gegensatz zu privaten Haushalten sind ihre Leistungen daher eher uniplex.<sup>166</sup> Eine Konzentration auf einzelne, überwiegend praktische Tätigkeiten, wird jedoch der hohen Komplexität hilfe- und pflegebedürftiger Personen selten gerecht. Ein weiterer Unterschied zwischen personalen Versorgungsbetrieben und privaten Haushalten besteht in der Entlohnung der Leistungserbringung. Personale Versorgungsbetriebe erbringen ihre Leistungen gegen ein Entgelt. Durch die Fachkompetenz und Spezialisierung personaler Versorgungsbetriebe sind sie eher in der Lage, Versorgungsleistungen zu erbringen, die ein hohes Maß an Fachwissen und Erfahrung in ihrer Erstellung erfordern als private Haushalte. Dennoch ist eine Ausrichtung der Leistungen an individuellen Einzelbedarfen, wie sie in privaten Haushalten geschieht, auch durch personale Versorgungsbetriebe anzustreben.<sup>167</sup> Diesem Wunsch sind jedoch ökonomische Grenzen gesetzt und dadurch nur bis zu einem bestimmten Grad realisierbar. Je stärker die Spezialisierung sowie die Größe des personalen Versorgungsbetriebs sind, desto schwerer fällt es, persönliche Bedürfnisse, Wünsche und Vorlieben zu berücksichtigen.<sup>168</sup> Die wesentlichen Unterschiede zwischen privaten Haushalten und personalen Versorgungsbetrieben sind in Tabelle 3 aufgeführt.

---

<sup>164</sup> Heusinger/Klünder 2005a, S. 144

<sup>165</sup> Zeman 1999, S. 384

<sup>166</sup> Heusinger/Klünder 2005a, S. 145

<sup>167</sup> Müller/Wiese-Ruckelshausen 1986, S. 21

<sup>168</sup> Witt 1995, S. 32

Tabelle 3: Vergleich privater Haushalte und personaler Versorgungsbetriebe

|                         | Private Haushalte  | Personale Versorgungsbetriebe  |  |
|-------------------------|--|--|--|
|                         |  | Bedarfwirtschaftlich orientiert  | Erwerbswirtschaftlich orientiert   |
| Zweck                   | - Sicherung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge der Haushaltsangehörigen | - Unterstützung und Ergänzung sowie Ersatz der Leistungen privater Haushalte zur Sicherung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge | - Erzielung von Einkommen  |
| Ziele                   | - Leistungs- bzw. Sachziele  | - Vorrangig: Leistungs- bzw. Sachziele<br>- Nachrangig: Gewinn- bzw. Formalziele   | - Vorrangig: Gewinn- bzw. Formalziele<br>- Nachrangig: Leistungs- bzw. Sachziele |
| Leistungserbringer      | - Haushaltsangehörige  | - Hauptamtlich beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter<br>- Ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger               | - Überwiegend angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter                       |
| Zielgruppe              | - Haushaltsangehörige  | - Nutzerinnen und Nutzer<br>- Kundinnen und Kunden   |  |
| Beziehungen             | - Sympathie- und Dominanzbeziehungen                                     | - Vertragliche Beziehungen   |  |
| Grad der Arbeitsteilung | - Geringe Arbeitsteilung   | - Hohe Arbeitsteilung<br>- Aufgabenverteilung nach Qualifikation   |  |

Quelle: eigene Darstellung

Zunehmend gewinnen Leistungen personaler Versorgungsbetriebe an Bedeutung. Sie werden immer häufiger nicht als reiner Ersatz der familialen Versorgung innerhalb privater Haushalte gesehen, sondern als alternative und zusätzliche Unterstützungsmöglichkeit bei der Bewältigung des Alltags geschätzt. Gleichzeitig steigen auch die Anforderungen an Leistungen personaler Versorgungsbetriebe. Eine Mischung informell geleisteter Hilfen seitens Angehöriger und weiterer Personen des privaten Unterstützungsnetzes der zu versorgenden Person sowie formell geleisteter Hilfen seitens personaler Versorgungsbetriebe sollte vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Stärken und Schwächen verstärkt angestrebt werden. Hierzu ist es notwendig, strukturelle

Unterschiede des informellen und formellen Hilfenetzes anzuerkennen.<sup>169</sup> Eine Versorgung in gemischter Verantwortung wird seit einigen Jahren insbesondere mittels der Etablierung neuer Versorgungsformen erprobt.

### **2.2.3 Neue Versorgungsformen**

Neben der informell geprägten Versorgung in privaten Haushalten sowie der formell geprägten Versorgung durch personale Versorgungsbetriebe existieren verschiedene Zwischenformen der Versorgung. Hierzu gehören beispielsweise verschiedene Formen des betreuten Wohnens, gemeinschaftliche Wohnformen sowie Formen betreuter Wohn- und Hausgemeinschaften. Schätzungen zufolge leben 200.000 bis 250.000 ältere Personen in diesen Zwischenformen, welche oftmals auch als neue Versorgungsformen bezeichnet werden. Nach Angaben des Kuratoriums Deutscher Altershilfe<sup>170</sup> werden mittlerweile in jeder zweiten Kommune Formen des betreuten Wohnens angeboten.

Bei den sogenannten neuen Versorgungsformen können zwei Grundformen unterschieden werden. Zum einen handelt es sich um Formen, bei denen sich mehrere Personen privat zusammenschließen, um die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge in der Gemeinschaft zu leisten. Zum anderen gibt es Formen, bei denen hilfe- und pflegebedürftige Personen ihre Daseinsvor- und Daseinsfürsorge überwiegend mittels der Inanspruchnahme formeller Leistungen seitens personaler Versorgungsbetriebe sichern.

Formen, die durch einen privaten Zusammenschluss mehrerer Personen gekennzeichnet sind, werden als gemeinschaftliche Versorgungsformen bezeichnet. Schnieder<sup>171</sup> spricht auch von Haushaltungen mit gemeinsamer Hauswirtschaft. Hierzu gehören verschiedene Formen des Gruppenwohnens, Mehrgenerationenhäuser und Wohngemeinschaften. Gemeinschaftliche Wohn- und Versorgungsformen verfolgen vor allem das Ziel der Gemeinschaftsbildung, welche die Basis für gegenseitige Unterstützung bildet.<sup>172</sup> Die Gemeinschaft ersetzt oder ergänzt somit das private Netz der zu versorgenden Person. Mit gemeinschaftlichen Versorgungsformen ist trotz vorliegender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vor allem die Erwartung und Vorstellung an die Aufrechterhaltung von Privatheit, Autonomie und Selbstbestimmung verbunden.<sup>173</sup>

---

<sup>169</sup> Zeman 1996, S. 23 f.

<sup>170</sup> KDA 2006, S. 18 ff.

<sup>171</sup> Schnieder 2004, S. 12

<sup>172</sup> Sennlaub 2004a, S. 61 f.; 2004b, S. 27

<sup>173</sup> Schnieder 2004, S. 12

Nicht immer kann die Sicherung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge innerhalb der Gemeinschaft erfolgen und Leistungen personaler Versorgungsbetriebe werden in Anspruch genommen.<sup>174</sup> Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn die Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung hoch sind. Insgesamt zeigen gemeinschaftliche Versorgungsformen eine steigende Akzeptanz in der Gesellschaft. So gibt es auch in der stationären Versorgung eine steigende Tendenz zur Einrichtung von Wohngruppen, womit vor allem das Ziel verbunden ist, den Bewohnerinnen und Bewohnern ein „Leben mit mehr Handlungsspielraum“ zu bieten.<sup>175</sup>

Versorgungsformen, bei denen ein Großteil der Leistungen zur Sicherung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge personale Versorgungsbetriebe erbringen, können als servicebezogene Versorgungsformen bezeichnet werden. Es handelt sich beispielsweise um die Versorgung von Personen in Altenwohnanlagen, Hotels, Pensionen sowie Wohnungen des betreuten Wohnens. Servicebezogene Versorgungsformen bieten ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine private Wohnung sowie eine Vielzahl von Diensten, die nach Bedarf in Anspruch genommen werden können.<sup>176</sup> Oftmals existieren verpflichtend vorgegebene Grundleistungen, für die eine monatliche Grund- oder Betreuungspauschale zu entrichten ist. Weitere Leistungen können die Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten, gegenwärtigen Lebensumständen und Vorlieben wählen. Die Unterstützung reicht dabei von partiellen Hilfeleistungen bis zur Versorgung rund um die Uhr. Den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegt die persönliche Steuerung und Kontrolle ihrer Versorgung. Sie entscheiden maßgeblich darüber, wer welche Aufgaben zu welcher Zeit wo und wie erbringt.<sup>177</sup> Hierzu schließen sie einen Wohn- und Betreuungsvertrag mit dem jeweiligen Anbieter der servicebezogenen Versorgungsform. Die Anbieter servicebezogener Versorgungsformen können neben den allgemeinen Betreuungs- und Wohnleistungen weitere Leistungen der personalen Versorgung bereitstellen. Die Erstellung der Leistungen und das Leben in der eigenen Wohnung sind organisatorisch getrennt.<sup>178</sup>

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) vom Juli 2008 erweitert die Optionen, neue Versorgungsformen in privaten Haushalten umzusetzen. Hilfe- und pflegebedürftigen Personen in privaten Haushalten ist es seitdem

---

<sup>174</sup> Schnieder 2004, S. 12 f.

<sup>175</sup> Sennlaub 2004b, S. 31, 36

<sup>176</sup> Sennlaub 2004b, S. 33

<sup>177</sup> Steffen/Fritz 2006, S. 12 ff.

<sup>178</sup> Steffen/Fritz 2006, S. 12

möglich, sich in einer Altenwohngemeinschaft oder innerhalb eines Wohnquartiers zusammenzuschließen und Leistungen personaler Versorgungsbetriebe wie beispielsweise ambulanter Pflegedienste gemeinsam in Anspruch zu nehmen. Die für die Pflegekassen entstehenden Kosten- und Zeitersparnisse, beispielsweise durch den Wegfall zusätzlicher Anfahrtswege, stehen den Betroffenen für zusätzliche Versorgungsleistungen zur Verfügung. Einzelnen oder mehreren hilfe- und pflegebedürftigen Personen wird weiterhin die Möglichkeit eingeräumt, eine einzelne Pflegekraft zu benennen, die Versorgungsleistungen erbringt. Nach § 77 Abs. 1 SGB XI erfolgt die Vergütung der Pflegekraft bei Erfüllung vorgegebener Mindestanforderungen durch die Pflegekasse. Insgesamt fördern die neueren gesetzlichen Regelungen eine stärkere Durchmischung formeller Unterstützungsleistungen durch personale Versorgungsbetriebe und informeller Unterstützungsleistungen durch Angehörige und weiterer Personen des privaten Netzes der zu versorgenden Person. Ziel des Gesetzgebers ist es, eine kostenintensive stationäre Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu vermeiden beziehungsweise hinauszuzögern.

Es ergeben sich für jede Person beziehungsweise jeden Haushalt unterschiedliche Lösungen zur Sicherstellung der Versorgung. Zur Systematisierung der Vielfalt an Möglichkeiten, die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu gestalten, bietet sich eine Herausarbeitung idealtypischer Versorgungsstile an.

## **2.3 Versorgungsstile hilfe- und pflegebedürftiger Personen**

### **2.3.1 Begriff des Versorgungsstils**

Die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen ist ein Teil der häuslichen Tätigkeit insgesamt. Der mikrosystemanalytische Ansatz zur Erklärung häuslichen Handelns lässt sich somit auch zur Analyse der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen anwenden.<sup>179</sup> Das Ergebnis häuslichen Handelns drückt sich im Haushaltsstil des Haushalts aus. In Anlehnung an die Definition des Haushaltsstils handelt es sich bei Versorgungsstilen um typische Muster von Haushalten, die pflegerische, hauswirtschaftliche und medizinische Versorgung sowie soziale Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu sichern. Der Versorgungsstil gibt somit Aus-

---

<sup>179</sup> von Schweitzer 1991, S. 106

kunft über die Art und Weise der Bewältigung der Versorgung. Es werden insbesondere folgende Fragen beantwortet:

- Welche Versorgungsleistungen werden erbracht?
- Wann und wie lange werden Versorgungsleistungen erbracht?
- Wie werden Versorgungsleistungen erbracht?
- Von wem werden Versorgungsleistungen erbracht?

Jeder Versorgungsstil ist das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses, an dem alle an der Versorgung beteiligten Personen mitwirken. Dabei darf nicht davon ausgegangen werden, dass es sich ausschließlich um sachliche Diskussionen handelt, bei denen eine Analyse vorhandener Bedarfe und Bewertung der Alternativen allein nach ihrer Effektivität und Effizienz erfolgt. Bei der Entscheidungsfindung kommen vielmehr familieninterne Logiken und gewohnheitsmäßige Ansichten zum Vorschein, die nicht allein auf rationaler Vernunft beruhen und denen sich die Familienmitglieder teilweise nur schwer entziehen können.<sup>180</sup>

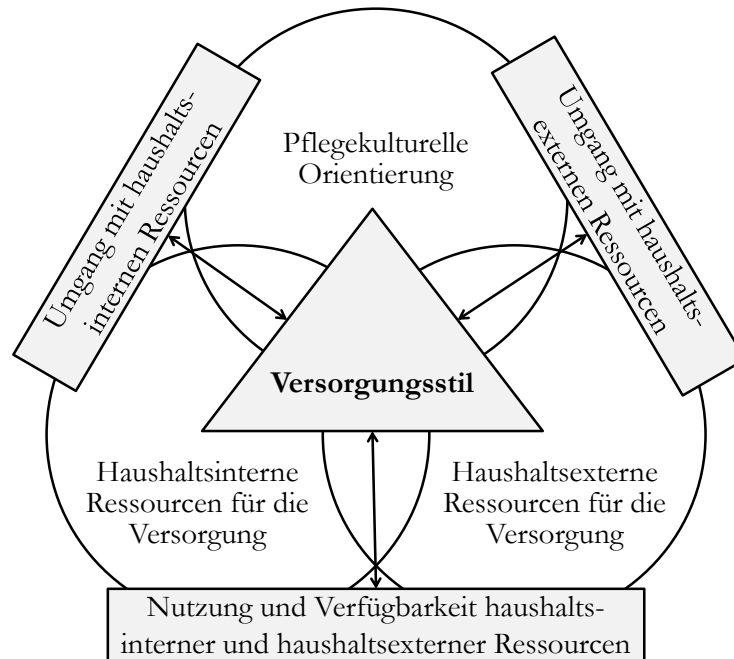
Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen besitzen ebenso wie hilfe- und pflegebedürftige Personen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, einen jeweils individuellen Versorgungsstil. Dieser wird jedoch in hohem Maße von den Bedingungen und Zielen der Einrichtung beeinflusst, in der sie leben. In Anlehnung an den Haushaltsstil ergibt sich der Versorgungsstil einer Person aus dem Zusammenspiel:

- haushaltsinterner Ressourcen,
- haushaltsexterner Ressourcen sowie
- pflegekultureller Orientierungen der Haushaltsangehörigen.

Abbildung 9 verdeutlicht dies grafisch.

---

<sup>180</sup> Zeman 1996, S. 48 ff.



**Abbildung 9: Versorgungsstile als Ergebnis haushälterischen Handelns**

**Quelle:** eigene Darstellung

Haushaltsinterne und -externe Ressourcen bestimmen die Handlungsfähigkeit von Personen und bieten die Basis, ihre tatsächliche Lebenssituation zu gestalten.<sup>181</sup> Sie bestehen aus Hilfsmitteln in Form von Stoffen aus der Umwelt, Energie sowie Handlungsstrategien, welche für die Alltagsbewältigung eingesetzt werden können.<sup>182</sup> Vorhandene Funktionseinbußen können mittels des Einsatzes von Ressourcen teilweise kompensiert beziehungsweise reduziert werden. Ressourcen helfen somit bei der Bewältigung von Problemsituationen und Belastungen, wie sie bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auftreten. Sie erhöhen die Auswahl der Bewältigungsstrategien und tragen dazu bei, das Ergebnis des Bewältigungsprozesses zu verbessern.<sup>183</sup> Im Gegensatz dazu erhöhen fehlende Ressourcen die „Vulnerabilität“, d.h. Verletzlichkeit der zu versorgenden Person, und damit die Gefahr des Entstehens prekärer und labiler Versorgungssituationen.

Maßgeblich mit entscheidend für die Gestaltung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge trotz Einschränkungen ist somit die Verfügbarkeit haushaltsinterner und -externer Ressourcen sowie die Fähigkeit diese zu aktivieren.<sup>184</sup> Zu

<sup>181</sup> BMFSFJ 2004, S. 71, 79

<sup>182</sup> Hornung/Gutscher 1994, S. 73 ff.; Künzel-Schön 2000, S. 116

<sup>183</sup> Leppin 1997, S. 196 ff.

<sup>184</sup> Wahl/Schneekloth 2005, S. 20

den haushaltsinternen Ressourcen gehören alle Ressourcen des eigenen Haushalts und der Haushaltsangehörigen. Erstere ergeben sich vor allem aus dem Einkommen, dem Finanz- und Sachvermögen sowie der Wohnsituation. Letztere sind im Wesentlichen abhängig vom Bildungs- und Gesundheitszustand der Haushaltsangehörigen.<sup>185</sup> Die haushaltsexternen Ressourcen setzen sich zusammen aus den Ressourcen des informellen, semiformalen und formellen Umfelds des Haushalts. Eine Übersicht hinsichtlich der Ressourcenaufteilung sowie eine Auflistung von Beispielen sind in Tabelle 4 zu finden.

**Tabelle 4: Zusammensetzung und Beispiele haushaltsinterner und -externer Ressourcen**

| Haushaltsinterne Ressourcen  |   | Haushaltsexterne Ressourcen  |  |   |                                      |
|--|---|--|--|---|--------------------------------------|
| Personenbezogene Ressourcen  |   | Haushaltsbezogene Ressourcen   | Informelle haushaltsexterne Ressourcen   | Semi-formelle haushaltsexterne Ressourcen   | Formelle haushaltsexterne Ressourcen |
| Ressourcen der zu versorgenden Person  | Ressourcen der Haushaltsangehörigen                                     |  |  |   |                                      |
| z.B. körperliche Gesundheit, persönliches Einkommen und Vermögen, Humanvermögen, Alltagskompetenzen, soziale Kompetenzen, Leistungsbereitschaft, Belastbarkeit, Sozialstatus, Berufsstatus und Berufstätigkeit | z.B. Wohnsituation, materielles und finanzielles Vermögen des Haushalts | z.B. Unterstützungsleistungen durch Familienangehörige, Freundinnen und Freunde, Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn | z.B. Unterstützungsleistungen durch ehrenamtlich Tätige, Angebote des Schwarzmarktes, Selbsthilfegruppen | z.B. Sozialleistungen, Unterstützungsleistungen durch personale Versorgungsbetriebe |                                      |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Gilberg 1997, S. 208, 272; Marbach 2002, S. 52; Meier/Preuße/Sunnus 2003, S. 56

Inwieweit haushaltsinterne und -externe Ressourcen bei der Sicherstellung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen Anwendung finden, hängt neben ihrer Verfügbarkeit und Zugänglichkeit im Wesentlichen von der pflegekulturellen Orientierung der zu versorgenden Person sowie ihrer privaten Unterstützungspersonen ab. Die pflegekulturelle Orientierung bestimmt die

<sup>185</sup> Meier/Preuße/Sunnus 2003, S. 110

Ansprüche an die Versorgung und nimmt Einfluss auf Fragen wie:<sup>186</sup> Wer soll pflegen? Wo soll gepflegt werden? Wie soll gepflegt werden?

Die pflegekulturelle Orientierung ergibt sich aus den persönlichen Einstellungen einer Person beziehungsweise Personengruppe in Bezug auf die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.<sup>187</sup> Diese Einstellungen werden maßgeblich von Vorstellungen über Familie, Geschlechterrollen, Solidarität und Zuständigkeiten des öffentlichen Sektors geprägt.<sup>188</sup> Zur Realisierung der Ansprüche sind diese stets an die vorhandenen Ressourcen des Haushalts anzupassen.<sup>189</sup> Neben den Ansprüchen wird auch die Bewertung vorhandener Ressourcen als Mittel zur Sicherstellung der Versorgung durch die pflegekulturelle Orientierung bestimmt. Das alleinige Vorhandensein von Ressourcen führt daher nicht zwangsläufig zu ihrer Inanspruchnahme.<sup>190</sup>

Die stufenweise Einführung der Pflegeversicherung und die damit verbundene Ausweitung der finanziellen und sachleistungsbezogenen Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit haben zu einem Anstieg an Alternativen zur Sicherstellung der Versorgung geführt. Informelle überwiegend familiäre Hilfe soll ergänzt werden durch staatlich garantierte Basisleistungen und den Zukauf marktgängiger Dienstleistungen.<sup>191</sup> In dessen Folge ist eine Pluralisierung von Versorgungsarrangements und Versorgungsstilen zu beobachten.<sup>192</sup> Die Pluralisierung von Versorgungsstilen wird verstärkt durch Veränderungen der Haushalts- und Lebensformen sowie Individualisierungsprozesse der Gesellschaft.<sup>193</sup>

Rückschlüsse auf tatsächliche Versorgungsstile hilfe- und pflegebedürftiger Personen erlauben die Ergebnisse der Pflegestudie.<sup>194</sup> Mit dem „familienbezogen-traditionalistischen“ und dem „individualisierten“ Versorgungstyp werden zwei extreme Versorgungsstile unterschieden. Fast die Hälfte der untersuchten Versorgungsarrangements lässt sich dem „familienbezogen-traditionalistischen“ Typ und acht Prozent lassen sich dem „individualisierten“ Typ zuordnen. Die übrigen Versorgungsarrangements zeigen sowohl Ansätze einer fa-

---

<sup>186</sup> Blinkert/Klie 2000, S. 238 f.

<sup>187</sup> Blinkert/Klie 2002, S. 2

<sup>188</sup> Heusinger/Klunder 2005a, S. 23

<sup>189</sup> Bauer-Söllner 1983, S. 34 ff.

<sup>190</sup> Künzel-Schön 2000, S. 117

<sup>191</sup> Klie 1999, S. 13

<sup>192</sup> Schmidt 2003, S. 41

<sup>193</sup> Backes/Clemens 2003, S. 268 f.; von Winter 2003, S. 17

<sup>194</sup> Es handelt sich um eine Untersuchung des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft e.V., bei der insgesamt 1.234 pflegebedürftige Versicherte der AOK, die mindestens 60 Jahre alt waren, befragt wurden.

milienbezogenen traditionellen als auch einer individualisierten Versorgung auf.<sup>195</sup> Die alleinige Versorgung durch Angehörige stellt für viele Betroffene somit nicht mehr zwangsläufig die einzige Alternative dar.<sup>196</sup> Hinweise auf gewünschte Formen der Bewältigung eigener oder fremder Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gibt die Kasseler Studie. Demnach würden 31 Prozent der 40 bis 60-Jährigen unbedingt selbst pflegen beziehungsweise eher selbst pflegen. Eine Heimpflege bevorzugen 38 Prozent.<sup>197</sup>

Langfristig führt diese Entwicklung zu einer allmählichen Verschiebung von der dominanten Familienorientierung über die ausgewogene Familienorientierung hin zur Dienstleistungsorientierung privater Haushalte.<sup>198</sup> Mit der Auflösung klassischer familial getragener Versorgungsarrangements steigen zwar einerseits die Möglichkeiten, die Versorgung durch die Bildung neuer Konstellationen von Helfernetzen selbstbestimmter zu gestalten, andererseits entstehen zunehmend Versorgungssituationen mit fragilen oder gänzlich fehlenden sozialen Netzen. Zur Vermeidung prekärer und labiler Versorgungssituationen sind familial getragene Versorgungsarrangements zu unterstützen und zu stabilisieren.<sup>199</sup>

Die Vielfalt von Versorgungsstilen erschwert ihre genauere Analyse. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit erfolgt im Folgenden die Herausarbeitung vier idealtypischer Versorgungsstile. Zur Beschreibung dieser erfolgt eine nähere Betrachtung der jeweiligen Ausprägungen der Determinanten, welche Einfluss auf den Versorgungsstil nehmen. Hierzu gehören die haushaltsinternen und -externen Ressourcen sowie die pflegekulturelle Orientierung. Zur Bearbeitung der einzelnen Ausprägungen der einzelnen Determinanten in Abhängigkeit des jeweiligen Versorgungsstils werden verschiedene Untersuchungen und Studien herangezogen, zu denen insbesondere folgende gehören:

- die Berliner Altersstudie (BASE),
- der Deutsche Alterssurvey (DEAS),
- die Infratest Repräsentativerhebungen (MuG-Studien I bis IV) und
- die Pflegestudie des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft e.V.

---

<sup>195</sup> Blinkert/Klie 1999, S. 60 ff.

<sup>196</sup> Blinkert/Klie 2000, S. 237

<sup>197</sup> Klie/Blaumeiser 2002, S. 141

<sup>198</sup> Bauer-Söllner 1997, S. 153; Schmidt 2002b, S. 7

<sup>199</sup> Schmidt 2003, S. 41

Die *Berliner Altersstudie* ist eine multidisziplinäre Untersuchung von Personen im Alter zwischen 70 und 103 Jahren, die im ehemaligen Westteil Berlins leben. Sie untersucht die Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiven Bewertungen sowie das subjektive Wohlbefinden älterer Personen.<sup>200</sup> Die Hauptstudie wurde in den Jahren 1990 bis 1993 durchgeführt und umfasst eine Kernstichprobe von 516 Personen. Im Zentrum der Berliner Altersstudie steht die Erfassung der geistigen und körperlichen Gesundheit, intellektuellen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit sowie sozialen und ökonomischen Situation älterer Personen. Die Studie ist als Längsschnittstudie weitergeführt worden, wobei die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mitunter siebenmal nachuntersucht wurden.<sup>201</sup>

Der *Deutschen Alterssurvey* ist eine bundesweit repräsentative und thematisch umfassende Längsschnittanalyse, welche Auskunft über die Lebenssituation von Menschen in der „zweiten Lebenshälfte“ gibt. Die Fragenkomplexe des Alterssurveys beziehen sich auf Erwerbsstatus, Einkommen und Vermögen, Wohnsituation, Generationsbeziehungen und soziale Netzwerke, produktive Tätigkeiten und soziale Integration, subjektive Gesundheit, Gesundheitsverhalten, gesundheitliche Versorgung, Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung, Wohlbefinden sowie Sinn- und Lebensentwürfe. Mittlerweile fanden in den Jahren 1996, 2002 und 2008 drei Befragungswellen statt. Der Deutsche Alterssurvey wird vom Deutschen Zentrum für Altersfragen in Berlin durchgeführt und mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt.<sup>202</sup>

Bei den *Infratest Repräsentativerhebungen* handelt es sich um repräsentative Querschnittserhebungen der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Die Infratest Repräsentativerhebungen erlauben eine vertiefte Auswertung zur Situation von Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Haushalten sowie stationären Pflegeeinrichtungen. Auftraggeber der Erhebungen ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Infratest Repräsentativerhebungen wurden vier Studien zu den „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ durchgeführt (sogenannte MuG-Studien). Im Anschluss an die beiden ersten Untersuchungen zur Hilfe- und Pflegesituation in privaten Haushalten in den Jahren 1991 und 1992 (MuG-I) und Heimen in den Jahren 1994 und 1995 (MuG-II) wur-

---

<sup>200</sup> Smith/Zank 1996

<sup>201</sup> Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V. 2009, online

<sup>202</sup> Tesch-Römer/Wurm/Hoff u.a. 2006, S. 32, 36; BMFSFJ 2010, S. 7

den in der dritten und vierten Untersuchung die Hilfe- und Pflegesituation in privaten Haushalten im Jahr 2002 (MuG-III) und Heimen im Jahr 2005 (MuG-IV) erneut erfasst. Insgesamt enthält die aktuelle Stichprobe über 25.000 private Haushalte, in denen über 57.000 Personen aller Altersgruppen befragt wurden. Bei insgesamt 3.622 Personen konnte anhand der ADL/IADL-Abfrage ein Hilfe- und Pflegebedarf identifiziert werden. Diese Personen beziehungsweise Personen, die mit ihnen in einem Haushalt leben, wurden vertieft zur jeweiligen Versorgungssituation und den damit verbundenen Problemlagen befragt. Dabei standen vor allem die Qualität der Pflege und Betreuung sowie Demenz und Nutzung professioneller Versorgungsangebote im Fokus. Die Stichprobe für die MuG-IV-Studie umfasst 4.200 Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Die MuG-IV-Studie enthält vertiefende Informationen zur Situation von Demenzkranken und Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen sowie „good-practice“-Beispiele in der stationären Pflege.<sup>203</sup>

Die *Pflegestudie des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft e.V.* gehört zu den ersten umfangreichen und auf repräsentativer Basis durchgeführten Untersuchungen zur Situation pflegebedürftiger Personen nach der Einführung der Pflegeversicherung. Im September und Oktober 1996 wurden 1.234 in privaten Haushalten versorgte pflegebedürftige ältere Menschen ab 60 Jahren beziehungsweise ihre Angehörigen in persönlichen Interviews zu ihrer Lebenssituation befragt. Neben soziobiografischen Daten standen unter anderem die Wohnsituation und das Wohnumfeld, soziale Netzwerkressourcen, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit und Unterstützungspersonen im Zentrum der Betrachtung. Die Pflegestudie basiert auf einem „milieuorientierten Ansatz“, wodurch die Wirkungen der Leistungen der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozialer und biografischer Bezüge pflegebedürftiger Personen aufgezeigt werden konnten.<sup>204</sup>

Trotz der hohen Individualität der Bedarfslagen, Lebenssituationen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen lassen sich aus den empirischen Erkenntnissen verallgemeinerbare Strukturen der Versorgung identifizieren.<sup>205</sup> Es können somit idealtypische Versorgungsstile hilfe- und pflegebedürftiger Personen herausgearbeitet werden, welche von einer be-

---

<sup>203</sup> Schneekloth 2005, S. 56 ff.; Wahl/Schneekloth 2005, S. 9 ff.; TNS-Infratest 2010, online

<sup>204</sup> Blinkert/Klie 1997, online; Blinkert/Klie 1999, S. 24

<sup>205</sup> Wissert 1999, S. 130

stimmten Ausprägung haushaltsinterner und -externer Ressourcen und einer bestimmten pflegekulturellen Orientierung gekennzeichnet sind.

Die induktiv abgeleiteten Versorgungsstile sind als idealtypische Formen der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu verstehen. Das heißt, in der Realität werden diese Versorgungsstile mit ihren typischen Merkmalsausprägungen nicht in Reinform vorliegen und im Einzelfall von der idealtypischen Beschreibung abweichen. So lässt sich aber eine im Einzelfall vorliegende Form der Versorgung einem Versorgungsstil stärker zuordnen als einem anderen. Weiterhin zu bedenken ist, dass die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen kontinuierlichen Veränderungen unterliegt, sodass sich der Versorgungsstil einer Person im Zeitverlauf verändern kann.

### 2.3.2 Determinanten des Versorgungsstils

Der Versorgungsstil einer Person ergibt sich aus der Verfügbarkeit haushaltsinterner und -externer Ressourcen sowie der pflegekulturellen Orientierung der Haushaltsangehörigen. Verminderte Funktions- und Leistungsreserven hilfe- und pflegebedürftiger Personen führen im Zusammenspiel mit chronischen Erkrankungen zu einem Anstieg physischer und psychischer Morbidität sowie zu einer Abnahme sozialer Aktivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität.<sup>206</sup> In dessen Folge sinken oftmals die Möglichkeiten der selbstständigen Lebensführung sowie der Teilhabe am sozialen Leben.<sup>207</sup>

Viele ältere Menschen sind von Krankheiten betroffen. Im Vordergrund stehen hierbei Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bösartige Neubildungen.<sup>208</sup> Nicht selten besitzen sie mehrere Erkrankungen gleichzeitig. Nach Befunden der Berliner Altersstudie liegt die Prävalenz der Multimorbidität 70-Jähriger und Älterer bei 88 Prozent.<sup>209</sup> Auch die Ergebnisse des Alterssurveys verweisen auf eine mit steigendem Alter zunehmende Betroffenheit von Multimorbidität. Demnach leiden 21 Prozent der 70-85-Jährigen an fünf und mehr Erkrankungen. Weitere 56 Prozent dieser Altersgruppe weisen zwei bis vier Erkrankungen auf.<sup>210</sup> Häufig verlaufen die Erkrankungen chronisch. Sie sind zumeist irreversibel, unheilbar und können neben physischen auch zu kognitiven und somatischen

---

<sup>206</sup> Fried/Guralnik 1997, S. 93 ff.; Grimby/Svanborg 1997, S. 361 ff.; Kempen/Miedema/van den Bos u.a. 1998, S. 13 ff.; Borchelt/Gilberg/Horgas u.a. 2010, S. 473 f.

<sup>207</sup> Wurm/Schöllgen/Tesch-Römer 2010, S. 101

<sup>208</sup> RKI/Statistisches Bundesamt 2002, S. 14

<sup>209</sup> Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996, S. 155 f.

<sup>210</sup> Wurm/Schöllgen/Tesch-Römer 2010, S. 99

Erkrankungen führen.<sup>211</sup> Die damit verbundenen Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung und Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge führen zu einer Verringerung haushaltsinterner Ressourcen von Haushalten mit hilfe- und pflegebedürftigen Haushaltsangehörigen.

Verschiedene Faktoren können sich förderlich und hemmend auf die Bewältigung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auswirken. Ein hoher Bildungsstand, eine hohe Lebenszufriedenheit, eine Partnerschaft, ein hohes Sozialprestige sowie ein umfangreiches soziales Netzwerk und materieller Wohlstand stellen hierbei protektive Faktoren dar, wohingegen Einkommensarmut, Institutionalisierung und Wohnungswechsel als Risikofaktoren für die Bewältigung von Erkrankungen gesehen werden.<sup>212</sup>

So nehmen mit steigendem Bildungsstand die Fähigkeiten der Informationsbeschaffung und -verarbeitung zu, sodass die Möglichkeiten planerisch und kontrollierend in das Versorgungsgeschehen einzugreifen, steigen.<sup>213</sup> Materielle Wohlstand trägt maßgeblich dazu bei, die Handlungsspielräume zu erhöhen, indem unter anderem die Auswahl professioneller Versorgungsangebote und materieller Güter zur Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge steigt.<sup>214</sup> Die Bedeutung finanzieller Mittel dürfte in Anbetracht der Tatsache, dass die Vorstellung, medizinische und soziale Leistungen unabhängig von Zahlungsfähigkeiten zu gewähren, nicht mehr haltbar ist, steigen. Soziale Leistungen werden immer mehr zur Ware und den zu versorgenden Personen wird verstärkt die Rolle von Kundinnen und Kunden zugeschrieben.<sup>215</sup>

Insgesamt weisen heutige Ältere im Vergleich zu Älteren früher sowie zu Jüngeren heute eine deutlich bessere Einkommens- und Vermögenssituation auf und sind unterdurchschnittlich häufig von Einkommensarmut betroffen.<sup>216</sup> Nach den Ergebnissen des Alterssurveys<sup>217</sup> wird die Verteilung von Einkommen und Vermögen jedoch ungleicher, sodass armutsnahe Lebenslagen einerseits und hohe Einkommenssituationen andererseits zunehmen. Von Altersarmut sind insbesondere die älteren Alten, zu denen überwiegend Frauen gehören, sowie die in den neuen Bundesländern lebenden Alten betroffen.

---

<sup>211</sup> Fischer/Junius-Walker/Aeffner u.a. 2002, S. 17; Adolph 2003, S. 6 ff.; DZA 2005, S. 3; 2006a, S. 2

<sup>212</sup> Borchelt/Gilberg/Horgas u.a. 2010, S. 483; Mayer/Wagner 1996, S. 269

<sup>213</sup> Heinemann-Knoch/Heusinger/Klunder 2001, S. 8

<sup>214</sup> Witt 1992, S. 21; Motel-Klingebiel/Simonson/Romeu Gordo 2010, S. 69

<sup>215</sup> Bäcker/Naegele/Bispinck u.a. 2000, S. 43 ff.

<sup>216</sup> BMFSFJ 2005, S. 186 f.; Motel-Klingebiel 2005, S. 43; Motel-Klingebiel/Simonson/Romeu Gordo 2010, S. 71

<sup>217</sup> Motel-Klingebiel/Simonson/Romeu Gordo 2010, S. 61, 69

Mit zunehmendem Einkommen und Vermögen steigen der Wohlstand und die objektiven Wohnbedingungen. Günstige Wohnbedingungen sind vor dem Hintergrund vorliegender Mobilitätseinschränkungen vieler hilfe- und pflegebedürftiger Personen von besonderer Bedeutung.<sup>218</sup> Durch eine altersgerechte Gestaltung der Wohnungsausstattung und der Wohnumgebung können schwindende Fähigkeiten teilweise ausgeglichen werden.<sup>219</sup> Die allgemeine Steigerung des Standards hinsichtlich der Wohnungsausstattung und des Wohnumfelds führt dazu, dass die Chancen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im eigenen Haushalten bewältigen zu können, noch nie so optimal waren wie heute. Defizite hinsichtlich der Ausstattung mit Infrastruktureinrichtungen im Wohnumfeld zeigen sich weniger, und wenn dann vor allem in ländlichen und dünn besiedelten Regionen.<sup>220</sup>

Die weitaus wichtigste Unterstützungsressource hilfe- und pflegebedürftiger Personen stellen personelle Hilfeleistungen ihres Netzwerks dar. Das Netzwerk einer Person lässt sich untergliedern in das familiäre und außerfamiliäre Netzwerk. Das familiäre Netzwerk setzt sich zusammen aus Beziehungen zu Familienangehörigen der gleichen Generation sowie Beziehungen zu Familienangehörigen anderer Generationen. Das außerfamiliäre Netzwerk umfasst informelle, semiformelle und formelle Akteure. Außerfamiliäre informelle Akteure, wie beispielsweise Freundinnen und Freunde, Bekannte sowie Nachbarinnen und Nachbarn, gehören wie familiäre Akteure zum primären Netzwerk, welches im Folgenden auch als privates Netzwerk der zu versorgenden Person bezeichnet wird. Das semiformelle Netzwerk setzt sich zusammen aus ehrenamtlich Tätigen, Interessengruppen, Vereinen, Selbsthilfegruppen sowie Leistungsanbietern des Grau- und Schwarzmarktes. Es handelt sich hierbei um das sekundäre Netzwerk einer Person. Das formelle Netzwerk ergibt sich aus der Verfügbarkeit von professionellen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Akteure des formellen Netzwerks gehören zum tertiären Netzwerk einer Person.<sup>221</sup> Aus der Gesamtheit der Beziehungen und deren Wechselseitigkeit ergibt sich ein für jede hilfe- und pflegebedürftige Person individuelles Netzwerk.<sup>222</sup> Ein Überblick über die Untergliederung des Netzwerks einer Person befindet sich in Tabelle 5.

---

<sup>218</sup> Mahne/Naumann/Block 2010, S. 158

<sup>219</sup> Motel-Klingebiel/Künemund/Bode 2005, S. 125

<sup>220</sup> Mahne/Naumann/Block 2010, S. 142, 159

<sup>221</sup> Schubert 2005, S. 80

<sup>222</sup> Heusinger/Klünder 2005, S. 24, 75

**Tabelle 5: Untergliederung des Netzwerks hilfe- und pflegebedürftiger Personen**

| Kategorie                |                              | Beispiele   |
|--------------------------|------------------------------|---|
| Familiales Netzwerk      | Intragenerationales Netzwerk | (Ehe-)Partnerin und (Ehe-)Partner, Geschwister, Schwägerinnen und Schwäger  |
|                          | Intergenerationales Netzwerk | Kinder, Enkelinnen und Enkel, Urenkelinnen und -enkel, Nichten und Neffen   |
| Außerfamiliales Netzwerk | Informelles Netzwerk         | Freundinnen und Freunde, Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn  |
|                          | Semiformelles Netzwerk       | Bürgerschaftliches Engagement, Mehr-Generationen-Häuser, Angebote des Grau- und Schwarzmarktes                                |
|                          | Formelles Netzwerk           | Personale Versorgungsbetriebe wie Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, öffentliche Einrichtungen |

**Quelle:** eigene Darstellung

Nach wie vor stellen Familienangehörige, insbesondere im Haushalt lebende (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner sowie Kinder, eine zentrale Unterstützungsressource im Alter dar.<sup>223</sup> Sie besitzen insbesondere bei länger andauernden und psychisch belastenden Hilfe- und Pflegebedarfen einen großen Stellenwert.<sup>224</sup> Nach Erkenntnissen des Alterssurveys lebt der weitaus größte Teil älterer Personen in Mehrgenerationenkonstellationen und besitzt oftmals sowohl intragenerationale als auch intergenerationale familiäre Beziehungen.<sup>225</sup> Die meisten häuslich zu versorgenden Pflegebedürftigen sind nach den Ergebnissen der Infratest Repräsentativerhebungen im Jahr 2002 verwitwet oder verheiratet.<sup>226</sup>

Häufigste Wohnform im hohen Alter vor allem von Frauen ist das Alleinwohnen.<sup>227</sup> Über 65 Prozent der Frauen, aber auch 34 Prozent der Männer, ab 80 Jahren leben im Jahr 2000 allein. Mit steigendem Hilfebedarf stellt weiterhin das Zusammenwohnen mit Kindern in einem gemeinsamen Haushalt oder Haus keine Seltenheit dar.<sup>228</sup> Männer hingegen leben öfter bis zu ihrem Tod gemeinsam mit ihrer (Ehe-)Partnerin zusammen. Männer können somit

<sup>223</sup> Gilberg 1997, S. 249; Künemund/Hollstein 2000, S. 254; Hollstein 2002, S. 13; Smolka 2006, S. 6; Mahne/Motel-Klingebiel 2010, S. 194, 209 f.

<sup>224</sup> Backes/Clemens 2003, S. 75

<sup>225</sup> Mahne/Motel-Klingebiel 2010, S. 210

<sup>226</sup> Schneekloth 2005, S. 70

<sup>227</sup> Blinkert/Klie 2002, S. 16

<sup>228</sup> Adolph 2003, S. 9; Otto 2003, S. 93

im Alter besonders häufig auf Unterstützung ihrer (Ehe-)Partnerin hoffen. Mit steigendem Alter der zu versorgenden Person kommt es zu einer allmählichen Verlagerung der Hilfe von den (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partnern zu den eigenen Kindern.<sup>229</sup>

Außerfamiliale informelle Unterstützungspersonen können dazu beitragen, fehlende oder eingeschränkte familiäre Beziehungen zu kompensieren. Überwiegend leisten sie emotionale Unterstützung und besitzen eine hohe Bedeutung bei der sozialen Integration.<sup>230</sup> So helfen besonders Freundschaften, Gefühle auszutauschen, Trost zu schenken, zu motivieren und gemeinsamen Freizeitaktivitäten nachzugehen.<sup>231</sup> Ein großer Vorteil außerfamiliärer informeller Bezugspersonen ist ihre Nähe und Distanz gleichermaßen. Mit steigendem Alter nehmen außerfamiliale informelle Beziehungen jedoch ab.<sup>232</sup> Dies hat mehrere Gründe. So steigt nach der sozio-emotionalen Selektivitätstheorie von Carstensen<sup>233</sup> die Bedeutung enger Beziehungen, welche vor allem zu Familienangehörigen bestehen. Weiterhin beruhen Freundschaften auf Geben und Nehmen sowie dem Nachgehen gleicher Interessen. Ebenso spielt das Risiko des Versterbens oftmals gleichaltriger Freundinnen und Freunde im Alter eine Rolle.<sup>234</sup>

Ein umfangreiches Netzwerk fördert in der Regel die Selbstbestimmungsfähigkeiten der zu versorgenden Person, kann sich aber auch hemmend oder widersprüchlich auf diese auswirken.<sup>235</sup> So sinkt beispielsweise mit steigender Netzwerkgröße die Verantwortung des Einzelnen, Hilfe zu leisten. Insgesamt kann von einer hohen Integration älterer Personen in familiäre und außerfamiliale informelle Netzwerke gesprochen werden.<sup>236</sup>

Entwarnung kann dennoch nicht gegeben werden. Allein die Verfügbarkeit privater Netzwerkpersonen sagt nichts über ihr tatsächliches Unterstützungspotenzial aus. Entscheidend sind darüber hinaus ihre physischen und psychischen Fähigkeiten sowie ihre Bereitschaft, Unterstützung zu leisten.<sup>237</sup> Die gewünschte zunehmende Emanzipation sowie Erwerbsbeteiligung vieler Frauen, veränderte Lebens- und Familienformen und eine steigende Mobilität

---

<sup>229</sup> BMFSFJ 2004, S. 196

<sup>230</sup> Huxhold/Mahne/Naumann 2010, S. 215

<sup>231</sup> Maly 2001, S. 77; Backes/Clemens 2003, S. 75

<sup>232</sup> Huxhold/Mahne/Naumann 2010, S. 221

<sup>233</sup> Carstensen 1993, S. 195 ff.

<sup>234</sup> Höpflinger 2006, S. 14 ff.

<sup>235</sup> Netz 1996, S. 36

<sup>236</sup> Blinkert/Klie 1999, S. 81; Otto 2003, S. 87; Huxhold/Mahne/Naumann 2010, S. 220

<sup>237</sup> Mager 2002, S. 105 f.

führen zu einer Abnahme des privaten Pflegepotenzials.<sup>238</sup> Maßgeblich ist auch die Qualität der Beziehung zwischen der sorgenden und der zu versorgenden Person, wenn es um das Leisten von Hilfen geht.<sup>239</sup>

Der Umfang privat geleisteter Unterstützung lässt eine hohe Pflegebereitschaft in der heutigen Gesellschaft vermuten. Noch nie wurde so viel informelle Unterstützung für ältere Personen geleistet wie heute.<sup>240</sup> Motivierende Faktoren, die dazu führen, die Versorgung für nahestehende Personen zu übernehmen, sind neben altruistischen und der Selbstverwirklichung dienenden Motiven normative Lebenseinstellungen. Positiv auf die Übernahme von Pflegetätigkeiten wirken sich innere Liebe und Zuneigung sowie das Gefühl, etwas zurückgeben zu wollen, aus.<sup>241</sup> Weiterhin fördern Familienbezogenheit, Glaubensüberzeugungen sowie Verantwortungs- und Pflichtgefühl die Bereitschaft, Hilfe zu leisten.<sup>242</sup> Auch das Gefühl, gebraucht zu werden oder fehlende Alternativen können dazu führen, nahestehende Personen zu unterstützen. Weiterhin können finanzielle Motive ausschlaggebend für die Übernahme der Versorgung sein.<sup>243</sup>

Die pflegekulturelle Orientierung und somit auch die Pflegebereitschaft hängen maßgeblich von der sozialen Schichtzugehörigkeit der zu versorgenden Person ab.<sup>244</sup> In sozialen Schichten mit einem hohen sozialen Status und einem modernen Lebensentwurf ist es üblich, benötigte Dienstleistungen zur Versorgung einzukaufen, statt informelle Hilfe zu leisten und anzunehmen.<sup>245</sup> Im Gegensatz dazu besitzt die Unterstützung durch Familienangehörige in mittleren und unteren sozialen Schichten eine hohe Bedeutung und wird oftmals als eine Selbstverständlichkeit – oftmals auch aufgrund der Unkenntnis von Alternativen – gesehen. Angehörige mit niedrigem Sozialstatus scheuen sich häufig, um Hilfe zu bitten. Häufig fehlt ihnen neben finanziellen Mitteln auch das Wissen über bestehende Unterstützungsangebote.<sup>246</sup>

---

<sup>238</sup> Blinkert/Klie 1999, S. 87 ff.; Mahne/Motel-Klingebiel 2010, S. 195 f.

<sup>239</sup> Perrig-Chiello 1997, S. 153 f.; DZA 2006b, online

<sup>240</sup> Klie 1999, S. 12 f.

<sup>241</sup> Maly 2001, S. 31

<sup>242</sup> Maly 2001, S. 40

<sup>243</sup> Runde/Giese/Stierle 2003, S. 46

<sup>244</sup> Heusinger/Klünder 2005a, S. 182

<sup>245</sup> Blinkert/Klie 2000, S. 241 f.; Daatland/Herlofsen/Motel-Klingebiel u.a. 2003, S. 5; Otto 2005, S. 485 f.; Blinkert/Klie 2008, S. 27

<sup>246</sup> u.a. Schneckloth/Müller 2000, S. 63 f.; BMFSFJ 2001, S. 114 f.; Maly 2001, S. 97; Heusinger/Klünder 2005a, S. 182

In Zukunft ist mit einer Zunahme Angehöriger höherer sozialer Schichten mit modernen Lebensentwürfen zu rechnen. Die damit verbundene Abnahme der Pflegebereitschaft bei gleichzeitigem Anstieg der Befürwortung formeller Unterstützung führt zu einem Bedeutungszuwachs formell erbrachter Versorgungsleistungen. Es zeichnet sich eine gleichrangige Bedeutung der häuslich-ambulanten und der stationären Pflege ab.<sup>247</sup> Eine vollständige Abgabe der Versorgung von Angehörigen wird hierbei jedoch nur von einer Minderheit bevorzugt. Der Großteil favorisiert nach Ergebnissen der Kasseler Studie eine Versorgung im Verbund, die gekennzeichnet ist durch einen Mix an formeller und informeller Unterstützung.<sup>248</sup> Neben der Zunahme Angehöriger höherer sozialer Schichten steigt auch die Anzahl an Personen, die mit geringen materiellen und immateriellen Ressourcen die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen leisten müssen.

Die Gestaltung der Versorgung im Einzelfall hängt weiterhin von den Versorgungsansprüchen der zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen ab. Die Erfassung dieser stellt sich mitunter schwierig dar. Hinweise können verschiedene gerontologische Theorien geben. Zu den zentralen gerontologischen Theorien gehören die Disengagementtheorie und die Aktivitätstheorie. Während die Disengagementtheorie davon ausgeht, dass ältere Personen andere Ansprüche als jüngere Personen haben und ihr zentrales Anliegen in dem Zurückziehen aus sozialen und gesellschaftlichen Rollen besteht, nimmt die Aktivitätstheorie an, dass sich die Ansprüche im Alter nicht ändern und eine Beibehaltung der bisherigen Lebensführung im hohen Alter angestrebt wird. In der Realität, in der der Altersprozess individuell und differenziert erfolgt, besitzen beide Theorien, wenngleich sie gegensätzlich sind, ihre Berechtigung.<sup>249</sup> Ein Versuch beide Theorien zu verbinden, stellt die Kontinuitätstheorie dar, nach der sich grundlegende Ansprüche im Laufe des Lebens nicht ändern, jedoch neue Wege hinsichtlich ihrer Erreichung gewählt werden.<sup>250</sup> Insgesamt sollte sich demnach das Leben hilfe- und pflegebedürftiger Personen nicht grundsätzlich von dem Leben anderer Personen unterscheiden. In einem Katalog von selbstverständlichen Rechten, die allen Personen zustehen sollten, konkretisiert Nirje<sup>251</sup> seine Forderung nach einer an der Normalität des Lebensalltags orientierten Lebensgestaltung für Personen mit Einschränkungen.

---

<sup>247</sup> Blinkert/Klie 2004a, S. 324; Blinkert/Klie 2008, S. 32

<sup>248</sup> Blinkert/Klie 2000, S. 238 ff.; Blinkert/Klie 2002, S. 2

<sup>249</sup> Huxhold/Mahne/Naumann 2010, S. 231

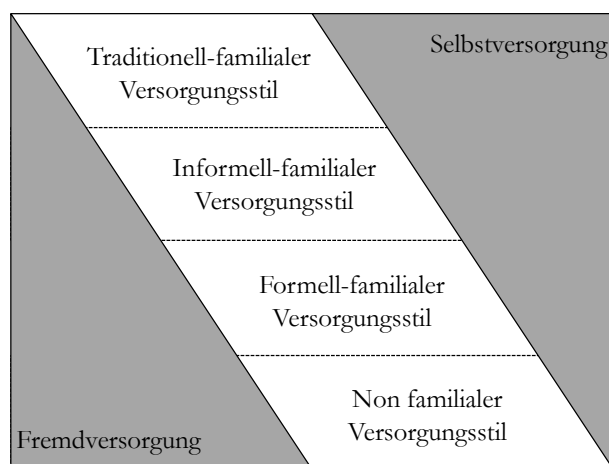
<sup>250</sup> Cumming/Henry 1961, S. 14 ff.; Havighurst/Neugarten/Tobin 1964, S. 419 ff.

<sup>251</sup> Nirje 1999, S. 17

Mit dem Ziel, die bisherige Lebensführung und eine normale Gestaltung des Alltags beizubehalten, wünschen sich die meisten hilfe- und pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit mit formeller Unterstützung.<sup>252</sup>

### 2.3.3 Idealtypische Versorgungsstile

Zwischen einer Sicherstellung der Versorgung durch Nutzung überwiegend haushaltsinterner Ressourcen bis hin zu einer Sicherstellung der Versorgung durch Nutzung überwiegend haushaltsexterner Ressourcen lassen sich mit dem traditionell-familialen, dem informell-familialen, dem formell-familialen sowie dem non familialen Versorgungsstil vier idealtypische Versorgungsstile unterscheiden. Der Versorgungsstil einer Person hängt somit von der jeweiligen Verfügbarkeit und Aktivierungsfähigkeit haushaltinterner und -externer Ressourcen sowie der individuellen Bewertung der Ressourcen zur Sicherung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge ab.<sup>253</sup> Die Intensität der Nutzung haushaltsinterner und -externer Ressourcen wirkt sich maßgeblich auf das Verhältnis erbrachter Leistungen des privaten Haushalts und erbrachter Leistungen personaler Versorgungsbetriebe aus. Die Versorgungsstile sind somit von einem unterschiedlichen Ausmaß an Selbst- und Fremdversorgung gekennzeichnet. Abbildung 10 zeigt die Einordnung der vier idealtypischen Versorgungsstile im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdversorgung.



**Abbildung 10: Versorgungsstile im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdversorgung**

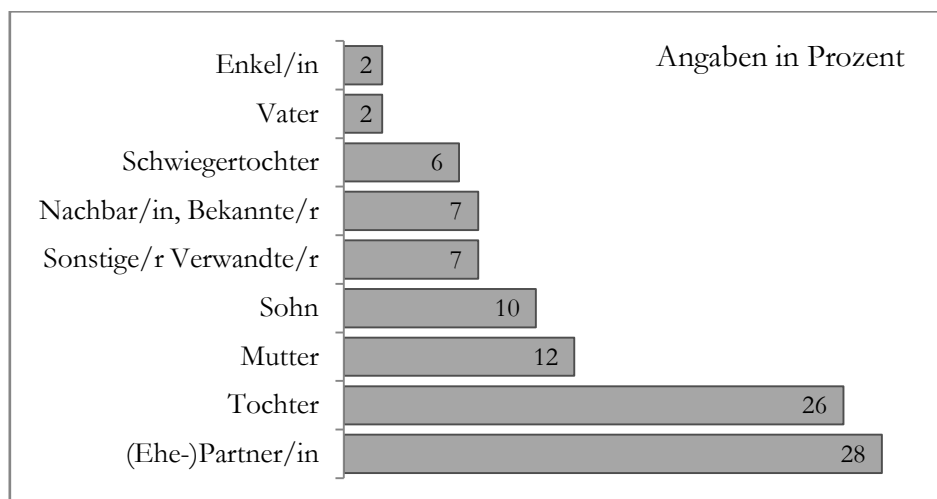
**Quelle:** eigene Darstellung

<sup>252</sup> Runde/Giese/Stierle 2003, S. 48 f.

<sup>253</sup> vgl. Kapitel 2.3.1

Neben dem Ausmaß der Nutzung von Leistungen privater Haushalte und personaler Versorgungsbetriebe weisen die Versorgungsstile weitere typische Eigenschaften auf. Diese sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

Wesentliches Merkmal des *traditionell-familialen Versorgungsstils* ist die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im engsten Familienkreis. Häufig kümmert sich eine Haupthilfsperson, die zumeist im Haushalt der zu versorgenden Person lebt,<sup>254</sup> um deren Belange. Selten beziehungsweise nur in geringen Umfang und eher sporadisch erhält sie Unterstützung von anderen Personen des privaten Netzwerks.<sup>255</sup> Welche Person die Rolle der Haupthilfsperson einnimmt, hängt stark von den individuellen Lebensgegebenheiten ab. Bei jüngeren hilfe- und pflegebedürftigen Personen sorgen überwiegend die Eltern für die Versorgung ihrer Kinder. Frauen leisten häufig Unterstützung für ihren (Ehe-)Partner und Töchter helfen besonders häufig ihrer Mutter.<sup>256</sup> Vereinzelt übernehmen andere Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde, Bekannte oder Nachbarinnen und Nachbarn diese Rolle. Abbildung 11 verdeutlicht die Bedeutung des Beziehungsstands der Haupthilfsperson zur zu versorgenden Person. In der Mehrheit sind es Frauen, die diese Rolle übernehmen. Mehr als die Hälfte der Haupthilfspersonen ist bereits 55 Jahre oder älter.<sup>257</sup>



**Abbildung 11: Haupthilfspersonen in privaten Haushalten nach Beziehungsstand zur zu versorgenden Person**

**Quelle:** Infratest Sozialforschung 2003, S. 19

<sup>254</sup> Schneekloth/Wahl 2005, S. 231

<sup>255</sup> Gräßel 1998, S. 58; Halsig 1998, S. 212; Maly 2001, S. 5; Heusinger/Klunder 2005a, S. 220

<sup>256</sup> Schneekloth 2005, S. 76

<sup>257</sup> Infratest Sozialforschung 2003, S. 19 ff.

Leistungen personaler Versorgungsbetriebe werden von Angehörigen des traditionell-familialen Versorgungsstils selbst bei verfügbarem Angebot weniger genutzt und die Mehrzahl hat nur in wenigen Punkten Kontakt mit formellen Helferinnen und Helfern.<sup>258</sup> Die geringe Inanspruchnahme liegt nicht selten darin begründet, dass Angehörigen des traditionell-familialen Versorgungsstils das Wissen bezüglich bestehender professioneller Unterstützungsmöglichkeiten fehlt oder finanzielle Mittel nicht vorhanden sind. Aber auch der bestehende Wunsch nach Unabhängigkeit führt häufig zu einer Ablehnung formeller Unterstützung, insbesondere dann, wenn erwartet wird, dass Fremde bevormunden und kontrollieren sowie sich ungewollt in Familienangelegenheiten einmischen und so die alltägliche Normalität stören könnten.<sup>259</sup>

Neben dem Fehlen von Alternativen ist es häufig auch die pflegekulturelle Orientierung, die zu einem traditionell-familialen Versorgungsstil führt. Die Pflegebereitschaft und Pflegemotivation resultiert zumeist aus innerster Zuneigung zur zu versorgenden Person. Besonders häufig findet sich der traditionell-familiale Versorgungsstil in Paarhaushalten, in denen eine (Ehe-)Partnerin beziehungsweise ein (Ehe-)Partner Unterstützung benötigt. Vor dem Hintergrund des steigenden Anteils Verheirateter im hohen Alter ist davon auszugehen, dass die Bedeutung des traditionell-familialen Versorgungsstils kurzfristig steigt,<sup>260</sup> bevor sie mittelfristig wieder sinkt.

Welche Kennzeichen von Personen sich förderlich auf die Wahl des traditionell-familialen Versorgungsstils auswirken, sind in der Tabelle 6 zusammengefasst.

---

<sup>258</sup> Brandenburg/Zimprich 1995, S. 237 ff.; Pöhlmann/Hofer 1997, S. 381 ff.; Bäcker/Naegele/Bispinck u.a. 2000, S. 93 f.; BMFSFJ 2004, S. 204; Heusinger/Klünder 2005a, S. 153; Otto 2005, S. 483

<sup>259</sup> Zeman 1999, S. 381

<sup>260</sup> Engstler/Tesch-Römer 2010, S. 168

**Tabelle 6: Kennzeichen von Personen mit einem traditionell-familialen Versorgungsstil**

| Traditionell-familialer Versorgungsstil   |   |   |
|---|---|---|
| Haushaltsinterne Ressourcen   | Haushaltsexterne Ressourcen   | Pflegekulturelle Orientierung   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringes bis mittleres Einkommen</li> <li>- Geringer bis mittlerer Bildungsstand</li> <li>- Leichte bis mittlere, selten starke Einschränkungen in der Lebensführung</li> <li>- Leben in 2-Personen-Haushalten</li> <li>- Geringer bis mittlerer Wohnstandard</li> <li>- Leben in ländlicher Region</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringer bis mittlerer Ausbau der Versorgungsinfrastruktur</li> <li>- Teilweise umfangreiche familiäre Beziehungen im näheren Wohnumfeld</li> <li>- Geringe bis mittlere Anzahl außerfamiliärer Beziehungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege als Aufgabe der Familie</li> <li>- Überwiegende Ablehnung formeller Unterstützungsangebote</li> <li>- Hohe Pflegebereitschaft und Pflegemotivation der Familienangehörigen</li> </ul> |

**Quelle:** eigene Darstellung

Überwiegend weisen die zu versorgenden Personen des traditionell-familialen Versorgungsstils leichte bis mittlere Einschränkungen bei der Alltagsgestaltung auf. Im Laufe der Zeit nehmen die Einschränkungen oftmals zu, was von den Beteiligten teilweise unbemerkt bleibt oder verdrängt wird. An Demenz erkrankte Personen werden häufiger im engsten Familienkreis versorgt als nicht an Demenz Erkrankte.<sup>261</sup> Der traditionell-familiale Versorgungsstil stößt mit steigendem Versorgungsbedarf der zu versorgenden Person häufig an seine Grenzen.

Wie im traditionell-familialen Versorgungsstil wird im *informell-familialen Versorgungsstil* wenig formelle Unterstützung seitens personaler Versorgungsbetriebe in Anspruch genommen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Leistungen personaler Versorgungsbetriebe nicht in gewünschter Menge und Qualität und zu einem relativ hohen Preis angeboten werden.<sup>262</sup> Wesentlicher Unterschied zum traditionell-familialen Versorgungsstil liegt in der hohen Bedeutung informell außerhäuslicher Unterstützungspersonen. Es lässt sich auch nicht immer eindeutig eine Haupthilfsperson benennen. Vereinzelt gibt es mehrere Haupthilfspersonen oder keine Haupthilfsperson.

<sup>261</sup> Gräbel 1998, S. 58; Halsig 1998, S. 212

<sup>262</sup> Mager 2002, S. 106

Stärker als im traditionell-familialen Versorgungsstil kommen für die Rolle der Haupthilfsperson fernere Verwandte, Freundinnen und Freunde, Bekannte sowie Nachbarinnen und Nachbarn in Betracht. Sie leben selten mit der zu versorgenden Person in einem Haushalt und wenden im Gegensatz zu Haupthilfspersonen, die zusammen mit der zu versorgenden Person in einem Haushalt leben, weniger Zeit für die Versorgung auf.<sup>263</sup> Stattdessen erhält die zu versorgende Person oftmals Unterstützung durch weitere Helferinnen und Helfer ihres privaten Netzwerks. Dabei wird eine gleichmäßige Verteilung der Versorgungsleistungen auf die verschiedenen Helferinnen und Helfer angestrebt. Die relativ hohe Anzahl an Unterstützungspersonen bietet der zu versorgenden Person mehr Auswahlmöglichkeiten und verringert die Abhängigkeit und Last von Einzelnen.<sup>264</sup>

Bei zwei Gruppen hilfe- und pflegebedürftiger Personen ist der informell-familiale Versorgungsstil besonders häufig zu finden. Dies sind zum einen hilfe- und pflegebedürftige Personen, die alleinleben und ein umfangreiches privates Netzwerk im näheren Wohnumfeld besitzen und zum anderen hilfe- und pflegebedürftige Personen, die mit ihrer (Ehe-)Partnerin beziehungsweise ihrem (Ehe-)Partner zusammenleben, bei denen die (Ehe-)Partnerin beziehungsweise der (Ehe-)Partner aufgrund des eigenen Unterstützungsbedarfs die vollständige Versorgung jedoch nicht (mehr) sichern kann. Zur erstgenannten Gruppe gehören vor allem Frauen, die nach dem Tod ihres Partners alleine leben und ihren Alltag mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf weitgehend allein bewerkstelligen müssen. Dabei gelingt es hilfe- und pflegebedürftigen Personen mit modernem Lebensentwurf eher, informelle Hilferessourcen außerhalb des Familienkreises zu aktivieren.<sup>265</sup> Je stärker familiäre Helferinnen und Helfer in das Versorgungsnetz einbezogen sind, desto eher ziehen sich außerfamiliale Unterstützungspersonen zurück. So besitzen Familienangehörige zwar durchaus eine hohe Bedeutung bei der Versorgung, können aber auch zu einer Abnahme außerfamiliärer Beziehungen und somit zu einem Rückgang außerhäuslicher Aktivität führen.<sup>266</sup> Wesentliche Kennzeichen von Personen mit einem informell-familialen Versorgungsstil sind in Tabelle 7 dargestellt.

---

<sup>263</sup> Klie/Blinkert 1999, S. 82

<sup>264</sup> Heusinger/Klunder 2005b, S. 225 f.

<sup>265</sup> Klie/Blaumeiser 2002, S. 137

<sup>266</sup> Marbach 2002, S. 52 ff.

**Tabelle 7: Kennzeichen von Personen mit einem informell-familialen Versorgungsstil**

| Informell-familialer Versorgungsstil   |   |  |
|--|---|--|
| Haushaltsinterne Ressourcen  | Haushaltsexterne Ressourcen   | Pflegekulturelle Orientierung  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittleres Einkommen</li> <li>- Mittlerer bis hoher Bildungsstand</li> <li>- Leichte bis mittlere Einschränkungen in der Lebensführung</li> <li>- Überwiegend alleinlebend</li> <li>- Geringer bis mittlerer Wohnstandard</li> <li>- Leben in ländlicher Region</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringer bis mittlerer Ausbau der Versorgungsinfrastruktur</li> <li>- Wenig familiäre Beziehungen im näheren Umfeld</li> <li>- Nutzung semiprofessioneller Helferinnen und Helfer</li> <li>- Umfangreiche außerfamiliale informelle Beziehungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege als persönliches Schicksal</li> <li>- Ablehnung umfangreicher Unterstützung durch Einzelne</li> <li>- Streben nach einem hohen Maß an Selbstbestimmung und Unabhängigkeit</li> </ul> |

**Quelle:** eigene Darstellung

Hilfe- und pflegebedürftige Personen des informell-familialen Versorgungsstils weisen einen vergleichsweise geringen Versorgungsbedarf auf. Die Koordination ihrer Unterstützung übernehmen sie häufig selbst und besitzen somit einen hohen Einfluss bei der Ausgestaltung ihrer Versorgung.<sup>267</sup> Mit steigendem Hilfebedarf der zu versorgenden Person stößt der informell-familiale Versorgungsstil an seine Grenzen. Alleinwohnen beziehungsweise das Zusammenwohnen mit Personen, die den eigenen Hilfebedarf und den Hilfebedarf weiterer Haushaltsangehöriger nicht decken können, ist bei hilfe- und pflegebedürftigen Personen, die rund um die Uhr Versorgung benötigen, kaum zu realisieren. Bei Demenzerkrankten findet sich dieser Versorgungsstil daher nahezu nie. Probleme treten bei diesem Versorgungsstil auch auf, wenn eine für die Aufrechterhaltung der Versorgungssituation wichtige Netzwerkperson aus- oder wegfällt.

Im Gegensatz zum informell-familialen Versorgungsstil stellt im *formell-familialen Versorgungsstil* eine Unterstützung der Haupthilfsperson durch formelle Akteure und Einrichtungen keine Seltenheit, sondern den Normalfall dar. Die Mischung informeller und formeller Unterstützung ist ein wesentliches Kennzeichen des formell-familialen Versorgungsstils. Formelle Unterstützungspersonen übernehmen vor allem praktische Aufgaben, welche die Haupthilfsperson beispielsweise aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht

<sup>267</sup> Heusinger/Klünder 2005a, S. 223 ff.

mehr selbst ausführen kann oder die sie als belastend auf der Beziehungsebene empfindet wie beispielsweise die Körperpflege.<sup>268</sup> Der formell-familiale Versorgungsstil entspricht einem eher konventionellen Arrangement, in dem eine Haupthilfsperson die Verantwortung für die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge trägt und formelle Leistungen überwiegend von ambulanten Diensten einbezieht.<sup>269</sup>

Die Rolle der Haupthilfsperson übernimmt häufig ein Kind der zu versorgenden Person, oftmals die Tochter oder Schwiegertochter. Die zu versorgende Person wohnt zumeist mit ihrer (Schwieger-)Tochter zusammen, überwiegend in dem Haushalt der Familie der (Schwieger-)Tochter. Pflegende (Schwieger-)Töchter erhalten weniger Unterstützung aus dem informellen Netzwerk als pflegende (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner. Andere Familienangehörige, wie Geschwister, ziehen sich nicht selten im formell-familialen Versorgungsstil aus der Verantwortung zurück, insbesondere wenn die Übernahme der Versorgung mit Erbschaftsregelungen verbunden ist. Trotz geringerer informeller Hilfe ist bei der Tochterpflege der Umfang an erhaltener Unterstützung aufgrund der stärkeren Inanspruchnahme formeller Leistungen im Vergleich zur Partnerpflege tendenziell höher.<sup>270</sup>

Die Bereitschaft, formelle Unterstützungsleistungen mit eigenen finanziellen Mitteln zu entlohnen ist trotz steigender Akzeptanz gering. Gründe hierfür liegen weniger in der Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen hilfe- und pflegebedürftiger Personen, sondern sind eher eine Folge traditioneller wohlfahrtskultureller Prägungen, wonach der Ausgleich von Benachteiligungen als öffentliche Aufgabe gesehen wird.<sup>271</sup> Ein Aufbrechen dieser kulturell verfestigten Sicht kann nur mithilfe einer stärkeren Kundenorientierung formeller Leistungsanbieter sowie einer Stärkung der Verbrauchersouveränität gelingen.<sup>272</sup> Es werden verstärkt Leistungen von personalen Versorgungsbetrieben in Anspruch genommen, deren Kosten die Pflegekassen tragen. Neben der Nutzung ambulanter Dienste, insbesondere Pflegedienste, kommt es im formell-familialen Versorgungsstil vermehrt zur Nutzung teilstationärer Versorgungsangebote. In Tabelle 8 sind wesentliche Kennzeichen von Personen mit einem formell-familialen Versorgungsstil dargestellt.

---

<sup>268</sup> Zeman 1996, S. 110

<sup>269</sup> Schmidt 2000, S. 224

<sup>270</sup> Gilberg 1997, S. 257; Heusinger/Klünder 2005a, S. 159

<sup>271</sup> Schmidt 2002c, S. 200

<sup>272</sup> Schmidt 2002c, S. 200

**Tabelle 8: Kennzeichen von Personen mit einem formell-familialen Versorgungsstil**

| Formell-familialer Versorgungsstil   |  |   |
|--|--|---|
| Haushaltsinterne Ressourcen  | Haushaltsexterne Ressourcen  | Pflegekulturelle Orientierung   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittleres bis hohes Einkommen</li> <li>- Mittlerer bis hoher Bildungsstand</li> <li>- Mittlere bis schwere Einschränkungen in der Lebensführung</li> <li>- Leben in Mehrgenerationenhaushalt</li> <li>- Mittlerer bis hoher Wohnstandard</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittlerer bis starker Ausbau der Versorgungsinfrastruktur</li> <li>- Enge familiäre Beziehungen</li> <li>- Außerfamiliäre Beziehungen als emotionale Unterstützung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege überwiegend Aufgabe der Familie</li> <li>- Umfangreiche Unterstützung durch Einzelne</li> <li>- Offenheit gegenüber formellen Diensten</li> <li>- Pflegebereitschaft und Pflegemotivation resultieren oftmals aus Pflichtgefühlen gegenüber der zu versorgenden Person</li> </ul> |

**Quelle: eigene Darstellung**

Unterstützung aus dem privaten Netzwerk erhalten hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem *non familialen Versorgungsstil* allenfalls punktuell und lediglich in geringem Umfang. Die Versorgung ist in diesem Fall von beruflich und professionell „inszenierten“ Helfernetzen<sup>273</sup> zu sichern. Die hohe Inanspruchnahme von Leistungen personaler Versorgungsbetriebe kann mehrere Gründe haben, was zu einer hohen Heterogenität hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit einem non familialen Versorgungsstil führt. So gehören dem non familialen Versorgungsstil sowohl Personen mit niedrigem Einkommen, geringem Bildungsstand, kleinen bis keinen sozialen informellen Netzwerken als auch Personen mit hohem Einkommen und Vermögen, hohem Bildungsstand und einer großen Anzahl an sozialen Bezugspersonen an.

Lediglich in mittleren sozialen Schichten ist der non familiäre Versorgungsstil weniger verbreitet und wird erst umgesetzt, wenn die Einschränkungen der zu versorgenden Person so stark sind, dass eine familial geprägte Versorgung nicht aufrecht erhalten werden kann.<sup>274</sup> Im Gegensatz dazu entscheiden sich hilfe- und pflegebedürftige Personen aus oberen sozialen Schichten zumeist bewusst für eine non familial geprägte Versorgung.<sup>275</sup> Weiterhin lässt sich eine non familiäre Versorgung nicht vermeiden, wenn private Unterstützungspersonen

<sup>273</sup> Zeman 1999, S. 375

<sup>274</sup> Heusinger/Klunder 2005a, S. 176

<sup>275</sup> Gilberg 1997, S. 263

sonen fehlen. Es betrifft allerdings nur eine Minderheit älterer Personen, die nicht auf private Unterstützungspersonen zurückgreifen kann.<sup>276</sup>

Insgesamt können folgende drei Gruppen, die häufiger einen non familialen Versorgungsstil aufweisen, unterschieden werden.

- Gruppe 1: hilfe- und pflegebedürftige Personen mit fehlenden oder labilen privaten sozialen Netzwerken
- Gruppe 2: schwerstpflegebedürftige und sterbende Personen mit komplexen Bedarfslagen
- Gruppe 3: hilfe- und pflegebedürftige Personen mit hohen Versorgungsansprüchen

Wesentliche Kennzeichen von Personen mit einem non familialen Versorgungsstil befinden sich in Tabelle 9.

**Tabelle 9: Kennzeichen von Personen mit einem non familialen Versorgungsstil**

| Non familialer Versorgungsstil   |   |  |
|--|---|--|
| Haushaltsinterne Ressourcen  | Haushaltsexterne Ressourcen   | Pflegekulturelle Orientierung  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Überwiegend in einer stationären Einrichtung wohnend</li> <li>- Geringes oder hohes Einkommen und Vermögen</li> <li>- Teilweise schwerste Einschränkungen in der Lebensführung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umfangreiches formelles Hilfenetz</li> <li>- Teilweise große Wohnentfernungen zu Angehörigen</li> <li>- Teilweise wenige außerfamiliale Beziehungen, teilweise aufgrund großer Wohnentfernungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege nicht Aufgabe der Familie</li> <li>- Überwiegend hohe Akzeptanz formeller Dienste</li> </ul> |

**Quelle:** eigene Darstellung

Bei einer Inanspruchnahme formeller Akteure und Einrichtungen nehmen prekäre und labile Versorgungssituationen tendenziell eher ab, sind aber nicht vollständig auszuschließen. Kumuliert niedriges Einkommen mit niedrigem beziehungsweise keinem Vermögen, keinem Wohneigentum und niedrigem Bildungsstand wird der Zugang zu formellen Hilfsangeboten, welche über die staatlich garantierten Solidarleistungen der Sozialversicherung hinausgehen, erschwert.<sup>277</sup> Insgesamt kann der non familiare Versorgungsstil jedoch als rela-

<sup>276</sup> Künemund/Hollstein 2000, S. 246, 267; Winter 2003, S. 18

<sup>277</sup> Gilberg 1997, S. 210

tiv stabil bezeichnet werden,<sup>278</sup> zumindest was die Sicherung der physiologischen Grundbedürfnisse betrifft.

Für das Erreichen einer optimalen Versorgung sind vor dem Hintergrund der jeweiligen pflegekulturellen Orientierung alle zur Verfügung stehenden haushaltsinternen und -externen Ressourcen bedarfsgerecht zu integrieren.<sup>279</sup> Familienangehörige, Freundinnen und Freunde, Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn, ehrenamtlich Tätige sowie formelle Leistungsanbieter sind in zeitlicher Folge oder gleichzeitig an der Versorgung einer Person beteiligt.<sup>280</sup> Die Versorgung erfolgt somit innerhalb eines Verbunds.

## 2.4 Ansätze der Versorgung im Verbund

### 2.4.1 Begriff der Versorgung im Verbund

Das Finden optimaler Formen der Versorgung erhält vor dem Hintergrund von Lebensqualität und ihrer Aufrechterhaltung neue alterswissenschaftliche Relevanz.<sup>281</sup> Sowohl eine allein von der Familie getragene Unterstützung sowie eine alleinige Verantwortung der Versorgung seitens formeller Akteure und Einrichtungen erweisen sich nicht unbedingt als ideale und erwünschte Versorgungsformen.<sup>282</sup> Gefragt sind Versorgungsarrangements mit gemischter Verantwortung. Diese können maßgeblich dazu beitragen, Überforderungen Einzelner vorzubeugen. Weiterhin kann der Einbezug Professioneller dazu führen, dass fachliche Kenntnisse in familial geprägten Versorgungsarrangements stärker Berücksichtigung finden.<sup>283</sup>

Die Präferenz einer Versorgung im Verbund innerhalb der deutschen Bevölkerung kann mittels der Ergebnisse des zwischen Februar 2000 und Januar 2003 international durchgeführten Forschungsprojekts OASIS (Old Age and Autonomie: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity) belegt werden. Ziel des Projekts war es unter anderem, die Einstellungen der über 75-Jährigen bezüglich familialer Versorgung und staatlicher Unterstützungsleistungen zu erfassen. Neben Deutschland nahmen Großbritannien, Israel, Norwegen, Schweden und Spanien an dem Forschungsprojekt teil.<sup>284</sup>

---

<sup>278</sup> Heusinger/Klunder 2005a, S. 173 ff.

<sup>279</sup> Schneekloth/Wahl 2005, S. 232

<sup>280</sup> Evers/Olk 1996a, S. 348

<sup>281</sup> Motel-Klingebiel/von Kondratowitz/Tesch-Römer 2002, S. 201

<sup>282</sup> Evers/Olk 1996a, S. 349 f.; Blaumeiser/Klie 2002, S. 161; Klie/Blaumeiser 2002, S. 132

<sup>283</sup> Blinkert/Klie 2004b, S. 166

<sup>284</sup> Daatland/Herlofsen/Motel-Klingebiel u.a. 2003, S. 2

Weniger als zehn Prozent der befragten Deutschen sehen die Versorgung älterer Personen in der vollständigen Verantwortung einer Institution, sei es die Familie oder der Staat. Die Mehrheit befürwortet eine gemischte Verantwortung, die gekennzeichnet ist von einer wechselseitigen Ergänzung und Partnerschaft zwischen Familie, Staat und Markt.<sup>285</sup>

Auch die Ergebnisse der Pflegestudie weisen auf eine Bevorzugung der Versorgung in gemischter Verantwortung hin. Demnach sehen die Befragten die Aufgaben des Staates in der Finanzierung der häuslichen Pflege, der Hilfestellung bei Problemen, der personellen Entlastung der Unterstützungspersonen sowie der Kontrolle der Pflegequalität. Die Bestimmung der Art und Weise der Versorgung soll dabei in der Verantwortung der Familie liegen.<sup>286</sup>

Weiterhin zeigen die Ergebnisse der Kasseler Pflegestudie, dass eine Versorgung in gemischter Verantwortung gegenüber einer Versorgung in alleiniger Verantwortung präferiert wird. So besitzen selbst diejenigen Befragten, die eine informelle Versorgung bevorzugen, ein großes Interesse an der Einbeziehung beruflicher formeller Helferinnen und Helfer. 92 Prozent der Befragten, die sowohl die Selbstpflege als auch die Heimpflege strikt ablehnen, befürworten eine Versorgung im Verbund. Auch diejenigen Personen, die eine Heimpflege befürworten, wünschen sich zu 27 Prozent eine gemischte Versorgung, bei der auch informelle Hilfen zum Einsatz kommen sollen.<sup>287</sup>

In der Realität weisen Wunsch und Wirklichkeit hinsichtlich einer gemischten Verantwortung starke Differenzen auf. Familial geprägte häusliche Versorgung verschließt sich heute zum Großteil gegen formelle Unterstützung und formelle Unterstützung ist eine Domäne von Fachkräften, in der lebensweltliche Helferinnen und Helfer allenfalls ein Schattendasein führen.<sup>288</sup> Typisches Kennzeichen heutiger Versorgungsarrangements ist die Übernahme der Hauptverantwortung durch eine Akteursgruppe. So bewältigen bei häuslich versorgten hilfe- und pflegebedürftigen Personen nahestehende Angehörige nahezu allein die Versorgung, wohingegen bei stationär versorgten hilfe- und pflegebedürftigen Personen diese Aufgaben nahezu vollständig von der Einrichtung übernommen werden, in der sie leben.<sup>289</sup>

---

<sup>285</sup> Daatland/Herlofsen/Motel-Klingelbiel u.a. 2003, S. 3

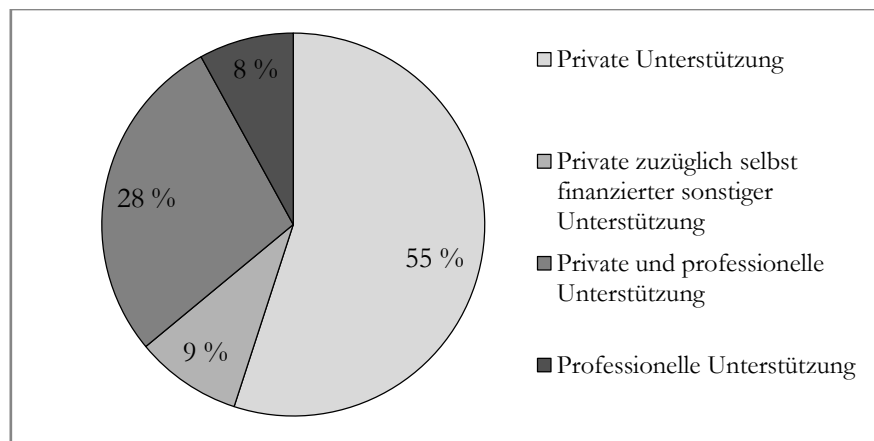
<sup>286</sup> Runde/Giese/Stierle 2003, S. 42

<sup>287</sup> Blinkert/Klie 2000, S. 239

<sup>288</sup> Klie/Blaumeiser 2002, S. 136

<sup>289</sup> Blinkert/Klie 2004b, S. 165

Dies verdeutlichen auch die Ergebnisse der Pflegestudie. Lediglich bei elf Prozent der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen finden sich Versorgungsarrangements, die durch eine Kombination von beruflichen und nicht-beruflichen Helferinnen und Helfern gekennzeichnet sind.<sup>290</sup> Die Ergebnisse der Infratest Repräsentativerhebungen zeigen, dass zum Jahresende 2002 insgesamt 28 Prozent der in privaten Haushalten versorgten hilfe- und pflegebedürftigen Personen sowohl private als auch professionelle Pflege erhalten. Weitere neun Prozent der in privaten Haushalten versorgten hilfe- und pflegebedürftigen Personen empfangen neben der privaten informellen Unterstützung selbst finanzierte sonstige formelle Hilfen, welche nicht zu den pflegerischen Hilfen zählen. Somit kann bei 37 Prozent der Versorgungsarrangements von einer Versorgung in gemischter Verantwortung gesprochen werden. Weitere acht Prozent erhalten nahezu ausschließlich professionelle Unterstützung und 55 Prozent nahezu ausschließlich private Unterstützung.<sup>291</sup> Abbildung 12 stellt dies grafisch dar.



**Abbildung 12: Versorgungsarrangements häuslich versorgter hilfe- und pflegebedürftiger Personen**

**Quelle:** Schneekloth 2005, S. 74

Im Vergleich der Daten von 1991 und 2002 fällt trotz der Einführung der Pflegeversicherung auf, dass der Anteil derjenigen, die professionelle Pflegeleistungen nutzen, nicht merklich gestiegen ist. Durch eine stärkere Inanspruchnahme derjenigen, die professionelle Pflegeleistungen nutzen, hat das Volumen professionell erbrachter Pflegeleistungen in den letzten Jahren den-

<sup>290</sup> Blaumeiser/Klie 2002, S. 163; Klie/Blaumeiser 2002, S. 137

<sup>291</sup> Schneekloth 2005, S. 74

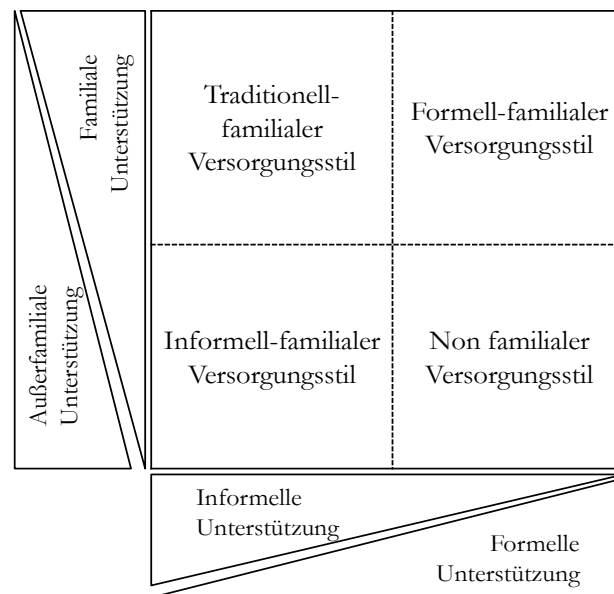
noch stark zugenommen.<sup>292</sup> Bedingt durch die steigende Akzeptanz professioneller Unterstützungsleistungen, ist in Zukunft mit einem weiteren Anstieg der Nachfrage zu rechnen. Der Wunsch nach Individualisierung und Selbstverwirklichung führt dazu, dass die Bereitschaft, hilfe- und pflegebedürftige Angehörige in alleiniger Verantwortung zu versorgen sinkt und es zu einer Ausweitung und Aufwertung der Interaktion von formeller und informeller Unterstützung kommt. Fragen und Probleme zur Gestaltung der Interaktion mehrerer Akteure sind hierbei zu lösen.<sup>293</sup> Weiterhin sind passgenaue Angebote bereitzustellen.

Der Umfang und die Art der Nutzung informeller und formeller Hilfen hängen maßgeblich vom Versorgungsstil der zu versorgenden Person ab. Aus der Perspektive einzelner Versorgungsstile gestaltet sich somit die Versorgung im Verbund unterschiedlich. So bestehen beispielsweise wesentliche Abweichungen in den Beziehungen zwischen den Akteuren, in der Einbindung der zu versorgenden Person, in den benötigten Hilfeleistungen sowie in der Zusammenarbeit und Zusammensetzung der Akteure. Im traditionell-familialen Versorgungsstil überwiegt die informell familiäre Unterstützung. Diese dominiert auch im informell-familialen Versorgungsstil. Die Unterstützungsleistungen werden hierbei jedoch weniger von Familienangehörigen, sondern stärker auch von außerfamilialen Bezugspersonen erbracht. Der formell-familiale Versorgungsstil ist geprägt von einer familialen Versorgung mit formeller Unterstützung. Überwiegend formelle Unterstützung erhalten hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem non familialen Versorgungsstil. Eine Übersicht hierzu gibt Abbildung 13.

---

<sup>292</sup> Schneekloth 2005, S. 75

<sup>293</sup> Evers/Olk 1996a, S. 349



**Abbildung 13: Kennzeichen idealtypischer Versorgungsstile**

**Quelle:** eigene Darstellung

Die Versorgung im Verbund ist gekennzeichnet von einer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen informellen Helferinnen und Helfern, verschiedenen formellen Helferinnen und Helfern sowie informellen und formellen Helferinnen und Helfern, wodurch mehr oder weniger komplexe Akteursbeziehungen entstehen.<sup>294</sup> Die Komplexität der Beziehungsstrukturen wird dadurch erhöht, dass eine klare Abgrenzung zwischen der zu versorgenden Person und den sorgenden Personen oftmals nicht möglich ist. So benötigen pflegende Angehörige teilweise selbst Unterstützung, zumeist emotionaler Art, und die zu versorgende Person ist nicht ausschließlich diejenige, die Leistungen empfängt, sondern sie erbringt in Abhängigkeit ihrer Fähigkeiten selbst verschiedene Unterstützungsleistungen für sich sowie andere Personen. Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteursgruppen weist stets typische Charakteristika auf.

*Beziehungen zwischen informellen Helferinnen und Helfern* sind geprägt von Nähe und Vertrauen. Absprachen werden überwiegend mündlich und teilweise non verbal getroffen. Allgemeingültige Strukturen der Abstimmung und Zusammenarbeit finden sich unter informellen Helferinnen und Helfern weniger. Die Ausgestaltung der Versorgung ist vielmehr das Ergebnis persönlicher Abmachungen, gesammelter Erfahrungen und spontaner Interaktionsvorgänge.<sup>295</sup>

<sup>294</sup> Bauer 2005, S. 27

<sup>295</sup> Gukenbiehl 1999, S. 83 f.

Hierbei besitzen langjährige Familientraditionen sowie Geschlechter- und Rollenzuweisungen eine hohe Bedeutung. Durch die engen Beziehungen besteht die Gefahr der Bildung von Klüngerleien und Seilschaften sowie die Emotionalisierung von Konflikten.<sup>296</sup> Für Außenstehende ist die Art und Weise der Gestaltung der Versorgung nicht immer vollständig nachzuvollziehen. Das Treffen von Entscheidungen verläuft selten planmäßig, sondern eher intuitiv, situationsbezogen und spontan.

Im Gegensatz dazu basieren *Beziehungen zwischen formellen Helferinnen und Helfern* häufig auf schriftlich festgehaltenen Absprachen. Sie sind gekennzeichnet von zweckrationaler Planung, einer Beschreibung des Sollzustands von Arbeits-, Kommunikations- und Herrschaftsstrukturen, festgelegten Regeln und Vorschriften und einer strikten Zielorientierung.<sup>297</sup> Beziehungen seitens formeller Helferinnen und Helfer zur zu versorgenden Personen bestehen allein aufgrund ihres Hilfebedarfs und sind geprägt von bürokratischen und vertraglichen Regelungen. Eine Abstimmung zwischen informellen und formellen Akteuren steht aufgrund ihrer gegensätzlichen Logiken vor einer besonders großen Herausforderung und kann nur gelingen, wenn von beiden Seiten der erwartete Nutzen den Vorbehalten gegenüber dem anderen Helfersystem überwiegt.<sup>298</sup>

Die *Beziehungen zwischen informellen und formellen Helferinnen und Helfern* sind zu meist geprägt von einem hierarchischen Verhältnis, indem die informelle Familienpflege als die eigentliche Hilfe und die professionell formellen Helferinnen und Helfer als Unterstützerinnen und Unterstützer gesehen werden. In Einzelfällen kann das Verhältnis auch als gleichberechtigt bezeichnet werden.<sup>299</sup> Formelle Akteure treffen auf ihnen unbekannte familiäre Beziehungsgeflechte, in denen sie sich zurechtfinden müssen. Gleichzeitig unterliegen sie den Regelungen der Sozialgesetzgebung, den Gesetzen des Marktes sowie berufsspezifischen Rahmenbedingungen.<sup>300</sup> Als Mitglieder personaler Versorgungsbetriebe sind sie eingebunden in feste Organisationsstrukturen, wodurch ihnen zum Beispiel arbeitsvertraglich Aufgaben und Rollen zugewiesen werden. Die Zuweisung erfolgt dabei unter Berücksichtigung der Zielsetzung, betriebliche Abläufe des personalen Versorgungsbetriebs zu optimieren.

---

<sup>296</sup> Oelschlägel 2000, S. 16 ff.; Bauer 2005, S. 37

<sup>297</sup> Gukenbiehl 1999, S. 83 f.

<sup>298</sup> Zeman 2005, S. 320

<sup>299</sup> Blüher 2004, S. 43 f.

<sup>300</sup> Blüher 2004, S. 48

Mit steigender Anzahl der Unterstützungspersonen sowie der Mischung informeller und formeller Hilfen nimmt die Komplexität der gesamten Versorgungssituation zu und die Anforderungen an die Koordination der Hilfen steigen. Ohne strukturierte Beziehungs-, Kommunikations- und Kooperationsstrukturen ist eine Versorgung im Verbund nicht vorstellbar. Erschwerend wirken sich die unterschiedlichen Formen und Logiken der Zusammenarbeit innerhalb verschiedener Hilfesysteme aus. Aber auch im formellen Hilfesystem wird von den einzelnen Professionen nicht immer das gleiche unter Zusammenarbeit verstanden.<sup>301</sup> In der Ausbildung erfolgt die Vermittlung eines jeweils eigenen theoretischen Ansatzes, der spezifische Vorstellungen über Aufgaben, Ethiken, Methoden, Modelle und Ziele des Fachs besitzt.

Aufgrund der Komplexität der Bedarfe hilfe- und pflegebedürftiger Personen auf der einen Seite und der starken Differenzierung und Fragmentierung der Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens auf der anderen Seite stellt eine berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit eine unausweichliche Notwendigkeit dar, um eine regional abgestimmte und ortsnahe Versorgung zu sichern, innovative Versorgungsmodelle zu erproben und neue Einrichtungstypen zu schaffen sowie insgesamt dazu beizutragen, eine neue Kultur des Helfens in der Gesellschaft zu etablieren.<sup>302</sup>

#### **2.4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Zusammenarbeit**

Die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen findet in Deutschland in einem stark ausdifferenzierten und fragmentierten sozialstaatlichen System statt. Hierbei treffen Krankenversicherungs-, Pflegeversicherungs-, Rehabilitations- und Behinderten- sowie Sozialhilferecht mit unterschiedlichen Leistungserbringungs- und Leistungsfinanzierungslogiken aufeinander. Die damit verbundene Abgrenzung gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Problemlagen wird den oftmals komplexen Versorgungsbedarfen hilfe- und pflegebedürftiger Personen selten gerecht.<sup>303</sup> Im Gesundheits- und Sozialrecht existieren daher zahlreiche Formulierungen, welche explizit zur Kooperation und Zusammenarbeit leistungserbringender Akteure und Einrichtungen auffordern. Neben der Aufforderung enthalten die Formulierungen jedoch selten konkrete Anweisungen, welche sich auf die Umsetzung von Kooperation und

---

<sup>301</sup> Hedtke-Becker 2003, S. 126

<sup>302</sup> Klie 1999, S. 16

<sup>303</sup> Smolka 2006, S. 11

Zusammenarbeit beziehen. Vor allem in den Sozialgesetzbüchern existieren mehrere Paragraphen, die dieses Thema aufgreifen. Wesentliche rechtliche Rahmenbedingungen des SGB XI, SGB V, SGB IX und SGB XII sollen gemäß ihrer Relevanz im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen aufgezeigt werden.

Nach § 8 Abs. 2 SGB XI ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung „eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“. Zur Sicherstellung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung sollen Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes zusammenwirken und zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen beitragen. Besondere Verantwortung hinsichtlich der Schaffung vernetzter Versorgungsstrukturen obliegt den Pflegekassen, die für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich sind. Zur Verwirklichung dieser sollen sie nach § 12 Abs. 1 SGB XI mit allen „an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen[arbeiten] und [...] insbesondere durch Pflegestützpunkte [...], auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen [hinwirken], um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen“. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben sollen die Pflegekassen örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden, welche eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen Beteiligten zulassen.

Eine Forcierung der Forderung nach mehr Abstimmung und Vernetzung der Angebote für hilfe- und pflegebedürftige Personen erfährt der Pflegesektor mit der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Juli 2008.<sup>304</sup> So sollen die Pflegekassen nach § 92c Abs. 1 SGB XI wohnortnahe Pflegestützpunkte einrichten. Neben der Abstimmung und Vernetzung vorhandener Angebote gehört es zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte, hilfe- und pflegebedürftige Personen zu beraten und bei der Leistungsanspruchnahme zu unterstützen. Ein weiterer wesentlicher Schritt zu mehr Abstimmung und Vernetzung im Pflegesektor sind die Ausweitungen der Regelungen zur integrierten Versorgung. Nachdem mit der Einführung der integrierten Versorgung durch die Gesundheitsreform im Jahr 2000 Integrationsverträge zwischen verschiedenen Leistungserbringern des SGB V und Krankenkassen abgeschlossen werden konnten, ist es mit der Verabschiedung des GKV-

---

<sup>304</sup> Frommelt/Klie/Löcherbach u.a. 2008, S. 7

Wettbewerbsstärkungsgesetz im April 2007 nach § 92b SGB XI auch Pflegeeinrichtungen möglich, Integrationsverträge nach § 140b SGB V auszuhandeln.

Ein integriertes Versorgungssystem setzt sich immer aus mindestens zwei Akteuren verschiedener Sektoren des Gesundheits- und/oder Sozialwesens zusammen.<sup>305</sup> Leistungen der integrierten Versorgung können sich auf die Bereiche Kuration, Pflege, Prävention und Rehabilitation beziehen. Laut § 140b Abs. 3 SGB V dürfen nur solche Leistungen Gegenstand der Versorgungsverträge sein, über deren Eignung der gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Vertragspartnerinnen und -partner verpflichten sich nach § 140b SGB V zu „einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten“. Sie müssen weiterhin gewährleisten, mit allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern zusammenzuarbeiten und eine hinreichende Dokumentation durchzuführen. Mit der integrierten Versorgung und der damit verbundenen Möglichkeit der Kranken- und Pflegekassen, Einzelverträge mit den Leistungserbringern abzuschließen, wächst deren Einflussmacht auf den Versorgungssektor.

Wie die Pflegekassen im Pflegewesen besitzen die Krankenkassen im Gesundheitswesen einen zentralen Stellenwert, wenn es um die Verwirklichung von mehr Abstimmung und Vernetzung geht. Vor dem Hintergrund der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Krankenkassen und ihre Verbände nach § 4 Abs. 3 SGB V angehalten, miteinander sowie mit allen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammenzuarbeiten. Die Möglichkeiten, berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifende Versorgungsangebote im Gesundheitswesen zu schaffen, die von einer gleichberechtigten Zusammenarbeit der Akteure und Einrichtungen geprägt sind, werden durch die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre kontinuierlich erweitert. Dies beginnt mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Eine Aufwertung erfährt diese Entwicklung durch das Gesundheitsreformgesetz von 2000 und der damit verbundenen Einführung der Regelungen zur integrierten Versorgung durch die §§ 140 ff. SGB V, welche im Jahr 2004 mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) neu organisiert werden. Insgesamt enthält das SGB V

---

<sup>305</sup> Schmidt 2002a, S. 181

zahlreiche Regelungen, welche zu mehr Abstimmung und Vernetzung führen sollen. Hierzu gehören insbesondere die Regelungen:

- zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V,
- zu den Strukturverträgen nach § 73a SGB V und Modellvorhaben nach § 63 SGB V,
- zur integrierten Versorgung nach §§ 140a-d SGB V,
- zu den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V sowie
- zu den strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V.

Die Sonderstellung von Hausärztinnen und -ärzten im Rahmen des Gesundheitswesens als Koordinationspersonen wird mit den Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V gestärkt. Bei der hausarztzentrierten Versorgung übernimmt die jeweils behandelnde Hausärztin beziehungsweise der jeweils behandelnde Hausarzt die Koordination sämtlicher diagnostischer, pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen. Idealerweise haben die Hausärztinnen und -ärzte somit einen Überblick über den gesamten Behandlungsverlauf ihrer Patientinnen und Patienten. Hiervon profitieren insbesondere hilfe- und pflegebedürftige Personen, deren Gesundheitszustand die regelmäßige Kompetenz verschiedener Fachdisziplinen erfordert.

Sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch die Hausärztinnen und -ärzte ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig. Teilnehmende Versicherte verpflichten sich nach § 73b Abs. 3 SGB V schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur mittels einer Überweisung zu nutzen. Inwieweit sich die hausarztzentrierte Versorgung als Motor für mehr Abstimmung und Vernetzung im Gesundheitswesen auswirken kann, ist fraglich. So verstärkt der Begriff der Koordination die Sonderstellung von Hausärztinnen und -ärzten. Sie entscheiden in übergeordneter Position über die Integration und Steuerung der verschiedenen Leistungen.<sup>306</sup> Von einer gewünschten Gleichberechtigung verschiedener Leistungsanbieter – einer für Kooperation und Vernetzung so wichtigen Bedingung – kann somit keinesfalls gesprochen werden.

---

<sup>306</sup> Smolka 2006, S. 97

Mehr Hoffnung auf eine Zusammenarbeit, die gekennzeichnet ist von einer gleichberechtigten Partnerschaft, bieten die Regelungen zu den Modellvorhaben, zu den Strukturverträgen und zur integrierten Versorgung. Modellvorhaben zeichnen sich durch ihren Projektcharakter aus. Ziele der Projekte bestehen nach § 63 Abs. 1 SGB V in der Erprobung und Weiterentwicklung neuer Finanzierungs-, Organisations-, Verfahrens- und Vergütungsvereinbarungen. Die Modellvorhaben sind zeitlich befristet und müssen nach § 65 SGB V wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden. Bei den Strukturverträgen nach § 73a SGB V handelt es sich um Vereinbarungen zwischen kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen zur Verbesserung der Regelversorgung im ambulanten medizinischen Bereich. Ziel der Strukturverträge nach § 73a SGB V ist es, die Kooperationen zwischen Hausärztinnen und -ärzten sowie Fachärztinnen und -ärzten durch finanzielle Anreize auszubauen, um somit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten medizinischen Versorgung zu steigern.

In Zukunft ist mit einer Ablösung der Modellprojekte und Strukturverträge durch Verträge der integrierten Versorgung nach §§ 140a-d SGB V zu rechnen.<sup>307</sup> Demnach können nach § 140a SGB V Krankenkassen abweichend von den übrigen Regelungen „Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen“. Nach § 140b Abs. 1 SGB V können folgende Gruppen Vertragspartner sein:

- zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene (Zahn-)Ärztinnen und Ärzte,
- einzelne, an der Versorgung der Versicherten teilnehmende Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften,
- Träger zugelassener Krankenhäuser, stationärer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ambulanter Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften
- Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a zur Versorgung der Versicherten nach dem SGB V berechnigte Leistungserbringer anbieten sowie
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer.

Neben den direkten Vertragspartnerinnen und -partnern können weitere Akteure auch aus medizinischen Bereichen an der integrierten Versorgung teil-

---

<sup>307</sup> Braun/Güssow 2006, S. 68

nehmen. Im Idealfall soll die gesamte Versorgung von der Prävention und Gesundheitsförderung, der Diagnostik, der ambulanten und stationären Therapie bis hin zur Rehabilitation und Nachsorge sowie der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung durch eine Organisation garantiert werden.<sup>308</sup> Im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung können Konzepte der integrierten Versorgung mit der Errichtung medizinischer Versorgungszentren verbunden werden.

Medizinische Versorgungszentren eignen sich darüber hinaus für die Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte nach § 137f SGB V. Hierfür sollen für ausgewählte, überwiegend weitverbreitete, chronische Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden, welche den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung dieser Personen verbessern sollen. Die strukturierten Behandlungsprogramme, auch als Disease Management-Programme bekannt, sollen nach § 137f Abs. 2 SGB V den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigen sowie auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen. Darüber hinaus sollen sie Aussagen bezüglich durchzuführender Qualitätssicherungsmaßnahmen enthalten.<sup>309</sup> Im Mittelpunkt der Disease Management-Programme steht die integrierte, populationsbezogene, sektorenübergreifende und systematische Behandlung unter Einbeziehung von Diagnostik, Pflege, Prävention, Rehabilitation und Therapie.<sup>310</sup> Die hohe Betroffenheit an chronischen Erkrankungen seitens hilfe- und pflegebedürftiger Personen führt dazu, dass strukturierte Behandlungsprogramme einen zentralen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung dieser Personen leisten können. Stärker als zuvor sind die spezifischen Besonderheiten hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu berücksichtigen. Die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ist ebenso wie die Teilnahme an der integrierten Versorgung für die Versicherten freiwillig.

Teilweise erhalten hilfe- und pflegebedürftige Personen Leistungen nach dem SGB IX sowie dem SGB XII. Mit steigender Inanspruchnahme von Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher fällt es den Betroffenen schwer, den Überblick zu bewahren. Zur Sicherung einer ganzheitlichen Versorgung trotz unterschiedlicher Verantwortungsbereiche enthalten das SGB IX und SGB XII Forderungen, die Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen ver-

---

<sup>308</sup> Schulze Raestrop 2003, S. 77; Bruhnke 2008, S. 165

<sup>309</sup> Tacke/Lauterbach 1998, S. 159; Stock/Redaelli/Lauterbach 2005, S. 24 ff.

