

Kommunale Kooperation in der sozialpflegerischen Versorgung: Alternativmodelle im Vergleich

Rosendahl, Bernhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rosendahl, B. (1999). Kommunale Kooperation in der sozialpflegerischen Versorgung: Alternativmodelle im Vergleich. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 22(2), 105-124. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36999>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kommunale Kooperation in der sozialpflegerischen Versorgung Alternativmodelle im Vergleich

Bernhard Rosendahl

1 Die Gefährdung der Pflegequalität

Durch den Druck zu mehr Wirtschaftlichkeit in der Produktion sozialer Dienstleistungen drohen die Qualität der Leistungsgewährung und die Weiterentwicklung des Politikfeldes „Pflege“ behindert zu werden, zumal die finanziellen Ressourcen für längerfristige Entwicklungsmaßnahmen nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. Sozialpolitische Ziele, die auf den Erhalt bzw. die Ausweitung der Pflegequalität und die Verbesserung der Lebenslage der Betroffenen und der Pflegepersonen gerichtet sind, können aufgrund der einseitig auf Kostenbegrenzung abzielenden Ausrichtung des Pflege-Versicherungsgesetzes in den Hintergrund treten. Die Planungsverantwortung der Kommunen für die Bereitstellung der Pflegeinfrastruktur – vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung ohnehin schon problematisch und umstritten – wird durch das Pflege-Versicherungsgesetz weiter ausgehebelt. Alten- und Behindertenhilfe entfernen sich von realen Lebensbedürfnissen, wenn nicht auf der Ebene der regionalen Leistungsvorhaltung Instrumente eingesetzt werden, die sich explizit auf die Weiterentwicklung der Pflegequalität und die Sicherung einer bedarfsgerechten Leistungsstruktur beziehen.

Durch Kooperation aller an der pflegerischen Versorgung Beteiligter und Koordination von Pflege, medizinischer Behandlung und Therapie, kann zur Qualitätssicherung und -entwicklung beitragen werden. Unter diesem Leitgedanken sind in einigen Landespflegegesetzen in unterschiedlicher Verbindlichkeit Gremien vorgesehen, die durch ein Zusammenwirken aller relevanten Akteursgruppen beobachtenden und ggf. korrigierenden Einfluss auf die Entwicklung des Pflegemarktes nehmen sollen. Die Wirksamkeit der Vernetzung in der pflegerischen und therapeutischen Versorgung wird im Hinblick

auf eine effizientere und bedarfsgerechtere Leistungsvorhaltung meist a priori vorausgesetzt. Mit unterschiedlichen Schwerpunkten wurden auch bereits in der Vergangenheit Modelle erprobt, die entweder fallbezogene Leistungsoptimierung zum Ziel hatten (Case-Management) oder auf eine intensivere Zusammenarbeit einzelner Berufsgruppen generell zielten. Probleme bestanden zumeist darin, dass die angestrebte Zusammenarbeit situativ war und es den Akteuren nicht möglich war, auf verbindliche Vorgaben und Vereinbarungen zurückzugreifen. Mit der Einführung des Pflege-Versicherungsgesetzes verschärfte sich diese Situation, indem zwischen den Leistungsanbietern der Wettbewerb forciert wurde und die Steuerung der Leistungsstruktur und -qualität ausschließlich über Marktmechanismen möglich schien.

In diesem Beitrag werden drei unterschiedliche Vernetzungsmodelle diskutiert, von deren Implementation ein positiver Beitrag auf die auf die Qualität der Pflegestruktur erwartet wurde: Im Mittelpunkt stehen Pflegekonferenzen, die in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Hamburg als wesentliche Instrumente der Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes in den entsprechenden Landespflegegesetzen vorgesehen sind, jedoch auch ohne verbindliche Regelungen in anderen Bundesländern eingerichtet werden. Die Idee der Pflegekonferenzen geht auf eine Initiative der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit (vgl. 1995; 1995a) zurück und knüpft – jedoch mit ausschließlich pflegerischen Fokus – an die Initiative „Sozialgemeinde“ an, die in Nordrhein-Westfalen von 1992 bis Ende 1994 modellhaft erprobt wurde. Die Modellkonzeption und die Erfahrungen mit der „Sozialgemeinde“ werden in einem zweiten Schwerpunkt zusammengefasst und den Pflegekonferenzen gegenübergestellt. Als weiteres Alternativmodell werden die baden-württembergischen Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV) diskutiert, die sich auf die Effektivierung und Strukturierung des ambulanten Pflegesektors beziehen. Abschließend werden die „Sozialgemeinde“ und die IAV-Stellen im Hinblick auf die Übertragung von Umsetzungserfahrungen auf die Pflegekonferenzen analysiert. In der Gesamtschau der Ergebnisse ergibt sich damit ein Blick auf das Potential der kommunalen Ebene, zur Strukturierung und Qualifizierung der Pflegequalität beizutragen.

2 Pflegekonferenzen

2.1 Sozialpolitischer Hintergrund

Die Pflegeversicherung bringt grundsätzliche Veränderungen für das Sozialpolitikfeld „Pflege“ mit sich, indem sie einen Markt an Pflegeleistungen schafft und damit in das Leistungserbringungsrecht und in die Leistungserbringungsspflicht eingreift (vgl. Igl 1995). Durch ein kompliziertes und teils widersprüchliches Regelwerk der Aufgabenzuweisungen und Kooperationsbestimmungen drohen dabei die Kommunen zu „Verlie-

ren“ in Bezug auf Planungs- und Steuerungskompetenzen in quantitativen und qualitativer Hinsicht zu werden. Nahmen sie vor dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung diese Aufgaben vor allem auf der Grundlage des Daseinsvorsorgeauftrages (Art. 28 Abs.2 GG) wahr, steht ihnen nun der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen für die Versorgung der Versicherten gegenüber (§ 12 Abs. 1 SGB XI). Zusätzlich sind sie zur engen Zusammenarbeit mit allen an der Pflegeversorgung Beteiligten verpflichtet (§ 8 SGB XI), ohne dass dieser Auftrag im Gesetzeswerk näher konkretisiert wird.

Gegen den drohenden Kompetenzverlust der Kommunen wurde angeführt, dass ihnen auch angesichts der Neuregelungen zahlreiche Verpflichtungen verbleiben, besonders in folgenden Bereichen (vgl. Igl 1995):

- Die Kommunen werden auch künftig selbst als Anbieter von Diensten und Einrichtungen auftreten, wobei sie diese Aufgabe gemeinsam mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege und privat-gewerblich organisierten Diensten durchführen.
- Sie verfügen aus ihrer bisherigen Verantwortung über ein hohes Maß an Erfahrungen, die zur leistungsgerechten Gestaltung des Pflegesektors nach wie vor von entscheidender Bedeutung sind. Dies zeigt sich nicht nur hinsichtlich der konkreten Leistungsgewährung, sondern auch im Bereich der Planung und Beratung.
- Alten- und Behindertenpolitik beschränkt sich nicht auf den Bereich der Pflege. Komplementäre Dienste und Angebote im Kultur-, Kommunikations- und Freizeitbereich sind Bestandteile der örtlichen Angebotsstruktur. Diese bleiben vom Pflege-Versicherungsgesetz unberührt, haben jedoch wesentliche Funktionen hinsichtlich der Prävention von Pflegebedürftigkeit.
- § 8 SGB IX gibt den Rahmen für die Zielverwirklichung des Pflege-Versicherungsgesetzes vor. Um der gesellschaftlichen Verantwortung nachzukommen, die damit verbunden ist, erscheint es sehr wichtig, auf den bereits bestehenden Vernetzungen von Akteuren und Angeboten aufzubauen, die von den Kommunen in der Vergangenheit geleistet wurden.
- Im Rahmen der Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes sind die Kommunen nach wie vor Finanzierer von Pflegeleistungen und zwar für jenen Teil der Pflegekosten, der weder durch die Pflegekassen abgesichert ist, noch durch die Pflegebedürftigen selbst getragen werden kann.