<sup>310</sup> Janßen 2000, S. 212; Nissen 2003, S. 426

schiedenen Leistungsanbietern zu verbessern. So wird beispielsweise nach § 12 Abs. 1 SGB IX der zuständige Rehabilitationsträger verpflichtet, erforderliche Leistungen zur Teilhabe verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen und einheitlich erbracht werden. Die Verantwortung der Abstimmung verschiedener Leistungen obliegt dem Leistungsträger. Ähnlich ist es bei den Regelungen des SGB XII, wonach nach § 4 Abs. 1 SGB XII die Sozialhilfeträger angehalten sind, mit allen Kostenträgern, „deren gesetzliche Aufgaben dem gleichen Ziel dienen oder die an Leistungen beteiligt sind oder beteiligt werden sollen, [zusammenzuarbeiten], insbesondere mit den Trägern von Leistungen nach dem Zweiten, dem Achten und dem Neunten Buch“.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Gesetzgebung in ihren Formulierungen der Forderung nach mehr Abstimmung und Vernetzung nachkommt. Gleichzeitig wird jedoch die Konkurrenz zwischen den Anbietern gefördert.<sup>311</sup> Die Regelungen nehmen vor allem die Leistungsträger und weniger die Leistungserbringer in die Pflicht, abgestimmte Versorgungsstrukturen zu schaffen. Bei der Formulierung bleibt die Gesetzgebung eher abstrakt, sodass zahlreiche Möglichkeiten der Umsetzung und Verwirklichung bestehen. Auffallend ist in diesem Zusammenhang die Häufigkeit der „Kann- und Sollbestimmungen“ und das damit verbundene Fehlen von Sanktionsmöglichkeiten. Zudem fehlen oftmals konkrete Anreize, eine verstärkte Zusammenarbeit zu realisieren. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit kann nur gelingen, wenn alle daran beteiligten Akteure und Einrichtungen auch eigene Vorteile sehen, Einstimmigkeit über Mittel und Ziele bestehen, Rollen geklärt sind und eine transparente Aufgabenverteilung vorliegt.<sup>312</sup>

Mehrere Reformen im Gesundheits- und Sozialwesen zeigen erste Ansätze, welche auf eine Durchbrechung der starren Systemgrenzen zielen. Ständige Neuerungen und Reformen in diesem Bereich können jedoch auch zu Irritationen und einer mangelnden Planungssicherheit führen.<sup>313</sup> Je mehr strukturelle Vorgaben existieren, desto weniger Raum besteht für die Einführung individueller, innovativer Lösungsstrategien. Vor allem die unterschiedlichen rechtlichen Regelungen hinsichtlich der Finanzierung, Organisation und Zuständigkeit der einzelnen Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens grenzen in der alltäglichen Umsetzung immer wieder die Verwirklichung ganzheit-

---

<sup>311</sup> Smolka 2006, S. 104

<sup>312</sup> Zeman 1994, S. 174

<sup>313</sup> Bühler 2006, S. 12

licher innovativer Versorgungsmodelle ein.<sup>314</sup> Es fehlen Strukturen, die eine Zusammenarbeit auf einer verlässlichen Basis regeln und gleichzeitig eine Überregulierung vermeiden, um die erforderliche Flexibilität für komplexe jeweils individuelle Bedarfslagen aufzubringen. Weiterhin können sich die zum Schutz der zu versorgenden Person bestehenden Datenschutzregelungen hinderlich auf den Austausch von Informationen auswirken. Datenschutz und das Bestreben, Risikofaktoren zu identifizieren sind hierbei sorgfältig abzuwägen.<sup>315</sup>

### **2.4.3 Ansätze der Realisierung einer Versorgung im Verbund**

Zwar besitzen staatliche Institutionen sowie die Kostenträger die Aufgabe, die vorhandenen Leistungen so zu koordinieren, damit eine bedarfsgerechte Versorgung gegeben ist. In der Realität findet diese aber nicht flächendeckend statt.<sup>316</sup> Hilfe- und pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen müssen zumeist mehrere Anbieter des Gesundheits- und Sozialwesens aufsuchen, um einen Überblick über bestehende Versorgungsangebote zu erhalten. Oftmals wird aufgrund des hohen Aufwands, der mit der Suche verbunden ist, die erste bekannte Hilfemöglichkeit genutzt, selbst wenn passendere Angebote zur Verfügung stehen. Auch die Aufgabe der Koordination von Versorgungsleistungen liegt häufig in der Verantwortung der Betroffenen. Vereinzelt wurden in unterschiedlicher Trägerschaft Beratungsstellen eingerichtet, welche die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen unterstützen.<sup>317</sup>

Die Eröffnung der Möglichkeit, verschiedene Sektoren des Gesundheitswesens zu vernetzen, hat mit der Einführung der Regelungen zur integrierten Versorgung neue Dynamik gewonnen. Die integrierte Versorgung ist eine neue interdisziplinäre, fach- und sektorenübergreifende Versorgungsform. Sie strebt eine Auflösung der starren Trennung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung an. Weiterhin soll sie die Verzahnung verschiedener Leistungsbereiche und eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen forcieren. Hiervon profitieren insbesondere Personen, die unter Krankheiten leiden, deren Behandlung die Kompetenzen verschiedener Fachdisziplinen erfordern. Zum Auswertungstichtag Ende 2008 lagen 6.407 Meldungen zu den Integrationsverträgen bei

---

<sup>314</sup> von Reibnitz 2005, S. 210

<sup>315</sup> Bruder 1992, S. 36

<sup>316</sup> Zeman 2007, S. 3

<sup>317</sup> Zeman 2007, S. 3

der gemeinsamen Registrierungsstelle vor. Insgesamt rechneten die Krankenkassen 2008 mit rund vier Millionen teilnehmenden Versicherten und Ausgaben in Höhe von circa 811 Millionen Euro. Durchschnittlich wurden 1.500 Verträge in den Jahren von 2004 bis 2008 neu abgeschlossen.<sup>318</sup> Von einer flächendeckenden Umsetzung kann jedoch (noch) nicht gesprochen werden.<sup>319</sup>

Selten sind integrierte Versorgungsmodelle auf die Bedürfnisse hilfe- und pflegebedürftiger Personen ausgerichtet. Bei den „klassischen“ Integrationsverträgen bildet zumeist ein allgemein vorhandenes oder lokal- beziehungsweise krankheitsbezogenes Versorgungsdefizit den Ausgangspunkt.<sup>320</sup> Die größte Bedeutung in der integrierten Versorgung haben Verträge zur Behandlung von Erkrankungen, welche Muskeln, Skelett und Bindegewebe betreffen, gefolgt von Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie des Nervensystems.<sup>321</sup> Die oftmals hohe Bedeutung der ärztlichen Behandlung innerhalb integrierter Versorgungsmodelle deckt die Komplexität der Versorgungsbedarfe hilfe- und pflegebedürftiger Personen selten ab.<sup>322</sup> Leistungen der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der sozialen Betreuung finden in den Verträgen zur integrierten Versorgung nur marginal Berücksichtigung. Das ist für hilfe- und pflegebedürftige Personen nicht nur daher fatal, dass sie diese Leistungen zur Sicherung ihrer Daseinsvor- und Daseinsfürsorge benötigen, sondern auch aus diesem Grund problematisch, da besonders solche Leistungen von einer Vielfalt und geringen Transparenz gekennzeichnet sind. Dabei können vor allem pflegerisch ausgerichtete Therapien die ärztliche Behandlung maßgeblich ergänzen und das Wohlbefinden der Betroffenen steigern.<sup>323</sup>

Weiterhin ist die zentrale Stellung der Krankenkassen bei der Initiierung integrierter Versorgungsmodelle anzumerken. Aus der Perspektive der Krankenkassen dient die integrierte Versorgung der Verbesserung ihrer Marktchancen, indem sie sich durch spezielle Angebote Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Krankenkassen verschaffen. Krankenkassen sind insbesondere bestrebt, gesunde Personen und somit möglichst junge Versicherte zu binden. Dies trifft auf hilfe- und pflegebedürftige Personen selten zu. In dessen Folge richten Krankenkassen ihre Angebote der integrierten Versorgung so aus, dass sie

---

<sup>318</sup> Grothaus 2009, S. 7, 15, 17

<sup>319</sup> Zeman 2007, S. 3

<sup>320</sup> Ballast 2007, S. 20

<sup>321</sup> Grothaus 2009, S. 9

<sup>322</sup> Kofahl/Dahl/Döhner 2002, S. 17

<sup>323</sup> Tews 2005, S. 54 ff.

für gesunde und junge Versicherte einen Anreiz darstellen, diese Krankenkassen zu wählen.<sup>324</sup> Aber auch die Tatsache, dass Krankenkassen von einer Kostensenkung der Pflegekassen nicht profitieren, führt dazu, dass diese kaum Angebote zur Verbesserung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen anbieten werden, welche über die ärztliche Behandlung hinausgehen.<sup>325</sup>

Auch auf der Seite der Leistungserbringer gibt es kaum Bestrebungen, spezielle Angebote der integrierten Versorgung für hilfe- und pflegebedürftige Personen zu schaffen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Aufgrund der Vielzahl an Akteuren und Einrichtungen, mit denen hilfe- und pflegebedürftige Personen konfrontiert sind, gibt es niemanden, der sich verantwortlich für ihre Versorgung fühlt. Eine Profilierung auf dem Gebiet der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen streben nur wenige Leistungserbringer an. Weiterhin ist die Vergütung für die Versorgung benötigten Leistungen für viele Leistungserbringer nicht zufriedenstellend, sodass sie einer Ausweitung der Leistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen aus finanziellen Gründen oftmals ablehnend gegenüberstehen.

Dies wurde im Rahmen der Gesetzgebung erkannt und die Möglichkeiten der Initiierung integrierter Versorgungsmodelle wurden mit der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007 ausgeweitet. In solchen Verträgen können Pflegekassen abweichend von den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI, den Pflegesätzen nach § 85 SGB XI und den Vergütungsregelungen nach § 89 SGB XI Verträge zur integrierten Versorgung mit Pflegeeinrichtungen und weiteren Leistungserbringern schließen. Im Gegensatz zu den bisherigen „klassischen“ Integrationsverträgen der Krankenkassen werden die „neuen“ Integrationsverträge der Pflegekassen einen anderen Fokus haben. Hauptaugenmerk wird demnach nicht mehr auf der Verbesserung der medizinischen Versorgung, sondern stärker auf der Beseitigung, Minderung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit liegen. Die Integrationsverträge sollen hierbei insbesondere der Verwirklichung der häuslichen Versorgung gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ dienen.<sup>326</sup>

Inwieweit „neue“ Integrationsverträge die Situation hilfe- und pflegebedürftiger Personen verbessern, bleibt abzuwarten. Aufgrund der Tatsache, dass Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen stärker als Krankenkassen und medizinische Einrichtungen an der Optimierung der Versorgung hilfe- und pflege-

---

<sup>324</sup> Schulze Raestrup 2003, S. 10

<sup>325</sup> Ballast 2007, S. 20

<sup>326</sup> Ballast 2007, S. 21

bedürftiger Personen interessiert sind, dürfte allerdings mit positiven Veränderungen gerechnet werden. Nach bisherigen Erkenntnissen wurde die Möglichkeit, Integrationsverträge mit Pflegekassen oder Pflegeeinrichtungen abzuschließen zu können, nur in geringerem Umfang genutzt. Insgesamt wurden zum Stichtag Ende 2008 in 35 Fällen Verträge mit einer Pflegekasse oder zugelassenen Pflegeeinrichtung abgeschlossen. Schwerpunkte der Verträge bilden die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen sowie die Versorgung chronischer Wunden.<sup>327</sup>

Zur Unterstützung und Forcierung der Umsetzung dieser „neuen“ integrierten Versorgungsmodelle im Pflegesektor sollen flächendeckend Pflegestützpunkte eingerichtet werden.<sup>328</sup> Ziel der Pflegestützpunkte besteht in der wohnortnahen Verbesserung der Versorgungsstrukturen für hilfe- und pflegebedürftige Personen. Ihre Aufgaben bestehen darin, die Vernetzung der leistungserbringenden Akteure und Einrichtungen vor Ort zu fördern sowie individuelle Beratungs- und Unterstützungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige Personen bereitzustellen. Es kann somit von einem umfassenden Koordinations- und Vernetzungsauftrag seitens der Pflegestützpunkte gesprochen werden.<sup>329</sup>

Seitens der Pflegestützpunkte sind Akteure und Einrichtungen verschiedener Sektoren einzubinden. Eine grundsätzliche Untergliederung verschiedener Sektoren erlaubt die Unterscheidung in Anlehnung an den Welfare Mix, welcher sich aus dem Dritten Sektor, Markt, privaten Netzwerk und Staat zusammensetzt.<sup>330</sup> Abbildung 14 zeigt in Anlehnung dieser Systematik wesentliche Akteure und Einrichtungen, mit denen die Pflegestützpunkte zusammenarbeiten sollen, auf. Eine wesentliche Aufgabe der Pflegestützpunkte besteht unter anderem in der Bearbeitung der Schnittstellen zwischen dem SGB V und dem SGB XI, wodurch insbesondere Präventions- und Rehabilitationspotenziale vollständig ausgeschöpft werden sollen.<sup>331</sup>

---

<sup>327</sup> Grothaus 2009, S. 9, 40 f.

<sup>328</sup> Lang 2007, S. 333

<sup>329</sup> Frommelt/Klie/Löcherbach u.a. 2008, S. 8

<sup>330</sup> Evers 2002, S. 20

<sup>331</sup> Frommelt/Klie/Löcherbach u.a. 2008, S. 16 ff.

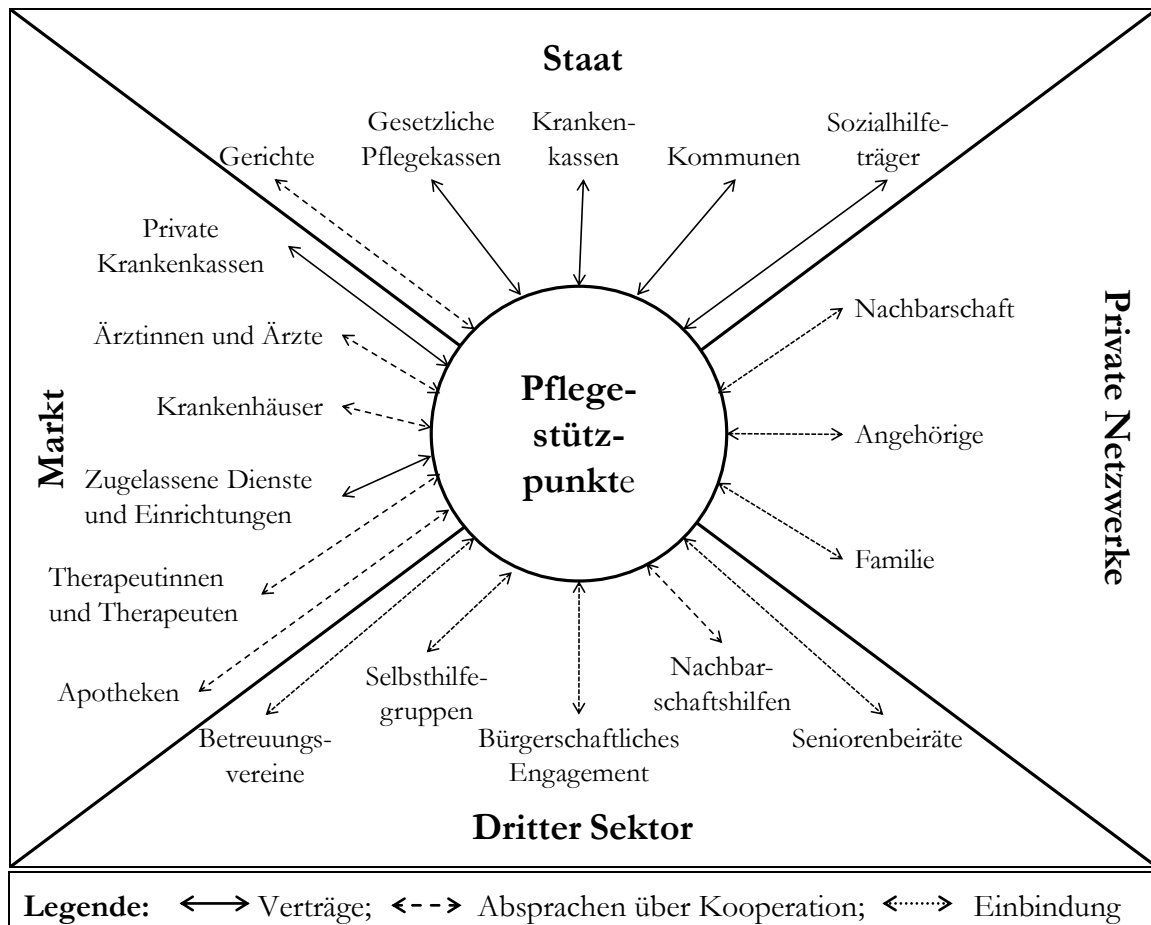


Abbildung 14: Koordination durch Pflegestützpunkte

Quelle: Frommelt/Klie/Löcherbach u.a. 2008, S. 17

Prinzipiell lassen sich zwei wesentliche Aufgabenbereiche der Pflegestützpunkte unterscheiden: zum einen die berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifende Koordination verschiedener Dienste und Einrichtungen und zum anderen die Abstimmung der im Einzelfall in Anspruch genommenen Leistungen. Diese Aufgabenbereiche lassen sich mit den Begriffen Care Management und Case Management umschreiben.

Beim Care Management steht die Entwicklung eines systemübergreifenden Konzepts mit dem Ziel, die Rationalität des Gesamten zu steigern, im Mittelpunkt.<sup>332</sup> Das Care Management zielt auf die Optimierung der Versorgungsstrukturen und -prozesse ab, mit der Absicht Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden.<sup>333</sup> Für verschiedene Bedarfskonstellationen werden einzelfallübergreifende Versorgungskonzepte erarbeitet. Die Entwicklung der Konzepte erfolgt akteurs- und einrichtungsübergreifend aus der Perspektive

<sup>332</sup> Janßen 2000, S. 215

<sup>333</sup> Schmidt 2010, S. 179; Wendt 2010, S. 220

des gesamten Systems. Hierbei sind neben der Bereitstellung von Angeboten der hauswirtschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der sozialen Betreuung strukturierte Beziehungen zwischen den Akteuren und Einrichtungen auf- und auszubauen.<sup>334</sup>

Im Gegensatz zum Care Management liegt beim Case Management ein deutlicher Individualbezug in der Unterstützung und Beratung hilfesuchender Personen vor.<sup>335</sup> Man spricht beim Case Management von Einzelfallhilfe, bei der eine individuelle bedarfsgerechte Zusammenstellung der Hilfen erfolgt.<sup>336</sup> Hilfen verschiedener mehr oder weniger getrennter Systeme finden Berücksichtigung und werden über System- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg einzelfallbezogen miteinander verzahnt.<sup>337</sup> Die Aufgabe, verschiedene Dienste zu integrieren erfordert ein transdisziplinäres und vernetztes Denken.<sup>338</sup>

Das Case Management zielt nicht primär auf die kausale Problemlösung selbst hin, sondern vielmehr auf die Unterstützung bei der individuellen Organisation der Versorgung des Betroffenen.<sup>339</sup> Die Aushandlung von Versorgungsoptionen erfolgt gemeinsam mit den Betroffenen, wodurch neben der professionellen Sicht der Case Managerin beziehungsweise des Case Managers die Laiensicht sowie die Präferenzen und Werte der Betroffenen Einfluss auf das Ergebnis nehmen.<sup>340</sup> Ziel der Hilfen ist das selbstständige Lösen von Problemen durch die Betroffenen.<sup>341</sup>

Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 haben nach § 7a Abs. 1 SGB XI alle Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten beziehungsweise beantragt haben, einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin beziehungsweise einen Pflegeberater. Die Pflegeberatung greift hierbei den Grundgedanken des Case Managements auf. So ist beispielsweise innerhalb der Pflegeberatung ein individueller Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen gesundheitsfördernden, kurativen, präventiven, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen. Darüber hinaus ist auf die Durchführung der innerhalb des Versorgungsplans vorgesehenen Maßnahmen hinzuwirken. Weiterhin ist die Durchführung des Versorgungsplans zu überwa-

---

<sup>334</sup> Wißmann/Langehennig 1998, S. 21

<sup>335</sup> Frommelt/Klie/Löcherbach u.a. 2008, S. 54

<sup>336</sup> Wendt 2010, S. 221

<sup>337</sup> Wissert 1999, S. 126; Ewers/Schaeffer 2000, S. 7

<sup>338</sup> Schmidt 2010, S. 178

<sup>339</sup> Frommelt/Klie/Löcherbach u.a. 2008, S. 54

<sup>340</sup> Wissert 1999, S. 136; Schmidt 2010, S. 178

<sup>341</sup> Wissert 1999, S. 126 ff.

chen und gegebenenfalls sind Änderungen vorzunehmen. Die Erstellung des Versorgungsplans erfolgt im Einvernehmen mit allen Beteiligten, mit denen im Einzelfall eng zusammengearbeitet werden soll.<sup>342</sup> Bei der Erstellung der Versorgungspläne ist das ganze „Facettenreichtum“ häuslicher Versorgungsarrangements zu berücksichtigen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung sind zahlreiche Aufgaben, die vorher in der alleinigen Verantwortung der Kommunen lagen auf die Pflegekassen beziehungsweise Pflegestützpunkte übertragen worden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Kommunen, Pflegekassen und Pflegestützpunkten ist aufgrund der Zuständigkeitsüberschneidungen und -ergänzungen unabdingbar. Instrumente der kommunalen Altenplanung wie Aktionstage, Bürgerforen, Informationsveranstaltungen, Podiumsdiskussionen, Runde Tische und Zukunftswerkstätten können in der Arbeit der Pflegestützpunkte eingesetzt werden. Für die Bereitstellung benötigter Dienste sind kommunale Altenpläne in Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren und Einrichtungen zu entwickeln und umzusetzen, sodass im Rahmen der Pflegeberatung aus einem breiten Angebot passende Unterstützungsleistungen gewählt und miteinander verknüpft werden können.

#### **2.4.4 Förderliche und hemmende Faktoren der Versorgung im Verbund**

Eine stärkere Zusammenarbeit bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen wird nahezu von allen Seiten als effizienz- und effektivitätserhöhende Möglichkeit gesehen, auch wenn eindeutige Nachweise aufgrund komplexer Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge fehlen und der Wunsch, Kosten durch Kooperation zu senken, sich in vielen Vernetzungsprojekten häufig als nicht erfüllbare Illusion herausgestellt hat.<sup>343</sup> Die Faktoren, die zu einer mangelnden Zusammenarbeit führen, sind vielfältig. Sie befinden sich sowohl auf der Ebene der Lebenswelt der zu versorgenden Personen, auf der Ebene der formellen Akteure und Einrichtungen als auch auf der Ebene der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Auf der Ebene der Lebenswelt der zu versorgenden Personen erfolgt die konkrete Ausgestaltung der Versorgung. Unter Einbezug einer Vielzahl verschiedener Ressourcen ergeben sich individuelle Versorgungsarrangements.

---

<sup>342</sup> Frommelt/Klie/Löcherbach u.a. 2008, S. 8

<sup>343</sup> Smolka 2006, S. 94

Auf vorhandene Versorgungsbündel bei bestimmten Bedarfskonstellationen kann nur in seltenen Fällen zurückgegriffen werden. Eine optimale Einbindung vorhandener Ressourcen setzt deren Kenntnis bei den zu versorgenden Personen und ihren Angehörigen voraus. Ihnen fehlt jedoch häufig das Wissen bezüglich bestehender Angebote, was eine optimale Versorgung im Verbund einschränkt, da durchaus vorhandene passgenaue Angebote keine Berücksichtigung finden.

Bruder<sup>344</sup> sieht zwei Gründe für das bestehende Informationsdefizit. Einerseits sind es die Betroffenen selbst, die aufgrund eingeschränkter Speicher- und Verarbeitungskapazität für ihr Informationsdefizit verantwortlich sind und andererseits sind es die Dienste und Einrichtungen, die aufgrund mangelnden Wissens über bestehende Versorgungsangebote und einer fehlenden Informationsweitergabe zu einem Informationsdefizit beitragen. Eine Hilfestellung zur Verbesserung der Informationslage können Beratungsstellen leisten. Aber selbst umfangreiche Kenntnisse bezüglich bestehender Versorgungsangebote garantieren nicht ihre Einbindung zur Deckung der Hilfebedarfe. Die Nutzung beziehungsweise Nichtnutzung von Angeboten hängt neben ihrer Bekanntheit von ihrer Bedarfsgerechtigkeit und im hohen Maße von der pflegekulturellen Orientierung der zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen ab. Persönliche Gründe oder fehlende Bereitschaft, sich an neue Situationen anzupassen, können hinderliche Faktoren für Veränderungen bei der Sicherstellung der Versorgung darstellen.<sup>345</sup> Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Vor- und Nachteile bestehender Unterstützungsoptionen schwer beziehungsweise gar nicht messen lassen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn enge Beziehungen zwischen den Beteiligten bestehen, die geprägt sind von Geborgenheit, Liebe und Zuneigung und sich somit einer rationalen Betrachtung weitgehend entziehen.<sup>346</sup>

Auf der Ebene formeller Akteure und Einrichtungen ist nicht immer eine gemeinsame Ausrichtung ihrer Leistungen auf die Bedarfslagen hilfesuchender Personen vorhanden. Der bestehende Konkurrenzdruck und die Rivalität unter formellen Akteuren und Einrichtungen führen zu einer Dominanz des Denkens in Einzelwirtschaften mit der Absicht, eigene Ziele zu erreichen.<sup>347</sup> Politisch wird dieses Denken in Einzelwirtschaften gefördert, indem der Aufbau von wettbewerbsförderlichen Strukturen seit einigen Jahren eine Forcierung

---

<sup>344</sup> Bruder 1992, S. 31

<sup>345</sup> Bruder 1992, S. 29

<sup>346</sup> Witt 1992, S. 25

<sup>347</sup> Bühler 2006, S. 17

nung erfährt. Das Eingehen von Zusammenarbeit birgt die Gefahr des Autonomieverlustes und des Entstehens von Abhängigkeiten.<sup>348</sup> Weiterhin ist die Erprobung neuer vernetzter Versorgungsmodelle, wie sie mit der Einführung der Regelungen zur integrierten Versorgung gefordert werden, mit Risiken und Unsicherheiten verbunden.

Zusammenarbeit unter formellen Akteuren und Einrichtungen wird nur stattfinden, wenn die Verfolgung eigener Ziele ohne weitreichende Einschränkungen fortgesetzt werden kann und sich die zusätzlichen Anstrengungen lohnen.<sup>349</sup> Aber nicht nur die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, sondern auch innerhalb einzelner Einrichtungen, kann Mängel aufweisen. Die Verankerung der Akteure in engen Berufsrollen, die unterschiedlichen Qualifizierungs- und Sozialisationsverläufe und das daraus resultierende voneinander abweichende Verständnis von Zusammenarbeit sowie fehlende Anerkennung, fehlendes Vertrauen und fehlendes Wissen gegenüber den jeweils anderen Professionen wirken sich erschwerend auf eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit aus.<sup>350</sup> Die Kompetenzen für Kooperation und Zusammenarbeit müssen bei vielen Akteuren erst noch entwickelt und ausgebaut werden.<sup>351</sup>

Schwierigkeiten bestehen häufig in der Aktivierung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Vernetzungsprojekte. Dieser Effekt verstärkt sich, sobald neben Ärztinnen und Ärzten auch nichtmedizinische Akteure eingebunden sind.<sup>352</sup> Ärztinnen und Ärzten fällt es häufig schwer, Hierarchien zu überwinden und sich auf eine Ebene mit anderen Berufsgruppen zu stellen.<sup>353</sup> Zudem besteht aus der Perspektive niedergelassener Ärztinnen und Ärzte keine dringende Notwendigkeit, mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten. Als Gatekeeper dominieren sie nahezu den gesamten Versorgungssektor und sind kaum abhängig von anderen Akteuren des Systems.<sup>354</sup> Trotz fehlender Dringlichkeit der Zusammenarbeit besitzen viele Ärztinnen und Ärzten die Ansicht, dass sich Zusammenarbeit mit anderen Akteuren positiv auf die Versorgungs-

---

<sup>348</sup> Bruder 1992, S. 32 ff.; Brandt 1993, S. 19; Garms-Homolová 1998, S. 19; Hebel 2007, S. 256

<sup>349</sup> Witt 1992, S. 25; Smolka 2006, S. 106

<sup>350</sup> Garms-Homolová 1998, S. 14 ff.; Höhmann 2002, S. 311; Bauer 2005, S. 24 f.; Bühler 2006, S. 19

<sup>351</sup> Kofahl/Dahl/Döhner 2002, S. 73

<sup>352</sup> Garms-Homolová 1998, S. 7 ff.; Döhner/Bleich/Kofahl 2002, S. 29; Kuhlmann 2005, S. 207

<sup>353</sup> Bauer 2005, S. 25; Smolka 2006, S. 105, 185

<sup>354</sup> Smolka 2006, S. 192

qualität auswirken kann, sodass sie immer häufiger bereit sind, an Vernetzungsprojekten aktiv teilzunehmen.<sup>355</sup>

Kommt es zu einer Zusammenarbeit von Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, mangelt es häufig an einer organisatorischen Planung sowie der Klärung ökonomischer Rahmenbedingungen.<sup>356</sup> Es fehlt oftmals an einem gemeinsamen Netzwerkmanagement und einer gemeinsamen Ausrichtung des strategischen Managements.<sup>357</sup> Durch ein gemeinsames Netzwerkmanagement können feste Leistungs- und Verfahrensregelungen eingeführt und das Entstehen von Konflikten kann im Voraus vermindert werden. Bestehende Organisationsgrenzen sind zu durchbrechen und neue innerorganisatorische Strukturen aufzubauen.<sup>358</sup>

Die Gefahr des Scheiterns von Vernetzungsprojekten kann gemildert werden, indem:<sup>359</sup>

- eine neutrale Lenkungsinstanz, die alle Beteiligten anerkennen, eingerichtet wird,
- Ziele realistisch und präzise definiert werden,
- Bereiche und Zuständigkeiten eindeutig auf die beteiligten Akteure verteilt werden,
- der bürokratische Aufwand gering gehalten wird,
- aufwändige Abstimmungsprozesse und Entscheidungswege bei gleichzeitiger Berücksichtigung verschiedener Interessen vermieden werden,
- auf eine professionelle Moderation bei Arbeitstreffen geachtet wird,
- feste Finanzierungsregelungen und Absprachen getroffen und eingehalten werden sowie
- starre Vorgaben und Regelungen, welche die Autonomie und Eigenständigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschränken, umgangen werden.

Feste Strukturen wirken sich stets förderlich auf die Verlässlichkeit der Zusammenarbeit aus, bergen jedoch die Gefahr einer zu starken Bürokratisierung, die bis zum Stillstand der Leistungserstellung führen kann. Vernet-

---

<sup>355</sup> Damkowski/Klie/Kronseder 1997, S. 214; Kauss/Kühnert/Naegele u.a. 1998, S. 105

<sup>356</sup> Höhmann 2002, S. 299; Schneider 2006, S. 54; Smolka 2006, S. XV

<sup>357</sup> Becher 2000, S. 267; Bühler 2006, S. 25

<sup>358</sup> Schneider 2006, S. 55

<sup>359</sup> Bruder 1992, S. 34; Bunzendahl/Hagen 2004, S. 114 ff.; Kofahl/Dahl/Döhner 2004, S. 85; Schneider 2006, S. 54 f.

zungsansätze mit einer geringen Regulierung können flexibler und variabler auf komplexe Situationen und Umweltveränderungen reagieren. Ihnen fehlt aber häufig eine verlässliche Basis. Bei der Regelung der Zusammenarbeit ist ein Mittelweg zwischen festen Leistungs- und Verfahrensanweisungen und der Freiheit in der Leistungserbringung zu finden, denn ein allein auf festen Managementstrukturen gesteuertes Vernetzungsvorhaben droht genauso zu scheitern wie der Versuch, eine Zusammenarbeit allein auf Vertrauen und persönlichen Beziehungen zu organisieren.<sup>360</sup>

Besonders in der Anfangsphase ist es vorteilhaft, eine zentrale Leitperson zu benennen,<sup>361</sup> die beim Aufbau verlässlicher Strukturen hilft. Zu Beginn der Etablierung vernetzter Versorgungsformen sind weiterhin eine hohe Bereitschaft, ein hohes Durchhaltevermögen und ein hohes Engagement aller an der Vernetzung beteiligten Akteure und Einrichtungen nötig.<sup>362</sup> Zwischen den Akteuren sind vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Hierzu bedarf es personeller Kontinuität und gegenseitiger Wertschätzung. Ein übermäßiges Beteiligen und Einbringen eigener Ideale kann jedoch genauso problematisch sein wie eine passive Haltung gegenüber den Vernetzungsbestrebungen.<sup>363</sup> Selten erfahren die mit der Vernetzung verbundenen Anstrengungen finanzielle Honorierung, was zu Demotivation führen kann. Weiterhin ist mit hohen Investitionskosten, vor allem am Anfang zu rechnen.

Vernetzte Versorgungsformen sollten zielgruppenspezifisch kommuniziert werden. Bei einer Vielzahl neuer Angebotsformen besteht die Gefahr, dass sie die bereits vorhandene Differenzierung und Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens erhöhen. Die Folge ist, dass Veränderungen von den Hilfesuchenden nicht ausreichend wahrgenommen werden.<sup>364</sup> Vernetzungsinitiativen sollten daher Bestandteil eines Gesamtkonzepts sein, um nachhaltig die gewünschten Wirkungen erreichen zu können.<sup>365</sup> Es sind hierzu möglichst alle Akteure und Einrichtungen, die zur jeweiligen Zielerreichung einen Beitrag leisten können, einzubeziehen. Aufgrund des hohen Einflusses der Kostenträger sowie zahlreicher finanzieller und organisatorischer Verflechtungen stellt die Berücksichtigung ihrer Interessen in Vernetzungsbestrebungen ein unabdingbares Erfordernis dar.<sup>366</sup> Neben den Kostenträgern sind die Betroffenen

---

<sup>360</sup> Bauer 2005, S. 20, 37

<sup>361</sup> Bruder 1992, S. 31 f.

<sup>362</sup> Bühler 2006, S. 13

<sup>363</sup> Bühler 2006, S. 21

<sup>364</sup> Becher 2000, S. 267

<sup>365</sup> Bauer 2005, S. 19

<sup>366</sup> Hebel 2007, S. 256

sowie ihr Umfeld aktiv in neue Versorgungsmodelle einzubinden. Ein Austausch auf gleicher Ebene und ein Anerkennen der Leistungen des jeweils Anderen tragen maßgeblich zu einer gelungenen Beziehungsgestaltung bei und helfen, eine optimale Versorgung ohne Versorgungsbrüche zu realisieren.

Regelmäßig durchgeführte Evaluationen ermöglichen eine Überprüfung der Zielerreichung. Besondere Berücksichtigung sollte die Prüfung der Erreichung der Bedarfsdeckung einnehmen. Hierfür sind verlässliche Indikatoren, die den Grad der Bedarfsdeckung messen, zu bestimmen sowie anwendungsfreundliche Dokumentationssysteme zu entwickeln.<sup>367</sup> Insgesamt sollte das Ziel neuer Versorgungsmodelle sein, bisherigen Mängeln der Versorgung zu begegnen und den Herausforderungen der Versorgung gerecht zu werden. Die wesentlichen Herausforderungen der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sollen daher zusammengefasst dargestellt werden, bevor eine Erarbeitung eines Modells einer Versorgung im Verbund erfolgt.

## **2.5 Herausforderungen der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen**

Die Einführung der Pflegeversicherung und der Ausbau von Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen haben bei einer Vielzahl der Betroffenen zu einer Verbesserung ihrer Situation geführt. Verbessert haben sich vor allem die finanzielle Situation vieler hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie die Situation hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit klassischen pflegebezogenen Hilfebedarfen. Für verschiedene Bedürfnisse hilfe- und pflegebedürftiger Personen offenbaren die derzeitigen rechtlichen Regelungen jedoch Schwachstellen. So ergeben sich mit der Einführung der Pflegeversicherung keine wesentlichen Verbesserungen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie sozialen Betreuung.<sup>368</sup> Inwieweit sich Verbesserungen bei der sozialen Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit dem im Jahr 2008 verabschiedeten Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und der Gewährung zusätzlicher Betreuungsleistungen nach §§ 45a, 45b, 87b SGB XI sowie der geplanten Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2012 ergeben, bleibt abzuwarten.

---

<sup>367</sup> Bruder 1992, S. 36; Höhmann 2002, S. 312

<sup>368</sup> Klie 1999, S. 13

Probleme bestehen besonders bei hilfe- und pflegebedürftigen Personen, deren Bedarfe sich nicht mit den Leistungen der Pflegeversicherung decken lassen. Hiervon betroffen sind vor allem multimorbide und chronisch erkrankte Personen. Kritik besteht weiterhin bei der Versorgung psychisch erkrankter, schwerkranker und sterbender Personen sowie älterer Migrantinnen und Migranten.<sup>369</sup> Zentrale Problemfelder insgesamt sind:

- die Qualitätssicherung und Transparenz der Qualität von formellen Leistungen personaler Versorgungsbetriebe, aber eben auch informell erbrachter Versorgungsleistungen,
- die starke Belastung pflegender Angehöriger,
- die Transparenz hinsichtlich des Angebots von Versorgungsleistungen seitens personaler Versorgungsbetriebe,
- die fehlende Vernetzung der einzelnen Versorgungsleistungen im Einzelfall und innerhalb des Wohnquartiers sowie
- das Modell der „all-inklusive“ Versorgung stationärer Pflegeeinrichtungen mit der Gefahr des Entstehens von Überversorgung und die damit verbundene Verfestigung der Abhängigkeit.

In den letzten Jahren steht die Qualität der Versorgungsleistungen in der Kritik. Nicht selten besitzen hilfe- und pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen ein Misstrauen gegenüber stationären sowie in geringerem Umfang gegenüber ambulanten Pflegeeinrichtungen.<sup>370</sup> Dies führt dazu, dass ältere Personen häufig informelle Versorgungsleistungen gegenüber formellen Versorgungsleistungen selbst dann vorziehen, wenn diese zu starken Belastungen der informell pflegenden Personen führen. Deshalb sind zahlreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen mit dem Zweck der Verbesserung der Qualität inzwischen gesetzlich vorgeschrieben. Eine der neueren Entwicklungen ist die Einführung eines Benotungssystems für Pflegeeinrichtungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI, wodurch eine Bewertung verschiedener Bereiche stationärer und ambulanten Pflegeeinrichtungen erfolgt.

Auch die Qualität der häuslichen, überwiegend von Angehörigen getragenen Versorgung, zeigt vereinzelt Mängel auf. Problematisch gestaltet sich insbesondere die Abhängigkeit der zu versorgenden Person von dem Wohlwollen der sorgenden Person. Kritisch zu sehen ist des Weiteren, dass die häusliche überwiegend informell getragene Versorgung außerhalb jeglicher externer

---

<sup>369</sup> Adolph 2003, S. 12 f.

<sup>370</sup> Evers 1997, S. 147

Kontrolle stattfindet. Nicht selten sind pflegende Angehörige mit der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen überlastet. Überlastungssituationen treten vor allem dann auf, wenn die Versorgung rund um die Uhr zu gewährleisten ist. Der Ausbau von Beratungsstellen und das Schaffen temporärer Entlastungsmöglichkeiten können hier Abhilfe schaffen.<sup>371</sup> Konkret wünschen sich pflegende Angehörige mehr Unterstützung seitens ambulanter Pflegedienste, eine pflegerechte Ausstattung der Wohnung, eine bessere Hilfsmittelausstattung, mehr Beratung und Organisationshilfe, einen Ausbau der Verhinderungspflege sowie mehr finanzielle Mittel.<sup>372</sup>

Das Problem des Auftretens prekärer und labiler Versorgungssituationen im Alter ist nicht zu unterschätzen. In einer Expertise der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags haben Blinkert und Klie<sup>373</sup> die künftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050 untersucht. Vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen und des abnehmenden informellen Unterstützungspotenzials gehen sie davon aus, dass die Anzahl, der in stationären Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen, von heute 717.000 auf rund 1,5 Millionen im Jahr 2050 steigt und der Anteil, der in labilen oder prekären Versorgungssituationen lebenden Pflegebedürftigen, von derzeit 20 Prozent auf 50 Prozent im Jahr 2050 zunehmen wird. Die Ergebnisse der Infratest Repräsentativerhebungen zeigen ein ähnliches Bild. Demnach geben 14 Prozent der Haushalte mit pflegebedürftigen Haushaltsangehörigen an, dass die heute gewährten pflegerischen Hilfen den Versorgungsbedarf der zu versorgenden Person nicht decken.<sup>374</sup>

Prekäre und labile Versorgungssituationen sind gekennzeichnet von instabilen privaten Netzwerken. Diese liegen häufig vor, wenn die zu versorgende Person allein lebt, keine Kinder im gleichen Ort wohnen, die Haupthilfsperson in großer Entfernung wohnt beziehungsweise keine Haupthilfsperson vorhanden ist.<sup>375</sup> Frauen verfügen häufiger über prekäre und labile Unterstützungsnetzwerke. Männer können aufgrund ihrer oftmals kürzeren Lebenserwartung vermehrt auf Unterstützung ihrer (Ehe-)Partnerinnen hoffen. Weiterhin treten prekäre Versorgungssituationen häufiger bei geringfügig hilfebedürftigen Per-

---

<sup>371</sup> Mnich/Döhner 2005, S. 268

<sup>372</sup> Runde/Giese/Stierle 2003, S. 60

<sup>373</sup> Blinkert/Klie 2004a, S. 321 f.

<sup>374</sup> Schneekloth 2005, S. 88

<sup>375</sup> Blinkert/Klie 2006, S. 205

sonen ohne anerkannte Pflegestufe sowie Demenzerkrankten in privaten Haushalten auf.<sup>376</sup>

Die Inanspruchnahme formell erbrachter Leistungen seitens personaler Versorgungsbetriebe kann die Gefahr des Entstehens prekärer Versorgungssituationen durchaus reduzieren. Häufig werden die Leistungen aber aufgrund eines fehlenden Vertrauens gegenüber personalen Versorgungsbetrieben nicht genutzt. Zunehmende Effizienzforderungen und Standardisierungen im Gesundheits- und Sozialwesen beispielsweise durch die verpflichtende Einführung und Anwendung von Expertenstandards in Pflegeeinrichtungen nach § 113a SGB XI verstärken die Gegensätzlichkeit der formellen und informellen Unterstützung. Auf Laien wirkt dies befremdlich, da ihr alltägliches Handeln von Solidarität und persönlicher Nähe geprägt ist.<sup>377</sup>

Eine hohe Versorgungsqualität sowie eine Vermeidung prekärer Versorgungssituationen lassen sich vor allem dann erreichen, wenn vorhandene Versorgungsleistungen passgenau zur Verfügung stehen und zielführend verzahnt sind. Die Fokussierung einzelner Einrichtungen auf ihr eigenes Leistungsangebot sowie ihre eigene Leistungsqualität führt dazu, dass Anstrengungen der Vernetzung und des Zusammenwirkens von Versorgungsinstitutionen und Professionen zunehmend ins Abseits geraten sind.<sup>378</sup> Zwar bieten rechtliche Rahmenbedingung des Gesundheits- und Sozialwesens zahlreiche Optionen, welche eine bedarfsgerechte Versorgung zu sichern vermögen.<sup>379</sup> Von einer flächendeckend vernetzten Zusammenarbeit, die getragen wird von den Maximen „Ganzheitlichkeit“ und „Bedarfsgerechtigkeit“, kann jedoch nicht gesprochen werden. In den letzten Jahren ist ein ausdifferenziertes, mithin unübersichtliches und fragmentiertes Feld entstanden.<sup>380</sup> Die Ursachen hierfür sind vielfältig und liegen insbesondere in der historisch begründeten Ausdifferenzierung der Leistungsbereiche der Sozialversicherungssysteme sowie der Funktionstrennung von Staat, Ländern und Kommunen.

Die Ausdifferenzierung des Leistungsangebots ist kein neues Phänomen. Im Gesundheitswesen hält es seit mehr als drei Jahrzehnten an und führt gleichzeitig zu einer Expansion des Leistungsvolumens.<sup>381</sup> Diese Entwicklung trifft auch auf andere Versorgungsbereiche, wie dem Pflegebereich, zu. Zwar bietet

---

<sup>376</sup> Gilberg 1997, S. 192

<sup>377</sup> Zeman 1999, S. 376 f.

<sup>378</sup> Schmidt 2002a, S. 175

<sup>379</sup> Infratest Sozialforschung 2003, S. 35

<sup>380</sup> Smolka 2006, S. XV

<sup>381</sup> Achenbach 2004, S. 35

die Ausdifferenzierung und in deren Folge die Spezialisierung eine optimale Bewältigung von Teilproblemen, den Anforderungen einer umfassenden Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit komplexen Bedarfslagen wird sie aber nicht gerecht. Hilfe- und pflegebedürftigen Personen sowie ihren Angehörigen fällt es häufig schwer, sich in dem differenzierten und spezialisierten Versorgungssystem zurechtzufinden. Vernetzungen innerhalb des Versorgungssystems können helfen, eine bessere Orientierung zu gewährleisten, Angebote aufeinander abzustimmen und den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern zugänglicher zu machen.<sup>382</sup> Es gilt, ganzheitliche und integrierte Versorgungsmodelle zu entwickeln, welche einerseits die Kompetenzen Einzelner zu nutzen wissen und andererseits den gewandelten Anforderungen mittels Interdisziplinarität, Teamarbeit und Vernetzung gerecht werden.<sup>383</sup>

Insbesondere die Trennung ambulanter und stationärer Leistungen, formeller und informeller Leistungen sowie die Unterscheidung eines Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesens führen zu zahlreichen Problemen im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Es entstehen selbstständig voneinander abgeschottete Versorgungssysteme, in die außenstehende Personen nur eingeschränkt Einblick erhalten. Diese Trennung wirkt sich vor allem dann negativ aus, wenn mehrere Akteure und Einrichtungen gleichzeitig an der Versorgung einer Person beteiligt sind und niemand die Gesamtverantwortung übernimmt. Eine bedarfsgerechte Auswahl aus der Vielzahl der vorhandenen Dienste ist nur zu realisieren, wenn genaue Kenntnisse hinsichtlich der Bedarfslagen und Ansprüche der zu versorgenden Person sowie Kenntnisse bezüglich des Leistungsangebots, der Leistungsqualität sowie der Kosten der Leistungen vorhanden sind. Aus der Perspektive der zu versorgenden Personen ist es nahezu unmöglich, eine optimale Auswahl und Kombination der Leistungen zu erreichen. Besonders benachteiligt sind hilfe- und pflegebedürftige Personen, die sich nur schwer in dem hochdifferenzierten Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen orientieren können, die ihre Rechte nicht kennen und keinen Überblick über bestehende Versorgungsangebote besitzen beziehungsweise keine Personen haben, welche sie hierbei unterstützen.

Besteht vor allem die Gefahr der Unterversorgung bei hilfe- und pflegebedürftigen Personen, die in privaten Haushalten versorgt werden, stellt sich die Situation von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen häufig anders, aber nicht weniger problematisch, dar. Aufgrund der Konzeption

---

<sup>382</sup> Narten 2008, S. 10

<sup>383</sup> Badura 1998, Vorwort

stationärer Pflegeeinrichtungen als „all-inklusive-Modell“ besteht die Gefahr der Überversorgung, das heißt des Erhaltens nicht notwendiger Unterstützungsleistungen. In deren Folge können vorhandene Selbsthilfekompetenzen verloren gehen, was ihre Abhängigkeit von Dritten erhöht. Die Einbindung von Unterstützungsleistungen seitens Angehöriger und weiterer zur zu versorgenden Person nahestehender Personen findet in stationären Pflegeeinrichtungen nicht beziehungsweise nur in geringem Umfang statt. Insgesamt führen diese Gegebenheiten zu einem geringen Einfluss seitens der Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise deren Angehörigen auf die Gestaltung ihrer alltäglichen Versorgung, welche weitgehend von vornherein vertragsrechtlich bestimmt ist. Neue Versorgungsmodelle sind zu finden beziehungsweise auszubauen. Eine wesentliche Herausforderung besteht hierbei in der Verknüpfung institutioneller und lebensweltlicher Aspekte.

### 3 Versorgungsverbund als Versorgungssystem

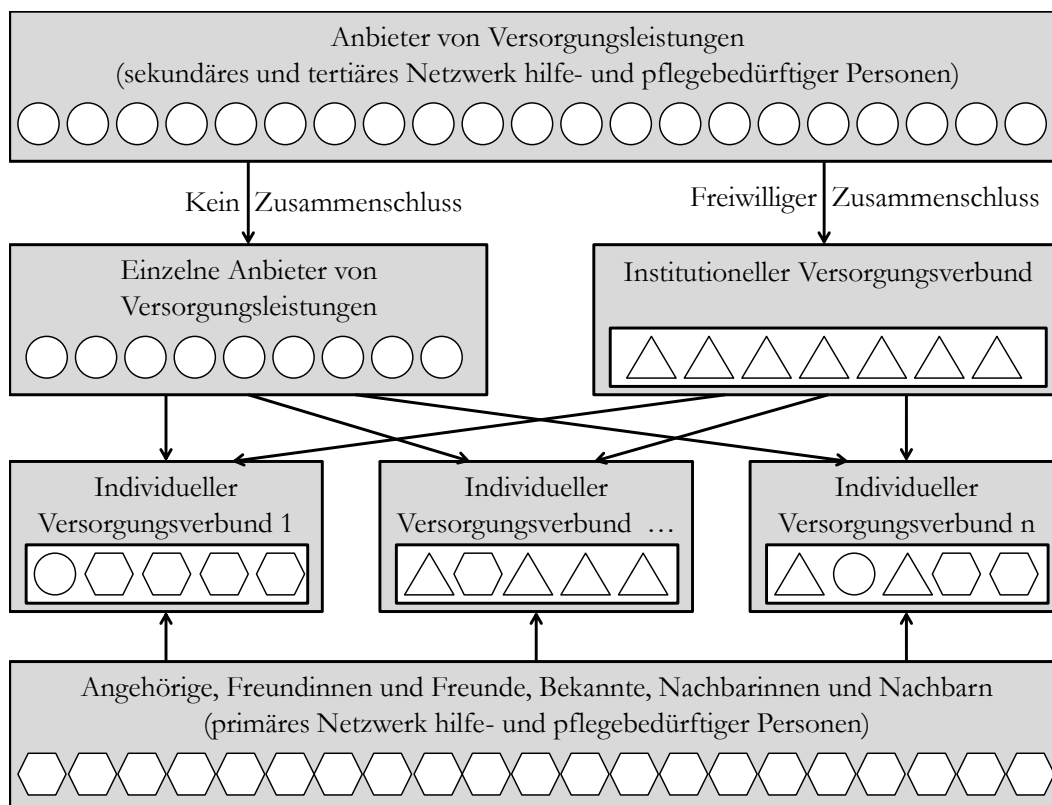
#### 3.1 Zwecke und Ziele des Versorgungsverbunds

Aufgrund der Vielzahl an Akteuren und Einrichtungen, die an der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen beteiligt sind, gestalten sich die Zwecke und Ziele, die an einen Versorgungsverbund gestellt werden, vielfältig. Zur Systematisierung der Zwecke und Ziele bietet es sich an, den Versorgungsverbund aus zwei Perspektiven zu betrachten. Die eine Perspektive ergibt sich aus dem Einzelfall der zu versorgenden Person und ihrer Helferinnen und Helfer, die andere Perspektive ergibt sich aus dem freiwilligen Zusammenschluss mehrerer Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Der sich im Einzelfall jeweils ergebende Versorgungsverbund wird im Folgenden als individueller Versorgungsverbund bezeichnet, und das sich aus dem Zusammenschluss verschiedener rechtlich und wirtschaftlich selbstständiger Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens ergebende Netz erhält die Bezeichnung institutioneller Versorgungsverbund.

Bei der Betrachtung des individuellen Versorgungsverbunds steht die Ausgestaltung der Versorgung einer einzelnen hilfe- und pflegebedürftigen Person im Fokus. Diese wird maßgeblich von ihrem Versorgungsstil bestimmt. Der institutionelle Versorgungsverbund ist das Ergebnis eines freiwilligen Zusammenschlusses mehrerer rechtlich und wirtschaftlich selbstständiger Akteure und Einrichtungen, die organisiert Versorgungsleistungen für unbekannte Dritte erbringen. Dazu gehören sowohl formelle als auch semiformelle Leistungserbringer des Gesundheits- und Sozialwesens, wie beispielsweise Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Vereine. Dem institutionellen Versorgungsverbund können weiterhin Akteure und Einrichtungen angehören, die nicht direkt an der Leistungserstellung teilnehmen, wie beispielsweise Kranken- und Pflegekassen oder Kommunen.

Die sich zu einem institutionellen Versorgungsverbund zusammengeschlossenen Akteure und Einrichtungen sind die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer. Sie erbringen Leistungen für einzelne Personen und sind somit auch in mehrere individuelle Versorgungsverbünde integriert. Im individuellen Versorgungsverbund treffen ihre Leistungen auf Leistungen des primären Netzwerks der zu versorgenden Person sowie eventuell weitere Leistungen, welche Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens erbringen, die

nicht zum institutionellen Versorgungsverbund gehören. Prinzipiell können einzelne Akteure und Einrichtungen an mehreren institutionellen Versorgungsverbänden teilnehmen. Vor dem Hintergrund der starken Differenzierung und Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens würde aber die Errichtung mehrerer institutioneller Versorgungsverbände in einer Region zu einer Verstärkung dieses Effekts führen und der Idee des Versorgungsverbunds widersprechen. Abbildung 15 stellt die Zusammensetzung der Akteure des institutionellen und individuellen Versorgungsverbunds grafisch dar.



**Abbildung 15: Zusammensetzung des institutionellen und individuellen Versorgungsverbunds**

Quelle: eigene Darstellung

Die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen im individuellen Versorgungsverbund sowie die einzelfallübergreifende Abstimmung von Versorgungsleistungen im institutionellen Versorgungsverbund ist solange von Bedeutung, wie die Versorgung einer Person beziehungsweise einer Personengruppe in arbeitsteiliger Verantwortung erbracht wird. Die Notwendigkeit der Abstimmung wird vor dem Hintergrund einer zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der Akteure und Einrichtungen des Gesund-

heits- und Sozialwesens auf der einen Seite sowie der zunehmenden Heterogenität der Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der zu versorgenden Personen auf der anderen Seite steigen.<sup>384</sup> Letztendlich liegt in der Abstimmung von Versorgungsleistungen der originäre Zweck des Versorgungsverbunds, unabhängig davon, ob sie einzelfallbezogen – wie im individuellen Versorgungsverbund – oder einzelfallübergreifend – wie im institutionellen Versorgungsverbund – erfolgt. Erst die Erfüllung dieses Zwecks gibt dem Versorgungsverbund seine Legitimation.

Die Ziele des Versorgungsverbunds stellen sich jeweils unterschiedlich dar. Sie setzen sich aus den angestrebten Absichten oder Verhaltensweisen aller am Verbund Beteiligten zusammen. Zu unterscheiden sind die Ziele des individuellen Versorgungsverbunds sowie des institutionellen Versorgungsverbunds. Die Ziele des individuellen Versorgungsverbunds setzen sich aus den Zielen der jeweils im Einzelfall an der Versorgung beteiligten Personen des primären, sekundären und tertiären Netzwerks der zu versorgenden Person zusammen.<sup>385</sup> Die Ziele des individuellen Versorgungsverbunds sind eng gekoppelt an die jeweilige pflegekulturelle Orientierung der zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen und die damit verbundene Vorstellung der Versorgungsgestaltung. Die Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds werden von den einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern bestimmt. Es spielen sowohl ihre eigenen Ziele als auch die Ziele, welche sie mittels des Zusammenschlusses verfolgen, eine Rolle.

Formelle Akteure und Einrichtungen streben stets nach der Verwirklichung eigener Sach- und Formalziele und werden am institutionellen Versorgungsverbund nur teilnehmen, wenn mit ihrer Teilnahme das Erreichen eigener Ziele unterstützt wird. Oftmals streben sie mit einer Teilnahme auch eine Steigerung immaterieller Ziele wie Macht, Prestige und Selbstverwirklichung an.<sup>386</sup> Die Ziele einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sind in einem mehrdimensionalen Zielsystem zu berücksichtigen. Sie dürfen hierbei nicht den Zweck des institutionellen Versorgungsverbunds gefährden. Mit dem Erfüllen von Zwecken und dem Streben nach Zielen kann der Versorgungsverbund als ein zweck- und zielorientiertes soziales System bezeichnet werden. Tabelle 10 stellt die Eigenschaften des individuellen und institutionellen Versorgungsverbunds gegenüber.

---

<sup>384</sup> Narten 2008, S. 10

<sup>385</sup> vgl. Kapitel 2.3.2

<sup>386</sup> Ebers/Gotsch 2006, S. 249

**Tabelle 10: Eigenschaften des individuellen und institutionellen Versorgungsverbunds**

|                | <b>Individueller Versorgungsverbund</b>  | <b>Institutioneller Versorgungsverbund</b>  |
|----------------|--|---|
| Gründungsgrund | - Vorliegen einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einer einzelnen Person                      | - Überwindung des fragmentierten Handelns einzelner Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens |
| Fokus          | - Versorgungsbedarf und Versorgungsanspruch einer einzelnen zu versorgenden Person           | - Versorgungsbedarfe und Versorgungsansprüche mehrerer hilfe- und pflegebedürftiger Personen                    |
| Zweck          | - Einzelfallbezogene Abstimmung der Versorgungsleistungen                                    | - Einzelfallübergreifende Abstimmung der Versorgungsleistungen  |
| Ziele          | - Deckung individueller Versorgungsbedarfe<br>- Erfüllung individueller Versorgungsansprüche | - Erfüllung verschiedener Sach- und Formalziele der sich zusammenschlossenen Akteure und Einrichtungen          |
| Akteure        | - Im Einzelfall an der Versorgung beteiligte Akteure   | - Sich freiwillig zusammenschlossene Akteure und Einrichtungen  |

**Quelle:** eigene Darstellung

Prinzipiell beziehen sich die Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds auf die Steigerung der Effizienz sowie der Effektivität der Versorgung.

Bei der Betrachtung der *Effizienz* steht das Verhältnis von Output zu Input im Fokus. Weiterhin sind die Aus- und Einwirkungen (Outcome und Impact) des Outputs zu berücksichtigen. Im Mittelpunkt steht die Frage der Wirkungskraft und Wirtschaftlichkeit der Handlungsweisen beziehungsweise der Leistungsfähigkeit des Mitteleinsatzes. Aus gesamtwirtschaftlicher und gesellschaftlicher Perspektive geht es beispielsweise darum, nicht zwingend notwendige Krankenhausaufenthalte und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, Verweildauern in stationären Einrichtungen zu kürzen und Arbeitsabläufe zu optimieren.<sup>387</sup> Studien zur medizinischen und pflegerischen Versorgung belegen, dass eine bessere Abstimmung von Versorgungsangeboten zu Kostensenkungen führen kann. So können zum Beispiel bislang ungedeckte Bedarfe vermieden, Krankenhauseinweisungen verhindert und Intervalle zwischen Hospitalisierung und Heimeinweisung verlängert werden.<sup>388</sup>

<sup>387</sup> Baur 2002, S. 7

<sup>388</sup> Garms-Homolová 1998, S. 29 f.

Die *Effektivität* gibt Auskunft über die Zielerreichung. Es wird die Frage beantwortet, ob die Leistungserstellung zielorientiert und nach professionellen Maßstäben erbracht wird.<sup>389</sup> Durch einen Soll-Ist-Vergleich und den sich daraus ergebenden Zielerreichungsgrad kann die Effektivität dargestellt werden.<sup>390</sup> Die Effektivität lässt sich je nach Perspektive und je nachdem, was als Soll beziehungsweise als Ziel erachtet wird, unterschiedlich beurteilen.

In Zeiten knapper öffentlicher Kassen und einer chronischen Unterfinanzierung der sozialen Sicherungssysteme gewinnt die Effizienz der Leistungserstellung an Bedeutung und Vernetzung ist mehr und mehr „zu einem Rationalisierungsinstrument sozialer Organisationen und sozialer Versorgungssysteme geworden“.<sup>391</sup> Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind zunehmend gezwungen, ihre Kosten bei gleichbleibenden – wenn nicht sogar steigenden – Anforderungen zu senken.<sup>392</sup> Trotz steigender Anforderungen werden selten mehr finanzielle Mittel bereitgestellt. Hieraus ergibt sich aus der Perspektive formeller Akteure und Einrichtungen die Notwendigkeit, effizientere Verfahren der Versorgung zu entwickeln. Nahezu einstimmig wird der Ausbau vernetzter Versorgungsstrukturen gefordert. Mittels der Teilnahme an Kooperation und Vernetzung erhoffen sich die Akteure und Einrichtungen Synergieeffekte bei der Erbringung ihrer Leistungen.<sup>393</sup> Diese können durch die gemeinsame Ressourcenbeschaffung und -nutzung sowie den Austausch von Wissen und die damit verbundene Erhöhung der Fach- und Leistungskompetenzen entstehen.<sup>394</sup> Ein steigender Zugang zu Ressourcen erlaubt einzelnen Akteuren und Einrichtungen ihre Versorgungsangebote auszuweiten, ihre Kapazitäten auszuschöpfen, neue Versorgungsformen zu erproben sowie Größenvorteile zu nutzen.<sup>395</sup>

Weiterhin können Arbeitsaufgaben effizienter und effektiver unter den vernetzten Akteuren und Einrichtungen verteilt werden, sodass eine insgesamt verbesserte Anordnung der Versorgungsleistungen vorliegt. Spezialisierungen und Konzentration auf Kernkompetenzen sind möglich.<sup>396</sup> Versorgungsferne

---

<sup>389</sup> Merchel 2006, S. 94

<sup>390</sup> Eichhorn 2005, S. 162

<sup>391</sup> Dahme 2000, S. 63

<sup>392</sup> Becher 2000, S. 284; Smolka 2006, S. 92

<sup>393</sup> Dahme/Wohlfahrt 2000, S. 10 f.; Fürst 2002, S. 23

<sup>394</sup> Pohlmann 1992, S. 137; Dahme 2000, S. 56 f.; Mutschler 2000, S. 237 ff.; Höhmann 2002, S. 315; Bunzendahl/Hagen 2004, S. 109

<sup>395</sup> Hebel 1984, S. 181 f.; Witt 1992, S. 22; Becher 2000, S. 269; Dahme 2000, S. 51; Bunzendahl/Hagen 2004, S. 84

<sup>396</sup> Bruder 1992, S. 27; Brandt 1993, S. 57

Aufgaben, vor allem administrative Tätigkeiten, können einrichtungsübergreifend gebündelt werden und zu einer Entlastung der direkt an der Versorgung beteiligten Personen beitragen. Es besteht die Möglichkeit, Versorgungsleistungen den verschiedenen Berufsgruppen und ihren jeweils spezifischen Fertigkeiten und Kenntnissen zuzuordnen und diese über Einrichtungsgrenzen hinweg zu nutzen.<sup>397</sup> Ein weiterer Vorteil von Vernetzung besteht in der Risikoteilung<sup>398</sup> sowie der Senkung der Koordinations- und Transaktionskosten im Einzelfall.<sup>399</sup>

Insgesamt wirkt sich eine abgestimmte Versorgung im Verbund förderlich auf das Leistungsangebot aus und erlaubt eine flexiblere Anpassung an sich verändernde Bedarfslagen und Versorgungsansprüche.<sup>400</sup> Mit der Ausweitung der Leistungen können neue Zielgruppen erschlossen und bisherige Zielgruppen langfristig gebunden werden. Ebenso ist nicht zu vernachlässigen, dass Vernetzung ein positives Image besitzt und somit die Akzeptanz der vernetzten Akteure und Einrichtungen innerhalb der Gesellschaft steigern kann.<sup>401</sup> Gegenüber Wettbewerbern erhoffen sich die Akteure und Einrichtungen Marktvorteile, welche ihre Existenz langfristig sichern.<sup>402</sup> Mit zunehmender Anzahl vernetzter Akteure und Einrichtungen wächst ihr Einfluss auf die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen in einer Region. Die politischen Möglichkeiten der Einflussnahme bis hin zur Beherrschung und Beeinflussung regionaler Versorgungsstrukturen nehmen zu.<sup>403</sup> Hieraus entstehenden negativen Effekten ist entgegenzuwirken.

Unter Berücksichtigung vielschichtiger Interessen kann der Zusammenschluss mehrerer Akteure und Einrichtungen helfen, innovative Versorgungsformen mit einheitlichen Leistungsstandards und Zugangskriterien langfristig zu etablieren, die im Einzelfall zu einer bedarfsgerechten, ganzheitlichen und lückenlosen Versorgung führen<sup>404</sup> und bisherigen und zukünftigen Herausforderungen besser gerecht werden. Die angestrebte Mischung verschiedener Hilfesysteme kann nur über vernetzte Strukturen gelingen.<sup>405</sup>

---

<sup>397</sup> Hedtke-Becker 2003, S. 125

<sup>398</sup> Dahme 2000, S. 51

<sup>399</sup> Sydow 1995, S. 632; Dahme 2000, S. 51

<sup>400</sup> Hebel 1984, S. 216

<sup>401</sup> Stemmler 1999, S. 86

<sup>402</sup> Becher 2000, S. 283; Dahme 2000, S. 51; Duschek/Sydow 2002, S. 429; Siebert 2003, S. 7

<sup>403</sup> Siebert 2003, S. 7; Narten 2008, S. 12

<sup>404</sup> Brandt 1993, S. 59

<sup>405</sup> Narten 2008, S. 11 f.

Wie sich eine Versorgung im Verbund realisieren lässt, ist im Folgenden darzustellen. Unter Zuhilfenahme verschiedener Erkenntnisse einzelner Wissenschaftsdisziplinen wird mittels des allgemeinen Ansatzes der Systemtheorie ein Modell des Versorgungsverbunds entworfen.<sup>406</sup> Es steht nicht der Vergleich des Verständnisses einer Versorgung im Verbund der einzelnen Wissenschaftsdisziplinen im Zentrum, sondern vielmehr erfolgt eine Betrachtung zentraler Erkenntnisse, die für die Umsetzung sowie die Erarbeitung eines Versorgungsverbundmodells von Interesse sind.

## 3.2 Disziplinäre Verbundansätze

### 3.2.1 Verbundansätze aus haushaltswissenschaftlicher Sicht

Im Zentrum der haushaltswissenschaftlichen Forschung steht die ganzheitliche und interdisziplinäre Betrachtung der Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge von Personen. Diese wird nicht von einzelnen Institutionen geleistet, sondern in einem Verbund, der sich aus verschiedenen Institutionen zusammensetzt. Hierzu gehören im Wesentlichen private Haushalte und personale Versorgungsbetriebe. Zur Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge sind haushälterische Handlungen unabdingbar. Nach von Schweitzer<sup>407</sup> besteht das Ziel haushälterischer Handlungen in der Lebenserhaltung, Persönlichkeitsentfaltung und der Schaffung einer Kultur des Zusammenlebens im Alltag einzelner Personen oder einer gesamten Gesellschaft. Neben den Werten und Zielen der zu versorgenden Personen wird haushälterisches Handeln von vorhandenen Ressourcen sowie vorgegebenen Handlungsspielräumen beeinflusst.<sup>408</sup> Vor dem Hintergrund der Knappheit verfügbarer Ressourcen sowie des Vorhandenseins bestimmter Handlungsspielräume ist ein planvolles Management innerhalb eines Geflechts von Bedingungs- und Wirkungszusammenhängen notwendig.<sup>409</sup> Mittels haushaltswissenschaftlicher Theorien lässt sich die Kultur haushälterischen Handelns abbilden, die Bedeu-

---

<sup>406</sup> Die systemtheoretische Betrachtung des Versorgungsverbunds führt zu einer stark „technischen“ Auseinandersetzung mit der Thematik. Dies birgt die Gefahr, den Wert menschlicher Bedürfnisse und menschlichen Handelns nicht in dem Maße darzustellen, wie sie erfolgen sollte. Der dadurch möglicherweise entstehende Eindruck einer Geringschätzung von Versorgungsleistungen ist allein dem Ansatz der Systemtheorie geschuldet und entspricht nicht der Ansicht, welche dieser Arbeit zugrunde liegt.

<sup>407</sup> von Schweitzer 1991, S. 26

<sup>408</sup> von Schweitzer 1991, S. 8, 137

<sup>409</sup> Sobotka 1992, S. 27

tung rational-ökonomischer Entscheidungen erklären sowie das Lebensstil- und Lebensweisekonzept eines Haushalts analysieren.<sup>410</sup>

Der private Haushalt ist eingebunden in ein Gefüge aus rechtlichen Regelungen und steht in Beziehung zu unterschiedlichen Formen der Daseinsgestaltung.<sup>411</sup> Haushälterisches Handeln kann somit nicht losgelöst von der den Haushalt umgebenden Umwelt betrachtet werden. Die Haushaltswissenschaften suchen unter Anwendung praktisch-normativer Lehren der Haushaltsführung nach einer „bestmöglichen Gestaltung des Haushaltsgeschehens und der den privaten Haushalt umgebenden Umwelt“. <sup>412</sup> Dies geschieht unter Nutzung verschiedener Fachdisziplinen, die einen Beitrag zur Daseinsvor- und Daseinsfürsorge leisten.<sup>413</sup> Ein Schwerpunkt der Haushaltswissenschaften liegt in der Suche nach Erkenntnissen bezüglich vernetzter und verknüpfter Haushälterischer Handlungsweisen, die zwischen privaten Haushalten und den Institutionen seiner Umwelt bestehen.<sup>414</sup>

Die Beteiligung mehrerer Institutionen an der Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge ist aus haushaltswissenschaftlicher Sicht originäres Kennzeichen des Versorgungsverbunds. Aus der Sicht des privaten Haushalts ergeben sich unterschiedliche Formen der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge und somit individuelle Ausgestaltungen des Versorgungsverbunds.<sup>415</sup> Aus theoretischer Sicht betrachten und analysieren die Haushaltswissenschaften die Einbindung von Haushalten in den Versorgungsverbund und die Wechselbeziehungen zwischen Haushalten und anderen Versorgungsinstitutionen. Grundsätzlich unterscheidet man hierbei mit der privathaushaltszentrierten und der problemzentrierten Sichtweise zwei verschiedene Betrachtungsansätze.

Nach der *privathaushaltszentrierten Sichtweise* bildet der private Haushalt das Zentrum des Versorgungsverbunds. Leistungen des privaten Haushalts bestehen in der unmittelbaren Daseinsvor- und Daseinsfürsorge der Haushaltsangehörigen. Darüber hinaus sorgen die Mitglieder privater Haushalte für die Erhaltung, Sicherung und Verbesserung der zur Leistungserstellung benötig-

---

<sup>410</sup> von Schweitzer 1991, S. 27

<sup>411</sup> Sobotka 1992, S. 27

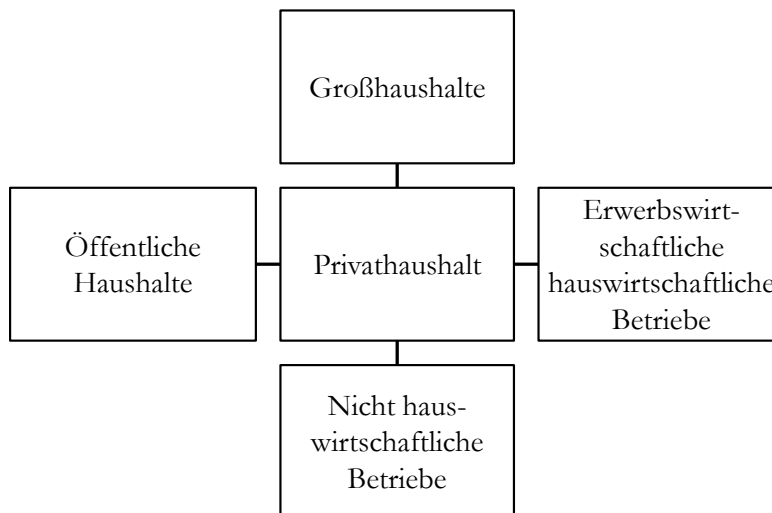
<sup>412</sup> Tschammer-Osten 1979, S. 9

<sup>413</sup> Ulrich 1996, S. 363

<sup>414</sup> von Schweitzer 1991, S. 28

<sup>415</sup> Bottler 1987, S. 23; Claupein/Haugg 1987, S. 294; Sobotka 1992, S. 27

ten Ressourcen.<sup>416</sup> Im Verbundsystem obliegt dem privaten Haushalt die Letztverantwortung hinsichtlich der Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge. Der private Haushalt ist somit „die letzte und persönlich bestimmte Leistungsebene, die dauerhaft und sicher zu funktionieren hat“.<sup>417</sup> Beziehungen des privaten Haushalts bestehen zu Erwerbsunternehmen, Großhaushalten sowie anderen privaten Haushalten.<sup>418</sup> Die Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge seitens privater Haushalte kann somit nicht losgelöst von Leistungen seitens öffentlicher Haushalte, Großhaushalte sowie erwerbswirtschaftlich hauswirtschaftlicher Betriebe und sonstiger auch nicht-hauswirtschaftlicher Betriebe analysiert werden.<sup>419</sup> Abbildung 16 verdeutlicht dies. Private Haushalte führen alle Versorgungsleistungen, welche der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge dienen, zusammen.<sup>420</sup> In Abhängigkeit des Haushaltsstils, der Haushaltszusammensetzung, der Lebenssituation und der Versorgungsinfrastruktur ergibt sich für jeden Haushalt eine spezifische Ausprägung und Qualität des Versorgungsverbunds.<sup>421</sup>



**Abbildung 16: Privathaushaltszentrierter Verbundansatz nach von Schweitzer**

**Quelle:** Bottler 1994, S. 56

<sup>416</sup> von Schweitzer 1991, S. 223

<sup>417</sup> von Schweitzer 1991, S. 223

<sup>418</sup> von Schweitzer 1983, S. 71 ff.

<sup>419</sup> Bottler 1994, S. 55

<sup>420</sup> von Schweitzer 1993b, S. 33

<sup>421</sup> Preuße/Meier/Sunnus 2003, S. 22

Der Einfluss der Umwelt auf den privaten Haushalt findet auf verschiedenen Ebenen statt. Mit der Mikro-, Meso- und Makroebene werden drei Ebenen differenziert. Die Mikroebene umfasst die Wohnung und das direkte Wohnumfeld des privaten Haushalts. Die Mesoebene schließt alle Infrastruktureinrichtungen im Nahbereich des privaten Haushalts ein. Die Makroebene besteht aus den gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Gegebenheiten, welche den privaten Haushalt umgeben.<sup>422</sup>

Im Zentrum der *problemzentrierten Sichtweise* steht die differenzierte Daseinsvor- und Daseinsfürsorge von Personen.<sup>423</sup> Diese wird nicht von Einzelnen geleistet, sondern durch mehrere in Einzelwirtschaften handelnde Institutionen, welche gemeinsam einen Versorgungsverbund bilden.<sup>424</sup> Unter einem Versorgungsverbund versteht Bottler<sup>425</sup> einen regional orientierten, auf Dauer angelegten, formell oder nicht formell institutionalisierten Zusammenschluss von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben, privaten Netzwerken und privaten Haushalten. Der Zweck des Zusammenschlusses liegt in der Erbringung bedarfsgerechter personaler Versorgungsleistungen. Er vereint die Versorgungsinstitutionen. Trotz unterschiedlicher Handlungsmotive der Versorgungsinstitutionen stehen alle dem Versorgungsproblem gleich nahe. Bottler spricht daher auch von einem integrativ problemzentrierten Versorgungsverbundansatz.<sup>426</sup> Integrativ, weil sich autonome Versorgungsinstitutionen durch Koordination und Kooperation gemeinsam mit der Lösung des Versorgungsproblems auseinandersetzen und problemzentriert, weil das Versorgungsanliegen mit der Sicherstellung der differenzierten Daseinsvor- und Daseinsfürsorge im Mittelpunkt steht.<sup>427</sup> Die zentrale Stellung des privaten Haushalts im Rahmen der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge wird mit der problemzentrierten Sichtweise aufgehoben und durch die Ansicht, dass sich diese nur durch das Zusammenwirken mehrerer Institutionen sichern lässt, ersetzt. Erwerbswirtschaftliche Betriebe, Großhaushalte, öffentliche Haushalte sowie Privathaushalte stehen dem Problem der differenzierten Daseinsvorsorge gleich nahe. Abbildung 17 verdeutlicht dies.

---

<sup>422</sup> von Schweitzer 1991, S. 142

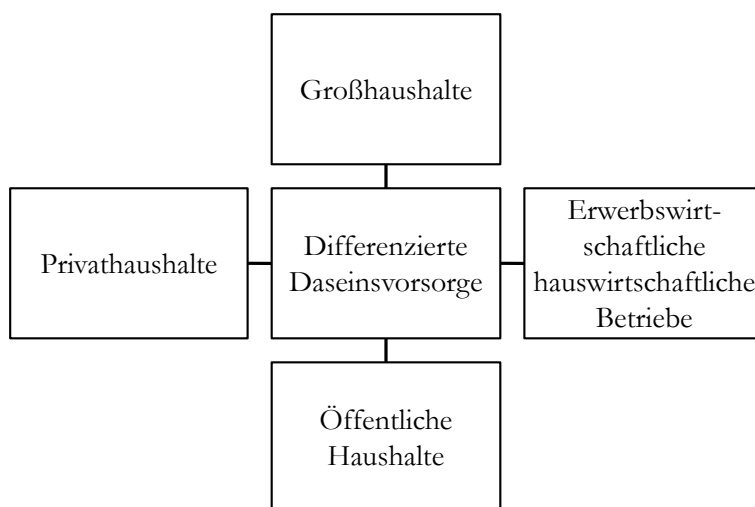
<sup>423</sup> Bottler 1994, S. 56

<sup>424</sup> Bottler 1997, S. 132

<sup>425</sup> Bottler 1997, S. 134

<sup>426</sup> Bottler 1987, S. 23

<sup>427</sup> Bräunig 2007, S. 19



**Abbildung 17: Problemzentrierter Verbundansatz nach Bottler**

**Quelle:** Bottler 1994, S. 57

Eingebettet ist der Versorgungsverbund in seine Umwelt, zu der zahlreiche Wechselbeziehungen bestehen. Die Verbundumwelt gliedert sich nach ihrer Nähe in unmittelbare, nähere und weitere Umwelt, nach ihren Problemkategorien in beispielsweise eine ökologische, ökonomische, politisch-gesetzliche, sozio-kulturelle und technische Umwelt sowie nach ihren Institutionen in beispielsweise Institutionen des Arbeits-, Geld- und Gütermarktes.<sup>428</sup> Änderungen der Verbundumwelt beeinflussen die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge und verlangen eine stetige Anpassung des Versorgungsverbunds.

Ähnlich wie beim problemzentrierten Ansatz sehen Claupein und Schnieder den privaten Haushalt nicht isoliert in seiner Umwelt, sondern eingebettet und verflochten in ein Netz von Infrastruktureinrichtungen. Für verschiedene Leistungen der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge sind spezielle Infrastruktureinrichtungen entstanden. Die Gesamtheit der arbeitsteilig differenzierten „Struktur von Institutionen und Einrichtungen zur Alltagsversorgung stellt das Verbundsystem dar“.<sup>429</sup> Seitens des privaten Haushalts kommt es zur Nutzung einer Vielzahl verschiedener Infrastruktureinrichtungen. Die Auswahl der Leistungen hängt von den Bedürfnissen der Haushaltsangehörigen ab, woraus sich eine situativ-konkrete Ausprägung des Verbundsystems ergibt,

<sup>428</sup> Bottler 1987, S. 24 f.

<sup>429</sup> Claupein/Schnieder 1995, S. 12

welches den Versorgungsverbund des jeweiligen Haushalts darstellt.<sup>430</sup> Das Spektrum der Ausprägung des Versorgungsverbunds reicht von überwiegender Selbstversorgung bis hin zu überwiegender Fremdversorgung.<sup>431</sup> Eine alleinige Sicherstellung der Versorgung durch den privaten Haushalt oder durch außerhäusliche Einrichtungen gilt als nahezu ausgeschlossen.

Die Aufgabe des privaten Haushalts liegt in der Zusammenführung der Leistungen und somit in der „Vermittlungsarbeit zwischen den Institutionen des Versorgungssystems“.<sup>432</sup> Dem privaten Haushalt kommt bei dieser Sichtweise eine zentrale Stellung zu, wodurch dieser Ansatz auch Elemente der privathaushaltszentrierten Sichtweise enthält. Mit einer zunehmenden Nutzung haushaltsexterner Leistungen nimmt die Anzahl der Schnittstellen zwischen privaten Haushalten und verschiedenen Institutionen zu. Dies führt zu einer steigenden Komplexität der Alltagsbewältigung,<sup>433</sup> was sich unter anderem auch in einem steigenden Zeitbedarf beispielsweise durch das Beschaffen von Informationen, Warten in Institutionen oder Zurücklegen von Wegen zeigt.<sup>434</sup>

### 3.2.2 Netzwerktheorie als betriebswirtschaftlicher Ansatz

Der Begriff des Versorgungsverbunds ist in der Betriebswirtschaftslehre kaum verbreitet. Die Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge von Personen ist nicht ihr primäres Betrachtungsobjekt. Stattdessen steht in der Betriebswirtschaftslehre die Optimierung der Leistungserstellung aus der Sicht des einzelnen Unternehmens im Zentrum des Interesses. Im Gegensatz zu Haushalten erstellen Unternehmen regelmäßig Leistungen nicht für ihren eigenen Bedarf, sondern produzieren für einen fremden Bedarf verbunden mit der Absicht, eigene Ziele zu erreichen.<sup>435</sup> Zu den erstellten Leistungen von Unternehmen gehören auch Versorgungsleistungen. Ziele des Unternehmens liegen zumeist in der Kosten- und Leistungsoptimierung. Hierzu wird stets nach Verbesserung bestehender Organisationsformen und neuen innovativen Organisationsformen gesucht.

---

<sup>430</sup> Claupein/Schnieder 1995, S. 12

<sup>431</sup> Claupein/Schnieder 1995, S. 13

<sup>432</sup> Claupein/Schnieder 1995, S. 9

<sup>433</sup> Thiele-Wittig 1993, S. 374

<sup>434</sup> Claupein/Haugg 1987, S. 294

<sup>435</sup> Follert 1977, S. 261 f.

Organisationsformen, die mit der Hoffnung nach Erhöhung der Effizienz und Effektivität verbunden sind, sind beispielsweise Unternehmensnetzwerke. Sie bestehen aus mehr als zwei Unternehmen, die in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht über Autonomie verfügen und über strukturierte Beziehungen miteinander verknüpft sind. Zwar wird die wirtschaftliche Selbstständigkeit aufgrund des Netzwerks tendenziell eingeschränkt, sie bleibt aber zumindest formell bestehen.<sup>436</sup> Die Unternehmen sind über komplex-reziproke, eher kooperative statt kompetitive und relativ stabile Beziehungen miteinander verknüpft.<sup>437</sup> Die Kopplung zwischen den Unternehmen ist vertraglich geregelt.<sup>438</sup> Von Unternehmensnetzwerken als Zwischenform der marktlichen und hierarchischen Organisation erhoffen sich die beteiligten Unternehmen einen effizienteren und effektiveren Einsatz vorhandener Ressourcen sowie eine höhere Flexibilität und Wirksamkeit bei der Anpassung an sich ändernde Umweltbedingungen.<sup>439</sup> Abbildung 18 zeigt typische Charakteristika von Unternehmensnetzwerken als Zwischenform der marktlichen und hierarchischen Organisation auf.

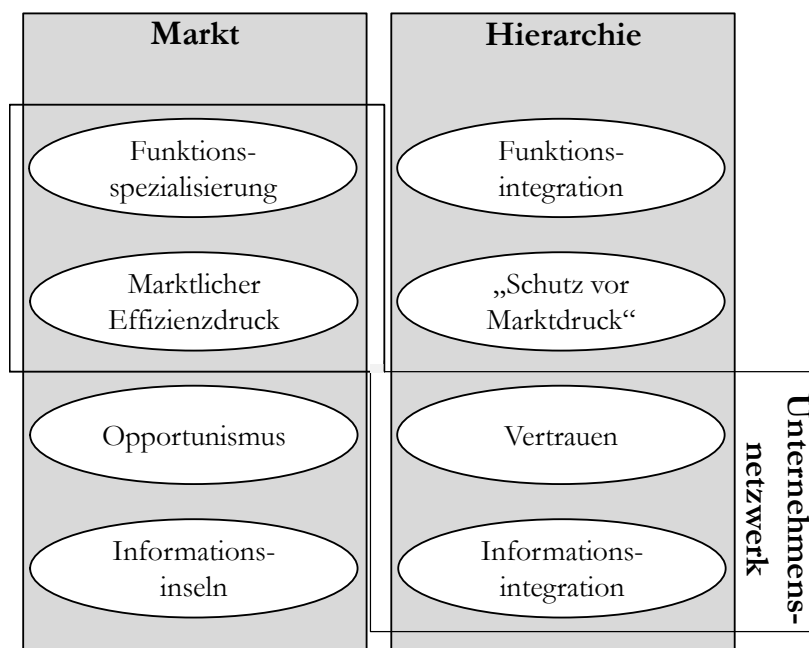


Abbildung 18: Unternehmensnetzwerke zwischen Markt und Hierarchie

Quelle: Siebert 2003, S. 11

<sup>436</sup> Sydow 1995, S. 629 f.

<sup>437</sup> Sydow 1992, S. 82

<sup>438</sup> Sydow 1995, S. 629 f.

<sup>439</sup> Zeman 2007, S. 4

Netzwerke entstehen häufig infolge von Restrukturierungsmaßnahmen und haben die unternehmungsübergreifende Vernetzung ökonomischer Aktivitäten zur Erreichung von Wettbewerbsvorteilen zum Ziel.<sup>440</sup> Gerade vor dem Hintergrund einer zunehmenden Konzentration und Spezialisierung von Unternehmen auf Kernkompetenzen steigt die Notwendigkeit, Kooperationen mit anderen Unternehmen einzugehen und netzwerkartige Organisationsformen aufzubauen.<sup>441</sup> Zusammenschlüsse von Unternehmen zu Netzwerken können horizontal, sprich zwischen Unternehmen mit ähnlichen Leistungsangeboten, oder vertikal und somit zwischen Unternehmen mit verschiedenen Leistungsangeboten der Wertschöpfungskette bestehen.

In der Betriebswirtschaftslehre beschäftigt sich vor allem die Organisations- und Managementforschung mit Netzwerken, insbesondere ihrer Bildung und Steuerung.<sup>442</sup> Im Zentrum stehen Zusammenschlüsse zwischen mehreren Unternehmen. Unternehmen produzieren für einen fremden, anonymen Bedarf mit dem zumeist primären Ziel der Gewinnmaximierung. Unternehmen, welche nicht primär Gewinnziele verfolgen und bedarfswirtschaftlich orientiert sind, werden als Non-Profit-Organisationen bezeichnet. Unabhängig davon, ob Unternehmen primär gewinn- oder bedarfswirtschaftlich orientiert sind, sucht die Betriebswirtschaftslehre nach einer auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden „Lehre der langfristig optimierten Verwendung knapper Ressourcen unter Beachtung unterschiedlicher Restriktionen“.<sup>443</sup>

Betrachtungsobjekte der Betriebswirtschaftslehre sind formale Organisationen. Formale Organisationen sind soziale Systeme, die bewusst gegründet und geplant sind, um bestimmte Zwecke und Ziele in arbeitsteiligen Prozessen zu erfüllen.<sup>444</sup> Das Grundproblem der Betriebswirtschaftslehre besteht in der zielorientierten Steuerung dieser Systeme.<sup>445</sup> Die Netzwerkforschung analysiert Bedingungen, unter denen Netzwerke Effizienz- und Effektivitätsvorteile erzielen. Konkret beschäftigt sie sich mit den Beziehungen innerhalb von Netzwerken. Die Regelung von Beziehungen reicht von vertraglich geregelten Kooperationsbeziehungen bis hin zu Kooperationen, die auf wechselseitigem Vertrauen basieren. Zur Steuerung von Netzwerken können marktliche und nicht-marktliche Koordinationsinstrumente zum Einsatz kommen.

---

<sup>440</sup> Sydow 1992, S. 82; Sydow 1995, S. 629

<sup>441</sup> Sydow 1995, S. 629

<sup>442</sup> Zeman 2007, S. 4

<sup>443</sup> Wilms 2001, S. 1

<sup>444</sup> Schwarz 1979, S. 5

<sup>445</sup> Laux/Liermann 2003, S. 2

Eine marktliche Koordination kann über festgelegte Honorare zwischen dem Netzwerk und den Leistungsfinanzierern oder zwischen den Netzwerkmitgliedern verwirklicht werden. Die Honorargestaltung sollte ergebnisorientiert sein, um so Anreize zur Leistungssteigerung für die Netzwerkmitglieder zu schaffen.<sup>446</sup> Bei den nicht-marktlichen Koordinationsinstrumenten wird unterschieden zwischen strukturellen und nicht-strukturellen Instrumenten. Strukturelle Koordinationsinstrumente sind häufig verbunden mit hierarchischen Elementen, bei denen Einzelne autorisiert sind, Weisungen zu erteilen. Weitere strukturelle Koordinationsinstrumente sind Abstimmungen, Programme und Pläne. Aufgrund der Gleichberechtigung und Selbstständigkeit der Netzwerkmitglieder stößt eine hierarchische Koordination in Netzwerken schnell an ihre Grenzen.<sup>447</sup>

Das Instrument der hierarchischen Weisung sollte trotz seiner Notwendigkeit sparsamen Einsatz finden, um nicht die Autonomie der Netzwerkmitglieder infrage zu stellen. Dennoch kann auf Anweisungen und Pflichtenbindungen nicht vollständig verzichtet werden.<sup>448</sup> Zur Durchsetzung von Handlungsanweisungen sollte jedes Netzwerk ein von allen Mitgliedern anerkanntes Gremium einrichten, welches in einem festgelegten Rahmen die Autorität besitzt, kollektive Entscheidungen mittels hierarchischer Weisungen durchzusetzen.<sup>449</sup>

In Netzwerken sollten verstärkt nicht-strukturelle Koordinationsinstrumente eingesetzt werden. Dazu gehören die Koordination durch Schaffung gemeinsamer Wertevorstellungen und der Aufbau einer gemeinsamen Netzwerkkultur. Diese tragen maßgeblich dazu bei, Vertrauen zwischen den Mitgliedern herzustellen. Die Kunst des Aufbaus erfolgreicher Netzwerkstrukturen liegt in dem Erkennen, wann es fester Regeln, formal fixierter Abmachungen und funktionaler Rollen und Arbeitsteilung bedarf und wann es ausreicht, die Identifikation mit dem Netzwerk durch ein gemeinsames Leitbild zu stärken und wechselseitiges Vertrauen aufzubauen.<sup>450</sup> Wechselseitiges Vertrauen stellt eine Grundvoraussetzung für das Gelingen von Netzwerken dar und ermöglicht den Einsatz hierarchischer Weisungen und Bürokratie zu begrenzen.<sup>451</sup> Beispiele der Koordination von Netzwerken befinden sich in Tabelle 11.

---

<sup>446</sup> Braun/Güssow 2006, S. 76

<sup>447</sup> Bruhnke 2008, S. 186

<sup>448</sup> Braun/Güssow 2006, S. 77

<sup>449</sup> Braun/Güssow 2006, S. 77 f.

<sup>450</sup> Zeman 2007, S. 4

<sup>451</sup> Semlinger 2003, S. 51; Braun/Güssow 2006, S. 80

Tabelle 11: Strukturelle und nicht-strukturelle Koordination

|                                 | Beispiele                                | Umsetzungsbeispiele   |
|---------------------------------|--|---|
| Strukturelle Koordination       | Koordination durch hierarchische Weisung | Autorisierung Einzelner zur Erteilung von Weisungen           |
|                                 | Koordination durch Pläne                 | Erstellung von Finanzplänen                                   |
|                                 | Koordination durch Programme             | Erarbeitung von Leitlinien                                    |
|                                 | Koordination durch Selbstabstimmung      | Gründung von Arbeitsgruppen, Einrichtung von Qualitätszirkeln |
| Nicht-strukturelle Koordination | Koordination durch Ideen und Visionen    | Ausarbeitung eines Leitbilds                                  |
|                                 | Koordination durch Personen              | Beteiligung von Meinungsbildnern                              |
|                                 | Koordination durch Vertrauen             | Aufbau vertrauensvoller Beziehungen                           |

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Braun 2003, S. 23

Wichtig bei Vernetzung ist, dass neben den Interessen des Netzwerks, die Interessen der Unternehmen Berücksichtigung finden. Unternehmen, die in ein Netzwerk eingebunden sind, agieren in einem „doppelten Handlungsrahmen“, indem sie sowohl die Zielsetzung des eigenen Unternehmens als auch die Zielsetzung des Netzwerks zu berücksichtigen haben.<sup>452</sup> Nur wenn jeder Einzelne Vorteile für sich und sein Unternehmen in der Beteiligung an Netzwerken sieht, entsteht eine Bereitschaft, sich in Netzwerken zu engagieren.<sup>453</sup>

Netzwerke lassen sich nach verschiedenen Merkmalen typisieren. Nach Diller<sup>454</sup> können drei Merkmale herangezogen werden.

- Das erste Merkmal zielt auf die *räumliche Dimension* des Netzwerks ab.
- Das zweite Merkmal differenziert Netzwerke hinsichtlich ihres *Aufgabenfelds*.
- Das dritte Merkmal unterscheidet Netzwerke nach ihrem *Formalisierungsgrad* und ihrer *Struktur der Akteursbeziehungen*.

Die drei Merkmale sind nicht getrennt voneinander zu sehen, sondern in ihrem Zusammenhang. In der Praxis zeigen sich verschiedene Ausprägungen von Netzwerken. Zwei typische Arten von Netzwerken sind hierbei strategische und regionale Netzwerke.

<sup>452</sup> Bauer 2005, S. 38

<sup>453</sup> Mutschler 2000, S. 237; Siebert 2003, S. 23

<sup>454</sup> Diller 2002, S. 56

Strategische Netzwerke werden von einer (fokalen) Unternehmung geführt. Diese bestimmt über Art und Inhalt der Strategie des Netzwerks sowie über Form und Inhalt der Beziehungen. Strategische Netzwerke sind räumlich breit verteilt. Regionale Netzwerke konzentrieren sich in einer Region. Sie setzen sich zumeist aus kleineren und mittleren Unternehmen zusammen. Diese Netzwerke werden als polyzentrische Netzwerke bezeichnet. Eine strategische Führung durch eine einzelne Unternehmung besteht bei polyzentrischen Netzwerken nicht.<sup>455</sup> In polyzentrischen Netzwerken erfolgt der Aufbau eines eigenen Netzwerkmanagements, welches betriebswirtschaftliche Managementaufgaben im Interesse des gesamten Netzwerks ausführt.<sup>456</sup> Neben strategischen und regionalen Netzwerken existieren Projektnetzwerke und virtuelle Unternehmungen. Projektnetzwerke sind für die Dauer eines Projekts zeitlich befristet. Die virtuelle Unternehmung beschränkt ihre Kooperationsaktivitäten auf die Etablierung eines gemeinsamen Informationssystems.<sup>457</sup>

Vor dem Hintergrund der hohen Fragilität von Unternehmensnetzwerken sollten sie eine formale Aufbaustruktur besitzen. Diese lässt sich mittels Organigrammen grafisch darstellen. Abbildung 19 stellt dies exemplarisch dar.

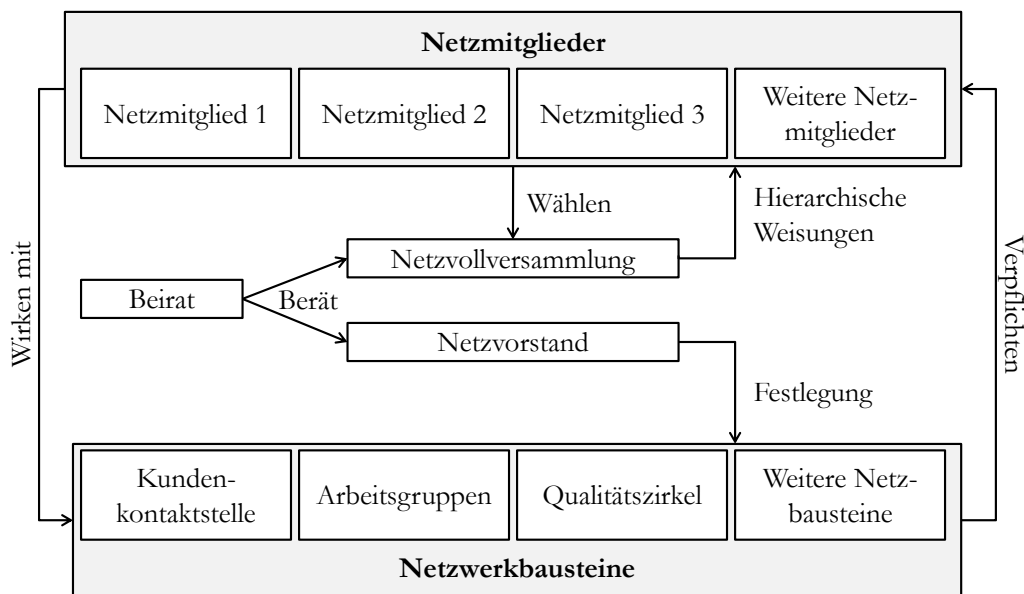


Abbildung 19: Möglicher Aufbau eines Netzwerks

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Braun 2003, S. 36

<sup>455</sup> Sydow 1995, S. 630

<sup>456</sup> Braun 2003, S. 47

<sup>457</sup> Sydow 2003a, S. 304

Das Führen von Netzwerken stellt hohe Anforderungen an Netzwerkmanagerinnen und -manager. Aufweisen sollten Netzwerkmanagerinnen und -manager betriebswirtschaftliche, organisatorische, technologische und unternehmerische Kompetenzen.<sup>458</sup> Bieten Netzwerke Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen an, so sind entsprechende Fachkenntnisse notwendig. Netzwerkmanagerinnen und -manager sollten vor allem diplomatisches und politisches Geschick besitzen, um verschiedene Interessen auszubalancieren, multiple Loyalitätsanforderungen zu tolerieren, Interdependenzen zu gestalten und eine Vertrauensbasis zu schaffen. Neben den sozialen Anforderungen stellt das Netzwerk aufgrund seiner Komplexität hohe kognitive Anforderungen an Netzwerkmanagerinnen und -manager, die in der Lage sein sollten, Zusammenhänge und Abhängigkeiten auf der Ebene der Netzwerkumwelt und des Netzwerks wahrzunehmen und einzuschätzen. Aufgrund der losen Kopplung und relativen Offenheit der Systemgrenzen werden hohe Anforderungen an die Steuerung von Netzwerken gestellt.<sup>459</sup>

### **3.2.3 Konzept des Wohlfahrtspluralismus als sozialwissenschaftlicher Ansatz**

Die Sozialwissenschaften beschäftigen sich mit Phänomenen des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Betrachtet werden die Beziehungen zwischen Akteuren, Institutionen und Systemen. Im Gegensatz zu den Haushaltswissenschaften, bei denen die Betrachtung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge aus der Sicht der Betroffenen im Zentrum steht und der Betriebswirtschaftslehre, bei der die Optimierung der Leistungserstellung aus der Sicht der Leistungsanbieter fokussiert wird, betrachten die Sozialwissenschaften das Zusammenwirken aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive. Ziel der Betrachtung ist es, Einflussfaktoren auf die Wohlfahrtsproduktion einer Gesellschaft zu identifizieren, um insgesamt eine Wohlfahrtssteigerung zu erreichen.

Ein Konzept, das sich mit den Wechselwirkungen und Einflüssen von Akteuren, Institutionen und Systemen auf die Produktion von Wohlfahrt befasst, ist das Konzept des Wohlfahrtspluralismus.<sup>460</sup> Im Zentrum des Konzepts steht die Ausgestaltung der Beziehungen zwischen den vier Sektoren Staat, Markt, private Netzwerke sowie Organisationen des dritten Sektors, die es ermöglicht

---

<sup>458</sup> Janßen 2000, S. 207

<sup>459</sup> Sydow 1995, S. 631 ff.

<sup>460</sup> Röber 2005, S. 6

„eine gewünschte Konstellation der gemischten Produktion von Wohlfahrt zu modellieren, die zu neuen `welfare mixes´ führt“.<sup>461</sup> Die vier Sektoren besitzen eigene Handlungslogiken und Strukturprinzipien, welche vor allem aus ihren jeweiligen ökonomischen Orientierungen resultieren.<sup>462</sup> In ihrem Zusammenwirken sollen Vorteile der einzelnen Sektoren genutzt und Nachteile untereinander ausgeglichen werden. Abbildung 20 gibt einen Überblick hinsichtlich der Beteiligung verschiedener Sektoren an der Erstellung von Hilfeleistungen.

| Hilfeleistungen des staatlichen Sektors   | Hilfeleistungen des marktlichen Sektors                | Hilfeleistungen privater Netzwerke   | Hilfeleistungen von Organisationen des dritten Sektors        |
|---|--|--|---|
| Beispiele:<br>- staatlich garantierte Solidarleistungen<br>- Infrastruktureinrichtungen | Beispiel:<br>- Versorgungsleistungen privater Anbieter | Beispiel:<br>- Hilfen von Angehörigen, Freundinnen und Freunden, Bekannten sowie Nachbarinnen und Nachbarn | Beispiel:<br>- Unterstützungsleistungen der Zivilgesellschaft |

**Abbildung 20: An der Erstellung von Hilfeleistungen beteiligte Sektoren**

**Quelle:** eigene Darstellung

*Hilfeleistungen des staatlichen Sektors* umfassen öffentliche Dienstleistungen und Güter, die aufgrund eines rechtlich verfassten Anspruchs allen Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung stehen. Oberste Maxime staatlicher Leistungen besteht in der Bereitstellung eines flächendeckenden und standardisierten Angebots von Dienstleistungen, Gütern sowie Infrastruktureinrichtungen, um dauerhaft eine bestimmte Grundversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen zu sichern.<sup>463</sup> Für die Erfüllung öffentlicher Aufgaben sind Verwaltungen und andere öffentliche Betriebe beziehungsweise beauftragte Einrichtungen zuständig. Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip soll staatliche Hilfe erst zum Einsatz kommen, wenn andere Unterstützungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Vor dem Hintergrund der Kostenbegrenzung und des Erhalts der spezifischen Ausgestaltung von Versorgungsleistungen sollte das Ziel

<sup>461</sup> Evers/Olk 1996b, S. 12

<sup>462</sup> Zeman 1999, S. 384; Röber 2005, S. 8

<sup>463</sup> Evers/Olk 1996b, S. 24

staatlicher Leistungen nicht im einfachen Ersatz informell erbrachter Leistungen bestehen, sondern vielmehr in der Verwirklichung eines Versorgungsmixes, der sich an der Lebenswelt der zu versorgenden Personen orientiert.<sup>464</sup>

Durch eine hohe Standardisierung und Universalisierung besteht die Gefahr staatlicher Unterstützungsleistungen darin, dass sie die Bedürfnisse von Minderheiten verfehlen<sup>465</sup> und somit einer freien und individuellen Lebensgestaltung Hilfesuchender nicht gerecht werden.<sup>466</sup> Ein großer Vorteil staatlicher Leistungen besteht in ihrer relativ hohen Sicherheit, Hilfeleistungen im Bedarfsfall zu bekommen. Diese Sicherheit kann sich aber auch nachteilig auswirken, indem sie dazu führen kann, dass die individuelle Bereitschaft, Hilfe zu leisten in der Solidargemeinschaft abnimmt.<sup>467</sup>

*Hilfeleistungen des marktlichen Sektors* werden von Unternehmen gegen Entgelt angeboten. Kommerzielle Unternehmen verfolgen dabei das Ziel der Gewinnmaximierung. Auf dem Markt regulieren Angebot und Nachfrage die Preise von Dienstleistungen und Gütern. Der Markt stellt das Angebot an Dienstleistungen und Gütern bereit. Dem Markt gegenüber treten die Kundinnen und Kunden als Nachfragerinnen und -frager auf.<sup>468</sup> Bei der Erstellung der Leistungen sind die Interessen der Unternehmen von zentraler Bedeutung. Bedürfnisgerechtigkeit, Ganzheitlichkeit und Lebensweltorientierung sind für Unternehmen nur dann erstrebenswert, wenn sie der eigenen Zielerreichung dienen oder zumindest nicht im Widerspruch zu dieser stehen.

Unternehmen bieten vorrangig Leistungen an, von denen sie sich eigene Vorteile erhoffen. Mittels Effizienz- und Effektivitätssteigerungen versuchen Unternehmen, Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Resultat ist eine deutlich nach betriebswirtschaftlichen Kriterien bestimmte Rationalisierung, Standardisierung und fachliche Orientierung der Leistungserstellung.<sup>469</sup> Prinzipiell kann der Austausch von Dienstleistungen und Gütern über den Markt soziale Ungleichheit hinsichtlich des Zugangs knapper Ressourcen forcieren.<sup>470</sup>

---

<sup>464</sup> Zeman 1999, S. 376

<sup>465</sup> Evers/Olk 1996b, S. 24

<sup>466</sup> Wochner-Luikh 1999, S. 9

<sup>467</sup> Evers/Olk 1996b, S. 25

<sup>468</sup> Evers/Olk 1996b, S. 24

<sup>469</sup> Zeman 1999, S. 377

<sup>470</sup> Evers/Olk 1996b, S. 27

*Hilfeleistungen privater Haushalte und privater Netzwerke* basieren auf einer Art „moralischen Ökonomie“. Gegenseitige Hilfe im privaten Netzwerk stützt sich auf Freiwilligkeit, moralische Verpflichtung, Solidarität und wechselseitige Unterstützung der sorgenden Person gegenüber der zu versorgenden Person. Im Gegenzug erwartet die sorgende Person Anerkennung und gegebenenfalls selbst Unterstützung, wenn sie diese benötigt. Hilfeleistungen innerhalb des privaten Netzwerks kommen ohne Formalisierung der Rechte und Pflichten und ohne vertraglich vereinbarte Regelungen zwischen den Beteiligten aus.<sup>471</sup> Der Fortbestand von Hilfeleistungen innerhalb des privaten Netzwerks hängt von der gegenseitigen Achtung und Wertschätzung sowie einem Gemeinschaftsgefühl beziehungsweise einer kollektiven Identität untereinander ab.<sup>472</sup>

*Hilfeleistungen von Organisationen des dritten Sektors* haben ihren Ursprung im freiwilligen bürgerschaftlichen Engagement der Zivilgesellschaft. Typische Organisationen des dritten Sektors sind Selbsthilfegruppen, Stiftungen, Vereine und Wohlfahrtsverbände. Es handelt sich um Organisationen, die sich im intermediären Bereich zwischen Staat, Markt und privaten Netzwerken befinden. Der dritte Sektor stellt seine Leistungen sowohl Mitgliedern als auch Nicht-Mitgliedern zur Verfügung.<sup>473</sup> Die Ausrichtung des Leistungsangebots orientiert sich an Einzelbedarfen. Durch eine Orientierung an Einzelbedarfen sind Organisationen des dritten Sektors eher als der Staat in der Lage, Versorgungsleistungen an individuelle Anforderungen anzupassen.<sup>474</sup> Die Hilfen erfolgen in aller Regel unbürokratisch und ermöglichen zumeist eine zeitnahe Anpassung an bestehende Situationen. In den vergangenen Jahren sind Ökonomisierungstendenzen verstärkt auch in Organisationen des dritten Sektors zu beobachten, sodass eine immer stärkere Ausrichtung ihrer Leistungen an Effizienz- und Effektivitätskriterien und eine Annäherung an die marktliche Leistungserstellung erfolgt.

Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus beschäftigt sich nicht mit der Frage, welcher Sektor ein vorhandenes Problem am besten zu lösen vermag, sondern damit, die Form der Mischung der vier Sektoren zu finden, die am besten geeignet ist, Mittel für die Bedürfnisbefriedigung zu erschließen und an die Hilfesuchenden zu übermitteln.<sup>475</sup> Im Fokus der Betrachtung steht nicht der indi-

---

<sup>471</sup> Röber 2005, S. 8

<sup>472</sup> Evers/Olk 1996b, S. 25

<sup>473</sup> Evers/Olk 1996b, S. 26

<sup>474</sup> Salamon 1996, S. 94

<sup>475</sup> Hegner 1996, S. 174

viduelle Einzelfall, sondern die arbeitsteilige Erbringung von Leistungen innerhalb der vier Sektoren aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive. Das Konzept ermöglicht, einen Blick auf Spannungsfelder und Übergänge zwischen den Polen Staat, Markt, privaten Netzwerken und Organisationen des dritten Sektors zu richten.<sup>476</sup> Gerade im Gesundheits- und Sozialwesen, in dem das Subsidiaritätsprinzip, kartellähnliche Verbandsstrukturen, Selbstverwaltung durch öffentlich-rechtliche Körperschaften, Wertorientierung der Leistungsanbieter, Dominanz von Professionen und ethikbasierte Arbeit einen hohen Stellenwert einnehmen, werden zur Lösung von Steuerungsproblemen vernetzte Strategien zwischen den Sektoren der Wohlfahrtproduktion präferiert.<sup>477</sup>

Eine Form der sozialen Arbeit, welche die Sektoren zur Wohlfahrtsproduktion verknüpft, ist die Gemeinwesenarbeit. Die Gemeinwesenarbeit zeichnet sich durch Aktivierung der Betroffenen, Ganzheitlichkeit, Lebensweltorientierung, Methodenintegration und Trägerpluralismus aus.<sup>478</sup> Gemeinwesenarbeit ist dabei in doppelter Hinsicht Netzwerkarbeit. Zum einen geht es um die zielgruppenspezifische Vernetzung primärer, sekundärer sowie tertiärer Netzwerke und zum anderen um den Einsatz verschiedener Methoden zur Realisierung einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit. Es wird davon ausgegangen, dass sich nur unter Einbeziehung aller als gleichwertig anerkannten Ressourcen aus privater Lebenswelt und professioneller Fachwelt ein besserer Umgang mit Versorgungsbedarfen erreichen lässt.<sup>479</sup> Eine Kernaufgabe bei der Erbringung sozialer Dienste ist in der Vernetzungs- und Kooperationsleistung aller Beteiligten zu sehen.<sup>480</sup> Diese sollen der Entwicklung eines passgenauen Versorgungsangebots für die Betroffenen, der Befähigung und Unterstützung der Betroffenen zur Nutzung sozialer und struktureller Ressourcen sowie der Verbesserung örtlicher Versorgungsstrukturen dienen.<sup>481</sup>

---

<sup>476</sup> Backhaus-Maul/Olk 1994, S. 101

<sup>477</sup> Dahme 2000, S. 56; Blaumeiser/Klie 2002, S. 169

<sup>478</sup> Bauer 2005, S. 18

<sup>479</sup> Zeman 1999, S. 384; Dahme/Wohlfahrt 2000, S. 11; Höhmann 2002, S. 300; Bauer 2005, S. 18

<sup>480</sup> Zeman 1999, S. 376

<sup>481</sup> Schmoecker 1996, S. 19

### 3.3 Systemtheoretischer Ansatz

#### 3.3.1 Grundlagen der allgemeinen Systemtheorie

Die allgemeine Systemtheorie stellt einen Ansatz dar, welcher es erlaubt, Erklärungs- und Begründungszusammenhänge verschiedener Wissenschaftsdisziplinen in einem Modell integrativ zu berücksichtigen. Sie ermöglicht die systematische Betrachtung von Gesamtheiten und dient als „Grundgerüst für die kognitive Durchdringung komplexer Sachverhalte“.<sup>482</sup> Als System bezeichnet wird „ein vom Beobachter definierter Gesamtzusammenhang aus Faktoren [beziehungsweise Elementen] und ihren Wechselwirkungen“.<sup>483</sup> Nahezu alle realen Erscheinungen lassen sich als Systeme betrachten. Das Spektrum umfasst Lebewesen, anorganische Stoffe, Maschinen, Personengruppen, sogar Denkvorstellungen und vieles mehr. Nachfolgend stehen von Personen künstlich geschaffene Systeme, welche gesellschaftliche Zwecke erfüllen, im Zentrum der Betrachtung. Die allgemeine Systemtheorie kann man als „formale Wissenschaft von der Struktur, den Verknüpfungen und dem Verhalten irgendwelcher Systeme bezeichnen“.<sup>484</sup>

Aus struktureller Sicht stellt ein System eine geordnete Gesamtheit verschiedener Elemente dar, die in Beziehung zueinanderstehen oder zwischen denen sich Beziehungen herstellen lassen.<sup>485</sup> Das System als Ganzes untergliedert sich in mehrere Teile, sogenannte Subsysteme. Innerhalb dieser Subsysteme liegt ein größerer Beziehungsreichtum vor als zwischen den Subsystemen.<sup>486</sup> Alle Systeme und Subsysteme setzen sich aus Elementen und Beziehungen zusammen. Ein Element ist der kleinste Teil des Systems beziehungsweise Subsystems, der betrachtet und nicht weiter zerlegt wird.<sup>487</sup> Das System kann wiederum Subsystem eines umfassenden Systems, dem Supersystem, sein.<sup>488</sup> Von seiner Umwelt abgrenzen lässt sich das System durch mindestens ein unterscheidendes Merkmal.<sup>489</sup>

---

<sup>482</sup> Wilms 2003, S. 5

<sup>483</sup> Wilms 2001, S. 69

<sup>484</sup> Ulrich 1970, S. 105

<sup>485</sup> Ulrich 1970, S. 105; 1984, S. 98 f.

<sup>486</sup> Ulrich 1970, S. 108

<sup>487</sup> Ulrich 1970, S. 107

<sup>488</sup> Bottler 1982, S. 31

<sup>489</sup> Luhmann 1988, S. 35; Wilms 2001, S. 69 ff.

Eine Systemgrenze befindet sich zumeist an der Stelle, an der eine deutliche Abnahme an Beziehungen zwischen System und Umwelt zu beobachten ist. Aus funktionaler Sicht transformiert ein System Inputs aus externen Quellen in Outputs, welche es wiederum an externe Quellen abgibt. Das System steht somit mit seiner Umwelt in wechselseitigen Beziehungen.<sup>490</sup> Mit jeder Aktivität des Systems ändert sich sein Zustand. Das System befindet sich in einer permanenten Zustandsänderung und setzt einen stetigen Prozess in Gang.<sup>491</sup> Der Prozess ist durch zielorientierte bewusst geplante Maßnahmen so zu lenken, dass das System einen gewünschten Zustand immer wieder erreicht.<sup>492</sup> Die Lenkung kann sich auf einzelne Elemente im System oder auf Veränderungen wirksamer Wechselbeziehungen beziehen.<sup>493</sup>

Aufgrund der Vielseitigkeit von Systemen fällt das Treffen allgemeingültiger Aussagen zu den Eigenschaften von Systemen schwer. Der allgemeine Systembegriff weist eine sehr formale Art und einen geringen empirischen Gehalt auf. Dennoch vertritt der Ansatz der allgemeinen Systemtheorie die Auffassung, dass alle Systeme bestimmte Eigenschaften besitzen.<sup>494</sup> Jedes System basiert auf den Prinzipien Autonomie, Lebensfähigkeit und Rekursion.<sup>495</sup>

- Mit dem Terminus der Autonomie bezeichnet man die Eigenschaft der Eigenständigkeit lebensfähiger Systeme.
- Mit der Lebensfähigkeit von Systemen sind deren Anpassungsvermögen an ihre relevante Umwelt und deren Entwicklung gemeint.
- Rekursion bezeichnet die Eigenschaft, dass Systeme auf allen Ebenen die gleiche Grundstruktur aufweisen.

Die Eigenschaften Autonomie, Lebensfähigkeit und Rekursion treffen sowohl für natürliche Systeme, wie Ökosysteme oder Tiere, als auch auf künstliche Systeme, wie private Haushalte und Unternehmen, zu. Künstlich geschaffene und aus Menschen bestehende Systeme – auch als soziale Systeme bezeichnet – besitzen weitere Gemeinsamkeiten. Sie weisen neben den bereits genannten Eigenschaften nahezu immer die Eigenschaften Offenheit, Dynamik, Zweck- und Zielorientierung sowie Komplexität auf.<sup>496</sup>

---

<sup>490</sup> Ulrich 1984, S. 99; Wilms 2001, S. 62

<sup>491</sup> Wilms 2001, S. 66

<sup>492</sup> Ulrich 1984, S. 100

<sup>493</sup> Wilms 2001, S. 87

<sup>494</sup> Ulrich 1970, S. 42

<sup>495</sup> Wilms 2001, S. 107 ff.

<sup>496</sup> Ulrich 1970, S. 98, 106, 112 ff.

Offenheit entsteht durch den Austausch von Energie, Informationen und Materie zwischen dem System und seiner Umwelt. Durch die ständige Zufuhr (Input) und Wegfuhr (Output) kommt es innerhalb des Systems zu Veränderungen seiner Elemente. Für die Bestandssicherung des Systems ist es lebenswichtig, seinen Ausgangszustand durch bestimmte Aktivitäten und bestimmtes Verhalten immer wieder erneut zu erreichen.<sup>497</sup> Innerhalb des Systems entstehen strukturierte Folgen solcher Aktivitäten und Verhaltensweisen, sogenannte Prozesse.<sup>498</sup> Systeme weisen somit die Eigenschaft der Dynamik auf. Je umfangreicher und intensiver der Austausch und die Beziehungen zwischen dem System und seiner Umwelt sind, desto größer ist die äußere Dynamik des Systems. Mit der Anzahl an Prozessen in einem bestimmten Zeitraum steigt die innere Dynamik des Systems.<sup>499</sup> Aufgrund einer bestimmten sich mitunter ständig wiederholenden Anordnung oder Abfolge von Ereignissen entsteht innerhalb des Systems eine bestimmte Prozessstruktur.<sup>500</sup> Ablaufende Aktivitäten und Verhaltensweisen zeigen stets eine Zweck- und Zielorientierung auf. Der Zweck ergibt sich aus den Erwartungen, welche die Umwelt an das System stellt. Ein System kann nur bestehen, wenn es Funktionen für andere Systeme ausübt. Ziel des Systems ist, selbstbestimmte Verhaltensweisen oder Zustände irgendwelcher Outputgrößen zu erreichen.<sup>501</sup>

Zur Abstimmung der Aktivitäten des Systems bedarf es des Austauschs von Informationen zwischen den einzelnen Systemelementen. Damit ein Informationsaustausch möglich ist, müssen zumindest latente Beziehungen zwischen den Elementen bestehen. Beziehungen kommt somit die Funktion des Kanalisierens und Verbindens von Aktivitäten verschiedener Elemente zu.<sup>502</sup> Sie bestehen sowohl zwischen den Systemelementen als auch zwischen dem System und seiner Umwelt. Beziehungen umfassen verschiedene Verbindungen beziehungsweise Verknüpfungen zwischen den Elementen, welche das Verhalten der Elemente untereinander und das System als Ganzes beeinflussen.<sup>503</sup> Beziehungen lassen sich unterscheiden in reale oder ideale, natürlich oder

---

<sup>497</sup> Ulrich 1970, S. 112 f.

<sup>498</sup> Ulrich 1970, S. 113 f.

<sup>499</sup> Ulrich 1970, S. 114

<sup>500</sup> Ulrich 1970, S. 110

<sup>501</sup> Ulrich 1970, S. 114, 161

<sup>502</sup> Ulrich 1970, S. 127, 157

<sup>503</sup> Ulrich 1970, S. 109

künstlich geschaffene, zeitunabhängige oder zeitabhängige, aktive oder inaktive sowie einseitige oder wechselseitige.<sup>504</sup> Mit zunehmender Anzahl an Beziehungen steigt die Komplexität des Systems.<sup>505</sup>

Jedes System weist in Abhängigkeit von seinen bestehenden internen Beziehungen und Elementen eine bestimmte Systemstruktur auf. In dynamischen Systemen treten mehr oder weniger starke Veränderungen der Systemstruktur auf. In künstlich geschaffenen Systemen können Strukturveränderungen bewusst vonstattengehen, sodass eine gewünschte Systemstruktur entsteht.<sup>506</sup> In ihren Beziehungs-, Prozess- und Systemstrukturen können Systeme mehr oder weniger komplex sein. Bei der Betrachtung von Systemen muss häufig mit Abstraktionen gearbeitet werden, welche das reale Gebilde nicht vollständig erfassen. Die erstellten Modelle sollten die für die Betrachtung interessierenden Sachverhalte real wiedergeben.<sup>507</sup>

### 3.3.2 Systemorientierte Managementlehre

Der Ansatz der allgemeinen Systemtheorie wird unter anderem für die Lösung von Problemen in der Managementlehre eingesetzt. Die Managementlehre befasst sich mit der Führung von Unternehmen. Es gibt zwei Begriffsansätze des Managements. Management ist zum einen eine *Funktion*, die sich durch die Planungs-, Steuerungs- und Kontrollaufgabe von Unternehmen ergibt und zum anderen eine *Institution*, die eine Personengruppe kennzeichnet, die Managementfunktionen ausübt.<sup>508</sup> Jedes Unternehmen sollte somit ein funktionsfähiges Management in zweierlei Hinsicht gewährleisten. Zum einen ist eine Führung als Funktion herauszubilden und zum anderen ist sicherzustellen, dass die Führung personell verantwortungsvoll und kompetent wahrgenommen wird.<sup>509</sup> Aufgaben des Managements bestehen in der Gestaltung, Lenkung und Entwicklung von Institutionen.<sup>510</sup> Abbildung 21 verdeutlicht die wesentlichen Inhalte.

---

<sup>504</sup> Fuchs 1972, S. 49

<sup>505</sup> Ulrich 1970, S. 109

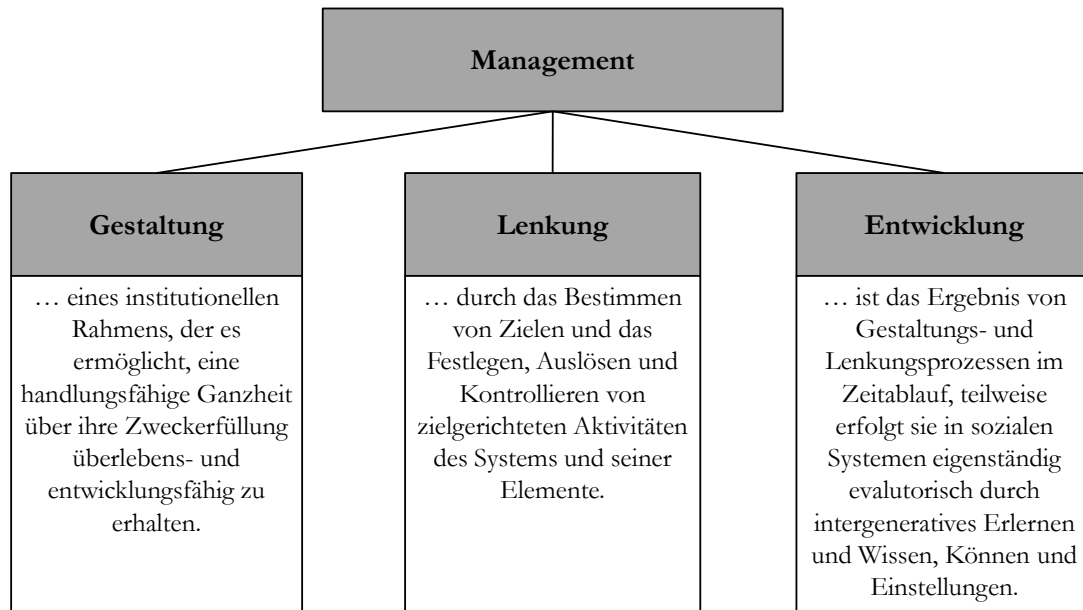
<sup>506</sup> Ulrich 1970, S. 110

<sup>507</sup> Ulrich 1970, S. 116 f.

<sup>508</sup> Staehle 1999, S. 71

<sup>509</sup> Merchel 2006, S. 118

<sup>510</sup> Bottler 1997, S. 139



**Abbildung 21: Aufgaben des Managements nach Bleicher**

Quelle: Bleicher 1992, S. 40

Unter *Gestalten* versteht man zu allererst das Schaffen und Aufrechterhalten einer zweckgerichteten handlungsfähigen Ganzheit. Von Bedeutung ist das gedankliche Entwerfen eines Systems, z.B. eines Unternehmens, als Modell. Das Management benötigt umfangreiches Wissen über entpersonalisierte und technokratische Strukturen des Systems, um Arbeitsabläufe analysieren und zielführend koordinieren zu können.<sup>511</sup> Das Modell sollte den jeweiligen Gesamtzusammenhang der Problemsituation vollständig erfassen.<sup>512</sup> Eine ganzheitliche Betrachtung von Unternehmen unter Einbeziehung einer Vielzahl von Einflüssen ermöglicht, vielfältige Gestaltungsprobleme bei der Umsetzung neuer Lösungen zu überwinden.<sup>513</sup>

Die Definition der Systemgrenzen hängt vom Betrachtungszweck des Modells ab. Das Modell kann die Gesamtheit eines Unternehmens, nur Teilbereiche des Unternehmens oder auch Bereiche über die Unternehmensgrenzen hinweg enthalten. Wichtig ist, dass alle problemrelevanten Elemente und Beziehungen Berücksichtigung finden. Die Schwierigkeit bei der Erstellung eines solchen Modells liegt im Umgang mit der Komplexität der Wirklichkeit. Zur Sicherung des Unternehmensbestands ist es Aufgabe der Gestaltung, eine

<sup>511</sup> Bleicher 1992, S. 19

<sup>512</sup> Wilms 2001, S. 8

<sup>513</sup> Bleicher 1992, S. 56

Ordnung zu entwerfen, die einerseits die Fähigkeit besitzt, sich flexibel an neue, nicht langfristig planbare Umweltänderungen anzupassen und andererseits in der Lage ist, nach innen ein bestimmtes Maß an Ordnung aufzuzeigen. Ziel der Gestaltung sollte letztendlich die Schaffung eines lenkungsfähigen Unternehmens sein.

Die *Lenkung* dient der Erreichung der Unternehmensziele, indem bestimmte Verhaltensweisen innerhalb des Systems ausgewählt und umgesetzt werden. Hierbei sind stets die Unternehmensziele eindeutig zu bestimmen. Weiterhin sind die Aktivitäten des Unternehmens vor dem Hintergrund der Zielerreichung festzulegen, auszulösen und zu kontrollieren. Mit dem Ziel der Sicherstellung eines langfristigen Bestehens muss ein Unternehmen die Fähigkeit zur Selbstlenkung besitzen. Die Gestaltung und Lenkung erfolgt stets dynamisch und wird begleitet von einem langfristigen und nie vollendeten Prozess der *Entwicklung*. Der Entwicklungsprozess ist ebenfalls bewusst zu gestalten und zu lenken, um Zwecke zu erfüllen und gesetzte Ziele zu erreichen.<sup>514</sup>

Aufgaben einer systemorientierten Managementlehre sind die Beschreibung von Unternehmen als reale Systeme mit bestimmten Eigenschaften, die Erfassung des Geschehens im Unternehmen als Prozess sowie das Erkennen von Problemen, welche in der Gestaltung der Führung liegen.<sup>515</sup> Im Zentrum der systemorientierten Managementlehre steht die Gestaltung und Lenkung dynamischer, komplexer und zweckorientierter sozialer Systeme.<sup>516</sup> Modelle helfen, betrieblich erfahrbare Wirklichkeiten für den erfolgreichen Umgang mit betrieblichen Problemen darzustellen.<sup>517</sup> Bei der Konzeption des Modells lassen sich verschiedene Begriffe, Inhalte und Theorieansätze strukturieren und zu einem stimmigen Ganzen verbinden.<sup>518</sup> Das erarbeitete Modell wird dann als System bezeichnet und stellt das Abbild eines Unternehmens als Ganzes oder in Teilen dar.

Mit der Absicht, die Vielzahl von Problemen eines Unternehmens zu erfassen und Aufgaben des Managements wahrzunehmen, erfolgt eine Gliederung des Gesamtsystems in mehrere Subsysteme. Eine Zergliederung des Systems in Subsysteme birgt die Gefahr, den Gesamtzusammenhang aus dem Blick zu

---

<sup>514</sup> Ulrich 1984, S. 99 ff.

<sup>515</sup> Ulrich 1970, S. 45

<sup>516</sup> Ulrich 1970, S. 161 ff.; Ulrich 1984, S. 98 ff.; Malik 2004, S. 83

<sup>517</sup> Wilms 2001, S. 40

<sup>518</sup> Wilms 2001, S. 41

verlieren,<sup>519</sup> ist aber für eine Auseinandersetzung mit der gesamten Problematik unvermeidbar. Strukturen, welche die Elemente und Subsysteme verbinden, besitzen eine hohe Bedeutung. Zu betrachten sind vor allem monetäre Strukturen, Regelungsstrukturen sowie Verhaltensstrukturen.<sup>520</sup> Die Betrachtung von Strukturen kann nur mittels des Einsatzes interdisziplinärer Ansätze erfolgreich sein. Unter Nutzung der Erkenntnisse über verhaltensbestimmende Strukturen für bestimmte Gegebenheiten können relevante Einflussgrößen erkannt und zielführend verändert werden.<sup>521</sup> Oftmals liegen vielschichtige Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge vor. Neben ökonomischen Ansätzen sind kulturelle, rechtliche und soziale Ansätze zu nutzen.<sup>522</sup> Mithilfe der allgemeinen Systemtheorie wurden in den Wirtschaftswissenschaften verschiedene Modelle zur Betrachtung von Unternehmen entwickelt. Hierzu gehören unter anderem das Konzept des integrierten Managements von Bleicher sowie das Organisationsstruktur-Modell von Mintzberg.

In dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher besteht die zentrale Aufgabe des Managements darin, „die Unternehmung in einer sich ständig wandelnden Umwelt auf einen *Entwicklungspfad* zu bringen, der die *dauerhafte Lebensfähigkeit der Unternehmung* zum Ziel hat“.<sup>523</sup> Mit dem Modell lebensfähiger Systeme sollen Strukturen, die das Verhalten von Unternehmen beeinflussen, in ihren Teilen und ihrer Gesamtheit dargestellt werden. Nach dem Modell besteht jedes Unternehmen aus fünf Teilsystemen. System 1 und 2 umfassen den Operationsbereich, System 3, 4 und 5 den Lenkungsbereich eines Unternehmens. Der Operationsbereich setzt sich zusammen aus allen Subsystemen, welche einen bestimmten Beitrag zur Leistungserstellung für das Gesamtsystem leisten, und Subsystemen, welche diese leistungserstellenden Subsysteme koordinieren.<sup>524</sup> Erstere werden als Hilfesysteme und letztere als Koordinationssysteme bezeichnet. Die erstellten Leistungen der einzelnen Hilfesysteme werden an die Umwelt des Systems abgegeben. Aufgrund der zentralen Aufgabe der Leistungserstellung innerhalb des Operationsbereichs wird dieser im Folgenden als Leistungsbereich bezeichnet.

---

<sup>519</sup> Ulrich 1970, S. 53

<sup>520</sup> Wilms 2001, S. 1 ff.

<sup>521</sup> Wilms 2001, S. 55

<sup>522</sup> Wilms 2001, S. 2

<sup>523</sup> Malik 2004, S. 236

<sup>524</sup> Wilms 2001, S. 109 ff.

Der Lenkungsbereich umfasst das operative, strategische und normative Management, das von verschiedenen Subsystemen wahrgenommen wird.<sup>525</sup> Die einzelnen Managementdimensionen beschäftigen sich mit logisch abgrenzbaren Problemfeldern des Managements. Die wesentliche Funktion des operativen Systems liegt in der laufenden Optimierung der internen Prozesse des gesamten Systems. Die Aufgabe des strategischen Systems umfasst die Überwachung der Anpassung des Systems an seine relevante Umwelt. Idealerweise ist das strategische System innerhalb eines Unternehmens nicht an einer zentralen Stelle, sondern an unterschiedlichen Stellen, welche in Kontakt mit der Umwelt stehen, platziert. Im normativen System werden die Normen und Verhaltensregeln des Unternehmens festgelegt. Das normative Management dient als Ausgleich zwischen dem auf Gegenwartssicherung ausgerichteten operativen System und dem auf Zukunftssicherung ausgerichteten strategischen System.<sup>526</sup> Das normative und das strategische Management setzen die Rahmenbedingungen, an denen sich der operative Vollzug ausrichtet.<sup>527</sup> Das operative Management übernimmt die Funktion der Lenkung und das normative und strategische Management übernehmen die Funktionen der Gestaltung und Entwicklung. Abbildung 22 stellt den grundsätzlichen Aufbau eines Unternehmens grafisch dar.

---

<sup>525</sup> Bleicher 1992, S. 56

<sup>526</sup> Wilms 2001, S. 109 ff.

<sup>527</sup> Bleicher 1992, S. 68

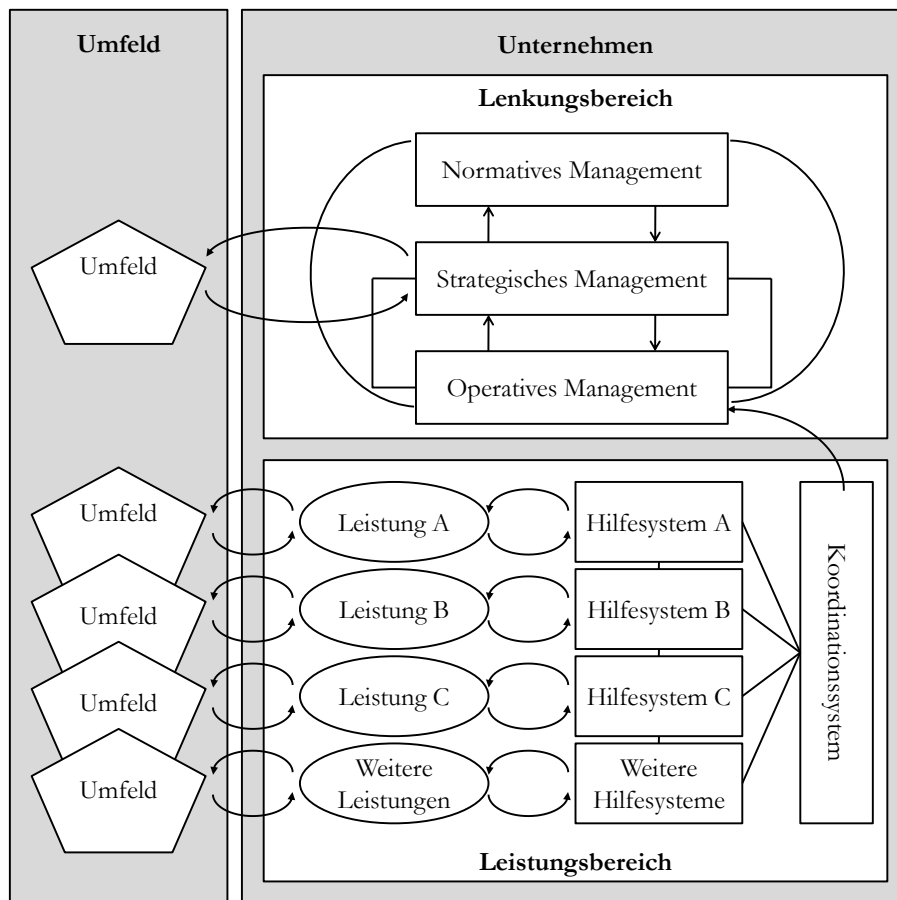


Abbildung 22: Grobstruktur eines Unternehmens

Quelle: modifiziert nach Wilms 2001, S. 120; Malik 2002, S. 508

Im Sinne eines integrierten Managements stehen bei der Behandlung von Problemfeldern alle Managementdimensionen in ihrem Zusammenhang im Betrachtungsfokus. Für die Integration der Dimensionen bedarf es einer paradigmatisch geprägten Leitidee, einer sogenannten Managementphilosophie, welche als Grundlage jeglichen Handelns dient.<sup>528</sup> Die Managementphilosophie umfasst grundlegende Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen eines Unternehmens. Diese sollten nicht grundsätzlich von denen eines großen Teils der Bevölkerung abweichen.<sup>529</sup> Eine Konkretisierung der Managementphilosophie wird mit der Formulierung von Leitbildern erreicht. Neben der Funktion, Sinninhalte zu definieren und zu vermitteln, sollen Leitbilder den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine eigene Sinnfindung geben.<sup>530</sup>

<sup>528</sup> Bleicher 1992, S. 58 ff.

<sup>529</sup> Ulrich 1984, S. 312 ff.

<sup>530</sup> Bleicher 1992, S. 65

Ein weiteres Managementkonzept, welches auf dem Ansatz der allgemeinen Systemtheorie beruht, ist das Organisationsstruktur-Modell von Mintzberg. Das Modell beschäftigt sich mit dem Aufbau von Unternehmen als Organisationen. Nach dem Modell setzen sich alle Unternehmen aus sechs Teilen zusammen. Diese decken sich teilweise mit den fünf Subsystemen des Konzepts des integrierten Managements von Bleicher. An oberster Stelle eines Unternehmens befindet sich die strategische Spitze. Die Leistungserstellung findet im betrieblichen Kern statt. Zwischen strategischer Spitze und betrieblichem Kern ist das mittlere Management angesiedelt, die sogenannte Mittellinie. Sie nimmt wesentliche Funktionen des operativen Systems wahr. Die Koordination der Arbeitsabläufe basiert auf der Technostruktur, welche standardisiert und strukturiert Arbeitsabläufe erarbeitet. Neben der Standardisierung erfolgt die Koordination über gegenseitige Abstimmungen sowie persönliche Weisungen. Unterstützung erhält das Unternehmen von Hilfsstäben. Hilfsstäbe erbringen Leistungen, die mittelbar in die wertschöpfenden Aktivitäten des Leistungserstellungsprozesses eingehen.<sup>531</sup> Zusammenhalt erfährt das Unternehmen durch eine gemeinsame Ideologie, welche als sechster Teil des Unternehmens gesehen werden kann.<sup>532</sup>

Die aus den systemtheoretischen Modellen resultierende Unterteilung von Unternehmen kann den Rahmen für die strukturelle Ausgestaltung des Versorgungsverbunds bilden. Eine systemtheoretische Betrachtung vermag Gemeinsamkeiten von Systemen aufzudecken sowie Beziehungen, Strukturen und Verhalten von Systemen zu verdeutlichen.<sup>533</sup> Die Betrachtung des Versorgungsverbunds als System kann sich sowohl auf einzelne Teile als auch auf die Gesamtheit beziehen. Teilerkenntnisse lassen sich in das Gesamtkonzept einbauen. Weiterhin erlaubt eine systemtheoretische Betrachtung ein Denken auf mehreren Abstraktionsebenen.<sup>534</sup>

---

<sup>531</sup> Mintzberg 1992, S. 19 ff.

<sup>532</sup> Mintzberg 1992, S. 387 ff.

<sup>533</sup> Meffert 1971, S. 176

<sup>534</sup> Wilms 2001, S. 63

### 3.4 Systemtheoretische Betrachtung des Versorgungsverbunds

#### 3.4.1 Definition des Versorgungsverbunds

Prinzipiell kann der Versorgungsverbund alle Akteure und Ressourcen des primären, sekundären und tertiären Netzwerks einer Person, einer Personengruppe oder einer Region, die für die Erbringung von Versorgungsleistungen zur Verfügung stehen, umfassen. Zur Abbildung und Systematisierung des Versorgungsverbunds werden der individuelle Versorgungsverbund, der bei den Verbundansätzen der Haushaltswissenschaften, insbesondere der Privathaushaltslehre häufig von Interesse ist, sowie der institutionelle Versorgungsverbund, der häufig im Fokus der Betriebswirtschaftslehre steht, unterschieden.<sup>535</sup>

Der institutionelle Versorgungsverbund besteht aus einem Zusammenschluss von mindestens zwei rechtlich und wirtschaftlich selbstständigen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Sein Zweck liegt in der Deckung der Bedarfe seiner Nutzerinnen und Nutzer. In kooperativen Entscheidungen vereinbaren die jeweiligen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer gemeinsame Handlungsziele. Die Erreichung der Handlungsziele erfolgt arbeitsteilig. Der institutionelle Versorgungsverbund weist typische Eigenschaften von Unternehmensnetzwerken auf. Ein jeweils spezifischer Aufbau sowie bestimmte Eigenschaften und Beziehungen kennzeichnen ihn.

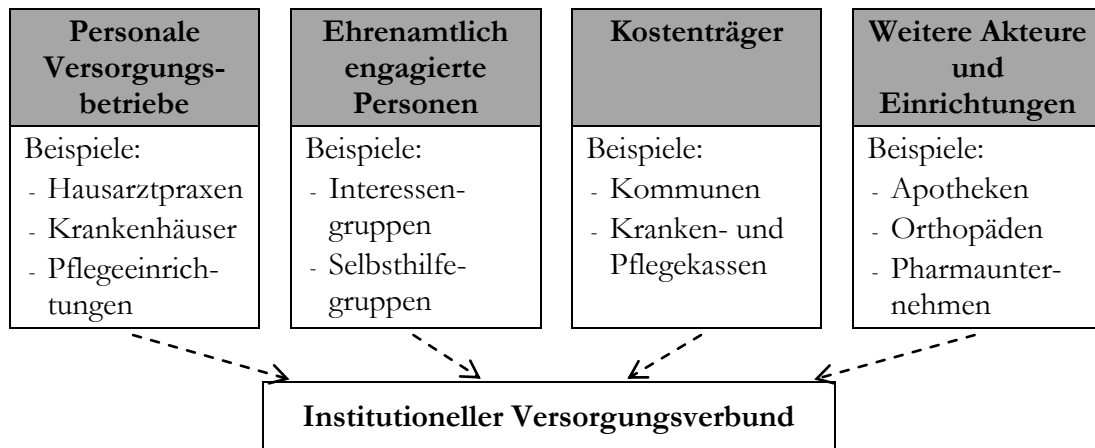
Am institutionellen Versorgungsverbund können prinzipiell folgende Akteure und Einrichtungen teilnehmen:

- personale Versorgungsbetriebe, die formell Leistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen erstellen,
- ehrenamtlich engagierte Personen, die informell organisiert Leistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen erstellen,
- Kostenträger des Gesundheits- und Sozialwesens sowie
- weitere Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Abbildung 23 gibt einen Überblick hinsichtlich einer möglichen Zusammensetzung potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer.

---

<sup>535</sup> vgl. Kapitel 3.2.1 sowie 3.2.2



**Abbildung 23: Zusammensetzung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer**

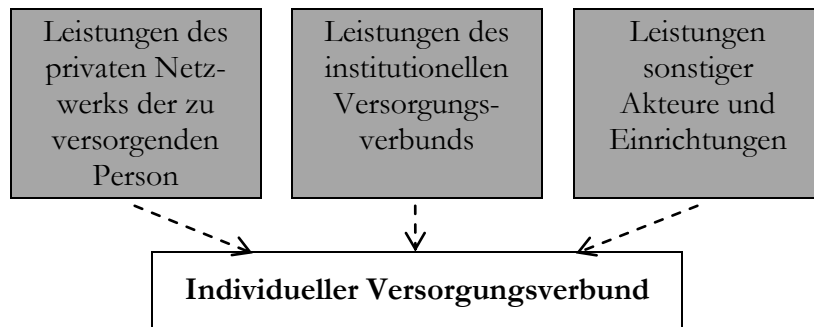
**Quelle:** eigene Darstellung

Zusammenschlüsse können zwischen Akteuren und Einrichtungen bestehen, die ihre bisherigen Leistungen nun im Verbund anbieten. Weiterhin können sich neue Einrichtungen gründen oder bestehende Einrichtungen ihr Leistungsangebot an die Erfordernisse des institutionellen Versorgungsverbunds anpassen. Gemeinsam erbringen sie Versorgungsleistungen für unbekannte Dritte. Initiatoren zur Gründung eines institutionellen Versorgungsverbunds können einzelne oder mehrere Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sein.<sup>536</sup> Die gemeinsame Übernahme von Leistungen der Versorgung im Verbund kann zeitlich unbegrenzt oder zeitlich befristet, beispielsweise für die Dauer eines Projekts, erfolgen.<sup>537</sup>

Der individuelle Versorgungsverbund umfasst alle Personen und Ressourcen, die an der Versorgung einer einzelnen Person beteiligt sind beziehungsweise für die Versorgung einer Person genutzt werden. Die Personen sorgen gemeinsam mit der zu versorgenden Person und ihren persönlichen Handlungsressourcen für die Sicherstellung ihrer Daseinsvor- und Daseinsfürsorge. Im konkreten Einzelfall erbringen Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds Leistungen innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds. Hierbei treffen sie auf Akteure, die außerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds agieren. Dies sind zum einen Akteure des privaten Netzwerks der zu versorgenden Person und zum anderen informell organisierte und formelle Akteure und Einrichtungen, die nicht Teilnehmerinnen und Teilnehmer des institutionellen Versorgungsverbunds sind. Abbildung 24 verdeutlicht dies.

<sup>536</sup> Hebel 1984, S. 104

<sup>537</sup> Hebel 1984, S. 104



**Abbildung 24: Zusammensetzung der Leistungen im individuellen Versorgungsverbund**

**Quelle:** eigene Darstellung

Die Nutzung von Leistungen, welche Akteure und Einrichtungen erbringen, die nicht am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmen, erhöht die Komplexität des individuellen Versorgungsverbunds, da die betreffenden Leistungen nur begrenzt mit den Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds im Voraus aufeinander abgestimmt werden können. Aus diesem Grund sollte der institutionelle Versorgungsverbund viele Leistungen anbieten, welche der Bedarfsdeckung seiner jeweiligen Nutzerinnen und Nutzer dienen. Inwieweit eine Person Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sowie Leistungen von Anbietern, welche ihre Leistungen außerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds erbringen, mit eigenen Leistungen des privaten Netzwerks kombiniert, hängt neben der Passgenauigkeit des jeweiligen Leistungsangebots maßgeblich von ihrem Versorgungsstil ab. So bilden beispielsweise Leistungen des privaten Netzwerks bei einem traditionell-familialen Versorgungsstil oftmals den Hauptbestandteil des individuellen Versorgungsverbunds.

In der folgenden Betrachtung soll insbesondere der institutionelle Versorgungsverbund als System näher betrachtet werden. Unter Berücksichtigung aller problemrelevanten Elemente und Beziehungen wird ein Modell des institutionellen Versorgungsverbunds entwickelt. Dieses Modell ermöglicht eine zweckgerichtete Abbildung problemrelevanter Objektmerkmale und eine Kommunikation mit anderen Beteiligten.<sup>538</sup> Eine systemtheoretische Betrachtung des Versorgungsverbunds erlaubt, Erkenntnisse verschiedener Fachdisziplinen und Wissenschaftsbereiche einzubeziehen.

<sup>538</sup> Wilms 2001, S. 26 f.

### 3.4.2 Eigenschaften des Versorgungsverbunds

Die Eigenschaften des individuellen Versorgungsverbunds sind geprägt von der jeweiligen Zusammensetzung der zur Versorgung im Einzelfall in Anspruch genommenen Unterstützungsleistungen. Der institutionelle Versorgungsverbund beeinflusst die Eigenschaften des individuellen Versorgungsverbunds, insofern dessen Leistungen im Einzelfall genutzt werden. Die Eigenschaften des institutionellen Versorgungsverbunds können sich je nach ihrer Passgenauigkeit aus der Perspektive des individuellen Versorgungsverbunds förderlich oder hinderlich auf die Inanspruchnahme seiner Leistungen im Einzelfall auswirken. Seitens des institutionellen Versorgungsverbunds sind zahlreiche Fragen hinsichtlich seiner Eigenschaften zu beantworten. Diese sind im Wesentlichen abhängig von den Zwecken, die an den institutionellen Versorgungsverbund gestellt werden und ihm seine Legitimation sichern, sowie den Zielen, welche die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer verfolgen.

Zentrale Fragen, die seitens des institutionellen Versorgungsverbunds zu klären sind, beziehen sich auf:

- die *Leistungsbreite* und die *Leistungstiefe* der angebotenen Versorgungsleistungen,
- den *Einzugsbereich* des institutionellen Versorgungsverbunds,
- den *Differenzierungsgrad* der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer,
- die *Berufsgruppen* und den *Professionalisierungsgrad* der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer,
- die rechtliche und wirtschaftliche *Selbstständigkeit* der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer,
- die *Leistungs- und Kostenträgerschaft* des institutionellen Versorgungsverbunds,
- die *Formen der Zusammenarbeit* zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern.

Die *Leistungsbreite* gibt Auskunft über die Anzahl der verschiedenen Leistungen, welche die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer anbieten. Es ist zu klären, welche Leistungen die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer im institutionellen Versorgungsverbund erbringen und ob sie diese Leistungen ambulant, teilstationär und/oder stationär erbringen. Bei der Ausgestaltung der Leistungsbreite ist zu berücksichtigen, dass eine zu stark programmatische Ausrichtung der Leistungen auf bestimmte Bedarfslagen die Gefahr birgt, dass

sich davon abweichende Bedarfslagen häufig als nicht integrierbar erweisen.<sup>539</sup> Dennoch gibt es zahlreiche Vernetzungsansätze, die sich auf die Optimierung der Versorgung von Personen mit bestimmten Diagnosen, Diagnosekomplexen und Symptomen konzentrieren. Die häufigsten Zielgruppen für die vernetzte Versorgungsstrukturen geschaffen werden sind im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen Demenzerkrankte sowie Schlaganfallpatientinnen und -patienten.<sup>540</sup> Die *Leistungstiefe* legt fest, welche Leistungen der Wertschöpfungskette die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer selbst abdecken. Weisen diese Leistungen eine geringe Leistungstiefe auf, ist eine intensive Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren und Einrichtungen, die vor- und nachgelagerte Leistungen der Wertschöpfungskette erstellen, erforderlich.

Leistungsbreite und Leistungstiefe sind neben der Zwecksetzung des institutionellen Versorgungsverbunds abhängig von dem gewählten *Einzugsbereich*, in dem die Leistungen erbracht werden sollen. Der Einzugsbereich des institutionellen Versorgungsverbunds kann überregional, regional oder quartiersbezogen sein. Bei einem überregionalen Einzugsbereich steht häufig die Sicherstellung der Zentralversorgung im Vordergrund. Eine überregionale Zentralversorgung weist häufig einen hohen Spezialisierungsgrad auf und ist somit in der Lage, spezifische Bedarfe zu decken. Handelt es sich um einen regionalen Einzugsbereich, kommt der Sicherstellung der Grund- und Nahversorgung eine zentrale Bedeutung zu. Bei einem quartiersbezogenen Einzugsbereich geht es um die Primärversorgung hilfeschender Personen. Zentrale Orientierungsgrößen für Vernetzungsansätze stellen das Gemeinwesen, die Kommune und die Stadt dar. Hier entfalten sich die Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche hilfe- und pflegebedürftiger Personen.<sup>541</sup> Oftmals weisen die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer einen unterschiedlichen Einzugsbereich auf. So besitzen beispielsweise Universitätskliniken einen überregionalen Einzugsbereich, wohingegen ambulante Pflegedienste eher quartiersbezogen tätig sind.

Die Leistungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer können einen unterschiedlichen *Differenzierungsgrad* aufzeigen. Zu unterscheiden ist prinzipiell zwischen ähnlichen oder unterschiedlichen Leistungen. Bieten die einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer ähnliche Leistungen an, handelt es sich um einen horizontalen Versorgungsverbund. Eine horizontale Ausrich-

---

<sup>539</sup> Höhmann 2002, S. 307 f.

<sup>540</sup> Kofahl/Dahl/Döhner 2002, S. 38

<sup>541</sup> Otto 2008c, S. 12

tung ist typisch bei einer hohen Spezialisierung und engen Zielgruppenausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds. Demgegenüber steht der vertikale Versorgungsverbund. In einem vertikalen Versorgungsverbund erbringen die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer unterschiedliche Leistungen entlang der Wertschöpfungskette. Auch beim lateralen Versorgungsverbund erstellen sie unterschiedliche Leistungen. Die Zusammensetzung der Leistungen erfolgt aber weitgehend unabhängig von der Wertschöpfungskette. Je heterogener die Bedarfslagen der Zielgruppe des institutionellen Versorgungsverbunds sind, desto stärker sollten sich die Leistungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer unterscheiden.

Das Leistungsangebot des institutionellen Versorgungsverbunds hat Einfluss auf die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer. In Abhängigkeit des Leistungsangebots des institutionellen Versorgungsverbunds ergibt sich eine bestimmte Zusammensetzung verschiedener *Berufsgruppen* und *Professionalisierungsgrade*. Hinsichtlich des Professionalisierungsgrads unterscheiden Trojan, Hildebrandt und Faltis:<sup>542</sup>

- primäre, nicht organisierte Netzwerke,
- sekundäre Netzwerke, geringgradig bis höhergradig organisierte, nichtprofessionelle Verbindungen und
- tertiäre Netzwerke, die sich aus professionellen Akteuren und Einrichtungen zusammensetzen.

Professionelle Akteure im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind vor allem: Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen beziehungsweise Gesundheits- und Krankheitspfleger, Hauswirtschaftlerinnen und Hauswirtschaftler, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Theologinnen und Theologen sowie Verwaltungskräfte. Die Zusammensetzung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sollte sich durch eine hohe Multiprofessionalität auszeichnen.

Der Zusammenschluss der Akteure und Einrichtungen beruht auf freiwilligen, mitunter vertraglich fixierten Abmachungen und Vereinbarungen,<sup>543</sup> welche ihre *Selbstständigkeit* mehr oder weniger einschränken können. Oftmals resultiert die Freiwilligkeit aus der Notwendigkeit heraus, die eigene Existenz zu

<sup>542</sup> Trojan/Hildebrandt/Faltis 1987, S. 304

<sup>543</sup> Dahme 2000, S. 49 f.

sichern<sup>544</sup> und sich einen Vorteil im Innovations-, Kosten-, Preis-, Qualitäts- und Zeitwettbewerb zu verschaffen.<sup>545</sup> Ständige Wandlungen und Anforderungen erfordern von den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern ein stetiges Verhandeln und Vereinbaren von Zielen.<sup>546</sup> Hierbei sind die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer grundsätzlich gleichberechtigt, es sei denn, sie vereinbaren unterschiedliche Machtstellungen, sodass im institutionellen Versorgungsverbund partiell hierarchische Unter- beziehungsweise Überstellungsverhältnisse bestehen können. Prinzipiell sollte gelten, dass keine Teilnehmerin beziehungsweise kein Teilnehmer eine andere Teilnehmerin beziehungsweise einen anderen Teilnehmer des institutionellen Versorgungsverbunds benachteiligen sollte, indem er sich rechtliche oder wirtschaftliche Vorteile verschafft. Aufgaben und Lasten sind unter den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern gleichberechtigt zu verteilen.<sup>547</sup>

Die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständig. Sie können ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit zugunsten eines gemeinsamen Managements teilweise oder vollständig aufgeben, um effektiver und effizienter zu handeln. Zur Übernahme gemeinsamer Managementaufgaben des institutionellen Versorgungsverbunds kann ein übergeordneter Trägerverbund gegründet werden, beispielsweise in Form eines Vereins oder einer Genossenschaft. Dieser übernimmt vorher vereinbarte Aufgaben. Ein gemeinsamer Trägerverbund kann unter anderem dazu beitragen, Zielkonflikte zu minimieren. An der Trägerschaft der einzelnen Einrichtung ändert sich in aller Regel nichts.

Als *Leistungsträger* des gemeinsamen Verbunds kommen einzelne, mehrere oder alle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer oder externe Personen in Betracht. Dominiert eine Verbundteilnehmerin beziehungsweise ein Verbundteilnehmer, nimmt der institutionelle Versorgungsverbund Eigenschaften eines fokalen Netzwerks an.<sup>548</sup> Die dominierende Verbundteilnehmerin beziehungsweise der dominierende Verbundteilnehmer übernimmt das Management dieses fokalen Netzwerks. In der heutigen Versorgungslandschaft finden sich vielfach Ansätze fokaler Netzwerke. So ist es weitverbreitet, Angebote des betreuten Wohnens und teilstationäre Angebote an größere Einrichtungen

---

<sup>544</sup> Schwarz 1979, S. 76

<sup>545</sup> Siebert 2003, S. 16

<sup>546</sup> Schwarz 1979, S. 82

<sup>547</sup> Garms-Homolová/Maurer/Schaeffer 1998, S. 2

<sup>548</sup> vgl. Kapitel 3.2.2

wie stationäre Pflegeeinrichtungen anzubinden. Die stationäre Einrichtung fungiert als Zentrum und Koordinationsstelle der Leistungsangebote.<sup>549</sup> Die Zusammenarbeit beschränkt sich häufig auf die Optimierung der Kommunikation zwischen der stationären Pflegeeinrichtung und anderen Einrichtungen. Schließen sich hingegen gleichberechtigte Partnerinnen und Partner zusammen, beispielsweise mehrere Fachärztinnen und -ärzte, liegt ein polyzentrisches Netzwerk vor.<sup>550</sup> Sie nehmen gleichberechtigt und gemeinsam Aufgaben des Managements wahr. Externe Leistungsträger des institutionellen Versorgungsverbunds können Managementgesellschaften oder Einzelpersonen sein.

Die Selbstständigkeit sowie die Gestaltung der Leistungsträgerschaft des institutionellen Versorgungsverbunds nehmen einen hohen Einfluss auf die Gestaltung der *Zusammenarbeit* zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern. Je nach Intensität der Zusammenarbeit lassen sich mit der Koordination, Kooperation, Vernetzung und Integration vier Formen unterscheiden.<sup>551</sup> Im Einzelfall können verschiedenen Formen der Zusammenarbeit parallel existieren.

Die Leistungsträger müssen eine *Rechtsform* für den institutionellen Versorgungsverbund wählen. Grundsätzlich lassen sich öffentlich-rechtliche und privat-rechtliche Rechtsformen unterscheiden. Häufig befinden sich Netzwerke des Gesundheits- und Sozialwesens in der Trägerschaft eines Vereins oder einer GmbH, welche steuerrechtlich häufig als gemeinnützig gilt.<sup>552</sup> An Netzwerken mit öffentlicher Trägerschaft sind häufig kommunale Einrichtungen beteiligt. Die Aktivitäten beziehen sich oftmals auf eine bestimmte Gemeinde, in der möglichst alle verfügbaren Ressourcen gebündelt werden sollen.<sup>553</sup> Untersuchungen von Diller<sup>554</sup> zeigen, dass der Erfolg von Kooperationen mit „härteren“ Rechtsformen, wie GmbH oder Zweckverband, tendenziell höher eingeschätzt wird. „Weiche“ Rechtsformen, wie Vereine, sind erfahrungsgemäß zumeist von begrenzter Dauer. Pauschal lässt sich jedoch keine Rechtsform für den institutionellen Versorgungsverbund empfehlen. Vielmehr besitzen die unterschiedlichen Rechtsformen spezifische Einsatzbereiche und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile.

---

<sup>549</sup> Sobotka 1992, S. 31

<sup>550</sup> Braun 2004, S. 32

<sup>551</sup> vgl. Kapitel 3.4.5

<sup>552</sup> Kofahl/Dahl/Döhner 2004, S. 57

<sup>553</sup> Kofahl/Dahl/Döhner 2002, S. 36 ff.

<sup>554</sup> Diller 2002, S. 245

Die Kosten des institutionellen Versorgungsverbunds können von unterschiedlichen Trägern übernommen werden. Zu den wesentlichen *Kostenträgern* gehören die Nutzerinnen und Nutzer, öffentliche Haushalte sowie Sozialversicherungen. Oftmals kennzeichnen komplexe Kostenträgerstrukturen den institutionellen Versorgungsverbund. Bei der Ausrichtung des Leistungsangebots und der Gestaltung der Strukturen des institutionellen Versorgungsverbunds sind die differenzierten Kostenträgerschaften zu berücksichtigen. Im institutionellen Versorgungsverbund sollte ein Vergütungssystem existieren, welches eine gerechte und zielführende Entlohnung der Leistungen der einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sichert sowie den gesetzlichen Regeln gerecht wird.

Eine Zusammenfassung der Eigenschaften und ihrer möglichen Ausprägungen im institutionellen Versorgungsverbund befindet sich in Tabelle 12.

**Tabelle 12: Eigenschaften des institutionellen Versorgungsverbunds und deren Ausprägungen**

| Eigenschaften              | Ausprägungen                            |                           |  |                                    |   |
|----------------------------|---|---------------------------|--|------------------------------------|---|
| Leistungstiefe             | Alle Leistungen der Wertschöpfungskette |                           | Viele Leistungen der Wertschöpfungskette |                                    | Einzelne Leistungen der Wertschöpfungskette |
| Leistungsbreite            | Breites Leistungsangebot                |                           |  | Flaches Leistungsangebot           |   |
| Einzugsbereich             | Überregional                            |                           | Regional                                 |                                    | Quartiersbezogen                            |
| Differenzierungsgrad       | Heterogen                               |                           |  | Homogen                            |   |
| Berufsgruppe               | Hauswirtschaftspersonal                 | Mediziner und Therapeuten | Pflegepersonal                           | Sozialarbeiter und Sozialpädagogen | Weitere Berufsgruppen                       |
| Professionalisierungsgrad  | Ausgebildeter                           |                           | Angelernter                              |                                    | Laie  |
| Grad der Selbstständigkeit | Hoch                                    |                           |  | Tief                               |   |
| Leistungsträger            | Ein Verbundteilnehmer                   | Mehrere Verbundteilnehmer | Alle Verbundteilnehmer                   | Externe Personen                   |   |
| Form der Zusammenarbeit    | Koordination                            | Kooperation               | Vernetzung                               | Integration                        |   |
| Rechtsform                 | Privat-rechtlich                        |                           |  | Öffentlich-rechtlich               |   |
| Kostenträger               | Kommune, Land, Staat                    | Nutzer und Angehörige     | Private Investoren                       | Sozialversicherungsträger          |   |

Quelle: eigene Darstellung

### 3.4.3 Aufbau des Versorgungsverbunds

Trotz der hohen Heterogenität lässt sich jeder institutionelle Versorgungsverbund als System durch typische Merkmale kennzeichnen. Wie bei jedem System kann beim institutionellen Versorgungsverbund ein allgemeingültiger Aufbau bestimmt werden. Der Aufbau des institutionellen Versorgungsverbunds wird im Folgenden unter Nutzung der Erkenntnisse der systemorientierten Managementlehre aufgezeigt. Dabei wird besonders auf das Konzept des integrierten Managements von Bleicher sowie das Organisationsstrukturmodell von Mintzberg Bezug genommen. Diese für privatwirtschaftliche Unternehmen erstellten Konzepte lassen sich aufgrund ihrer Allgemeingültigkeit auf den institutionellen Versorgungsverbund übertragen. Einige Besonderheiten des institutionellen Versorgungsverbunds sind jedoch zu berücksichtigen. Vor allem durch die Tatsache, dass die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer im Regelfall gleichberechtigt sind und hierarchische Weisungen nur bedingt Einsatz finden können, lassen sich Abweichungen von den Grundkonzepten nicht vermeiden. Des Weiteren sind zahlreiche rechtliche Regelungen zu berücksichtigen. Die inhaltliche Füllung des systemtheoretischen Strukturmodells erfolgt unter Zuhilfenahme der aufgezeigten Erkenntnisse verschiedener Wissenschaftsdisziplinen.<sup>555</sup>

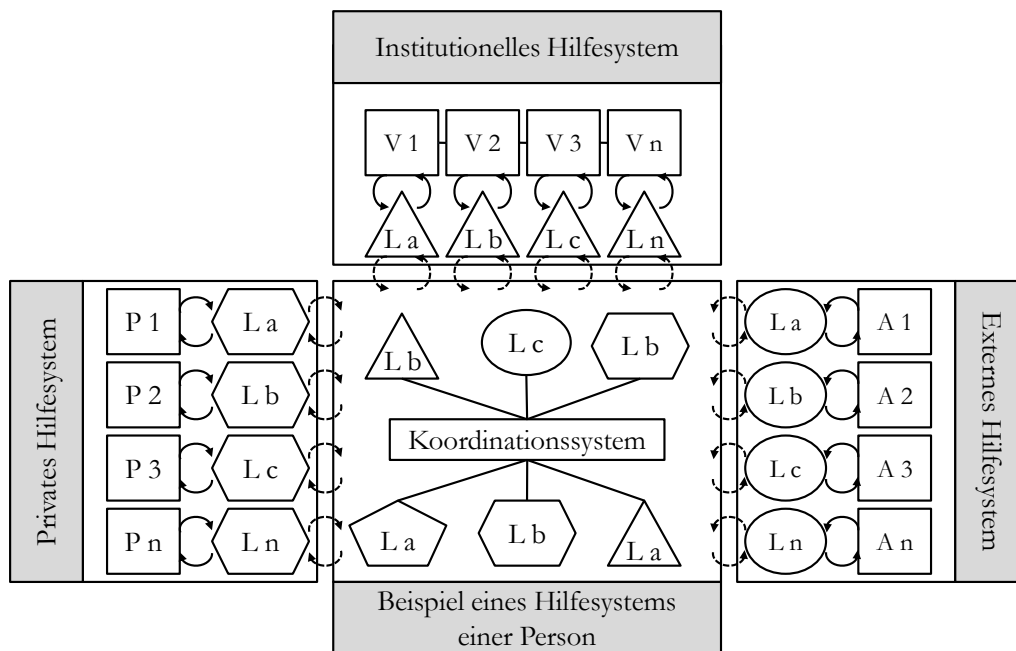
Nach dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher besteht jedes Unternehmen aus einem Operations- und einem Lenkungsbereich. Im Operationsbereich erfolgt die eigentliche Leistungserstellung. Im Folgenden wird dieser als Leistungsbereich bezeichnet. Die Aufgabe des Leistungsbereichs besteht in der Realisierung einer kontinuierlichen ganzheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Akteure und Ressourcen. Jeder Leistungsbereich setzt sich aus einem Hilfesystem und einem Koordinationssystem zusammen.

Im Hilfesystem findet die Leistungserstellung statt. Diese erfolgt in mehreren Phasen.<sup>556</sup> Die erste Phase besteht in der Herstellung der Leistungsbereitschaft. In der zweiten Phase werden die Leistungen innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds abgegeben. Hierbei treffen Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds, privater Netzwerke und externer Anbieter aufeinander. Zu unterscheiden sind somit Leistungen des externen, institutionellen und privaten Hilfesystems. Abbildung 25 stellt dies grafisch dar.

---

<sup>555</sup> vgl. Kapitel 3.2

<sup>556</sup> vgl. Kapitel 2.1.1



- Legende:**
- A: externe Anbieter
  - L: Leistungen
  - P: private Helferinnen und Helfer
  - V: Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer
  - ↔ mögliche Inanspruchnahme
  - ↻ Herstellung der Leistungsbereitschaft

**Abbildung 25: Zusammensetzung des Hilfesystems**

**Quelle:** eigene Darstellung

Das Koordinationssystem sorgt für die Abstimmung der einzelnen Leistungen der Hilfesysteme. Durch Abstimmung der einzelnen Leistungsbeiträge der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer soll die Effizienz und Effektivität der Leistungserstellung insgesamt erhöht werden. Die Abstimmung erfolgt im individuellen Versorgungsverbund einzelfallbezogen mit dem Ziel, die Versorgung der zu versorgenden Person zu sichern, und im institutionellen Versorgungsverbund fallübergreifend beziehungsweise zielgruppenbezogen mit dem Ziel, die Leistungsbereitschaft zu sichern.

Neben einem Leistungsbereich verfügt jeder institutionelle Versorgungsverbund über einen Lenkungsbereich, in dem das Management angesiedelt ist. Nach dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher lässt sich dieses gliedern in das normative, strategische und operative Management. Das normative und strategische Management übernehmen Aufgaben der Gestaltung und Entwicklung und das operative Management Aufgaben der Lenkung. Insgesamt geht es um die Planung, Steuerung, Kontrolle und Organisa-

tion des Leistungsbereichs. Es sind Prozesse zu optimieren, geeignete Strukturen zu schaffen und zu erhalten, standardisierte Vorgehensweisen über den Einzelfall hinaus umzusetzen sowie eine angemessene und rationale Versorgung des institutionellen Versorgungsverbunds zu sichern.<sup>557</sup> Zwischen dem normativen, strategischen und operativen Management sowie ihren jeweiligen Elementen bestehen sowohl vertikale als auch horizontale Beziehungen. So lassen sich die Philosophie, die Missionen und das Leitbild des institutionellen Versorgungsverbunds sowie die Verbundleistungen nur durchsetzen, wenn verfassungsmäßige und organisatorische Regelungen bestehen und Rahmenbedingungen vorliegen, welche ein gewünschtes Verhalten der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer bewirken.<sup>558</sup> Abbildung 26 stellt diesen Zusammenhang grafisch dar.

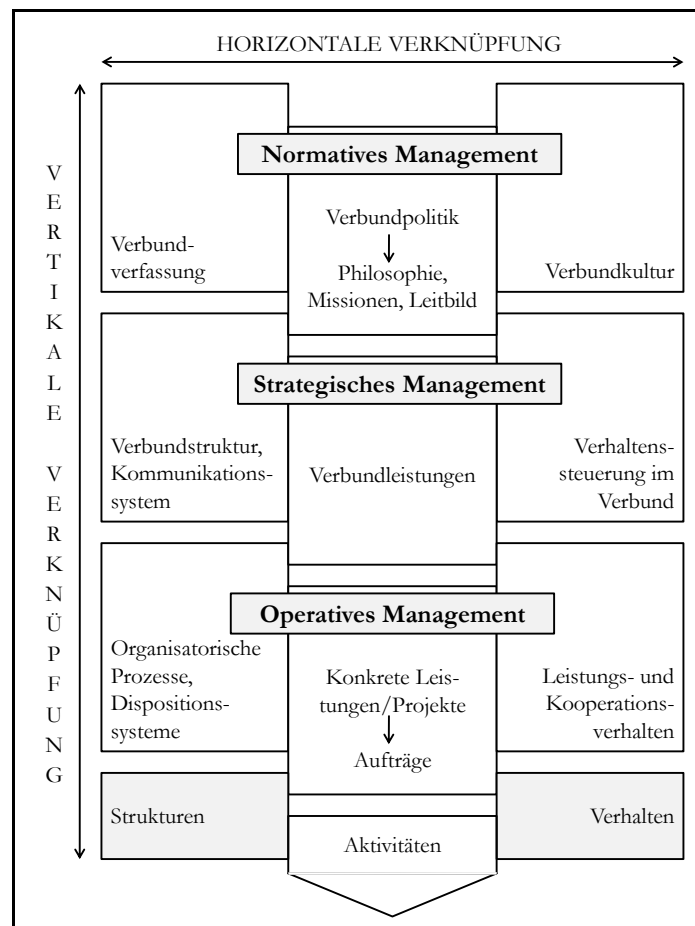


Abbildung 26: Konzept des integrierten Managements nach Bleicher

Quelle: modifiziert nach Bleicher 1992, S. 72

<sup>557</sup> Mühlbacher 2002, S. 132, 138

<sup>558</sup> in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 68 ff.; Braun 1999, S. 383 f.

Letztendlich ist eine optimale Ergebniserreichung des institutionellen Versorgungsverbunds in Bezug auf seine Effizienz und Effektivität anzustreben.

Die zentrale Steuerungsgröße „Gewinn“ fällt oftmals weg und andere Steuerungsgrößen mit Sachzielorientierung werden benötigt. Bei der Definition der Zwecke und Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds sind unterschiedliche Vorstellungen verschiedener Anspruchsgruppen mit unterschiedlichen Durchsetzungspotenzialen zu berücksichtigen.<sup>559</sup> Bei einer Steuerung über Sachziele besitzt der Einsatz von Leitlinien und Standards eine hohe Bedeutung. Die Zielvorgaben leiten sich aus den Werten und Normen des institutionellen Versorgungsverbunds als Ganzes beziehungsweise seiner Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Einzelnen ab. Zur Erreichung der Zielvorgaben sind Strategien zu erarbeiten, welche es mittels operativer Tätigkeiten umzusetzen sowie stets an Veränderungen anzupassen gilt. Hierzu sind konkrete Handlungen notwendig, welche innerhalb des Leistungsbereichs vollzogen werden.<sup>560</sup> Diese Aufgaben werden von dem Werte-, Entwicklungs- sowie Planungs- und Kontrollsystem wahrgenommen (Abbildung 27).

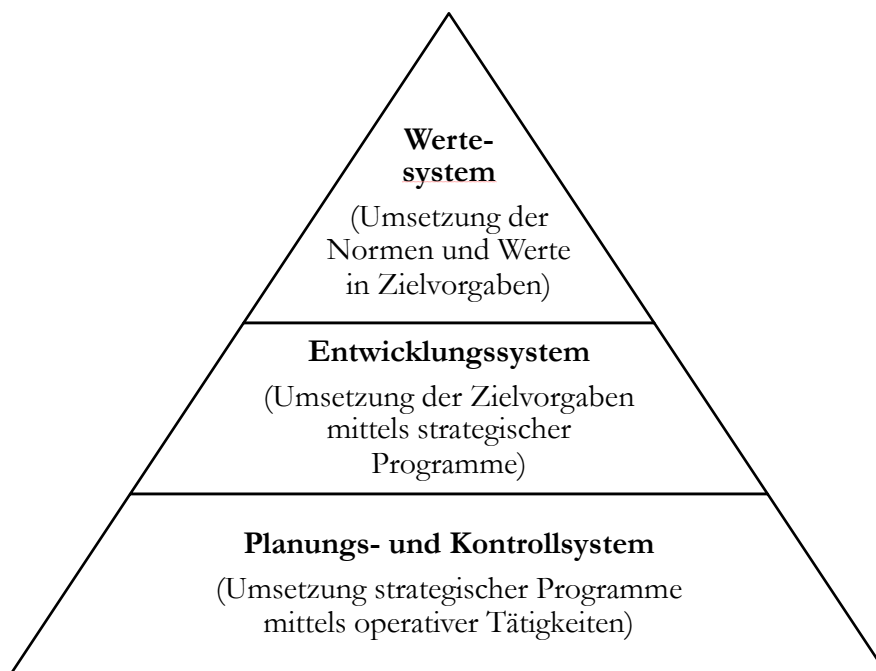


Abbildung 27: Lenkungsbereich des institutionellen Versorgungsverbunds

Quelle: eigene Darstellung

<sup>559</sup> Merchel 2006, S. 76

<sup>560</sup> Bleicher 1992, S. 320 f.

Nicht selten scheitern Vernetzungsansätze an dem Fehlen eines leistungsfähigen Verbundmanagements.<sup>561</sup> Es empfiehlt sich deshalb, Managementaufgaben des institutionellen Versorgungsverbunds auf professionelle Verbundmanagerinnen und -männer zu übertragen. Den vielfach vertretenen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens fehlen oftmals umfangreiche Kenntnisse im betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Bereich.<sup>562</sup> Aufgaben der Verbundmanagerinnen und -männer bestehen in:<sup>563</sup>

- der Auswahl der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer,
- der Allokation von Aufgaben und Ressourcen,
- der Regulation der Zusammenarbeit sowie
- der Evaluation des gesamten institutionellen Versorgungsverbunds und einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer.

Neben umfangreichem Fachwissen, welches aufgrund der oftmals starken Sachzieldominanz des institutionellen Versorgungsverbunds von Wichtigkeit ist, sollten die Verbundmanagerinnen und -männer Durchsetzungsfähigkeit, Führungskompetenz, Innovationskraft, Kommunikations- und Teamfähigkeit, Konfliktlösungskompetenz, Kreativität, Organisationsgeschick und politisches Geschick besitzen sowie ethisch anerkannte Prinzipien und Werte vertreten.<sup>564</sup> Verbundmanagerinnen und -männer benötigen zur Umsetzung gewünschter Maßnahmen Entscheidungs- und Handlungsspielräume.<sup>565</sup> Sie sollten in der Lage sein, mit der Mehrdeutigkeit und Vielfalt von Zielen unterschiedlicher Anspruchsgruppen umzugehen.<sup>566</sup> Personen mit Managementkenntnissen sowie Fachwissen in der Versorgung sind ideale Verbundmanagerinnen und -männer.

---

<sup>561</sup> Bruhnke 2008, S. 187

<sup>562</sup> Bruhnke 2008, S. 187

<sup>563</sup> Sydow 2003a, S. 311

<sup>564</sup> Bruhnke 2008, S. 191

<sup>565</sup> Bruhnke 2008, S. 191

<sup>566</sup> Merchel 2006, S. 81

### 3.4.4 Umwelt des Versorgungsverbunds

Der Versorgungsverbund ist ein offenes System, welches vielfältige existenzielle beziehungsweise potenzielle Beziehungen zu einer unendlichen Menge von Elementen aus seiner Umwelt besitzt.<sup>567</sup> Beziehungen zur Verbundumwelt können nach verschiedenen Kriterien systematisiert werden. Unter anderem lassen sich reale und ideale, natürlich und künstlich geschaffene, zeitunabhängige und zeitabhängige, aktive und inaktive sowie einseitige und wechselseitige Beziehungen unterscheiden.<sup>568</sup> Weiterhin bestehen gewünschte und ungewünschte, geregelte und ungeregelte, enge und lockere, formelle und informelle sowie persönliche und unpersönliche Beziehungen. Für das Verstehen der Funktionsweise des Versorgungsverbunds und das Begreifen von Problemen des Managements ist es notwendig, die Verbundumwelt zu erfassen und die Stellung des Versorgungsverbunds in einem umfassenden Super-system zu erkennen.<sup>569</sup>

Zur Systematisierung der Umwelt des institutionellen Versorgungsverbunds ist eine Gliederung der Umwelt nach verschiedenen Merkmalen von Vorteil. Nach dem problemzentrierten integrativen Versorgungsverbundansatz von Bottler<sup>570</sup> erfolgt eine Gliederung der Verbundumwelt nach folgenden Merkmalen:<sup>571</sup>

- ihrer Nähe zum institutionellen Versorgungsverbund,
- ihren Problemkategorien sowie
- ihren Institutionen.

Nach dem Merkmal Nähe lässt sich eine unmittelbare, nähere und weitere Umwelt des institutionellen Versorgungsverbunds differenzieren. Das Kriterium der Problemkategorie ermöglicht beispielsweise eine Einteilung der Verbundumwelt in eine ökologische, ökonomische, politisch-gesetzliche, technische und sozio-kulturelle Umwelt. Hinsichtlich der Institutionen der Verbundumwelt lassen sich beispielsweise staatliche Institutionen sowie Institutionen des Arbeits-, Geld- und Gütermarktes unterscheiden.<sup>572</sup> Abbildung 28 stellt die Umwelt des institutionellen Versorgungsverbunds grafisch dar.

---

<sup>567</sup> Hebel 1984, S. 16

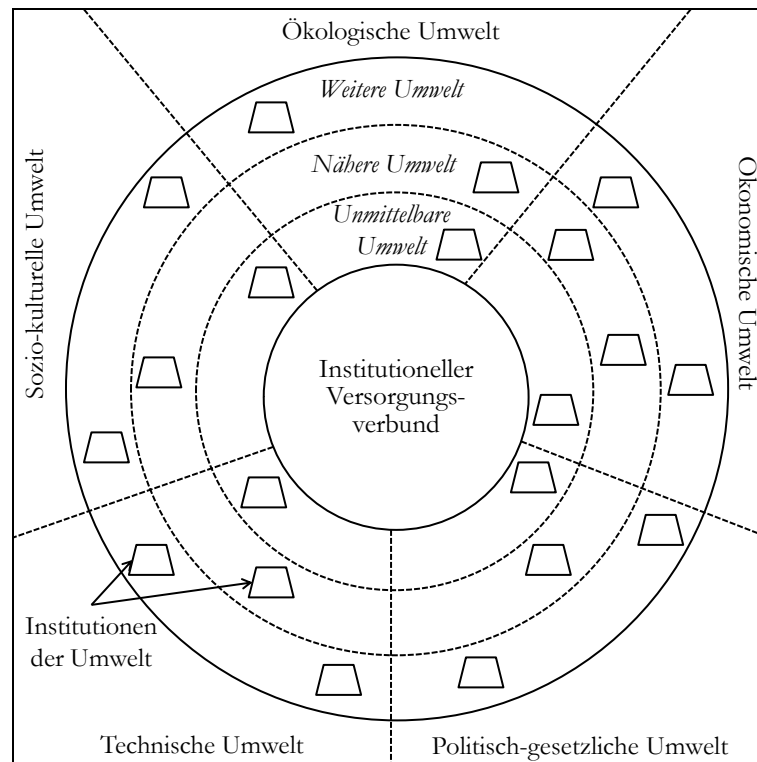
<sup>568</sup> Fuchs 1972, S. 49

<sup>569</sup> Ulrich 1970, S. 161

<sup>570</sup> vgl. Kapitel 3.2.1

<sup>571</sup> Bottler 1987, S. 24 f.

<sup>572</sup> Bottler 1987, S. 24 f.



**Abbildung 28: Umwelt des institutionellen Versorgungsverbunds**

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bottler 1987, S. 24 f.

Zwischen dem institutionellen Versorgungsverbund und seiner Umwelt sowie zwischen seinen einzelnen Subsystemen entsteht ein Austausch von Arbeitskraft, Dienstleistungen, Gütern und Information. Jedes einzelne Subsystem des institutionellen Versorgungsverbunds verfügt über eine eigene relevante Umwelt. Abgrenzen lässt sich ein System von seiner Umwelt immer durch mindestens eine typische Eigenschaft. So grenzt sich der individuelle Versorgungsverbund von seiner Umwelt dadurch ab, dass er nur die Akteure und Ressourcen umfasst, die bei der Versorgung einer einzelnen Person zum Einsatz kommen. Der institutionelle Versorgungsverbund setzt sich aus allen Akteuren und Einrichtungen zusammen, die sich zusammengeschlossen haben, um gemeinsam aufeinander abgestimmt Versorgungsleistungen für sie zunächst unbekannte Dritte zu erbringen. Der institutionelle Versorgungsverbund wandelt eingehende Inputfaktoren um und gibt einen bestimmten Output in Form von Versorgungsleistungen an seine Umwelt, insbesondere an den individuellen Versorgungsverbund und somit die zu versorgende Person, ab.

Bei den Inputfaktoren unterscheidet Bottler<sup>573</sup> Elementarfaktoren, führungsbezogene Faktoren und Nominalfaktoren. Zu den Elementarfaktoren gehören Betriebsmittel, fremdbezogene Dienste, menschliche Arbeitskraft und Objektfaktoren. Führungsbezogene Faktoren ergänzen die Elementarfaktoren zu einer produktiven Einheit und lassen sich nur begrenzt substituieren. Sie setzen sich zusammen aus der Disposition, Planung und Politikfestlegung. Notwendige Inputfaktoren, die der institutionelle Versorgungsverbund nicht selbst erstellt, bezieht er aus seiner Umwelt. Hieraus ergeben sich umfangreiche Beziehungen zur ökonomischen Umwelt, welche sich vor allem aus Institutionen des Gütermarktes zusammensetzt. Weiterhin benötigt der institutionelle Versorgungsverbund finanzielle Mittel, sogenannte Nominalfaktoren. Diese können von Institutionen des Geldmarktes, staatlichen Institutionen, den Trägerorganisationen und privaten Haushalten bezogen werden.

Eine bedeutende Rolle bei der Erstellung von Versorgungsleistungen nehmen die zu versorgenden Personen und ihre persönlichen Ressourcen ein. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wird von externen Faktoren gesprochen. Die Einbindung der zu versorgenden Person seitens des institutionellen Versorgungsverbunds erfolgt im individuellen Versorgungsverbund. Der Grad der Einbindung hängt von verschiedenen Faktoren ab, vor allem von ihren Fähigkeiten und Kompetenzen. Die Fähigkeiten, Kompetenzen und privaten Ressourcen werden als Einsatzqualitäten der zu versorgenden Person bezeichnet. Neben den Einsatzqualitäten bestimmen die Ausbringungsansprüche der zu versorgenden Person den Leistungserstellungsprozess.<sup>574</sup>

Der institutionelle Versorgungsverbund sieht sich nicht nur mit den Anforderungen der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen konfrontiert, sondern auch die Gesellschaft als Gesamtheit stellt verschiedene Anforderungen. Der Zweck des institutionellen Versorgungsverbunds für die Gesellschaft unterliegt einem vor allen „extern initiierten Ziel- und Bedingungswandel“.<sup>575</sup> Der institutionelle Versorgungsverbund ist nicht vollständig frei in der Bestimmung seiner Ziele. Er hat auf zahlreiche Einflussfaktoren seitens seiner Umwelt zu achten.<sup>576</sup> Neben sich wandelnden Anforderungen der Bedarfslagen sowie Veränderungen der Versorgungsansprüche beeinflussen Konkurrenten und in besonderem Ausmaß politische Entscheidungen das Versor-

---

<sup>573</sup> Bottler 1982, S. 93

<sup>574</sup> Kern 1976, S. 760; Bottler 1982, S. 96

<sup>575</sup> Hebel 1984, S. 16

<sup>576</sup> Ulrich 1970, S. 209

gungsgeschehen. Staatliche Instanzen legen mit Hilfe von Ziel- und Leistungsvereinbarungen die Entgeltstrukturen sowie den Umfang und die Qualität der Leistungen mit fest und bestimmen somit die Bedingungen der Leistungserstellung mit.<sup>577</sup> Weiterhin besitzen Traditionen und Werte der Gesellschaft einen zentralen Stellenwert und beherrschen managementstrategische Kalküle des institutionellen Versorgungsverbunds stärker als dies in zahlreichen Wirtschaftsunternehmen der Fall ist.

Verschiedene Gruppen stellen Ansprüche an den institutionellen Versorgungsverbund. Hierzu gehören in erster Linie die Träger der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer, die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen sowie die Kostenträger. Im Weiteren zählen Lieferanten, potenzielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, potenzielle Nutzerinnen und Nutzer sowie öffentliche Institutionen zu den wesentlichen Anspruchsgruppen des institutionellen Versorgungsverbunds. Der institutionelle Versorgungsverbund kann nur erhalten werden, wenn er auf Veränderungen der Verbundumwelt reagiert. Die Anpassung an veränderte Umweltbedingungen ist Aufgabe des Lenkungsbereichs. Die Anpassung an die Anforderungen der Verbundumwelt kann passiv erfolgen oder aktiv als Versuch, die Verbundumwelt zu beeinflussen und zu verändern.<sup>578</sup>

### **3.4.5 Formen der Zusammenarbeit im Versorgungsverbund**

Der institutionelle Versorgungsverbund ist ein künstlich geschaffenes soziales System, welches sich aus mehreren Akteuren und Einrichtungen zusammensetzt. Damit es zu einem Zusammenschluss kommt, muss eine soziale Nähe in Form von sozialen Beziehungen zum Beispiel aufgrund gemeinsamer Interessenlagen, der gleichen Situationen oder der Zugehörigkeit zur gleichen Organisation vorliegen.<sup>579</sup> Neben dem Vorliegen sozialer Beziehungen bedarf es des Austauschs von Informationen sowie der Schaffung und Einhaltung von Abmachungen.<sup>580</sup> Gemeinsam tragen die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zur Zielerreichung bei. Das Erreichen gesetzter Ziele setzt eine Zusammenarbeit der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer voraus.

---

<sup>577</sup> Merchel 2006, S. 83

<sup>578</sup> Ulrich 1970, S. 209

<sup>579</sup> Schwarz 1979, S. 66

<sup>580</sup> Mühlbacher 2002, S. 24; Kofahl/Dahl/Döhner 2004, S. 22

Die Zusammenarbeit ist so zu gestalten, dass gemeinsame Ziele verfolgt, Pläne erstellt sowie Entscheidungen getroffen werden können. Die Schaffung von Bedingungen, die eine optimale Abstimmung einzelner Leistungsbeiträge erlauben, ist Aufgabe des Verbundmanagements. Hierbei sind nicht nur Formen der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern, sondern auch Wege der Zusammenarbeit mit der Verbundumwelt zu etablieren. Hier steht unter anderem die Zusammenarbeit mit den zu versorgenden Personen und ihren privaten Helferinnen und Helfern, Lieferantinnen und Lieferanten, politischen Entscheidungsträgern, potenziellen Nutzerinnen und Nutzer sowie lokal agierenden Akteuren und Einrichtungen, die außerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds Leistungen anbieten, im Mittelpunkt.

Die Zusammenarbeit kann unterschiedliche Intensitäten aufweisen, die sich aus den Eigenschaften Nähe und Verbindlichkeit ergeben. Eine hohe Intensität der Zusammenarbeit zeichnet sich durch eine hohe Nähe und eine hohe Verbindlichkeit aus. Eine hohe Nähe ist beispielsweise dann gegeben, wenn häufige Kontaktaufnahmen bestehen, in denen vielfältige Absprachen getroffen werden. Die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit kann sich erhöhen, wenn Absprachen formeller Art existieren und schriftlich formuliert sind. Im Gegensatz dazu weist eine geringe Intensität der Zusammenarbeit eine geringe Nähe und geringe Verbindlichkeit auf. Die Beziehungen sind beispielsweise gekennzeichnet von mündlichen Absprachen, welche häufig einem informellen Charakter aufweisen.

Eine besondere Rolle bei der Regelung der Zusammenarbeit nehmen Verträge ein. In Verträgen finden beispielsweise die Festlegung von Pflichten, Rechten und Zuständigkeiten sowie die Verteilung von Erträgen statt. Je nach Grad der Verbindlichkeit werden explizite und implizite Verträge unterschieden.<sup>581</sup> Explizite Verträge weisen einen hohen Verbindlichkeitsgrad auf. Es handelt sich um schriftlich festgehaltene Vereinbarungen, die rechtswirksam sind. Implizite Verträge hingegen besitzen einen geringen Verbindlichkeitsgrad. Sie basieren häufiger auf mündlichen Absprachen und beinhalten bisweilen vage Erwartungen. Eine Rechtswirksamkeit besitzen implizite Verträge in der Regel nicht. Ihre Erfüllung sollte mittels interner Anreize und interner Sanktionsmöglichkeiten sichergestellt werden.<sup>582</sup> Mit dem Einsatz von Verträgen wird

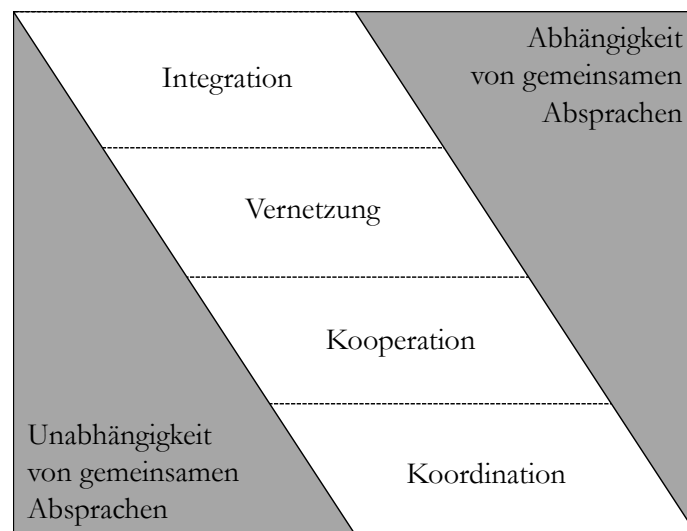
---

<sup>581</sup> Ebers/Gotsch 2006, S. 260

<sup>582</sup> Ebers/Gotsch 2006, S. 260

den Vertragspartnerinnen und -partnern ein gewisses Misstrauen entgegengebracht. Verträge, besonders wenn sie expliziter Art sind, können sich mitunter nachteilig auf den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen auswirken.<sup>583</sup> Dennoch darf die Regulationsmacht, die vor allem von expliziten Verträgen ausgeht, nicht verkannt werden, vor allem je komplexer sich die Zusammensetzung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer darstellt.

Die Zusammenarbeit im institutionellen Versorgungsverbund ist gekennzeichnet von einer Multiprofessionalität, deren Zusammenarbeit von arbeitsteiliger Kooperation über interaktives Aushandeln gemeinsamer Verantwortung bis zu interdisziplinär organisierter Handlungskoordination reicht.<sup>584</sup> Im institutionellen Versorgungsverbund liegen häufig komplexe Beziehungsstrukturen vor. Bekannte Formen der Zusammenarbeit sind Koordination, Kooperation, Vernetzung und Integration.<sup>585</sup> Diese unterscheiden sich maßgeblich hinsichtlich ihres Ausmaßes der Verbindlichkeit gemeinsamer Absprachen. Die gewählte Form der Zusammenarbeit nimmt somit Einfluss auf Abhängigkeit beziehungsweise Unabhängigkeit der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer von den Vorgaben des institutionellen Versorgungsverbunds. Abbildung 29 verdeutlicht diesen Zusammenhang.



**Abbildung 29: Formen der Zusammenarbeit im Spannungsfeld von Unabhängigkeit und Abhängigkeit**

**Quelle:** eigene Darstellung

<sup>583</sup> Bachmann/Lane 2003, S. 82

<sup>584</sup> Otto 2008a, S. 46

<sup>585</sup> vgl. Kapitel 3.4.2

*Koordination* und Koordinationsregeln sind notwendig, sobald mindestens zwei Personen nach einer effizienten und effektiven Erreichung gemeinsamer Ziele streben. Im Mittelpunkt der Koordination steht die praktische und punktuelle Abstimmung einzelner Aktivitäten.<sup>586</sup> Einbußen an Autonomie treten bei der Koordination nicht auf. Prinzipiell lässt sich eine Koordination über den Markt sowie eine Koordination durch Hierarchien unterscheiden. Bei der Koordinationsform des Marktes liegt eine dezentrale Koordination von außen vor, beispielsweise durch die Preisbildung in Abhängigkeit von Angebot und Nachfrage.<sup>587</sup> Die Koordination über den Markt lässt sich auf den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens nicht vollständig übertragen. Versorgungsleistungen weisen oft nichtschlüssige Tauschbeziehungen auf, sodass der Preismechanismus des Marktes nicht vollständig auf den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens übertragbar ist.

Stattdessen finden sich im Gesundheits- und Sozialwesen häufig hierarchische Koordinationsformen.<sup>588</sup> Als Beispiele hierfür lassen sich Maßnahmen der kommunalen Altenplanung oder die Erstellung von Krankenhausbettenplänen anführen. Eng gekoppelt mit der hierarchischen Koordination ist eine unterschiedliche Machtverteilung. Macht befähigt Einzelne, Sanktionsmöglichkeiten und Verbindlichkeiten durchzusetzen. Die Macht kann rechtlich bestimmt sein oder auf Vereinbarungen mittels Verträgen basieren.<sup>589</sup> Mit Macht sind die Verantwortung und der Zugang zu Ressourcen verbunden. Innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds sollten die Rechte der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer, Ressourcen zu nutzen, aus Ressourcen resultierende Erträge einzubehalten, Form oder Substanz der Ressourcen zu ändern sowie alle oder einzelne dieser Rechte auf andere zu übertragen, festgelegt werden.

Die *Kooperation* und die Kooperationsregeln reichen über das Abstimmen einzelner Tätigkeiten hinaus. Eine Kooperation basiert auf einer bewussten, planmäßigen und zielgerichteten Zusammenarbeit selbstständiger Akteure und Einrichtungen.<sup>590</sup> Eine gemeinsame Zielausrichtung ist die Basis jeder Kooperation.<sup>591</sup> Die Kooperation beinhaltet neben der reinen Abstimmung einen allgemeinen Operationsplan, welcher die Tätigkeiten inhaltlich spezifiziert,

---

<sup>586</sup> Mühlbacher 2002, S. 20

<sup>587</sup> Mühlbacher 2002, S. 20 f.

<sup>588</sup> Mühlbacher 2002, S. 21

<sup>589</sup> Hebel 1984, S. 100 f.

<sup>590</sup> Wendt 1993, S. 31

<sup>591</sup> Garms-Homolová/Maurer/Schaeffer 1998, S. 2

Verantwortlichkeiten festlegt, Aufgaben verteilt und verfahrensmäßige Beziehungen zwischen den Kooperationspartnerinnen und -partnern bestimmt.<sup>592</sup> Kooperationen fügen einzelne Teile zu einem Ganzen zusammen. Die Kooperationspartnerinnen und -partner gelten als gleichberechtigt, es sei denn, sie vereinbaren hiervon abweichende Regelungen. Die Zusammenarbeit ist geprägt von einem egalitärem Miteinander, partnerschaftlichem Umgang und einer auf Vertrauen beruhenden Beziehung.<sup>593</sup> Kooperationen können zeitlich unbegrenzt oder begrenzt sein, beispielsweise für die Dauer eines Projekts.

Bei der *Vernetzung* handelt es sich um eine verbindliche, zumeist langfristige, reguläre und regelmäßige Zusammenarbeit zur Lösung gemeinsamer Aufgaben. Mittels Vernetzung lassen sich Formen der Koordination und Kooperation verfestigen und verstetigen. Von einer Vernetzung der Akteure und Einrichtungen wird gesprochen, wenn die Zusammenarbeit zur Gewohnheit und Selbstverständlichkeit zu werden beginnt.<sup>594</sup> Vernetzte Akteure und Einrichtungen bilden ein Netzwerk. In einem Netzwerk besteht mitunter eine Vielzahl unterschiedlicher Formen der Zusammenarbeit. Das Netzwerk verfügt über ein gemeinsames konzeptionelles Grundverständnis hinsichtlich seiner Normen, Werte und Zielsetzungen. Weiterhin bestehen gemeinsam genutzte Ressourcen und Strukturen sowie gemeinsam entwickelte Konfliktregelungsmechanismen. Die Handlungsweisen des Netzwerks sollten berechenbar sein, sodass sich die einzelnen Akteure und Einrichtungen besser aufeinander verlassen können.<sup>595</sup> Netzwerke sind eine dynamische und nicht geschlossene Organisationsform, das heißt, ihre Grenzen können sich verändern, beispielsweise durch Ein- oder Austritte neuer beziehungsweise ehemaliger Akteure und Einrichtungen. Typische Eigenschaften von Netzwerken lassen sich auf den institutionellen Versorgungsverbund übertragen. Für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit ist es wichtig, alle für die Zielerreichung relevanten Akteure und Einrichtungen einzubinden.

Die intensivste Form der Zusammenarbeit liegt bei der *Integration* vor. Integration meint den Zusammenschluss mehrerer Akteure und Einrichtungen zu einer gemeinsamen Organisation, mit der Absicht bestimmte Aufgaben gemeinsam zu bearbeiten. Mit dem Zusammenschluss geben die einzelnen Akteure und Einrichtungen ihre rechtliche und wirtschaftliche Selbstständigkeit

---

<sup>592</sup> Garms-Homolová/Maurer/Schaeffer 1998, S. 2; Mühlbacher 2002, S. 20

<sup>593</sup> Smolka 2006, S. 80

<sup>594</sup> Bruder 1992, S. 28

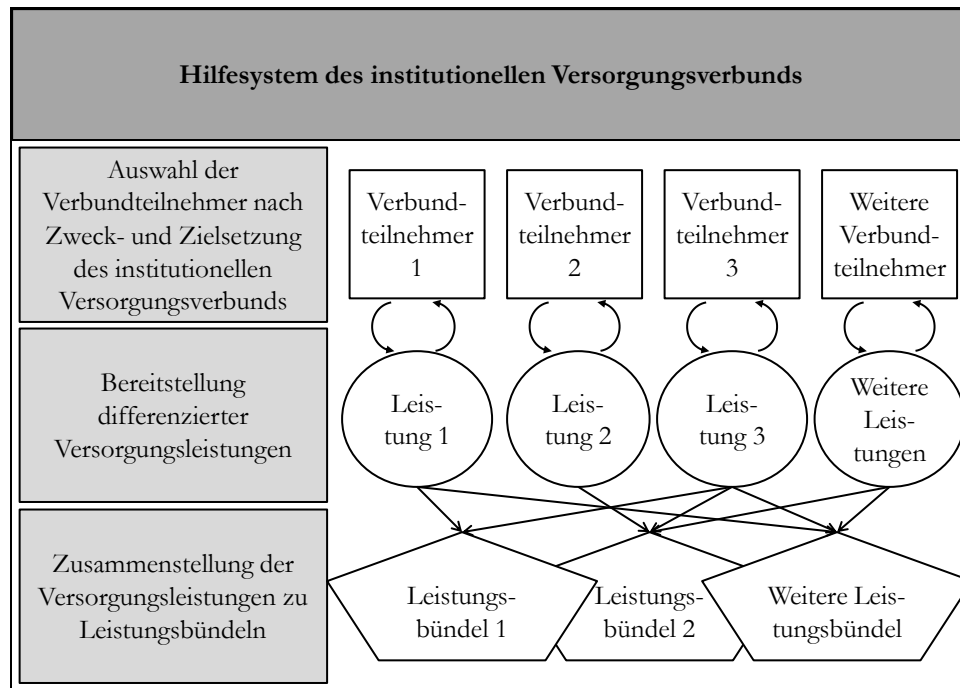
<sup>595</sup> Schnabel 1999, S. 12

auf, zumindest in dem Bereich, in dem sie Aufgaben für die Organisation erbringen. Integration ist vergleichbar mit Fusion. Im Unterschied zu Fusionen können bei der Integration nur einzelne Aufgabenbereiche an die Organisation übertragen werden, sodass andere Aufgabenbereiche weiterhin unter der vollständigen Verantwortung der einzelnen Akteure und Einrichtungen liegen.

### **3.5 Modell des Versorgungsverbunds**

#### **3.5.1 Erstellung von Versorgungsleistungen als Aufgabe des Hilfesystems**

Das Hilfesystem des institutionellen Versorgungsverbunds ist Bestandteil des institutionellen Leistungsbereichs. Eine wesentliche Aufgabe des Hilfesystems liegt in der Sicherstellung der Leistungsbereitschaft und der Erstellung von Versorgungsleistungen innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds. Es umfasst alle Versorgungsleistungen, die der institutionelle Versorgungsverbund für Dritte anbietet. Mit seinem Expertenwissen bezüglich der Erstellung von Versorgungsleistungen bildet das Hilfesystem den operativen Kern des institutionellen Versorgungsverbunds. Die Leistungen werden von den einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern erbracht. Die Versorgungsleistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sind so zu Leistungsbündeln zusammenzustellen, dass sie den Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen der Nutzerinnen und Nutzer bestmöglich entsprechen. Nur so lässt sich der Zweck des institutionellen Versorgungsverbunds und somit seine gesamte Existenz sichern. Abbildung 30 verdeutlicht die grundsätzliche Struktur des Hilfesystems im institutionellen Versorgungsverbund.



**Abbildung 30: Struktur des Hilfesystems im institutionellen Versorgungsverbund**

Quelle: eigene Darstellung

Mit der Erstellung von Versorgungsleistungen verfolgen die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer neben den Zielen des institutionellen Versorgungsverbunds eigene Ziele. Hierzu versuchen sie, ihre Autonomie und Unabhängigkeit durchzusetzen. Mit der Absicht, den Einfluss übergeordneter Instanzen zu verringern und Entscheidungswege zu dezentralisieren, nutzen sie ihr Expertenwissen.<sup>596</sup> Der Lenkungsbereich des institutionellen Versorgungsverbunds sollte vor dem Hintergrund der Wahrung der Unabhängigkeit und Motivation seiner Teilnehmerinnen und Teilnehmer nur im Bedarfsfall in den Prozess der Leistungserstellung des Hilfesystems eingreifen.<sup>597</sup>

Innerhalb des Hilfesystems im institutionellen Versorgungsverbund lassen sich Leistungen, die von formellen Akteuren und Einrichtungen sowie Leistungen, die von informell organisierten Akteuren und Einrichtungen erbracht werden, unterscheiden. Zum formellen Hilfesystem des institutionellen Versorgungsverbunds zählen alle Leistungen, die Akteure und Einrichtungen gegen Entgelt erbringen. Informell organisierte Leistungen werden in der Regel unentgeltlich abgegeben. Diese Leistungen werden größtenteils von ehrenamtlich Tätigen geleistet. Neben ihrer Erbringung unentgeltlicher Hilfeleistungen

<sup>596</sup> Mühlbacher 2002, S. 117 f.

<sup>597</sup> Mühlbacher 2002, S. 118

fungieren sie als Schnittstelle zwischen institutionellem Versorgungsverbund und Verbundumwelt, indem sie Nähe zu potenziellen Nutzerinnen und Nutzern besitzen, eine gesellschaftliche Wertbindung mit ihrer Tätigkeit vermitteln und zu einem positiven Image des institutionellen Versorgungsverbunds beitragen.<sup>598</sup> Weiterhin können ehrenamtlich Tätige bis zu einem bestimmten Umfang Engpässe in der Versorgung kompensieren.

Der institutionelle Versorgungsverbund sollte zur Erschließung ehrenamtlich Tätiger Strukturen besitzen, die einerseits ihre kontinuierliche Einbindung ermöglichen und ihnen andererseits Freiraum für die Ausgestaltung ihrer freiwilligen Hilfsdienste lassen.<sup>599</sup> Der institutionelle Versorgungsverbund sollte somit Formen des Umgangs mit ehrenamtlichen und professionellen Kräften schaffen, die zum einen die Interessen Ehrenamtlicher berücksichtigen und zum anderen strukturierende Managemententscheidungen durchzusetzen vermögen.<sup>600</sup> Die Erschließung informell organisierter Hilfpotenziale übernehmen vorrangig Akteure und Einrichtungen, die Versorgungsleistungen innerhalb des formellen Hilfesystems anbieten, oder eigenständige Akteure und Einrichtungen, die ausschließlich für diese Aufgabe zuständig sind.

Neben den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern erbringen weitere Akteure und Einrichtungen Versorgungsleistungen. Aus der Perspektive des institutionellen Versorgungsverbunds handelt es sich um Leistungen externer Anbieter. Weiterhin verfügt jede zu versorgende Person über ein privates Hilfesystem. Das private Hilfesystem der zu versorgenden Person besteht aus Leistungen, welche Personen, die eine oftmals langjährige nahe Beziehung zur zu versorgenden Person besitzen, erbringen beziehungsweise erbringen könnten. Hierzu gehören beispielsweise Leistungen von (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partnern, Freundinnen und Freunden, Bekannten sowie Nachbarinnen und Nachbarn. Leistungen des privaten Hilfesystems erbringen Personen für bestimmte ihnen bekannte Personen. Im Gegensatz dazu richten sich Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sowie externer Leistungsanbieter nicht an eine einzelne Person, sondern an eine Gruppe von Personen mit ähnlichen Bedarfslagen.

Bei der Versorgung im Einzelfall treffen Leistungen verschiedener Hilfesysteme aufeinander. Es ergibt sich ein jeweils individuelles Hilfesystem, in des-

---

<sup>598</sup> Zeman 2005, S. 327

<sup>599</sup> Evers/Ühlein 1999, S. 11

<sup>600</sup> Merchel 2006, S. 84

sen Zentrum die Sicherstellung der Versorgung einer einzelnen Person steht. Es ist zweitrangig, ob Leistungen privater Helferinnen und Helfer, Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds oder Leistungen externer Anbieter zum Einsatz kommen. Die Zusammensetzung der Leistungen wird maßgeblich vom Versorgungsstil der zu versorgenden Personen beeinflusst. Zudem unterliegt die Zusammensetzung der Akteure und Einrichtungen während der gesamten Versorgungsdauer mehr oder weniger starken Veränderungen. Diese treten insbesondere dann auf, wenn sich die Bedarfslage der zu versorgenden Person oder nahestehender Helferinnen und Helfer ändert.

Neben einer einzelfallübergreifenden Sicherstellung der Leistungsbereitschaft bedarf es einer einzelfallbezogenen Abstimmung der tatsächlichen Leistungserstellung. Im institutionellen Hilfesystem sollten Rahmenbedingungen bestehen, die eine ganzheitliche, kontinuierliche, lückenlose, sachgerechte und zeitlich aufeinander abgestimmte Versorgung sichern und dabei die Lebenswelt und Fähigkeiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie Leistungen externer Anbieter berücksichtigen.<sup>601</sup> Aufgrund der Notwendigkeit, Versorgungsleistungen an sich ändernde Gegebenheiten anzupassen und gleichzeitig effizient und effektiv bereitzustellen, bedarf es des Einsatzes koordinierender Mechanismen. Im institutionellen Versorgungsverbund sollten Strukturen bestehen, welche die vorhandenen Hilfepotenziale erschließen und sowohl einzelfallbezogen als auch einzelfallübergreifend zielgerichtet miteinander verknüpfen. Diese Aufgaben übernimmt das Koordinationssystem.

### **3.5.2 Abstimmung von Versorgungsleistungen als Aufgabe des Koordinationssystems**

Wie das Hilfesystem ist das Koordinationssystem Bestandteil des Leistungsbereichs. Das Koordinationssystem übernimmt die Koordination der Leistungen des Hilfesystems. Insbesondere besteht seine Aufgabe darin, Probleme und Störungen im alltäglichen Leistungserstellungsprozess zu bewältigen, welche sich nicht durch Leitfäden oder Standards vollständig lösen lassen.<sup>602</sup> Prinzipiell zu unterscheiden ist die einzelfallbezogene Koordination im individuellen Hilfesystem sowie die einzelfallübergreifende Koordination im institutionellen Hilfesystem. Das Ziel der Koordination besteht in der Sicherstellung einer passgenauen Leistungserbringung hinsichtlich Ort, Qualität, Umfang und

---

<sup>601</sup> Blosser-Reisen 1997b, S. 17

<sup>602</sup> Endres/Wehner 2003, S. 225

Zeit. Im Gegensatz zum Hilfesystem erbringt das Koordinationssystem nicht unmittelbar Versorgungsleistungen. Stattdessen nimmt es beratende, informierende und weitere das Hilfesystem unterstützende Aufgaben wahr.

Hinsichtlich der Realisierung einer einzelfallübergreifenden Koordination der Leistungen sind nicht nur die Leistungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zu berücksichtigen, sondern auch die Leistungen des privaten Hilfesystems sowie Leistungen, die Akteure und Einrichtungen erbringen, die nicht Teilnehmerinnen und Teilnehmer des institutionellen Versorgungsverbunds sind. Aufgrund der hohen Differenzierung und Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens und in dessen Folge auch der Akteure, Einrichtungen und Leistungsangebote sind die Anforderungen an das Koordinationssystem hoch. Seitens des institutionellen Versorgungsverbunds lassen sich zwar die Leistungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer einzelfallübergreifend im Voraus aufeinander abstimmen. Für die Leistungen externer Leistungsanbieter sowie die Leistungen privater Helferinnen und Helfer ist dies nur bedingt möglich. Sie koordinieren ihre Leistungen überwiegend selbst. Eine Absprache mit anderen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens erfolgt nur marginal und in der Regel mit der Absicht, die eigene Zielerreichung zu optimieren.

Innerhalb des Koordinationssystems des institutionellen Versorgungsverbunds sind funktionale und personelle Strukturen aufzubauen, die zu einer optimalen Erschließung von Synergieeffekten bei der Leistungserstellung führen. Zur Nutzung von Synergieeffekten sind Konkurrenzbeziehungen zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern leistungsfördernd zu gestalten, Erfahrungen und Spezialkenntnisse einzelner Teilnehmerinnen und Teilnehmer nutzbar zu machen und zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Beziehungen aufzubauen, die ein gegenseitiges Aushelfen, beispielsweise beim Ausgleich von Spitzenbelastungen, zulassen.<sup>603</sup> Das Koordinationssystem kann als Schnittstelle zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern und den zu versorgenden Personen und ihren privaten Helferinnen und Helfern sowie externen Leistungsanbietern gesehen werden. Für die Akteure des Koordinationssystems ergibt sich die Notwendigkeit, neben dem Einsatz sachorientierter Organisationskriterien, die Bedeutung lebensweltlicher Beziehungsmuster nicht zu vernachlässigen.<sup>604</sup>

---

<sup>603</sup> Malik 2002, S. 499

<sup>604</sup> Zeman 2005, S. 320

Neben der einzelfallübergreifenden Koordination, die nicht auf eine bestimmte Person ausgerichtet ist, gibt es eine einzelfallbezogene Koordination. Sie erfolgt im individuellen Versorgungsverbund, wo sie vom individuellen Koordinationssystem wahrgenommen wird. Im individuellen Koordinationssystem sind die Leistungen verschiedener Hilfesysteme einzelfallbezogen zu koordinieren. Aufgaben der Koordination übernehmen häufig die zu versorgende Personen und ihre Angehörigen, insbesondere ihre Haupthilfspersonen. Bei einer Versorgung nach dem non familialen Versorgungsstil kommen für diese Aufgabe weiterhin Akteure und Einrichtungen des institutionellen Versorgungsverbunds oder externe Personen in Betracht. Für die Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination sind den beteiligten Personen notwendige Informationen zur Verfügung zu stellen. Hierfür ist zwischen allen an der individuellen Versorgung Beteiligten eine enge Zusammenarbeit erforderlich. Für die Zusammenarbeit mit den Betroffenen bietet es sich an, den Bestand von Anlaufstellen mit Beratungs- und Informationsangeboten auszubauen. Dabei empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit mit Pflegestützpunkten.<sup>605</sup> Je umfassender eine Bedarfsanalyse im Einzelfall seitens der Anlaufstelle erfolgt, desto eher lässt sich eine passgenaue Auswahl und Kombination der Leistungen erreichen. Die Umsetzung der Versorgung im Alltagsgeschehen ist regelmäßig zu prüfen, zu evaluieren und eventuell anzupassen. Bei der Arbeit der Anlaufstelle kann die Etablierung von Case Management Strukturen hilfreich sein.<sup>606</sup> Die Analyse der Einzelbedarfe erlaubt darüber hinaus, Rückschlüsse auf den Gesamtbedarf zu ziehen. Mithilfe der Kenntnis des Gesamtbedarfs lassen sich die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds ganzheitlich und zielgerichtet ausrichten.

Zur Sicherstellung der Koordination können zwei Formen unterschieden werden. Eine Möglichkeit besteht in der Errichtung einer Einrichtung, die eigens für die Aufgaben der Koordination geschaffen wird. Die andere Option liegt im Aufbau von Strukturen, die einen direkten Informationsaustausch zwischen den Beteiligten ermöglichen. Es lassen sich somit eine mittelbare und unmittelbare Koordination unterscheiden.

Bei der *mittelbaren Koordination* wird eine Koordinationsstelle als eigene Einrichtung<sup>607</sup> mit eigenem Personal geschaffen, deren Hauptaufgabe in der Schnittstellenbewältigung zwischen den einzelnen Akteuren und Einrichtungen liegt.