Kommunale Kompetenzen und Verantwortungen für die Organisation, Planung und in Teilbereichen auch Finanzierung der Pflegekosten bleiben demnach bestehen, auch wenn das Pflege-Versicherungsgesetz keine explizite Aufgabennorm für die Kommunen vorsieht. Wesentlich ist hierbei, dass der Bundesgesetzgeber bewusst auf die Kooperation aller Akteure zur Wahrnehmung der Aufgaben nach dem PflegeVG setzt: Durch die Zusammenführung von Teilbereichen der Alten-, Behinderten- und Gesundheitspolitik soll eine integrative Pflegepolitik entstehen. Sie berührt auch pflegeangrenzende Bereiche:

Sofern sie Ansätze zur Prävention und Rehabilitation enthalten, sollen sie prinzipiell zu einem Angebotssystem vernetzt werden.

Ob und inwiefern die verbleibenden Kompetenzen wahrgenommen werden können, hängt entscheidend von der Gestaltung der Landespflegegesetzgebung auf der Grundlage des § 9 SGB XI ab. Hier sind erhebliche Unterschiede in der Einbindung der Kommunen zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes zu bemerken. Nordrhein-Westfalen überträgt beispielsweise – bei Letztverantwortung des Landes – die Verantwortung für die Struktur des Pflegeangebots an die Kreise und kreisfreien Städte. Über diesen Weg sollen die Leistungsqualität gestärkt und unterschiedliche strukturelle Anforderungen angemessen berücksichtigt werden. Im Zentrum der Umsetzungsinstrumente auf der kommunalen Ebene stehen die regionalen Pflegekonferenzen.

2.2 Strukturmerkmale und Ziele kommunaler Pflegekonferenzen

Drei Landespflegegesetze (Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen) verweisen auf Pflegekonferenzen als Organisationsform für die Zusammenarbeit der Akteure. Tabelle 1 veranschaulicht, welche Regelungen dafür gesetzlich vorgesehen sind.

Tab. 1: Regelungen zu den Pflegekonferenzen in den Landespflegegesetzen der Länder Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen

	Ziele/Aufgaben	Akteure
Hamburg § 2 HambLPG	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung und qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur • Regelung des unmittelbaren Übergangs von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung zu einer notwendigen Pflege im Sinne des SGB XI 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekassen unter Beteiligung des MDK • Träger der ambulanten, teilstationären und stationären pflegerischen Versorgung • zuständige Behörden <p>Andere an der pflegerischen Versorgung beteiligte Institutionen können hinzugezogen werden.</p>

<p>Niedersachsen § 5 Npflge G</p>	<p>Beratung von Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung • der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur • der Koordinierung von Leistungsangeboten 	<p>Jeweils mindestens ein/e Vertreter/in der</p> <ul style="list-style-type: none"> • kommunalen Körperschaften, • Pflegeeinrichtungen und • Pflegekassen. • weitere Personen, insbesondere Vertreter/innen der Pflegebedürftigen und des Personals. <p>In den Konferenzen soll ein Frauenanteil von 50 % erreicht werden.</p>
<p>Nordrhein-Westfalen § 5 PflG NW</p>	<p>Umsetzung der in §§ 8 und 9 SGB XI genannten Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung an der Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur einschließlich der notwendigen komplementären Hilfen • Erfahrungsberichte der Heimaufsicht sind einzubeziehen. • Beteiligung an der Konzeptentwicklung zur örtlichen Beratungsstruktur • Beteiligung an der Pflegebedarfsplanung 	<p>Neben dem Kreis/der kreisfreien Stadt, Vertreter/innen von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeeinrichtungen, • Pflegekassen, • MDK, • Kommunalen Seniorenvertretungen und Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Selbsthilfegruppen Pflegebedürftiger, Behinderter und chronisch Kranker. <p>Kreisangehörige Gemeinden können Vertreter entsenden. Andere an der pflegerischen Versorgung beteiligte Institutionen können hinzugezogen werden.</p>

Mit besonderem Bezug auf die nordrhein-westfälischen Pflegekonferenzen lassen sich die Zielsetzungen zu vier Kernpunkten bündeln (vgl. Rosendahl 1999; Rosendahl/Zängl 1997; MASSKS 1998):

1. *Teilziel: Transparenz auf dem Pflegemarkt herstellen/Informationsfluss gewährleisten*

Eine wesentliche Aufgabe der Pflegekonferenz besteht darin, Transparenz hinsichtlich der regional verfügbaren Angebote oder der Leistungen der Pflegeversicherung zu schaffen. Mit dem Transparenzherstellungsgebot ist unmittelbar die Zielsetzung verbunden, ein abgestimmtes und verbindliches Verfahren der Informationsweitergabe zu entwickeln und zu praktizieren.

2. *Teilziel: Vernetzung der Akteure/Abstimmung von Zuständigkeiten*

Pflegekonferenzen erheben den Anspruch, eine regelmäßige und verbindliche Abstimmung zwischen den Akteuren und Trägern der pflegerischen Versorgung vor Ort zu ge-

währleisten. Hierzu ist es zunächst erforderlich, dass alle relevanten Institutionen und Akteure in einem vernetzten System zusammenwirken. Die zu beteiligenden Institutionen bilden aber nur eine Ebene des Pflegenetzwerkes ab. Da die Pflegekonferenzen in der Regel aus der Geschäftsführebene bestehen, ist darüber hinaus eine institutioneninterne Informationsweitergabe und Abstimmung notwendig, die alle Trägerorganisationen betrifft.

3. *Teilziel: Grundlagen für eine bedarfsorientierte Planung schaffen*

Pflegekonferenzen können als Instrumente eingesetzt werden, die die marktwirtschaftliche Entwicklung der Pflegeinfrastruktur kritisch beobachten und ggf. konstruktiv und korrigierend eingreifen. Ohne die Dominanz der Leistungsverträge nach dem Pflege-Versicherungsgesetz zu übersehen, bietet sich die Möglichkeit, auf eine Versorgung hinzuwirken, die den regionalen Anforderungen genügt und spezifischen Pflegebedarfen ausreichend Rechnung trägt. Methodisch geschieht dies durch Bestandsanalysen, quantitative sowie qualitative Planungen zur Angebotsoptimierung.

4. *Teilziel: Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Einrichtungsebene*

Nur auf der regionalen Ebene ist es möglich, a. Maßnahmen zur einrichtungsinternen Qualitätssicherung zu entwickeln und einzusetzen sowie b. extern vorgegebene Standards durchzusetzen und zu überprüfen. Dazu ist ebenfalls ein abgestimmtes Handeln aller Beteiligten erforderlich. Aufgabenfelder der Pflegekonferenzen liegen beispielsweise in der Entschärfung der Übergänge von der Krankenhausbehandlung in die Pflege und in Vereinbarungen zur gegenseitigen Information über individuelle Pflegeeigenschaften (Strukturqualität). Auf der Ebene der Ergebnisqualität erfolgen dann Beobachtung und Überprüfung von Qualitätssicherungsbemühungen. Pflegekonferenzen können hierbei das Gremium sein, das die gemeinsam vereinbarten Maßnahmen kritisch beobachtet, gegebenenfalls anpasst und kontinuierlich weiterentwickelt.