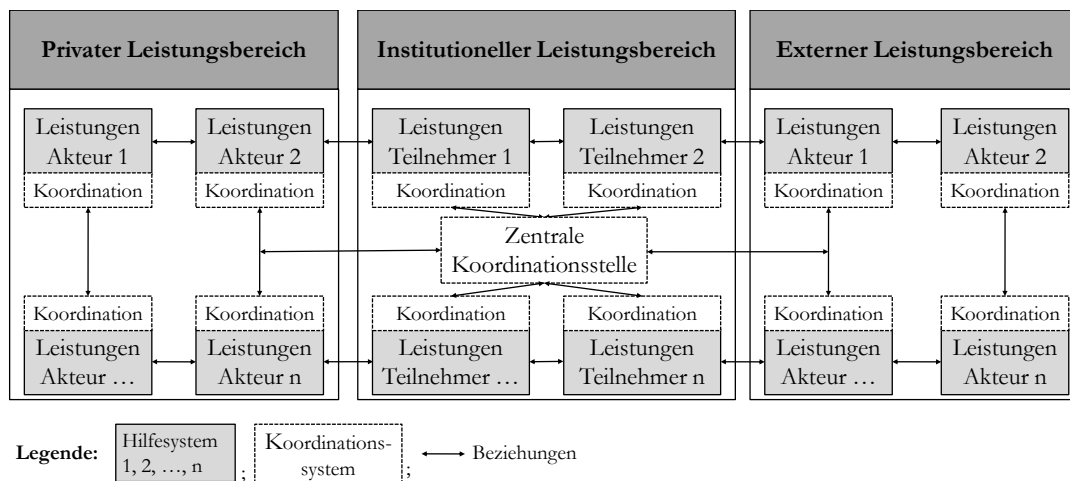
---

<sup>605</sup> vgl. Kapitel 2.4.3

<sup>606</sup> vgl. Kapitel 2.4.3

<sup>607</sup> Bauer 2005, S. 27

Die Koordinationsstelle selbst erbringt keine direkten Leistungen der Versorgung. Die Koordinationsstelle kann Bestandteil des institutionellen Versorgungsverbunds sein. Die Funktion der Koordinationsstelle besteht in der Koordination der einzelnen Leistungsbeiträge der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer. Diese sollte unter Berücksichtigung weiterer Leistungsangebote privater und externer Hilfesysteme erfolgen. Abbildung 31 verdeutlicht dies.



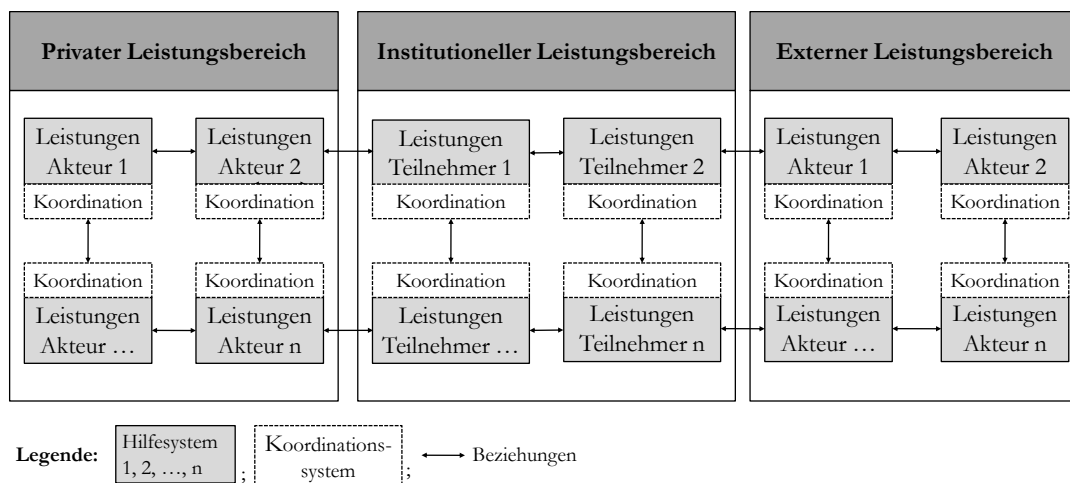
**Abbildung 31: Mittelbare Koordination mit einer zentralen Koordinationsstelle**

**Quelle:** eigene Darstellung

Handelt es sich um einen fokalen Versorgungsverbund, bietet es sich an, die Koordinationsstelle an die fokale Einrichtung zu binden. Alle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer leiten Informationen, die im Zusammenhang mit der Leistungserstellung stehen, an die Koordinationsstelle. Die Koordinationsstelle nimmt Aufgaben der Informationsverwaltung, -verarbeitung und -weiterleitung wahr. Der Erfolg der Koordinationsstelle hängt von infrastrukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen sowie ihrer strukturellen Einbindung in den institutionellen Versorgungsverbund ab. Prinzipiell lässt sich mittels der mittelbaren Koordination eine hohe Kontinuität und Zuverlässigkeit der Versorgung erreichen. Nachteilig wirkt sich die fehlende Auseinandersetzung mit der Bewältigung von Schnittstellen seitens der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer aus. Weiterhin besteht Kritik darin, dass die Einrichtung einer Koordinationsstelle zu neuen Schnittstellen führt.<sup>608</sup>

<sup>608</sup> Smolka 2006, S. 17

Anders gestaltet sich dies bei der *unmittelbaren Koordination*, bei der auf eine zentrale Koordinationsstelle verzichtet wird.<sup>609</sup> Bei der unmittelbaren Koordination sind die einzelnen Akteure und Einrichtungen selbst für die Koordination ihrer Tätigkeiten und Handlungen zur Leistungserstellung verantwortlich. Abbildung 32 stellt dies grafisch dar. Die unmittelbare Koordination lässt sich über direkte Kontaktaufnahme, persönliche Weisung oder mittels gemeinsam vereinbarter Standards von Arbeitsprozessen und Arbeitsprodukten erreichen. Den Beteiligten sind hierzu notwendige Kenntnisse zu vermitteln.<sup>610</sup> Die unmittelbare Koordination erfolgt beispielsweise durch Meetings, persönliche Treffen oder Sitzungen sowie über Aushänge und schriftliche Mitteilungen.<sup>611</sup> Eine weitere Möglichkeit der unmittelbaren Koordination liegt in der Durchführung von Fallkonferenzen. Hier treffen sich alle Akteure, die für die zu versorgende Person Leistungen erstellen, und stimmen das weitere Vorgehen mit dem Betroffenen gemeinsam und persönlich ab.<sup>612</sup>



**Abbildung 32: Unmittelbare Koordination ohne eine zentrale Koordinationsstelle**

**Quelle:** eigene Darstellung

Das Koordinationssystem benötigt für die Erfüllung seiner Tätigkeiten Informationen. Der Aufbau von Kommunikationsstrukturen zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern, die einen zeitnahen Austausch von Informationen ermöglichen, ist eine zentrale Aufgabe des Koordinationssystems. Bei dem Austausch von Informationen innerhalb des Leistungsbe-

<sup>609</sup> Bauer 2005, S. 28

<sup>610</sup> Mintzberg 1992, S. 19

<sup>611</sup> Malik 2002, S. 501

<sup>612</sup> Gill/Mantej 1997, S. 376 ff.

reichs stehen zum einen Informationen, die sich auf die Leistungen der einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer beziehen und zum anderen Informationen, welche die zu versorgenden Personen betreffen, im Vordergrund. Informationen über die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer berücksichtigen beispielsweise Angaben zu deren Kapazitäten, Kernkompetenzen, Kosten, Leistungen, Qualifikationen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Qualitätsstandards und Strukturen. Wissen über die einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer ermöglicht dem Einzelnen, Verständnis für die Art und Weise des Handelns des Anderen aufzubringen und Vertrauen aufzubauen. Informationen über die zu versorgenden Personen beinhalten Angaben zu Erkrankungen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, Biografie, persönlichen Hilferessourcen und persönlichen Ansprüchen. Beim Umgang mit persönlichen Daten sind datenschutzrechtliche Vorgaben unbedingt zu beachten.

Bei der Umsetzung der Koordination kommen verschiedene Koordinationsinstrumente zum Einsatz. Zu unterscheiden sind zentrale und dezentrale, marktliche und nicht-marktliche sowie persönliche und unpersönliche Koordinationsinstrumente.<sup>613</sup> Zentrale Koordinationsinstrumente werden hierarchisch von einer übergeordneten Instanz eingesetzt. Dies findet entweder durch persönliche Weisung oder unpersönlich mittels generalisierten Regeln und Plänen statt.<sup>614</sup> Fehlt eine übergeordnete Instanz, beispielsweise in Form einer zentralen Koordinationsstelle, überwiegen dezentrale Koordinationsinstrumente. Eine Koordination mittels marktlicher Koordinationsinstrumente kann über Preise beziehungsweise korporatistisch ausgehandelte Honorare und mittels nicht-marktlicher Koordinationsinstrumente durch Visionen und Ideen, Anweisungen, Abstimmungen, Programme und Pläne sowie Vertrauen erfolgen.<sup>615</sup> Die Auswahl und der Einsatz von Koordinationsinstrumenten werden maßgeblich vom Lenkungsbereich des institutionellen Versorgungsverbunds vorgegeben, in dem das normative, strategische und operative Management angesiedelt ist.

---

<sup>613</sup> Hebel 1984, S. 34; Braun 2003, S. 15

<sup>614</sup> Hebel 1984, S. 34

<sup>615</sup> Braun 2003, S. 15 f.

### **3.5.3 Operatives Management als Aufgabe des Planungs- und Kontrollsystems**

Das Planungs- und Kontrollsystem ist Bestandteil des Lenkungsbereichs. Im Planungs- und Kontrollsystem ist das operative Management angesiedelt. Aufgaben des operativen Managements bestehen darin, aufgetretene Probleme bei der Zielrealisation zu erkennen und zu analysieren, Handlungsalternativen zu eruieren und zu bewerten sowie zielführende Lösungen auszuwählen.<sup>616</sup> Zur Erreichung gemeinsamer Ziele sollten die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer in das Gesamtkonzept des institutionellen Versorgungsverbunds eingebunden werden. Ihre langfristige Einbindung lässt sich nur erreichen, wenn für jeden Einzelnen Vorteile aus der Zugehörigkeit resultieren, die sie ohne die Zugehörigkeit nicht hätten.<sup>617</sup> Die Interessen Einzelner sind immer relativ zu den gemeinsamen Interessen zu sehen und im Rahmen des Machbaren zu vereinen. Nicht immer decken sich die Einzelinteressen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer mit den Gesamtinteressen des institutionellen Versorgungsverbunds, sodass es erforderlich sein kann, Interessen Einzelner hinter die Interessen des Gesamten zurückzustellen. Eventuelle Nachteile, welche für einzelne Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer entstehen, sind dann auszugleichen.

Zu den Aufgaben des Planungs- und Kontrollsystems gehören vielfältige Managementfunktionen. Zu nennen sind vor allem das Qualitäts- und Prozessmanagement sowie das Controlling. Im Rahmen des Qualitäts- und Prozessmanagements werden unter anderem Leitlinien und Standards für die Ausführung operativer Tätigkeiten erstellt. Das Prozessmanagement kann weiterhin für die Umsetzung fallübergreifender Versorgungskonzepte sowie die Etablierung von Behandlungspfaden zuständig sein. Die Überprüfung und Steuerung der Zielerreichung obliegt dem Controlling. Das Controlling besitzt weiterhin die Aufgabe, Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte zu erkennen. Seitens des institutionellen Versorgungsverbunds sind sowohl versorgungsbezogene als auch ökonomische Fragestellungen zu berücksichtigen. Ein geeignetes Controllinginstrument zur Wahrnehmung der Aufgaben des Planungs- und Kontrollsystems stellt die Balanced Scorecard dar. Mittels der Balanced Scorecard kann ein Kennzahlensystem aufgebaut werden, welches verschiedene Perspektiven berücksichtigt. Kennzahlen helfen, Ideen und Visionen zu

---

<sup>616</sup> Bleicher 1992, S. 320

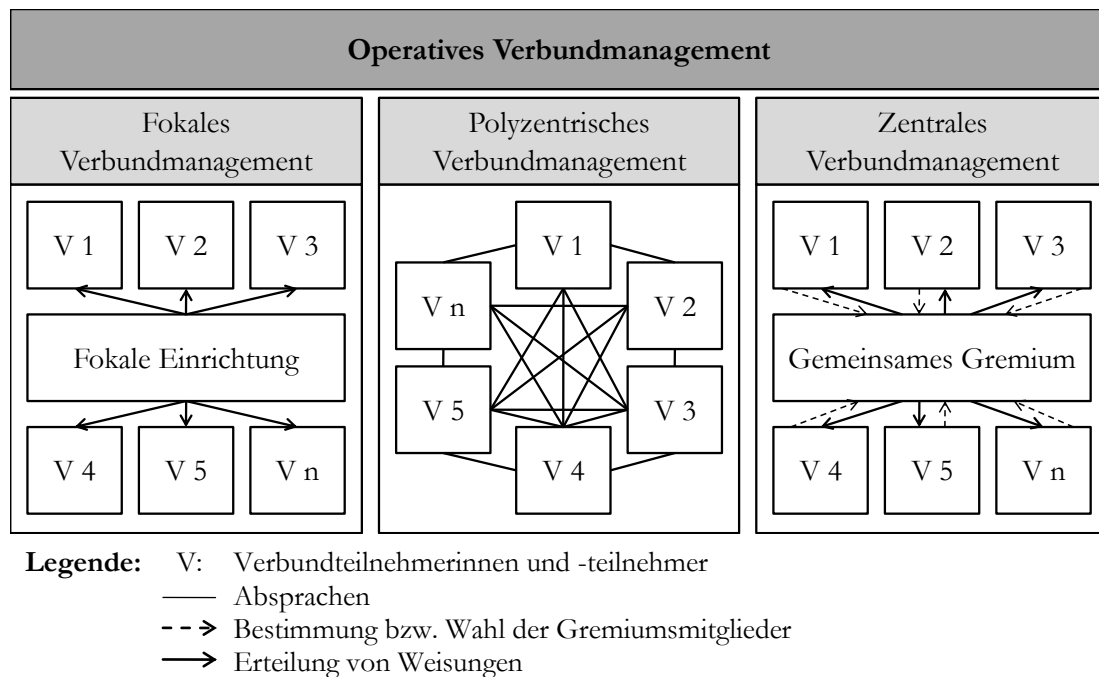
<sup>617</sup> Malik 2002, S. 501

operationalisieren und Transparenz zu schaffen. Sie stellen eine Evaluationsbasis dar und vermögen mehrere Teile und Interessen zu integrieren. Weitere Aufgaben des Planungs- und Kontrollsystems können sich auf das Finanz-, Personal- und Wissensmanagement beziehen.

Im institutionellen Versorgungsverbund ist festzulegen, welche Akteure und Einrichtungen die Aufgaben des operativen Managements wahrnehmen. Prinzipiell lassen sich mit dem fokalen, dem polyzentrischen und dem zentralen Verbundmanagement drei Möglichkeiten unterscheiden:

- fokales Verbundmanagement: Die Aufgaben des operativen Verbundmanagements werden von einer am institutionellen Versorgungsverbund beteiligten Einrichtung übernommen.
- polyzentrisches Verbundmanagement: Die Aufgaben des operativen Verbundmanagements werden unter allen am institutionellen Versorgungsverbund beteiligten Einrichtungen aufgeteilt.
- zentrales Verbundmanagement: Die Aufgaben des operativen Managements werden von einem gewählten Gremium übernommen.

Abbildung 33 verdeutlicht die grundsätzlichen Strukturen eines fokalen, polyzentrischen und zentralen operativen Verbundmanagements.



**Abbildung 33: Formen des operativen Verbundmanagements**

**Quelle:** eigene Darstellung

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Mitglieder des Gremiums beim zentralen Verbundmanagement gibt es mehrere Möglichkeiten. Eine Möglichkeit besteht darin, dass alle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer einen oder mehrere Vertreterinnen und Vertreter für das Gremium selbst bestimmen. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Wahl der Gremiumsmitglieder. Die Gremiumsmitglieder können selbst Angehörige der am Verbund teilnehmenden Einrichtungen sein, müssen es aber nicht. Setzt sich das Gremium aus Mitgliedern einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zusammen, hat das den Vorteil, dass notwendige Informationen direkt vorliegen. Es besteht aber die Gefahr, dass Interessen einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer unverhältnismäßige Berücksichtigung gegenüber Interessen anderer Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie den Gesamtinteressen des institutionellen Versorgungsverbunds finden. Eine Mischung der Mitglieder des Gremiums aus Angehörigen sowie Nichtangehörigen des institutionellen Versorgungsverbunds erweist sich mitunter als vorteilhaft.

Die Gefahr, dass Interessen einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer überwiegen, besteht besonders beim fokalen Verbundmanagement. Bei einem fokalen Verbundmanagement ist allein die fokale Einrichtung für das operative Verbundmanagement verantwortlich. Das Management der fokalen Einrichtung sollte so ausgerichtet werden, dass es das Management der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer einbezieht.<sup>618</sup> Grundsätzlich ist die Möglichkeit der Einbindung ehrenamtlich Tätiger in die Aufgaben des operativen Verbundmanagements abzuwägen.

Der institutionelle Versorgungsverbund kann seine Existenz nur sichern, solange alle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer die gewünschten Leistungen erbringen. Zur Durchsetzung der Interessen des institutionellen Versorgungsverbunds greift das operative Verbundmanagement steuernd und regulierend in den Leistungsbereich ein. Je besser die Abstimmung des Hilfesystems durch das Koordinationssystem erfolgt, desto weniger ist ein Einschalten des operativen Verbundmanagements erforderlich.<sup>619</sup> Die Einflussmöglichkeiten und Weisungsbefugnisse des operativen Verbundmanagements auf die Leistungserstellung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sind eindeutig festzulegen.

---

<sup>618</sup> Braun 2004, S. 32

<sup>619</sup> Malik 2002, S. 502

Inwieweit das operative Verbundmanagement Einfluss auf die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer und die Erstellung ihrer Leistungen nehmen kann, hängt von mehreren Faktoren ab. Zunächst ist entscheidend, welche Managementfunktionen in welchem Umfang die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer auf den institutionellen Versorgungsverbund übertragen und welche sie eigenverantwortlich übernehmen. Darüber hinaus ist die Verbindlichkeit getroffener Entscheidungen des operativen Verbundmanagements zu bestimmen. Grundsätzlich sollte das operative Verbundmanagement von seiner Macht, Einfluss zu nehmen, so wenig wie möglich Gebrauch machen, um die Autonomie der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer nicht infrage zu stellen. Ein Eingreifen seitens des operativen Verbundmanagements sollte eher der Unterstützung und weniger der Reglementierung und Beschränkung dienen.<sup>620</sup>

Steuernd und regulierend eingreifen kann das Planungs- und Kontrollsystem mittels der Schaffung von Anreizen. Anreize können materieller oder nicht materieller Art sein. Die Regulierung und Steuerung mittels Anreizen setzt voraus, dass sich die Erfüllung von Aufgaben an bestimmten Sollwerten überprüfen lässt.<sup>621</sup> Dies ist aufgrund komplexer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge im Bereich der Versorgung von Personen oftmals schwierig. Anreize motivieren Einzelne dazu, bestimmte Beiträge zu leisten.<sup>622</sup> Sie sollten so gestaltet sein, dass sich dadurch die Gesamtinteressen des institutionellen Versorgungsverbunds erreichen lassen, aber nicht die Einzelinteressen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer gefährden. Gegebenenfalls sollte ein Ausgleich entstehender Nachteile stattfinden. Ein notwendiger Anreiz ist die Beteiligung beziehungsweise Aufteilung gemeinsamer Erfolge. Dabei ist wichtig, dass die Beteiligung am Erfolg mit der eigens erbrachten Leistung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer in Verbindung steht.

---

<sup>620</sup> Malik 2002, S. 502

<sup>621</sup> Laux/Liermann 2003, S. 455

<sup>622</sup> Berger/Bernhard-Mehlich 2006, S. 172

### 3.5.4 Strategisches Management als Aufgabe des Entwicklungssystems

Die oberste Aufgabe des Entwicklungssystems besteht in der langfristigen Sicherstellung der Existenz des institutionellen Versorgungsverbunds. Zur Sicherung der Existenz bedarf es einer stetigen Anpassung der Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds beziehungsweise seiner einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer an veränderte Umweltbedingungen. Für den institutionellen Versorgungsverbund bedeutet dies, dass eine langfristige und vorausschauende Ausrichtung seiner Leistungen erfolgen sollte. Anpassungserfordernisse ergeben sich in besonderer Weise durch veränderte Bedarfslagen und Versorgungsansprüche seitens der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen. Das Entwicklungssystem sollte die Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen regelmäßig analysieren, um Situationen der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu erkennen sowie vorhandene und nicht vorhandene Angebote zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Zur Erfüllung dieser Aufgabe bedarf es insbesondere einer engen Zusammenarbeit des Entwicklungssystems mit dem Koordinationssystem<sup>623</sup> sowie allen Akteuren, die Leistungen im individuellen Versorgungsverbund erbringen und somit direkt Einblick in die Lebenssituation der zu versorgenden Personen besitzen. Der Blick des Entwicklungssystems sollte sich neben den zu versorgenden Personen auch auf Veränderungen anderer relevanter Umweltfaktoren richten.<sup>624</sup> Hierzu gehören beispielsweise Veränderungen gesellschaftlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen als auch der Wettbewerbssituation sowie Veränderungen bei Kooperationspartnern, Lieferanten und externen Leistungsanbietern. Beim Erkennen von Veränderungen helfen Beziehungen zwischen dem institutionellen Versorgungsverbund und seiner Umwelt. Diese entstehen beispielsweise durch Mitgliedschaften in Gremien, Kontakte zu wissenschaftlichen Einrichtungen und Interessengruppen sowie Zugehörigkeiten zu Verbänden, Vereinen und politischen Organisationen. Es ergeben sich mitunter umfangreiche Beziehungsstrukturen zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern und Außenstehenden, die es zu systematisieren, zu pflegen und auszubauen gilt.

Unter Berücksichtigung sich wandelnder Umweltbedingungen ist es Aufgabe des Entwicklungssystems, zukunftsfähige und existenzsichernde Strategien zu

---

<sup>623</sup> Malik 2002, S. 507

<sup>624</sup> vgl. Kapitel 3.4.4

entwickeln. Die Strategien sollten die grundsätzlichen Zweckbestimmungen, Zielsetzungen und Leistungsprogramme sowie Vorgehensweisen zur Problemlösung innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds beinhalten.<sup>625</sup> Es sind Überlegungen zur zukünftigen Ausgestaltung des Leistungsangebots und zum Einsatz neuer Technologien notwendig, sowie Trends und Veränderungen in den Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen der zu versorgenden Personen zu erkennen und zu bedienen.<sup>626</sup> Strategien geben den Rahmen vor, in dem Entscheidungen getroffen werden. Sie bestimmen Art und Richtung des institutionellen Versorgungsverbunds in der Gegenwart und Zukunft.<sup>627</sup> Niedergelegt werden sie mithilfe von Strategiepapieren.<sup>628</sup>

Strategien können entweder bottom up oder top down entwickelt werden. Bei einer bottom up Entwicklung können alle Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds an der Erarbeitung von Strategien mitwirken. Die Umsetzung der Strategien erfolgt hier größtenteils durch Überzeugung. Hierzu bietet sich die Errichtung von Arbeitsgruppen, Diskussionsforen, Qualitätszirkeln, Runden Tischen und ähnlichen Einrichtungen an. Im Gegensatz dazu werden bei einer top down Entwicklung Strategien durch ausgewählte Personen erarbeitet, welche sie oftmals mittels Weisungen hierarchisch durchsetzen. Zur Erteilung hierarchischer Weisungen ist ein fokales oder zentrales Verbundmanagements nahezu unumgänglich.<sup>629</sup>

Die Entwicklung von Strategien kann auch von einem eigens dafür eingerichteten Gremium übernommen werden. Die Wahl der Gremiumsmitglieder hängt maßgeblich von der Gründungsgeschichte des institutionellen Versorgungsverbunds ab. Handelt es sich um einen Zusammenschluss mehrerer Akteure und Einrichtungen, so wählen diese ihre Gremiumsmitglieder häufig selbst. Handelt es sich um einen Beitritt von Akteuren und Einrichtungen zu einer bereits bestehenden Organisation, so stellt diese Organisation in aller Regel die Gremiumsmitglieder und bindet weitere Akteure lediglich ein. Die Zusammensetzung der Gremiumsmitglieder sollte heterogen sein und neben Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern auch außenstehende Personen einbeziehen.

---

<sup>625</sup> Bottler 2004a, S. 57 ff.; Malik 2004, S. 369

<sup>626</sup> Malik 2002, S. 506

<sup>627</sup> Hinterhuber 1982, S. 15 f.

<sup>628</sup> Bleicher 1992, S. 299

<sup>629</sup> vgl. Kapitel 3.5.3

Die Aufgaben des Entwicklungssystems sind vergleichbar mit den Aufgaben des strategischen Managements. Nach dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher liegen die Schwerpunkte des strategischen Managements in der Suche nach zweckgerechten Strategien, der relativen Positionierung der eigenen Aktivitäten gegenüber Wettbewerbern, der Konzentration der Kräfte und der Entwicklung zukunftsweisender Erfolgspotenziale.<sup>630</sup> Organisationen sollten sich hierzu konkret Gedanken über die Ausrichtung ihrer strategischen Programme, Organisationsstrukturen, Managementsysteme sowie Steuerung verschiedener Verhaltensweisen machen. Innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds bestehen die Aufgaben des strategischen Managements somit in:

- der Festlegung der *Verbundleistungen*,
- der Umsetzung einer gemeinsamen *Verbundstruktur*,
- dem Aufbau eines *Kommunikationssystems* sowie
- der *Verhaltenssteuerung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer*.

Dem institutionellen Versorgungsverbund stehen zahlreiche Möglichkeiten zur Ausrichtung seines strategischen Managements zur Verfügung. Eingesgrenzt werden diese Möglichkeiten jeweils durch zwei extreme Ausrichtungsformen. Die eine extreme Ausrichtung fördert eine stetige Veränderung des institutionellen Versorgungsverbunds, die andere Ausrichtung ist eher auf die Stabilisierung des institutionellen Versorgungsverbunds gerichtet. In der Realität treten diese zwei extremen Ausrichtungen selten in Reinform auf. Vielmehr existieren verschiedene Formen, welche zwischen den beiden extremen Ausrichtungsformen anzusiedeln sind. Mit dem Ziel, das Spektrum an strategischen Ausrichtungsmöglichkeiten des institutionellen Versorgungsverbunds aufzuzeigen, steht die Kennzeichnung der beiden extremen Ausrichtungsformen im Folgenden im Zentrum der Betrachtung.

Bei der Festlegung der *Verbundleistungen* ist zu klären, welche Leistungen der institutionelle Versorgungsverbund anbietet, wie er seine Leistungen gegenüber Wettbewerbern positioniert, wie er seine Leistungen ausrichtet und wie er mit seinen Ressourcen umgeht. Die Idee des institutionellen Versorgungsverbunds, komplexe Bedarfslagen ganzheitlich zu betrachten, setzt eine multidisziplinäre Ausrichtung der angebotenen Leistungen voraus. Hierbei erweist sich eine hohe Leistungsbreite sowie eine hohe Leistungstiefe unter Einbezug

---

<sup>630</sup> Bleicher 1992, S. 201

von Akteuren verschiedener Berufsgruppen sowie unterschiedlicher Einrichtungen oftmals als vorteilhaft. Aber auch eine spezifische Ausrichtung der Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds auf bestimmte Bedarfslagen, beispielsweise Demenzerkrankte, besitzt Vorzüge.

Je nach Ausrichtung der Verbundleistungen lässt sich eine stabilitätsorientierte Ausrichtung der Verbundleistungen von einer veränderungsorientierten Ausrichtung der Verbundleistungen differenzieren. Eine stabilitätsorientierte Ausrichtung der Verbundleistungen zielt auf eine hohe Sicherheit und orientiert sich verstärkt an der Rationalisierung und Standardisierung bestehender Leistungen. Eine veränderungsorientierte Ausrichtung der Verbundleistungen richtet sich stark an sich ändernden Umweltbedingungen aus und legt Wert auf eine stetige Weiterentwicklung der angebotenen Leistungen.<sup>631</sup> Tabelle 13 verdeutlicht die gegensätzlichen Extremmöglichkeiten der Ausrichtung der Verbundleistungen im Vergleich.

**Tabelle 13: Ausrichtung der Verbundleistungen**

|                               | <b>Veränderungsorientierte Ausrichtung</b>   | <b>Stabilitätsorientierte Ausrichtung</b>  |
|-------------------------------|--|--|
| Leistungsangebot              | Individuelles Leistungsangebot<br>- Umfassende Leistungen<br>- Individuelle Leistungen                                   | Standardisiertes Leistungsangebot<br>- Spezielle Leistungen<br>- Standardisierte Leistungen  |
| Positionierung der Leistungen | Innovatives Leistungsangebot<br>- Unterscheidung der Leistungen von Wettbewerbern<br>- Entwicklung neuer Leistungen      | Traditionelles Leistungsangebot<br>- Orientierung der Leistungen an Wettbewerbern<br>- Übernahme erfolgreicher Leistungen              |
| Ausrichtung der Leistungen    | Nutzenorientierung des Leistungsangebots<br>- Steigerung des Leistungsnutzens als primäres Ziel<br>- Homogene Leistungen | Kostenorientierung des Leistungsangebots<br>- Senkung der Kosten der Leistungen als primäres Ziel<br>- Heterogene Leistungen           |
| Ressourceneinsatz             | Offener Ressourceneinsatz<br>- Flexibler Einsatz vorhandener Ressourcen<br>- Sicherstellung der Versorgungsbereitschaft  | Festgelegter Ressourceneinsatz<br>- Starr vorgegebener Einsatz vorhandener Ressourcen<br>- Maximale Auslastung vorhandener Kapazitäten |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 209 ff.

<sup>631</sup> in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 225

Zur Erbringung der Verbundleistungen bedarf es einer zweckgerechten Verbundorganisation mit einer entsprechenden *Verbundstruktur*. Besondere Aufmerksamkeit ist auf die Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteuren und Einrichtungen zu legen. An den Schnittstellen entstehen die größten Reibungsverluste, beispielsweise bei der Dokumentation und Informationsweitergabe.<sup>632</sup> Zur Überwindung von Schnittstellen sind qualifiziertes Personal und notwendige Sachmittel bereitzustellen, die Kooperationsbereitschaft der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zu fördern, gegenseitige Anerkennung der Persönlichkeit und Qualifikation aufzubauen sowie die Bereitschaft, eigene Kompetenzen zu teilen, zu erhöhen.<sup>633</sup> Die Verbundstruktur sollte so gestaltet sein, dass alle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer eingebunden werden, um gemeinsam die Zwecksetzung und die Zielvorgaben des institutionellen Versorgungsverbunds bestmöglich zu erreichen. Von einer losen bis hin zu einer fest vereinbarten Verbundstruktur sind verschiedene Formen für den institutionellen Versorgungsverbund denkbar. Gekennzeichnet ist die Verbundstruktur durch die Formalisierung der Zusammenarbeit, Regelung der Zusammenarbeit, Verteilung der Verantwortung und Organisationsrichtung.<sup>634</sup>

Grundsätzliche Formen der Ausrichtung der Verbundstruktur sind in Tabelle 14 aufgelistet. Je nach der prinzipiellen Tendenz der Ausrichtung ergeben sich eine stabilitätsorientierte Ausrichtung der Verbundstruktur auf der einen Seite und eine veränderungsorientierte Ausrichtung der Verbundstruktur auf der anderen Seite. Eine stabilitätsorientierte Ausrichtung der Verbundstruktur zeichnet sich durch eine formalisierte, auf programmierte Einzelregelungen ausgerichtete Aufgabenorientierung aus. Eine zentrale Leitung beziehungsweise ein zentrales Gremium setzt Entscheidungen überwiegend hierarchisch durch. Eine veränderungsorientierte Ausrichtung der Verbundstruktur stellt persönliche Erwartungen und Eignungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer in den Mittelpunkt. Die Rahmenregelungen sind eher zweckbezogen und geben Spielraum für individuelle Problemlösungsstrategien. Der Organisationsaufbau ist eher flach und dezentral.<sup>635</sup>

---

<sup>632</sup> Schnabel 1999, S. 23

<sup>633</sup> Kessler 1999, S. 42

<sup>634</sup> in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 238

<sup>635</sup> in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 225 f.

Tabelle 14: Ausrichtung der Verbundstruktur

|                                   | Veränderungsorientierte Ausrichtung   | Stabilitätsorientierte Ausrichtung   |
|-----------------------------------|---|--|
| Formalisierung der Zusammenarbeit | Teilnehmergebundene Struktur<br>- Selbstbestimmung der von den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern angebotenen Leistungen<br>- Erstellung der Leistungen nach impliziten Verhaltensnormen | Aufgabengebundene Struktur<br>- Festlegung der von den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern angebotenen Leistungen<br>- Erstellung der Leistungen nach festen Vorgaben und Regeln |
| Regelung der Zusammenarbeit       | Zweckbezogene Rahmenregelung<br>- Erstellung der Leistungen innerhalb vorgegebener Rahmenregelungen<br>- Zeitlich begrenzte Festlegung der Gestaltung der Leistungserstellung                 | Programmierte Einzelregelung<br>- Erstellung der Leistungen nach bestimmten Routinen<br>- Langfristige Festlegung der Gestaltung der Leistungserstellung                             |
| Verteilung von Verantwortung      | Flache Hierarchien<br>- Dezentrales Treffen von Entscheidungen<br>- Breites Verantwortungsfeld der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer   | Starke Hierarchien<br>- Zentrales Treffen von Entscheidungen<br>- Enges Verantwortungsfeld der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer  |
| Organisationsrichtung             | Selbstorganisation<br>- Suche nach Optimierungsmöglichkeiten durch Analyse der Umwelтанforderungen<br>- Hohe Autonomie der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer                             | Fremdorganisation<br>- Suche nach Optimierungsmöglichkeiten durch Analyse interner Strukturen<br>- Geringe Autonomie der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer                      |

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 237 ff.

*Kommunikationssysteme* unterstützen die Durchsetzung festgelegter Regelungen und bauen kommunikative Beziehungsnetze zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie der Verbundumwelt auf. Die Grundlage aller Kommunikationssysteme bilden Informationen. Innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds sollten Fragen der Informationsgewinnung und -verarbeitung, Anwenderorientierung von Informationen, Informationsverfügbarkeit sowie Informationsauswertung geklärt werden. Zu unterscheiden sind Kommunikationssysteme, die eher eine stabilisierende Gestaltung und solche die eher eine auf Veränderung ausgerichtete Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds begünstigen. Auf Stabilität ausgerichtete Kom-

munikationssysteme weisen eine einseitige Vermittlung überwiegend standardisierter Informationen auf.

Formale Vorgaben können die Kommunikation zwischen den am institutionellen Versorgungsverbund beteiligten Personen erleichtern. Hierbei sind der Einsatz interdisziplinärer Behandlungspläne und -dokumentationen sowie die Benennung einer Person oder Personengruppe, welche das Informationsmanagement im institutionellen Versorgungsverbund sowie zu Akteuren und Einrichtungen außerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds übernimmt, vorstellbar. Individualisierte Formulare, welche Instruktionen zur Sicherstellung der Versorgung enthalten, helfen den zu versorgenden Personen und ihren Angehörigen, Gesundheitsprobleme zu überwachen sowie Medikamenten- und Behandlungspläne einzuhalten.<sup>636</sup> Eine veränderungsorientierte Ausrichtung des Kommunikationssystems zeigt eine Hinwendung zu multiplen und zeitnahen Informationsbedürfnissen. Das Kommunikationssystem ist hierbei benutzerorientiert, dezentralisiert und vernetzt zu gestalten.<sup>637</sup> Tabelle 15 zeigt prinzipielle Möglichkeiten der Gestaltung des Kommunikationssystems im institutionellen Versorgungsverbund auf.

---

<sup>636</sup> Campbell/Naylor/NICHE-Fakultät 2001, S. 194 ff.

<sup>637</sup> in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 263 f.

Tabelle 15: Ausrichtung des Kommunikationssystems

|   | <b>Veränderungsorientierte Ausrichtung</b>   | <b>Stabilitätsorientierte Ausrichtung</b>  |
|---|--|--|
| Informationsgewinnung und -verarbeitung | Ganzheitlicher Umgang mit Informationen<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewinnung von Informationen nach freien Methoden und durch neue und bekannte Quellen</li> <li>- Nutzung gewonnener Informationen für mehrere Zwecke</li> </ul> | Reduktionistischer Umgang mit Informationen<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewinnung von Informationen nach festen Kriterien und vorgegebenen Quellen</li> <li>- Nutzung gewonnener Informationen für festgelegte Zwecke</li> </ul> |
| Anwenderorientierung von Informationen  | Vernetzter Umgang mit Informationen<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufgabenunabhängige Weiterleitung von Informationen</li> <li>- Wechselseitiger Austausch von Informationen im Dialog</li> </ul>                                    | Einseitiger Umgang mit Informationen<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufgabenabhängige Weiterleitung von Informationen</li> <li>- Einseitiger Austausch von Informationen</li> </ul>   |
| Informationsverfügbarkeit               | Breite Informationsverfügbarkeit<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationsbereitstellung für alle Personen</li> <li>- Zeitbezogene Informationsbereitstellung</li> </ul>  | Enge Informationsverfügbarkeit<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationsbereitstellung für ausgewählte Personen</li> <li>- Periodische Informationsbereitstellung</li> </ul>  |
| Informationsauswertung                  | Integrale Informationsauswertung<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Zukunftsorientierung der Informationen</li> <li>- Bereitstellung umfassender Erläuterungen und Ergänzungen</li> </ul>   | Isolierte Informationsauswertung<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergangenheitsorientierung der Informationen</li> <li>- Bereitstellung verdichteter und standardisierter Informationen</li> </ul>                                   |

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 253 ff.

Trotz der Vielzahl an Instrumenten des strategischen Managements können einzelne Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer die Umsetzung strategischer Konzepte fördern oder Widerstände entgegenbringen.<sup>638</sup> Für den institutionellen Versorgungsverbund ist eine Verhaltenssteuerung erforderlich, welche ein zielführendes Handeln der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer herbeiführt. Die Verhaltenssteuerung umfasst die Umsetzung eines bestimmten Führungs- und Rollenverhaltens sowie die Entwicklung gewünschter Verhaltensweisen.<sup>639</sup> Soll der institutionelle Versorgungsverbund ein auf Stabilität ausgerichtetes Verhalten aufzeigen, eignet sich ein direkter Führungsstil, ein an Spezialisten ausgerichtetes Rollenverhalten sowie ein erhal-

<sup>638</sup> Bleicher 1992, S. 274

<sup>639</sup> Bleicher 1992, S. 282 f.

tendes Individuallernen. Wenn der institutionelle Versorgungsverbund mehr Wert auf veränderndes Verhalten legt, so wirkt sich ein kooperativer Führungsstil, ein an Generalisten ausgerichtetes Rollenverhalten sowie ein veränderndes Lernverhalten förderlich aus.<sup>640</sup> Tabelle 16 zeigt die beiden extremen Ausrichtungsformen der Verhaltenssteuerung im Verbund auf.

**Tabelle 16: Ausrichtung der Verhaltenssteuerung im Verbund**

|                          | <b>Veränderungsorientierte Ausrichtung</b>  | <b>Stabilitätsorientierte Ausrichtung</b>  |
|--------------------------|---|--|
| <b>Führungsverhalten</b> | Kooperativer Führungsstil<br>- Starke Einbeziehung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer in Entscheidungen<br>- Ausrichtung des Zielsystems an den Zielen einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer | Direktiver Führungsstil<br>- Geringe Einbeziehung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer in Entscheidungen<br>- Ausrichtung des Zielsystems an den Zielen des institutionellen Versorgungsverbunds |
| <b>Rollenverhalten</b>   | Generalisten<br>- Stetige Entwicklung neuer Konzepte<br>- Förderung eines breiten Wissens   | Spezialisten<br>- Stetige Sicherung bestehender Konzepte<br>- Förderungen von Spezialwissen  |
| <b>Lernverhalten</b>     | Veränderndes Lernverhalten<br>- Interdisziplinäre Problemlösung<br>- Weiterbildung innerhalb eines unbegrenzten Themengebiets   | Erhaltendes Individuallernen<br>- Fachbezogene Problemlösung<br>- Weiterbildungen innerhalb eines begrenzten Themengebiets   |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 282 ff.

Ob eher eine veränderungsorientierte oder stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements gewählt wird, hängt unter anderem von der erreichten beziehungsweise zu bewältigenden Phase des Lebenszyklus sowie der Umwelt des institutionellen Versorgungsverbunds ab. So besitzt in der Aufbauphase tendenziell eher eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements ihre Vorzüge. Mit steigender Verfestigung des institutionellen Versorgungsverbunds gewinnt die veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements an Bedeutung. Eine dynamische Umwelt erfordert verstärkt eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements, das eine individuelle Problemlösung erlaubt. Damit der institutionelle Versorgungsverbund der Vielzahl an Anforderungen gerecht werden

<sup>640</sup> in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 295

kann, sollten strategische Überlegungen nicht auf einem „Entweder-oder“, sondern vielmehr auf einem „Sowohl-als-auch“ und einer angemessenen Ausprägung der Strategie zwischen zwei Extrempunkten beruhen.

### 3.5.5 Normatives Management als Aufgabe des Wertesystems

Das Wertesystem des institutionellen Versorgungsverbunds übernimmt Aufgaben des normativen Managements. Das normative Management beschäftigt sich mit den generellen Normen, Prinzipien, Spielregeln und Zielen, welche die Lebens- und Entwicklungsfähigkeit einer Organisation sichern.<sup>641</sup> Aufgaben des normativen Managements umfassen nach Bottler:<sup>642</sup>

- die Erstellung eines Leitbilds,
- die Festlegung einer Betriebsverfassung,
- die Bestimmung des generellen Betriebsziels sowie
- die Analyse und Gestaltung der Betriebskultur.

Das Wertesystem des institutionellen Versorgungsverbunds hat zur Aufgabe, gewünschte Verhaltensweisen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zu fördern. Mittels des Schaffens gewünschter Verhaltensweisen können bewusst bestimmte Handlungen hervorgerufen werden. Gemeinsame Normen, Prinzipien, Spielregeln und Ziele sorgen für den Zusammenhalt der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer und prägen ihr Verhalten. Durch die Schaffung gemeinsamer Werte soll eine Förderung der Identifikation mit dem institutionellen Versorgungsverbund erreicht werden. Die Werte des institutionellen Versorgungsverbunds sollten nicht wesentlich von den allgemein anerkannten Werten der Anspruchsgruppen des institutionellen Versorgungsverbunds abweichen.

Nach dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher befasst sich das normative Management mit der Vision, Politik, Verfassung und Kultur unterschiedlicher Unternehmen.<sup>643</sup> Eine gemeinsame Vision, Politik, Verfassung und Kultur des institutionellen Versorgungsverbunds ist für den Zusammenhalt der einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer von zentraler Bedeutung. Gemeinsame Normen und Werte unterstützen die Identifikation mit dem institutionellen Versorgungsverbund, den Aufbau gegensei-

---

<sup>641</sup> Bleicher 1992, S. 69

<sup>642</sup> Bottler 2004a, S. 50 ff.

<sup>643</sup> Bleicher 1992, S. 83 f.

tigen Vertrauens und die Lösung von Konflikten. Sie fördern weiterhin kooperative Verhaltensweisen und vermindern die Gefahr, dass einzelne Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer nicht nur vor dem Hintergrund der Erreichung eigener Interessen, sondern im Gesamtinteresse des institutionellen Versorgungsverbunds agieren.<sup>644</sup>

Bei einem Zusammenschluss verschiedener Akteure und Einrichtungen treffen verschiedene Normen und Werte aufeinander. Das daraus entstehende Konfliktpotenzial kann die Zusammenarbeit gefährden.<sup>645</sup> Die Aufgabe des Wertesystems im institutionellen Versorgungsverbund liegt in der Integration verschiedener Normen und Werte und der Entwicklung und Umsetzung einer gemeinsamen *Verbundpolitik*, *Verbundverfassung* und *Verbundkultur*. Grundsätzlich gibt es zahlreiche Möglichkeiten der prinzipiellen Grundorientierung des normativen Managements. In Anlehnung an das Konzept des integrierten Managements von Bleicher lassen sich diese zahlreichen Möglichkeiten von einer opportunistischen Grundorientierung auf der einen Seite und einer verpflichtenden Grundorientierung auf der anderen Seite begrenzen. Ausgangspunkt des Wertesystems und der Entwicklung und Umsetzung einer gemeinsamen Verbundpolitik, Verbundverfassung und Verbundkultur bilden Visionen. Visionen drücken wünschenswerte Situationen in der Zukunft aus. Sie sind dabei nicht als Ziele zu verstehen, sondern geben vielmehr die generelle Leitidee und Zielrichtung vor.<sup>646</sup>

Konkretisierung erreicht die Vision in der *Verbundpolitik*, in welcher die generelle Zielausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds festgelegt wird. Nach dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher ist die Zielausrichtung in Bezug auf den Umfang der berücksichtigten Anspruchsgruppen, die Art und Weise der Entwicklungsorientierung sowie die Bedeutung gesellschaftlicher und ökonomischer Ziele, zu bestimmen.<sup>647</sup> Die interne und externe Kommunikation der Verbundpolitik als Ergebnis der generellen Zielausrichtung kann über Leitbilder erfolgen.<sup>648</sup> Intern dienen Leitbilder den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern als Orientierungsgrundlage für Entscheidungen. Extern erfüllen Leitbilder die Funktion der Imagebildung.<sup>649</sup>

---

<sup>644</sup> Mühlbacher 2002, S. 22, 157, 118

<sup>645</sup> Mühlbacher 2002, S. 157

<sup>646</sup> Bleicher 1992, S. 84 f.

<sup>647</sup> Bleicher 1992, S. 101 f.

<sup>648</sup> Bleicher 1992, S. 185

<sup>649</sup> Bleicher 1992, S. 188

Prinzipiell gibt es zahlreiche Möglichkeiten, die Verbundpolitik auszurichten. Der Rahmen, in welchem der institutionelle Versorgungsverbund Entscheidungen hierzu treffen sollte, ist in Tabelle 17 dargestellt. Je nach Gestaltung der Verbundpolitik kann der institutionelle Versorgungsverbund eine eher opportunistische oder eine eher verpflichtende Grundorientierung der Verbundpolitik aufweisen. Eine opportunistische Grundorientierung der Verbundpolitik ist geprägt von einer einseitig an Investoren ausgerichteten Politik ohne tiefgreifende gesellschaftliche und soziale Verantwortung. Im Gegensatz dazu zeichnet sich eine verpflichtende Grundorientierung der Verbundpolitik durch Berücksichtigung verschiedener Anspruchsgruppen und eine hohe gesellschaftliche und soziale Verantwortung aus.<sup>650</sup>

**Tabelle 17: Grundorientierung der Verbundpolitik**

|                                      | <b>Verpflichtende Grundorientierung</b>   | <b>Opportunistische Grundorientierung</b>   |
|--------------------------------------|---|---|
| Zielausrichtung auf Anspruchsgruppen | Stakeholderansatz<br>- Starke Berücksichtigung der Ziele verschiedener Anspruchsgruppen<br><br>- Langfristig angelegte Zielfestlegung | Shareholderansatz<br>- Einseitige Berücksichtigung der Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds<br><br>- Kurzfristig angelegte Zielfestlegung                               |
| Entwicklungsorientierung             | Risikobereitschaft<br>- Stetige Weiterentwicklung der Leistungen<br><br>- Begegnung von Risiken                                       | Risikovermeidung<br>- Stetige Sicherung bestehender Leistungen<br><br>- Ausweichung von Risiken   |
| Ökonomische Zielausrichtung          | Ökonomische Verpflichtung<br>- Setzen neuer Standards<br>- Finanzielle Wertziele für den Aufbau neuer Potenziale                      | Improvisation<br>- Anpassung an bestehende Standards<br>- Finanzielle Wertziele als Existenzsicherung   |
| Gesellschaftliche Zielausrichtung    | Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung<br>- Hohe Bedeutung ökologischer Ziele<br>- Starker Einbezug gesellschaftlicher Anliegen   | Vermeidung gesellschaftlicher Verantwortung<br>- Erfüllung eines Mindestmaßes an ökologischer Verantwortung<br>- Erfüllung eines Mindestmaßes an gesellschaftlicher Verantwortung |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 101 ff.

<sup>650</sup> Bleicher 1992, S. 116

Verfestigung erfährt die Verbundpolitik durch die Verfassung des institutionellen Versorgungsverbunds. Die *Verbundverfassung* beinhaltet Grundsatzentscheidungen über die gestaltete Ordnung. Sie stellt die Summe aller relevanten Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds dar und legt somit einen generell zu respektierenden Verhaltensrahmen nach innen und außen fest. Verankern lässt sich die Verfassung über Satzungen, Geschäftsverteilungs- und Geschäftsordnungen.<sup>651</sup> Bei der Grundorientierung der Verfassung besitzt die Einbindung externer und interner Interessen sowie die Verteilung von Kompetenzen und Verantwortungen einen hohen Stellenwert.<sup>652</sup> Konkret geht es um die Einbindung von Anspruchsgruppen sowie die Art der Konfliktlösung, die interne Strukturierung der Interessen, die Kompetenzverteilung sowie die Innovationsorientierung.<sup>653</sup>

Mit einer opportunistischen und einer verpflichtenden Grundorientierung der Verbundverfassung ergeben sich zwei Extrempositionen möglicher Verfassungen. Ist die opportunistische Grundorientierung der Verbundverfassung geprägt von einer einheitlichen direktorialen Leitung mit einer offenen opportunistischen Zielausrichtung des Verbundträgers, welche sich auf eine Monitoringfunktion beschränkt, ist eine verpflichtende Grundorientierung der Verbundverfassung auf die Berücksichtigung und den Ausgleich vielfältiger Interessen bedacht.<sup>654</sup> Letzteres ist für den Erfolg des institutionellen Versorgungsverbunds von hoher Wichtigkeit, wenn eine langfristige Einbindung und Beteiligung aller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer angestrebt wird. Tabelle 18 zeigt typische Fragestellungen, welche die Verbundverfassung beantworten sollte, auf.

---

<sup>651</sup> Bleicher 1992, S. 185

<sup>652</sup> Bleicher 1992, S. 122 f., 137

<sup>653</sup> Bleicher 1992, S. 138 f.

<sup>654</sup> Bleicher 1992, S. 150

Tabelle 18: Grundorientierung der Verbundverfassung

|  | <b>Verpflichtende Grundorientierung</b>   | <b>Opportunistische Grundorientierung</b>  |
|--|---|--|
| Berücksichtigung von Interessen und Art der Konfliktlösung | <ul style="list-style-type: none"> <li>Streben nach Konsens</li> <li>- Berücksichtigung einer Vielzahl an verschiedenen Interessen</li> <li>- Einvernehmliche Umsetzung von Entscheidungen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konfliktlösung durch Konfrontation</li> <li>- Berücksichtigung der Interessen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> <li>- Umsetzung von Entscheidungen durch hierarchische Weisungen</li> </ul>       |
| Interne Strukturierung der Interessen                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Uneingeschränkte Autonomie der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> <li>- Dezentrales Treffen von Entscheidungen</li> <li>- Beschränkung gemeinsamer Regelungen auf grundsätzliche verbundpolitische Missionen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eingeschränkte Autonomie der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> <li>- Zentrales Treffen von Entscheidungen</li> <li>- Ausweitung gemeinsamer Regelungen auf möglichst viele Arbeitsbereiche</li> </ul> |
| Kompetenzverteilung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mehrstufige Verbundleitung</li> <li>- Aufteilung von Verantwortung</li> <li>- Hohe Eigenverantwortung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zentrale Kompetenzverteilung</li> <li>- Zentralisierung von Verantwortung</li> <li>- Hohe Verantwortung der Verbundleitung</li> </ul>   |
| Innovationsorientierung                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unterstützung bei Innovationen</li> <li>- Stetige Suche nach neuen Versorgungs- und Kooperationsformen</li> <li>- Prozessbegleitende Prüfung der Zielerreichung</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Überwachung von Innovationen</li> <li>- Sicherstellung bestehender Versorgungs- und Kooperationsformen</li> <li>- Nachträgliche Prüfung der Zielerreichung</li> </ul>   |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 137 ff.

Gelebt wird die Verbundpolitik und Verbundverfassung durch die Kultur des institutionellen Versorgungsverbunds. Die *Verbundkultur* drückt sich in Normen und Werten aus, welche quasi als Autopilot gewünschte Verhaltensweisen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer hervorrufen sollen.<sup>655</sup> Kennzeichnet ist die Verbundkultur sowohl durch ihre Differenziertheit und Offenheit als auch ihr Ausmaß, die Interessen der Verbundträger sowie der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer einzubinden.<sup>656</sup> Auch die Verbundkultur befindet sich in dem Spannungsfeld von Opportunismus und Verpflichtung. Eine opportunistische Grundorientierung der Verbundkultur ist

<sup>655</sup> Bleicher 1992, S. 153 ff.

<sup>656</sup> in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 166

gekennzeichnet von einer hohen Geschlossenheit gegenüber veränderten Wertvorstellungen der Gesellschaft, fest verankerten Traditionen und einer starken Spitzenorientierung. Eine verpflichtende Grundorientierung der Verbundkultur hingegen zeigt sich offen gegenüber unterschiedlichen Interessen, wodurch sie sich als änderungsbereit erweist.<sup>657</sup> Typische Kennzeichen einer verpflichtenden und opportunistischen Grundorientierung der Verbundkultur sind in Tabelle 19 aufgeführt.

**Tabelle 19: Grundorientierung der Verbundkultur**

|   | <b>Verpflichtende Grundorientierung</b>   | <b>Opportunistische Grundorientierung</b>  |
|---|---|--|
| Offenheit der Verbundkultur                                     | Vernetzte und zukunftsorientierte Verbundkultur<br>- Orientierung des Denkens und Handelns an sich wandelnden gesellschaftlichen Normen und Werten<br>- Langfristig angelegte Zielsetzung | Traditionsbestimmte insulare Verbundkultur<br>- Orientierung des Denkens und Handelns an intern gewachsenen Normen und Werten<br>- Langfristiger Bestand bestehender Verhaltensweisen    |
| Differenziertheit der Verbundkultur                             | Differenzierte Werthaltung<br>- Bestimmung der Normen und Werte durch Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer<br>- Akzeptanz differenzierter Wertvorstellungen                             | Werteintegrierte Einheitskultur<br>- Festlegung der Normen und Werte vom Verbundträger<br>- Implementierung einheitlicher Wertvorstellungen  |
| Kulturprägende Rolle der Verbundleitung                         | Unternehmerische Leistungskultur<br>- Schaffung von Strukturen, welche ein kreatives Einbringen fördern<br>- Ausrichtung der Normen und Werte vor dem Hintergrund der Nutzensteigerung    | Technokratische Leistungskultur<br>- Schaffung von Strukturen, welche die Befolgung von Vorgaben fördern<br>- Ausrichtung der Normen und Werte vor dem Hintergrund der Kostenreduzierung |
| Kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer | Einzelpersonengeprägte Leistungskultur<br>- Förderung eigenständiger und individueller Leistungsbeiträge<br>- Prägung der Normen und Werte durch einzelne Persönlichkeiten                | Kollektivgeprägte Leistungskultur<br>- Förderung der Loyalität<br>- Prägung der Normen und Werte durch das Kollektiv   |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 164 ff.

<sup>657</sup> Bleicher 1992, S. 176

Die gewählte Verbundpolitik, Verbundverfassung und Verbundkultur sollte in erster Linie die Überlebens- und Entwicklungsfähigkeit des institutionellen Versorgungsverbunds sicherstellen. Verantwortung des Wertesystems besteht sowohl gegenüber den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern als auch gegenüber verschiedenen Anspruchsgruppen.<sup>658</sup> Das gewählte Wertesystem beeinflusst die Ausgestaltung des Planungs- und Kontrollsystems sowie des Entwicklungssystems. Aus dem Wertesystem entspringt ein bestimmtes ideelles Milieu, welches Einfluss auf den institutionellen Versorgungsverbund besitzt und die Bereitschaft zur Teilnahme und den Prozess selbst generiert.<sup>659</sup>

Neben der Einigung auf gemeinsame Wertvorstellungen ist es Aufgabe des Wertesystems, diese ganzheitlich umzusetzen. Die Werte sind von allen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern zu tragen. Die Aufgaben des Wertesystems, wie die Verfassung von Leitlinien, übernehmen entweder Arbeitsgruppen oder die Verbundträger. Neben dem fachlich-formalen Zweck von Arbeitsgruppen helfen regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppen, Vertrauen zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern aufzubauen.<sup>660</sup> Die Stimmkraft der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sollte fest vereinbart sein. Sie kann gleichmäßig oder nach bestimmten Kriterien verteilt sein. Je größer die Anzahl der Mitglieder einer Arbeitsgruppe oder der Verbundträger ist, desto geringer wird deren Entschlusskraft eingeschätzt. Entschlüsse würden sich auf Kompromisse beschränken, wodurch die Gefahr besteht, die Innovationskraft des institutionellen Versorgungsverbunds einzuschränken.<sup>661</sup> Wenn jedoch nur wenige in die Arbeit des Wertesystems einbezogen werden, kann es zu einer fehlenden Identifikation einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer kommen. Der institutionelle Versorgungsverbund „kann nur Erfolg haben, wenn alle Beteiligten das System ideell mittragen“.<sup>662</sup>

---

<sup>658</sup> Bleicher 1992, S. 61

<sup>659</sup> Bauer 2005, S. 33

<sup>660</sup> Kofahl/Dahl/Döhner 2004, S. 71

<sup>661</sup> Nimz/Schirakowsky/Ziebarth 1992, S. 15

<sup>662</sup> Nimz/Schirakowsky/Ziebarth 1992, S. 15; Schubert 2005, S. 85

## **4 Anforderungen an die Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbands**

### **4.1 Begriff der Anforderung**

Nachdem ein Modell des Versorgungsverbands aufgezeigt wurde, stellt sich die Frage, wie der Versorgungsverband gestaltet sein sollte, um eine große Akzeptanz seitens potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erhalten, ohne dabei seinen prinzipiellen Zweck zu verlieren. Hierzu sind die Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer an den Versorgungsverband zu erfassen. Anforderungen umfassen alle notwendigen Bedingungen, die zum Erreichen bestimmter Ziele erforderlich sind. Es handelt sich um Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche bezüglich bestimmter Eigenschaften. Betriebswirtschaftlich gesehen leiten sich Anforderungen von Zielvorgaben ab, welche sich aus angestrebten, zukünftigen Verhaltensweisen oder Zuständen irgendwelcher Outputgrößen ergeben.<sup>663</sup> Die geordnete Gesamtheit von Zielen und deren Beziehungen wird als Zielsystem bezeichnet. Zur Erreichung vorgegebener Ziele bedarf es der Erfüllung einer Vielzahl an Anforderungen. Anforderungen können sich sowohl an Personen als auch an Leistungen richten.

Zur Systematisierung von Anforderungen an Personen kann das Vorgehen zur Arbeitsplatzbewertung des 1924 gegründeten Reichsausschusses für Arbeitszeitermittlung (REFA) und heutigen Verbands für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e.V. genutzt werden. Der Verband setzt sich unter anderem für die Weiterentwicklung von Arbeitsbedingungen, Arbeitsgegenständen, Arbeitsmethoden und Arbeitsverfahren ein. Hierfür ist eine systematische Beschreibung von Arbeitssystemen beziehungsweise Arbeitsaufgaben notwendig. Anhand der Analyse der Arbeitsaufgaben lassen sich Anforderungen ableiten, welche ein Arbeitsplatz an eine Person als Arbeitskraft stellt. Es lassen sich fachliche, gesundheitliche und soziale Anforderungen unterscheiden. In den folgenden Betrachtungen stehen vor allem die Anforderungen an die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbands im Fokus.

---

<sup>663</sup> Ulrich 1970, S. 114

Der Grad der Erfüllung gewünschter Anforderungen an eine Leistung gibt Aufschluss über deren Qualität. So wird nach der DIN EN ISO 9000:2008 Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ definiert.<sup>664</sup> Zunächst sind die Anforderungen, welche die Qualität beeinflussen, zu bestimmen. Diese werden von verschiedenen Seiten gestellt und können sich auf sämtliche Eigenschaften von Leistungen beziehen. Es ergeben sich vielfältige Anforderungen, die sich nach verschiedenen Kriterien systematisieren lassen. Tabelle 20 zeigt verschiedene Kriterien auf.

**Tabelle 20: Systematisierung von Anforderungen sowie ihrer Ausprägungen**

| Kriterium          | Ausprägungen  |
|--------------------|---|
| Adressatenbezug    | Nutzerbezogene, verbundbezogene und wettbewerbsbezogene Anforderungen         |
| Ausgangspunkt      | Extrinsische und intrinsische Anforderungen                                   |
| Bedeutsamkeit      | Basis-, Begeisterungs- und Zusatzanforderungen                                |
| Interdependenzen   | Komplementäre, konkurrierende, sich ausschließende und neutrale Anforderungen |
| Kundenerwartung    | Normative und prädikative Anforderungen                                       |
| Messbarkeit        | Messbare und nicht messbare Anforderungen                                     |
| Objektivität       | Objektive und subjektive Anforderungen  |
| Qualitätsdimension | Potenzial-, prozess- und ergebnisorientierte Anforderungen                    |
| Zielbezug          | Formal- und sachzielbezogene Anforderungen                                    |

**Quelle:** eigene Darstellung

Für den institutionellen Versorgungsverbund sind die Anforderungen der Nutzerinnen und Nutzer von besonderer Relevanz. Die Anforderungen der Nutzerinnen und Nutzer richten sich verstärkt an die konkrete Ausgestaltung der Versorgung im individuellen Versorgungsverbund. Der institutionelle Versorgungsverbund sollte somit seine Leistungen so ausrichten, dass diese im jeweiligen Einzelfall den vorliegenden Anforderungen gerecht werden können. Nur wenn die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds für die Nutzerinnen und Nutzer einen Zweck erfüllen, kann seine Existenz gesichert werden. Die Anforderungen an den individuellen Versorgungsverbund ergeben sich im Wesentlichen aus dem Versorgungsstil der zu versor-

<sup>664</sup> DIN 2005, S. 18

genden Person. Für die Festlegung der Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbands sind darüber hinaus die Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer von Interesse.

Die Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer an die Gestaltung des normativen und strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund werden aufgrund fehlender Informationen durch eine empirische Befragung erfasst. Die Anforderungen sind vor allem in Bezug auf ihre Möglichkeit, einen gewissen Grad an formaler Organisation zu schaffen, von Interesse, da diese Verbindlichkeit herstellt und für ein zielorientiertes Handeln des institutionellen Versorgungsverbands sorgt.<sup>665</sup> Somit ist es besonders interessant zu erfahren, welche Anforderungen potenzielle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer an die Grundorientierung des normativen Managements und die Ausrichtung des strategischen Managements stellen. Anhand der Kenntnis bezüglich der gewünschten Grundorientierung des normativen Managements und der Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund seitens potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer lassen sich Anforderungen an das operative Management ableiten.

Als potenzielle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer und somit zu befragende Personen kommen zahlreiche Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in Betracht. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit sollen die Akteure und Einrichtungen in die Befragung einbezogen werden, die eine zentrale Stellung bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen einnehmen. Demnach gehören zu den befragten Akteuren auf der Seite der Leistungserbringer niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern sowie Leiterinnen und Leiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen. Als zentrale Kostenträger nehmen Kranken- und Pflegekassen eine wichtige Rolle ein. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen werden daher ebenso befragt.

Eine direkte Erfassung der Anforderungen an die Grundorientierung des normativen Managements und Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund ist aufgrund eines fehlenden einheitlichen Verständnisses bezüglich des Verbundbegriffs seitens der zu befragenden Akteure und Einrichtungen nicht möglich. Ein weitverbreiteter Begriff ist das Netzwerk, welches dem institutionellen Versorgungsverbund nahe

---

<sup>665</sup> Narten 2008, S. 14

kommt. Die Möglichkeiten der Netzwerkbildung sind im Gesundheits- und Sozialwesen eingeschränkt, was zu Verwirrung der Beteiligten führen kann. Auch die Vorstellung, dass die Einrichtungen ihre rechtliche und wirtschaftliche Selbstständigkeit zugunsten einer gemeinsamen Leitung des Netzwerks einschränken müsste, dürfte viele von einer Teilnahme an der Befragung abhalten. Eine unverbindliche Form der Zusammenarbeit besteht in der Koordination. Der Koordinationsbegriff erweist sich aufgrund seiner relativen Eindeutigkeit und Neutralität als vorteilhaft. Ein weiterer Vorteil ist, dass der Koordinationsbegriff keine unmittelbaren Assoziationen mit bereits bestehenden Ansätzen wie der integrierter Versorgung, dem Case Management oder den Pflegestützpunkten hervorruft. Nachteilig wirkt sich allerdings der fehlende Netzwerkcharakter des Koordinationsbegriffs aus.

Bei der Erfassung der Anforderungen ist weiterhin zu berücksichtigen, dass die zu befragenden Akteure stets eingebunden sind in formale, meist hierarchisch strukturierte Organisationen, welche ihr Handeln mitbestimmen.<sup>666</sup> Neben ihren individuellen Einstellungen müssen die Befragten daher auch die Ziele und Zwecke dieser Organisation beachten. Stets sind auch rechtliche Rahmenbedingungen einzuhalten, die Einfluss auf die Entscheidungsfreiheiten der befragten Personen nehmen. Nicht zu vernachlässigen sind weiterhin die vielfältigen Ansprüche und Erwartungen ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Neben diesen stellen auch weitere Personen Anforderungen. Eine isolierte Erfassung der Anforderungen der Akteure und Einrichtungen gestaltet sich somit problematisch, da Anforderungen verschiedener Gruppen auf sie einwirken. Eine Trennung zwischen den tatsächlich eigenen Anforderungen und den Anforderungen, die andere Personen stellen, ist seitens der Befragten oftmals nicht eindeutig möglich.

Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens werden nur dann am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmen, wenn sie sich einen Nutzen davon versprechen. Dieser Nutzen kann sich auf die Verbesserung ihrer finanziellen Situation oder die Verbesserung ihrer sachbezogenen Leistungen beziehen. Förderlich auf eine Beteiligung wirken sich Maßnahmen aus, die zu einer Erhöhung ihrer Einflussmöglichkeiten und zu einer Reduzierung ihrer Abhängigkeiten führen. Eine hohe Einflussmöglichkeit sowie eine geringe Abhängigkeit von anderen Akteuren und Einrichtungen tragen dazu bei, eigene Ziele besser steuern zu können. Akteure und Einrichtungen zur Teil-

---

<sup>666</sup> Wagner 2004, S. 15; Smolka 2006, S. XV

nahme zu motivieren, die bereits hohe Einflussmöglichkeiten im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens sowie eine geringe Abhängigkeit von anderen Akteuren und Einrichtungen besitzen, erweist sich daher als besonders schwierig.

Inwieweit Akteure und Einrichtungen von einer Teilnahme am institutionellen Versorgungsverbund finanziell sowie sachbezogen profitieren könnten, soll im Folgenden anhand der Versorgungskette verdeutlicht werden. Die Versorgungskette veranschaulicht Abhängigkeiten und Machtpositionen zentraler Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Abbildung 34 zeigt eine typische Versorgungskette im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Die Versorgungskette geht davon aus, dass sich trotz der Vielfalt an Lebenslagen und Versorgungsstilen idealtypische Versorgungsverläufe hilfe- und pflegebedürftiger Personen ergeben. Demnach kommt es häufiger zu einer wiederholten Inanspruchnahme weniger Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Zu den zentralen Einrichtungen gehören hierbei im besonderen Maße Arztpraxen, ambulante Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäuser.<sup>667</sup> Mit steigendem Hilfe- und Pflegebedarf nimmt die Bedeutung stationärer Pflegeeinrichtungen zu.

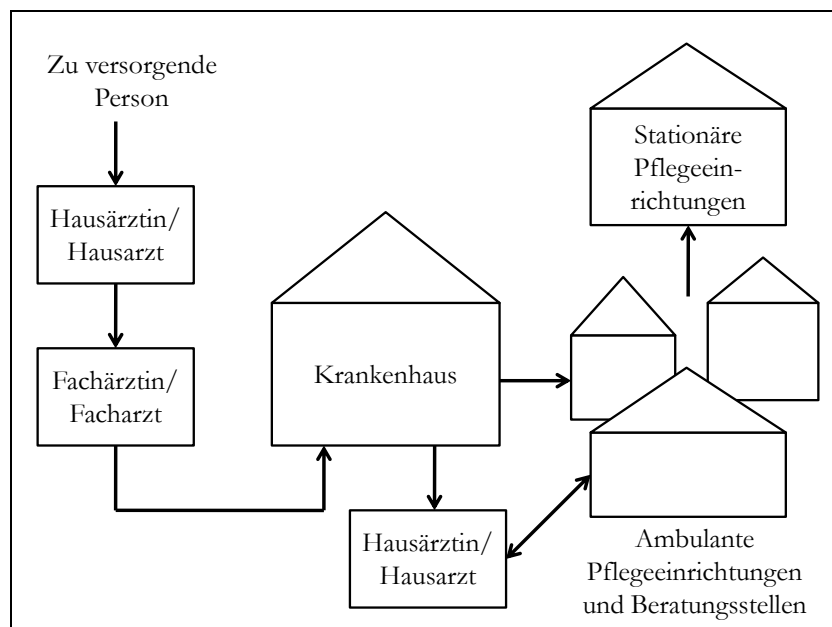


Abbildung 34: Einrichtungen und Schnittstellen der Versorgungskette

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Dieffenbach/Landenberger/von der Weiden 2002, S. 349

<sup>667</sup> Smolka 2006, S. 13

Erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen sind zumeist die Hausärztinnen und -ärzte. Bei Bedarf überweisen diese ihre Patientinnen und Patienten an Fachärztinnen und -ärzte oder weisen sie in Krankenhäuser ein. Mit der Entlassung aus dem Krankenhaus übernehmen Hausärztinnen und -ärzte erneut die medizinische Versorgung. Eventuell vermittelt das Krankenhaus speziell der soziale Dienst oder die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt ambulante Dienste. Diese unterstützen die häusliche Versorgung, indem sie pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie Beratungs- und Betreuungsaufgaben übernehmen. Lässt sich die Versorgung ambulant nicht mehr sichern, kommt es vermehrt zur Inanspruchnahme teilstationärer bis hin zur Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen. Die Trennung ambulanter und stationärer Versorgung löst sich politisch motiviert zugunsten einer Stärkung der ambulanten Versorgung nach und nach auf. Schlagworte, die die Versorgungssystemdebatte seit Jahren bestimmen, sind unter anderem Bettenabbau, Drehtüreffekte, Klinikhopping, Patientenorientierung, Patientenrechte und Verweildauerverkürzung. Insgesamt führt die Entwicklung zu einer immer schnelleren und frühzeitigeren Entlassung aus dem stationären Sektor und einer Verlagerung ehemals stationärer Leistungen auf den ambulanten Sektor.

Insbesondere die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein auf Fallpauschalen basierendes Entgeltsystem (DRG-Finanzierung) und die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung verstärken diesen Effekt. Die Übergänge zwischen dem ambulanten und stationären Sektor werden fließender und neue Versorgungskonzepte werden benötigt. Diese Konzepte sollten die Ressourcen und individuellen Gegebenheiten der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen stärker in den Mittelpunkt stellen. Konkret geht es um die Verlagerung der Konzentration von einem akut dominierenden Krankenhaussektor hin zum Aufbau gemeindenaher integrierter Versorgungsstrukturen.<sup>668</sup> Hierzu bedarf es einer Verstärkung der Zusammenarbeit und Abstimmung unter den beteiligten Akteuren und Einrichtungen. Trotz des gesellschaftlichen Konsenses „Vernetzung ist gut“ entsteht jedoch noch kein konkretes Handeln.<sup>669</sup> Die Bereitschaft zur Vernetzung stellt sich bei den Akteuren unterschiedlich dar. Vor dem Hintergrund der Versorgungskette und der damit verbundenen Position einzelner Akteure und Einrichtungen im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sollen nachfol-

---

<sup>668</sup> Achenbach 2004, S. 35

<sup>669</sup> Smolka 2006, S. 105

gend Annahmen bezüglich einer wünschenswerten Ausgestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds aus der Perspektive von Arztpraxen, Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Kranken- und Pflegekassen aufgestellt werden.

## 4.2 Annahmen bezüglich der Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer

### 4.2.1 Perspektive von Arztpraxen

Wie anhand der Versorgungskette verdeutlicht wird, nehmen Hausärztinnen und -ärzte eine Schlüsselstellung im Gesundheits- und Sozialwesen ein. Sie sind die erste und zumeist wichtigste Anlaufstelle bei medizinischen Beschwerden. Nach Ergebnissen der Berliner Altersstudie nehmen 93 Prozent der 70-Jährigen und Älteren regelmäßig hausärztliche Betreuung in Anspruch.<sup>670</sup> Aufgaben der Hausärztin beziehungsweise des Hausarztes bestehen in der Heilung, Linderung und Vermeidung von Krankheiten mit dem Ziel, die Autonomie und Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten. Neben der Erstellung eigener medizinischer Leistungen veranlassen Hausärztinnen und -ärzte andere Leistungsanbieter im Gesundheits- und Sozialwesen, Leistungen für ihre Patientinnen und Patienten zu erbringen. Die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt ist somit nicht nur zentrale Anlaufstelle bei medizinischen Beschwerden, sondern auch zentrale Zuweisungsstelle von Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Diese Rolle wird auch mit dem Begriff „Gatekeeper“ beschrieben.<sup>671</sup>

Insgesamt führt die Stellung von Hausärztinnen und -ärzten dazu, dass sie relativ unabhängig von anderen Leistungsanbietern des Gesundheits- und Sozialwesens agieren können. Gleichzeitig besitzen sie hohe Einflussmöglichkeiten auf die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. In ihrem Berufsalltag bestimmen sie ihre Aktivitäten weitgehend selbst und weisen Aufgaben überwiegend zu.<sup>672</sup> Mangelnde Kooperationsbereitschaft stellt somit keine existenzielle Bedrohung für die Arztpraxis dar.<sup>673</sup> Stattdessen drohen ihnen mit einer Teilnahme am institutionellen Versorgungsverbund Einbußen hinsichtlich

---

<sup>670</sup> Linden/Gilberg/Horgas u.a. 1996, S. 475

<sup>671</sup> Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 107

<sup>672</sup> Smolka 2006, S. 139

<sup>673</sup> Garms-Homolová 1996, S. 40

ihrer Autonomie und Gestaltungsfreiräume. Insgesamt wirken sich diese Rahmenbedingungen nicht förderlich auf die Kooperationsbereitschaft niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aus. Zu einer Teilnahme sind sie wahrscheinlich nur zu motivieren, wenn den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern hohe Entscheidungsfreiheiten durch eine dezentrale Führung eingeräumt werden. Dies ist bei einer veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements eher der Fall als bei einer stabilitätsorientierten Ausrichtung.

In Bezug auf die Grundorientierung des normativen Managements sehen sich die Hausärztinnen und -ärzte mehreren Anspruchsgruppen gegenüber verpflichtet. In erster Linie nehmen sie gegenüber ihren Patientinnen und Patienten eine Anwaltsfunktion ein und streben nach ihrer bestmöglichen Versorgung. Darüber hinaus sind sie gefordert, die Kosten der Versorgung aus gesamtgesellschaftlicher Sicht niedrig zu halten. Gleichzeitig sind durch Vorgaben von Budgetgrenzen ihre Verdienstmöglichkeiten begrenzt. Die Mehrzahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte dürfte vor diesem Hintergrund eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements befürworten, welche sich gegenüber den Zielen mehrerer Anspruchsgruppen verpflichtet sieht. Ärztinnen und Ärzte werden voraussichtlich an der Koordination nur teilnehmen, wenn sich dadurch ihre Einkommenssituation verbessern kann. Unter diesen Bedingungen sollten auch Elemente einer opportunistischen Grundorientierung des normativen Managements im institutionellen Versorgungsverbund Berücksichtigung finden.

#### **4.2.2 Perspektive von Krankenhäusern**

Im Gegensatz zu Hausärztinnen und -ärzten sind Krankenhäuser hinsichtlich ihres Zugangs zu Patientinnen und Patienten auf Einweisungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich angewiesen.<sup>674</sup> Durch die Abhängigkeit der Krankenhäuser vom Einweisungsverhalten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte dürften sie durchaus an einer Kooperation mit ihnen interessiert sein. Eine Zunahme an Patientinnen und Patienten kann die Fallzahlen und somit die Erlöse seitens der Krankenhäuser steigern. Ist keine weitere erfolgversprechende medizinische Behandlung der Patientin beziehungsweise des Patienten im Krankenhaus möglich, kommt es zur Entlassung und Weiterversorgung durch andere Einrichtungen beispielsweise im Pflegefall

---

<sup>674</sup> Smolka 2006, S. 162

durch stationäre Pflegeeinrichtungen. Die weitere medizinische Versorgung erfolgt oftmals durch Hausärztinnen und -ärzte. Bei Pflege- und Hilfebedürftigkeit sind weiterhin die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeeinrichtungen sowie die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung in Betracht zu ziehen. Bei der Entlassung der Patientinnen und Patienten in ihr häusliches Umfeld oder eine stationäre Einrichtung sollten die Lebensumstände der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen vor der Krankenhausaufnahme sowie ihre Wünsche und die zur Rehabilitation benötigten Ressourcen analysiert werden.<sup>675</sup>

Vor dem Hintergrund des Kostendrucks und der DRG-Finanzierung steigt das Streben von Krankenhäusern, die Verweildauer zu verkürzen. Eine verkürzte Verweildauer und die damit verbundene frühere Entlassung der Patientinnen und Patienten führt zu einem Anstieg der Anforderungen an die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. Die Versorgung nach der Entlassung erfordert mitunter eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und nachfolgenden Versorgungseinrichtungen. Insbesondere hilfe- und pflegebedürftige Personen besitzen einen weitergehenden Versorgungsbedarf, den Krankenhäuser aus Kostengründen immer seltener leisten möchten. Sie suchen nach neuen kostengünstigeren Versorgungskonzepten wie beispielsweise Patientenhotels oder streben eine Übernahme ihrer Patientinnen und Patienten durch andere Einrichtungen an. Zu diesen gehören insbesondere Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen.<sup>676</sup>

Die tendenziell größere Notwendigkeit seitens der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit sowie der spürbar höhere Kostendruck könnten dazu führen, dass sie im Vergleich zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine weniger starke veränderungsorientierte Ausrichtung zugunsten einer stärkeren stabilitätsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund bevorzugen würden. Ähnlich wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sehen sie sich vielfältigen Anspruchsgruppen gegenüber verpflichtet, sodass die Mehrheit der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern wahrscheinlich eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements im institutionellen Versorgungsverbund, die vielfältige Anforderungen berücksichtigt, bevorzugt. Der steigende Kostendruck im Gesundheitswesen führt zu einer zunehmenden Binnendifferen-

---

<sup>675</sup> Campbell/Naylor/NICHE-Fakultät 2001, S. 189

<sup>676</sup> Schneider 2006, S. 53; Smolka 2006, S. 163

zierung und Rationalisierung der Abläufe im Krankenhausalltag. Die Verpflichtung gegenüber dem Krankenhausträger könnte somit die Grundorientierung des normativen Managements beeinflussen und die Befragten könnten auch eine opportunistische Grundorientierung nicht vollständig ablehnen.

### 4.2.3 Perspektive von ambulanten Pflegeeinrichtungen

Zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung vermitteln oftmals Hausärztinnen und -ärzte und bei Entlassungen aus dem Krankenhaus der Krankenhaussozialdienst Leistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen.<sup>677</sup> Zur Sicherung der wirtschaftlichen Existenz sind ambulante Pflegeeinrichtungen somit von dem Vermittlungsverhalten anderer Akteure und Einrichtungen des ambulanten und stationären Gesundheitswesens abhängig.<sup>678</sup> Das Klientel ambulanter Pflegeeinrichtungen setzt sich vorrangig aus chronisch kranken, hochaltrigen und multimorbiden Personen zusammen, die neben der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen oftmals umfangreiche medizinische Betreuung durch Hausärztinnen und -ärzte benötigen. In den letzten Jahren ist der Bedarf nach medizinischer Versorgung der von ambulanten Pflegeeinrichtungen versorgten Personen gestiegen. Grund hierfür liegt hierbei auch in dem Streben von Krankenhäusern durch frühere Entlassungen, die Verweildauer ihrer Patientinnen und Patienten zu senken.<sup>679</sup>

Im Rahmen der Behandlungspflege unterstützen ambulante Pflegeeinrichtungen die ärztliche Diagnostik und Therapie. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegeeinrichtungen übernehmen beispielsweise die Medikamentendosierung und -gabe, die Dokumentation von Nebenwirkungen, auffälligen Symptomen und Veränderungen sowie die zeitnahe Übermittlung von Informationen an die jeweilige Hausärztin beziehungsweise den jeweiligen Hausarzt.<sup>680</sup> Sie können somit einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Erkrankungen, zum Beispiel Demenz, leisten. Ihr Vorteil besteht unter anderem darin, dass sie die Alltagssituation der hilfe- und pflegebedürftigen Personen kennen und Verhaltensänderungen häufig eher feststellen als die behandelnde Hausärztin beziehungsweise der behandelnde Hausarzt.<sup>681</sup> Eine Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und -ärzten sowie Mitarbeiterinnen und Mitar-

---

<sup>677</sup> Smolka 2006, S. 173

<sup>678</sup> Smolka 2006, S. 174

<sup>679</sup> Schmidt 1999, S. 28; Achenbach 2004, S. 35

<sup>680</sup> Tews 2005, S. 53

<sup>681</sup> Tews 2005, S. 56

beitern ambulanter Pflegeeinrichtungen sollte auch bei der Erstellung, Evaluierung und Korrektur von Pflegekonzepten insbesondere bei aktivierenden Pflegemaßnahmen und beim Erkennen von Rehabilitationspotenzialen bestehen.<sup>682</sup> Mit dem Verschreiben von Leistungen der Behandlungspflege nehmen Hausärztinnen und -ärzte direkt Einfluss auf die Leistungen und Verdienstmöglichkeiten ambulanter Pflegeeinrichtungen. Mit der Möglichkeit, neue Zielgruppen zu erschließen und der damit verbundenen Eröffnung neuer Einkommensquellen steigen die Bestrebungen ambulanter Pflegeeinrichtungen, neue Entwicklungspotenziale zu nutzen und sich zukunftsorientiert auszurichten.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegeeinrichtungen erbringen ihre Leistungen im privaten Wohnbereich der zu versorgenden Person. Ihre Arbeit sollten sie somit nicht nur an die spezifischen Bedarfslagen der zu versorgenden Personen, sondern auch an die Rahmenbedingungen der Wohnumgebung anpassen. Das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegeeinrichtungen ist geprägt von einer hohen Rücksichtnahme und einer stetigen Anpassung ihrer Leistungserbringung. Sie sehen es als eine Art „moralische Verpflichtung“, die Not der Betroffenen zu lindern und stellen eigene Anliegen oftmals zurück. Ihr Handlungsspielraum wird beschränkt durch straffe rechtliche Regelungen, die mitunter minutengenaue Zeitangaben hinsichtlich verschiedener pflegerischer und hauswirtschaftlicher Verrichtungen enthalten, sowie durch ihre Abhängigkeit von ärztlichen Entscheidungen, insbesondere im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege. Das Auftreten von Unzufriedenheit aufgrund der Erkenntnis, nicht in dem Umfang helfen und unterstützen zu können, wie es aus ihrer Sicht manchmal erforderlich ist, tritt bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegeeinrichtungen häufig auf. Sie erhalten aufgrund ihrer Anwesenheit in der Häuslichkeit der zu versorgenden Personen einen Einblick in „deren gesamten – mitunter defizitären – sozialen und versorgungsbezogenen Kontext“, dem sie oftmals hilflos gegenüberstehen.<sup>683</sup>

Ambulante Pflegeeinrichtungen dürften auf vielfältige Weise an einer Zusammenarbeit mit Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens interessiert sein. Zum einen lässt sich aus ihrer Sicht durch Zusammenarbeit eine kontinuierlichere Versorgung sichern und zum anderen kann eine

---

<sup>682</sup> Fischer/Junius-Walker/Aeffner u.a. 2002, S. 47

<sup>683</sup> Smolka 2006, S. 120

Zusammenarbeit ihre Einkommenssituation verbessern.<sup>684</sup> Aus der Perspektive ambulanter Pflegeeinrichtungen dürfte mit einer verstärkten Zusammenarbeit und einer Teilnahme am institutionellen Versorgungsverbund die Hoffnung auf eine höhere Einflussmacht hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung ihrer Klienten im Vordergrund stehen. Das Suchen nach Verbesserungen in der Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Personen ist eng verknüpft mit dem kulturellen Verständnis des Pflegeberufs.<sup>685</sup> Das Ziel, durch Kooperation und Vernetzung eine verbesserte Versorgung zu erreichen, stimmt mit dem zentralen Anspruch ambulanter Pflegeeinrichtungen und ihrem Anspruch an die pflegerische Fachlichkeit überein.<sup>686</sup> Diese Ansicht dürfte sich bei Beschäftigten von ambulanten Pflegeeinrichtungen mit einer weltanschaulichen, religiös geprägten Trägerschaft noch verstärken.

Aber auch die Sicherstellung der eigenen wirtschaftlichen Existenz ist für ambulante Pflegeeinrichtungen von Bedeutung und lässt sich durch eine stärkere Zusammenarbeit erreichen. Hinsichtlich der Grundorientierung des normativen Managements und der Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund werden Beschäftigte ambulanter Pflegeeinrichtungen eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements und eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements befürworten.

#### **4.2.4 Perspektive von stationären Pflegeeinrichtungen**

Im Gegensatz zu ambulanten Pflegeeinrichtungen erbringen stationäre Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen in ihrer eigenen Einrichtung. Stationäre Pflegeeinrichtungen übernehmen die vollständige Sicherstellung der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung sowie der sozialen Betreuung. Teilweise lagern sie einzelne Bereiche, beispielsweise die Reinigung aus, wobei die Verantwortung weiterhin bei der stationären Pflegeeinrichtung verbleibt. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit bei Beziehungen von stationären Pflegeeinrichtungen zu Anbietern von Leistungen, deren Verantwortung bezüglich der Sicherstellung der Leistungserbringung weiterhin bei der stationären Pflegeeinrichtung verbleibt, nicht von einer Zusammenarbeit gesprochen.

---

<sup>684</sup> Smolka 2006, S. 125

<sup>685</sup> Smolka 2006, S. 185 f.

<sup>686</sup> Smolka 2006, S. 186

Aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes stationärer Pflegeeinrichtungen ist eine enge Zusammenarbeit erst bei speziellen Bedarfslagen, welche den Einsatz von Spezialisten erfordern, und der medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner notwendig. Stationäre Pflegeeinrichtungen arbeiten beispielsweise mit mehreren Hausärztinnen und -ärzten zusammen. Die freie Arztwahl fördert die teilweise hohe Anzahl verschiedener Hausärztinnen und -ärzte in einer Einrichtung. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und -ärzten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stationärer Pflegeeinrichtungen erfordert einen hohen Einsatz der Beteiligten und gelingt häufig nur ansatzweise.<sup>687</sup> Diese ist aber durchaus von großem Vorteil, insbesondere bei der Früherkennung von Erkrankungen, der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, der Schmerzbehandlung sowie der Versorgung mit Medikamenten.

Nicht immer können die Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflegeeinrichtung medizinisch versorgt werden und eine Unterbringung im Krankenhaus lässt sich nicht vermeiden. Mit der Einführung der Finanzierung von Krankenhäusern durch Fallpauschalen konzentrieren sich diese vorrangig auf die medizinische Behandlung. Eine optimale Gestaltung der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und stationärer Pflegeeinrichtung ist beim Übergang von der einen in die andere Einrichtung für die Bewohnerinnen und Bewohner von großer Bedeutung. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus, insbesondere dem Sozialdienst, notwendig. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Krankenhaussozialdienst dient stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin als Zugangsoption zu neuen Bewohnerinnen und Bewohnern. Neben Krankenhäusern vermitteln Hausärztinnen und -ärzte und ambulante Pflegeeinrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind somit auf vielfältige Weise auf eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens angewiesen. Hierbei dürften aus der Sicht stationärer Pflegeeinrichtungen verbindliche Regelungen eher bevorzugt werden als unverbindliche Absprachen. Eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund dürfte somit durchaus auf Akzeptanz stoßen. Gleichzeitig sollte der institutionelle Versorgungsverbund stationären Pflegeeinrichtungen Raum für Anpassungen und Innovationen geben und somit auch Elemente einer veränderungsorientierten

---

<sup>687</sup> Smolka 2006, S. 105, 185

Ausrichtung des strategischen Managements besitzen. Dies ist besonders vor dem Hintergrund wichtig, dass stationäre Pflegeeinrichtungen als Interessenvertreter ihrer Bewohnerinnen und Bewohner auftreten und somit aktiv Einfluss auf die Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds nehmen möchten. Eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements gibt den einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mehr Gestaltungsfreiheiten. Hinsichtlich der Grundorientierung des normativen Managements eignet sich aufgrund der Vielzahl an Anforderungen verschiedener Anspruchsgruppen, mit denen sich stationäre Pflegeeinrichtungen konfrontiert sehen, eher eine verpflichtende Grundorientierung.

#### **4.2.5 Perspektive von Kranken- und Pflegekassen**

Kranken- und Pflegekassen übernehmen Aufgaben des Gesundheits- und Pflegemanagements, arbeiten an der Umsetzung politischer Vorgaben und treten als Interessenvertreter ihrer Versicherten auf.<sup>688</sup> Sie zählen neben privaten Haushalten und öffentlichen Trägern der Sozialhilfe zu den wesentlichen Kostenträgern von Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen. Im Gegensatz zu den bisher betrachteten Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nehmen sie nahezu nie an der direkten Erbringung von Versorgungsleistungen teil. Sie besitzen somit unter den hier berücksichtigten Akteuren und Einrichtungen als Leistungsfinanzierer eine Sonderrolle. Als Kostenträger besitzen Kranken- und Pflegekassen eine hohe Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern des Gesundheits- und Sozialwesens. Sie entscheiden über die Zulassung von Einrichtungen und nehmen über Verträge direkt Einfluss auf die Qualität und Vergütung der Leistungserbringung. Hierbei handeln sie stets im eigenen Interesse, wobei sie von zwei Seiten bedrängt werden, einerseits von ihren Versicherten und andererseits von politischen Entscheidungsträgern. Durch die Kostensenkungserwartung des Staates und die Forderung nach stabilen Beiträgen sowie den Anspruch der Versicherten auf eine optimale und breite Versorgung befinden sich die Kranken- und Pflegekassen in einem Interessenkonflikt.<sup>689</sup> Sie sollten sowohl auf die Sicherung bestehender Leistungen sowie die Weiterentwicklung der Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens, insbesondere wenn sie der Kostensenkung dienen, hinwirken. Hieran sollte sich auch die Ausrich-

---

<sup>688</sup> Esslinger 2009, S. 30

<sup>689</sup> Plagens 2002, S. 154

tung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund orientieren und neben stabilitätsorientierten auch veränderungsorientierte Elemente beinhalten.

Die derzeit rund 200 Kranken- und Pflegekassen stehen mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit im Jahr 1996 im Wettbewerb um attraktive Versicherte. Ihr Streben nach attraktiven Versicherten ist durch festgesetzte Beiträge und einen vorgegebenen Katalog an Pflichtleistungen auf das Anbieten von Kannleistungen beschränkt. Eine dieser Kannleistungen ist die Bereitstellung von Angeboten der integrierten Versorgung. Diese dürften sich jedoch verstärkt an Versicherte richten, die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung in geringem Umfang nutzen. Hilfe- und pflegebedürftige Personen gehören in aller Regel nicht dazu. Kranken- und Pflegekassen werden sich an Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen insbesondere dann beteiligen, wenn dadurch Kosten der Versorgung gesenkt werden können.

### **4.3 Erfassung der Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer**

#### **4.3.1 Erkenntnisinteresse und Zielsetzung**

Getragen wird der institutionelle Versorgungsverbund von seinen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern. Der institutionelle Versorgungsverbund ist daher so zu gestalten, dass potenzielle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer bereit sind, ihre Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen im institutionellen Versorgungsverbund anzubieten und auf die Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der Nutzerinnen und Nutzer abzustimmen. Es ist daher von besonderem Interesse, welche Anforderungen sie an die Koordination von Versorgungsleistungen stellen. Die Anforderungen seitens Arztpraxen, Krankenhäusern, ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Kranken- und Pflegekassen stehen aufgrund ihrer Bedeutung bei der Erbringung und Finanzierung formeller Versorgungsleistungen im Zentrum der Betrachtung. Vor allem sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Akteuren der verschiedenen Einrichtungstypen zu untersuchen. Des Weiteren ist das Wissen hinsichtlich ihrer Anforderungen insgesamt von Interesse, um eine hohe Beteiligung der Akteure und Einrichtun-

gen des Gesundheits- und Sozialwesens an einem institutionellen Versorgungsverbund zu erreichen.

Die empirische Erfassung der Anforderungen an die Koordination von Versorgungsleistungen soll einen Beitrag leisten, Empfehlungen für die Gestaltung des normativen, strategischen und operativen Managements im institutionellen Versorgungsverbund auszusprechen. Bei der Erfassung der Präferenzen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer hinsichtlich der strategischen Ausrichtung stehen die Anforderungen an die Verbundleistungen, die Verbundstruktur, das Kommunikationssystem sowie die Verhaltenssteuerung des institutionellen Versorgungsverbunds im Fokus. Es stellt sich insbesondere die Frage, inwiefern die Befragten eher eine veränderungsorientierte beziehungsweise stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements bevorzugen. Neben der Erfassung der Präferenzen hinsichtlich der Ausrichtung des strategischen Managements soll die wünschenswerte Grundorientierung des normativen Managements erhoben werden. Hierzu sind die Anforderungen an die Verbundpolitik, die Verbundverfassung sowie die Verbundkultur des institutionellen Versorgungsverbunds zu erfragen. Anhand der Anforderungen lässt sich erkennen, inwieweit eine opportunistische beziehungsweise verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements präferiert wird. Speziell sind bereits aufgestellte Annahmen bezüglich der Anforderungen potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zu prüfen.

Wie bereits erwähnt, erweist sich eine Zusammenarbeit verschiedener Akteure und Einrichtungen besonders dann erfolgreich, wenn Einigkeit bezüglich gemeinsam zu erreichender Ziele, Klarheit über Aufgaben, Funktionen und Rollen, ein hohes Engagement der Beteiligten sowie Offenheit gegenüber Innovationen und der Arbeitsweise anderer Berufsgruppen besteht.<sup>690</sup> Es sind daher unter anderem Kenntnisse bezüglich der Anforderungen an die Eigenschaften von Versorgungsleistungen aus der Perspektive einzelner Akteure und Einrichtungen sowie ihrer Gesamtheit von Interesse. Ein gemeinsames Verständnis hinsichtlich der Eigenschaften von Versorgungsleistungen kann Zielkonflikte vermindern. Aber auch die Kenntnis über unterschiedliche Anforderungen an die Eigenschaften von Versorgungsleistungen kann helfen, gemeinsam an einer von allen Beteiligten akzeptierten Gestaltung der Leistungen mit dem Ziel der bestmöglichen Befriedigung personaler Bedürfnisse zu arbeiten.

---

<sup>690</sup> Jünger 2006, S. 20 f.

Zur Schaffung von Klarheit bezüglich Aufgaben, Funktionen und Rollen ist es beispielsweise wichtig zu erfahren, welche Akteure und Einrichtungen sich inwieweit für die Koordination von Versorgungsleistungen im Einzelfall sowie insgesamt einsetzen sollen und inwieweit sie an einer Zusammenarbeit mit Anderen interessiert sind. Die Anzahl der Akteure und Einrichtungen, die Verantwortung bei der Koordination von Versorgungsleistungen übernehmen sollen, gibt unter anderem Auskunft über die gewünschte Form des operativen Verbundmanagements. So kann angenommen werden, dass Akteure und Einrichtungen, die eine hohe Anzahl an Akteuren und Einrichtungen in die Aufgaben der Koordination einbinden möchten, ein polyzentrisches Verbundmanagement bevorzugen. Wohingegen Akteure und Einrichtungen, die diese Aufgaben nur einer geringen Anzahl an Akteuren und Einrichtungen übertragen würden, sich eher für ein fokales oder zentrales Verbundmanagement aussprechen dürften. Anhand der Anzahl an Akteuren und Einrichtungen, mit denen eine Zusammenarbeit angestrebt wird, lassen sich Rückschlüsse auf die bevorzugte Leistungsbreite und -tiefe des institutionellen Versorgungsverbunds ziehen.

Mit dem Ziel, ein hohes Engagement der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zu erreichen, sind die Rahmenbedingungen, unter denen sie sich an der Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen würden, sowie ihre Ziele, welche sie damit in Verbindung setzen, zu erfassen. Das normative und strategische Management im institutionellen Versorgungsverbund ist unter Berücksichtigung der Einzelnen sowie gemeinsamen Anforderungen und Ziele zu gestalten. Von Interesse sind weiterhin das Ausmaß der Befürwortung ausgewählter Maßnahmen sowie die Teilnahmebereitschaft an ausgewählten Maßnahmen zur Koordination von Versorgungsleistungen. Hieraus lassen sich gewünschte Gestaltungsoptionen für den institutionellen Versorgungsverbund aufzeigen.

### 4.3.2 Methodische Vorgehensweise

Zur Erfassung von Einstellungen und Meinungen ist die Methode der schriftlichen Befragung nahezu unverzichtbar.<sup>691</sup> Schriftliche Befragungen besitzen eine hohe Durchführungsobjektivität, da keine Interviewerin beziehungsweise kein Interviewer Einfluss auf das Antwortverhalten der Befragten nimmt.<sup>692</sup> Weiterhin können die Befragten den Zeitpunkt sowie das Tempo der Bearbeitung selbst bestimmen. Es wird davon ausgegangen, dass die Befragten so zu reflektierteren Antworten kommen.<sup>693</sup>

Als Erhebungsinstrument diente ein Fragebogen (siehe Anhang). Im Sommer 2010 wurden 155 Fragebögen an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern, Leiterinnen und Leiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen verschickt. Dem Fragebogen lag ein Anschreiben bei, welches über die Zielsetzung der Untersuchung informierte, Anonymität zusicherte und Regelungen bezüglich der Rückgabe enthielt. Vor der Durchführung der Befragung wurden Pretests durchgeführt, um die Verständlichkeit und Vollständigkeit des Fragebogens zu prüfen sowie die Befragungsdauer abzuschätzen.<sup>694</sup> Zum Einsatz kam die „Laut-Denken-Methode“, bei der die Testpersonen ihre Gedanken während der Beantwortung der Fragen laut äußern sollten.

Der Konzeptionsphase des Fragebogens gingen eine Literaturanalyse sowie mehrere Gespräche mit Expertinnen und Experten des Gesundheits- und Sozialwesens voraus. Mittels einer Literaturanalyse erfolgte die Herausarbeitung wesentlicher Anforderungen, die an die Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen gestellt werden. In mehreren Expertengesprächen, unter anderem mit einem Heimleiter, einem niedergelassenen Arzt und einer Mitarbeiterin eines Krankenhauses, ließen sich die aus der Literatur gewonnen Erkenntnisse verdichten und ergänzen und in die darauffolgende Entwicklung des Fragebogens einbeziehen.

Die Fragebögen, die an Arztpraxen, Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen postalisch versandt wurden, umfassten sieben Fragenkomplexe. Fragebögen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kran-

---

<sup>691</sup> Diekmann 1998, S. 371

<sup>692</sup> Mayer 2004, S. 88

<sup>693</sup> Brake 2009, S. 409

<sup>694</sup> Mayer 2004, S. 58, 97

ken- und Pflegekassen bestanden aus sechs Themenkomplexen. Bis auf das Fehlen des letzten Themenkomplexes Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen bei Kranken- und Pflegekassen ähnelten sich die Fragebögen deutlich, wodurch ein Vergleich der Angaben möglich war. Neben dem Themenkomplex Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen ließen sich die weiteren Fragen folgenden Themenkomplexen zuordnen:

- Gestaltung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen,
- Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen,
- Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen,
- Beurteilung verschiedener Maßnahmen zur Umsetzung der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen,
- Gestaltung der Rahmenbedingungen der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen.

Mit dem Ziel, die bevorzugte normative Grundorientierung und strategische Ausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds aus der Perspektive einzelner Einrichtungstypen sowie ihrer Gesamtheit zu bestimmen, dienten die Erkenntnisse aus der systemorientierten Managementlehre als theoretische Grundlage für die Fragebogenkonstruktion. Nach dem Konzept des integrierten Managements von Bleicher stehen sich immer zwei Extrempositionen gegenüber, die entweder auf eine opportunistische oder verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements beziehungsweise eine stabilitätsorientierte oder veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements deuten.<sup>695</sup> Auf den ersten Blick bietet sich eine Gegenüberstellung der beiden Extrempositionen an, bei denen die Befragten gebeten werden, sich für eine der Extrempositionen zu entscheiden. In der Realität werden jedoch Alternativen, die sich zwischen den beiden Extrempositionen befinden, bevorzugt. Weiterhin können je nach Aufgabenbereich beide Extrempositionen von den Befragten gleichermaßen befürwortet werden. Eine Entscheidung für die eine oder andere Extremposition lässt sich somit häufig nicht treffen.

---

<sup>695</sup> vgl. Kapitel 3.5.4 und 3.5.5

Die Fragen waren geschlossen, was eine hohe Vergleichbarkeit der Antworten, eine hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität, einen geringen Zeitaufwand für die Befragten sowie einen relativ geringen Aufwand bei der Auswertung zur Folge hatte.<sup>696</sup> Ein Nachteil geschlossener Fragen besteht in der Eingrenzung der Antwortalternativen, wodurch die Gefahr entsteht, bedeutsame Aspekte auszublenden.<sup>697</sup> Aufgrund vorhandener Kenntnisse bezüglich hemmender und förderlicher Faktoren von Vernetzungsprojekten im Gesundheits- und Sozialwesen konnten die Anforderungen an die Koordination von Versorgungsleistungen mittels geschlossener Fragen erfasst werden. Bei der Konzeption des Fragebogens fand eine regelmäßige Rücksprache mit Expertinnen und Experten statt, um der Gefahr des Ausblendens wichtiger Aspekte zu entgegenen.

Das Ziel der Eingangsfrage bestand darin, die Motivation zur Teilnahme an der Befragung zu erhöhen sowie in die Thematik Koordination von Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen einzuleiten. So sollten beispielsweise Ärztinnen und Ärzte Auskunft geben, ob sie hilfe- und pflegebedürftige Personen versorgen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen wurden gebeten, die Wichtigkeit der Koordination von Versorgungsleistungen aus ihrer Sicht zu beurteilen. Die Fragebögen für Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen begannen mit der Frage nach der Trägerschaft der Einrichtung.

Die zweite Frage erhob die Wünsche und Vorstellungen bezüglich der Eigenschaften von Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen. Die Befragten sollten anhand von Ratingskalen ihre Zustimmung zu den vorgegebenen Eigenschaften äußern. Die Bewertungsskala war vierstufig und ermöglichte den Befragten der Bedeutsamkeit der Erfüllung der jeweiligen Eigenschaft voll zuzustimmen, zuzustimmen, teilweise zuzustimmen oder nicht zuzustimmen. Die Fragen drei und vier erfassten, welche Akteure sich aus der Perspektive der Befragten an der Koordination von Versorgungsleistungen im Einzelfall (dritte Frage) sowie an der wohnortnahen Koordination der Versorgungsleistungen insgesamt (vierte Frage) beteiligen sollten. Die Befragten konnten hier ihre Zustimmung beziehungsweise Ablehnung anhand der bereits in der zweiten Frage verwendeten vierstufigen Bewertungsskala kenntlich machen.

---

<sup>696</sup> Diekmann 1998, S. 408; Mayer 2004, S. 88

<sup>697</sup> Diekmann 1998, S. 409

Die fünfte Frage beschäftigte sich mit verschiedenen Maßnahmen zur Umsetzung einer wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen. Anhand dichotomer Ja-Nein-Fragen sollten die Befragten ihre Zustimmung beziehungsweise Ablehnung gegenüber verschiedenen Maßnahmen, wie Runde Tische, Arbeitsgruppen etc., ausdrücken. Neben der Zustimmung und Ablehnung wurde die Teilnahmebereitschaft an den jeweiligen Maßnahmen erfragt. In der anschließenden sechsten Frage wurden die Befragten gebeten, die Bedeutung verschiedener Rahmenbedingungen, unter denen sie sich an den zuvor aufgeführten Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen würden, zu beurteilen. Dies erfolgte anhand der vierstufigen Bewertungsskala. Bei der letzten Frage sollten die Befragten Auskunft über die Bedeutung der Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen geben.

#### 4.3.3 Zusammensetzung und Gewichtung der Stichprobe

Die Stichprobenauswahl erfolgte nach dem Random-Verfahren, bei dem die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden.<sup>698</sup> Die Grundgesamtheit wurde in mehrere Untergruppen unterteilt, aus denen jeweils die Stichprobe gezogen wurde. Die Untergruppen bildeten die fünf Einrichtungstypen, die in die Befragung einbezogen wurden. Hierzu gehörten:

- Arztpraxen,
- Krankenhäuser,
- ambulante Pflegeeinrichtungen,
- stationäre Pflegeeinrichtungen sowie
- Kranken- und Pflegekassen.

Eine Übersicht über die Zusammensetzung der befragten Personen zeigt Tabelle 21.

---

<sup>698</sup> Mayer 2004, S. 60

**Tabelle 21: Einrichtungstypen und befragte Personengruppen**

| Einrichtungstyp                | Befragte Personengruppe   |
|--------------------------------|---|
| Arztpraxen                     | Niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte mit Lehrauftrag  |
| Krankenhäuser                  | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes, Case Managements, Care Managements oder Entlassungsmanagements |
| Ambulante Pflegeeinrichtungen  | Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen   |
| Stationäre Pflegeeinrichtungen | Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen  |
| Kranken- und Pflegekassen      | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fall-, Pflege-, Versorgungs- und Vertragsmanagements                           |

**Quelle:** eigene Darstellung

Voraussetzung einer Zufallsauswahl ist, dass die Grundgesamtheit der fünf Untergruppen bekannt ist und beispielsweise in Form von Listen vorliegt. Für jedes Mitglied der Listen besteht dann die gleiche Chance, in die Auswahl aufgenommen zu werden.<sup>699</sup>

Als Grundlage für die Auswahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte dienten Listen mit lehrbeauftragten Ärztinnen und Ärzten hessischer Hochschulen. Mit der Kontaktierung von Ärztinnen und Ärzten mit Lehrauftrag bestand die Hoffnung, eine höhere Rücklaufquote zu erzielen. Grundlage für die Auswahl der Krankenhäuser bildete das Internetportal „Klinik-Lotse.de“, in dem nahezu alle in Deutschland zugelassenen Krankenhäuser aufgeführt sind. Mit einer erweiterten Suchoption konnten Krankenhäuser mit geriatrischer Schwerpunktsetzung angezeigt werden. In einem persönlichen Telefongespräch wurden die Teilnahmebereitschaft und die Ansprechperson erfragt. Die Auswahl ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen erfolgte ähnlich wie bei Krankenhäusern. Als Grundlage für die Grundgesamtheit diente das Internetportal „Pflegelotse.de“. Auch hier wurde in einem persönlichen Telefongespräch die Teilnahmebereitschaft erfasst. Die Kontaktaufnahme mit den Kranken- und Pflegekassen fand überwiegend über einen persönlichen E-Mail Austausch statt.

<sup>699</sup> Mayer 2004, S. 60

Insgesamt wurden 155 Fragebögen verschickt. Von den 155 Fragebögen wurden 93 beantwortet, die alle für die Auswertung genutzt werden konnten. Die Rücklaufquote lag somit bei 60 Prozent. Eine Übersicht über die verschickten und beantworteten Fragebögen getrennt nach den einzelnen Einrichtungstypen befindet sich in Tabelle 22.

**Tabelle 22: Stichprobenszusammensetzung**

| Einrichtungstyp                | Verschickte Fragebögen | Beantwortete Fragebögen | Rücklaufquote     |
|--------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------|
| Arztpraxen                     | 30                     | 13                      | 43 Prozent        |
| Krankenhäuser                  | 34                     | 23                      | 68 Prozent        |
| Ambulante Pflegeeinrichtungen  | 31                     | 22                      | 71 Prozent        |
| Stationäre Pflegeeinrichtungen | 32                     | 19                      | 59 Prozent        |
| Kranken- und Pflegekassen      | 28                     | 16                      | 57 Prozent        |
| <b>Insgesamt</b>               | <b>155</b>             | <b>93</b>               | <b>60 Prozent</b> |

**Quelle:** eigene Darstellung

Bei den an der Befragung teilnehmenden Personen, die in Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen tätig sind, wurde die Trägerschaft der Einrichtung erfasst. 30 der 64 Einrichtungen befinden sich demnach in einer privat-kommerziellen Trägerschaft. Hierzu gehören 18 ambulante Pflegeeinrichtungen und jeweils sechs stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser. Weitere 23 Einrichtungen befinden sich in privat-nicht kommerzieller Trägerschaft, wobei diese bei stationären Pflegeeinrichtungen mit zwölf der 19 befragten Einrichtungen den größten Anteil ausmachen. Bei den Krankenhäusern befinden sich acht und bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen lediglich drei in privat-nicht kommerzieller Trägerschaft. In öffentlicher Trägerschaft werden neun Einrichtungen, unter denen acht Krankenhäuser und eine stationäre Pflegeeinrichtung sind, geführt.

Aufgrund der ungleichen Anzahl an Fragebögen der einzelnen Einrichtungstypen ist für die Auswertung eine Gewichtung erforderlich. Die Gewichtung soll vermeiden, dass einzelne Einrichtungstypen überproportional und andere unterproportional Berücksichtigung finden. Sie ist insbesondere dann notwendig, wenn es sich um einen Vergleich der Angaben der Befragten eines Einrichtungstyps mit den Angaben der Befragten aller Einrichtungstypen handelt. Bei einer gleichen Berücksichtigung der Antworten sind pro Einrich-

tungstyp 18,6 Fragebögen in die Auswertung einzubeziehen. Die Antworten von Einrichtungstypen mit weniger als 18,6 Fragebögen wie Kranken- und Pflegekassen sowie Arztpraxen sind somit stärker zu gewichten und die Antworten von Einrichtungstypen mit mehr als 18,6 ausgefüllten Fragebögen wie Krankenhäuser sowie stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sind geringer zu gewichten. Tabelle 23 listet die Gewichtungsfaktoren, welche sich aus dem Quotienten von 18,6 und den tatsächlich beantworteten Fragebögen je Einrichtungstyp ergeben, auf.

**Tabelle 23: Gewichtungsfaktoren der Stichprobe**

| Einrichtungstyp                | Anzahl ungewichtet | Anzahl gewichtet | Gewichtungsfaktor |
|--------------------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Arztpraxen                     | 13                 | 18,6             | 1,430769          |
| Krankenhäuser                  | 23                 | 18,6             | 0,808695          |
| Ambulante Pflegeeinrichtungen  | 22                 | 18,6             | 0,845455          |
| Stationäre Pflegeeinrichtungen | 19                 | 18,6             | 0,978947          |
| Kranken- und Pflegekassen      | 16                 | 18,6             | 1,162500          |
| <b>Insgesamt</b>               | <b>93</b>          | <b>93</b>        | <b>1</b>          |

**Quelle:** eigene Darstellung

Bei der Darstellung der Ergebnisse aller Befragten werden stets die gewichteten Daten verwendet. Bei der Betrachtung der Ergebnisse einzelner Einrichtungstypen hingegen wird keine Gewichtung der Daten vorgenommen.

## 4.4 Anforderungen an die Koordination von Versorgungsleistungen

### 4.4.1 Gestaltung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen

Für die Zusammenarbeit verschiedener Akteure und Einrichtungen ist ein gleiches Verständnis bezüglich wünschenswerter Eigenschaften von Versorgungsleistungen von Vorteil. Aufgrund der unterschiedlichen Zwecke und Ziele einzelner Akteure und Einrichtungen kann davon ausgegangen werden, dass sich auch die Anforderungen, welche sie an die Eigenschaften von Versorgungsleistungen stellen, unterscheiden. Die Kenntnis bezüglich unterschiedlicher Anforderungen an die Eigenschaften von Versorgungsleistungen kann helfen, die gegenseitige Akzeptanz und Rücksichtnahme der Verbund-

teilnehmerinnen und -teilnehmer zu erhöhen sowie ein gemeinsames Verständnis bezüglich der Eigenschaften von Versorgungsleistungen aufzubauen. Konkret wird in der Befragung erfasst, inwieweit aus der Perspektive der Befragten Versorgungsleistungen eine hohe Homogenität, Individualität, Innovativität, Intensität an Beratung und persönlicher Zuwendung, Kostenorientierung, Servicequalität, Standardisierung und Wirtschaftlichkeit aufweisen sollen.

Die Befürwortung beziehungsweise Ablehnung dieser Eigenschaften von Versorgungsleistungen kann Hinweise auf die bevorzugte Grundorientierung des normativen Managements und Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund geben. So lässt sich eine hohe Individualität, Innovativität, Intensität an Beratung und persönlicher Zuwendung sowie Servicequalität von Versorgungsleistungen am ehesten erreichen, wenn der institutionelle Versorgungsverbund eine eher verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements und eine eher veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements besitzt. Im Gegensatz dazu erweisen sich eine opportunistische Grundorientierung des normativen Managements und eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund eher als vorteilhaft, wenn die Leistungen eine hohe Homogenität, Kostenorientierung, Standardisierung und Wirtschaftlichkeit aufzeigen. Welche Grundorientierung das normative Management und welche Ausrichtung das strategische Management des institutionellen Versorgungsverbunds besitzen sollte, um gewünschte Eigenschaften von Versorgungsleistungen bestmöglich realisieren zu können, lässt sich Tabelle 24 entnehmen.

**Tabelle 24: Anforderungen gewünschter Eigenschaften von Versorgungsleistungen an den institutionellen Versorgungsverbund**

| Befürwortung einer hohen ...             | Auswirkung auf ...  | Förderung ...  |
|--|---|--|
| Individualität von Versorgungsleistungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Leistungsangebot</li> <li>- die Formalisierung der Zusammenarbeit</li> <li>- die Regelung der Zusammenarbeit</li> <li>- die kulturprägende Rolle der Verbundleitung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- eines individuellen Leistungsangebots</li> <li>- einer teilnehmergebundenen Struktur</li> <li>- einer zweckbezogenen Rahmenregelung</li> <li>- einer unternehmerischen Leistungskultur</li> </ul> |

| Befürwortung einer hohen ...   | Auswirkung auf ...   | Förderung ...   |
|--|--|---|
| Intensität der Beratung und persönlichen Zuwendung sowie Servicequalität von Versorgungsleistungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Ausrichtung der Leistungen</li> <li>- die ökonomische Zielausrichtung</li> <li>- die kulturprägende Rolle der Verbundleitung</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Nutzenorientierung des Leistungsangebots</li> <li>- einer hohen ökonomischen Verpflichtung</li> <li>- einer unternehmerischen Leistungskultur</li> </ul>   |
| Innovativität von Versorgungsleistungen  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Rollenverhalten</li> <li>- die Entwicklungsorientierung</li> <li>- die Innovationsorientierung</li> <li>- die Offenheit der Verbundkultur</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- von Generalisten</li> <li>- von Risikobereitschaft</li> <li>- einer Unterstützung bei Innovationen</li> <li>- einer vernetzten und zukunftsorientierten Verbundkultur</li> </ul>   |
| Standardisierung von Versorgungsleistungen   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Leistungsangebot</li> <li>- die Formalisierung der Zusammenarbeit</li> <li>- der Regelung der Zusammenarbeit</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- eines standardisierten Leistungsangebots</li> <li>- einer aufgabengebundenen Struktur</li> <li>- von programmierten Einzelregelungen</li> </ul>  |
| Wirtschaftlichkeit von Versorgungsleistungen   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Ausrichtung der Leistungen</li> <li>- die Regelung der Zusammenarbeit</li> <li>- das Rollenverhalten</li> <li>- die ökonomische Zielausrichtung</li> <li>- die Zielausrichtung auf Anspruchsgruppen</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Kostenorientierung des Leistungsangebots</li> <li>- von programmierten Einzelregelungen</li> <li>- von Spezialisten</li> <li>- einer hohen ökonomischen Verpflichtung</li> <li>- des Shareholderansatzes</li> </ul>      |
| Kostenorientierung von Versorgungsleistungen   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Ausrichtung der Leistungen</li> <li>- die ökonomische Zielausrichtung</li> <li>- die kulturprägende Rolle der Verbundleitung</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Kostenorientierung des Leistungsangebots</li> <li>- einer hohen ökonomischen Verpflichtung</li> <li>- einer technokratischen Leistungsstruktur</li> </ul>  |
| Homogenität von Versorgungsleistungen  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Regelung der Zusammenarbeit</li> <li>- das Rollenverhalten</li> <li>- die Entwicklungsorientierung</li> <li>- die Offenheit der Verbundkultur</li> <li>- die kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- von programmierten Einzelregelungen</li> <li>- von Spezialisten</li> <li>- von Risikovermeidung</li> <li>- einer traditionsbestimmten insularen Verbundkultur</li> <li>- einer kollektivgeprägten Leistungskultur</li> </ul> |

Quelle: eigene Darstellung

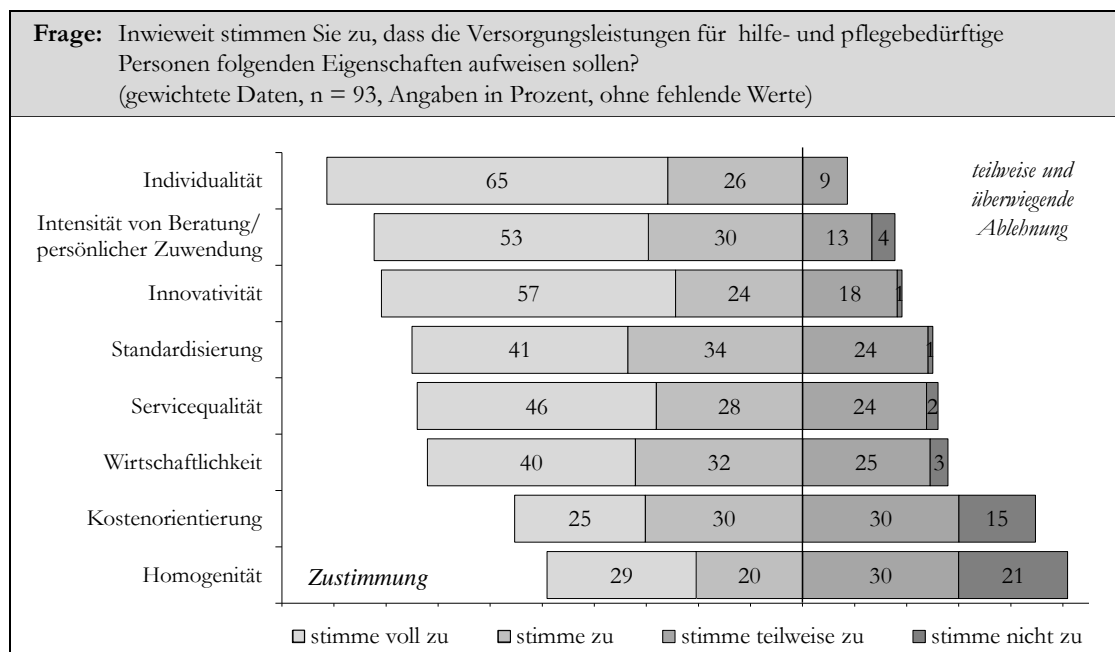
Bei der Betrachtung der Antworten aller Befragten ist eine starke Befürwortung der erfassten Eigenschaften festzustellen. Bis auf die Eigenschaft der Homogenität stimmt mindestens die Hälfte der Befragten der Erfüllung der einzelnen Eigenschaften voll zu beziehungsweise zu.

Am stärksten legen die Befragten Wert auf eine hohe *Individualität* der Versorgungsleistungen. Es gibt keine befragte Person, die diese ablehnt. 91 Prozent der Befragten stimmen der Erfüllung von Individualität voll zu oder zu, weitere neun Prozent stimmen teilweise zu. Die zweithöchste Zustimmung erhält die Erfüllung der Eigenschaft *Intensität an Beratung und persönlicher Zuwendung*. Eine hohe Intensität an Beratung und persönlicher Zuwendung würden 83 Prozent der Befragten selbst dann befürworten, wenn diese zu höheren Kosten führen. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei der Bedeutung der Servicequalität von Versorgungsleistungen. Auch hier würde mit 74 Prozent die Mehrheit eine höhere *Servicequalität* selbst dann akzeptieren, wenn damit höhere Kosten verbunden wären. Eine hohe Zustimmung ist weiterhin bei der Eigenschaft *Innovativität* festzustellen. 81 Prozent der Befragten wünschen eine hohe Innovativität von Versorgungsleistungen.

Eine etwas geringere aber dennoch hohe Zustimmung erhalten Eigenschaften, die eher eine opportunistische Grundorientierung des normativen Managements und stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund verlangen. Hierzu gehören die Eigenschaften: Homogenität, Kostenorientierung, Standardisierung und Wirtschaftlichkeit.

Die meisten der Befragten schätzen von diesen Eigenschaften eine hohe *Standardisierung* von Versorgungsleistungen. Dieser stimmen 75 Prozent der Befragten voll zu beziehungsweise zu. Lediglich ein Prozent der Befragten lehnt eine hohe Standardisierung überwiegend ab. Auch der Bedeutung der *Wirtschaftlichkeit* von Versorgungsleistungen sind sich die meisten Befragten bewusst. 72 Prozent der Befragten stimmen der Erfüllung dieser Eigenschaft voll zu beziehungsweise zu. Trotz der höheren Nutzenorientierung gegenüber der *Kostenorientierung* sprechen sich 55 Prozent der Befragten für niedrige Kosten und geringe Zuzahlungen ihrer Nutzerinnen und Nutzer aus. Die geringste Zustimmung erfährt die Eigenschaft der *Homogenität* von Leistungen. 21 Prozent lehnen eine für alle gleiche Versorgung von Personen ab. Weitere 30 Prozent stimmen einer hohen Homogenität der Leistungen lediglich teilweise zu.

Insgesamt ist wie erwartet eine stärkere Befürwortung von Eigenschaften der Versorgungsleistungen, die eher eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements und veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund verlangen, festzustellen. Das Angebot an Versorgungsleistungen sollte demnach von einer hohen Individualität, Innovativität, Intensität von Beratung und persönlicher Zuwendung sowie Servicequalität gekennzeichnet sein. Gleichzeitig ist aber auch auf die Homogenität, Kostenorientierung, Standardisierung sowie Wirtschaftlichkeit von Versorgungsleistungen zu achten. Abbildung 35 fasst das Gesamtergebnis hinsichtlich der gewünschten Gestaltung der einzelnen Eigenschaften zusammen.



**Abbildung 35: Beurteilung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen**

**Quelle:** eigene Darstellung

Nach der Betrachtung der Ergebnisse der Befragten der einzelnen Einrichtungstypen lassen sich folgende Aussagen treffen.

Allen befragten Ärztinnen und Ärzten ist die Individualität der Leistungen wichtig. Sie stimmen der Bedeutung dieser voll zu oder zu. Am zweitwichtigsten ist ihnen eine hohe Beratungsintensität. In der Reihe ihrer Zustimmungshäufigkeit folgen die Eigenschaften Servicequalität, Standardisierung und Innovativität. Die befragten Ärztinnen und Ärzte schätzen im Vergleich zu allen Befrag-

ten die Wichtigkeit der einzelnen Eigenschaften von Versorgungsleistungen insgesamt gesehen etwas geringer ein.

Bei den *befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern* fällt die überdurchschnittlich hohe Zustimmung hinsichtlich der Bedeutung der Eigenschaften auf. Insbesondere sind ihnen stärker als den Befragten insgesamt eine hohe Homogenität, eine hohe Intensität der Beratung sowie eine hohe Servicequalität wichtig. 78 Prozent von ihnen wünschen, dass ihre Patientinnen und Patienten nach den gleichen Verfahren behandelt werden. Gleichzeitig legen sie einen hohen Wert auf die Individualität der Leistungen.

Ein nahezu identisches Ergebnis zeigt sich beim Vergleich der Ergebnisse der *befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen* mit den Ergebnissen aller befragten Personen. Bei ihnen ist lediglich eine etwas stärkere Zustimmung von Eigenschaften, die eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements und eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements verlangen, zu erkennen. Eigenschaften, die eine opportunistische Grundorientierung des normativen Managements und stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements erfordern, werden von ihrer Bedeutsamkeit im Vergleich mit allen Befragten geringfügig weniger wichtig eingeschätzt, wenn von einer hohen Kostenorientierung, welche sie im Vergleich zu allen Befragten etwas häufiger bedeutsam finden, abgesehen wird.

Auch den *befragten Leiterinnen und Leitern stationärer Pflegeeinrichtungen* sind Eigenschaften, die sich mit einer verpflichtenden Grundorientierung des normativen Managements und veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements eher erzielen lassen, etwas wichtiger als Eigenschaften, die sich eher mit einer opportunistischen Grundorientierung des normativen Managements und stabilitätsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements erreichen lassen. Bei Letzteren ist ihnen die Eigenschaft Wirtschaftlichkeit sehr wichtig. Für 90 Prozent von ihnen besitzt diese eine zentrale Bedeutung.

Die stärksten Abweichungen von den Gesamtergebnissen weisen die Antworten der *befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen* auf. Insgesamt kann eine höhere Beurteilung der Wichtigkeit von Eigenschaften, die eher eine opportunistische Grundorientierung des normativen Managements und stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements verlangen, sowie eine geringere Beurteilung der Wichtigkeit von Eigenschaf-

ten, die eher eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements und veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements verlangen, festgestellt werden. Wie erwartet sind ihnen die Optimierung der Wirtschaftlichkeit von Versorgungsleistungen sowie der Einsatz von Standards besonders wichtig. Die Erwartung, dass vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen eine gleiche Versorgung ihrer Versicherten wünschen, kann nicht bestätigt werden. Dennoch lehnen sie insgesamt seltener eine hohe Homogenität der Leistungen ab und stimmen nicht so stark wie die Gesamtheit einer hohen Individualität der Leistungen zu. Sie sprechen sich weniger als die Befragten insgesamt für eine höhere Servicequalität und Intensität der Beratung aus, wenn dadurch die Kosten für die Versicherten steigen. Dafür schätzen sie aber überdurchschnittlich eine hohe Innovativität von Versorgungsleistungen. Eine hohe Innovationsorientierung des institutionellen Versorgungsverbands dürfte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen besonders dann befürwortet werden, wenn diese zu Kostensenkungen führt.

Eine Übersicht hinsichtlich der wünschenswerten Gestaltung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen im Vergleich der einzelnen Einrichtungstypen zeigt Tabelle 25. Neben dem Rang, welche die jeweilige Eigenschaft im Vergleich mit anderen Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit einnimmt, enthält die Tabelle Informationen zum jeweiligen Anteil der Befragten in Prozent, der einer hohen Ausprägung der jeweiligen Eigenschaft voll zustimmt oder zustimmt. So ist beispielsweise aus der Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzten die Individualität von Versorgungsleistungen die wichtigste Eigenschaft. Dieser stimmen 100 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte voll zu oder zu. Aus der Perspektive der befragten Ärztinnen und Ärzte ist die Eigenschaft mit der geringsten Zustimmung die Homogenität, welche somit Rang acht unter den betrachteten Eigenschaften einnimmt. Lediglich 23 Prozent von ihnen stimmen der Bedeutung einer hohen Homogenität von Versorgungsleistungen voll zu oder zu.

**Tabelle 25: Beurteilung der Eigenschaften von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp**

| Einrichtungstyp / Eigenschaft | Alle Einrichtungen (n = 93) |    | Arztpraxis (n = 13) |     | Krankenhaus (n = 23) |     | Ambulante Pflegeeinrichtung (n = 22) |    | Stationäre Pflegeeinrichtung (n = 19) |     | Kranken- und Pflegekasse (n = 16) |     |
|-------------------------------|-----------------------------|----|---------------------|-----|----------------------|-----|--------------------------------------|----|---------------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|
|                               | R                           | Z  | R                   | Z   | R                    | Z   | R                                    | Z  | R                                     | Z   | R                                 | Z   |
| Individualität                | 1.                          | 91 | 1.                  | 100 | 2.                   | 91  | 1.                                   | 91 | 1.                                    | 100 | 4.                                | 75  |
| Beratung/ Zuwendung           | 2.                          | 82 | 2.                  | 85  | 1.                   | 100 | 3.                                   | 86 | 4.                                    | 84  | 6.                                | 56  |
| Innovativität                 | 3.                          | 81 | 5.                  | 62  | 6.                   | 70  | 1.                                   | 91 | 2.                                    | 90  | 2.                                | 94  |
| Standardisierung              | 4.                          | 75 | 3.                  | 77  | 5.                   | 74  | 5.                                   | 73 | 6.                                    | 58  | 2.                                | 94  |
| Servicequalität               | 5.                          | 74 | 3.                  | 77  | 3.                   | 87  | 4.                                   | 77 | 5.                                    | 79  | 8.                                | 50  |
| Wirtschaftlichkeit            | 6.                          | 72 | 6.                  | 46  | 8.                   | 57  | 6.                                   | 68 | 2.                                    | 90  | 1.                                | 100 |
| Kostenorientierung            | 7.                          | 55 | 7.                  | 39  | 7.                   | 65  | 6.                                   | 68 | 8.                                    | 42  | 5.                                | 63  |
| Homogenität                   | 8.                          | 49 | 8.                  | 23  | 4.                   | 78  | 8.                                   | 41 | 7.                                    | 47  | 6.                                | 56  |

(ohne fehlende Werte)

**Legende:** R: Rang  
Z: Anteil der Befragten in Prozent, der einer hohen Ausprägung der jeweiligen Eigenschaft voll zustimmt beziehungsweise zustimmt.

**Quelle:** eigene Darstellung

#### 4.4.2 Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der Koordination von Versorgungsleistungen

Zentrale Fragen bei Vernetzungsprojekten beziehen sich auf die Zusammensetzung der teilnehmenden Akteure und Einrichtungen sowie die Verteilung von Verantwortlichkeiten. Bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind insbesondere die Verantwortlichkeiten der Aufgaben der individuellen Koordination von Versorgungsleistungen auf der Ebene der Betroffenen, dem Fallmanagement, sowie der fallübergreifenden Koordination von Versorgungsleistungen auf Quartiers- beziehungsweise Wohnortebene, dem Versorgungsmanagement, zu klären. Darüber hinaus ist von Interesse, wie wichtig die befragten Personen eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen einschätzen, um eine optimale Versorgung ihrer Nutzerin-

nen und Nutzer zu erreichen. Im Zentrum der Betrachtung stehen somit im Folgenden:

- die einzelfallbezogene Koordination von Versorgungsleistungen,
- die wohnortnahe Koordination von Versorgungsleistungen sowie
- die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Mittels der Bewertung ihrer eigenen Beteiligung an Aufgaben der Koordination von Versorgungsleistungen lässt sich erkennen, inwieweit sie sich selbst als Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds sehen und somit eher eine Leistungskultur bevorzugen, bei der die Leistung einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer im Zentrum steht, oder ob sie sich eher für eine Leistungskultur aussprechen, welche die Leistung des institutionellen Versorgungsverbunds insgesamt in den Fokus stellt.

Anhand der Anzahl von Personen, die Verantwortung für die wohnortnahe Koordination von Versorgungsleistungen übernehmen sollen, können Rückschlüsse gezogen werden, ob die Befragten eher eine Zentralisation von Verantwortung oder ein breiteres Verantwortungsfeld Einzelner wünschen. Es können somit Aussagen zur Akzeptanz eines fokalen, polyzentrischen sowie zentralen Verbundmanagements getroffen werden. Es lassen sich weiterhin Aussagen treffen, inwieweit sie eher:

- flachen oder starken Hierarchien,
- einer Fremd- oder Selbstgestaltung,
- einem Streben nach Konsens oder einer Konfliktlösung durch Konfrontation,
- einer einstufigen oder mehrstufigen Verbundleitung sowie
- einer vernetzten und zukunftsorientierten oder traditionsbestimmten insularen Verbundkultur

des institutionellen Versorgungsverbunds zustimmen.

Eine Auskunft über die gewünschte Leistungsbreite und -tiefe lässt sich anhand der gewünschten Anzahl von Akteuren und Einrichtungen, mit denen eine Zusammenarbeit als wichtig erachtet wird, erhalten. Diese gibt Auskunft über die generelle Gestaltung des Leistungsangebots. Hierbei geht es insbesondere um die Frage, ob der institutionelle Versorgungsverbund eher ein individuelles oder standardisiertes Leistungsangebot bereitstellen sollte. Tabel-

le 26 fasst die Anforderungen, welche die gewünschte Beteiligung an der Koordination von Versorgungsleistungen und die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen an die Grundorientierung des normativen Managements und die Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund stellen, zusammen.

**Tabelle 26: Anforderungen der gewünschten Beteiligung und Zusammenarbeit an den institutionellen Versorgungsverbund**

| Befürwortung einer ...  | Auswirkung auf ...  | Förderung ...  |
|---|---|--|
| eigenen Beteiligung an Aufgaben der einzelfallbezogenen und wohnortnahen Koordination               | - die kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer   | - einer einzelpersonengeprägten Leistungskultur  |
| hohen Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an Aufgaben der wohnortnahen Koordination | - die Verteilung von Verantwortung<br>- die Organisationsrichtung<br>- die Berücksichtigung von Interessen und Art der Konfliktlösung<br>- die Kompetenzverteilung<br><br>- die Offenheit der Verbundkultur | - flacher Hierarchien<br>- der Selbstorganisation<br>- eines Strebens nach Konsens<br><br>- einer mehrstufigen Verbundleitung<br>- einer vernetzten und zukunftsorientierten Verbundkultur |
| Zusammenarbeit mit vielen Akteuren und Einrichtungen  | - das Leistungsangebot  | - eines individuellen Leistungsangebots  |

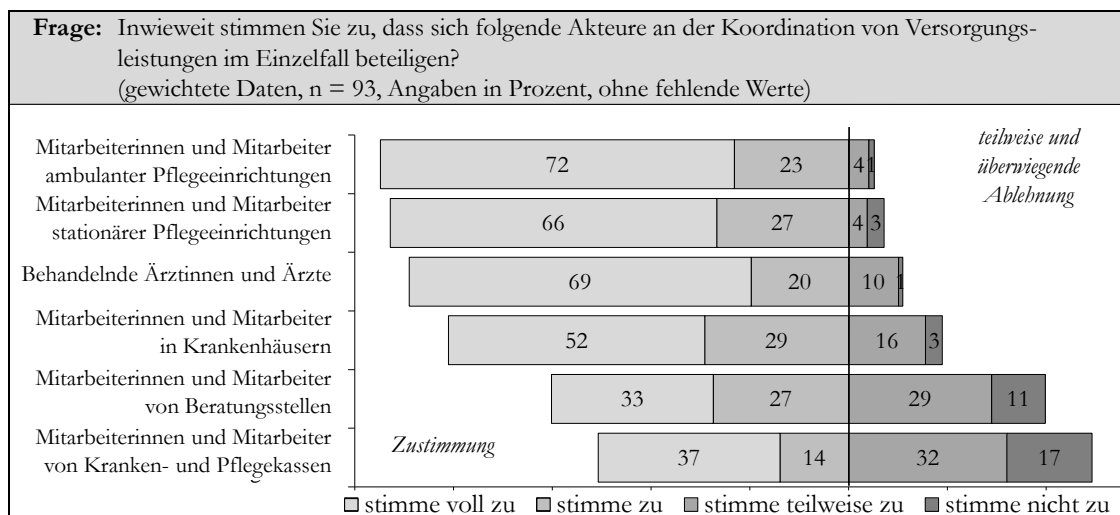
**Quelle:** eigene Darstellung

Die *einzelfallbezogene Koordination* von Versorgungsleistungen beginnt bei der Information und Beratung aller Seniorinnen und Senioren und reicht bis zur länger andauernden, intensiven Begleitung einer einzelnen Person.<sup>700</sup> Bei der Betrachtung der Ergebnisse hinsichtlich der Akteure, die Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen übernehmen sollen, fällt auf, dass die Befragten die Verantwortung insbesondere den an der direkten Leistungserstellung beteiligten Akteuren und Einrichtungen zusprechen. So stimmen 72 Prozent der Befragten voll zu und weitere 23 Prozent zu, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegeeinrichtungen sich an der

<sup>700</sup> Asam 2010, S. 61

einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen sollen. Eine ähnlich hohe Zustimmung findet sich bei der Beteiligung von Hausärztinnen und -ärzten. Etwas geringer im Vergleich zu den anderen direkt an der Leistungserstellung beteiligten Akteuren sehen die Befragten die Notwendigkeit sich an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen zu beteiligen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern. Dennoch stimmen mit 81 Prozent der Befragten die meisten von ihnen für ihre Beteiligung.

Deutlich seltener stimmen die Befragten zu, dass sich Akteure an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen, die nicht direkt Versorgungsleistungen erstellen. So stimmen lediglich 33 Prozent der Befragten voll zu und weitere 27 Prozent zu, wenn sie nach der Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen gefragt werden. Eine noch geringere Zustimmung erhalten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen. Diesen Ergebnissen nach sollten im institutionellen Versorgungsverbund Formen der unmittelbaren Koordination gegenüber Formen der mittelbaren Koordination bevorzugt werden. Abbildung 36 stellt die Zustimmung hinsichtlich der wünschenswerten Beteiligung verschiedener Akteure an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen aus der Perspektive aller Befragten dar.



**Abbildung 36:** Beurteilung der Beteiligung an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen

Quelle eigene Darstellung

Bei einem Vergleich der Zustimmung hinsichtlich der wünschenswerten Beteiligung an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen von Akteuren, die direkt Leistungen erbringen, sind zwischen den Antworten der Befragten der einzelnen Einrichtungstypen keine nennenswerten Unterschiede zu erkennen. Anders stellt sich die Situation dar, wenn nach der wünschenswerten Beteiligung an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen von Akteuren, die nicht direkt an der Leistungserstellung beteiligt sind, gefragt wird.

So sprechen sich beispielsweise 85 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte für eine Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen an der einzelfallbezogenen Koordination aus. Demgegenüber lehnt mehr als die Hälfte der befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen eine Beteiligung dieser teilweise oder vollständig ab. Gegen eine Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen sprechen sich vor allem die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen aus. Über die Hälfte von ihnen stimmt einer Beteiligung lediglich teilweise zu und weitere 16 Prozent lehnen diese sogar ganz ab. Anders sehen dies die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen selbst. 88 Prozent von ihnen stimmen voll zu beziehungsweise zu, wenn sie nach ihrer Beteiligung an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen gefragt werden. Sechs Prozent von ihnen stimmen einer eigenen Beteiligung teilweise zu und weitere sechs Prozent lehnen diese ab.

Bei der Betrachtung der Anzahl der genannten Akteure, welche Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen übernehmen sollen, fällt auf, dass insbesondere die befragten Ärztinnen und Ärzte eine breite Beteiligung befürworten. Die Annahme, Ärztinnen und Ärzte sehen sich als alleinige Verantwortliche bei der Koordination von Versorgungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftiger Personen, kann somit nicht bestätigt werden. Aber auch der eigenen Beteiligung stimmen sie stets voll zu beziehungsweise zu. Grundsätzlich ist bei allen Befragten eine hohe Zustimmung bei der Beteiligung der eigenen Einrichtung erkennbar. Neben den befragten Ärztinnen und Ärzten zeigen die befragten Leiterinnen und Leiter von ambulanten Pflegeeinrichtungen ein besonders hohes Verantwortungsgefühl hinsichtlich der Übernahme dieser Aufgabe.

Eine Übersicht zur gewünschten Beteiligung verschiedener Akteure an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen aus der Perspektive der einzelnen Einrichtungstypen zeigt Tabelle 27. Neben dem Rang, welchen die jeweiligen Akteure im Vergleich zu den anderen Akteuren hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit bei der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen einnehmen, enthält die Tabelle Informationen zum jeweiligen Anteil der Befragten, der einer Beteiligung der entsprechenden Akteure voll zustimmt oder zustimmt.

**Tabelle 27: Beurteilung der Beteiligung an der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp**

| Einrichtungstyp<br>Beteiligung durch ... | Alle Einrichtungen<br>(n = 93) |    | Arztpraxis<br>(n = 13) |     | Krankenhaus<br>(n = 23) |    | Ambulante Pflegeeinrichtung<br>(n = 22) |     | Stationäre Pflegeeinrichtung<br>(n = 19) |    | Kranken- und Pflegekassen<br>(n = 16) |    |
|--|--------------------------------|----|------------------------|-----|-------------------------|----|---|-----|--|----|---------------------------------------|----|
|  | R                              | Z  | R                      | Z   | R                       | Z  | R                                       | Z   | R  | Z  | R                                     | Z  |
| M. ambulanter Pflegeeinrichtungen        | 1.                             | 95 | 1.                     | 100 | 2.                      | 91 | 1.                                      | 100 | 3.                                       | 89 | 1.                                    | 94 |
| M. stationärer Pflegeeinrichtungen       | 2.                             | 93 | 1.                     | 100 | 1.                      | 96 | 3.                                      | 85  | 1.                                       | 95 | 2.                                    | 88 |
| behandelnde Ärztinnen und Ärzte          | 3.                             | 89 | 1.                     | 100 | 4.                      | 87 | 4.                                      | 82  | 1.                                       | 95 | 4.                                    | 81 |
| M. von Krankenhäusern                    | 4.                             | 81 | 5.                     | 77  | 2.                      | 91 | 2.                                      | 91  | 4.                                       | 84 | 5.                                    | 63 |
| M. von Beratungsstellen                  | 5.                             | 60 | 4.                     | 85  | 5.                      | 65 | 5.                                      | 46  | 5.                                       | 58 | 6.                                    | 47 |
| M. von Kranken- und Pflegekassen         | 6.                             | 51 | 5.                     | 77  | 6.                      | 52 | 6.                                      | 36  | 6.                                       | 32 | 2.                                    | 88 |

(ohne fehlende Werte)

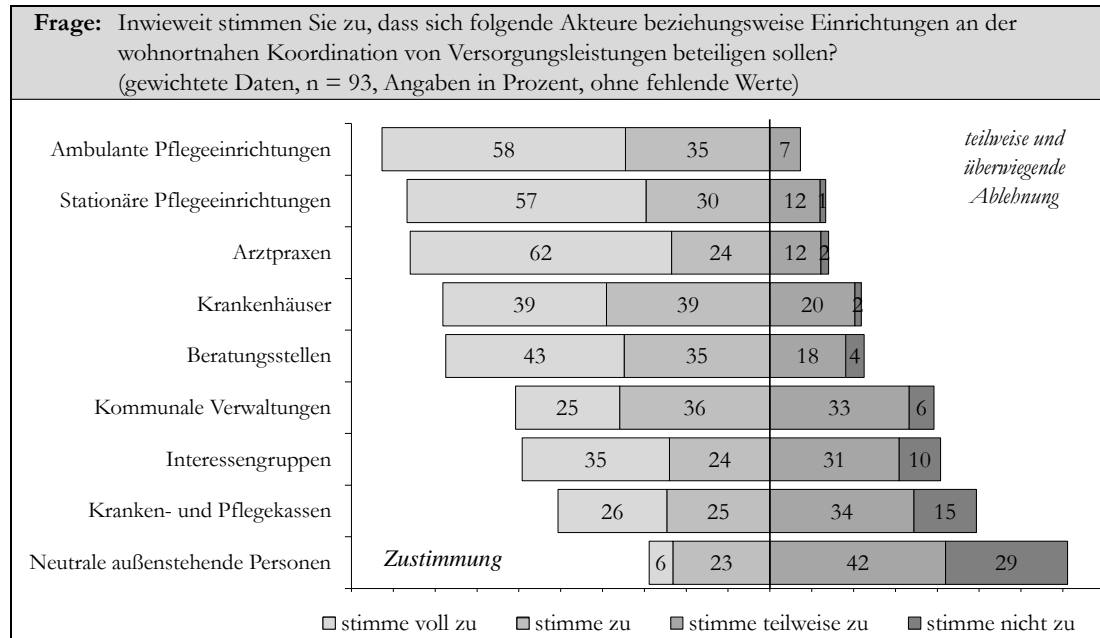
|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Legende:</b> | M: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter  |
|                 | R: Rang  |
|                 | Z: Anteil der Befragten in Prozent, der einer Beteiligung der jeweiligen Akteure voll zustimmt beziehungsweise zustimmt. |

**Quelle:** eigene Darstellung

Eine etwas geringere Verantwortung der direkt an der Leistungserstellung beteiligten Akteure und Einrichtungen sehen die Befragten bei der *wohnnahen* Koordination von Versorgungsleistungen. Dennoch sollten sie sich eher beteili-

gen als Akteure und Einrichtungen, die nicht direkt Leistungen erstellen wie Kranken- und Pflegekassen, Beratungsstellen, Interessengruppen, kommunale Verwaltungen und außenstehende Personen. Am stärksten sprechen sich die Befragten für eine Beteiligung ambulanter Pflegeeinrichtungen aus. 58 Prozent von ihnen stimmen einer Beteiligung dieser voll zu und weitere 35 Prozent zu. Weiterhin wird eine hohe Beteiligung von stationären Pflegeeinrichtungen sowie Arztpraxen und Krankenhäusern gewünscht.

Von den nicht direkt an der Leistungserstellung Beteiligten wird am ehesten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen die Wahrnehmung der Aufgaben der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zugesprochen. Weitgehend Ablehnung erfährt eine Beteiligung neutraler außenstehender Personen. Einer Beteiligung neutraler außenstehender Personen stimmen lediglich sechs Prozent voll zu und weitere 23 Prozent zu. 29 Prozent der Befragten lehnen ihre Beteiligung ab. Abbildung 37 stellt die Ergebnisse hinsichtlich der gewünschten Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen dar.



**Abbildung 37: Beurteilung der Beteiligung an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen**

**Quelle:** eigene Darstellung

Hinsichtlich der wünschenswerten Beteiligung an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen ergeben sich bei der Auswertung der Antworten der Befragten getrennt nach den einzelnen Einrichtungstypen nur leichte Abweichungen.

Leichte Abweichungen zeigen sich beispielsweise bei der gewünschten Beteiligung von Interessengruppen sowie Kranken- und Pflegekassen. So bevorzugen besonders die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen eine *Beteiligung von Interessengruppen*. Jeweils 42 Prozent von ihnen stimmen voll zu beziehungsweise zu, wenn es um deren Beteiligung geht. Im Gegensatz dazu stimmen die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen sowie die befragten Ärztinnen und Ärzte dieser öfter nur teilweise zu beziehungsweise lehnen diese ab. Das trifft auf 62 Prozent der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen sowie auf 54 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte zu.

Auch hinsichtlich der *Beteiligung von Kranken- und Pflegekassen* an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen bestehen zwischen den befragten Einrichtungstypen Unterschiede. So stimmen vor allem sie selbst zu 69 Prozent voll zu beziehungsweise zu, wenn sie nach ihrer Beteiligung an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen gefragt werden. Die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen stimmen einer Beteiligung von Kranken- und Pflegekassen mit 32 Prozent seltener voll zu beziehungsweise zu. Sie wünschen dafür im Gegensatz zu den anderen Befragten eine höhere Beteiligung von Interessengruppen und Beratungsstellen.

Insgesamt ist eine hohe Zustimmung der Befragten hinsichtlich der Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zu verzeichnen. Zu den Einrichtungstypen, die eine geringere Vielfalt der Beteiligten wünschen, gehören am ehesten ambulante Pflegeeinrichtungen. Die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen sehen vor allem stationäre Pflegeeinrichtungen sowie ihre Einrichtung in der Verantwortung, sich an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zu beteiligen.

Ein Vergleich der betrachteten Einrichtungstypen bezüglich der gewünschten Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen befindet sich in Tabelle 28. Neben dem Rang, welchen die jeweiligen Akteure und Einrichtungen im Vergleich zu anderen Akteuren und Einrichtungen hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit bei der

wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen einnehmen, sind Angaben zum Anteil der Befragten, der einer Beteiligung der jeweiligen Akteure und Einrichtung voll zustimmt oder zustimmt, enthalten.

**Tabelle 28: Beurteilung der Beteiligung an der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp**

| Einrichtungstyp<br>Beteiligung von ... | Alle Einrichtungen<br>(n = 93) |    | Arztpraxis<br>(n = 13) |     | Krankenhaus<br>(n = 23) |    | Ambulante Pflegeeinrichtung<br>(n = 22) |    | Stationäre Pflegeeinrichtung<br>(n = 19) |    | Kranken- und Pflegekasse<br>(n = 16) |    |
|--|--------------------------------|----|------------------------|-----|-------------------------|----|---|----|--|----|--------------------------------------|----|
|  | R                              | Z  | R                      | Z   | R                       | Z  | R                                       | Z  | R  | Z  | R                                    | Z  |
| ambulanten Pflegeeinrichtungen         | 1.                             | 93 | 1.                     | 100 | 1.                      | 91 | 1.                                      | 95 | 1.                                       | 90 | 1.                                   | 88 |
| stationären Pflegeeinrichtungen        | 2.                             | 87 | 1.                     | 100 | 3.                      | 87 | 2.                                      | 86 | 6.                                       | 79 | 2.                                   | 81 |
| Arztpraxen                             | 3.                             | 86 | 1.                     | 100 | 3.                      | 87 | 3.                                      | 77 | 2.                                       | 84 | 2.                                   | 81 |
| Krankenhäusern                         | 4.                             | 78 | 5.                     | 69  | 1.                      | 91 | 3.                                      | 77 | 2.                                       | 84 | 4.                                   | 69 |
| Beratungsstellen                       | 5.                             | 77 | 4.                     | 92  | 5.                      | 78 | 5.                                      | 64 | 2.                                       | 84 | 4.                                   | 69 |
| kommunalen Verwaltungen                | 6.                             | 61 | 6.                     | 54  | 6.                      | 74 | 8.                                      | 46 | 7.                                       | 69 | 7.                                   | 63 |
| Interessengruppen                      | 7.                             | 59 | 7.                     | 46  | 6.                      | 74 | 6.                                      | 55 | 2.                                       | 84 | 8.                                   | 38 |
| Kranken- und Pflegekassen              | 8.                             | 51 | 8.                     | 46  | 8.                      | 57 | 7.                                      | 50 | 9.                                       | 32 | 4.                                   | 69 |
| neutralen außenstehenden Personen      | 9.                             | 29 | 9.                     | 31  | 9.                      | 41 | 9.                                      | 32 | 8.                                       | 33 | 9.                                   | 7  |

(ohne fehlende Werte)

**Legende:** R: Rang  
Z: Anteil der Befragten in Prozent, der einer Beteiligung der jeweiligen Einrichtung voll zustimmt beziehungsweise zustimmt.

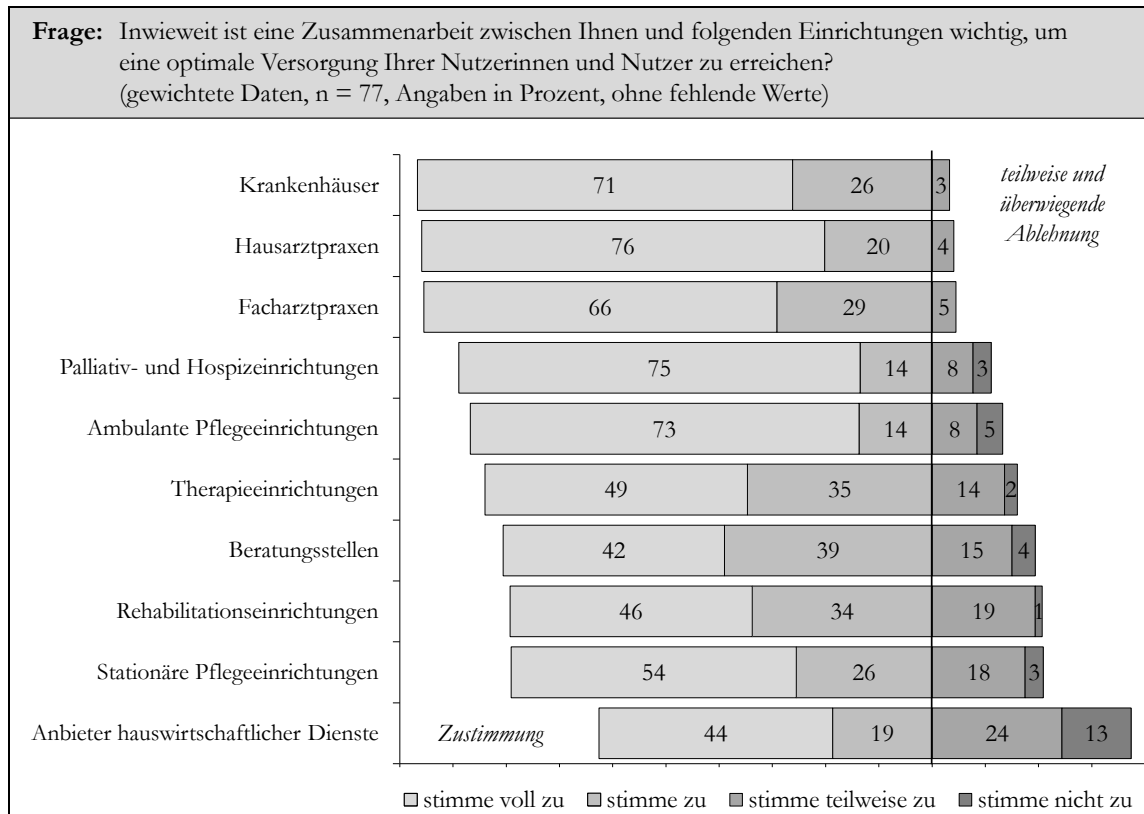
**Quelle:** eigene Darstellung

Eine starke Zustimmung zeigt sich weiterhin bei der Bedeutung der *Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen*. Es fällt auf, dass von den Befragten die Zusammenarbeit mit Akteuren und Einrichtungen, die andere Leistungen als die eigene Einrichtung erbringen, wichtiger erachtet wird als die Zusammenarbeit mit Akteuren und Einrichtungen, die ähnliche Leistungen erbringen.

Insgesamt ist den Befragten besonders eine *Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Hausarztpraxen sowie Facharztpraxen* und somit mit medizinnahen Einrichtungen wichtig. Dies ist auch der Fall, wenn die Antworten der jeweiligen Einrichtungstypen einzeln betrachtet werden. Lediglich die befragten Hausärztinnen und -ärzte schätzen eine Zusammenarbeit mit anderen Arztpraxen nicht so wichtig ein wie die Befragten der anderen Einrichtungstypen.

Am geringsten, aber dennoch hoch, ist aus der Perspektive aller Befragten die Bedeutung der *Zusammenarbeit mit Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste*. Am wenigsten streben die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen eine Zusammenarbeit mit Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste an. Drei Viertel von ihnen stimmen der Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit ihnen teilweise (26 Prozent) beziehungsweise nicht zu (47 Prozent). Auch über die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte findet die Zusammenarbeit mit ihnen lediglich teilweise wichtig. Anders sehen dies die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern, welche der Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste zu 91 Prozent beziehungsweise 87 Prozent voll zustimmen beziehungsweise zustimmen.

Eine unterschiedliche Einschätzung der Wichtigkeit aus der Perspektive der Befragten der einzelnen Einrichtungstypen findet sich auch bei der *Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen*. Eine enge Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen schätzen besonders die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern sowie die befragten Ärztinnen und Ärzte, die jeweils zu 100 Prozent der Wichtigkeit voll zustimmen beziehungsweise zustimmen. Die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen selbst stimmen der Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen häufiger lediglich teilweise zu beziehungsweise gar nicht zu. Abbildung 38 gibt einen Überblick hinsichtlich der Zustimmung der Bedeutsamkeit der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.



**Abbildung 38: Beurteilung der Zusammenarbeit zur Erbringung von Versorgungsleistungen**

**Quelle:** eigene Darstellung

Insgesamt wünschen die Befragten eine breite Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an den Aufgaben der einzelfallbezogenen sowie der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen. Weiterhin sprechen sich die Befragten für eine hohe Bedeutsamkeit der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens aus. Die starke Befürwortung der Übernahme der Verantwortung von Akteuren und Einrichtungen, die direkt Leistungen erstellen, lässt auf eine Bevorzugung unmittelbarer Formen der Koordination schließen. Des Weiteren geben die Befragten überwiegend an, dass sich ihre Einrichtung an der Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen sollte. Hieraus lässt sich ableiten, dass die Befragten bei Vernetzungsprojekten eher ein breites Verantwortungsfeld des Einzelnen wünschen. Einzelne Leistungsbeiträge der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten hierbei eine hohe Wertschätzung erfahren. Innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds sollte ihnen daher die Möglichkeit gegeben werden, selbst als Akteure aufzutreten und Einfluss auf die

Ausgestaltung des institutionellen Versorgungsverbunds zu nehmen. Hierzu sollte der institutionelle Versorgungsverbund:

- flache Hierarchien implementieren,
- die Selbstorganisation der Einzelnen fördern,
- Konflikte durch das Streben nach Konsens lösen,
- eine mehrstufige Verbundleitung aufbauen sowie
- eine vernetzte und zukunftsorientierte Verbundkultur schaffen.

Weiterhin sollten die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds eine hohe Leistungsbreite und -tiefe aufweisen.

#### **4.4.3 Beurteilung von Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen**

Im Fragebogen sollten die Befragten Auskunft bezüglich der Akzeptanz verschiedener Maßnahmen zur Umsetzung der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen geben sowie sich über ihre eigene Bereitschaft an diesen Maßnahmen teilzunehmen, äußern. Im Fokus standen folgende sechs Maßnahmen:

- Durchführung von *Runden Tischen* auf regionaler Ebene,
- Gründung von *themenbezogenen Arbeitsgruppen* zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen,
- Erstellung von *indikationsbezogenen Versorgungsplänen* für ausgewählte Zielgruppen,
- Ausarbeitung von *einzelfallbezogenen Versorgungsplänen* für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit komplexen Bedarfslagen,
- Einführung einer *personenbezogenen* (elektronischen) *Gesundheitskarte* sowie
- Bündelung und Weitergabe von Informationen mittels der Einrichtung einer *zentralen Informationsstelle*.

*Runde Tische* können als Koordinations- und Steuerungsgremium des institutionellen Versorgungsverbunds dienen, an dem sich entweder alle oder ausgewählte Personen beteiligen. Sie können dazu beitragen, die Kommunikation, Transparenz, Abstimmung und Kooperation der Beteiligten zu verbessern. Ihre Aufgaben bestehen in der Aufdeckung von Problemfeldern und Versorgungslücken sowie der Erörterung und Durchsetzung von Problemlö-

sungsstrategien. Zur Erarbeitung von Vorschlägen zur Problemlösung können themenbezogene Arbeitsgruppen gegründet werden.<sup>701</sup>

*Arbeitsgruppen* als institutionalisierte Arbeitsbasis können der Weiterentwicklung des institutionellen Versorgungsverbands dienen und zur Ausarbeitung der Verbundstrategie beitragen. Darüber hinaus fördern sie die anbieterübergreifende Zusammenarbeit. Auch bei der Erstellung *indikationsbezogener Versorgungspläne* sowie der Erarbeitung von Konzepten zur Ausarbeitung *einzelfallbezogener Versorgungspläne* können themenbezogene Arbeitsgruppen als Unterstützung dienen. Für eine erfolgreiche Arbeit der Arbeitsgruppen bedarf es der notwendigen themenbezogenen Sach- und Praxiskompetenz<sup>702</sup> sowie einer quantitativ und qualitativ angemessenen themenbezogenen Datengrundlage.<sup>703</sup>

*Personenbezogene Gesundheitskarten* sowie die Bündelung von Informationen durch eine *zentrale Informationsstelle* können zur Verbesserung der Datengrundlage beitragen. Die Informationsstelle sollte nicht nur den leistungserstellenden Akteuren und Einrichtungen des institutionellen Versorgungsverbands Informationen bereitstellen, sondern auch Aufgaben der Beratung sowie der einzelfallbezogenen Koordination von Versorgungsleistungen übernehmen.

Eine Befürwortung *Runder Tische* und *themenbezogener Arbeitsgruppen* sowie die Teilnahmebereitschaft an diesen Maßnahmen weist generell auf die Bevorzugung einer verpflichtenden Grundorientierung des normativen Managements und einer veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements hin. Diese Maßnahmen ermöglichen den Akteuren und Einrichtungen, selbst in die Gestaltung des institutionellen Versorgungsverbands einzugreifen. Bei einer Befürwortung *Runder Tische* sowie *themenbezogener Arbeitsgruppen* sollte der institutionelle Versorgungsverbund Möglichkeiten der Selbstorganisation bieten. Darüber hinaus bieten sich die Umsetzung eines kooperativen Führungsstils sowie das Lösen von Konflikten durch das Streben nach Konsens an. Die Leistungsbeiträge der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten im Einzelnen und nicht in ihrer Gesamtheit anerkannt werden.

---

<sup>701</sup> Brandt 1993, S. 56, 65; Zamora/Badura/Knesebeck u.a. 2000, S. 16 ff.

<sup>702</sup> Zamora/Badura/Knesebeck u.a. 2000, S. 21

<sup>703</sup> Joksimovic/Rugulies/Schnabel 2000, S. 90 f.; Knesebeck 2000, S. 168; Siegrist/Knesebeck/Schnabel 2000, S. 187

Die anderen vier Maßnahmen lassen lediglich Annahmen hinsichtlich einer wünschenswerten Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund zu. So würde die Erstellung *indikationsbezogener Versorgungspläne* für ausgewählte Zielgruppen tendenziell zu einer Erhöhung der Standardisierung und Einengung des Leistungsangebots, einem Anstieg programmierter Einzelregelungen sowie einer Förderung von Spezialwissen führen und somit Eigenschaften einer stabilitätsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements besitzen. Demgegenüber fördert die Ausarbeitung *einzelfallbezogener Versorgungspläne* individuelle und innovative Leistungsangebote. Rahmenregelungen sollten innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds zweckbezogen getroffen werden und die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten eher ein breites generalisiertes Wissen besitzen. Die Befürwortung einzelfallbezogener Versorgungspläne sowie die Bereitschaft zur Durchführung kann durch eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund gefördert werden.

Das Ausmaß der Zustimmung beziehungsweise der Ablehnung bezüglich der Ausgabe einer *personenbezogenen Gesundheitskarte* und der Einrichtung einer *zentralen Informationsstelle* lässt Vermutungen zur bevorzugten Gestaltung des Kommunikationssystems im institutionellen Versorgungsverbund zu. Je nach Gestaltung der personenbezogenen Gesundheitskarte kann diese eher für eine veränderungsorientierte oder stabilitätsorientierte Ausrichtung des Kommunikationssystems stehen. In der Regel sind personenbezogene Gesundheitskarten, die für eine Vielzahl von Personen mit unterschiedlichen Bedarfslagen ausgestellt werden, von einer hohen Standardisierung und geschlossenen Informationsgewinnung gekennzeichnet. Eine Zustimmung des Einsatzes von personenbezogenen Gesundheitskarten deutet somit eher auf eine Bevorzugung einer stabilitätsorientierten Ausrichtung des Kommunikationssystems hin. Dies trifft tendenziell auch bei der Einrichtung einer zentralen Informationsstelle zu. Sie fördert eine einseitige Informationsabfrage sowie eine enge Informationsverfügbarkeit.

Die Auswirkungen gewünschter Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen auf die Grundorientierung des normativen Managements und die Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund fasst Tabelle 29 zusammen.

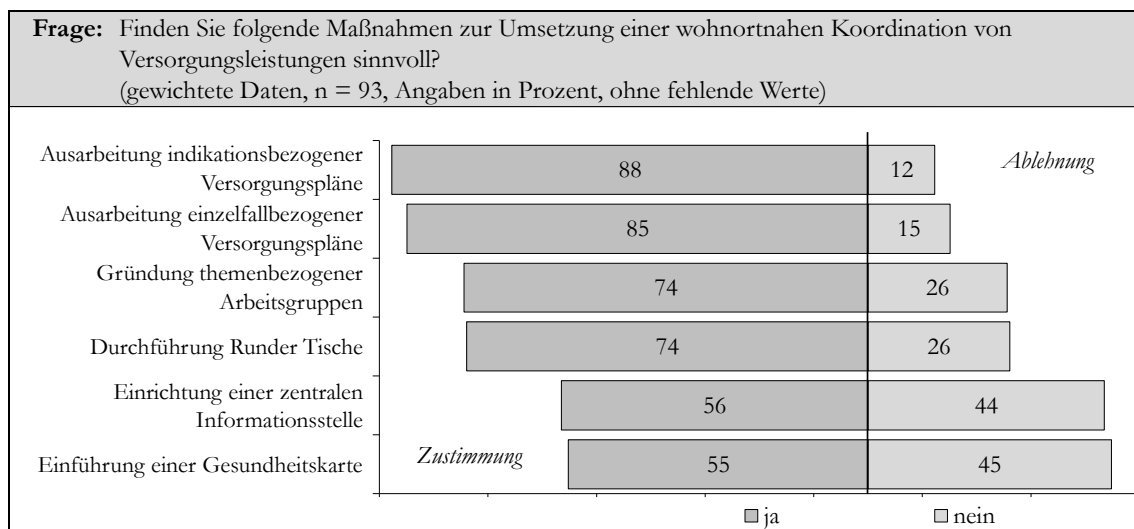
**Tabelle 29: Anforderungen gewünschter Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination an den institutionellen Versorgungsverbund**

| Befürwortung ...  | Auswirkung auf ...  | Förderung ...  |
|---|---|--|
| der Durchführung Runder Tische                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Organisationsrichtung</li> <li>- das Führungsverhalten</li> <li>- die Berücksichtigung von Interessen und Art der Konfliktlösung</li> <li>- die kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- von Selbstorganisation</li> <li>- eines kooperativen Führungsstils</li> <li>- eines Strebens nach Konsens</li> <li>- einer einzelpersonengeprägten Leistungskultur</li> </ul> |
| der Gründung themenbezogener Arbeitsgruppen             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Organisationsrichtung</li> <li>- das Führungsverhalten</li> <li>- die kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- von Selbstorganisation</li> <li>- eines kooperativen Führungsstils</li> <li>- einer einzelpersonengeprägten Leistungskultur</li> </ul>  |
| der Erstellung indikationsbezogener Versorgungspläne    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Leistungsangebot</li> <li>- die Regelung der Zusammenarbeit</li> <li>- das Rollenverhalten</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- eines standardisierten Leistungsangebots</li> <li>- von programmierten Einzelregelungen</li> <li>- von Spezialisten</li> </ul>  |
| der Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Leistungsangebot</li> <li>- die Regelung der Zusammenarbeit</li> <li>- das Rollenverhalten</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- eines individuellen Leistungsangebots</li> <li>- von zweckbezogenen Rahmenregelungen</li> <li>- von Generalisten</li> </ul>   |
| der Einführung einer personenbezogenen Gesundheitskarte | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Informationsgewinnung und -verarbeitung</li> <li>- die Anwenderorientierung von Informationen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- eines reduktionistischen Umgangs mit Informationen</li> <li>- eines einseitigen Umgangs mit Informationen</li> </ul>  |
| der Einrichtung einer zentralen Informationsstelle      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Anwenderorientierung von Informationen</li> <li>- die Informationsverfügbarkeit</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- eines einseitigen Umgangs mit Informationen</li> <li>- einer engen Informationsverfügbarkeit</li> </ul>   |

**Quelle:** eigene Darstellung

Von den in der Befragung berücksichtigten Maßnahmen erhält den stärksten Zuspruch die Erarbeitung *indikationsbezogener Versorgungspläne* knapp vor der Ausarbeitung *einzelfallbezogener Versorgungspläne*. 88 Prozent der Befragten befürworten die Erstellung indikationsbezogener Versorgungspläne. Die Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne erachten 85 Prozent der Be-

fragten als sinnvoll. In der Häufigkeit der Befürwortung folgen die Maßnahmen: Gründung *themenbezogener Arbeitsgruppen* und Durchführung *Runder Tische*. Für diese Maßnahmen sprechen sich jeweils 74 Prozent der Befragten aus. Den geringsten Zuspruch erhalten die Einführung einer *personenbezogenen Gesundheitskarte* sowie die Einrichtung einer *zentralen Informationsstelle*. Jeweils knapp über die Hälfte der Befragten befürwortet die Umsetzung dieser Maßnahmen. Eine Übersicht hinsichtlich der Befürwortung verschiedener Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen enthält Abbildung 39.



**Abbildung 39: Beurteilung von Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen**

**Quelle:** eigene Darstellung

Bei der Betrachtung der Befürwortung der einzelnen Maßnahmen, getrennt nach den befragten Einrichtungstypen, ist eine hohe Befürwortung *indikationsbezogener Versorgungspläne* vorhanden. Eine Ausnahme bilden die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen, welche Runde Tische am häufigsten befürworten. Die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen sind neben den befragten Leiterinnen und Leitern stationärer Pflegeeinrichtungen diejenigen, die *einzelfallbezogene Versorgungspläne* häufiger ablehnen als die Befragten anderer Einrichtungstypen.

Weiterhin ist im Vergleich der einzelnen Einrichtungstypen eine relativ starke Ablehnung *Runder Tische* seitens der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen festzustellen. Über die Hälfte von ihnen

findet die Durchführung Runder Tische nicht sinnvoll, wohingegen bei den Befragten der anderen Einrichtungstypen maximal jeder Vierte diese ablehnt.

*Zentrale Informationsstellen* lehnen vor allem die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen sowie die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen ab. Eine starke Befürwortung mit 83 Prozent erhalten zentrale Informationsstellen von den befragten Ärztinnen und Ärzten. Auch die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen stimmen mit 68 Prozent häufiger für zentrale Informationsstellen als die Befragten insgesamt.

Hinsichtlich der Einführung einer *personenbezogenen Gesundheitskarte* bestehen lediglich leichte Unterschiede zwischen den Befragten der einzelnen Einrichtungstypen. Mit jeweils 46 Prozent befürworten die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen sowie die befragten Ärztinnen und Ärzte personenbezogene Gesundheitskarten am wenigsten, wohingegen mit 61 Prozent die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern personenbezogene Gesundheitskarten am ehesten als sinnvoll erachten. Eine Übersicht bezüglich der Befürwortung verschiedener Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen aus der Perspektive der einzelnen Einrichtungstypen enthält Tabelle 30.

**Tabelle 30: Beurteilung von Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp**

| Einrichtungstyp<br>Befürwortung ...   | Alle Einrichtungen (n = 93) |    | Arztpraxis (n = 13) |     | Krankenhaus (n = 23) |    | Ambulante Pflegeeinrichtung (n = 22) |    | Stationäre Pflegeeinrichtung (n = 19) |    | Kranken- und Pflegekasse (n = 16) |    |
|---------------------------------------|-----------------------------|----|---------------------|-----|----------------------|----|--------------------------------------|----|---------------------------------------|----|-----------------------------------|----|
|                                       | R                           | A  | R                   | A   | R                    | A  | R                                    | A  | R                                     | A  | R                                 | A  |
| indikationsbezogener Versorgungspläne | 1.                          | 88 | 2.                  | 92  | 1.                   | 91 | 3.                                   | 71 | 1.                                    | 89 | 1.                                | 94 |
| einzelfallbezogener Versorgungspläne  | 2.                          | 85 | 1.                  | 100 | 1.                   | 91 | 2.                                   | 73 | 5.                                    | 67 | 2.                                | 93 |
| themenbezogener Arbeitsgruppen        | 3.                          | 75 | 5.                  | 75  | 4.                   | 78 | 4.                                   | 62 | 2.                                    | 82 | 3.                                | 75 |
| Runder Tische                         | 4.                          | 74 | 3.                  | 83  | 3.                   | 87 | 1.                                   | 77 | 3.                                    | 79 | 5.                                | 44 |
| einer zentralen Informationsstelle    | 5.                          | 57 | 3.                  | 83  | 6.                   | 55 | 6.                                   | 41 | 4.                                    | 68 | 6.                                | 38 |
| personenbezogener Gesundheitskarten   | 6.                          | 55 | 6.                  | 46  | 5.                   | 61 | 5.                                   | 46 | 6.                                    | 61 | 4.                                | 63 |

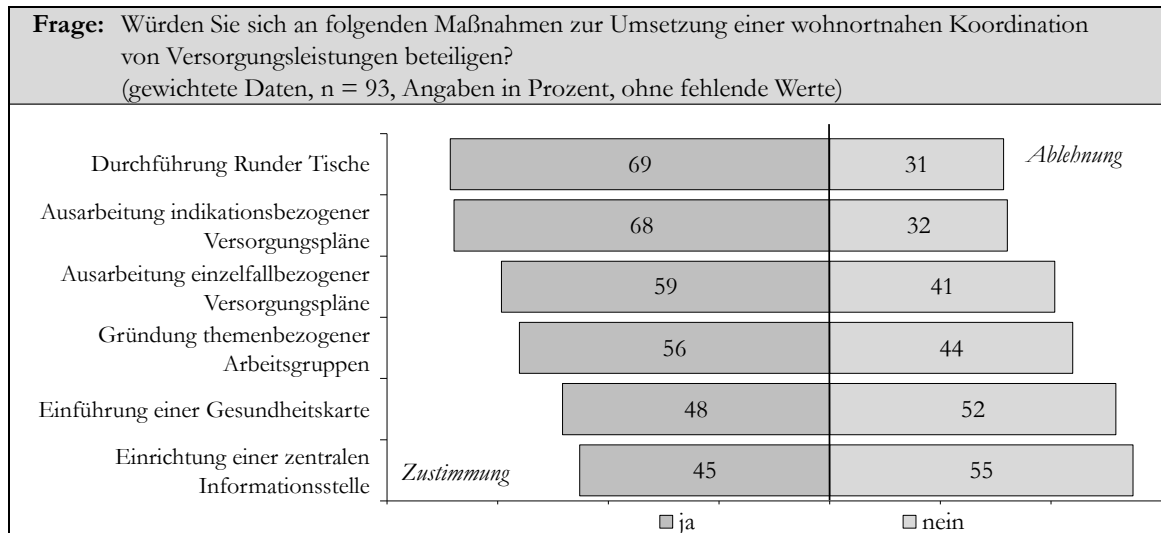
(ohne fehlende Werte)

**Legende:** A: Anteil der Befragten in Prozent, der diese Maßnahme befürwortet.  
R: Rang

**Quelle:** eigene Darstellung

Insgesamt betrachtet ist die Befürwortung der einzelnen Maßnahmen ausnahmslos höher als die Bereitschaft, an der jeweiligen Maßnahme teilzunehmen. Am stärksten ausgeprägt ist dieser Effekt bei der Maßnahme der Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne. Insgesamt erachten 85 Prozent der Befragten die Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne als sinnvoll. Tatsächlich beteiligen würden sich jedoch nur 59 Prozent der Befragten. Die höchste Beteiligungsbereitschaft findet sich mit 69 Prozent bei der Durchführung Runder Tische, gefolgt von der Ausarbeitung indikationsbezogener Versorgungspläne, welcher 68 Prozent der Befragten zustimmen. Über die Hälfte der Befragten spricht sich für eine Teilnahme an der Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne (59 Prozent) sowie der Gründung themenbezogener Arbeitsgruppen (56 Prozent) aus. Die geringste Teilnahmebe-

reitschaft zeigt sich bei der Einführung einer personenbezogenen Gesundheitskarte (48 Prozent) sowie der Einrichtung einer zentralen Informationsstelle (45 Prozent). Eine Übersicht bezüglich der Teilnahmebereitschaft an den jeweiligen Maßnahmen enthält Abbildung 40.



**Abbildung 40:** Teilnahmebereitschaft an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen

**Quelle:** eigene Darstellung

Die hohe Bereitschaft an *Runden Tischen* teilzunehmen zeigt sich auch bei der Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Einrichtungstypen. Insbesondere die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern zeigen hier im Vergleich zu den befragten Personen anderer Einrichtungen eine hohe Teilnahmebereitschaft. 91 Prozent von ihnen sind bereit, an *Runden Tischen* teilzunehmen. Ein anderes Bild zeigt sich bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen. Sie lehnen eine Teilnahme an *Runden Tischen* mehrheitlich ab. Lediglich 33 Prozent von ihnen wären bereit, sich zu beteiligen.

Demgegenüber zeigen die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen eine besonders hohe Bereitschaft, an der Erarbeitung *indikationsbezogener Versorgungspläne* mitzuwirken. Anders stellt sich das Ergebnis bei den befragten Ärztinnen und Ärzten dar. Trotz ihrer starken Befürwortung dieser Maßnahme lehnt mehr als die Hälfte eine Mitwirkung an der Erarbeitung *indikationsbezogener Versorgungspläne* ab. Die Bereitschaft, an der Erstellung *einzelfallbezogener Versorgungspläne* teilzunehmen, fällt bei den befrag-

ten Ärztinnen und Ärzten sowie den befragten Leiterinnen und Leitern ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen etwas geringer aus. Eine hohe Bereitschaft hingegen zeigen die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei der Bereitschaft, an der Durchführung *themenbezogener Arbeitsgruppen* mitzuwirken. Auch hier ist die Teilnahmebereitschaft der befragten Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit Befragten anderer Einrichtungstypen geringer und die Teilnahmebereitschaft der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern im Vergleich zu den Befragten anderer Einrichtungstypen höher.

Geringfügige Unterschiede bestehen beim Vergleich der Antworten der Befragten der einzelnen Einrichtungstypen zur Bereitschaft, am Einsatz *personenbezogener Gesundheitskarten* mitzuwirken. Bezüglich der Unterstützung der Einrichtung *zentraler Informationsstellen* zeigen die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen eine hohe Bereitschaft, wohingegen die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen eine eher geringe Bereitschaft zeigen.

Tabelle 31 enthält einen Überblick hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft an den einzelnen Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen aus der Perspektive der einzelnen Einrichtungstypen.

**Tabelle 31: Teilnahmebereitschaft an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp**

| Teilnahme an ...                       | Alle Einrichtungen (n = 93) |    | Arztpraxis (n = 13) |    | Krankenhaus (n = 23) |    | Ambulante Pflegeeinrichtung (n = 22) |    | Stationäre Pflegeeinrichtung (n = 19) |    | Kranken- und Pflegekasse (n = 16) |    |
|--|-----------------------------|----|---------------------|----|----------------------|----|--------------------------------------|----|---------------------------------------|----|-----------------------------------|----|
|  | R                           | A  | R                   | A  | R                    | A  | R                                    | A  | R                                     | A  | R                                 | A  |
| Runden Tischen                         | 1.                          | 69 | 1.                  | 75 | 1.                   | 91 | 1.                                   | 68 | 1.                                    | 77 | 5.                                | 33 |
| indikationsbezogenen Versorgungsplänen | 2.                          | 68 | 3.                  | 46 | 2.                   | 82 | 1.                                   | 55 | 2.                                    | 71 | 1.                                | 87 |
| einzelfallbezogenen Versorgungsplänen  | 3.                          | 59 | 2.                  | 54 | 4.                   | 73 | 3.                                   | 52 | 6.                                    | 50 | 2.                                | 67 |
| themenbezogenen Arbeitsgruppen         | 4.                          | 56 | 5.                  | 42 | 3.                   | 77 | 4.                                   | 47 | 4.                                    | 60 | 3.                                | 53 |
| personenbezogenen Gesundheitskarten    | 5.                          | 48 | 3.                  | 46 | 5.                   | 50 | 5.                                   | 39 | 5.                                    | 56 | 4.                                | 50 |
| zentralen Informationsstellen          | 6.                          | 45 | 5.                  | 42 | 6.                   | 45 | 5.                                   | 39 | 3.                                    | 69 | 5.                                | 33 |

(ohne fehlende Werte)

**Legende:** A: Anteil der Befragten in Prozent, der sich an der Umsetzung dieser Maßnahme beteiligen würde.  
R: Rang

**Quelle:** eigene Darstellung

Von den befragten Personen der einzelnen Einrichtungstypen zeigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern die stärkste Befürwortung und Teilnahmebereitschaft an den genannten Maßnahmen insgesamt. Lediglich die Hälfte von ihnen lehnt maximal eine Maßnahme oder die Teilnahmebereitschaft an einer dieser Maßnahmen ab. Die stärkste Ablehnung der Maßnahmen beziehungsweise der Teilnahmebereitschaft findet sich bei den Befragten, die in ambulanten Pflegeeinrichtungen und bei Kranken- und Pflegekassen tätig sind.

Maßnahmen, die eher eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements unterstützen, werden deutlich öfter befürwortet als Maßnahmen, die eher eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements fördern. Am häufigsten befürworten die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern Maßnahmen, die eine verändere-

rungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements erfordern. Im Gegensatz dazu lehnen die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen diese Maßnahmen am häufigsten ab.

Maßnahmen, die eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements fördern würden, lehnen vor allem die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen ab, wohingegen die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen diese am stärksten befürworten. Sie sind die einzigen der befragten Personen der verschiedenen Einrichtungstypen, die Maßnahmen, welche der Stabilität dienen, etwas häufiger befürworten als Maßnahmen, welche der Veränderung dienen.

#### **4.4.4 Gestaltung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen**

Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft seitens der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen ist es von Bedeutung, ihre Wünsche und Ziele zu kennen. Nur wenn sie einen Vorteil an der Teilnahme zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen sehen, kann mit ihrer Teilnahme gerechnet werden. Die Kenntnis ihrer Wünsche und Ziele gibt Rückschlüsse auf die zu schaffenden Rahmenbedingungen des institutionellen Versorgungsverbunds. Hieraus können Anforderungen an die Grundorientierung des normativen Managements und Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund abgeleitet werden.

In der Befragung sollten die befragten Personen vor dem Hintergrund einer eventuellen eigenen Beteiligung die Bedeutung der Erfüllung verschiedener Rahmenbedingungen bewerten. Hierzu wurden 15 Rahmenbedingungen unter Zuhilfenahme der vorhandenen Erkenntnisse von Vernetzungsprojekten sowie der Erkenntnisse aus den Expertengesprächen vorgegeben.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden im Folgenden einige der erfassten Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zusammengefasst. Tabelle 32 verdeutlicht, welche einzelnen Rahmenbedingungen (Spalte eins) zu einer Rahmenbedingung (Spalte vier) zusammengefasst wurden. Des Weiteren findet sich in der Tabelle der Hinweis, inwieweit die Erfüllung der jeweiligen Rahmenbedingung eher eine opportunistische (OG) oder verpflichtende (VG) Grundorientierung des normativen Managements (Spalte zwei) sowie eher eine veränderungsorientierte (VA) oder

stabilitätsorientierte (SA) Ausrichtung des strategischen Managements (Spalte drei) im institutionellen Versorgungsverbund verlangen würde.

**Tabelle 32: Konkretisierung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen**

| Einzelne Rahmenbedingungen  | Normative Grundorientierung | Strategische Ausrichtung | Zusammengefasste Rahmenbedingung                                  |
|---|-----------------------------|--------------------------|---|
| Verbesserung der Lebensbedingungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen | VG                          | –                        | Steigerung der Versorgungsqualität                                |
| Verbesserung der Versorgungsqualität  | VG                          | VA                       |   |
| Steigerung des eigenen Images   | –                           | VA                       |   |
| Stärkung des fachlichen Austauschs  | –                           | VA                       | Verbesserung des Informationsaustauschs                           |
| Verbesserung des einzelfallbezogenen Informationsaustauschs                 | –                           | VA                       |   |
| Steigerung des Einflusses auf die Versorgung                                | –                           | VA                       | Beibehaltung bzw. Ausweitung der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten |
| Erbringung zusätzlicher Versorgungsleistungen                               | –                           | VA                       |   |
| Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit                              | VG                          | VA                       |   |
| Senkung der Versorgungskosten   | –                           | –                        | Optimierung der Wirtschaftlichkeit und finanziellen Situation     |
| Stärkung der eigenen Finanzkraft  | –                           | SA                       |   |
| Gemeinsame Nutzung von Ressourcen   | –                           | SA                       |   |
| Keine Erhöhung des Dokumentationsaufwands                                   | –                           | SA                       | Beibehaltung bzw. Verringerung des Arbeitsaufwands                |
| Verringerung des eigenen Arbeitsaufwands                                    | –                           | SA                       |   |
| Förderung der Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen             | VG                          | VA                       | Steigerung der Innovativität                                      |
| Konzentration auf Kernkompetenzen durch weitere Spezialisierung             | –                           | SA                       | Ausweitung der eigenen Spezialisierung                            |

**Legende:** OG: opportunistische Grundorientierung des normativen Managements  
 SA: stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements  
 VA: veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements  
 VG: verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements

**Quelle:** eigene Darstellung

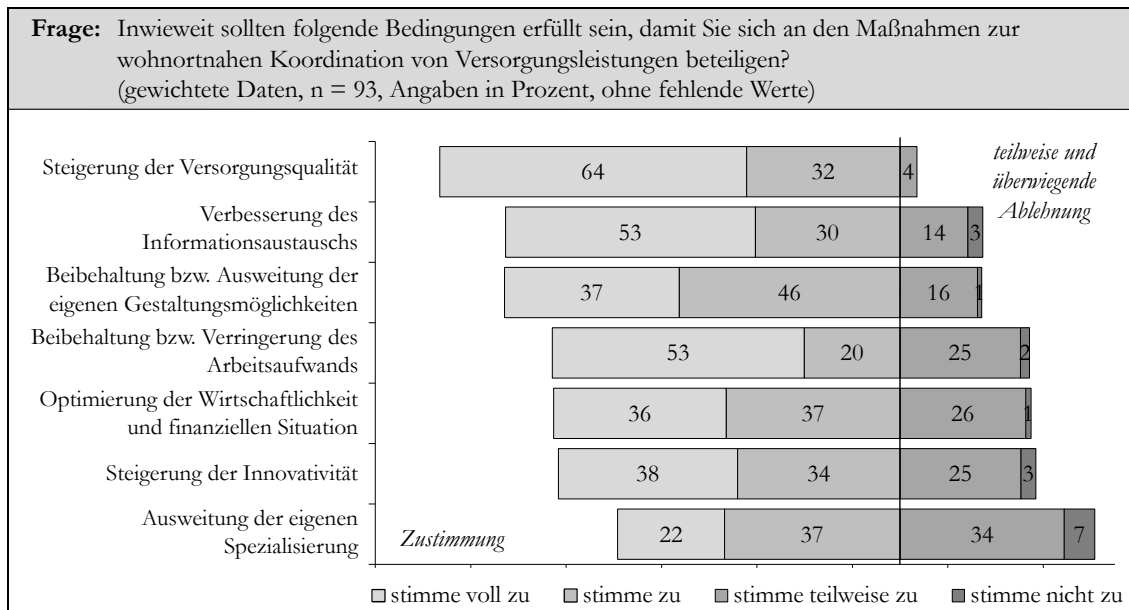
Insgesamt stimmen mehr als die Hälfte der Befragten der Wichtigkeit der jeweiligen Rahmenbedingungen voll zu beziehungsweise zu. Die größte Bedeutung messen die Befragten der *Steigerung der Versorgungsqualität* zu. 64 Prozent der Befragten stimmen der Bedeutsamkeit dieser Bedingung voll zu und weitere 32 Prozent stimmen zu. Keine der befragten Personen würde sich an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen, wenn diese nicht zwangsläufig zu einer Steigerung der Versorgungsqualität führen. Am zweitwichtigsten ist den Befragten, dass mit einer eventuellen Beteiligung an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen eine *Verbesserung des Informationsaustauschs* einhergeht. Mehr als 80 Prozent der Befragten ist die Verbesserung des Informationsaustauschs wichtig.

Geringfügig weniger wichtig ist den Befragten:

- die Beibehaltung beziehungsweise Ausweitung der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten,
- die Optimierung der Wirtschaftlichkeit und finanziellen Situation sowie
- die Beibehaltung beziehungsweise Verringerung des Arbeitsaufwands.

Für 83 Prozent der Befragten ist die Beibehaltung beziehungsweise Ausweitung der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten unabdingbar, um sich an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zu beteiligen. Die beiden letzteren Bedingungen sind für jeweils 73 Prozent der Befragten Voraussetzung, um an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination teilzunehmen.

Von den berücksichtigten Rahmenbedingungen werden die Möglichkeiten der *Steigerung der Innovativität* sowie die *Ausweitung der eigenen Spezialisierung* weniger wichtig erachtet. Dennoch ist die Zustimmung hinsichtlich der Erfüllung dieser beiden Rahmenbedingungen mit 72 Prozent beziehungsweise 59 Prozent hoch, wenn es um eine Beteiligung an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen geht. Eine Übersicht hinsichtlich der Bedeutsamkeit der einzelnen Rahmenbedingungen gibt Abbildung 41.



**Abbildung 41: Beurteilung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen**

**Quelle:** eigene Darstellung

Auch bei der Betrachtung der Ergebnisse, getrennt nach den einzelnen Einrichtungstypen, zeigt sich die hohe Bedeutung der *Verbesserung der Versorgungsqualität*. Sie stellt für alle Einrichtungstypen die bedeutsamste Rahmenbedingung dar. Darüber hinaus würde die *Verbesserung des Informationsaustauschs* viele Befragte motivieren, sich an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zu beteiligen. Lediglich die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen stimmen der Bedeutsamkeit dieser Rahmenbedingung etwas weniger zu. Aber mit 75 Prozent Zustimmung ist die Verbesserung des Informationsaustauschs für die meisten von ihnen auch von Bedeutung. Demgegenüber ist die Verbesserung des Informationsaustauschs besonders den befragten Leiterinnen und Leitern ambulanter (86 Prozent) und stationärer Pflegeeinrichtungen (95 Prozent) sowie den befragten Ärztinnen und Ärzten (85 Prozent) wichtig.

Für nahezu alle befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen sowie alle befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen ist die *Beibehaltung beziehungsweise Ausweitung der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten* unabdingbare Voraussetzung, um sich an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zu beteiligen. Eine etwas geringere Bedeutung besitzt diese Rahmenbedingung bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern. Die *Optimierung der Wirt-*

*schaftlichkeit und finanziellen Situation* ist besonders den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen wichtig.

Auf eine *Beibehaltung beziehungsweise Verringerung des Arbeitsaufwands* legen vor allem die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie die befragten Ärztinnen und Ärzte Wert. Demgegenüber ist den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen die Erfüllung dieser Bedingung im Vergleich zu den Befragten insgesamt am wenigsten wichtig. Die Hälfte der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen würde an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen auch dann teilnehmen, wenn diese zu einer Erhöhung des Arbeitsaufwands führen würde.

Die etwas geringere Bedeutung der Rahmenbedingungen *Steigerung der Innovativität* sowie *Ausweitung der eigenen Spezialisierung* ist auch bei einer getrennten Betrachtung der einzelnen Einrichtungstypen festzustellen. Die Möglichkeit, die Innovativität von Versorgungsleistungen zu steigern, schätzen vor allem die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen. Demgegenüber zeigen die befragten Ärztinnen und Ärzte daran das geringste Interesse. Sie beurteilen weiterhin die Bedeutung der Ausweitung der eigenen Spezialisierung als weniger wichtig. Eine Ausweitung der Spezialisierung von Versorgungsleistungen ist besonders den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen wichtig.

Die höchsten Ansprüche an die Rahmenbedingungen stellen die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen. Die befragten Ärztinnen und Ärzte schätzen unter den Befragten insgesamt die Bedeutung der Erfüllung der Rahmenbedingungen am geringsten ein. Tabelle 33 verdeutlicht die Ergebnisse bezüglich der Bedeutung der Rahmenbedingungen aus der Perspektive der einzelnen Einrichtungstypen.

**Tabelle 33: Beurteilung der Rahmenbedingungen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen nach Einrichtungstyp**

| Einrichtungstyp<br>Rahmenbedingung                                | Alle Einrichtungen<br>(n = 93) |    | Arztpraxis<br>(n = 13) |    | Krankenhaus<br>(n = 23) |    | Ambulante Pflegeeinrichtung<br>(n = 22) |    | Stationäre Pflegeeinrichtung<br>(n = 19) |     | Kranken- und Pflegekasse<br>(n = 16) |     |
|---|--------------------------------|----|------------------------|----|-------------------------|----|---|----|--|-----|--------------------------------------|-----|
|   | R                              | A  | R                      | A  | R                       | A  | R                                       | A  | R  | A   | R                                    | A   |
| Steigerung der Versorgungsqualität                                | 1.                             | 96 | 1.                     | 91 | 1.                      | 96 | 1.                                      | 95 | 1.                                       | 100 | 1.                                   | 100 |
| Verbesserung des Informationsaustauschs                           | 2.                             | 83 | 2.                     | 85 | 3.                      | 73 | 2.                                      | 86 | 2.                                       | 95  | 5.                                   | 75  |
| Beibehaltung bzw. Ausweitung der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten | 2.                             | 83 | 4.                     | 69 | 4.                      | 71 | 2.                                      | 86 | 3.                                       | 94  | 2.                                   | 93  |
| Optimierung der Wirtschaftlichkeit und finanziellen Situation     | 4.                             | 73 | 4.                     | 69 | 4.                      | 71 | 6.                                      | 73 | 6.                                       | 68  | 4.                                   | 81  |
| Beibehaltung bzw. Verringerung des Arbeitsaufwands                | 4.                             | 73 | 2.                     | 85 | 6.                      | 65 | 4.                                      | 82 | 5.                                       | 83  | 7.                                   | 50  |
| Steigerung der Innovativität                                      | 6.                             | 72 | 6.                     | 54 | 2.                      | 74 | 5.                                      | 77 | 4.                                       | 84  | 6.                                   | 69  |
| Ausweitung der eigenen Spezialisierung                            | 7.                             | 59 | 7.                     | 46 | 7.                      | 44 | 7.                                      | 67 | 7.                                       | 53  | 3.                                   | 88  |

(ohne fehlende Werte)

**Legende:** A: Anteil der Befragten in Prozent, der sich bei Erfüllung dieser Rahmenbedingung an der Umsetzung einer wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen würde.

R: Rang

**Quelle:** eigene Darstellung

Insgesamt werden Rahmenbedingungen, die eher eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements verlangen, etwas häufiger gefordert als Rahmenbedingungen, die eher eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund erfordern. Unter den Befragten sind es insbesondere die befragten Leiterinnen und Leiter ambulanter Pflegeeinrichtungen sowie die befragten Mitarbeiterin-

nen und Mitarbeiter von Krankenhäusern, die überwiegend Rahmenbedingungen wünschen, die eher einer veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements bedürfen. Demgegenüber sind den befragten Ärztinnen und Ärzten sowie den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen etwas stärker solche Rahmenbedingungen wichtig, die eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements benötigen.

## **4.5 Gestaltung des Managements im institutionellen Versorgungsverbund**

### **4.5.1 Gestaltung des normativen Managements**

Die in der Befragung erfassten Zustimmungen zu verschiedenen Anforderungen an die wohnortnahe Koordination von Versorgungsleistungen lassen Rückschlüsse auf die gewünschte Grundorientierung des normativen Managements im institutionellen Versorgungsverbund zu. Mit einer verpflichtenden oder einer opportunistischen Grundorientierung lassen sich prinzipiell zwei gegensätzliche Grundorientierungen des normativen Managements unterscheiden.<sup>704</sup> Die vorangegangenen Auswertungen der Befragung lassen auf eine Bevorzugung einer eher verpflichtenden Grundorientierung seitens der Befragten schließen.

Inwieweit die einzelnen Bereiche des normativen Managements und dessen einzelne Dimensionen innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds eher eine verpflichtende oder eher eine opportunistische Grundorientierung aufweisen sollten, steht im Folgenden im Zentrum der Betrachtung. Es geht dabei um die detaillierte Betrachtung der Verbundpolitik, der Verbundverfassung sowie der Verbundkultur. Die Verbundpolitik legt die grundlegende Zielausrichtung fest. In der Verbundverfassung wird die grundsätzliche Orientierung des institutionellen Versorgungsverbunds bestimmt und von der Verbundkultur hängt die Offenheit und Dynamik des institutionellen Versorgungsverbunds ab. Tabelle 34 fasst die einzelnen Bereiche sowie deren Dimensionen des normativen Managements zusammen.

---

<sup>704</sup> vgl. Kapitel 3.5.5

**Tabelle 34: Bereiche und Dimensionen des normativen Managements**

| Bereiche          | Dimensionen  |
|-------------------|--|
| Verbundpolitik    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zielausrichtung auf Anspruchsgruppen</li> <li>- Entwicklungsorientierung</li> <li>- Ökonomische Zielausrichtung</li> <li>- Gesellschaftliche Zielausrichtung</li> </ul>   |
| Verbundverfassung | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berücksichtigung von Interessen und Art der Konfliktlösung</li> <li>- Interne Strukturierung der Interessen</li> <li>- Kompetenzverteilung</li> <li>- Innovationsorientierung</li> </ul>                            |
| Verbundkultur     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Offenheit der Verbundkultur</li> <li>- Differenziertheit der Verbundkultur</li> <li>- Kulturprägende Rolle der Verbundleitung</li> <li>- Kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer</li> </ul> |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 82 ff.

Bevor anhand des Antwortverhaltens der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer Rückschlüsse hinsichtlich der gewünschten Grundorientierung des normativen Managements gezogen werden, soll kurz die Vorgehensweise zur Ermittlung von Aussagen hierzu anhand eines Beispiels erläutert werden. Dazu ist es notwendig, einen Überblick über die Aussagekraft der einzelnen in der Befragung erfassten Anforderungen hinsichtlich der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen zu erhalten. Inwieweit die in der Befragung erfassten Anforderungen Rückschlüsse auf die Grundorientierung der einzelnen Dimensionen der Verbundpolitik, Verbundverfassung und Verbundkultur erlauben, ist in Tabelle 35 dargestellt. Je nach Zustimmung beziehungsweise Ablehnung der jeweils erfassten Anforderung bevorzugen die Befragten eher eine opportunistische Grundorientierung (OG) oder verpflichtende Grundorientierung (VG) des normativen Managements im institutionellen Versorgungsverbund.

**Tabelle 35: Rückschlüsse erfasster Anforderungen auf die Grundorientierung des normativen Managements**

| Rückschlüsse auf ...                                       | Erfasste Anforderung  | Grundorientierung bei: |           |
|--|---|------------------------|-----------|
|  |   | Zustimmung             | Ablehnung |
| Verbundpolitik   |   |                        |           |
| Zielausrichtung auf Anspruchsgruppen                       | Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen  | OG                     | VG        |
|  | Verbesserung der Lebensbedingungen sowie der Versorgungsqualität  | VG                     | OG        |
|  | Stärkung der eigenen Finanzkraft  | OG                     | VG        |
| Entwicklungsorientierung                                   | Erhöhung der Homogenität der Leistungen   | OG                     | VG        |
|  | Erhöhung der Innovativität der Leistungen   | VG                     | OG        |
|  | Förderung der Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen   | VG                     | OG        |
| Ökonomische Zielausrichtung                                | Erhöhung der Servicequalität  | VG                     | OG        |
|  | Erhöhung des Umfangs an Beratung und persönlicher Zuwendung bei der Leistungserstellung   | VG                     | OG        |
|  | Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen und Begrenzung der Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer   | VG                     | OG        |
|  | Verbesserung der Versorgungsqualität  | VG                     | OG        |
|  | Stärkung der eigenen Finanzkraft  | VG                     | OG        |
| Gesellschaftliche Zielausrichtung                          | Verbesserung der Lebensbedingungen  | VG                     | OG        |
| Verbundverfassung  |   |                        |           |
| Berücksichtigung von Interessen und Art der Konfliktlösung | Hohe Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen insbesondere von Interessengruppen und neutralen außenstehenden Personen an Aufgaben der wohnortnahen Koordination | VG                     | OG        |
|  | Befürwortung Runder Tische und Teilnahme an Runden Tischen  | VG                     | OG        |
|  | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit  | VG                     | OG        |
| Interne Strukturierung der Interessen                      | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit  | VG                     | OG        |
| Kompetenzverteilung  | Hohe Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an Aufgaben der wohnortnahen Koordination  | VG                     | OG        |
| Innovationsorientierung                                    | Erhöhung der Homogenität der Leistungen   | OG                     | VG        |
|  | Erhöhung der Innovativität der Leistungen   | VG                     | OG        |
|  | Förderung der Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen   | VG                     | OG        |

| Rückschlüsse auf ...   | Erfasste Anforderung   | Grundorientierung bei: |           |
|--|--|------------------------|-----------|
|  |  | Zustimmung             | Ablehnung |
| Verbundkultur  |  |                        |           |
| Offenheit der Verbundkultur  | Hohe Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an Aufgaben der wohnortnahen Koordination         | VG                     | OG        |
|  | Erhöhung der Homogenität der Leistungen  | OG                     | VG        |
|  | Erhöhung der Innovativität der Leistungen  | VG                     | OG        |
|  | Förderung der Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen  | VG                     | OG        |
| Differenziertheit der Verbundkultur  | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit   | VG                     | OG        |
| Kulturprägende Rolle der Verbundleitung  | Erhöhung der Individualität und Servicequalität der Leistungen   | VG                     | OG        |
|  | Erhöhung des Umfangs an Beratung und persönlicher Zuwendung bei der Leistungserstellung                    | VG                     | OG        |
|  | Erhöhung der Homogenität sowie Begrenzung der Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer                        | OG                     | VG        |
|  | Verbesserung der Versorgungsqualität   | VG                     | OG        |
|  | Stärkung der eigenen Finanzkraft   | OG                     | VG        |
| Kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer                                | Beteiligung der eigenen Einrichtung an Aufgaben der einzelfallbezogenen und wohnortnahen Koordination      | VG                     | OG        |
|  | Durchführung Runder Tische und Gründung themenbezogener Arbeitsgruppen sowie Teilnahme an diesen Maßnahmen | VG                     | OG        |
|  | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit   | VG                     | OG        |
| <b>Legende:</b> OG: opportunistische Grundorientierung<br>VG: verpflichtende Grundorientierung |  |                        |           |

**Quelle:** eigene Darstellung

Stimmen die Befragten beispielsweise zu, dass:

- die Wirtschaftlichkeit der Leistungen von zentraler Bedeutung ist und
- an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen verstärkt teilgenommen wird, wenn dadurch die eigene Finanzkraft gesteigert wird

und lehnen die Befragten gleichzeitig ab, dass

- die Verbesserung der Lebensbedingungen von hoher Bedeutung ist sowie

- die Verbesserung der Versorgungsqualität nicht primäres Ziel der wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen sein sollte,

so kann davon ausgegangen werden, dass sie eine opportunistische Grundorientierung des institutionellen Versorgungsverbunds stärker befürworten als eine verpflichtende Grundorientierung.

Wie aus den Antworten einer einzelnen befragten Person ihre Präferenz bezüglich der Grundorientierung des normativen Managements und der Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund ermittelt werden kann, soll anhand eines Beispiels aufgezeigt werden. Als Beispiel dafür wurde die Ermittlung der wünschenswerten Grundorientierung in Bezug auf die Zielausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds auf verschiedene Anspruchsgruppen gewählt. Wie in Tabelle 35 ersichtlich, lassen folgende Anforderungen Rückschlüsse auf die gewünschte Grundorientierung des normativen Managements in Bezug auf die Zielausrichtung auf verschiedene Anspruchsgruppen zu:

- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen,
- Verbesserung der Lebensbedingungen,
- Verbesserung der Versorgungsqualität sowie
- Stärkung der eigenen Finanzkraft.

Für die weitere Erläuterung wird beispielhaft angenommen, dass die zu befragende Person diesen Anforderungen wie in folgendem Auszug des Fragebogens dargestellt (Abbildung 42) zustimmt.

| Wie wünschenswert wäre es für Sie, dass die Versorgungs- und Betreuungsleistungen, welche Sie für Ihre Nutzerinnen und Nutzer erbringen, folgende Eigenschaften aufweisen?<br>Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz. |                                     |                          |                          |                          |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich finde es wünschenswert, dass ...  | Stimme voll zu                      | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
| ... bei der Versorgung und Betreuung die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen eine zentrale Bedeutung besitzt.   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Unter welchen Rahmenbedingungen würden Sie beziehungsweise würde sich Ihre Einrichtung an einer oder mehreren dieser Maßnahme/n zur wohnortnahen Koordination von Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen beteiligen?<br>Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz. |                          |                                     |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Wir würden uns beteiligen, wenn ...   | Stimme voll zu           | Stimme zu                           | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu                     |
| ... sich die Lebensbedingungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen verbessern.  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ... die Qualität der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen steigt.   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| ... es sich finanziell für unsere Einrichtung lohnt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Abbildung 42: Auszug aus dem Fragebogen

Quelle: eigene Darstellung

Zur Ermittlung der gewünschten Grundorientierung des normativen Managements ist eine Codierung der Antwortmöglichkeiten notwendig. Hierzu werden folgende Zahlenwerte verwendet:

- stimme voll zu erhält den Wert -2,
- stimme zu wird der Wert -1 zugewiesen,
- stimme teilweise zu ist mit dem Wert 1 codiert und
- stimme nicht zu besitzt den Zahlenwert 2.

Ist die Zustimmung der erfassten Anforderung ein Hinweis auf eine opportunistische Grundorientierung wie in diesem Fall die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie die Stärkung der eigenen Finanzkraft, ist der

Zahlenwert gleichzeitig der Zwischenwert. Ist die Zustimmung hingegen ein Zeichen für eine verpflichtende Grundorientierung wie in diesem Fall die Verbesserung der Lebensbedingungen sowie die Verbesserung der Versorgungsqualität, wird der Zahlenwert mit -1 multipliziert. Tabelle 36 stellt die Ermittlung der Zwischenwerte anhand des gewählten Beispiels dar.

**Tabelle 36: Ermittlung der Grundorientierung des normativen Managements anhand eines Beispiels**

| Nr. | Anforderung                                    | Antwort         | Zahlenwert | Grundorientierung | Zwischenwert |
|-----|--|-----------------|------------|-------------------|--------------|
| 1   | Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen | Stimme voll zu  | -2         | OG                | -2           |
| 2   | Verbesserung der Lebensbedingungen             | Stimme zu       | -1         | VG                | 1            |
| 3   | Verbesserung der Versorgungsqualität           | Stimme zu       | -1         | VG                | 1            |
| 4   | Stärkung der eigenen Finanzkraft               | Stimme nicht zu | 2          | OG                | 2            |

**Quelle:** eigene Darstellung

Nachdem die Zwischenwerte ermittelt wurden, werden diese addiert und durch die Anzahl der berücksichtigten Anforderungen dividiert. Für das ausgewählte Beispiel ergibt sich somit folgende Rechnung:

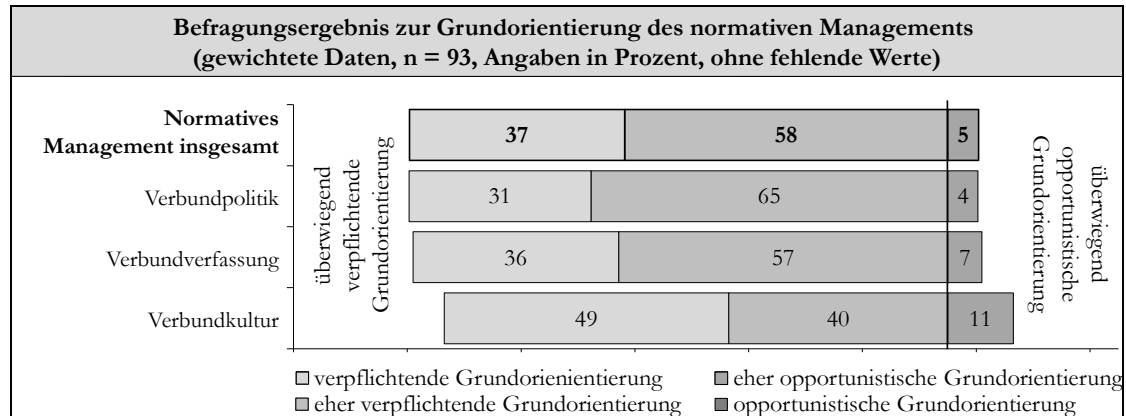
$$\text{Zielausrichtung auf Anspruchsgruppen} = \frac{-2 + 1 + 1 + 2}{4} = 0,5$$

Der hierdurch ermittelte Endwert liegt immer zwischen -2 und 2. Je näher der Endwert an -2 liegt, desto stärker sollte die jeweilige Dimension der Verbundpolitik, Verbundverfassung beziehungsweise Verbundkultur eine opportunistische Grundorientierung aufweisen. Je näher der Endwert an 2 liegt, desto stärker wird eine verpflichtende Grundorientierung befürwortet. Für die anschließende Darstellung der Ergebnisse erhalten die Endwerte folgende Bedeutungen:

- Endwert < -1: opportunistische Grundorientierung
- Endwert -1 bis -0,01: eher opportunistische Grundorientierung
- Endwert 0 bis 1: eher verpflichtende Grundorientierung
- Endwert > 1: verpflichtende Grundorientierung.

Bei einem wie in diesem Beispiel errechneten Endwert von 0,5 dürfte bei der Ausrichtung auf Anspruchsgruppen somit eher eine verpflichtende Grundorientierung befürwortet werden. In dem Fall sollte der institutionelle Versorgungsverbund bei seiner Zielfestlegung die Anforderungen verschiedener Anspruchsgruppen berücksichtigen sowie seine Ziele langfristig bestimmen.

Die Auswertung der Fragebögen weist in allen Bereichen des *normativen Managements* auf eine Bevorzugung einer (eher) verpflichtenden Grundorientierung hin. Lediglich die Angaben von fünf Prozent der Befragten lassen auf eine Zustimmung einer eher opportunistischen Grundorientierung des normativen Managements schließen. 37 Prozent der Befragten befürworten eine verpflichtende Grundorientierung und weitere 58 Prozent eine eher verpflichtende Grundorientierung. Auch die einzelnen Bereiche des normativen Managements – die Verbundpolitik, die Verbundverfassung und die Verbundkultur – zeigen eine ähnlich starke Befürwortung einer verpflichtenden Grundorientierung. Abbildung 43 stellt das Ergebnis der Auswertung hinsichtlich der wünschenswerten Grundorientierung des normativen Managements insgesamt sowie seiner einzelnen Bereiche grafisch dar.



**Abbildung 43: Befragungsergebnis zur Grundorientierung des normativen Managements**

**Quelle:** eigene Darstellung

Zu den Befragten, die sich nach der Auswertung für eine überwiegend opportunistische Grundorientierung aussprechen, gehören ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern sowie Kranken- und Pflegekasernen. Am stärksten befürworten die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen gefolgt von den befragten Ärztinnen und Ärzten eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Manage-

ments. Tabelle 37 zeigt die Anteile der Befragten der einzelnen Einrichtungstypen, die nach der Auswertung der Befragung eine überwiegend verpflichtende sowie eine überwiegend opportunistische Grundorientierung des institutionellen Versorgungsverbunds bevorzugen.

**Tabelle 37: Befragungsergebnis zur Grundorientierung des normativen Managements nach Einrichtungstyp**

| Rang | Einrichtungstyp                            | Verpflichtende Grundorientierung | Opportunistische Grundorientierung |
|------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| 1.   | Ambulante Pflegeeinrichtungen<br>(n = 22)  | 100 Prozent                      | 0 Prozent                          |
| 1.   | Stationäre Pflegeeinrichtungen<br>(n = 19) | 100 Prozent                      | 0 Prozent                          |
| 1.   | Arztpraxen<br>(n = 13)                     | 100 Prozent                      | 0 Prozent                          |
| 4.   | Kranken- und Pflegekassen<br>(n = 16)      | 92 Prozent                       | 8 Prozent                          |
| 5.   | Krankenhäuser<br>(n = 23)                  | 85 Prozent                       | 15 Prozent                         |

(ohne fehlende Werte)

**Quelle:** eigene Darstellung

Ein differenzierteres Bild ergibt sich lediglich bei der Betrachtung der einzelnen Dimensionen der Verbundpolitik, Verbundverfassung und Verbundkultur. Diese weichen aber nicht von der generell überwiegend gewünschten verpflichtenden Grundorientierung ab.

So weisen alle betrachteten Dimensionen der *Verbundpolitik* eine eindeutige Tendenz hinsichtlich einer verpflichtenden Grundorientierung des normativen Managements auf. Bezüglich der *Zielausrichtung auf Anspruchsgruppen* werden sich nach den Berechnungen 89 Prozent der Befragten für eine breite Einbindung der Anspruchsgruppen bei der Zielausrichtung entscheiden. Elf Prozent der Befragten dürften den Shareholderansatz bevorzugen, bei dem die Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds und seiner Träger im Zentrum stehen. Bezüglich der *Entwicklungsorientierung* sollte der institutionelle Versorgungsverbund eine gewisse Risikobereitschaft besitzen. 80 Prozent der Befragten würden sich eher für eine Risikobereitschaft als für eine Risikovermeidung aussprechen.

Die *ökonomische Zielausrichtung* sollte durch eine Politik hoher ökonomischer Verpflichtung gekennzeichnet sein. 95 Prozent der Befragten dürften sich den Auswertungsergebnissen zufolge hierfür aussprechen. Noch stärker sollte die *gesellschaftliche Zielausrichtung* von einer hohen Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung und somit einer verpflichtenden Grundorientierung geprägt sein. 96 Prozent der Befragten würden diese befürworten. Tabelle 38 stellt das Ergebnis aller Befragten hinsichtlich der gewünschten Grundorientierung der einzelnen Dimensionen der Verbundpolitik dar.