2.3 **Zwischenergebnisse zur Umsetzung der Pflegekonferenzen**

Zunächst lässt sich feststellen, dass Pflegekonferenzen auf eine hohe Akzeptanz bei den Akteursgruppen treffen. Die Einrichtung eines Kooperations- und Koordinationsgremiums auf der regionalen Ebene ist nicht nur eine theoretisch begründbare sozialpolitische Forderung; sie wird auch von der fachpraktischen Ebene als eine notwendige Reaktion auf Strukturveränderungen gesehen.

- Pflege-Versicherungsgesetz und Landespflegegesetze sind neue Rechtsnormen, die Zuständigkeiten verschieben und neue Akteure ins Spiel bringen. Im direkten Kontakt aller Beteiligten auf der kommunalen Ebene können die Akteure ihre Positionen ausloten, Allianzen schließen, sich aber auch abgrenzen etc. Pflegekonferenzen

tragen dazu bei, dass alle Beteiligten ihre spezifische Verantwortung in das gesamte pflegerische Versorgungssystem abgestimmt einbringen können.

- Pflegekonferenzen sind mehr als Diskussionsforen, in denen man sich unverbindlich über Probleme und Erfordernisse in der Pflege austauschen kann. In den nordrhein-westfälischen Pflegekonferenzen zeigte sich insbesondere in den gesetzlichen Aufgaben der Mitwirkung an der Bedarfsplanung und Konzeptentwicklung, dass sie auch Aktionsforen sind, die zu seiner passgenauen Realisierung der Vorhaben beitragen können.
- Eine träger- und dienstübergreifende Qualitätsentwicklung ist nicht mehr von individuellem Engagement abhängig. Pflegekonferenzen machen die Vernetzung auf der institutionellen und fachlichen Ebene gleichsam „einklagbar“ und ergänzen bzw. entwickeln vorhandene Kooperationsbeziehungen damit weiter.
- Die Gremien ermöglichen es, in konzentrierter Form Stellung zu übergreifenden Problemen der pflegerischen Versorgung zu nehmen. Sie sind damit ein wichtiger Baustein in der qualitativen Entwicklung der Pflege. Sie bieten darüber hinaus die Möglichkeit, als „Clearing-Stellen“ bei strittigen Einzelfragen zu wirken.
- Über die Mitarbeit an der Pflegebedarfsplanung kommt den Konferenzen eine kontinuierliche marktbeobachtende und – in NRW via Bedarfsbestätigung durch die Landschaftsverbände – auch eine marktregulierende Funktion zu.

Diesen positiven und in Bezug auf die Pflegeinfrastruktur konstruktiven Merkmalen stehen Entwicklungserfordernisse gegenüber, die vor allem die aktive Mitarbeit der Pflegekassen und den verbindlichen Informationstransfer zwischen der kommunalen und überregionalen Ebene betreffen. Wird zudem auf eine gleichermaßen verbindliche und flexible Organisationsstruktur geachtet, erweisen sich die Pflegekonferenzen jedoch als praktikable Instrumente zur Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben und damit zur qualitativen Entwicklung der Pflege.

3 Modellprojekt Sozialgemeinde

3.1 Sozialpolitischer Hintergrund

Die Bearbeitung sozialpolitischer Fragestellungen und die Diskussion über die Qualität der Leistungen werden aufgrund veränderter Finanzierungsbedingungen vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Entwicklung zunehmend unter dem Blickwinkel der Quantität, d. h. der Finanzierbarkeit, betrachtet. Qualitätssteigerungen scheinen ohne quantitativen, d. h., finanziellen Zuwachs nicht vorstellbar. Auf der anderen Seite wird eine Einschränkung der Finanzierungsmöglichkeiten häufig gleichgesetzt mit einer Absenkung qualitativer Standards. Durch das vergleichsweise hohe Niveau der sozialen Sicherung treten Gedanken über konzeptionelle Veränderungen in den Hintergrund. Demogra-

phische und sozialstrukturelle Veränderungen deuten nicht nur auf rein quantitative Veränderungen des Altersaufbaus, sondern zeugen auch von einer zunehmenden Differenzierung der Bedarfslagen im Alter. Eine grundsätzliche konzeptionelle Neuorientierung der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit erscheint daher notwendig zu sein. Bei der Verwirklichung eines konzeptionellen Leitgedankens der Altenpolitik, nämlich Bedingungen für eine selbständige Lebensführung zu schaffen, kommt der kommunalen Ebene eine besondere Funktion zu, denn hier sind die Interessen der älteren Menschen am direktesten und unmittelbarsten berührt (vgl. Marking et al. 1997) und staatspolitische Entscheidungen konkretisieren sich hier am deutlichsten (vgl. Pohlmann 1992). Altenpolitik kann ihrer konstruktiven gesellschaftspolitischen Funktion nur dann nachkommen, wenn die herkömmliche Trennung der politischen Ressorts aufgegeben und das Alter als (kommunal-)politische Querschnittsaufgabe begriffen wird (vgl. Nagele/Schmidt 1996).

Vor dem Hintergrund des (zur Zeitpunkt der Erprobung der „Sozialgemeinde“ noch nicht inkraftgetretenen) Pflege-Versicherungsgesetzes müssen in den Kommunen die strukturellen Voraussetzungen für eine abgestimmte Zusammenarbeit zwischen relevanten Einrichtungen, Organisationen und Verbänden, Berufsgruppen, ehrenamtlich Tätigen und Selbsthilfeinitiativen etc. entwickelt werden, damit bestehende Ressourcen effizient genutzt werden. Durch koordiniertes Handeln wird ein zielgruppengenaue Einsatz knapp bemessener Haushaltsmittel erwartet; Organisationsbedingte Friktionen (Fragmentierungen) sollen vermindert werden. Durch die angestrebte Kooperation, die letztlich zu einer grundlegenden Veränderung kommunaladministrativer Zuständigkeiten führen soll, soll vorherrschendes Quantitätsdenken schrittweise aufgegeben werden und die Qualität des Leistungssystems stärker in den Vordergrund rücken. Quantität und Qualität sollen in der Sozialpolitik bis zu einem gewissen Grad entkoppelt werden. Davon wird eine Begrenzung der Kostensteigerung sozialstaatlicher Leistungen erwartet, ohne dass hiermit eine Absenkung qualitativer Standards einhergeht (vgl. Schmidt 1995).

3.2 Modellkonzeption

Von dem Modellprojekt „Sozialgemeinde“ wurde eine integrative Vernetzung kommunaler und wohlfahrtsverbandlicher Angebote der Altenarbeit und -hilfe erwartet. Durch die Zusammenarbeit der Vertreter aus Politik, Verbänden, Sozialleistungsträgern, Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen, Kommunaladministration und dem medizinischen Versorgungsbereich „soll kreative sozialpolitische Gestaltungsphantasie geweckt werden (...) und dadurch kommunale Sozialpolitik auf der Grundlage eines breitest möglichen Konsenses entwickelt und gestaltet werden“ (MAGS NW 1991, S. 110). Als konkrete Ziele im Schwerpunkt der Altenpolitik werden aufgeführt:

- „Verbesserung der Zusammenarbeit möglichst aller auf der örtlichen Ebene in der Altenarbeit tätigen Institutionen, Organisationen, Gruppierungen, Initiativen etc.;