**Tabelle 38: Befragungsergebnis zur Grundorientierung der Verbundpolitik**

|                                      | <b>Verpflichtende Grundorientierung</b>                         | <b>Opportunistische Grundorientierung</b>                       |
|--------------------------------------|---|---|
| Zielausrichtung auf Anspruchsgruppen | Stakeholderansatz<br><b>89 Prozent</b>                          | Shareholderansatz<br><b>11 Prozent</b>                          |
| Entwicklungsorientierung             | Risikobereitschaft<br><b>80 Prozent</b>                         | Risikovermeidung<br>20 Prozent                                  |
| Ökonomische Zielausrichtung          | Ökonomische Verpflichtung<br><b>95 Prozent</b>                  | Improvisation<br><b>5 Prozent</b>                               |
| Gesellschaftliche Zielausrichtung    | Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung<br><b>96 Prozent</b> | Vermeidung gesellschaftlicher Verantwortung<br><b>4 Prozent</b> |

(gewichtete Daten, n = 93, ohne fehlende Werte)

**Quelle:** eigene Darstellung

Auch die *Verbundverfassung* sowie ihre einzelnen Dimensionen sollten vorzugsweise eine verpflichtende Grundorientierung besitzen. Bei näherer Betrachtung der Auswertungsergebnisse zeigen sich vereinzelt Tendenzen zu einer opportunistischen Grundorientierung der Verbundverfassung. Die Betrachtung der einzelnen Dimensionen der Verbundverfassung zeigt, dass ein Teil der Befragten einer opportunistischen Grundorientierung der Verbundverfassung nicht zwingend abgeneigt ist. So weist zwar das Antwortverhalten bezüglich der *Berücksichtigung von Interessen und Art der Konfliktlösung* bei 80 Prozent der Befragten auf eine Berücksichtigung einer Vielzahl verschiedener Interessen mit der Absicht, Konflikte durch Konsens zu lösen, hin. 20 Prozent würden sich jedoch auch nicht gegen eine einseitige Berücksichti-

gung der Interessen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie die Umsetzung von Entscheidungen durch hierarchische Weisungen aussprechen.

Bei der *internen Strukturierung der Interessen* sind stets die rechtliche und wirtschaftliche Autonomie der Akteure und Einrichtung und somit ihre eigenen Ziele sowie ihre eigene Verantwortung zu respektieren. 83 Prozent würden nur am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmen, wenn sie ihre Autonomie uneingeschränkt beibehalten könnten. Hierfür sollte der institutionelle Versorgungsverbund eine starke Differenziertheit hinsichtlich seiner Aufgaben- und Rechtsstrukturen sowie eine geschäftsferne Leitung, deren Aufgabe sich auf die Festlegung wesentlicher Grundsätze beschränkt, besitzen.

Hierzu bietet es sich an, die *Kompetenzverteilung* im institutionellen Versorgungsverbund breit zu gestalten. Einer breiten Verteilung von Kompetenzen stimmen den Auswertungsergebnissen zufolge 87 Prozent der Befragten zu. Vorstellbar ist die Errichtung einer mehrstufigen Verbundleitung, die sich beispielsweise aus einem Vorstand und einem Aufsichtsrat zusammensetzt. Die Zusammenarbeit sollte stets von einer gegenseitigen Kollegialität gekennzeichnet sein. Bei der Entwicklung neuer innovativer Versorgungs- und Koordinationsformen (*Innovationsorientierung*) sollten die Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie die Verbundleitung die Möglichkeit haben, Unterstützung beispielsweise durch Expertinnen und Experten zu erhalten. Tabelle 39 fasst die Anforderungen an die Grundorientierung der Verbundverfassung aus der Perspektive der Befragten zusammen.

Tabelle 39: Befragungsergebnis zur Grundorientierung der Verbundverfassung

|  | <b>Verpflichtende Grundorientierung</b>                        | <b>Opportunistische Grundorientierung</b>                    |
|--|--|--|
| Berücksichtigung von Interessen und Art der Konfliktlösung | Streben nach Konsens<br><b>80 Prozent</b>                      | Konfliktlösung durch Konfrontation<br><b>20 Prozent</b>      |
| Interne Strukturierung der Interessen                      | Uneingeschränkte Autonomie der Teilnehmer<br><b>83 Prozent</b> | Eingeschränkte Autonomie der Teilnehmer<br><b>17 Prozent</b> |
| Kompetenzverteilung  | Mehrstufige Verbundleitung<br><b>87 Prozent</b>                | Zentrale Kompetenzverteilung<br><b>13 Prozent</b>            |
| Innovationsorientierung                                    | Unterstützung bei Innovationen<br><b>90 Prozent</b>            | Überwachung von Innovationen<br><b>10 Prozent</b>            |

(gewichtete Daten, n = 93, ohne fehlende Werte)

Quelle: eigene Darstellung

Wie eine verpflichtende Grundorientierung der Verbundpolitik und Verbundverfassung sollte eine verpflichtende Grundorientierung der *Verbundkultur*, welche die überwiegende Mehrheit der Befragten gegenüber einer opportunistischen Grundorientierung bevorzugen dürfte, sachliche und soziale Aspekte in den Fokus stellen sowie sich gegenüber unterschiedlichen Interessen änderungsbereit und offen erweisen.<sup>705</sup> Zwölf Prozent der Befragten würden den Auswertungsergebnissen zufolge auch eine Verbundkultur bevorzugen, die eher eine opportunistische Grundorientierung besitzt und durch Geschlossenheit, Traditionen, Werteintegration und eine starke Leitungsorientierung gekennzeichnet ist. Unter den Befragten sind es vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern und Kranken- und Pflegekassen, die sich hierfür am ehesten aussprechen.

Eine hohe Änderungsbereitschaft und *Offenheit* des institutionellen Versorgungsverbunds setzt eine vernetzte und zukunftsorientierte *Verbundkultur* voraus. Nach den Ergebnissen der Auswertung würden 88 Prozent der Befragten diese einer traditionsbestimmten insularen Verbundkultur vorziehen. Bei einer verpflichtenden Grundorientierung der Verbundkultur sollte die *Differenziertheit der Verbundkultur* stärker von einer differenzierten Werthaltung als einer

---

<sup>705</sup> Bleicher 1992, S. 176

Schaffung einer werteintegrierenden Einheitskultur gekennzeichnet sein. 83 Prozent der Befragten würden sich den Auswertungsergebnissen zufolge hierfür aussprechen. Eine differenzierte Werthaltung des institutionellen Versorgungsverbunds fördert auf der einen Seite die Autonomie und Eigenständigkeit der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer, führt aber auf der anderen Seite zu einem Entstehen differenzierter Subkulturen mit einem eingeschränkten Konsens über Werthaltungen, welche die Gefahr des Entstehens eines mangelnden Zugehörigkeitsgefühls sowie Zusammenhalts der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer erhöht.

Das Erreichen gemeinsamer Ziele scheint vor diesem Hintergrund nur schwer realisierbar. Abhilfe können eine *kulturprägende Rolle der Verbundleitung*, die durch eine unternehmerische Leistungskultur gekennzeichnet ist, sowie eine *kulturprägende Rolle der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer*, die durch eine personengeprägte Leistungskultur charakterisiert ist, schaffen. Es werden die einzelnen Leistungsbeiträge der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer in den Fokus gestellt. Diese würde mit 84 Prozent beziehungsweise 87 Prozent ein Großteil der Befragten gegenüber einer technokratischen und kollektivgeprägten Leistungskultur bevorzugen. Tabelle 40 zeigt die deutliche Tendenz der Befragten hinsichtlich der Befürwortung einer verpflichtenden Verbundkultur in allen vier Dimensionen.

**Tabelle 40: Befragungsergebnis zur Grundorientierung der Verbundkultur**

|  | <b>Verpflichtende Grundorientierung</b>                              | <b>Opportunistische Grundorientierung</b>                       |
|--|--|---|
| Offenheit der Verbundkultur                              | Vernetzte und zukunftsorientierte Verbundkultur<br><b>88 Prozent</b> | Traditionsbestimmte insulare Verbundkultur<br><b>12 Prozent</b> |
| Differenziertheit der Verbundkultur                      | Differenzierte Werthaltung<br><b>83 Prozent</b>                      | Werteintegrierte Einheitskultur<br><b>17 Prozent</b>            |
| Kulturprägende Rolle der Verbundleitung                  | Unternehmerische Leistungskultur<br><b>84 Prozent</b>                | Technokratische Leistungskultur<br><b>16 Prozent</b>            |
| Kulturprägende Rolle der Teilnehmerinnen und -teilnehmer | Einzelpersonengeprägte Leistungskultur<br><b>87 Prozent</b>          | Kollektivgeprägte Leistungskultur<br><b>13 Prozent</b>          |

(gewichtete Daten, n = 93, ohne fehlende Werte)

Quelle: eigene Darstellung

#### 4.5.2 Gestaltung des strategischen Managements

Die von der Verbundkultur und Verbundverfassung getragene Verbundpolitik gibt dem strategischen Management die langfristige Zielausrichtung und Grundorientierung vor.<sup>706</sup> Konkret gilt es zu bestimmen, welche Leistungen der institutionelle Versorgungsverbund anbietet, welche innere Struktur er besitzt, wie Kommunikation stattfindet und wie das Verhalten der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer ziel- und zweckgerichtet gesteuert werden kann. Hieraus ergeben sich für den institutionellen Versorgungsverbund mit der Bestimmung der Verbundleistungen, der Verbundstruktur, des Kommunikationssystems sowie der Verhaltenssteuerung im Verbund vier Bereiche, welche bei der Festlegung der Ausrichtung des strategischen Managements von Bedeutung sind. Die einzelnen Bereiche des strategischen Managements lassen sich weiterhin in verschiedene Dimensionen gliedern.<sup>707</sup> Tabelle 41 gibt hierzu einen Überblick.

**Tabelle 41: Bereiche und Dimensionen des strategischen Managements**

| Bereiche                       | Dimensionen  |
|--------------------------------|--|
| Verbundleistungen              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungsangebot</li> <li>- Positionierung der Leistungen</li> <li>- Ausrichtung der Leistungen</li> <li>- Ressourceneinsatz</li> </ul>                                     |
| Verbundstruktur                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisierung der Zusammenarbeit</li> <li>- Regelung der Zusammenarbeit</li> <li>- Verteilung von Verantwortung</li> <li>- Organisationsrichtung</li> </ul>                |
| Kommunikationssystem           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationsgewinnung und -verarbeitung</li> <li>- Anwenderorientierung von Informationen</li> <li>- Informationsverfügbarkeit</li> <li>- Informationsauswertung</li> </ul> |
| Verhaltenssteuerung im Verbund | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Führungsverhalten</li> <li>- Rollenverhalten</li> <li>- Lernverhalten</li> </ul>  |

**Quelle:** eigene Darstellung in Anlehnung an Bleicher 1992, S. 209 ff.

<sup>706</sup> Bleicher 1992, S. 199

<sup>707</sup> vgl. Kapitel 3.5.4

Zu unterscheiden sind grundsätzlich Strategien, die stabilitätsorientiert ausgerichtet sind, und Strategien, die eine veränderungsorientierte Ausrichtung besitzen. Erstere zeichnen sich durch eine hohe Bestands-, Kontroll-, Kosten-, Regulations-, Sicherheits- sowie Spezialisierungsorientierung aus. Letztere sind stärker individual-, innovations-, netz-, nutzer- und zukunftsorientiert. Aussagen zur gewünschten Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund seitens potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer lassen sich anhand des Antwortverhaltens der befragten Personen treffen. Tabelle 42 stellt dar, welche in der Befragung erfassten Anforderungen an die Koordination von Versorgungsleistungen Hinweise auf eine stabilitätsorientierte Ausrichtung (SA) oder veränderungsorientierte Ausrichtung (VA) des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund geben.

**Tabelle 42: Rückschlüsse erfasster Anforderungen auf die Ausrichtung des strategischen Managements**

| Rückschlüsse auf ...          | Erfasste Anforderung  | Ausrichtung bei: |           |
|-------------------------------|---|------------------|-----------|
|                               |   | Zustimmung       | Ablehnung |
| Verbundleistungen             |   |                  |           |
| Leistungsangebot              | Erhöhung der Individualität der Leistungen  | VA               | SA        |
|                               | Erhöhung der Standardisierung der Leistungen  | SA               | VA        |
|                               | Erstellung indikationsbezogener Versorgungspläne  | SA               | VA        |
|                               | Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne   | VA               | SA        |
|                               | Konzentration auf Kernkompetenzen durch weitere Spezialisierung   | SA               | VA        |
|                               | Erbringung zusätzlicher Versorgungsleistungen   | VA               | SA        |
|                               | Zusammenarbeit mit vielen Akteuren und Einrichtungen, die verschiedene Leistungen erbringen               | VA               | SA        |
| Positionierung der Leistungen | Verbesserung der Lebensbedingungen  | VA               | SA        |
|                               | Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen   | VA               | SA        |
|                               | Steigerung des eigenen Images   | VA               | SA        |
| Ausrichtung der Leistungen    | Erhöhung der Servicequalität der Leistungen   | VA               | SA        |
|                               | Erhöhung des Umfangs an Beratung und persönlicher Zuwendung bei der Leistungserstellung                   | VA               | SA        |
|                               | Begrenzung der Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer sowie Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen | SA               | VA        |
|                               | Steigerung des Einflusses auf die Versorgung  | VA               | SA        |
|                               | Verbesserung der Versorgungsqualität  | VA               | SA        |
|                               | Stärkung der eigenen Finanzkraft  | SA               | VA        |

| Rückschlüsse auf ...              | Erfasste Anforderung   | Ausrichtung bei: |            |
|-----------------------------------|--|------------------|------------|
|                                   |  | Zustimmung       | Zustimmung |
| Ressourceneinsatz                 | Gemeinsame Nutzung von Ressourcen  | SA               | VA         |
|                                   | Konzentration auf Kernkompetenzen durch weitere Spezialisierung  | SA               | VA         |
| Verbundstruktur                   |  |                  |            |
| Formalisierung der Zusammenarbeit | Erhöhung der Individualität der Leistungen   | VA               | SA         |
|                                   | Erhöhung der Standardisierung der Leistungen   | SA               | VA         |
|                                   | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit   | VA               | SA         |
| Regelung der Zusammenarbeit       | Erhöhung der Individualität der Leistungen   | VA               | SA         |
|                                   | Erhöhung der Homogenität, Standardisierung und Wirtschaftlichkeit der Leistungen                           | SA               | VA         |
|                                   | Erstellung indikationsbezogener Versorgungspläne   | SA               | VA         |
|                                   | Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne  | VA               | SA         |
| Verteilung von Verantwortung      | Hohe Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an Aufgaben der wohnortnahen Koordination         | VA               | SA         |
|                                   | Verringerung des eigenen Arbeitsaufwands   | SA               | VA         |
|                                   | Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen  | VA               | SA         |
|                                   | Steigerung des Einflusses auf die Versorgung   | VA               | SA         |
|                                   | Konzentration auf Kernkompetenzen durch weitere Spezialisierung  | SA               | VA         |
|                                   | Erbringung zusätzlicher Versorgungsleistungen  | VA               | SA         |
|                                   | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit   | VA               | SA         |
| Organisationsrichtung             | Hohe Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an Aufgaben der wohnortnahen Koordination         | VA               | SA         |
|                                   | Durchführung Runder Tische und Gründung themenbezogener Arbeitsgruppen sowie Teilnahme an diesen Maßnahmen | VA               | SA         |
|                                   | Teilnahme an der Erstellung und Ausarbeitung indikations- und einzelfallbezogener Versorgungspläne         | VA               | SA         |
|                                   | Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungspläne   | VA               | SA         |
|                                   | Konzentration auf Kernkompetenzen durch weitere Spezialisierung  | SA               | VA         |
|                                   | Erbringung zusätzlicher Versorgungsleistungen  | VA               | SA         |
|                                   | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit   | VA               | SA         |

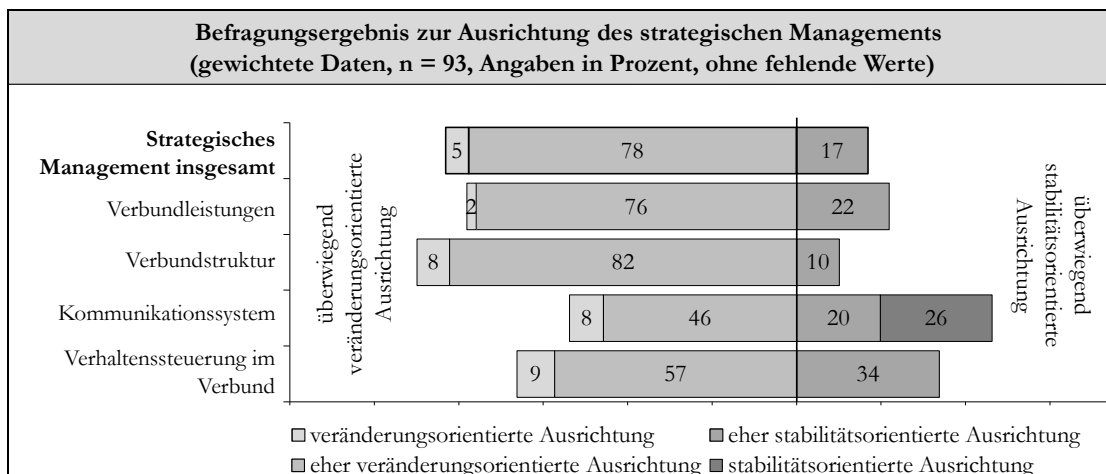
| Rückschlüsse auf ...                    | Erfasste Anforderung   | Ausrichtung bei: |           |
|---|--|------------------|-----------|
|   |  | Zustimmung       | Ablehnung |
| Kommunikationssystem                    |  |                  |           |
| Informationsgewinnung und -verarbeitung | Einführung einer personenbezogenen Gesundheitskarte und Beteiligung an der Durchführung und Umsetzung  | SA               | VA        |
|   | Verbesserung des einzelfallbezogenen Informationsaustauschs  | VA               | SA        |
| Anwenderorientierung von Informationen  | Einführung einer personenbezogenen Gesundheitskarte und Einrichtung einer zentralen Informationsstelle sowie Beteiligung an der Durchführung und Umsetzung | SA               | VA        |
|   | Verbesserung des einzelfallbezogenen Informationsaustauschs  | VA               | SA        |
| Informationsverfügbarkeit               | Einrichtung einer zentralen Informationsstelle sowie Beteiligung an der Durchführung und Umsetzung   | SA               | VA        |
|   | Verbesserung des einzelfallbezogenen Informationsaustauschs  | VA               | SA        |
| Informationsauswertung                  | Begrenzung des Dokumentationsaufwands  | SA               | VA        |
| Verhaltenssteuerung im Verbund          |  |                  |           |
| Führungsverhalten                       | Durchführung Runder Tische und Gründung themenbezogener Arbeitsgruppen sowie Teilnahme an diesen Maßnahmen   | VA               | SA        |
|   | Steigerung des Einflusses auf die Versorgung   | VA               | SA        |
|   | Beibehaltung der eigenen Entscheidungsfreiheit   | VA               | SA        |
| Rollenverhalten                         | Steigerung der Homogenität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen   | SA               | VA        |
|   | Steigerung der Innovativität der Leistungen  | VA               | SA        |
|   | Erstellung indikationsbezogener Versorgungspläne und Beteiligung an der Durchführung und Umsetzung   | SA               | VA        |
|   | Ausarbeitung einzelfallbezogener Versorgungspläne und Beteiligung an der Durchführung und Umsetzung  | VA               | SA        |
|   | Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen  | VA               | SA        |
|   | Konzentration auf Kernkompetenzen durch weitere Spezialisierung  | SA               | VA        |
| Lernverhalten                           | Stärkung des fachlichen Austauschs   | VA               | SA        |
|   | Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen  | VA               | SA        |
|   | Konzentration auf Kernkompetenzen durch weitere Spezialisierung  | SA               | VA        |
|   | Erbringung zusätzlicher Versorgungsleistungen  | VA               | SA        |

**Legende:** SA: stabilitätsorientierte Ausrichtung  
VA: veränderungsorientierte Ausrichtung

**Quelle:** eigene Darstellung

Nach den Auswertungsergebnissen tendieren fünf Prozent der Befragten zu einer veränderungsorientierten Ausrichtung und 78 Prozent der Befragten zu einer eher veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements. 17 Prozent der Befragten würden sich für eine eher stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements aussprechen. Im Vergleich zu der starken Befürwortung einer (eher) verpflichtenden Grundorientierung des normativen Managements ist die Befürwortung einer (eher) veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements nicht so stark ausgeprägt. Weiterhin bestehen stärkere Schwankungen zwischen den einzelnen betrachteten Bereichen des strategischen Managements.

So würden sich den Auswertungsergebnissen zufolge zwar mit 78 Prozent beziehungsweise 90 Prozent die meisten Befragten noch für eine (eher) veränderungsorientierte Ausrichtung der *Verbundleistungen* und *Verbundstruktur* entscheiden, hinsichtlich der Ausrichtung des Kommunikationssystems ist diese Eindeutigkeit nicht mehr erkennbar. Eine veränderungsorientierte Ausrichtung des *Kommunikationssystems* befürworten acht Prozent der Befragten. Weitere 46 Prozent sprechen sich für eine eher veränderungsorientierte Ausrichtung aus. Allerdings bevorzugen auch 20 Prozent der Befragten eine eher stabilitätsorientierte und weitere 26 Prozent der Befragten eine stabilitätsorientierte Ausrichtung des Kommunikationssystems. Auch hinsichtlich der Ausrichtung der *Verhaltenssteuerung im Verbund* besteht keine Eindeutigkeit. Eine veränderungsorientierte beziehungsweise eher veränderungsorientierte Ausrichtung der Verhaltenssteuerung im Verbund befürworten 66 Prozent der Befragten. Die anderen 34 Prozent stimmen stärker für eine eher stabilitätsorientierte Ausrichtung. Abbildung 44 stellt das Befragungsergebnis hinsichtlich der gewünschten Ausrichtung des strategischen Managements und seiner einzelnen Bereiche aus der Perspektive aller Befragten dar.



**Abbildung 44: Befragungsergebnis zur Ausrichtung des strategischen Managements**

**Quelle:** eigene Darstellung

Neben den stärkeren Schwankungen hinsichtlich der von den Befragten bevorzugten Ausrichtung der einzelnen Bereiche des strategischen Managements bestehen zwischen den einzelnen betrachteten Einrichtungstypen Unterschiede. Den Auswertungsergebnissen zufolge lässt am stärksten das Antwortverhalten der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern auf eine Bevorzugung einer veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements schließen. 93 Prozent von ihnen stimmen eher einer überwiegend veränderungsorientierten Ausrichtung des strategischen Managements zu. Die stärkste Zustimmung dürften stabilitätsorientierte Strategien bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen sowie den befragten Ärztinnen und Ärzten besitzen. 27 Prozent beziehungsweise 20 Prozent von ihnen entscheiden sich hierfür. Die Anteile der Befragten, die eine überwiegend veränderungsorientierte beziehungsweise stabilitätsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements befürworten, sind getrennt nach den einzelnen Einrichtungstypen in Tabelle 43 aufgeführt.

**Tabelle 43: Befragungsergebnis zur Ausrichtung des strategischen Managements nach Einrichtungstyp**

| Rang | Einrichtungstyp                            | Veränderungsorientierte Ausrichtung | Stabilitätsorientierte Ausrichtung |
|------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1.   | Krankenhäuser<br>(n = 23)                  | 93 Prozent                          | 7 Prozent                          |
| 2.   | Ambulante Pflegeeinrichtungen<br>(n = 22)  | 86 Prozent                          | 14 Prozent                         |
| 3.   | Stationäre Pflegeeinrichtungen<br>(n = 19) | 85 Prozent                          | 15 Prozent                         |
| 4.   | Arztpraxen<br>(n = 13)                     | 80 Prozent                          | 20 Prozent                         |
| 5.   | Kranken- und Pflegekassen<br>(n = 16)      | 73 Prozent                          | 27 Prozent                         |

(ohne fehlende Werte)

**Quelle:** eigene Darstellung

Im Folgenden stehen die Auswertungsergebnisse bezüglich einer aus der Perspektive der Befragten wünschenswerten Ausrichtung der einzelnen Bereiche des strategischen Managements im Fokus der Betrachtung.

Den Berechnungen zufolge würde sich die Mehrheit der Befragten eher für eine überwiegend veränderungsorientierte Ausrichtung der *Verbundleistungen* aussprechen. Die Verbundleistungen sind somit so auszurichten, dass sie zeitnah an Veränderungen, beispielsweise der Umwelt, angepasst werden können. Für eine überwiegend veränderungsorientierte Ausrichtung der Verbundleistungen dürften den Auswertungsergebnissen zufolge 78 Prozent der Befragten stimmen. Deutliche Abweichungen ergeben sich bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen, von denen mit 57 Prozent mehr als die Hälfte eher eine überwiegend stabilitätsorientierte Ausrichtung der Verbundleistungen befürwortet.

Hinsichtlich der Gestaltung des *Leistungsangebots* bevorzugen den Auswertungsergebnissen zufolge knapp zwei Drittel aller Befragten ein individuelles und etwas mehr als ein Drittel ein standardisiertes Leistungsangebot. Hinsichtlich der *Positionierung der Leistungen* sollte der institutionelle Versorgungsverbund den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern einen Rahmen schaffen, welcher innovative neue Versorgungsformen unterstützt. Bei 90 Prozent der Befragten schließt das Antwortverhalten darauf, dass sie eine Rolle des

institutionellen Versorgungsverbunds als Vorreiter neuer Versorgungskonzepte durchaus befürworten. Grundsätzlich sollte die *Ausrichtung der Leistungen* des institutionellen Versorgungsverbunds beziehungsweise seiner Teilnehmerinnen und Teilnehmer stärker nutzen- als kostenorientiert sein. Insgesamt dürften sich 81 Prozent der Befragten für eine starke Nutzenorientierung des Leistungsangebots aussprechen. Dies ist insbesondere den befragten Ärztinnen und Ärzten wichtig. Alle befragten Ärztinnen und Ärzte bevorzugen diese. Den geringsten Zuspruch dürfte eine starke Nutzenorientierung des Leistungsangebots gegenüber einer starken Kostenorientierung des Leistungsangebots von den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenkassen und Pflegekassen erhalten. Aber auch knapp über die Hälfte von ihnen findet Nutzenorientierung wichtiger als Kostenorientierung. Bezüglich des *Ressourceneinsatzes* kann keine deutliche Tendenz hinsichtlich eines festgelegten, stabilitätssichernden oder eines offenen veränderungsfördernden Einsatzes festgestellt werden. Das Auswertungsergebnis über die wünschenswerte Ausrichtung der Verbundleistungen stellt Tabelle 44 nochmals dar.

**Tabelle 44: Befragungsergebnis zur Ausrichtung der Verbundleistungen**

|                               | <b>Veränderungsorientierte Ausrichtung</b>                    | <b>Stabilitätsorientierte Ausrichtung</b>                     |
|-------------------------------|---|---|
| Leistungsangebot              | Individuelles Leistungsangebot<br><b>60 Prozent</b>           | Standardisiertes Leistungsangebot<br><b>40 Prozent</b>        |
| Positionierung der Leistungen | Innovatives Leistungsangebot<br><b>90 Prozent</b>             | Traditionelles Leistungsangebot<br><b>10 Prozent</b>          |
| Ausrichtung der Leistungen    | Nutzenorientierung des Leistungsangebots<br><b>81 Prozent</b> | Kostenorientierung des Leistungsangebots<br><b>19 Prozent</b> |
| Ressourceneinsatz             | Offener Ressourceneinsatz<br><b>42 Prozent</b>                | Festgelegter Ressourceneinsatz<br><b>58 Prozent</b>           |

(gewichtete Daten, n = 93, ohne fehlende Werte)

**Quelle:** eigene Darstellung

Wie die Verbundleistungen sollte der institutionelle Versorgungsverbund seine *Verbundstruktur* (eher) veränderungsorientiert ausrichten. Nach den Berechnungen würden 90 Prozent der Befragten diese befürworten. Mit 67 Prozent tendiert demnach auch die Mehrheit der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen zu einer veränderungsorientierten Ausrichtung der Verbundstruktur. Im Zentrum der Verbundstruktur steht die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern. Speziell sind dabei die Formalisierung der Zusammenarbeit, die Regelung der Zusammenarbeit, die Verteilung von Verantwortung sowie die Organisationsrichtung festzulegen.

Hinsichtlich der *Formalisierung der Zusammenarbeit* deuten die Ergebnisse der Auswertung bei 85 Prozent der Befragten auf eine stärkere Bevorzugung einer teilnehmergebundenen gegenüber einer aufgabengebundenen Zusammenarbeit hin. Das bedeutet, dass die Zusammenarbeit nur soweit formalisiert sein sollte, dass jedem Einzelnen die Möglichkeit bleibt, selbst über seine Leistungsbeiträge zu entscheiden. Uneinigkeit unter den Befragten besteht bezüglich der *Regelung der Zusammenarbeit*. Etwas mehr als die Hälfte spricht sich für eine Regelung der Zusammenarbeit aus, die problemorientiertes und zweckbezogenes Handeln erlaubt. Die anderen Befragten dürften eher eine programmierte Einzelregelung, die zu einer hohen Homogenität, Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit der Leistungen führt, bevorzugen. Zu diesen Befragten gehören vor allem die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen. 87 Prozent von ihnen sprechen sich hierfür aus. Demgegenüber bevorzugen mit 93 Prozent nahezu alle befragten Ärztinnen und Ärzte zweckbezogene Rahmenregelungen.

Eine deutliche Tendenz ist hingegen hinsichtlich der *Verteilung von Verantwortung* unter den Beteiligten zu erkennen. 92 Prozent der Befragten sprechen sich den Berechnungen zufolge für eine flache Hierarchie und ein breites Verantwortungsfeld Einzelner aus. Macht, Einfluss und Entscheidungsgewalt sind hierbei breit zu verteilen. Ein Eingreifen der Verbundleitung sollte nur dann erfolgen, wenn die innere Dynamik das Erreichen gemeinsamer Ziele gefährdet. Dementsprechend sollte die Verbundstruktur die Autonomie und Selbstständigkeit der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer nicht einschränken. Hinsichtlich der *Organisationsrichtung* bevorzugen 85 Prozent der Befragten ein hohes Maß an Selbstorganisation. Die Ergebnisse hinsichtlich der Anforderungen an die Ausrichtung der Verbundstruktur lassen sich Tabelle 45 entnehmen.

Tabelle 45: Befragungsergebnis zur Ausrichtung der Verbundstruktur

|                                   | <b>Veränderungsorientierte Ausrichtung</b>        | <b>Stabilitätsorientierte Ausrichtung</b>         |
|-----------------------------------|---|---|
| Formalisierung der Zusammenarbeit | Teilnehmergebundene Struktur<br><b>85 Prozent</b> | Aufgabengebundene Struktur<br><b>15 Prozent</b>   |
| Regelung der Zusammenarbeit       | Zweckbezogene Rahmenregelung<br><b>56 Prozent</b> | Programmierte Einzelregelung<br><b>44 Prozent</b> |
| Verteilung von Verantwortung      | Flache Hierarchien<br><b>92 Prozent</b>           | Starke Hierarchien<br><b>8 Prozent</b>            |
| Organisationsrichtung             | Selbstorganisation<br><b>85 Prozent</b>           | Fremdorganisation<br><b>15 Prozent</b>            |

(gewichtete Daten, n = 93, ohne fehlende Werte)

Quelle: eigene Darstellung

Hinsichtlich der Gestaltung des *Kommunikationssystems* lassen die Antworten der Befragten auf eine gleiche Bevorzugung einer stabilitätsorientierten (54 Prozent) und veränderungsorientierten Ausrichtung (46 Prozent) schließen. Dabei sind es entgegen bisherigen Erkenntnissen vor allem die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen, deren Antwortverhalten auf eine Bevorzugung einer veränderungsorientierten Ausrichtung des Kommunikationssystems hindeutet: 64 Prozent von ihnen sprechen sich dafür aus, 36 Prozent dagegen. Die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen würden mit 64 Prozent besonders häufig eine stabilitätsorientierte Gestaltung des Kommunikationssystems befürworten.

Uneinigkeit besteht auch bei den ersten beiden Dimensionen des Kommunikationssystems, der Informationsgewinnung und -verarbeitung sowie der Anwenderorientierung von Informationen. So spricht sich den Auswertungsergebnissen zufolge die eine Hälfte der Befragten bezüglich der *Informationsgewinnung und -verarbeitung* für einen reduktionistischen und die andere Hälfte für einen ganzheitlichen Umgang mit Informationen aus. Das heißt, die Informationsgewinnung und -verarbeitung sollte einerseits geschlossen sein und aus einer Vielzahl an Einzelinformationen bestehen und andererseits offen sein und zahlreiche Vernetzungsmöglichkeiten von Informationen bieten.

Hinsichtlich der Auswertung der Befragung in Bezug auf die gewünschte *Anwenderorientierung von Informationen* stimmen 61 Prozent für eine veränderungsorientierte Gestaltung und bevorzugen somit einen vernetzten Umgang mit Informationen. Dieser zeichnet sich durch eine hohe Interaktivität zwischen den beteiligten Akteuren und Einrichtungen sowie eine hohe Problembezogenheit der Informationen aus. Die übrigen 39 Prozent der Befragten würden eher zu einem einseitigen Umgang mit Informationen tendieren und somit eine standardisierte und einseitig gerichtete Kommunikation bevorzugen. Hierzu gehören vor allem die befragten Leiterinnen und Leiter stationärer Pflegeeinrichtungen. 64 Prozent von ihnen sprechen sich den Auswertungsergebnissen zufolge für einen einseitigen Umgang und somit eine stabilitätsorientierte Ausrichtung hinsichtlich der Gestaltung der Anwenderorientierung von Informationen aus.

Eine höhere Einigkeit lassen die Berechnungen bezüglich der Gestaltung der *Informationsverfügbarkeit* erkennen. Demnach bevorzugen 84 Prozent der Befragten eine veränderungsorientierte Ausrichtung und somit eine breite Informationsverfügbarkeit. Diese ist durch eine hohe Aktualität der Informationen und die Verfügbarkeit eines Informationsnetzwerks, welches den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern Informationen nach Bedarf zur Verfügung stellt, charakterisiert.

Mit der überwiegenden Ablehnung einer Erhöhung des Dokumentationsaufwands seitens der Befragten sollte die *Informationsauswertung* eher isoliert und nach quantitativen Gesichtspunkten erfolgen. Insgesamt stimmen den Auswertungsergebnissen zufolge 83 Prozent der Befragten hierfür und somit für eine stabilitätsorientierte Ausrichtung der Informationsauswertung. Tabelle 46 stellt die Tendenzen hinsichtlich der Ausrichtung des Kommunikationssystems aus der Perspektive aller Befragten dar.

Tabelle 46: Befragungsergebnis zur Ausrichtung des Kommunikationssystems

|   | <b>Veränderungsorientierte Ausrichtung</b>                   | <b>Stabilitätsorientierte Ausrichtung</b>                        |
|---|--|--|
| Informationsgewinnung und -verarbeitung | Ganzheitlicher Umgang mit Informationen<br><b>50 Prozent</b> | Reduktionistischer Umgang mit Informationen<br><b>50 Prozent</b> |
| Anwenderorientierung von Informationen  | Vernetzter Umgang mit Informationen<br><b>61 Prozent</b>     | Einseitiger Umgang mit Informationen<br><b>39 Prozent</b>        |
| Informationsverfügbarkeit               | Breite Informationsverfügbarkeit<br><b>84 Prozent</b>        | Enge Informationsverfügbarkeit<br><b>16 Prozent</b>              |
| Informationsauswertung                  | Integrale Informationsauswertung<br><b>17 Prozent</b>        | Isolierte Informationsauswertung<br><b>83 Prozent</b>            |

(gewichtete Daten, n = 93, ohne fehlende Werte)

Quelle: eigene Darstellung

Zum Erreichen der gesetzten Ziele und zur Umsetzung gesetzter Strategien bedarf es einer entsprechenden *Verhaltenssteuerung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer*. Bei über zwei Dritteln der Befragten deutet die Auswertung ihrer Antworten auf eine Bevorzugung einer veränderungsorientierten Ausrichtung der Verhaltenssteuerung im Verbund hin. Von dieser Tendenz heben sich die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen ab, die zu 69 Prozent eine auf Stabilisierung gerichtete Verhaltenssteuerung bevorzugen.

Auch hinsichtlich der einzelnen Dimensionen der Verhaltenssteuerung zeigt sich den Auswertungsergebnissen zufolge ein differenziertes Bild. Bezüglich des *Führungsverhaltens* bevorzugen die meisten Befragten ein auf Veränderung ausgerichteter kooperatives Führungsverhalten, bei dem die Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds gemeinschaftlich und gleichberechtigt erarbeitet und erreicht werden sollen. 78 Prozent der Befragten sprechen sich hierfür aus.

Das Erreichen gesetzter Ziele setzt ein bestimmtes *Rollenverhalten* der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer voraus. Auf der einen Seite steht die Rolle des Generalisten und auf der anderen Seite die Rolle des Spezialisten. Der Förderung der Rolle des Generalisten, der nach den Berechnungen 56 Prozent der Befragten zustimmen würden, zielt auf die Weiterentwicklung

und Veränderung des institutionellen Versorgungsverbunds ab. Demgegenüber würde sich die Förderung der Rolle des Spezialisten förderlich auf die Stabilisierung und Bestandssicherung des institutionellen Versorgungsverbunds auswirken.

Die Rolle des Generalisten kann durch ein beziehungsbezogenes, erweiterndes und veränderndes *Lernverhalten* gefördert werden. Diesem dürften den Ergebnissen der Auswertung zufolge 74 Prozent der Befragten zustimmen. Tabelle 47 fasst die aus den Befragungsergebnissen abgeleiteten Anforderungen an die Ausgestaltung der Verhaltenssteuerung im Verbund nochmals zusammen.

**Tabelle 47: Befragungsergebnis zur Ausrichtung der Verhaltenssteuerung im Verbund**

|                   | <b>Veränderungsorientierte Ausrichtung</b>      | <b>Stabilitätsorientierte Ausrichtung</b>          |
|-------------------|---|--|
| Führungsverhalten | Kooperativer Führungsstil<br><b>78 Prozent</b>  | Direktiver Führungsstil<br><b>22 Prozent</b>       |
| Rollenverhalten   | Generalisten<br><b>56 Prozent</b>               | Spezialisten<br><b>44 Prozent</b>                  |
| Lernverhalten     | Veränderndes Lernverhalten<br><b>74 Prozent</b> | Erhaltendes Individuelllernen<br><b>26 Prozent</b> |

(gewichtete Daten, n = 93, ohne fehlende Werte)

Quelle: eigene Darstellung

### 4.5.3 Gestaltung des operativen Managements

Die Umsetzung normativer und strategischer Vorgaben im Rahmen der Leistungserstellung sowie die Anpassung der Vorgaben an die Erfordernisse der Leistungserstellung sind wesentliche Aufgaben des operativen Managements. Das operative Management steht somit an der Schnittstelle zwischen dem normativen und strategischen Management des institutionellen Versorgungsverbunds und der Leistungserstellung durch das Hilfe- und Koordinationssystem. Es agiert parallel zum Management der einzelnen am Verbund teilnehmenden Akteure und Einrichtungen.

Das operative Verbundmanagement ist so zu gestalten, dass es den einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern größtmögliche Autonomie und

Selbstständigkeit gewährt,<sup>708</sup> ohne dabei das Erreichen der Ziele des institutionellen Versorgungsverbunds zu gefährden. Je umfangreicher und komplexer sich die zu erreichenden Ziele darstellen, desto stärker ist ein Teilverzicht der Autonomie seitens der am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmenden Akteure und Einrichtungen erforderlich. Dieser Verzicht dürfte umso leichter fallen, je stärker die Grundorientierung des normative Managements und die Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund im Einklang mit den Erwartungen, Wünschen und Zielen der einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer steht.

Grundlegende Fragen, die sich bei der Gestaltung des operativen Verbundmanagements stellen, sind:

- Welche Aufgaben soll das operative Verbundmanagement ausführen?
- Welche Personen beziehungsweise Personengruppen sollen die Aufgaben des operativen Verbundmanagements übernehmen?
- Welche Macht und Einfluss soll das operative Verbundmanagement besitzen?

Die Aufgaben des operativen Verbundmanagements können prinzipiell alle Funktionsbereiche des Managements umfassen. Wie bereits dargestellt sind vor allem Qualitäts-, Prozess- und Wissensmanagement sowie Controlling und Finanz- und Personalmanagement zentrale Funktionsbereiche des operativen Verbundmanagements.<sup>709</sup> Ihre jeweilige Bedeutung hängt unter anderem von der Grundorientierung des normativen Managements und der Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund ab. Hinweise hinsichtlich der Bedeutung der einzelnen Funktionsbereiche können ansatzweise den Befragungsergebnissen entnommen werden. So gehört es unter anderem zu den Aufgaben und Zielen des Qualitätsmanagements die Lebensbedingungen der zu versorgenden Personen zu verbessern, die Versorgungsqualität zu steigern und somit positiv auf das Image der einzelnen Akteure und Einrichtungen sowie des institutionellen Versorgungsverbunds insgesamt hinzuwirken. Lediglich vier Prozent der Befragten würden sich an Maßnahmen zur wohnortnahen Koordination von Versorgungsleistungen beteiligen, wenn diese nicht unmittelbar auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität hilfe- und pflegebedürftiger Personen zielen.<sup>710</sup> Die Ver-

---

<sup>708</sup> Hebel 1984, S. 116

<sup>709</sup> vgl. Kapitel 3.5.3

<sup>710</sup> vgl. Kapitel 4.4.4

besserung der Versorgungsqualität ist somit nahezu allen Befragten wichtig. Dem *Qualitätsmanagement* ist somit innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds eine hohe Bedeutung beizumessen.

Im Rahmen des *Prozessmanagements* werden Leitlinien und Standards sowie einzelfall- und indikationsbezogene Versorgungspläne erstellt. Weiterhin lässt sich durch das Prozessmanagement der Dokumentationsaufwand beeinflussen und eine gemeinsame Ressourcennutzung organisieren. Die Zustimmung hinsichtlich der Bedeutung dieser Maßnahmen und Aufgaben fällt in der Befragung geringer aus als die Bedeutung von Qualitätsaspekten. Dennoch stimmen jeweils über 80 Prozent für die Entwicklung einzelfall- und indikationsbezogener Versorgungspläne.<sup>711</sup> Ein Viertel lehnt den Einsatz von Leitlinien und Standards teilweise oder vollständig ab.<sup>712</sup> Berücksichtigen sollte das Prozessmanagement somit insbesondere die Erstellung von Versorgungsplänen sowie Maßnahmen zur Senkung des Dokumentationsaufwands.

Zur Prozessoptimierung ist ein Austausch von Wissen in Form von Informationen unabdingbar. Wesentliche Funktion des *Wissensmanagements* besteht im Akquirieren, Aufbereiten und Verteilen von Informationen. Damit ein Überblick über die Vielfalt an Informationen hergestellt werden kann, bedarf es einer durchgängig einheitlichen Form der Dokumentation. Hierzu bietet sich die Entwicklung eines gemeinsamen Formularwesens an. Zu unterscheiden sind personenbezogene und personenunspezifische Informationen. Personenbezogene Informationen beinhalten häufig sensible Daten, die einen sorgfältigen Umgang erfordern. Dies begründet die starke Ablehnung einer personenbezogenen Gesundheitskarte sowie einer zentralen Informationsstelle seitens der Befragten.<sup>713</sup> Allerdings wünschen sich die Befragten eine Verbesserung des Informationsaustauschs.<sup>714</sup> Dieser sollte sich im institutionellen Versorgungsverbund vorwiegend auf personenunspezifische sachbezogene Daten beziehen und im Fall des Austauschs personenbezogener Informationen persönlich erfolgen. Das Wissensmanagement sollte neben dem internen Informationsaustausch den Austausch mit der Verbundumwelt umfassen. Hierzu gehören sämtliche Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit. Für die Schaffung eines einheitlichen Erscheinungsbilds des institutionellen Versorgungsverbunds bietet sich die Nutzung des Corporate Design Konzepts an.

---

<sup>711</sup> vgl. Kapitel 4.4.4

<sup>712</sup> vgl. Kapitel 4.4.1

<sup>713</sup> vgl. Kapitel 4.4.3

<sup>714</sup> vgl. Kapitel 4.4.4

Auf Informationen ist auch das *Controlling* angewiesen, dessen hauptsächliche Funktion in der Hinwirkung auf die Zielerreichung besteht. Hierzu greift es lenkend und kontrollierend in das Geschehen ein. Eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit des Controllings besteht in der eindeutigen Bestimmung der Zielausrichtung und der Verfügbarkeit ausgearbeiteter Konzepte und Strategien hinsichtlich der Maßnahmen zur Zielerreichung. Aufgrund der Autonomie der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer ist das Eingreifen seitens des Controllings begrenzt und bezieht sich besonders auf die Aufbereitung und Weitergabe von Informationen sowie die Evaluierung durchgeführter Maßnahmen. Weiterhin können seitens des Controllings Anreize geschaffen werden, die ein gewünschtes Verhalten der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer fördern und der gemeinsamen Zielerreichung dienen. Erschweren dürfte die Arbeit des Controllings die weitverbreitete Ansicht, selbst entscheiden zu wollen, welche gemeinsam entwickelten Handlungsempfehlungen zur Zielerreichung seitens der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer umgesetzt werden. Lediglich 17 Prozent der Befragten würden sich beteiligen, wenn sie dies nicht vollständig selbst entscheiden dürften.<sup>715</sup> Zur Umsetzung der Aufgaben des Controllings bietet sich die Einrichtung einer gemeinsamen Steuerungsgruppe an.

Begrenzt, aber dennoch von hoher Wichtigkeit, dürften die Einflussmöglichkeiten eines gemeinsamen *Finanz- und Personalmanagements* sein. Rechtliche Rahmenbedingungen und komplexe Finanzierungsmodalitäten sowie die angestrebte Autonomie der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellen häufig nicht überwindbare Barrieren für ein gemeinsames Finanz- und Personalmanagement dar. Wichtige Fragen wie die nach der finanziellen Vorteilhaftigkeit des institutionellen Versorgungsverbunds oder nach den Potenzialen zur Senkung der Kosten für die zu versorgenden Personen sind im Rahmen des Controllings zu beantworten. Es ist keine Seltenheit, dass dem institutionellen Versorgungsverbund keine eigenen Mittel und kein eigenes Personal zur Verfügung stehen. Aufgaben des operativen Verbundmanagements sowie Überlegungen zur Grundorientierung des normativen Managements und der Ausrichtung des strategischen Managements basieren häufig auf dem freiwilligen Engagement einzelner Akteure.

---

<sup>715</sup> vgl. Kapitel 4.4.4

Welche Personen Aufgaben des operativen Verbundmanagements wahrnehmen, hängt maßgeblich davon ab, ob es sich um einen fokal, polyzentrisch oder zentral gesteuerten Versorgungsverbund handelt. Welche dieser Verbundformen die Befragten bevorzugen, lässt sich auf Basis der erhobenen Daten nicht eindeutig beantworten. Aufschluss dazu könnte eventuell die Frage zur Beteiligung verschiedener Akteure und Einrichtungen an der Koordination von Versorgungsleistungen geben. Hier bevorzugen die Befragten eine Teilnahme von Akteuren und Einrichtungen, die direkt an der Leistungserstellung sind. Auch wird von einer Vielzahl der Befragten eine breite Beteiligung befürwortet. Insgesamt deutet dies auf eine Bevorzugung des polyzentrischen Verbundmanagements hin. Diese Annahme wird unterstützt durch den überwiegenden Wunsch der Befragten, sich selbst an der Koordination von Versorgungsleistungen zu beteiligen.<sup>716</sup>

Ein zentral gesteuerter Versorgungsverbund sollte somit darauf achten, dass möglichst jede teilnehmende Einrichtung am operativen Verbundmanagement durch mindestens eine Person beteiligt ist. Zur Umsetzung der Aufgaben des operativen Managements sind die Gründung einer gemeinsamen Geschäftsstelle, die Durchführung Runder Tische und die Einrichtung themenbezogener Arbeitsgruppen vorstellbar. Akteure, die Aufgaben des operativen Managements übernehmen, sollten neben fachlichen Kompetenzen auch über Managementkompetenzen insbesondere betriebs- und verwaltungswirtschaftliche Basiskenntnisse und -erfahrungen sowie soziale Kompetenzen verfügen.<sup>717</sup>

Der Erfolg des institutionellen Versorgungsverbunds zeigt sich aus der Perspektive der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen im jeweiligen Einzelfall und somit innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds. Das Management des institutionellen Versorgungsverbunds ist somit so auszurichten, dass es eine optimale Bewältigung der alltäglichen Versorgungsaufgaben vor denen die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen sowie ihre formellen Unterstützungspersonen stehen, ermöglicht werden kann. Die Optimierung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen mithilfe einer abgestimmten Versorgung im Verbund soll im Folgenden im Zentrum der Betrachtung stehen.

---

<sup>716</sup> vgl. Kapitel 4.4.2

<sup>717</sup> Siegrist/Knesebeck/Schnabel 2000, S. 188

## **5 Gestaltung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund**

### **5.1 Abstimmung von Versorgungsleistungen im individuellen Versorgungsverbund**

#### **5.1.1 Anforderungen an die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen**

Der Ausgangspunkt fürsorglichen Handelns liegt in der Erfassung der persönlichen Situation hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Augenmerk ist insbesondere auf die Erfassung ihrer Bedarfslagen und Versorgungsansprüche zu legen. Erst wenn die Lage hilfe- und pflegebedürftiger Personen insgesamt sowie im Einzelfall bestimmt ist, können geeignete Ressourcen der Unterstützung bereitgestellt und ausgewählt werden.<sup>718</sup> Die Passgenauigkeit der angebotenen Versorgungsleistungen des institutionellen Versorgungsverbunds zeigt sich somit in besonderem Maße durch seine Fähigkeit, vorhandene Bedarfe unter Berücksichtigung der Versorgungsansprüche der zu versorgenden Personen effizient und effektiv zu decken.

Der Erfolg des institutionellen Versorgungsverbunds entfaltet sich im jeweils individuellen Einzelfall und somit innerhalb des jeweils individuellen Versorgungsverbunds. Seitens des institutionellen Versorgungsverbunds ist somit eine stetige Anpassung seines Leistungsangebots an die jeweiligen Anforderungen des individuellen Versorgungsverbunds notwendig. Aus der Perspektive des institutionellen Versorgungsverbunds geht es somit einerseits um die Analyse der Gesamtheit bestehender Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen, um ein passendes Leistungsangebot bereitstellen zu können. Andererseits geht es um die Analyse der individuellen Bedarfslage und Versorgungsansprüche einer einzelnen zu versorgenden Person, um im Einzelfall ein passendes Leistungsbündel zusammenzustellen.

Das Leistungsangebot des institutionellen Versorgungsverbunds setzt sich aus einzelnen Leistungsbeiträgen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zusammen. Im individuellen Versorgungsverbund treffen die Leistungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer auf Leistungen des privaten Hilfesystems der zu versorgenden Person. Zusätzlich kann es zu einer Inanspruch-

---

<sup>718</sup> Scherpner 1974, S. 190 f.

nahme von Versorgungsleistungen, die von Akteuren und Einrichtungen erbracht werden, die nicht am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmen, kommen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich der Unterstützungsbedarf der zu versorgenden Person vielfältig darstellt oder das Leistungsangebot des institutionellen Versorgungsverbunds eine geringe Leistungsbreite aufzeigt.

Im institutionellen sowie im individuellen Versorgungsverbund bedarf es somit stets einer zweck- und zielgerichteten Abstimmung verschiedener Leistungsbeiträge, um im Falle des Leistungsabrufs zeitnah passende Versorgungsleistungen erstellen zu können. Die Abstimmung von Versorgungsleistungen ist eine zentrale Aufgabe des Koordinationssystems.<sup>719</sup> Seitens des institutionellen Versorgungsverbunds sind flexible, sich an ändernde Gegebenheiten anpassende, konzeptionell aufeinander abgestimmte Versorgungsleistungen, die den jeweiligen Bedarfslagen, Versorgungsansprüchen und Lebenskontexten der zu versorgenden Personen entsprechen, gefordert.<sup>720</sup>

Neben der zweck- und zielgerichteten Verknüpfung der Leistungsbeiträge einzelner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer ist es Aufgabe des Koordinationssystems, die Leistungen im jeweiligen Einzelfall passgenau mit den Leistungen des privaten Hilfesystems der zu versorgenden Person sowie den Leistungen von Anbietern des Gesundheits- und Sozialwesens, die Leistungen außerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds erbringen, zu verknüpfen. Zu unterscheiden ist zum einen eine *einzelfallübergreifende Abstimmung von Versorgungsleistungen* der einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer mit dem Ziel der Herstellung einer optimalen Leistungsbereitschaft und zum anderen die *einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen*, mit dem Ziel der bestmöglichen Bedarfsdeckung im Einzelfall. Bei der Abstimmung der Leistungen sind sowohl fachliche als auch lebensweltliche Aspekte zu berücksichtigen.

Je passgenauer die Versorgungsleistungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer in Bezug auf die jeweilige Bedarfslage sowie die jeweiligen Versorgungsansprüche im Einzelfall bereitstehen, desto geringer stellt sich der einzelfallbezogene Abstimmungsaufwand dar. Die *einzelfallübergreifende Abstimmung von Versorgungsleistungen* sollte stets vor dem Hintergrund bestimmter Bedarfslagen erfolgen. Hierbei kann von einer indikationsbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen gesprochen werden. Die vorzeitige einzel-

---

<sup>719</sup> vgl. Kapitel 3.5.2

<sup>720</sup> Höhmann 2002, S. 296

fallübergreifende Abstimmung von Versorgungsleistungen zu vorgegebenen Leistungsbündeln ermöglicht eine zeitnahe Erbringung dieser im Bedarfsfall. Die Leistungsbündel sind dabei so flexibel wie möglich und so standardisiert wie nötig, zu gestalten. Eine hohe Flexibilität erlaubt zwar einen Einsatz der Leistungsbündel bei einer Vielzahl an Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen, erhöht allerdings die Anforderungen an die Anpassung im Einzelfall. Inwieweit die Leistungsbündel eine hohe Individualität und hohe Standardisierung aufweisen sollen, hängt im Wesentlichen von der Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund ab. Den Befragungsergebnissen zufolge tendieren die potenziellen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer eher zu einer hohen Individualität als zu einer hohen Standardisierung von Versorgungsleistungen.<sup>721</sup>

Aufgrund der Komplexität vorhandener Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der zu versorgenden Personen sowie der Unmöglichkeit seitens des institutionellen Versorgungsverbunds, Leistungen privater Unterstützungspersonen und Leistungen von Anbietern des Gesundheits- und Sozialwesens im Voraus einzubinden, ist neben einer einzelfallübergreifenden Koordination stets eine *einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen* notwendig. Diese übernehmen häufig die zu versorgende Personen und ihre privaten Helferinnen und Helfer selbst. Unterstützung durch Dritte sollten aus der Perspektive der befragten potenziellen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer insbesondere Akteure und Einrichtungen leisten, die direkt an der Leistungserstellung beteiligt sind.<sup>722</sup> Die Leistungen sind stets aus der Sicht der zu versorgenden Personen und ihrer privaten Helferinnen und Helfer auszurichten. Im Mittelpunkt stehen ihre Bedarfslagen und Versorgungsansprüche.<sup>723</sup> Hierzu ist die Komposition der zur Verfügung stehenden haushaltsinternen und -externen Ressourcen hinsichtlich ihres Bewältigungspotenzials zu analysieren.<sup>724</sup>

Die Aufgaben des Koordinationssystems lassen sich mittels eines Kreislaufschemas verdeutlichen. Hierbei sind die *Bereitstellung bedarfsgerechter und den Versorgungsansprüchen entsprechender Versorgungsleistungen* innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds sowie die *Erbringung bedarfsgerechter und den Versorgungsansprüchen entsprechender Versorgungsleistungen* innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds die immer wieder zu erreichenden Ziele. Beide Ziele bedingen

---

<sup>721</sup> vgl. Kapitel 4.4.1

<sup>722</sup> vgl. Kapitel 4.4.2

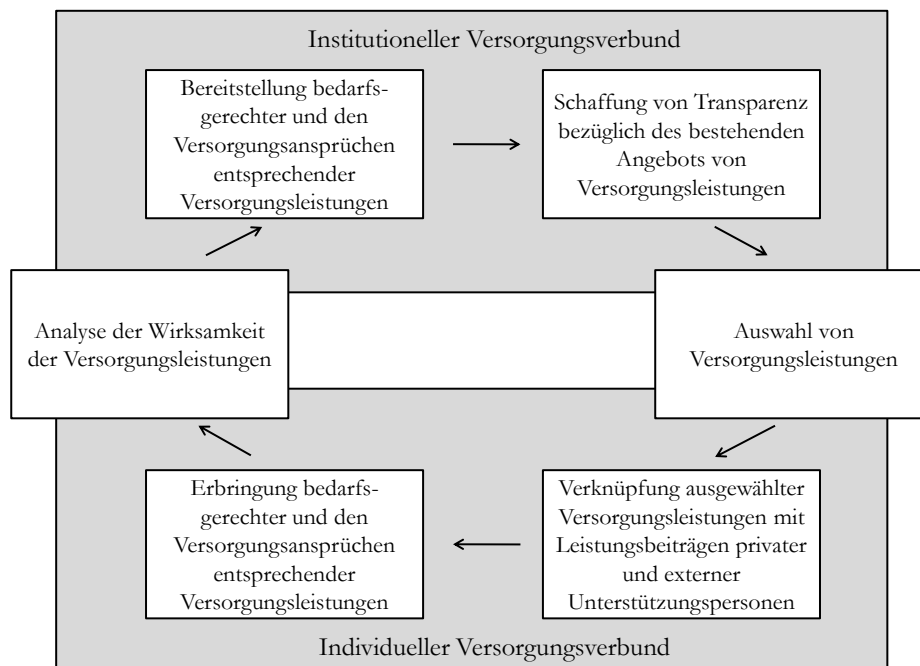
<sup>723</sup> Schnabel 1999, S. 13; Borosch/Rosendahl 2005, S. 149

<sup>724</sup> Otto 2008b, S. 112

sich hierbei gegenseitig. Eine bedarfsgerechte und den Versorgungsansprüchen entsprechende Versorgung im Einzelfall lässt sich umso eher erreichen, je eher die Versorgungsleistungen des institutionellen Versorgungsverbunds den individuellen Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen zu versorgender Personen entsprechen.

Neben der Bereitstellung bedarfsgerechter und den Versorgungsansprüchen entsprechender Versorgungsleistungen bedarf es stets der *Schaffung von Transparenz bezüglich des bestehenden Angebots von Versorgungsleistungen*. Anschließend erfolgt die *Auswahl von Versorgungsleistungen* im Einzelfall. Bei der Auswahl von Versorgungsleistungen sowie beim Zugang zu ihnen sollten die zu versorgenden Personen und ihre privaten Helferinnen und Helfer unterstützt werden. Je stärker die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds die jeweilige Bedarfslage decken und den jeweiligen Versorgungsansprüchen entsprechen, desto weniger wird es im Einzelfall notwendig sein, neben privaten Hilfen Leistungen externer Anbieter in Anspruch zu nehmen. Eine Einbindung externer Anbieter in den individuellen Versorgungsverbund erhöht dessen Komplexität und der Abstimmungsaufwand steigt.

Im individuellen Versorgungsverbund erfolgt die *Verknüpfung ausgewählter Versorgungsleistungen* des institutionellen Versorgungsverbunds *mit Leistungsbeiträgen privater und externer Unterstützungspersonen*. Die einzelnen Versorgungsleistungen sowie Leistungsbeiträge sind so zu verknüpfen, dass eine optimale Versorgung im Einzelfall sichergestellt werden kann. Daraufhin kann eine aufeinander abgestimmte *Erbringung bedarfsgerechter und den Versorgungsansprüchen entsprechender Versorgungsleistungen* erfolgen. Abschließend ist eine *Analyse der Wirksamkeit der Versorgungsleistungen* im Einzelfall durchzuführen. Hierbei sind die erbrachten Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds stets auf ihre Zielerreichung hin zu überprüfen. Anhand der Analyse der Wirksamkeit der Leistungen kann das Leistungsangebot des institutionellen Versorgungsverbunds verbessert werden. Es geht insbesondere um die stetige Anpassung an sich ändernde Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der zu versorgenden Personen. Abbildung 45 verdeutlicht die Aufgaben des Koordinationssystems im institutionellen und individuellen Versorgungsverbund.



**Abbildung 45: Abstimmung von Versorgungsleistungen im Versorgungsverbund**

Quelle: eigene Darstellung

Die Aufgaben der einzelfallübergreifenden Abstimmung der einzelnen Leistungsbeiträge der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer werden überwiegend von Akteuren des institutionellen Versorgungsverbunds übernommen. Komplexer stellt sich dagegen die Wahrnehmung der Aufgaben der einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen dar. Prinzipiell können diese entweder von Akteuren des institutionellen Versorgungsverbunds oder von den zu versorgenden Personen und ihren Angehörigen selbst wahrgenommen werden. In der Realität und insbesondere bei einer hier angestrebten Versorgung im Verbund sollten sich sowohl Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds als auch die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen an der einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen beteiligen.

Neben Akteuren, die Leistungen im individuellen Versorgungsverbund erbringen, wie beispielsweise ambulant tätige Pflegekräfte können Akteure, die keine Leistungen im individuellen Versorgungsverbund erbringen, wie beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen in die Abstimmung von Versorgungsleistungen einbezogen werden. Den Befragungsergebnissen zufolge bevorzugen die befragten potenziellen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer jedoch eine stärkere Einbeziehung von Akteuren

und Einrichtungen, die direkt an der Leistungserstellung beteiligt sind.<sup>725</sup> Eine Einbindung von Akteuren und Einrichtungen in die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen, die nicht direkt an der Leistungserstellung beteiligt sind, kann jedoch auch von Vorteil sein. Sie können als Unabhängige dazu beitragen, unüberbrückbare Differenzen und Konflikte sowie Abstimmungsschwierigkeiten beispielsweise mittels Mediation oder Moderation abzubauen und zu lösen.

Eine Beteiligung mehrerer Akteure an der einzelfallübergreifenden beziehungsweise einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen wirkt sich förderlich auf die Verfügbarkeit von Informationen aus, insbesondere dann, wenn es sich sowohl um formelle als auch informelle Akteure handelt. Zwischen den Akteuren des Koordinationssystems ist ein stetiger Informationsaustausch zu sichern und eine enge Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen Beteiligten anzustreben.

### 5.1.2 Formen der einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen

Dadurch, dass Aufgaben der einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen von den zu versorgenden Personen und ihren privaten Helferinnen und Helfern selbst oder außenstehenden formellen Personen, beispielsweise Akteuren des institutionellen Versorgungsverbunds, übernommen werden können, lassen sich mit der *Fremdabstimmung* und der *Selbstabstimmung* grundsätzlich zwei verschiedene Formen der Abstimmung von Versorgungsleistungen unterscheiden. Welche Form der Abstimmung gewählt wird, hängt maßgeblich vom Versorgungsstil der zu versorgenden Person ab. So übernehmen beispielsweise bei einem non familialen Versorgungsstil in der Regel formelle Akteure die Abstimmung von Versorgungsleistungen. Beim traditionell-familialen Versorgungsstil wird die Abstimmung von Versorgungsleistungen vor allem von den zu versorgenden Personen und ihren Angehörigen selbst wahrgenommen. Dabei benötigen sie Informationen bezüglich bestehender Angebote sowie ihres Zugangs.

Die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen kann durch eine *direkte Zusammenarbeit* oder eine *indirekte Zusammenarbeit* erfolgen. Eine *indirekte Zusammenarbeit* liegt vor, wenn die Akteure, die unmittelbar an der Leis-

---

<sup>725</sup> vgl. Kapitel 4.4.2

tungserstellung im individuellen Versorgungsverbund beteiligt sind, die Aufgaben der einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen selbst übernehmen. Eine direkte Zusammenarbeit trägt dazu bei, das Problembewusstsein der Akteure bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen zu schärfen und eine Annäherung zu realisieren, wodurch Vorbehalte abgebaut und Vertrauen aufgebaut werden können. Weiterhin führt eine direkte Zusammenarbeit nachweislich zu einer höheren Arbeitszufriedenheit.<sup>726</sup> Hinderlich auf eine direkte Zusammenarbeit wirkt sich die sektorale Zergliederung des Gesundheits- und Sozialwesens sowie Schwierigkeiten der Refinanzierung von Abstimmungstätigkeiten aus.<sup>727</sup>

Übernehmen stattdessen Personen die Abstimmung von Versorgungsleistungen, die nicht unmittelbar Leistungen im individuellen Versorgungsverbund erstellen, wird von einer *indirekten Zusammenarbeit* gesprochen. Informationen werden hier in der Regel von einer Person oder Personengruppe gebündelt und weitergeleitet. Formen der indirekten Zusammenarbeit sind vielfach kritisiert worden. So wird oftmals bemängelt, dass durch die Einbeziehung von Akteuren, die nicht unmittelbar an der Leistungserstellung beteiligt sind, neue Brüche und Schnittstellen entstehen. Weiterhin führt eine indirekte Zusammenarbeit nicht zu einem Umdenken seitens der unmittelbar an der Leistungserstellung beteiligten Akteure, eine berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit auszubauen.<sup>728</sup> Letztendlich wird in ihr ein Zeichen für fehlende Abstimmung gesehen.<sup>729</sup>

Die Anforderungen, die an die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen gestellt werden, stellen sich bei einer Fremd- und Selbstabstimmung unterschiedlich dar. Entsprechend ist die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen unterschiedlich zu gestalten, wobei verschiedene Abstimmungsinstrumente zum Einsatz kommen können. Tabelle 48 zeigt Instrumente der einzelfallbezogenen Abstimmung von Versorgungsleistungen und deren Auswirkungen auf die zu versorgenden Personen hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung und Selbstständigkeit auf.

---

<sup>726</sup> Schmidt/Kauss/Kühnert u.a. 1997, S. 437

<sup>727</sup> BMFSFJ 2004, S. 310

<sup>728</sup> Smolka 2006, S. 17

<sup>729</sup> Wiechmann 2003, S. 49 ff.

**Tabelle 48: Instrumente der einzelfallbezogenen Abstimmung und deren Auswirkungen auf die zu versorgenden Personen**

| Abstimmungs-instrumente              | Auswirkungen auf die zu versorgenden Personen  | Anteile verschiedener Koordinationsformen |
|--------------------------------------|--|---|
| Indikationsbezogene Versorgungspläne | Leitung der zu versorgenden Personen durch das Versorgungssystem                             |   |
| Einzelfallbezogene Versorgungspläne  | Führung der zu versorgenden Personen durch das Versorgungssystem                             |   |
| Case Management                      | Begleitung der zu versorgenden Personen durch das Versorgungssystem                          |   |
| Beratungsangebote                    | Persönliche Beratung der zu versorgenden Personen über bestehende Versorgungsleistungen      |   |
| Öffentlichkeitsarbeit                | Unpersönliche Information der zu versorgenden Personen über bestehende Versorgungsleistungen |   |

**Quelle:** eigene Darstellung

Die Erstellung *indikationsbezogener Versorgungspläne* erfolgt zumeist durch Personen, die oftmals nicht direkt an der Leistungserstellung im individuellen Versorgungsverbund beteiligt sind. Mit Akteuren, die direkt Leistungen erstellen, ist jedoch ein stetiger Austausch von Informationen erforderlich. Indikationsbezogene Versorgungspläne stellen für ausgewählte Indikationen Leistungsbündel zusammen. Die Abstimmung von Versorgungsleistungen findet bereits im Vorfeld ihrer Erbringung statt. Die zwei Phasen der Leistungserstellung, Herstellung der Leistungsbereitschaft und Abgabe der Leistung an die Leistungsempfängerinnen und -empfänger<sup>730</sup> werden somit räumlich und zeitlich getrennt. Indikationsbezogene Versorgungspläne legen fest, welche Aufgaben im Einzelnen zu erbringen sind, von wem welche Aufgaben zu übernehmen sind, welche Ressourcen zum Einsatz kommen sowie wann, wie und wo die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen in die Leistungserstellung einbezogen werden.<sup>731</sup> Im Falle des Abrufs können diese Leistungsbündel ohne großen Abstimmungsaufwand im Einzelfall erbracht werden.

Zur Optimierung indikationsbezogener Versorgungspläne insbesondere in wirtschaftlicher Hinsicht ist eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Koordinationssystem und dem Planungs- und Kontrollsystem des institutionellen

<sup>730</sup> vgl. Kapitel 2.1.1

<sup>731</sup> Böltz/Rexroth/Sobotka 2004, S. 249 f.

Versorgungsverbunds erforderlich. Akteure des Koordinationssystems können durch ihren engen Kontakt mit den zu versorgenden Personen und ihren Kenntnissen bezüglich deren Bedarfslagen und Versorgungsansprüche dazu beitragen, die Passgenauigkeit indikationsbezogener Versorgungspläne zu erhöhen. Aufgrund der mitunter hohen Komplexität der Bedarfslagen der zu versorgenden Personen bietet es sich an, Akteure mit unterschiedlichen beziehungsweise multiprofessionellen Kompetenzen bei der Erstellung indikationsbezogener Versorgungspläne einzubinden.

Indikationsbezogene Versorgungspläne weisen oftmals eine hohe Standardisierung auf, welche zu einer homogenen Versorgung der jeweils betreffenden Personen führt. Die Erstellung indikationsbezogener Versorgungspläne eignet sich für Bedarfslagen, die in ihrer Komplexität überschaubar sind, aber deren Deckung dennoch ein hohes Expertentum voraussetzt und eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsleistungen insbesondere formeller Akteure erfordert. Hierzu gehören insbesondere Indikationen mit hohem medizinischem Behandlungsbedarf. Spezielle Versorgungsansprüche finden bei indikationsbezogenen Versorgungsplänen weniger Berücksichtigung und sind bei der Abgabe der Versorgungsleistungen zu beachten. Indikationsbezogene Versorgungspläne sollten daher so gestaltet sein, dass die Akteure, welche diese im individuellen Versorgungsverbund umsetzen, über einen ausreichenden Frei- raum verfügen, die Anforderungen des jeweiligen Einzelfalls zu berücksichtigen. Indikationsbezogene Versorgungspläne stoßen bei Personen mit komplexen Bedarfslagen an ihre Grenzen. Zu viele individuelle Faktoren beeinflussen den Versorgungsbedarf, wodurch sich dieser nur begrenzt standardisieren und mittels indikationsbezogener Versorgungspläne abbilden lässt.

Bei komplexen Bedarfslagen eignet sich eher die Erstellung *einzelfallbezogener Versorgungspläne*. Einzelfallbezogene Versorgungspläne können beispielsweise im Rahmen von Fallkonferenzen erstellt werden. Prinzipiell sind nach Möglichkeit alle Akteure einzubeziehen, die im jeweiligen Einzelfall Leistungen erstellen. Darüber hinaus ist eine Einbindung der zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen zu realisieren.<sup>732</sup> Mittels einzelfallbezogener Versorgungspläne erfolgt eine einzelfallbezogene Abstimmung der Leistungen. Bei einer Veränderung der Bedarfslage oder sonstiger Veränderungen, die Einfluss auf die Ausgestaltung der Versorgung nehmen, sind Anpassungen einzelfallbezogener Versorgungspläne erforderlich. Bei der Erstellung einzelfallbezogener

---

<sup>732</sup> Blosser-Reisen 1997b, S. 14; Schneider 2006, S. 56

Versorgungspläne bietet sich der Einsatz von Entlassungsplänen und Übergabeprotokollen an. Sowohl Fallkonferenzen als auch Entlassungspläne und Übergabeprotokolle führen zu einem hohen Abstimmungsaufwand. Ihre Umsetzung erfordert eine direkte Zusammenarbeit sowie einen direkten Austausch von Informationen zwischen den im Einzelfall beteiligten Akteuren.

Informationen können entweder mündlich oder schriftlich ausgetauscht werden. Im Gegensatz zum mündlichen Informationsaustausch besitzt die schriftliche Mitteilung einen höheren bürokratischen Aufwand. Allerdings kann sich die fehlende Verbindlichkeit und Nachvollziehbarkeit mündlicher Informationen nachteilig auswirken. Akteure mit hoher Weisungsberechtigung wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte bevorzugen eher mündliche Absprachen, wohingegen Akteure mit geringer Weisungsberechtigung wie beispielsweise Pflegekräfte die Verbindlichkeit und Nachvollziehbarkeit von Absprachen beispielsweise durch Eintragungen in die Pflegedokumentation schätzen.<sup>733</sup> Ein Vorteil mündlicher Absprachen besteht darin, dass sich die Beteiligten untereinander kennenlernen, wodurch die Verbindlichkeit von Informationen subjektiv gesehen steigt.

Mitunter kann es von Vorteil sein, einzelne Personen mit Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination zu beauftragen. Eine hierbei häufig zum Einsatz kommende Methode ist das *Case Management*.<sup>734</sup> Die Aufgabe des Case Managements besteht darin, Kompetenzeinbußen der zu versorgenden Personen mit den zur Verfügung stehenden formellen und verstärkt informellen Unterstützungsressourcen auszugleichen oder zu ersetzen.<sup>735</sup> Der institutionelle Versorgungsverbund kann die Aufgaben des Case Managements an bestimmte Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer übertragen oder selbst eine Einrichtung schaffen, welche die Aufgaben des Case Managements ausführt. Zentrale Aufgaben der Case Managerinnen und Case Manager bestehen in der Bereitstellung von Beratungsangeboten und Informationen sowie der Unterstützung bei der Abstimmung, Organisation und Vermittlung von Hilfen im Einzelfall.<sup>736</sup>

---

<sup>733</sup> Schmidt/Kauss/Kühnert u.a. 1997, S. 434 f.

<sup>734</sup> vgl. Kapitel 2.4.3

<sup>735</sup> Wendt 1999, S. 70; Bunzendahl/Hagen 2004, S. 107; Warmbrunn 2006, S. 38; Otto 2008b, S. 118

<sup>736</sup> Claupein/Schnieder 1995, S. 16, 30 f.; Bunzendahl/Hagen 2004, S. 100 f.

Neben der einzelfallbezogenen Unterstützung können die Case Managerinnen und Case Manager Aufgaben der einzelfallübergreifenden Abstimmung von Versorgungsleistungen der einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer übernehmen und einen Ort schaffen, an dem ein persönlicher Austausch zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren stattfinden kann. Die Case Managerinnen und Case Manager sollten an einem zentralen und für die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen leicht zugänglichen Standort erreichbar sein. Ihre Unterstützung sollte einen niedrighschwelligen Zugang aufweisen.<sup>737</sup> Neben der Beratung vor Ort kann es auch hilfreich sein, die Betroffenen in ihrer privaten Lebenswelt aufzusuchen.

In der Regel übernehmen die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen die einzelfallbezogene Abstimmung von Versorgungsleistungen solange wie möglich selbst.<sup>738</sup> Sie benötigen hierzu umfassende Informationen. Informationen bilden die Grundlage einer eventuellen Inanspruchnahme und somit die Chance auf eine optimale Versorgung.<sup>739</sup> Die Informationen sind bedarfslagen- und zielgruppenorientiert zur Verfügung zu stellen. Es ist darauf zu achten, dass das Leistungsangebot konkret und transparent nach Inhalt, Qualität und Umfang, das heißt in qualitativer und quantitativer Hinsicht, beschrieben wird.<sup>740</sup> Informationen lassen sich beispielsweise im Rahmen *persönlicher Beratungen* oder durch *Öffentlichkeitsarbeit* übermitteln. Zu den geeigneten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit gehören:<sup>741</sup>

- Veröffentlichung beispielsweise in regionalen Zeitungen, konfessionellen Informationsblättern und Seniorenratgebern,
- Durchführung von Informationsveranstaltungen,
- Präsenz in regionalen Hörfunkprogrammen und
- politische Gremienarbeit.

Zunehmend sind auch moderne Kommunikations- und Informationstechnologien in die Öffentlichkeitsarbeit einzubinden. In Zukunft ist mit einer steigenden Internetnutzung seitens älterer Personen zu rechnen, sodass das Internet als Informationsträger an Bedeutung gewinnen wird.

---

<sup>737</sup> Schaeffer/Kuhlmey 2008, S. 91

<sup>738</sup> Wendt 1993, S. 33

<sup>739</sup> Blosser-Reisen 1997b, S. 15

<sup>740</sup> Böltz/Rexroth/Sobotka 2004, S. 229

<sup>741</sup> Brandt 1993, S. 120; Claupein/Schnieder 1995, S. 31

Die Intensität der Koordination durch Dritte oder durch die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen selbst hängt im Wesentlichen vom jeweils vorliegenden Versorgungsstil und insbesondere der Zusammensetzung privater lebensweltlicher und beruflicher Helferinnen und Helfer ab. Nachfolgende Tabelle 49 gibt hierzu einen Überblick. Die einzelfallbezogene Koordination ist stets versorgungsstilorientiert zu gestalten. Nur so lässt sich das besondere Potenzial des institutionellen Versorgungsverbunds am besten nutzen.

**Tabelle 49: Koordinationsformen nach Versorgungsstil**

| Versorgungsstil                         | Koordinationsformen   | Anteile verschiedener Koordinationsformen |
|---|---|---|
| Non familialer Versorgungsstil          | Überwiegend Fremdkoordination   |   |
| Formell-familialer Versorgungsstil      | Selbstkoordination mit formeller Unterstützung, dezentrale Koordination |   |
| Informell-familialer Versorgungsstil    | Selbstkoordination mit beratender Unterstützung, zentrale Koordination  |   |
| Traditionell-familialer Versorgungsstil | Überwiegend Selbstkoordination  |   |

Quelle: eigene Darstellung

## 5.2 Erstellung von Versorgungsleistungen im individuellen Versorgungsverbund

### 5.2.1 Anforderungen an die Versorgungsleistungen

Im Hilfesystem werden verschiedene Leistungen von unterschiedlichen Akteuren erbracht, wo sie in „Teile des Human- und Sachpotenzials“ umgewandelt werden.<sup>742</sup> Die Leistungen sind im jeweiligen Einzelfall passgenau zu erbringen. Eine passgenaue Unterstützung zeichnet sich durch eine Passung zwischen den Bedürfnissen und Versorgungsansprüchen der zu versorgenden Person und deren Befriedigung durch ihre Helferinnen und Helfer aus.<sup>743</sup> Im Einzelfall hängen die erforderlichen Versorgungsleistungen von der jeweiligen Bedarfslage und den jeweiligen Versorgungsansprüchen der zu versorgenden

<sup>742</sup> Bottler 1997, S. 140

<sup>743</sup> Netz 1996, S. 36

Person ab.<sup>744</sup> Die Vielfalt bestehender Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen führt dazu, dass sich die Versorgung in jedem Einzelfall anders darstellt. Eine Systematisierung der Anforderungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen an ihre Versorgung erlaubt eine versorgungsstilorientierte Betrachtung.<sup>745</sup>

Neben den Anforderungen der zu versorgenden Personen stellen auch ihre einzelnen Helferinnen und Helfer Anforderungen. Innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds treffen somit die Anforderungen der zu versorgenden Personen, ihrer privaten Helferinnen und Helfer sowie außenstehender Dritter, zumeist formeller Akteure, aufeinander. Die Anforderungen an die Versorgung beziehen sich einerseits auf die Leistungen an sich und andererseits auf die Akteure, welche diese erstellen. Aus der Perspektive der verschiedenen Akteure unterscheiden sich die Anforderungen an die Versorgung oftmals und die im individuellen Versorgungsverbund vorliegende Beziehungskonstellation kann sich aufgrund unterschiedlicher Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche konfliktreich darstellen.

Die Anforderungen der zu versorgenden Personen hängen maßgeblich von ihrer objektiven Bedarfslage sowie ihren subjektiven Versorgungsansprüchen ab. Die Anforderungen der privaten Helferinnen und Helfer ergeben sich überwiegend aus ihren persönlichen Versorgungsansprüchen. Darüber hinaus nimmt ihr Verständnis bezüglich ihrer eigenen Rolle bei der Sicherstellung der Versorgung Einfluss auf ihre Anforderungen. Für sie gehört die Versorgung zu den alltäglichen Sorgearbeiten, welche sie zum großen Teil unentgeltlich erbringen. Formelle Akteure sollten sich auch auf die Anforderungen der Angehörigen einstellen und deren Wunsch, Hilfeleistungen selbst zu erbringen, nachkommen.<sup>746</sup>

Die Anforderungen formeller Akteure ergeben sich neben ihren eigenen persönlichen Erwartungen, Vorstellungen und Wünschen aus ihrem jeweiligen Berufsverständnis sowie den normativen Vorgaben der Einrichtung, der sie angehören. Beteiligt sich die Einrichtung am institutionellen Versorgungsverbund, so sind für sie weiterhin dessen Leitideen handlungsleitend. Im Vergleich thematisieren formelle Akteure eine aktivierende Pflege, eine differenzierte Pflegeplanung, eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung von

---

<sup>744</sup> Blosser-Reisen 1997c, S. 201 f.

<sup>745</sup> vgl. Kapitel 2.3.3

<sup>746</sup> Bauer-Söllner 1997, S. 154

Pflegezielen, die Einhaltung fachlicher Standards sowie die Pflegedokumentation weitaus häufiger als die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen, wenn es um die Beschreibung und Erfassung der Versorgungsqualität geht.<sup>747</sup>

Inwieweit hilfe- und pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen ihre Anforderungen tatsächlich durchsetzen, hängt maßgeblich von ihrer eigenen Bewältigung ihrer Bedürftigkeit ab. Heusinger und Klünder<sup>748</sup> unterscheiden mit dem aktiv-kämpferischen, dem zuversichtlich-gelassenen und dem resignativ-angepassten Bewältigungsstil drei Formen, welche Einfluss auf die Durchsetzung eigener Anforderungen nehmen. Der aktiv-kämpferische Bewältigungsstil ist geprägt von dem aktiven Mitbestimmen und Einbringen von Erwartungen, Vorstellungen und Wünschen seitens der Betroffenen, welche sie auch vor dem Hintergrund der Gefahr des Entstehens von Konflikten durchzusetzen versuchen. Die Bereitschaft, Konflikte einzugehen ist bei hilfe- und pflegebedürftigen Personen mit einem zuversichtlich-gelassenen Bewältigungsstil zwar weniger ausgeprägt, Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche werden, wenn sie ein geringes Konfliktpotenzial besitzen, aber dennoch geäußert. Hilfe- und pflegebedürftige Personen, die einen resignativ-angepassten Bewältigungsstil besitzen, zeichnen sich durch ihre nahezu vollständige Anpassung an die bestehende Situation aus. Selbst wenn sie nicht zufrieden sind, äußern sie selten Kritik und übernehmen die Steuerung ihrer Versorgung nur, wenn es hierfür keine andere Person gibt.<sup>749</sup>

Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen ergibt sich ein differenziertes Qualitäts- und Zielverständnis hinsichtlich der zu erbringenden Versorgungsleistungen. Im Einzelfall ist zwischen allen Beteiligten ein gemeinsames Qualitäts- und Zielverständnis bezüglich der zu erbringenden Versorgungsleistungen von Bedeutung, um gemeinsam passgenaue und zielgerichtete Hilfen zu erbringen. Eine gemeinsame einvernehmliche Aushandlung der Rollen zwischen den zu versorgenden Personen, pflegenden Angehörigen und formellen Akteuren stellt eine zentrale Bedingung für eine erfolgreiche Versorgung im Verbund dar. Mittels gemeinsamer Ziele lassen sich Entscheidungen treffen und Handlungsalternativen bezüglich ihres Erfolgs bewerten.<sup>750</sup> Abbildung 46 stellt diesen Zusammenhang grafisch dar.

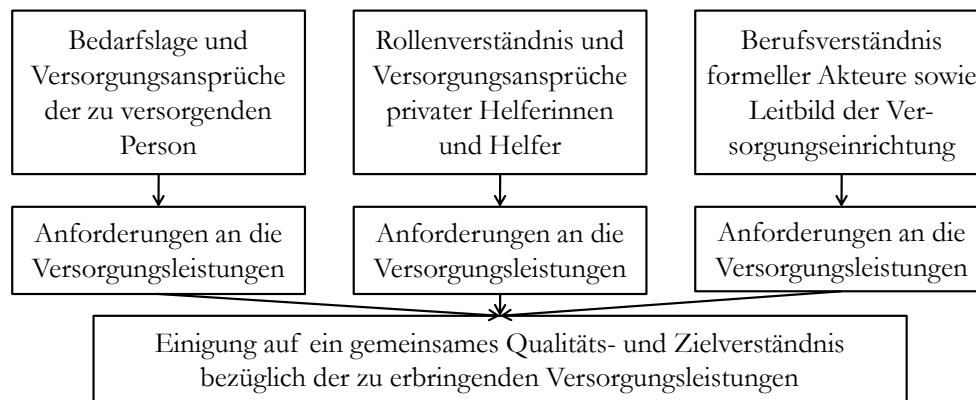
---

<sup>747</sup> Wingenfeld 2003, S. 30

<sup>748</sup> Heusinger/Klünder 2005b, S. 218 f.

<sup>749</sup> Heusinger/Klünder 2005a, S. 129

<sup>750</sup> Tschammer-Osten 1979, S. 48



**Abbildung 46: Einigung auf ein gemeinsames Qualitäts- und Zielverständnis**

Quelle: eigene Darstellung

Generell sollte sich die Versorgung an der Autonomie, Biografie, Kompetenz und Lebenswelt hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie der Normalität der Lebensgestaltung orientieren.<sup>751</sup> Pflegende Angehörige akzeptieren formelle Unterstützung am ehesten, wenn sie feste Gewohnheiten und Alltagsroutinen bei der Versorgung beibehalten können. Weiterhin schätzen sie Erreichbarkeit, menschliche Zuwendung, Sorgfalt und Verlässlichkeit.<sup>752</sup> Sie bemängeln oftmals die starke Orientierung an der körperbezogenen, zumeist medizinisch ausgelegten Versorgung, welche ihre Bedürfnisse, Interessen und Probleme sowie die Besonderheiten des jeweiligen Versorgungsarrangements nicht vollständig berücksichtigt.

Obwohl formelle Akteure oftmals eine höhere fachliche Kompetenz hinsichtlich der Erbringung von Versorgungsleistungen aufweisen, sollten die Anforderungen der zu versorgenden Personen und ihrer privaten Helferinnen und Helfer entscheidungsleitend sein.<sup>753</sup> Diese stellen sich in jedem Einzelfall verschieden dar, wodurch sich formelle Akteure auf unterschiedliche Anforderungen bezüglich ihrer zu erbringenden Versorgungsleistungen einstellen müssen. Hierbei müssen sie gleichzeitig darauf achten, dass ihre eigenen Anforderungen und jene ihrer Einrichtung sowie eventuell jene des institutionellen Versorgungsverbunds berücksichtigt werden. Formelle Akteure sollten innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds ihr Qualitäts- und Zielverständnis in jedem Einzelfall neu ausrichten.

<sup>751</sup> Zeman 1998, S. 245 f.; Zeman/Schmidt 2001, S. 262

<sup>752</sup> Evers/Olk 1996a, S. 366

<sup>753</sup> Campbell/Naylor/NICHE-Fakultät 2001, S. 190

Das heißt aber nicht, dass die Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens beziehungsweise der institutionelle Versorgungsverbund kein eigenes Qualitäts- und Zielverständnis besitzen sollten, denn die zu versorgenden Personen und ihre privaten Helferinnen und Helfer achten darauf, dass dessen Verständnis bezüglich einer angemessenen Versorgung nicht all zu stark von ihrem eigenen Qualitäts- und Zielverständnis abweicht. Divergiert das Qualitäts- und Zielverständnis formeller Leistungsanbieter zu stark von den Lebensstilen und Zielen der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen, ist es schwer, gemeinsam auf eine optimale Versorgung der zu versorgenden Person hinzuwirken, da verstärkt gegeneinander statt miteinander gearbeitet wird.<sup>754</sup>

Für Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds, die Leistungen im individuellen Versorgungsverbund erbringen, ist es daher von großer Bedeutung, dass sie trotz eines bestehenden Qualitäts- und Zielverständnisses auf differenzierte objektive als auch subjektive Anforderungen der zu versorgenden Personen und ihrer privaten Helferinnen und Helfer eingehen können. Ihnen ist hierzu ein hohes Maß an Flexibilität und Entscheidungsfreiheit einzuräumen, sowie ausreichende Sachmittel und Informationen zur Verfügung zu stellen.<sup>755</sup> Die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sind verstärkt nutzerorientiert auszurichten. Im Mittelpunkt sollten dabei stets die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen stehen.<sup>756</sup>

Bei der Ausarbeitung nutzerorientierter Versorgungsleistungen ist eine Auseinandersetzung mit den Versorgungsstilen sowie deren Veränderungen unabdingbar, wenn es um die Komplettierung und Verzahnung der Versorgungsleistungen zu einem passgenauen Gesamtangebot geht. Eine versorgungsstilorientierte Gestaltung von Versorgungsleistungen kann den Akteuren des individuellen Versorgungsverbunds helfen, ihre Leistungen passgenau auf die jeweilige Versorgungssituation auszurichten. Bei der Erstellung nutzer- und versorgungsstilorientierter Versorgungsleistungen ist ein kundenbezogenes Denken einem aufgabenbezogenen Denken vorzuziehen. Statt die Optimierung einzelner Versorgungsleistungen anzustreben, orientiert sich ein kundenbezogenes Denken an Sequenzen von Interaktionen zwischen der zu versorgenden Person und ihren Unterstützungspersonen. Die Abfolge der Interaktionen im Verlauf der gesamten Leistungserstellung ist aus der Pers-

---

<sup>754</sup> Bottler/Müller-Schwarz 1987, S. 306

<sup>755</sup> Bober 1987, S. 31 ff.

<sup>756</sup> Achenbach 2004, S. 34

pektive der zu versorgenden Person und deren Anforderungen an die Schaffung von Lebensqualität zu betrachten. Ein klientenbezogenes Denken fördert ein Denken in Prozessen und ersetzt das bisher weitverbreitete Denken in Abgrenzungen und Zuständigkeiten.<sup>757</sup>

Eine nutzerorientierte Ausrichtung der Versorgungsleistungen erfordert eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements im institutionellen Versorgungsverbund. Nach der Auswertung der Befragung dürfte diese von der Mehrheit der Befragten bevorzugt werden.<sup>758</sup> Bei der Erbringung von Versorgungsleistungen im individuellen Versorgungsverbund sollten die zu versorgenden Personen und ihre privaten Helferinnen und Helfer im Zentrum stehen. Helferinnen und Helfer des privaten Hilfesystems sind bestrebt, die gewohnte lebensweltliche Identität und Normalität soweit wie möglich aufrechtzuerhalten.<sup>759</sup> Eine Ausrichtung professionell erbrachter Leistungen auf die fachliche Qualität und betriebswirtschaftliche Effizienz und Effektivität ist privaten Helferinnen und Helfern fremd und führt zu einer Zunahme struktureller Kompatibilitätsprobleme zwischen formeller und informeller Versorgung.<sup>760</sup>

Seitens Angehöriger ist der liebevolle, hygienisch einwandfreie Umgang mit der zu versorgenden Person oftmals wichtiger als die Durchführung von Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit.<sup>761</sup> Die Unterstützung formeller Akteure darf nicht dazu führen, dass die zu versorgenden Personen und ihre privaten Helferinnen und Helfer sie als Bedrohung ihres eigenen Selbstwertgefühls sehen oder als Gefährdung ihrer Selbstständigkeit und Autonomie erleben.<sup>762</sup> Allerdings können negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität entstehen, wenn formelle Akteure aus Rücksichtnahme der lebensweltlichen Harmonie auf die Erbringung notwendiger und der Selbstständigkeit dienender Leistungen verzichten.<sup>763</sup> Seitens formeller Akteure bedarf es hierzu einer hohen kommunikativen und sozialen Kompetenz, um sich neben der Anpassung an die Lebenssituation der zu versorgenden Personen auch als professionelle Helferinnen und Helfer einzubringen.<sup>764</sup>

---

<sup>757</sup> Schneider 2006, S. 55

<sup>758</sup> vgl. Kapitel 4.5.1

<sup>759</sup> Zeman 1997, S. 98

<sup>760</sup> Zeman 1999, S. 377

<sup>761</sup> Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2005, S. 151

<sup>762</sup> Künzel-Schön 2000, S. 157 ff.

<sup>763</sup> Zeman 1999, S. 383

<sup>764</sup> Zeman 1997, S. 109

Voraussetzung hinsichtlich der Realisierung einer produktiven Mischung formeller und informeller Hilfen ist die gegenseitige Anerkennung differierender Qualitäten der Versorgung.<sup>765</sup> Die Qualität der professionell formellen Versorgung lässt sich nicht ausschließlich an einem fachlichen Expertenwissen festmachen, sondern ergibt sich vielmehr aus den Wahrnehmungsfähigkeiten formeller Akteure, komplexe Situationen zu erkennen und der Fähigkeit individuelle Problemlösungsstrategien mit den zu versorgenden Personen und ihren privaten Unterstützungspersonen abzuwägen und auszuhandeln.<sup>766</sup> Dies ist besonders bei der Versorgung im Verbund von zentraler Bedeutung, wo die passgenaue Mischung vorhandener Ressourcen angestrebt wird. So ist es vor allem in der ambulanten Versorgung unvermeidlich, die räumlichen und sozialen Bedingungen der Häuslichkeit sowie des persönlichen Umfelds der zu versorgenden Person zu berücksichtigen.<sup>767</sup>

Einer individualisierten, nutzerorientierten Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind ökonomische Grenzen gesetzt. So stellt sich seitens des institutionellen Versorgungsverbunds die Frage nach der optimalen Leistungserstellung und dem optimalen Verhältnis zwischen eingesetzten Produktionsfaktoren und dem Grad der Bedarfsdeckung. Hierbei sind das Ausmaß von Aufgabenspezialisierung, Automatisierung, Homogenität und Standardisierung auf der einen Seite und Individualität, persönlicher Zuwendung und Beratung sowie Servicequalität auf der anderen Seite festzulegen. Bei der Betrachtung der Befragungsergebnisse hinsichtlich wünschenswerter Eigenschaften von Versorgungsleistungen seitens potenzieller Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer fällt auf, dass vor allem die befragten Akteure, die direkt an der Leistungserstellung beteiligt sind, eine hohe Individualisierung gegenüber einer hohen Standardisierung von Versorgungsleistungen bevorzugen. Die befragten Akteure, die eher auf die Kosten der Versorgung bedacht sind, wie die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekasernen bevorzugen etwas häufiger eine hohe Homogenität und Standardisierung von Versorgungsleistungen.<sup>768</sup> Neben den Anforderungen an die Verbundleistungen sind im individuellen Versorgungsverbund auch die Anforderungen an die Akteure der Leistungserstellung zu berücksichtigen.

---

<sup>765</sup> Schmidt 2002b, S. 29

<sup>766</sup> Schmidt 2002b, S. 27; Schmidt 2002c, S. 192

<sup>767</sup> Entzian 1999, S. 105 ff.

<sup>768</sup> vgl. Kapitel 4.4.1

### 5.2.2 Anforderungen an die Akteure der Leistungserstellung

Zu den Akteuren der Leistungserstellung gehören die privaten Helferinnen und Helfer der zu versorgenden Person (private Unterstützungspersonen), Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds (institutionelle Unterstützungspersonen) sowie Anbieter des Gesundheits- und Sozialwesens, die nicht am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmen (externe Unterstützungspersonen). Institutionelle und externe Unterstützungspersonen sind überwiegend Mitglieder des formellen Hilfesystems. Hilfen des formellen Hilfesystems setzen sich unter anderem aus marktvermittelten und organisierten Diensten staatlicher Einrichtungen, der Wohlfahrtsverbände sowie kommerzieller Einrichtungen zusammen.

Zu den privaten Unterstützungspersonen gehören vor allem Angehörige, Freundinnen und Freunde, Bekannte sowie Nachbarinnen und Nachbarn.<sup>769</sup> Im individuellen Versorgungsverbund treffen Leistungen verschiedener Akteure aufeinander. Eine optimale Verknüpfung der Leistungen verschiedener Akteure kann nur gelingen, wenn ein Konsens bezüglich der Versorgungsqualität und der Versorgungsziele sowie ihrer Erreichung besteht.<sup>770</sup> Weiterhin sind die Rollen der Akteure zu klären sowie unterschiedliche personale und berufliche Identitäten anzuerkennen. Weiterhin ist Transparenz bezüglich der Aufgabenverteilung zu schaffen.<sup>771</sup>

Jeder Akteur sollte innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds seinen spezifischen Part übernehmen. Dabei sind sowohl spezialisierte, fachlich qualifizierte Aufgaben zu erfüllen, als auch Basisleistungen und psychosoziale Hilfen zu erbringen.<sup>772</sup> Die Beziehungen zwischen den einzelnen Akteuren konstituieren sich im Einzelfall im Spannungsfeld wechselseitiger Erwartungen und Deutungen. Diese ergeben sich aus der jeweiligen Bedeutung von Sach- und Beziehungsaspekten, Verpflichtung und Autonomie sowie Hierarchie und Gleichberechtigung. Bei der Zuweisung der Rollen formeller Akteure besitzen Verpflichtungs- und Autonomieerfordernisse lebensweltlicher Helferinnen und Helfer des privaten Hilfesystems sowie der zu versorgenden Person eine zentrale Stellung.<sup>773</sup> Welche Rolle die einzelnen Akteure übernehmen sollen, hängt von mehreren Faktoren ab. Prinzipiell unterscheiden sich die einzelnen

---

<sup>769</sup> Gilberg 1997, S. 103

<sup>770</sup> vgl. Kapitel 5.2.1

<sup>771</sup> Zeman 1994, S. 174; Zeman 1997, S. 100; Schmidt 2002c, S. 192

<sup>772</sup> Zeman 2005, S. 327

<sup>773</sup> Blüher 2004, S. 45

Akteure hinsichtlich ihrer spezifischen Funktionen, Qualifikationen, Orientierungen, persönlichen Beziehungen zur zu versorgenden Person und ihrer Verpflichtung ihr gegenüber sowie der Spezifikation oder Diffusität ihres eigenen Rollenverständnisses.<sup>774</sup>

Institutionelle und externe Unterstützungspersonen treten in der Regel erst mit der zu versorgenden Person in Kontakt, wenn ein Versorgungsbedarf vorliegt und sie ihre Dienste nachfragt. Die Lebenssituation der zu versorgenden Person ist institutionellen und externen Unterstützungspersonen anfangs unbekannt. Emotionale Beziehungen und Vertrauen sind erst aufzubauen. Hierbei spielt die Situation des „Erstkontakts“ eine zentrale Rolle, in der gegenseitige Rollenerwartungen zu klären sind.<sup>775</sup>

Im Gegensatz dazu bestehen zwischen der zu versorgenden Person und ihren privaten Unterstützungspersonen oftmals langjährige Beziehungen. Ihre Unterstützung wird von ihnen als Selbstverständlichkeit angesehen. Sie akzeptieren ihre Rolle oder sehen sich verpflichtet, Hilfe zu leisten. Die Hilfen erbringen sie zumeist unentgeltlich. Seitens der zu versorgenden Person können durch die Unterstützung seitens privater Helferinnen und Helfer Gefühle der Dankbarkeit aber auch der Abhängigkeit und Belastung entstehen. Für private Helferinnen und Helfer, die im Haushalt der zu versorgenden Person leben, ist der Ort der Versorgung nicht nur ein Ort der Erbringung von Versorgungsleistungen, sondern auch Ort der Konsumtion und Reproduktion ihrer Kräfte. Im Vergleich zu formellen Unterstützungspersonen sind sie mitunter tagtäglich mit der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einer ihnen nahestehenden Person konfrontiert. Ihr Handeln bezieht sich auf die gesamte Komplexität, welche die Versorgungssituation mit sich bringt.

Aus der Perspektive formeller Akteure lassen sich privaten Unterstützungspersonen drei verschiedene Rollen zuordnen und werden demnach wahrgenommen als:<sup>776</sup>

- Ressource,
- Co-Klient oder
- Mitarbeiterin beziehungsweise Mitarbeiter.

---

<sup>774</sup> Zeman 1996, S. 128 f.

<sup>775</sup> Zeman 1996, S. 139; Zeman 1997, S. 107

<sup>776</sup> Twigg 1989, S. 53 ff.; Evers/Olk 1996a, S. 355 ff.

Das Verständnis privater Unterstützungspersonen als *Ressource* führt zu ihrer aktiven in die Erstellung von Versorgungsleistungen.<sup>777</sup> Die Art und Weise ihrer Einbindung sollte sich dabei an ihren individuellen Befähigungen orientieren. Ihre Leistungen sollten geschätzt und als besondere Qualität wahrgenommen und als gleichwertig mit der fachlichen Qualität professioneller Akteure beurteilt werden.<sup>778</sup> Im Rahmen des Machbaren sind die Kompetenzen privater Helferinnen und Helfer zu stärken. Selbst bei offensichtlich notwendiger Unterstützung privater Helferinnen und Helfer sollte ihnen ihre Helferrolle nicht generell streitig gemacht werden.<sup>779</sup> Stattdessen ist ihre Eigenverantwortlichkeit, Selbstständigkeit und Solidarität anzuerkennen und auszubauen.

Ihre Rolle als *Co-Klient* sollte daher mit Vorsicht betrachtet werden, insbesondere wenn sie eine zentrale Position im individuellen Versorgungsverbund einnehmen. Die Unterstützung seitens formeller Akteure sollte eher zu einer Entlastung privater Helferinnen und Helfer führen, indem ihnen belastende Aufgaben in Bezug auf die Versorgung abgenommen werden.<sup>780</sup> Neben der Stärkung der Kompetenzen privater Helferinnen und Helfer sind sie vor einer Selbstüberlastung zu schützen. Hierzu ist es notwendig, ihre Belastungsgrenzen zu kennen und Hilfen unaufdringlich aber zuverlässig dort zu erbringen, wo mit ihrer größten Wirksamkeit gerechnet werden kann.<sup>781</sup> Von einer einseitigen Ausrichtung formeller Unterstützungsleistungen allein auf die zu versorgende Person ist daher abzuraten. Die Rolle privater Unterstützungspersonen als *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* kann sich mitunter kontraproduktiv auf ihr Belastungsempfinden auswirken.

Nach der Komplementaritätstheorie von Litwak übernehmen informelle und formelle Helferinnen und Helfer jeweils die Aufgaben, für die sie am besten geeignet sind. Informelle Helferinnen und Helfer sind demnach geeignet für Leistungen, die unvorhersehbar, nicht standardisierbar und nicht-instrumenteller Art sind. Formelle Akteure können nach der Komplementaritätstheorie eher genau definierte und vorhersehbare Probleme lösen.<sup>782</sup> Ihre Leistungen wirken besonders dann entlastend, wenn sie eine auf die Problemlage bezoge-

---

<sup>777</sup> Schneekloth 2006a, S. 411

<sup>778</sup> Schmidt 2002b, S. 26

<sup>779</sup> Zeman 1996, S. 104

<sup>780</sup> Zeman 1996, S. 108

<sup>781</sup> Zeman 1999, S. 377

<sup>782</sup> Zeman 1996, S. 111

ne Unterstützung leisten.<sup>783</sup> Lassen sich Aufgaben formeller Akteure inhaltlich und zeitlich nicht eindeutig von denen informeller Akteure abgrenzen, mit der Folge, dass sich berufliche und lebensweltliche Sphären vermischen, nehmen Kompatibilitätsprobleme häufig zu. Aufgaben, die keine eindeutigen professionellen Fertigkeiten erfordern, werden somit bevorzugt von privaten Unterstützungspersonen erbracht.<sup>784</sup> Weiterhin nehmen rechtliche Rahmenbedingungen Einfluss auf die Aufteilung der Aufgaben unter formellen und informellen Akteuren. So werden beispielsweise Leistungen, deren Kosten die Pflegekassen übernehmen, verstärkt von formellen Akteuren erbracht.<sup>785</sup>

Andere Ansätze sehen die Rolle formeller Akteure als Kompensatoren für fehlende informelle Unterstützungspersonen. So beispielsweise das hierarchisch-kompensatorische Modell von Cantor, nach dem weniger die Charakteristik der zu erbringenden Versorgungsleistungen ausschlaggebend dafür ist, wer diese erbringt, sondern vielmehr die Beziehung zur zu versorgenden Person. Hilfen formeller Akteure werden demnach erst in Anspruch genommen, wenn private Helferinnen und Helfer fehlen.<sup>786</sup> Empirische Untersuchungen stützen diese Ansätze. Oftmals kommt es erst zum Einsatz formeller Akteure, wenn informelle Hilfen fehlen oder diese an ihre Grenzen der Leistungsfähigkeit stoßen, weil der Unterstützungsbedarf qualitativ oder quantitativ zu umfangreich geworden ist.<sup>787</sup> Formelle Akteure kommen überwiegend in den Bereichen als Unterstützungspersonen zum Einsatz, in denen die zu versorgende Person und ihre privaten Helferinnen und Helfer die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge nicht selbst sichern können.<sup>788</sup> Im Mittelpunkt steht die Stärkung schwacher und die Kompensation fehlender privater Unterstützungsressourcen.<sup>789</sup> Es ist darauf zu achten, dass die Selbsthilfe nicht verdrängt, sondern gesichert, gestärkt und stabilisiert wird.<sup>790</sup>

---

<sup>783</sup> Zeman 1997, S. 100

<sup>784</sup> Zeman 1996, S. 102 f.

<sup>785</sup> Schneekloth/Wahl 2005, S. 233

<sup>786</sup> Cantor 1980, S. 597 ff.

<sup>787</sup> Backes/Clemens 2003, S. 305

<sup>788</sup> Wendt 1993, S. 36

<sup>789</sup> Zeman 1996, S. 104

<sup>790</sup> Wendt 2001, S. 44; Schneekloth/Wahl 2005, S. 233 f.

Hierzu sollte formellen Akteuren bewusst sein, dass:<sup>791</sup>

- sie trotz hoher fachlicher Qualifikationen lediglich die Rolle der ergänzenden Helferin beziehungsweise des ergänzenden Helfers einnehmen,
- nicht ihr Einsatz, sondern die Unterstützung der privaten Helferinnen und Helfer ihr Ziel ist und
- sie ihre professionellen Ansichten dem lebensweltlichen Streben nach Normalität soweit anpassen sollten, wie dies fachlich vertretbar ist.

Formelle Akteure sollten sich stets bewusst sein, dass sie innerhalb des Beziehungsgefüges und im Hinblick auf die personalen Identitäten in den Hintergrund treten sollten, um die familialen Beziehungen nicht zu stören und die Komplexität der Versorgungssituation nicht zu erhöhen.<sup>792</sup> Inwieweit sie eigene fachliche Ideale einbringen können, hängt maßgeblich von dem Handlungsspielraum ab, den ihnen die zu versorgenden Personen und ihre privaten Unterstützungspersonen zugestehen.<sup>793</sup> Ausweiten lässt sich ihr Handlungsspielraum im starken Maße durch gegenseitiges Vertrauen. Dieses aufzubauen ist mitunter ein langwieriger Prozess, bei dem sowohl fachliche und soziale Kompetenzen formeller Akteure notwendig sind. Formelle Akteure sollten sich offen und interessiert gegenüber der Lebenswelt der zu versorgenden Person und ihrer privaten Unterstützungspersonen zeigen.<sup>794</sup> Sie sollten vertrauenserhaltende Verhaltensweisen wie Anteilnahme, Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, Taktgefühl und Zurückhaltung besitzen.

Je mehr Akteure bei der Sicherstellung in die Daseinsvor- und Daseinsfürsorge einbezogen sind, desto komplexer stellt sich die Versorgung im individuellen Versorgungsverbund dar. Gleichzeitig steigt der Abstimmungs- und Koordinationsaufwand und das Aushandeln gemeinsamer Interessen, Überzeugungen und Ziele gewinnt an Bedeutung. Letzteres bedarf einer hohen Kompromissbereitschaft und eines hohen Kommunikationsgeschicks seitens aller Beteiligten, insbesondere dann, wenn die Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich einer optimalen Versorgung starke Differenzen aufzeigen. Im Rahmen des Aushandlungsprozesses sind sowohl die Bedürfnisse der zu ver-

---

<sup>791</sup> Zeman 1997, S. 102; Backes/Clemens 2003, S. 305; Zeman 2005, S. 320

<sup>792</sup> Zeman 1996, S. 93, 104 ff.; Zeman 1997, S. 100

<sup>793</sup> Blüher 2004, S. 44 f.

<sup>794</sup> Schmidt 2002b, S. 26; Heusinger/Klunder 2005a, S. 91 f.

sorgenden Person und ihrer Angehörigen als auch die Fachkenntnisse Professioneller zu berücksichtigen.<sup>795</sup>

Selten unterliegen die Aushandlungsprozesse zwischen den privaten Helferinnen und Helfern einem rationalen Diskurs im Sinne des Austauschs sachlicher Argumente. Vielmehr basieren sie bewusst oder unbewusst auf familialen Images, Familienmythen und familienbiografisch bewährten, zumeist eingeschliffenen Lösungsstrategien, denen sich die wenigsten Familienmitglieder vollständig entziehen können.<sup>796</sup> Weiterhin wird der Aushandlungsprozess oftmals aufgrund psychischer, sensorischer und vor allem kognitiver Beeinträchtigungen erschwert. Entstehende Kommunikationsprobleme können eine rationale Aushandlung von Problemlösungen einschränken.<sup>797</sup>

Für Außenstehende sind die Problemlösungsstrategien der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen selten mit rationalem Denken zu erklären und somit offen für Fehldeutungen, Missverständnisse und Uminterpretationen.<sup>798</sup> Sie sind aber entscheidend für die Analyse bestehender Handlungsmuster der zu versorgenden Person und ihrer privaten Helferinnen und Helfer. Im individuellen Versorgungsverbund ist den formellen Akteuren daher ausreichend Zeit für die Interaktion mit der zu versorgenden Person und ihren privaten Helferinnen und Helfern zur Verfügung zu stellen.

Die Zusammensetzung der Akteure und Hilfen sowie die Gestaltung der Koordination im individuellen Versorgungsverbund hängen maßgeblich vom jeweiligen Versorgungsstil der zu versorgenden Person ab. Insgesamt werden somit ausgehend von unterschiedlichen Versorgungsstilen verschiedene Anforderungen an eine Versorgung im Verbund im Einzelfall gestellt. Es stellt sich daher die Frage, wie aus der Perspektive der zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen der individuelle Versorgungsverbund bei einer traditionell-familialen, informell-familialen, formell-familialen sowie non familialen geprägten Versorgung prinzipiell zu gestalten ist.

---

<sup>795</sup> Schmidt 2002b, S. 26; Heusinger/Klünder 2005a, S. 92

<sup>796</sup> Zeman 1996, S. 57, 86, 91

<sup>797</sup> Zeman 1996, S. 56

<sup>798</sup> Zeman 1996, S. 86; Zeman 1997, S. 98 f.

### 5.3 Versorgungsstilorientierte Gestaltung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen

#### 5.3.1 Gestaltung der traditionell-familialen Versorgung

Kennzeichnend für den traditionell-familialen Versorgungsstil ist die Überzeugung, Hilfe- und Pflegebedarfe von Angehörigen allein in der Familie zu decken. Häufig übernimmt eine Person als Haupthilfsperson die Hauptlast der Versorgung. Die Angst, die Versorgung der ihr nahestehenden Person nicht gesichert zu wissen, veranlasst die Haupthilfsperson oftmals, die Verantwortung allein zu tragen. Die aus einer Versorgung im engsten Familienkreis resultierenden Abhängigkeiten der beteiligten Personen können sich negativ auf die Versorgungssituation auswirken. Seitens der zu versorgenden Person besteht eine hohe Abhängigkeit von der Gutmütigkeit und Warmherzigkeit der Haupthilfsperson. Langjährig bestehende Konflikte können zum Vorschein treten und sich in vielfältiger Art und Weise auf die Versorgung auswirken.<sup>799</sup> Mit der Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung gerät die Haupthilfsperson ihrerseits ebenso in ein Abhängigkeitsverhältnis. Ihr starkes Pflichtgefühl, die Versorgung der zu versorgenden Person allein, ohne Hilfe bewerkstelligen zu wollen, bindet sie stark an diese und lässt ein Verlassen der Versorgungssituation selbst bei offensichtlich eigenen Belastungen und entstehenden Defiziten in der Versorgung kaum zu. Eigene Wünsche stellt die Haupthilfsperson zurück. Ihr fällt es oftmals schwer, sich einzugesuchen, Hilfe zu benötigen.<sup>800</sup> Eine aufopferungsvolle Pflege seitens der sorgenden Person ist typisch für diesen Versorgungsstil.

Insgesamt fühlen sich 83 Prozent der Haupthilfspersonen stark beziehungsweise sogar sehr stark belastet.<sup>801</sup> Verstärkend auf das Belastungsempfinden wirken sich:<sup>802</sup>

- die Versorgung kognitiv beeinträchtigter hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit nächtlichem Hilfebedarf,
- Defizite in der Hilfsmittelversorgung,
- die Versorgung Schwerstpflegebedürftiger,
- schlechte Beziehungen zur zu versorgenden Person,

---

<sup>799</sup> Mager 2002, S. 106

<sup>800</sup> Maly 2001, S. 96

<sup>801</sup> Schneekloth 2005, S. 87

<sup>802</sup> Schmidt 2003, S. 41; Schneekloth 2005, S. 87; Lüdecke 2007, S. 4, 16

- eine hohe Dauer der Versorgung sowie
- eine Versorgung, die eine ständige Verfügbarkeit erfordert, aus.

Unterstützung von weiteren Personen, selbst aus der eigenen Familie, wird von der Haupthilfsperson nur mit einem Gefühl des schlechten Gewissens in Anspruch genommen und nach Möglichkeit vermieden. Für die Aufrechterhaltung der Versorgung in der Familie ist es unerlässlich, dass formelle Hilfsangebote bei Bedarf als „Auffangnetz, Stresspuffer und Kooperationsressource“<sup>803</sup> in ausreichendem Maße vorhanden sind. Insgesamt sind mehr Hausbesuche von Ärztinnen und Ärzten, flexiblere Angebote von Pflegediensten, der Ausbau von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Schulungsangebote für pflegende Angehörige wünschenswert.<sup>804</sup> Geschaffene Angebote sollten eine individuelle Balance von Nähe und Distanz sowie Integration und Isolation schaffen, die sowohl die Identität der Familie wahrt aber auch eine Abkapselung von der Außenwelt verhindert.<sup>805</sup>

Aus den Besonderheiten des traditionell-familialen Versorgungsstils ergeben sich bestimmte Anforderungen an den institutionellen Versorgungsverbund. Das oberste Ziel besteht dabei in der Sicherstellung der Versorgung unter Berücksichtigung der haushaltsinternen und -externen Ressourcen sowie pflegeskulturellen Orientierung der Personen mit einem traditionell-familialen Versorgungsstil. Tabelle 50 stellt die wesentlichen Eigenschaften des traditionell-familialen Versorgungsstils und deren Anforderungen an den institutionellen Versorgungsverbund dar.

---

<sup>803</sup> Zeman 1999, S. 376

<sup>804</sup> Schäufele/Köhler/Teufel u.a. 2005, S. 127

<sup>805</sup> Zeman 1996, S. 91 f.

**Tabelle 50: Anforderungen des traditionell-familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund**

| Eigenschaften des traditionell-familialen Versorgungsstils                               | Anforderungen an die Stabilisierung einer traditionell-familial geprägten Versorgung                                 | Anforderungen an den institutionellen Versorgungsverbund  |
|--|--|---|
| - Hauptverantwortung der Versorgung liegt bei einer Haupthilfsperson                     | - Entlastung der Haupthilfsperson<br>- Anerkennung und Wertschätzung der Leistungen der Haupthilfsperson             | - Ausbau teilstationärer Versorgungsleistungen<br>- Ausbau niedrigschwelliger Versorgungsleistungen<br>- Bereitstellung emotionaler Unterstützungsleistungen            |
| - Häufig gesundheitliche Einschränkungen der Haupthilfsperson                            | - Sicherstellung der Versorgung bei Ausfall der Haupthilfsperson<br>- Erhaltung der Kompetenzen der Haupthilfsperson | - Vorhaltung von Versorgungskapazitäten<br>- Bereitstellung von Unterstützungsleistungen, die von der Haupthilfsperson als besonders belastend empfunden werden         |
| - Geringe Akzeptanz formeller Versorgungsleistungen                                      | - Ausbau der Kompetenzen der Haupthilfsperson  | - Bereitstellung von Präventions- und Rehabilitationsangeboten, Schulungen (z.B. Pflegekurse)<br>- Steigerung der Akzeptanz formeller Versorgungsleistungen             |
| - Wenige beziehungsweise fehlende Kenntnisse bezüglich vorhandener Versorgungsleistungen | - Ausbau des Wissens der Haupthilfsperson bezüglich vorhandener Versorgungsleistungen                                | - Beratung und Unterstützung hinsichtlich der Leistungsanspruchnahme<br>- Einzelfallbezogene Verknüpfung der Versorgungsangebote, insbesondere medizinischer Leistungen |

**Quelle:** eigene Darstellung

Die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sollten zur Entlastung der Haupthilfsperson und Stabilisierung des traditionell-familialen Versorgungsstils beitragen. Gefragt sind Leistungen, welche die Belastungen der Haupthilfspersonen soweit begrenzen, dass sie mit der Versorgungssituation nicht überfordert sind.<sup>806</sup> Wichtig ist, dass ihre Leistungen nicht in Konkurrenz zu den Leistungen der Haupthilfsperson stehen. Hierzu sollten sich die Leistungen formeller Akteure eindeutig von den Leistungen der Haupthilfsperson abgrenzen lassen. Von außen hinzugezogene Leistungen dürfen nicht dazu führen, dass die Haupthilfsperson ihre zentrale Stellung innerhalb des

<sup>806</sup> Schmidt 2003, S. 41

traditionell-familialen Versorgungsstils gefährdet sieht. Grundsätzlich kann das Verhältnis zwischen der Haupthilfsperson und formellen Akteuren als hierarchisch betrachtet werden, bei der die Familienpflege als die „wahre“ Versorgung und die Unterstützung durch formelle Akteure als Hilfestellung gesehen wird.<sup>807</sup> Unterstützung nehmen sie am ehesten von Berufsgruppen an, deren Tätigkeiten sich eindeutig von ihren Leistungen abgrenzen lassen und ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz erfordern. Aufgeschlossen dürften Angehörige des traditionell-familialen Versorgungsstils somit insbesondere gegenüber medizinischen sowie intensivpflegerischen Versorgungsleistungen sein. Ablehnung erfahren eher hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen und Leistungen der sozialen Betreuung.

Das Streben der Haupthilfsperson, die Versorgung allein zu sichern, führt vermehrt dazu, dass eine Unterstützung durch formelle Akteure in der Regel nur dann in Anspruch genommen wird, wenn die „Not“ besonders hoch ist. Für Not- und Krisensituationen, welche beispielsweise durch den Ausfall der Haupthilfsperson innerhalb Ein-Helfer-Systeme entstehen können, sind schnelle und unbürokratische Hilfen bereitzustellen.<sup>808</sup> Nicht selten ist der Ausfall der Haupthilfsperson auf Belastungen zurückzuführen, welche durch die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Angehöriger entstehen. Die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sollten sich somit nicht ausschließlich auf die zu versorgende Person beziehen, sondern auch die Bedürfnisse der Haupthilfsperson berücksichtigen.

Selten können weitere Personen des privaten Netzwerks die Haupthilfsperson in kürzester Zeit beziehungsweise über einen längeren Zeitraum ersetzen. Fällt die Haupthilfsperson über einen längeren Zeitraum aus, beispielsweise aufgrund eigener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, ist daher eine Aufrechterhaltung einer traditionell-familialen Versorgung nur in seltenen Fällen möglich. Hinzu kommt, dass eine Unterstützung seitens weiterer Angehöriger oftmals abgelehnt wird. Damit die bisherige Versorgung bei vorliegenden Schwierigkeiten aufrechterhalten werden kann, sollten Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds stets bestrebt sein, die Kompetenzen und das Wissen der Haupthilfsperson einzubinden und auszubauen. Selbst wenn die Haupthilfsperson objektiv gesehen selbst indirekt Klient der Dienste zu werden scheint,

---

<sup>807</sup> Blüher 2004, S. 44

<sup>808</sup> Blinkert/Klie 1999, S. 112

sollte ihre Helferrolle nicht generell infrage gestellt werden.<sup>809</sup> Nur so ist es möglich, die von den Betroffenen gewünschte Versorgung im Familienkreis zu realisieren.

Problematisch erweist sich häufig der Zugang in die Lebenswelt traditionell-familialer Versorgungssituationen seitens außenstehender formeller Akteure. Als Außenstehende erhalten am ehesten Hausärztinnen und -ärzte Einblick in die traditionell-familiale Versorgungswelt. Sie sind somit am ehesten in der Lage, Überlastungserscheinungen bei pflegenden Angehörigen und sonstige Versorgungsprobleme zu erkennen. Förderlich für das Erkennen von Belastungen und schleichenden negativen Auswirkungen auf die Versorgungssituation, wirkt sich ein enges Vertrauensverhältnis zwischen ihnen, der zu versorgenden Person und der Haupthilfsperson aus.<sup>810</sup>

Allein die Verfügbarkeit passgenauer Unterstützungsleistungen seitens des institutionellen Versorgungsverbunds und das Erkennen von Belastungssituationen reichen somit nicht immer aus, um eine traditionell-familial geprägte Versorgung zu sichern. So besteht eine geringe Akzeptanz sowie eine geringe Kenntnis bezüglich des Leistungsangebots und der Leistungsqualität bestehender Unterstützungsangebote sowie ihrer Nutzungsvoraussetzungen. Angehörigen des traditionell-familialen Versorgungsstils fällt die Suche nach der optimalen Versorgung oftmals schwer, da sie das komplexe und differenzierte Angebot an Versorgungsleistungen sowie deren Zugangsvoraussetzungen nicht kennen. Hinzu kommt, dass sie Schwierigkeiten besitzen ihre eigene Situation und ihre eigenen Bedürfnisse objektiv einzuschätzen.<sup>811</sup> Neben der Bereitstellung eines passgenauen Leistungsangebots ist somit ein hoher Wert auf die Transparenz des Angebots und die Sicherstellung ihres Zugangs zu legen. Ein gezieltes Aufzeigen von Versorgungsalternativen, das die häusliche Versorgungssituation vollständig berücksichtigt, kann den Zugang zu formellen Hilfsdiensten erleichtern. Hierzu ist ein hohes Maß an Öffentlichkeitsarbeit und Beratung notwendig. Hierbei sind verstärkt auf die Zugänglichkeit und Verständlichkeit von Informationen und Beratungsangeboten zu achten.<sup>812</sup>

Die Vermittlung von Informationen sollte über Informationsträger, Akteure und Einrichtungen erfolgen, welche den Betroffenen bekannt sind. Geeignete

---

<sup>809</sup> Zeman 1996, S. 104

<sup>810</sup> Zeman 1999, S. 377

<sup>811</sup> Bunzendahl/Hagen 2004, S. 100; Schneider 2006, S. 58

<sup>812</sup> Schneekloth 2005, S. 79

Informationsträger sind beispielsweise Tageszeitungen, Veröffentlichungen von Kirchengemeinden und themenbezogene Informationsflyer. In Zukunft wird das Internet als Informationsträger bei älteren Personen an Bedeutung gewinnen. Als persönliche Informationsvermittlerinnen und -vermittler kommen insbesondere Hausärztinnen und -ärzte aufgrund ihres direkten Kontakts zu den Betroffenen sowie ihrer breiten Anerkennung bei hilfe- und pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen in Betracht und sind somit als Gatekeeper zu dem gesamten Spektrum an Unterstützungsleistungen besonders geeignet. Persönliche Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten können maßgeblich zur Informationsverbesserung beitragen.<sup>813</sup> Vor diesem Hintergrund ist eine breite Einbindung von Hausärztinnen und -ärzten in den institutionellen Versorgungsverbund anzustreben. Neben der Weitergabe von Informationen sollten Hausärztinnen und -ärzte die Betroffenen beim Zugang zu und der Vermittlung von Versorgungs- sowie weiterführenden Beratungsangeboten unterstützen. Neben der Vermittlung medizinischer Leistungen geht es um die Vermittlung hauswirtschaftlicher und pflegerischer Versorgungs- sowie sozialer Betreuungsleistungen. Hausärztinnen und -ärzte sollten mehr Zeit und eine bessere finanzielle Anerkennung für Koordinationstätigkeiten erhalten. Ihnen sollte beispielsweise auch Zeit für die Teilnahme an Fallkonferenzen zugestanden werden. Fallkonferenzen bieten sich besonders bei einem Übergang von einer Versorgungsform in eine andere Versorgungsform an, beispielsweise beim Übergang von der stationären Versorgung im Krankenhaus in die ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit.

Nicht immer verfügen Hausärztinnen und -ärzte über umfangreiche Kenntnisse bezüglich bestehender Unterstützungsmöglichkeiten. Sie sind daher in ihrer Rolle als Beraterinnen und Berater sowie Informationsvermittlerinnen und -vermittler zu unterstützen. Es bietet sich an, hierfür eine zentrale Anlaufstelle für Ärztinnen und Ärzte sowie die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen zu schaffen. Die Aufgabe der Anlaufstelle liegt in der zielgruppenspezifischen Bereitstellung von Informationen bezüglich bestehender Unterstützungsleistungen. Durch den direkten Kontakt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anlaufstelle und den direkt an der Versorgung beteiligten Akteuren lassen sich darüber hinaus wichtige Informationen bezüglich der Bedarfslagen, Versorgungsansprüche und Wirksamkeiten verschiedener Leistungen innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds gewinnen. Diese

---

<sup>813</sup> Jansen 1999, S. 621

Informationen sind unter anderem bei der Ausarbeitung und Anpassung des Leistungsangebots im institutionellen Versorgungsverbund hilfreich.

Die Schaffung einer Anlaufstelle, die Aufgaben der Koordination übernimmt, ist hilfe- und pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen mit einem traditionell-familialen Versorgungsstil oftmals fremd und die Hemmschwelle Kontakt aufzunehmen, ist hoch. Die Hemmschwelle steigt, wenn die Versorgung Mängel beispielsweise aufgrund eigener Überforderung aufweist. Die Betroffenen fürchten eine Einmischung seitens Dritter, ihnen unbekannter Personen und die Kontrolle über die Ausgestaltung der Versorgung zu verlieren. Beratungsangebote sind somit niedrighemmschwellig zu gestalten. Sie sollten an ihnen bekannte Einrichtungen angebunden sein. Neben Arztpraxen gehören hierzu beispielsweise Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Können den zu versorgenden Personen und ihren Angehörigen vertraute Akteure nicht selbst Beratungsleistungen übernehmen, sollten sie die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen zumindest beim Zugang zu Beratungsangeboten unterstützen. Ein weiteres Potenzial der Beratung bieten die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI. Neben der Beratung sollten die Betroffenen bei der Leistungsanspruchnahme unterstützt werden, vor allem wenn sich die Zugangsvoraussetzungen komplex darstellen.

Im Gegensatz zu einer Versorgung ohne institutionelle Verknüpfung einzelner Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, bei der die Koordinationsaufgabe nahezu allein bei der Haupthilfsperson und der zu versorgenden Person liegt, erfolgt bei einer Versorgung im Verbund sowohl eine einzelfallübergreifende Koordination der Leistungen durch den institutionellen Versorgungsverbund als auch eine einzelfallbezogene Koordination durch eine zentrale Ansprechperson. Diese kann beispielsweise die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt sein. Die zentrale Ansprechperson nimmt typische Aufgaben einer Case Managerin beziehungsweise eines Case Managers wahr. Neben der Vermittlung von Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sind die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen seitens der zentralen Ansprechperson bei der Einbindung externer Unterstützungsleistungen zu unterstützen, welche von Anbietern des Gesundheits- und Sozialwesens erbracht werden, die nicht am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmen. Abbildung 47 stellt eine mögliche Struktur des Versorgungsverbunds bei einer traditionell-familialen Versorgung grafisch dar.

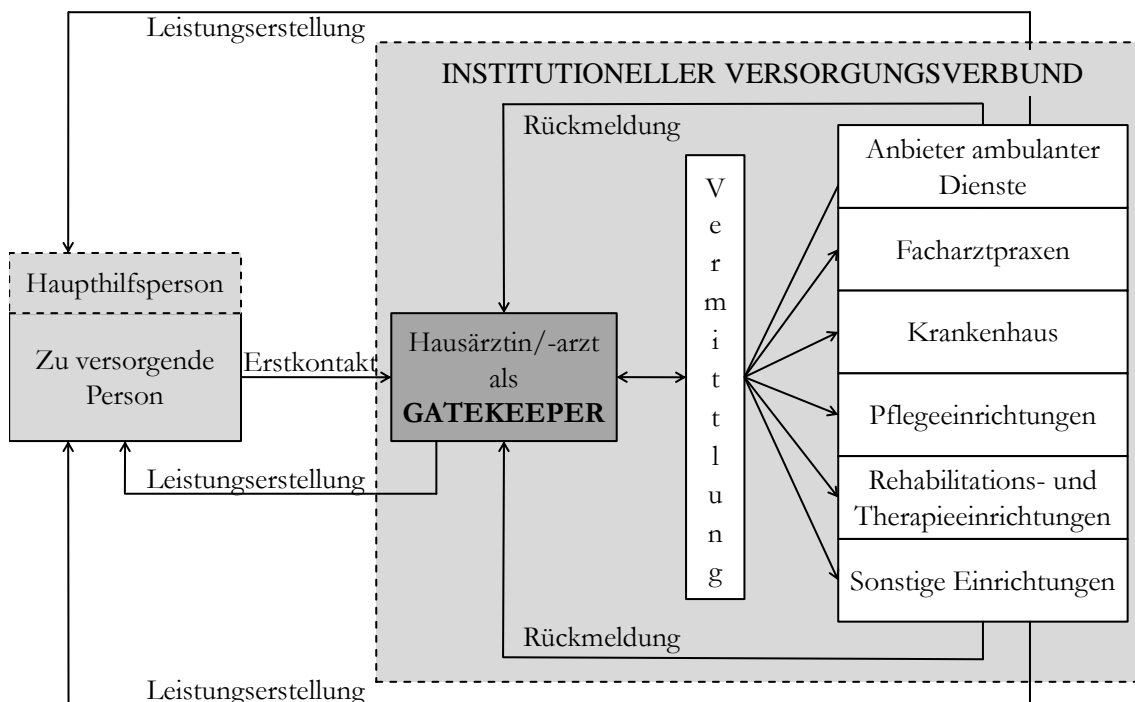


Abbildung 47: Versorgungsverbund bei einer traditionell-familial geprägten Versorgung

Quelle: eigene Darstellung

### 5.3.2 Gestaltung der informell-familialen Versorgung

Im Zentrum einer informell-familial getragenen Versorgung stehen die zu versorgenden Personen und ihre privaten Helferinnen und Helfer. Neben Angehörigen leisten Freundinnen und Freunde, Bekannte sowie Nachbarinnen und Nachbarn Unterstützung. Eine Haupthilfsperson, die nahezu allein die Versorgung übernimmt, gibt es in der Regel nicht. Stattdessen werden die Aufgaben auf mehrere Personen verteilt. Die zu versorgende Person besitzt aufgrund ihrer Unabhängigkeit von einer einzelnen Person ein hohes Maß an Autonomie und Mitspracherecht. Zumeist koordiniert sie die einzelnen Leistungsbeiträge ihrer Unterstützungspersonen selbst. Ihre gesundheitliche Situation lässt es mitunter auch oftmals zu, dass sie einen Großteil ihrer Versorgung selbst übernehmen kann. Unterstützung benötigt sie vermehrt bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, vor allem wenn sie mit schweren körperlichen Anstrengungen verbunden sind. Teilweise sind erste Hilfen im Bereich der pflegerischen Versorgung notwendig. Mit steigendem Unterstützungsbedarf nimmt im informell-familialen Versorgungsstil die Anzahl der Helferinnen und Helfer zu. Stehen nicht genügend Unterstützungspersonen aus dem pri-

vaten Netzwerk der zu versorgenden Person zur Verfügung, sei es, weil der Bedarf zu umfangreich ist oder sei es durch den Ausfall von Helferinnen und Helfern, gerät eine informell-familial getragene Versorgung an ihre Grenzen. Ein auf die Bedürfnisse des informell-familialen Versorgungsstils ausgerichteter institutioneller Versorgungsverbund kann helfen, informell-familial getragene Versorgungsarrangements zu stabilisieren. Die wesentlichen Anforderungen, welche eine informell-familiale geprägte Versorgung an den institutionellen Versorgungsverbund stellt, sind in Tabelle 51 dargestellt.

**Tabelle 51: Anforderungen des informell-familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund**

| Eigenschaften des informell-familialen Versorgungsstils   | Anforderungen an die Stabilisierung einer informell-familial geprägten Versorgung                          | Anforderungen an den institutionellen Versorgungsverbund  |
|---|--|---|
| - Verantwortung der Versorgung liegt bei mehreren privaten Helferinnen und Helfern der zu versorgenden Person | - Sicherstellung der Koordination der Hilfen unterschiedlicher überwiegend privater Helferinnen und Helfer | - Erstellung notwendiger Unterstützungsleistungen für den Fall des Ausfalls privater Helferinnen und Helfer   |
| - Oftmals leichter Hilfe- und Pflegebedarf der zu versorgenden Person   | - Unterstützung vor allem bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten   | - Aufbau niedrigschwelliger Versorgungsleistungen<br>- Erweiterung/Flexibilisierung des Leistungskatalogs des SGB XI  |
| - Häufiges Alleinleben der zu versorgenden Person   | - Schutz vor Isolation und Einsamkeit<br>- Aufrechterhaltung ihrer Kompetenzen                             | - Bereitstellung von Angeboten der sozialen Betreuung unter Einbeziehung ehrenamtliche Tätiger<br>- Bereitstellung von Rehabilitations- und Präventionsangeboten            |
| - Wenige bzw. fehlende Kenntnisse der zu versorgenden Person bezüglich vorhandener Versorgungsleistungen      | - Schaffung von Transparenz bezüglich vorhandener Versorgungsleistungen                                    | - Aufbau einer zentralen Anlaufstelle, die neben Beratungsangeboten Angebote der sozialen Betreuung bereitstellt (z.B. Nachbarschaftszentren)                               |
| - Geringe bis mittlere Akzeptanz formeller Versorgungsleistungen  | - Anerkennung und Wertschätzung der Hilfen privater Helferinnen und Helfer                                 | - Hohe Bedeutung sozialer Kompetenzen formeller Akteure<br>- Anpassung formeller Akteure an die Versorgungssituation, um nicht private Helferinnen und Helfer zu verdrängen |

Quelle: eigene Darstellung

Unterstützungsleistungen des institutionellen Versorgungsverbunds für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem informell-familialen Versorgungsstil sollten sich in erster Linie an die zu versorgenden Personen richten und eine verstärkt instrumentelle Ausrichtung aufweisen. Gefragt sind insbesondere hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen sowie Unterstützungsleistungen bei der pflegerischen Versorgung. Wichtig ist es, bestehende Unterstützungsleistungen informeller Akteure nicht zu verdrängen sowie die Selbsthilfefähigkeiten der zu versorgenden Person zu berücksichtigen und zu fördern. Hilfen formeller Akteure sollten somit überwiegend unterstützend sein und der Kompensation fehlender oder nicht hinreichender Unterstützungsleistungen informeller Helferinnen und Helfer dienen. Die Hilfen formeller und informeller Unterstützungspersonen sind in informell-familialen Versorgungsarrangements gleichwertig zu bewerten. Anbieter formeller Leistungen werden von den Betroffenen mit einem informell-familialen Versorgungsstil nicht in erster Linie durch ihre Professionalität geschätzt, sondern durch ihre Fähigkeit, bestehende Versorgungslücken zu schließen. Aufgrund der nicht vordergründigen Bedeutung der Professionalität und fachlichen Kompetenz kommen ehrenamtlich Tätige als Helferinnen und Helfer in Betracht, insbesondere dann, wenn die Unterstützung weniger instrumenteller und mehr emotionaler Art ist.

Dadurch, dass viele hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem informell-familialen Versorgungsstil alleinleben, sind der persönliche Austausch und die persönliche Zuwendung im Rahmen der Leistungserstellung wichtig. Oftmals leiden sie unter dem Verlust ihrer (Ehe-)Partnerin beziehungsweise ihres (Ehe-)Partners. Neben instrumentellen Hilfen sind sogenannte „weiche soziale Hilfen“ erforderlich, welche eine soziale Einbindung der zu versorgenden Person auch unter Lebensumständen, die ein Ausdünnen sozialer Kontakte begünstigen, verfolgen.<sup>814</sup> Diese erfordern einen hohen zeitlichen Aufwand, den formelle Akteure aufgrund des Kosten- und Wettbewerbsdrucks im Gesundheits- und Sozialwesen nur in begrenztem Umfang aufbringen können.

In den institutionellen Versorgungsverbund sind somit verstärkt ehrenamtlich Tätige einzubinden. Ehrenamtlich Tätige schätzen ihre Freiheiten und lassen sich nicht wie Festangestellte in starr vorgegebene Strukturen integrieren. Ihnen ist in besonderem Maße die Möglichkeit zu geben, eigene Ideen einzubringen. Hierzu sollte sich der institutionelle Versorgungsverbund offen ge-

---

<sup>814</sup> Schmidt 1999, S. 30

genüber Veränderungen zeigen. Der institutionelle Versorgungsverbund sollte daher überwiegend eine verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements und eine veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements aufweisen. Nach Möglichkeit sind ehrenamtlich Tätige in die Ausgestaltung des normativen und strategischen Managements einzubeziehen. Im institutionellen Versorgungsverbund sollten Strukturen geschaffen werden, in denen ehrenamtliche Hilfen eine große Wertschätzung erfahren und gefördert werden.

Zur Erhöhung ehrenamtlichen Engagements sind entsprechende Anreize zu schaffen. Weiterhin ist eine enge Zusammenarbeit des institutionellen Versorgungsverbunds mit kommunalen Einrichtungen, Pfarreien und Vereinen anzustreben, wenn es um die Gewinnung ehrenamtlich engagierter Personen geht. Bevorzugt einsetzen lassen sich ehrenamtlich Tätige in Bereichen der sozialen Betreuung, die über die Leistungen des SGB XI hinausgehen. Leistungen der sozialen Betreuung sollten an der oftmals vorhandenen Kontaktfreudigkeit hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit einem informell-familialen Versorgungsstil ansetzen, indem sie bei der Aufrechterhaltung bestehender und dem Aufbau neuer Kontakte unterstützt werden. Hierzu eignet sich beispielsweise die Errichtung von Seniorencafés, das Anbieten gemeinsamer Freizeitangebote, die Gründung von Selbsthilfegruppen oder die Einrichtung eines gemeinsamen Mittagstischs. Aber auch Unternehmungen allein mit den Betroffenen, wie gemeinsame Besuche kultureller Veranstaltungen, Einkäufe oder Spaziergänge können helfen, Gefühle der Einsamkeit und Isolation zu unterbinden.

Krisensituationen, wie sie beispielsweise bei einem sprunghaften Anstieg des Hilfe- und Pflegebedarfs der zu versorgenden Person oder dem Ausfall wichtiger privater Unterstützungspersonen auftreten können, lassen sich bei einer informell-familial geprägten Versorgung aufgrund der Vielzahl verfügbarer privater Helferinnen und Helfer eher kompensieren als bei einer traditionell-familial geprägten Versorgung, bei der eine Person nahezu allein die Versorgung übernimmt. Seitens des institutionellen Versorgungsverbunds sind einzelne Versorgungsleistungen bereitzustellen, welche den Ausfall privater Helferinnen und Helfer ausgleichen können. Die Hilfen sind dabei lebensnah und unbürokratisch zu gestalten.

Zur Aufrechterhaltung der Selbsthilfefähigkeiten hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind neben instrumentellen Leistungen, welche die Sicherstellung von Aufgaben des täglichen Lebens gewährleisten sollen, Präventions- und Rehabilitationsangebote von besonderer Bedeutung. Im Falle einer langfristigen Einbindung formeller Akteure in den informell-familialen Versorgungsverbund ist darauf zu achten, dass sie ihre Leistungen gleichberechtigt und partnerschaftlich erbringen. Formelle Akteure sollten hierbei eine hohe Offenheit gegenüber der zu versorgenden Person und ihren privaten Unterstützungspersonen zeigen. Formelle Helferinnen und Helfer benötigen hierzu einen großen Freiraum bei der Erbringung ihrer Leistungen. Festgelegte Leistungen mit vorgegebenen Standards wirken eher kontraproduktiv und werden nur in seltenen Fällen den Anforderungen einer informell-familialen Versorgung gerecht.

Sobald ein Alleinwohnen der zu versorgenden Person nicht mehr möglich ist, stößt der informell-familiale Versorgungsstil an seine Grenzen. Aufgeschlossenen zeigen sich Angehörige des informell-familialen Versorgungsstils gegenüber neuen stationären Versorgungsformen wie generationenübergreifendem Wohnen, Alten-Wohngemeinschaften oder Service-Wohnen. Diese sollten eine breite Beteiligung privater Unterstützungspersonen bei der Erstellung von Versorgungsleistungen ermöglichen. Projekte, die Bürgerinnen und Bürger oder Betroffene freiwillig initiieren, gilt es zu fördern sowie fachlich, organisatorisch und rechtlich zu unterstützen.<sup>815</sup> Die Förderung und Unterstützung von Freiwilligendiensten verlangt die Schaffung einer neuen Kultur des Helfens sowie eine höhere Anerkennung von Versorgungsleistungen seitens der Gesellschaft. Dies zu erreichen erfordert ein hohes Maß an Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung, eine überwiegend verpflichtende Grundorientierung des normativen Managements sowie eine überwiegend veränderungsorientierte Ausrichtung des strategischen Managements seitens des institutionellen Versorgungsverbunds.

Für ehrenamtlich Tätige, private Helferinnen und Helfer sowie die Betroffenen sind Treffpunkte des Austauschs einzurichten. Diese Treffpunkte können neben dem Austausch von Informationen, der Vermittlung von Versorgungsleistungen sowie der Beratung bezüglich vorhandener Unterstützungsleistungen dienen. Dies erleichtert den Betroffenen, sich zwischen verschiedenen Versorgungsalternativen zu entscheiden und bei steigendem Hilfe- und Pfl-

---

<sup>815</sup> BMFSFJ 2005, S. 335 f.

gebedarf auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten zurückzugreifen. Prinzipiell zeigen hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem informell-familialen Versorgungsstil eine große Offenheit gegenüber Informationen, sodass aufsuchende Beratungsstellen und Öffentlichkeitsarbeit durchaus erfolgversprechend sind. Bei der Einrichtung solcher Treffpunkte sind auf eine zentrale zugängliche Lage sowie benutzerfreundliche Öffnungszeiten zu achten.

Weiterhin können die Treffpunkte die zu versorgenden Personen bei der Abstimmung der einzelnen Leistungsbeiträge zur Sicherstellung ihrer Versorgung unterstützen. Die Koordination der Leistungen kann sich im informell-familialen Versorgungsverbund komplex darstellen, insbesondere dann, wenn sich die Unterstützungspersonen untereinander nicht oder nur flüchtig kennen. Erfolgt eine Nutzung von Leistungen formeller Helferinnen und Helfer bedarf es der Sicherstellung der Kommunikation durch die zu versorgende Person, da diese selten in einem direkten Kontakt zu weiteren, überwiegend privaten Unterstützungspersonen stehen. Durch die Treffpunkte kann ein Ort des gegenseitigen Austauschs und Kennenlernens geschaffen werden. Weiterhin lassen sich an diese Treffpunkte Angebote zur Förderung sozialer Kontakte anschließen.

Eine zentrale Anlaufstelle sollte somit das Zentrum einer informell-familialen Versorgung im Verbund bilden. Neben der einzelfallübergreifenden Koordination der Leistungen seitens des institutionellen Versorgungsverbunds können die zu versorgenden Personen und ihre privaten Helferinnen und Helfer Unterstützung bei der Koordination der Leistungen im Einzelfall erhalten. Je stärker Hilfeleistungen genutzt werden, die nicht durch den institutionellen Versorgungsverbund organisiert und miteinander verknüpft sind, desto höher sind die Anforderungen an die einzelfallbezogene Koordination seitens der zu versorgenden Person und ihrer privaten Helferinnen und Helfer beziehungsweise der zentralen Anlaufstelle. Abbildung 48 stellt einen möglichen Aufbau des Versorgungsverbunds bei einer informell-familial geprägten Versorgung dar.

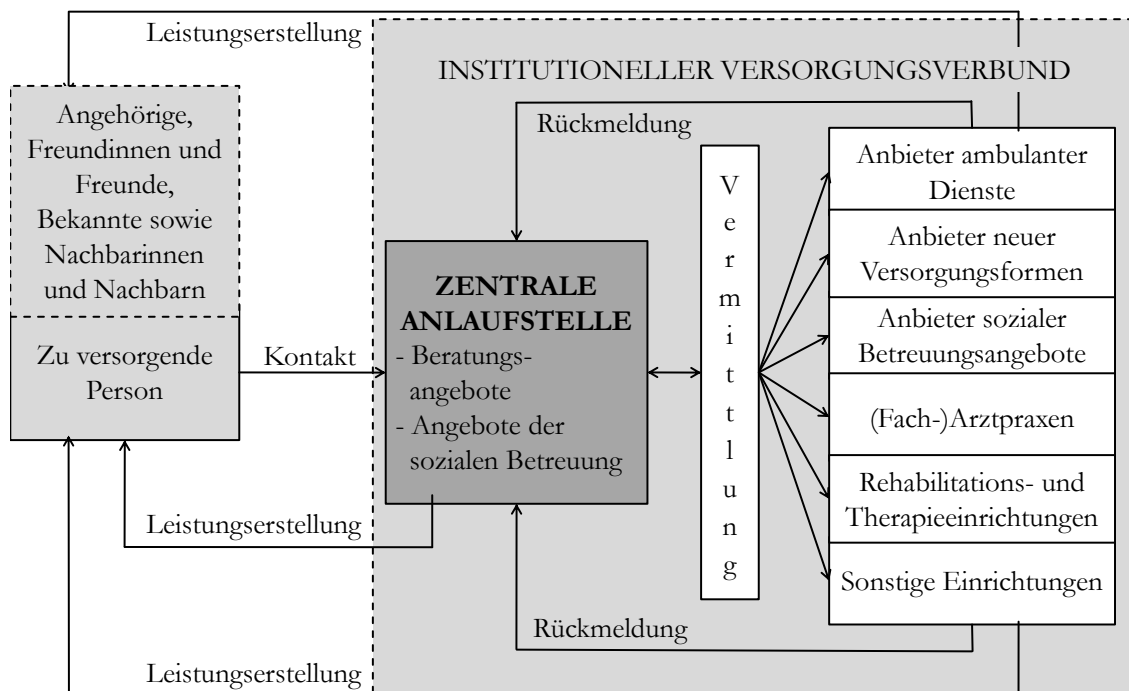


Abbildung 48: Versorgungsverbund bei einer informell-familial geprägten Versorgung

Quelle: eigene Darstellung

### 5.3.3 Gestaltung der formell-familialen Versorgung

Der formell-familiale Versorgungsstil zeichnet sich durch das Beziehungsdreieck, welches aus der zu versorgenden Person, der Haupthilfsperson und einer formell pflegenden Person besteht, aus. Die Rolle der Haupthilfsperson übernimmt im formell-familialen Versorgungsstil besonders häufig die Tochter oder Schwiegertochter der zu versorgenden Person. Als formelle Akteure sind zumeist Pflegefachkräfte an der Versorgung beteiligt. Der formell-familiale Versorgungsstil beinhaltet somit grundsätzlich ein großes Potenzial hinsichtlich einer gleichberechtigten Mischung formeller und informeller Unterstützung. Es treffen lebensweltorientierte Laienpflege und berufliche Pflege seitens Professioneller aufeinander. Gegenseitiger Respekt, gegenseitiges Vertrauen und gegenseitige Wertschätzung sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen einer formell-familial geprägten Versorgung. Oftmals fehlen aber vor allem formellen Akteuren die Fähigkeiten und die Zeit, sich das ge-

gegenseitige Potenzial bewusst zu machen, und dieses vollständig in den Versorgungsprozess zu integrieren.<sup>816</sup>

Seitens formeller Akteure lassen sich diese Defizite in der Versorgung häufig nicht allein durch eine Erhöhung ihrer Fachlichkeit, sondern vielmehr durch Kommunikation und das Einlassen auf die besonderen Gegebenheiten der Lebenswelt der zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen überwinden. Eine reine Anpassung an lebensweltliche Beziehungs- und Versorgungsmuster seitens formeller Akteure kann aber ebenso wenig alleinige Lösung sein. So kann zwar eine hohe Anpassung an die Lebenswelt von Vorteil sein, wenn dadurch das Eindringen in die Privatheit für die zu versorgende Person und ihre Angehörigen ertragbarer erscheint und ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Nachteile können allerdings entstehen, wenn sich die gesamte Hilfsituation auf das Privatleben formeller Helferinnen und Helfer auswirkt oder die Qualität der Versorgung in Gefahr gerät, weil beispielsweise seitens formeller Akteure aufgrund von Rücksichtnahme oder des Erhalts der lebensweltlichen Harmonie auf die Durchführung notwendiger Maßnahmen verzichtet wird.<sup>817</sup> Aus den Besonderheiten des formell-familialen Versorgungsstils ergeben sich spezifische Anforderungen an den institutionellen Versorgungsverbund. Tabelle 52 stellt diese Anforderungen dar.

---

<sup>816</sup> Zeman 1999, S. 382

<sup>817</sup> Zeman 1999, S. 383

**Tabelle 52: Anforderungen des formell-familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund**

| Eigenschaften des formell-familialen Versorgungsstils   | Anforderungen an die Stabilisierung einer formell-familial geprägten Versorgung  | Anforderungen an den institutionellen Versorgungsverbund  |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hauptverantwortung der Versorgung liegt bei der Haupthilfsperson</li> <li>- Oftmals hohe Unzufriedenheit der Haupthilfsperson mit ihrer Situation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlastung der Haupthilfsperson</li> <li>- Unterstützung der Haupthilfsperson bei der Aufrechterhaltung ihres Alltags vor der Übernahme der Versorgung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse von Belastungssituationen</li> <li>- Bereitstellung ambulanter und teilstationärer Versorgungsleistungen</li> <li>- Bereitstellung niedrigschwelliger Versorgungsleistungen</li> <li>- Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oftmals hoher Versorgungsbedarf der zu versorgenden Person</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung vor allem bei fachlich anspruchsvollen Versorgungsleistungen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung einer aufeinander abgestimmten pflegerischen und medizinischen Versorgung</li> <li>- Ausbau von Hospizdiensten</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mäßige bis umfangreiche Kenntnisse bezüglich vorhandener Versorgungsleistungen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schaffung von Transparenz bezüglich vorhandener Versorgungsleistungen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung und Unterstützung durch direkt an der Versorgung beteiligte Akteure</li> <li>- Aufbau unabhängiger Beratungsstellen</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe Akzeptanz formeller Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung durch formelle Akteure</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eindeutige Abgrenzung der Aufgabenbereiche formeller und informeller Helferinnen und Helfer</li> <li>- Umsetzung einer gleichberechtigten Partnerschaft</li> <li>- Schaffung personeller Kontinuität seitens formeller Akteure</li> </ul>                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Streben der Haupthilfsperson nach einer Versorgung im privaten Haushalt</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbau der Kompetenzen der Haupthilfsperson</li> <li>- Schaffung einer angepassten Wohnumgebung</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung von Schulungsangeboten und Informationen für Haupthilfspersonen</li> <li>- Bereitstellung von Diensten zur Wohnberatung und Wohnraumanpassung</li> </ul>  |

**Quelle:** eigene Darstellung

Für eine gelingende Zusammenarbeit innerhalb formell-familial geprägter Versorgungsarrangements sind emotionale und soziale Kompetenzen sowie empathisches Verhalten seitens aller Beteiligten gefordert. Diese sind besonders im Hinblick auf die oftmals notwendige emotionale Unterstützung pflegender Angehöriger unabdingbar. Nicht selten übernehmen sie die Versor-

gung von Angehörigen aus Gründen moralischer Verpflichtung.<sup>818</sup> Hierfür schränken sie teilweise ihre Erwerbstätigkeit ein beziehungsweise geben sie vollständig auf. Auch die Kontakte zu Bekannten sowie Freundinnen und Freunden reduzieren sich häufig. Es entsteht mitunter eine hohe Unzufriedenheit mit der gesamten Lebenssituation. So klagen insbesondere pflegende Kinder über Belastungen.<sup>819</sup> Als belastende Faktoren kommen hinzu, dass pflegende (Schwieger-)Töchter die Versorgung häufig mit einer Erwerbstätigkeit verbinden sowie eine Balance zwischen der Versorgung ihrer Eltern und der Fürsorge ihrer eigenen Familie finden müssen.<sup>820</sup> Durch Supervision sowie eine höhere Anerkennung und Wertschätzung von Aufgaben der Versorgung können Gefühle von Unzufriedenheit minimiert werden. Grundsätzlich sollte versucht werden, pflegende Angehörige soweit zu unterstützen, dass sie ihren Alltag, den sie vor der Übernahme der Unterstützung besaßen, weitgehend beibehalten können. Hierzu sind insbesondere Konzepte zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie Maßnahmen, die auf die Erhaltung ihrer Freizeit und sozialen Kontakte abzielen, zu entwickeln und umzusetzen.

Entlastungsangebote sollten pflegenden Angehörigen daher vor allem die Möglichkeit geben, außerhäuslichen Tätigkeiten nachzugehen. Ist ein mehrstündiges Alleinlassen der zu versorgenden Person nicht möglich, so sind besonders teilstationäre Angebote gefragt. Angebote der Tages- und Nachtpflege als auch der Kurzzeitpflege sollten ausgebaut werden. Kann die zu versorgende Person über mehrere Stunden allein gelassen werden, so sind je nach Bedarfslage verschiedene instrumentelle Unterstützungsleistungen seitens ambulanter Dienste notwendig. Weiterhin sollte sichergestellt werden, dass die zu versorgende Person stets Kontakt zu potenziellen Helferinnen und Helfern aufnehmen kann.

Entlastungsangebote sind genau dort anzusetzen, wo sie ihre größte Wirksamkeit entfalten. Besonders morgens und abends, wenn der pflegerische Aufwand hoch ist, lassen sich starke Belastungen der Haupthilfsperson begrenzen. Dabei können auch Unterstützungsleistungen, die sich nicht direkt an die zu versorgenden Personen richten, von Bedeutung sein. Für die Haupthilfsperson kann es bei Bedarf beispielsweise entlastend sein, wenn ihr Aufgaben der Kinderbetreuung oder Haushaltsarbeit abgenommen werden. Zur Entlastung der Haupthilfsperson ist zu prüfen, inwieweit sich ehrenamtli-

---

<sup>818</sup> Maly 2001, S. 159

<sup>819</sup> Rückert 1999, S. 414; Maly 2001, S. 162

<sup>820</sup> Lüdecke 2007, S. 107

che Unterstützungsleistungen sowie Unterstützungsleistungen seitens weiterer privater Helferinnen und Helfer einbeziehen lassen.

Insgesamt sollten alle Akteure gemeinsam analysieren, bei welchen Situationen Belastungserscheinungen bei pflegenden Angehörigen auftreten. Anschließend sind Lösungsmöglichkeiten zur Vermeidung beziehungsweise Minimierung zu bewerten und zu benennen, bevor letztlich die Umsetzung geeigneter Unterstützungsleistungen erfolgen kann. Hierbei kann die Unterstützung nicht nur durch das Abnehmen von Tätigkeiten der Versorgung erfolgen, sondern sich auch auf die Förderung und den Ausbau der Kompetenzen der Haupthilfsperson sowie natürlich der zu versorgenden Person beziehen. Eine Möglichkeit zur Förderung und zum Ausbau der Kompetenzen pflegender Angehöriger ist das Anbieten von Pflegekursen, welche idealerweise im Haushalt der zu versorgenden Person stattfinden sollten. Helfende Angehörige, die sich pflegerische Kenntnisse aneignen, besitzen nachweislich weniger Probleme und Schwierigkeiten bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.<sup>821</sup> Weiterhin können sich Informationsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit und Selbsthilfegruppen förderlich auf die Kompetenzen pflegender Angehöriger auswirken. Zu den Maßnahmen, welche die Kompetenzen der zu versorgenden Person erhöhen können, gehören verschiedene Leistungen der Prävention und Rehabilitation.

Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds lassen sich für Angehörige des formell-familialen Versorgungsstils nur begrenzt standardisieren und zu vorgefertigten Leistungsbündeln zusammenfassen. Einen großen Wert sollte der institutionelle Versorgungsverbund hinsichtlich der Vorbereitung institutioneller Akteure auf die Besonderheiten der häuslichen Versorgung legen. Hierzu gehört insbesondere eine Anleitung zur Kommunikation und zum Umgang mit Konflikten. Weiterhin sollten formelle Akteure in der Lage sein, ihre Leistungen unter Einbezug der Haupthilfsperson und unter Berücksichtigung der gesamten häuslichen Situation zu erbringen sowie Belastungserscheinungen und kritische Versorgungssituationen zu erkennen. Zumeist treffen formelle Helferinnen und Helfer bei formell-familialen Versorgungsstilen auf vorgeformte Arrangements, welche sich grundsätzlich offen und zugänglich gegenüber formeller Unterstützung zeigen. Eine große Wertschätzung erfahren insbesondere pflegerische Unterstützungsleistungen und weniger hauswirtschaftliche Leistungen. Allerdings kann in Einzelfällen auch Unter-

---

<sup>821</sup> Gräbel 1998, S. 61

stützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung notwendig sein. Hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen wird von formellen Akteuren ein hohes Maß an Flexibilität, Kontinuität und Verlässlichkeit sowie eine ständige Erreich- und Verfügbarkeit auch außerhalb der vereinbarten Zeiten gewünscht.<sup>822</sup>

Das Festlegen von abrechnungsfähigen Einzelleistungen zwischen Anbietern von Versorgungsleistungen und Pflegekassen, wie es in der Pflegeversicherung oftmals praktiziert wird, ist meistens nicht zielführend und wird der komplexen Situation der häuslichen Versorgung innerhalb des formell-familialen Versorgungsstils selten gerecht. Neben Leistungen, die über die Pflegeversicherung vergütet werden, bedarf es flexibler Finanzierungsregeln, welche eine Vergütung von Leistungen erlauben, die über den Leistungskatalog der Pflegeversicherung hinausgehen. Ansätze zur Überlassung eines festgesetzten „Pflegebudgets“, über deren Verwendung die Betroffenen selbst entscheiden können, sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit weiter zu prüfen.

Innerhalb des formell-familialen Versorgungsstils nehmen formelle Unterstützungspersonen und hier insbesondere Pflegefachkräfte eine zentrale Stellung ein. Für die Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen sie neben den Kenntnissen bezüglich der Situation des Haushalts umfassende Informationen bezüglich bestehender Unterstützungsmöglichkeiten sowie deren Qualitäten und Zugangsvoraussetzungen. Es ist somit einerseits darauf zu achten, dass im individuellen Versorgungsverbund eine personelle Kontinuität besteht und andererseits, dass innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds tätige formelle Akteure stets über bestehende Angebote, deren Qualitäten und Zugangsvoraussetzungen informiert und geschult werden. Gerade in der ambulanten Pflege empfinden pflegende Angehörige einen ständigen personellen Wechsel als störend. Zudem bemängeln sie den Zeitdruck, unter dem Pflegekräfte häufig stehen, sowie die fehlende soziale Kompetenz.<sup>823</sup> Aufgrund des oftmals vorhandenen medizinischen Behandlungsbedarfs sind im formell-familialen Versorgungsverbund bei der Suche nach geeigneten Formen der Versorgung auch die behandelnden Hausärztinnen und -ärzte einzubeziehen.

Die Aufbereitung von Informationen und die Schaffung von Transparenz fallen in einem System wie dem des institutionellen Versorgungsverbunds leichter als zwischen getrennten Systemen. Seitens des institutionellen Versor-

---

<sup>822</sup> Smolka 2006, S. 130

<sup>823</sup> BMFSFJ 2004, S. 206

gungsverbunds sind den Akteuren des individuellen Versorgungsverbunds Informationen über bestehende Unterstützungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Die Vermittlung von Informationen sollte sowohl fallübergreifend als auch einzelfallbezogen erfolgen und sich sowohl an formelle als auch informelle Akteure richten. Stets sind datenschutzrechtliche Bestimmungen zu berücksichtigen, insbesondere wenn es sich um personenbezogene Daten handelt.

Hinsichtlich der Vermittlung von Informationen bezüglich des Angebots an Unterstützungsleistungen bietet es sich an, Schulungen für formelle Akteure, die im individuellen Versorgungsverbund Leistungen erbringen, durchzuführen sowie die Öffentlichkeitsarbeit zu forcieren und Informationsveranstaltungen anzubieten. Innerhalb des formell-familialen Versorgungsverbunds findet die Informationsübertragung hinsichtlich der Unterstützungsangebote des institutionellen Versorgungsverbunds überwiegend durch Pflegekräfte, die als Akteure direkt Leistungen im individuellen Versorgungsverbund erbringen, statt. Mit der Absicht, die Unabhängigkeit von Informationen zu wahren und pflegenden Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sich Informationen von weiteren Personen einzuholen, sollten aber auch zentrale Beratungsstellen zur Verfügung stehen.

Das zentrale Element des institutionellen Versorgungsverbunds bei einem formell-familialen Versorgungsstil bildet die formelle Unterstützungsperson, die als Verbindungsperson zwischen dem institutionellen Versorgungsverbund und der häuslichen Versorgungsrealität agiert. Abbildung 49 verdeutlicht dies grafisch.

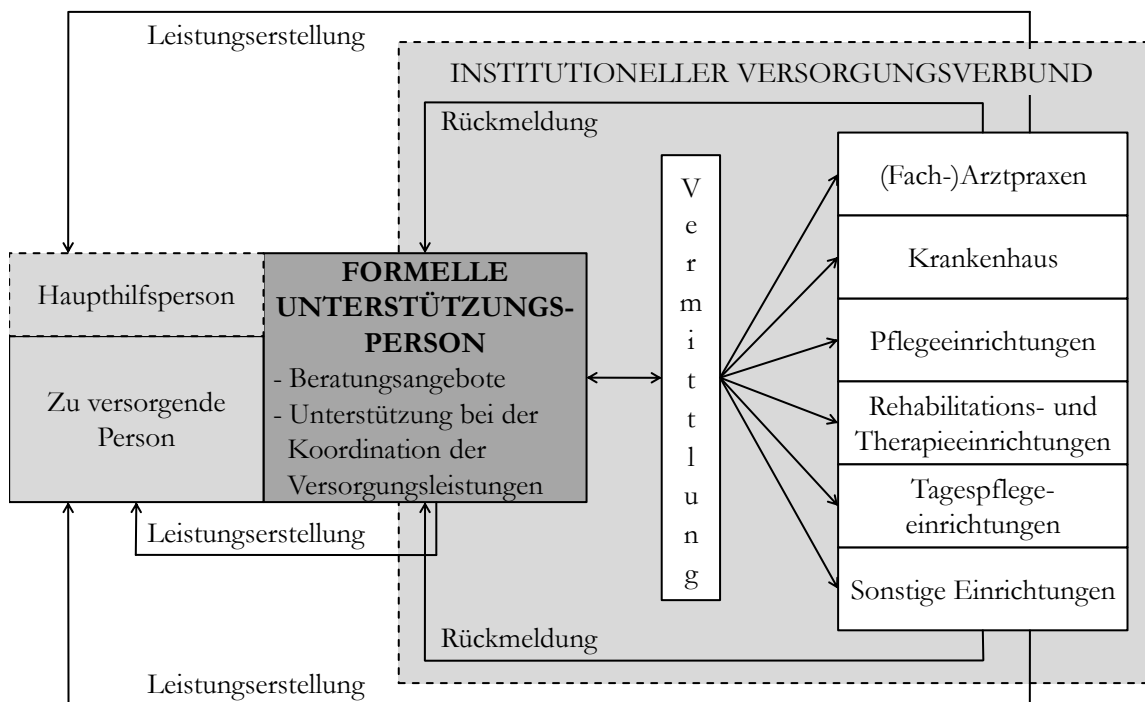


Abbildung 49: Versorgungsverbund bei einer formell-familial geprägten Versorgung

Quelle: eigene Darstellung

### 5.3.4 Gestaltung der non familialen Versorgung

Das wesentliche Kennzeichen des non familialen Versorgungsstils ist die hohe Bedeutung formeller Akteure bei der Sicherstellung der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge. Aus der Perspektive der zu versorgenden Personen mit einem non familialen Versorgungsstil sind vor allem Hilfenetze zu knüpfen, welche sich aus formellen Akteuren und Einrichtungen zusammensetzen. Diese Hilfenetze können bereits im Vorfeld einzelfallübergreifend und bedarfslagenorientiert bereitgestellt werden. Konkret lassen sich im non familialen Versorgungsstil drei Personengruppen voneinander abgrenzen.

- Gruppe 1: hilfe- und pflegebedürftige Personen mit fehlenden oder labilen privaten sozialen Netzwerken
- Gruppe 2: schwerstpflegebedürftige und sterbende Personen mit komplexen Bedarfslagen
- Gruppe 3: hilfe- und pflegebedürftige Personen mit hohen Versorgungsansprüchen

Hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem non familialen Versorgungsstil verfügen oftmals über mehrere Jahre Erfahrung mit formeller Unterstützung. Eine Ausnahme bilden Angehörige der zweiten Gruppe. Bei ihnen steigt die Nutzung formeller Leistungen oftmals erst mit zunehmender Schwere ihrer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Private Unterstützungspersonen versuchen so lange einen familial geprägten Versorgungsstil aufrechtzuerhalten, wie es die Bedarfslage der zu versorgenden Person und die Kompetenzen der helfenden Personen erlauben. Personen mit hohen Versorgungsansprüchen haben sich zumeist bewusst für den non familialen Versorgungsstil entschieden.

Eine Übersicht über die Anforderungen des non familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund zeigt Tabelle 53.

**Tabelle 53: Anforderungen des non familialen Versorgungsstils an den institutionellen Versorgungsverbund**

| Eigenschaften des non familialen Versorgungsstils                               | Anforderungen an die Stabilisierung einer non familial geprägten Versorgung   | Anforderungen an den institutionellen Versorgungsverbund   |
|---|---|--|
| - Versorgung durch formelle Unterstützungspersonen                              | - Erbringung aufeinander abgestimmter formeller Unterstützungsleistungen  | - Förderung einer engen Zusammenarbeit formeller Akteure<br>- Erstellung zielgruppenspezifischer Versorgungspläne<br>- Etablierung von Fallkonferenzen |
| - Niedriger bis hoher Hilfe- und Pflegebedarf der zu versorgenden Person        | - Unterstützung in allen Bereichen der Versorgung   | - Einbeziehung möglichst aller Unterstützungsleistungen zur Sicherung der Grundversorgung<br>- Kooperation mit externen Anbietern                      |
| - Keine bis umfangreiche Kenntnisse bezüglich vorhandener Versorgungsleistungen | - Schaffung von Transparenz bezüglich bestehender Versorgungsleistungen   | - Bereitstellung differenzierter Beratungsangebote<br>- Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit   |
| - Leben der zu versorgenden Person in einer stationären Einrichtung             | - Schutz der zu versorgenden Person vor sozialer Isolation<br>- Schaffung von Normalität in stationären Einrichtungen | - Bereitstellung von Angeboten der sozialen Betreuung<br>- Einbeziehung ehrenamtlich Tätiger<br>- Forcierung der gesellschaftlichen Öffnung von Heimen |

Quelle: eigene Darstellung

Der Schwerpunkt der Unterstützung von *hilfe- und pflegebedürftigen Personen mit fehlenden oder labilen privaten Netzwerken* sollte auf der Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der sozialen Betreuung liegen. Häufig leiden sie an leichteren körperlichen Einschränkungen und sind zumeist noch selbst in der Lage, ihre Körperpflege und andere Tätigkeiten der pflegerischen Versorgung ohne Hilfe durchzuführen. Dafür sind sie oftmals infolge von Verwitwung, sozialer Isolation oder zeitlebens bestehender Einschränkungen besonders häufig von seelischen Erkrankungen betroffen.

Formelle Akteure sollten eine hohe soziale Kompetenz besitzen, und zwar auch dann, wenn die Erstellung instrumenteller Hilfeleistungen im Fokus steht. Sie sollten wissen, dass die Betroffenen nicht ausschließlich ihre Professionalität, sondern darüber hinaus ihre emotionalen und sozialen Kompetenzen schätzen. Für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit fehlenden oder labilen privaten Netzwerken sind insbesondere teilstationäre Angebotsformen auszubauen. Geeignet sind vor allem Tagesstätten, in denen Leistungen der sozialen Betreuung angeboten werden. Beim Zugang zu formellen Versorgungsleistungen sind sie zu unterstützen, da sie einerseits oftmals nur geringfügige Kenntnisse über bestehende Leistungsangebote besitzen<sup>824</sup> und andererseits nur selten allein Unterstützungsmöglichkeiten aufsuchen.

Die Abgabe der Versorgung durch die Familie an formelle Akteure wird von Angehörigen *schwerstpflegebedürftiger und sterbender Personen mit teilweise komplexen Bedarfslagen* häufig begleitet von Gefühlen des schlechten Gewissens sowie vom Gefühl, versagt zu haben. Innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds sollte daher bei Schwerstpflegebedürftigen Rücksicht auf die Kompetenzen und Ressourcen der privaten Helferinnen und Helfer genommen werden. Diese sind so weitreichend wie möglich und erwünscht, in das Versorgungsgeschehen einzubinden. Der große Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit einem non familialen Versorgungsstil, der in stationären Pflegeeinrichtungen lebt, stellt neue Anforderungen an die bisherige Heimrealität, bei der die Leistungserstellung geprägt ist von einer Dominanz beruflicher und professioneller Helferinnen und Helfer. Angehörige und weitere private Helferinnen und Helfer finden oftmals nur partiell Berücksichtigung.

Es sollte eine weitere Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen stattfinden und eine Ablösung vom Heim als „all-inklusive-Modell“ erfolgen. Es sind flexible Formen der stationären Versorgung zu etablieren, bei denen sich Angehörige

---

<sup>824</sup> Blinkert/Klie 1999, S. 174

und weitere private Helferinnen und Helfer einbringen können. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer Pflegeeinrichtungen können so eventuell entlastet und den zu versorgenden Personen und ihren Angehörigen kann ein bestimmtes Maß an Eigenverantwortung und Selbstständigkeit bewahrt werden.<sup>825</sup> Im Gegensatz zur häuslichen Versorgung, in der eine Anpassung formeller Akteure gefordert wird, ist bei der stationären Versorgung eine Anpassung seitens privater Helferinnen und Helfer an die Gegebenheiten der stationären Einrichtung nicht vollständig zu vermeiden.<sup>826</sup>

Darüber hinaus ist der Ausbau teilstationärer Angebote notwendig, um auch bei einer non familial geprägten Versorgung das Verbleiben der zu versorgenden Person in der eigenen Häuslichkeit solange wie möglich zu realisieren. Weiterhin bedarf es des Ausbaus stationärer und ambulanter Hospizdienste. Insgesamt sind die Übergänge zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung fließend zu gestalten, sodass je nach Umfang der benötigten formellen Unterstützung und der vorhandenen informellen privaten Unterstützung im Einzelfall unterschiedliche Versorgungsformen zum Einsatz kommen können. Einer Mischung ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung dürfen keine Grenzen und Hindernisse gesetzt werden. Vorteilhaft erweist sich eine Entwicklung neuer Formen, die ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen passgenau miteinander verzahnen. Bisher bestehende unterschiedliche Finanzierungs- und Sicherstellungsregelungen im Gesundheits- und Sozialwesen, die maßgeblich zu einer Abschottung und Verselbstständigung einzelner Systeme führen, sind hier zu überdenken.

Im institutionellen Versorgungsverbund bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen möglichst allen an der Versorgung beteiligten Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Zur Koordination der einzelnen Leistungsbeiträge der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer empfiehlt sich die Entwicklung einrichtungsübergreifender Versorgungspläne, die im Einzelfall beispielsweise in Fallkonferenzen an die jeweilige Situation anzupassen sind. Die seitens des institutionellen Versorgungsverbunds bereitgestellten Versorgungsleistungen sollten so flexibel gestaltet sein, dass bei Wunsch eine breite Einbindung privater Unterstützungspersonen möglich ist. Ansatzpunkte für eine Einbindung bieten besonders Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der sozialen Betreuung.

---

<sup>825</sup> Witt 1992, S. 23

<sup>826</sup> Zeman 1996, S. 106

Eine breite Beteiligung privater Unterstützungspersonen lehnen *hilfe- und pflegebedürftige Personen mit hohen Versorgungsansprüchen* häufig ab. Sie haben sich zu meist bewusst für den non familialen Versorgungsstil entschieden und sehen in der Vergabe von Versorgungsleistungen nicht allein die einzige Alternative, sondern einen wichtigen Faktor zur Schaffung von Lebensqualität. Neben den Bedarfslagen sind sowohl bei der Bereitstellung als auch der Erbringung von Versorgungsleistungen seitens des institutionellen Versorgungsverbunds in besonderem Maße ihre Versorgungsansprüche zu berücksichtigen. Die Leistungen sollten eine hohe Professionalität und Serviceorientierung aufweisen. Angebote des Wohnens mit Serviceleistungen, betreuten Wohnens sowie barrierefreien Wohnens sind auszubauen.

Insgesamt betrachtet lassen sich für *hilfe- und pflegebedürftige Personen* mit einem non familialen Versorgungsstil aus der Perspektive des institutionellen Versorgungsverbunds am ehesten Leistungsbündel für verschiedene Bedarfslagen und Versorgungsansprüche im Vorhinein zusammenstellen, da der Einfluss privater Helferinnen und Helfer begrenzt und somit leichter im Voraus einzuplanen ist. Die Leistungen sind dabei sowohl zielgruppenspezifisch als auch einzelfallbezogen zusammenzustellen. Dem Care Management kommt somit eine ebenso hohe Bedeutung zu wie dem Case Management. Je passgenauer die Zusammenstellung der Leistungen der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer sowie der Leistungen externer Leistungsanbieter durch das Care Management erfolgt, desto geringer fallen die Anforderungen an die individuelle Koordination und das Case Management im Einzelfall aus. Zentrale Aufgaben des Care Managements bestehen in der Entwicklung indikationsbezogener und einrichtungsübergreifender Versorgungs- und Behandlungspläne sowie der Erarbeitung von Entlassungsplänen für den Übergang von einer Versorgungsform in eine andere Versorgungsform. Eine vollständige Passgenauigkeit lässt sich mittels diverser Maßnahmen des Care Managements nicht immer herstellen, sodass häufig eine Anpassung an den individuellen Einzelfall stattfinden muss. Akteure, welche Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination übernehmen, sollten eine hohe Heterogenität und Interdisziplinarität aufweisen sowie neben fachlichen Kompetenzen emotionale und soziale Kompetenzen besitzen.

Aufgrund der hohen Heterogenität *hilfe- und pflegebedürftiger Personen* mit einem non familialen Versorgungsstil sind unterschiedliche Berufsgruppen bei der Koordination von Versorgungsleistungen einzubeziehen. So sind bei der Koordination der Leistungen für *hilfe- und pflegebedürftige Personen* mit

fehlenden oder labilen privaten sozialen Netzwerken die Kompetenzen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern beziehungsweise Akteuren verwandter Berufsgruppen zu nutzen. Bei den Schwerstpflegebedürftigen und Sterbenden sind vor allem intensivpflegerische und medizinische Kenntnisse von Bedeutung. An der Koordination sollten sich somit verstärkt Pflegekräfte und medizinisches Personal beteiligen. Diese sollten verstärkt mit den Angehörigen der zu versorgenden Personen zusammenarbeiten. So sind beispielsweise Angehörige aufgrund ihrer Nähe oftmals am ehesten in der Lage, Befindlichkeitsstörungen und Veränderungen der zu versorgenden Person zu erkennen. Sie sind zumeist auch diejenigen, welche die Versorgungsansprüche der zu versorgenden Person am besten kennen. Diese Kenntnisse sind bei der Diskussion, Bereitstellung und Umsetzung von Versorgungsoptionen zu berücksichtigen. Im Rahmen des Machbaren sind die zu versorgenden Personen selbst in die Koordination ihrer Leistungen einzubinden. Aufgrund ihrer häufig vorliegenden Schwerstpflegebedürftigkeit stößt ihre Beteiligung jedoch oftmals an Grenzen. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist daher von besonderer Wichtigkeit.

Anders gestalten sich die Anforderungen an die Koordination der Leistungen oftmals für hilfe- und pflegebedürftige Personen, die sich bewusst für den non familialen Versorgungsstil entschieden haben. Sie stellen zumeist hohe Ansprüche an formelle Versorgungsleistungen. Sie schätzen eine hohe Kundenorientierung, Professionalität und Servicequalität. Die Koordination übernehmen sie teilweise selbst. Bei der Koordination ihrer Versorgungsleistungen sind sie von Personen zu unterstützen, welche sich durch eine hohe Fachkompetenz und Serviceorientierung auszeichnen.

Die Durchführung von Fallkonferenzen sowie die Etablierung von Case- und Care-Managementstrukturen können helfen, die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds passgenau zusammenzustellen sowie externe Unterstützungsleistungen einzubinden. Durch eine passgenaue Abstimmung der Unterstützungsleistungen innerhalb des institutionellen Versorgungsverbunds auf die Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der zu versorgenden Person können Akteure der einzelfallbezogenen Koordination entlastet werden. Neben den Fallkonferenzen und dem Case Management steht beim non familialen Versorgungsverbund somit die Verknüpfung der Leistungen im Vorfeld ihrer Erbringung im Zentrum. Abbildung 50 stellt einen möglichen Aufbau des Versorgungsverbunds bei einer non familialen geprägten Versorgung grafisch dar.

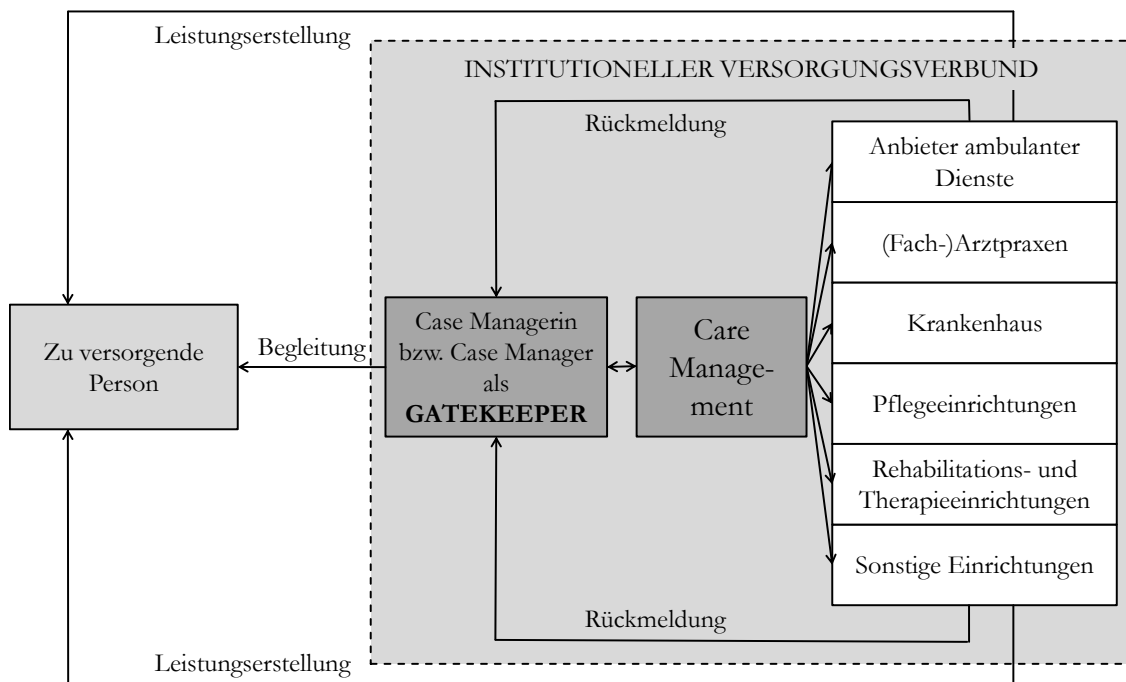


Abbildung 50: Versorgungsverbund bei einer non familial geprägten Versorgung

Quelle: eigene Darstellung

#### 5.4 Auswirkungen auf die Gestaltung des Managements im institutionellen Versorgungsverbund

In der Realität sieht sich der institutionelle Versorgungsverbund mit den Anforderungen aller Versorgungsstile konfrontiert. Dies erfordert eine einzelfallübergreifende Integration differenzierter Anforderungen seitens des institutionellen Versorgungsverbunds. Die einzelfallübergreifende Integration differenzierter Anforderungen ist insbesondere Aufgabe des Entwicklungs- und Wertesystems. Je eher es dem Entwicklungssystem gelingt, die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds so auszurichten, dass die Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der von ihm zu versorgenden Personen gedeckt werden, und je eher die Wertevorstellungen des institutionellen Versorgungsverbunds denen der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen entsprechen, desto eher kann eine optimale Versorgung im individuellen Versorgungsverbund gelingen.

Die Vielfalt der Bedarfslagen und Versorgungsansprüche führt dazu, dass es für den institutionellen Versorgungsverbund eine große Herausforderung darstellt, allen Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen gleichermaßen zu entsprechen. Eine Ausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds auf

spezifische Bedarfslagen und Versorgungsansprüche besitzt daher durchaus ihre Berechtigung. Diese würde die Anforderungen an das Management des institutionellen Versorgungsverbunds senken, da sich die Differenziertheit der Anforderungen minimiert. Sie beinhaltet jedoch die Gefahr, das Problem der starken Differenzierung und Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens zu verstärken, statt dem Verbundgedanken folgend diese zu reduzieren und eine Versorgung aus einer Hand zu realisieren.

Weiterhin problematisch ist die Diskontinuität der Versorgungsbedarfe hilfe- und pflegebedürftiger Personen, die nicht selten einen Wechsel des Versorgungsstils bedingt. Auch lässt sich nicht immer eine Person einem Versorgungsstil eindeutig zuordnen, sodass eine einzelne Person Anforderungen stellt, die verschiedenen Versorgungsstilen zugeschrieben werden können. Eine Ausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds auf verschiedene Bedarfslagen und Versorgungsansprüche ist daher anzustreben. Hierzu bedarf es der Bereitstellung eines breiten Leistungsangebots. Mit zunehmender Leistungsbreite nimmt die Komplexität des institutionellen Versorgungsverbunds zu und die Anforderungen an das Management steigen. Eine differenzierte Betrachtung der Anforderungen der einzelnen Versorgungsstile kann dem institutionellen Versorgungsverbund helfen, sein normatives, strategisches und operatives Management festzulegen.

Zur Deckung vielfältiger Hilfebedarfe und der Entsprechung mannigfaltiger Versorgungsansprüche sollte das Wertesystem des institutionellen Versorgungsverbunds eine breite und offene Grundorientierung des normativen Managements aufweisen. Es sind die Interessen verschiedener Anspruchsgruppen zu berücksichtigen. Es bietet sich hierzu beispielsweise an, ein Gremium zu initiieren, welches Vertreterinnen und Vertreter aller relevanten Anspruchsgruppen umfasst. Neben den Akteuren, die im individuellen Versorgungsverbund direkt Leistungen erstellen und empfangen, können Kostenträger, Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und Forschung, ehrenamtlich Tätige, politische Entscheidungsträger sowie Interessenvertreter der Betroffenen sowie die Betroffenen selbst in dieses Gremium eingebunden werden.

Die Aufgabe des Gremiums besteht in der Sammlung der Ansprüche, welche unterschiedliche Anspruchsgruppen an den institutionellen Versorgungsverbund stellen. Im Zentrum sollten hierbei stets die Ansprüche der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen stehen. Diese ergeben sich im Wesentlichen aus ihrer pflegekulturellen Orientierung. Mittels der Erarbeitung

von Leitbildern können die generellen Visionen des institutionellen Versorgungsverbunds verdeutlicht werden. Soll das Wertesystem und hier insbesondere das Leitbild der Vielfalt pflegekultureller Orientierungen entsprechen, ist das Leitbild möglichst offen zu halten. Stets sollte auch die Bedeutung des privaten Unterstützungsnetzes hervorgehoben werden. Mithilfe von Leitbildern können neue Altersbilder etabliert werden, bei denen die Kompetenzen sowie die Differenziertheit der Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen und ihrer privaten Unterstützungspersonen Beachtung finden. Eine Versorgung im Verbund kann nur realisiert werden, wenn Leistungsbeiträge verschiedener Akteure gleichermaßen Anerkennung und Wertschätzung erfahren.

Im Rahmen der Ausrichtung des strategischen Managements geht es insbesondere um die Festlegung der Leistungen, welche der institutionelle Versorgungsverbund bereitstellt, die Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern, die Ausarbeitung eines Kommunikationssystems sowie die Verhaltenssteuerung der Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer. Insbesondere die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sind in Abhängigkeit des Versorgungsstils der zu versorgenden Personen auszuwählen. Dabei ist es dem institutionellen Versorgungsverbund bei einer Konzentration auf bestimmte Personengruppen eher möglich, spezifische Versorgungsleistungen in abgestimmter Form bereitzustellen, als es eine generelle Ausrichtung ermöglicht. Im Einzelfall sind dann speziell auf die individuelle Situation angepasste Leistungsbündel zusammenzustellen. Aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzen der zu versorgenden Personen und ihrer privaten Helferinnen und Helfer zur Eigenversorgung sollten die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds in Qualität und Quantität flexibel reduzierbar und erweiterbar sein.<sup>827</sup>

Zu unterscheiden ist somit ein institutioneller Versorgungsverbund, der spezifische Leistungen für bestimmte Zielgruppen anbietet, und ein institutioneller Versorgungsverbund, der Leistungen zur Sicherstellung der Grundversorgung einer Vielzahl hilfe- und pflegebedürftiger Personen bereitstellt. Bei Letzterem sind die Anforderungen an die einzelfallbezogene Koordination besonders hoch. Bei Ersterem hingegen besteht die Gefahr, die hohe Differenzierung und Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens zu erhöhen. Dennoch besitzen beide Verbundformen ihre Berechtigung. Dabei ist aus der

---

<sup>827</sup> Hebel 2007, S. 250

Perspektive einer familial geprägten Versorgung eher ein Leistungsangebot zu präferieren, welches die Grundversorgung zu sichern vermag. Im Einzelfall ist, unter Berücksichtigung privater Unterstützungspersonen und der in Anspruch genommenen Leistungen externer Anbieter, der individuelle Versorgungsverbund zu gestalten. Bei einer non familialen Versorgung dagegen ist es eher vorteilhaft, Leistungsbündel zielgruppengerecht im Voraus zusammenzustellen. Die Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds sollten dabei sowohl eine Homogenität als auch Heterogenität aufweisen. Erstere ist notwendig, um die Wiedererkennung der Leistungen des institutionellen Versorgungsverbunds zu gewähren und Letzere ist unverzichtbar, wenn vielfältige Bedarfe gedeckt und unterschiedliche Versorgungsansprüche befriedigt werden sollen.

Die Zusammenarbeit zwischen den Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern wird durch die Verbundstruktur festgelegt. Die Akteure des institutionellen Versorgungsverbunds, die im individuellen Versorgungsverbund Leistungen erstellen, sollten einen so großen Handlungsspielraum besitzen, dass sie ihre Leistungen im Einzelfall individuell und passgenau erbringen können. Standardisierte Handlungsanweisungen dürfen eine individuelle Leistungserstellung nicht behindern und sollten in ihrer Umsetzung soweit flexibilisierbar sein, dass sie der jeweiligen Situation entsprechen. Hinsichtlich der Verteilung der Verantwortung ist insbesondere Akteuren, die Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination übernehmen, ein breites Verantwortungsfeld einzuräumen. Tabelle 54 zeigt zentrale Akteure der einzelfallbezogenen Koordination in Abhängigkeit des Versorgungsstils. Darüber hinaus sind zentrale Koordinationsinstrumente aufgelistet.

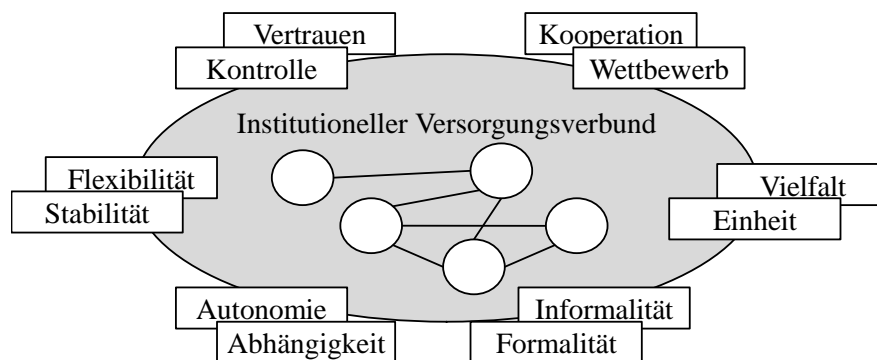
**Tabelle 54: Zentrale Akteure und Instrumente der einzelfallbezogenen Koordination nach Versorgungsstil**

| Versorgungsstil                         | Zentrale Akteure  | Koordinationsinstrumente  |
|---|---|---|
| Traditionell-familialer Versorgungsstil | - Haupthilfsperson  | - Entlassungsmanagement<br>- Hausarztzentrierte Versorgung<br>- Integrierte Versorgungsformen sowie Disease Management-Programme            |
| Informell-familialer Versorgungsstil    | - Private Helferinnen und Helfer  | - Nachbarschaftszentren als zentrale Anlaufstellen  |
| Formell-familialer Versorgungsstil      | - Haupthilfsperson<br>- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste | - Einzelfallbezogene Versorgungspläne<br>- Hausarztzentrierte Versorgung<br>- Integrierte Versorgungsformen mit pflegerischen Schwerpunkten |
| Non familialer Versorgungsstil          | - Formelle Akteure  | - Einzelfallbezogene Versorgungspläne<br>- Integrierte Versorgungsformen<br>- Indikationsbezogene Versorgungspläne                          |

**Quelle:** eigene Darstellung

Akteure, die Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination übernehmen, sind in besonderem Maße in das Kommunikationssystem des institutionellen Versorgungsverbunds einzubinden. Die Gewinnung und Verarbeitung von Informationen sollte offen erfolgen. Nur so kann eine große Informationsvielfalt gewährleistet werden. Lediglich im Rahmen der direkten Leistungserstellung sollten überwiegend standardisierte Formen der Informationsgewinnung und -verarbeitung eingesetzt werden. Dadurch kann die Zeit für die Dokumentation begrenzt und die Übersichtlichkeit selbst bei komplexen Versorgungssituationen mit zahlreichen Akteuren gewährleistet werden. Hinsichtlich der Anwenderorientierung sollten Informationen sowohl aufgabenbezogen als auch aufgabenunabhängig sowie sowohl verdichtet als auch umfassend erfasst und bereitgestellt werden. Bei der direkten Leistungserstellung führt eine aufgabenbezogene und verdichtete Informationsbereitstellung zu zeitlichen Vorteilen. Dahingegen gewährleistet eine aufgabenunabhängige und umfassende Bereitstellung Einblick in mehrere Informationen. Diese wird vor allem von Akteuren benötigt, die Aufgaben der einzelfallbezogenen Koordination übernehmen. Zur Verarbeitung dieser Informationen sollten Akteure des Koordinationssystems eher ein generalisiertes Wissen besitzen, um Aufgaben interdisziplinär und ganzheitlich lösen zu können. Für Akteure, die direkt Leistungen erstellen, kann aber auch ein spezifisches Wissen von Vorteil sein.

Das Planungs- und Kontrollsystem des institutionellen Versorgungsverbunds soll sicherstellen, dass die Personen, die Aufgaben der Koordination übernehmen, ihre zentrale Position und ihre Handlungsspielräume nicht ausnutzen und keine Nachteile für die zu versorgenden Personen, den institutionellen Versorgungsverbund insgesamt sowie seine Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Einzelnen entstehen. Soweit wie möglich ist ein Eingreifen seitens des Planungs- und Kontrollsystems zu vermeiden. Konkret sollten seitens des institutionellen Versorgungsverbunds Regelungen zwischen den in Abbildung 51 dargestellten netzwerktypischen Spannungsfeldern getroffen werden.



**Abbildung 51: Netzwerktypische Spannungsfelder**

Quelle: nach Sydow 2005, S. 137

Der institutionelle Versorgungsverbund benötigt auf der einen Seite formelle und explizite Regelungen, um kontraproduktive Handlungen seiner Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer zu unterbinden und Blockaden gegen Entscheidungsfindungen zu vermeiden. Auf der anderen Seite dürfen diese Regelungen nicht dazu führen, dass produktive und innovative Beiträge abgeblockt werden. Der institutionelle Versorgungsverbund sollte sich stets offen gegenüber der Beteiligung weiterer Akteure und Einrichtungen sowie neuer Ideen zeigen. Freiwillige Beiträge aus der Gesellschaft dürfen nicht durch eine zu starke Reglementierung verhindert werden. Es bedarf des Aufbaus von Strukturen, die eine partizipative Bürgerbeteiligung unterstützen und Arbeits- und Organisationsbedingungen schaffen, die Teamarbeit sowie die Entwicklung und laufende Verbesserung von Versorgungskonzepten fördern.<sup>828</sup>

<sup>828</sup> Badura 1998, Vorwort; Wohlfahrt 2000, S. 82

## 6 Schlussbetrachtung

### 6.1 Empfehlungen

Die Realisierung einer Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund wird von vielen Seiten gefordert und politisch forciert. Es besteht grundsätzlich Einigkeit bezüglich der Vorteilhaftigkeit einer Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund. Hierzu sind Rahmenbedingungen auf der *Makroebene* zu schaffen, welche die Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zur Zusammenarbeit motivieren.

Hieraus ergeben sich folgende Forderungen:

1. Rahmenbedingungen, welche Vernetzungsbestrebungen hemmen, wie Konkurrenzdenken auf Akteurs- und Einrichtungsebene, sollten abgebaut werden. Gleichzeitig sollte der Wettbewerb zwischen bestehenden und neuen Versorgungsformen ausgebaut werden. Von besonderer Bedeutung sind hierbei Maßnahmen zur Evaluation und Erhöhung der Transparenz.
2. Unterschiedliche Finanzierungsmodalitäten, Regelungen und Verantwortlichkeiten in der Leistungserbringung des Gesundheits- und Sozialwesens sollten für den Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen reduziert werden.
3. Leistungen der Pflegeversicherung sollten die gesamte Breite der Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Personen durch eine flexible Leistungsgewährung berücksichtigen. Hierbei sind die Möglichkeiten des „Pflegebudgets“ weiter zu prüfen.
4. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollten stärker die Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen berücksichtigen.

Die Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens stehen vor der Herausforderung, auf der *Mesoebene* eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor Ort zu realisieren. An den institutionellen Versorgungsverbund stellen sich zahlreiche Anforderungen, welche sich aus den Zielen der sich zusammengeschlossenen Akteure und Einrichtungen und den Zwecken, welche er gegenüber seiner Umwelt erfüllen sollte, ergeben. Die Erreichung der Ziele und die Erfüllung der Zwecke setzen ein planvolles Handeln voraus, woraus sich die Notwendigkeit der Etablierung von Managementstrukturen ergibt.

Hinsichtlich des Managements des institutionellen Versorgungsverbunds lassen sich folgende Empfehlungen aussprechen:

5. Die Aufgabenfelder, Beziehungen, Strukturen und Verantwortungsbereiche der am institutionellen Versorgungsverbund teilnehmenden Akteure und Einrichtungen sind zu klären und für alle nachvollziehbar darzustellen. Eine systemtheoretische Betrachtung kann hierbei hilfreich sein.
6. Im institutionellen Versorgungsverbund sollte ein hohes Maß an Informationstransparenz geschaffen werden. Von Bedeutung ist die Erschließung und organisatorische Sicherung der Informations- und Austauschkanäle sowie der Aufbau klarer Kommunikationsstrukturen. Aufgrund der Schweigepflicht und der Sensibilität einer Vielzahl von Informationen sind die Betroffenen und ihre Angehörigen in das Informationsmanagement einzubeziehen.
7. Im institutionellen Versorgungsverbund sollte ein gemeinsames Verbundmanagement zur Umsetzung von Aufgaben des operativen Managements etabliert werden. Die Aufgaben und Personen des operativen Verbundmanagements sollten eindeutig benannt werden.
8. Weiterhin ist es von Bedeutung, eine gemeinsame Grundorientierung des normativen Managements und Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund festzusetzen. Diese sollte sich durch eine hohe gesellschaftliche Verpflichtung und eine hohe Veränderungsorientierung auszeichnen.
9. Bei der Festsetzung der Grundorientierung des normativen Managements und der Ausrichtung des strategischen Managements im institutionellen Versorgungsverbund sollten auch außenstehende Personen die Möglichkeit besitzen, ihre Ideen und Interessen einzubringen. Gemeint sind hier vor allem die zu versorgenden Personen und ihre Angehörigen als Nutzerinnen und Nutzer von Versorgungsleistungen.

Wesentlicher Zweck des institutionellen Versorgungsverbunds liegt in der bedarfsgerechten Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Versorgungsansprüche auf der *Mikroebene*. Hieraus ergibt sich eine hohe Heterogenität der Anforderungen an die Versorgung, in deren Folge sich der Erfolg des institutionellen Versorgungsverbunds aus der Perspektive der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen im Einzelfall darstellt. Bei der Erstellung der Leistungen im individuellen Versorgungsverbund sind die jeweiligen Bedarfslagen und Versorgungsansprüche der zu versorgenden Personen im Einzelfall handlungsleitend. We-

sentliches Ziel formeller Unterstützung sollte neben der Deckung der Bedarfe unter Berücksichtigung der Versorgungsansprüche auch die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung privater Hilfen sein.

Hierzu eignen sich insbesondere folgende Maßnahmen:

10. Angebote der Prävention und Rehabilitation sollten für alle an der Versorgung beteiligten Personen ausgebaut und zielgruppenspezifisch umgesetzt werden. Neben den zu versorgenden Personen gehören zu den Zielgruppen von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen in besonderem Maße auch die Haupthilfspersonen sowie die Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens, die Versorgungsleistungen erbringen.
11. Für pflegende Angehörige vor allem die Haupthilfspersonen sind Entlastungsangebote zu schaffen. Hierbei sind insbesondere mehr teilstationäre Leistungsangebote bereitzustellen. Insgesamt sollten neben den Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen der zu versorgenden Personen stets die Bedarfslagen und Ansprüche ihrer privaten Unterstützungspersonen berücksichtigt werden.
12. Weiterhin sollten für pflegende Angehörige Möglichkeiten bestehen, Pflege und Beruf zu verbinden. Die Leistungen der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sollten eine höhere gesellschaftliche Wertschätzung erfahren. Insgesamt ist eine neue Kultur des Helfens und sich helfen Lassens in der Gesellschaft zu verankern, wodurch kreative Versorgungsarrangements ausgebaut werden können.
13. Die Vielfalt an Bedarfslagen und Versorgungsansprüchen der zu versorgenden Personen und ihrer privaten Helferinnen und Helfer erfordern unterschiedliche Maßnahmen. Die Versorgungsleistungen des institutionellen Versorgungsverbands sollten daher so flexibel wie möglich und so standardisiert wie nötig angeboten werden.

Die Anforderungen, welche die einzelnen zu versorgenden Personen an ihre Versorgung stellen, hängen im Wesentlichen von ihrem jeweiligen Versorgungsstil ab.

In Bezug auf die in der Arbeit herausgearbeiteten Versorgungsstile können jeweils folgende Bestandteile bei der Umsetzung einer Versorgung im Verbund von besonderer Relevanz sein:

14. Hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem *traditionell-familialen Versorgungsstil* könnten von einem Ausbau an Maßnahmen zur Förderung der hausarztzentrierten Versorgung in besonderem Maße profitieren. Tätigkei-

ten der Koordination von Versorgungsleistungen sowie der Beratung sollten stärker honoriert werden.

15. Für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit einem *informell-familialen Versorgungsstil* eignet sich die Errichtung zentraler Treffpunkte, in denen unter anderem Leistungen der Beratung angeboten werden könnten.
16. Bei hilfe- und pflegebedürftigen Personen mit einem *formell-familialen Versorgungsstil* könnte die Versorgung durch ein stärkeres Verständnis von Pflegekräften als Versorgungsmanagerinnen und -manager optimiert werden.
17. Im Rahmen der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen mit einem *non familialen Versorgungsstil* könnte insbesondere der Aufbau beziehungsweise Ausbau von Strukturen des Case und Care Managements zu einer Optimierung beitragen. Aber auch die Entwicklung indikationsbezogener Versorgungspläne dürfte bei der Versorgung von Personen mit diesem Versorgungsstil den größten Erfolg versprechen.

Die Entwicklung von vernetzten Versorgungsstrukturen zur Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen steht heute noch am Anfang. Die Auswirkungen gesetzlicher Änderungen werden sich erst in den nächsten Jahren zeigen. Die Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen wird an Bedeutung gewinnen. Der Erfolg von Vernetzung ergibt sich aus der Erreichung gesetzter Ziele und der Erfüllung vorgegebener Zwecke. Die Anforderungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen an ihrer Versorgung sind weiter zu erforschen. Bei der Erfolgsermittlung sind interdisziplinäre Herangehensweisen gefragt, welche die gesamte Komplexität in diesem Bereich erfassen können. In besonderem Maße sind neben fachspezifischen Kenntnissen der Versorgung betriebswirtschaftliche Kenntnisse zur Steuerung vernetzter Versorgungsstrukturen von Bedeutung. Diese sollten stets berücksichtigen, dass die Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor dem Hintergrund opportunistischer Partikularinteressen Handeln. Weiterhin sind Möglichkeiten der bürgerschaftlichen Selbstorganisation durch die Schaffung von Strukturen, die eine breite Beteiligung in vernetzten Versorgungsstrukturen erlauben, stärker zu etablieren.

## 6.2 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war es, Gestaltungsempfehlungen für eine Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund aus verschiedenen Perspektiven zu geben. Im Zentrum standen zwei Perspektiven. Dies war auf der einen Seite die Perspektive der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich zu einem institutionellen Versorgungsverbund zusammengeschlossen haben, um eine einzelfallübergreifende Abstimmung von Versorgungsleistungen zu realisieren. Auf der anderen Seite stand die Perspektive der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen, die im Einzelfall die Versorgung unter einer mehr oder weniger starken Einbeziehung verschiedener Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens realisieren.

Eine Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund ist dabei aus mehreren Gründen vorteilhaft und wird von vielen Seiten gefordert. Rechtliche Änderungen insbesondere im Sozialrecht haben zu einer Forcierung vernetzter Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen geführt. Hierzu tragen vor allem die Einführung der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und § 92b SGB XI sowie die Einführung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI bei. Die Akteure und Einrichtungen stehen vor der Herausforderung, neue Versorgungsmodelle zu etablieren, welche letztendlich zu einer Verbesserung der Versorgung von Personen führen sollen.

Zur Systematisierung der konkreten Anforderungen an die Versorgung im Einzelfall erfolgte eine Herausarbeitung idealtypischer Versorgungsstile hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Als theoretischer Bezugsrahmen diente mit der Theorie häuslicher Handlung ein haushaltswissenschaftlicher Ansatz, welcher eine ganzheitliche Betrachtung des Versorgungsstils erlaubt. Mit dem traditionell-familialen, dem informell-familialen, dem formell-familialen und dem non familialen Versorgungsstil wurden vier idealtypische Versorgungsstile unterschieden.

Im Folgenden standen Möglichkeiten der Umsetzung einer berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Zentrum der Betrachtung. Unter Nutzung der Systemtheorie war es möglich, einen institutionellen Versorgungsverbund als Ergebnis eines freiwilligen Zusammenschlusses verschiedener Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, als Modell darzustellen. Es wurden verschiedene Eigenschaften herausgearbei-

tet, welche den institutionellen Versorgungsverbund kennzeichnen, sowie Möglichkeiten der Gestaltung des normativen, strategischen und operativen Managements aufgezeigt. Die Vielfalt an Ausprägungen der Eigenschaften sowie Gestaltungsoptionen des Managements führen dazu, dass sich jeder institutionelle Versorgungsverbund anders darstellt.

Eine systematische Beschreibung des institutionellen Versorgungsverbunds erlaubte das Konzept des integrierten Managements von Bleicher, welches auf der Systemtheorie beruht und nachdem sich jede Organisation in fünf Subsysteme zergliedern lässt. Demnach setzt sich der institutionelle Versorgungsverbund aus einem Hilfe-, Koordinations-, Planungs- und Kontroll-, Entwicklungs- sowie Wertesystem zusammen.

Welche Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche zentrale Akteure und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens als potenzielle Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmer an den institutionellen Versorgungsverbund stellen, wurde mithilfe einer empirischen Erhebung erfasst. Hierzu wurden Hausärztinnen und -ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern, Leiterinnen und Leiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen zu ihren Anforderungen an eine wohnortnahe Koordination befragt. Anhand der Antworten konnten Rückschlüsse auf die präferierte Ausgestaltung des Managements im institutionellen Versorgungsverbund gezogen werden.

Der weitaus größte Teil der Befragten stimmte den Auswertungsergebnissen zufolge einer verpflichtenden Grundorientierung des normativen Managements eher zu als einer opportunistischen Grundorientierung. Hinsichtlich der Ausgestaltung des strategischen Managements dürften die meisten Befragten eine veränderungsorientierte Ausrichtung des institutionellen Versorgungsverbunds eher befürworten als eine stabilitätsorientierte Ausrichtung. Das operative Management des institutionellen Versorgungsverbunds ist so zu gestalten, dass es den einzelnen Verbundteilnehmerinnen und -teilnehmern Autonomie und Selbstständigkeit ermöglicht, ohne dass die Erreichung gemeinsamer Ziele und Erfüllung gemeinsamer Zwecke gefährdet sind.

Aus der Perspektive der zu versorgenden Personen und ihrer Angehörigen zeigt sich der Erfolg des institutionellen Versorgungsverbunds bei der Versorgung im Einzelfall und somit innerhalb des individuellen Versorgungsverbunds. Die Anforderungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen an die Gestaltung des individuellen Versorgungsverbunds stellen sich vielseitig dar und

beziehen sich insbesondere auf die zu erbringenden Versorgungsleistungen, die Akteure, welche Versorgungsleistungen erbringen, sowie die Koordination verschiedener Versorgungsleistungen zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Versorgung. Ausgehend von den generellen Anforderungen an den individuellen Versorgungsverbund konnten vor dem Hintergrund der spezifischen Besonderheiten idealtypischer Versorgungsstile, Möglichkeiten der optimalen Gestaltungen einer Versorgung im Verbund, welche sich im Wesentlichen durch einen Versorgungsmix aus formeller und informeller Unterstützung auszeichnet, sowie Gestaltungsempfehlungen für den institutionellen Versorgungsverbund formuliert werden.

## Summary

The objective of this thesis was to provide designing recommendations for a network to accommodate people in need of help and care from a combination of different perspectives. Two perspectives took center stage. On the one hand, this was the perspective of the actors and institutions in health care and social services that have joined forces in an institutional care network to realize a coordination of the various care services that extends beyond the individual case. On the other hand, the work focused on the perspective of the people to be cared for and their family members, who, in the individual case, manage the care under more or less involvement of various actors and institutions of the health care and social services systems.

The realization of providing for people in need of help and care is advantageous for several reasons and is urged by many parties. Legal changes, especially in social law, have led to an acceleration of interconnected supply structures in health care and social services. Contributing to this development are, most of all, the introduction of integrated care according to § 140a-d SGB (social security code) V and § 92b SGB XI, as well as the introduction of care bases according to § 92c SGB XI. The actors and institutions face the challenge of establishing new forms of care, which are intended to eventually lead to an improvement of care for the people in need of it.

To systematize the concrete requirements on the care in the individual case, ideal-typical care styles for persons in need of help and care were worked out. The theory of economic action was here used as theoretical frame of reference, a home economics approach that allows a holistic view of the care style. Ultimately, four ideal-typical care styles were analyzed: the traditional-familial, the informal-familial, the formal-familial, and the non-familial care style.

In the following, possibilities to implement an increased cooperation of the actors and institutions of the health care and social services systems that spans across organizations, professional groups and sectors was at the center of the contemplation. Applying system theory, it was possible to describe an institutional care network as the result of a voluntary association of various actors and institutions of the health care and social services systems as a model. In the process, various features were delineated, which characterize the institutional care network, as well as possibilities of designing the operative, strategic, and normative management. The diversity of possible manifestations of the

features and the multitude of design options of the management have the result that every institutional care network can present differently.

A systematic description of the institutional care network was made possible with the concept of integrated management by Bleicher, which is based on system theory and according to which every organization can be divided into five subsystems. According to this concept, the institutional care network is composed of a help, coordination, planning and control, development, and value system. For the continuance of the institutional care network, it is principally of importance that externally set purposes are met and internally set goals, as well as the goals of the involved actors and institutions of the health care and social services system, are achieved.

With an empirical survey, it was recorded which concepts, expectations and wishes central actors and institutions of health care and social services as potential network participants connect with the institutional care network. For this purpose, physicians, hospital personnel, managers of outpatient and inpatient care institutions, as well as employees of health and nursing-care insurances were asked about their requirements on a coordination located nearby. Based on the responses, it was then possible to draw conclusions regarding the preferred configuration of the management.

By far the majority of the persons surveyed would rather agree with a mandatory orientation of the normative management than with an opportunistic one. In regard to the configuration of the strategic management, most of the surveyed persons would probably rather support a change-oriented direction than a stability-oriented one. The operative management of the institutional care network must be designed in such a manner that it allows the individual network participants the largest possible degree of autonomy and independence without endangering the achievement of common goals.

Specifically, the success of the institutional care network in providing care manifests from the perspective of the persons to be cared for and their family members in the individual case and thus within the individual care network. The requirements of persons in need of help and care on the design of the individual care network present themselves in many ways and relate in particular to the care services to be provided, the actors that provide the care services, and the coordination of various care services to ensure a holistic care. Starting from the general requirements on the individual care network, possibilities for supporting the provision of care in the network, which result most-

ly from a care provision mix of formal and informal support, as well as designing recommendations for the institutional care network could be formulated against the backdrop of the specific particularities of ideal-typical care styles.

## Literatur

- ACHENBACH, GABRIELE (2004): Fließender Übergang. Vernetzungsmodelle und Überleitungskonzepte für komplexe Versorgungssituationen. In: NIGHTINGALE, Heft 4, S. 34–40.
- ADOLPH, HOLGER (2003): Veränderungen in der Altersstruktur unserer Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf die sozialen Dienste. Vortrag für die Veranstaltung „Herausforderung Zukunft – Strukturwandel in der Pflege und Behindertenhilfe“ am 18. November 2003 in Dresden. Berlin.
- ALBERS, JENS (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt am Main.
- AMELUNG, VOLKER E.; MEYER-LUTTERLOH, KLAUS; SCHMID, ELMAR U.A. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Berlin.
- AMRHEIN, STEFAN (2004): Die Bedeutung von Situations- und Handlungsmodellen für das Leben im Alter. In: BLÜHER, STEFAN; STOSBERG, MANFRED (HRSG.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden, S. 53–86.
- ASAM, WALTER (2010): Kommunale Alten(hilfe-)planung und SGB XI. In: ANER, KIRSTEN; KARL, UTE (HRSG.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, S. 59–66.
- BACHMANN, REINHARD; LANE, CHRISTEL (2003): Vertrauen und Macht in zwischenbetrieblichen Kooperationen – zur Rolle von Wirtschaftsrecht und Wirtschaftsverbänden in Deutschland und Großbritannien. In: SYDOW, JÖRG (HRSG.): Management von Netzwerkorganisationen. 3. Auflage. Wiesbaden, S. 75–106.
- BÄCKER, GERHARD; NAEGELE, GERHARD; BISPINCK, REINHARD U.A. (2000): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter, Soziale Dienste. 3. Auflage. Wiesbaden.

- BACKES, GERTRUD M.; CLEMENS, WOLFGANG (2003): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 2. Auflage. Weinheim, München.
- BACKHAUS-MAUL, HOLGER; OLK, THOMAS (1994): Von Subsidiarität zu „out-contracting“: Zum Wandel der Beziehungen von Staat und Wohlfahrtsverbänden in der Sozialpolitik. In: STREEK, WOLFGANG (HRSG.): Staat und Verbände. PVS-Sonderheft, 25. Opladen, S. 100–135.
- BADURA, BERNHARD (1998): Vorwort. Die Kooperationsprobleme unter den Berufsgruppen sind systembedingt. In: GARMS-HOMOLOVÁ, VJENKA; SCHAEFFER, DORIS (HRSG.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden.
- BAGSO – BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER SENIOREN-ORGANISATIONEN (2005): Fakten und Felder der freien Seniorenarbeit – Ältere Menschen in Deutschland. Gesundheit und Prävention. Bonn.
- BALLAST, THOMAS (2007): Stabile Versorgungsketten bilden. Verbesserte Möglichkeiten für Pflegedienste, Integrationsversorgung mit zu gestalten. In: HÄUSLICHE PFLEGE, Jg. 15, Heft 1, S. 16–21.
- BAUER, PETRA (2005): Institutionelle Netzwerke steuern und managen. Einführende Überlegungen. In: BAUER, PETRA; OTTO, ULRICH (HRSG.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive, 2. Tübingen, S. 11–52.
- BAUER-SÖLLNER, BRIGITTE (1983): Der Großhaushalt als Dienstleistungsbetrieb. Bedarfsorientierte Produktion in Einrichtungen der Wohlfahrtspflege. Hohenheimer Arbeiten, 124. Stuttgart.
- BAUER-SÖLLNER, BRIGITTE (1997): Stützung häuslicher Pflege statt Überforderung der Pflegenden. In: BLOSSER-REISEN, LORE (HRSG.): Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Bern u.a., S. 151–174.
- BAUER-SÖLLNER, BRIGITTE; PFAU, CORNELIA (1987): Bedeutung der Großhaushalte in der Gesellschaft und für den einzelnen. In: HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT, Jg. 35, Heft 1, S. 6–11.
- BAUR, RITA (2002): Die erste Generation Arztnetze. Bestandsaufnahme und Bewertung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Basel.