- *Aufbau von Chancen zur Beteiligung an der Planung und Organisation der Altenarbeit auf der örtlichen Ebene;*
- *Vermeidung bloßer Fortschreibung vorhandener Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe;*
- *Mitwirkung bei der bedarfsgerechten Planung der Altenpolitik in Bezug auf alte Menschen in sehr unterschiedlichen Lebenslagen;*
- *stärkere ganzheitliche Ausrichtung der Hilfeangebote, damit an der Lebenswelt alter und hilfebedürftiger Menschen angeknüpft werden kann;*
- *Förderung des Verbunddenkens und des Aufbaus von Netzwerken;*
- *gemeinsame Planung und Abstimmung für die Qualifizierung von haupt-, nebenamtlichen und nichtprofessionellen Kräften auf der örtlichen Ebene;*
- *Verknüpfung des örtlichen Systems von Einrichtungen und Diensten mit informellen Strukturen der Hilfe;*
- *Entwicklung von sozialen und kulturellen Milieus, in denen auch alte Menschen ihre Heimat finden können;*
- *stadtbezirks- und wohngebietsnahe Ausrichtung der Planung der Hilfen;*
- *Stärkung altenpolitischer Gesichtspunkte im Rahmen der Stadtentwicklungsplanung (...);*
- *Überprüfung bestehender Angebote, Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe;*
- *Gemeinwesenorientierung bei der Weiterentwicklung vorhandener und beim Aufbau neuer Hilfen;*
- *Formulierung von Forderungen an die unterschiedlichen Ebenen staatlichen Handelns;*
- *Qualifizierung der Arbeit durch gerontologische Politikberatung“ (MAGS NRW 1991, S. 110 f.).*

Diese plakative Zielbeschreibung lässt Gestaltungsspielräume, die sich aus unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in den Kommunen ergeben können. Um das Projekt aber nicht der Beliebigkeit anheim zu geben, wurden praktische Orientierungen formuliert, die wesentlichen Intentionen und erwartete Strategien widerspiegeln:

- Die Koordinationsfunktion sollte von der kommunalen Verwaltung wahrgenommen werden und organisatorisch als Stabsstelle dem Sozialdezernat bzw. der Verwaltungsspitze zugeordnet sein. Durch diese exponierte Stellung in der Verwaltungshierarchie sollte die Wichtigkeit der Funktion unterstrichen und eine breitere Akzeptanz inner- und außerhalb der Kommunalverwaltung geschaffen werden.
- Strukturveränderungen innerhalb der Kommunen bedürfen eines tiefgreifenden Bewusstseinswandels, um Eigeninteresse der Träger überwinden zu können. Daher wurde Öffentlichkeitsarbeit zur Verbreitung der Projektidee als wesentliche Aufgaben der Koordinationsstellen angesehen. Sie sollte sich jedoch von Selbstdarstellungen der Kommunalpolitik grundlegend unterscheiden.

- Themenorientierte, ämter- bzw. dezernatsübergreifende Zusammenarbeit sollte eine schrittweise Ablösung der starren Aufgaben- und Kompetenzverteilung unter den verschiedenen Fachämtern nach sich ziehen. Entsprechende Veränderungen der verwaltungsinternen Strukturen sollten im Rahmen des Modellprojekts eingeleitet werden.
- Bestehende Kooperationszusammenhänge zwischen der kommunalen Verwaltung und den Trägern von Diensten und Einrichtungen sollten intensiviert und insbesondere durch eine Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheits-, Sozial- und Wohnungswesens, der niedergelassenen Ärzte, Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen und der „Betroffenenvertreter“ ausgeweitet werden.

3.3 Erfahrungen mit der „Sozialgemeinde“

Die konzeptionellen Zielsetzungen der „Sozialgemeinde“ haben sich im Verlauf als sehr anspruchsvoll erwiesen, nicht nur, weil die Umsetzungsphase in den Kommunen auf zwei Jahre begrenzt war und in diesem Zeitraum weitgreifende Veränderungen im Sinne einer Strukturreform nicht zum Abschluss gebracht werden konnten. Bereits die Initiierung der angestrebten Veränderungen war problematisch, denn in den Kommunen eingesetzten Koordinationsstellen war verwaltungsintern keine Steuerungsmacht zugeordnet worden. Allein die formale Herausnahme der Koordinationsstellen aus der Linie der Kommunalverwaltung erwies sich nicht als Garant einer höheren Akzeptanz. Daneben zeigte sich, dass von den Koordinatoren hohe Anforderungen und persönliche Qualifikationen gefordert waren, die über gerontologische Kenntnisse und Erfahrungen in der Kommunaladministration hinausgingen. Gefordert waren zusätzlich Managementfähigkeiten, die sich vor allem in den Kontakten zu den unterschiedlichen Trägern der Altenarbeit und Altenpolitik erweisen mussten.

Auch die konzeptionelle Vorstellung eines übergeordneten Arbeitskreises mit Steuerungsfunktionen erwies sich als nicht praktikabel, denn *„die Bereitschaft zur Zusammenarbeit war zumeist wenig ausgeprägt, was u. a. auch damit zusammenhing, dass die relevanten Funktionsträger bereits in einer Vielzahl von Gremien tätig sind. Als möglich erwies sich zwar die Bildung einzelner Facharbeitsgruppen, ihre Integration in ein altpolitisch Gesamtkonzept gelang hingegen weitgehend nicht. Hinzu kommt, dass die Verbände in der Rahmenkonzeption undifferenziert kritisiert wurden: Ausführungen unter den Stichworten wie ‚Trägeregoismen‘ oder ‚Trägerkonkurrenz‘ dürften kaum dazu beigetragen haben, die angestrebte Kooperationsbereitschaft zu wecken“* (Naegele/Schmidt 1997, S. 216).

Unflexible Verwaltungsstrukturen, fehlende formale Kompetenzen seitens der Koordinatoren und mangelnde Beteiligungsverpflichtung bei den relevanten Fachämtern der Kommunalverwaltung haben auch die angestrebte ämter- und dezernatsübergreifende

Kooperation erschwert, was insgesamt zu einer kritischen Stellungnahme der wissenschaftlichen Begleitung zu diesem Modellprojekt geführt hat:

„Rückblickend betrachtet stellt sich die Frage, ob die beteiligten Kommunen die Projektidee wirklich konstruktiv getragen haben. Diese Vermutung wird nicht zuletzt dadurch nahegelegt, dass die angestrebte Weiterentwicklung verwaltungsinterner Kooperationsbeziehungen nur in einer Kommune ansatzweise erfolgte. Denkbar ist, dass im Rahmen des Modellprojektes ‚Sozialgemeinde‘ die kommunale Altenhilfe(-planung) im Sinne des BSHG vorangetrieben werden sollte und darüber der mit ‚Sozialgemeinde‘ explizit verknüpfte ‚Kordinationsauftrag‘ nicht erkannt, zumindest aber nicht hinreichend gewürdigt wurde“ (Naegele/Schmidt 1997, S. 216).

4 Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen

4.1 Zielsetzungen und Strukturen

Seit dem Jahr 1991 werden in Baden-Württemberg im Rahmen der Neuordnung der ambulanten Dienste schrittweise sog. „Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen“ (IAV-Stellen) als neue Elemente im gesamten Hilfesystem eingerichtet. Hiermit sollen vernetzte Arbeitsstrukturen mit dem Ziel etabliert werden, lebenslagerelevante Folgen und Versorgungsmängel aufgrund der fragmentierten Akteurskonstellation auf örtlicher Ebene zu überwinden (vgl. Geiser 1996), wobei die ambulante pflegerische (z. T. auch hauswirtschaftliche) Versorgung im Mittelpunkt des Interesses steht. Die IAV-Stellen sollen die Wirksamkeit und Effizienz der örtlich vorgehaltenen Angebote verbessern bzw. steuernden Einfluss auf die Entwicklung und Etablierung neuer sozialer Dienstleistungen nehmen (vgl. Göpfert-Divivier 1996).

Angestrebt war, dass in Versorgungsregionen von jeweils ca. 20.000 Einwohnern eine zentrale Anlaufstelle für Hilfesuchende eingerichtet wird, in der Betroffene alle nötigen Informationen über die in der Region vorgehaltenen Hilfe- und Unterstützungsangebote erhalten können und in denen der individuelle Bedarf geklärt und die erforderlichen Hilfen ggf. vermittelt werden. Die Stellen sollten mit (nicht näher spezifizierten) Fachkräften besetzt werden (landesweit ca. 300). Die Finanzierung erfolgte zu jeweils einem Drittel durch das Land, die zuständige Kommune und den Träger. Der Trägeranteil sollte durch die an der Stelle beteiligten Verbände gemeinsam getragen werden (Umlagemodell). Die Landesförderung über den Modellzeitraum hinaus wurde von der Mitwirkung der freien Träger abhängig gemacht.

IAV-Stellen sind als konstitutive Elemente örtlich bzw. regional zu entwickelnder Arbeitsgemeinschaften konstruiert, deren Aufgaben neben der kontinuierlichen Reflexion und ggf. des steuernden Eingreifens in folgenden Bereichen liegen:

- Verbesserung der Zusammenarbeit und Abstimmung der Angebotspalette im Hilfeverbund,
- Intensivierung des Informations- und Erfahrungsaustausches der Leistungsanbieter,
- Abklärung von Versorgungsdefiziten,
- Ausbau und Weiterentwicklung der ambulanten Hilfen unter Berücksichtigung kommunaler Planungen und
- Entwicklung gemeinsamer Handlungsstrategien, beispielsweise in der Öffentlichkeitsarbeit oder an den Schnittstellen des Versorgungsangebots (Übergang zwischen den pflegerischen Versorgungsbereichen) (vgl. Göpfert-Divivier 1996).

Die IAV-Stellen sind entweder zentral in den Landkreisen organisiert oder werden dem Einzugsbereich einer Sozialstation zugeordnet. Gleichwohl wird angestrebt, dass sie als neutrale Handlungsinstanzen agieren sollen. Ihre Aktivitäten sind schwerpunktmäßig an der Betroffenenperspektive ausgerichtet. Ihre Aufgaben lassen sich zusammenfassen zu Einzelfallkoordination, Beratung und Wirkungsüberprüfung (vgl. Geiser/Rosendahl 1995; Göpfert-Divivier 1996).

4.2 Einschätzungen der Wirkungen und Probleme der Umsetzung

Die Wirkungen und Umsetzungsprobleme der IAV-Stellen können aus drei unterschiedlichen Perspektiven aufgezeigt werden: Göpfert-Divivier (1996), selbst mit der wissenschaftlichen Begleitung in der Einführungsphase betraut, stellt in seinen Stellungnahmen eher praxisorientierte Aspekte in den Vordergrund, die einer Weiterentwicklung der IAV-Stellen dienen können (s. u.: Punkt a.). Geiser (1996) fasst Wirkungen und Probleme in Bezug auf die Überwindung struktureller Fragmentierungen zusammen (s. u.: Punkt b.). Schölkopf (1994) beschreibt die politischen und verbandlichen Widerstände gegen die IAV-Stellen als Bestandteile der Neuordnung der ambulanten Hilfen (s. u.: Punkt c.).

a.: Aus der Klientenperspektive ist es von besonderer Bedeutung, ob und inwiefern unterschiedliche Segmente des Versorgungssystems (beispielsweise pflegerische, therapeutische und hauswirtschaftliche Dienste) in der Art kooperieren, dass gemeinsame Konzepte zur fallweisen Unterstützung entwickelt werden. Dabei müssen die Dienste jeweils von den durchgeführten Maßnahmen anderer, an der individuellen Hilfe beteiligter Institutionen wissen und gemeinsame Planungen zu Pflege- oder Rehabilitationskonzepten entwickeln. Obgleich sich die IAV-Stellen zunächst auf den ambulanten Versorgungsbereich beschränken, wird jedoch auch die Notwendigkeit der Vernetzung mit stationären (pflegerischen und therapeutischen) Diensten, vor allem aber auch den teilstationären Angeboten, d. h., der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege, gesehen. Diese „Schnittstellen-

problematik“ wird als Kern der Effektivität der angestrebten Kooperation bewertet. Die von Göpfert-Divivier (1996) skizzierten bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, dass sich derartige Kooperationen durch die IAV-Stellen keineswegs im Interesse gemeinsamer Klienten/Patienten von allein ergeben:

„Die Erfahrungen zeigen, dass sich IAV-Stellen und Arbeitsgemeinschaften diesen Fragen erst dann zuwenden können, wenn dafür ein tragfähiger Boden an positiver Kooperationserfahrung, an Wir-Gefühl, an Konkurrenzverständnis, das signifikante Unterschiede nicht verwischt und trotzdem klientenbezogene Kooperation zulässt, erarbeitet worden ist“ (Göpfert-Divivier 1996, S. 126).

Mit anderen Worten: Bevor fallbezogene Kooperationen – das Kernstück der Zielsetzungen der IAV-Stellen – in die Praxis umgesetzt werden können, muss die Zusammenarbeit in anderen Bereichen bereits erfolgreich praktiziert worden sein. Sicherlich werden sich die an dem IAV-Konzept beteiligten Akteure vor allem aufgrund unterschiedlicher Trägerphilosophien und der marktwirtschaftlichen Konkurrenzsituation erst aufeinander einstimmen müssen. Ob jedoch die vorrangige gemeinsame Bearbeitung von nicht-zentralen Zielsetzungen eine dauerhaft tragfähige Basis der Zusammenarbeit bilden können, muss bezweifelt werden. Wird die Schnittstellenproblematik als drängendes Problem identifiziert – durch die exponierte Stellung der in diesem Bereich vorgesehenen Maßnahmen (Vermittlung von erforderlichen Hilfen, Koordination der Angebote, Feststellung von Versorgungslücken etc.) ist dies offensichtlich der Fall –, kann die Bearbeitung eines vergleichsweise randständigen Themas zur Erprobung der angestrebten Zusammenarbeit kaum befriedigen.

Neben diesem grundsätzlichen Kooperationsproblem werden als strukturelle Aspekte die Anbindungspraxis der IAV-Stellen an bestehende Einrichtungen und die angestrebten Entscheidungskompetenzen thematisiert. Hauptsächlich werden IAV-Stellen an Sozialstationen in kirchlicher Trägerschaft (vgl. Schölkopf 1994) angegliedert. Dies führt zu erheblichen Irritationen hinsichtlich der geforderten Neutralität, die von besonderer Bedeutung ist, wenn – wie in den Zielsetzungen vorgesehen – individuelle Hilfevermittlung angestrebt wird und die Initiierung neuer Angebotsformen (d. h. neuer Marktsegmente) erreicht werden soll: „Es hat sich immer wieder gezeigt, dass die IAV-Stelleneinhaber zunächst dem Verdacht ausgesetzt sind, ‚das Geschäft‘ einer bestimmten Interessenslage – im Zweifelsfall der ihres Anstellungsträgers – zu besorgen“ (Göpfert-Divivier 1996, S. 126). Auch die Wechselwirkungen zwischen den IAV-Stellen und den Arbeitsgemeinschaften tragen nicht notwendigerweise dazu bei, die erforderliche Akzeptanz sicherzustellen.