- BECHER, BERTHOLD (2000): Vernetzung und strategisches Verbandsmanagement. Entwicklungstendenzen bei Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (HRSG.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin, S. 267–287.
- BERGER, ULRIKE; BERNHARD-MEHLICH, ISOLDE (2006): Die Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie. In: KIESER, ALFRED; EBERS, MARKUS (HRSG.): Organisationstheorien. 6. Auflage. Stuttgart, S. 169–214.
- BLAUMEISER, HEINZ; KLIE, THOMAS (2002): Zwischen Mythos und Modernisierung – Pflegekulturelle Orientierung im Wandel und die Zukunft der Pflege. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KONDRATOWITZ, HANS JOACHIM VON; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Schriftenreihe: Alter(n) und Gesellschaft, 4. Opladen, S. 159–173.
- BLEICHER, KNUT (1992): Das Konzept integriertes Management. Visionen, Missionen, Programme. 2. Auflage. Frankfurt am Main.
- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (1997): Pflege im sozialen Wandel. FIFAS – Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft. Freiburg. Online verfügbar unter: <http://www.sociologie.uni-freiburg.de/fifas/publikationen/files/PflegeStudie/pflegekurz.php>. Abgerufen am 04.02.2011.
- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover.
- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (2000): Pflegekulturelle Orientierung und soziale Milieus. In: SOZIALER FORTSCHRITT, Jg. 49, Heft 10, S. 237–245.
- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (2002): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. In: DEUTSCHER BUNDESTAG (HRSG.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Heidelberg, S. 1–125.

- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (2004a): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: *SOZIALER FORTSCHRITT*, Jg. 53, Heft 11/12, S. 319–325.
- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (2004b): Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover.
- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (2006): Die Zeiten der Pflege. In: *ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE*, Jg. 39, Heft 3, S. 202–210.
- BLINKERT, BALDO; KLIE, THOMAS (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: *AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE*, Beilage zur Wochenzeitung: Das Parlament, Heft 12/13, S. 25–33.
- BLOSSER-REISEN, LORE (1975): Grundlagen der Haushaltsführung – eine Einführung in die Wirtschaftslehre des Haushalts. Baltmannsweiler.
- BLOSSER-REISEN, LORE (1997a): Glossar. In: BLOSSER-REISEN, LORE (HRSG.): *Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen*. Bern u.a., S. 237–242.
- BLOSSER-REISEN, LORE (1997b): Integration der Hilfen für ältere Menschen statt Unübersichtlichkeit und Ineffizienz – Einführung. In: BLOSSER-REISEN, LORE (HRSG.): *Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen*. Bern u.a., S. 13–19.
- BLOSSER-REISEN, LORE (1997c): Wege zur Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen in der Altenarbeit. In: BLOSSER-REISEN, LORE (HRSG.): *Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen*. Bern u.a., S. 201–220.
- BLÜHER, STEFAN (2004): „Liebesdienst und Pflegedienst“ – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements. In: BLÜHER, STEFAN; STOSBERG, MANFRED (HRSG.): *Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s*. Wiesbaden, S. 11–51.
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2001): *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alter und Gesellschaft*. Bonn.

- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2004): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin.
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2006): Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin.
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2010): Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Berlin.
- BOBER, SIEGFRIED (1987): Leistungserstellung in Großhaushalten – orientiert am Bedarf. In: HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT, Jg. 35, Heft 1, S. 28–34.
- BODE, INGO (2005): Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten. Die Disorganisation der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen Sozialer Ungleichheiten. Berlin.
- BÖLTZ, MARGIT; REXROTH, HANNELORE; SOBOTKA, MARGARETE (2004): Allgemeines zur Leistungserstellungswirtschaft. In: FACHAUSSCHUSS GROßHAUSHALT DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT (HRSG.): Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs. München, S. 224–256.
- BORCHELT, MARKUS; GILBERG, REINER; HORGAS, ANN L. U.A. (2010): Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: LINDENBERG, ULMAN; SMITH, JACQUI; MAYER, KARL ULRICH; BALTES, PAUL B. (HRSG.): Die Berliner Altersstudie. 3. Auflage. Berlin, S. 473–498.

- BOROSCH, ROLAND; ROSENDAHL, BERNHARD (2005): Pflegeplanung im Spannungsfeld zwischen Marktorientierung, Wettbewerb der Anbieter und kommunaler Infrastrukturverantwortung. In: SCHÖNBERG, FRAUKE; NAEGELE, GERHARD (HRSG.): *Alter hat Zukunft. 15 Jahre gerontologische Forschung in Dortmund*. Münster, S. 141–157.
- BOTTLER, JÖRG (1982): *Wirtschaftslehre des Großhaushalts*. Stuttgart u.a.
- BOTTLER, JÖRG (1984): Der Betrieb Großhaushalt und seine Leistungen. In: FINGERLE, KARLHEINZ; LIPSMEIER, ANTONIUS; SCHANZ, HEINRICH (HRSG.): *Beiträge zur Didaktik der Hauswirtschaft*. Stuttgart, S. 86–100.
- BOTTLER, JÖRG (1986): Objekt- und Problembereich der Wirtschaftslehre des Großhaushalts. Der Begriff des Großhaushalts. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT E.V. (HRSG.): *Der Grosshaushalt – Konzeption einer sozio-ökonomischen Handlungslehre*. Gießen, S. 17–18.
- BOTTLER, JÖRG (1987): Großhaushalte in der Wirtschaftslehre des Haushalts. In: *HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT*, Jg. 35, Heft 1, S. 22–27.
- BOTTLER, JÖRG (1993): Der Großhaushalt in der Wirtschaftslehre des Haushalts. In: BOTTLER, JÖRG (HRSG.): *Standpunkte. Wirtschaftslehre des Haushalts*. Baltmannsweiler, S. 109–117.
- BOTTLER, JÖRG (1994): Großhaushalte. In: HESSE, KLAUS (HRSG.): *Strukturen privater Haushalte und Familien. Studien zur Haushaltsökonomie*, 11. Frankfurt am Main u.a., S. 45–72.
- BOTTLER, JÖRG (1997): ... zum Versorgungsverbundsystem. In: MEIER, UTA (HRSG.): *Vom Oikos zum modernen Dienstleistungshaushalt. Der Strukturwandel privater Haushaltsführung. Festschrift für Rosemarie von Schweitzer*. Reihe „Stiftung Der Private Haushalt“, 32. Frankfurt am Main, S. 132–141.
- BOTTLER, JÖRG (2004a): Betriebsmanagement. In: FACHAUSSCHUSS GROSSHAUSHALT DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT (HRSG.): *Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs*. München, S. 37–81.

- BOTTLER, JÖRG (2004b): Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs in einem komplexen Umfeld. In: FACHAUSSCHUSS GROßHAUSHALT DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT (HRSG.): Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs. München, S. 13–32.
- BOTTLER, JÖRG; MÜLLER-SCHWARZ, MICHAEL (1987): Vielfalt von Zielsystemen. Ausgangspunkt von Konflikten für das Leben in Großhaushalten. In: HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT, Jg. 35, Heft 6, S. 303–308.
- BRAKE, ANNA (2009): Schriftliche Befragung. In: KÜHL, STEFAN; STRODT HOLZ, PETRA; TAFFERTSHOFER, ANDREAS (HRSG.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden, S. 392–412.
- BRANDENBURG, HERRMANN; ZIMPRICH, DANIEL (1995): Lebenssituation im Alter und die Nutzung sozialer Dienste. Ein empirischer Beitrag aus der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter“. In: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOPSYCHOLOGIE UND -PSYCHIATRIE, Jg. 8, Heft 4, S. 237–246.
- BRANDT, HANS (1993): Altenhilfe als Verbundsystem. Überlegungen zum planvollen rechtlich-organisatorischen und konzeptionell-fachlichen Zusammenwirken von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen. KDA-Forum, 21. Köln.
- BRAUN, GÜNTHER E. (1999): Konzept des integrierten Kommunalmanagements. Betriebswirtschaftliches Plädoyer für eine stärkere Berücksichtigung normativer und strategischer Elemente. In: DIE VERWALTUNG, Jg. 32, Heft 3, S. 377–402.
- BRAUN, GÜNTHER E. (2003): Management vernetzter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Eine betriebswirtschaftliche Betrachtung von Netzwerken im Gesundheitswesen. Diskussionspapier/IBG, Institut für Betriebswirtschaftslehre des Öffentlichen Bereichs und Gesundheitswesens, Universität der Bundeswehr München, Nr. 13. Neubiberg.
- BRAUN, GÜNTHER E. (2004): Wie entstehen vernetzte Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Hinweise zum Gründungsmanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht. In: MANAGED CARE, Jg. 2, Heft 2, S. 30–32.

- BRAUN, GÜNTHER E.; GÜSSOW, JAN (2006): Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen. In: BLOME-DREES, JOHANNES; BRAUN, GÜNTHER E. (HRSG.): Liberalisierung im Gesundheitswesen. Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung. Baden-Baden, S. 65–93.
- BRÄUNIG, DIETMAR (2007): Großhaushalte im Versorgungsverbund. In: BRÄUNIG, DIETMAR (HRSG.): Der Großhaushalt im Versorgungsverbund. Festschrift für Prof. Dr. Jörg Bottler zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Baltmannsweiler, S. 16–24.
- BRUDER, JENS (1992): Geriatriische Versorgung im Umbruch. Vernetzungsnotwendigkeiten im Widerstreit mit Ängsten vor verwirrender Komplexität. In: BRAUN, HELMUT; BRUDER, JENS; DIERL, REINHARD U.A. (HRSG.): Beiträge der Fachtagung „Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik – Probleme und Perspektiven in der Neuen Bundesrepublik“ vom 26. bis 28. September 1991 in der Universität Dortmund. KDA-Forum, 17. Köln, S. 27–37.
- BRUHNKE, DOREEN (2008): Netzmanagement und Qualitätssicherung in integrierten Versorgungsnetzen. In: HÄUSLER, EVELINE (HRSG.): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und integrierte Versorgung. Sternenfels, S. 163–220.
- BÜHLER, ERNST (2006): Durch Kooperation fit für die Zukunft. In: BÜHLER, ERNST (HRSG.): Überleitungsmanagement und integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Stuttgart, S. 11–28.
- BUNZENDAHL, IRIS; HAGEN, BJÖRN PETER (2004): Soziale Netzwerke in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. In: BUNZENDAHL, IRIS; HAGEN, BJÖRN PETER (HRSG.): Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen. Weinheim, München, S. 82–122.
- CAMPBELL, ROBERTA L.; NAYLOR, MARY D.; NICHE-FAKULTÄT (2001): Entlassungsplanung und Nachsorge bei älteren Patienten. In: ABRAHAM, IVO; BOTTRELL, MELISSA M.; FULMER, TERRY U.A. (HRSG.): Pflegestandards für die Altenpflege. Bern u.a., S. 189–198.

- CANTOR, MARJORIE H. (1983): Strain among caregivers: A study of experiences in the United States. In: *THE GERONTOLOGIST*, Jg. 23, Heft 5, S. 597–604.
- CARSTENSEN, LAURA L. (1993): Selectivity theory: Social activity in life-span context. In: *ANNUAL REVIEW OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS*, Jg. 11, Heft 8, S. 195–217.
- CLAUPEIN, ERIKA; HAUGG, KORNELIA (1987): Haushalte im Versorgungsverbund. In: *HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT*, Jg. 35, Heft 6, S. 293–298.
- CLAUPEIN, ERIKA; SCHNIEDER, BERND (1995): Versorgungsverbund Gießen. Konzept und Programm örtlicher Altershilfemaßnahmen. Projektbericht Wintersemester 1992/1993 und Wintersemester 1993/1994. Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung. Gießen.
- CLEMENS, WOLFGANG; NAEGELE, GERHARD (2004): Lebenslagen im Alter. In: KRUSE, ANDREAS; MARTIN, MIKE (HRSG.): *Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern u.a., S. 387–402.
- CUMMING, ELAINE; HENRY, WILLIAM E. (1961): *Growing Old. The Process of Disengagement*. New York.
- DAATLAND, SVEN OLAV; HERLOFSEN, KATHARINA; MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS U.A. (2003): Wechselwirkung von familialer Hilfe und Unterstützung durch den Wohlfahrtsstaat. Ergebnisse aus dem Projekt OASIS. In: *INFORMATIONSDIENST ALTERSFRAGEN*, Jg. 30, Heft 4, S. 2–5.
- DAHME, HEINZ-JÜRGEN (2000): Kooperation und Vernetzung im sozialen Dienstleistungssektor. Soziale Dienste im Spannungsfeld „diskursiver Koordination“ und „systematischer Rationalisierung“. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (HRSG.): *Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor*. Berlin, S. 47–67.
- DAHME, HEINZ-JÜRGEN; KÜHNLEIN, GERTRUD; WOHLFAHRT, NORBERT (2005): *Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in der Sozialwirtschaft*. Berlin.

- DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (2000): Einleitung. Zur politischen Inszenierung von Wettbewerb und Vernetzung im Sozial- und Gesundheitssektor – auf dem Weg zu einem neuen Ordnungsmix. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (HRSG.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin, S. 9–27.
- DAMKOWSKI, WULF; KLIE, THOMAS; KRONSEDER, ELISABETH (1997): Ambulante Pflegedienste. Veränderungen wahrnehmen, Ideen umsetzen. Hannover.
- DIAKONISCHES WERK DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (1978): Verbundsystem. Eine Untersuchung über Möglichkeiten und Erfahrungen in der Zusammenarbeit von Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe. Stuttgart.
- DIEFFENBACH, SUSANNE; LANDENBERGER, MARGARETE; WEIDEN, GUIDO VON DER (2002): Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Das Projekt VerKet – praxisorientierte regionale Versorgungsketten. Neuwied u.a.
- DIEKMANN, ANDREAS (1998): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg.
- DIETZ, BERTHOLD (1999): Vernetzung als Steuerungsinstrument kommunaler Gesundheits- und Altenpflegepolitik. In: DIETZ, BERTHOLD; EIBEL, DIETER; NAUMANN, DIRK (HRSG.): Handbuch der kommunalen Sozialpolitik. Opladen, S. 203–221.
- DILLER, CHRISTIAN (2002): Zwischen Netzwerk und Institution. Eine Bilanz regionaler Kooperationen in Deutschland. Opladen.
- DIN – DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG E.V. (2005), Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005); Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2005, Berlin.
- DÖHNER, HANNELI; BLEICH, CHRISTIANE; KOFAHL, CHRISTOPHER (2002): Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen. Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie Senioren Frauen und Jugend, 206. Stuttgart.

- DONABEDIAN, AVEDIS (1980): Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan.
- DUBBERKE, HANS-ACHIM (1958): Betriebswirtschaftliche Theorie des privaten Haushalts. Wirtschaftswissenschaftliche Abhandlungen, 7. Berlin.
- DUDEN (2007): Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. 4. Auflage. Mannheim.
- DUSCHEK, STEPHAN; SYDOW, JÖRG (2002): Ressourcenorientierte Ansätze des strategischen Managements. Zwei Perspektiven auf Unternehmenskooperationen. In: WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTLICHES STUDIUM, Jg. 31, Heft 8, S. 426–431.
- DZA – DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (2005): Der Alterssurvey. Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Berlin.
- DZA – DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (2006a): Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum fünften Altenbericht der Bundesregierung, 6. Berlin.
- DZA – DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (2006b): Soziale Beziehungen im Alter. Isolation oder lebenslange Fahrt im Konvoi. Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.dza.de/download/1-Soziale-Beziehungen-SS2006.pdf>. Abgerufen am 01.06.2008.
- EBERS, MARKUS; GOTSCH, WILFRIED (2006): Institutionenökonomische Theorien der Organisation. In: KIESER, ALFRED; EBERS, MARKUS (HRSG.): Organisationstheorien. 6. Auflage. Stuttgart, S. 247–308.
- EGNER, ERICH (1976): Der Haushalt. Eine Darstellung seiner volkswirtschaftlichen Gestalt. 2. Auflage. Berlin.
- EICHHORN, PETER (2005): Das Prinzip Wirtschaftlichkeit. Basiswissen der Betriebswirtschaftslehre. 3. Auflage. Wiesbaden.
- ENDRES, EGON; WEHNER, THEO (2003): Störungen zwischenbetrieblicher Kooperation – Eine Fallstudie zum Grenzstellenmanagement in der Automobilindustrie. In: SYDOW, JÖRG (HRSG.): Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“. 3. Auflage. Wiesbaden, S. 215–259.

- ENGSTLER, HERIBERT; TESCH-RÖMER, CLEMENS (2010): Lebensformen und Partnerschaft. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; WURM, SUSANNE; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 163–187.
- ENTZIAN, HILDEGARD (1999): Die Pflege alter Menschen und die professionelle Pflege. Pflegewissenschaft und Lebensweltorientierung. In: KLIE, THOMAS; SCHMIDT, ROLAND (HRSG.): Die neue Pflege alter Menschen. Bern u.a., S. 93–120.
- ESSLINGER, ADELHEID SUSANNE (2009): Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter. Vernetzung und Kooperation im Blickwinkel der Strukturation. Wiesbaden.
- EVERS, ADALBERT (1997): Geldleistungen und Dienstleistungen. Warum Privathaushalte das Pflegegeld den Leistungen von Pflegeanbietern vorziehen. In: MEIER, UTA (HRSG.): Vom Oikos zum modernen Dienstleistungshaushalt. Der Strukturwandel privater Haushaltsführung. Festschrift für Rosemarie von Schweitzer. Frankfurt am Main, S. 142–162.
- EVERS, ADALBERT (2002): Gegenstand, analytisches Konzept und Methodik der Studie. In: EVERS, ADALBERT; RAUCH, ULRICH; STITZ, UTA (HRSG.): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen. Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung. Berlin.
- EVERS, ADALBERT; OLK, THOMAS (1996a): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: EVERS, ADALBERT; OLK, THOMAS (HRSG.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, S. 347–372.
- EVERS, ADALBERT; OLK, THOMAS (1996b): Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimension eines Leitbegriffs. In: EVERS, ADALBERT; OLK, THOMAS (HRSG.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, S. 9–60.

- EVERS, ADALBERT; ÜHLEIN, ASTRID (1999): Flexibel, pfleglich, kostensparend. Ein innovatives Konzept ambulanter Hilfe und Pflege. Endbericht zum Modellprojekt „Wohnen und Pflegen im Verbund“ in Frankfurt am Main. Institut Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung. Gießen.
- EWERS, MICHAEL; SCHAEFFER, DORIS (2000): Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: EWERS, MICHAEL; SCHAEFFER, DORIS (HRSG.): Case-Management in Theorie und Praxis. Bern u.a., S. 7–27.
- FEUERSTEIN, GÜNTER (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen – Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. In: BADURA, BERNHARD; FEUERSTEIN, GÜNTER (HRSG.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim und München, S. 211–253.
- FINIS SIEGLER, BEATE (1997): Ökonomik Sozialer Arbeit. Freiburg im Breisgau.
- FISCHER, GISELA C.; JUNIUS-WALKER, ULRIKE; AEFNER, KARL-H. U.A. (2002): Hausärztliche Versorgung hochaltriger und demenziell Erkrankter. In: DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (HRSG.): Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Expertise zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, 3. Hannover, S. 5–179.
- FOLLERT, BERND (1977): Haushalt und Haushaltsleistung. Ein einzelwirtschaftlicher Modellentwurf. In: HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT, Jg. 25, Heft 6, S. 260–267.
- FRIED, LINDA P.; GURALNIK, JACK M. (1997): Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology and risk. In: JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, Jg. 45, Heft 1, S. 92–100.
- FROMMELT, MONA; KLIE, THOMAS; LÖCHERBACH, THOMAS U.A. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Frankfurt am Main.

- FUCHS, HERBERT (1972): Systemtheorie. In: BLEICHER, KNUT (HRSG.): Die Organisation als System. Wiesbaden, S. 47–58.
- FÜRST, DIETRICH (2002): Region und Netzwerke. Aktuelle Aspekte zu einem Spannungsverhältnis. In: DIE ZEITSCHRIFT FÜR ERWACHSENENBILDUNG, Jg. 9, Heft 1, S. 22–24.
- GARMS-HOMOLOVÁ, VJENKA (1996): Kooperation zwischen Ärzten/Ärztinnen 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. Dokumentation der Fachtagung vom 12. bis 13. Januar 1996 in Hamburg. Hamburg u.a., S. 39–47.
- GARMS-HOMOLOVÁ, VJENKA (1998): Kooperation von Medizin und Pflege. Realisierbare Notwendigkeit oder unrealistischer Anspruch. In: GARMS-HOMOLOVÁ, VJENKA; SCHAEFFER, DORIS (HRSG.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden, S. 7–40.
- GARMS-HOMOLOVÁ, VJENKA; MAURER, MARTINA; SCHAEFFER, DORIS (1998): Einführung. Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: GARMS-HOMOLOVÁ, VJENKA; SCHAEFFER, DORIS (HRSG.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden, S. 1–5.
- GILBERG, REINER (1997): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfsleistungen. Dissertation. Berlin.
- GILL, WINFRIED; MANTEJ, WALTRAUD (1997): Die Sozialvisite – mehr als eine Pflegeüberleitung. In: PFLEGE AKTUELL, Jg. 51, Heft 6, S. 376–380.
- GÖPFERT-DIVIVIER, WERNER (1993): Formen und Verfahren der Kooperation in der ambulanten Versorgung. In: WENDT, WOLF RAINER (HRSG.): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation. Freiburg im Breisgau, S. 54–76.
- GRÄBEL, ELMAR (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE, Jg. 31, Heft 1, S. 57–62.
- GRIMBY, AKE RUNDGREN; SVANBORG, ALVAR (1997): Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens. In: AGING: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH, Jg. 9, Heft 5, S. 356–364.

- GROTHAUS, FRANZ-JOSEF (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierter Versorgung. Herausgegeben von der gemeinsamen Registrierungsstelle. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH. Düsseldorf.
- GUKENBIEHL, HERRMANN L. (1999): Formelle und informelle Gruppe als Grundformen sozialer Strukturbildung. In: SCHÄFERS, BERNHARD (HRSG.): Einführung in die Gruppensoziologie. Geschichte, Theorien, Analysen. 3. Auflage. Wiesbaden, S. 80–96.
- HALSIG, NORBERT (1998): Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger. Möglichkeiten der Intervention. In: KRUSE, ANDREAS (HRSG.): Psychosoziale Gerontologie. Grundlagen. Band 1. Göttingen u.a., S. 211–231.
- HANK, KARSTEN (1998): Household labor demand and household labor supply. An empirical analysis of the employment of domestic help in German private households and its effect on female force participation. Bochum.
- HAVIGHURST, ROBERT J.; NEUGARTEN, BERNICE L.; TOBIN, SHELDON S. (1964): Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. In: HANSEN, P. FROM (HRSG.): Age with a future. Proceedings of the Sixth International Congress of Gerontology. Kopenhagen, S. 419–424.
- HEBEL, DETLEF (1984): Zwischenbetriebliche Verbundsysteme von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Dissertation. Gießen.
- HEBEL, DETLEF (2007): Kundenorientierte Angebotsprogrammbildung im Gesundheits- und Sozialwesen unter besonderer Berücksichtigung überbetrieblicher Sortimentsverbunde. In: BRÄUNIG, DIETMAR (HRSG.): Der Großhaushalt im Versorgungsverbund. Festschrift für Prof. Dr. Jörg Böttler zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Baltmannsweiler, S. 246–258.

- HEDTKE-BECKER, ASTRID (2003): Chronisch kranke und alte Menschen im Krankenhaus. Multiprofessionelle stationär-ambulante Überleitung und Kooperation zwischen Betroffenen, familiären Netzwerken und Professionellen. In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main, S. 121–144.
- HEGNER, FRIEDHARDT (1996): Wohlfahrtspluralismus und Wohlfahrtspluralität. Überlegungen am Beispiel der Sozial- und Gesundheitssicherung. In: EVERS, ADALBERT; OLK, THOMAS (HRSG.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, S. 166–185.
- HEINEMANN-KNOCH, MARIANNE; HEUSINGER, JOSEFINE; KLÜNDER, MONIKA (2001): Steuerungsverhalten in häuslichen Pflegearrangements im Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern. Zwischenbericht des DFG-geförderten Forschungsprojektes. Unveröffentlichtes Manuskript.
- HEINEMANN-KNOCH, MARIANNE; KNOCH, TINA; KORTE, ELKE (2005): Hilfe- und Pflegearrangements in Privathaushalten. In: SCHNEEKLOTH, ULRICH; WAHL, HANS-WERNER (HRSG.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG-III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München, S. 145–170.
- HEINRICH, WALTER (1954): Gebietswirtschaftspolitik, Verbandswirtschaftspolitik, Betriebswirtschaftspolitik, Hauswirtschaftspolitik. Wien.
- HEUSINGER, JOSEFINE; KLÜNDER, MONIKA (2005a): „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Dissertation. Berlin.
- HEUSINGER, JOSEFINE; KLÜNDER, MONIKA (2005b): Steuerung in häuslichen Pflegearrangements. In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main, S. 214–240.

- HEYL, VERA; OSWALD, FRANK; ZIMPRICH, DANIEL U.A. (1997): Bedürfnisse älterer Menschen. Eine konzeptionelle und empirische Annäherung. Forschungsbericht des Deutschen Zentrums für Altersforschung, 1. Heidelberg.
- Hilke, Wolfgang (1989): Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungs-Marketing. In: HILKE, WOLFGANG (HRSG.): Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden, S. 5–44.
- HINTERHUBER, HANS H. (1982): Wettbewerbsstrategie. Berlin, New York.
- HÖHMANN, ULRIKE (2002): Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. In: DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (HRSG.): Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Expertise zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, 3. Hannover, S. 289–405.
- HOLLSTEIN, BETINA (2002): Struktur und Bedeutung informeller Beziehungen und Netzwerke. Veränderungen nach dem Tod des Partners im Altern. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KONDRATOWITZ, HANS JOACHIM VON; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Alter(n) und Gesellschaft, 4. Opladen, S. 13–40.
- HÖPFLINGER, FRANCOIS (2006): Soziale Beziehungen im Alter. Entwicklungen und Problemfelder. o.O.
- HORNUNG, RAINER; GUTSCHER, HEINZ (1994): Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In: SCHWENKMEZGER, PETER; SCHMIDT, LOTHAR R.; BORGERS, DIETER (HRSG.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart, S. 65–87.
- HUXHOLD, OLIVER; MAHNE, KATHARINA; NAUMANN, DÖRTE (2010): Soziale Integration. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; WURM, SUSANNE; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 215–233.
- INFRA TEST SOZIALFORSCHUNG (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. München.

- JANSEN, BIRGIT (1999): Informelle Pflege durch Angehörige. In: JANSEN, BIRGIT; KARL, FRED; RADEBOLD, HARTMUT U.A. (HRSG.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, S. 604–628.
- JANSEN, HEINZ J. (2000): Kooperation und Vernetzung im Gesundheitssystem. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (HRSG.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin, S. 201–215.
- JOCHIMSEN, MAREN A. (2003): Die Gestaltungsmacht des Asymmetrischen. Kennzeichen klassischer Sorgesituationen und ihre theoretische Erfassung in der Ökonomik. In: ZEITSCHRIFT FÜR WIRTSCHAFTS- UND UNTERNEHMENSETHIK, Jg. 4, Heft 1, S. 38–55.
- JOKSIMOVIC, LJILJANA; REGULIES, REINER; SCHNABEL, MEIK (2000): Befunde der Prozessevaluation. In: BADURA, BERNHARD (HRSG.): Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht. Düsseldorf, S. 80–93.
- JÜNGER, SASKIA MARIA ELISABETH (2006): Erfolgskriterien berufsgruppenübergreifender Kooperation im Team einer Palliativstation. Dissertation. Aachen.
- KAUFMANN, JEAN-CLAUDE (1999): Mit Leib und Seele. Theorie der Haushaltstätigkeit. Konstanz.
- KAUSS, THOMAS; KÜHNERT, SABINE; NAEGELE, GERHARD U.A. (1998): Vernetzung in der ambulanten geriatrischen Versorgung – die Schlüsselstellung des Hausarztes. Münster.
- KDA – KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (2006): Wohnen im Alter. Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Landkreise und kreisfreien Städte. Köln.
- KEMPEN, GERTRUDIS I. J. M.; MIEDEMA, IDA; VAN DEN BOS, GEERTRUDIS A. M. U.A. (1998): Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. In: JOURNAL OF CLINICAL EPIDEMIOLOGY, Jg. 51, Heft 1, S. 11–18.
- KERN, WERNER (1976): Der Betrieb als Faktorkombination. Wiesbaden.

- KESSLER, HERBERT (1999): Vernetzung von ambulanter und stationärer Altenhilfe aus Sicht der Pflegekassen. In: CARITASVERBAND DER DIÖZESE ROTTENBURG-STUTTGART E.V. (HRSG.): Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe. 9. März 1999. Stuttgart-Hohenheim: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, S. 25–58.
- KLIE, THOMAS (1999): Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung. In: KLIE, THOMAS; SCHMIDT, ROLAND (HRSG.): Die neue Pflege alter Menschen. Bern u.a., S. 11–31.
- KLIE, THOMAS; BLAUMEISER, HEINZ (2002): Perspektive Pflegemix. Pflegekulturelle Orientierung im Wandel und die Zukunft der Pflege. In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt, S. 132–152.
- KNESEBECK, OLAF VON DER (2000): Die Beziehungen zwischen struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Merkmalen. In: BADURA, BERNHARD (HRSG.): Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht. Düsseldorf, S. 123–168.
- KOFAHL, CHRISTOPHER; DAHL, KATHARINA; DÖHNER, HANNELI (2002): Projekt: „Synopsis“ innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland. Hamburg.
- KOFAHL, CHRISTOPHER; DAHL, KATHARINA; DÖHNER, HANNELI (2004): Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland. Münster u.a.
- KUHLMANN, ANDREA (2005): Integrierte Pflege-, Gesundheits- und Sozialdienste für ältere Menschen. In: SCHÖNBERG, FRAUKE; NAEGELE, GERHARD (HRSG.): Alter hat Zukunft. 15 Jahre gerontologische Forschung in Dortmund. Münster, S. 201–213.
- KÜNEMUND, HARALD; HOLLSTEIN, BETINA (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: KOHLI, MARTIN; KÜNEMUND, HARALD (HRSG.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, S. 212–276.
- KÜNZEL-SCHÖN, MARIANNE (2000): Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit. Weinheim, München.

- LANG, ARMIN (2007): Eine neue Form der wohnortnahen Beratung und Versorgung: Pflegestützpunkte. In: *SOZIALE SICHERHEIT*, Band 56 Arbeitsrecht im Betrieb, Heft 10, S. 330–337.
- LAUX, HELMUT; LIERMANN, FELIX (2003): *Grundlagen der Organisation. Die Steuerung von Entscheidungen als Grundproblem der Betriebswirtschaftslehre*. 5. Auflage. Berlin u.a.
- LEIPOLD, BERNHARD; SCHACKE, CLAUDIA; ZANK, SUSANNE (2005): Zur Veränderung der Depressivität pflegender Angehöriger. Der Beitrag von Persönlichkeitswachstum und Akzeptanz der Demenzerkrankung. In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt am Main, S. 34–42.
- LEONHÄUSER, INGRID-UTE (1988): *Bedürfnis, Bedarf, Normen und Standards. Ansätze für eine bedarfsorientierte Verbraucherpolitik. Beiträge zur Ökonomie von Haushalt und Verbrauch*, 20. München.
- LEPPIN, ANJA (1997): *Streßbeurteilungen. Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen*. In: TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim, S. 196–208.
- LINDEN, MICHAEL; GILBERG, REINER; HORGAS, ANN L. U.A. (1996): *Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter*. In: MAYER, KARL ULRICH; BALTES, PAUL B. (HRSG.): *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin, S. 475–495.
- LÜDECKE, DANIEL (2007): *Häusliche Pflegearrangements. Eine qualitative Studie protektiver und destabilisierender Faktoren*. Saarbrücken.
- LUHMANN, NIKLAS (1988): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. 2. Auflage. Frankfurt am Main.
- MAGER, HANS-CHRISTIAN (2002): *Informelle Pflege(sicherungs)arrangements. Ökonomische Aspekte komplexer Generationenbeziehungen*. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KONDRATOWITZ, HANS JOACHIM VON; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): *Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*. Alter(n) und Gesellschaft, 4. Opladen, S. 95–127.

- MAHNE, KATHARINA; MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS (2010): Familiäre Generationsbeziehungen. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; WURM, SUSANNE; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 188–214.
- MAHNE, KATHARINA; NAUMANN, DÖRTE; BLOCK, JENNY (2010): Das Wohnumfeld Älterer. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; WURM, SUSANNE; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 142–162.
- MALERI, RUDOLF; FRIETZSCHE, URSULA (2008): Grundlagen der Dienstleistungsproduktion. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg.
- MALIK, FREDMUND (2002): Strategie des Managements komplexer Systeme. Ein Beitrag zur Management-Kybernetik evolutionärer Systeme. 7. Auflage. Bern u.a.
- MALIK, FREDMUND (2004): Systemisches Management, Evolution, Selbstorganisation. Grundprobleme, Funktionsmechanismen und Lösungsansätze für komplexe Systeme. Bern, Stuttgart, Wien.
- MALY, NICOLE (2001): Töchter, die ihre Mütter pflegen. Eine Analyse ihrer Lebenssituation. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, 34. Münster, Hamburg, London.
- MARBACH, JAN (2002): Zwischen Autonomie und Fügsamkeit. Der Aktionsraum im höheren Lebensalter. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KONDRATOWITZ, HANS JOACHIM VON; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Alter(n) und Gesellschaft, 4. Opladen, S. 41–70.
- MASLOW, ABRAHAM H. (1943): A Theory of Human Motivation. In: PSYCHOLOGICAL REVIEW, Jg. 50, S. 370–396.
- MAX-PLANCK-GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER WISSENSCHAFTEN E.V. (2009): Berliner Altersstudie (BASE): Einleitung. Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.base-berlin.mpg.de/de/Introduction.html>. Abgerufen am 04.02.2011.
- MAYER, HORST O. (2004): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 2. Auflage. München, Wien.

- MAYER, KARL ULRICH; WAGNER, MICHAEL (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: MAYER, KARL ULRICH; BALTES, PAUL B. (HRSG.): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Berlin, S. 251–275.
- MAYNTZ, RENATE; ROSEWITZ, BERND (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: MAYNTZ, RENATE; ROSEWITZ, BERND; SCHIMANK, UWE U.A. (HRSG.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln, 1. Frankfurt am Main, S. 117–179.
- MEFFERT, HERIBERT (1971): Systemtheorie aus betriebswirtschaftlicher Sicht. In: SCHENK, KARL-ERNST (HRSG.): Systemanalyse in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Berlin, S. 176–206.
- MEIER, UTA; PREUßE, HEIDE; SUNNUS, EVA-MARIA (2003): Steckbriefe von Armut. Haushalte in prekären Lebenslagen. Wiesbaden.
- MERCHEL, JOACHIM (2006): Sozialmanagement. Eine Einführung in Hintergründe, Anforderungen und Gestaltungsperspektiven des Managements in Einrichtungen der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim, München.
- MINTZBERG, HENRY (1992): Die Mintzberg-Struktur. Organisationen effektiver gestalten. Landsberg/Lech.
- MNICH, EVA; DÖHNER, HANNELI (2005): Familiäre Pflege von älteren Menschen in Deutschland. Welche Bedarfe an unterstützenden und entlastenden Angeboten werden durch die verschiedenen Pflegesituationen bestimmt. In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main, S. 259–272.
- MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS (2005): Einkommen und Vermögen. In: KOHLI, MARTIN; KÜNEMUND, HARALD (HRSG.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2. Auflage. Wiesbaden, S. 42–102.

- MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KONDRATOWITZ, HANS JOACHIM VON; TESCH-RÖMER, CLEMENS (2002): Unterstützung und Lebensqualität im Alter. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KONDRATOWITZ, HANS JOACHIM VON; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. *Alter(n) und Gesellschaft*, 4. Opladen, S. 201–227.
- MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KÜNEMUND, HARALD; BODE, CHRISTINA (2005): Wohnen und Wohnumfeld. In: KOHLI, MARTIN; KÜNEMUND, HARALD (HRSG.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2. Auflage. Wiesbaden, S. 125–175.
- MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; SIMONSON, JULIA; ROMEU GORDO, LAURA (2010): Materielle Sicherung. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; WURM, SUSANNE; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 61–89.
- MÜHLBACHER, AXEL (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation. Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung. Bern.
- MÜLLER, MICHAEL; WIESE-RUCKELSHAUSEN, BIRGIT (1986): Objekt- und Problembereich der Wirtschaftslehre des Großhaushalts. Merkmale zur Beschreibung von Großhaushalten und Privathaushalten. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT E.V. (HRSG.): Der Grosshaushalt – Konzeption einer sozio-ökonomischen Handlungslehre. Gießen, S. 21–25.
- MUTSCHLER, ROLAND (2000): Kooperation in Netzwerken. Kompetenzanforderungen an die Soziale Arbeit und die Bedeutung von Koordinationsstellen am Beispiel der Altenarbeit. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (HRSG.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin, S. 235–265.
- NARTEN, RENATE (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen – Lokale Vernetzung und Kooperation. Gütersloh.

- NETZ, PETER (1996): Psychisch kranke alte Menschen und soziale Unterstützung. Vom Bürger zum Heimbewohner oder warum psychisch kranke alte Menschen in ein Heim übersiedeln. Dissertation. Frankfurt am Main.
- NIMZ, ULRIKE; SCHIRAKOWSKY, INGE; ZIEBARTH, SONJA (1992): Verbundsystem der Altenhilfe. Der Wandel von partiellen Versorgungsangeboten zu einem vernetzten Versorgungssystem. Unveröffentlichtes Manuskript. Gießen.
- NIRJE, BENGT (1999): How I came to formulate the Normalization principle. In: FLYNN, ROBERT J.; LEMAY, RAYMOND A. (HRSG.): A Quarter Century of Normalization and Social Role Valorization: Evolution and Impact. Ottawa, S. 17–50.
- NISSEN, JENS (2003): Disease-Management-Programme. Die systematische Strukturierung der medizinischen Versorgung. In: WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTLICHES STUDIUM, Jg. 32, Heft 7, S. 426–428.
- OELSCHLÄGEL, DIETER (2000): Vernetzung und Ressourcenbündelung im Gemeinwesen. In: THEORIE UND PRAXIS DER SOZIALEN ARBEIT, Jg. 51, Heft 1, S. 16–20.
- OLFERT, KLAUS; STEINBUCH, PITZER A. (2001): Personalwirtschaft. 9. Auflage. Ludwigshafen.
- ORTMANN, FRIEDRICH (2005): Organisation und Verwaltung des „Sozialen“. In: THOLE, WERNER (HRSG.): Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2. Auflage. Wiesbaden, S. 403–414.
- OTTO, ULRICH (2003): Wie weit tragen sie wirklich. Empirische Befunde zu Unterstützungspotentialen sozialer Netze und entsprechenden Bedarfs- und Bedürfnislagen bei älteren Menschen. In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main, S. 77–109.

- OTTO, ULRICH (2005): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung älterer Pflegebedürftiger. Potenziale, Grenzen und Interventionsmöglichkeiten im Lichte demografischer Befunde. In: BAUER, PETRA; OTTO, ULRICH (HRSG.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive, 2. Tübingen, S. 471–531.
- OTTO, ULRICH (2008a): „Ich kann was, was Du nicht kannst!“ Warum die Kooperation mit anderen Professionen so wichtig und so schwierig ist – und vielleicht zukunftsentscheidend für die Soziale Arbeit. In: SOZIALMAGAZIN, Jg. 33, Heft 1, S. 45–47.
- OTTO, ULRICH (2008b): Soziale Arbeit im Kontext von Unterstützung, Netzwerken und Pflege. In: ANER, KIRSTEN; KARL, UTE (HRSG.): Lebensalter und Soziale Arbeit. Band 6: Ältere und alte Menschen. Baltmannsweiler, S. 109–122.
- OTTO, ULRICH (2008c): Sozialräumliche Wohlfahrtsgesellschaft. Fokus Kommune: Den demographischen Wandel gemeinsam gestalten – oder das Zukunftsbild der Altenhilfe. In: SOZIALMAGAZIN, Jg. 33, Heft 12, S. 12–23.
- PERRIG-CHIELLO, PASQUALINA (1997): Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Habilitation. Weinheim.
- PFAU, CORNELIA (1986): Objekt- und Problembereich der Wirtschaftslehre des Großhaushalts. Bedeutung des Großhaushalts. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT E.V. (HRSG.): Der Grosshaushalt – Konzeption einer sozio-ökonomischen Handlungslehre. Gießen, S. 27–33.
- PLAGENS, MANFRED (2002): Innovationsprozesse in der Medizintechnik in Deutschland. Dissertation. Würzburg.
- PIORKOWSKY, MICHAEL-BURKHARD (1986): Zum Erkenntnisobjekt der Wirtschaftslehre des Großhaushalts. In: HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT, Jg. 34, Heft 3, S. 113–120.
- PÖHLMANN, KARIN; HOFER, JAN (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegeperson und professionelle Hilfsdienste. In: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE, Jg. 30, S. 381–388.

- POHLMANN, REINHARD (1992): Neue Herausforderungen kommunaler Altenarbeit und -planung. In: BRAUN, HELMUT; BRUDER, JENS; DIERL, REINHARD U.A. (HRSG.): Beiträge der Fachtagung „Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik – Probleme und Perspektiven in der Neuen Bundesrepublik“ vom 26. bis 28. September 1991 in der Universität Dortmund. KDA-Forum, 17. Köln, S. 132–139.
- PREUßE, HEIDE; MEIER, UTA; SUNNUS, EVA-MARIA (2003): Die Vielfalt von Alltagsproblemen in prekären Lebenslagen – Möglichkeiten ihrer Bewältigung und Prävention. Leitfaden für die Bildungs-, Beratungs- und Betreuungsarbeit. Gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Gießen.
- RAFFÉE, HANS (1966): Der private Haushalt als Forschungsobjekt der Betriebswirtschaftslehre. In: HAX, KARL (HRSG.): Beiträge zu absatzwirtschaftlichen, steuerlichen und methodologischen Problemen der Betriebswirtschaftslehre. Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung. Köln, Opladen, S. 179–195.
- REIBNITZ, CHRISTINE VON (2005): Homecare – Zukunft in Deutschland. In: HAGEMEIER, ODA; REIBNITZ, CHRISTINE VON (HRSG.): Homecare. Ein Versorgungskonzept der Zukunft. Gesundheitswesen in der Praxis. Heidelberg u.a., S. 205–224.
- RKI – ROBERT KOCH-INSTITUT UND STATISTISCHES BUNDESAMT (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 10. Berlin.
- RKI – ROBERT KOCH-INSTITUT UND STATISTISCHES BUNDESAMT (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RÖBER, MICHAELA (2005): Wohlfahrtspflege und häusliche Pflegearrangements. Dissertation. Gießen.
- ROSENBROCK, ROLF; GERLINGER, THOMAS (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern.
- RÜCKERT, WILLI (1999): Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter. In: DEUTSCHES INSTITUT FÜR FERNSTUDIENFORSCHUNG (HRSG.): Altern. Studienbrief 7, Funkkolleg. Tübingen, S. 399–433.

- RUNDE, PETER; GIESE, REINHARD; STIERLE, CLAUDIA (2003): Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Bericht der Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung an der Universität Hamburg. Hamburg.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESSEN (HRSG.) (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden.
- SALAMON, LESTER M. (1996): Third Party Government. Ein Beitrag zu einer Theorie der Beziehungen zwischen Staat und Nonprofit-Sektor im modernen Wohlfahrtsstaat. In: EVERS, ADALBERT; OLK, THOMAS (HRSG.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen, S. 79–102.
- SCHAEFFER, DORIS; KUHLMAY, ADELHEID (2008): Zur Diskussion: Pflegestützpunkte als neue ambulante Versorgungszentren für Menschen mit Pflegebedarf. In: PFLEGE UND GESELLSCHAFT, Jg. 13, Heft 1, S. 90–91.
- SCHÄUFELE, MARTINA; KÖHLER, LEONORE; TEUFEL, SANDRA U.A. (2005): Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In: SCHNEEKLOTH, ULRICH; WAHL, HANS-WERNER (HRSG.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG-III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München, S. 99–143.
- SCHERPNER, HANS (1974): Theorie der Fürsorge. 2. Auflage. Göttingen.
- SCHMIDT, ROLAND (1999): Wohnen mit Dienstleistungsoption. Expertise zu Gestaltungschancen des Zwischenraums von privater Häuslichkeit und vollstationärer Pflege. DZA-Diskussionspapiere, 31. Berlin.

- SCHMIDT, ROLAND (2000): Vernetzung unter den Bedingungen von Quasi-Markt- und Marktsteuerung in der Pflegeversicherung. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (HRSG.): *Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor*. Berlin, S. 217–233.
- SCHMIDT, ROLAND (2002a): Impulse zur sektoren- und systemübergreifenden Qualitätsentwicklung. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; KONDRATOWITZ, HANS JOACHIM VON; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): *Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Service-systeme im sozialen Wandel*. *Alter(n) und Gesellschaft*, 4. Opladen, S. 175–200.
- SCHMIDT, ROLAND (2002b): *Pflegerische Versorgung und Demenz. Analysen zu Handlungsoptionen und Veränderungsimpulsen*. *Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung*, 13. Regensburg.
- SCHMIDT, ROLAND (2002c): Unterstützung der Laienpflege. In: IGL, GERHARD; SCHIEMANN, DORIS; GERSTE, BETTINA U.A. (HRSG.): *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenpflege*. Stuttgart, S. 191–200.
- SCHMIDT, ROLAND (2003): Pflegepolitik in system- und sektorenübergreifender Perspektive. In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive*. Frankfurt am Main, S. 27–42.
- SCHMIDT, ROLAND (2010): Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: ANER, KIRSTEN; KARL, UTE (HRSG.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden, S. 173–183.
- SCHMIDT, WALDEMAR; KAUSS, THOMAS; KÜHNERT, SABINE U.A. (1997): Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. Ergebnisse eines Modellprojekts. In: *ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE*, Jg. 30, Heft 6, S. 430–438.

- SCHMOECKER, MARY (1996): Einführung. In: DÖHNER, HANNELI; MUTSCHLER, ROLAND; SCHMOECKER, MARY (HRSG.): Kooperation, Koordination und Vernetzung der Altenarbeit. Neue Ansätze und erste Erfahrungen. Hamburg u.a., S. 17–22.
- SCHNABEL, ECKART (1999): Vernetzung in Altenpflege und Altenhilfe im Kontext von Bedarfsplanung und Qualitätssicherung. In: CARITASVERBAND DER DIÖZESE ROTTENBURG-STUTTGART E.V. (HRSG.): Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe. 9. März 1999. Stuttgart-Hohenheim: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, S. 11–24.
- 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 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München, S. 55–98.
- SCHNEEKLOTH, ULRICH (2006a): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG-III). In: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE, Jg. 39, Heft 6, S. 405–412.
- SCHNEEKLOTH, ULRICH (2006b): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG-IV). München.
- SCHNEEKLOTH, ULRICH; LEVEN, INGO (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht Infratest Sozialforschung. München.
- SCHNEEKLOTH, ULRICH; MÜLLER, UDO (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.

- 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 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München, S. 227–240.
- SCHNEIDER, ROLF (2006): Überleitungsmanagement. In: BÜHLER, ERNST (HRSG.): Überleitungsmanagement und integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Stuttgart, S. 51–78.
- SCHNIEDER, BERND (2004): Wohnen als soziales Feld. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT E.V. (HRSG.): Wohnformen. Beiträge zu einer zukunftsorientierten Wohnversorgung. Aachen, S. 7–20.
- SCHUBERT, HERBERT (2005): Das Management von Akteursnetzwerken im Sozialraum. In: BAUER, PETRA; OTTO, ULRICH (HRSG.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Tübingen, S. 73–103.
- SCHULZE RAESTRUP, ULRICH (2003): Schnittstelle ambulante/stationäre Versorgung aus Sicht der Krankenhausärzte. Dissertation. Bielefeld.
- SCHWARZ, PETER (1979): Morphologie von Kooperationen und Verbänden. Tübingen.
- SCHWEITZER, ROSEMARIE VON (1983): Haushaltsführung. Stuttgart.
- SCHWEITZER, ROSEMARIE VON (1991): Einführung in die Wirtschaftslehre des privaten Haushalts. Stuttgart.
- SCHWEITZER, ROSEMARIE VON (1993a): Die personale und soziale Theorie des haushälterischen Handelns und Grundfragen der Ökologie. In: BOTTLER, JÖRG (HRSG.): Standpunkte. Wirtschaftslehre des Haushalts. Baltmannsweiler, S. 1–15.
- SCHWEITZER, ROSEMARIE VON (1993b): Haushaltswissenschaftliche Paradigmen zwischen Ökonomie und Soziologie. In: GRÄBE, SYLVIA (HRSG.): Der private Haushalt im wissenschaftlichen Diskurs. Reihe „Stiftung Der Private Haushalt“ 17, Frankfurt am Main, New York, S. 19–36.

- SEMLINGER, KLAUS (2003): Effizienz und Autonomie in Zuliefernetzwerken – Zum strategischen Gehalt von Kooperationen. In: SYDOW, JÖRG (HRSG.): Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“. 3. Auflage. Wiesbaden, S. 29–74.
- SENNLAUB, ANGELIKA (2004a): Gruppenwohnen. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT E.V. (HRSG.): Wohnformen. Beiträge zu einer zukunftsorientierten Wohnversorgung. Aachen, S. 61–68.
- SENNLAUB, ANGELIKA (2004b): Wohnwirklichkeiten. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT E.V. (HRSG.): Wohnformen. Beiträge zu einer zukunftsorientierten Wohnversorgung. Aachen, S. 21–44.
- SIEBERT, HOLGER (2003): Ökonomische Analyse von Unternehmensnetzwerken. In: SYDOW, JÖRG (HRSG.): Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“. 3. Auflage. Wiesbaden, S. 7–27.
- SIEGRIST, JOHANNES; KNESEBECK, OLAF VON DER; SCHNABEL, MEIK (2000): Praktische Folgerungen. In: BADURA, BERNHARD (HRSG.): Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht. Düsseldorf, S. 185–191.
- SIMON, MICHAEL (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2. Auflage. Bern.
- SMITH, JACQUI; ZANK, SUSANNE (2002): Forschungsaktivitäten im Themenfeld Hochaltrigkeit. In: DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (HRSG.): Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität. Expertise zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, 1. Hannover, S. 97–227.
- SMOLKA, ADELHEID (2006): Organisationsübergreifende Kooperation und Vernetzung in der ambulanten Versorgung alter Menschen. Institutionelle und ressourcenbezogene Determinanten der Reaktionen von Organisationen auf Kooperationsforderungen. Europäische Hochschulschriften, 22. Dissertation. Frankfurt am Main u.a.
- SOBOTKA, MARGARETE (1992): Belastung und Kooperation bei der Aufgabenbewältigung von Haushalten. Großhaushalte als ein Element in der Kooperation. In: HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT, Jg. 40, Heft 1, S. 27–36.

- STAEHLE, WOLFGANG H. (1999): *Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive*. 8. Auflage. München.
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (HRSG.) (2008): *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.) (2010): *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- STEFFEN, GABRIELE; FRITZ, ANTJE (2006): *Wohnen mit Assistenz. Wohnformen für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung als Antwort auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel*. Stuttgart.
- STEINHAGEN-THIESSEN, ELISABETH; BORCHELT, MARKUS (1996): *Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter*. In: MAYER, KARL ULRICH; BALTES, PAUL B. (HRSG.): *Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften*. Berlin, S. 151–183.
- STEMMLE, DIETER (1999): *Die vernetzte Organisation im Sozialwesen. Die strategische Innovation aus Marketing-Gesichtspunkten*. In: CARITAS-VERBAND DER DIÖZESE ROTTENBURG-STUTTGART E.V. (HRSG.): *Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe*. 9. März 1999. Stuttgart-Hohenheim: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, S. 83–94.
- STOCK, STEPHANIE; REDAËLLI, MARCUS; LAUTERBACH, KARL W. (2005): *Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen*. Stuttgart.
- SYDOW, JÖRG (1992): *Strategische Netzwerke*. Wiesbaden.
- SYDOW, JÖRG (1995): *Netzwerkorganisation. Interne und externe Restrukturierung*. In: *WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTLICHES STUDIUM*, Jg. 24, Heft 12, S. 629–634.
- SYDOW, JÖRG (2003a): *Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung*. In: SYDOW, JÖRG (HRSG.): *Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“*. 3. Auflage. Wiesbaden, S. 293–354.

- SYDOW, JÖRG (2003b): Über Netzwerke, Allianzsysteme, Verbände, Kooperationen und Konstellationen. In: SYDOW, JÖRG (HRSG.): Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der „Managementforschung“. 3. Auflage. Wiesbaden, S. 1–6.
- SYDOW, JÖRG (2005): Management von Unternehmensnetzwerken – Auf dem Weg zu einer reflexiven Netzwerkentwicklung. In: WELTER, FRIEDERIKE (HRSG.): Der Mittelstand an der Schwelle zur Informationsgesellschaft. Veröffentlichungen des Round Table Mittelstands, 3. Berlin, S. 123–145.
- TACKE, JÜRGEN; LAUTERBACH, KARL W. (1998): Disease Management. Ein Überblick. In: ARNOLD, MICHAEL; PAFFRATH, DIETER (HRSG.): Krankenhaus-Report 1997. Schwerpunkt: sektorübergreifende Versorgung. Stuttgart, S. 157–164.
- TESCH-RÖMER, CLEMENS; WURM, SUSANNE; HOFF, ANDREAS U.A. (2006): Der Alterssurvey: Beobachtung gesellschaftlichen Wandels und Analyse individueller Veränderungen. In: TESCH-RÖMER, CLEMENS; ENGSTLER, HERIBERT; WURM, SUSANNE (HRSG.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden, S. 11–46.
- TEWS, BERND (2005): Ambulante Pflegedienste in der integrierten Versorgung. Kosten sparen – Pflegebedürftigkeit verzögern. In: FÜSGEN, INGO (HRSG.): Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/Demenz/Pflege. 17. Workshop des „Zukunftsforums Demenz“ 23. Februar in Frankfurt am Main. Dokumentationsreihe, 13. Wiesbaden, S. 51–57.
- THIELE-WITTIG, MARIA (1993): Schnittstellen der privaten Haushalte zu Institutionen – Zunehmende Außenbeziehungen der Haushalte im Wandel der Daseinsbewältigung. In: GRÄBE, SYLVIA (HRSG.): Der private Haushalt im wissenschaftlichen Diskurs. Reihe „Stiftung Der Private Haushalt“, 17. Frankfurt am Main, New York, S. 371–388.
- THIESSEN, BARBARA (2004): Re-Formulierung des Privaten. Professionalisierung personenbezogener, haushaltsnaher Dienstleistungsarbeit. Studien interdisziplinärer Geschlechterforschung, 8. Wiesbaden.

- TIEMANN, OLIVER; SCHREYÖGG, JONAS; WÖRZ, MARKUS U.A. (2010): Leistungsmanagement in Krankenhäusern. In: BUSSE, REINHARD; SCHREYÖGG, JONAS; TIEMANN, OLIVER (HRSG.): Management im Gesundheitswesen. 2. Auflage. Berlin, S. 47–75.
- TNS-INFRATEST (2010): Projektbeschreibungen und Publikationen. Online verfügbar unter: [http://www.tns-infratest-sofo.com/arbeitsber/2560/2560\\_steck.html#mug](http://www.tns-infratest-sofo.com/arbeitsber/2560/2560_steck.html#mug) vier. Abgerufen am 04.02.2011.
- TROJAN, ALF; HILDEBRANDT, HELMUT; FALTIS, MICHAEL (1987): Selbsthilfe, Netzwerkforschung und Gesundheitsförderung. Grundlagen „gemeindefbezogener Netzwerkförderung“ als Präventionsstrategie. In: KEUPP, HEINER; RÖHRLE, BERND (HRSG.): Soziale Netzwerke. Frankfurt am Main, S. 294–317.
- TSCHAMMER-OSTEN, BERNDT (1979): Haushaltswissenschaft. Einführung in die Betriebswirtschaftslehre des privaten Haushalts. Stuttgart, New York.
- TWIGG, JULIA (1989): Models of carers: How do social agencies conceptualize their relationship with informal carers? In: JOURNAL OF SOCIAL POLICY, Jg. 18, Heft 1, S. 53–66.
- ULRICH, HANS (1970): Die Unternehmung als produktives soziales System. Schriftreihe Unternehmung und Unternehmensführung. 2. Auflage. Bern, Stuttgart.
- ULRICH, HANS (1984): Management. Schriftenreihe Unternehmung und Unternehmensführung. Bern
- ULRICH, HANS-JOACHIM (1996): Haushaltswissenschaftliche Literatur in Forschung und Praxis. In: OLTERS DORF, ULRICH; PREUB, THOMAS (HRSG.): Haushalte an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend. Aspekte hausaltswissenschaftlicher Forschung – gestern, heute, morgen. Frankfurt am Main, S. 363–369.
- VANDERSEYPEN, GUIDO (2009): Illegale Beschäftigung in Privathaushalten. In: LARSEN, CHRISTA; JOOST, ANGELA; HEID, SABINE (HRSG.): Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München, Mering, S. 20–23.
- WAGNER, BIRGIT (2004): Geriatrie Versorgung in Deutschland. Versorgungsketten zwischen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege. Hamburg.

- WAHL, HANS-WERNER; REICHERT, MONIKA (1994): Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: KRUSE, ANDREAS; WAHL, HANS-WERNER (HRSG.): Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort. Bern u.a., S. 15–47.
- WAHL, HANS-WERNER; SCHNEEKLOTH, ULRICH (2005): Hintergrund und Positionierung des Projektes MuG-III. In: SCHNEEKLOTH, ULRICH; WAHL, HANS-WERNER (HRSG.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG-III) – Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München, S. 9–53.
- WARMBRUNN, JOHANNES (2006): Konzept für ein Überleitungsmanagement auf Landesebene – das Beispiel Geriatrie in Baden-Württemberg. In: BÜHLER, ERNST (HRSG.): Überleitungsmanagement und integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Stuttgart, S. 29–50.
- WEIDEKAMP-MEICHER, MANUELA (2005): Lebensqualität älterer Menschen. In: SCHÖNBERG, FRAUKE; NAEGELE, GERHARD (HRSG.): Alter hat Zukunft. 15 Jahre gerontologische Forschung in Dortmund. Münster, S. 329–340.
- WENDT, WOLF RAINER (1993): Entwicklungslinien in der ambulant sozialpflegerischen Versorgung. In: WENDT, WOLF RAINER (HRSG.): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation. Freiburg im Breisgau, S. 7–44.
- WENDT, WOLF RAINER (1999): Case Management in der ambulanten und stationären Altenhilfe. In: CARITASVERBAND DER DIÖZESE ROTTENBURG-STUTTGART E.V. (HRSG.): Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe. 9. März 1999. Stuttgart-Hohenheim: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, S. 70–82.
- WENDT, WOLF RAINER (2001): Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau.
- WENDT, WOLF RAINER (2010): Care und Case Management. In: ANER, KIRSTEN; KARL, UTE (HRSG.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, S. 215–222.

- WIECHMANN, MICHAEL (2003): *Managed Care. Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen.* Wiesbaden.
- WILMS, FALKO E. P. (2001): *Systemorientiertes Management.* München.
- WILMS, FALKO E. P. (2003): *Management. Eine systemtheoretische Annäherung.* Lüneburg.
- WINGENFELD, KLAUS (2003): *Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege.* Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaften. Universität Bielefeld.
- WINTER, THOMAS VON (2003): *Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit.* In: KLIE, THOMAS; BUHL, ANKE; ENTZIAN, HILDEGARD U.A. (HRSG.): *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive.* Frankfurt am Main, S. 7–25.
- WISSERT, MICHAEL (1999): *Beratungshilfen bei der Pflege und Versorgung alter Menschen durch das Unterstützungsmanagement.* In: KLIE, THOMAS; SCHMIDT, ROLAND (HRSG.): *Die neue Pflege alter Menschen.* Bern u.a., S. 121–163.
- WIBMANN, PETER; LANGEHENNIG, MANFRED (1998): *Durchblick für die KundInnen im Pflegemarkt. Die Berliner Koordinationsstellen: Auf dem Weg zum bleibenden Angebot.* In: *HÄUSLICHE PFLEGE*, Heft 1, S. 21.
- WITT, DIETER (1992): *Belastungen und Kooperation bei der Aufgabenbewältigung von Haushalten.* In: *HAUSWIRTSCHAFT UND WISSENSCHAFT*, Jg. 40, Heft 1, S. 19–26.
- WITT, DIETER (1995): *Wechselbeziehungen zwischen Haushalten und hauswirtschaftlichen Großbetrieben in einer sich wandelnden Gesellschaft.* In: BUNDESMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTURELLE BILDUNG (HRSG.): *Dokumentation der Fachtagung. Haushalt und Ernährung im Wandel am 20. und 21. Oktober 2004.* Wien, S. 26–36.
- WITT, DIETER (2004): *Personalwirtschaft.* In: FACHAUSSCHUSS GROßHAUSHALT DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR HAUSWIRTSCHAFT (HRSG.): *Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs.* München, S. 178–199.

- WOCHNER-LUIKH, CLEMENS (1999): Inhaltliche Einführung. In: CARITAS-VERBAND DER DIÖZESE ROTTENBURG-STUTTGART E.V. (HRSG.): *Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe*. 9. März 1999. Stuttgart-Hohenheim: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, S. 7–10.
- WOHLFAHRT, NORBERT (2000): Netzwerke als Instrument politisch-administrativer Kontextsteuerung. Zur Aufwertung von Vermittlerstrukturen im Prozeß der Verwaltungsmodernisierung. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN; WOHLFAHRT, NORBERT (HRSG.): *Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor*. Berlin, S. 69–87.
- WURM, SUSANNE; SCHÖLLGEN, INA; TESCH-RÖMER, CLEMENS (2010): Gesundheit. In: MOTEL-KLINGEBIEL, ANDREAS; WURM, SUSANNE; TESCH-RÖMER, CLEMENS (HRSG.): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart, S. 90–117.
- ZAMORA, PABLO; BADURA, BERNHARD; KNESEBECK, OLAF VON DER U.A. (2000): Das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In: BADURA, BERNHARD (HRSG.): *Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht*. Düsseldorf, S. 6–25.
- ZEMAN, PETER (1994): Informelle und formelle Helfer in der häuslichen Versorgung alter Menschen – Sozialpolitische Verknüpfungskonzepte und Alltagsinteraktionen. In: KONDRATOWITZ, HANS-JOACHIM VON (HRSG.): *Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen. DZA: Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit*, 92. Berlin, S. 171–185.
- ZEMAN, PETER (1996): Häusliche Altenpflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. DZA-Diskussionspapiere, 4. Berlin.
- ZEMAN, PETER (1997): Häusliche Pflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Hilfesystemen. In: BRAUN, UTE; SCHMIDT, ROLAND (HRSG.): *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur*. Regensburg, S. 97–112.

- ZEMAN, PETER (1998): Leitbilder und Modernisierungsziele aktueller Altenarbeit. In: DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (HRSG.): Jahrbuch des DZA. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Alterssozialpolitik. Regensburg 1998, S. 219-246.
- ZEMAN, PETER (1999): Probleme der Vernetzung von sozialen Diensten und Lebenswelt in häuslichen Altenpflegearrangements. In: NAEGELE, GERHARD; SCHÜTZ, RUDOLF MARIA (HRSG.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Opladen, Wiesbaden, S. 375–387.
- ZEMAN, PETER (2005): Altenpflegearrangements. Vernetzung der Netzwerke. In: BAUER, PETRA; OTTO, ULRICH (HRSG.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen, S. 315–333.
- ZEMAN, PETER (2007): Strukturelle Vernetzung in Altenhilfe und Pflege. Zur Aktualität eines viel diskutierten Konzepts. In: INFORMATIONSDIENST FÜR ALTERSFRAGEN, Jg. 34, Heft 6, S. 2–4.
- ZEMAN, PETER; SCHMIDT, ROLAND (2001): Soziale Altenarbeit – Strukturen und Entwicklungslinien. In: DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (HRSG.): Lebenslagen, soziale Ressourcen und gesellschaftliche Integration im Alter. Expertise zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, 3. Opladen, S. 235–282.





## **Anhang**

Anlage 1: Fragebogen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Anlage 2: Fragebogen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern

Anlage 3: Fragebogen für Leiterinnen und Leiter von ambulanten Pflegeeinrichtungen

Anlage 4: Fragebogen für Leiterinnen und Leiter von stationären Pflegeeinrichtungen

Anlage 5: Fragebogen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern und Pflegekassen





# FRAGEBOGEN

zum Thema:

---

**„Wohnortnahe Koordination der  
Versorgungs- und Betreuungsleistungen  
für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

---

**Friederike Nawroth, M. Sc.**

Justus-Liebig-Universität Gießen

Lehrstuhl für Management  
personaler Versorgungsbetriebe

Bismarckstraße 37

D-35390 Gießen

Tel.: 0641 / 99 – 39308

Fax.: 0641 / 99 – 39329

E-Mail: [Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de](mailto:Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de)

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**Warum wende ich mich an Sie?**

Mit der Befragung wende ich mich an Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens. Hierzu gehören beispielsweise Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte/innen, Pflegedienste und Pflegeheime auf der Seite der Leistungserbringer sowie Kranken- und Pflegekassen auf der Seite der Leistungsträger.

Eine zentrale Aufgabe der Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens liegt in der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.

An der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind neben Angehörigen oftmals unterschiedliche professionelle Anbieter beteiligt.

Sind die Leistungen der Anbieter auf die Bedürfnisse hilfe- und pflegebedürftiger Personen vor Ort aufeinander abgestimmt, kann dies zahlreiche Vorteile haben. Hierzu bedarf es einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen.

In der Befragung interessieren mich Ihre Einstellung und Vorstellungen aus der Sicht der Ärztin/ des Arztes zu diesem Thema.

**Was geschieht mit Ihren Angaben?**

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Personen welche Angaben gemacht haben. Kennzeichnen Sie den Fragebogen deshalb bitte nicht.

**Wie ist der Fragebogen auszufüllen?**

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie die Fragen so, wie sie aus Ihrer Sicht als Ärztin/Arzt am ehesten zutreffen.

Im Fragebogen finden Sie detaillierte Hinweise zur Beantwortung der Fragen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15. August 2010 im beiliegenden frankierten Rückumschlag ohne Angabe des Absenders zurück.

**Für Ihre Unterstützung bei meiner Forschungsarbeit danke ich Ihnen sehr.**

Mit freundlichen Grüßen

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**1 Betreuen Sie als niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt hilfe- und pflegebedürftige Personen?**

➤ Kreuzen Sie Zutreffendes an.

Ja (weiter mit Frage 2)

Nein (Ende der Befragung)

**2 Wie wünschenswert finden Sie, dass die Versorgungs- und Betreuungsleistungen, welche Sie für Ihre hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen erbringen, folgende Eigenschaften aufweisen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Ich finde es wünschenswert, dass ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... für jede/n hilfe- und pflegebedürftige/n Patienten/in ein individueller Versorgungs- und Betreuungsplan erstellt wird.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... jede/r hilfe- und pflegebedürftige Patient/in nach den gleichen Verfahren versorgt und betreut wird.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer mit Leitlinien und Standards gearbeitet wird.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung trotz höherer Kosten ein hoher Wert auf die Servicequalität gelegt wird.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... trotz höherer Kosten viel Zeit für die Beratung meiner hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen sowie ihrer Angehörigen aufgebracht wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... meine hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen keine bzw. nur geringe Zuzahlungen leisten müssen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen eine zentrale Bedeutung besitzt.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**3 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an der Abstimmung der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Einzelfall (Fallmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An der Koordination im Einzelfall beteiligen sollen sich ...                                       | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... die behandelnden Hausärzte/innen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen ambulanter Pflegedienste/der Sozialstationen (im Falle der Inanspruchnahme). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. Sozialdienst) (nach einem Krankenhausaufenthalt).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Pflegeheimen (im Falle der Inanspruchnahme).                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen insgesamt (regionales Versorgungsmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An einer wohnortnahen Koordination beteiligen sollen sich ...                   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Interessengruppen hilfe- und pflegebedürftiger Personen.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen kommunaler Verwaltungen (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. Sozialdienst).                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... neutrale außenstehende Personen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassene Fach- und Hausärzte/innen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen ambulanter Pflegedienste/von Sozialstationen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen von Pflegeheimen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**5 Finden Sie folgende Maßnahmen zur Umsetzung einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen sinnvoll und würden Sie sich an der Durchführung der genannten Maßnahmen eventuell beteiligen?**

- Setzen Sie je Zeile zwei Kreuze. Ein Kreuz für Ihre Zustimmung und ein Kreuz für Ihre Bereitschaft an der jeweiligen Maßnahme teilzunehmen.

| Maßnahme   | Diese Maßnahme finde ich sinnvoll: |                          | Daran würde ich mich beteiligen: |                          |
|--|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|  | ja                                 | nein                     | ja                               | nein                     |
| Regional sollen Runde Tische eingerichtet werden, welche dem Informationsaustausch und der Analyse des wohnortnahen Handlungsbedarfs hinsichtlich der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen dienen.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Es sollen themenspezifische Arbeitsgruppen gegründet werden, die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen erarbeiten.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für ausgewählte Personengruppen (z.B. Schlaganfallpatienten/innen, Demenzerkrankte) sollen anbieterübergreifende Versorgungs- und Behandlungspläne erstellt werden.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit komplexen Bedarfslagen sollen im Einzelfall anbieterübergreifende Versorgungs- und Betreuungspläne erstellt werden.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Jede hilfe- und pflegebedürftige Person soll eine (elektronische) Gesundheitskarte besitzen, die mit ihrer Zustimmung von allen Anbietern, von denen sie Versorgungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt, genutzt werden kann.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Wohnortnahe Anlaufstellen für Hilfesuchende (z.B. Pflegestützpunkte) sollen u.a. auch Informationen über hilfe- und pflegebedürftige Personen bündeln und unter Berücksichtigung des Datenschutzes den regionalen Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen zur Verfügung stellen. | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

| <b>6 Unter welchen Rahmenbedingungen würden Sie sich an einer oder mehreren dieser Maßnahme/n beteiligen?</b><br>➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz. |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich würde mich beteiligen, wenn ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
| ... der fachliche Austausch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen gestärkt wird.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Dokumentationsaufwand für mich nicht erhöht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Kosten für die Versorgung und Betreuung meiner hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen sinken.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich mein Arbeitsaufwand verringert, beispielsweise indem ich Aufgaben an andere Anbieter (z.B. ambulante Pflegedienste) übertragen kann.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ich Ressourcen (z.B. Personal oder Geräte) mit anderen Anbietern (z.B. Krankenhäusern) gemeinsam unterhalten und nutzen kann.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich die Lebensbedingungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen verbessern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ich neue Behandlungs- und Versorgungsformen mit entwickeln und erproben kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ich einen höheren Einfluss auf die Behandlung und Versorgung meiner hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen nehmen kann.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Qualität der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen steigt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... der Informationsaustausch zwischen den Anbietern (z.B. zu Mitarbeitern/innen des ambulanten Dienstes) schneller und einfacher ist.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ich mich stärker auf bestimmte Behandlungen spezialisieren kann.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ich mehr Behandlungsleistungen erbringen kann.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Wirtschaftlichkeit meiner Versorgungs- und Betreuungsleistungen gesteigert werden kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ich selbst entscheiden kann, ob ich regionale Handlungsempfehlungen anwende.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... das Image meiner Arztpraxis gesteigert werden kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**7 Inwieweit ist für Sie eine Zusammenarbeit zwischen Ihrer Arztpraxis und folgenden Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen wichtig, um Ihre Aufgaben als Ärztin/Arzt optimal zu erfüllen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Wichtig ist eine Zusammenarbeit mit ...                             | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... ambulanten Pflegediensten/Sozialstationen.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste (z.B. Essen auf Rädern). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Palliativ- und Hospizeinrichtungen.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Krankenhäusern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Fachärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Hausärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Therapeuten/innen (z.B. Logopäden/innen).      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Rehabilitationseinrichtungen.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Pflegeheimen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Anmerkungen:**

---

**Für Ihre Mitarbeit danke ich Ihnen sehr. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Befragung haben, füllen Sie bitte das beiliegende Formular aus.**

---





# FRAGEBOGEN

zum Thema:

---

**„Wohnortnahe Koordination der  
Versorgungs- und Betreuungsleistungen  
für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

---

**Friederike Nawroth, M. Sc.**

Justus-Liebig-Universität Gießen

Lehrstuhl für Management  
personaler Versorgungsbetriebe

Bismarckstraße 37

D-35390 Gießen

Tel.: 0641 / 99 – 39308

Fax.: 0641 / 99 – 39329

E-Mail: [Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de](mailto:Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de)

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**Warum wende ich mich an Sie?**

Mit der Befragung wende ich mich an Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens. Hierzu gehören beispielsweise Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte/innen, Pflegedienste und Pflegeheime auf der Seite der Leistungserbringer sowie Kranken- und Pflegekassen auf der Seite der Leistungsträger.

Eine zentrale Aufgabe der Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens liegt in der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.

An der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind neben Angehörigen oftmals unterschiedliche professionelle Anbieter beteiligt.

Sind die Leistungen der Anbieter auf die Bedürfnisse hilfe- und pflegebedürftiger Personen vor Ort aufeinander abgestimmt, kann dies zahlreiche Vorteile haben. Hierzu bedarf es einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen.

In der Befragung interessieren mich Ihre Einstellung und Vorstellungen aus der Sicht Ihres Krankenhauses zu diesem Thema.

**Was geschieht mit Ihren Angaben?**

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Personen welche Angaben gemacht haben. Kennzeichnen Sie den Fragebogen deshalb bitte nicht.

**Wie ist der Fragebogen auszufüllen?**

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie die Fragen so, wie sie Ihrer Meinung nach aus der Sicht Ihres Krankenhauses am ehesten zutreffen.

Im Fragebogen finden Sie detaillierte Hinweise zur Beantwortung der Fragen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 1. August 2010 im beiliegenden frankierten Rückumschlag ohne Angabe des Absenders zurück.

**Für Ihre Unterstützung bei meiner Forschungsarbeit danke ich Ihnen sehr.**

Mit freundlichen Grüßen

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**1 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Krankenhaus?**

➤ Kreuzen Sie Zutreffendes an.

Privat-kommerzielle Trägerschaft

Freigemeinnützige Trägerschaft

Öffentliche Trägerschaft

**2 Wie wünschenswert wäre es für Sie, dass die Versorgungs- und Betreuungsleistungen, welche Ihr Krankenhaus für hilfe- und pflegebedürftige Patienten/innen erbringt, folgende Eigenschaften aufweisen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Ich finde es wünschenswert, dass ...   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... für jede/n hilfe- und pflegebedürftige/n Patienten/in ein individueller Versorgungs- und Betreuungsplan erstellt wird.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... jede/r hilfe- und pflegebedürftige Patient/in nach den gleichen Verfahren versorgt und betreut wird.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer mit Leitlinien und Standards gearbeitet wird.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung trotz höherer Kosten ein hoher Wert auf die Servicequalität gelegt wird.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... trotz höherer Kosten viel Zeit für die Beratung hilfe- und pflegebedürftiger Patienten/innen sowie ihrer Angehörigen aufgebracht wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... unsere hilfe- und pflegebedürftige Patienten/innen keine bzw. nur geringe Zuzahlungen leisten müssen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen eine zentrale Bedeutung besitzt.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**3 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an der Abstimmung der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Einzelfall (Fallmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An der Koordination im Einzelfall beteiligen sollen sich ...   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... die behandelnden Hausärzte/innen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen ambulanter Pflegedienste/der Sozialstationen (im Falle der Inanspruchnahme).     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. des Sozialdienstes) (nach einem Krankenhausaufenthalt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Pflegeheimen (im Falle der Inanspruchnahme).                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen insgesamt (regionales Versorgungsmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An einer wohnortnahen Koordination beteiligen sollen sich ...                   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Interessengruppen hilfe- und pflegebedürftiger Personen.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen kommunaler Verwaltungen (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. des Sozialdienstes).             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... neutrale außenstehende Personen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassene Fach- und Hausärzte/innen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen ambulanter Pflegedienste/von Sozialstationen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen von Pflegeheimen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**5 Finden Sie folgende Maßnahmen zur Umsetzung einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen sinnvoll und inwieweit würde sich Ihr Krankenhaus – Ihrer Meinung nach – an der Durchführung der genannten Maßnahmen eventuell beteiligen?**

- Setzen Sie je Zeile zwei Kreuze. Ein Kreuz für Ihre Zustimmung und ein Kreuz für Ihre Bereitschaft an der jeweiligen Maßnahme eventuell teilzunehmen.

| Maßnahme  | Diese Maßnahme finde ich sinnvoll: |                          | Daran würden wir uns beteiligen: |                          |
|---|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|   | ja                                 | nein                     | ja                               | nein                     |
| Regional sollen Runde Tische eingerichtet werden, welche dem Informationsaustausch und der Analyse des wohnortnahen Handlungsbedarfs hinsichtlich der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen dienen.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Es sollen themenspezifische Arbeitsgruppen gegründet werden, die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen erarbeiten.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für ausgewählte Personengruppen (z.B. Schlaganfallpatienten/innen, Demenzerkrankte) sollen anbieterübergreifende Versorgungs- und Behandlungspläne erstellt werden.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit komplexen Bedarfslagen sollen im Einzelfall anbieterübergreifende Versorgungs- und Betreuungspläne erstellt werden.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Jede hilfe- und pflegebedürftige Person soll eine (elektronische) Gesundheitskarte besitzen, die mit ihrer Zustimmung von allen Anbietern, von denen sie Versorgungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt, genutzt werden kann.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Wohnortnahe Anlaufstellen für Hilfesuchende (z.B. Pflegestützpunkte) sollen u.a. auch Informationen über hilfe- und pflegebedürftige Personen bündeln und unter Berücksichtigung des Datenschutzes den Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen zur Verfügung stellen. | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**6 Was denken Sie, unter welchen Rahmenbedingungen würde sich Ihr Krankenhaus an einer oder mehreren dieser Maßnahme/n zur wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Ich denke, dass wir uns beteiligen würden, wenn ...   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... der fachliche Austausch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen gestärkt wird.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Dokumentationsaufwand nicht erhöht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Kosten für die Versorgung und Betreuung unserer hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen insgesamt sinken.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Arbeitsaufwand unseres Krankenhauses verringert, beispielsweise indem wir Aufgaben an andere Anbieter (z.B. stationäre Pflegeeinrichtungen) übertragen können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir Ressourcen, z.B. Personal, mit anderen Einrichtungen gemeinsam unterhalten und nutzen können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich die Lebensbedingungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen verbessern.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir neue Behandlungs- und Versorgungsformen mit entwickeln und erproben können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir einen höheren Einfluss auf die Behandlung und Versorgung unserer hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen nehmen können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Qualität der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen steigt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... der Informationsaustausch zwischen den Anbietern (z.B. zu Mitarbeitern/innen stationärer Pflegeeinrichtungen) schneller und einfacher ist.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir uns stärker auf bestimmte Behandlungen spezialisieren können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir mehr Versorgungs- und Betreuungsleistungen erbringen können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... es sich finanziell für unser Krankenhaus lohnt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir selbst entscheiden können, ob wir regionale Handlungsempfehlungen anwenden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... das Image unseres Krankenhauses gesteigert werden kann.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**7 Inwieweit ist Ihrer Meinung nach eine Zusammenarbeit zwischen Ihrem Krankenhaus und folgenden Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen wichtig, um eine optimale Versorgung Ihrer hilfe- und pflegebedürftigen Patienten/innen zu erreichen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Wichtig ist eine Zusammenarbeit mit ...                             | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... ambulanten Pflegediensten/Sozialstationen.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste (z.B. Essen auf Rädern). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Palliativ- und Hospizeinrichtungen.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Krankenhäusern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Fachärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Hausärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Therapeuten/innen (z.B. Logopäden/innen).      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Rehabilitationseinrichtungen.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Pflegeheimen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Beratungsstellen/Pflegestützpunkten.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Anmerkungen:**

---

**Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich sehr. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Befragung haben, füllen Sie bitte das beiliegende Formular aus.**

---





# FRAGEBOGEN

zum Thema:

---

**„Wohnortnahe Koordination der  
Versorgungs- und Betreuungsleistungen  
für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

---

**Friederike Nawroth, M. Sc.**

Justus-Liebig-Universität Gießen

Lehrstuhl für Management  
personaler Versorgungsbetriebe

Bismarckstraße 37

D-35390 Gießen

Tel.: 0641 / 99 – 39308

Fax.: 0641 / 99 – 39329

E-Mail: [Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de](mailto:Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de)

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**Warum wende ich mich an Sie?**

Mit der Befragung wende ich mich an Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens. Hierzu gehören beispielsweise Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte/innen, Pflegedienste und Pflegeheime auf der Seite der Leistungserbringer sowie Kranken- und Pflegekassen auf der Seite der Leistungsträger.

Eine zentrale Aufgabe der Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens liegt in der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.

An der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind neben Angehörigen oftmals unterschiedliche professionelle Anbieter beteiligt.

Sind die Leistungen der Anbieter auf die Bedürfnisse hilfe- und pflegebedürftiger Personen vor Ort aufeinander abgestimmt, kann dies zahlreiche Vorteile haben. Hierzu bedarf es einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen.

In der Befragung interessieren mich Ihre Einstellung und Vorstellungen aus der Sicht Ihres Pflegedienstes zu diesem Thema.

**Was geschieht mit Ihren Angaben?**

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Personen welche Angaben gemacht haben. Kennzeichnen Sie den Fragebogen deshalb bitte nicht.

**Wie ist der Fragebogen auszufüllen?**

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie die Fragen so, wie sie Ihrer Meinung nach aus der Sicht Ihres Pflegedienstes am ehesten zutreffen.

Im Fragebogen finden Sie detaillierte Hinweise zur Beantwortung der Fragen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15. August 2010 im beiliegenden frankierten Rückumschlag ohne Angabe des Absenders zurück.

**Für Ihre Unterstützung bei meiner Forschungsarbeit danke ich Ihnen sehr.**

Mit freundlichen Grüßen

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**1 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Pflegedienst?**

➤ Kreuzen Sie Zutreffendes an.

Privat-kommerzielle Trägerschaft (z.B. bei Selbständigkeit)

Freigemeinnützige Trägerschaft (z.B. Wohlfahrtsverband)

Öffentliche Trägerschaft

**2 Wie wünschenswert wäre es für Sie, dass die Versorgungs- und Betreuungsleistungen, welche Ihr Pflegedienst für hilfe- und pflegebedürftige Personen erbringt, folgende Eigenschaften aufweisen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Ich finde es wünschenswert, dass ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... für jede hilfe- und pflegebedürftige Person ein individueller Versorgungs- und Betreuungsplan erstellt wird.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... jede hilfe- und pflegebedürftige Person nach den gleichen Verfahren versorgt und betreut wird.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer mit Leitlinien und Standards gearbeitet wird.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung trotz höherer Kosten ein hoher Wert auf die Servicequalität gelegt wird.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... trotz höherer Kosten viel Zeit für die Beratung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie ihrer Angehörigen aufgebracht wird. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... unsere hilfe- und pflegebedürftige Klienten keine bzw. nur geringe Zuzahlungen leisten müssen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen eine zentrale Bedeutung besitzt.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**3 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an der Abstimmung der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Einzelfall (Fallmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An der Koordination im Einzelfall beteiligen sollen sich ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... die behandelnden Hausärzte/innen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen ambulanter Pflegedienste/der Sozialstationen (im Falle der Inanspruchnahme).    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. des Sozialdienstes, nach einem Krankenhausaufenthalt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Pflegeheimen (im Falle der Inanspruchnahme).                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen insgesamt (regionales Versorgungsmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An einer wohnortnahen Koordination beteiligen sollen sich ...                   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Interessengruppen hilfe- und pflegebedürftiger Personen.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen kommunaler Verwaltungen (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. des Sozialdienstes).             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... neutrale außenstehende Personen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassene Fach- und Hausärzte/innen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen ambulanter Pflegedienste/von Sozialstationen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen von Pflegeheimen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**5 Finden Sie folgende Maßnahmen zur Umsetzung einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen sinnvoll und inwieweit würden Sie sich als Pflegedienst an der Durchführung der genannten Maßnahmen eventuell beteiligen?**

- Setzen Sie je Zeile zwei Kreuze. Ein Kreuz für Ihre Zustimmung und ein Kreuz für Ihre Bereitschaft an der jeweiligen Maßnahme eventuell teilzunehmen.

| Maßnahme  | Diese Maßnahme finde ich sinnvoll: |                          | Daran würden wir uns beteiligen: |                          |
|---|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|   | ja                                 | nein                     | ja                               | nein                     |
| Regional sollen Runde Tische eingerichtet werden, welche dem Informationsaustausch und der Analyse des wohnortnahen Handlungsbedarfs hinsichtlich der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen dienen.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Es sollen themenspezifische Arbeitsgruppen gegründet werden, die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen erarbeiten.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für ausgewählte Personengruppen (z.B. Schlaganfallpatienten/innen, Demenzerkrankte) sollen anbieterübergreifende Versorgungs- und Behandlungspläne erstellt werden.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit komplexen Bedarfslagen sollen im Einzelfall anbieterübergreifende Versorgungs- und Betreuungspläne erstellt werden.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Jede hilfe- und pflegebedürftige Person soll eine (elektronische) Gesundheitskarte besitzen, die mit ihrer Zustimmung von allen Anbietern, von denen sie Versorgungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt, genutzt werden kann.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Wohnortnahe Anlaufstellen für Hilfesuchende (z.B. Pflegestützpunkte) sollen u.a. auch Informationen über hilfe- und pflegebedürftige Personen bündeln und unter Berücksichtigung des Datenschutzes den Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen zur Verfügung stellen. | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**6 Unter welchen Rahmenbedingungen würden Sie sich als Pflegedienst an einer oder mehreren dieser Maßnahme/n zur wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Ich denke, dass wir uns beteiligen würden, wenn ...   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... der fachliche Austausch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen gestärkt wird.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Dokumentationsaufwand nicht erhöht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Kosten für die Versorgung und Betreuung unserer hilfe- und pflegebedürftigen Klienten insgesamt sinken.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Arbeitsaufwand unseres Pflegedienstes verringert, beispielsweise indem wir Aufgaben an andere Anbieter (z.B. Hausärzte) übertragen können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir Ressourcen, z.B. Personal, mit anderen Einrichtungen gemeinsam unterhalten und nutzen können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich die Lebensbedingungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen verbessern.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir neue Behandlungs- und Versorgungsformen mit entwickeln und erproben können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir einen höheren Einfluss auf die Behandlung und Versorgung unserer hilfe- und pflegebedürftigen Klienten nehmen können.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Qualität der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen steigt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... der Informationsaustausch zwischen den Anbietern (z.B. zu Hausärzten/innen) schneller und einfacher ist.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir uns stärker auf bestimmte Versorgungs- und Betreuungsleistungen spezialisieren können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir mehr Versorgungs- und Betreuungsleistungen erbringen können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... es sich finanziell für unseren Pflegedienst lohnt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir selbst entscheiden können, ob wir regionale Handlungsempfehlungen anwenden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... das Image unseres Pflegedienstes gesteigert werden kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**7 Inwieweit ist Ihrer Meinung nach eine Zusammenarbeit zwischen Ihrem Pflegedienst und folgenden Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen wichtig, um eine optimale Versorgung Ihrer hilfe- und pflegebedürftigen Klienten zu erreichen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Wichtig ist eine Zusammenarbeit mit ...                             | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... ambulanten Pflegediensten/Sozialstationen.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste (z.B. Essen auf Rädern). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Palliativ- und Hospizeinrichtungen.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Krankenhäusern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Fachärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Hausärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Therapeuten/innen (z.B. Logopäden/innen).      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Rehabilitationseinrichtungen.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Pflegeheimen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Beratungsstellen/Pflegestützpunkten.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Anmerkungen:**

---

**Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich sehr. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Befragung haben, füllen Sie bitte das beiliegende Formular aus.**

---





# FRAGEBOGEN

zum Thema:

---

**„Wohnortnahe Koordination der  
Versorgungs- und Betreuungsleistungen  
für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

---

**Friederike Nawroth, M. Sc.**

Justus-Liebig-Universität Gießen

Lehrstuhl für Management  
personaler Versorgungsbetriebe

Bismarckstraße 37

D-35390 Gießen

Tel.: 0641 / 99 – 39308

Fax.: 0641 / 99 – 39329

E-Mail: [Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de](mailto:Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de)

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**Warum wende ich mich an Sie?**

Mit der Befragung wende ich mich an Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens. Hierzu gehören beispielsweise Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte/innen, Pflegedienste und Pflegeheime auf der Seite der Leistungserbringer sowie Kranken- und Pflegekassen auf der Seite der Leistungsträger.

Eine zentrale Aufgabe der Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens liegt in der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.

An der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind neben Angehörigen oftmals unterschiedliche professionelle Anbieter beteiligt.

Sind die Leistungen der Anbieter auf die Bedürfnisse hilfe- und pflegebedürftiger Personen vor Ort aufeinander abgestimmt, kann dies zahlreiche Vorteile haben. Hierzu bedarf es einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen.

In der Befragung interessieren mich Ihre Einstellung und Vorstellungen aus der Sicht Ihres Pflegeheimes zu diesem Thema.

**Was geschieht mit Ihren Angaben?**

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Personen welche Angaben gemacht haben. Kennzeichnen Sie den Fragebogen deshalb bitte nicht.

**Wie ist der Fragebogen auszufüllen?**

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie die Fragen so, wie sie Ihrer Meinung nach aus der Sicht Ihres Pflegeheimes am ehesten zutreffen.

Im Fragebogen finden Sie detaillierte Hinweise zur Beantwortung der Fragen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 1. August 2010 im beiliegenden frankierten Rückumschlag ohne Angabe des Absenders zurück.

**Für Ihre Unterstützung bei meiner Forschungsarbeit danke ich Ihnen sehr.**

Mit freundlichen Grüßen

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**1 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihr Pflegeheim?**

➤ Kreuzen Sie Zutreffendes an.

Privat-kommerzielle Trägerschaft

Freigemeinnützige Trägerschaft

Öffentliche Trägerschaft

**2 Wie wünschenswert wäre es für Sie, dass die Versorgungs- und Betreuungsleistungen, welche Sie für Ihre Bewohner/innen erbringen, folgende Eigenschaften aufweisen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Ich finde es wünschenswert, dass ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... für jede/n Bewohner/in ein individueller Versorgungs- und Betreuungsplan erstellt wird.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... jede/r Bewohner/in nach den gleichen Verfahren versorgt und betreut wird.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer mit Leitlinien und Standards gearbeitet wird.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung trotz höherer Kosten ein hoher Wert auf die Servicequalität gelegt wird.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... trotz höherer Kosten viel Zeit für persönliche Zuwendung aufgebracht wird.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... unsere Bewohner/innen möglichst wenig selbst zahlen müssen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen eine zentrale Bedeutung besitzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**3 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an der Abstimmung der Versorgung und Betreuung für hilfe- und pflegebedürftige Personen im Einzelfall (Fallmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An der Koordination im Einzelfall beteiligen sollen sich ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... die behandelnden Hausärzte/innen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen ambulanter Pflegedienste bzw. der Sozialstationen (im Falle der Inanspruchnahme). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. des Sozialdienstes, nach einem Krankenhausaufenthalt).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Pflegeheimen (im Falle der Inanspruchnahme).                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen insgesamt (regionales Versorgungsmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An einer wohnortnahen Koordination beteiligen sollen sich ...                   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Interessengruppen hilfe- und pflegebedürftiger Personen.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen kommunaler Verwaltungen (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Krankenhäusern (z.B. des Sozialdienstes).             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... neutrale außenstehende Personen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassene Fach- und Hausärzte/innen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen ambulanter Pflegedienste/von Sozialstationen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen von Pflegeheimen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**5 Finden Sie folgende Maßnahmen zur Umsetzung einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen sinnvoll und inwieweit würden Sie sich als Pflegeheim an der Durchführung der genannten Maßnahmen eventuell beteiligen?**

- Setzen Sie je Zeile zwei Kreuze. Ein Kreuz für Ihre Zustimmung und ein Kreuz für Ihre Bereitschaft an der jeweiligen Maßnahme eventuell teilzunehmen.

| Maßnahme  | Diese Maßnahme finde ich sinnvoll: |                          | Daran würden wir uns beteiligen: |                          |
|---|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|   | ja                                 | nein                     | ja                               | nein                     |
| Regional sollen Runde Tische eingerichtet werden, welche dem Informationsaustausch und der Analyse des wohnortnahen Handlungsbedarfs hinsichtlich der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen dienen.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Es sollen themenspezifische Arbeitsgruppen gegründet werden, die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen erarbeiten.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für ausgewählte Personengruppen (z.B. Schlaganfallpatienten/innen, Demenzerkrankte) sollen anbieterübergreifende Versorgungs- und Behandlungspläne erstellt werden.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit komplexen Bedarfslagen sollen im Einzelfall anbieterübergreifende Versorgungs- und Betreuungspläne erstellt werden.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Jede hilfe- und pflegebedürftige Person soll eine (elektronische) Gesundheitskarte besitzen, die mit ihrer Zustimmung von allen Anbietern, von denen sie Versorgungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt, genutzt werden kann.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Wohnortnahe Anlaufstellen für Hilfesuchende (z.B. Pflegestützpunkte) sollen u.a. auch Informationen über hilfe- und pflegebedürftige Personen bündeln und unter Berücksichtigung des Datenschutzes den Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen zur Verfügung stellen. | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**6 Unter welchen Rahmenbedingungen würden Sie sich als Pflegeheim an einer oder mehreren dieser Maßnahme/n zur wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Wir würden uns beteiligen, wenn ...   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... der fachliche Austausch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen gestärkt wird.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Dokumentationsaufwand nicht erhöht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Kosten für die Versorgung und Betreuung unserer Bewohner/innen sinken.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Arbeitsaufwand unseres Pflegeheimes verringert, beispielsweise indem wir Aufgaben an andere Anbieter (z.B. Krankenhäuser) übertragen können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir Ressourcen, z.B. Personal, mit anderen Einrichtungen gemeinsam unterhalten und nutzen können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich die Lebensbedingungen hilfe- und pflegebedürftiger Personen verbessern.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir neue Behandlungs- und Versorgungsformen mit entwickeln und erproben können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir einen höheren Einfluss auf die Behandlung und Versorgung unserer Bewohner/innen nehmen können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Qualität der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen steigt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... der Informationsaustausch zwischen den Anbietern (z.B. zu Hausärzten/innen) schneller und einfacher ist.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir uns stärker auf bestimmte Versorgungs- und Betreuungsleistungen spezialisieren können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir mehr Versorgungs- und Betreuungsleistungen erbringen können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... es sich finanziell für unser Pflegeheim lohnt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir selbst entscheiden können, ob wir regionale Handlungsempfehlungen anwenden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... das Image unseres Pflegeheimes gesteigert werden kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**7 Inwieweit ist Ihrer Meinung nach eine Zusammenarbeit zwischen Ihrem Pflegeheim und folgenden Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen wichtig, um eine optimale Versorgung Ihrer Bewohner/innen zu erreichen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Wichtig ist eine Zusammenarbeit mit ...                             | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... ambulanten Pflegediensten/Sozialstationen.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste (z.B. Essen auf Rädern). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Palliativ- und Hospizeinrichtungen.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Krankenhäusern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Fachärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Hausärzten/innen.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassenen Therapeuten/innen (z.B. Logopäden/innen).      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Rehabilitationseinrichtungen.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Pflegeheimen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Beratungsstellen/Pflegestützpunkten.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Anmerkungen:**

---

**Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich sehr. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Befragung haben, füllen Sie bitte das beiliegende Formular aus.**

---





# FRAGEBOGEN

zum Thema

---

## „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“

---

**Friederike Nawroth, M. Sc.**

Justus-Liebig-Universität Gießen

Lehrstuhl für Management  
personaler Versorgungsbetriebe

Bismarckstraße 37

D-35390 Gießen

Tel.: 0641 / 99 – 39308

Fax.: 0641 / 99 – 39329

E-Mail: [Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de](mailto:Friederike.Nawroth@haushalt.uni-giessen.de)

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**Warum wende ich mich an Sie?**

Mit der Befragung wende ich mich an Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens. Hierzu gehören beispielsweise Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte/innen, Pflegedienste und Pflegeheime auf der Seite der Leistungserbringer sowie Kranken- und Pflegekassen auf der Seite der Leistungsträger.

Eine zentrale Aufgabe der Leistungserbringer und Leistungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens liegt in der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen.

An der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sind neben Angehörigen oftmals unterschiedliche professionelle Anbieter beteiligt.

Sind die Leistungen der Anbieter auf die Bedürfnisse hilfe- und pflegebedürftiger Personen vor Ort aufeinander abgestimmt, kann dies zahlreiche Vorteile haben. Hierzu bedarf es einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen.

In der Befragung interessieren mich Ihre Einstellung und Vorstellungen aus der Sicht Ihrer Kranken- und Pflegekasse zu diesem Thema.

**Was geschieht mit Ihren Angaben?**

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Personen welche Angaben gemacht haben. Kennzeichnen Sie den Fragebogen deshalb bitte nicht.

**Wie ist der Fragebogen auszufüllen?**

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie die Fragen so, wie sie aus der Sicht Ihrer Kranken- und Pflegekasse am ehesten zutreffen.

Im Fragebogen finden Sie detaillierte Hinweise zur Beantwortung der Fragen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 1. August 2010 im beiliegenden frankierten Rückumschlag ohne Angabe des Absenders zurück.

**Für Ihre Unterstützung bei meiner Forschungsarbeit danke ich Ihnen sehr.**

Mit freundlichen Grüßen

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**1 Wie wichtig finden Sie aus der Sicht Ihrer Kranken- und Pflegekasse eine wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen?**

➤ Kreuzen Sie Zutreffendes an.

Sehr wichtig

Wichtig

Weniger wichtig

Unwichtig

**2 Wie wünschenswert wäre es für Sie aus der Sicht Ihrer Kranken- und Pflegekasse, dass die Versorgungs- und Betreuungsleistungen, welche Ihre Vertragspartner (z.B. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) für Ihre von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffenen Versicherten erbringen, folgende Eigenschaften aufweisen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| Wir finden es wünschenswert, dass unsere Vertragspartner ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... für unsere von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffenen Versicherten einen individuellen Versorgungs- und Betreuungsplan erstellen.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... jeden unserer von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffenen Versicherten nach den gleichen Verfahren versorgen und betreuen.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer mit Leitlinien und Standards arbeiten.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung trotz höherer Kosten einen hohen Wert auf die Servicequalität legen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... trotz höherer Kosten viel Zeit für die Beratung unserer von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffenen Versicherten sowie ihrer Angehörigen aufbringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... keine bzw. nur geringe Zuzahlungen von unseren von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffenen Versicherten verlangen.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung möglichst immer die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... bei der Versorgung und Betreuung einen großen Stellenwert auf die Optimierung der Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen legen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**
**3 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an der Abstimmung der Versorgung und Betreuung Ihrer von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffenen Versicherten im Einzelfall (Fallmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An der Koordination im Einzelfall beteiligen sollen sich ...                                       | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... die behandelnden Hausärzte/innen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen ambulanter Pflegedienste/der Sozialstationen (im Falle der Inanspruchnahme). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen des Krankenhaussozialdienstes (nach einem Krankenhausaufenthalt).            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen stationärer Pflegeeinrichtungen (im Falle der Inanspruchnahme).              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4 Inwieweit sollen sich Ihrer Meinung nach folgende Personen an einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen insgesamt (regionales Versorgungsmanagement) beteiligen?**

➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

| An einer wohnortnahen Koordination beteiligen sollen sich ...                   | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... Interessengruppen hilfe- und pflegebedürftiger Personen.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen kommunaler Verwaltungen (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen des Krankenhaussozialdienstes.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen bzw. Pflegestützpunkten.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Mitarbeiter/innen von Kranken- und Pflegekassen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... neutrale außenstehende Personen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... niedergelassene Fach- und Hausärzte/innen.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen ambulanter Pflegedienste/von Sozialstationen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Träger bzw. Leiter/innen stationärer Pflegeeinrichtungen.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

**5 Finden Sie folgende Maßnahmen zur Umsetzung einer wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen sinnvoll und inwieweit würde sich Ihre Kranken- und Pflegekasse – Ihrer Meinung nach – an der Durchführung der genannten Maßnahmen beteiligen?**


- Setzen Sie je Zeile zwei Kreuze. Ein Kreuz für Ihre Zustimmung und ein Kreuz für Ihre Bereitschaft an der jeweiligen Maßnahme eventuell teilzunehmen.

| Maßnahme  | Diese Maßnahme finde ich sinnvoll: |                          | Daran würden wir uns beteiligen: |                          |
|---|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|   | ja                                 | nein                     | ja                               | nein                     |
| Regional sollen Runde Tische eingerichtet werden, welche dem Informationsaustausch und der Analyse des wohnortnahen Handlungsbedarfs hinsichtlich der Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen dienen.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Es sollen themenspezifische Arbeitsgruppen gegründet werden, die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Personen erarbeiten.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für ausgewählte Personengruppen (z.B. Schlaganfallpatienten/innen, Demenzerkrankte) sollen anbieterübergreifende Versorgungs- und Behandlungspläne erstellt werden.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Für hilfe- und pflegebedürftige Personen mit komplexen Bedarfslagen sollen im Einzelfall anbieterübergreifende Versorgungs- und Betreuungspläne erstellt werden.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Jede hilfe- und pflegebedürftige Person soll eine (elektronische) Gesundheitskarte besitzen, die mit ihrer Zustimmung von allen Anbietern, von denen sie Versorgungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt, genutzt werden kann.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| Wohnortnahe Anlaufstellen für Hilfesuchende (z.B. Pflegestützpunkte) sollen u.a. auch Informationen über hilfe- und pflegebedürftige Personen bündeln und unter Berücksichtigung des Datenschutzes den Anbietern von Versorgungs- und Betreuungsleistungen zur Verfügung stellen. | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

**Fragebogen zum Thema: „Wohnortnahe Koordination der Versorgungs- und  
Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen“**

| <b>6 Was denken Sie, unter welchen Rahmenbedingungen würde sich Ihre Kranken- und Pflegekasse an einer oder mehreren dieser Maßnahme/n zur wohnortnahen Koordination der Versorgungs- und Betreuungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Personen beteiligen?</b> |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>➤ Bitte setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz.</p>  |                          |                          |                          |                          |
| Als Kranken- und Pflegekasse würden wir uns beteiligen, wenn ...  | Stimme voll zu           | Stimme zu                | Stimme teilweise zu      | Stimme nicht zu          |
| ... der fachliche Austausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen gefördert wird.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Dokumentationsaufwand für unsere Kranken- und Pflegekasse nicht erhöht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Kosten für die Versorgung und Betreuung unserer Versicherten sinken.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich der Arbeitsaufwand unserer Kranken- und Pflegekasse verringert.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... sich die Lebensbedingungen unserer Versicherten verbessern.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir als Kranken- und Pflegekasse neue Behandlungs- und Versorgungsformen mit entwickeln und erproben können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir als Kranken- und Pflegekasse einen höheren Einfluss auf die Behandlung und Versorgung unserer Versicherten nehmen können.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... die Qualität der Versorgung und Betreuung unserer Versicherten insgesamt steigt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... der Informationsaustausch mit den Leistungserbringern einfacher und schneller möglich ist.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir spezielle Versorgungs- und Behandlungsformen für unsere hilfe- und pflegebedürftigen Versicherten anbieten können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir unseren Versicherten mehr Versorgungs- und Betreuungsleistungen anbieten können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wir als Kranken- und Pflegekasse Zusatzbeiträge vermeiden bzw. höhere Rückzahlungen an unsere Versicherten leisten können.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... jede Kranken- und Pflegekasse selbst entscheiden kann, ob sie gemeinsam entwickelte Handlungsempfehlungen anwendet.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... das Image unserer Kranken- und Pflegekasse gesteigert werden kann.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Für Ihre Mitarbeit bedanke ich mich sehr. Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Befragung haben, füllen Sie bitte das beiliegende Formular aus.**



Die demografische Entwicklung führt in den nächsten Jahren zu einem hohen Anstieg hilfe- und pflegebedürftiger Personen. Zur Bewältigung ihres Alltags benötigen sie oftmals Leistungen der hauswirtschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie sozialen Betreuung.

Die starke Zersplitterung der Versorgungslandschaft ermöglicht einen optimalen Umgang mit Teilproblemen, den vielfach komplexen Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Personen wird sie jedoch nicht gerecht. Ihre Gesamtsituation gerät zunehmend aus dem Blick und die Gefahr des Entstehens von Versorgungslagen, die gekennzeichnet sind von Desintegration und Diskontinuität, steigt.

Seit vielen Jahren fordern Akteure aus Politik, Versorgungspraxis und Wissenschaft mehr Kooperation und Vernetzung im Gesundheits- und Sozialwesen. Zahlreiche Vernetzungsansätze prägen seither die Versorgungslandschaft. So haben insbesondere die rechtlichen Regelungen zur integrierten Versorgung zu einer Ausweitung fach- und sektorenübergreifender Versorgungsformen geführt. Die vielfältigen Bedarfslagen und Versorgungsansprüche hilfe- und pflegebedürftiger Personen finden jedoch nur unzureichend Berücksichtigung.

Vor dem Hintergrund differenzierter Versorgungsstile hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie opportunistischer Partikularinteressen der Leistungserbringer widmet sich die vorliegende Arbeit der Erstellung eines Konzepts zur Realisierung einer Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund.

**Friederike Nawroth**, geboren 1983 in Leipzig, studierte von 2001 bis 2006 Ökotoxikologie und Haushaltswissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen. In den Jahren 2007 bis 2011 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Management personaler Versorgungsbetriebe. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Gestaltung der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie der integrierten Versorgung. Die Promotion erfolgte im Juli 2011.

 *édition scientifique*  
**VVB LAUFERSWEILER VERLAG**

VVB LAUFERSWEILER VERLAG  
STAUFBENGRING 15  
D-35396 GIESSEN

Tel: 0641-5599888 Fax: -5599890  
redaktion@doktorverlag.de  
www.doktorverlag.de

ISBN: 978-3-8359-5810-4



9 783835 1958104