Zu Rollen- und Kompetenzkonflikten kann es ferner führen, wenn neben der Sachkompetenz auch eine formale Entscheidungskompetenz angestrebt wird. Dies greift in erheblicher Weise in die Trägerautonomie und in den Zuständigkeitsbereich der Kommunalverwaltung und -politik ein. Gemeinsam mit einer verbandlichen Angliederung kann

durch das Streben nach formaler Entscheidungsbefugnis der Erfolg der Arbeit gefährdet sein, selbst dann, wenn das angestrebte Handlungsziel an sich auf Akzeptanz trifft.

b.: Geiser (1996) sieht positive Entwicklungen durch die Anbindung von Arbeitsgemeinschaften an die IAV-Stellen. Hierdurch erscheint es möglich sowohl aus der Betroffenenperspektive Leistungen zu bündeln, als auch auf der Anbieterperspektive zu einem vernetzten Handeln beizutragen, und ein Unterstützungsmanagement für individuelle Bedarfslagen zu entwickeln, das formelle und informelle Hilferessourcen einbezieht. Hierdurch steht das Programm trotz aller Implementationsschwierigkeiten für eine „effektive Vernetzungsarbeit von unten“ (Geiser 1996, S. 324). Weitere Vorteile bestehen in der Qualifikationsmöglichkeit der Stelleninhaber, die durch die konkrete Tätigkeit erworben und praxisnah weitergegeben werden können.

Diese Vorteile der Vernetzungsarbeit vor Ort können jedoch durch Widerstände und Probleme überlagert werden, die einen kurzfristig messbaren Erfolg behindern. Von besonderer Bedeutung sind

- *„die Einigung auf die Zahl der Beteiligten in neu zu schaffenden Gremien, Festlegung von Entscheidungs-, Empfehlungs- und Beratungsrechten;*
- *die Integration von neuen Trägern der Alterssozialpolitik, Widerstände der Träger bei Gefährdung eigener Domänen, Notwendigkeit von Zusammenarbeit bei gleichzeitiger wirtschaftlicher Konkurrenz;*
- *das Aufeinandertreffen verschiedener Berufsgruppen aus den Bereichen Soziales, Medizin und Verwaltung mit jeweils unterschiedlichen Rationalitäten und Sichtweisen;*
- *Widerstand bei organisatorischen Strukturveränderungen in der Verwaltung;*
- *die Inangsetzung von Vernetzungsprozessen abhängig von externer Moderation, weitgehend neutrale Ansiedlung der Moderationsstelle notwendig, kurzfristige Mehrausgaben für die Moderation bei schwer bezifferbarem, langfristigem Nutzen;*
- *Mehrarbeit und Mehrkosten durch Vernetzung, Effektivitäts- und Effizienzgewinne fallen langfristig an, Verbesserung der Lebenslagen alter Menschen durch abgestimmtes Angebot, Beratung usw. sind schwer zu fassen“ (Geiser 1996, S. 339).*

Obleich diese Schwierigkeiten grundsätzlich auf Vernetzungs- und Kooperationsmodelle zutreffen, scheinen sie im Resümee in besonderem Maße bei der Implementation der IAV-Stellen zuzutreffen, denn deren Umsetzung erwies sich im Vergleich mit anderen Modellen als besonders problematisch. Insbesondere die sich erst mittel- oder langfristig zeigenden Erfolge führen zu einer negativen Bewertung dieses Modells. Hinzu kommt, dass ein Praktizieren der Vernetzungsarbeit dann leichter wird, wenn bereits Erfahrungen in Kooperationszusammenhängen bestehen und auf vorhandene, etablierte Netzwerke zurückgegriffen werden kann. Wird die Implementation der Kooperationsstellen jedoch gegen anfängliche Widerstände durchgesetzt und gelingt es, die skizzierten

Problemlagen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Akteursinteressen zu überwinden, können Vernetzungsansätze auf der kommunalen Ebene zu wichtigen Instrumenten zur Überwindung lebenslagenrelevanter Folgen struktureller und materieller Fragmentierungen werden. Daher sollten, so schlussfolgert Geiser (1996) im Hinblick auf die Verwirklichung einer querschnittsorientierten Alterssozialpolitik, die Gremien an Einfluss gewinnen und zu einer Instanz der Politikberatung und -gestaltung heranwachsen (vgl. 1996, S. 340).

c.: Das ursprüngliche Konzept der IAV-Stellen und der zugeordneten Arbeitsgemeinschaften musste aufgrund erheblicher Widerstände seitens der Verbände, Träger, der Kommunal- und Landespolitik stark modifiziert werden. Aufgrund von Befürchtungen, dass die grundsätzliche Angliederung der Stellen an bestehende Sozialstationen einen Eingriff in die Autonomie der Träger bedeuten würde, wurde in der Konzeptmodifikation die Entscheidung über die Trägerschaft dem örtlichen Aushandlungsprozess überlassen. Es wurde klargestellt, dass die Stellen weder in die innere Organisation der Dienste eingreifen noch den direkten Zugang zu einzelnen Diensten regeln kann. Damit wurde die unmittelbare Vermittlung einzelner Hilfeleistungen erheblich eingeschränkt, wenn nicht sogar unmöglich gemacht.

War ursprünglich nur vorgesehen, dass die Stellen mit „geeigneten Fachkräften“ zu besetzen seien, wurde durch einen Ergänzungsbeschluss festgelegt, dass sozialarbeiterische oder pflegerische Fachkräfte mit entsprechender Zusatzausbildung eingesetzt werden müssen. Diese Veränderung resultierte aus der Kritik an der bisherigen Umsetzungspraxis, zum Teil nahmen Verwaltungsmitarbeiter der Verbände ihre bisherigen Aufgaben nunmehr unter dem Label der IAV-Stellen weitgehend unverändert wahr („Vereinnahmungsstrategie“), zum Teil wurden jedoch neue Stellen geschaffen, was erhebliche Ungleichgewichte in der Kostenbelastung mit sich brachte. Differenzen hinsichtlich der Trägerschaft und der Vorgaben zu den Einzugsbereichen führten schließlich dazu, dass von solchen organisatorischen Vorgaben Abstand genommen wurde. Es zeigt sich hier einmal mehr, dass die Implementation eines solchen Kooperationsmodells nicht ohne Berücksichtigung der örtlichen Bedingungen zu realisieren ist. Sie durch ein solches Modell verändern zu wollen, wird dadurch freilich problematisch. In einem Teil der eingerichteten Arbeitsgemeinschaften erschwerten Trägeregoismen ferner die Konsensfindung hinsichtlich des Stimmrecht der Mitglieder und der Beschlussmodalitäten.

Unterschiedliche, im Vorfeld des Programms nicht abgestimmte Interessen innerhalb der Verbände führten auch zu Friktionen in der konkreten Umsetzung: Die Verbände auf Landesebene sahen in dem Modell neben den individuell bedarfsorientierten Vorteilen auch die Möglichkeit einer personellen, fachlichen und finanziellen Expansion und forderten entsprechende Ergebnisse daher auch von den vor Ort tätigen Akteuren ein. Insbesondere in den ländlichen Regionen wurde dies jedoch als Eingriff in die bisherige Praxis bewertet: Da die Träger der kirchlichen Sozialstationen und die Ortsverbände der

Wohlfahrtspflege rechtlich von den Landesverbänden unabhängig sind, war ein Durchsetzen der Interessen der Dachverbände nur schwer möglich. Hinzu kamen örtliche Koalitionen der Anbieter gegen die bisherige Konstruktion des Modells, die über direkte Einflussnahme auf Landtagsabgeordnete schließlich zu den skizzierten veränderten Vorgaben führten.

„Die beschriebenen Entwicklungen und Widerstände machen deutlich, mit welchen Problemen eine staatliche Instanz wie das baden-württembergische Sozialministerium bei der Einführung innovativer Konzepte im Bereich der sozial- und gesundheitspflegerischen Dienste rechnen muss. (...) Das Verhalten mancher Städte- und Gemeindevertreter zeugt jedoch auch von der nach wie vor fehlenden Sensibilität der Kommunalpolitik für die Bedürfnisse älterer, pflegebedürftiger Menschen. Die Widerstände der freien Träger vor Ort gegen eine institutionalisierte Zusammenarbeit weisen zudem auf ein Auseinanderklaffen von Anspruch und Wirklichkeit im Bereich der freien Wohlfahrtspflege hin: Im Gegensatz zum Postulat, flexibler und unbürokratischer als staatliche Instanzen auf neue Herausforderungen reagieren zu können, erweisen sich die Strukturen der Wohlfahrtsverbände zum Teil als große Hindernisse für notwendige Innovationen. Angesichts des zunehmenden Gewichts privatgewerblicher Dienste könnte dies zu einem wachsenden Problem der freien Träger werden“ (Schöllkopf 1994, S. 17).

5 Zur Konzeption der Pflegekonferenzen im Vergleich zu alternativen Vernetzungsmodellen in der Pflege

5.1 Sozialgemeinde: Wegbereiter oder schweres Erbe für die Pflegekonferenzen?

Vor dem Hintergrund der skizzierten Probleme der „Sozialgemeinde“ haben die Pflegekonferenzen – sofern sie als Fortführung grundsätzlicher Leitgedanken der „Sozialgemeinde“ verstanden werden – ein schweres Erbe. Der seit Juli 1996 bestehende gesetzliche Auftrag zur Einrichtung von Pflegekonferenzen unter Federführung der Kommunalverwaltung kann eine höhere verwaltungsinterne und -externe Akzeptanz bewirken, zumal durch die Pflegekonferenzen auch keine grundlegende Reform der Kommunalverwaltung angestrebt wird, sondern „lediglich“ die formale Vorgabe besteht, ein solches Gremium einzurichten und hierdurch an der qualitativen Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur mitzuwirken.

Die gleichberechtigte Stellung der beteiligten Akteursgruppen wird in der Konzeption der Pflegekonferenzen stärker herausgestellt. Eine grundsätzliche Kritik an bestehenden verwaltungsinternen Strukturen wird nicht formuliert. Die geforderte Zusammenarbeit der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteursgruppen wird im Gegensatz zum Tenor der „Sozialgemeinde“ nicht durch die Notwendigkeit der Überwindung von Trägeregismen begründet, sondern es wird die durch die Einführung der Pflege-

versicherung problematischer gewordene Infrastrukturverantwortung der regionalen Ebene insgesamt (also nicht nur der Kommunalverwaltung) herausgestellt. Hierdurch wird – ungeachtet der Schwierigkeiten im Einzelfall und der oftmals unbefriedigenden Praxis – an die Gestaltungsmöglichkeiten appelliert. Freilich betrifft dies nicht alle regionalen Akteursgruppen in gleichem Maß: In der latenten Kritik stehen die Pflegekassen, denen die Verantwortung für die Gestaltung der Infrastruktur nicht überlassen werden soll, bzw. deren Sicherstellungsauftrag die landesseitige und an die Kommunen delegierte Verantwortung für die pflegerische Versorgungsstruktur entgegengestellt wird. Auch die marktwirtschaftliche Ausrichtung des pflegerischen Bereichs kann trotz (oder aufgrund) der Wettbewerbssituation zu einer höheren Akzeptanz beitragen: Werden Kooperationsgremien (Pflegekonferenzen) verbindlich vorgeschrieben, kann es aus marktstrategischen Gründen sinnvoll sein, sich hieran zu beteiligen.

Es bleibt festzustellen, dass auch die Gegenüberstellung der Pflegekonferenzen zur „Sozialgemeinde“ gezeigt hat, dass ein nahezu alle Bereiche der Lebenswelt umfassender Ansatz zur Neugestaltung der Beziehungen die Akteursgruppen überfordert und daher auf Widerstände stößt. Zwar ist es unstrittig, dass Gesundheits-, Sozial-, Pflege-, Verkehrs-, Wohnungs- und Kulturpolitik (um nur einige Bereiche zu nennen) an integrativen und abgestimmten Konzepten arbeiten müssen, um letztlich zu einer höheren Bedarfsgerechtigkeit für unterschiedlichste Lebenslage beitragen zu können. Dies jedoch innerhalb eines Modellprojekts und durch ein Kooperationsgremium parallel zur Entscheidungsebene (Kommunalparlament) zu initiieren, erscheint nicht praktikabel.

Die Erfahrungen aus der „Sozialgemeinde“ deuten darauf hin, dass eine schrittweise Umsetzung der Vernetzung von Akteuren und bislang weitgehend separierter Aufgabengebiete effektiver sein kann als eine generelle Neugestaltung bisheriger Strukturen. Die Pflegekonferenzen können davon profitieren, dass sie sich auf ein Teilgebiet der Versorgung mit Diensten und Einrichtungen konzentrieren. Sie können ihrem Anspruch andererseits nur dann gerecht werden, wenn es ihnen auch gelingt, wechselseitige Kommunikations- und Abstimmungsstrukturen mit anderen relevanten Bereichen aufzubauen.

5.2 IAV – Ein Referenzmodell für Pflegekonferenzen?

Die offensichtlichste Gemeinsamkeit des IAV-Ansatzes und der Pflegekonferenzen besteht in dem Ziel, durch ein abgestimmtes Handeln der Akteure eine Qualifizierung im Bereich der pflegerischen Versorgung zu bewirken, die auf die Struktur der Leistungsvorhaltung und die individuellen Voraussetzungen zum Leistungsbezug gerichtet ist. Die Grundintention ist daher vergleichbar, der Rahmen, in dem die Kooperationen wirken sollen bzw. eingesetzt werden und die konkrete Gestaltung der angestrebten Zusammenarbeit weisen jedoch erhebliche Unterschiede auf. Dass sich das baden-württembergische Modell ausschließlich auf die ambulante Versorgung beschränkt, ist mehr als nur eine Begrenzung des Wirkungsraumes. Die Fokussierung eines Bereichs der pflegerischen

Versorgung schreibt eine Fragmentierungslinie fort, die es angesichts der Substitutionswirkungen zwischen der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege und zwischen der Pflege und den sog. komplementären Leistungen einschließlich der Wohnversorgung und -gestaltung zu überwinden gilt. Zudem ist das IAV-Konzept zentraler Baustein der „Neuordnung der ambulanten Hilfen“, die von den Diensten und Einrichtungen offensichtlich nicht in gleicher Weise mitgetragen wurde. Die Pflegekonferenzen nehmen demgegenüber auf eine andere landespolitische Option Bezug: Durch die angestrebte Kommunalisierung der Infrastrukturverantwortung wird die Bedeutung der regional tätigen Akteure unterstrichen. Sie soll durch die Einrichtung der Pflegekonferenzen gestärkt werden. Die Akzeptanz des nordrhein-westfälischen Gremiums ist daher bei den Diensten und Einrichtungen höher.

Die IAV-Konzeption beinhaltet eine (mehrfach modifizierte) Beschreibung möglicher Aufgaben- und Wirkungsfelder. Sie ist in dieser Hinsicht durchaus mit den Pflegekonferenzen zu vergleichen, für die die Empfehlungen der „Bundeskonzferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit“ rahmende sind. Beide konzeptionellen Grundlagen haben sich jedoch als wenig pragmatisch erwiesen. Sie geben einen breiten Katalog an ungeklärten Problembereichen vor, deren Lösung durch Kooperation und Koordination sinnvoll und möglich erscheint. Die Erfahrungen aus den Pflegekonferenzen zeigen jedoch, dass die Vorgabe einer Vielzahl, in ihrer Bedeutung meist gleichwertiger Arbeitsbereiche für neu geschaffene Gremien eher handlungshemmend sind. Sie erfordern zunächst einen längerfristigen Abstimmungsprozess über den Arbeitsplan. Innerhalb dieser Konstituierungsphase wird nicht nur der Grundstein für die spätere Arbeit gelegt, sondern auch maßgeblich der Charakter der Gremien gefestigt. Die Pflegekonferenzen konnten davon profitieren, dass für die Umsetzung der Pflegebedarfsplanung und die trägerunabhängige Beratung ein vergleichsweise enger Zeitplan vorgegeben wurde. Hierdurch bestand die Verpflichtung, zu konkreten Handlungsergebnissen zu kommen.

Wie oben dargestellt wurde, hat sich in der Praxis der IAV-Stellen bzw. der angegliederten Arbeitsgemeinschaften eine induktive Vorgehensweise als erfolgreicher erwiesen. Die Pflegekonferenzen gehen – nicht zuletzt aufgrund der strukturellen Aufgabe der Pflegebedarfsplanung – den entgegengesetzten Weg: Diskussion über grundsätzliche Frage der pflegerischen Versorgung steht im Vordergrund; Einzelfälle werden vergleichsweise seltener angesprochen. Da für die Bewertung der IAV-Stellen im Vergleich zu den Pflegekonferenzen ausschließlich auf Sekundärliteratur zurückgegriffen werden konnte, können die Ursachen für diese Unterschiede nur vage angegeben werden: Mit hoher Plausibilität werden die Vorgabe konkreter Arbeitsaufträge (in NRW: §§ 4 und 6 PfG NW), die Intentionen des Rahmenkonzepts „Neuordnung ambulanter Hilfen“ und die vor Ort vorhandenen Beratungsangebote diese Unterschiede begründen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Effektivität der Vernetzungsansätze entscheidend von Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zwischen Landes- und Ortsverbänden abhängen. In der Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes heißt dies,

dass insbesondere zwischen den örtlichen Pflegekonferenzen und dem Landespflegeausschuss, den Ortsvertretungen der Pflegekassen/MDKs und den Landesverbänden eine intensive und verbindliche Abstimmung stattfinden muss, damit Probleme jeweils an den Stellen behoben werden können, die für defizitäre Versorgungssituationen die maßgebliche Verantwortung tragen.

Literatur:

- Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf G.; Naegele, Gerhard (Hrsg.), 1995: Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Dortmund Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 1. Münster.
- Braun, Helmut et al. (Hrsg.), 1992: Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik – Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. KDA Forum 17. Köln.
- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit, 1995: Stellungnahme zur Rolle und Bedeutung der Kommunen und Länder im Zuge der Umsetzung des SGB XI (Stand: August 1994). In: Igl, Gerhard; Kühnert, Sabine; Naegele, Gerhard (Hrsg.): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Dortmund Beiträge zur angewandten Gerontologie. Bd. 4. Hannover, S. 265-270.
- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit, 1995a: Memorandum zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit der Ersten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit. (Hamburg, Oktober 1993). In: Igl, Gerhard; Kühnert, Sabine; Naegele, Gerhard (Hrsg.): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Dortmund Beiträge zur angewandten Gerontologie. Bd. 4. Hannover, S. 251-264.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), 1997: Politische Beteiligung älterer Menschen in Europa. Bonn.
- Döhner, Hanneli; Mutschler, Roland; Schmoecker, Mary (Hrsg.), 1996: Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Hamburg.
- Geiser, Matthias; Rosendahl, Bernhard, 1995: Vernetzung und Neuordnung der sozialen Dienste. In: Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf G.; Naegele, Gerhard (Hrsg.): Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Dortmund Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 1. Münster, S. 148-173.
- Geiser, Matthias, 1996: Alterssozialpolitik – Fragmentierung überwinden – Lebenslagen verbessern. Dortmund Beiträge zur angewandten Gerontologie Bd.5. Hannover.
- Göpfert-Divivier, Werner, 1996: Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen in Baden-Württemberg. In: Döhner, Hanneli; Mutschler, Roland; Schmoecker, Mary (Hrsg.): Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Hamburg, S. 121-129.
- Igl, Gerhard; Kühnert, Sabine; Naegele, Gerhard (Hrsg.), 1995: SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Dortmund Beiträge zur angewandten Gerontologie. Bd. 4. Hannover.
- Igl, Gerhard, 1995: Die Pflegeversicherung – Strukturelle Auswirkungen und Konsequenzen für die Kommunen. In: Igl, Gerhard; Kühnert, Sabine; Naegele, Gerhard (Hrsg.): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Dortmund Beiträge zur angewandten Gerontologie. Bd. 4. Hannover. S. 9-40.
- Marking, Christine; Naegele, Gerhard; Walker, Alan, 1997: Politische Partizipation und Mitwirkung älterer Menschen in den Ländern der EU – Kritische Stellungnahmen und zusammenfassende Schlußfolgerungen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Politische Beteiligung älterer Menschen in Europa. Bonn.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NW) (Hrsg.) 1991: Politik für ältere Menschen. 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MASSKS NW) (Hrsg.) 1998: Kommunale Pflegekonferenzen – Qualitätssicherung in der Pflege. Tagungsdokumentation. Düsseldorf.
- Naegele, Gerhard; Schmidt, Waldemar (Hrsg.), 1996: Mehr Bürgernähe und wohnortbezogene Vernetzung in der Altenarbeit – Das Modellprojekt „Sozialgemeinde“ in Nordrhein-Westfalen. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 10. Münster.
- Pohlmann, Reinhard, 1992: Neue Voraussetzungen kommunaler Altenarbeit und -planung. In: Braun, Helmut et al. (Hrsg.): Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik – Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. KDA Forum 17. Köln, S. 132-139.
- Rosendahl, Bernhard, 1999: Kommunalisierung und korporative Vernetzung in der Implementation der Pflegeversicherung – Wirkungsanalyse regionaler Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 22. Münster.
- Rosendahl, Bernhard (Hrsg.), 1995: Bericht zur sozialen Lage älterer Menschen in Dortmund. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 2. Münster.
- Rosendahl, Bernhard; Zängl, Peter (Hrsg.), 1997: Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes – Erfahrungsberichte aus kommunalen Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Schmidt, Waldemar, 1995: Modellprojekt „Sozialgemeinde“ – Kooperation und Koordination in der kommunalen Altenarbeit. Expertise in: Rosendahl, Bernhard (Hrsg.): Bericht zur sozialen Lage älterer Menschen in Dortmund. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik Bd. 2. Münster, S. 186-194.
- Schöllkopf, Martin, 1994: IAV: Der Anfang vom Ende. In: Forum Sozialstation 4/94. S. 12-17.

Dr. Bernhard Rosendahl

Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund

Evinger Platz 13

44339 Dortmund

Tel.: ++49.231.72848820

e-Mail: bfr@pop.uni-dortmund.de

Bernhard Rosendahl, Dr. phil., Dipl. Sozialwissenschaftler, Dipl. Sozialarbeiter. Nach praktischer Tätigkeit in Alten- und Pflegeheimen und in der betrieblichen Sozialarbeit eines Industriekonzerns Bearbeitung eines Forschungsprojektes an der Fachhochschule Dortmund. Seit 1991 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund. Forschungs- und Veröffentlichungsschwerpunkte: kommunale Sozialpolitik, Sozialberichterstattung, Implementation der Pflegeversicherung. Ausgewählte Veröffentlichungen zum Thema: Kommunalisierung und korporative Vernetzung in der Implementation der Pflegeversicherung. Münster 1999; Umsetzung der Pflegeversicherung – Erfahrungsberichte aus kommunalen Pflegekonferenzen (Hrsg., zus. m. P. Zängl). Düsseldorf 1997; Vernetzung und Neuordnung der sozialen Dienste (zusammen mit M. Geiser). In: Bäcker, G./Heinze, R. G./ Naegele, G. (Hrsg.): Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Münster 1995.